

Sächsischer Akademietag 2012

„Moderne Komposite als Universalmaterial und Allzweckwaffe?“ lautete die Überschrift der Veranstaltung der Fortbildungsakademie, zu der sich am 3. März 120 Kolleginnen und Kollegen im Hörsaal des Zahnärzteshauses einfanden.



Die Referate boten umfassendes und praxisrelevantes Wissen auf hohem Niveau, egal, ob für ganz Dienstjunge oder bereits „alte Hasen“

Das Eröffnungsreferat hielt Herr Prof. Hickel aus München. Der Vortrag erläuterte zunächst die Eigenschaften und Zusammensetzung moderner hybrider Kompositmaterialien, die Besonderheiten der nanogefüllten Werkstoffe und ging dann im Detail auf die Möglichkeiten und Grenzen der neuen schrumpfreduzierten Bulkfill-Materialien ein, die in der Tat bis zu einer Dicke von 4 mm durchhärten. Eine entscheidende Bedeutung für den Langzeiterfolg haben die Qualität, Leistungsfähigkeit und vor allem die richtige Handhabung der Polymerisationslampen, besonders in den approximalen Räumen.

Das zweite Referat widmete sich der Vielfalt adhäsiver Systeme. Herr Prof. Frankenberger beschrieb nochmals die Mechanismen der Schmelz- und Dentinhaftung, erläuterte die Chemie sowie die Vor- und Nachteile und Indikationen der Ein-, Zwei- und Drei-Flaschensysteme. Das traditionelle Ätzen-Primen-Bonden mit drei unterschiedlichen Agenzien gilt auch 2012 als der Goldstandard. Eine sehr wichtige Botschaft waren die Hinweise zur Techniksensitivität wie Einhaltung der Verarbeitungs- und Belichtungszeiten und Eindringtiefe des Lichtes für die Polymerisation. Herr Prof. Klaiber erläuterte in seinem Vortrag das „kleine 1 x 1“ der ästhetischen

Fronzahnrestauration und zeigte sehr anschaulich die Zusammenhänge einer harmonischen Wechselbeziehung zwischen Gesicht, Zahnstellung und -form sowie der ästhetischen Verteilung von Dunkelräumen. Klinische Beispiele zeigten die verblüffenden Effekte minimalinvasiver Korrekturen und Kompositergänzungen auf einen harmonischen Zahnbogen. Sehr anschaulich erläuterte Prof. Klaiber auch die Matrizentechniken für eine Rekontourierung approximaler Räume.

Das Abschlussreferat war der Kompositrestauration im Seitenzahnbereich gewidmet. Herr Dr. Lenhard, in eigener Niederlassung in der Schweiz tätig, erläuterte noch einmal die besonderen Präparationsregeln für adhäsive Befestigungen, begründet in der sehr unterschiedlichen Ätzbarkeit des Schmelzes in Abhängigkeit von der Prismenausrichtung. Der weitere, sehr praxisnahe Vortrag beschrieb step-by-step Vorbereitung, Präparation, Schichtung und Modellation der Komposites und zeigte Tipps und Tricks für die richtige Matrizentechnik (wie sichere ich den approximalen Kontaktpunkt).

Prof. Dr. K. Böning

Der nächste Sächsische Akademietag zum Arbeitsthema „Notfälle“ findet am 2. März 2013 statt.



Unsere Kompetenz für Ihren
Erfolg: Ausgezeichnete
Steuerberatung für Ärzte!

Erfolgreich seit
80 Jahren



BUST Niederlassung Dresden:

Lägerstraße 6
01099 Dresden

Telefon: 0351 828 17-0

Telefax: 0351 828 17-50

E-Mail: dresden1@BUST.de

www.BUST.de

Anzeige

Das sprech ich jetzt mal an – Kommunikation im Praxisteam, auf Konflikte zeitnah reagieren



Schwelen Konflikte lange, gibt es für Betroffene oft nur noch Schwarz und Weiß – und die spannungsvolle Atmosphäre in der Praxis überträgt sich auch auf die Patienten

Dort, wo Menschen zusammenkommen und zusammen arbeiten, treten durch ihre Unterschiedlichkeit Konflikte auf. Welche Unterschiede sind das?

Jede/-r ist einmalig

Diese Einmaligkeit zeigt sich u. a. in Form von unterschiedlichem Verhalten. Umgebungsbedingungen und Erlebnisse werden stets auf individuelle Art wahrgenommen.

Zu Sachlagen und menschlichen Verhaltens- und Handlungsweisen bildet sich jeder seine eigene Meinung.

Der Grund dafür liegt jeweils in der persönlichen Lernerfahrung (individuelle Lebensgeschichte). In Gesprächen, die von echtem Interesse und von Einfühlungsvermögen geprägt sind, lässt sich erfahren, wem was wichtig ist.

Das Wissen, dass Unterschiede die Norm sind, schafft die Akzeptanz dafür, dass Konflikte zum Leben und zur Weiterentwicklung gehören. Konflikte beinhalten mehr Chancen als Risiken, wenn sie rechtzeitig wahrgenommen und angesprochen werden.

Wann besteht ein Konflikt?

Immer dann, wenn Handlungen, Bedürfnisse, Interessen, Wünsche, Erwartungen und Gefühle von Menschen im Widerspruch zueinander stehen und sich mindestens einer der Beteiligten beeinträchtigt fühlt.

Welche Situation als Konflikt erlebt wird, definiert jeder für sich selbst. Was für den einen konflikthaft ist, kann für den anderen eine Lappalie sein. Konflikte sind prinzipiell subjektives Erleben, und jeder Konflikt beginnt in uns selbst.

Umgang mit Konflikten

Was fällt auf im Umgang mit Konflikten? In meiner Tätigkeit als Verhaltens- und Teamtrainerin beobachte und erfahre ich, dass Konflikte noch viel zu häufig als starke Beeinträchtigung erlebt werden. Der Zahnarzt/die Zahnärztin und die Praxismitarbeiter/-innen sprechen nicht oder zu spät aus, was sie bewegt, was sie stört, weshalb es sie stört und was sie brauchen.

Die Folge davon ist, dass anhaltende Kon-

flikte – vergleichbar mit einem Schwellbrand – nach und nach dem Arbeitsklima schaden. Die Motivation schwindet und die Kommunikation untereinander ist (oft erheblich) gestört.

Wenn Kommunikation nur noch teilweise offen ist, spüren das auch Besucher und Patienten. Eine konfliktgeladene Atmosphäre überträgt sich auf alle, die sich in der Praxis befinden.

Konflikte erkennen

Woran lassen sich Konflikte erkennen? – Unter anderem durch folgende Handlungs- und Verhaltensweisen:

- **Ablehnung und Widerstand**
Arbeitsaufgaben werden schleppend, unzureichend oder nur nach mehrmaliger Aufforderung erledigt und Informationen zurückgehalten.
- **Rückzug und Desinteresse**
Die Arbeitsmotivation schwindet, ebenso das Bedürfnis, sich kollegial zu äußern und offen mit Sachlagen umzugehen.
- **Gereiztheit, Aggressivität, Feindseligkeit**
Ärger und Verstimmung werden zunächst „heruntergeschluckt“ und kommen später bei anderen Gelegenheiten zum Ausbruch. Auch versteckte Aggressionen (Widerspruch, Vergesslichkeit, die „kalte Schulter“ zeigen) sind häufig Folge von unterschwelligem Konflikten.
- **Intrigen, Gerüchte**
Um sich vom psychischen Druck zu entlasten, besteht die Neigung, durch Intrigen und Gerüchte den „Konflikt-auslöser“ zu beschädigen. Gleichzeitig versichert sich der Konfliktbetroffene gern der Unterstützung durch Dritte.
- **Sturheit und Unnachsichtigkeit**
Es schwindet die Bereitschaft, sich in Probleme, Motive und Sichtweisen des anderen zu versetzen. Es findet eine innere Abkapselung statt, und der eigene Standpunkt wird über das Gruppeninteresse gestellt.

– Formalität und Überkonformität

Untergeordnete Personen zeigen aufgrund ihrer Konfliktangst oder ihres großen Harmoniebedürfnisses oft ein Übermaß an Formalität (falsche Freundlichkeit) gegenüber dem „übergeordneten“ und mächtigeren Konfliktgegner.

– Körperliche Symptome/Krankheit

Ungeklärte Konflikte sind mit körperlichen Reaktionen verbunden. Anhalten der Stress verursacht erhöhten Blutdruck und die Schwächung des Immunsystems.

Wenn die Situation aussichtslos ist, können die körperlichen Symptome überhandnehmen und schließlich zur „echten“ Krankheit führen. Auch wiederkehrende Fehlzeiten und hohe Fluktuationsraten können Anzeichen für unterschwellige Konflikte sein.

(Keine) Angst vor Auseinandersetzungen

Um Konflikten angemessen begegnen zu können, ist es wichtig, sich zunächst folgende Fragen zu stellen:

- Welche Gefühle löst der Begriff Konflikt bei mir aus?
- Spreche ich das, was ich als Beeinträchtigung erlebe, zeitnah an?
- Wenn nein, was hindert mich daran? Bin ich der Meinung, dass meine Intervention sinnlos ist und sich dadurch Verhaltensweisen und Sachlagen so wieso nicht ändern?
- Welche Beweise habe ich für diese Einstellung?
- Bin ich sicher, dass das wirklich stimmt?
- Ist mein Harmoniebedürfnis stark ausgeprägt?
- Welche Konsequenzen hat mein Harmoniebedürfnis für mich?
- Gehe ich davon aus, dass der Konflikt unsichtbar wird, sobald ich ihn „unter den Teppich“ kehre?
- Bin ich der Überzeugung, dass Konflikte stets auch eine positive Seite haben?

Zeitnah ansprechen

Wenn Sie etwas beeinträchtigt und Ihre Gedanken und Gefühle anhaltend um dieses Thema kreisen, sprechen Sie Ihr Problem zeitnah an. Ob Sie ein Konflikt erleben in Ihrem Team wahrnehmen oder

ob ein Konflikt zwischen Ihnen und einer Mitarbeiterin steht: Ihre Aufgabe als Führungskraft ist es, Konflikte anzusprechen und offen und konstruktiv Kritik zu üben. Nehmen Sie Ihre Emotionen heraus und schildern Sie sachlich, was Sie stört. Emotional vorgetragene Kritik hat das Potenzial zu eskalieren, besonders dann, wenn der/die Angesprochene sich in diese Emotion hineinbegibt.

Nutzen Sie den passenden Augenblick oder vereinbaren Sie einen konkreten Zeitpunkt für Ihre Intervention. Nennen Sie den/die Angesprochene/-n beim Namen und halten Sie Blickkontakt. Sprechen Sie nie jemanden von der Seite oder von hinten auf ein wichtiges Thema an.

Ich habe einen Konflikt

Sind Sie z. B. mit der Arbeitsweise, der Zuverlässigkeit, dem Tonfall einer Mitarbeiterin unzufrieden, nutzen Sie folgende Ansprache:

„Frau Uhlend (Annett/Schwester Annett) mir ist aufgefallen, dass ...“

Schildern Sie nun, was Sie beobachtet haben und was Sie daran stört. Sagen Sie, was dieses Verhalten in Ihnen auslöst und welche Konsequenzen es hat.

Artikulieren Sie, was Sie von der/dem Angesprochenen brauchen, wünschen und/oder erwarten.

Je früher, desto besser!

Wenn Sie sich beeinträchtigt fühlen, gehen Sie bitte nicht von vornherein davon aus, dass der/die andere es bemerkt und sich eventuell nur „dumm stellt“.

Auch die Körpersprache drückt einen Konflikt aus. Fehlender Blickkontakt, sich aus dem Weg gehen und ähnliche Verhaltensweisen führen keineswegs zur Lösung. Konfliktfähigkeit lässt sich nur durch offene und sachliche Kommunikation erreichen.

Ich beobachte einen Konflikt

Nehmen Sie Konfliktgeschehen in der Praxis wahr, so sprechen Sie es an. Nehmen Sie die Konfliktparteien einzeln zur Seite und schildern Sie, was Ihnen aufgefallen ist:

„In der letzten Zeit fällt mir auf, dass Sie kaum noch mit Schwester Annett sprechen, sie schneiden, ihr nicht alle notwen-

digen Informationen geben. Ist das so?“

Warten Sie auf die Antwort und fragen Sie weiter nach:

„Was ist vorgefallen?“

Wenn sich die Angesprochene nicht dazu äußern will, sprechen Sie deutlich aus, was Sie von ihr erwarten und dass Sie sie erneut darauf ansprechen werden, wenn sich die Situation nicht entspannt.

Sprechen Sie auch die weiteren Beteiligten an. Sagen Sie, was Sie beobachten und fragen Sie nach dem Grund, der dieses Verhalten erzeugt hat. Fragen Sie nach, wie die Beteiligten es sehen und was sie brauchen, um den Konflikt zu lösen. Übernehmen Sie Verantwortung und verhindern Sie, dass Konflikte sich zuspitzen.

Schwelt der Konflikt schon zu lange, besteht die Gefahr der Eskalation. Er bricht sich Bahn auf schädigende Weise für alle Beteiligten und hat mit der Ausgangssituation nichts mehr zu tun.

Sorgen Sie stetig für eine offene Kommunikation und wirken Sie als Vorbild.

Ihre Aufgabe als Führungskraft ist es, Konflikte anzusprechen und offen und konstruktiv Kritik zu üben.

Konfliktfähigkeit lässt sich nur durch offene und sachliche Kommunikation erreichen.

Verhindern Sie Konflikt-Eskalation.

Sorgen Sie stetig für eine offene Kommunikation und wirken Sie als Vorbild.

Konfliktfähigkeit erlernen

Konfliktfähigkeit ist selten ein angeborenes Talent.

Gedankliche Einsichten erfolgen in Sekundenbruchteilen. Die Fähigkeit, sich den Einsichten gemäß zu verhalten, entwickelt sich jedoch in sehr kleinen Schritten.

Voraussetzungen dafür sind:

Selbstklärung

Wie selbstsicher und authentisch trete ich auf? Erkenne ich Konflikte? Spreche ich sie offen und rechtzeitig an? Agiere ich dabei ziel- und lösungsorientiert? Bleibe ich auch in emotional aufgeladenen Situationen gelassen?

Fortbildung

Offenheit

Spreche ich offen und eindeutig aus, was mich stört? Gebe und nehme ich ehrliches Feedback in beide Richtungen (Ich melde beobachtetes Verhalten zurück, ich fordere Feedback anhand konkreter Fragen ein)?

Akzeptanz

Akzeptiere ich die Wahrnehmung von anderen als gleichberechtigt neben der meinen?

Einsicht

Ist mir bewusst, dass es Konflikte gibt, die zwar zu klären, aber nicht zu lösen sind?

Chance für Erneuerung und Persönlichkeitsentwicklung

In jedem Konfliktgeschehen steckt das Potenzial der Veränderung, der Erneuerung und die Möglichkeit, sich weiterzuentwickeln:

Gut gelöste Konflikte bringen Ihnen frischen Wind in die Praxis und beseitigen „Missstände“.

Sie erkennen eingefahrene Verhaltensweisen und starre Strukturen.

Die Kommunikation in der Praxis verbessert sich deutlich.

Sie können neue Ziele anvisieren.

Sie lernen mehr über Ihr eigenes Verhalten und wie Sie es verändern können.

Sie werden Ihre und die Interessen Ihrer Mitarbeiter/-innen besser wahrnehmen.

Wenn Sie die Auseinandersetzung nicht scheuen, lernen Sie Ihre Mitarbeiter/-innen besser kennen.

Ihr Selbstvertrauen wächst.

Die Qualität Ihrer Arbeit steigt.

Versuchen Sie einen Konsens zu erreichen. Unterbreiten Sie Angebote (Wie gehen wir zukünftig damit um?), und einigen Sie sich auf einen Kompromiss. Kooperieren Sie problemlösend. Versuchen Sie, die Konfliktursache nicht nur einseitig zu sehen. Das gilt besonders für die Konflikte, in denen Sachlagen, Verhaltensweisen, Wege zur Erreichung eines gemeinsamen Zieles unterschiedlich wahrgenommen und beurteilt werden.

Epilog

Begegnen Sie Konflikten mutig und offen, trauen Sie sich!

Bleiben Sie sachlich und reagieren Sie zeitnah.

Ich wünsche Ihnen viel Erfolg!

Petra C. Erdmann, Dresden

Lösungen finden

Wie findet sich eine Erfolg versprechende Lösung?

Möglichkeiten und Grenzen des Zahnerhalts bei Milchzähnen – Ein Fall aus dem Fortbildungsforum Freiburg

Noch immer wird fast die Hälfte aller Kinder in Deutschland mit Karies eingeschult. Zusätzlich bleibt eine große Anzahl kariöser Läsionen unversorgt. Daneben nimmt die Polarisierung der Karies zu, es gibt also weiterhin eine kleine Gruppe von Kindern und Jugendlichen, die überdurchschnittlich viel Karies(-erfahrung) haben. Gerade solche Randgruppen werden oft durch die etablierte Gruppen- und Individualprophylaxe nicht erreicht. Der Behandlungsumfang solcher Kinder ist dann meist sehr groß, oft in ambulanter Behandlung nicht zu bewältigen und erfordert maximal präventive Maßnahmen durch den Behandler. Der folgende Fall gibt eine Übersicht über restaurative Maßnahmen wie Füllungen mit plastischen Materialien, Milchzahnendodontie und Versorgungen mit konfektionierten Milchzahnkronen.

Über den im Durchschnitt guten Ergebnissen der Kinder- und Jugendgruppe der vierten Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS IV) gerät die weiterhin hohe Prävalenz der Milchzahnkaries beinahe in Vergessenheit. Bei den jüngeren Kindern ist nach wie vor das Problem der Fläschchenkaries dominant. Hier ist nur bis zu einem Drittel der Läsionen überhaupt versorgt.

Mögen die Gründe für die Nicht-Versorgung vielfältig sein, so bestehen dennoch

medizinische (allgemeinmedizinische und zahnmedizinische), ethische und psychosoziale Aspekte, die eine Behandlung in jedem Fall erforderlich machen. Das bedeutet, Kinder mit frühkindlicher Karies sind oft anfälliger für Infektionskrankheiten, leiden an den Folgen einer Fehl- und Mangelernährung – bedingt durch eine Beeinträchtigung der Kaufunktion –, Schwierigkeiten in der Sprachentwicklung, Störungen im Wachstum aufgrund vertikaler und horizontaler Di-

mensionsverluste und nicht zuletzt leiden sie oft unter ihrem Aussehen, was bei kariöser Zerstörung der Oberkieferfrontzähne besonders hervortritt.

Anamnese

Bei der hier vorgestellten knapp sechsjährigen, allgemeinmedizinisch gesunden Patientin war im Rahmen der halbjährlichen Kontrolluntersuchungen eine tiefe Dentinkaries an den Zähnen 54 und 74 diagnostiziert worden. Während der am-

bulanten Behandlung verweigerte sie die weitere Mitarbeit, sodass die eröffnete Pulpa nur notdürftig mit einem Calciumhydroxidpräparat abgedeckt und der Zahn mit einem Glasionomerzement gefüllt wurde. Wenige Wochen später klagte sie über Schmerzen in dieser Region, und es wurde eine Behandlung unter Dormicum® angestrebt, die erfolglos blieb. Es folgte die Überweisung in eine Zahnklinik. Da der Behandlungsumfang verhältnismäßig groß war, die Mitarbeit der Patientin inzwischen aber sehr gering, wurde eine Behandlung in Allgemeinnarkose (ITN) angestrebt.

Die Eltern der Patientin gaben an, größtenteils auf eine ausgewogene Ernährung und eine durchschnittlich gute Mundhygiene zu achten, wussten aber gleichzeitig um ihre Inkonsistenz hinsichtlich zahlreicher über den Tag verteilter Zuckerimpulse, die die Entstehung der Milchzahnkaries durchaus erklärten.

Befund

Klinisch dominierten die kariösen Läsionen, teils mit eingebrochener Oberfläche (Abb. 1). Die Mundhygiene zum Zeitpunkt der Aufnahmeuntersuchung war sehr gut, der Approximalraum-Plaques-

Index (API) betrug nur 13 Prozent, der modifizierte Sulkus-Blutungs-Index (SBI mod.) 8 Prozent.

Röntgenologisch: Die angefertigten Bissflügelaufnahmen erlaubten aufgrund ihrer Größe (Speicherfolie, 3 x 4 cm) eine approximale, interradiokuläre und apikale Diagnostik, insb. der Milchmolaren (Abb. 2 und 3).

Die Zähne 65, 84 und 85 wiesen eine Schmelzkaries auf, die Zähne 54, 55, 74 und 75 eine in das Dentin fortgeschrittene Karies, Zahn 54 zusätzlich eine interradiokuläre und apikale Radioluzenz sowie pathologische Wurzelresorptionen.

Therapie

Aufgrund des umfangreichen Behandlungsbedarfs sowie der gegenwärtig neu aufgetretenen Beschwerden war eine Behandlung in Intubationsnarkose indiziert, insbesondere auch im Hinblick auf die erfolglose Behandlung unter Dormicum®. Die kariöse Läsion am Zahn 55 wies eine typische Kavitätengröße auf, bei der eine Füllungstherapie mit einem plastischen Material im Milchzahn noch möglich ist (Abbildungen 4 bis 6). Da für den zentralen Anteil der Kavität von einer Restdentinschichtstärke von mehr als 1 mm ausgegangen wurde, wurde hier

auf eine Caries-profunda-Therapie verzichtet.

Der Milchmolar 75 zeigte eine dezente Verfärbung im distalen Bereich der Fissur (Abb. 7). Obwohl hier zunächst klinisch nur der Verdacht einer Fissurenkaries bestand, so zeigte die Bissflügelaufnahme (Abb. 2) auch hier schon eine bis in das Dentin fortgeschrittene Karies, die aber aufgrund der frühen Diagnostik ebenfalls mit einer plastischen Füllung versorgt werden konnte (Abb. 8 und 9). Als Füllungsmaterial wurde hier ein Kompomer (Dyract, Dentsply, DeTrey) in Kombinati-

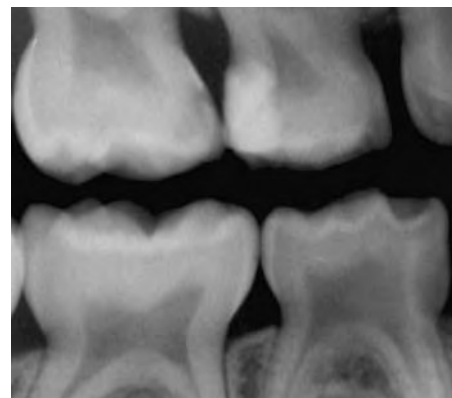


Abb. 2 – Rechte Bissflügelaufnahme (Ausschnitt) Zahn 54 mit interradiokulärer Osteolyse und als Folge Resorptionen der distalen Wurzel

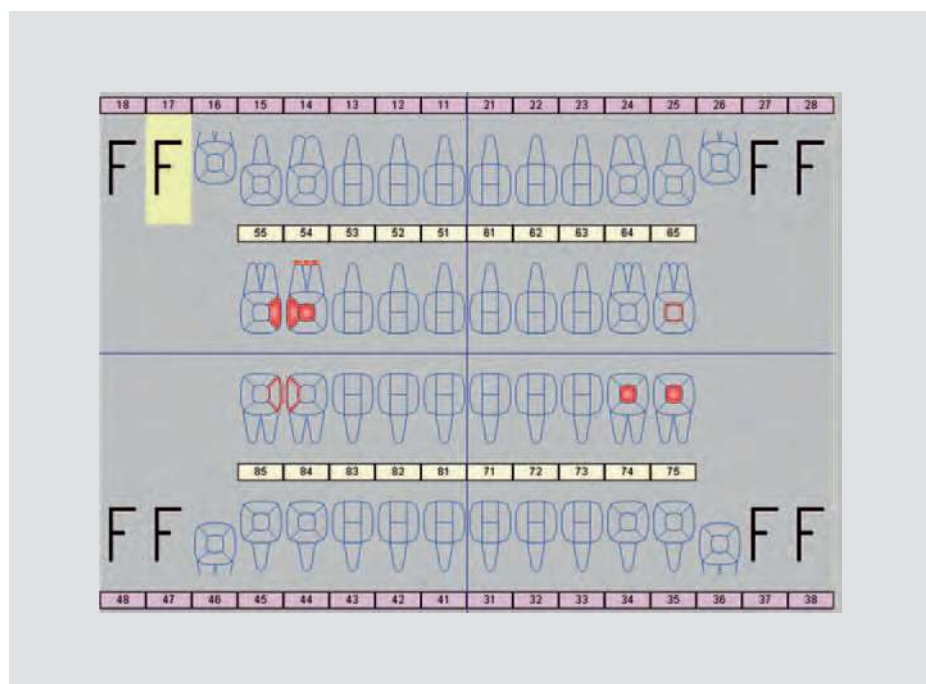


Abb. 1 – Klinischer Befund vor der Sanierung in Intubationsnarkose



Abb. 3 – Linke Bissflügelaufnahme (Ausschnitt). Im Gegensatz zum klinischen Erscheinungsbild ist der Fortschritt der okklusalen kariösen Läsion bis in das Dentin deutlich zu sehen. Ebenso zeigt sich deutlich die Nähe der okklusalen Läsion des Nachbarzahn zur Milchzahnpulpa.

Fortbildung

on mit einem Einfaschenadhäsiv (Prime&Bond NT, Dentsply DeTrey) verwendet. Die Behandlung des Zahnes 74 mit einer Vitalamputation wird im folgenden Abschnitt „Milchzahnendodontie“ beschrieben.



Abb. 4 – Eröffnung der kariösen Läsion am Zahn 55. Zahn 54 wurde bis zum Abschluss der Versorgung am Zahn 55 belassen, um ein suffizient trockenes Arbeitsfeld beizubehalten.



Abb. 5 – Anlegen eines Matrizensystems (Triodent V3®), das Teilmatrizen in besonders kleinen Größen anbietet und daher gut für Milchzähne geeignet ist



Abb. 6 – Fertige Milchzahnfüllung. Der approximale Kasten blieb in oro-vestibulärer Richtung klein, sodass die Füllung mit einem Kompomer vorgenommen wurde.

Pulpabeteiligung

Die okklusale Karies des ersten Milchmolaren im Unterkiefer (Zahn 74) konnte nicht mehr durch eine alleinige Füllungstherapie behandelt werden (s. *Abbildungen 7 bis 9*). Die Ausdehnung der Karies hatte zwangsläufig eine umfangreiche Beteiligung der Pulpa zur Folge, ebenso wie eine großflächige Eröffnung derselben bei der Exkavation. In der Kinderzahnheilkunde sind in solchen Fällen eine Ausräumung der gesamten Kronenpulpa (Vitalamputation/Pulpotomie), die Applikation eines Medikamentes auf die Pulpastümpfe und ein bakteriendichter Verschluss die Therapie der Wahl. Da zusätzlich approximal (distal) kaum Zahnhartsubstanz verblieb, wurde dieser Zahn mit einer konfektionierten Krone (Stahlkrone, 3M Espe) versorgt (*Abb. 9*).

Konfektionierte Kronen

Sobald der approximale Kasten im Milchzahn eine weiter ausladende Form annimmt (*Abb. 10*), sollte von einer plastischen Füllung abgesehen und eine konfektionierte Krone präferiert werden. Im vorliegenden Fall war die Ausdehnung des okklusalen Defektes nach distal (vgl. *Abb. 8*) für die Entscheidung zur Krone ausschlaggebend. Die Patientin war noch verhältnismäßig jung und dieser Zahn benötigte dementsprechend eine dauerhaft gute Versorgung.

Epikrise

Bei der hier vorgestellten Patientin war die initiale Behandlung aufgrund geringer Compliance auch in Sedierung nicht erfolgreich, was einen Eingriff in Intubationsnarkose notwendig machte. Die Therapie erstreckte sich von der Füllungstherapie über die Milchzahnendodontie mit anschließender Kronenversorgung bis hin zu frühzeitiger Exaktion bei interradikulärer und apikaler Osteolyse.

Füllungstherapie

Größere Kavitäten als die bei der vorgestellten Patientin sind zwar kurzfristig auf diesem Weg meist auch zu versorgen, neigen aber zu Füllungs- und/oder Zahnfrakturen oder auch vorzeitigem Verlust – was eine erneute Behandlung des Kindes zur Folge hätte. Als Füllungsmaterial im Milchgebiss eignen sich heute hauptsäch-

lich Kompomere; dennoch erfordern auch sie einen gewissen Grad an Mitarbeit, um sorgfältig verarbeitet werden zu können. Von Füllungsmaterialien, die eine Mindestmaterialsichtstärke erfordern (z. B. Glasionomerzemente oder Amalgam), sollte abgesehen werden, da die dünnen Zahnhartsubstanzschichten der Milchzähne mit gleichzeitig voluminöser Pulpa eine weitreichende Präparation nur aufgrund der Materialanforderungen eigentlich verbieten.

Milchzahnendodontie

Sie erstreckt sich von der indirekten Überkappung bis hin zur Pulpektomie. Eine der am häufigsten angewendeten Maßnahmen ist die Pulpotomie (auch Vitalamputation). In der Regel erfolgt hier die Entfernung der Pulpa mit einem Diamanten bis zum Eingang der Wurzelkanäle. Da es hier natürlich zu einer Blutung kommt, ist die Blutstillung vor Applikation eines geeigneten Medikamentes auf die Pulpastümpfe von besonderer Bedeutung. Eine nicht zu stillende Blutung ist ein Zeichen für noch vorhandenes pulptisch verändertes Gewebe und bedingt den nächsten Schritt, die Entfernung der Wurzelpulpa mit einem Diamanten im-



Abb. 7 – Ausgedehnte eingebrochene kariöse Läsion am Zahn 74. Zahn 75 dagegen zeigt eine nur wenig auffällige Verfärbung im distalen Anteil der Hauptfissur.

oberen Bereich der Wurzeln (= zervikal/hohe Pulpotomie). Der Übergang zur Vitalalexstirpation (Pulpektomie) ist ab hier fließend. Zur Blutstillung eignet sich in der Kinderzahnheilkunde insbesondere die Applikation von Eisen-III-Sulfat, da dieses sehr schnell (ca. 15 bis 30 Sekunden) einen mechanischen Gefäßverschluss bewirkt. In Frage kommt auch die Blutstillung mittels eines in Kochsalz getränkten Wattepellets, was aber bis zu vier Minuten in Anspruch nimmt (s. a. Abb. 8). Als Medikament zur Abdeckung der Pulpastümpfe werden gegenwärtig eine wässrige Calciumhydroxidsuspension oder Mineral Trioxid Aggregate (MTA) empfohlen (gemeinsame Wissenschaftliche Mitteilung der DGK und DGZ). Die Möglichkeiten des Zahnerhaltes mit dieser Methode sind allerdings begrenzt. So sollte ab einer (physiologischen) Wurzelresorption von etwa einem Drittel der Wurzellänge (also zwischen dem 7. und 9. Lebensjahr des Patienten) keine endodontische Maßnahme mehr erfolgen. Ebenso sollte ein Röntgenbild vorliegen, das über eine mögliche interradiäre (ggf. apikale) Radioluzenz Aufschluss gibt. Eine Pulpaamputation ist dann in der Regel nicht mehr indiziert, ebenso nicht bei Schmerzen, Aufbissemphindlichkeit, Zahnlockerung oder auch Fistelbildung



Abb. 8 – Tatsächliche Größe der Läsion nach Entfernung des kariös veränderten Dentins. Die Läsion wurde mit einem Kompomer gefüllt. Gleichzeitig wurde währenddessen die Blutstillung am pulpotomierten Nachbarzahn mittels Wattepellet vorgenommen.

bzw. (rezidivierender) Schwellung. Im vorliegenden Fall kamen die Vitalamputation mit vollständiger Ausräumung der Kronenpulpa und eine anschließende Versorgung mit einer Stahlkrone zum Einsatz (Abb. 9).

Kronen für Milchmolaren

Milchzahnkronen bieten maximalen Schutz vor Sekundärkaries, Füllungs- und Zahnfrakturen. Sie sind in der Regel auch unter suboptimalen Bedingungen (mäßig kooperatives Kind) deutlich besser als eine Füllung zu applizieren; zudem weniger techniksensitiv. Gerade bei Kindern, die trotz Behandlung ein unverändert hohes Kariesrisiko aufweisen, sind Stahlkronen manchmal die einzige langfristige Restauration, die in situ verbleibt, im Extremfall auch als Versorgung für die Sechsjahrmolaren. Die anatomische Form der Milchmolaren ist für eine Versorgung mit konfektionierten Kronen sehr gut geeignet. Der basale Schmelzwulst mit der darunterliegenden deutlichen Einziehung ermöglicht die Passung von Kronen mit elastischem Federrand. Zur Präparation für die Aufnahme konfektionierter Kronen ist einzig eine okklusale Reduktion von 1 bis 1,5 mm notwendig, eine approximale Separation (die zahnärztliche Sonde sollte sich gut durch den Approximalkontakt führen lassen) und das Abrunden sämtlicher Kanten (s. Abb. 10). Die Kronen selbst sind in Sets mit verschiedenen Größen für jeden der Milchmolaren erhältlich, das Aussuchen der entsprechenden Größe erfordert gewöhnlich nur etwas Übung. Nach Überprüfung der Okklusion wird die Krone mit einem beliebigen Zement definitiv eingesetzt. Da die Grenzen der Füllungstherapie im Milchgebiss im Vergleich zu den bleibenden Zähnen immer noch recht eng gesteckt sind, ergeben sich zahlreiche Indikationen für Milchzahnkronen; allen voran sind die Überkronung nach Milchzahndendodontie, die Überkronung bei hoher Kariesaktivität und/oder mäßiger Compliance und die Versorgung breitflächiger Approximalkontakte zu nennen. Kontraindikationen bestehen nur, wenn der Zahn kurz vor der physiologischen Exfoliation steht oder eine nachgewiesene Allergie gegen Kronenbe-

standteile besteht (Stichwort Nickelallergie, bis dato aber noch nicht für Kinderkronen nachgewiesen).



Abb. 9 – Stahlkronenversorgung am Zahn 74 nach Vitalamputation, Applikation eines Medikamentes, Aufbaufüllung und Präparation

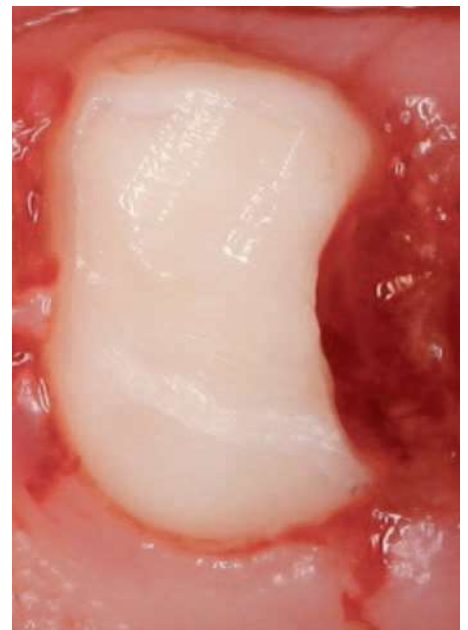


Abb. 10 – Abrundung der Kanten. In orovestibulärer Richtung weit ausgedehnter approximaler Kasten; der Zahn wurde deshalb zur Aufnahme einer Stahlkrone präpariert

Fortbildung/Personalien

Bei korrekter Indikationsstellung ist ein Zahnerhalt im Milchgebiss in vielen Fällen möglich. Die Anwendung geeigneter Therapiemaßnahmen steht in der Kinderzahnheilkunde im Vordergrund, was bedeutet, dass eine unreflektierte Übertragung der Maßnahmen vom bleibenden auf den Milchzahn nicht stattfinden sollte. Angezeigt sind spezielle Maßnahmen

wie die Vitalamputation als sehr häufige endodontische Maßnahme im Milchgebiss oder auch der Zahnerhalt mittels Milchzahnkronen.

Für die Kinder bedeutet eine adäquate Versorgung einen Gewinn in vielen Bereichen, von der Allgemein- über die Mundgesundheit hin zu Kau- und Sprechkomfort sowie ein Nachlassen sozialer

Ausgrenzung durch kariös zerstörte Zähne.

Dr. Stefanie Feierabend

Quelle: ZBW, 8-9/2011

Wir danken dem Zahnärzteblatt Baden-Württemberg für die freundliche Nachdruckgenehmigung.

Geburtstage im April 2012

60	06.04.1952	Dipl.-Med. Ingrid Mrosek 04319 Leipzig		10.04.1942	MR Dr. med. dent. Wolfgang Richert 02826 Görlitz
	07.04.1952	Dr. med. Ulla Eberhardt 09126 Chemnitz		10.04.1942	Dr. med. dent. Ingrid Voigt 01157 Dresden
	09.04.1952	Dipl.-Med. Claudia-Ulrike Nadler 01097 Dresden		28.04.1942	Dr. med. dent. Tatjana Nitzsche 01640 Coswig
	10.04.1952	Dr. med. Ute Zschau 08523 Plauen	75	02.04.1937	Marga Pohl 02681 Wilthen
	21.04.1952	Dipl.-Stom. Jutta Wolf 01844 Neustadt		09.04.1937	Hans-Christoph Gaitzsch 01108 Dresden
	22.04.1952	Dr. med. dent. Gabriele Weiß 08056 Zwickau		21.04.1937	SR Dr. med. dent. Rudolf Hänel 08321 Zschorlau
	27.04.1952	Dr. med. Ursula Heidrich 01277 Dresden		25.04.1937	SR Dr. med. dent. Christine Holdt 04821 Brandis
65	06.04.1947	Dipl.-Med. Brigitte Bisanz 01468 Boxdorf		26.04.1937	Dr. med. dent. Manfred Siebert 04827 Machern
	14.04.1947	Günter Liewald 02827 Görlitz		27.04.1937	Dr. med. dent. Ulrich Müller 09405 Gornau/Erzgeb.
	16.04.1947	Dr. med. Wolfgang Nitzsche 09217 Burgstädt	81	10.04.1931	SR Dr. med. dent. Günter Dorsch 09126 Chemnitz
	20.04.1947	Dipl.-Med. Stefan Pollmer 08280 Aue	82	04.04.1930	MR Karl-Heinz Pohle 04103 Leipzig
	28.04.1947	Dr. med. Christine Hofmann 04463 Großpösna		15.04.1930	Dr. med. dent. Heinz Tschursch 02739 Eibau
70	01.04.1942	MR Dr. med. dent. Wolfram Engelmann 09569 Oederan		19.04.1930	Rolf Bellmann 01309 Dresden
	03.04.1942	Dr. med. dent. Ursula Fritzsche 04229 Leipzig	86	01.04.1926	Dr. med. dent. Hannelore Windau 04275 Leipzig
	06.04.1942	Dr. med. dent. Angelika Riedel 01796 Pirna	87	13.04.1925	Dr. med. dent. Lisette Gäbler 02943 Weißwasser
	07.04.1942	Margot Behmel 01217 Dresden	Wir gratulieren!		
	08.04.1942	Dr. med. Hilmar Danielczyk 04720 Döbeln	Jubilare, die keine Veröffentlichung im Zahnärzteblatt Sachsen wünschen, informieren bitte die Redaktion.		