

„Zahndurchbruch – Zahntrauma – Zahnwechsel“

56. Bayerischer Zahnärztetag in München

Ein Kongressbericht von Dr. Hans Aggstaller, München

Ganz im Zeichen der Kinderbehandlung stand der 56. Bayerische Zahnärztetag mit seinem Motto „Zahndurchbruch – Zahntrauma – Zahnwechsel: Behandlungsnotwendigkeit und Behandlungsmöglichkeiten“. Das vielseitige und überaus hochkarätige Tagungsprogramm entstand in diesem Jahr durch die Zusammenarbeit von Bayerischer Landeszahnärztekammer und Kassenzahnärztlicher Vereinigung Bayerns mit der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie (DGKFO).

Den Startschuss zum gut besuchten wissenschaftlichen Hauptprogramm gab die Direktorin der Poliklinik für Kieferorthopädie der LMU München, Prof. Dr. Andrea Wichelhaus, mit ihrem Vortrag „Präprothetische kieferorthopädische Behandlungskonzepte“. Zunächst betonte sie die Bedeutung des interdisziplinären Behandlungsansatzes, bestehend aus Parodontologie, Kieferorthopädie und Prothetik. Anhand eindrucksvoller klinischer Behandlungsfälle und biomechanischer Grafiken erläuterte die Referentin das Potenzial moderner Nickel-Titan-Legierungen nicht nur bei der Kinderbehandlung. Damit sind beispielsweise die Bewegung von Molaren bis zu zehn Millimetern und die Intrusion der Unterkieferfront bis zu neun Millimetern möglich.

Füllungstherapie in der Kinderzahnheilkunde

Im Anschluss demonstrierte Prof. Dr. Dr. Norbert Krämer, Gießen, anhand eines dramatischen Patientenfalls die Relevanz der Füllungstherapie in der Kinderzahnheilkunde. Sehr gut strukturiert stellte er Konzepte und Alternativen vor. Prinzipiell empfahl er zur Diagnostik bereits bei Kindern Bissflügelröntgenaufnahmen. Zum Ausschluss von Nichtanlagen riet er zu Orthopantomogrammen. Hinsichtlich der Kariesexkavation stellt sich die Frage: „How clean must a cavity be?“ Aktuelle Konzepte empfehlen dazu die saubere und vollständige Kariesexkavation im Füllungsrandbereich und ein eher zurückhaltendes Vorgehen im Zentrum tiefer Kavitäten, um eine artifizielle Eröff-



Prof. Dr. Dr. Norbert Krämer referierte zum Thema „Füllungstherapie in der Kinderzahnheilkunde“.

nung der Pulpa zu vermeiden. Als besonders radikale Technik wird die Hall-Technik beschrieben, bei der kariöse, aber symptomlose Milchzähne überhaupt nicht exkaviert und ausschließlich mit Milchzahnstahlkronen versorgt werden. Professor Krämer appellierte abschließend an das Auditorium, keine unversorgten Milchzähne im Mund zu belassen.

Die Abrechnung kieferorthopädischer Behandlungen ist in der gesetzlichen Krankenversicherung insbesondere durch die Einführung der „Kieferorthopädischen Indikationsgruppen“ (KIG) und der KFO-Richtlinien deutlich differenzierter geworden. Einen umfassenden Überblick dazu gab Dr. Anton Schweiger, München, aus Sicht der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns.

Zahnmedizinische Versorgung von Asylbewerbern

Zu einem „heißen“ Thema referierte Dr. Cornelius Haffner, München: „Ein Gebot der Menschlichkeit – die zahnmedizinische Versorgung von Asylbewerbern“. Nach einem Blick auf die aktuelle Situation in Bayern und die rechtlichen Rahmenbedingungen gab er den Zuhörern konkrete Tipps für die Behandlung. Als Kostenträger fungiert die öffentliche Hand in Form von Städten und Landkreisen. Diese müssen dem jeweiligen Patienten einen drei Monate gültigen Zahnbehandlungsausweis ausstellen. Damit ist nur der erstbehandelnde Zahnarzt zur Abrechnung von Leistungen aus den Be-

reichen konservierende Zahnheilkunde, Chirurgie, Traumatologie und in wenigen Ausnahmefällen Kieferorthopädie und Prothetik zu den aktuellen Grundsätzen der AOK Bayern berechtigt. Unter der Prämisse der „Linderung von Krankheiten und Krankheitsfolgen“ und auch, um Folgekosten zu vermeiden, zählen dazu beispielsweise ebenso die Unterfütterung von Zahnersatz und Bruchreparaturen. Ferner verwies Dr. Haffner auf die Internetseite www.kzvb.de/asyl, auf der zum Beispiel eine Positivliste über die abrechenbaren Leistungen hinterlegt ist und Anamnesebögen in 14 Sprachen heruntergeladen werden können.

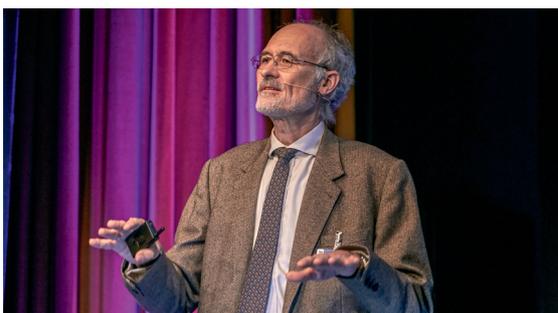
Implantate bei Kindern und Jugendlichen

Prof. DDr. Georg Watzek, Wien, trommelte das Auditorium nach der Mittagspause wieder im Vortragssaal zusammen und sprach aus jahrzehntelanger Erfahrung über die Problematik der Implantation bei Kindern und Jugendlichen. Er betonte, dass das vor allem bei Kindern und Jugendlichen stattfindende Kieferwachstum auch zeit lebens nicht sistiert und „erst post mortem endet“. Anhand zahlreicher hochkomplexer Behandlungsfälle zeigte der Referent die implantologischen Möglichkeiten und das „Schicksal“ der Implantate Jahre später auf. Die im Bereich der Implantate stattfindende Wachstumshemmung des Knochens kann zu einem späteren Zeitpunkt durch neue prothetische Versorgungen oder auch mittels Blockosteotomie korrigiert werden.

Auch in diesem Jahr wurde im Rahmen des Bayerischen Zahnärztetages der „Prof. Dieter Schlegel Wissenschaftspreis“ an drei Doktoranden bayerischer Universitäten für deren herausragende Forschungsarbeit vergeben (siehe Beitrag auf S. 70).

Zahntransplantation als Alternative?

Anschließend referierte Dr. Klaus Hertrich, Erlangen, zum Thema „Zahntransplantation – eine Al-



Dr. Klaus Hertrich fokussierte die Fragestellung, ob Zahntransplantationen eine Alternative darstellen.



Dr. Verena Bürkle sprach über die frühprothetische Versorgung bei Kindern.

ternative?“. Prinzipiell sollten für eine Transplantation das Wurzelwachstum des zu transplantierenden Zahnes mindestens bis zur Hälfte abgeschlossen sein, der Zahnbogen genügend Platz aufweisen und der Alveolarfortsatz ausreichend dimensioniert sein. Vor allem Prämolaren sind mit Erfolgsraten von circa 90 Prozent gut zur Transplantation in den Oberkieferfrontzahnbereich und den Prämolarenbereich geeignet. Nach der Transplantation sollten die Zähne für sechs bis zehn Wochen nicht okklusal belastet und anschließend kieferorthopädisch eingestellt werden. Engmaschige Kontrollen sollten nach drei bis sechs Monaten eine Pulpaobliteration oder ein weiteres Wurzelwachstum der transplantierten Zähne als sichere Zeichen für den Transplantationserfolg zeigen. Ist das nicht der Fall, so muss eine endodontische Versorgung erfolgen.

Frühprothetische Versorgung bei Kindern

Die Möglichkeiten frühprothetischer Versorgungen bei Kindern stellte Dr. Verena Bürkle, Salzburg, vor. Anhand vieler schöner und lehrreicher Patientenfälle aus ihrem reichhaltigen Erfahrungsschatz präsentierte die Referentin die Therapieoptionen mittels präfabrizierter Stahlkronen und neuerdings auch konfektionierter Zirkonoxidkronen, Teil- und Totalprothesen und Lückenhaltern. Gerade zu Letzteren gäbe es keine Evidenz. In vielen Fällen riet Dr. Bürkle daher zum „Mut zur Lücke“, da oftmals kein Platzverlust stattfände, die Kaufunktion nicht so stark eingeschränkt sei und gerade Lückenhalter auch sekundäre Schäden durch PlaqueRetention hervorriefen. Das therapeutische Prozedere hinsichtlich der Teil- und Totalprothetik bei Kindern ist analog zu dem der Erwachsenenprothetik. Da das transversale Wachstum im Milchgebiss nicht so stark ausgeprägt ist, sind transversale Dehnschrauben erst ab dem Wechselgebiss zur transversalen Adaptation nötig.

Den krönenden Abschluss des ersten Kongresstages zelebrierte Prof. (Univ. Zagreb) Dr. Alexander Gutowski, Schwäbisch Gmünd, mit dem Thema „Schienentherapie – ein Erfolgskonzept bei der Behandlung von Funktionsstörungen im stomatognathen System“. Durch seine unnachahmlich witzige Art und seine Interaktionen mit dem Publikum verstand es Professor Gutowski, die Müdigkeit der Teilnehmer nach einem langen Tag zu vertreiben und kam prompt auf den Punkt: „Wer auf zahnmedizinischer Diät ist, darf jetzt den Raum verlassen!“ Das Ziel der Schienentherapie ist die Schaffung einer idealen therapeutischen Okklusion, das bedeutet stabile (A-B-C-)Kontakte im Seitenzahnbereich bei Front-Eckzahn-Führung in physiologischer retraler Kontaktposition (RKP). Des Weiteren demonstrierte der Referent sein aufwendiges und sehr sorgfältiges Vorgehen bei der Abformung, der Kieferrelationsbestimmung und der Gesichtsbogenübertragung. Das Auditorium konnte er durch seine didaktische Leistung, seinen hohen Qualitätsanspruch, seine kompromisslose Perfektion und die Motivation der Zuhörer, in ihrem Bestreben nach Qualität und Präzision nicht nachzulassen, begeistern.

Dentoalveoläre Traumatologie

Dr. Barbara Holzschuh, Bergen, eröffnete den zweiten Kongresstag mit ihrem Vortrag zum Thema „Dentoalveoläre Traumatologie: Abgeschlossenes versus nicht abgeschlossenes Wurzelwachstum“. Mittels sehr interessanter und lehrreicher Patientenfälle gab die Referentin einen Überblick über alle Verletzungsmuster von der Konkussion bis zur tiefen Wurzelfraktur und besprach das jeweilige Therapiekonzept. Sie verwies dabei auf die Website www.dentaltraumaguide.org. Dort lassen sich für jede Art des dentalen Traumas die aktuellen diagnostischen, therapeutischen und prognostischen Informationen abrufen.



Dr. Barbara Holzschuh befasste sich in ihrem Vortrag mit der dentoalveolären Traumatologie.



Dr. Christoph Kaaden erörterte Probleme und Fehler in der Endodontie.

Über die „Problemerkennung und Fehlervermeidung in der Endodontie“ referierte Dr. Christoph Kaaden, München. In seinem fundierten und äußerst kurzweiligen Vortrag formulierte er zunächst das Ziel der Endodontie: die Beherrschung des bakteriellen Problems. Anhand vieler Fallbeispiele gab der Referent einen kurzen Überblick über den aktuellen Stand der Technik, um dann mit einem Feuerwerk-ähnlichen Video unter dem Motto „Man muss nicht jeden Fehler selbst machen“ in die Thematik zu starten. Jeweils klinisch untermauert gab er zahlreiche praktische Hinweise. Beispielsweise zeigte er einen Patientenfall mit einer extraoralen dentogenen Fistelung, die nach endodontischer Therapie ausheilte. Wie auch schon Dr. Holzschuh in ihrem Vortrag erwähnt hatte, muss bei der Avulsion von Zähnen mit abgeschlossenem Wurzelwachstum zwingend eine Wurzelbehandlung erfolgen, um Resorptionen zu vermeiden. Bei Wurzelfrakturen sollte lediglich das koronale Fragment endodontisch versorgt werden. Interessante Tipps hatte Dr. Kaaden auch bezüglich des für jeden Patienten wichtigsten Themas, der schmerzfreien Behandlung, auf Lager: Er empfahl, immer auch eine linguale beziehungsweise palatinale Anästhesie vorzunehmen. Bei akuten Pulpitiden können zunächst eine Pulpotomie und Exkavation durchgeführt werden, um dann in der Folgesitzung schmerzfrei behandeln zu können. Sein Ziel, das „endodontische Feuer“ im Auditorium zu entfachen, hat Dr. Kaaden mit seinem Vortrag auf jeden Fall erreicht.

Praxis der Funktionsdiagnostik und -therapie

Im Anschluss sprach Prof. Dr. Dr. Johann Müller, München, über die tägliche Praxis der Funktionsdiagnostik und Funktionstherapie. Zunächst hob er die vier Kardinalsymptome einer CMD – Dolor, Geräusche, Veränderung der Unterkiefermobilität und unverhältnismäßig hoher Zahnhartsubstanzverlust – hervor. Darauf aufbauend sollte die umfangreiche klinische Funktionsanalyse erfolgen.

Unterstützend kann ein MRT zur Bestimmung der Gelenkposition und zur Information über die Gewebe angefertigt werden. Anhand anatomischer Präparate erklärte der Referent sehr anschaulich die pathologischen Veränderungen am Kiefergelenk. Er zeigte dabei auch, dass das Kiefergelenk „unglaublich reagibel“, sprich adaptionsfähig ist. So kann es beispielsweise, wie die anatomischen Präparate verdeutlichten, unter der veränderten Belastungssituation zu einer Diskusneuregeneration kommen. Hinsichtlich der Therapie empfahl er bei Myopathien und zur Protektion eine Aufbisschiene in zentrischer Kondylenposition, da dadurch eine Reduktion der nächtlichen okklusalen Aktivität um 50 Prozent erzielt werde. Bei Arthropathien ist keine zentrische Kondylenposition möglich und eine Distractionsschiene indiziert. Die rege Diskussion im Anschluss unterstrich das große Interesse der Teilnehmer an der Thematik.

Müssen Weisheitszähne immer entfernt werden?

„Müssen Weisheitszähne immer entfernt werden?“ Diese Frage beantwortete Prof. Dr. Dr. Martin Gosau, Nürnberg. Hinsichtlich der Epidemiologie erwähnte er, dass 80 Prozent der Weisheitszähne retiniert seien und in Deutschland pro Jahr eine Million Weisheitszähne entfernt würden. Hinsichtlich der klinischen Therapieentscheidung sollte die Indikation zur Weisheitszahnentfernung heute zurückhaltender gestellt werden. Die früher häufig durchgeführte prophylaktische Entfernung symptomfreier Weisheitszähne wird nicht mehr empfohlen. Bei Vorliegen eines pathologischen Befundes muss jedoch in jedem Fall die Entfernung erfolgen. Der Referent gab zu bedenken, dass Weisheitszähne in vielen Fällen im Laufe des Lebens Komplikationen verursachen können und die Entfernung dann meist erschwert und mit einer erhöhten Komplikationsrate verbunden ist. Daher sei die Entfernung vor dem 30. Lebensjahr empfehlenswert. Auch



Prof. Dr. Dr. Martin Gosau beantwortete die Frage, ob Weisheitszähne immer entfernt werden müssen.

die Datenlage in Studien zeige tendenziell einen Vorteil für die prophylaktische Entfernung. Ferner verwies Professor Gosau auf die S3-Leitlinie aus dem Jahr 2012 zu dieser Problematik.

Hilfsprojekte bayerischer Zahnärzte

Nach der Mittagspause informierten Zahnarzt Peter Reithmayer und der Leiter der Pressestelle der KZVB, Leo Hofmeier, München, über internationale Hilfsprojekte bayerischer Zahnärzte. Nach dem Motto „Tue Gutes und sprich darüber“ und auch im Sinne einer positiven Öffentlichkeitsarbeit für die bayerische Zahnärzteschaft stellten sie Projekte in Nepal und Sri Lanka vor. Die zum großen Teil unter schwierigsten und entbehrungsreichen Bedingungen geleistete ehrenamtliche Arbeit der Kolleginnen und Kollegen verdient höchsten Respekt und auch finanzielle Unterstützung.

Prof. Dr. Dr. Carl-Peter Cornelius, München, berichtete auch in diesem Jahr über seine beeindruckende humanitäre Leistung bei der Versorgung von Patienten mit Tumoren, Lippen-Kiefer-Gaumenspalten und Noma in Äthiopien und Nigeria. Auch diesem Engagement gebühren höchste Anerkennung und Unterstützung.

Implantate als Verankerungselemente in der KFO

Der Vortrag „Implantate als Verankerungselemente in der Kieferorthopädie“ von Dr. Björn Ludwig, Traben-Trarbach, brachte die Zuhörer wieder in den zahnärztlichen Alltag zurück. So können Gaumenimplantate dorsal der letzten Gaumenfalte in die knöcherne Sutur oder daneben platziert werden. Anhand eindrucksvoller Behandlungsfälle aus seiner eigenen Praxis veranschaulichte er die Einsatzmöglichkeiten beispielsweise bei der Mesialisierung von Zähnen und der Intrusion der Oberkieferfront. Sogar zur provisorischen Versorgung können diese Implantate herangezogen werden. Im Unterkiefer stehen Minischrauben zur Verfügung. Aufgrund des Verlustrisikos von 30 Prozent sollte aber eher auf mittels zwei Schrauben verankerte Miniplatten zurückgegriffen werden.

Zum Abschluss dieses rundum gelungenen Zahnärztetages zeigte Dr. Jutta Margraf-Stiksrud, Marburg, wie unter Berücksichtigung der Persönlichkeitsunterschiede von Kindern der Behandlungserfolg gesteigert werden kann. Da bei allen Menschen Gemeinsamkeiten in den Wesenszügen bestehen, können unter Kenntnis der altersabhängigen Persönlichkeitseigenschaften Reaktionen vorhergesagt und entsprechend darauf eingegangen werden.