Dental Tribune · D-A-CH Edition · Nr. 5/2017

# Der Lösungsansatz in der Parodontologie

**PZR und PA haben nur einen begrenzten Erfolg, wir benötigen zusätzlich Effektive Mikroorganismen (EM) und die direkte Therapie des Knochenstoffwechsels.**

Von Dr. Ronald Möbius, M.Sc., Brüel, Deutschland.

## Zusammenfassung

Das Problem unserer Bemühungen in der Parodontitis-Therapie (PA-Therapie) ist in der unzureichenden Berücksichtigung des multifaktoriellen Ursachenkomplexes begründet.[1] Immer noch wird von einer rein bakteriell bedingten Erkrankung ausgegangen. Es sind PZR, Biofilmmanagement, chemische Plaquekontrolle angesagt. Es geht nur um Verringerung und Eliminierung von Mikroorganismen, aber Mikroorganismen bauen keinen Knochen ab. Dies erfolgt durch körpereigene Reaktionen, ausgelöst durch zu viel aktivierte Osteoklasten. Dadurch entstehen Knochentaschen, das Milieu verändert sich. Wie Prof. Dr. Antoine Béchamp (1816–1908) feststellte, bestimmt das Milieu die Keime. Von nun an verselbstständigt sich der Prozess. Es ist jetzt nur begrenzt und temporär möglich, die Keime zu verändern, wenn das Milieu belassen wird. Der Ausweg lautet parallele Therapie von Entzündung und Knochenstoffwechsel. Die Knochentaschen verschwinden, das Milieu ändert sich und mit Effektiven Mikroorganismen (EM) erfolgt die direkte Veränderung der Zusammensetzung der Mikroorganismen (Abb. 1).


## Hintergrund

Mit einem Datensatz von 415.718 Parodontitis behandelten Patienten bringt der Barmer Zahnreport 2017 erstmals ein reales Bild der PA-Therapie aus der Versorgungsrealität, und dieses ist nicht positiv. Ein Drittel der Parodontitispatienten verliert nach der Therapie innerhalb von vier Jahren mindestens einen Zahn.[2] Wird bei Patienten eine PA-Therapie durchgeführt, kommt es in deren Folge demnach signifikant häufiger zu einer Extraktion als bei Patienten ohne PA-Therapie.

Mit dem Barmer Zahnreport 2017 wird die Frage nach der Wirksamkeit einer vertragszahnärztlichen PA-Therapie auf der Basis harter Zielkriterien (Zahnverlust) möglich. Dies ist deshalb so bedeutend, da es bisher keine vergleichbaren Ergebnisse zur Wirksamkeit dieser Therapie in der Versorgungsrealität gibt.

1. Nicht erhaltungswürdige Zähne werden vor bzw. während der PA-Therapie extrahiert.
2. Nach der Therapie ist eine gewisse Auslaufphase der erhöhten Extraktionsinzidenz sichtbar.
3. Die Extraktionsinzidenz ist vor PA-Therapie niedriger als nach PA-Therapie. Das Niveau vor der Therapie wird im Zeitraum von vier Jahren nach der Therapie nicht erreicht.
4. Es gelingt in der PA-Therapie nicht, die Extraktionshäufigkeit zu senken.
5. Ein parodontal behandelter Patient hat im Fazit weniger Zähne als ein nicht behandelter Patient. Es gelingt nicht, die Zahnverlustraten behandelter Parodontitispatienten an durchschnittliche Zahnverlustraten anzugleichen.

## Problematik

Zahnärzte, Mitarbeiterinnen in den Zahnarztpraxen und Patienten werden auf professionelle Zahnreinigung und Biofilmmanagement getrimmt. Defizite in der PA-Therapie werden dem ungenügenden Biofilmmanagement und der unzureichenden häuslichen Pflege durch den Patienten angelastet. Ständig heißt es, wir Zahnärzte müssen perfekter werden. So werden Curriculum-Fortbildungen, Masterstudiengänge, Online-Fortbildungen in der PA in Deutschland von der Universität Gießen und Marburg von Prof. Dr. Nicole B. Arweiler angeboten. Ständig gibt es neue Geräte und neue Techniken, Laser, Ozontherapie, Photodynamische Therapien. Wenn das alles nicht funktioniert, dann geht auf jeden Fall Antiseptika und Antibiotika, dann ist aber Schluss mit der Entzündung, aber die Frage, die bleibt, lautet: Für wie lange? Das Fazit aller großen Studien und Analysen lautet: Ja, wir haben schon viel geschafft und müssen noch intensiver werden und früher mit der PA-Therapie beginnen. – Früher beginnen? Nein, es muss das Problem erkannt werden und das heißt Knochenstoffwechsel.

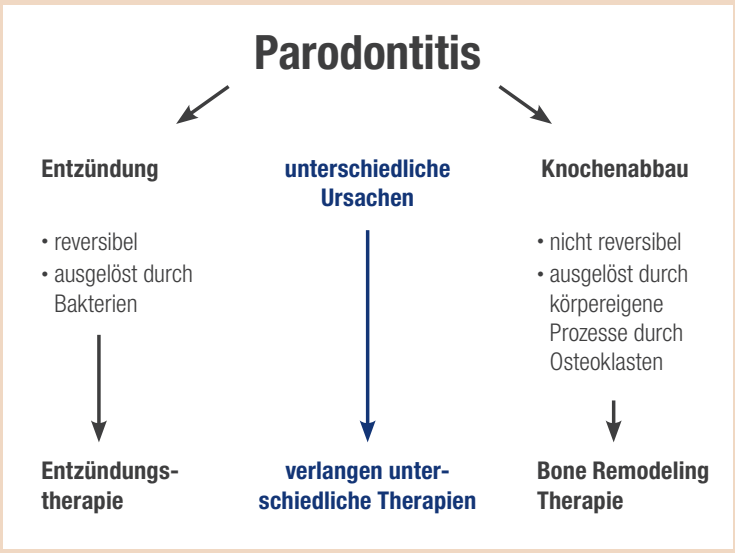
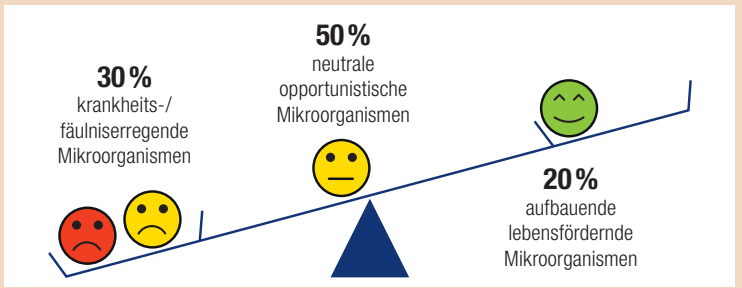



*Abb. 1: Parodontitis – Unterschiedliche Ursachen benötigen unterschiedliche Therapien.*

## Therapie der parodontalen Entzündung

Es geht nicht darum, eine Keimfreiheit zu schaffen, die es gar nicht geben kann. Ziel muss es sein, die Zusammensetzung der Mikroorganismen zu verändern.[3] Der Mensch existiert überhaupt nur mit Mikroorganismen.[4] Ein antibiotischer Kampf gegen die Mikroorganismen ist völlig unrealistisch.[5] Unser Therapieansatz ist probiotisch, nicht antibiotisch.[6]

Entzündungen werden ausgelöst durch Mikroorganismen, aber deshalb sind Mikroorganismen nicht unsere Feinde.[7] Möglicherweise sollten wir einen neuen Ansatz finden, wie wir die Frage der menschlichen Gesundheit betrachten.[8] Mikroorganismen sind unsere Freunde, Krieg den Mikroorganismen heißt verlieren.[9] Zwischen Mensch und Mikroorganismen besteht eine untrennbare Beziehung.[10] Von den Mikroorganismen sind etwa 20 Prozent nützliche, 30 Prozent schädliche und die übrigen 50 Prozent sind neutrale.[5] Nach dem 30. Lebensjahr beginnt zunehmend die Abbauphase. Die 30 Prozent degenerativen Mikroorganismen dominieren. In der Therapie muss es gelingen, die 20 Prozent regenerativen auf über 30 Prozent zu bringen. Die neutralen entscheiden sich immer für die Mehrheit. So erreichen wir ein Verhältnis von 80 Prozent regenerativ zu 20 Prozent degenerativ. Durch diese Veränderung der Mikroorganismen-Zusammensetzung reduziert sich die parodontale Entzündung auf ein Minimum.[11] Für die tägliche Praxis heißt das: Der Patient, der im vierteljährlichen Recall mehr als zehn Prozent Entzündungen zeigt, nutzt die Kraft der Effektiven Mikroorganismen nicht oder macht einen Anwendungsfehler!



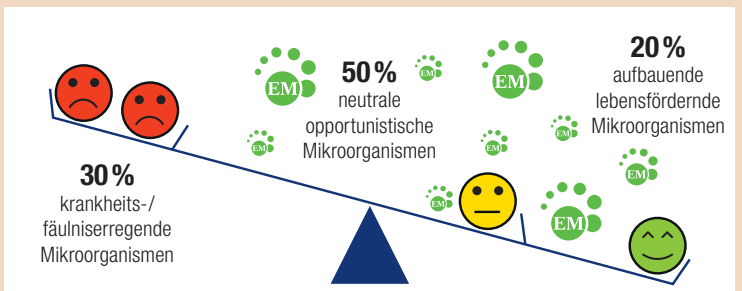




*Abb. 2: Krank machendes Milieu. – Abb. 3: Aufbauendes Milieu.*

Eine generelle undifferenzierte Verringerung der Virulenz der Keime bringt nur einen vorübergehenden Effekt, weil das prozentuale Verhältnis degenerative, neutrale, regenerative Mikroorganismen erhalten bleibt.[8] Wie bereits Prof. Béchamp festgestellt hat: „Die Mikrobe ist nichts, das Milieu ist alles." Um einen dauerhaften Therapieerfolg zu erreichen, müssen wir das Milieu, die Lebensbedingungen für die Mikroorganismen verändern und zusätzlich die regenerativen Mikroorganismen vermehren.

## Therapie des Bone Remodeling

Die direkte Therapie des Knochenstoffwechsels erfolgt mit einem Kollagenasehemmer, der nach der professionellen Zahn- und Taschenreinigung in die Taschen oder auf die Gingiva appliziert wird. Dieser wandert innerhalb von vier Stunden selbstständig zum Knochen. Es kommt zur reversiblen Blockierung der bereits aktivierten Osteoklasten und zur Blockade der Bildung weiterer Osteoklasten. Durch diese Hemmung der Osteoklasten wird der Knochenabbau gebremst und der Knochenstoffwechsel wieder in das dringend erforderliche Gleichgewicht zwischen Knochenabbau und Knochenaufbau gesetzt. Mehrfache Applikationen erhöhen den Effekt, der maximal drei Monate anhält.

Es wird nicht die Ursache für die verstärkte Aktivierung der Osteoklasten ausgeschaltet und deshalb sollte, solange die Ursache besteht, die Applikation alle Vierteljahre wiederholt werden. Durch diese Therapie, PZR + Taschenreinigung + Kollagenasehemmer werden die Knochentaschen kleiner und verschwinden, das Milieu verändert sich. Das Milieu bestimmt die Keime und dieses unterstützen wir zusätzlich mit Effektiven Mikroorganismen. Der Knochenstoffwechsel stabilisiert sich, der Knochen wird wieder kompakter und selbst lockere Zähne werden wieder fest. DT

Literatur

**Für Fortbildungen zu dieser Thematik können Sie sich bei nachfolgenden Veranstaltern anmelden:**

- 9.9.2017 Güstrow (MuDr. Per Fischer, gfza, +49 3843 843495, info@gfza.de)
- 15./16.9.2017 Dresden (LZÄK Sachsen, +49 351 8066-108, anders@lzk-sachsen.de)
- 24./25.11.2017 Erfurt (LZÄK Thüringen, +49 361 7432-107, fb@lzkth.de)
- 1.4.2018 Rheinbach (T. Fritz, RRzF, +49 2226 6595, t.fritz@rrzf.de)
- 15.6.2018 Rosenheim (Dr. Wolfgang Pfleger, +49 151 19383869, anmeldung@ro-ak.de)

## Kontakt

Infos zum Autor

**Dr. Ronald Möbius, M.Sc.**

Praxis für Zahnerhaltung & Kieferorthopädie
Bergstraße 1c
19412 Brüel, Deutschland
info@moebius-dental.de
www.moebius-dental.de