



DEPPE vs. OSSWALD



Osswald: Wissen Sie, was ein EIE ist, Deppe?

Deppe: Kein „E“ zuviel am Ende, Osswald?

Osswald: Ich muss doch sehr bitten, Deppe. Den beschreibt der in Hamburg als Endodontologe niedergelassene Kollege Bargholz in der Dezemberausgabe der ZMK.

Deppe: Was soll das sein?

Osswald: Der „Endodontic Interappointment Emergency“, Deppe, also der endodontische Notfall zwischen zwei Sitzungen, wenn die Wurzelkanäle in erster Sitzung nicht definitiv abgefüllt wurden.

Deppe: Also dasselbe wie ein EIF?

Osswald: Kein „F“ zuviel am Ende, Deppe?

Deppe: Ich muss doch sehr bitten, Osswald. Das ist der „Endodontic Interappointment Flare-up“, also die Exazerbation nach provisorischem Verschluss des oralen Zugangs zwischen zwei endodontischen Sitzungen zum nach wie vor akuten bakteriellen Infekt.

Osswald: Den erleben diejenigen, die trotz manifester Gangrän in jeden aufbereiteten Zahn ein biologisch verträgliches Desinfektionsmittel wie Ca(OH)₂ einrotieren und den Zahn primär dicht verschließen, ja öfter zum Leidwesen ihrer Patienten.

Deppe: Ist ja auch logisch. Wenn der Schmutz nicht raus kann, breitet er sich nach innen aus. Das wusste Hippokrates schon vor 2500 Jahren.

Osswald: Da wundert es nicht, dass es dafür endlich auch amerikanische Ausdrücke gibt.

Deppe: Zum Glück bahnt sich der Eiter seinen Weg in aller Regel in die vestibuläre Umschlagsfalte.

Osswald: Aber wehe, er verläuft sich einmal in die tiefen Logen. Dann kann sich das sehr schnell zu einer lebensbedrohlichen Erkrankung ausweiten, wegen der der Patient auf der Intensivstation landet.

Deppe: Wenn man trotzdem irgendwie

Beschwerdefreiheit erreicht, also beispielsweise, indem man Antibiotika verordnet, ohne den zugrunde liegenden bakteriellen Infekt vor dem definitiven Verschluss vollständig auszuheilen,...

Osswald: ... was allerdings mit Antibiotika allein in keinem Fall gelingen kann,....

Deppe: ... kommt es dann zum EPD.

Osswald: Wie meinen?

Deppe: Dem „Endodontic Posttreatment Disease“, Osswald.

Osswald: Amerikanische Endodontologen-Akrobatik, Deppe: „Erkrankung nach behandelter Erkrankung“. Das muss man sich mal ganz langsam auf der Zunge zergehen lassen.

Deppe: Früher hieß das schlicht und einfach „Dicke Backe nach missglückter Wurzelbehandlung“.

Osswald: Wie hört sich das denn an, Deppe!

Deppe: Nach der Wahrheit, Osswald?

Osswald: So direkt kann man die in unseren modernen Zeiten wohl nicht mehr aussprechen.

Deppe: Kann man oder soll man nicht?

Osswald: „Das ist mir jetzt aber unendlich peinlich, Frau Meier. Wenn ich mich an den seit 2500 Jahren gültigen Lehrsatz von Hippokrates „Ubi pus, ibi evacua“ gehalten hätte, hätte ich Ihnen die dicke Backe mit guter Wahrscheinlichkeit ersparen können. Das habe ich jetzt irgendwie richtig vermasselt!“

Deppe: Da haben Sie Recht. Das klingt nun wirklich ganz schlecht. So drückt sich allenfalls ein Hauszahnarzt mit eingeschränktem Behandlungsspektrum aus.

Osswald: Da hört sich das doch gleich viel spezialisierter an: „Was haben wir denn da im Röntgenbild für einen hässlichen dunklen Fleck über Ihrer Wurzelspitze, Herr Müller? Der war doch vorher nicht da! Sieht ganz so aus, als hätten Sie da ein Posttreatment Diseasechen entwickelt, mein Lieber!“

Deppe: Da braucht man dann auch gar nicht mehr hinzufügen „Habe ich Ihnen

eigentlich schon erzählt, mein Bester, dass ich mich in den USA fortgebildet habe?“

Osswald: Und dann schreibt Kollege Bargholz noch, dass es unter „Praktikern“ oftmals Usus ist, hochakute gangränöse Zähne temporär offen zu lassen, obwohl das doch nach dem gegenwärtigen Kenntnisstand der Spezialisten nicht erforderlich ist.

Deppe: Da sind wir Allgemeinzahnärzte schon ein ordentliches Stück weiter. Vielleicht sollte er sich einmal fragen, warum er grundsätzliche medizinische Lehrsätze nicht befolgt und in der Folge über EIEs, EIFs und EPDs berichten muss.

Osswald: In seine von der DGZMK veröffentlichten endodontischen Leitlinien hat er wohl auch schon lange nicht mehr reingeschaut. Da steht neuerdings, dass es sinnvoll ist, Zähne mit intradentalem Abszess temporär offen zu lassen.

Deppe: Unter Kofferdam Osswald? Da sind sicher wieder wir dran schuld.

Osswald: Wer dafür verantwortlich ist, ist doch völlig egal, Deppe. Hauptsache, es steht endlich drin und alle halten sich daran. Schauen Sie mal auf Abbildung 1. Die stammt von Oktober 1995. Zustand nach ViTE.

Deppe: Messaufnahme an den Zähnen 46 und 47 ohne röntgenologisch diagnostizierbare apikale Aufhellung.

Osswald: Die erste Verlaufskontrolle im Oktober 98 zeigt apikale Aufhellungen an allen Wurzelspitzen nach im Großen und Ganzen beschwerdefreiem Verlauf. Und das wohlgernekt trotz ausgesprochen ordentlicher Aufbereitung und Wurzelfüllung (Abbildung 2). Fast schon ein „amazing shape“.

Deppe: So läuft es eben, wenn der zugrunde liegende bakterielle Infekt vor dem definitiven Abfüllen nicht vollständig ausgeheilt wurde. ViTE hin oder her. Man kann die akute Pulpitis eben klinisch nicht von der partiellen Gangrän unterscheiden.

Osswald: Nicht einmal unter dem Mikroskop, Deppe. Vielleicht ist ja deshalb der

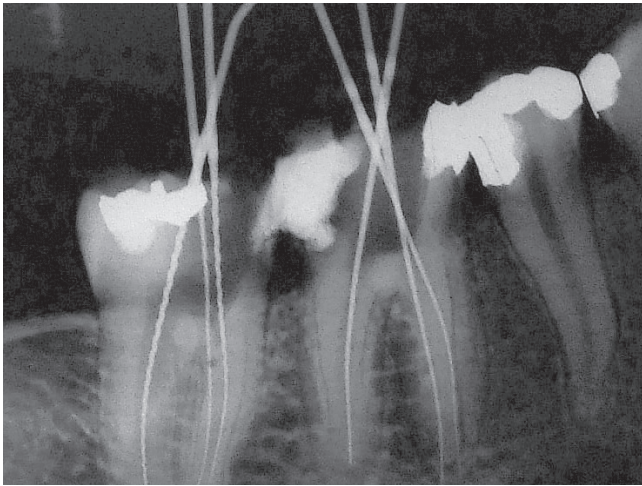


Abb.1: VitE, WK und WF im Oktober 1995 ohne apikale Aufhellungen

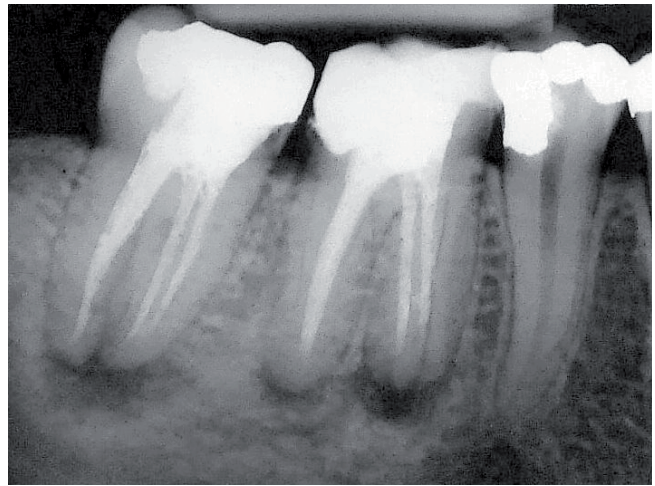


Abb.2: Verlaufskontrolle im Oktober 98 mit Ausbildung von apikalen Aufhellungen an allen Wurzelspitzen

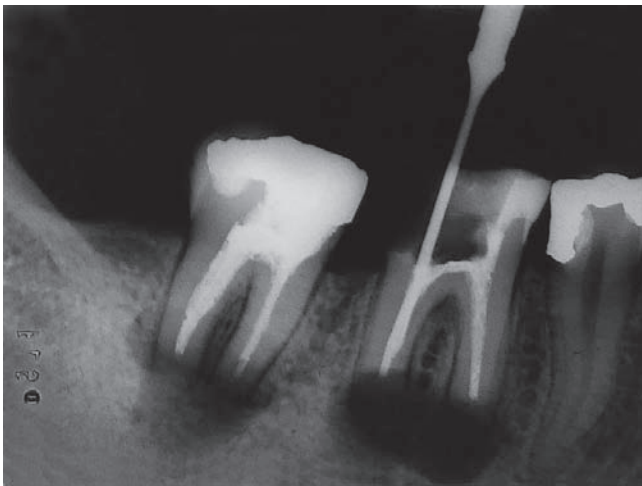


Abb.3: Zustand nach 1. WSR im November 1998

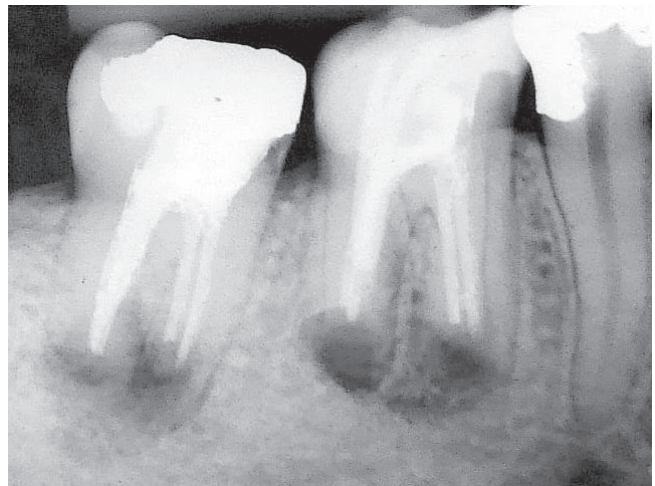


Abb.4: Exazerbation im November 1999 und 2. Resektion

Ausdruck „Partielle Gangrän“ aus der Nomenklatur der als modern auftretenden Endodontologie plötzlich verschwunden. Dabei hat Otto Walkhoff schon vor beinahe 100 Jahren histologisch nachgewiesen, dass es sie in einem erklecklichen Prozentsatz sehr wohl gibt. Und das auch in Fällen, die klinisch als astreine akute Pulpitis imponieren.

Deppe: In der logischen Folge hat er seinen Kollegen geraten, die Virulenz der für den Infekt verantwortlichen Bakterien zum eigenen und zum Wohle der Patienten besser zu über- als zu unterschätzen. Daran hat sich bis heute nichts geändert. Und daran wird sich auch nichts ändern. Ätiologie und Pathogenese der bakteriellen Endodontitis sind schließlich seit nahezu 100 Jahren vollständig aufgeklärt.

Osswald: Um den Infekt dann vielleicht doch noch in den Griff zu bekommen, erfolgt die erste WSR (Abbildung 3, November 1998). Wenn Behandler und Patient Glück haben, wird die Keimzahl dabei

chirurgisch in einem Maße reduziert, dass die Immunabwehr des Patienten mit dem Rest allein fertig werden kann.

Deppe: Wenn einer von beiden Pech hat, oder das Immunsystem nicht so leistungsfähig ist....

Osswald:... kommt es einige Zeit später zur Exazerbation und zur 2. WSR (Abbildung 4, November 1999).

Deppe: Patient und Behandler hoffen natürlich, dass der diesmal beauftragte Chirurg begnadete Hände hat...

Osswald:... aber leider zeigt eine neuerliche röntgenologische Verlaufskontrolle im November 2002 (Abbildung 5, Folgeside), dass die Resektionshöhlen wieder nicht röntgenologisch knochendicht ausgeheilt sind, ...

Deppe: ... was ein ausgesprochen schlechtes Zeichen ist. Natürlich kann es nach Resektion auch einmal zur bindegewebigen Ausheilung des Knochendefekts kommen.

Osswald: Hammerscher Restschatten!

Deppe: Sehr gut, Osswald! Leider ist die bindegewebige Ausheilung - genau wie in der konservierenden Endodontie - aber die seltene Ausnahme von der Regel.

Osswald: Und so nimmt das häufig als „schicksalhaft“ bezeichnete Geschehen mangels Reduzierung der Keimzahl durch die zahnärztliche Behandlung und/oder nicht ausreichend leistungsfähigem Immunsystem des Patienten seinen Verlauf. Nach Fistelbildung an 46 und nochmals vergrößerter Aufhellung an 47 (Abbildung 6, Folgeside) gehen beide Zähne den Weg alles Irdischen.

Deppe: Typischer Verlauf einer missglückten Wurzelkanalbehandlung im Doppelpack!

Osswald: Können Sie sich bitte diese typisch hauszahnärztliche Diktion abgewöhnen, an der man sofort Ihr eingeschränktes Behandlungsspektrum erkennt, Deppe?: „Schicksalhafter Verlauf nach wiederholtem Endodontic Emergency und Interappointment Flare-up

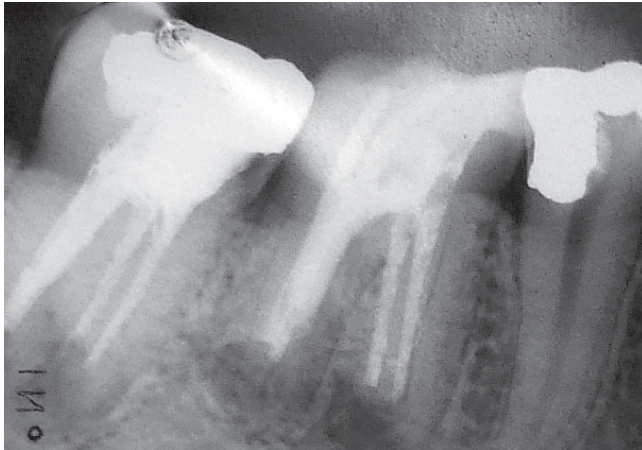


Abb. 5: VK im November 2002 ohne röntgenologisch knochendichte Ausheilung der Resektionshöhlen



Abb. 6: Im August 2007 Exzektion beider Zähne nach erneuter Exazerbation mit Fistelbildung am 46 und ausgeweiteter Aufhellung an 47

wegen rezidivierendem, trotz Einleitung aller zahnrettender Maßnahmen nicht beherrschbarem Posttreatment Disease“ lautet die korrekte Epikrise.

Deppe: Entschuldigen Sie, Osswald, aber ich hatte bisher leider noch keine Gelegenheit, mich in den USA weiterzubilden.

Osswald: Apropos Walkhoff, Deppe. Wir haben uns schon wieder ein Editorial eingefangen.

Deppe: Wo?

Osswald: In der Zeitschrift Endodontie.

Deppe: Wer?

Osswald: Kollege Gängler, Witten.

Deppe: Was?

Osswald: Was er am Anfang über die Unterversorgung der Bevölkerung mit ordentlicher zahnhaltender Endodontie im Gegensatz zu Überversorgung und ethischem Dilemma von Ersatzstrategien sagt, kann man uneingeschränkt unterschreiben.

Deppe: Auch wenn er schreibt, dass bei der Lösung dieses Problems kein Weg an den Allgemeinzahnärzten vorbei führt

Osswald: ... und Spezialisten allenfalls zur Lösung von Sonderfällen erforderlich sind

Deppe: ... sehe ich keinen Grund, ihm zu widersprechen. Schließlich bilden Füllungstherapie, Endodontie, Parodontologie und Einzelkronen die Basis der Zahnerhaltung. Es wäre schon recht merkwürdig, wenn man dazu Fachzahnärzte, Master oder sonstige Spezialisten bräuchte.

Osswald: Leider verrät er uns nicht, wie er die von ihm postulierte Verbesserung der Volksgesundheit erreichen will. Mit dem an den Hochschulen gelehrt Endodontieprotokoll nach dem sogenannten Gold-

standard ist das ja erwiesenermaßen nicht zu schaffen. Das gilt international schon seit einigen Jahren als gescheitert und hat in mindestens den letzten 60 Jahren zu keinerlei Fortschritt bei der Behandlung der bakteriellen Endodontitis geführt.

Deppe: Nicht einmal in den gelobten Ländern. Gerade ist in Schweden eine neue Studie von Eckerbom, Flygare und Magnusson veröffentlicht worden: „A 20-year follow-up study of endodontic variables and apical status in a Swedish population.“ Das Ergebnis musste wie folgt zusammengefasst werden: „Es konnte keine Verbesserung bei der apikalen Gesundheit während der letzten 20 Jahre konstatiert werden!“

Osswald: Offensichtlich scheint niemand der deutschen Endodontologen – ganz im Gegenteil zu den südamerikanischen, die aber offensichtlich nicht ernst genommen werden – auch nur den Hauch einer Idee zu haben, wie man diesen unsäglichen Zustand verbessern könnte.

Deppe: Man wartet ganz offensichtlich darauf, dass die US-Amerikaner etwas Neues herausfinden, dass man dann nach erzählen kann.

Osswald: Das war vor dem 2. Weltkrieg einmal ganz anders, Deppe, da wurden die weltweit gültigen Standards wissenschaftlicher Zahnheilkunde in den **deutschsprachigen Ländern** gesetzt.

Deppe: Warum so fett, Osswald?

Osswald: Einmal als Herrenmensch tituliert zu werden, nur weil man unachtsam „Deutschland“ statt „deutschsprachige Länder“ geschrieben hat, reicht einem für den Rest seines Lebens, Deppe.

Deppe: Auch wenn „Deutschland“, insbesondere die Endodontie betreffend, ausgesprochen nahe an der Wahrheit liegt.

Osswald: Daran wird sich auch dadurch nichts ändern, dass sich Kollege Gängler am Schluss seines Editorials nahtlos in die Reihe derjenigen deutschen Hochschullehrer einreicht, die die Leistungen des wohl genialsten Endodontologen und vielleicht auch Zahnarztes aller Zeiten, Prof. Dr. med. Dr. med. dent. et Dr. phil. Otto Walkhoff, zu ignorieren und totzuschweigen bemüht sind.

Deppe: Wörtlich schreibt er: „Wir können deshalb gut auf naive Mythen und autoritätssüchtige Dogmen verzichten, die über die „Herdlehre“ erst zum Exodontismus und dann zu massenhaften Wurzelspitzenresektionen führten und in der Mitte des vergangenen Jahrhunderts die Endodontologie als wissenschaftliche und klinische Disziplin fast zu Grabe trugen. Dank ihrer Stammväter Adolph Witzel, Bernhard Hermann und Kaare Langeland, deren wissenschaftliche Erkenntnisse und klinischen Schlussfolgerungen die moderne Endodontologie prägen, ist es heute ein so bedeutendes klinisches Fachgebiet.“

Osswald: Bei dieser Aufzählung Otto Walkhoff nicht zu erwähnen, ist nachgerade unverzeihlich. Einmal ganz abgesehen davon, dass Zahnheilkunde das Fachgebiet ist und die Endodontologie allenfalls eine ihrer Disziplinen.

Deppe: Da weiß man gleich gar nicht, wie man das bewerten soll. Unkenntnis der Geschichte der Zahnheilkunde ist schließlich das Letzte, was man einem Hochschullehrer unterstellen möchte.

Osswald: Dann konzentrieren wir uns am besten auf das, was belegbar falsch ist, Deppe. Die so genannte „Fokaltheorie“, also die Lehre, dass jeder pulpatote Zahn einen „Herd“ darstellt, schwappte am Anfang des letzten Jahrhunderts aus den USA

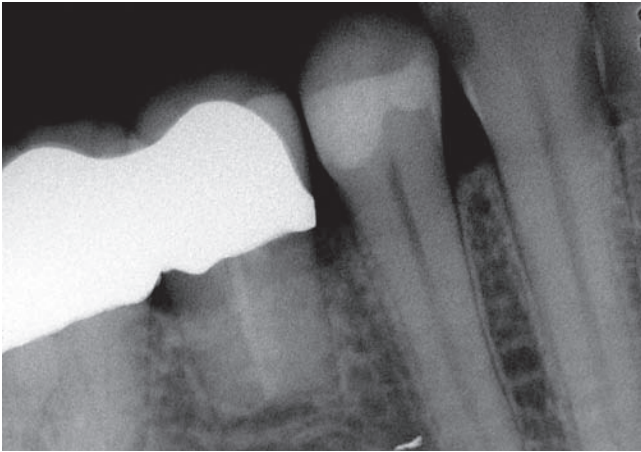


Abb.7: Ausgangsbefund im Dezember 1995 bei Zustand der WSR

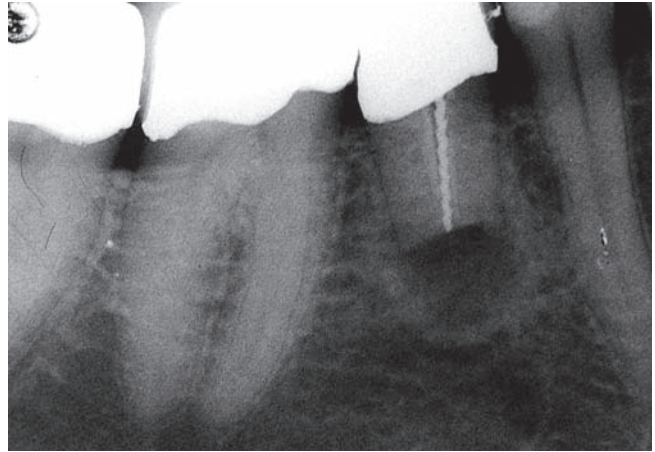


Abb.8: Exazerbation mit vestibulärer Abszessbildung im Oktober 2005

nach Europa. Devitale Zähne galten mit einem Male als ursächlich verantwortlich für alles medizinische Elend dieser Welt. Von Rheuma über Hämorrhoiden bis hin zum Krebs.

Deppe: Unzählige Patienten haben in der Folge ihre Zähne verloren, ihr Rheuma jedoch behalten.

Osswald: Es war ohne jeden Zweifel Otto Walkhoff, der die moderne Endodontologie wissenschaftlich begründet und die Herdtheorie in seiner bereits 1931 veröffentlichten Streitschrift „Das Problem der dentalen Fokalinfection und ihrer Bekämpfung durch die konservierende Zahnheilkunde“ sehr eindrucksvoll widerlegt hat.

Deppe: Erreicht hat er das, indem er dem rein mechanistischen Therapieansatz der Amerikaner, in dem sie bis heute verhaftet sind, einen medizinischen Therapieansatz entgegen gestellt hat.

Osswald: Dessen Überlegenheit wurde zur Mitte des letzten Jahrhunderts von Castagnola durch eine Studie an 1000 Zähnen belegt, die nach der Walkhoff-Methode behandelt worden waren. Die Ausheilung apikaler Ostitiden gelang schon damals in einen mit heute vergleichbar hohen Prozentsatz. Seitdem keinerlei Fortschritt.

Deppe: Und dies trotz aller mechanischer Behinderung, mit der die Kollegen damals fertig werden mussten. Peso-Bohrer, Beutelrock-Bohrer, Walkhoff-Erweiterer

Osswald: Kein Wunder also, dass es keinen Fortschritt gibt. Die Altvorderen waren in der Mechanik behindert, die als modern auftretenden Endodontologen sind es in der Desinfektion. Der Schlüssel zum Erfolg ist, beide Strategien miteinander zu kombinieren, also ordentlich

aufbereiten und genau so sorgfältig wie geduldig desinfizieren.

Deppe: Eigentlich das Einfachste der Welt und völlig logisch.

Osswald: Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass ein hohler Zahn nachgerade optimale anatomische Bedingungen für die Anwendung wirklich potenter Desinfektionsmittel bietet.

Deppe: In der Folge seiner Arbeiten hatte die Herdlehre zur Mitte des letzten Jahrhunderts in Europa ihre Bedeutung bereits weitgehend verloren, wie man in der 1954 von Walter Hess, Zürich, vollständig überarbeiteten 5. Auflage des 1921 erstmals erschienenen Walkoffschen „Lehrbuches der konservierenden Zahnheilkunde“ nachlesen kann.

Osswald: Bernhard Hermann?

Deppe: Keine Ahnung. Vielleicht hat er ja das Ca(OH)₂ in die Endodontologie eingeführt, das die Endodontologen uns Allgemeinzahnärzten noch heute als alleiniges Mittel der Wahl verkaufen wollen, obwohl es von Walkhoff bereits vor 80 Jahren als für die Behandlung der bakteriellen Endodontitis viel zu milde wirkendes Antiseptikum bezeichnet und verworfen wurde.

Osswald: Keine Witze, Deppe!

Deppe: Ich verstehe nicht, welcher tiefere Sinn dahinter steckt, dass die deutschen Hochschullehrer den Namen Walkhoff meiden wie der Teufel das Weihwasser. Immerhin nehmen sie dafür in Kauf, die Geschichte der Zahnheilkunde nicht historisch sauber zu lehren.

Osswald: Die Frage ist leicht zu beantworten. Walkhoff hat das mechanistische Protokoll, das - in dem allgemeinen Bestreben, nach dem verlorenen 2. Weltkrieg genau so toll zu werden wie die US-Ameri-

kaner - auch in Deutschland gelehrt wird, bereits zu Beginn des letzten Jahrhunderts ad absurdum geführt. Zu Anfang dieses Jahrhunderts hat nun Kollege Nair aus Zürich in einer beeindruckenden prospektiven klinischen Studie für die als modern auftretende Endodontologie genau das belegt, was Walkhoff bereits vor beinahe einem Jahrhundert wissenschaftlich erforscht und veröffentlicht hat.

Deppe: Da hör ich sie wieder, Osswald.

Osswald: Die Stimmen, Deppe?

Deppe: Ich muss doch sehr bitten Osswald, die trappende Nachtigall natürlich. Wenn man jetzt Otto Walkhoff nicht in der endodontischen Lücke der Geschichte der Zahnheilkunde verschwinden lassen würde, dann würde unübersehbar, dass

Osswald: Egal, Deppe. Zurück zur genau so praktischen wie praktizierbaren und in aller Regel voraussagbar erfolgreichen Endodontie. Dass es auch anders geht als im ersten Beispiel, zeigt der nächste Fall. Schauen Sie auf Abbildung 7: 1995, Zustand nach WF und WSR vor einigen Jahren.

Deppe: Hammerscher Restschatten!

Osswald: In diesem Fall wohl eine Fehldiagnose. Keine bindegewebige Ausheilung, sondern der Aufhellung gebliebene Beleg für ein Gleichgewicht zwischen Angriff und Abwehr, das viele Jahren bestehen, aber auch plötzlich zusammenbrechen kann, wie wir hier sehen. Röntgenologisch kann man die Differentialdiagnose leider nicht stellen. Noch einmal resizieren oder konservierend revidieren würde man ohne klinische Symptomatik sicher aber auch nicht. Das ist das Dilemma.

Deppe: Da bleibt dann nur Abwarten und Kontrollieren.

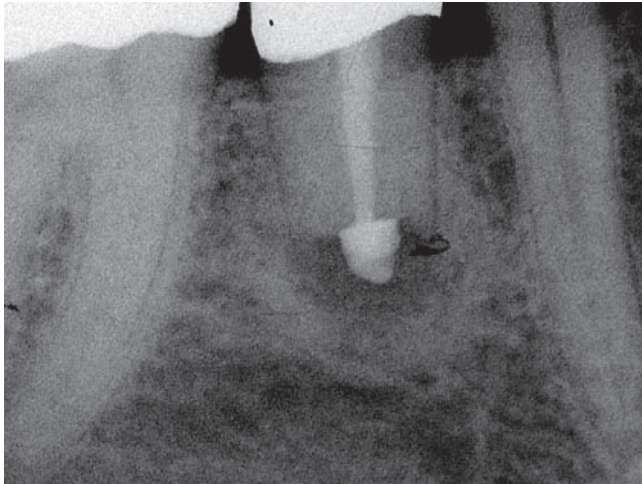


Abb.9: Unmittelbar nach WF im Februar 2006 bei klinischer Beschwerdefreiheit

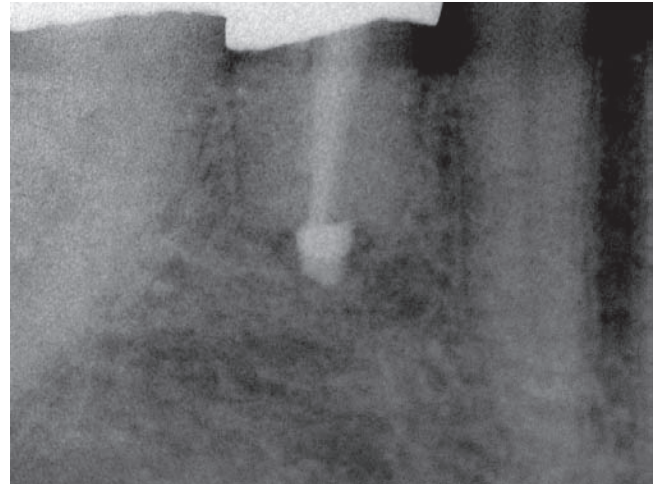


Abb.10: Verlaufskontrolle bei anhaltender Beschwerdefreiheit und röntgenologisch nahezu abgeschlossener knochendichter Ausheilung im November 2007

Osswald: Die Abbildung 8 zeigt den Zustand nach Exazerbation mit vestibulärer Abszessbildung 10 Jahre später im Oktober 2005 anlässlich der Revision.

Deppe: Posttreatment disease!

Osswald: Abbildung 9 zeigt die Kontrollaufnahme unmittelbar nach WF im Februar 2006 bei klinisch vollständiger Beschwerdefreiheit. Und Abbildung 10 zeigt die erste Verlaufskontrolle im November 2007. Klinisch ist die Patientin nach wie vor völlig beschwerdefrei, und der Zahn ist voll belastbar.

Deppe: Die röntgenologisch knochendichte Ausheilung ist nahezu abgeschlossen.

Osswald: Bei einem solchen, klinisch

und röntgenologisch belegtem, positiven Verlauf kann man mit sehr guter Wahrscheinlichkeit voraussagen, dass die vollständige Ausheilung innerhalb weniger Jahre abgeschlossen und das überpresste Wurzelfüllmaterial unter knochendichter Ausheilung vollständig resorbiert sein wird. Das zeigt die jahrelange Erfahrung.

Deppe: Und solche Fälle sind wirklich voraussagbar erfolgreich?

Osswald: Das kommt ganz darauf an, einen wie viel prozentigen Erfolg man voraussagen will. Für den jeweiligen individuellen Einzelfall kann man das ja nie. Selbst bei 99 % Erfolgsquote trifft es rein statistisch einen von 100 Patienten. Wie soll man da voraussagen, wer das sein wird?

Deppe: Nach der wissenschaftlichen Literatur erreichen die Endodontologen bei Revisionen von wurzelbehandelten Zähnen mit röntgenologisch nachgewiesener apikaler Ostitis eine Ausheilungsquote von nur knapp 60 %.

Osswald: Ich will ja nicht strunzen - und kann das jetzt natürlich auch nicht spontan mit exakten Zahlen belegen - aber diese 60 % erreichen wir gefühlsmäßig bereits bei der Revision exazerbierender, bereits resizierter Zähne. Es kommt natürlich immer auf die Virulenz und Renitenz der Keime und den Umfang der infizierten Bereiche an. Voraussagen kann man den Erfolg bei einer derart langen Anamnese im Einzelfall sicher nicht. Es unter Einsatz indizierter Behandlungsprotokolle zu probieren, lohnt sich für Zahnarzt und Patient jedoch allemal.

Deppe: Da bleibt kaum mehr etwas zu sagen, Osswald.

Osswald: Nichtsdestotrotz müssen wir einen würdigen Abschluss für die heutige Folge finden.

Deppe: Was schlagen Sie vor?

Osswald: Wir könnten den Endodontologen ja ein paar aufmunternde Worte zurfen, Deppe.

Deppe: Zum Beispiel?

Osswald: „Die Grundlage erfolgreicher Endodontie ist die Infektionskontrolle, also die Elimination des bakteriellen Infektes. Dies ist eine universell gültige Wahrheit, die sowohl für den Allgemeinzahnarzt als auch für den technisch hochgerüsteten Spezialisten gilt.“

Deppe: Whitworth, 2006!

Osswald: Bravo, Deppe!

Deppe: Mit der alleinigen Anwendung von „biologisch verträglichem“ Ca(OH)₂, dessen Anwendung die Endodontologen den Allgemeinzahnärzten in ihren Leitlinien als Mittel der Wahl gerne vorschreiben möchten, wird das aber ganz offensichtlich nicht gelingen, Osswald.

Osswald: „Das vermag nur eine möglichst lange, für Wochen und Monate anhaltende Wirkung von genügend starken Kampfmitteln auf die Mikroorganismen zu erzielen.“

Deppe: Walkhoff, 1929!

Osswald: Setzen, Deppe, sehr gut! Je eher die Hochschule das tief verinnerlicht und endlich in Lehre umsetzt, desto besser für die Volksgesundheit, deren Verbesserung primäres Ziel jeglichen ärztlichen Handelns ist.

Deppe: Über die Frage, ob wir zur Lösung dieses aus internationaler Sicht mittlerweile auch in Deutschland nicht mehr zu übersehenden Problems nun wirklich

Die Redaktion in eigener Sache:

Der in der Dental Barometer Ausgabe 02/2006 erschienene Grundsatzartikel des Herrn Dr. Dr. Osswald „Die indikationsgerechte Behandlung der Endodontitis“ leitete diese Diskussionsrunde, an der sich äußerst viele Leser erfreuen und teilnehmen, ein.

Auf Grund vieler Anfragen bei uns im Verlag hierzu, bieten wir Ihnen folgenden kostenlosen Service: Laden Sie sich den Beitrag und die Kolumne 2007 unter www.dental-barometer.de herunter. Schreiben Sie uns an: redaktion@dental-barometer.de, mit dem Vermerk in der Betreffzeile „Deppe vs. Osswald 2007“.

Generalisten und Spezialisten brauchen, kann man trefflich streiten ...

Osswald:... in keinem Fall aber darüber, dass, wer immer auch endodontisch behandelt, vor dem definitiven Verschluss des Zugangs zum Ort des Geschehens, die für den bakteriellen Infekt verantwortlichen Bakterien möglichst vollständig eliminieren muss.

Deppe: Das hat der Kollege Schaffarik anlässlich einer Diskussion auf der Logies-Liste sehr schön auf den Punkt gebracht: „... und genau dies ist das eigentliche Problem, meine Damen und Herren. Wenn man dann nach Jahren des Feilens und Fummelns Frust schiebt, weil die Erfolgsraten dürftig sind, ist es kein Wunder, dass die Endo zum Stiefkind und nur noch halbherzig betrieben wird. Anstatt den Kollegen weiszumachen, sie bräuchten ein Mikroskop und einen Master, muss man ihnen den Spaß und den Ehrgeiz bei der Endo zurückgeben. Das geht nur mit Erfolgserlebnissen. Ich habe diese Erfolgserlebnisse, seit ich das endodontische Protokoll des Kollegen Osswald

anwende. Seither ist auch mein Ehrgeiz, ordentliche Endos zu machen um 200 % angestiegen. Und damit erübrigt sich in aller Regel auch die Überweisung zum Spezialisten.“

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

ZA Christian Deppe lebt in Münster. Er vertritt hier seine ganz persönliche, eigene Meinung.

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

Vortragsreihe

»Aus der Praxis – für die Praxis«

Termine:

- ▶ Kaiserslautern: 31.05.2008
- ▶ Bad Wörrishofen: 07.06.2008
- ▶ Hamburg: 28.06.2008
- ▶ Berlin: 12.07.2008
- ▶ Münster: 13.09.2008
- ▶ Köln/Bonn: Oktober 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

Anzeige

Flexibilität in Form und Service

Unsere Möbellinien für Ihre Praxis, Rezeption oder Labor:

- ▶ **VERANET** schlichte Eleganz - kostengünstig, effektiv und funktionell
- ▶ **MALUMA** innovatives Design - modernes Dekor mit mehr Flexibilität
- ▶ **FRAMOSA** hochwertig & funktionell - einzigartige Raumausnutzung
- ▶ **VOLUMA** round & straight - exklusives Design für hohe Ansprüche

Ihre Vorteile:

- ▶ Farbvielfalt - 180 RAL-Farben ohne Aufpreis
- ▶ Optimale Platzausnutzung - große Schubladen
- ▶ Sonderanfertigung nach speziellen Wünschen
- ▶ Keine Lieferkosten

Medizin Praxis

Le-iS Stahlmöbel GmbH

Dental Labor

Friedrich-Ebert-Straße 28A - 99830 Treffurt
 Telefon: +49 (0) 3 69 23 / 8 08 84
 Telefax: +49 (0) 3 69 23 / 5 13 04
 E-Mail: service@le-is.de
 Internet: www.le-is.de

Aktionsangebot:

5er-Praxiszeile **FRAMOSA** schon ab:
 (zzgl. MwSt. Verkauf nur über den Fachhandel.)

€ 5.758,-

