

Interview mit den Ansbacher MKG-Chirurgen
Dr. Dr. Markus und Priv.-Doz. Dr. Dr. Matthias Tröltzsch

Wie viel Medizin braucht die Zahnmedizin?

Humanmedizin und Zahnmedizin müssen enger „verzahnt“ werden, fordern zwei junge MKG-Chirurgen aus Ansbach/Mittelfranken. Es fehlt medizinisches Wissen in der Zahnarztpraxis – und ebenso fehlt zahnmedizinisches Wissen in der Humanmedizin. Dr. Dr. Markus Tröltzsch und Priv.-Doz. Dr. Dr. Matthias Tröltzsch haben das Nachschlagewerk „Medizin in der täglichen zahnärztlichen Praxis“ geschrieben, das in abgeschlossenen Kapiteln Basiswissen zu Erkrankungen im kardiovaskulären Bereich, zu Diabetes mellitus, Bisphosphonaten und der Onkologie vermittelt.

Als MKG-Chirurgen sind Sie beide Mediziner und Zahnmediziner. Meines Wissens gab es Zeiten der klaren Abgrenzung beider Fachbereiche, die sich bereits im Studium manifestierte. Ist das heute an den Universitäten anders?

Matthias T.: An den Universitäten ist es insofern nicht anders, weil die MKG-Chirurgie als Bindeglied sowohl in der Human- als auch in der Zahnmedizin implementiert ist. Es existiert also in beiden Fachbereichen eine intensive Zusammenarbeit und die MKG-Chirurgie bildet den Link. An den Universitäten und an den großen Kliniken versteht sich die MKG-Chirurgie in erster Linie als medizinisches Fach, in der Traumatologie und in der Kopf-Hals-Medizin, und aus diesem Grund herrscht hier schon eine gewisse Abgrenzung zur Zahnheilkunde, also zur Prothetik und zur konservierenden Zahnheilkunde. Auch im Notdienstbereich ist das so. Was die studentische Ausbildung betrifft, gab es in den 70-er und 80-er Jahren schon die Möglichkeit, beides parallel zu studieren. In der Zeit, in der wir studiert haben, war es absolut verboten innerhalb einer Fakultät. Man wurde von der Fakultät sogar für einen Studiengang exmatrikuliert. Die Devise war klar: es geht nur eins nach dem anderen. Wenn es die Hochschule erlaubt hat, konnte man vielleicht den einen oder anderen Kurs besuchen. Je älter man aber wurde, desto schwerer wurde es, das hatte auch mit der Mittelzuweisung zu tun.



Dr. Dr. Markus Tröltzsch

Dann kam eine Zeit Anfang der 2010-er Jahre, in der Universitäten wie Freiburg, München und Heidelberg es aggressiv propagiert haben, dass man Medizin und Zahnmedizin parallel studieren konnte. Da gab es Kolleginnen und Kollegen, die bereits mit 26 doppelapprobiert waren, was wirklich revolutionär war. Das ist aber wieder umgekehrt worden. Zurzeit ist es so, dass ausschließlich ein Studium absolviert werden kann.

Welchen Stellenwert hat die Humanmedizin heute in der zahnärztlichen Praxis?

Markus T.: Wir sehen, dass er wieder größer wird. Das liegt zum einen an der Demografie und es liegt auch an den forensischen Komplikationen, die sich einstellen können, wenn wir medizinisches Wissen außer Acht lassen. Und



Priv.-Doz. Dr. Dr. Matthias Tröltzsch

dann sehen wir, dass uns der interdisziplinäre Ansatz in gar nicht wenigen Bereichen weiterbringen kann. Beispiel: die Kopfschmerztherapie. Hier befinden wir uns in einem sehr engen Überschneidungsgebiet zwischen Zahnmedizin und Neurologie oder im Bereich der Parodontitis, Diabetologie und Kardiologie. Was derzeit wieder mehr in den Fokus rückt, ist die Borreliose. In gar nicht so seltenen Fällen schlagen Patienten mit diffusen Schwellungen im Gesicht in der Praxis auf und es stellt sich heraus, dass die Borreliose das Problem ist. Zu Ihrer Frage: Ich glaube, dass der Trend sich weiter verstärken wird, weil die Menschen älter und damit auch kränker werden und dann mehr Medikamenten-Interaktionen zu beachten sind und wir immer mehr Fälle haben werden, wo

auch der medizinische Grundzustand auf die zahnmedizinische Behandlung Auswirkungen hat: Patienten, die Bisphosphonate nehmen müssen. Wie kann ich hier überhaupt noch eine PAR oder PZR machen? Solche Fragestellungen werden immer häufiger.

Sie haben beide gemeinsam mit Herrn Kaufmann ein Nachschlagewerk geschrieben, das die Medizin in der täglichen zahnärztlichen Praxis beschreibt. Worum geht es Ihnen dabei, wo setzen Sie an?

Markus T.: Wir setzen tatsächlich bei null an. Nachschlagewerk trifft es gut. So ist es auch aufgebaut. Es ist kein Buch, das Sie von Anfang bis zum Ende durchlesen müssen, sondern es enthält Kapitel, die auf die diversen Fragestellungen des Zahnarztes eingehen. Wenn ich beispielsweise einen Patienten mit einer Demenz vor mir habe oder einer Nierenerkrankung oder einem Diabetes, kann ich das entsprechende Kapitel aufschlagen und erhalte in einer relativ kurzen Übersicht alle relevanten medizinischen Informationen zu dem Themenkomplex – im theoretischen Bereich und für die Anwendung in der Zahnarztpraxis, gegliedert nach den entsprechenden Krankheitsbildern. Dann gibt es die Bereiche Anatomie und Pharmakologie, die uns mehr oder weniger das Rüstzeug für den Alltag geben.

Das ist einmal theoretisch dargestellt und für die konkrete Anwendung geeignet – gegliedert nach den entsprechenden Krankheitsbildern.

Diverse Rezensenten loben das Buch genau dafür. Was war die Triebfeder, diesen Ratgeber zu schreiben?

Markus T.: Wir haben in der Zahnmedizin ein Problem. Aufgrund der Studienordnung und der Taktung der Semester ist es für die Zahnmedizinstudenten fast nicht möglich, die adäquate Menge an medizinischem Wissen mitzunehmen, die sie real für die Praxis brauchen. Entsprechend war unser Ansinnen, dass wir ein Standardbuch für die Praxis schreiben, mit dem man auch zügig auf die entsprechenden Krankheitsbilder zugreifen kann und das vor allem so aufbereitet ist, dass es für die zahnärztliche Praxis relevant ist.

Ist aus wissenschaftlicher Sicht noch etwas hinzuzufügen?

Matthias T.: Es ist immer zu begrüßen, wenn die Zahnärzte so viel Wissen haben, dass sie die wissenschaftlich relevanten Dinge entdecken. Es gibt in der Medizin ein ungeschriebenes Gesetz: Sie sehen nur das, was Sie wissen. Wenn Sie also eine Erkrankung oder eine Problematik noch nie gesehen haben, werden

Sie diese wahrscheinlich nicht feststellen. Das gilt im Übrigen nicht nur für die Praxen, sondern auch für die Kliniken. Derjenige, der damit arbeitet, ist nicht immer derjenige, der die meiste Berufserfahrung hat. Das ist jetzt mal eine traurige Aussage, aber in den Kliniken ist es nun mal so, dass in den Ambulanzen vorwiegend die sog. Rookies arbeiten. Es sind zwar Leute mit viel Erfahrung da, die das Ganze beaufsichtigen, nur die müssen ja auch erst einmal den Fall zu Gehör bekommen. Es ist einfach entscheidend, gewisse Diagnosen gleich zu stellen, um für den Patienten entsprechende Erleichterung zu schaffen, es auch wissenschaftlich auszuwerten und dadurch Zusammenhänge herstellen zu können.

Markus T.: Das gilt sowohl für Zahnmediziner als auch für Mediziner. Wir haben genauso das Problem, dass zahnärztliches Wissen in der Medizin fehlt. Wir hatten kurz vor Corona begonnen, Zahnmedizin für Mediziner als Kurs für unsere lokalen Kollegen anzubieten. Im nächsten Frühjahr wollen wir das Thema wieder anstoßen.

Kaum ein Arzt sieht seine Patienten häufiger als der Zahnarzt. Natürlich steht dabei der Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich im Vordergrund. Welche Erkrankungen über sein Fachgebiet hinaus kann/könnte der Zahnmediziner also frühzeitig erkennen?

Markus T.: Das ist nicht einfach zu beantworten. Es gibt sehr viele Erkrankungen, die aufgrund der Reduktion des Allgemeinzustandes Mund-, Kiefer- oder Gesichtssymptome mit sich bringen können. Eine Sache sind zum Beispiel die Lymphome. 25 Prozent der Erstmanifestation von Lymphomen ist eine Schwellung oberhalb der Clavicula, wo nicht selten primär mal ein Zahnarzt konsultiert wird und dann häufig keine dentogene Ursache vorhanden ist. Schwieriger wird es, wenn zusätzlich eine dentogene Ursache vorliegt, die das Lymphom aber gar nicht ausgelöst hat. Dann wird die Trennschärfe schwierig.

Dazu gehört im Grunde alles, was den Allgemeinzustand betrifft. Wir hatten



vorhin Diabetologie, Kardiologie, Nephrologie – alles Dinge, die sich durch eine zahnärztliche Mitbehandlung deutlich weniger hart manifestieren können. Das ist ein riesiges Gebiet. Es würde den Rahmen des Interviews sprengen, sie hier vollumfänglich beantworten zu wollen.

Matthias T.: Der Zahnarzt muss sich als Oralmediziner verstehen, der sich auch so wahrnehmen lässt und nicht als Dentist, der sich um die supragingivale Veränderung kümmert. Da sind wir in Europa noch in den Kinderschuhen. In den Vereinigten Staaten sind sie schon weiter. Bestes Beispiel ist die Schlafmedizin – auch in der Leitliniendiskussion, an der nicht nur HNO teilnehmen, sondern regelmäßig auch Zahnmediziner. Da müssen wir in Europa noch viel tun, damit die Humanmediziner die Zahnmedizin als eigenständiges, lebendiges und wichtiges Fach wahrnehmen. Wichtig ist meines Erachtens auch, dass die Zahnmediziner dies auch annehmen.

Neben Anatomie und Physiologie widmen Sie sich im Buch auch der Pharmakologie. Welchen Stellenwert hat oder sollte das Wissen um die Wirkungsweise von Medikamenten in der zahnärztlichen Behandlung haben?

Matthias T.: In der Zahnmedizin nimmt die Pharmakologie ein absolutes Nischendasein ein. Es gibt vielleicht ein bis zwei Semester in der Vorlesung. Das ist bei diesem Themenkomplex nicht genug. Wir fangen in den Kursen, die wir dazu geben, mit den Grundlagen an. Wie wirken Medikamente generell, in Tablettenform, intravenös, von der Menge her etc.? Wir stellen fest, dass bestimmte Wirkstoffe verschrieben werden, weil das mal gelernt oder gelesen wurde. Vielen ist auch nicht bekannt, dass man sich am Gewicht orientieren muss und dass man nicht eine Standarddosis mit der Gießkanne verschreiben kann. Gerade bei Antibiotika ist das Problem unserer Tage, dass wir zwar viel über Viren sprechen, aber die Bakterien immer resistenter werden und wir eine ganz gefährliche Welle vor uns haben. Wissenschaft und

Forschung gehen nicht schnell genug mit. Wir kommen an die Grenzen der Antibiotikatherapie. Es gibt viele Keime, die jetzt gegen sämtliche Antibiotika resistent sind. Diese Resistenzen sind durch unsachgemäßen und zu vielem Einsatz entstanden. Stichwort: Antibiotic Stewardship. Man muss also genau verstehen, warum man was gibt und wie lange und in welcher Indikation, sonst wird man auf diese Welle nicht mehr aufspringen können. Das ist sicher das prägnanteste Beispiel. Analgetika beispielsweise, die wir im täglichen Leben einsetzen, ist für die Zahnmedizin sicher besonders relevant. Wir brauchen Wissen über die gesamte Bandbreite der Wirkstoffe.

Können Sie konkrete Beispiele nennen, welche Erkrankungen und deren Behandlung durch Medikamente direkte Auswirkungen auf die Mundgesundheit haben und was der Zahnarzt dabei beachten muss?

Matthias T.: Eine abgedroschene Geschichte ist natürlich alles, was mit Knochenstoffwechsel und Antiresorptiva zu tun hat. Da wissen auch alle ziemlich gut Bescheid. Zwei Themenbereiche, wo besonders große Unsicherheit herrscht, sind einmal der Kreis der Rheumatoide. Bei

den rheumatologischen Erkrankungen gibt es viele neue Medikamente, Biologika, Antikörper, niedermolekulare Wirkstoffe. Hier kann man kaum mithalten, selbst wenn man sich dafür interessiert. Der andere Kreis ist die Psychopharmakotherapie, bei Depressionen beispielsweise, weil es eben Wechselwirkungen gibt zwischen den klassischen Antidepressiva, die die Serotonin-Wiederaufnahme hemmen, und dem Knochenstoffwechsel. Es gibt Wechselwirkungen zwischen Medikamenten, die gastrointestinal wirken und dem Knochenstoffwechsel.

Markus T.: Und man kann auch noch einen Schritt weiter gehen. Zu den Medikamenten im analgetischen Bereich. Wenn wir Schmerzmittel verschreiben, ist das ziemlich häufig Ibuprofen. Kaum einer weiß, dass, wenn der Patient gleichzeitig Aspirin nimmt, ASS Cardio, die Wirkung des Aspirins ausfällt. Wir müssen einen zeitlichen Abstand einhalten, um mit beiden Medikamenten arbeiten zu können.

In einer frühen Phase der Pandemie haben Sie den Umgang mit COVID-19 für das zahnärztliche Team beschrieben. Woher kommt Ihr Wissen über Infektionsschutz?





Foto: stock.adobe.com/Andreas Kanev

Markus T.: Wir fingen früh an, uns fit zu machen, weil wir die Coronawelle haben anrollen sehen. Im Februar 2020 waren wir noch in Chicago und haben mit italienischen Freunden diskutiert – da war in Italien die Welle bereits am Laufen. Wir haben gemerkt, dass bereits viel Evidenz vorhanden ist aus der SARS-Welle. Die erste SARS-Welle war 2003 und dementsprechend hatten wir es auch mit einem Coronavirus zu tun und wir haben uns auf die Wissenschaft gestützt, die bereits existiert hat.

In einem Interview zu Beginn der Pandemie haben Sie, Herr Dr. Dr. Markus Tröltzsch, davon gesprochen, dass der Zahnarzt der Facharzt für die Mundhöhle ist. Muss aus Ihrer Sicht die Zahnmedizin näher an die Medizin heranrücken, und wie muss man sich das vorstellen?

Markus T.: Beide Seiten müssen sich aufeinander zubewegen. Wo kommt dieses Denken eigentlich her, dass die Oralmedizin aus vielen medizinischen Bereichen ausgeklammert wird? Das kommt wohl auch aus der Historie heraus, wie die unterschiedlichen Fächer sich entwickelt haben. Die medizinischen Fächer hatten eigentlich seit 1280 bereits einen universitären Status, während die Zahnmedizin mal universitär war, aber sich die meiste Zeit auf Jahrmärkten entwickelt hat. Standesantipathien bestehen also schon lange und man kann sehen, welche Gewohnheitstiere Menschen sind, dass wir so lange brauchen, um die Barrieren im Kopf abzubauen. Es gibt einen weiteren Aspekt: Die Medizin in der Mundhöhle entscheidet sich ganz erheblich von der

Medizin in der Bauchhöhle, um ein Beispiel zu nennen. Wir haben ganz andere Organellen, die rumsausen und daher ist ein sehr spezifisches Wissen nötig und auch handwerkliches Wissen, was aus meiner Sicht ein positiver Aspekt ist. Wir haben im Mundbereich eigene Krankheitsbilder, die in der restlichen Medizin so nicht vorkommen. In einer Zeit, in der Menschen immer älter werden und einen gewissen Lebensstandard pflegen wollen, kommen wir in Bereiche, wo Auswirkungen aus dem Mund im gesamten Organismus spürbar sind – und anders herum. Die Entwicklung der Zahnmedizin muss Richtung Facharzt der Mundhöhle gehen, ohne aber den handwerklichen Bereich zu vernachlässigen.

Welche Bedeutung sollte die Medizin aus Ihrer Sicht in Zukunft in jeder Zahnarztpraxis haben?

Markus T.: Wie sieht denn der Patient 2030 aus – vorausgesetzt wir haben noch ein Gesundheitssystem, das mit dem heutigen vergleichbar ist? Es ist schwierig vorzusehen, wo wir in 20 Jahren stehen, eingedenk der politischen Rahmenbedingungen, die sich schnell ändern können. Wenn wir uns anschauen, was in Großbritannien mit dem National Health Service (NHS) passiert, und in Schweden genauso, so muss man doch feststellen, dass das System einen ganz erheblichen Impact auf die Versorgung der Patienten hat. Wenn sich das System in Deutschland hält, also auf dem Niveau bleibt, auf dem wir uns jetzt befinden, dann wird die Fragestellung sein, wie Patienten, die eine Co-Morbidität mitbringen und hohe medizinische Ansprü-

che haben, in der Zahnarztpraxis betreut werden können. Hier wird immer mehr ein medizinisches Screening notwendig sein. Dabei geht es nicht um das gesamte medizinische Spektrum, sondern um die Bereiche, in der kritische Erkrankungen bekannt sind, die gehören m. E. künftig zu einer Erstaufnahme dazu. Das ist natürlich mit dem aktuellen Finanzrahmen nicht abbildbar. Die Zahnarztpraxis muss wirtschaftlich arbeiten. Mit der momentanen Honorierung ist daran leider nicht zu denken.

Vielen Dank Ihnen beiden für das interessante Gespräch!

Das Interview führte Chefredakteurin Anita Wuttke



Tröltzsch, Markus / Kauffmann, Philipp / Tröltzsch, Matthias: *Medizin in der täglichen zahnärztlichen Praxis*, erschienen 2021 bei Quintessence-Publishing.

Interview als Video

Wer sich das gesamte Interview von Anita Wuttke mit den Tröltzsch-Brothers ansehen möchte, hat hier die Gelegenheit. Das Video ist auf dem YouTube-Kanal des BDIZ EDI abrufbar: <https://youtu.be/rTCTTQL8Hxc>