



Deppe vs. Osswald



In der vergangenen Ausgabe des Dental-Barometers berichtete Dr. Dr. Osswald über die indikationsgerechte Behandlung der Endodontitis. Verfolgen Sie nun eine Diskussion zweier Kollegen.

„Jetzt mal ehrlich, Deppe, wie fanden Sie denn nun meinen Aufsatz in der letzten Ausgabe des Dental-Barometer?“

„Auf jeden Fall lang, Osswald!“

„Das ist mal wieder typisch für Sie, Deppe. Erst sagen Sie wochenlang gar nichts und lassen mich so lange schmoren, bis ich es nicht mehr aushalte. Und wenn ich dann endlich frage, worauf Sie ja nur gelauert haben, kommt solch eine dusselige Ansage. Kürzer kann man etwas, was im Prinzip seit einem Jahrhundert bekannt ist, ja wohl kaum darstellen!“

„Bin ich Ihnen da jetzt auf Ihren Narzissmus getreten, Osswald?“

„Wohl eher auf meine Profilneurose, Deppe.“

„Haben Sie denn eine, Osswald?“

„Davon hat schließlich jeder, der sich öffentlich exponiert, zumindest ein gehöriges Portionchen. Darauf muss man ja nun wirklich nicht bei jeder Gelegenheit herumtrampeln. Noch dazu stelle ich die Lehrmeinung in Frage.“

„Nehmen wir an, dass sich 5 % der Kollegen jeder ärztlichen Berufsgruppe berufen fühlen, den anderen 95 % ihre eigene Welt zu erklären. Das mag bei 8.000 Augenärzten gerade noch erträglich sein, das wären dann 400. Bei über 80.000 Zahnärzten aber, die in einem vergleichbar kleinen Fach niedergelassen sind, entsteht ein ziemliches Gedränge. Da kann man das Drauftrampeln gar nicht vermeiden. Soll ich etwa allen 4.000 applaudieren, Osswald?“

„Mir müssen Sie gar nicht applaudieren, Deppe. Sie könnten aber ruhig mal etwas Posi-

tives sagen. Mein Aufmacher „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.“ (Whitworth 2006) war ja nun wirklich erste Sahne!“

„Bravo! Osswalds endodontologisches Vater-unser!“

„Danke, Deppe, würde ich gerne annehmen. Ist aber leider nicht von mir. Ich werde Ihr Kompliment an Whitworth weiterleiten, falls ich ihn einmal treffen sollte. Obwohl, 100 Jahre nach Walkhoff ist er ja reichlich spät dran...“

„Beleidigt, Osswald? Ihr endodontisches Engagement in Ehren, aber wissen Sie eigentlich, was Sie den Spezialisten antun, wenn Sie den Allgemeinzahnärzten zeigen, wie man stark erkrankte Zähne auf einfache Weise voraussagbar erfolgreich erhält?“

„Jetzt trample ich offensichtlich auf etwas herum, Deppe. Und zwar auf Ihrer Leitung. Die wesentliche Aussage in diesem Zitat ist doch, dass man es den technisch hochgerüsteten Spezialisten erklären muss! Viele Allgemeinzahnärzte wissen es ja längst. Soll ich Ihnen mal aus den E-Mails vorlesen, die ich nach diesem Aufsatz erhalten habe?“

„Wie ich Sie kenne, lassen Sie sich davon nicht abhalten!“

„Ziemlich typisch ist zum Beispiel diese: „Ich habe vor Jahren die Praxis meines Vaters übernommen. Die Altvorderen haben nach heutigen Maßstäben ungenügende Endos gemacht, die aber funktionierten! Auch mein

Vater, der vermutlich so ähnlich behandelt hat wie Sie, hatte nur wenige Probleme, auch wenn seine Wurzelfüllungen im Röntgenbild nicht so toll aussahen wie meine. Dafür waren die Aufhellungen aber ausgeheilt oder gar nicht entstanden. Ich habe, frisch von der Uni kommend, dann alles umgeschmissen und nach dem dort gelehrt Goldstandard behandelt, betreibe einen riesigen Aufwand, aber mit auf längere Sicht oft unbefriedigenden Ergebnissen. Beim Thema Endo bin ich inzwischen total frustriert, so dass ich es mittlerweile mit dem Kollegen Buser halte, der jeden wurzelkanalbehandelten Zahn als Risiko ansieht.“

„Na Bravo, Osswald! Der alte Walkhoff schaut sicher wohlwollend lächelnd auf Sie herab und wird Ihnen im Schlaf ein wenig über den Kopf streicheln.“

„Es kommt noch besser, Deppe. Heute fragte mich eine Kollegin aufgeregt und mit dicker Backe am Telefon, wie sie ihren stark beherdeten Sechser, der trotz Antibiose immer noch schmerze, denn nun genau behandeln sollte, um ihn nicht extrahieren lassen zu müssen.“

„Der ist wirklich besser, Osswald. Wenn das hinhaut, wird sie es bei ihren Patienten zukünftig sicher genauso machen und Zange und Messer stecken lassen!“

„Und es kommt noch besser, Deppe! Gestern hat Kollege Hülsmann auf seiner Endodontie-Fortbildung öffentlich erklärt, wenn jemand die Original-ChKM-Lösung nach Walkhoff benutze, sei dagegen von der Hochschulseite aus nichts einzuwenden.“

„Das glaube ich erst, wenn ich es schriftlich sehe, Osswald!“

„Tatsache, Deppe. Die Wissenschaft befindet sich jetzt offensichtlich am Ende von Stufe 2.“

„Was ist denn das nun schon wieder?“

„Die Verteidigung der Lehrmeinenden gegen jemanden, der ihre Lehren mit wissenschaftlich überzeugenden Argumenten infrage stellt, läuft in 3 klassischen Stufen ab:

1. „Sie haben ja keine Ahnung! Das, was Sie da erzählen, ist obsolet!“
2. „Die Belege und Studien, die Sie zur Unterstützung Ihrer Argumentation vorlegen, sind wissenschaftlich nicht evident!“
3. „Das haben wir schon immer gesagt!!!“

„Mensch, Osswald, dann hätten Sie ja endlich mal was erreicht! Wenn man bedenkt, dass die B9-Kommission der zahnärztlichen Hochschullehrer vor nicht einmal 4 Jahren dank Ihrer Intervention bei dem Versuch gescheitert ist, ChKM im Nachzulassungsverfahren durch das Bundesamt für Arzneimittel verbieten zu lassen... Glückwunsch, wann rechnen Sie mit Stufe 3?“

„Ein Kompliment, Deppe, endlich mal etwas Positives! So zuwider, wie Sie immer tun, sind Sie also gar nicht. Alte Schule, was? Harte Schale, weicher Kern. Mit Stufe 3 rechne ich erst in einigen Jahren. Man wird jetzt erst einmal Studien machen. Die werden ausgesprochen positiv ausfallen. Kann ja gar nicht anders sein, wenn man eine einfache bakterielle Infektionskrankheit indikationsgerecht behandelt. Und dann: Eine neue Studie gibt es ja schon, die eine der vielen falschen Nacherzählungen widerlegt, die Original-ChKM-Lösung nach Walkhoff sei wie die bisher untersuchten Billiglösungen nur 24 Stunden wirksam.“

„Wurde sicherlich nicht in Deutschland gemacht?!“

„Doch, Deppe, von Kollegin Barthel im Jahr 2006, wurde sogar international veröf-

fentlicht. Obwohl die Versuchsbedingungen für ChKM nicht schlechter hätten ausgewählt werden können, da es die einzige flüssige Substanz war, die gegen drei Pasten getestet wurde, wovon eine 5%iges CHX-Gel war, musste eingeräumt werden, dass an einem mit ChKM getränkten Wattepellet in einem mit Cavit verschlossenen Zahn für eine Woche kein Keim vorbei kommt. 5%iges CHX zu nehmen, lässt tief blicken. Ist ja völlig unüblich, weil ein höher als 2%iges Gel sonst von niemandem benutzt wird. Man hat natürlich auch nur Keime getestet, gegen die Calciumhydroxid wirksam ist. Es gilt schließlich, ein Dogma zu verteidigen. Mir soll's recht sein. Ein Anfang ist immerhin gemacht!“

„Bravo, Osswald, geht die Einbeziehung von ChKM nach Walkhoff in die Studie auf Ihre Beharrlichkeit zurück?“

„Da können Sie Gift drauf nehmen, Deppe, auch wenn das natürlich niemand öffentlich zugeben wird. Inzwischen schreibt die Wissenschaft ja auch von unserer Homepage ab, um ihren Ausführungen den Anschein historischer Tiefe zu verleihen. Allerdings ohne ihre Quelle anzugeben. Etwas peinlich, insbesondere wenn man etwas Falsches abschreibt, wodurch es erkennbar wird. Aber lieber zurück zu der Kollegin mit der dicken Backe: Hoffen wir also auch im Sinne der Verbreitung zahnerhaltenden Gedankengutes, dass ihr Selbstversuch mit klinisch gutem Ergebnis endet.“

„Wieso hoffen? Das ist doch angeblich eine todsichere Sache. Oder haben Sie ihr etwa nicht verraten, wie es genau geht?“

„Was denken Sie, Deppe, natürlich, sehr genau und auf ihre individuelle Klinik bezogen. Sie ist schließlich Patientin. Versucht habe ich es. Ich kann aber wirklich nicht allen Kollegen, die mich jetzt anrufen oder mir schreiben, persönlich und auf jede individuelle klinische Situation abgestimmt und jedes Mal aufs Neue ganz genau erklären, wie mein Behandlungsprotokoll im Detail abläuft. So einfach ist es nun auch wieder nicht. ChKM ist schließlich kein Wundermittel, das man einfach so anwendet, und alles wird automatisch gut, weil der liebe Gott den Rest schon regelt.“

„Das wurde auch Zeit, dass Sie das einräumen, Osswald!“

„Mensch, Deppe, ich habe nie etwas anderes behauptet. Natürlich gibt es je nach den klinisch unterschiedlich imponierenden endodontischen Krankheitsbildern im Detail sehr unterschiedliche Protokolle. Das kann man nicht alles über einen Kamm scheren. Übersehen Sie auch nicht, dass ich die Kollegin weder untersucht noch ihr Röntgenbild gesehen habe. Gute Endodontie ist ja nicht alles, was zum erfolgreichen Zahnerhalt erforderlich ist. Endodontie schwebt schließlich nicht frei im Raum. Genauso wenig übrigens wie alle anderen Teilgebiete der Zahnheilkunde. Man muss zwar immer erst den Einzelbefund genau anschauen, ihn aber gleichzeitig in das Gesamtbild von Zahnheilkunde einordnen, ehe man therapiert. Das kann also durchaus schief gehen, obwohl der bakterielle Infekt erfolgreich behandelt wird. Alles hängt eben wie überall auch in der Zahnheilkunde mit allem zusammen!“



Abb. 1: OPT anlässlich der Erstuntersuchung

„Jetzt wird es aber metaphysisch, Osswald. Das ist doch trivial, dass in der Zahnheilkunde alles mit allem zusammenhängt. Den individuellen Einzelfall in ein Gesamtbild richtig einzuordnen ist die ärztliche Kunst.“

„Genau, Deppe, darum geht es. Die zahnärztliche Kunst. Das Zauberwort ist: Die auf den Einzelfall bezogene indikationsgerechte Behandlung. Wenn Sie jetzt nicht aufpassen, wird das noch ein richtig fruchtbares Gespräch. Schauen Sie sich mal dieses OPT an. (Abb. 1) Vielleicht sieht das bei der Kollegin ja genau so aus? Woher soll ich das wissen? Dieser Patient kam auch mit einer dicken Backe. Wenn ich den nur am Telefon behandelt hätte wie gerade die Kollegin, wäre das mit Garantie in die Hose gegangen. Apropos... Was können Sie mir über diesen Patienten sagen, nur aufgrund des OPTs, also ohne ihn selber untersucht zu haben?“

„Schwieriger Fall, Osswald. Da ist wirklich alles versammelt, was einen desolaten Gebisszustand ausmacht.“

„Bravo, Deppe! Leider auch trivial. Das hat bisher noch jeder Kollege gesehen und gesagt, dem ich das Bild gezeigt habe. Also das mit dem fruchtbaren Gespräch nehme ich erst mal wieder zurück! Sonst nichts? Können Sie mir nichts über den Menschen sagen, der wahrscheinlich an diesen Zähnen hängt?“

„Was man da sieht? Das springt doch in die Augen: ausgedehnter kombiniert endodontisch-parodontaler Defekt im 4. Quadranten, der die beteiligten Zähne mit dem Stempel ‚nicht erhaltbar – nicht erhaltungswürdig‘ versieht. Und Fehlbelastungen der Zähne und Parodontien, seien sie parafunktionell und/oder durch statische oder dynamische Instabilität bedingt – da braucht es die sorgfältige klinische Untersuchung und Befunderhebung, um den Verdacht zu erhärten oder ihn zu widerlegen.“

„Richtig. Derart desolante Befunde sieht man eigentlich nur, wenn eine Kombination aus Entzündung und Fehl- und Überlastung des Zahnhalteapparates vorliegt. Die Entzündung führt dazu, dass sich der Zahn unter dem Druck des entzündlichen Ödems ein wenig verlängert. Dadurch kommt es zu Frühkontakten, insbesondere bei den Lateralbewegungen, wodurch die betroffenen Zähne massiv überlastet werden. Die Folge ist, dass gerade die erkrankten Zähne die größte Last tragen müssen. Der Zahnhalteapparat ist bakteriell infiziert und ödematös geschwollen. Dadurch werden die Zähne in ihren Alveolen beweglich. Die unter

Überlastung auftretende Auslenkung der Wurzeln führt zur Ausweitung der Alveolen. In der Folge können Bakterien in die Tiefe wandern. Sie werden durch das „Genackel“ regelrecht nach kaudal gepumpt, wo sie sich jeglicher Hygienebemühung entziehen und wo insbesondere die fakultativ anaeroben, biofilmbildenden Bakterien ideale Bedingungen für ihre Vermehrung finden. Tronstadt hat bereits 2003 mit molekularbiologischen Nachweisverfahren festgestellt, dass sich das Keimspektrum in der Tiefe parodontaler Taschen nicht von dem der gangränösen Pulpa unterscheidet. Und schon sind wir wieder bei der Endodontie gelandet, lieber Deppe. Der fakultativ anaerobe *Enterococcus faecalis* ist wirklich ein ganz schlimmer Finger, der bei den auf den ersten Blick therapieresistenten Fällen offensichtlich die entscheidende Rolle spielt. In der Endodontie genauso wie in der Parodontologie. Sie sehen, auch in der Zahnheilkunde hängt alles mit allem zusammen. Der sich nach kaudal ausbreitende Infekt führt zusammen mit der Überlastung zu Knochenabbau. Es kommt zu einer kontinuierlichen Verschlechterung der Hebelkräfte. Die Rotationsachse der Zähne wandert nach kaudal. Der Hebel, den der immer längere „Zahn im Mund“ auf den immer kürzeren „Zahn im Knochen“ ausübt, wird immer größer, wodurch sich der Prozess aufgrund des Hebelgesetzes exponentiell beschleunigt. Gleichzeitig weiten sich die Alveolen immer weiter auf. Das sieht man ja in diesem Fall sehr schön an den generell verbreiterten Parodontalspalten. Es entsteht ein Teufelskreis. Am einfachsten können Sie sich das an einem Modell vorstellen. Denken Sie sich einen Nagel, der halb in einem nicht zu harten Stück Holz steckt. Wenn Sie ihn ohne Zange entfernen wollen, fangen Sie an, an ihm herumzunackeln. Dadurch weiten Sie das Loch aus, in dem der Nagel steckt. In der Folge steckt immer weniger Nagel im Holz und sie bekommen einen immer längeren Hebel. Wenn Sie das lange genug machen, haben Sie den Nagel schließlich in der Hand. Beim Knochen kommt die Entzündung noch erschwerend hinzu. Es geht also in erster Linie um Probleme der mechanischen Stabilität und der Statik biologischer Strukturen und ihrer Überlastung, die erst durch den bakteriellen Infekt ein zahnmedizinisches Problem werden. Jedes auf Dauer überlastete Organ erkrankt. Warum sollte das ausgerechnet in der Zahnheilkunde anders sein? Der Supergau für den Zahnhalteapparat ist die Kombination aus Entzündung und Überlastung. Jedes Kind kostet einen Zahn, sagt der Volksmund.“

„Na, Osswald, da haben Sie ja wieder einen langen Vortrag gehalten. Aber: Zahnverlust

durch Kinder, die Zeiten sind doch vorbei. Die Fehlbelastungen des Zahnhalteapparates durch schlechte Angewohnheiten oder okklusale Traumata, die sind tatsächlich ein Problem.“

„Natürlich gibt es das heute nur noch ganz selten. Der Volksmund hat seine Weisheiten aber nicht von ungefähr. Die resultieren aus jahrhundertlangem genauem Hinschauen, was die Menschen so treiben. Der Volksmund sagt auch: ‚Sich durchbeißen, die Zähne zusammenbeißen, verbissen und zerknirscht sein‘. Das ist genau das, was die Leute machen. Die Zeiten werden immer härter und schneller. Immer mehr Arbeit muss von immer weniger Leuten geleistet werden, um den Wohlstand des Landes zu erhalten. Kein Wunder also, dass sich so viele durchbeißen müssen. Früher waren die Zeiten zwar anders, jedoch sicher nicht weniger hart. Die Mundhygiene war grottenschlecht. Die Leute mussten sich genauso durchbeißen und viele hatten mit Sicherheit eine Mords-Parodontitis. Also genau den Supergau für den Zahnhalteapparat, die Kombination aus Entzündung und Überlastung. Wurde eine Frau dann schwanger, verschärfte sich das Problem durch die Hormone noch einmal massiv. Schwangerschaftsparodontitis. Sehen wir doch heute noch gelegentlich. Nach dem Zähnezusammenbeißen beim Pressen bei der Geburt hat da sicher so manche Frau den ersten Zahn ausgespuckt.“

„Der nur noch mit dem ominösen Diagonalesetz bekannte Thielemann hat ja ein ganzes Buch dazu geschrieben, ‚Biomechanik der Parodontose‘, vor mehr als 50 Jahren. Auch so ein alter Schinken wie der von Walkhoff. Also das Rad muss nicht neu erfunden werden, Osswald.“

„Versuche ich doch gar nicht, Deppe, ich sorge nur dafür, dass das alte Wissen nicht verloren geht. Thielemann ist wirklich ein gutes Beispiel. Der war ja eine Zeit lang richtig en vogue. Als man jedoch merkte, dass das große, multifaktoriell bedingte Krankheitsbild Parodontitis allein mit dem mechanistischen Ansatz nicht vollständig zu erklären war, hatte man nichts Besseres zu tun, als dieses Wissen vollständig über Bord zu werfen und zu vergessen, um gleich anschließend eine neue unifaktorielle Sau durch das Dorf zu treiben. Diesmal die Bakterien. Heute sind dann nacheinander das Rauchen und die Genetik dazugekommen. Zu einem Gesamtbild von Parodontitis integriert sind die bekannten Kofaktoren bis jetzt nicht. Die Überlastung der Parodontien als bedeutender Kofaktor ist vielmehr völlig aus dem Blick geraten, wenigstens in der Wissenschaft. Ich denke, dass wir in der Zahnheilkunde nicht

so sehr ein Problem von Wissen und Nichtwissen haben, sondern vielmehr von Integration des längst Bekannten in ein Gesamtbild von Zahnmedizin. Und natürlich ein weiteres sehr großes bei der Umsetzung dieses Gesamtbildes in einfach praktikierbare Zahnheilkunde. Das ist das eigentliche Problem der Spezialisierung innerhalb unseres Fachgebietes. Die Abteilungen in den Universitäten arbeiten nicht mit- und füreinander, sondern gegeneinander. Das, was der Meier in Greifswald macht, die integrierte Ausbildung der Studenten, ist der richtige Ansatz, genau wie in Witten-Herdecke. Aber schauen Sie! Vorher – nachher.“

„Also ich erinnere mich noch an die Zeiten, als in dem PAR-Buch von Renggli, das wir als Studenten hatten, die Interferenzen, so hießen die Gleithindernisse damals, als fakultative Eintragungen im vertraglichen PA-Status in Rot angegeben wurden.“

„Oder denken Sie an das Buch von Willi Schulte, ‚Die Exzentrische Okklusion‘. Eines der wichtigsten Bücher der Zahnheilkunde, das ich je gelesen habe. Ich habe es 1985 für 20,- DM auf dem Flohmarkt des Quintessenz-Verlages gekauft. Ein Schleuderpreis, weil es keiner haben wollte.“

„Das Rauchen und die genetische Ausstattung sind ja nun nicht so leicht beeinflussbar – die Fehlbelastungen der Parodontien lassen sich hingegen leicht erkennen und beseitigen. Mir fällt da übrigens eine Umkehrung bei Ihnen auf, Osswald, ist Ihnen die entgangen?“

„Sie sprechen in Rätseln, Deppe.“

„Ist doch klar, Osswald: Im Bereich der Endodontie vermissen Sie die medizinische Orientierung in der Bekämpfung des bakteriellen Infekts und beklagen die vorwiegend mechanische Ausrichtung der akademischen Lehre. Im Bereich der Parodontologie ist es genau anders herum. Hier beklagen Sie die eindimensionale Ausrichtung auf die Bekämpfung des bakteriellen Infektes und die mangelnde Berücksichtigung von Statik und Mechanik bei Ätiologie und Pathogenese der Parodontitis.“

„Das ist eben der kleine, aber feine Unterschied zur Hochschule, Deppe. Ich bin ja nicht teilspezialisiert, sondern niedergelassener Allgemeinzahnarzt, also Spezialist für Zahnheilkunde. Teilgebietsübergreifend zu behandeln ist unser täglich Brot. In der Folge verfüge ich sehr wohl über ein Gesamtbild von Zahnheilkunde, mit dem sich in der Praxis so ordentlich arbeiten lässt, dass ich sehr deutlich über 90 %

meiner Fälle voraussagbar erfolgreich alleine lösen kann. Ich behaupte deshalb auch nicht wie profilierte Repräsentanten der DGZMK, dass Zahnheilkunde ein inzwischen so komplizierter Fachbereich ist, dass er von einem Allgemeinzahnarzt nicht mehr zu überblicken ist. Dass einer nicht mehr alles, was heute möglich ist, auch erfolgreich machen kann, versteht sich von selbst. Das war aber auch vor dieser Inflation an Fachgesellschaften schon so. Aber nicht mehr überblicken? Das kann doch allenfalls jemand behaupten, der sie nicht überblickt.“

„Starker Tobak, Osswald!“

„Finde ich gar nicht. Zahnheilkunde ist doch ein schnuckeliger Teilbereich der Gesamtmedizin, und deshalb sollte das Medizinische an der Zahnmedizin und die Allgemeinzahnheilkunde auch ernst genommen werden. Stellen Sie sich vor, die Deutsche Gesellschaft für Augenheilkunde würde behaupten, ihre Mitglieder würden ihren Fachbereich nicht überblicken. Die hätten sehr schnell keine mehr! Aber lassen Sie uns anstatt zu politisieren lieber auf den konkreten Fall zurückkommen. Also jetzt werfen Sie mal bitte einen Blick auf die Bilder hier: vorher – nachher.“

„Schön, ja, ausgesprochen schön ausgeheilt, Osswald, aber: Wissen Sie eigentlich, was Sie anrichten, wenn das Schule macht? Das habe ich Sie ja am Anfang schon einmal gefragt. Sie verderben den Implantologen das Geschäft!“

„Das ganz sicher nicht, Deppe. Implantate sind, wenn endständige Pfeiler bereits fehlen, ja unumgänglich, wenn man festsitzend versorgen will. Ich kann mich jedoch an keinen Patienten erinnern, der nicht statt eines Implantates lieber seinen eigenen Zahn behalten wollte. Irgendwie sind Implantate ja auch das dübelgewordene Bild des Versagens aller Beteiligten in der Zahnerhaltung. Das bedeutet aber nicht, dass sich die Patienten keinen festsitzenden Zahnersatz leisten wollen und können, wenn ausreichend natürliche Pfeiler erhalten werden. Richtig ist also eher, dass durch erfolgreichen endodontischen Zahnerhalt ein erheblicher Teil des herausnehmbaren Zahnersatzes flachfallen würde, weil stattdessen festsitzend versorgt werden könnte. So manche Brücke natürlich auch, aber es gibt ja noch genügend Altlasten. Das wäre für alle nützlich. Die Patienten wollen schließlich festsitzend versorgt werden. Herausnehmbarer Zahnersatz passt nicht mehr zu diesen modernen Zeiten, in denen sich alle jung fühlen wollen. Das neue Festzuschussystem begünstigt darüber hinaus eindeutig die festsitzende Versorgung. Voraus-

PerioChip[®]

Chlorhexidinbis (D-gluconat)

Exklusiv nur
bei DEXCEL PHARMA
erhältlich!

30 Millionen Parodontitisfälle – (be)handeln Sie!



Weil jeder Zahn zählt



DEXCEL[®]
PHARMA GmbH

Röntgenstraße 1
D - 63755 Alzenau
www.periochip.de

Bestellungen und Informationen
gebührenfrei unter:

08 00 – 2 84 37 42

sagbar erfolgreiche Endodontie führt zu fest-sitzendem Zahnersatz und macht Implantate überflüssig. Nicht indikationsgerechte, nicht voraussagbar erfolgreiche Endodontie führt beim Zahnarzt zu Angst vor der fest-sitzenden Versorgung in schwierigen Fällen, für den Patienten zur prothetischen Katastrophe und

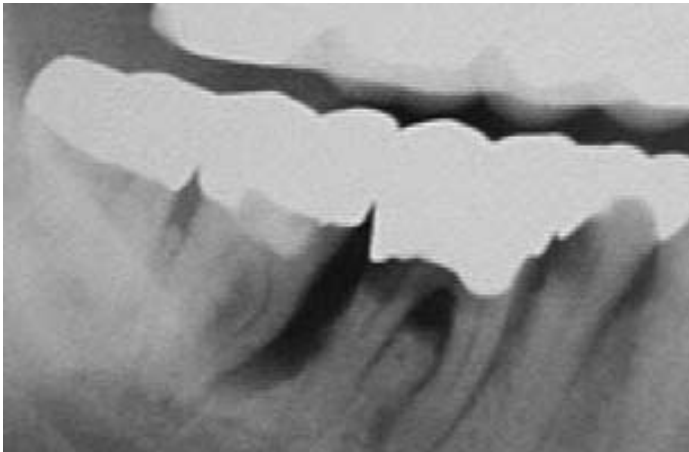


Abb. 2 :Ausgangs-*OPT*, Ausschnitt des 4. Quadranten

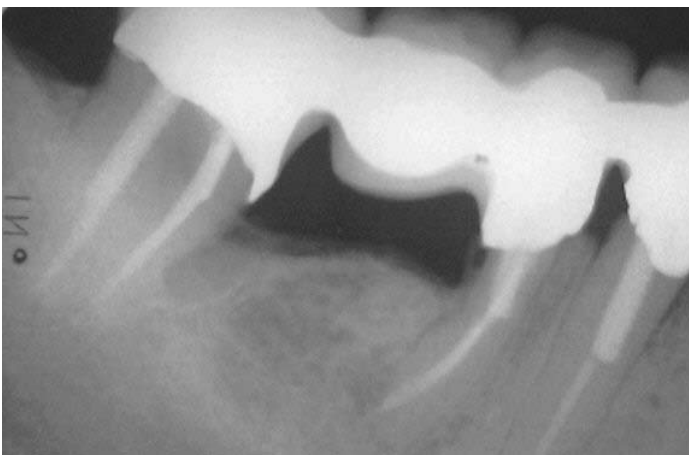


Abb. 3: Verlaufskontrolle 4 Jahre nach WF und 3 Jahre nach Eingliederung der definitiven Versorgung. Weitere drei Jahre später steht diese Versorgung bei klinisch vollständiger Beschwerdefreiheit nach wie vor in voller Funktion.

zu herausnehmbarem Zahnersatz. Nicht umsonst wird ja bei den teleskopierenden Versorgungen als Hauptvorteil immer die leichte Erweiterbarkeit hervorgehoben. Von der überlegenen Ästhetik insbesondere im Frontzahn-bereich bei der fest-sitzenden Versorgung auf natürlichen Pfeilern ganz zu schweigen. Aber davon vielleicht ein anderes Mal mehr.“

„Ex 48, Wurzelbehandlung 47, Wurzelbehandlung und Hemisektion von 46, Wurzelbehandlung von 45, und Stiftaufbauten in Säure-Ätz-Technik. Das ist zweifellos Zahnerhaltung auf hohem Niveau. Ich denke, die Mehrzahl der Kollegen hätte hier mindestens 3 Zähne extrahiert und herausnehmbar oder auf Implantaten

fest-sitzend versorgen müssen. Aber dieser wundersame Knochengewinn, wie haben Sie das denn hingekriegt?“

„Ich könnte Ihnen jetzt erzählen, Deppe, dass ich der größte noch lebende Parodontologe bin, dass ich das alles selbstverständlich in den USA gelernt habe, weil das in Deutschland keiner kann, dass ich diese neuen Membranen anwende und dieses neue Mittelchen, das zwar noch dreimal teurer ist als Em-dogain, aber dafür auch 6-mal so wirksam... Nichts davon ist hier geschehen. Hier wurde lediglich indikationsgerecht behandelt.“

„Indikationsgerecht ist offenbar eines Ihrer Lieblingsworte, Osswald.“

„Genau, Deppe. Das wichtigste in der Medizin ist die indikationsgerechte Behandlung. Das heißt, man muss die Ätiologie und die Pathogenese einer Erkrankung kennen und verstehen und natürlich das anatomische Umfeld, in der sie sich abspielt. Eine nicht indikationsgerechte Therapie kann per Definition nicht erfolgreich sein. Das wird beispielhaft in der Endodontie deutlich, wo die nicht indikationsgerechte Behandlung einer einfachen Infektionskrankheit in einem sehr überschaubaren, vollständig beschriebenen anatomischen Umfeld zu für die heutige Zeit ausgesprochen unbefriedigenden Ergebnissen führt, die trotz aller Bemühungen um technisch-mechanische Hochrüstung in den letzten 50 Jahren nicht verbessert wurden.“

„Was heißt denn ‚indikationsgerechte Behandlung‘ in diesem konkreten Fall, Osswald?“

„Ich habe es ja schon am Anfang gesagt. Endodontie steht nicht frei im Raum. Alles hängt

mit allem zusammen. Diese Zähne, das sieht man ja schon am Knochenverlust und den sehr deutlich verbreiterten Parodontalspalten, hatten Lockerungsgrade von deutlich über zwei. Der Patient war offensichtlich ein guter Verdränger und kam erst, nachdem er bemerkt hatte, dass seine Zähne beim Essen die Grätsche machten. Wenn Patienten jedoch deutliche Lockerungsgrade selbst bemerken, ist, wie wir alle wissen, bereits ein sehr weit fortgeschrittenes Stadium der Erkrankung erreicht. Wenn Sie diesen Fall wie ein Spezialist für Endodontie angehen und isoliert endodontisch betrachten und behandeln, geht das garantiert in die Hose. Um diesen Fall erfolgreich lösen zu können, muss man wie der Allgemeinzahnarzt das ganze Fachgebiet überschauen und die Parodontologie, die Prothetik und insbesondere die Funktion mit einbeziehen.“

„Langer Rede, kurzer Sinn, Osswald?“

„In der Medizin gibt es einige universell gültige Grundsätze, Deppe, die selbstverständlich auch für die Zahnheilkunde gelten:

1. Was heilen soll, muss ruhig gestellt werden, um den Körper in seinem Bemühen um Selbstheilung zu unterstützen. Der Kranke muss ins Bett und bei Sehnenscheidenentzündung legt man einen Gips an. Für diesen konkreten zahnmedizinischen Fall bedeutet das, dass alle erhaltungswürdigen Zähne in einem ersten Schritt über ein Langzeitprovisorium verblockt, damit geschieht und in der Folge ruhig gestellt werden.
2. Wo Bewegung ist, wächst Bindegewebe in die Tiefe. Ein gebrochener Knochen wird mit einem Gips immobilisiert. Würde man das nicht machen, könnte die Kallusbildung nicht ungestört ablaufen, es würde vielmehr Bindegewebe zwischen die Frakturrenden einwachsen, und es würde sich eine Pseudoarthrose ausbilden. Dass dieser Lehrsatz auch in der Zahnheilkunde Gültigkeit hat, sieht man sehr deutlich an Implantaten, die nicht belastungsfrei einheilen können. Sie werden dann bindegewebig eingeschleitet und gehen sehr schnell verloren. Jeder bakterielle Infekt muss vor der definitiven Versorgung vollständig ausgeheilt werden. Das versteht sich eigentlich von selbst, obwohl, wenn ich so an die Endodontologen denke... Gerade ist eine Studie erschienen, die sogar in der ZM übersetzt wurde. Da hat ein Kollege exazerbierende wurzelgefüllte Zähne revidiert und nach dem Goldstandard der Spezialisten behandelt. Vor dem Abfüllen hat er noch mal auf Bakterien getestet. Obwohl er

nur die Hauptkanäle untersucht und die Bakterien nur angezchtet hat, musste er definitiv abfüllen, obwohl in 30 bis 40 % der Fälle noch Bakterien nachzuweisen waren, der verantwortliche bakterielle Infekt also vor dem erneuten definitiven Verschluss nicht vollständig ausgeheilt war. Hätte er auch die Nebenanäle untersucht und mit molekularbiologischen Nachweisverfahren gearbeitet, wären es sicher sehr nahe an 100 % gewesen.“

„Na, warum musste er denn abfüllen? Jetzt mal konkret, Osswald.“

„Weil ihm offensichtlich das wirksame Desinfektionsmittel und die erforderliche Geduld fehlten, die nach wie vor manifeste Infektionskrankheit auszuheilen. Wenn in der Endodontie irgendwas mit höchster Evidenz bewiesen ist, dann ja wohl, dass Ca(OH)₂ ein nicht ausreichend wirksames Desinfektionsmittel ist. Das wusste Walkhoff übrigens schon vor 100 Jahren. Der oben beschriebene E. faecalis ist nebenbei bemerkt sogar vollständig resistent gegen Calciumhydroxid. Das weiß man spätestens seit 1990, und inzwischen pfeifen es sogar die Spatzen von den Dächern. Kein Wunder also, dass die Ausheilungsquote bei Revisionen lediglich bei 60 % liegt.“

„Schon wieder so ein elend langer Sermon, Osswald.“

„Ich kann es auch verkürzen, Deppe, ich hatte lediglich Bedenken, dass Sie es dann auch verstehen können. Also:

1. Die bakterielle Entzündung muss raus aus dem System.
2. Bewegung und Überlastung müssen raus aus dem System.“

„Das leuchtet ein, Osswald. Und bezogen auf diesen individuellen Fall? Wie sind Sie genau vorgegangen?“

„Nach parodontaler Vorbehandlung habe ich in einer einzigen Sitzung 48 extrahiert, 46 hemiseziert, den Sumpf zwischen 46 und 47 mit scharfem Löffel ausgeräumt, den Knochen angefrischt, alle Zähne kurrettiert, endodontisch aufbereitet und medikamentös versorgt, mit provisorischen Aufbauten für die Abdrucknahme versehen, sie ausgenommen mesial 47 bis zum Boden ihrer Taschen möglichst steil beschliffen...“

„Halt mal, Osswald, warum mesial 47 nicht?“

„Scherzkeks, da kommt doch der Knochen hin,

der sich nach Anfrischen der Extraktionshöhle der distalen Wurzel von 46 und konsequenter Ruhigstellung neu bildet. Die Stümpfe habe ich eingekürzt, parallelisiert und mit einem praxisgefertigten Provisorium verblockt, um sie zu schienen. Damit war der Patient erst einmal gut versorgt, und ich hatte alle Zeit der Welt, das endodontische Hohlraumssystem aller Zähne über Monate genauso geduldig wie sorgfältig zu desinfizieren. Antibiotika oder Schmerzmittel waren in diesem Falle nicht erforderlich, da nach der Vorbehandlung und der Sanierung des 4. Quadranten nirgendwo mehr Pus aus den Taschen zu melken war. Während dieser Zeit wurde die Parodontalbehandlung der anderen Quadranten abgeschlossen und im Oberkiefer eine adjustierte Schiene eingegliedert. Anschließend habe ich alle Kanäle definitiv abgefüllt, mit Radix-Ankern und Kunststoff in Säure-Ätz-Technik aufgebaut, die Pfeiler abgeformt und mit einem laborgefertigten Langzeitprovisorium mit sehr abrasiven Kauflächen versorgt. Zu diesem Zeitpunkt hatte sich der Lockerungsgrad bereits auf L=0-I reduziert. Nachdem die Ausheilung der apikalen Ostitiden röntgenologisch nachgewiesen begonnen hatte, Lockerungsgrad L=0 erreicht und damit bei klinischer Beschwerdefreiheit absehbar war, dass sie sicher voraussagbar vollständig ausheilen würden, habe ich definitiv versorgt. Die Kauflächen der Brücken habe ich extrem abrasiv gestalten lassen, damit die Höcker bei den Lateralbewegungen nicht stören und die Zähne horizontal belasten, was Seitenzähne gar nicht mögen. Dass die Versorgung in entspannter Zentrik eingegliedert wurde und der Patient sein Leben lang eine adjustierte Schiene tragen muss, versteht sich von selbst. Noch Fragen, Deppe?“

„Jede Menge, Osswald, insbesondere zur Funktion – die Zähne wurden ja nicht primär wegen der Schönheit geschaffen, sondern damit sie funktionieren!“

„Wenn die Endodontie ein Hügel ist, Deppe, dann ist Funktion ein Gebirge. Es ist spät geworden – lassen Sie uns darüber in der nächsten Folge weiterreden, wenn sie uns lassen!“

„Noch eine letzte Frage, Osswald: Wessen Zähne wurden erstmalig röntgenologisch dargestellt?“

„Das fragen Sie ausgerechnet mich, Deppe? Es sind die Zähne desjenigen, dem wir es verdanken, dass wir zum Dr. med. dent. promovieren dürfen.“

Rüdiger Osswald ist niedergelassener Vertragszahnarzt in München, Geschäftsführer des Berufsverbandes der Allgemeinzahnärzte in Deutschland (BVAZ, www.bvaz.net) und Referent der Akademie für Praxisnahe Zahnheilkunde (APZ, www.apzonline.net). Seine Homepage (www.tarzahn.de) gehört zu den meistbesuchten zahnärztlichen Fortbildungsseiten im Internet.

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

Weitere Informationen:

Dr. Dr. med. dent. Rüdiger Osswald
 Fritz-Hommel-Weg 4
 80805 München
 Telefon: (0 89) 3 61 80 30
 Telefax: (0 89) 36 10 02 94
 E-Mail: ruediger.osswald@t-online.de
 Internet: www.tarzahn.de

In einer Vortragsreihe unter dem Motto „Aus der Praxis – für die Praxis“ stellt Dr. Dr. Rüdiger Osswald, seine einfach praktikierbare Methode zur Behandlung von Endodontitis und ihrer Komplikationen vor. Die von der Akademie für praxisnahe Zahnheilkunde veranstalteten Kurse finden in folgenden Städten statt:

Termine:

- ▶ Essen: 17.03.2007
- ▶ Bayreuth: 21.04.2007
- ▶ Heidelberg: 19.05.2007
- ▶ Hamburg: 23.06.2007
- ▶ Freiburg: 21.07.2007
- ▶ Oldenburg: 22.09.2007
- ▶ Leipzig: 27.10.2007
- ▶ Passau: 24.11.2007
- ▶ Münster: 16.12.2007

Teilnahmegebühr:
 249,00 Euro inkl. Mehrwertsteuer

Fortbildungspunkte: 5

Anmeldung & 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