

# Der Lösungsansatz in der Parodontologie

**PZR UND PA HABEN NUR EINEN BEGRENZTEN ERFOLG, WIR BENÖTIGEN ZUSÄTZLICH EM UND DIE DIREKTE THERAPIE DES KNOCHENSTOFFWECHSELS**

## Zusammenfassung

Das Problem unserer Bemühungen in der Parodontitis Therapie (PA-Therapie) ist in der unzureichenden Berücksichtigung des multifaktoriellen Ursachenkomplexes begründet [11]. Immer noch wird von einer rein bakteriell bedingten Erkrankung ausgegangen. Es sind PZR, Biofilmmangement, chemische Plaque Kontrolle 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. Beckamp (1816-1908) feststellte, das Milieu bestimmt 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. Mit der Therapie der direkten Inaktivierung der Osteoklasten verschwinden die Knochentaschen, 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 Parodontitis-Patienten verliert nach der Therapie innerhalb von 4 Jahren mindestens einen Zahn [6]. Wird bei Versicherten eine PA-Therapie durchgeführt, kommt es in deren Folge dem nach signifikant häufiger zu einer Extraktion als bei Versicherten 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, beziehungsweise während der PA-Therapie extrahiert.
2. Nach der Therapie ist eine gewisse Auslaufphase der erhöhten Extraktionsinzidenz sichtbar
3. Die Extraktionsinzidenz ist vor Parodontitis Therapie niedriger als nach PA-Therapie. Das Niveau vor der Therapie wird im Zeitraum von 4 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 nichtbehandelter Patient. Es gelingt nicht, die Zahnverlustraten behandelter Parodontitis Patienten an durchschnittliche Zahnverlustraten anzugleichen.

## Problematik

Zahnärzte, Mitarbeiterinnen in den Zahnarztpraxen und die Patienten werden auf professionelle Zahnreinigung und Biofilmmangement getrimmt. Defizite in der PA-Therapie

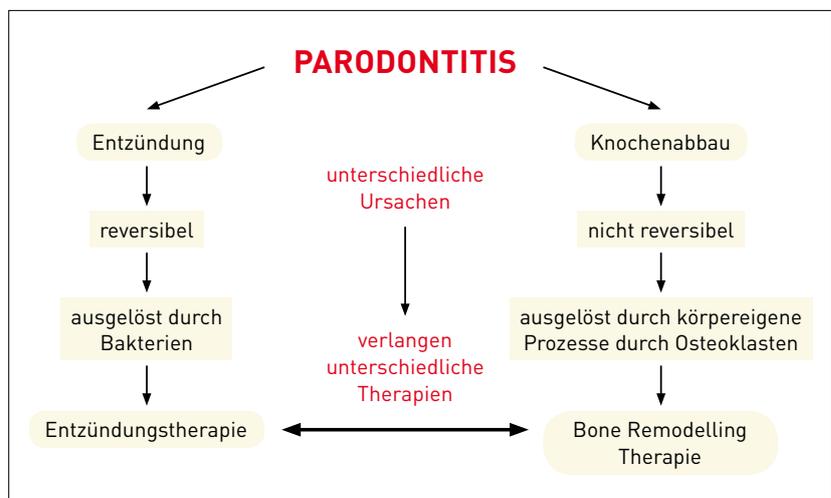
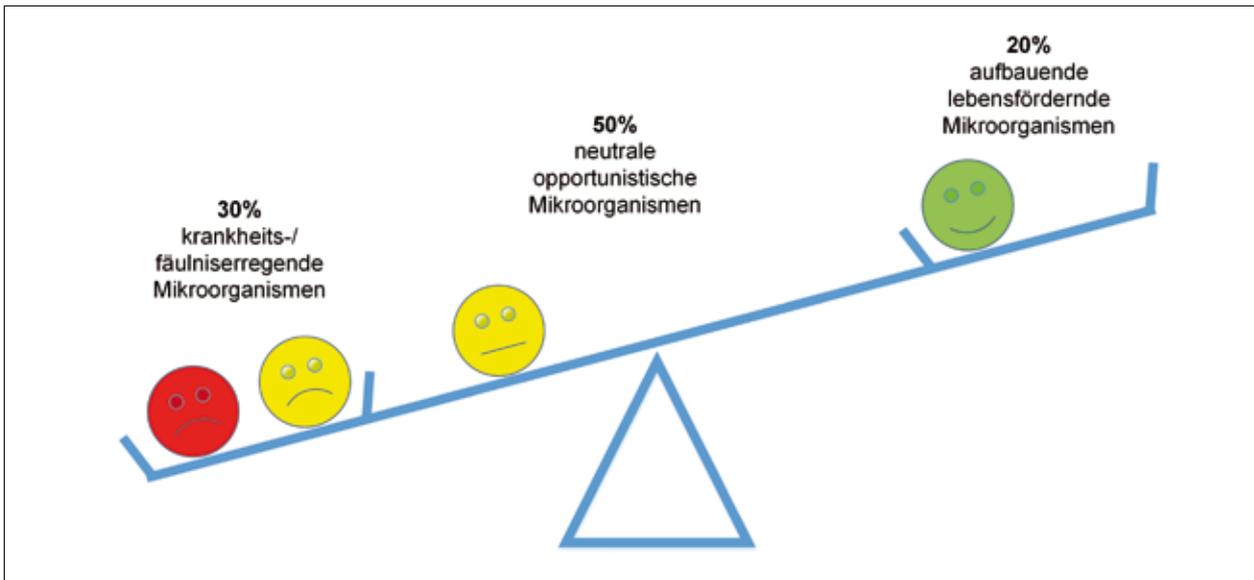


Abb.1: Parodontitis – unterschiedliche Ursachen benötigen unterschiedliche Therapien



Abbildungen: Privat

Abb.2: krankmachendes Milieu

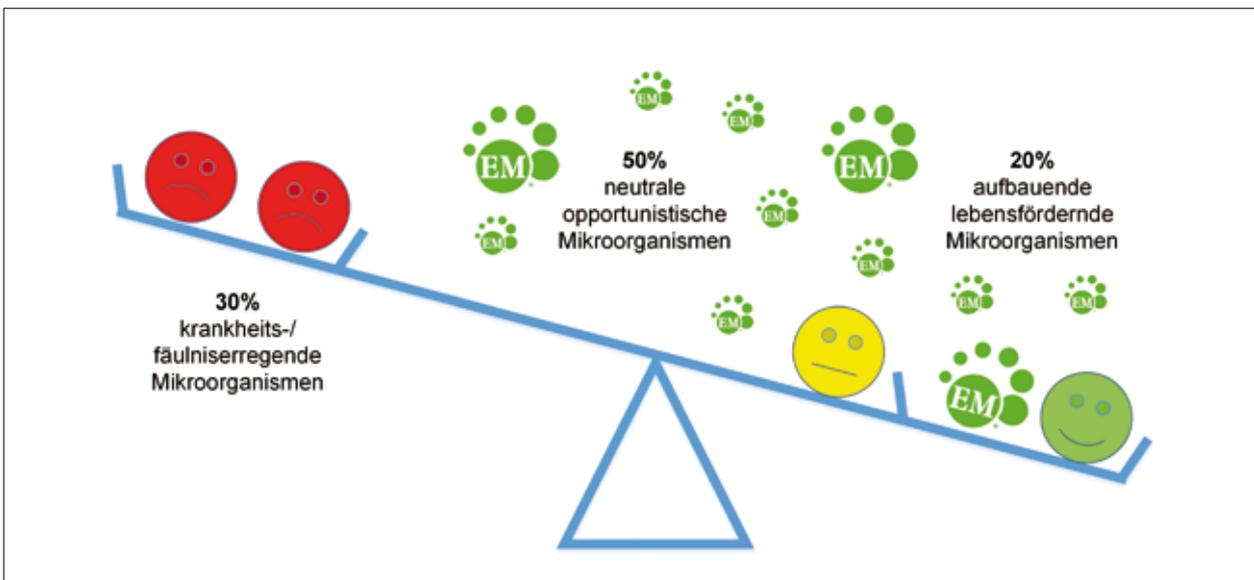


Abb. 3: aufbauendes Milieu

werden dem ungenügenden Biofilmmangement und der unzureichenden häuslichen Pflege durch den Patienten angelastet. Ständig heißt es, wir Zahnärzte müssen perfekter werden. So werden Fortbildungen Curriculum Fortbildungen, Masterstudiengänge, Online-Fortbildungen in der PA von der Universität Gießen und Marburg von Prof. Arweiler angeboten. Ständig gibt es neue Geräte, zum Beispiel Prof. Kocher Universität Greifswald Ultraschall mit Feedback, neue Techniken, Laser, Ozontherapie phododynamische 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 –

#### 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 [4]. Der Mensch existiert überhaupt nur mit Mikroorganismen [2].

## → Vita

**DR. MED. RONALD MÖBIUS MSc.  
PARODONTOLOGIE**

**Jahrgang 1958, verheiratet, 3 Kinder**



### **Ausbildung:**

- ▶ 1980 – 1985 Studium der Zahnmedizin, Universität Rostock
- ▶ 1982 – 1984 Diplomarbeit (Parodontologie), Universität Rostock
- ▶ 1984 – 1988 Promotionsstudent (Parodontologie), Universität Rostock
- ▶ seit 1986 Mitglied der M-V Gesellschaft für ZMK-Heilkunde
- ▶ 1985 – 1989 Fachzahnarzt Ausbildung „Fachzahnarzt für allgemeine Zahnmedizin“
- ▶ 1989 – 1991 Fachzahnarzt für allgemeine Zahnmedizin, Sternberg
- ▶ 1991 – 2013 Freie Niederlassung als selbständiger Zahnarzt in eigener Praxis, Brüel
- ▶ 1993 – 1996 kieferorthopädische Ausbildung, Karlsruhe
- ▶ seit 1994 ständig konsultierendes Mitglied in der KFO – Sandergruppe
- ▶ 1994 Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Computergestützte Zahnheilkunde (DGCZ)
- ▶ 1996 – 2017 Delegierter zur Kammerversammlung Zahnärztekammer Mecklenburg/Vorpommern
- ▶ 2004 – 2016 Kreisstellenvorsitzender
- ▶ 2004 – 2007 Masterstudium zum MSc Parodontologie, Donau – Universität Krems
- ▶ seit 2008 Veröffentlichungen zur Therapie des Knochenstoffwechsels
- ▶ seit 2008 Vorträge, Seminare, Kurse zur Therapie Knochenstoffwechsel
- ▶ seit 2013 Berufsausübungsgemeinschaft Dr. MSc. Ronald Möbius und Sebastian Möbius

Ein antibiotischer Kampf gegen die Mikroorganismen ist völlig unrealistisch [10]. Unser Therapieansatz ist probiotisch, nicht antibiotisch [11].

Entzündungen werden ausgelöst durch Mikroorganismen, aber deshalb sind Mikroorganismen nicht unsere Feinde [1]. Vielleicht ist es an der Zeit, damit aufzuhören, die Medizin als Krieg gegen die Natur zu sehen. Vielleicht sollten wir einen neuen Ansatz finden, wie wir die Frage der menschlichen Gesundheit betrachten [3]. Mikroorganismen sind unsere Freunde. Krieg den Mikroorganismen heißt verlieren [7]. Zwischen Mensch und Mikroorganismen besteht eine untrennbare Beziehung [9]. Von den Mikroorganismen sind etwa 20% Nützliche, 30% Schädliche und die übrigen 50% sind Neutrale [10]. Nach dem 30. Lebensjahr beginnt zunehmend die Abbauphase. Die 30% degenerativen Mikroorganismen dominieren. In der Therapie muss es gelingen, die 20% regenerativen auf über

30% zu bringen. Die Neutrale entscheiden sich immer für die Mehrheit. So erreichen wir ein Verhältnis von 80% regenerativ zu 20% degenerativ. Durch diese Veränderung der Mikroorganismen Zusammensetzung reduziert sich die parodontale Entzündung auf ein Minimum [5]. Für die tägliche Praxis heißt dies: Der Patient, der im 1/4-jährlichen Recall mehr als 10% Entzündungen zeigt, nutzt die Kraft der „Effektiven Mikroorganismen“ nicht oder macht einen Anwendungsfehler!

Eine generelle undifferenzierte Verringerung der Virulenz der Keime bringt nur einen vorübergehenden Effekt, weil das prozentuale Verhältnis degenerative, neutrale, regenerative Mikroorganismen erhalten bleibt [3]. Wie bereits Prof. Antoine Bechamp (1816-1908) 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 Kollagenase Hemmer, der nach der professionellen Zahn- und Taschenreinigung in die Taschen oder auf die Gingiva appliziert wird. Dieser wandert innerhalb von 4 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. Dieser Effekt hält maximal 3 Monate. Es wird nicht die Ursache für die verstärkte Aktivierung der Osteoklasten ausgeschaltet und deshalb sollte, solange die Ursache besteht, die Applikation alle 1/4 Jahre wiederholt werden.

Durch diese Therapie, PZR + Taschenreinigung + Kollagenase Hemmer 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, Knochentaschen und Zahnfleischtaschen reduzieren sich und selbst lockere Zähne werden wieder fest. ■

\_\_\_\_\_  
*Dr. med. Ronald Möbius MSc. Parodontologie, Brüel*  
Web: [www.moebius-dental.de](http://www.moebius-dental.de)

Die Literaturliste können Sie unter <https://www.kzvn.de/nzb/literaturlisten.html> oder unter [www.nzb-redaktion@zkn.de](mailto:www.nzb-redaktion@zkn.de) anfordern.