

ERÖFFNUNG

Am Donnerstag im Zeremoniensaal um 12.00 Uhr mit Fernsehjournalistin und Kriegsreporterin Antonia Rados



MEET THE SPEAKERS

Freud trifft Leut: Donnerstag ab 18.30 im geschichtsträchtigen Loos-Haus am Michaelerplatz



GALAABEND

Genuss trifft Varieté: Am Freitag ab 20.00 im kaiserlichen Ambiente der Nationalbibliothek mit Dance & Shake in Vienna



Zahn.Medizin.Technik

ZMT ■ Monatsmagazin für Praxis, Labor & Dentalmarkt ■ www.zmt.co.at ■ 9a/2016



Wissenswertes

Loos-Haus

► 1909 erteilte Leopold Goldmann nach einem Architekturwettbewerb, aus dem kein siegreicher Entwurf hervorging, freihändig Adolf Loos den Bauauftrag zur Errichtung eines Geschäftsgebäudes für das Nobelgeschäft Goldman & Salatsch. Bauleiter war Ernst Epstein. Errichtet wurde es von dem Bauunternehmen Pittel+Brausewetter. Im Jahre 1944 wurde durch einen Bombeneinschlag im benachbarten Hochhaus auch das Looshaus in Mitleidenschaft gezogen. 1947 wurde das Haus unter Denkmalschutz gestellt. In den 1960er Jahren befand sich ein Möbelhaus im Hauptgeschäft des Gebäudes. 1987 kaufte die Raiffeisenbank Wien das Gebäude und renovierte es grundlegend. Trotz seines ästhetischen Funktionalismus ist das Gebäude kein schlichter Zweckbau – gerade bei den Materialien wurden weder Kosten noch Aufwand gespart. Auffallend ist der Kontrast zwischen dem mit Marmor ausgekleideten unteren Fassadenbereich und der schlichten Putzfassade der oberhalb liegenden Wohngeschosse. Dem Geschäftsbereich ist ein Säulengang mit toskanischen Säulen vorgebaut – gedacht als Anspielung auf den Portikus der Michaelerkirche.



Kongress

Zahnheil.Kunst

► Das heurige Generalthema mit dem sinnigen Untertitel „Vom Misserfolg zum Erfolg“ ist sehr breit aufgestellt. Eine Vielzahl an parallel laufenden Vorträgen zu ziemlich allen Themen der heutigen Zahnheilkunde wird die Entscheidung nicht leicht machen, wohin man sich wenden soll und was man gleichzeitig auslassen muss. Damit Sie sich im Vorfeld schon ein bisschen intensiver mit den Vorträgen auseinandersetzen können haben wir in dieser Ausgabe die vorhandenen Abstracts abgedruckt. Zusätzlich gibt es viele großzügige Pausen, die den Besuch der großen Dentalausstellung möglich machen, denn auch da gibt es viel Neues zu berichten und zu sehen.

Willkommen in Wien von 22. bis 24. September 2016

Thema: Zahnheil.Kunst – Vom Misserfolg zum Erfolg

► Die Österreichische Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde - Wien hat die ehrenvolle Aufgabe, den österreichischen Zahnärztekongress 2016 auszurichten. Wien wird seit jeher mit Kunst, Kultur und Medizin in Verbindung gebracht. Nichts lag also näher, als gemäß unserem Kongressmotto ZAHNHEIL•KUNST unseren TeilnehmerInnen „die hohe Kunst der Zahnheilkunde“ in unterschiedlichsten Facetten näher zu bringen. Viele unserer ReferentInnen werden diese Kunst entsprechend unserem Untertitel „Vom Misserfolg

zum Erfolg“ in ihren Präsentationen und Vorträgen veranschaulichen. Die Wiener Hofburg ist (wie bereits 2010) wieder Austragungsort unseres Kongresses. Mit ihrem historischen Ambiente und dem stilvollen Kongresszentrum im Herzen der Stadt bietet sie uns auch eine außergewöhnliche Kulisse für die kongressbegleitende, internationale Dentalausstellung. Als besonderes Highlight wird Frau Dr. Antonia Rados, die renommierte Krisen-Berichterstatterin, im Rahmen der Eröffnung einen faszinierenden Festvortrag mit dem Titel „Angst, Risiko und

Mut - aus dem Leben einer Kriegsreporterin“ für Sie halten. Das wissenschaftliche Programm beinhaltet wie immer zahlreiche Vorträge und Workshops für ZahnärztInnen, sowie für alle zahnärztlichen Assistenzberufe. Der Galaabend wird Sie an einen geschichtsträchtigen Ort führen - so viel sei an dieser Stelle verraten - und die Kunst wird uns wie ein roter Faden durch den Kongress begleiten. Wir freuen uns, Sie im September 2016 in Wien begrüßen zu dürfen.

Ihr PD Dr. Werner Lill, Kongresspräsident.



mit Habichtskauz-Special
Bestellungen unter 0664 20 20 275



© Tiergarten Schönbrunn/Daniel Zupanc

Info

Kongresszentrum Hofburg
Schweizertor/Eingang Botschaf-
terstiege, 1010 Wien
www.zahnarztekongress2016.at
Info: Dipl.-Ing. Clemens Keil
Tel: 0664 1944064
Fax: 0316 231123 4490
E-Mail: office@oezk2016.at

Donnerstag
22. September 2016
Zeremonienaal

Prothetik

Vorsitz: Prof. Dr. Ingrid Grunert & Prof. Dr. Martina Schmid-Schwab

14.15 – 14.55

Interaktive Behandlungsplanung

Prof. Dr. Dr. Jörg Strub, Freiburg
In diesem Vortrag liegt der Schwerpunkt in der Analyse, Planung und der Behandlung komplexer ästhetischer Fälle. Das Publikum wird mit der Behandlungsplanung vertraut gemacht und es lernt, diese im Rahmen eines Patientenfalls anzuwenden.

Im ersten Teil des Vortrages wird auf die für eine ästhetische Evaluation grundlegenden Parameter wie Rahmen, Referenzlinien und Proportionen eingegangen. Dies wird es dem Zahnarzt ermöglichen, die Erscheinung des Patienten effizient zu analysieren. Im zweiten Teil werden Themen der Dentalästhetik wie Symmetrie, Ungleichheiten, Perspektive und Illusion besprochen. Im dritten Teil wird die Bedeutung der Zahnfleischästhetik im Zusammenhang mit einer harmonischen Dentalästhetik behandelt. Im vierten Teil, beim Erstellen des interaktiven Behandlungsplans, sind das kritische Abwägen und die Kompetenz der Zahnärzte gefragt, um den am besten geeigneten Behandlungsplan zu erstellen.

14.55 – 15.15

Spannungsfeld – konventionelle Prothetik versus Implantatprothetik
Prof. Dr. Wálther A. Wegscheider, Graz

15.15 – 15.35

Vollkeramische Rehabilitation des Erosionsgebisses

Prof. Dr. Rüdiger Junker, Krenns
Anhand eines Patientenfalls wird eine praxisorientierte Behandlungsstrategie zur vollkeramischen Rehabilitation von Patienten mit schweren Zahnerosionen vorgestellt. Neben der Behandlungsplanung werden auch Aspekte der Auswahl vollkeramischer Materialien, Möglichkeiten der CAD/CAM – Zahntechnik und der adhäsiven Befestigung angesprochen. Das Ziel ist eine prospektive, klinische Studie zur Beurteilung des langfristigen Erfolges des vorgestellten Versorgungskonzeptes.

15.45 – 16.30

Pause

Werkstoffkunde

Vorsitz:

Prof. Dr. Herbert Dumfahrt

16.30 – 17.10

Neue Wege bei der Vorbehandlung und Restauration des Abrasionsgebisses

Prof. Dr. Daniel Edelhoff, München
Zahnfarbene Restaurationsmaterialien werden in der Zahnheilkunde mittlerweile routinemäßig eingesetzt. Die hohe Innovationsrate bei den verfügbaren Materialien und der CAD/CAM-Technologie setzt allerdings

ein besonderes Maß an Vorkenntnissen voraus, um die nahezu grenzenlosen Möglichkeiten sinnvoll einzusetzen zu können. Traditionelle Vorgehensweisen wie eine sorgfältige Behandlungsplanung unter Einbeziehung des Zahntechnikers, eine adäquate Materialauswahl sowie eine werkstoffgerechte Präparation und Verarbeitung sind heute bereits mit modernsten Technologien kombinierbar. So stellen CAD/CAM-fabrizierte Hochleistungspolymere, wie Polycarbonate, PMMA, Komposite und Hybridkeramiken, Werkstoffgruppen mit bislang nicht verfügbaren Eigenschaften dar, die das Indikationsspektrum deutlich erweitern. Damit bieten sich neuartige Vorbehandlungsoptionen bei der Restauration komplexer Fälle an, indem dem analytischen Wax-up entsprechende zahnfarbene Schienen aus Polycarbonat über einen längeren Zeitraum, im Sinne einer funktionellen und ästhetischen Evaluierung des Restaurationentwurfs, reversibel eingesetzt werden können.

Auch die rasanten materialtechnischen Weiterentwicklungen auf dem Gebiet der Keramiken sowie der Adhäsivtechnik haben zu völlig neuen Behandlungsmöglichkeiten geführt, die sich in einem erweiterten Indikationsspektrum und weniger invasiven Präparationsgeometrien wie Kaufächenvenereers widerspiegeln. Dem Teilnehmer wird anhand zahlreicher klinischer Beispiele ein Update zu den verschiedenen neuen Einsatzmöglichkeiten modernster Materialien und Technologien für die Okklusionsänderung gegeben. Daraus entwickelte innovative Behandlungskonzepte für die moderne Zahntechnik und Praxis werden anhand von zahlreichen Falldokumentationen dargestellt und das klinische Langzeitverhalten durch Beobachtungsdauern bis zu 9 Jahren bewertet.

17.10 – 17.30

Zementieren von technischen Restaurationen Vorbehandlung der Oberflächen – Zementarten – Biokompatibilität

Prof. Dr. Dr. Andreas Schedle, Wien

Rittersaal

Psychosomatik

Vorsitz: MR Dr. Gerhard Kreyer

14.30 – 14.55

Körpersprache – Organsprache – Seelensprache. Idiome der Psychosomatik in ihrer Relevanz für Diagnose und Therapie

MR Dr. Dr. Gerhard Kreyer, Langenlois
Sowohl in umgangssprachlichen Redewendungen als auch in zahlreichen Lyrik- und Prosatexten unterschiedlichster Zeitepochen und Kulturkreise finden sich z. T. erstaunlich präzise Beschreibungen psychosomatischer Manifestationen und deren Bedeutung im jeweiligen Kontext.

Dabei handelt es sich um einen in Jahrhunderten gewachsenen Schatz kollektiven Erfahrungswissens, welcher sowohl in Umgangssprache als auch in verschiedene Literaturgattungen ebenso Eingang gefunden hat wie in Theater, Fernsehen und Film.

Moderne bildgebende Verfahren – wie etwa die Positronen – Emissionstomographie oder das sog. „Functional MRI“ eröffnen zunehmend evidenzbasierte neue Erkenntnisse aus Neurobiologie und Neuropsychiatrie mit großer Relevanz für psychosomatische Fragestellungen.

Begriffe wie „Spiegel-Neuronen“, „Neuronale Plastizität“ oder „Enterale Nervensystem“ stehen stellvertretend für eine Vielzahl von Phänomenen, welche auch in den Sprach- und Alltag Eingang gefunden haben. Ziel der vorliegenden Arbeit war es abzuklären, in wieweit sich daraus praktische Konsequenzen für den klinischen Alltag in Diagnostik und Therapie ableiten lassen.

14.55 – 15.35

Trugschlüsse in der Alternativmedizin

Prof. Dr. med. Edgar Ernst, Exeter
Alternativmedizin ist beliebt, sogar in der Zahnheilkunde. Die Argumente, die hier angeführt werden, entpuppen sich bei näherem Hinsehen häufig als Trugschlüsse. Es wird zum Beispiel behauptet, dass die klinische Erfahrung wichtiger sei, als die wissenschaftliche Evidenz, dass alternativmedizinische Methoden sich nicht wissenschaftlich überprüfen lassen, dass es in der Alternativmedizin keine wissenschaftliche Evidenz gäbe, dass kein Geld zur Forschung zu Verfügung stehe, und vieles mehr. Der Vortrag geht auf diese Scheinargumente ein und legt dar, warum sie unlogisch sind und Patienten in die Irre führen.

15.45 – 16.30

Pause

KFO 1

Vorsitz: Prof. Dr. Adriano Crismani & Dr. Brigitte Wendl

16.30 – 16.50

Ästhetik, Funktion und Mechanik die Frontzähne betreffend Teil 1

Prof. Dr. Aleš Čelar, Wien

16.50 – 17.10

Ästhetik, Funktion und Mechanik die Frontzähne betreffend Teil 2

Prof. Dr. Josef Freudenthaler, Wien

Beim Betrachten eines Gesichtes fällt der erste Blick auf das Augenpaar, der zweite auf Mund und Zähne. Außer Aggression, Freude, Furcht oder Scham springt die Dichotomie ästhetisch-dysästhetisch sofort ins Auge. Neben der Zahnästhetik kommt der dentalen Funktion eine gleichwertige Rolle zu, ist doch die Frontzahnstellung Wesensmerkmal unterschiedlicher Malokklusionsformen.

Der gemeinsame Vortrag hat zur Zielsetzung anhand von Fallberichten auf Diagnostik, Therapieplanung und Behandlung folgender Symptombilder einzugehen: offener Biss, tiefer Biss, vergrößerte Frontzahnstufe, Frontzahntrauma, Agensie und dilazierter Frontzahn. Den Abschluss bilden Betrachtungen über Mechanikpläne bei Zahnbewegungen wie Torque, Retraction und Intrusion.

17.10 – 17.30

Torque und Biomechanik

Dr. med. dent. Johanna Permann, Wien

Das Thema „Torque“ stellt in der Kieferorthopädie einen wesentlichen Punkt dar, der nicht unterschätzt werden darf. Neben ästhetischen Problemen, die sich durch Torqueprobleme ergeben können, ist der Torque auch zur Einstellung einer guten Okklusion essenziell. Es ist wesentlich der jeweiligen Situation angepasst handeln zu können und auch mögliche erwünschte und unerwünschte Nebenwirkungen zu kennen. Ziel dieses Vortrages ist es einen Überblick zur Thematik zu präsentieren.

17.30 – 17.50

Äquilibrium von Zunge, Lippen und Wangen - eine Literaturübersicht

Dr. med. dent. Birgit Lanzer, Wien

Die Literaturübersicht befasst sich mit dem Zusammenspiel aus Zunge, Lippen und Wangen und ihrem Einfluss auf die Zahnstellung. Dazu wurde der Wissensstand über die neutrale Zone, Schluckmuster, Habits, Malokklusionen, Atmung und die myofunktionelle Therapie erörtert.

In der neutralen Zone befinden sich die Zähne in einer Lage zwischen den horizontal gerichteten Kräften von Zunge, Lippen und Wangen, die Zähne nehmen eine stabile Position ein. Beeinflusst wird die neutrale Zone von verschiedensten Parametern wie beispielsweise einem falschen Schluckmuster oder diversen Habits, wie Schnuller- oder Daumenlutschen. Das viszerale Schluckmuster kann physiologisch bis zum vierten Lebensjahr bestehen und entwickelt sich graduell in ein somatisches Schluckmuster. In der Literatur liegen Hinweise vor, dass Lutsch- oder Saughabits ein Risiko für die Okklusion darstellen. Je früher ein Lutsch- oder Saughabit aufgegeben wird, desto eher können sich Dysgnathien spontan verbessern oder so-

gar von selbst korrigieren. Die Ätiologie einer Malokklusion ist primär genetisch mit sekundären umweltbedingten Einflüssen. Eingegangen wird speziell auf den Kreuzbiss. Die häufigste Ursache in der Entstehung des Kreuzbisses ist die Reduktion der Breite des maxillären Zahnbogens im Vergleich zur Mandibula als Resultat von Saughabits, Mundatmung, inkompetentem Lippenchluss, einem viszeralem Schluckmuster und inkorrekt Zungenlage am Mundboden. Ein weiterer Parameter der das Äquilibrium beeinflussen kann ist die Atmung, indem Kopf-, Kiefer- und Zungenposition verändert werden. Die myofunktionelle Therapie soll zu einer Verbesserung der Funktion im orofazialen Bereich führen, damit Gesichtsentwicklung, Kieferwachstum und kieferorthopädische Behandlung unbeeinträchtigt ablaufen können.

Ratstube

Parodontologische Chirurgie

Vorsitz: Dr. Corinna Bruckman & Priv. Doz. Dr. Stefan Fickl

14.45 – 15.25

Vorhersagbare Deckung von Rezessionen im Unterkiefer: Fiktion oder Realität?

Prof. Dr. Anton Sulean, Bern

Das Vorhandensein von freiliegenden Wurzeloberflächen im Unterkiefer erschwert die Durchführung von Mundhygienemaßnahmen und begünstigt die Entstehung von Gingivitis und Wurzelkaries. Modernste chirurgische Techniken wie zum Beispiel der Modifizierte Koronal Reponierte Tunnel oder der Laterale Bewegte Doppelte Tunnel machen es heutzutage möglich Ergebnisse zu erzielen die bis vor einigen Jahren nicht denkbar waren. Der Verzicht auf vertikale Entlastungsinzisionen und der Gebrauch von subepithelialen Bindegewebsstransplan-

Periimplantitis

Vorsitz: OA Dr. Gabriele Millesi & Prof. Dr. Thomas Bernhart

17.00 – 17.40

Periimplantitis behandeln - geht das?

Priv.-Doz. Dr. med. dent. Stefan Fickl, Würzburg

Periimplantäre Entzündungen sind häufig anzutreffende Erkrankungen, insbesondere bei Patienten mit parodontalen Vorerkrankungen. Die traditionellen Behandlungsansätze leh-

nen sich an die Therapieformen der Parodontitis an, zeigen jedoch in wissenschaftlichen Untersuchungen und in der klinischen Erfahrung signifikant weniger Erfolge. Trotzdem muss das Ziel einer jeden Behandlung periimplantärer Entzündungen sein, die Gewebezündung zu reduzieren und eine weitere Progression mit der Gefahr des Implantatverlustes zu verhindern. Ziel des Vortrages ist das Aufzeigen von Möglichkeiten der Periimplantitis-

therapie, jedoch auch das klare Benennen von Grenzen der jeweiligen Therapieformen.

17.40 – 18.00

Periimplantitis vermeiden - geht das?

DDr. Gerlinde Durstberger, Wien

Periimplantäre Mukositis und Periimplantitis sind häufige Erkrankungen und ständig im Zunehmen begriffen. In einer rezenten systematischen Übersichtsarbeit von Derks und Tomasi betragen die gewichte-

ten mittleren Prävalenzen für periimplantäre Mukositis 43% und für Periimplantitis 22%. Da es zum derzeitigen Stand der Literatur keine ideale Therapie der Periimplantitis gibt muss die Prävention dieser Erkrankung unser Ziel sein.

Warum kommt es zu periimplantären Erkrankungen und haben wir eine Chance Periimplantitis zu verhindern?

Ätiologischer Faktor von Mukositis und Periimplantitis, ist die bakteriel-

Straumann® Original.
Keine Kompromisse.

STRAUMANN SWISS ENGINEERING
original
SINCE 1954

15.25 – 15.45

Die Kunst des Erfolges in der resezivierenden parodontalen Chirurgie und Patientenzufriedenheit

Univ. Ass. Dr. Michael Müller-Kern, Wien

Erst wenn die Möglichkeiten der konservativen Parodontitistherapie ausgeschöpft sind, ist an eine chirurgische Sanierung zu denken. Die Anfänge der heute bekannten parodontalen Chirurgie waren geprägt von Widman, Morris, Ramfjord und Nisles, anfangs beschränkt auf eine mukogingivale Chirurgie zur Reduktion der Sondierungstiefen. Später erst kamen Maßnahmen, die auch den Knochen miteinbezogen haben, hinzu. Für alle unterschiedlichen Formen von Eingriffen gilt die komplette Entfernung von Konkrement an der Wurzeloberfläche. Für das chirurgische Vorgehen ist eine sorgfältige Diagnostik und Planung, Patientenselektion, Abklärung von Risikofaktoren und der allgemeinmedizinischen Anamnese zwingend notwendig. Immer mit Rücksicht auf die lokal vorhandenen anatomischen Strukturen mit einem minimalinvasiven Vorgehen, um ein bestmögliches Ergebnis unter geringen postoperativen Beschwerden zu erreichen. Die Nachbetreuung (Recall) bei parochirurgischen Eingriffen ist ein weiterer Schlüssel zum Erfolg, erst regelmäßige Kontrollen, perfekter häuslicher Mundhygiene mit speziellen Mundhygieneartikeln und Erstellen eines individuellen Plan für die Erhaltungstherapie erlauben eine ideale Heilungsphase.

15.45 – 16.05

Regenerative Parodontalchirurgie und perioprothetische Rekonstruktion

Dr. Axel Mory, Wien

Der Einsatz mikrochirurgischer Techniken am Zahnfleisch und der Mundschleimhaut haben die Grenzen zwischen Parodontal- und Mukogingivalchirurgie zum Verschwinden gebracht. Nicht selten werden an einem Patienten Kronenverlängerungen, Rezessionsdeckungen, rekonstruktive Taschenelimination und Kammaugmentation zeitgleich oder konsekutiv durchgeführt, um Funktion und Ästhetik wieder herzustellen. Kleine Schwenk- oder Verschiebelappen, Gingivatunnelierungen unterlegt mit Bindegewebsstransplantaten, das Einbringen von Eigenknochen oder xenogenen Knochensatzmaterialien werden angewandt um neue, stabile Verhältnisse zu etablieren. Wie vorhersehbar sind diese Techniken und mit welchen Langzeitergebnissen kann gerechnet werden?

16.15 – 17.00

Pause

le Plaque. Lokale und systemische Risikofaktoren bestimmen den Verlauf und die Schwere der Erkrankung. Zu den Risikofaktoren zählen Rauchen, Diabetes mellitus, schlechte Mundhygiene und fehlende Compliance, eine Parodontitis in der Anamnese, vor allem wenn diese nicht adäquat behandelt wurde, das Fehlen von keratinisierter Mukosa, fehlpositionierte Implantate, insuffiziente prothetische Versorgungen und Zementreste. In Diskussion stehen auch bestimmte Implantatkonfigurationen, postmenopausale Osteoporose und genetische Polymorphismen. Wenn also eine Implantattherapie in Betracht gezogen wird müssen Behandlung und Patient sich dieser Risikofaktoren bewusst sein und nach einer individuellen Risikoeinschätzung sollten alle Faktoren, die beeinflussbar sind, vermieden oder eliminiert werden. In weiterer Folge sind eine perfekte häusliche Mundhygiene, ein regelmäßiger Recall und die Früherkennung einer Mukositis die Voraussetzungen für den Langzeiterfolg in der Implantattherapie – ohne Periimplantitis.

Trabantenstube

Hygiene in der Praxis

Vorsitz: Präs. MR Dr. Thomas Horejs

14.15 – 14.55

Validierung der Instrumentenaufbereitung - Herausforderung für die Zahnarztordination - Übersicht und Lösungswege
Dr. Franz Hastermann, Wien

14.55 – 15.35

Der Medizinproduktkreislauf in der zahnärztlichen Praxis
OSr DGKS Ingrid Kröll, Graz
Für die Behandlung des Patienten werden mitunter Medizinprodukte in Verwendung genommen, welche wiederholt zum Einsatz kommen. Es handelt sich dabei um die wiederaufbereitbaren Medizinprodukte. Diese

Medizinprodukte müssen vor jedem Gebrauch den gesamten Medizinproduktkreislauf durchlaufen. Die Durchführung bzw. die Abwicklung des Medizinproduktkreislaufes bedeutet den effizienten Einsatz vorhandener Ressourcen. Voraussetzung ist jedoch das Vorhandensein von entsprechend ausgebildetem Personal, der technischen Ausstattung sowie die Beschaffung von Hilfsmitteln. Die Rechtsgrundlage findet sich im Medizinproduktegesetz. Diese Vorschriften und Vorgaben beeinflussen unsere täglichen Arbeitsabläufe. Dies hat zur Folge, dass die Organisation der Arbeitsabläufe möglichst optimiert werden müssen, um die Arbeitsaufträge und die Rechtsvorschriften erfüllen zu können. Die Verantwortung in der zahnärztlichen Praxis liegt beim Praxisinhaber.

15.45 – 16.30

Pause

Ernährung

Vorsitz: MR Dr. Eva Maria Höller

16.30 – 18.00

Das Ernährungskonzept - Der Stellenwert von Mikronährstoffen im Management der Parodontitis und Periimplantitis
Prof. Dr. Michael Haas, Graz
Die Parodontitis und Periimplantitis als multifaktorielle Erkrankungen werden von Genetik, Umwelt und Lebensstil beeinflusst. Ziel des Vortrages ist es, wissenschaftliche Beweise über den Einfluss der Ernährung aufzuzeigen und zu diskutieren. Bestimmte Mikronährstoffe können die Wirtsantwort verbessern und so als Bestandteil des Behandlungskonzeptes die Parodontalerkrankungen positiv beeinflussen. Auf Basis der Labordiagnostik mit Mikronährstoffstatus wird ein individueller Ernährungsplan erstellt.

18.30

Meet the Speakers – Loos Haus



Die Neue Burg ist ein Teil der Wiener Hofburg und des geplanten Kaiserforums, das Gottfried Semper und Karl Freiherr von Hasenauer ab 1869 für Kaiser Franz Joseph planten und errichteten. Heute beherbergt der Bau die Österreichische Nationalbibliothek, das Ephesos Museum, die Rastkammer und die Sammlung historischer Musikinstrumente. Im Vordergrund: Denkmal von Erzherzog Carl von Anton Dominik Fernkorn zwischen 1853 - 1859.

**Freitag
23. September 2016
Zeremonieaal**

Kinderzahnheilkunde

Vorsitz: Dr. Monika Felhofer & Dr. Petra Drabo

09.00 – 09.40

Frühkindliche Karies vermeiden - Prävention und praxisbezogene Therapieansätze
Prof. Dr. Katrin Bekes, Wien

Seit mehr als einem Jahrzehnt ist eine Verbesserung der Mundgesundheit im Kindes- und Jugendalter zu konstatieren. Diese Beobachtung gilt allerdings nur eingeschränkt für das Milchgebiss, denn die Kariesreduktion ist hier deutlich geringer als in der bleibenden Dentition und die Karies selbst stärker polarisiert. Gegenwärtig weisen Sechsjährige bis Siebenjährige fast doppelt so viele an Karies erkrankte Zähne im Milchgebiss auf als Zwölfjährige im bleibenden Gebiss. Eine Ursache dafür ist das gehäufte Auftreten der frühkindlichen Karies, die bereits im Kleinkindalter dominiert (Synonym: „Early Childhood Caries“ (ECC)). Sie zählt zu den häufigsten chronischen Erkrankungen im Kleinkind- und Vorschulalter. Idealerweise beginnt die zahnärztliche Prophylaxe der frühkindlichen Karies vor Durchbruch der Milchzähne. Nach Durchbruch der Milchzähne und dem Vorliegen erster kariöser Läsionen rücken neben der zahnärztlichen Sanierung die professionelle Zahnreinigung mit Empfehlungen zur Optimierung der eigenen häuslichen Mundhygiene und Aufklärungsgespräche in den Fokus der Präventionsarbeit.

Obwohl die Karies bei Kindern rückläufig ist und auch für das Milchgebiss moderne Therapiekonzepte zum Zahnerhalt zur Verfügung stehen, lassen sich dennoch bei einer gewissen Gruppe von kleinen Patienten Zahnverluste sowohl im Molaren- als auch im Frontzahnbereich nicht immer vermeiden. Weitere Ursachen für fehlende Zähne können Traumata oder Nichtanlagen sein. Hier stellt sich nun die Frage nach der prothetischen Versorgung: wo ist die reine Funktion zu sehen und wo der – meist elterliche - Wunsch nach ästhetischer Rehabilitation?

Je nach Anzahl der verlorengegangenen Zähne, der Lokalisation und Größe der Lücke sowie dem Alter des Kindes kann es zu Änderungen im wachsenden Kiefer, zur Entwicklung von Habits bzw. zu Platzverlusten kommen. Die Empfehlungen aus der Literatur für die Versorgung dieser Fälle sind jedoch nicht immer eindeutig. Neben den zahnärztlichen Indikationen und Kontraindikationen sind mehr und mehr die gestiegenen ästhetischen Ansprüche und auch die ästhetischen Versorgungsmöglichkeiten zu berücksichtigen, ebenso wie deren Einfluss auf die Lebensqualität der betroffenen Kinder und deren Familien.

09.40 – 10.00

„Dental Home“- Kinder in der Kassenpraxis! Geht das?
Dr.med.univ. Petra Drabo, Wien

Kinder mit ausgeprägten Zahnerkrankungen brauchen zur nachhaltigen Reduktion ihres Kariesrisikos eine kontinuierliche intensive Betreuung durch einen Hauszahnarzt, in den USA schon lange als „Dental Home“ bekannt. Ergänzend zu den reinen Kinderzahnheilkundeordinationen, die als Privatpraxen geführt werden, können Sie als Kassenarzt mit einigen wichtigen Werkzeugen ohne großen baulichen und zeitlichen Mehraufwand immense Wirkung im Bereich der Verhaltensführung erzielen. Erst in einer entspannten Atmosphäre mit gelungem Beziehungsaufbau zu Kind und Begleitperson, haben Sie die Möglichkeit zu adäquater Therapie und Motivation zu einer Verhaltensänderung bezüglich Ernährung und Zahnpflege. Das birgt die einmalige Chance, als Arzt entscheidend an der zukünftigen (Zahn-)Gesundheit eines Kindes und oft die der gesamten Familie ausschlaggebend zu sein! Aus über 10 Jahren praktischer Erfahrung mit Kindern in der Kassenpraxis in einem Brennpunktbezirk Wiens, möchte ich Ihnen die wichtigsten organisatorischen, kommunikatorischen, hypnotischen Tipps und Tricks weitergeben, die Sie schon am Montag in Ihrer eigenen Ordination umsetzen können!

10.00 – 10.20
Zwischen Ästhetik und Funktion – festsitzende und herausnehmbare Prothetik im Milchgebiss
Dr. Verena Bürkle, Salzburg

10.30 – 11.15 Pause

Endodontie

Vorsitz: Prof. DDr. Christof Pertl & DDr. Peter Brandstätter

11.15 – 11.55

Mikroorganismen bei endodontischen Infektionen
Prof. Dr. Sigrun Eick, Bern

Endodontische Infektionen betreffen die Zahnpulpa, das Wurzelkanalsystem und die Wurzelspitze. Über kariöse Läsionen oder auch Trauma können Mikroorganismen dort zu Infektionen führen. Mit modernen Methoden werden heutzutage sehr viele verschiedene Spezies nachgewiesen. Das Spektrum umfasst vor allem orale Streptokokken und Anaerobier, aber auch eine Vielzahl nicht kultivierbarer Spezies. Die Mikroorganismen können in Dentintubuli eindringen und Biofilme bilden. Biofilme stellen eine Gemeinschaft von Mikroorganismen dar und erweisen sich als relativ unempfindlich gegenüber antimikrobiellen Substanzen. Das Überleben von Bakterien im Biofilm im periapikalen Gewebe oder in den Dentintubuli stellt die Hauptursache für Therapiemisserfolge in der Endodontie dar. Hier können

auch Mikroorganismen, die sich durch eine hohe Resistenz gegenüber den desinfizierenden Mitteln auszeichnen (z.B. Enterococcus faecalis, Pseudomonas sp., Candida sp.), eine Rolle spielen. Die In vitro-Evaluation neuer Therapieverfahren soll die Möglichkeit der in den Dentintubuli persistierenden Mikroorganismen sowie deren Fähigkeit zur Biofilmbildung berücksichtigen.

11.55 – 12.15

Regeneration der Pulpa - Aus dem Blickwinkel eines „Basic Scientist“
Priv.-Doz. DI. Dr. Hermann Agis, Wien

Zahntraumata sind häufig Folge von Verletzungen bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Etablierte Verfahren werden verwendet, um diese Schäden zu behandeln. Allerdings verhelpen aktuelle Methoden in erster Linie zu Reparatur, aber nicht Regeneration. „Tissue Engineering“ öffnet die Tür für das neue Gebiet der regenerativen Endodontie, um die derzeitigen Grenzen der bestehenden Strategien zu überwinden. Neue Ansätze müssen auf dem Verständnis der zellulären Mechanismen der Regeneration aufbauen. In diesem Vortrag wird einen Überblick über die verfügbaren in vitro und in vivo-Modelle für Pulpa-Regeneration geboten. Es wird ein Einblick in die der Pulpa-Regeneration zugrunde liegenden Mechanismen gegeben und ein Ausblick in zukunftsreiche Ansätze für die regenerative Zahnmedizin. Die vorgestellten Ansätze zeigen das große Potenzial des „Tissue Engineering“ für die regenerative Endodontie.

Neue Ansätze müssen auf dem Verständnis der zellulären Mechanismen der Regeneration aufbauen.

men der Regeneration aufbauen. In diesem Vortrag wird einen Überblick über die verfügbaren in vitro und in vivo-Modelle für Pulpa-Regeneration geboten. Es wird ein Einblick in die der Pulpa-Regeneration zugrunde liegenden Mechanismen gegeben und ein Ausblick in zukunftsreiche Ansätze für die regenerative Zahnmedizin. Die vorgestellten Ansätze zeigen das große Potenzial des „Tissue Engineering“ für die regenerative Endodontie.

12.15 – 12.35

Modern methods of disinfection: PIPS, Ultrasound, Laser
Dr. Christoph Kurzmann, Wien

12.45 – 14.00

Mittagspause

Implantologie

Vorsitz: Prof. DDr. Christian Ulm & Prof. Dr. Georg Watzek

14.00 – 14.40

Implantation nach Extraktion im ästhetischen Bereich: Wann sofort, wann früh, wann spät?
Prof. Dr. Daniel Buser, Universität Bern

Der Zeitpunkt der Implantation nach Extraktion im ästhetischen Bereich ist ein kritischer Entscheid.

weil er die Voraussagbarkeit für einen ästhetischen Behandlungserfolg maßgeblich beeinflusst. Die möglichen Zeitpunkte sind vor 12 Jahren vom ITI in einer Klassifikation präsentiert worden, mit der Sofort-, der Früh- und der Spätimplantation. Im Vortrag werden zuerst die letzten Erkenntnisse der Knochen- und Weichteilveränderungen nach einer Einzelzahnextraktion präsentiert, welche durch die Gewebebiologie verursacht werden. Dann werden die verschiedenen Behandlungsoptionen mit ihren Indikationen vorgestellt. Für die Sofortimplantation sind ideale anatomische Bedingungen notwendig, insbesondere eine intakte und dicke faciale Knochenwand (>1mm) und ein dicker gingivaler Biotyp. Heute wird die Sofortimplantation ohne Aufklappung empfohlen, was für die Patienten außerordentlich attraktiv ist. Mit dieser Indikationsstellung ist sie in knapp 5-10% der Fälle möglich.

Die Frühimplantation mit einer 4 bis 8 wöchigen Weichteilheilung ist in vielen Fällen die Behandlung der Wahl (>80%), falls die faciale Knochenwand dünn ist oder einen Defekt aufweist. Dieses Vorgehen benötigt eine Lappenoperation und eine Konturaugmentation mit der GBR Technik, um eine dicke faciale Knochenwand beim Implantat wiederherzustellen. Dazu werden neben einer resorbierbaren Kollagenmembran autologe Knochenchips sowie ein boviner Knochenfüller verwendet. Diese Methode ist heute sehr gut mit Langzeitdaten dokumentiert. Zuletzt wird auch die Spätimplantation präsentiert, welche nur selten nötig ist (<2%). Falls indiziert, sollte bei der Extraktion ein Socket Grafting durchgeführt werden, um die Knochenatrophie in der Abheilphase möglichst klein zu halten.

14.40 – 14.55

Aktuelle implantologische Versorgungskonzepte des Lückengebisses
Prof. DDr. Werner Zechner, Wien

Der implantologischen Versorgung des teilbezahnten Patienten kommt zunehmend Bedeutung zu, was nicht zuletzt auf eine demographische Verschiebung und auf eine abnehmende Zahl von zahnlosen Patienten zurückgeführt werden kann. Oft betrifft dies Lückengebisse im posterioren Bereich mit reduziertem residuellem Knochenvolumen. Die therapeutischen Möglichkeiten sind durch Innovationen im Bereich der Augmentation als auch des Me-

ANKÜNDIGUNG

Vortragender	Kurs	Termine 2016/17	Punkte	Kosten
Dr. Guido Sampermans	Moderne Kieferorthopädie: Qualität und Effizienz 10 x 2-Tages-Module So und Mo 9–17 Uhr	14.–15.10., 18.–19.11., 16.–17.12., 13.–14.1.2017, 17.–18.2., 10.–11.3., 07.–08.4., 19.–20.5., 23.–24.6., 15.–16.9.	180	8.500,- inkl. Material im Wert von ca. € 850,-
Dr. Martin Baxmann	Assistenz in der selbststiegenderen Multibrackettechnik 2-Tages-Kurs	13.–14.11.2016	19	330,-
Dr. Martin Baxmann	Postmoderne Behandlungsmechanik – oder – Biegen: man lernt nie aus	28.1.2017	9	300,-
Dr. Martin Baxmann	Kieferorthopädie Ausbildungskurs, Österreich 6-teiliger KFO-Kurs So 10–17 Uhr, Mo 9–17 Uhr	19.–20.3.2017, 7.–8.5., 25.–26.6., 10.–11.9., 12.–13.11., 10.–11.12.	108	3.800,-
Dr. Martin Baxmann	Kieferorthopädie für Fortgeschrittene 6-teiliger KFO-Kurs Fr 11–18 Uhr, Sa 9–17 Uhr	17.–18.3.2017, 5.–6.5., 23.–24.6., 8.–9.9., 10.–11.11., 8.–9.12.	108	3.800,-

Info: Claudia Fath
Vertriebsmanagerin Österreich
cfath@americanortho.com
Tel.: 0043/676 915 80 58

AO AMERICAN ORTHODONTICS

HÄGER WERKEN

Die ganze Welt der Prophylaxe
Entdecken Sie die Vorteile unserer Produktvielfalt

Cavitron®
miradent
oral care system
Xylitol

dizinproduktbereiches noch breiter geworden. Ziel dieses Vortrages ist es, CAD/CAM-gestützte Augmentations- und vertikale, minimal-invasive Aufbautechniken im Oberkiefer vorzustellen. Zudem werden auch alternative, nicht-augmentations-gestützte implantologische Konzepte, die sowohl in der Universitätszahnklinik als auch in der implantologischen Praxis angewandt werden, anhand klinischer Fallbeispiele präsentiert.

14.55 – 15.10

Ist Allogen das neue Autolog?

Dr. Kai Zwanzig, Bielefeld

Ein ausreichendes Knochenlager bildet die Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Implantation. Noch immer herrscht die Meinung vor, dass autologer Knochen der Goldstandard ist. Unbestritten ist, dass die Transplantation autologen Knochens die Regenerationszeit erheblich verkürzt, doch müssen auch die Nachteile diskutiert werden, wie etwa die zusätzliche Entnahmestelle.

Die Verwendung allogenen Knochens bringt einige Vorteile mit sich; dieser Knochen ist unbegrenzt verfügbar und bedarf keiner weiteren Spenderregion. Die Literatur zeigt, dass die Erfolgsraten von Knochenaufbauten mit autologem und allogem Knochen vergleichbar sind. Was spricht also gegen die Verwendung von allogenen Knochen? Dieser Vortrag zeigt die Anwendung einer Schalenteknik und die Ergebnisse aus mittlerweile fünf Jahren klinischer Erfahrung.

15.10 – 15.25

Möglichkeiten zur Versorgung des zahnlosen Oberkiefers mittels parallelwandigen Implantaten – Erfahrung mit zwei Implantatsystemen

Prof. Dr. Dritan Turhani, Krems

Die ästhetische und funktionelle Rehabilitation des zahnlosen Oberkiefers stellt eine anspruchsvolle Aufgabe dar. Die Präsentation dient der Veranschaulichung unterschiedlicher Anwendungsmöglichkeiten von zwei parallelwandigen Implantatsystemen am Zentrum für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie der DPU Krems. Das Ziel ist die Neuentwicklung einseitiger Sofortbelastung der Implantate im zahnlosen Oberkiefer und andererseits zur vollkeramischen Rehabilitation darzustellen.

15.30 – 16.15

Pause

CAD/CAM

Vorsitz: Prof. Dr. Barbara Gsellmann & Prof. Dr. Martin Lorenzoni

16.15 – 16.35

Digitaler Workflow - Möglichkeiten-Praxisrelevanz-Ausblick

Prof. Dr. Gerwin Arnetzl, Graz

Als Prof. Francois Duret 1972 an einem System zu arbeiten begann, welches zahnärztliche Daten digitalisiert, war dies unter dem Hintergrund, dass Bill Gates sein Betriebssystem MS-DOS erst 1984 auf dem Markt brachte, eine außerordentliche Pionierarbeit mit zukunftsweisenden

Visionen. Mittlerweile sind nahezu alle zahnärztlichen und zahntechnischen Abläufe digitalisiert umsetzbar. Verschiedene Materialien erfordern zwingend den Einsatz von CAD/CAM-Technologien und die EDV ist in Verwaltung und Dokumentation im Praxisablauf nicht mehr wegzudenken. Für den Anwender wird es zunehmend schwieriger in der Produktvielfalt zu differenzieren und die für ihn tatsächlich beste Lösung zu finden.

Nicht alles, was technisch machbar erscheint, ist in der Einzelkonstellation auch sinnvoll. Die Wahl zwischen sogenannten „offenen“ Komponenten und geschlossenen Systemen wird oftmals zur Religionsfrage. Bestimmend für die Wahl der geeigneten Systeme und Komponenten ist sicherlich eine genaue Analyse der individuellen Praxissituation unter Berücksichtigung der eigenen Präferenzen, um danach ein sinnvolles Praxiskonzept zu erstellen. Eine Kosten-Nutzen Analyse schafft weitere Klarheit in der Entscheidungsfindung.

16.35 – 16.55

Computer Aided Impressioning

Prof. Dr. Andreas Moritz

16.55 – 17.35

Ein voll digitales Chairside-Konzept in der Implantologie – wie beginne ich? Marketing, Realität und Problembehandlung

Dr. Frederic Herrmann, Zug

Der digitale implantologische Workflow in der zahnärztlichen Praxis ermöglicht es uns schon heute neue vereinfachende Wege in der implantatprothetischen Rehabilitation zu beschreiben. Anhand von klinischen Falldokumentationen (Bild und Video) wird dieser Weg detailliert nachgezeichnet und erläutert.

• Vorstellung des rein digitalen Workflow von prothetischer Planung, Datenmatching des intraoralen Scans mit dem DVT-Datensatz, 3D-Implantatplanung, navigierte Chirurgie mittels digital erstellter Bohrschablonen, intraoraler Erfassung der Implantatposition, bis zur Herstellung von individuellen CAD/CAM-Abutments und monolithischen, okklusal verschraubten Implantatkronen mit dem CEREC-System.

• Die wirtschaftliche Einzelzahnversorgung in der funktionellen Zone

Rittersaal

Gnathologie

Vorsitz: Prof. Dr. Walther Wegscheider & OA Dr. Margit Bristela

09.15 – 09.55

Die funktionelle Okklusion und die Rekonstruktion in der Rehabilitation

Priv.-Doz. Dr. Ingrid Peroz, Berlin

Die Rolle der Okklusion als ätiologischer Faktor für die Entstehung von kranio-mandibulären Dysfunktionen (CMD) ist nach wie vor umstritten. Der derzeitige Stand der Evidenz ordnet die Okklusion nicht als Hauptfaktor sondern als Kofaktor für die Entstehung einer CMD ein. Dies bedeutet, dass nicht unwirksam eine opti-

mierte Okklusion zur Heilung einer CMD beiträgt, bedeutet jedoch auch nicht, dass es unerheblich ist, wie und in welcher Form die Okklusion im Rahmen prothetischer Rehabilitationen rekonstruiert wird. So zeigen Untersuchungen, dass die okklusale Morphologie unserer Zähne durchaus Sinn hat, um die Nahrung effektiv zu zerkleinern. Führungsprinzipien wie die Eckzahnführung haben eine Auswirkung auf die Muskulativität.

Um jedoch die okklusale Morphologie individuell an den funktionellen Gegebenheiten des Patienten anzupassen, ist die Übertragung dieser Parameter in einen Kausimulator eine *conditio sine qua non*. Ohne individuelle Daten ist nur eine mittelwertige Einstellung möglich, wodurch das Risiko für Rissbildungen durch den Zahnersatz deutlich zunimmt. Selbst wenn diese Interferenzen im Rahmen der Einpassung des Zahnersatzes eliminiert werden, so bedeutet dies einen höheren Zeitaufwand, ein höheres Risiko für Rissbildungen bei der Bearbeitung von Keramik und den Verlust der okklusalen Morphologie. Dass die derzeitigen elektronischen Registrierungssysteme exakt messen, ist nachgewiesen. Die Relevanz derartiger Registrierungen für die okklusale Passung ist ebenfalls belegt – bislang jedoch für die in einem analogen Artikulator hergestellte Rehabilitation. Der digitale Abdruck, die Registrierung der Okklusion mittels eines Scans der Interkuspitation gefolgt von der digitalen Herstellung von Zahnersatz sind nicht ausreichend. Diese werden im Artikulator hergestellt und regelmäßig kontrolliert und eingeschliffen, bis eine reproduzierbare und stabile Position des Unterkiefers erreicht ist. Im Rahmen einer interdisziplinären Diagnostik und Therapie werden Haltungsprobleme sowie andere Gelenkprobleme evaluiert. Probleme der Kaumuskulatur sind in engem Zusammenhang mit Problemen der Nackenmuskulatur und Wirbelsäulenproblematiken zu sehen. Aus heutiger Sicht ist eine adäquate Therapie von Funktionsstörungen nur mehr in Zusammenarbeit mit Physiotherapeuten zu bewerkstelligen. Die Lautbildung (Artikulation) gehört zu den wichtigsten Funktionen des Kauorgans. Lautbildungsstörungen sind häufig mit Zahnfehlstellungen vergesellschaftet. Die interdisziplinäre Therapie bei Patienten mit Artikulationsstörungen besteht in einer kombinierten logopädischen, myofunktionellen und kieferorthopädischen Therapie. Das Kauorgan hat große Bedeutung als sog. Somatisierungsorgan. Eine kausale Therapie kann hier nur durch den Psychiater erfolgen. Im Rahmen der Liaison-Ambulanz werden therapeutische Interventionen wie medikamentöse Therapie (Psychopharmaka), psychotherapeutische Intervention, Gruppentherapie, Jacobson Entspannungstherapie, Autogenes Training angeboten.

09.55 – 10.15

Bildgebende Diagnostik mittels MRT – ein Leitfadensystem

Prof. Dr. Martina Schmid-Schwab, Wien

Die bildgebende Diagnostik ist aus der Befunderhebung bei Pathologien der Kiefergelenke ein wichtiger Faktor. Hierbei stellt die Magnetresonanztomographie (MRT) den „Goldstandard“ dar. Ermöglicht neben einer Darstellung der knöchernen Strukturen auch eine Beurteilung der Weichteile und bei Verwendung spezieller Sequenzen auch das Erkennen von Flüssigkeitsansammlungen im Gelenkraum. In dem Vortrag werden die wichtigsten technischen Parameter und die praktische Durchführung einer Untersuchung mittels Magnetresonanztomographie der Kiefergelenke erklärt. Die verschiedenen Beurteilungskriterien Kondylusposition und –morphologie, Morphologie der Eminentia articularis, Diskusposition und –morphologie, Ergussbildung und Rotations- und Translationskapazität werden Schritt für Schritt anhand von Beispielen erläutert.

10.15 – 10.35

Initialtherapie und definitive prothetische Versorgung bei Funktionsstörungen im Kauorgan

Prof. Dr. Eva Piehslinger, Wien

Das interdisziplinäre Konzept der Diagnostik und Therapie bei Patienten mit Funktionsstörungen im Kauorgan umfasst die Zahn-, Mund-



Ehemalige Hofbibliothek – heute: Österreichische Nationalbibliothek mit dem Prunksaal (1723 – 1726). Zur Zeit Maria Theresias (1740 – 1780) entstanden die Flügelbauten, die die Bibliothek mit der Hofburg und der Augustinerkirche verbinden und mit ihr den Josefsplatz bilden.

Gerostomatologie

Vorsitz: DDR. Astrid Skolka & Prof. Dr. Gerwin Arnetzl

11.30 – 12.10

Zahnärztliche Prävention bis ins hohe Alter – Sinn oder Unsinn?

OA Dr. Cornelius Haffner, München

In Österreich leben heute mehr Menschen die 60 Jahre und älter sind, als solche, die jünger als 20 Jahre sind, eine Entwicklung, die sich bereits seit den frühen 70er-Jahren abzeichnet hat. Seit dieser Zeit schon wird die Reproduktionsrate unterschritten, so fehlen alleine bis 2030 die Mütter für die benötigten Kinder. Hinzu kommt, dass das hohe Alter nicht selten einhergeht mit demenzialer Erkrankung und in der Folge dem Eintritt in die Pflegebedürftigkeit. Dieser dauerhafte Wandel erfordert auch im Bereich der Zahnmedizin die sinnvolle Auseinandersetzung mit Anforderungen und Bedürfnissen dieser Patientengruppe.

Neben einer Vielzahl von Vorurteilen ist auch die Mundhöhle des alten Menschen oft Gegenstand einer undifferenzierten Betrachtungsweise und nicht selten als „Eldesgebiet“ abqualifiziert. Eine objektive Auseinandersetzung hingegen zeigt, dass das Alter nicht unmittelbar zu einer physiologischen Veränderung der Strukturen im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich führen muss. Eine repräsentative Erhebung des Deutschen Instituts der Zahnärzte (IDZ) – die DMS IV Studie – zeigt eindrucksvoll, dass 75% der 65-jährigen noch über die Hälfte ihrer eigenen Zähne besitzen. Fatal ist jedoch die Situation, dass zunehmendes Alter offenbar einher geht mit dem Verlust an Kenntnissen über die zahnärztliche Prophylaxe. Zahnärztliche Prävention bietet jedoch die Basis für den langfristigen Erhalt der Mundgesundheit. Darüber hinaus reduziert der gesunde Mund auch das Risiko für internistische Erkrankungen.

Die prothetische Rehabilitation des funktionsgestörten Patienten stellt für den Praktiker eine besondere Herausforderung dar, die okklusale Rehabilitation muss in manchen Fällen in der therapeutischen Position der Kiefergelenke erfolgen.

10.45 – 11.30

Pause

perlicher und kognitiver Funktionen, sowie um eine zunehmende Vulnerabilität gegenüber Erkrankungen und deren psychosozialen Folgen. Gebrechlichkeit ist ein physiologischer Status mit verminderter Reserve und kumulativer Dysregulation der physiologischen Systeme.

Wir müssen auch zur Kenntnis nehmen, dass 24% körperlich nicht in der Lage sind Mundpflege selbst durchzuführen, 26% kognitiv nicht in der Lage Mundpflege selbst durchzuführen, 4% die Mundhygiene verweigern, wobei 40% eigene Zähne haben, 38% Teilprothesen tragen, 38% eine Vollprothese haben und 3% weder Zähne noch eine prothetische Versorgung aufweisen. Untersuchungen in Österreich bestätigen auch eine ähnliche Situation bei uns. Aus diesen Gründen ist ein mehrdimensionaler Diagnose- und Therapieansatz notwendig. Erst die Kenntnis der individuellen Rahmenbedingungen erlaubt die Festlegung eines problembezogenen, adäquaten zahnärztlichen und/oder eines eventuell zusätzlich notwendigen medizinischen Untersuchungs- und Behandlungsaufwandes.

immer ein zentraler Punkt der Diagnosefindung. Im einfachsten Fall wird sie sich auf die Frage nach den Beschwerden beschränken. Im Normalfall bezieht sie wichtige allgemeinmedizinische Schlüsselbereiche ein. Zentrale Fragen sind hierbei:

- Sind relevante allgemeinmedizinische Erkrankungen bekannt?
- Nimmt der Patient regelmäßig Medikamente ein? Seit wann und in welcher Dosis werden diese Medikamente eingenommen?

• Sind weitere Risikofaktoren wie Tabak- oder Alkoholabusus vorhanden? Wenn die Arbeitsdiagnose durch die klinische Untersuchung alleine unklar bleibt, sind noch weitergehende Untersuchungen wie Serologie, Mikrobiologie oder eine Gewebeprobe notwendig. Strenggenommen kann die endgültige Diagnose einer Schleimhautveränderung nur zusammen mit einer zusätzlichen histopathologischen Untersuchung gestellt werden.

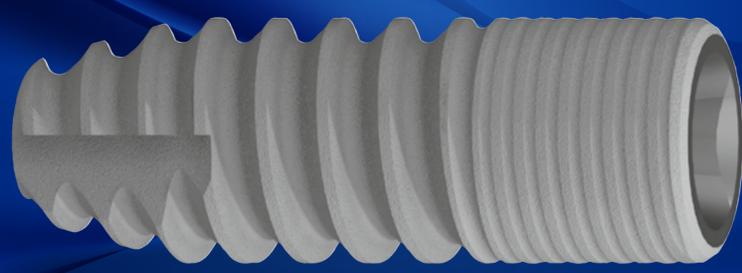
14.55 – 15.15

Das parodontale Ehlers–Danlos Syndrom: genetische, klinische und funktionelle Hintergründe

Priv.-Doz. Dr. Ines Kapferer-Seebacher, Innsbruck

Das parodontale Ehlers–Danlos Syndrom (EDS) ist eine autosomal dominant vererbte Bindegeweberkrankung, deren Hauptmerkmal eine schnell fortschreitende Parodontitis im Jugendalter ist. Um die genetische Basis der Erkrankung zu klären, wurde eine Tiroler Fünf-Generationenfamilie mit parodontalem EDS untersucht. In weiteren 15 Familien aus Europa und Nordamerika konnten heterozygote Missensmutationen in den Genen C1R und C1S (Complement 1 Subkomponenten r und s) als Krankheitsursache bestätigt werden. In dieser Kohorte von knapp 100 Betroffenen wurden auch zum ersten Mal die klinischen Merkmale der Erkrankung systematisch untersucht. Dabei konnte ein Struk-

Das faire ICX-PREMIUM -Implantat ist da!



59,-€*
je ICX-Implantat
Alle Längen,
alle Durchmesser
*zzgl. MwSt.

Wann ist Ihre ICX-Probe-OP?
Rufen Sie uns an, wie liefern sofort
versandkostenfrei an Sie!

medentis
medical

Service-Tel.: 02643 902000-0 · Mo.-Fr.: 7.30 bis 19 Uhr · www.medentis.de

3shape

TRIOS®

Digitale Abformlösung



5 Gründe für TRIOS®

- Ausgezeichnete Scantechnologien
- Flexible Hardware-Konfigurationen
- Umfangreichste Auswahl an Indikationen
- Offen und flexibel für jeden Labor-Typ
- Farbbestimmung und integrierte intraorale Kamera

Flexible Hardware-Konfigurationen im preisgekrönten Design



Handelsvertretungen:

MEDENTIKA®
prowital

bioimplon GmbH
3shape

Network & Support Partner:

CAM4DENT
DIGITAL DENTAL SOLUTIONS
3Dmedicalprint
The dentistry is obvious.

TRIOS® 3

ist Ihre All-In-One-Lösung

Schnell und mühelos
Scannen war noch nie so einfach für ZahnärztInnen und ZahnarztHelferInnen.



Farbbestimmung
Automatische Bestimmung der Zahnfarbe beim Scannen für ästhetische Ergebnisse.



RealColor™-Scans
Erstellen Sie qualitativ hochwertige digitale Abformungen in naturgetreuen Farben.



Intraorale Kamera und HD-Fotos
Optimieren Sie die Darstellung wesentlicher Details.

Let's go digital

Wir begleiten Sie auf Ihrem digitalen Weg. Unser Team von Spezialisten im Innen- und Außendienst steht Ihnen für Ihre Fragen und Wünsche zur Verfügung. Wir beraten Sie gerne und erstellen Ihnen ein auf Ihre Bedürfnisse abgestimmtes Angebot.

Für die richtige Entscheidung sollten Sie sich von der Leistungsfähigkeit des TRIOS® 3 und den faszinierenden Software-Lösungen (3shape Ortho System™, Dental System™, Implant Studio™) überzeugen.

- Vereinbaren Sie einen Präsentationstermin in Ihren Räumlichkeiten.
- Besuchen Sie einen Workshop im MC Lakeside Fortbildungszentrum.

Wir freuen uns über Ihren Anruf + 43 (0) 7662 29885

oder besuchen Sie unseren Stand im Festsaal am

41. ÖSTERREICHISCHER ZAHNÄRZTEKONGRESS 2016
WIEN • HOFBURG SEPTEMBER 22 • 23 • 24

Implantology & Digital Dentistry
Medental care

turfehler der oralen Gewebe als weiteres Hauptmerkmal der Erkrankung beschrieben werden. Weitere klinische Probleme inkludieren eine Hypermobilität einzelner Gelenke, prätibiale Verfärbungen, Aneurismen und Organrisse. Die Ergebnisse der Studie eröffnen einen außergewöhnlichen Zusammenhang zwischen dem Komplexsystem und einer Bindegeweberkrankung.

15.15 – 15.35
Allgemeinmedizinische Zusammenhänge Parodontitis – Osteoporose – rheumatoide Arthritis
Univ.-Ass. Dr. Hady Haririan, Wien
Parodontitis hat Einfluss auf den gesamten Organismus und umgekehrt. Dies wurde durch viele Studien mit Diabetes, Herz-Kreislaufkrankheiten und Schwangerschaft untermauert. Wie sieht es jedoch mit anderen Erkrankungen aus, die im Verdacht stehen mit Parodontitis zusammenzuhängen? „Ich hab' Osteoporose, bekomme ich dadurch auch einen Kieferschwund?“ „Können meine Gelenksbeschwerden mit den Problemen im Mund zusammenhängen?“. Die Evidenz ist (noch) dünn, dieser Kurzvortrag soll einen Überblick über Ursachen, Zusammenhänge und Wechselbeziehungen zwischen Parodontitis, Osteoporose (Stichwort Vitamin D!) und rheumatoider Arthritis geben.

15.45 – 16.30
Pause

Zahntrauma
Vorsitz: Priv.-Doz. Dr. Markus Hof & Univ.-Doz. Dr. Johann Beck-Mannagetta

16.30 – 16.55
Problemzone Avulsion
Prof. Dr. Kurt Ebeleseder, Graz
Die vollständige Unterbrechung der Zirkulation wie auch die Dislokation aus der Alveole fügen einem avulsierten Zahn in der Regel irreversible Schäden zu, die seine Replantation zur zahnmedizinischen Problemzone werden lassen. Abgesehen von einer seltenen, sofortigen zufälligen Reperfusion, ergibt sich endodontisch im besten Fall nach Replantation ein revascularisierter Zahn, sprich ein mit neu eingewachsenem Gewebe aufgefülltes Pulpakavum. Dieses Gewebe ist in der Regel Hartsubstanz-bildend, muss aber nicht Dentin sein. Die Früh-diagnose einer Revascularisation ist zumeist nur indirekt möglich. Revascularisierte Zähne weisen später oft eine Obliteration der Pulpa auf, die ein eigenes Problemfeld begründet. Zähne mit geschlossenem Apex werden so gut wie nie revascularisiert, solche mit offenem Apex in 30% der Fälle. Nicht revascularisierte replantierte Zähne entwickeln sehr oft eine infektionsbedingte hochaggressive Wurzelresorption, die durch konventionelle endodontische Behandlung verlässlich zum Stillstand kommt. Während der endodontische Problembereich zwar schwierig, aber klinisch lösbar ist, führen parodontale Zellverluste durch extraalveoläre Aus-

trocknung ab einer bestimmten Ausdehnung zum unweigerlichen Verlust des Zahnes durch Ankylose und durch die damit verbundene Ersatzresorption sowie vertikale Wachs-tums-hemmung. Hier ist jedoch die Diagnostik einfach und eindeutig, sodass der Zahnverlust absehbar und sein Ersatz optimal planbar ist. Bei Jugendlichen besteht dieser Ersatz entweder in kieferorthopädischem Lückenschluss bzw. Autotransplantation oder in einem mit Metallbogen und Komposit fixierten Zwischen-glied. Da die Entfernung eines ankylosierten Zahnes in der Regel mit großem Knochenverlust einhergeht, sollte einer Dekoronation mit Belastung ankylosierter Wurzelanteile der Vorzug gegeben werden.

16.55 – 17.20
Zahnverlust im Wachstum! Was tun?
Prof. Dr. Thomas Bernhart, Wien
Der Zahnunfall (= das Zahntrauma) mit einem Zahnverlust in der Oberkiefer Schneidezahnregion stellt an alle Beteiligten immer eine hohe Herausforderung dar. Bei erwachsenen Patienten ist die Entscheidung in Richtung implantologischer Lösung sehr schnell getan. Da es sich aber mehrheitlich bei dieser schweren Form des Zahntraumas um Patienten im Kindes- oder Jugendalter handelt, ist diese Therapieform mit größter Zurückhaltung und Vorsicht zu wählen.

Der Jugendliche hat, im Gegensatz zu Kindern mit Milchzahnverlusten, eine deutlich komplexere Ausgangssituation durch einen traumatischen Zahnverlust. Das Wachstum bei Jugendlichen im Wechselgebiss ist in unterschiedlichen Regionen auch unterschiedlich entwickelt und fortgeschritten. Gerade der am häufigsten betroffene Bereich der vorderen Oberkieferschneidezähne bedarf ein dem Wachstum und der Entwicklung der Zähne entsprechendes therapeutisches Vorgehen. So geht nicht nur durch das Trauma Hart- und Weichgewebe verloren, sondern durch wachstumshemmende Maßnahmen, wie ein Implantat sind zusätzliche Komplikationen zu erwarten. Jede Ankylose stört die Entwicklung und sogar eine ausgesetzte Behandlung kann sich über Jahre negativ auswirken.

17.20 – 17.55
Das akute Frontzahntrauma - aktuelle Konzepte der Erstversorgung
Dr. Steffen Schneider, Wien
Die Versorgung traumatischer Verletzungen der Frontzähne gehört trotz hoher Prävalenz nicht zu den alltäglichen Notfallbehandlungen in der zahnärztlichen Ordination. Schon deshalb stellen diese den Behandler, neben dem oftmals entscheidenden zeitlichen Aspekt, häufig vor besondere Herausforderungen hinsichtlich der notwendigen Diagnostik und Therapie. Insbesondere der Primärversorgung kommt hierbei größte Bedeutung zu, da diese weitestgehend das Behandlungsergebnis bestimmt. Zudem müssen bereits über die Akutsituation hinaus mögliche Folgekomplikationen in der Therapieplanung berücksichtigt werden.

17.55 – 18.30
Die Bedeutung der Erstversorgung bei Frontzahntrauma
Dr. Barbara Paal, Innsbruck
Die Bedeutung der Erstversorgung bei Frontzahntrauma ist ein zentraler Aspekt der zahnärztlichen Diagnostik und Therapie. Insbesondere die primäre Versorgung des Zahnes ist von großer Bedeutung, da sie weitestgehend das Behandlungsergebnis bestimmt. Zudem müssen bereits über die Akutsituation hinaus mögliche Folgekomplikationen in der Therapieplanung berücksichtigt werden.

18.30 – 19.00
Pause

19.00 – 19.30
High End Full-Arch-Rekonstruktion mit ZirCAD und e.max CAD
Dr. Marius Meier, Kems

19.30 – 19.40
Sofortbelastung von S-Line Implantaten im zahnlosen Oberkiefer mit einer supragingivalen Neuentwicklung
Somin Weber, Kems

19.40 – 19.50
CAD/CAM gefertigte Totalprothesen – Ein Überblick über aktuelle Systeme
Florian Klauzner, Innsbruck

19.50 – 20.00
Vergleich der Reaktion der Parodontalligamentzellen auf zwei verschiedene Porphyrmonas gingivalis-Lipopolysaccharid-Präparationen
Setareh Younes Abhori, Wien

Da es sich meist um ausgesprochen variable und in vielen Fällen sehr komplexe Verletzungen handelt, welche regelmäßig mehrere Gewebe betreffen, erfordert das Vorgehen bei der Erstversorgung des Frontzahntraumas ein hohes Maß an Verständnis der anatomischen und biologischen Grundlagen sowie der daraus resultierenden therapeutischen Konsequenzen. Hier haben sich die herkömmlichen Behandlungskonzepte in den letzten Jahren teilweise erheblich verändert; gleichzeitig konnten sich synoptische Therapiekonzepte immer mehr durchsetzen.

Ratstube

Freie Vorträge
Vorsitz: Dr. Reinhard Gruber & Prof. Dr. Michael Payer

09.00 – 09.10
High End Full-Arch-Rekonstruktion mit ZirCAD und e.max CAD
Dr. Marius Meier, Kems

09.10 – 09.20
Sofortbelastung von S-Line Implantaten im zahnlosen Oberkiefer mit einer supragingivalen Neuentwicklung
Somin Weber, Kems

09.20 – 09.30
CAD/CAM gefertigte Totalprothesen – Ein Überblick über aktuelle Systeme
Florian Klauzner, Innsbruck

09.30 – 09.40
Vergleich der Reaktion der Parodontalligamentzellen auf zwei verschiedene Porphyrmonas gingivalis-Lipopolysaccharid-Präparationen
Setareh Younes Abhori, Wien

09.40 – 09.50
Endotoxintoleranzentwicklung bei humanen parodontalen Ligamentzellen durch Stimulierung mit Porphyrmonas gingivalis Lipopolysaccharid
Alice Blufstein, Wien

09.50 – 10.00
Infiltration von Zähnen mit entwicklungsbedingter Hypomineralisation mit niedrig viskosem Kunststoff – eine in vitro-Untersuchung
DDr. Dagnar Schnabl, Innsbruck

10.00 – 10.10
Oberflächenbeschaffenheit von Zähnen nach Kleberentfernung: eine in-vitro-Studie anhand des Konfokalmikroskops
DDr. Barbara Paal, Innsbruck

10.10. – 10.20
Vergleich unterschiedlicher Bracket-Klebemethoden mittels 3D-gescannter Modelle: eine in-vitro-Studie
Dr. med. dent. Johanna Schmid, Innsbruck

10.20 – 10.30
Differentiation and Behavior of Osteoblasts on Ti Surfaces depending on their Micrometerscale Roughness
Ass. Prof. Dr. Oleb Andrukhou, Wien

10.30 – 10.40
Praxisrelevanz von Weisheitszahn-Klassifikationen
Andreas Neiss, Graz

11.00 – 11.45
Pause

Grundlagenforschung
Vorsitz: Prof. Dr. Andreas Schedle & Prof. Dr. Ulrike Kuchler

11.45 – 12.15
Makrophagen und Konsorten auf Biomaterialien – Was lernen wir daraus?
Prof. Dr. sc. nat. Dieter Bosshardt, Bern

12.15 – 12.45
Über die Biologie von Knochen- transplatanen: Die parakrine Wirkung
Prof. Dr. Reinhard Gruber, Wien

Knochen- transplatanen werden zur Augmentation in der regenerativen Zahnmedizin eingesetzt. Die Konsolidierung von autologem Knochen erfolgt, verglichen mit Xenotransplantaten oder alloplastischen Knochenersatzmaterialien, verhältnismäßig rasch. Autologer Knochen integriert dabei drei Eigenschaften die sich günstig auf Konsolidierung auswirken: Osteokonduktivität, Osteogenität und Osteoinduktivität. Unsere Forschung zeigt eine vierte Eigenschaft auf die auf eine parakrine Wirkung des Knochens hinweist. Diese Erkenntnisse beruhen auf der Analyse einer wässrigen Lösung von unbehandelten Knochenchips. Wir konnten Regulationssignale im sogenannten „bone-conditioned medium“ (BCM) nachweisen und deren Auswirkungen auf die Zellantwort studieren. Dabei spielt der Wachstumsfaktor TGF-β1 eine zentrale Rolle. Die TGF-β-artige Wirkung lässt sich auch in Extrakten von entmineralisierten, bestrahlten, erhitzten und antiseptisch behandelten Knochenchips dokumentieren. Zudem erfolgt eine Adsorption der TGF-β-artigen Wirkung auf Kollagenmembranen. Es wäre daher möglich, dass die parakrine Wirkung des Knochens die Konsolidierung von Transplantaten unterstützt.

12.45 – 13.05
Autologer Knochen in der Sinusbodenelevation: Ergebnisse aus der histologischen Grundlagenforschung
Mag. Stefan Tangl, Wien

Die Verwendung von autologem Knochengewebe wurde sehr lange Zeit als „Goldstandard“ für die Sinusbodenelevation angesehen. Experimentelle Befunde haben jedoch mittlerweile Zweifel an der universellen Eignung dieses Augmentationsmaterials aufkommen lassen.

In der histologischen Analyse eigener präklinischer Studien, zeigte sich eine sehr geringe Volumenstabilität des autologen Knochens. Durch eine rasche Resorption geht oft schon in frühen Phasen der Transplantatintegration ein Großteil des Augmentates wieder verloren. Die Verwendung von langsam resorbierbaren synthetischen oder xenogenen Knochenersatzmaterialien, kann diesen Abbauprozess verlangsamen und längerfristig ein Implantatlager ausreichender

Größe zur Verfügung stellen. Die histologische Befundung von humanen Biopsien aus Sinusliftarealen bestätigt und vertieft dieses Bild. Autologes Knochen- transplatan, so es überhaupt nachweisbar ist, bleibt auf sehr kleine Inseln im neugebildeten Knochengewebe reduziert, während xenogenes Ersatzmaterial oft in großer Menge erhalten bleibt und gut osseointegriert wird. Die histologische Beschreibung und histomorphometrische Auswertung von unentkalkten Dünnschliffen kann zum Verständnis grundlegender Prozesse in der Augmentatintegration und -resorption beitragen.

13.15 – 14.30
Mittagspause

E-Media (New Media & Marketing)
Vorsitz: MR Dr. Franz Hastermann

14.30 – 15.10
Internet Marketing - Was kommt auf uns zu? Mit der Einführung von 5G (2020) wird sich das Internetverhalten drastisch ändern. Auch das Ihrer Patienten!
Günter Lichtner, Graz

„New Media“ ist heute eher Standard denn neu. Social Media, Twitter, Instagram und Responsive Websites sind State-of-the-Art Kommunikationsmittel – auch für ärztliche Berufe. Trotzdem lassen ca. 70% der österreichischen ZahnärztInnen diese Kommunikations-Standards fast unbeachtet und haben nicht erkannt, dass es schon lange nicht mehr genügt, mit einer Adresse und Telefonnummer im Herold vertreten zu sein. Bis 2020 wird sich die Internet-Landschaft und das Online-Verhalten nochmals mit einem kräftigen Innovationsschub Richtung Zukunft bewegen. Was bis dahin die wichtigsten Themen und Entwicklungen sein werden, wer davon profitiert und wie Sie sich strategisch und operativ darauf vorbereiten können, wird in diesem Impuls-Vortrag aufgezeigt.

15.10 – 15.50
Patientenkommunikation, Aufklärung und Dokumentation im digitalen Zeitalter
Norbert Haimberger, Klosterneuburg

Digitale Medien sind omnipräsent. Diese Entwicklung findet auch im Gesundheitswesen statt. Der richtige Einsatz dieser neuen Kommunikationskanäle sollte auch in jeder Praxis bedacht werden.

Diese neuen technischen Möglichkeiten verändern nicht nur die Abläufe in den Ordinationen, sondern auch die Art der Kommunikation zwischen Praxisteam bzw. Ärzteschaft und PatientInnen sehr schnell. Mündige PatientInnen haben heute - im Zeitalter der Digitalisierung - ein gänzlich anderes Informationsbedürfnis als noch vor 15 Jahren.

iPad-gestützte Informationsmedien unterstützen das Ordi-Team bei dieser Herausforderung und schaffen ein besseres Verständnis bei den PatientInnen. Klar kommunizieren – klar positionieren wird immer wichtiger. Als Basis für jedes zeitgemäße Arztpraxis-Marketing dient die genaue Positionierung und Definition

der Patienten-Zielgruppen. Danach richten sich die Maßnahmen, die gesetzt werden.

16.00 – 16.45
Pause

Konservierende ZHK 1
Vorsitz: Prof. Dr. Andreas Moritz & Dr. Ingrid Peroz

16.45 – 17.05
25 Jahre Keramikveners - Möglichkeiten und Grenzen
Prof. Dr. Herbert Dumfahrt, Innsbruck

17.05 – 17.45
Dentale Erosionen - von der Diagnose zur Therapie

Prof. Dr. Adrian Lussi, Bern
Nicht kariöse Defekte der Zahnhartsubstanz (dentale Erosionen, „erosive tooth wear“) haben in den letzten Jahren zugenommen. Die Gründe dafür sind multifaktoriell. Veränderte Ernährungs- und Lebensgewohnheiten sowie häufige Zahnreinigung mit zum Teil abrasiven Zahnpasten spielen dabei eine Rolle. Dentale Erosionen werden definiert als Zahnhartsubstanzverlust, verursacht durch Säure, ohne Mitwirkung von Mikroorganismen. Erosionen können durch exogene oder endogene Faktoren entstehen. Zu den exogenen Ursachen gehören massiver Konsum von säurehaltigen Lebensmitteln sowie berufsbedingte Säureexposition. Unter die endogenen Ursachen fallen chronische Magen-, Darmstörungen sowie Anorexia und Bulimia nervosa mit häufigem Erbrechen. Die Diagnostik und das Erkennen der für den jeweiligen Patienten relevanten Risikofaktoren sind der Schlüssel zu einer erfolgreichen Prophylaxe. Insbesondere ist es heute wichtig, die schädigende Wirkung von Säuren in Nahrungsmitteln und Getränken richtig einzuschätzen, um erfolgreiche Ernährungstipps zu geben. Die Therapie kann einfache Versiegelungen bis komplexe Rekonstruktionen umfassen.

17.45 – 18.05
Der Einfluss von Zahnpasten auf die Zellviabilität
DDr. Barbara Cvikl, Wien

Trabantenstube

Prophylaxe 1
Vorsitz: Univ.-Ass. Dr. Hady Haririan

09.00 – 10.30
Prophylaxe 2016 – Eigentlich ist alles ganz einfach - Was kann der Patient vom Prophylaxeteam erwarten?
Prof. Dr. Johannes Einwag, Stuttgart
Die zahlenmäßig wichtigsten Erkrankungen der Mundhöhle (Karies, Gingivitis, Parodontitis, Periimplantitis) sind „Biofilm-induziert“. Entsprechend einfach ist die präventive Strategie: Entfernung des Biofilms, bevor er pathogen wird! Gleichmaßen einfach sind auch die Techniken der Säuberung: Mechanische und Chemische Hilfsmittel werden seit Jahrtausenden mit Erfolg zur Reinigung verschmutzter Oberflächen

(u.a. auch der Zahnoberflächen) angewandt! Prophylaxe funktioniert! In allen Altersgruppen! Wo also liegt das Problem? Warum gibt es nach wie vor „Volkskrankheiten“ wie Karies, Gingivitis, Parodontitis und (seit kurzem) Peri-Implantitis? Die Antwort liegt auf der Hand: Offensichtlich ist „die Entfernung des Biofilms, bevor er pathogen wird“ mit ganz konkreten praktischen Schwierigkeiten verbunden! Im Rahmen des Updates sollen diese konkreten Schwierigkeiten erarbeitet und Möglichkeiten der Überwindung der Probleme aufgezeigt werden.

10.30 – 11.15
Pause

Prophylaxe 2
Vorsitz: Prof. DDr. Franz-Karl Tuppy

11.15 – 12.45
Prophylaxe 2016 – Eigentlich ist alles ganz einfach - Was kann das Prophylaxeteam vom Patienten erwarten?
Prof. Dr. Johannes Einwag, Stuttgart

12.45 – 14.00
Mittagspause

Prophylaxe 3
Vorsitz: Dr. Axel Mory

14.00 – 15.30
Parodontitisprävention
Dr. Eva Kovalová, Prešov
Das in der Parodontitisprävention theoretisch Gelehrte auch in der Praxis umzusetzen scheidet nicht selten an örtlichen Gegebenheiten, Zeitmangel oder dem hektischen Praxisalltag. Aus dem umfangreichen Wissen, das Wesentliche zu filtern und in ein Arbeitskonzept umzuwandeln ist Ziel dieses Vortrages. Welche einfachen Untersuchungen und Anschauungshilfen tragen dazu bei, die Motivation des Patienten zu verbessern? Wie kann man das individuelle Risiko des Patienten rasch erfassen und in die Behandlungsmaßnahmen einfließen lassen? Welche Hilfsmittel benötigt man dazu? Wer macht in der zahnärztlichen Ordination was, damit aus angedachten Veränderungen tatsächlich gelebte Routine auf hohem Niveau werden kann? Wie wirkt sich ein eingespieltes Praxisteam auf die Patientenzufriedenheit? Besonderes Augenmerk wird auf mögliche Motivationsverbesserungen bei unseren Risikogruppen (Patienten mit aggressiver Parodontitis, Kinder mit Karies und schwangeren Frauen) gelegt.

15.30 – 16.15
Pause

Prophylaxe 4
Vorsitz: Dr. René Gregor

16.15 – 17.45
Parodontitismanagement
Dr. Eva Kovalová, Prešov

18.00
ÖZMK Generalversammlung

20.00
Gala-Abend - Nationalbibliothek

Samstag
24. September 2016
Zeremoniensaal

Parodontologie
Vorsitz: Präs. Univ.-Doz. Dr. Werner Lill & Univ.-Doz. DDr. Raoul Polansky

09.00 – 09.40
Regenerative Therapie ohne Skalpell - Utopie oder Realität?

Prof. Dr. Jörg Meyle, Gießen
Parodontale Entzündungen werden durch den bakteriellen Biofilm ausgelöst, der sich auf den Zahn- und Wurzeloberflächen ausbildet. Die radikale Beseitigung und Elimination der Erreger und des Biofilms schafft die Voraussetzungen für eine Ausheilung der Defekte, die Abhängigkeit von der Zeitdauer und der Überwachung durch den Behandler zu überschreitenden Behandlungsergebnissen führen kann.

Im Gegensatz zu früheren Behandlungskonzepten kommt es darauf an, dass nach Abschluss der antiinfektösen Lokaltherapie eine engmaschige und intensive Überwachung des Patienten stattfindet, damit die Heilungsprozesse nicht durch eine frühzeitige Neuinfektion beeinträchtigt werden. Unter diesen Voraussetzungen kommt es innerhalb der ersten zwei Jahre auch zur Reossifikation von knöchernen Strukturen und Attachmentgewinn, die man sonst nur nach operativer Intervention beobachtet.

09.40 – 10.00
Lokale Antibiotikaapplikation bei der Parodontistherapie - sinnlos oder hilfreich?
Prof. Dr. Dr. h.c. Andrej Kielbassa, Krems

10.00 – 10.20
Allgemeinmedizinische Zusammenhänge in der Parodontologie
Dr. Behrouz Arefnia, Graz
Gingivitis und Parodontitis zählen zu den prävalentesten Krankheiten unserer Zeit. Diese Erkrankungen stehen im Verdacht auf viele sogenannte Zivilisationserkrankungen der Industrieländer einen negativen Einfluss hinsichtlich Inzidenz und Progredienz zu haben. In diesem Kurzvortrag sollen die ätiopathologischen Zusammenhänge zwischen parodontalen und einigen allgemeinmedizinischen Erkrankungen auf Grundlage von rezenter Literatur und wissenschaftlicher Evidenz beleuchtet werden.

10.30 – 11.15
Pause

Mundschleimhaut
Vorsitz: Priv.-Doz. DDr. Gabriele Dvorak & Prof. DDr. Norbert Jvaker

11.15 – 11.35
Therapie von Erkrankungen der Mundschleimhaut aus zahnärztlicher Sicht
OA. Dr. Astrid Truschegg, Graz
Die Therapie von Erkrankungen der Mundschleimhaut umfasst die Behandlung weißlicher, rötlicher, pig-

mentierter, ulzeröser und tumoröser Läsionen, die präprothetische/ präimplantologische Chirurgie und die Korrektur von Lippen- und Zungenbändchen im Rahmen einer kieferorthopädischen Therapie. Dazu stehen eine Vielzahl unterschiedlicher Behandlungsverfahren zur Verfügung: Behebung mechanischer Traumata, medikamentöse Therapien, photodynamische Therapie, operative Therapien mit Skalpell, Kauter oder Laser. In vielen Fällen erreicht man jedoch nur dann ein zufriedenstellendes Ergebnis, wenn auch die Ursache für die Mundschleimhauterkrankung behoben wird.

11.35 – 11.55
Eine Herausforderung für den Kieferchirurgen: was verbirgt die Mundschleimhaut?

Univ.-Doz. Dr. Johann Beck-Mannagetta, Salzburg
Zwar fallen nur wenige Erkrankungen der Mundschleimhaut in das Arbeitsgebiet des Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen, doch sind differenzialdiagnostische Erwägungen u.U. von erheblicher Bedeutung für Patient und Arzt. Die Mehrzahl der Mundschleimhauterkrankungen beruhen auf Veränderungen im Epithel, an der Basalmembran oder im unmittelbar darunter gelegenen, subepithelialen Bindegewebe. Die Diagnose ergibt sich durch Anamnese, klinisches Bild, ev. Symptome und/oder eine Probexzision. Subtile Veränderungen der Mundschleimhaut können aber auch durch tiefer liegende pathologische Vorgänge hervorgerufen werden. Mitunter liefern nämlich weder die Anamnese noch das klinische Bild eindeutige Anhaltspunkte. Wichtige Hinweise sind aber Symptome (z.B. Schwellung oder Schmerzen) und der Tastbefund. Der einstige Spruch „Jede Schwellung ist so lange ein Tumor bis das Gegenteil bewiesen ist“ sollte jedoch vermieden werden, um den Patienten nicht zu verunsichern. In den weitaus meisten Fällen benötigt der Kieferchirurg eine Röntgenuntersuchung und eine ausreichende tiefe Biopsie. Gutartige und bösartige Veränderungen im Bindegewebe, in den kleinen Speicheldrüsen oder im Knochen können sich unter vermeintlich unauffälliger Schleimhautoberfläche verbergen. Die histopathologische Untersuchung kann schwierig sein, und gelegentlich empfiehlt es sich, eine Zweitmeinung von einem Experten für Oralpathologie einzuholen. Typische Beispiele sollen auf diese Schwierigkeiten hinweisen und Lösungsansätze erläutert werden.

14.20 – 14.35
Die detontogene Sinusitis maxillaris – Ursachen und Vorstellung komplexer Fälle

Prof. DDr. Christian Ulm, Wien
Die bei weitem häufigste Ursache einer odontogenen Sinusitis maxillaris stellt mit rund 70% die Mund-Antrum-Verbindung nach Extraktionen dar. Eine periapikale, rarifizierende Ostitis, Fremdkörper detontogene Ursprungs sowie eine weit fortgeschrittene Parodontitis marginalis profunda sind ebenfalls häufige Ursachen einer detontogenen Sinusitis. Durch den zunehmenden Einsatz enossaler Implantate kann es aus unterschiedlichen Gründen zu Kieferhöhlenbeschwerden kommen. So kann eine fortgeschrittene Perimplantitis eines bis in den Recessus alveolaris des Sinus maxillaris hineinragenden Implantats zu einer vom Mundraum aufsteigenden Kieferhöhleninfektion führen. Im ungünstigsten Fall kann das nun nicht mehr fest im Knochen verankerte Implantat in die Kieferhöhle luxieren und dort zu massiven sinusitischen Beschwerden führen. Zur Schaffung eines adäquaten Knochenangebotes werden zunehmend Sinusbodenelationen nach verschiedenen chirurgischen Techniken durchgeführt. Entweder über den operativen Zugangsweg oder durch lokal bestehende entzündliche Prozesse kann es zu bakteriellen Infektionen des augmentierten Bereiches kommen, wodurch akute oder chronische Sinusitiden und oroantrale Fisteln entstehen können.

11.55 – 12.40
Der Mund als Spiegelbild interner Erkrankungen

Prof. Dr. Wolfgang Graninger, Wien
Die Mundhöhle ist ein Biotop mit stark wechselnden Keimzahlen. Dabei ist erstaunlich, dass Zähne eine Lebensdauer von > 100 Jahren haben. Wesentliche Faktoren sind Speichelfluss und Biofilmbildung 'guter' Bakterien. Durch Ernährungs- und psychische Einflüsse kann das Gleichgewicht empfindlich gestört werden, was sich nega-

14.35 – 14.50
Komplexe Weisheitszahnentfernungen
Prof. DDr. Gabor Tepper, Wien

tiv auf mögliche Implantate auswirken kann. Antibiotika greifen in das Mikrobiom des Darms ein und sollten nur therapeutisch gegeben werden.

12.45 – 14.00
Mittagspause

Orale Chirurgie
Vorsitz: Prof. DDr. Michael Rasse & Prof. Dr. Drithan Turhani

14.00 – 14.20
Komplikationsmanagement in der Oralen Chirurgie
Prof. DDr. Norbert Jakse, Graz
Komplikationen können auch bei korrektem, chirurgischem Vorgehen eintreten und sind dementsprechend nicht unbedingt Behandlungsfehler. Häufig sind sie aber auch die Folge mangelnder Sorgfalt. Um im Falle einer Komplikation ein entsprechendes Arzt-Patienten Vertrauensverhältnis zu erhalten sind entsprechende Kommunikation, Transparenz und richtiges Komplikationsmanagement wesentliche Faktoren.

Im Vortrag werden die wesentlichen oralchirurgischen Komplikationen anhand von Fallpräsentationen besprochen und vor allem wird darauf eingegangen, wie sie vermieden werden können und was im Anlassfall zu tun ist.

15.05 – 15.20
Periapikale Entzündung beim unteren zweiten Molaren: Erhaltung oder Extraktion?

Univ.-Doz. DDr. Christof Pertl, Graz
In diesem Vortrag wird die Fragestellung der Erhaltung des unteren zweiten Molaren oder alternativ der Ersatz dieses Zahnes durch ein Implantat in verschiedenen klinischen Fragestellungen diskutiert. Nachdem der untere erste Molar, durch mangelnde Zahnhgiene im Kindesalter bedingt, der am häufigsten extrahierte bleibende Zahn ist, wird der zweite Molar häufig als Brückenpfeiler verwendet. Die Wurzelspitzenresektion ist anatomisch anspruchsvoll und mit einem erhöhten Risiko der Schädigung des Nervus alveolaris inferior verbunden. Indikation und Besonderheiten der chirurgischen Technik werden kurz diskutiert. Die intentionale Replantation des unteren zweiten Molaren ist eine sinnvolle Alternative zur Wurzelspitzenresektion. Die Prognose ist in hohem Maße von einem konsequent eingehaltenen klinischen Protokoll abhängig. Der genaue Ablauf und der langfristige Therapieerfolg werden kritisch dargestellt. Schließlich wird auch der Ersatz dieses Zahnes mit einem Implantat grundsätzlich und aus chirurgischer Sicht beleuchtet. Insgesamt soll aus eigener klinischer Erfahrung und wissenschaftlicher Literatur eine umfassende Beurteilung der vorgestellten therapeutischen Ansätze präsentiert werden.

15.20 – 15.30
Unterkiefer-Alveolarkammplastotomie bei horizontalem Knochenverlust – eine Alternative zur Augmentation
Alice Wärtinger, Wien

14.50 – 15.05
Guided Surgery – ein Update und Innovationen für zukünftige Bohrschablonen

Ass. Prof. Priv. Doz. Dr. Georg D. Strbac, Wien

In den letzten 10 Jahren wurde die virtuelle chirurgische Planung und die darauf folgende geführte Implantation mit Hilfe von chirurgischen Schablonen weiterentwickelt. Diese heutzutage bereits sehr etablierte Methode ermöglicht eine akkurate interdisziplinäre chirurgische und prothetische Planung. Mit Hilfe der 3-dimensionalen radiologischen Bildgebung und der virtuellen Planung kann das vorhandene Knochenangebot beim Patienten optimal genutzt und dadurch in vielen Fällen eine Knochenaugmentation verhindert werden. Zusätzlich können bereits vor der Operation prothetische Versorgungen für eine Sofortversorgung hergestellt werden. In diesem Vortrag werden neue, an der Universitätsklinik Wien entwickelte, virtuelle Planungsmöglichkeiten für die Durchführung der Guided Surgery in der modernen Implantologie, der chirurgischen Endodontie und bei der Durchführung von Zahntransplantationen vorgestellt.

15.40 – 15.50
3D Analyse der Korrelation von mandibulärer Morphologie in der molaren Region und der Lage von Weisheitszähnen

Dr. Marius Meier, Krems
Die chirurgische Entfernung von Weisheitszähnen in niedergelassenen Ordinationen stellt eine der am häufigsten ausgeübten Operationen dar. Gerade die dritten Molaren sind bekannt für ihre Vielfältigkeit von Lage, Form und Größe. Diese Faktoren sind maßgeblich am Schweregrad der operativen Entfernung dieser der wichtigsten Ziele der chirurgischen Therapie. Zur Beurteilung der Zahn – Nervbeziehung gewinnt in den letzten Jahren die präoperative 3-dimensionale Darstellung zunehmend an Bedeutung. Im Rahmen dieser radiologischen Nachuntersuchung werden die Positionen von über 300 Unterkieferweisheitszähnen und die Form der Mandibula in der 3D-Aufnahme im Bereich der Weisheitszähne untersucht. Ziel dieser Untersuchung ist festzustellen, ob eine Korrelation zwischen der Lage von Unterkiefer Weisheitszähnen, der Morphologie des Unterkiefers und die damit resultierende Lagebeziehung zum N. alveolaris inferior besteht. Es wurden alle Patientendaten des Zentrums für MKG-Chirurgie der DPU Krems von 2012 bis 2015 berücksichtigt. Die Lage der Weisheitszähne wurde in 3 Kategorien eingeteilt (Typ A, Typ B, Typ C). Weisheitszähne des Typ A sind gekennzeichnet durch eine vertikale, aufgerichtete Position im Kieferknochen, wohin gegen Typ B die Gruppe der horizontal, parallel zum Unterkiefer verlaufenden Zähne darstellt. Die Weisheitszähne Typ C zeigen eine mesio- oder distoanguläre Lage <90° zum Unterkiefer. Die morphologische Form der Mandibula im Bereich der 3. Molaren wurde unterteilt in Typ 1 (rund auf beiden Seiten), Typ 2 (bukkal fast gerade und lingual konvex) und Typ 3 (Bukkal rund und

lingual konvex). Die Weisheitszahnkategorien wurden mit den 3 Unterkieferformen in Verbindung gebracht und zeigten dabei Korrelationen wie auch genderspezifische Unterschiede. Das Wissen um die Zusammenhänge von Weisheitszahnlage und Unterkiefermorphologie kann dem Behandler einen Hinweis auf den zu erwartenden Schwierigkeitsgrad der Operation geben und einen ersten Hinweis auf die späteren postoperativen Komplikationen.

15.30 – 15.40
Antibiotikaphylaxe in der Oralen Chirurgie – eine aktuelle Empfehlung
Dr. Florian Beck, Wien
Aktuelle systematische Reviews (Lund et al. 2015; Lodi et al. 2013) und Metaanalysen (Esposito und Worthington 2013; Ren und Malmstrom 2007) sprechen sich – teilweise – für eine antibiotische Prophylaxe, das heißt für die präoperative Gabe eines Single-Shots, aus. Dadurch könnten postoperative Beschwerden (nach Weisheitszahnentfernungen) als auch die Implantatverluste gesenkt werden. Die berechnete „number needed to treat“ (NNT), welche angibt wie viele Patientinnen ein Antibiotikum erhalten müssten um eine Komplikation zu vermeiden, variiert jedoch stark. Der Vortrag thematisiert die antibiotische Prophylaxe vor der Implantation und Weisheitszahnentfernung und stellt ein mögliches Konzept als Entscheidungshilfe für die Antibiotikagabe dar.

Rittersaal

Konservierende ZHK 2
Vorsitz: Univ.-Ass. Dr. Christoph Kurzmann

09.15 – 09.35
Vergleich der Schmelzhaftung von Universal Bondings mit und ohne Schmelzätzung

Priv.-Doz. Dr. Alexander Franz, Wien
Die Einführung neuer Universal-Bondingsysteme erfordert Untersuchungen, um festzustellen, ob diese Produkte die gleichen in vitro Haftwerte unter Anwendung unterschiedlicher Applikationsbedingungen vorweisen können. Die Bondingsysteme Scotchbond Universal (3M ESPE), Xeno Select (Dentsply), i-Bond Universal (Heraeus), Adhese Universal (Ivoclar), Futurabond M+ (VOCO) und OptiBond XTR (Kerr) wurden bezüglich ihrer in vitro Schmelzhaftung verglichen. Pro Bondingsystem wurden 80 bovine Zähne verwendet. Jeweils 40 Zähne für die Anwendung der Total-Etch-Technik und 40 Zähne für die Self-Etch-Technik. Zuvor wurden die Zähne bis zur Freilegung einer Schmelzfläche von ca. 5mm Durchmesser beschliffen. Danach fand die Anwendung der entsprechenden Adhäsionstechniken nach Herstellerangaben statt. Anschließend wurden Kompositzylinder von 4mm Durchmesser appliziert. Für alle Systeme wurde Ceram.x Universal (Dentsply) verwendet. Die Prüfkörper wurden für 24h bei 37°C in Wasser gelagert und danach in Gips fixiert. Im Anschluss wurden die in vitro Haftwerte mittels der Universalstmaschine (Zwick) ermittelt. Der Vergleich der unterschiedlichen Applikationsbedingungen zeigte signifikant höhere Haftwerte für die Produkte Adhese Universal, Futurabond M+, Scotchbond Universal und Xeno Select bei Anwendung der Total-Etch-Technik. Für die Produkte i-Bond Universal und OptiBond XTR konnte kein signifikanter Unterschied im Vergleich der beiden Techniken gezeigt werden. In dieser Versuchsanordnung führte zusätzliche Schmelzätzung (produktabhängig) zu höheren in vitro Haftwerten als die Self-Etch-Technik.

09.55 – 10.15
Orale Entzündungen / orale Infektionen als Risikofaktoren für systemische Erkrankungen

DDr.MSc Markus Laky, Wien
Orale Infektionskrankheiten mit Beteiligung des Parodontiums sind sehr häufig vorkommende Erkrankungen. Untersuchungen konnten einen Zusammenhang zwischen oralen Infektionen besonders Parodontitis und kardiovaskulären Erkrankungen, Frühgeburtlichkeit, Diabetes und pulmonalen Erkrankungen zeigen. Dieser Vortrag beleuchtet diese Assoziationen vor dem Hintergrund oraler Bakterien und Inflammation mit einem Fokus auf Blutplättchenveränderungen im Zusammenhang mit kardiovaskulären Erkrankungen. Auf Grund der hohen Prävalenz oraler Infektionen kann das eventuell vermeidbare durch sie entstehende zusätzliche Risiko für systemische Erkrankungen bedeutende gesamtgesundheitliche Auswirkungen haben.

09.35 – 09.55
Dentinhaftung neuer selbstzähnder Bondingsysteme im Vergleich
Alexander Guggenberger, Wien
In den letzten Jahren entwickelten Hersteller diverse Bondingsysteme mit reduzierten Arbeitsschritten mit der Intention sowohl die Verarbei-

lungszeit als auch die Fehlerquellen für Kompositfüllungen zu minimieren. Das Ziel der vorliegenden Studie war es, die Dentinhaftwerte von einem 2-Flaschen-Bondingsystem und zwei 1-Flaschen-Bondingsystemen zu vergleichen.

Im Rahmen eines Praktikums beschliffen 17 Studierende der Zahnmedizin 306 Rinderzähne mit einer Körnung von 400 Grit und 1000 Grit bis zur Freilegung einer adäquaten Dentinfläche. Kompositzylinder (Ceram.x universal, Dentsply) wurden mittels eines selbstzähenden 2-Flaschen-Bondingsystems (Optibond XTR, Kerr) und zwei selbstzähenden 1-Flaschen-Bondingsystemen (Scotchbond Universal, 3M-ESPE; Xeno Select, Dentsply) nach Herstellerangaben im rechten Winkel auf die Dentinflächen geklebt. Anschließend wurden die Prüfkörper zumindest 24h bei 37°C in Wasser gelagert. Für die Messung der Haftkräfte mittels Universalstmaschine (Zwick/Roell; Vorschubgeschwindigkeit 0,8 mm/min) wurden die Prüfkörper in Gips stabilisiert. Die Bruchart wurde visuell ermittelt (adhäsiv; der Bruch erfolgte großteils im Adhäsiv; kohäsiv; der Bruch erfolgte großteils im Dentin). Die Dokumentation und Auswertung der Daten erfolgte mittels SPSS 23.0 (IBM). Die vorliegende Studie zeigt, dass das 1-Flaschen-Bondingsystem Scotchbond Universal und das 2-Flaschen-Bondingsystem Optibond XTR vergleichbare Haftwerte aufweisen. Diese Ergebnisse werden durch Literaturdaten bestätigt. Das 1-Flaschen-Bondingsystem Xeno Select weist signifikant niedrigere Werte auf. Dies deutet möglicherweise auf eine höhere Techniksensitivität dieses Produktes hin. Insgesamt zeigen unsere Ergebnisse, dass die Haftwerte nicht von der Komplexität des getestet Systems, sondern produktabhängig sind.

12.10 – 12.40
Die Korrelation zwischen der Okklusion, Nerven, Muskeln und Gelenken. Erfolg durch Vernetzung zwischen Zahnheilkunde und Molekularer Medizin
Dr. Werner Schupp, Köln
Die Zahnheilkunde nimmt über Veränderungen der Okklusion und der Unterkieferlage unmittelbaren Einfluss auf die Kiefergelenkfunktion. Die Kiefergelenke haben durch ihren funktionellen Aufbau, die anatomische Positionierung und die neurologische Wertigkeit eine nicht zu unterschätzende Bedeutung für den Gesamtorganismus. Dieser Zusammenhang ist komplex und vielschichtig und in diversen Studien näher untersucht worden. Der Vortrag demonstriert die Korrelation zwischen Nerven, Gelenken und Muskulatur auf Grundlage der allgemeinen Physiologie, Biochemie und Neurologie und stellt den Zusammenhang zur Zahnheilkunde her.

Die sich hieraus zwangsläufig notwendige Umsetzung in der Praxis wird an einer Kasuistik verdeutlicht.

12.40 – 13.00
Die Bedeutung der Mundakupunktur in der Präprothetik und Parodontologie
DDr. Irmgard Simma-Kletschka, Bregenz

13.00 – 14.15
Mittagspause

10.45 – 11.30
Pause

Komplementäre ZHK
Vorsitz: DDr. Irmgard Simma-Kletschka

11.30 – 12.10
Erfolg oder Misserfolg? Überinterpretation, Überdiagnostik, Übertherapie in der Zahnmedizin
Prof. Dr. Jens Christoph Türp, Basel
Die Frage der Indikation einer zahnärztlichen Behandlung spielt eine wegweisende, aber oftmals nicht hinreichend beachtete Rolle. Damit in Zusammenhang steht die Problematik der Überdiagnostik und Übertherapie. In der zahnmedizinischen und medizinethischen Fachliteratur wurde diese Thematik nur vereinzelt diskutiert. Auch wenn alle zahnmedizinischen Fachbereiche von Überdiagnostik und Übertherapie betroffen sind, stehen derzeit vor allem zwei Bereiche im Fokus, nämlich die Funktionsdiagnostik und -therapie (darin eingeschlossen der Bereich der kranio-mandibulären Dysfunktionen) und die Kieferorthopädie. Anhand von Beispielen wird gezeigt, wie es aufgrund von Überinterpretationen klinischer und bildgebender Befunde zu einer zahnärztlichen Überdiagnostik und -therapie kommen kann. Von einem medizinethischen Standpunkt verbietet es sich in solchen Fällen, von „Erfolg“ zu sprechen.

12.10 – 12.40
Die Korrelation zwischen der Okklusion, Nerven, Muskeln und Gelenken. Erfolg durch Vernetzung zwischen Zahnheilkunde und Molekularer Medizin

Dr. Werner Schupp, Köln
Die Zahnheilkunde nimmt über Veränderungen der Okklusion und der Unterkieferlage unmittelbaren Einfluss auf die Kiefergelenkfunktion. Die Kiefergelenke haben durch ihren funktionellen Aufbau, die anatomische Positionierung und die neurologische Wertigkeit eine nicht zu unterschätzende Bedeutung für den Gesamtorganismus. Dieser Zusammenhang ist komplex und vielschichtig und in diversen Studien näher untersucht worden. Der Vortrag demonstriert die Korrelation zwischen Nerven, Gelenken und Muskulatur auf Grundlage der allgemeinen Physiologie, Biochemie und Neurologie und stellt den Zusammenhang zur Zahnheilkunde her.

Die sich hieraus zwangsläufig notwendige Umsetzung in der Praxis wird an einer Kasuistik verdeutlicht.

13.00 – 14.15
Mittagspause

Implantatprothetik
Vorsitz: Dr. Anna Kraus & Prof. Dr. Georg Mailath-Pokorny

14.15 – 14.55**Think with the end in mind – Antizipieren statt Reagieren**

Dr. Karl-Ludwig Ackermann, Filderstadt

Think with the end in mind! – Wer diesen Grundsatz beherzigt vermeidet planerische Fehler und implantologische Irrwege. Erfolgreiche perio-implantat-prothetische Behandlungen sind stets das Ergebnis einer fallspezifischen prä-implantologischen Diagnostik und Planung sowie chirurgischen als auch prothetischen Umsetzung. Die Erkenntnis, dass eine vorausschauende Strategie viele Fehler und Fallstricke vermeidet ist das Ergebnis eines stetig auf Erfahrung basierten Handelns.

Bei reduziertem Knochenangebot heißt der Fallstrick z.B. falsche Implantatachse, falscher Implantat Durchmesser, falsches Implantatdesign und vor allem häufiges Weichteildefizit. Ästhetische Fehler vermeidet man durch klare Gewebepreparation und naturanaloge Vorgehensweise. Eine falsche Einschätzung der Reaktion des Knochens oder der Schleimhaut führt daher zwangsläufig zu schwer korrigierbaren Spätbefunden. Der Vortrag zeigt Wege aus dem Dilemma: z. B. aus gemachten Fehlern lernen; Wiederholungen von „ritualisierten“ Strategien vermeiden und er zeigt in ausgewählten Fallbeispielen langzeit-erfahrene und langzeit-erlernte sowie erfolgreiche perio-implantologisch-prothetische Verfahrensstrategien auf.

14.55 – 15.15**Wieviel Kunst und Design steckt in der Implantatprothetik? – Betrachtungen aus Sicht eines Handwerkers**

Prof. Dr. Rudolf Fürhauser, Purkersdorf

15.15 – 15.35**Aktuelle Behandlungskonzepte in der Implantologie: kompromittierte Ästhetik**

Prof. Dr. Martin Lorenzoni, Graz

Implantatgetragene Suprastrukturen stellen eine große Herausforderung dar. Zahlreiche Behandlungsprotokolle wurden erstellt um optimale ästhetische und funktionelle Resultate zu erreichen. Im Rahmen dieses Vortrages sollen implantologische Konzepte zur Erzielung harmonischer Implantatrekonstruktionen präsentiert werden. Schwerpunkt soll die Darstellung moderner chirurgischer, parodontologischer und prothetischer Behandlungsmethoden, aber auch die kritische Evaluation der Ergebnisse hinsichtlich Aufwand, Nutzen und Stabilität sein.

Ratstube**Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie**

Vorsitz: Ingeborg Watzka

09.00 – 09.40**Ursachen, Prophylaxe und Therapie von Knochennekrosen unter antiresorptiven Therapien**

Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Michael Ehrenfeld, München

Das klinische Leitsymptom der Erkrankung stellt exponierte nekrotische Knochen im Bereich des

Ober- und Unterkiefers dar. Zusätzlich können Entzündungszeichen wie Schwellungen, Schmerzen, Fistelbildungen und Abszedierungen auftreten. Die Ätiologie von Knochennekrosen unter antiresorptiver Therapie erschien lange Zeit unklar. Aktuell verdichten sich die zellkulturellen tierexperimentellen und klinischen Hinweise dafür, dass neben der starken Unterdrückung des Knochenremodellings vor allem lokal entzündlichen Zuständen im Bereich der Kiefer eine wesentliche Bedeutung in der Pathogenese von Knochennekrosen unter antiresorptiven Therapie zukommt.

Basierend auf den experimentellen und klinischen Erkenntnissen stehen vor allem die Vermeidung und Behandlung von lokal entzündlichen Zuständen der Kiefer im Zentrum prophylaktischer Bemühungen. Die entsprechende Sanierung von denotogenen Entzündungen sollte wann immer möglich vor Beginn der antiresorptiven Therapie erfolgen, aber auch unter laufender antiresorptiver Therapie spielt die konservierende und chirurgische Sanierung eine wesentliche Rolle in der Risikoreduktion. Chirurgische Eingriffe unter laufender antiresorptiver Therapie sollten unter antibiotischer Prophylaxe mit Knochenglättung und lokaler plastischer Deckung durchgeführt werden, um eine bakterielle Kontamination des antiresorptiv behandelten Knochens zu vermeiden.

Hinsichtlich der Therapie wurde anfänglich vorwiegend ein konservatives Vorgehen mit lokal desinfizierenden Spülungen und langzeitigen antibiotischen Therapien empfohlen. Diese führten jedoch nur selten zur vollständigen Abheilung der Schleimhaut, so dass sich in jüngerer Zeit vermehrt chirurgische Therapiekonzepte durchsetzen. Integrale Bestandteile dieser chirurgischen Konzepte sind dabei neben der perioperativen antibiotischen Therapie die vollständige Entfernung der nekrotischen und infizierten Knochenanteile mit Glättung scharfer Knochenkanten sowie die sichere plastische Deckung. In dieser Hinsicht konnte die innovative Technik der fluoreszenzorientierten Nekroseabtragung als zuverlässige Behandlungsmethode etabliert werden.

09.40 – 10.00**Antibiotika und Antikoagulantien: Update für den Praktiker**

Prof. Dr. Erika Nkenke, Wien

Auf Grund der kontinuierlichen Zunahme der Lebenserwartung der Bevölkerung muss angenommen werden, dass Zahnärztinnen uns Zahnärzte immer häufiger mit Patienten konfrontiert werden, die unter Allgemeinerkrankungen leiden und deshalb z.B. Antikoagulantien einnehmen müssen. Bei einigen dieser Patienten wird auch immer der Einsatz von Antibiotika abzuwägen sein. Bei zahnärztlich-chirurgischen Eingriffen muss genau abgewogen werden, ob Antikoagulantien unverändert weitergegeben werden, eine Umsetzung auf ein leichter steuerbares Medikament notwendig ist, oder ggf. nur ein kurzes Pausieren der Antikoagulantienangabe angezeigt ist. Eine Analyse der Literatur zeigt,

dass heute eine Vielzahl zahnärztlich-chirurgischer Eingriffe unter unveränderter Cumarinabgabe durchgeführt werden können, es jedoch entscheidend auf die postoperative Nachsorge ankommt, um im Falle einer etwaigen Nachblutung schnell reagieren und betroffene Patienten bei Bedarf auch kurzfristig stationär betreuen zu können.

Für die Verwendung von Antibiotika zeichnet sich ab, dass diese insbesondere für Antibiotikagabe hat sich mittlerweile gezeigt, dass sie zu keiner Verbesserung der Behandlungsqualität führen und deshalb nicht mehr berücksichtigt werden müssen. Insgesamt zeigt sich, dass sich in den letzten Jahren eine Vielzahl von neuen Erkenntnissen beim Umgang mit Antikoagulantien und Antibiotika im Zusammenhang mit zahnärztlich-chirurgischen Eingriffen ergeben haben, die nur dann konsequent berücksichtigt werden können, wenn ein enger Austausch mit den beteiligten allgemeinärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzten besteht.

10.00 – 10.20**Kleine Ursache - grosse Wirkung: Pitfalls und Komplikationen in der MKG-Chirurgie**

Prof. Dr. Dr. Katja Schwenzler-Zimmerer, Graz

Dentoalveoläre Eingriffe mit nachfolgenden Komplikationen und denotogen verursachte Folgezustände mit erheblichem Krankheitswert sind zwar selten, aber im Einzelfall für die Patienten mit erheblichen bis hin zu deletären Konsequenzen verbunden. In vorliegenden Referat werden einige solcher Fälle vorgestellt und die Komplexität der zusammenwirkenden Faktoren und Folgen im Detail beleuchtet.

10.20. – 10.40**Kiefergelenkankylosen**

Prof. Dr. Michael Rasse, Innsbruck

Extraartikuläre Ursachen: Tumoren, elongierter Processus coronioideus, Myositis ossificans, Narben, Strahlentherapie, Trismus, neurogene und psychogene Ursachen, Tetanus. Intraartikuläre Ursachen: Trauma, Infektion, Gelenkerkrankungen, Tumoren. Es werden klinische Fälle demonstriert. Die morphologische Entwicklung einer Ankylose wird vorgestellt. Die in der Literatur beschriebenen Therapien der Ankylose werden erörtert und die eigene Methode und das Konzept der möglichst physiologischen Gelenkrekonstruktion demonstriert. Die Ergebnisse der Öffnung und der wiederhergestellten Laterotrusion der operativen Fälle werden gezeigt. Schließlich wird die ultimative Therapieoption der Gelenkprothesen vorgestellt.

11.00 – 11.45**Pause****KFO 2**

Vorsitz: Gabriele Millesi & Prof. Dr. Hans-Peter Bantleon

11.45 – 12.25**Die Interdisziplinarität in der Behandlung schwerer Fehlbisse**

Prof. Dr. Dr. Dr. hc. Konrad Wangerin, Stuttgart

In den siebziger Jahren des letzten Jahrhunderts wurden operative Korrekturen von schweren Fehlbissen überwiegend allein von MKG-Chirurgen vorgenommen. Erst als Anfang der achtziger Jahre die Multi-branchbehandlung der Kieferorthopädie aus den USA langsam nach Europa überschwappte, begann die Zeit einer fruchtbaren Zusammenarbeit von MKG-Chirurgen und Kieferorthopäden. Es begann die Entwicklung der Kombibehandlung der Fehlbisse. In der überwiegenden Anzahl der Fälle wurden zunächst die Zahnbögen kieferorthopädisch ausgeformt, dann die operative Korrektur vorgenommen und abschließend die kieferorthopädische Feineinstellung der neutralen Okklusion vorgenommen. Die Entwicklung der „down fracture“ des Oberkiefers und die von Osteosynthesematerialien ermöglichte Anfang der 90er Jahre eine Ausweitung der operativen Korrekturen, die dann standardmäßig zu bignathen Korrekturen führten. Die übliche postoperative intermaxilläre Immobilisation konnte entfallen. Auch die kontrollierte intraoperative Blutdrucksenkung reduzierte zusätzlich die Schwere des Eingriffs und machte die Gabe von Blutkonserven überflüssig.

Aus der Erfahrung der letzten 20 Jahre sind wir zu der Überzeugung gekommen, dass schwere Fehlbisse oft nur ein Teil eines Symptomenkomplexes ist, der den gesamten Körper betrifft und oft umfangreicher interdisziplinärer Behandlung bedarf. Dadurch kann heute die Behandlung der Patienten, orientiert an ihren den ganzen Körper betreffenden Symptomen individualisiert und die Langzeitergebnisse stabilisiert werden. Im Vortrag werden mehrere Behandlungsverläufe über 10 und mehr Jahre aufgezeigt, die in individuell unterschiedlicher Weise symptomabhängig auch Orthopäden, HNO-Ärzten, orthopädische Chirurgen, Psychologen, Logopäden, Radiologen und Osteologen einbeziehen.

12.25 – 12.45**Kieferorthopädische Maßnahmen vor prothetischer Versorgung für einen sicheren Erfolg**

Prof. Dr. Adriano Crismani, Innsbruck

Im Rahmen einer modernen interdisziplinären zahnärztlichen Therapie finden kieferorthopädische präprothetische Maßnahmen ihren Platz. Durch diese Maßnahmen werden in relativ kurzer Zeit und kostengünstig Zähne aufgerichtet, extrudiert oder intrudiert. Dadurch können restaurative Versorgung lege artis durchgeführt und prognostisch maßgeblich verbessert werden. Schwerpunkt des Vortrages ist die Darstellung klinischer Fallbeispiele sowie die Erläuterung kieferorthopädischer prärestaurativer Behandlungsansätze.

12.45 – 13.05**Vom Misserfolg zum Erfolg - von kieferorthopädischen Weichenstellungen und Notbremsen**

Ass. Prof. Dr. Margit Pichelmayer, Graz

Misserfolge bei der Kieferorthopädie sind schwer zu definieren. Bei einer therapeutischen Kooperation Arzt-Patient sind es nicht nur immer die Vorgehensweisen einer der beiden Beteiligten, die eine Fehlleitung der Behandlung zur Folge haben, sondern man darf bei Erfolgsprognosen medizinischer Eingriffe nie vergessen, dass die Anatomie des Menschen oft eine entscheidende Rolle spielt. Anhand von Patientenbeispielen soll ein kleiner Exkurs in ev. auftretende Probleme unternommen werden, und welche Möglichkeiten der Problemlösung ins Auge gefasst werden können.

13.15 – 14.30**Mittagspause****Forensik & Finanzen**

Vorsitz: Thomas Francon

14.30 – 14.50
Erfolg/Misserfolg – eine forensische Gratwanderung
MR Prof. Dr. Dr. Hubert Porteder, Wien
Forensisch betrachtet können Misserfolge viele Ursachen haben, welche einerseits beim Arzt und andererseits zum Beispiel als Arzt nicht sorgfältig genug handelt, handelt fahrlässig und riskiert einen Misserfolg. Wer sich als Patient nicht an die Patientenpflicht, nämlich Mitwirkung an den Heilungsbemühungen des Arztes, hält, riskiert von sich aus einen Misserfolg. Eine Behandlung, die zum Beispiel erfolgreich begonnen werden konnte, kann zum Misserfolg führen, wenn die Nachbehandlung bzw. die Aufklärung darüber nicht entsprechend erfolgt ist oder der Patient eine notwendige Nachbehandlung nicht ernst nimmt oder diese sogar abbricht. Ein Arzt, der für eine bestimmte Behandlung eines Patienten nicht die entsprechende Kompetenz mitbringt, handelt leichtfertig, riskiert einen Misserfolg und wird sich, da er nicht der richtige Arzt für den Patienten ist oder war, den Vorwurf eines Behandlungsfehlers gefallen lassen müssen. Wie die forensische Erfahrung lehrt, sind Komplikationen die häufigste Ursache für Misserfolge, weshalb es wichtig ist, im Vorfeld einer geplanten Behandlung eine entsprechende Anamnese zu erheben und notwendige Vor- und Durchuntersuchungen durchzuführen oder vornehmen zu lassen. Über verschiedene Therapiemethoden, deren Komplikationsraten oder Risikodichte sowie auch die Kosten in der zahnärztlichen Praxis, sind Patienten aufzuklären. Im Zusammenhang mit der forensisch geforderten „lege artis-Behandlung“ wird auch auf die Begriffe, „Medizinischer Standard“, „Gold Standard“ und „State of the Art“, eingegangen.

14.30 – 14.50**Mittagspause****Forensik & Finanzen**

Vorsitz: Thomas Francon

14.30 – 14.50**Erfolg/Misserfolg – eine forensische Gratwanderung**

MR Prof. Dr. Dr. Hubert Porteder, Wien

Forensisch betrachtet können Misserfolge viele Ursachen haben, welche einerseits beim Arzt und andererseits zum Beispiel als Arzt nicht sorgfältig genug handelt, handelt fahrlässig und riskiert einen Misserfolg. Wer sich als Patient nicht an die Patientenpflicht, nämlich Mitwirkung an den Heilungsbemühungen des Arztes, hält, riskiert von sich aus einen Misserfolg. Eine Behandlung, die zum Beispiel erfolgreich begonnen werden konnte, kann zum Misserfolg führen, wenn die Nachbehandlung bzw. die Aufklärung darüber nicht entsprechend erfolgt ist oder der Patient eine notwendige Nachbehandlung nicht ernst nimmt oder diese sogar abbricht. Ein Arzt, der für eine bestimmte Behandlung eines Patienten nicht die entsprechende Kompetenz mitbringt, handelt leichtfertig, riskiert einen Misserfolg und wird sich, da er nicht der richtige Arzt für den Patienten ist oder war, den Vorwurf eines Behandlungsfehlers gefallen lassen müssen. Wie die forensische Erfahrung lehrt, sind Komplikationen die häufigste Ursache für Misserfolge, weshalb es wichtig ist, im Vorfeld einer geplanten Behandlung eine entsprechende Anamnese zu erheben und notwendige Vor- und Durchuntersuchungen durchzuführen oder vornehmen zu lassen. Über verschiedene Therapiemethoden, deren Komplikationsraten oder Risikodichte sowie auch die Kosten in der zahnärztlichen Praxis, sind Patienten aufzuklären. Im Zusammenhang mit der forensisch geforderten „lege artis-Behandlung“ wird auch auf die Begriffe, „Medizinischer Standard“, „Gold Standard“ und „State of the Art“, eingegangen.

14.50 – 15.50**Finanz EKG – ein Benchmarkvergleich**

Messen Sie sich mit den Besten!

Harald Reigl, Wien

Trabantenstube**Prophylaxe 5**

Vorsitz: Michael Müller-Kern

09.00 – 10.30
Risikobeurteilung und Risikomanagement

Prof. Dr. Niklaus P. Lang, Bern

10.30 – 11.15**Pause****Prophylaxe und Notfall**

Vorsitz: Bettina Schreder

11.15 – 12.00**Der Schlüssel zum Erfolg in der Prophylaxe**

Bernita Bush Gissler, Schweiz

Prophylaxe bezieht sich auf alle Maßnahmen die eine Erkrankung verhindern sollen. In der Zahnmedizin sind die vorbeugenden Maßnahmen die, die Verschlimmerung von Krankheiten der Zähne und des Zahnhaltapparates verhindern. Ein Prophylaxe Termin ist einerseits eine Kausaltherapie, andererseits eine vorbeugende Therapie. Axelsson, Lindhe und viele andere haben den Kampf gegen orale Krankheiten in den 70iger Jahren angesagt. Sie zeigten uns den Weg und bestätigten die Notwendigkeit diesen Weg gehen zu müssen. Der Erfolg liegt aber verschlüsselt in der Hand. Wie können wir die Balance zwischen der Kausaltherapie und Vorbeugungstherapie zum Kippen bringen?

12.00 – 12.45**Notfallmanagement in der zahnärztlichen Praxis**

Prof. Dr. Berthold Petuschmigg, Graz

Das österreichische Rettungswesen werden können, kann zum Misserfolg führen, wenn die Nachbehandlung bzw. die Aufklärung darüber nicht entsprechend erfolgt ist oder der Patient eine notwendige Nachbehandlung nicht ernst nimmt oder diese sogar abbricht. Ein Arzt, der für eine bestimmte Behandlung eines Patienten nicht die entsprechende Kompetenz mitbringt, handelt leichtfertig, riskiert einen Misserfolg und wird sich, da er nicht der richtige Arzt für den Patienten ist oder war, den Vorwurf eines Behandlungsfehlers gefallen lassen müssen. Wie die forensische Erfahrung lehrt, sind Komplikationen die häufigste Ursache für Misserfolge, weshalb es wichtig ist, im Vorfeld einer geplanten Behandlung eine entsprechende Anamnese zu erheben und notwendige Vor- und Durchuntersuchungen durchzuführen oder vornehmen zu lassen. Über verschiedene Therapiemethoden, deren Komplikationsraten oder Risikodichte sowie auch die Kosten in der zahnärztlichen Praxis, sind Patienten aufzuklären. Im Zusammenhang mit der forensisch geforderten „lege artis-Behandlung“ wird auch auf die Begriffe, „Medizinischer Standard“, „Gold Standard“ und „State of the Art“, eingegangen.

14.50 – 15.50**Finanz EKG – ein Benchmarkvergleich**

Messen Sie sich mit den Besten!

Harald Reigl, Wien

12.45 – 14.00**Mittagspause****Burnout**

Vorsitz: Dr. Elisabeth Wernhart-Hallas

14.00 – 15.30**Das Burn-Out Syndrom: Diagnostik, Therapie und Prävention**

Prim. Dr. Christa Rados, Villach

Seit der Erstbeschreibung durch Freud 1974 ist bekannt, dass hel-

fende Berufe ein besonderes Risiko für Burn-Out Entwicklungen implizieren. Im Rahmen der zahnärztlichen Praxis sollte das diesbezügliche Risikopotenzial daher nicht ausgeblendet werden, ist doch gerade dieser medizinischen Fachbereich geprägt durch komplexe Aufgabenstellungen und durch Abläufe, die unterschiedliche Stressfaktoren beinhalten können. Außerdem gestalten sich die Interaktionen mit den PatientInnen mitunter psychisch herausfordernd für die Mitglieder des

Praxisteam. In den frühen Phasen ist durchaus noch ein gewisses Wohlbefinden gegeben. Diese Phasen zu erkennen und zu erfassen ist im Sinne der Prävention besonders wichtig, da zu Beginn bereits relativ einfache Maßnahmen zur Stabilisierung und Entspannung beitragen können. In Spätphasen können manifeste körperliche oder seelische Erkrankungen vorliegen. In diesem Fall ist professionelle Hilfe dringend erforderlich. Häufig mit Burn-Out Syndromen im Zusammen-

hang stehende Erkrankungen sind Depressionen, Angststörungen, Schlafstörungen und Somatisierungsstörungen. Auch Substanzmissbrauch bis hin zur Entwicklung von Abhängigkeits-erkrankungen ist nicht selten. Hier ist die sorgfältige Diagnostik dieser recht unterschiedlichen Erkrankungen entscheidend. Neben psychotherapeutischen und psychoedukativen Maßnahmen ist im Falle manifester psychischer Erkrankungen meist medikamentöse Therapie erforderlich.

KaVo ESTETICA® E70/E80 Vision

Spüren Sie Leichtigkeit in Vollendung.

- Sensitives Touchdisplay mit völlig neuem Bedienkonzept
- Hygiene-Center mit automatisierten Reinigungsprogrammen
- Moderne Patientenkommunikation mit integrierter Intraoral-kamera und den neuen KaVo Screens mit HD Auflösung
- Einzigartige Systemsoftware CONEXIO für jederzeit direkten Zugriff auf alle relevanten Patientendaten
- Innovatives Schwebestuhlkonzept mit neuen Armlehnen und zulässigem Patientengewicht bis 180 kg

Die neue KaVo ESTETICA® E70/E80 Vision. Leben Sie Ihre Vision.

Weitere Informationen:
www.kavo.com/vision



KaVo. Dental Excellence.

KaVo AUSTRIA · Guthheil-Schoder-Gasse 7A · A-1100 Wien · Tel: +4316650 133 · Fax: +4316650 133-17 · www.kavo.at

Opalescence Zahncreme – auch für sensible Zähne

► Strahlend und gesund – so sollen Zähne sein. Opalescence Zahncreme, seit langem bewährt, ist dafür optimal. Nun gibt es eine zusätzliche Variante „Sensitivity Relief“, speziell für Menschen mit sensiblen Zähnen. Kaliumnitrat bewirkt eine schnelle Linderung. Beide Zahncremes entfernen effektiv, aber schonend äußere Flecken und Verfärbungen. Zugleich stärken sie den Zahnschmelz durch eine Fluorid-Formel (NaF, 0,15%), die zu besonders rascher Fluorid Aufnahme in die Zahnschmelz führt. Opalescence Zahncremes sind frei von Peroxiden und Triclosan. Ob Opalescence Zahncreme „Original“ oder „Sensitivity Relief“: Sie sind die erste Wahl, wenn es um die Optimierung einer guten Mundhygiene geht. Die Patienten mögen den frischen Mint-Geschmack und freuen sich über ihre dauerhaft hellen und schönen Zähne. Deshalb bieten Opalescence Zahncremes die ideale Pflege nach professioneller Zahnreinigung und Zahnaufhellung. Dank niedrigem Abrasionswert können sie täglich verwendet werden. www.ultradent.com/de



Hager & Werken

AQUAMED® Lutschtabletten gegen Mundtrockenheit

► Nach neuesten Veröffentlichungen leiden 25% aller Erwachsenen unter Mundtrockenheit (Xerostomie). Mundtrockenheit wird nicht nur als unangenehm empfunden, sondern kann bei unzureichender Mundpflege orale Entzündungen und kariöse Läsionen begünstigen. Daher ist es wichtig Mundtrockenheit vorzubeugen und die Mundschleimhaut im Akutfall zu schützen und aktiv zu pflegen. Die miradent AQUAMED® Mundtrockenheits-Lutschtabletten fördern den Speichelfluss, entfalten ein angenehmes, feuchtes Mundgefühl und helfen so dabei, das Mundmilieu in einem guten Zustand zu halten. Neben dem körpereigenen Enzym Lysozym enthält die Rezeptur der AQUAMED® Mundtrockenheits-Lutschtablette zusätzlich zahnpflegendes Xylitol und Kalziumlaktat, das die Remineralisierung des Zahnschmelzes begünstigt. Die neue Mundtrockenheits-Lutschtablette kann je nach Bedarf mehrmals täglich angewendet werden, die empfohlene Tagesdosis liegt bei 4 Stück. Sie enthalten weder Zucker, noch Aspartam und sind frei von Gluten. www.aquamed.de



Henry Schein

NeoDiamond®-Bohrer in Österreich

► Die von Microcopy entwickelten NeoDiamond®-Bohrer bieten Ärzten und Patienten zahlreiche Vorteile: Die Bohrer sind in sterilen Einzelverpackungen für die einmalige Verwendung erhältlich. Dies verringert die Gefahr einer Kreuzkontamination und es senkt die Kosten der für Sterilisation und Desinfektion anfallenden Arbeitszeit. Außerdem sind die Bohrer scharf und reduzieren mit ihren fein geätzten Schneidekanten nicht nur die Behandlungszeit und die Unannehmlichkeiten für den Patienten, sondern auch die Materialermüdung. „Hygiene und Patientensicherheit haben oberste Priorität für Zahnärzte, die ihren Patienten nicht nur qualitativ hochwertige restaurative Zahnbehandlung bieten wollen, sondern auch deren Gesundheit schützen wollen“, erklärt Markus Bappert, Geschäftsführer Henry Schein Dental Austria. „Aus diesem Grund ist Henry Schein stolz, NeoDiamond® auf dem österreichischen Markt einzuführen. Die Produktlinie der NeoDiamond®-Bohrer ist ideal für Zahnärzte geeignet, die sich nicht nur der Gesundheit ihrer Patienten verpflichtet fühlen, sondern darüber hinaus auch profitable Praxen mit qualitativ hochwertiger Versorgung führen wollen.“ Die neuen Bohrer verfügen über einen XactFit®-Schaft, der durch seine geringe Toleranz für sicheren Halt sorgt und die Gefahr, dass der Bohrer sich löst, verringert. Die innovative Triton®-Klebetekologie, mit der der Diamant am dem Schaft befestigt ist, bietet eine um 20% größere Schnittfläche als konkurrierende Bohrer. www.henryschein.at



Straumann

Lifetime Plus Garantie für Roxolid-Implantate

► Als erster führender Dentalimplantathersteller übernimmt Straumann in einigen Ländern nicht nur die lebenslange Garantie für seine Roxolid-Implantate, sondern leistet auch im Falle eines Implantatbruchs einen Beitrag zu den Behandlungskosten. Bislang mussten die Behandlungskosten für den Ersatz eines gebrochenen Implantats vom Zahnarzt und/oder dem Patienten getragen werden. Roxolid ist stärker als reines Titan und weist herausragende osseointegrative Eigenschaften auf; deshalb sind Implantatbrüche äußerst selten und die Erfolgsraten sehr hoch. Dies belegen auch umfangreiche Testdaten zur mechanischen Festigkeit und Langlebigkeit sowie die Ergebnisse klinischer Studien. Die Publikationen im Rahmen des ersten klinischen Forschungsprogramms decken 922 Implantate, 607 Patienten und 57 klinische Zentren ab und beinhalten Daten von bis zu drei Jahren Beobachtungsdauer. Eine kürzlich veröffentlichte Literaturrecherche berichtete Überlebens- und Erfolgsraten von 98,4% bzw. 97,8%. Eine andere Publikation mit Fünfjahresdaten einer randomisierten kontrollierten klinischen Studie zeigt, dass die Überlebens- und Erfolgsrate von Roxolid-Implantaten auch langfristig aufrechterhalten werden kann. Ergänzend zu diesen wissenschaftlichen Nachweisen zeigen Qualitätsstatistiken von Straumann, dass die kumulierte Frakturrate aller bis heute verkauften Roxolid-Implantate von 3,3 mm Durchmesser nur 0,04% beträgt und damit deutlich unter jener der entsprechenden Titanimplantate von Straumann liegt. www.straumann.com



Das neue Implantmed von W&H

Hält, was es verspricht. Heute und Morgen.

Das neue Implantmed Bedienkonzept hilft dem Praxisteam, den Behandlungsablauf einfach, schneller und effizienter zu gestalten. Dank der logisch durchdachten und intuitiv aufgebauten Navigation sowie den personalisierbaren Programmabläufen kann sich der Implantologe schnell auf das Wesentliche konzentrieren. Die Individualisierbarkeit des Implantmed für bis zu sechs User sorgt vor allem in Gemeinschaftspraxen für mehr Effizienz. Mit der aktivierbaren Dokumentationsfunktion können alle Werte der Implantatinserterion, darunter die eingestellten Geräteparameter, die Implantatinserterionskurve, der Osstell ISQ Messwert sowie grundlegende Daten wie Dokumentations-ID und Zahnposition, einfach auf einem USB Stick gespeichert werden. Für eine schnelle und leichte Bedienung des Chirurgiegerätes sorgt auch die neu konzipierte Kühlmittelpumpe. Das neue Konzept ermöglicht die Beladung auch unter sterilen Bedingungen. Der Kühlmittelschlauch kann dadurch ganz einfach, schnell und vor allem sicher eingelegt werden.

Präzise in der Anwendung

Selbst schwierige Eingriffe können mit dem Motordrehmoment von 6,2 Ncm und der Motordrehzahl von 200 – 40.000 rpm präzise und ohne großen Kraftaufwand durchgeführt werden. Darüber hinaus verfügt das neue Gerät über den vergleichsweise kürzesten Motor am Markt. Die ergonomisch geformte und perfekt ausbalancierte Kombination von Motor und W&H Winkelstück ermöglicht es dem Anwender, eine sehr lange Zeit ohne Ermüdungs-

erscheinungen der Hand zu arbeiten. Zusätzlich sorgen die fünf neuen chirurgischen Hand- und Winkelstücke mit LED+ nun auch für eine volle Ausleuchtung der Behandlungsstelle unabhängig von der Motordrehzahl. Der hochwertige Edelstahl mit kratzfester Beschichtung macht die chirurgischen Hand- und Winkelstücke dabei besonders langlebig und robust.

Mehr Sicherheit

Mit dem optional ab Januar 2017 verfügbaren W&H Osstell ISQ Modul bietet das neue Implantmed mehr Sicherheit und Zuverlässigkeit für die Bewertung des Behandlungserfolges. Während die in Implantmed integrierte maschinelle Gewindefunktion sowie die Kontrolle des Eindrehmoments den Zahnarzt beim Setzen der Implantate unterstützen, erleichtert Osstell ISQ (Implant Stability Quotient) nun die Entscheidung über den optimalen Belastungszeitpunkt eines Implantates. Der vom Messgerät ermittelte Stabilitätswert hilft bei der Steigerung der Erfolgsrate und dient der Qualitätssicherung. Mit Hilfe der nicht invasiven Messung kann nicht nur die Primärstabilität von Implantaten bestimmt werden, sondern die Osseointegration durch sekundäre Messungen beobachtet und der optimale Zeitpunkt für die Belastung des Implantats bestimmt werden. Der ISQ Wert (ISQ Skala von 1-100) wird nach erfolgter Messung am Display angezeigt und ist dank zahlreicher klinischer Studien einfach zu interpretieren. www.wh.com



41. ÖSTERREICHISCHER ZAHNÄRZTEKONGRESS 2016

WIEN • HOFBURG SEPTEMBER 22 • 23 • 24



www.ozk2016.at

Lageplan

41. ÖSTERREICHISCHER ZAHNÄRZTEKONGRESS 2016

WIEN • HOFBURG | SEPTEMBER 22 • 23 • 24

ZAHNHEIL • KUNST

VOM MISSEERFOLG ZUM ERFOLG



Kongresszentrum Hofburg
Schweizerter
Eingang Botschafterstiege
1010 Wien

Google® Maps Koordinaten
LAT 48.2072895
LON 16.3655379

- VORTRÄGE
- DENTALAUSSTELLUNG
- POSTERAUSSTELLUNG
- WORKSHOPS & SITZUNGEN

Programmübersicht

WISSENSCHAFTLICHES PROGRAMM

DONNERSTAG 22.09.2016

ZEREMONIENSAAL	RITTERSAAL	RATSTUBE	TRABANTENSTUBE
<p>12:00 - 14:00 ERÖFFNUNG WELCOME-COCKTAIL Seite 38</p>			
<p>14:15 - 15:45 PROTHETIK Seite 38</p>	<p>14:30 - 15:45 PSYCHOSOMATIK Seite 39</p>	<p>14:45 - 16:15 PARODONTALCHIRURGIE Seite 40</p>	<p>14:15 - 15:45 PRAXISHYGIENE Seite 41</p>
<p>Pause 15:45 - 16:30</p>	<p>Pause 15:45 - 16:30</p>	<p>Pause 16:15 - 17:00</p>	<p>Pause 15:45 - 16:30</p>
<p>16:30 - 17:45 WERKSTOFFKUNDE Seite 38</p>	<p>16:30 - 18:00 KFO 1 Seite 39</p>	<p>17:00 - 18:15 PERIIMPLANTITIS Seite 40</p>	<p>16:30 - 18:00 ERNÄHRUNG Seite 41</p>
<p>09:00 - 10:30 KINDERZAHNHEILKUNDE Seite 42</p>	<p>09:15 - 10:45 GNATHOLOGIE Seite 44</p>	<p>09:30 - 11:00 FREIE VORTRÄGE Seite 46</p>	<p>09:00 - 10:30 PROPHYLAXE 1 Seite 48</p>
<p>Pause 10:30 - 11:15</p>	<p>Pause 10:45 - 11:30</p>	<p>Pause 11:00 - 11:45</p>	<p>Pause 10:30 - 11:15</p>
<p>11:15 - 12:45 ENDODONTIE Seite 42</p>	<p>11:30 - 13:00 GEROSTOMATOLOGIE Seite 44</p>	<p>11:45 - 13:15 GRUNDLAGENFORSCHUNG Seite 47</p>	<p>11:15 - 12:45 PROPHYLAXE 2 Seite 48</p>
<p>Mittagspause 12:45 - 14:00</p>	<p>Mittagspause 13:00 - 14:15</p>	<p>Mittagspause 13:15 - 14:30</p>	<p>Mittagspause 12:45 - 14:00</p>
<p>14:00 - 15:30 IMPLANTOLOGIE Seite 43</p>	<p>14:15 - 15:45 ALLGEMEIN MEDIZINISCHE ZUSAMMENHÄNGE Seite 45</p>	<p>14:30 - 16:00 E-MEDIA Seite 47</p>	<p>14:00 - 15:30 PROPHYLAXE 3 Seite 48</p>
<p>Pause 15:30 - 16:15</p>	<p>Pause 15:45 - 16:30</p>	<p>Pause 16:00 - 16:45</p>	<p>Pause 15:30 - 16:15</p>
<p>16:15 - 17:45 CAD/CAM Seite 43</p>	<p>16:30 - 18:00 ZAHNTRAUMA Seite 45</p>	<p>16:45 - 18:15 KONSERVIERENDE ZHK 1 Seite 47</p>	<p>16:15 - 17:45 PROPHYLAXE 4 Seite 48</p>
			<p>18:00 ÖGZMK Generalversammlung</p>
<p>09:00 - 10:30 PARODONTOLOGIE Seite 50</p>	<p>09:15 - 10:45 KONSERVIERENDE ZHK 2 Seite 52</p>	<p>09:30 - 11:00 MKG Seite 53</p>	<p>09:00 - 10:30 PROPHYLAXE 5 Seite 54</p>
<p>Pause 10:30 - 11:15</p>	<p>Pause 10:45 - 11:30</p>	<p>Pause 11:00 - 11:45</p>	<p>Pause 10:30 - 11:15</p>
<p>11:15 - 12:45 MUNDSCHLEIMHAUT Seite 50</p>	<p>11:30 - 13:00 KOMPLEMENTÄRE ZHK Seite 52</p>	<p>11:45 - 13:15 KFO 2 Seite 53</p>	<p>11:15 - 12:45 PROPHYLAXE 6 NOTFALL Seite 54</p>
<p>Mittagspause 12:45 - 14:00</p>	<p>Mittagspause 13:00 - 14:15</p>	<p>Mittagspause 13:15 - 14:30</p>	<p>Mittagspause 12:45 - 14:00</p>
<p>14:00 - 15:30 ORALE CHIRURGIE Seite 51</p>	<p>14:15 - 15:45 IMPLANTATPROTHETIK Seite 52</p>	<p>14:30 - 16:00 FORENSIK FINANZEN Seite 53</p>	<p>14:00 - 15:30 BURNOUT Seite 54</p>