

„Adhäsivtechnik ... ist da nicht schon alles gesagt ...?“

Solch ein oder ein ähnlicher Gedanke mag dem einen oder anderen Leser vielleicht beim Schwerpunktthema der aktuellen DZZ-Ausgabe kurz gekommen sein. Und glauben Sie mir: Diese vermeintliche „Wertung“ existiert nicht erst seit gestern! Als junge Assistenz Zahnärztin kurz nach meinem Staatsexamen saß ich bei einer Abendveranstaltung im Rahmen eines Kongresses neben einem langjährigen Lehrstuhlinhaber, der mich nach meinem Hauptinteressengebiet in Klinik und Forschung fragte. Auf meine Antwort „Adhäsivtechnik fasziniert mich sehr!“ kam dann ein etwas ironisches „Ach, das ist ja etwas ganz Innovatives.“ Ich habe damals leider etwas überrumpelt geschwiegen, hätte aber eigentlich entgegnen müssen: „Ja. Sie haben völlig recht. Dieses Gebiet ist etwas ganz besonders Innovatives!“ Diese Szene hat sich vor fast 20 Jahren ereignet, und seitdem ist für mich persönlich die Faszination für adhäsive Verfahren noch weiter gewachsen. Die Adhäsivtechnik ermöglicht uns eine Vielzahl an Behandlungsmaßnahmen, die zu Beginn meines Studiums im Jahre 1997 entweder rein technisch nicht möglich waren oder extrem kritisch bewertet wurden, denken wir nur an die intraorale Reparatur von Restaurationen, das Wiederbefestigen von Zahnfragmenten (s. Abb. 1 und 2), die Restauration tief subgingivaler Defekte usw. Diese Aufzählung lässt sich noch umfangreich erweitern. Zum Glück hat sich die Haltung dazu verändert, viele „neue“ Anwendungsbereiche sind inzwischen zum etablierten Standard in der Praxis geworden. Dennoch ist die Adhäsivtechnik keine „Zwischen-Tür-und-Angel“-Technik, sondern bedarf eines strukturierten Behandlungsregimes. „Stimmt nur ein Parameter der Grundvoraussetzungen nicht, wird das Ergebnis schnell zur Katastrophe“ [1]. Dieses Zitat von Roland Frankenberger, der zusammen mit seinen Mitautoren/-innen für diese Ausgabe den Artikel „Die 10 beliebtesten Fehler in der Adhäsivtechnik“ verfasst hat, kann natürlich auch in anderen Arbeitsbereichen Anwendung finden, trifft aber auf die Adhäsivtechnik in besonderem Maße zu. Scheitert eine Restauration, ist oft „das Adhäsiv“, „das Komposit“ oder eine andere Komponente im Behandlungsprozess schuld. Diese Argumentation unterstreicht im Umkehrschluss aber genau das, was das o.g. Zitat ausdrückt. Wenn auf Fortbildungsveranstaltungen eine Diskussion über eine mögliche Techniksensitivität adhäsiver Verfahren entbrennt, würde ich diese gerne umdrehen und in eine „Fehlervermeidungskultur“ verwandeln: Funktioniert der Computer nicht, sitzt das Problem in 98 % der Fälle vor dem Bildschirm. Funktioniert die Adhäsivtechnik nicht, befindet sich die Ursache des Problems oft am patientenfernen Ende des Micobrush. Daher gilt es, beim Scheitern einer Restauration das Behandlungsregime kritisch im Sinne einer Fehleraufbereitung zu bewerten und sich an der Luftfahrt zu orientieren, die es sich schlichtweg nicht leisten kann, dass sich Fehler wiederholen [2].

Sicherlich ist die Erweiterung der Indikationsbereiche für die Adhäsivtechnik herausfordernd, besonders, wenn sich die Defekte nach subgingival erstrecken. Aber auch für diese Restaurationen gilt: Eine stringente Behandlungssystematik mit besonderem Fokus auf der absoluten Trockenlegung ist der Schlüssel zum Erfolg. Dabei kann die Restauration 1-zeitig [3] oder, wie von Clara Muscholl und Diana Wolff dargestellt, in 2 Schritten erfolgen. Ihre Veröffentlichung „Die zweiphasige direkte Kompositrestauration (R2-Restauration) – ein aktueller Überblick“ zeigt, welche Chancen uns die Adhäsivtechnik heute bietet: Im Grunde haben wir einen ganzen Strauß voller Optionen, wir müssen als Behandler jedoch die situativ passende Möglichkeit auswählen. Mithilfe der R2-Technik bietet sich eine weitere Möglichkeit, Zahnerhalt auch über die Grenzen dessen, was bis vor wenigen Jahren noch unmöglich erschien, zu betreiben. Auch wenn der Anteil von Zähnen mit Wurzelkaries von 45 %



Anne-Katrin Lührs
Foto: medJUNGE