

Praxisrelevante Fortbildung? Ein Leben lang! Spezialisierung? Wozu denn das?

Fotos: Dr. Dr. Osswald
Implantate zu setzen gehört zu den zahnärztlich-chirurgischen Leistungen. Nicht von ungefähr ist der Versuch der Kieferchirurgen, die Implantologie „feindlich“ zu übernehmen, nachhaltig gescheitert.

Dass jeder vernünftige Zahnarzt nur das macht, was er kann, versteht sich vor dem Hintergrund (zahn)ärztlicher Ethik und Moral von selbst. Fortbildungsorientierte Allgemein Zahnärzte hatten allerdings bisher nie ein Problem, ihr Leistungsspektrum zu erweitern und modernen Therapiestandards anzupassen. Ein Zahnarzt, der implantieren will, es aber (noch) nicht kann, kann und muss es selbstverständlich in seriöser Fortbildung erlernen. Das erste Implantat ist das schwierigste. Schon vergessen? Beim ersten selbständig entfernten retinierten Achter floss nicht nur Patientenschweiß. Ein Zahnarzt, der selbst nicht implantieren will, kann es lassen und überweisen. Auch das ist Therapiefreiheit! Die Zahl seriöser Fortbildungsangebote ist so groß wie die Dankbarkeit der Kieferchirurgen für jede Überweisung.

Wenn ein Allgemeinzahnarzt nicht implantieren kann, es aber trotzdem tut, und es geht etwas schief, sind die Gerichte zuständig, und nicht die Fachgesellschaften der DGZMK, die Bundeszahnärztekammer oder die Vereinigung der deutschen Hochschullehrer. Das Argument, die Patienten vor der Unvernunft weniger durch die berufliche Ein- und Beschränkung aller schützen zu wollen, wird nicht nur in

der Implantologie missbraucht. Es erweist sich beim näheren Hinschauen immer als vorgeschoben. Die Frage lautet also: Wer verspricht sich etwas davon, die Therapiefreiheit zu beschneiden? Die Antwort ist vor dem Hintergrund der nachgerade epidemisch auftretenden Masteritis weniger schwierig als der erste Achter. Sie ergibt sich aus der Gegenfrage: Warum sollte ein Zahnarzt mehr als 30.000,- Euro für einen Titel ausgeben, der qualitativ weit unterhalb desjenigen steht, den er bereits erworben hat? Gleiches gilt analog und uneingeschränkt für die Milchzahnbehandlung, die Parodontologie, die Endodontie, die Prothetik und die Funktion.

In einer konzertierten Aktion ohne Diskussion mit der breiten Mehrheit der Allgemeinzahnärzte wollen DGZMK, BZÄK und die Vereinigung der Hochschullehrer die bestehende Weiterbildungsordnung kippen. Ziel ist es, eine postgraduierte, kostenpflichtige universitäre und/oder berufsbegleitende Weiterbildung zum Bachelor und Master für Teilzahnheilkunde zu implementieren. Das Hauptargument, man werde auf diese Weise die ungeliebten, im nahen Ausland erworbenen Titelschmieden außen vorhalten, ist vorgeschoben. Richtig ist vielmehr, dass man die ausländischen Einrichtungen, die solche Titel gegen Geld und Sitzfleisch vergeben, als Steigbügel benutzt, um das Geld im Lande zu halten. So wird der im



Abb. 3: Ausgangsbefund im Dezember 1995 bei Zustand nach WSR

November noch amtierende Präsident der DGZMK, Prof. Meyer, im „Spectator Dentistry“ mit dem Satz zitiert: „Bei der berufsbegleitenden Master-Weiterbildung kann die Universität Geld verdienen.“ Genau so logisch wie nachhaltig wirksam ist es vielmehr, sich nicht von der Masteritis anstecken und die ausländischen Anbieter allein und im Regen stehen zu lassen. Ein deutsches Landgericht hat dazu den richtigen Weg gewiesen, indem es einer Kollegin die Führung ihres Master-Titels, den sie im Bereich Kieferorthopädie im benachbarten Ausland erworben hatte, untersagt, weil er mit dem Fachzahnarzt-titel verwechselt werden kann. Damit ist die Initiative der Hochschule, die Masteritis gegen den Willen der Mehrheit der niedergelassenen Kollegen zu verschlimmern statt zu heilen, zunächst gescheitert. Die Hochschule wird sich also zwi-



Abb. 1: Maximalinvasive Planung: Extradaktion von 16, externer Sinuslift mit Knochen aus dem Beckenkamm, Implantation an 14 und 16

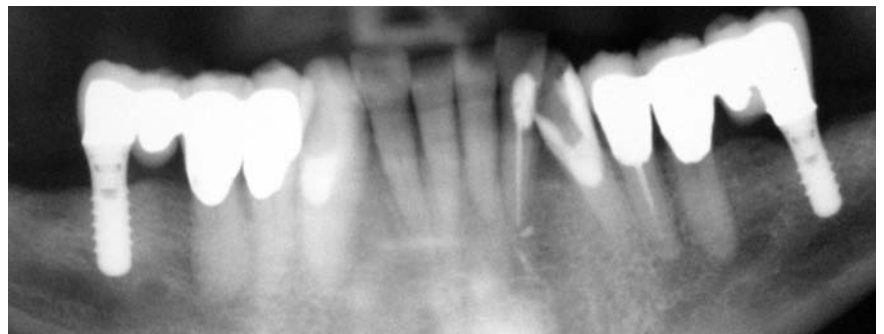


Abb. 2: Sieben Jahre nach prothetischer Versorgung

¹ französisch; „Schande über den, der schlecht darüber denkt“

schen der Ausbildung weiterer Fachzahnärzte für Teilzahnheilkunde und materiell begründeten Masterzertifizierungen entscheiden müssen.

Die lukrativen Nebenjobs der Hochschullehrer im Bereich der postgraduierten Weiterbildung machen es erforderlich, nicht nur durch deutsche Lande zu tingeln. Wenn Sie in die Dozentenlisten der Master- und Spezialistenschmieden schauen, werden Ihnen die Augen aufgehen. In der Folge wundert es nicht, dass unsere Professoren im Weißbuch Zahnmedizin einräumen müssen, dass die fünf Jahre, die das teuerste Studium der Republik minimal dauert, nicht mehr ausreichen, den Studenten das notwendige Rüstzeug für einen erfolgreichen Start in die allgemeinärztliche Weiterbildung zu Oralmedizinern in unseren Praxen zu vermitteln. Honi soit qui mal y pense. Die angebliche Wissensexplosion, die sich wie ein roter Faden durch das Weißbuch zieht, ist als Entschuldigung in keinem Falle ausreichend. So revolutionär, wie sie postmodern beschrieben wird, ist die Entwicklung in unserem ausgesprochen kleinen und überschaubaren medizinischen Fachbereich nun weiß Gott nicht.

Mit den Stichworten „Europa“, „Harmonisierung“ und „Bologna-Prozess“ ist die Hochschule bemüht, uns Allgemeinzahnärzten ihre überflüssige Initiative schmackhaft zu machen und als unabwendbar darzustellen. Der Begriff „Bologna-Prozess“ ist für Mediziner jedoch völlig bedeutungslos, eignet sich aber gut zur Verwirrung, weil er genau so schön klingt, wie sich kaum einer so genau damit auskennt. Auffällig ist, dass kein ernstzunehmender Mediziner über Bologna redet. Wenn überhaupt, dann im Zusammenhang mit sogenannten „medizinischen Berufen“. Gehört die Zahnheilkunde inzwischen dazu? Wenn man das Gutachten des Wissenschaftsrates aus dem Jahre 2005 liest, könnte man diesen Eindruck gewinnen. Die Vorstellung eines „Master of Geburtshilfe“ ist für Gynäkologen genauso absurd wie diejenige eines „Master of Kurzsichtigkeit“ für den Augenarzt oder der „Master of Gleichgewichtsstörung“ für den HNO-Kollegen. Vor diesem Hintergrund reibt man sich erstaunt die Augen, mit welcher Hast und Hartnäckigkeit die Hochschule uns Allgemeinzahnärzten Titel wie „Master of zahnärztliche Chirurgie“, „Master of Zahnfleischbehandlung“, „Master of Wurzelkanalbehandlung“, „Master of Milchzahnfüllung“ oder „Bachelor of Totalprothese“ verkaufen möchte.



Abb. 4: Exazerbation mit vestibulärer Abszessbildung im Oktober 2005

Eine Freundin meiner Tochter studiert „Eventmanagement“ an einer privaten Einrichtung und wird mit dem „Bachelor“ oder „Master“ abschließen. Die Trainerin meiner Frau im örtlichen Fitness-Center ist graduierte „Bachelor of Körperertüchtigung“. Wollen wir uns denn wirklich ohne Not auf dieses Niveau begeben und uns mit solchen Abschlüssen vergleichen machen?

Implantologie ist wie jede andere zahnärztliche Verrichtung keine Geheimwissenschaft. Bei allem Respekt, aber was ist schon dabei, ein nur selten mehr als 5mm dickes und selten mehr als 12mm langes Loch in ortsständigen Knochen zu fräsen und eine nur wenig dünnere Schraube einzudrehen? Das soll ein Allgemeinzahnarzt nicht lernen können? Wer ein schweres Bild in einem Altbau aufhängen kann, kann das zweifellos. Ich persönlich habe mehr Respekt vor jedem Kollegen, der einen retinierten Weisheitszahn in einer angemessenen Zeitspanne entfernt. Sicher gibt es schwierige und schwierigste Fälle. Die gibt es in allen Fachbereichen. Niemand ist gezwungen, jeden Fall selbstständig zu lösen und mit den schwierigen anzufangen. Die Fachzahnärzte müssen schließlich auch ihre Rechnungen bezahlen. Durch praktische Übung und Erfahrung wird man zum Meister, nicht durch gegen Geld und Sitzfleisch oder im internetbasierten Fernstudium erworbene nachrangige Titel.

Gerade der Allgemeinzahnarzt, der die implantologischen Leistungen delegiert, muss sich fortbilden. Der Überblick über den gesamten Fachbereich ist schließlich sein Markenzeichen. Nicht von ungefähr hat das in manchen Bereichen noch gültige Überweisungsformular zwei Kästchen zum Ankreuzen: „Weiterbehandlung“ und „Durchführung bestimmter Leistungen“. Wer durch und überblickt, kann das zweite Kästchen ankreuzen und seinem Patienten häufig viel Geld und noch mehr Leiden erspa-



Abb. 5: Unmittelbar nach WF im Februar 2006 bei klinischer Beschwerdefreiheit

ren. „Weiterbehandlung“ anzukreuzen, kann zu abwegigen Planungen wie in dem Fall der Abbildung 1 führen. Dieser Patientin sollte nach Extraktion des schmerzenden 16 und externem Sinuslift mit Knochen aus dem Beckenkamm die konventionelle Brücke von 13 auf den vitalen 17 durch Überweisung an den Spezialisten erspart werden. Zu ihrem Glück konnte sie sich das nicht leisten. Spezialisierung bedeutet in aller Regel eben auch Ein- und Beschränkung. Deshalb implantiert der Spezialist, wann, wenn und soviel er kann. Was für ein Aufwand! Wie viel Leid und Kosten!

Und das nur, um eine im Vergleich zu diesem maximal invasiven Eingriff nachher gerade minimal invasive konventionelle Brücke mit deutlich besserer Langzeitprognose zu vermeiden. Ja, Sie haben richtig gelesen: Deutlich bessere Langzeitprognose. Ähnlich verhält es sich mit Freundsituationen. Auf der einen Seite wird uns von Seiten der Industrie und ihren zahnärztlichen Interessensvertretern mit maximalem Werbeaufwand eingebläut, Implantate seien eigentlich die besseren Zähne, auf der anderen Seite werden wir aufgefordert, mehr Implantate zu setzen (setzen zu lassen) als an natürlichen Pfeilern zur festsitzenden Versorgung erforderlich sind. Dabei gibt es wissenschaftliche Untersuchungen, in ►►



Abb. 6: Verlaufskontrolle bei anhaltender Beschwerdefreiheit und röntgenologisch nahezu abgeschlossener knochendichter Ausheilung im November 2007

denen sich die Verbindung zwischen Implantaten und natürlichen Pfeilern als völlig unproblematisch erweist, solange die in der Prothetik geltenden Grundsätze beachtet werden. Die Abbildung 2 zeigt einen solchen Fall, bei dem der Kostenvoranschlag für insgesamt 6 Implantate im Unterkiefer nebst Knochenaugmentation bereits gestellt war, sieben Jahre nach der festsitzenden Versorgung auf lediglich zwei Implantaten. Das Implantat im linken unteren Quadranten hat eine Länge von acht Millimetern, wodurch dem Patienten ein bereits geplanter, maximalinvasiver Eingriff erspart werden konnte.

Wenn die Indikation nicht stimmt, gerät in der Medizin alles ins Schwimmen. Aufklä-

rung über und Hilfestellung bei der korrekten Indikationsstellung zur implantologischen Versorgung hätten wir Allgemeinzahnärzte, nachdem wir die Implantologie daselbst gegen erhebliche Widerstände endlich eingeführt hatten, eigentlich von der Hochschule und den implantologischen Fachgesellschaften erwartet. Vollständige Fehlannonce. Es ist schon bemerkenswert, dass mit dem Kollegen Kirchhoff aus Marburg erst ein Allgemeinzahnarzt kommen musste, um die Fachgesellschaften mit seinem Aufsatz „Zahn-Implantate zwischen medizinischem Fortschritt, Maximal-Therapie und Humanversuch“ anhand allgemein zugänglicher Daten über zahlreiche implantologische Irrtümer aufzuklären.

Die Implantation ist und bleibt eine Ultima-Ratio-Therapie. Primäres Ziel zahnärztlichen Handelns ist der Erhalt der natürlichen Zähne und nicht das Setzen möglichst vieler Implantate (Abbildung 3 bis 6). Das Motto des Bundesverbandes der Allgemeinzahnärzte in Deutschland e. V. „Allgemeinzahnärzte – mehr als nur Spezialisten“ erweist sich also nicht nur die Endodontie, sondern auch die Implantologie betreffend als zutreffend und belastbar.

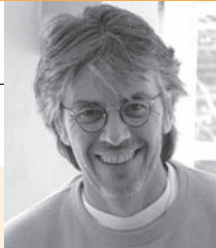
Dr. Dr. Rüdiger Osswald
Allgemeinzahnarzt in München
Geschäftsführer des BVAZ (www.bvaz.de)

Vita

Nach seinem Medizinstudium in Paris, Bochum und Münster mit Approbation 1976 absolvierte Rüdiger Osswald zunächst eine Ausbildung zum praktischen Arzt in den Fachbereichen Chirurgie, Innere und Gynäkologie. Nach zahlreichen Praxisvertretungen wandte er sich vorübergehend von der Medizin ab und war als selbständiger Kaufmann erfolgreich in München tätig. 1982 begann er dort sein Zahnmedizinstudium und ließ sich 1987 in eigener Praxis in Schwabing nieder, die er zusammen mit Dr. Tim Adam (1993) und Dr. Bettina Speich (2001) zu einer vertragszahnärztlichen Gemeinschaftspraxis für Zahnheilkunde entwickelte. Rüdiger Osswald hat die jeweils aktuellen Entwicklungen in der Zahnheilkunde in zahlreichen Veröffentlichungen und Vorträgen genauso kompetent wie kritisch begleitet. Bekannt wurde er insbesondere durch sein Engagement in der zahnheilkundlichen Fortbildung für Allgemeinzahnärzte im Internet. Seine Homepage zählt mittlerweile zu den frequentiertesten zahnärztlichen Fortbildungsseiten. Sein besonderes Interesse gilt von jeher der Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse in einfache, erfolgreich praktikierbare Zahnheilkunde in der zahnärztlichen Allgemeinpraxis. Seit 2005 ist er Geschäftsführer des „Berufsverbandes der Allgemeinzahnärzte in Deutschland e.V.“ (www.bvaz.net).

Dr. Dr. Rüdiger Osswald

– Anzeige –



Dr. med. Dr. med. dent.
Rüdiger Osswald

Voraussagbar erfolgreiche Endodontie

„Primäres Ziel zahnärztlichen Handelns ist der Erhalt der natürlichen Zähne und nicht das Setzen möglichst vieler Implantate“. Dabei fällt einer unter den real existierenden Praxisbedingungen voraussagbar erfolgreichen Endodontie entscheidende Bedeutung zu:

- Schmerzen
- Rezidive
- Exazerbationen
- Wurzelspitzenresektionen
- Extraktionen
- Gescheiterte prothetische Versorgungen
- Vorzeitiger Milchzahnverlust

sind vermeidbare Folgen fehlgeschlagener Wurzelkanalbehandlungen, die Sie und Ihre Patienten erheblich belasten. Wie Sie diese unbefriedigenden Misserfolge voraussagbar erfolgreich vermeiden können, zeige ich Ihnen gerne auf meinem Vortrag am

19. Januar 2008 in Lehrte bei Hannover ||

Fortbildungskurs

In der allgemeinzahnärztlichen Praxis

Endodontie

Anmeldung

über Akademie für Praxisnahe Zahnheilkunde,
Telefon (081 51) 78 245, www.apzonline.net

APZ

Akademie für

Praxisnahe Zahnheilkunde