

# PROGRAMM



## SYMPOSIUM für KINDERZAHNHEILKUNDE

**Freitag, 21. September 2012**

**13:00 – 17:30 Uhr Vorträge**

<b>Zeit</b>	<b>Referent</b>	<b>Titel</b>	<b>Vorsitz</b>
13:00 – 13:45	Dr. Hubertus van Waes / Zürich	Revaskularisation im jugendlichen bleibenden Gebiss	Prof. Dr. Norbert Krämer / Gießen
13:45 – 14:30	Prof. Dr. Gottfried Schmalz / Regensburg	Auf dem Weg zur neuen Pulpa: können wir Pulpazellen züchten?	
15:00 – 15:45	Prof. Dr. Norbert Krämer / Gießen	Milchzahnrestaurationen	Prof. Dr. Gottfried Schmalz / Regensburg
15:45 – 16:30	Prof. Dr. Roland Frankenberger / Erlangen	Restaurationen im jugendlichen bleibenden Gebiss	
17:00 – 17:30		<b>JAHRESHAUPTVERSAMMLUNG</b>	

**Samstag, 22. September 2012**

**9:00 – 12:40 Uhr Vorträge**

<b>Zeit</b>	<b>Referent</b>	<b>Titel</b>	<b>Vorsitz</b>
9:00 – 9:45	Mag. Dipl.Päd. Birgit Heinrich / Salzburg	Formen von Angst im Wandel der kindlichen Entwicklung	Dr. Robert Schoderböck / Kremsmünster
9:45 – 10:30	Dr. Johanna Kant / Oldenburg	Kinderbehandlung, eine Herausforderung?	
11:00 – 11:45	Dr. Frank G. Mathers / Köln	Lachgas in der Kinderbehandlung	Dr. Hubertus van Waes / Zürich
11:45 – 12:30	Prof. Dr. Svante Twetman / Copenhagen	Advanced caries prevention in children through biofilm control	
12:30 – 12:40	DDr. Barbara Cvikl / Wien	Kurvortrag: Beeinflussen das elterliche und das kindliche Ausbildungsniveau die Zahngesundheit von Kindern mit Migrationshintergrund?	

**Samstag, 22. September 2012**

**13:30 – 17:30 Seminare parallel**

<b>Zeit</b>	<b>Referent</b>	<b>Titel</b>
13:30 – 17:30	Prof. Dr. Ivo Krejci / Genf	Modernes restauratives Konzept in der Kinderzahnmedizin
13:30 – 17:30	Dr. Robert Schoderböck / Kremsmünster	Hypnose bei Kindern
13:30 – 17:30	Dr. Johanna Kant / Oldenburg	Die kindgerechte Praxis
13:30 – 17:30	Dr. Richard Steffen / Zürich	state of the art Milchzahnendodontie

## VORTRÄGE Freitag, 21 September 2012

### Revascularisation im jugendlichen bleibenden Gebiss

Hubertus van Waas – Zürich

Die Behandlung devitaler Zähne mit offenem Apex hat in den letzten Jahren einen radikalen Wandel erfahren. Wurde bis anhin versucht, mittels langfristigen Kalziumhydroxideinlagen apikal eine Hartgewebebrücke zu generieren oder mittels Zementen einen Verschluss zu machen, wird heute versucht, den Zahn zu revitalisieren und so eine Obliteration des Kanals zu erreichen.

### Auf dem Weg zur neuen Pulpa: können wir Pulpazellen züchten?

Gottfried Schmalz – Regensburg

Trotz klinisch hoher Erfolgsraten der klassischen Wurzelkanalbehandlung ist die Pulparegeneration ein faszinierendes Therapieziel, da durch diese „Restitutio ad integrum“ das Dentin durchfeuchtet bleibt, Tertiärdentin ggfs. gebildet wird, Schmerzen Schäden anzeigen und Bakterien immunologisch abgewehrt werden. Die Idee einer Pulparegeneration wurde bereits in den 1960er Jahren von Nygaard-Östby beschrieben, allerdings kann erst mit dem Nachweis neuer Odontoblasten von einer echten Pulparegeneration gesprochen werden. In einzelnen klinischen Fällen wurde nach Pulpanekrose röntgenologisch neue Zahnhartsubstanz gezeigt und dies als Hinweis auf entsprechend differenzierte Zellen gewertet. Mittlerweile wurden Biomaterialien entwickelt, mit denen im Tierversuch mit Wachstumsfaktoren und pulpalen Stammzellen Pulpakonstrukte gezüchtet und die Differenzierung von Odontoblasten wie auch die Bildung neuen Dentins gezeigt werden konnten. Das Vorkommen von Wachstumsfaktoren und geeigneten Stammzellen im Gewebe kann man sich zu Nutze machen, um eine praxisgeeignete Methode der Pulparegeneration zu entwickeln.

### Restaurationen im jugendlichen bleibenden Gebiss

Roland Frankenberger - Marburg

Minimalinvasivität ist das oberste Primat in der restaurativen Zahnerhaltung. Minimalinvasivität bedeutet jedoch nicht nur „kleine Löcher bohren“, sondern beinhaltet darüber hinaus eine schonende Kariesexkavation, eine nachhaltige adhäsive Füllungstherapie und deren Reparabilität, um nicht im Rahmen der Re-Dentistry wieder Zahnhartsubstanz einzubüßen. Dieses Referat beschäftigt sich mit den Grundlagen effektiver Adhäsivtechnik im Front- und Seitenzahnbereich. Neben Tipps zur effektiven Vermeidung postoperativer Hypersensibilitäten werden auch praktische Hinweise

Zur Füllungstherapie im Front- und Seitenzahnbereich vermittelt.

### Milchzahnrestauration

Norbert Krämer – Gießen

Die Kinderzahnheilkunde in der Bundesrepublik wurde in den letzten Jahren aufgrund des deutlichen Kariesrückganges verwöhnt. Dies bezieht sich nicht auf das Problem Karies in der ersten Dentition. Aktuelle Studien weisen darauf hin, dass die Therapie der Milchzahnkaries nach wie vor eine untergeordnete Rolle spielt. Dies ist umso erstaunlicher, da für die Füllungstherapie in den letzten Jahren erfolgreiche Konzepte vorgestellt wurden.

Aufgrund der morphologischen Besonderheiten der ersten Dentition können erfolgreiche Konzepte aus der zweiten Dentition nicht einfach übertragen werden. Häufig hängt die Art der Versorgung von der unterschiedlichen Kooperation der Kinder ab. Die erfolgreiche Restauration der Milchzähne ist durch aktuelle Techniken und Materialien defektorientiert und minimalinvasiv möglich. Dies wird unterstützt durch eine schonende Kariesexkavation und Präparation.

Auf Grund der positiven klinischen Ergebnisse gelten Kompomere heute für die Füllungstherapie im Front- und Seitenzahnbereich der 1. Dentition als das Mittel der Wahl. Je nach Mitarbeit der Kinder und der Defektgröße sollte jedoch an eine alternative Versorgung gedacht werden. Falls die Compliance unzureichend ist, können hochvisköse oder lighthärtende Glasionomere der adhäsiven Versorgung vorgezogen werden. Bei größeren Läsionen der Milchzähne stellen konfektionierten Kronen eine einfache Möglichkeit der Versorgung dar. Im Frontzahnbereich ist die Milchzahnfüllungstherapie aufgrund der oft ausgedehnten Defekte schwierig. Um die Sprachentwicklung der Kinder nicht zu behindern und Habits zu vermeiden, ist die Restauration bzw. der Ersatz zerstörter Frontzähne in der Funktionsphase des Milchgebisses indiziert. Konfektionierte oder individuell gefertigte Kronen sind dazu gut geeignet, falls die Zähne erhalten werden können. Sollten die Frontzähne vorzeitig verloren gehen, so ist ein Ersatz auch mittels Kinderprothese möglich.

## ABSTRACTS zu den VORTRÄGEN

Samstag, 22. September 2012

### Formen von Angst im Wandel der kindlichen Entwicklung

Birgit Heinrich - Salzburg

Der Vortrag gibt einen entwicklungspsychologischen Einblick in Erscheinungsformen kindlicher Angst von emotionaler Reaktion bis hin zu späterer kognitiver Verarbeitung. Im weiteren werden Ursachen, aber auch positive und negative Beeinflussungsfaktoren derselben in der Wechselbeziehung zwischen Zahnarzt, Kind und deren Eltern ausgeführt und differenziert. Eine möglichst adäquate Passung zwischen dem Auftreten von kindlichen Angstreaktionen und dem professionellen Herangehen ermöglicht eine gelingende Basis für eine für alle zufriedenstellende Behandlungssituation.

### Kinderbehandlung, eine Herausforderung?

Johanna Kant - Oldenburg

„Max macht den Mund nicht mehr auf!“ - Was tun?

„Leon ist erst 3 Jahre alt und hat Karies!“ - Kann man Kinder in dem Alter schon behandeln?

„Chantal ist 5 und hat Angst vor dem Bohrer!“ - Wie kriegen wir das Loch gefüllt?

Mit diesen Problemen stellen Eltern ihre Kinder in unserer Praxis vor. Allein durch unsere Kommunikation (verbal und nonverbal) mit den kleinen Patienten hypnotisieren wir diese – wissentlich oder unwissentlich. Ein Wort, ein Satz kann eine Behandlung gelingen oder nicht gelingen, bzw. sehr lange dauern lassen. Eltern spielen dabei eine zentrale Rolle. Nur solche Eltern, die ihr Kind „in guten Händen“ wissen, sind in der Lage, sich zurück zu ziehen und uns mit ihrem Kind arbeiten zu lassen.

Fremde Personen werden von Kindern kritisch gemustert. Sie brauchen das Gefühl, eine unbekannte Situation selbst kontrollieren zu können. Ein Fremder, der sich einem Kind stürmisch nähert, es anzufassen versucht, weckt Furchtreaktionen. Anders verhält sich ein Kind, wenn es dem gestattet wird, die Anfangsphase in der Begrüßung eines Fremden mitzugestalten.

Es ist deshalb sinnvoll darauf zu achten, dass wir einem Kind genügend Zeit für die Kontaktaufnahme mit uns gönnen und den Rapport (den „guten Draht“ zum Kind) sorgfältig aufbauen:

- Die Priorität unserer Zuwendung liegt beim Kind
- Kleines Kompliment machen (ohne Reaktion des Kindes zu erwarten)
- Zeit lassen (plaudern statt fragen) für das Entstehen lassen einer Beziehung
- Soziale Distanz beachten, nicht bedrängen

Andererseits müssen wir Behandler sensibel auf die Körpersignale des Kindes reagieren. Die Grenze zur Überforderung ist schnell überschritten.

Wer die Körpersignale genau liest und die Behandlung rechtzeitig beendet, ist sich der Mitarbeit in der nächsten Sitzung sicher. (Faustregel: maximale Behandlungszeit = Alter des Kindes x 5 Minuten)

„Vergessenszauber“: Wenn es mal schwierig war für ein Kind, instruieren wir die Eltern nicht weiter nach zu fragen. Das Kind wird für seine Bemühungen überschwänglich gelobt und auch belohnt, und wird den unangenehmen Teil der Behandlung schnell aus seinem Gedächtnis tilgen.

### Welche Rolle spielt Lachgas in der modernen Kinderzahnheilkunde?

Frank G. Mathers - Köln

Kinderzahnärzte zeigen sich besonders geschickt in der psychologischen Führung ihrer kleinen Patienten. Dennoch bleibt eine signifikante Anzahl von Fällen, die ein pharmakologisches Sedierungsverfahren oder gar eine Vollnarkose erforderlich machen. Eine wachsende Zahl österreichischer Zahnärzte schließt sich dem internationalen Trend an, die Lachgassedierung als primäre Sedierungsmethode für ihre pädiatrischen Patienten einzusetzen.

Lachgas bietet eine Reihe von Vorteilen für Arzt und Patient: Den Kindern wird ihre Angst genommen, die analgetische Wirkung unterdrückt den Injektionsschmerz des Lokalanästhetikums, der Wirkungseintritt ist rasch und die Erholungszeit beträgt nur wenige Minuten. Der Arzt schätzt die einfache und kosteneffektive Anwendung, die geringen Nebenwirkungen sowie die fehlenden Komplikationen. Zudem erlaubt kein anderes Verfahren eine zielgenauere Anpassung der Sedierungstiefe.

Lachgas besitzt nicht die pharmakologische Potenz, um eine Bewusstlosigkeit oder gar eine Vollnarkose herbeizuführen. Es ermöglicht kompetenten Zahnärzten allerdings einen besseren emotionalen Zugang und eine effektivere psychologische Führung ihrer jungen Patienten. Lachgas unterdrückt einen störenden Würgereiz, aber die schützenden Atemwegsreflexe bleiben erhalten. Die Substanz wird nicht metabolisiert, und das Gas wird unter Umgehung von Leber und Niere alveolär eliminiert, d.h. praktisch 100% abgeatmet. Atmung und Herz-Kreislauffunktionen bleiben stets stabil. Allergien auf Lachgas sind nicht bekannt, und auch Patienten mit Asthma können damit behandelt werden.

Die häufigste Indikation für eine Lachgassedierung ist der ängstliche Patient. Manche Kinder sind insgesamt ängstlich und werden für die gesamte Dauer der Behandlung

sediert. Andere fürchten sich nur vor einzelnen Behandlungsphasen, wie z. B. der Injektion des Lokalanästhetikums. Die Weiterbildung des Zahnarztes beträgt nach internationalen Standards 16 Stunden. Die Effektivität dieser zweitägigen theoretischen und praktischen anästhesiologischen Fortbildung wurde kürzlich auch in einer europäischen Studie nachgewiesen.

Kinderzahnärzte sind Experten im Management von Angst und Schmerz bei ihren Patienten. Lachgas ist ein weiteres sicheres, effektives und leicht erlernbares Sedierungsverfahren im Arsenal bestehender Behandlungsmethoden.

### **Advanced caries prevention in children through biofilm control**

Svante Twetman – Copenhagen

Recent advances in biofilm research have provided insights on the importance of diversity and stability of the oral microbiota for maintaining health. Dental caries is a biofilm-mediated disease that forms through a complex interaction over time between host factors, acid-producing bacteria and fermentable carbohydrates. According to the ecological plaque hypothesis, a carbohydrate-related low-pH stress plays a key role for a microbial shift and a selection of aciduric phenotypes in the biofilm, resulting in an imbalance between de- and remineralisation. Consequently, novel strategies and options for biofilm control have emerged. The presentation will provide examples on how the practitioner can maintain or restore a natural microbiome by bacteriotherapy and/or inhibition of harmful microorganisms. The rationale for the use of metabolic inhibitors, such as high-fluoride agents, xylitol and sodium hypochlorite is explained as well as the indications for antiseptics and antimicrobial peptides. By controlling the biofilm stability, new evidence-based avenues for caries prevention and non-operative caries control are available for the dental team working with children.

### **Beeinflussen das elterliche und das kindliche Ausbildungsniveau die Zahngesundheit von Kindern mit Migrationshintergrund?**

Barbara Cvikl - Wien

Sowohl ein niedriges Bildungsniveau, als auch Migrationshintergrund zählen zu den Risikofaktoren für die Entstehung von Karies bei Kindern. Es ist jedoch unklar ob das Risiko, welches durch den Migrationshintergrund besteht, durch einen hohen Bildungsstandard vernachlässigbar wird. Aus diesem Grund haben wir den Einfluss des elterlichen und des kindlichen Ausbildungsniveaus auf den Karies Status österreichischer Schulkinder mit und ohne Migrationshintergrund untersucht. Es wurden der DMFT Index, der DMFS Index, der SIC Index und eine allfällige Behandlungsnotwendigkeit beurteilt. Zusätzlich wurden das Ausbildungsniveau der Eltern (hoch/mittel und niedrig), das Ausbildungsniveau der Kinder (hoch und niedrig) und der Migrationsstatus aufgenommen. Der Karies-Status der Kinder mit Migrationshintergrund zeigte deutlich schlechtere Werte als der Karies-Status von Kindern ohne Migrationshintergrund. Auch ein hohes/mittleres Ausbildungsniveau der Eltern zeigte keinen positiven Einfluss auf die Zahngesundheit bei Kindern mit Migrationshintergrund. Im Gegensatz hierzu konnte

jedoch ein hohes Ausbildungsniveau der Kinder mit Migrationshintergrund die eigene Zahngesundheit positiv beeinflussen.

Diese Ergebnisse unterstützen die Wichtigkeit von Karies-Präventionsprogrammen für Eltern und Kinder mit Migrationshintergrund, unabhängig vom elterlichen Bildungsstandard.

# ABSTRACTS zu den SEMINAREN

## Samstag, 22. September 2012

### Modernes restauratives Konzept in der Kinderzahnmedizin

Ivo Krejci

In der Kindheit und der Jugend werden die irreversiblen Grundlagen des lebenslangen Zahnschicksaals unserer Patienten gelegt. Was hier in der Prophylaxe, Diagnostik und Therapie vernachlässigt wird, muss später mit enormem finanziellen und zeitlichen Aufwand korrigiert werden. Das Ziel dieses praktisch-theoretischen Seminars ist es, ein Konzept vorzustellen, welches die nach dem Stand der Technik optimalste zahnmedizinische Betreuung unserer jungen Patienten auf höchstem Niveau und mit modernsten Hightech-Methoden ermöglicht. Damit sollen aufwändige, kostenintensive Folgebehandlungen im Erwachsenenalter auf ein Minimum reduziert werden.

### state of the art Milchzahnendodontie

Richard Steffen

In einem ersten Überblick wird auf die zur Zeit angewendeten Verfahren der Milchzahn-Endodontie eingegangen. Vertiefend werden die einzelnen Methoden mit ihren Vor und Nachteilen besprochen und bewertet. Neue biologischere Methoden welche die älteren, überholten Verfahren ersetzen werden im Detail vorgestellt. Praktische Tipps zur klinischen Anwendung sollen eine möglichst rationelle und klinisch erprobte Behandlungsmethode erläutern. Ein Blick in die Zukunft weist auf mögliche neue Verbesserungen hin.

### Die kindgerechte Praxis

Johanna Kant

Damit Kinder in der Praxis gut behandelt werden können, ist eine gute Vorbereitung wichtig. Man könnte sagen, wir sind wie Regisseure, die bestimmen, welches Bühnenbild wir haben möchten, welche Kostüme wir tragen und welche Requisite wir benötigen. Gemeinsam mit unseren Regieassistentinnen bereiten wir unsere Inszenierung so vor, dass unsere kleine Patienten und deren Eltern nicht nur mitspielen, sondern sogar aktiv zum Erfolg der Behandlung beitragen.

In diesem Workshop schauen wir uns genau an, welche Elemente für eine kindgerechte Praxis wichtig sind. Wie die Kinderbehandlung so aufgebaut wird, dass sie ohne extra Zeitaufwand zum Erfolg in der führt. Angefangen vom ersten Telefonat mit neuen Patienten über die Anamnese und den ersten Zahnarztbesuch bis hin zur eigentlichen Behandlung. Sie werden eine Menge kreative Ideen mit nach Hause nehmen, so dass Kinderbehandlung fortan spielend leicht sein wird.

### Der richtige Umgang mit dem kindlichen Patienten

Robert Schoderböck

Kinder sind die Patienten von Morgen. Viele Zahnärzte haben aber Respekt um nicht zu sagen Angst vor der Kinderzahnbehandlung. Nichts stresst in der Praxis mehr als ein quengeliges, vielleicht sogar schreiendes Kind und die dazu passende Mutter.

Was ist zu beachten?

Kinderzahnbehandlung und die Behandlung von Angstpatienten kann aber auch Spaß machen.

In diesem WS zeigt Dr. Schoderböck an einfachen Beispielen wie sie aus ihren kleinen und großen Patienten kooperative Mitspieler machen können mit hypnotischen Techniken, die für jede Praxis leicht anwendbar sind, lässt sich der Spaßfaktor für alle Beteiligten deutlich erhöhen.

Von einfachen Wortspielen bis zur Verwirrungstechnik (Konfusionstechnik) reicht das Spektrum der Möglichkeiten. Außerdem zeigt der WS wie wichtig die Einbeziehung des gesamten Praxisteam in die Kinderbehandlung ist.