

keiten des wissenschaftlichen Austauschs mit dem NIDCR.

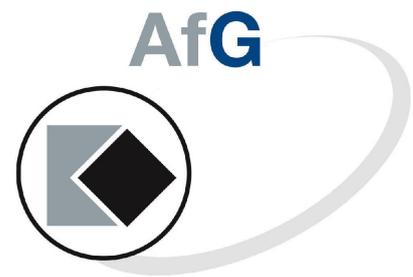
Als letzter Keynote-Speaker referierte Dr. Nicholas S. Jakubovics (School of Dental Sciences, Newcastle University, UK; Abb. 3) zu Themen der mikrobiellen Adhäsion und dem Aufbau oraler Biofilme. Er ging zudem auf mögliche Modifikationen von Oberflächen (z.B. von Restaurationmaterialien) ein, welche die Biofilmbildung reduzieren könnten. Vielversprechend seien hier vor allem stark hydrophobe oder auf bestimmte Weise nanostrukturierte Oberflächen. Als Editor-in-Chief des Journal of Dental Research gab er zudem einen Überblick über aktuelle Strategien des Journals und gab wertvolle Tipps für den wissenschaftlichen Nachwuchs zum Thema Publizieren aus der Sicht eines Editors.

Mit 180 Teilnehmern war die erste digitale Veranstaltung der AfG ein voller Erfolg und es konnte – wenn auch im Onlineformat – dennoch ein neuer Teilnehmerrekord für eine AfG-Jahrestagung aufgestellt werden. Dies zeigt deutlich, welche hohen Stellenwert die Grundlagenforschung in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde einnimmt.

Im Anschluss an das Webinar zur 53. Jahrestagung fand zudem die Mitgliederversammlung der AfG im Online-Format statt, in welcher der aktuelle Vorstand bestehend aus dem 1. Vorsitzenden Prof. Dr. Michael Wolf (Aachen), dem 2. Vorsitzenden Priv.-Doz. Dr. Dr. Christian Kirschneck (Regensburg) und dem Schriftführer Priv.-Doz. Dr. Fabian Cieplik (Regensburg) bestätigt wurde.

Die 54. Jahrestagung der AfG findet am 13. und 14. Januar 2022 in Mainz statt. Beiträge können voraussichtlich ab September 2021 über die DGZMK-Homepage eingereicht werden.

Der Vorstand der AfG: Univ.-Prof. Dr. Michael Wolf (1. Vorsitzender); Priv.-Doz. Dr. Dr. Christian Kirschneck (2. Vorsitzender); Priv.-Doz. Dr. Fabian Cieplik (Schriftführer)



GESELLSCHAFT / SOCIETY

LESERBRIEF / LETTER OF THE EDITOR

„Idiopathische progressive Kondylusresorption“ von Prof. Dr. Michael Behr et al. (Dtsch Zahnärztl Z 2021;76:10–21)

Leserbrief von Dr. Ulrich Schneider

Sehr geehrte Herren,

ich las Ihren Artikel zum Thema: „Kondylusresorption“.

Zur „IPCR“:

Die Feststellung, dass die Diagnose als „Ausschlussdiagnose“ gestellt wird, verstellt den Blick: die meisten dieser „idiopathischen“ (zu deutsch: keiner weiss, wo's herkommt) Befunde werden nicht die Folgen der im Artikel aufgezählten möglichen Ursachen sein, sondern schlicht und ergreifend die Folge von kieferorthopädischen Interventionen (euphemistisch oft Behandlung genannt.). Letztlich wird mit „IPCR“ am Ende auch keine Diagnose gestellt, sondern dem Befund nur ein hilfloses, lediglich die Symptome beschreibendes

Etikett angeheftet. Dafür gibt es auch in anderen fachärztlichen Disziplinen Beispiele, z.B. Begriffe wie „Polyneuropathie“ oder „Neurodermitis“, an die wir uns gewöhnt haben und unsere Patienten auch, – da kann man eben nichts (kausales) machen ...

Die „Dokumentation“ verstößt gegen elementare Anforderungen an eine seriöse wissenschaftliche Arbeit. Anamnestisch zwingend müsste, und zwar bevor überhaupt die ganze Befunderlei mit Strahlenbelastung, Polypharmazie etc. angetreten wird, im Rahmen einer zahnärztlichen Grundanamnese festgestellt werden, ob die – meist – Patientinnen eine kieferorthopädische Intervention erfahren hatten oder nicht (oder anders: ob es die „IPCR“ außerhalb von kieferorthopädischer oder auch pro-

thetischer oder auch unterbliebener prothetischer Intervention überhaupt gibt). In der vorgestellten Kasuistik, die wohl beispielhaft sein soll, scheint das der Fall gewesen zu sein, denn aus kieferorthopädischer „Indikation“ (?) wurden der jungen Patientin schon früh ein Viertel ihrer gesunden bleibenden Dentition entfernt, die 4er ca. mit 11 oder 12 Jahren und zu einem Zeitpunkt, an dem die Wachstumsvektoren der 8er noch nicht absehbar waren. (Ich gehe hoffentlich zutreffend davon aus, dass die 8er vorhanden waren. Sollte das nicht der Fall gewesen sein, wäre die Entfernung der 4er noch ganz anders zu bewerten. Diese (8er) haben sich anscheinend auch nicht an die Anweisungen des Leistungserbringers gehalten, denn sonst wären sie in

dem kariesstabilen System noch in situ. (Der Terminus „Extraktionstherapie“ sollte jeder verständigen Zahnarzt m/w/d kalt den Rücken herunterlaufen.) Es ist ferner festzustellen, dass die Hoffnung, dass die künstlich erzeugten Lücken sich entweder von selbst schließen oder dies aufgrund der Kraft-(Gewalt?-)einwirkung der kieferorthopädischen Gerätschaften geschehen möge, sich nicht erfüllt hat. Ferner haben die kieferorthopädischen Krafteinwirkungen dazu geführt, dass mehrere Zähne nicht mehr in der physiologisch korrekten Ausrichtung stehen und die Zähne folglich nicht (mehr) physiologisch, d.h., in der natürlichen Funktion belastet werden. Die Spätfolgen sind überhaupt nicht abzusehen. Dies erkennt man schon in der zweidimensionalen Darstellung der OPG-Aufnahme; es wäre interessant, wie sich dies dreidimensional darstellt. Dazu hilft weniger die 3D-Aufnahme als die Dokumentation mittels Kiefermodellen und Fotografien. Dies nennt man dann „exzentrische“ Okklusion, ein Komplex, mit dem sich nach den Arbeiten von Willi Schulte, Tübingen, diessseits der 80er Jahre des vorigen Jahrhunderts kaum jemand mehr ernsthaft gewidmet hat.

Ein weiterer Hinweis ergibt sich aus dem Vorhandensein der beiden Haltedrähte, der sogenannten Retainer.

Stellt einer der beteiligten Koryphäen Fragen z.B.:

- nach den Kräften, die durch die kieferorthopädische Intervention ausgeübt wurden, und ihren Folgen?
- nach den Materialien, die 24/7 über Jahre hinweg in die jugendlichen Mäuler eingebracht wurden? „Normale“ Brackets enthalten in unterschiedlichem Maß nickelhaltige Legierungsbestandteile, selbst vorgeblich „nickelfreie“ Metallbrackets enthalten kleine Nickelanteile. Und bei den Bögen ist das Nickel schon im Namen enthalten: Nitinol oder NiTi-Bögen?
- nach den lokalen Auswirkungen im Sinne der Ausbildung von Kontaktallergien gegen Legierungs-

bestandteile? Und das sind nicht nur Nickel und (das nichtallergene) Titan, sondern auch noch weitere potenziell allergisierende Substanzen (Kupfer!)?

- nach möglicher Korrosion der Interventionsmaterialien, insbesondere, aber nicht nur, durch mechanischen Abrieb an den beabsichtigten und unvermeidlichen Kontaktstellen? Und den immunologischen, toxikologischen und systemischen Folgen dieses Verschleißes?
- nach den materialtechnischen Auswirkungen der Schwankungen des pH-Werts im feuchten Mundmilieu und des Mikrobioms des Mundes?
- nach den systemischen Auswirkungen von Sensibilisierungen auf die Legierungsbestandteile in allergologischer und toxikologischer Hinsicht?
- nach den immunologischen Reaktionen, die sich unter der Ausschüttung proentzündlicher Zytokine einstellen?
- nach den Gewalteinwirkungen, die notwendig sind, um aus einem hereditären skelettalen Rückbiss einen „Normalbiss“ zu machen, und
- auf welche Struktur diese Gewalteinwirkung zuvörderst einwirkt? Könnte das evtl. die anteriore Region des Kondylus sein, wie das ja wohl auch den Autoren regelmäßig auffällt?
- ob es einen Zusammenhang zwischen möglichen a) allergisierenden, in der Folge b) proentzündlichen und schließlich c) resorptiven Prozessen geben könnte? Und das unter unphysiologisch 24/7 einwirkenden mechanischen Belastungen, die man mit Fug und Recht auch als Gewalteinwirkungen bezeichnen kann?

Wir (sollten) wissen, dass es Menschen mit Normal-, Rück- und Vorbissen gibt (Angle hat das vor 100 Jahren schon gemerkt). Wir haben gelernt, dass mit einer kieferorthopädischen Intervention ein Normalbiss (Regelverzahnung, Vor- und Überbiss) angestrebt wird, und der Kunde (als Patient würde ich ihn gar nicht bezeichnen wollen, denn

ein gesunder Mensch ist ja kein Patient) das auch bestellt hat. Das geht so weit, dass das Nichterreichen dieses Ziels als Behandlungsmisserfolg bedeutet wird. Die Erwartung des Patienten m/w/d wird zu Interventionsbeginn auf dieses Ziel hin fokussiert, und es muss alles unternommen werden, um dieses Ziel zu erreichen. In diesem Zusammenhang wird auch verständlich, warum mit Apparaturen interveniert wird, die der Patient m/w/d „nicht tragen“ kann, die also fest verankert werden müssen, damit das Erreichen des versprochenen Ziels nicht durch die mögliche unzureichende Mitarbeit des Patienten m/w/d gefährdet werden kann. (Funktionskieferorthopädische Interventionen finden konsequenterweise kaum noch statt ...).

Was nun, wenn unser Patient – warum auch immer – einen Rückbiss hat, der funktionell und physiologisch tadellos funktioniert: der Patient an keiner Stelle seines Körpers ein körperliches, mentales oder psychisches Problem hat? Darf man dahinein überhaupt intervenieren? Und wenn man sich da nicht ganz sicher ist, warum kümmert sich keine Ethikkommission (oder Herr Dr. Dr. Dr., Sie wissen schon ...) darum? Und dürfen die Krankenkassen und Versicherungen das überhaupt bezahlen, wenn es sich doch nicht um eine Erkrankung, auch nicht um die Folge oder Heilung einer solchen, sondern um die Folge eines (zahn-)ärztlichen Behandlungsfehlers handelt? Und wenn der meist junge Patient gesund ist und der Wunsch oder gar die Forderung nach einer kieferorthopädischen Intervention Ausdruck einer Beziehungsstörung zwischen Eltern und Kind (meist Tochter!) ist, einer Beziehungsstörung, die man „Symbiose“ nennt? (An psychiatrische Komorbiditäten haben die Autoren ebenfalls nicht gedacht?).

Es hat den Anschein, dass, selbst wenn die kieferorthopädische Intervention anamnestisch unstrittig ist, das ganze kieferorthopädische Fachgebiet sakrosankt ist. Man sucht nicht da, wo es am wahrscheinlich-

ten (und wo es eigentlich jeder, der sehen will, sehen kann) ist, sondern macht das ganz große Fass auf.

Aber dann müsste eine ganze Berufsgruppe sich mit ihren Geschäftsmodellen vielen unangenehmen Fragen stellen.

Antwort des Autors Prof. Dr. Michael Behr und seinen Co-Autoren

Wir freuen uns, dass unser Beitrag zur idiopathischen Kondylusresorption so viel Zuspruch erfahren hat. Viele Kollegen berichteten uns von ähnlichen Fällen in ihrer Praxis oder in den Kliniken, und dass auch sie z.T. erhebliche Schwierigkeiten in der Behandlung derartiger Fälle haben. Es waren diese Probleme und das Leid unserer Patienten, welche uns bewogen haben, in einem Übersichtsartikel den derzeitigen Kenntnisstand zur idiopathischen Kondylusresorption darzustellen und für ein breiteres Fachpublikum aufzubereiten. Von daher sehen wir die Äußerungen des Lesers Dr. Schneider, Köln, welcher sich, in süffisant anmutendem Grundton, zu dieser noch nicht gut erforschten Erkrankung zu Wort gemeldet hat, als zwiespältig an. Diese Äußerungen werden unseren Patienten und allen, welche sich ernsthaft um Lösungen für diese Patientengruppe kümmern, nicht gerecht.

Leser Schneider gibt zu, dass er bis vor Kurzem das Krankheitsbild gar nicht kannte. Er hat aber sofort eine Lösung parat: Sorgfältige Anamnese erheben! Für diesen Hinweis werden die zahlreichen Forscherteams im In- und Ausland, welche

Und die Paperliste wäre kürzer. Und das darf ja wohl nicht sein.

Produzieren wir da etwa akademische Karrieren und Geldquellen auf Kosten der Gesundheit und der finanziellen Mittel unserer Kunden und der Kostenträger?

sich seit Jahren mit dieser Erkrankung beschäftigen, dankbar sein. Auch hat Leser Schneider die Ursache gefunden: Es ist die Kieferorthopädie, welche nach seiner Überzeugung den Kindern gesunde Zahnhartsubstanz wegnehme, sie mit Metallen vergifte und mit ihren mechanischen Gerätschaften den Kiefergelenken Schaden, ja sogar Gewalt zufüge. Zitate: „... aus kieferorthopädischer ‚Indikation‘ (?) wurden der jungen Patientin schon früh ein Viertel ihrer gesunden bleibenden Dentition entfernt“; „Stellt einer der Koryphäen Fragen nach den Kräften, die durch die kieferorthopädische Intervention ausgeübt wurden, und ihren Folgen?“; den systemischen Auswirkungen von Sensibilisierungen auf die Legierungsbestandteile in allergologischer und toxikologischer Hinsicht?; Und das unter unphysiologisch 24/7 einwirkenden mechanischen Belastungen, die man mit Fug und Recht auch als Gewalteinwirkungen bezeichnen kann?“.

Doch so einfach, wie es Leser Schneider sieht, ist es nicht. Der Kernpunkt unseres Artikels beschäftigt sich mit dem Einfluss mechanischer Lasten auf Gewebestrukturen wie der Synovialmembran, dem Knorpel und dem Knochen im Zusammenspiel mit anderen Faktoren, beispielsweise Hormonen oder Gendefekten. Dabei sind wir in der Zahn-

Korrespondenzadresse

Dr. Ulrich Schneider
Longericher Str.390
50739 Köln
dr.ulrich.schneider@netcologne.de

medizin inzwischen über eine rein mechanische Betrachtungsweise (der 70iger Jahre) hinausgekommen und beginnen auch auf molekularer Ebene Auswirkungen mechanischer Belastungen zu verstehen. Nur so lässt sich demnächst erklären, warum beispielsweise die Erkrankung nur das weibliche Geschlecht in einer definierten Altersgruppe betrifft und andere Patienten nicht, welche aber mit den gleichen Gerätschaften kieferorthopädisch behandelt werden. Uns interessiert auch die Frage, wie wir in Zukunft Patienten im Vorfeld identifizieren können, welche gewissen mechanischen Belastungen wir bei prothetischen wie kieferorthopädischen Konstruktionen nicht tolerieren und wie wir unsere Konstruktionen anpassen müssen. Diesen Fragen nachzugehen und nach möglichen Lösungsansätzen zum Wohle unserer Patienten zu suchen, ist und bleibt unser Anliegen, und dazu stehen wir.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. dent. Michael Behr
Universität Regensburg
Fakultät für Medizin
Franz-Josef-Strauss-Allee 11
93053 Regensburg
michael.behr@klinik.uni-regensburg.de