



DEPPE vs. OSSWALD



Deppe: Mit dem Rätselraten müssen wir langsam aufhören, Osswald, wenn wir unsere Leser nicht langweilen wollen. Die wissen die Lösung doch längst.

Osswald: Schade, Deppe. Dabei hatte ich mir für den Abschluss noch ein ganz besonderes Rätsel aufgehoben.

Deppe: Nämlich welches?

Osswald: Das mit den Preisträgern. Immerhin vergibt die DGZMK auch heute noch den Walkhoff-Preis für besondere Verdienste um die Zahnerhaltung.

Deppe: Hätten Sie den gern, Osswald?

Osswald: Hätten Sie den nicht gern, Deppe?

Deppe: Ich, wofür? Dieser Preis ist offenbar das Einzige, was an Erinnerung geblieben ist. Ansonsten kann ich mir nicht erklären, dass seine Schriften nicht zitiert und seine Gedanken nicht diskutiert werden. Aber dieser Preis ehrt ja auch weniger Walkhoff als die Preisträger. Schöne neue Welt.

Osswald: Also gut, nehmen wir der voraussagbar erfolgreichen Endodontie ihre Rätselhaftigkeit. Hier noch einmal das letzte Zitat: „Diese Erreger sind in ihrem Verhalten, ihrer Widerstandsfähigkeit und ihrer Lage, in bisher viel zu wenig gewürdigten Schlupfwinkeln, schon bei der Behandlung einer einfachen gangränösen Pulpa viel zu sehr unterschätzt. Nicht einige Einlagen für einige Tage vermögen sie in jenen zu vernichten, wie sie bisher ausgeführt wurden. Das vermag nur eine möglichst lange, für Wochen und Monate anhaltende Wirkung von genügend starken Kampfmitteln auf die Mikroorganismen zu erzielen!“

Deppe: So drastisch hat nur Otto Walkhoff formuliert!

Osswald: Und so treffend, Deppe, und das bereits 1929. Und nun dieser Text: „Nach der Aufbereitung apikal beherdeter Zähne unter Kofferdam, Anwendung des international anerkannten und auch in Deutschland gelehrten Spülprotokolls mit 5,25%igem NaOCl und 17%igem EDTA

und Obturation mit Guttapercha und Zinkoxyd-Eugenol werden mit modernen, molekularbiologischen Nachweisverfahren in den Schlupfwinkeln des endodontischen Hohlraumsystems in mindestens 90% der Fälle überlebende Bakterien nachgewiesen, die meistens in Biofilmen organisiert sind.“

Deppe: Das ist Nair. Die Zusammenfassung seiner wegweisenden prospektiven klinischen Resektions-Studie aus 2005, über die wir in einer der vorangegangenen Folgen schon ausführlich gesprochen haben.

Osswald: Die Gemeinsamkeit in beiden Aussagen ist unübersehbar, Deppe. Wenn man jetzt noch bedenkt, dass heute mit höchster wissenschaftlicher Evidenz bewiesen ist, dass Ca(OH)₂ unzureichend wirksam ist, was Walkhoff und Hess schon vor 80 Jahren publiziert haben, dann ist die moderne Endodontie in 2005 immerhin dort angekommen, wo Otto Walkhoff bereits 1929 stand!

Deppe: Leider nur hinsichtlich der Ätiologie und Pathogenese des Scheiterns ihrer Bemühungen bei der Desinfektion des endodontischen Hohlraumsystems. Deutlich wird allerdings, dass man die papiergewordenen Ergebnisse endodontischer Forschung seit 1929 bis auf relativ wenige Ausnahmen ablegen kann.

Osswald: Sieht so aus, als bräuchte man dafür eine ziemlich große Rundablage. Immerhin füllt die vorhandene Literatur inzwischen Bibliotheken.

Deppe: Das war ja auch zu erwarten. Die endodontische Wissenschaft ist hauptkanalfixiert. Das Hohlraumsystem besteht aber nun einmal nicht nur aus den mechanisch zugänglichen großen Kanälen.

Osswald: Von der indikationsgerechten Therapie ist man nach wie vor weit entfernt. Immerhin sind international einige Autoren inzwischen zu der Überzeugung gekommen, dass es keinen Sinn macht, weiter nach Erregern zu suchen, die die angewendeten Desinfektionsmittel über-

leben, sondern dass man sich vielmehr auf die Suche nach Desinfektionsmitteln machen muss, die die bereits bekannten Bakterien zuverlässig abtöten, weil die bisher angewandten das offensichtlich allein nicht schaffen. Denken wir also positiv. Ein neuer Anfang ist mit Beginn des neuen Jahrtausends gemacht.

Deppe: Ja, Osswald, blicken wir optimistisch in die Zukunft. Haben wir zu diesem Thema Leserzuschriften erhalten?

Osswald: Natürlich, Deppe. Ein Allgemeinzahnarzt schreibt beispielsweise, dass ihn das Ca(OH)₂-Dogma der DGZMK bei der unabdingbaren Langzeitdesinfektion nachhaltig an die wissenschaftlich längst widerlegte Behauptung erinnert, Spinat enthalte besonders viel Eisen.

Deppe: Damit, dass jetzt öffentlich anerkannt wird, dass die Endodontologen ein ganz fundamentales Problem haben, ist zumindest die allererste Voraussetzung einer jeglichen Problemlösung erfüllt. Wenn Sie Walkhoffs Wissen nicht aus der Versenkung geholt hätten, wäre es darin verschwunden. Wie konnte es bloß kommen, dass er beinahe 80 Jahre lang ignoriert wurde?

Osswald: Wegen der Lücke, Deppe!

Deppe: Keine neuen Rätsel, Osswald. Lücken will die Endodontie ja gerade vermeiden.

Osswald: In der Geschichte, Deppe. Hier: „Endodontie – Im Wandel der Zeit“, Markovic und Beer, Endodontie Journal, Titel: „Megatrend Endodontie“, März 2007. Um zu belegen, dass die Endodontie seit Anbeginn der Medizin DIE Spezialisten-Disziplin überhaupt innerhalb der Zahnheilkunde ist, schlagen die Autoren einen genauso gewagten wie gewaltigen Bogen von Hippokrates, der lebte um 450 vor Christus, über den deutschen Zahnarzt Witzel, der lebte um 1874 nach Christus, bis zum ebenfalls deutschsprachigen Miller, der um 1903 lebte. Nach Christus, versteht sich.

Deppe: Ja und dann, Osswald?

Osswald: Nach 1903 ist die endodontische Wissenschaft in eine dunkle Periode eingetreten, über die man heute anscheinend nicht mehr sprechen darf. Der nächste Forscher, der den Kollegen Beer und Markovic erwähnenswert erscheint, ist der Amerikaner Schilder, der nach ihrer Ansicht bereits 1974 die beiden Hauptziele der Wurzelkanalbehandlung beschrieben hat. Die „Endodontische Lücke“ umfasst damit immerhin eine Periode von fast 50 Jahren.

Deppe: „Bereits“ 1974, das ist starker Tobak. Und diese Ziele sind nach Schilders Meinung?

Osswald: Die Wurzelkanalsysteme müssen mechanisch gereinigt und so geformt werden, dass bei der anschließenden Obturation ein dreidimensionaler, bakterien-dichter Verschluss erreicht werden kann.

Deppe: Mechanik auf hohem Niveau. Und kein Wort über Walkhoff und darüber, dass die Mechanik per Definition der Diener der Desinfektion ist und nicht umgekehrt?

Osswald: Nein, nichts. Und auch kein Wort darüber, dass das Desinfektionsprotokoll international inzwischen als gescheitert gilt, Deppe.

Deppe: Der immer wieder gern zitierte Satz - „Es ist nicht wichtig, was man in einen Wurzelkanal hineinfüllt, wichtig ist allein, was man aus ihm herausholt.“ - ist eben nicht mehr als schmissig, leicht zu merken und damit gut nacherzählbar. Leider hat er den Schönheitsfehler, dass er schlicht und einfach nicht stimmt.

Osswald: Damit kommen wir an einen weiteren interessanten Widerspruch. Markovic und Beer zitieren die Obturation betreffend, aus dem 1903 erschienenen Lehrbuch von Miller, dem letzten in ihren Augen erwähnenswerten Endodontologen vor Schilder, die daselbst formulierten Anforderungen an ein indikationsgerechtes Wurzelfüllmaterial, das ja heute auf Neudeutsch Sealer heißt.

Deppe: Und was forderte Miller vor mehr als 100 Jahren, Osswald?

Osswald:

- Leichte Einführ- und Entfernbareit,
- apikale Dichtigkeit,
- antiseptische Wirkung und
- Verträglichkeit mit dem angrenzenden Gewebe.

Deppe: Auch Walkhoff hat unermüdlich darauf hingewiesen, dass der Sealer potente, lange nachwirkende Desinfektionsmittel enthalten müsse und selber einen

solchen entwickelt.

Osswald: Genau. Die Jodoformpaste nach Walkhoff, die gerade wieder aus der Versenkung auftaucht. Ihre Anwendung wird von der Universität Mainz in der Kinder-Endodontologie seit neuestem empfohlen, wenn ich nicht falsch informiert worden bin. Toll! Back to the roots!

Deppe: Die gerade genannten Anforderungen widersprechen dem, was heute gelehrt wird, diametral. Wie konnte das geschehen?

Osswald: Das weiß ich nicht, Deppe. Walkhoff wusste aber schon 1929, was Nair für die moderne Endodontie erst 2005 herausfinden sollte. Natürlich wird es immer Bakterien geben, die ein Desinfektionsprotokoll überleben, auch wenn es noch so geduldig ausgeführt wird und die angewendeten Desinfektionsmittel noch so potent sind. In den Steri können wir den Kopf des Patienten schließlich auch dann nicht stecken, wenn wir einen der neuen B-Klasse verwenden. Mit der Desinfektion kann nur Keimarmut, nicht jedoch Keimfreiheit erreicht werden. Für Walkhoff hatte der desinfektionsmittelhaltige Sealer die Aufgabe, den potentiell überlebenden Bakterien die Räume so eng wie nur möglich und die Vermehrung so schwer wie nur möglich zu machen.

Deppe: Wo sehen Sie dann den Widerspruch?

Osswald: Auf der einen Seite schreiben Beer und Markovic, dass das Ziel eines dauerhaften bakterien- und flüssigkeitsdichten Verschlusses der Wurzelkanäle bis zum apikalen Endpunkt mit einem biokompatiblen Material bisher von keinem Sealer erfüllt wird, was zu immer neuen Entwicklungen und Misserfolgen geführt hat. Auf der anderen Seite schreiben sie, dass sich die laterale und vertikale Kondensation von Guttapercha und die Anwendung thermoplastischer Guttapercha, bei der es sich ja nicht um einen antiseptisch wirkenden sondern um einen indifferenten Sealer handelt, als beste Verfahren herauskristallisiert haben. Für uns Laien übersetzt heißt das, dass die Endodontologen zwar in diesem Punkt einräumen, ihr Behandlungsziel nicht zu erreichen, aber dennoch nicht von ihrem Behandlungsprotokoll lassen wollen.

Deppe: Was ist mit der Forderung nach der antiseptischen Wirkung?

Osswald: Die lassen sie genau so vollständig unter den Tisch fallen wie die leichte Einführ- und Entfernbareit. Damit igno-

rieren sie Witzels, Millers und Walkhoffs medizinischen Ansatz der Infektionskontrolle. Walkhoff schrieb über diese von Beer und Markovic favorisierten Verfahren 1929: „Als „indifferente“ Wurzelfüllung bezeichne ich jede Substanz, welche keine oder nur kurzwährende und deshalb zur weiteren Bekämpfung von Mikroorganismen ungenügende Kräfte besitzt, so dass sie wohl zur Ausfüllung des Hohlraumes der Pulpenkammer nach abgeschlossener Vorbehandlung dienen, aber nicht weiter antiseptisch wirken kann. Man hat die indifferente Wurzelfüllung in Gestalt von Zement, Guttapercha und vielen anderen, rein mechanisch wirkenden Materialien, welche einen „wasser-bakterien-toxindichten“ Abschluss der Pulpenkammer bilden sollen, als „amerikanische“ Methode bezeichnet. Diese ist jedoch in Europa bisher wohl ebenfalls in größtem Maßstab angewandt.“

Deppe: „...bisher wohl angewandt“, Osswald. Daraus lese ich, dass er zu Lebzeiten die Hoffnung hatte, das würde sich in der Folge der Ergebnisse seiner Forschung sehr schnell ändern.

Osswald: Die Hoffnung stirbt bekanntlich zuletzt, Deppe.

Deppe: Welchen Sealer verwenden Sie eigentlich?

Osswald: Endomethasone N in der Einstiftmethode.

Deppe: Und warum?

Osswald: Weil als Langzeitdesinfizienz Dijodithymol enthalten ist, das gut wirksam gegen Faecalis ist, die Einstiftmethode, um Millers Forderung nach leichter Entfernbareit zu erfüllen und natürlich, weil Endomethasone N beim Überpressen geringer Mengen außerhalb des Kanals langsam aber sicher resorbiert wird.

Deppe: Und warum empfiehlt die moderne Endodontie nach wie vor die „amerikanische Methode“, Osswald?

Osswald: Wegen der amerikanischen Spezialisten und dem koronalen Leck, Deppe, auf Neudeutsch coronal leakage.

Deppe: Wenn der amerikanische Spezialist für Endodontie 2500 Dollar für eine Molaren-Endo berechnet hat, und es nichtsdestotrotz zum posttreatment disease kommt - so nennt man die dicke Backe des Patienten nach dem endodontischen Misserfolg heute auf Neudeutsch - sind nicht die neudeutschen bucks, also die Bakterien, verantwortlich, die er aufgrund seiner unzureichenden Schnell-Schnell-Desinfektion oder aufgrund

der Anwendung zu schwach wirksamer Desinfektionsmittel wie Ca(OH)₂ in den Schlupfwinkeln des endodontischen Hohlraumsystems zurückgelassen hat, sondern das koronale Leck.

Osswald: Hinter dem Konzept des koronalen Lecks steht die Vorstellung, die Keime würden aus dem Paradies Mundhöhle, wo sie ja in der Regel genug zu fressen finden, freiwillig durch eine undichte Füllung oder Krone in den wurzelgefüllten Kanal einwandern, sich unter vollständiger Nahrungskarenz an der Wurzelfüllung vorbei oder durch sie hindurch kämpfen, um dann müde, ausgehungert und vor Schwäche fast umfallend endlich an der Wurzelspitze anzukommen, um daselbst das Granulom im Knochen zu erzeugen, was die Endodontologen offensichtlich als das den Bakterien innewohnende Lebensziel betrachten. Dass neue Keime gar nicht erst anreisen müssen, weil bei der Anwendung des Standardprotokolls in praktisch 100% der Fälle Bakterien überleben, wird einfach ausgeblendet.

Deppe: Frei nach dem Motto „Ett is noch ömmer juut jange ...“, wie man im Rheinland sagt.

Osswald: Schauen Sie sich die Abbildung 1 an, Deppe. Zustand nach WF bei apikaler Beherdung im September 2001. Astreine Wurzelfüllung, bei der es mechanisch überhaupt nichts zu meckern gibt. Auf dem Röntgenbild erkennt man am neudeutschen amazing shape - also der mechanisch ausgereiften Aufbereitungstechnik - auf den ersten Blick, dass sich hier ein Spezialist bemüht hat. Abbildung 2 zeigt den Zustand von posttreatment disease, also der dicken Backe nach endodontischem Misserfolg, knapp neun Monate später. Trotz Spülens nach dem

Goldstandard, lateraler Kondensation mit Guttapercha und unmittelbarer Versorgung mit einer Krone, die gefordert wird, um den Bakterien den Weg aus der Mundhöhle bis zur Wurzelspitze so schwer wie nur möglich zu machen, zeigt sich die Aufhellung an der Wurzelspitze deutlich vergrößert. Da waren offensichtlich die „iron men“ unter den Bakterien am Werke, echte „tough guys“ also, die sich erst zwischen Krone und Stumpf hindurch und dann auch noch durch die lateral kondensierte Wurzelfüllung gekämpft haben, um das Granulom zu vergrößern.

Deppe: Und wie lief die Revision?

Osswald: Mühsam, ausgesprochen mühsam. Solche Obturationen sollten als obsolet bezeichnet werden. Wenn schon nicht mit Blick auf die Leiden der betroffenen Patienten bei der Revision, dann doch wenigstens in kollegialer Rücksicht auf den Nachbehandler. Das muss man verlangen dürfen! Spätestens wenn man solche Zähne revidieren muss, versteht man schlagartig, warum Miller schon 1903 gefordert hat, dass die verwendeten Sealer leicht entfernbar sein müssten. In unseren modernen Zeiten ist die Revision umso schwieriger, je technisch raffinierter die Wurzelfüllung und je spezialisierter derjenige ist, der sie gelegt hat. In diesem Fall war auch noch ein knallharter Sealer verwendet worden. Die Folge war, dass bei der Revision in einem der mesialen Kanäle ein Instrument abgebrochen ist und es im anderen zu einer via falsa kam, wie man in Abbildung 3 deutlich sieht.

Deppe: Und es soll, wenn es nach den Spezialisten geht, ja in der Zukunft noch deutlich mühsamer werden, Osswald: Um den Bakterien aus der Mundhöhle ihre Reise durch die Wurzelfüllung weiter zu

erschweren, sind die Endodontologen bemüht, im Wurzelkanal einen sogenannten Monoblock, also einen Verbund zwischen Kunststoff und Kanalwand herzustellen.

Osswald: Das gelingt zum Glück momentan eher schlecht als recht. Falls es aber einmal so weit kommen sollte, wird der Nachbehandler kaum noch eine Chance haben, die vom Vorbehandler versäumte sorgfältige Desinfektion anlässlich der Revision nachzuholen, weil er das Zeug aus den Wurzelkanälen gar nicht mehr heraus bekommt.

Deppe: Schöne neue Welt. Wie ist es denn am Ende für diesen Patienten hier ausgegangen?

Osswald: Nach aufgrund der Komplikationen deutlich verlängerter Desinfektionsphase, in der sich die pathologische Klinik schnell vollständig zurückbildete und der Patient beschwerdefrei wurde, konnten wir drei Monate später, im November 2002, definitiv abfüllen. Wie Sie in Abbildung 4 sehen, befand sich die Aufhellung zu diesem Zeitpunkt schon deutlich in Regression. Schauen Sie einmal, wie schön die via falsa abgefüllt ist.

Deppe: Sie haben ja das frakturierte Instrument belassen!

Osswald: Ja sicher, Deppe, das machen wir bei derart tief frakturierten Instrumenten immer. Es handelt sich schließlich nicht um Granatsplitter, die durch den Körper wandern können, sondern um Instrumentenfragmente, die im Wurzelkanal eingeklemmt sind. Ich kann mich an keinen Zahn erinnern, den wir deswegen extrahiert oder resiziert hätten. Wenn man versuchen würde, ein solch tief liegendes Fragment zu entfernen, würde man, wenn es denn überhaupt gelänge, die Wurzel extrem schwächen. Besser und wesentlich



Abb.1: Zustand nach WF bei apikaler Beherdung im September 2001

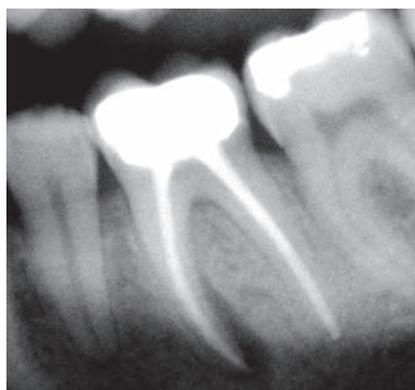


Abb.2: Röntgenologisch deutlich vergrößerte Aufhellung mit klinisch druckdolenter vestibulärer Knochenaufreibung im Juni 2002



Abb.3: Revision mit Erzeugung einer via falsa und abgebrochenem Instrument mesial im August 2002

substanzschonender ist es, ein potentes und dabei besonders kriechfähiges Desinfektionsmittel geduldig anzuwenden, das an dem Fragment leicht vorbei diffundiert, und die Desinfektionsphase entsprechend auszudehnen. Weniger günstig ist der Verlauf, wenn das Fragment aus der Wurzel herausragt. Dann muss man in der Regel rezidieren. Abbildung 5 zeigt übrigens die erste röntgenologische Verlaufskontrolle im März 2003 mit nahezu abgeschlossener, röntgenologisch knochendichter Ausheilung.

Deppe: Und um den Ausgang der *via falsa* hat sich kein Granulom gebildet!

Osswald: Wie denn auch, Deppe, da war doch kein Debris drin.

Deppe: Geht das auch langfristig gut?

Osswald: Schauen Sie auf Abbildung 6. Zustand nach WF in 1992 mit apikalen Aufhellungen an allen Wurzelspitzen, Überpressung von Sealer und abgebrochenem Instrument im mesialen Kanal eines oberen Siebeners. Die Abbildung 7 zeigt den Zustand zehn Jahre später mit vollständiger Resorption des überpressten Sealers unter röntgenologisch vollständig knochendichter Ausheilung trotz des belassenen Instrumentes.

Deppe: Na ja, Osswald, man wird sagen, dass es sich um Einzelfälle handelt, die rein gar nichts belegen.

Osswald: Natürlich, Deppe, das sagt man immer. Daran habe ich mich inzwischen dermaßen gewöhnt, dass es mir regelrecht fehlen wird, wenn es einmal nicht gesagt würde. Man kann das Pferd aber auch von hinten aufzäumen.

Deppe: Und wie sähe das aus, Osswald?

Osswald: Merkwürdig, Deppe, ausgesprochen merkwürdig. Ein Pferdekennner würde es jedenfalls auf den ersten Blick

bemerken!

Osswald: Sehr witzig, Osswald.

Deppe: Schauen Sie auf Abbildung 8. Messaufnahme an 48 im Juni 2000 und Zustand nach alter WF an 47, die den amazing shape des Spezialisten eindeutig vermissen lässt. Dafür wurden jedoch offensichtlich im Hohlraumsystem keine überlebenden Bakterien belassen. Die Sekundärkaries distal an 47 ist schon deutlich zu erkennen. Zur Entfernung derselben mit anschließender Überkronung konnte sich die Patientin, aus welchen Gründen auch immer, nicht entschließen. Mehr als fünf Jahre später sah es dann so aus wie in Abbildung 9. Die Bakterien in dem ausgedehnten sekundärkariösen Defekt scheinen trotz der vielen Jahre, in denen sie sich dort verköstigt haben, keinerlei Antrieb verspürt zu haben, aus dem Paradies zu flüchten, eine Fastenkur einzulegen und ihr Leben zu riskieren, um sich durch die sicher nicht besonders bakterien-wasser-toxindichte Wurzelfüllung zu quälen und endlich einmal ein apikales Granulom zu erzeugen. Man könnte also glatt bezweifeln, dass Hunger zu leiden und Gewaltmärsche auf sich zu nehmen, um auf Teufel komm heraus ein Granulom zu erzeugen, das eigentliche Lebensziel von Bakterien ist.

Osswald: Warum sollten auch neue Bakterien, die erst aus der Mundhöhle anreisen müssen, für die Granulombildung verantwortlich sein, wenn nach der Wurzelkanalbehandlung in praktisch 100% der Fälle in den Schlupfwinkeln des endodontischen Hohlraumsystems noch reichlich überlebende Artgenossen vorhanden sind?

Deppe: Wenn die Bakterien so dusselig wären, hätten sie die Jahrmillionen sicher

nicht überlebt und würden dem Menschen heute nicht solch einen Ärger bereiten.

Osswald: Ich kann mir eigentlich nicht vorstellen, dass Walkhoff nicht auch zum koronalen Leck etwas gesagt hat.

Deppe: Walkhoff bestritt keineswegs, dass es bei schlechter Deckfüllung gelegentlich auch zu einer Sekundärinfektion kommen könne, wusste aber bereits 1931 aufgrund von Mayrhofer, Witzels, Millers und eigenen wissenschaftlichen Untersuchungen während der dunklen Periode, dass das die Ausnahme und nicht die Regel ist. Er schrieb: „Niemals wird dagegen ein zurückgebliebener Pulparest, welcher noch nach der Vorbehandlung lebende Mikroorganismen enthält, durch Überdeckung mit rein technischen Mitteln keimfrei gemacht. Derselbe bleibt dann eine direkte Infektionsquelle für das Periodontium. Dies um so mehr, wenn der Pulparest seine Fortsetzung in Mark- und Gefäßkanälen, welche im Dentin und Zement vieler Zähne in sonder in der Nähe der Wurzelspitze vorhanden sind, findet. Jeder dieser Kanäle kann, bei einer noch in ihm herrschenden Infektion, an seiner Mündung im Peridontium schwere Folgeerscheinungen hervorrufen. In solchen Fällen handelt es sich also viel weniger um eine Reinfektion, sondern um den Fortbestand einer schon vorhandenen und nicht beseitigten Infektion des zurückbleibenden Gewebes in den Haupt- und eventuell vorhandenen Nebenkanälen.“

Deppe: Ein Glück, dass Nair das den Endodontologen mit seiner Studie in diesem neuen Jahrtausend noch einmal sehr deutlich gezeigt hat!

Osswald: Das kann man nachgerade nicht hoch genug bewerten. Noch weitere 80 Jahre und seine Versuchsanordnung wäre von der Ethikkommission möglicherweise gar nicht mehr genehmigt worden. Schade, dass er vor der Resektion keine Med mit Ca(OH)₂ gelegt hat. Dann wüssten jetzt auch die Spätabfüller, wo der Bartel den Most holt.

Deppe: Das kann man ja nachholen, Osswald. Gleichzeitig könnte man eine Vergleichsgruppe mit Zähnen mitlaufen lassen, die nach Ihrem Protokoll mit der Walkhoff'schen Lösung desinfiziert wurden.

Osswald: Gute Idee, Deppe. Warum sollte nicht zumindest an einer der zahllosen Hochschulen in Deutschland möglich sein, was in Zürich gemacht wurde?

Deppe: Noch immer begreife ich nicht,

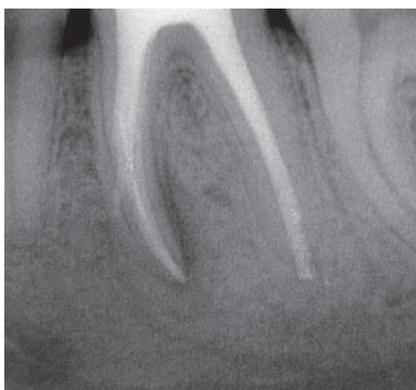


Abb.4: Zustand nach WF mit verkleinerter Aufhellung, belassenem Instrument und abgefüllter *via falsa* - beschwerdefrei 11/2002



Abb.5: Verlaufskontrolle bei anhaltender Beschwerdefreiheit mit fortgeschrittener röntgenologisch knochendichter Ausheilung 03/2003

dass Walkhoffs Lebenswerk als dunkle Periode behandelt wird.

Osswald: Vielleicht, weil Walkhoff sich nicht als Spezialist für Endodontie, sondern als Allgemeinzahnarzt, also Spezialist für Zahnheilkunde verstand? Er vertrat die Auffassung, dass jeder Allgemeinzahnarzt die Endodontitis und ihre Komplikationen indikationsgerecht und damit voraussagbar erfolgreich behandeln können müsse. Wenn ich richtig informiert bin, wird den Studenten von ihren Lehrern heute sogar gelegentlich erzählt, sie müssten sich nicht einbilden, ohne die Absolvierung eines postgraduierten, kostenpflichtigen Curriculums eine lege-artis Wurzelkanalbehandlung durchführen zu können. Die wesentliche Triebfeder von Walkhoffs Forschung und Lehre war es, den Fokalthetheoretikern das Handwerk zu legen. Diese Lehre, die aus den USA nach Europa schwappte, hatte zu seiner Zeit großen Zulauf und zeichnete für die Extraktion von Millionen nach Walkhoffs Überzeugung erhaltungswürdiger Zähne und für großes Leid zahlloser Patienten verantwortlich. Man darf auch nicht übersehen, dass die Spezialisten für Endodontie, selbst wenn sie sich vermehren würden wie die Heuschrecken, auf sehr lange Sicht keine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung sicherstellen können. Sehen muss man außerdem, dass die Endodontie, neben der Prophylaxe und der Füllung, die dritte Säule der Zahnerhaltung bildet. Ich käme mir als approbierter, niedergelassener und erfahrener Allgemeinzahnarzt schon recht merkwürdig vor, wenn ich Fälle mit konservierend zu versorgenden Grunderkrankungen an einen Spezialisten überweisen müsste.

Deppe: Dieser Gedanke legt sich nahe, wenn man den letzten Satz in Walkhoffs Lehrbuch „Mein System der medikamentösen Behandlung schwerer Erkrankungen der Zahnpulpa und des Periodontiums“ aus dem Jahre 1928 liest: „Erst wenn die Endodontie nicht mehr in Extraktion und Resektion mündet, wird das Zeitalter der wahren Zahnheilkunde angebrochen sein.“ Noch sind leider die Chirurgen viel zu häufig die „Spezialisten“ für die Ausheilung der dentogenen Infektion. Das geht bis hin zu dem merkwürdigen Brauch, Wurzelfüllung und Resektion in einer Sitzung durchzuführen, selbst wenn keine Aufhellung zu diagnostizieren ist.

Osswald: So weit, wie von Walkhoff erhofft, sind wir leider auch 80 Jahre später

noch nicht. Zum Glück hat er nichts von den Spezialisten für Implantologie erfahren, die ja die schlechten Ergebnisse der Endodontie als Rechtfertigung missbrauchen, um einfach zu erhaltende Zähne zu extrahieren. Von daher sind sie nicht besonders weit entfernt von den Fokalthetheoretikern zu Walkhoffs Zeiten. Wenn Walkhoff das wüsste, würde er trotz seiner Freude über die Errungenschaften der Implantologie sicher im Grabe rotieren wie ein Döppken. Das wäre auch einmal ein lohnendes Thema. Früher hatte ein Zahnarzt, der sich mit Zahnerhaltung auskannte, den Vorteil, auch noch in schwierigen Situationen festsitzend versorgen zu können, weil er auch stark erkrankte, endständige Pfeiler erhalten konnte. Das war optimales Marketing und wesentlich wirksamer als jeder auf dem Praxisschild ausgewiesene Master.

Deppe: Und heute kann jeder festsitzend versorgen, wenn er implantieren kann, oder einen kennt, der es kann.

Osswald: Schöne neue Welt, Deppe. So ganz ist der Vorteil von Kenntnissen in der Zahnerhaltung zum Glück noch nicht dahin, und das wird auch noch eine Weile

so bleiben. Überraschenderweise scheint auch die Mehrzahl der Patienten ihre eigenen Zähne behalten zu wollen, wenn man es ihnen als Alternative vorschlägt. Für den Ruf der eigenen Praxis wird das immer entscheidender werden. Jemandem durch die indikationsgerechte Behandlung einen Zahn voraussagbar erfolgreich zu erhalten, den der Master um die Ecke extrahieren und durch ein Implantat ersetzen wollte, ist nach wie vor Marketing vom Feinsten! Aber das ist wieder ein

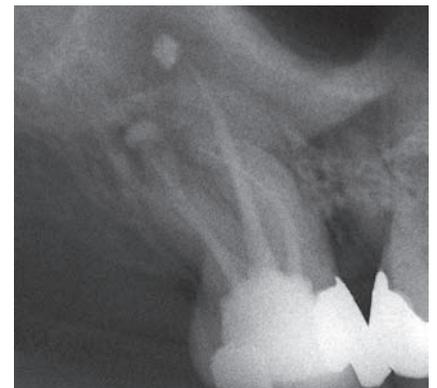


Abb.6: Zustand nach WF in 1992 mit apikalen Aufhellungen an allen Wurzelspitzen, Überpressung von Sealer und abgebrochenem Instrument

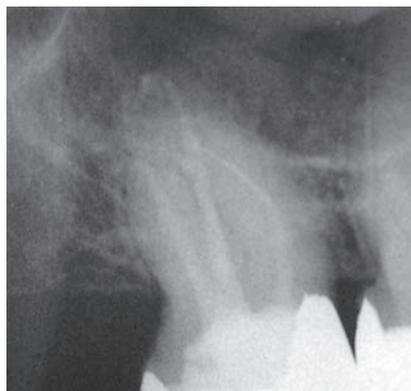


Abb.7: Vollständige Resorption des überpressen Sealers unter röntgenologisch vollständig knochendichter Ausheilung in 2002

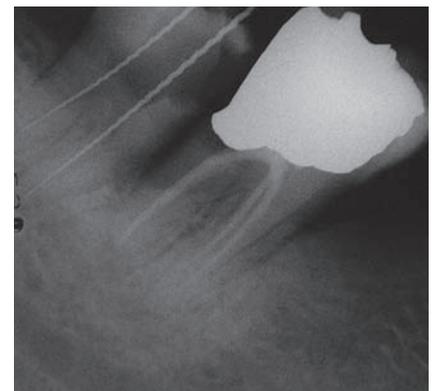


Abb.8: Messaufnahme von 48 und deutlich sichtbare Sekundärkaries an 47 im Juni 2000

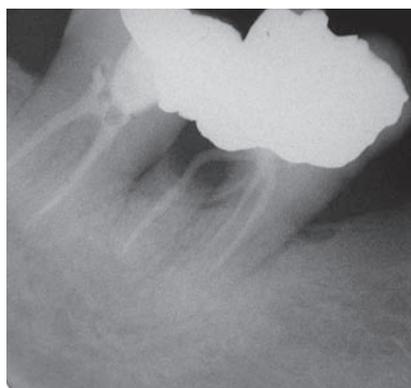


Abb.9: Zustand im Oktober 2005 ohne apikale Aufhellungen



Abb.10: Habituelle Zentrik bei prognem Zwangsbiss bei einem 65-jährigen Patienten

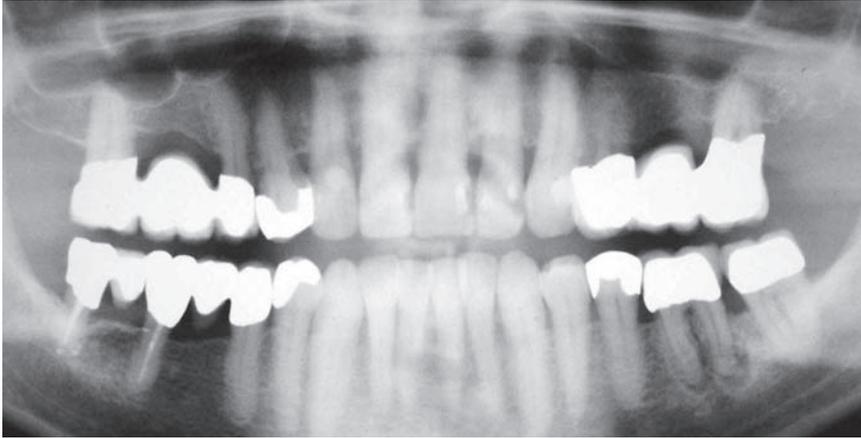


Abb.11: Übersichtsaufnahme mit beherdetem 36



Abb.12: In entspannter Zentrik kann ohne zu forcieren nahezu Kopfbissstellung erreicht werden.

ganz anderes Thema. Und warten Sie erstmal ab, wenn der Tsunami ankommt.

Deppe: Keine neuen Rätsel, Osswald!

Osswald: Der Periimplantitis-Tsunami, Deppe. Die Periimplantitis verläuft wesentlich foudroyanter als die Parodontitis und wird die Hurrah-Implantologen voll treffen. Leider auch die Patienten. Noch dazu ist gegen sie kaum ein Kraut gewachsen. Aber das ist schon wieder ein anderes Thema.

Deppe: Was sagt eigentlich der Berufsverband der Allgemeinzahnärzte in Deutschland zu der epidemisch auftretenden Mastitis in der Zahnmedizin?

Osswald: Der BVAZ (www.bvaz.de) vertritt die Auffassung, dass Zahnheilkunde ein ausgesprochen schöner und überschaubarer Fachbereich der Medizin ist und dass wir Allgemeinzahnärzte deshalb bereits Spezialisten sind. Die Spezialisten für Zahnheilkunde. Deshalb ist ja auch sein Motto: „Allgemeinzahnärzte ... mehr als nur Spezialisten!“. Der BVAZ ist außerdem der Meinung, dass ein starker Berufsverband überlebensnotwendig für

uns Allgemeinzahnärzte ist, um in medizinischer und materieller Hinsicht unsere Position gegenüber den inflationär auftretenden Spezialisten für Teilzahnheilkunde behaupten zu können.

Deppe: Ich denke auch, dass der BVAZ e.V., vor dem Hintergrund der neuen Gesetzgebung mit den sich aus ihnen ergebenden Möglichkeiten, für die von der Regierung gewünschten Einzel- und Gruppenverträge ein unverzichtbarer Berufsverband ist und seine Gründung überfällig war. Man braucht nur auf die Allgemeinärzte zu schauen. Die standen bereits mit einem Fuß jenseits der Klippe. Erst durch die Gründung eines starken Berufsverbandes ist es ihnen gelungen, die Fachärzte, die dabei waren, ihnen das verbliebene bisschen Butter auch noch vom Brot zu nehmen, in die Position zurück zu drängen, die ihnen zukommt. Strömen denn die Kolleginnen und Kollegen so zahlreich in diesen Verband, wie es notwendig wäre, Osswald?

Osswald: Der BVAZ wächst dynamisch, Deppe, aber es wäre natürlich besser,

wenn es noch deutlich schneller ginge. Vielen Kollegen ist leider noch nicht voll bewusst, um was es eigentlich geht. Ein Problem ist, dass bei uns das Kind noch nicht so tief im Brunnen steckte, als der Verband mit Blick auf die Zukunft gegründet wurde. Das war bei den Allgemeinärzten, denen das Wasser bereits bis zum Halse stand, ganz anders. Bei ihnen war der Leidendruck für alle sehr deutlich spürbar. Und weil es bei uns noch nicht so weit ist, sehen die Kollegen natürlich die Bedrohung noch nicht so deutlich. Wenn sie aber einmal mit ihren Hausärzten darüber sprechen würden, würden sie sehr schnell verstehen, um was es eigentlich geht, und dem BVAZ beitreten. Wir müssen unbedingt Sorge dafür tragen, dass diese ungute Entwicklung bei den ärztlichen Kollegen, die die Allgemeinärzte in höchster Not gerade noch umdrehen konnten, bei uns Zahnärzten gar nicht erst eintritt. Dafür brauchen wir einen starken Berufsverband, genau wie die Allgemeinärzte.

Deppe: Und was machen Sie zur Zeit im BVAZ?

Osswald: Gerade prüft der BVAZ eine Klage wegen Ungleichbehandlung gegen die Zahnärztekammer Brandenburg. Diese hat ihre Weiterbildungsordnung geändert und beschlossen, diejenigen Kollegen, die in den neuen Bundesländern nach deren alter Gesetzgebung zu „Fachzahnärzten für allgemeine Stomatologie“ ausgebildet worden waren, allein auf Antrag und gegen Gebühr zu „Fachzahnärzten für Allgemeinzahnheilkunde“ zu ernennen. Darüber hinaus sollen nur sie allein durch einen Verwaltungsakt und ohne jegliche Nachweisbefähigung zur Weiterbildung von jungen Kollegen zu ebensolchen Fachzahnärzten ermächtigt werden. Das ist in der Standespresse weitgehend untergegangen. Der Hammer ist jedoch: Alle anderen Kollegen, also auch diejenigen, die in Brandenburg nach der neuen Gesetzgebung approbiert wurden, müssen ein mindestens 150stündiges, kostenpflichtiges Curriculum absolvieren, um diesen Titel zu erhalten. Und das selbst dann, wenn sie bereits über eine sechsjährige praktische Erfahrung als niedergelassene Allgemeinzahnärzte verfügen.

Deppe: Das schlägt nicht nur den jüngeren Brandenburger Kollegen mitten ins Gesicht, sondern auch allen Allgemeinzahnärzten in den alten Bundesländern, die damit durch einen reinen Verwal-

tungsakt zu Zahnärzten zweiter Klasse degradiert werden.

Osswald: Vielleicht auch noch gegen Gebühr, Deppe?

Deppe: Da werden sich sicher viele Kollegen nicht nur aus Brandenburg beim BVAZ melden, die sich so etwas nicht gefallen lassen wollen.

Osswald: Im BVAZ werden sie offene Ohren und helfende Hände finden. Um nicht falsch verstanden zu werden. Der BVAZ weiß natürlich, dass die Kollegen Stomatologen aus den neuen Bundesländern in vielen Bereichen eine ausgezeichnete Ausbildung genossen haben. In anderen, genauso wesentlichen Bereichen, war die Ausbildung aber zwangsläufig eher theoretischer Natur. Auf der anderen Seite war die Ausbildung im Westen in vielen Bereichen in keinem Falle schlechter, in manchen sicher auch besser und deutlich weniger theoretisch. Daher sieht der BVAZ auch keinerlei Grund dafür, das Licht der Allgemeinzahnärzte in den alten Bundesländern unter wessen Scheffel auch immer zu stellen, sondern ist überzeugt, dass sich die Vor- und Nachteile der jeweiligen Ausbildung im Großen und Ganzen die Waage halten. Es reicht doch wirklich, wenn sich die Fachgesellschaften innerhalb der DGZMK alle erdenkliche Mühe geben, den Berufsstand in alle möglichen und unmöglichen Spezialitäten aufzusplittern. Dass man jetzt auch noch bemüht ist, die niedergelassenen Allgemeinzahnärzte in solche erster und zweiter Klasse zu spalten, wird der BVAZ in keinem Fall hinnehmen. Auch in diesem Falle gilt wie überall, dass, wer zur Durchsetzung von Eigeninteressen Wind sät, Sturm ernten wird. Der BVAZ lädt deshalb alle Stomatologen sehr herzlich ein, sich nicht auseinander dividieren zu lassen, sondern mit uns zusammen unsere Zukunft als Allgemeinzahnärzte zu gestalten.

Deppe: Man wird dem BVAZ zu unterstellen versuchen, er behindere die Fort- und Weiterbildung der niedergelassenen Kollegen zum Nachteil der Patienten.

Osswald: Versuchen wird man es, Deppe, gelingen wird es nicht, da die Position des BVAZ unangreifbar und unwiderlegbar ist. Der BVAZ unterstützt natürlich jede sinnvolle Fort- und Weiterbildung der niedergelassenen Allgemeinzahnärzte genauso nachdrücklich wie die Verbesserung von wissenschaftlicher Forschung und Ausbildung der Studenten an den Hochschulen, wie sie ja auch vom Wis-



Abb.13: Zustand nach Probeeinschleifen der Front im rechten Seitenzahnbereich



Abb.14: Zustand nach Probeeinschleifen der Front im linken Seitenzahnbereich



Abb.15: Klinische Situation in entspannter Zentrik nach dem Einschleifen rechts



Abb.16: Klinische Situation in entspannter Zentrik nach dem Einschleifen links

senschaftsrat nachdrücklich eingefordert wird. Dass wir beides brauchen, versteht sich von selbst. Was wir auf keinen Fall brauchen, ist die Spaltung des Berufsstandes durch teure und theorielastige Curricula, in denen diejenigen, die sie veranstalten, für Geld und gegen Sitzfleisch das nachzuholen bemüht sind, was bei der Ausbildung der Studenten versäumt wurde. Die teilgebietsübergreifende und -integrierende Weiterbildung unserer Assistenten haben wir Allgemeinzahnärzte bisher ganz alleine sicher stellen müssen und werden diese Arbeit auch weiterhin zuverlässig leisten. Der BVAZ hat nicht einmal etwas gegen neue Fachzahnärzte für was auch immer, nicht einmal gegen einen „Fachzahnarzt für Füllungen“, geschweige denn gegen den „Fachzahnarzt für Zahnsteinentfernung“. Wir sind allerdings der Meinung, dass wir neben den Kieferchirurgen und Kieferorthopäden keine weiteren Fachzahnärzte benötigen. Der Wille des Menschen ist aber bekanntlich sein Himmelreich. Wenn ein Kollege aus welchen Gründen auch immer also unbedingt Fachzahnarzt werden will oder zu müssen glaubt, dann soll er das auch dürfen. Er muss dafür aber eine mehrjäh-

rige Weiterbildung an einer anerkannten Hochschule absolvieren. Den Studenten wäre damit auch geholfen, da sich dadurch die Berufserfahrung der Assistenten erhöhen und in der Folge die Ausbildung der Studenten nachhaltig verbessern würde. Wenn sich jemand allerdings als Fachzahnarzt niederlässt, hat das zur Folge, dass er nur auf Überweisung durch einen Allgemeinzahnarzt tätig werden darf. Auch das versteht sich von selbst. Dieser Punkt ist mit uns Allgemeinzahnärzten nicht verhandelbar, denn so ist es bei uns und bei unseren ärztlichen Kollegen aus gutem Grunde geregelt. Es gibt keine überzeugende Begründung dafür, dieses bewährte System zu verändern, das Gegenteil ist viel mehr der Fall. Wir sind schließlich keine Studenten mehr, sondern in der fachübergreifenden Behandlung unsere Patienten erfahrene Allgemeinzahnärzte. Außerdem reden wir hier nicht über Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie oder Augenheilkunde, um nur einige medizinische Fachbereiche zu nennen, sondern über zahnärztliche Grundleistungen, wie Füllungen, Wurzelkanalbehandlungen, Parodontologie, zahnärztliche Chirurgie, Kinderzahnheilkunde und Prothetik. Mir

„Der klassische Einteiler für alle Fälle“



ist auch nicht bekannt, dass der Wissenschaftsrat von den Augenärzten gefordert hätte, eine kostenpflichtige Postgraduierten-Ausbildung zum „Master für Augeninnendruckmessung“ zu etablieren.

Deppe: Ein Curriculum für Endodontie bei der AGET geht über viele Wochenenden, Osswald, und kostet mehr als 6.000 Euro plus Nebenkosten.

Osswald: Noch dazu wird man dadurch nur Spezialist auf Zeit, Deppe. Wenn es ums Geld geht, sind die Veranstalter ziemlich äääähhh weitblickend. Man muss sich nämlich alle paar Jahre kostenpflichtig upgraden lassen, um seinen Titel zu behalten. Da scheint jemand auf die Idee gekommen zu sein, dass es ausgesprochen lukrativ ist, eine Kuh langfristiger zu melken.

Deppe: Vor dem Hintergrund, dass man dabei nicht einmal das erfährt, was Walkhoff schon 1929 wusste, ist das ganz schön, ...hm, ...dynamisch. Haben Sie mal mit jemandem gesprochen, der ein solches Curriculum absolviert hat?

Osswald: Da wird demjenigen, der eine ordentliche Ausbildung an der Uni durchlaufen, seine Assistentenzeit bei einem erfahrenen Allgemeinzahnarzt abgeleistet und sich danach kontinuierlich fortgebildet hat, über einen sehr langen Zeitraum, für sehr viel Geld, sehr wenig alter Wein, in sehr großen neuen Schläuchen verkauft. Nach Durchlaufen des teuersten Studiengangs von allen sollte man eigentlich erwarten dürfen, dass ein approbierter Zahnarzt gelernt hat, einen Wurzelkanal bis zum Apex aufzubereiten.

Deppe: In Krems muss man nur einmal zahlen, Osswald.

Osswald: Richtig, Deppe, um 25.000 Euro plus Nebenkosten. Nachhaltig anerkennen muss man immerhin, dass man in Raten zahlen darf.

Deppe: Dann kostet es 27.500 Euro ...

Osswald: ...Dafür wird man aber auch, wenn auch deutlich gealtert, zu einem veritablen Meister ernannt, und die mitreisende Begleitperson kann zum „Master in Ayurveda“ aufsteigen. Das kostet zwar, aber was tut man nicht alles gegen die Langeweile. Wer lässt seinen Lebenspartner schon so viele Wochenenden allein verreisen? Ein Kollege, der dort referiert, hat berichtet, man könne es zum „Master der Parodontologie“ bringen, auch wenn man noch kein einziges Schleimhauttransplantat in seinem Leben gemacht hat.

Deppe: Aber eine Kürette muss man doch

schon einmal in der Hand gehabt haben, oder?

Osswald: Keine Ahnung, Deppe. Mir ist vor lauter Staunen der Mund dermaßen weit offen stehen geblieben, dass ich diese entscheidende Frage gar nicht mehr artikulieren konnte.

Deppe: Wie lange brauchen Sie eigentlich, um eine voraussagbar erfolgreiche Endodontie zu vermitteln?

Osswald: Einem Studenten?

Deppe: Nein, jemandem, der einen Wurzelkanal bis zum Apex ordentlich aufbereiten kann.

Osswald: Vier Stunden, Mittagessen inklusive.

Deppe: Er darf sich dann aber nicht Spezialist nennen, Osswald.

Osswald: Das halten selbstbewusste Allgemeinzahnärzte zum Glück locker aus, Deppe.

Deppe: Nocheinmal zurück zum BVAZ: Wie ist es eigentlich zur Gründung des Berufsverbandes der Allgemeinzahnärzte in Deutschland gekommen?

Osswald: Dafür zeichnen die Spezialisten für Endodontie verantwortlich. Und ihre neueste wissenschaftliche Stellungnahme, die die AGET - das ist die endodontische Fachgesellschaft der DGZ - 2005 gemeinsam mit ihren Kunden formuliert hat. Da hieß es plötzlich, das Anlegen von Kofferdam müsse bei jedem Schritt der endodontischen Behandlung erfolgen. In der vorausgegangen Richtlinie hieß es noch, Kofferdam solle verwendet werden, und in der davor, die Verwendung von Kofferdam könne hilfreich sein. In der neuesten Richtlinie steht dann zusätzlich, die Verwendung eines Operationsmikroskopes könne hilfreich sein. Die Veröffentlichung der nächsten beiden Richtlinien durch die AGET abzuwarten, erschien einigen erfahrenen Allgemeinzahnärzten dann doch viel zu gefährlich für unseren Berufsstand, so dass sie den BVAZ gegründet haben. Wehret den Anfängen!

Deppe: Spricht denn etwas gegen die Verwendung von Kofferdam, Osswald?

Osswald: Natürlich nicht, Deppe, das sagt der BVAZ ja auch dauernd. Schade nur, dass man ihn in der Implantologie nicht anwenden kann. Da kommt es schließlich ganz besonders darauf an, keine Keime aus der Mundhöhle in den Knochen zu verschleppen. Kofferdam ist zweifellos ein wertvolles technisches Hilfsmittel. Es gibt jedoch keine wissenschaftliche Untersuchung, die belegt, dass

Implantologische Fortbildung Termine für 2007

07./08. September, 26./27. Oktober
07./08. Dezember

- primärstabil
- sofortbelastbar
- minimalinvasiv
- transgingival

CE 0482

K.S.I

Bauer-Schraube

Eleonorenring 14 · 61231 Bad Nauheim
Tel. 06032/31912 · Fax 06032 / 4507

das Anlegen von Kofferdam bei jedem Schritt der Wurzelkanalbehandlung die Behandlungsergebnisse verbessert. Um dieses Ziel zu erreichen, muss man ganz andere Geschütze auffahren. Es ist diese Mussbestimmung, die weg muss, weil sie nicht evidenzbasiert ist, und in der Folge in einer wissenschaftlichen Stellungnahme nichts zu suchen hat. Das ist nicht verhandelbar, sondern eine *conditio sine qua non*. Immerhin betont die DGZMK, dass ihre Stellungnahmen ganz besondere Bedeutung vor Gericht erlangen. Die Anwälte sind schließlich nicht auf den Kopf gefallen. Aufgrund dieser Mussbestimmung riskiert jeder Allgemeinzahnarzt, dass ihm ein cleverer Anwalt, ehe der Prozess überhaupt richtig begonnen hat, von vornherein einen Behandlungsfehler nachweisen kann, wenn eine Wurzelbehandlung misslungen ist, nur weil er bei irgendeinem Behandlungsschritt auf Kofferdam verzichtet hat. Stellen Sie sich einmal vor, was passieren würde, wenn in der übernächsten Richtlinie plötzlich stünde, dass ein Operationsmikroskop bei jeder Kanalaufbereitung verwendet werden muss.



Abb.17: Klinische Situation nach Eingliederung der neuen Brücke im 4. Quadranten

Deppe: Damit wäre dann die Endodontie nicht mehr Teil des Behandlungsspektrums des Allgemeinzahnarztes. Dahin darf kein Weg führen!

Osswald: Und wer außer einem Berufsverband sollte das verhindern? Wir Allgemeinzahnärzte haben innerhalb der DGZMK keine Lobby.

Deppe: Jetzt sind wir aber weit in die aktuelle Berufspolitik abgedriftet. Lassen Sie uns noch etwas über Funktion plaudern.

Osswald: Gut, Deppe. Was haben Sie anzubieten?

Deppe: Wieso ich, Osswald? Sie hatten in der letzten Folge angekündigt, einen beispielhaften Funktionsfall zu zeigen, den Sie vor dem funktionellen Einschleifen zunächst registriert haben, weil Sie nicht entscheiden konnten, ob man ihn einschleifen kann.

Osswald: Also gut: Dieser Fall eines 65-jährigen männlichen Patienten mit rechtsseitigem Tinnitus aus Abbildung 10, der sich mit akuten Beschwerden im Bereich des 3. Quadranten zur Erstuntersuchung vorstellte, zeigt beispielhaft, wie wichtig die Anamnese und das fachgebietsübergreifende Wissen des Allgemeinzahnarztes



Abb.18: Klinische Situation links



Abb.19: Ausgangsbefund



Abb.20: Zustand nach Abschluss der Behandlung

ist. Deutlich wird auch, wie unverzichtbar eine übersichtsartige funktionelle Untersuchung im Rahmen des 01-Befundes ist, die, wenn sie routinemäßig erfolgt, bei einem unauffälligen Befund nur wenige Augenblicke dauert.

Deppe: In der habituellen Position sieht das aus wie eine Progenie, Osswald.

Osswald: Das haben die zahlreichen Vorbehandler offensichtlich auch angenommen, Deppe. Schauen Sie einmal das OPG in Abbildung 11 an. Auffällig ist die umfangreiche, technisch sehr ordentliche, im Laufe der vielen Jahre durch verschiedene Behandler in Teilen mehrfach erneuerte prothetische Versorgung in allen 4 Quadranten. Die in der Folge von Knochenabbau „langen Zähne“ im Oberkiefer-Seitenzahnbereich sind ein deutliches Zeichen von funktioneller Überlastung.

Deppe: Die Versorgung des rechten Unterkieferquadranten weist einen der Vorbehandler als Köhner der Zahnerhaltung aus.

Osswald: Das ist genau das, worüber wir vorher schon gesprochen haben, Deppe: Zahnärzte, die sich mit Zahnerhaltung auskennen, können in Fällen, die andere ohne Implantate herausnehmbar versorgen müssen auch ohne Implantate festsitzend arbeiten. Die neue Festzuschussregelung begünstigt ja eindeutig die festsitzenden Versorgungen. Die Brücke war zu diesem Zeitpunkt immerhin deutlich mehr als zehn Jahre in Funktion. Auffällig ist jedoch, dass der inzwischen 65-jährige Patient trotz der Vielzahl prothetischer Versorgungen, die er im Laufe seines Lebens erhalten hat, nicht einmal wirklich gründlich untersucht worden ist.

Deppe: Wie kommen Sie denn darauf?

Osswald: Das sieht man in Abbildung 12. Bei der „schnellen“ klinischen Funktionsprüfung im Rahmen des 01-Befundes stellte sich bei dem einfach zu entspannenden Patienten heraus, dass es sich nicht um eine echte Progenie, sondern vielmehr um einen progenen Zwangsbiss handelte, der mit großer Wahrscheinlichkeit bereits beim Zahnwechsel in der Folge der Nichtanlage oder aber nach Extraktion des Zahnes 13 entstanden ist, was dem Patienten nicht erinnerlich war. Ohne in irgendeiner Weise zu forcieren, konnte durch Führen in die entspannte Zentrik nahezu Kopfbissstellung erreicht werden. Eine kieferorthopädische Behandlung wurde zu keinem Zeitpunkt durchgeführt.

Deppe: Tja, so etwas sehe ich gelegentlich auch nach kieferorthopädischer Behandlung. Bei diesem Befund wundert es nicht, dass der Patient einen Tinnitus entwickelt hat. Einen solchen Patienten registrieren Sie also vor dem Einschleifen.

Osswald: Da es keinen individuelleren Artikulator als das Kiefergelenk des jeweiligen Patienten gibt, schleifen wir kleinere pathologische Befunde in der Regel im Munde ein. In diesem Fall, in dem aufgrund der Schwere des Befundes nicht absehbar war, wie ausgeprägt ein Einschleifen die Frontzahnästhetik verändern würde und wie ausgeprägt die Folgen im Seitenzahnbereich sein würden, haben wir die Situation in einen halbindividuellen Artikulator übertragen. Dabei zeigte sich, dass nur geringe subtraktive Maßnahmen im Frontzahnbereich notwendig waren, um die Zwangsbissituation aufzulösen. Und jetzt schauen Sie einmal auf die Abbildungen 13 und 14 nach dem Probeeinschleifen der Front am Modell. Überraschung! Auf der rechten Seite zeigte sich jetzt eine deutliche Nonokklusion, während sich auf der linken Seite durch die Entfernung einiger weniger kleinerer Frühkontakte eine funktionell akzeptable Okklusion einstellen ließ.

Deppe: Jetzt wundert es noch weniger, dass der Patient einen ausgeprägten Tinnitus entwickelt hat.

Osswald: Insbesondere in Stresssituationen, wenn er wahrscheinlich zu pressen anfing. Die Abbildungen 15 und 16 zeigen die klinische Situation nach der Entfernung der Störkontakte in der Front und die Abbildungen 17 und 18 die Situation nach Eingliederung der neuen Brücke im 4. Quadranten, mit Beseitigung der Nonokklusion und zusätzlichen ästhetischen Frontzahnkorrekturen. Abbildung 19 und 20 zeigen noch einmal die Ausgangssituation mit progenem Zwangsbiss und die Situation nach Abschluss der Behandlung in entspannter Zentrik.

Deppe: Und was ist aus dem Tinnitus geworden?

Osswald: Dass der Patient jetzt konsequent eine adjustierte Aufbisschiene trägt, versteht sich von selbst. Das Ergebnis ist zwar funktionell befriedigend, aber weit entfernt vom Idealzustand, der hier nur mit Maximaltherapie zu erreichen gewesen wäre. Den muss man ja auch bei einem 65-jährigen nicht in jedem Falle anstreben. Außerdem ist das ja häufig genug auch eine Frage des Geldbeutels.

Deppe: Obwohl es ja Implantologen geben soll, die auch bei 90-jährigen 16 Implantate inserieren, um einen Kiefer festsetzend zu versorgen.

Osswald: Das hat dann allerdings mit Zahnheilkunde eher weniger zu tun. Der Tinnitus hat sich unter dieser Therapie sehr deutlich gebessert. Er tritt nur noch in sehr leichter Form in extremen Stresssituationen auf.

Deppe: Und was ist aus dem beherdeten 36 geworden, wegen dem der Patient ja eigentlich zu Ihnen gekommen ist?

Osswald: So misstrauisch, Deppe? Konservierend ausgeheilt, was sonst?

Deppe: Das ist aber doch sicher ein Einzelfall gewesen, Osswald.

Osswald: Sehr lustig, Deppe, jetzt fangen Sie auch schon an. Wenn ich richtig mitgezählt habe, war das in 20 Jahren Praxistätigkeit bereits der 6. Fall eines als Progenie fehldiagnostizierten, progenen Zwangsbisses, den ich gesehen habe. Das macht bezüglich der Erfüllung des Leistungsinhaltes der 01 ein wenig nachdenklich. Insbesondere, wenn diese Diagnose in zwei dieser Fälle durch Kieferorthopäden gestellt wurde.

Deppe: Was für eine Schiene haben Sie dem Patienten eigentlich eingegliedert?

Osswald: Eine sehr einfache, Deppe, wie in über 90 Prozent der Fälle. Aber die zu beschreiben, würde an dieser Stelle wirklich zu weit führen. Vielleicht lässt man uns ja noch mal plaudern.

Deppe: Was Sie da mit der Nonokklusion angesprochen haben, ist auch als Infrakklusion ein Thema, gelegentlich sogar bei Zustand nach kieferorthopädischer Behandlung. Zeigen Sie wenigstens noch einen Fall, den Sie gleich im Mund eingeschliffen haben.

Osswald: Auch da muss ich Sie auf das nächste Mal vertrösten. Es ist spät geworden. Für heute machen wir Schluss.

Deppe: Dann wenigstens noch schnell diese Meldung, Osswald, die kurz vor Redaktionsschluss hereinkam: Auch in Deutschland haben die Endodontologen das Scheitern ihres Desinfektionsprotokolls nunmehr endlich öffentlich eingräumt.

Osswald: Das wurde aber auch Zeit und ist eine ausgesprochen erfreuliche Entwicklung, Deppe. Leider können wir die Autoren dieser Artikel erst in der nächsten Ausgabe ausführlich würdigen, wenn wir noch einmal dürfen. Herzlich gratulieren können wir dazu aber schon vorab.

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

Christian Deppe lebt als Zahnarzt in Münster. Er gibt hier seine ganz private Meinung wieder.

Vortragsreihe

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

Termine:

- ▶ Oldenburg: 22.09.2007
- ▶ Bremen: 13.10.2007
- ▶ Leipzig: 20.10.2007
- ▶ Deggendorf: 17.11.2007
- ▶ Passau: 24.11.2007
- ▶ München: 08.12.2007
- ▶ Hannover: 19.01.2008
- ▶ Düsseldorf: Februar 2008
- ▶ Nürnberg: März 2008

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

Fortbildungspunkte: 5

Anmeldung und Information:

Akademie für praxisnahe Zahnheilkunde GbR

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

Weitere Informationen

Dr. Dr. med. dent. Rüdiger Osswald

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