



**Deutsche Gesellschaft
für Kinderzahnheilkunde**



18. Jahrestagung

30.09.–01.10.2011
Halle/Saale

Programm



Sponsoren der 18. Jahrestagung des DGK

3M Espe AG

Espe-Platz
D-82229 Seefeld
www.3mespe.com

GABA GmbH

Berner Weg 7
D-79539 Lörrach
www.gaba.com

Dr. Hinz Dental Vertriebsgesellschaft mbH

Mont-Cenis-Straße 5
D-44623 Herne
www.dr-hinz-dental.de

MAM Babyartikel GmbH

Rudolf-Diesel-Straße 6
D-27383 Scheeßel
www.man-babyartikel.de

Myofunctional Research Co.

Gompenstraat 21c
NL-5145 Waalwijk
www.myoresearch.com

Tessmann KFO Technik GmbH

Am Spitalbach 22
D-74523 Schwäbisch Hall
www.kfo.technik.com

Bitte besuchen Sie folgende Firmen in der Industrieausstellung

Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Hypnose (DGZH) e. V.

Esslinger Straße 40
D-70182 Stuttgart
www.dgzh.de

Dr. Hinz Dental Vertriebsgesellschaft mbH

Mont-Cenis-Straße 5
D-44623 Herne
www.dr-hinz-dental.de

Fachlabor Dr. W. Klee für grazile Kieferorthopädie und Kinderzahnheilkunde

Vilbeler Landstraße 3–5
D-60386 Frankfurt
www.kfo-klee.de

KaVo Dental GmbH & Co. KG

Postfach 1454
D-88396 Biberach
www.kavo.com

Privates Fortbildungszentrum für Kinder- und Jugendzahnheilkunde

Dres. Freundorfer, Esch, Geißler
Berlepschstraße 2
D-81373 München
www.fbz.kinderzahnärzte.com

Real KFO

Fachlaboratorium für Kieferorthopädie
In der Mark 53
D-61273 Wehrheim
www.realkfo.com

Stiftung innovative Zahnmedizin

Stiftungsbüro Hamburg
Elbgaustraße 248
D-22547 Hamburg
www.stiftung-izm.com

Tessmann KFO Technik GmbH Am Spitalbach 22

D-74523 Schwäbisch Hall
www.kfo.technik.com

VOCO GmbH

Anton-Flettner-Straße 1–3
D-27472 Cuxhaven
www.voco.de

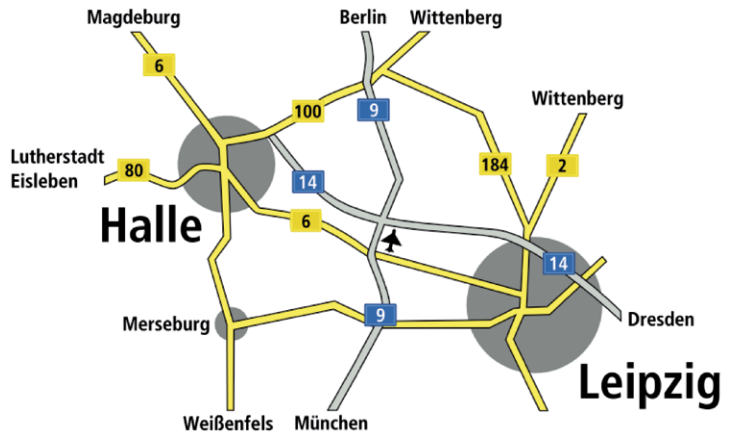
Tagungsort:

Auditorium Maximum (Audimax) der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Universitätsplatz 1 • 06099 Halle/Saale

Anfahrt

Mit der Bahn

- Gehen Sie vom Hauptbahnhof zum Riebeckplatz (100 m) und steigen Sie in die Straßenbahn (Linien 2, 5, 7, 9) in Richtung Markt.
- Am Joliot-Curie-Platz aussteigen, zum Joliot-Curie-Platz, dann den Universitätsring entlang (insgesamt ca. 250 m). Linkerhand liegt der Universitätsplatz.



Mit dem Pkw

- Die beste Möglichkeit, zentrumsnah in Halle zu parken, ist das Parkhaus am Hansering.
- Von dort gehen Sie Richtung Norden, den Joliot-Curie-Platz hinauf, dann den Universitätsring entlang (insgesamt ca. 350 m). Linkerhand liegt der Universitätsplatz.

Vom Flughafen Leipzig

- Die Züge zwischen dem Flughafen Leipzig/Halle und dem Hauptbahnhof Halle/Saale verkehren halbstündlich (Dauer: 12 Minuten).



Herausgeber und verantwortlich für den Inhalt:

Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde
Prof. Dr. Christian Hirsch / Präsident
Nürnberger Straße 57 • 04103 Leipzig

Grußworte
>>>



Liebe Kolleginnen und Kollegen,
sehr geehrte Damen und Herren,

als Dekan der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg heiße ich Sie im Namen der Medizinischen Fakultät und persönlich ganz herzlich zu der 18. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde willkommen.

Ich freue mich sehr, dass Sie Halle (Saale) als Tagungsort gewählt haben und bin sicher, dass Sie hier eine erlebnisreiche Tagung und einen angenehmen Aufenthalt haben werden. Die Entscheidung für Halle (Saale) als Tagungsort ist auch Anerkennung für die hervorragende Arbeit unseres Departments für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde.

An der Martin-Luther-Universität ist die Zahnheilkunde, die seit 1870 als eigenständiger Studiengang an der Medizinischen Fakultät ausgewiesen ist, ein wichtiger Bestandteil. Eine Tradition der halleschen Zahnmedizinerausbildung ist die starke Anbindung an die Ausbildung in der Humanmedizin. Die Konzepte der Medizinischen Fakultät in Halle sehen im Studiengang Zahnmedizin, wie auch im Studiengang Medizin, zunehmend interdisziplinär aufgebaute Lehrveranstaltungen vor, die eine enge vertikale Verzahnung zwischen vorklinischem und klinischem Ausbildungsabschnitt verwirklichen, um somit unseren Studierenden – mit 42 „Neulingen“ pro Jahr – ein attraktives Studium zu bieten. Die Qualität der

Ausbildung der Zahnmediziner in Halle gilt als hervorragend, wie diverse Evaluationsberichte und überregionale Rankings belegen. Die Studentenzufriedenheit ist hoch, wie auch Evaluationen im standortübergreifenden Vergleich ergaben.

Es ist ausgesprochenes Ziel der halleschen Fakultät, der Zahnmedizin in Halle ein standortspezifisches Profil zu geben, was insbesondere durch Exzellenz in der Lehre, attraktives Spektrum der Ausbildungsfächer und hochwertige patientennahe Forschung mit Durchführung klinischer Studien zu beschreiben ist. Die hallesche Zahnmedizin sieht sich darüber hinaus dem Ziel verpflichtet, den Zahnärztenachwuchs im Land Sachsen-Anhalt zu sichern.

Im Sinne der Erreichung all dieser Ziele, wurde in den vergangenen Jahren die 1883 errichtete Zahnklinik am Standort Große Steinstraße 19 in großen Teilen saniert. Hier sind die Zahnerhaltungskunde (einschließlich Kinderzahnheilkunde), die Zahnersatzkunde (Prothetik) und die Kieferorthopädie verortet. Die Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie ist seit Februar 2004 im Universitätsklinikum am Standort Ernst-Grube-Straße 40 lokalisiert und nutzt dort die Synergien, die sich durch die räumliche Zusammenführung von operativen Fächern ergeben.

Ich wünsche der Jahrestagung einen guten Verlauf und hoffe, dass Sie die neben den interessanten Programmpunkten die Zeit finden, nicht nur die Standorte der halleschen Universitäts(zahn)medizin, sondern auch die schönen Standorte der Stadt Halle (Saale) zu genießen.

Prof. Dr. med. Michael Gekle
Dekan der Medizinischen Fakultät der
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg



Liebe Teilnehmerinnen und Teilnehmer der 18. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde in Halle an der Saale,

es ist mir eine große Freude Sie zur 18. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde in der Universitätsstadt Halle an der Saale begrüßen zu dürfen. Die Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg gehört zu den ältesten und in ihrer historischen Ausstrahlung bedeutendsten deutschen Universitäten. Sie feierte im Jahr 2002 ihr 500-jähriges Bestehen. Sie ist ein Zusammenschluss aus der Universität Wittenberg, die „Leucorea“, die 1502 vom sächsischen Kurfürsten Friedrich dem Weisen eröffnet wurde und der Halleschen Universität „Fridericiana“, deren Gründungsjahr auf 1694 zurückgeht. Im Jahre 1817 entstand dann in Halle durch die Zusammenlegung dieser beiden Universitäten die „Vereinigte Friedrichsuniversität“. Anlässlich des 450. Geburtstages Martin Luthers, am 10. November 1933, erhielt die Universität ihren heutigen Namen. Während der Reformation lehrten hier Martin Luther und Philipp Melanchthon, in der Epoche der Aufklärung bedeutende Persönlichkeiten wie Christian Thomasius und August Hermann Francke. Im Jahre 1754 wurde in Halle mit Dorothea Erxleben die erste Frau in Deutschland zum Doktor medicinae promoviert.

Auch das Department für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde gilt als eine der ältesten Universitären Ausbildungsstätten für Zahnmedizin. 1868 wurde in Halle die ersten Vorlesungen über Zahnheilkunde für Mediziner durch Herrn PD Dr. Anton

Hohl gehalten. 1880 legt Prof. Dr. Ludwig Heinrich Holländer dem Kuratorium der Universität Halle ein Studienprogramm für Zahnmedizin vor.

Am 12. November 1883 erhält Holländer von der Universität zwei Räume in der alten Residenz am Domplatz in Halle nebst Inventar als Zahnärztliche Klinik zugewiesen und schafft damit die erste Universitätszahnklinik Deutschlands. 1903 wird die zahnärztliche Klinik in Poliklinik für Zahnkrankheiten umbenannt. 1921 wird Herr Prof. Dr. Dr. Hans Körner zum ersten Ordinarius für Zahnheilkunde an der Universität Halle ernannt. 1936 erfolgt der Umzug der Zahnklinik in das Gebäude Große Steinstraße 19 in Halle, wo die Zahnklinik heute noch untergebracht ist. 1948 erhält die Zahnklinik eine Bettenstation. Es erfolgt die Umbenennung in Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten. 1961 wird sie um eine Kinderzahnärztliche Abteilung am Standort Harz 42 erweitert. Damit wurde eine Struktur vorweggenommen, die mittlerweile national wie auch international als Standard in der Zahnmedizinerausbildung etabliert ist. Die neue Approbationsordnung für Zahnmedizin wird den Themen Prävention und Kinderzahnheilkunde wesentlich mehr Gewicht zumessen, als die bislang noch gültige aus dem Jahr 1955.

Die diesjährige Tagung steht unter dem Leitthema „Orofaziale Funktionsstörungen im Kinders- und Jugendalter“. Sie wird durch zahlreiche nationale und internationale Referenten mitgestaltet. Tagungsteilnehmer hören Vorträge u. a. aus den Bereichen Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kieferorthopädie, Oralmedizin und Ernährungsmedizin. Seminare und ein Symposium runden das Programm ab. Abschließend möchte ich allen Helfern für Ihr außergewöhnliches Engagement bei der Ausrichtung dieser Tagung danken. Ich hoffe, dass Sie neben Ihrem Programm Gelegenheit finden werden, die Schönheit unserer Stadt, die Architekturdenkmäler und Sehenswürdigkeiten kennenzulernen.

Prof. Hans-Günther Schaller
Tagungspräsident



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die 18. Jahrestagung der DGK behandelt als Hauptthema „Orofaziale Funktionsstörungen und kraniomandibuläre Dysfunktionen im Kindes- und Jugendalter“. Dazu hören Sie Vorträge von nationalen und internationalen Referenten aus der Kieferorthopädie, der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, der Funktionslehre sowie der Oralmedizin. Ist das Thema für das Kindes- und Jugendalter relevant? Hinsichtlich der Sprachentwicklung und Zahnstellung leuchtet das sicher jedem zahnärztlich Tätigen ein. Was wir darüber hinaus heute wissen ist, dass die als „kraniomandibuläre Dysfunktionen“ (CMD) bezeichneten muskuloskelettalen Probleme im Kausystem ihren Ursprung im Kindes- und Jugendalter haben und zudem bereits in diesem Lebensabschnitt häufig auftreten. Viele Konzepte zur Ätiologie und Therapie von CMD kursieren dazu in Wissenschaft und Praxis, die z. T. weltanschaulichen Charakter haben. Die klassische

Auffassung, dass morphologische Abweichungen von der Norm (z. B. Okklusionsstörungen) Ursache für CMD sind, muss heute als überholt angesehen werden. Aber was ist dann die Ursache?

Wie erklärte es sich, dass vier von fünf CMD-Patienten weiblichen Geschlechts sind, was übrigens auch im Jugendalter so zutrifft?

Die Jahrestagung in Halle wird sich genau dieser Thematik annehmen und mehr Klarheit für den Praxisalltag bringen. Daneben erwarten Sie Seminare, ein Vorsymposium sowie ein reichhaltiges Begleitprogramm für das Praxispersonal. Ich freue mich darauf, viele Kolleginnen und Kollegen in Halle wieder zu treffen.

Prof. Christian Hirsch
Präsident der DGK

Wissenschaftliches Programm

>>>

Donnerstag, 29.09.2011**Löwengebäude, Universitätsplatz****Symposium 3M-Espe „Lokalanästhesie aktuell: Mehr Behandlungskomfort für Kinder****3M ESPE**

Zeit	Referent	Thema
15.00–15.45	PD Dr. M. Daubländer, Mainz	Gut betäubt ist halb behandelt
15.45–16.30	Prof. Dr. N. Krämer, Gießen	Erfahrungen und Empfehlungen zur Anwendung eines adrenalinreduzierten Lokalanästhetikums an einem Universitätsklinikum

Freitag, 30.09.2011, Beginn: 08.30 Uhr**Hörsaalgebäude, Universitätsplatz****Hauptthema: Orofaziale Funktionsstörungen bei Kindern und Jugendlichen**

Zeit	Referent	Thema
08.30	Eröffnung, Grußworte, Auszeichnungen	
09.00–10.00	Prof. Dr. Dannhauer, Leipzig	Zahnstellung und Sprachentwicklung
10.00–10.30	Pause / Industrieausstellung	
10.30–11.15	OÄ Dr. S. Meuret, Leipzig	Schnittstellen zwischen Kinderzahnheilkunde und Phoniatrie/Pädaudiologie: Funktionelle und organische Dysphagien und Dysphonien bei Kindern.
11.15–12.00	Prof. Dr. M. Fuchs, Leipzig	Hörstörungen und Sprachentwicklungsstörungen bei Kindern
12.00–13.30	Pause / Industrieausstellung	

Kurzvorträge

13.30	N. Schulz-Weidner	Symptomorientiertes Oralhygieneprogramm bei immunsupprimierten Patienten nach Herztransplantation
13.40	A. G. Schulte	Kariesprävalenz bei 6–7-jährigen in Deutschland im Zeitraum 1994 bis 2009
13.50	A. Üsküdar	Zur lichtoptischen Kariesdiagnostik vor und nach Fissurenversiegelung
14.00	M. Waldmeyer	Erosive Zahnhartsubstanzdefekte bei Hamburger Schulkindern
14.10	J. Kühnisch	Haben Kinder mit Molaren-Inzisiven-Hypomineralisationen (MIH) eine erhöhte Kariesgefährdung?
14.20	A. Bissar	Prävalenz der S-ECC bei 3–5-jährigen Kindern im Rhein-Neckar-Kreis
14.30	M. Urban	Mikrobielle Veränderungen nach der Gebisssanierung bei Kindern mit frühkindlicher Karies
14.40	K. Pieper	Kariesrückgang bei 12-jährigen in Deutschland im Zeitraum 1994 bis 2009
15.00–15.30	Pause / Industrieausstellung	

Kurzvorträge (Fortsetzung)

15.30	K. Schmied	Eine Bewertung der Geschmackspräferenz hochkonzentrierter Fluoridpräparate bei Vorschulkindern
15.40	Ch. Splieth	Lehre Kinderzahnheilkunde im Grundstudium Zahnmedizin in Deutschland
15.50	Y. Wagner	Kariesepidemiologischer Trend bei 3- und 5-jährigen Westfälischen Kindern zwischen 2001 und 2006
16.00	K. Bücher	Spektrum des Dentalen Traumas – Verteilung und Therapie an einer Universitätszahnklinik (2004–2008)
16.10	I. M. Schüler	Effektivität der Behandlungsempfehlung von kariös erkrankten Kindern nach Reihenuntersuchungen
16.20	A. Kirchberg	Kariesdecline im Milchgebiss – auch bei Kindern mit Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten?
16.30	K. C. Kretzschmar	Füllungstherapie im Milchgebiss mit nanogefülltem lichthärtendem GIZ: 24 Monats-Ergebnisse
16.40	M. Hiller	Qualitätsbeurteilung konfektionierter Stahlkronen im Milchgebiss nach unterschiedlicher Liegedauer
17.00–18.30	Mitgliederversammlung	
19.00	Gesellschaftsabend	

Praktikerforum

Zeit	Referent	Thema
15.30	I. M. Schüler	Oligodontie – ein Fallbericht
15.45	J. Winter	Ektodermale Dysplasie – Ein Fallbericht
16.00	S. Feierabend	Indirekte Restaurationen bei Kindern und Jugendlichen
16.15	K. Brandt	Spätkomplikation nach Frontzahntrauma – Temporäre prothetische Versorgung einer 14-jährigen Patientin
16.30	S. Enseleit	Eruptionstörung strukturgestörter Milchzähne – Ein Fallbericht
16.45	S. Trosse	Behandlung eines Kindes mit generalisierter Angststörung: Ein Erfahrungsbericht

Samstag, 01.10.2011, Beginn: 09.00 Uhr**Hörsaalgebäude, Universitätsplatz****Hauptthema: Craniomandibuläre Dysfunktionen bei Kindern**

Zeit	Referent	Thema
09.00–09.45	Prof. Dr. J. Türp, Basel	CMD bei Kindern – Ätiologie
09.45–10.30	Prof. Dr. Ch. Hirsch, Leipzig	CMD bei Kindern – Diagnostik
10.30–11.15	Pause / Industrieausstellung	
11.15–12.00	Prof. Dr. Th. List, Malmö	CMD bei Kindern – Therapie

Posterkurzpräsentationen

12.00–12.45	A. von der Lippe-Anacker	Mikrozugfestigkeit von Total-Etch- und Self-Etch-Adhäsiven auf permanentem und Milchzahndentin
	K. Brandt	Einfluss der Vorbehandlung auf die Mikrozugfestigkeit von Fissurenversiegeln auf Schmelz
	E. Bader	Dichtigkeit von Fissurenversiegeln nach Speichelkontamination und künstlicher Alterung
	M. A. Petrou	Lehre in der Kinderzahnheilkunde im Grundstudium Zahnmedizin in Deutschland aus Sicht der Studenten
	R. M. Santamaria	Analyse des Kariesinkrements nach einer in-vivo-Bestimmung der Kariesaktivität mit QLF
	D. Mach	Gibt es einen Unterschied in der Prävalenz von MIH bei Verwendung verschiedener Indexzähne?
	T. Bauer	Gebisszustand von Schmerzpatienten der ersten Kinderzahnarztpraxis in Thüringen
13.00	Ende der Veranstaltung	

Samstag, 01.10.2011, 13.15–14.45 Uhr; Seminare

A	Dr. W. Kuwatsch, Rostock	Hypnose und Verhaltensformung in der Kinderbehandlung
B	PD Dr. J. Kühnisch, München Prof. Dr. R. Heinrich-Weltzien, Jena	Endodontie im Milchgebiss

Programm für das Praxisteam

Hörsaalgebäude, Universitätsplatz
Freitag, 30.09.2011

Zeit	Referent	Thema
09.00	Eröffnung	
09.00–10.30	Dr. E. Hirsch, Leipzig	Aktualisierung Strahlenkunde I
10.30–11.00	Pause	
11.00–12.30	Dr. E. Hirsch, Leipzig	Aktualisierung Strahlenkunde II
12.30–13.30	Pause / Industrieausstellung	

IME – Workshop, 13.30–15.00 Uhr



Informationskreis Mundhygiene
und Ernährungsverhalten

13.30–15.00	Prof. Dr. H.-K. Biesalski, Hohenheim Dr. Reinhard Schilke, Hannover	Experten-Talk: Ernährung und Zahngesundheit – Blick über den Tellerrand
-------------	--	--

Samstag, 01.10.2011

Zeit	Referent	Thema
09.00–09.45	Prof. Dr. R. Haak, Leipzig	Neues und Bewährtes in der Kariesdiagnostik
09.45–10.30	PD Dr. Ch. Gernhardt, Halle	Adhäsive Zahnheilkunde – von Flaschen und Fläschchen. Ein Überblick für die zahnärztliche Assistenz.
10.30–11.00	Pause / Industrieausstellung	
11.00–11.45	Dr. A. Reich, Leipzig	Stillen und Zahngesundheit
11.45–12.30	Dr. L. Birkner, Leipzig	Was kann zahnärztliche Epithetik?

Abstracts



Hauptvorträge



Seminare



Praktikerforum



Hauptvorträge

Zahnstellung und Sprachentwicklung

Prof. Dr. Karl-Heinz Dannhauer (Leipzig)



Sprachstörungen bei Kindern haben in den letzten Jahren zugenommen und viele Menschen beobachten die Sprachentwicklung der Heranwachsenden aufmerksamer. Frühere Pauschalaussagen wie „Wächst sich schon aus!“ oder „Kann man nichts machen!“ passen nicht mehr zum Bild einer modernen Zahnarztpraxis. Besonders Kinderzahnärzte und Kieferorthopäden müssen in der Lage sein Sprachauffälligkeiten zu erkennen, richtig einzuschätzen und den Ursachen von Sprachentwicklungsstörungen zunächst mit den Möglichkeiten ihres Fachgebietes entgegenwirken. Auch die Beratung der Betroffenen bzw. deren Eltern und die gezielte Überweisung zum Spezialisten gehören dazu. Der Referent beschreibt die morphologische und funktionelle Entwicklung im orofazialen Bereich und betrachtet die Sprache bzw. deren Störungen aus dem Blickwinkel der Kieferorthopädie. Er versucht die Zuhörer für diese Problematik nicht nur zu sensibilisieren sondern auch mit einer „take-home-message“ auszustatten. Dazu ist es auch nötig über den „Tellerrand“ zu schauen und logopädische bzw. myofunktionelle Therapien in ihren Grundsätzen zu besprechen.

Schnittstellen zwischen Kinderzahnheilkunde und Phoniatrie/Pädaudiologie: Funktionelle und organische Dysphagien und Dysphonien bei Kindern

Dr. Sylvia Meuret (Leipzig)

Dysphagien und Dysphonien kommen sowohl im Kindes- als auch Jugendalter vor:

- Die Prävalenz der kindlichen Dysphagie ist nicht genau untersucht, jedoch sollte bei bestimmten Symptomen und Anamnese ein Dysphagie bedacht werden: bei einer gurgelnden Stimme, persistierendem Speichelfluss als auch Husten im Rahmen von Mahlzeiten sollte eine Dysphagie abgeklärt werden, da bei der kindlichen Schluckstörung einerseits durch eine Aspiration die Möglichkeiten einer Pneumonie droht, andererseits auch das Risiko einer Gedeihstörung oder sozialen Ausgrenzung durch die Nichtteilhabe an Mahlzeiten besteht.
- Kindliche Dysphonien kommen sehr viel häufiger vor (Prävalenz bis zu 24 %) bleiben jedoch oft unbeachtet, obwohl neben funktionellen Dysphonien mit Stimmlippenknötchen auch schwerwiegende organische Ursachen für die Heiserkeit verantwortlich sein können.

Im Rahmen der Diagnostik kommt der phoniatischen Untersuchung mit den Möglichkeiten der flexiblen als auch starren Laryngoskopie eine Schlüsselrolle zu. Jedoch ist erst durch eine Kooperation aller medizinischen als auch zahnmedizinischen Fachrichtungen, die Kinder und Jugendliche betreuen, die Möglichkeit gegeben, dass diese Patienten auch einer suffizienten Therapie zugeführt werden können.

Der Vortrag soll einen Überblick über Symptome und Ursachen sowie Diagnostik und Therapie der Dysphagie und Dysphonie im Kindes- und Jugendalter geben.





Schnittstellen zwischen Kinderzahnheilkunde und Phoniatrie/Pädaudiologie: Hörstörungen und Sprachentwicklungsstörungen bei Kindern

Prof. Dr. Michael Fuchs (Leipzig)

Ein gesundes Hörvermögen ist eine unabdingbare Voraussetzung für eine ungestörte Sprachentwicklung. Typische Hörstörungen bei Kindern sind (i.) Schallleitungsschwerhörigkeiten durch angeborene Fehlbildungen (Inzidenz: 1:10.000) und Mittelohrerkrankungen wie beispielsweise rezidivierende Tubenventilationsstörungen (bei 10–20 % der Klein- und Schulkinder), (ii.) Schallempfindungsschwerhörigkeiten durch Erkrankungen des Innenohrs, die mit einer Inzidenz von 1–2:1.000 zu den häufigsten angeborenen Erkrankungen zählen und (iii.) Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen (AVWS), die insbesondere im Vor- und Grundschulalter auffällig werden. Bei Risikokindern (Frühgeborene, Sauerstoffmangel, Ikterus, ototoxische Medikationen, Schwerhörigkeiten in der Familie) besteht zudem ein 10fach erhöhtes Risiko für das Auftreten einer Schallempfindungsschwerhörigkeit. Die Häufigkeit von Sprachentwicklungsstörungen wird mit 3–8 % angegeben, Tendenz zunehmend.

Daher kommt einer interdisziplinären Kooperation aller medizinischen und zahnmedizinischen Fachrichtungen, die Kinder betreuen, eine besondere Bedeutung zu. Im klinischen Alltag gilt es, daran zu denken und ggf. eine spezialisierte Diagnostik und Therapie durch die Phoniatrie und Pädaudiologie einzuleiten.

Der Vortrag gibt einen Überblick zu typischen Symptomen, den diagnostischen Methoden, insbesondere aber zu den therapeutischen und rehabilitativen Optionen. Während Schallleitungsschwerhörigkeiten häufig durch kleine operative Eingriffe (Adenotomie, Paukendrainage) suffizient behoben werden können, kommen für die Schallempfindungsschwerhörigkeiten Hörgeräte oder eine Cochlea Implantation infrage. Die Therapie der AVWS stützt sich auf ein auditives Training, förderpädagogische Maßnahmen und ggf. auf die Versorgung mit spezifischen Hörhilfen.



CMD bei Kindern und Jugendlichen – Ätiologie

Prof. Dr. Jens Türp (Basel)

Die Ätiologie (Hintergrundursache) [und die mit ihr verbundene Pathogenese (Auslöser)] der CMD wird in der Fachliteratur meist als „multifaktoriell“ bezeichnet. Dieser Begriff im Grunde eine terminologische Nebelkerze, weil er davon ablenkt, dass die Kenntnisse über die Ursachen der diagnostisch zu unterscheidenden CMD-Formen (Kiefermuskelschmerz; Kiefergelenkschmerz; Einschränkungen der Unterkieferbeweglichkeit; lautes, den Patienten störendes Kiefergelenkknacken) noch immer recht beschränkt sind. Erst recht gilt dies für den einzelnen, im Behandlungsstuhl sitzenden Patienten – egal ob Erwachsener, Jugendlicher oder gar Kind. Dies ist aber kein Grund zur Verzweiflung: den Orthopäden ergeht es beim Thema unspezifischer Rückenschmerz ähnlich.

Eine klare Ätiologie liegt beim Makrotrauma (Sturz; Schlag) vor – wobei hier die Prognose besonders unsicher ist. Andere Ursachen können u. a. mikrotraumatischer (z. B. orale Parafunktionen), anatomischer, okklusaler, psychosozialer, systemischer oder genetischer Art sein. Alles in

allem sind therapiebedürftige – und nur um diese geht es – CMD-Symptome bei Kindern selten; die Prävalenz nimmt in der Pubertät zu, dabei besonders bei den Mädchen. Da die genannten Ursachen zwischen den Geschlechtern gleich verteilt sind, werden hormonelle Faktoren (z. B. Östrogen) als Grund für die erhöhte CMD-Prävalenz beim weiblichen Geschlecht gesehen.

Als praktische Konsequenz ergibt sich, den Patienten (bzw. ihren Eltern) keine persönlichen Lieblingstheorien zur vermeintlichen CMD-Ätiologie zum Besten zu geben – die, medizinethisch höchst bedenklich, nicht selten die Rechtfertigung für ausgefeilte (und kostspielige) Therapien bar jeder wissenschaftlichen Evidenz darstellen. Stattdessen ist von zahnärztlicher und Eltern-/Patientenseite hinzunehmen, dass in diesen Fällen nicht ätiologiebezogen – also kausal –, sondern „lediglich“ symptomatisch behandelt werden kann.



CMD bei Kindern und Jugendlichen – Diagnostik

Prof. Dr. Christian Hirsch (Leipzig)

So vielfältig die ätiologischen Konzepte für CMD sind, so vielfältig sind auch die diagnostischen Möglichkeiten. Im Kindes- und Jugendalter kommt erschwerend hinzu, dass bestimmte Befunde auf subjektiven Angaben der Patienten basieren (z. B. die Angabe von Schmerzen bei Bewegung oder Palpation). Das erfordert einen hinreichend zuverlässigen Selbstbericht, was beim normal entwickelten Kind zuverlässig erst ab einem Alter von etwa 10 Jahren möglich ist. Im Rahmen der CMD-Basisdiagnostik, die im Übrigen nicht Leistung der GKV ist, werden wesentliche muskuloskelettale Befunde, insbesondere Schmerzen im Bereich der Kiefergelenke und der Kaumuskulatur erfasst. Dabei sollte geklärt werden, ob die Beschwerden aus dem Bereich der Kaumuskulatur oder der Kiefergelenke herrühren, weil das die Therapieentscheidung beeinflusst. Daneben werden weitere physische Befunde wie die relativ häufig auftretenden Kiefergelenkgeräusche sowie Unregelmäßigkeiten der Unterkieferbewegung erfasst. Die verschiedenen diagnostischen Konzepte unterscheiden sich im Wesentlichen darin, welchen Stellenwert dem Einzelbefund zugemessen wird. Vervollständigt wird die Untersuchung durch eine Einschätzung darüber, wie stark die Betroffenen von den Beschwerden in ihrem täglichen Leben beeinträchtigt sind. Auch dies hat wesentlichen Einfluss auf die Dringlichkeit der Therapie.



CMD bei Kindern und Jugendlichen – Therapie

Prof. Dr. Thomas List, Malmö

Population-based studies of adolescents with TMD pain have found that increased analgesic consumption and absence from school are consequences of the condition. Although the majority reporting TMD pain once a week or more requested professional help for their condition, only a small share received TMD treatment. Previous studies have reported that most adolescents who receive TMD treatment experience good pain relief, but these studies are few and only one is a randomized clinical trial. The presentation will provide an orientation in evidence-based management approaches for TMD in adolescents.

Seminar A



Hypnose und Verhaltensformung in der Kinderbehandlung

Dr. Wolfgang Kuwatsch

Die Behandlung von Kindern stellt für jeden Zahnarzt nach wie vor eine große Herausforderung dar.

Behandlungsängste, Verweigerungsverhalten, häufig vorhandener massiver Kariesbefall im Milchgebiss und oftmals zurückliegende traumatische Behandlungserfahrungen erfordern ein behutsames und dennoch zielgerichtetes Vorgehen in der Praxis.

Auf die Kinderbehandlung zugeschnittene Methoden, Erkenntnisse und Erfahrungen aus der Klinischen Hypnose und spezieller Kommunikation können hierbei erfolgreich zu einer Verbesserung des Rapports, der Compliance und letztendlich der Behandlungssituation führen.

Im Workshop werden zunächst einige Grundlagen der klinischen Hypnose nach Milton Erickson und anschließend Methoden des Einsatzes hypnotischer Interventionen bei Kindern verschiedener Altersstufen dargestellt. Diese können auch von Zahnärzten ohne eine umfangreiche Hypnoseausbildung in der täglichen Praxis umgesetzt werden und bestimmte Verhaltensmuster bei Kindern beeinflussen.

Eine große Rolle spielt ebenfalls die Einbeziehung der Eltern in die Behandlungsstrategie. Es werden klar definierte Grenzen des Einsatzes der Hypnose-techniken sowie spezieller Kommunikation dargestellt und das Vorgehen zum kontinuierlichen Aufbau eines dauerhaften Vertrauensverhältnisses zwischen Kind und Behandler erläutert. Empfehlungen für die tägliche Praxis können Anregung für eigene Veränderungen geben.

Seminar B

Endodontie im Milchgebiss

PD Dr. Jan Kühnisch und

Prof. Dr. Roswitha Heinrich-Weltzien



Vor dem Hintergrund der jüngsten Stellungnahme der DGZMK zur Milchzahnendodontie werden die Möglichkeiten und Grenzen der einzelnen endodontischen Verfahren unter Berücksichtigung entwicklungsbedingter Besonderheiten des kindlichen Patienten diskutiert. Dabei werden insbesondere die literaturbasierten neuen Sichtweisen und deren Konsequenzen für die klinische Praxis erörtert. Dies betrifft insbesondere die Caries profunda-Therapie, die sich vor allem durch ein restriktiveres Vorgehen bei der Kariesexkavation auszeichnet. Darüber hinaus werden die Maßnahmen der symptomatischen und kausalen Schmerztherapie im Kontext einer notwendigen analgetischen und/oder antibiotischen Begleitbehandlung aufgezeigt.

Praktikerforum



Oligodontie - ein Fallbericht

I. M. Schüler¹, E. Hofmeister², Ch. Küpper³,
R. Heinrich-Weltzien¹

¹Poliklinik für Präventive Zahnheilkunde und Kinderzahnheilkunde, Universitätsklinikum Jena

²Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde, Universitätsklinikum Jena

³Poliklinik für Kieferorthopädie, Universitätsklinikum Jena

Eine angeborene Zahnunterzahl von mindestens sechs Zähnen (die dritten Molaren ausgeschlossen) wird als Oligodontie oder partielle Anodontie bezeichnet. Sie kann isoliert auftreten oder in Begleitung von Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten und vererbten Erkrankungen (Ektodermale Dysplasie oder Trisomie 21). Der Erbgang verläuft autosomal dominant mit reduzierter Penetranz. Im Juni 2006 wurde der 9-jährige Patient in der Poliklinik für Kieferorthopädie des UKJ von seiner Mutter vorgestellt, weil die mittleren unteren Schneidezähne sehr klein erschienen und ein ausgeprägtes Diastema mediale vorlag.

Die klinische und radiologische Diagnostik ergab die Nichtanlage von 16 Zähnen (12, 13, 14, 15, 22, 23, 24, 25, 31, 32, 33, 34, 35, 41, 44 und 45) sowie insuffiziente Füllungen an den Zähnen 65 und 26. Weiterhin wurden rechtsseitig eine distale Verzahnung um eine Prämolarenbreite sowie ein Kreuzbiss zwischen 16 und 46 diagnostiziert.

Linksseitig lag eine tendenzielle Non-Okklusion im Milchmolarenbereich vor. Der Overjet betrug + 8,5 mm und der Overbite + 6,0 mm.

Seit der Erstvorstellung des Patienten verläuft die Therapieplanung und Behandlung in enger interdisziplinärer Zusammenarbeit zwischen den Kollegen der Kinderzahnheilkunde, Kieferorthopädie und Prothetik. In der ersten Behandlungsphase wurden funktionskieferorthopädisch das Kieferwachstum mit einer Fächerdehnplatte im OK und einem Funktionsregler Typ II gefördert und der Kreuzbiss überstellt. Die insuffizienten Füllungen ließen sich revidieren und die bleibenden Molaren versiegeln. In der zweiten Behandlungsphase erfolgte eine direkte Bisshebung mit CEREC-Kronen, die adhäsiv auf den substanzschonend tangential präparierten Zähnen 53, 54, 55, 63, 64, 65, 73, 74, 75, 84, 85 befestigt wurden. Bereits nach vier Monaten führten die Behandlungsmaßnahmen zu einer die Okklusion wiederherstellenden Elongation der ersten bleibenden Molaren erzielt.

Der Patient befindet sich in einem vierteljährlichen präventiven Recall. Dabei erfolgt die Kontrolle der Zahngesundheit und der Mundhygiene als wesentliche Voraussetzung für die Aufrechterhaltung des Therapieergebnisses. Mittelfristig wird die Erhaltung der rekonstruierten Milchzähne angestrebt, da eine altersgerechte akzeptable Funktion und Ästhetik gegeben ist. Das langfristige Therapieziel ist die kariesfreie Erhaltung der bleibenden Zähne und eine für das Erwachsenenalter funktionelle und ästhetische Rehabilitation mit einer implantatgetragenen Brückenversorgung.



Ektodermale Dysplasie – Ein Fallbericht

J. Winter¹, M. Ohnmeiß², K. Pieper¹,
A. Jablonski-Momeni¹

¹ Zahnklinik Marburg Abt. für Kinderzahnheilkunde,
Philipps Universität Marburg

² Zahnklinik Marburg Abt. für Kieferorthopädie,
Philipps Universität Marburg

Die ektodermale Dysplasie ist eine erblich bedingte Erkrankung, die durch Pathologien ektodermaler Strukturen (z. B. der Haare, Zähne, Nägel oder Schweißdrüsen) charakterisiert wird. Bei den milden Formen der ektodermalen Dysplasie wird häufig von den Betroffenen zuerst der Zahnarzt aufgesucht.

Im vorliegenden Fall wird über eine 8-jährige Patientin mit ektodermaler Dysplasie berichtet. Die Erkrankung manifestiert sich bei der Patientin in schütterem Haarwuchs, einer Aplasie der Zähne 52 und 62 und multiplen Nichtanlagen von Zähnen der zweiten Dentition (16, 14, 13, 12, 22, 23, 24, 26, 36, 33 – 44, 46) sowie einer Formanomalie der Milchzähne in der unteren Front (73 bis 83). Kieferorthopädisch wurde eine maxilläre Hypoplasie mit progner Verzahnung und eine Tendenz zum bilateralen Kreuzbiss diagnostiziert.

Die Eltern und das Mädchen berichteten über eine Gefährdung der sozialen Integrität, da die Patientin vermehrt verbalen Hänseleien ihrer Mitschüler ausgesetzt war.

Seit der Erstvorstellung der Patientin in unserem Hause verläuft die Therapie in enger Zusammenarbeit zwischen den Abteilungen der Kinderzahnheilkunde und Kieferorthopädie. Die detaillierte Erstellung des Therapiekonzeptes erfolgte auf der Basis von Planungs- und Wax-up-Modellen.

Die Versorgung der Zähne (11, 21, 73 bis 83) wurde mit direkten Komposit-Restaurationen unter Zuhilfenahme eines Silikonschlüssels vorgenommen. Im Rahmen der kieferorthopädischen Frühbehandlung wurde nach Abformung beider Kiefer ein funktionskieferorthopädisches Gerät (Fränkel III) angefertigt. Hierdurch soll eine aktive sagittale und transversale Nachentwicklung des Oberkiefers bei gleichzeitiger Wachstumshemmung des Unterkiefers erzielt werden.

Die vollständige orale Rehabilitation setzt ein langfristiges Konzept voraus, das wir zurzeit mit den Spezialisten aus den Bereichen der Kinder- und Jugendzahnheilkunde, der Kieferorthopädie, der Prothetik und der Kieferchirurgie entwickeln.



Indirekte Restaurationen bei Kindern und Jugendlichen

S. Feierabend¹, K. Halbleib², B. Klaiber^{2,3}, E. Hellwig¹

¹Universitätsklinikum Freiburg, Abt. für Zahnerhaltungskunde und Parodontologie

²Universitätsklinikum Würzburg, Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie

³N.I.C.E. Zahntechnik, Veitshöchheim

Kinder und Jugendliche, die aufgrund von Stukturanomalien ausgedehnte Restaurationen benötigen, werden während des Wachstums nur selten mit indirekten Arbeiten versorgt. Die Größe des Defektes ist aber oft für die direkte Technik nicht (mehr) geeignet. Die jungen Patienten müssen deshalb häufig zahnärztlich behandelt werden, meist sind auch Wiederholungsmaßnahmen von Restaurationen notwendig.

Indirekte Restaurationen werden im Wechsel- oder jungen bleibenden Gebiss oft nicht eingesetzt, da eine Präparation aufgrund der Pulpagröße vermieden werden soll.

Laborgefertigte Restaurationen aus Komposit haben gegenüber herkömmlichen Restaurationen den Vorteil, dass sie keine oder nur eine minimal-invasive Präparation benötigen, dementsprechend wenig zeitintensiv sind und zu jedem Zeitpunkt erweitert oder repariert werden können. Weiterhin ist ihr Einsatz nicht auf eine Erkrankung beschränkt, sondern eignet sich für die verschiedensten Anomalien, von der Amelogenesis imperfecta über die Dentinogenesis imperfecta, erworbene Schmelzhypoplasien und auch die Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation. In diesem Vortrag wird ein Konzept zur Versorgung betroffener Patienten sowie ein Überblick über alle bisher eingesetzten Versorgungen vorgestellt.



Spätkomplikation nach Frontzahntrauma – Temporäre prothetische Versorgung einer 14-jährigen Patientin

*K. V. Brandt¹, C. Hirsch², H. Goldbecher³,
H. G. Schaller¹, K. Bekes¹*

¹Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Poliklinik für Kinderzahnheilkunde, Halle

²Universität Leipzig, Abteilung für Kinderzahnheilkunde, Leipzig

³Praxis für Kieferorthopädie, Halle

Der vorliegende Fallbericht beschreibt die Therapie eines komplexen Frontzahntraumas, die Spätkomplikationen desselben sieben Jahre später und die sich anschließende temporäre prothetische Versorgung der Patientin. Eine 7-jährige Patientin stellte sich im September 2004 in der Sektion für Präventive Zahnheilkunde und Kinderzahnheilkunde der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg mit Zustand nach Frontzahntrauma am Urlaubsort mit Avulsion, Reposition und Schienung der Zähne 11 und 12 vor. Die Sensibilitätsprüfung war negativ, der Perkussionstest beider Zähne positiv und es zeigte sich eine Fistel im Bereich beider Zähne an der Wurzelspitze vestibulär. Aufgrund des nicht abgeschlossenen Wurzelwachstums beider Zähne wurde für eine mehrzeitige Apexifikationsbehandlung mit Kalziumhydroxid entschieden. Nach acht Monaten konnte der Zahn 11 definitiv wurzelkanalgefüllt werden. Zeitgleich wurde am Zahn 12 eine fortschreitende entzündliche externe Resorption diagnostiziert. In Absprache mit dem behandelnden Kieferorthopäden wurde der Zahn 12 extrahiert und die Lücke

mittels festsitzender Apparatur orthodontisch geschlossen. Bis Oktober 2008 erfolgten regelmäßige Kontrolltermine. Aufgrund starker Lockerung des Zahnes 11 stellte sich die mittlerweile 14-jährige Patientin auf Wunsch des behandelnden Kieferorthopäden zwei Jahre später, im November 2010, erneut in der Sprechstunde vor. Röntgenologisch zeigte sich eine zirkuläre Verschattung im mittleren Wurzeldrittel im Sinne einer externen Resorption. In Absprache mit dem Kieferorthopäden wurde die Extraktion des Zahnes mit einer sich anschließenden provisorischen prothetischen Versorgung der Zahnücke mittels Glasfaserstrang (GrandTEC) und Verwendung der Zahnkrone des extrahierten natürlichen Zahnes 11 geplant. Vor der Extraktion wurde von Regio 13 bis 21 ein Kompositschlüssel angefertigt, der das spätere Reponieren der Zahnkrone erleichtern sollte. Nach Extraktion des Zahnes 11 erfolgte das Umarbeiten desselben zu einem Ersatzzahn durch Abtrennen der Reste der noch vorhandenen Wurzel und den Verschluss des Wurzelkanals mittels adhäsiver Füllungstherapie. Mittels Säure-Ätz-Technik der lückenbegrenzenden Zähne wurde der umgearbeitete Zahn mit Hilfe des Schlüssels und unter Verwendung von GrandTEC und einem Flowable in die Lücke reponiert und befestigt. Die Patientin konnte mit dieser Methode prothetisch festsitzend und unmittelbar im Anschluss an die Extraktion ohne jegliche Präparation der Nachbarzähne unmittelbar therapiert werden. Es entfällt somit eine langjährige Interimsversorgung mit einer herausnehmbaren Einzahnprothese.



Eruptionsstörung strukturgestörter Milchzähne – Ein Fallbericht

S. Enseleit¹, R. Heinrich-Weltzien²

¹Zahnarztpraxis Dr. Marion Enseleit, Großbrungen

²Universitätsklinikum Jena, Poliklinik für Präventive Zahnheilkunde und Kinderzahnheilkunde

Im vorliegenden Fall wird über einen 4-jährigen gesunden Patienten mit unklarem zahnärztlichem Befund berichtet.

Der Patient wurde im Mai 2010 erstmalig in der Praxis vorgestellt. Das Kind war zuvor bei einem anderen Zahnarzt in Betreuung, der die Mutter lediglich auf eine unzureichende Mundhygiene ihres Sohnes hingewiesen hatte.

Der intraorale Befund zeigte einen partiell retinierten Zahn 51; die Zahnkrone war hälftig klinisch sichtbar. Die strukturgestörten Zähne 52 und 53 waren zu etwa einem Drittel durchgebrochen. Die Zähne 54 und 55 waren bis zur Hälfte der Zahnkrone eruptiert; die Zahnkronen wiesen ausgedehnte Strukturstörungen des Schmelzes mit Dentinexposition auf. Alle Zähne der übrigen Quadranten waren regelrecht durchgebrochen, und zeigten keine Strukturveränderungen.

Zwischenzeitlich wurde der Patient in die Poliklinik für Präventive Zahnheilkunde und Kinderzahnheilkunde nach Jena überwiesen.

Zur weiteren diagnostischen Abklärung wurde ein DVT erstellt. Der Zahn 16 stellte sich röntgenologisch verändert dar; es wird ebenfalls eine Strukturstörung der Zahnhartsubstanz vermutet. Die Anlagen der übrigen Zähne des 1. Quadranten sind vorhanden und ließen röntgenologisch, soweit aktuell beurteilbar, keine Veränderungen erkennen. Keine Auffälligkeiten wiesen die Anla-

gen von 26, 36 und 46 auf. Nach Fistelbildungen bzw. rezidivierenden dentalen Abszessen der strukturgestörten Milchzähne wurden alle Zähne des 5. Quadranten unter Allgemeinanästhesie im April 2011 extrahiert. Ein Weichteil- und Knochenexzidat wurde zur histologischen Begutachtung entnommen. Der pathologische Befund wies das Vorliegen eines rudimentären Zahnsäckchens und Zahngewebes aus. Weiterhin wurde vernarbt Knochengewebe diagnostiziert. Es lag kein Anhalt auf ein malignes Geschehen vor.

Nach Wundheilung trat umgehend eine Verbesserung des Allgemeinzustandes des Patienten ein. Eine prothetische Versorgung des 5. Quadranten wurde aufgrund der fehlenden Retentionsmöglichkeiten einer Kinderprothese bislang nicht vorgenommen. Die Eltern berichten inzwischen über eine psychische Beeinträchtigung ihres Sohnes durch Hänseleien im Kindergarten und wünschen eine prothetische Versorgung.

Mögliche Therapieoptionen aus dem Auditorium sind erwünscht. Ein Kieferorthopäde wurde bereits aufgrund der zu erwartenden Wachstums- hemmung einbezogen. Letztlich ist ein langfristiges interdisziplinär abgestimmtes Therapiekonzept eines Kinderzahnarztes, Kieferorthopäden und Kieferchirurgen unerlässlich.



Behandlung eines Kindes mit generalisierter Angststörung: Ein Erfahrungsbericht

S. Trosse

Praxis Kant, 26121 Oldenburg

Ängste sind im Kindes- und Jugendalter weit verbreitet und gehören zur normalen Entwicklung eines jeden Kindes. Von einer Angststörung wird dann gesprochen, wenn die Ängste zu einem erheblichen Leidensdruck führen, die Lebensweise und langfristig die Entwicklung des Kindes stark und anhaltend beeinträchtigen oder Probleme in der Familie sowie anderen Lebensbereichen (z. B. in der Schule) auslösen. Etwa 11 % der Kinder leiden unter einer sogenannten Angststörung. Man unterscheidet zwischen der gerichteten (benennbaren) und ungerichteten (ohne bestimmten Auslöser) Angst.

Der Fallbericht zeigt einen, in Psychotherapie befindlichen 10-jährigen Jungen mit einer ungerichteten Angst, speziell der generalisierten Angststörung. Die Behandlung und Betreuung fordert ein spezielles Konzept. Primär galt es die Grunderkrankung im Gesamten zu erkennen und psychotherapeutische Ansätze auf die zahnärztlichen Behandlungssituationen anzupassen.

Eine Art der Erfolgsvermittlung war hierbei das Konfrontationsverfahren. So wurde das sogenannte „Aushalten“ erst in der Vorstellung (in sensu) und dann immer durch tatsächliches Erleben (in vivo) trainiert. Wichtig hierbei ist, dass der Patient niemals aus der Situation fliehen durfte, weder körperlich noch psychisch. Zudem wurde diese Methode in kurzen Abständen angewandt. Zu jeder Zeit war hierbei die Tell-Show-Do Methode unerlässlich. Die Grenzen der zahnärztlichen Therapie sollten offen mit den Eltern besprochen und immer wieder neu evaluiert werden. Erfolgreiche Teilschritte dürfen nicht zur Überschätzung der Fähigkeiten des Kindes führen, der Fokus ist stets auf die Aufrechterhaltung der Gradlinigkeit des Behandlungs- und Betreuungskonzeptes zu richten.

Notizen

Angst vorm Bohrer?

Das ist doch Kinderkram.



*Qualität,
die begeistert.*

Schmerzfreiheit, die begeistert.
Mit Lokalanästhetika von 3M ESPE.

 www.3MESPE.de

 Lokalanästhetika

3M ESPE AG · ESPE Platz · 82229 Seefeld · Freecall: 0800 - 275 37 73 · info3mespe@mmm.com · www.3MESPE.de
3M und ESPE sind Marken von 3M oder 3M ESPE AG. © 3M 2011. Alle Rechte vorbehalten.

3M ESPE