

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 ■ 9b/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 ermöglichen, 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 Zeremoniensaal

Prothetik

Vorsitz: Prof. DDr. Ingrid Grunert & Prof. DDr. 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. Walther A. Wegscheider, Graz

15.15 – 15.35

Vollkeramische Rehabilitation des Erosionsgebisses
Prof. DDr. Rüdiger Junker, Krems
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. DDr. 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 einsetzen zu können. Traditionelle Vorgehensweisen wie eine sorgfältige Behandlungsplanung unter Einbeziehung des Zahntechnikers, eine adäquate Materialauswahl sowie eine werkstoffgerechte Präparation und Verarbeitung sind heute be-

reits mit modernsten Technologien kombinierbar. So stellen CAD/CAM-fabrizierte Hochleistungspolymere, wie Polycarbonate, PMMA, Komposite und Hybridkeramiken, Werkstoffgruppen mit bislang nicht verfügbaren Eigenschaftenprofilen 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 Restaurationsentwurfs, 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 Kaulflächenveners 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. DDr. Andreas Schedle, Wien

Rittersaal

Psychosomatik

Vorsitz: MR DDr. Gerhard Kreyer

14.30 – 14.55

Körpersprache – Organsprache – Seelensprache. Idiome der Psychosomatik in ihrer Relevanz für Diagnose und Therapie
MR DDr. 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 verschiedenen 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-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. Eduard 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 ließen, 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 & DDr. Brigitte Wendl

16.30 – 16.50

Ästhetik, Funktion und Mechanik der Frontzähne betreffend Teil 1
Prof. Dr. Alés Celar, Wien

16.50 – 17.10

Ästhetik, Funktion und Mechanik der 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, Agenesie und dilazierter Frontzahn. Den Abschluss bilden Betrachtungen über Mechanikpläne bei Zahnbewegungen wie Torque, Retraktion 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- und Saughabits ein Risiko für die Okklusion darstellen. Je früher ein Lutsch- oder Saughabit aufgegeben wird, desto eher können sich Dysgnathien spontan verbessern oder sogar 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 Lippenschluss, einem viszeralen 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 von Dysfunktionen 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 Sculean, 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 Lateral 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 Bindegewebsstransplantaten mit oder ohne biologisch aktiven Faktoren wie z.B. Schmelzmatrix-Proteine, resultieren in einer verbesserten Wundheilung und exzellenten klinischen Ergebnisse. Das Ziel des Vortrags ist es, den Kolleginnen/Kollegen das Berner Behandlungskonzept zur vorhergesagten Therapie singulärer und multipler Rezessionen im Unterkiefer zu vermitteln.

15.25 – 15.45

Die Kunst des Erfolges in der resektiven parodontalen Chirurgie und Patienten-zufriedenheit
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 Nissle, 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 Mundhygi-

IMPRESSUM

Medieninhaber, Herausgeber und Verleger: Der Verlag Dr. Sniezek e.U. Messerschmidgasse 45/11, 1180 Wien; Telefon und Fax: 0043/1/478 74 54 Internet: www.zmt.co.at, www.der-verlag.at

Chefredaktion: Dr. Birgit Sniezek, 0664/20 20 275, b.sniezek@zmt.co.at
Redaktion: DDr. Andreas Beer, DDr. Christa Eder, Prim. Dr. Doris Haberler, Dr. Gerhard Hippmann, Dr. Eva-Maria Höller, Dr. Fritz Lugger, Dr. Andreas Kienzl, Dr. Eva Meierhöfer, Livia Rohrmoser, Mag. Vincent Schneider, Mag. Magdalena Sniezek, Dr. Peter Wallner

Anzeigen: Roland Hauser, 0664/301 08 66, rg-hauser@aon.at.
Druck: AV+Astoria Druckzentrum, 1030 Wien
Abopreis: 40,- Euro jährlich

AGB und Anzeigenbedingungen: www.der-verlag.at

Für unverlangt eingereichte Manuskripte und Fotos wird keine Haftung übernommen. Namentlich oder mit einem Kürzel gekennzeichnete Artikel sowie Leserbriefe fallen in den persönlichen Verantwortungsbereich des Verfassers und stellen seine persönliche und/oder wissenschaftliche Meinung dar. Der Nachdruck, auch nur von Teilen dieser Zeitung, das Kopieren und/oder EDV-Einspeicherung sind ohne vorherige schriftliche Genehmigung des Verlages nicht gestattet. Mit der Honorarzahung sind alle Ansprüche an den Verlag abgegolten, ein Nachdruck in verlagsfremden Medien ist nach Absprache erlaubt. Mit „Produkte“ und „Märkte“ oder „Sonderbericht“ gekennzeichnete Seiten stellen lt. § 26 Mediengesetz entgeltliche Beiträge dar.

Offenlegung nach § 25 Mediengesetz: Medieninhaber, Herausgeber und Verleger: Der Verlag Dr. Sniezek e.U., 1180 Wien, Messerschmidgasse 45/11. Verlagsinhaber: Dr. Birgit Sniezek. Grundlegende Richtung: fachliches Informationsmedium für Zahnärzte, Zahntechniker und zahnärztliche Assistentinnen mit allen für die Zielgruppe relevanten Themen.

eneartikeln und Erstellen eines individuellen Plan für die Erhaltungstherapie erlauben eine ideale Heilungsphase.

15.45 – 16.05

Regenerative Parodontalchirurgie und perioprotektive 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

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 lehnen 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 Gewebsentzündung zu reduzieren und eine weitere Progression mit der Gefahr des Implantatverlustes zu verhindern. Ziel des Vortrages ist das Aufzeigen von Möglichkeiten der Periimplantitistherapie, jedoch auch das klare Benennen von Grenzen der jeweiligen Therapieformen.

17.40 – 18.00

Periimplantitis vermeiden – geht das?
DDr. Gerlinde Dursberger, Wien

Periimplantäre Mukositis und Periimplantitis sind häufige Erkrankungen und ständig im Zunehmen begriffen. In einer rezenten systematischen Übersichtsarbeit von Derks und Tomasi betragen die gewichteten 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 bakterielle 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 prophylaktische Versorgungen und Zementreste. In Diskussion stehen auch bestimmte Implantatkonfigurationen, postmenopausale Osteoporose und genetische Polymorphismen. Wenn also eine Implantattherapie in Betracht gezogen wird müssen Behandler 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 Ver-

wendung 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 Be-

KaVo – Innovative Instrumente

Von 780 km/h auf 0 km/h in einer Sekunde.



Die MASTERtorque LUX M9000 L Turbine verfügt über die exklusive KaVo Direct Stop Technology. Das bedeutet optimale Kontrolle und höchste Patientensicherheit. KaVo: Seit über hundert Jahren Präzision, Verlässlichkeit und modernste Technologie.

Gewinnen Sie jetzt eine MASTERtorque M9000 L mit Direct Stop Technology:
go.kavo.com/de/turbine-gewinnen



KaVo. Dental Excellence.

KaVo Austria Dentalwarenhandels GmbH · Wagenseilgasse 14, A - 1120 Wien · Telefon +43/1/66 50 133 · Fax +43/1/66 50 133 -17 · www.kavo.at

schaftung 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 Perimplantitis
Prof. Dr. Michael Haas, Graz

Die Parodontitis und Perimplantitis 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

Freitag
23. September 2016
Zeremoniensaal

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 Kin-

des- 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 Sechs- 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 Vor- schulalter. 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.

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 Kassenzahnarzt mit einigen wichtigen Werkzeugen ohne großen baulichen und zeitlichen Mehraufwand immense Wirkung im Bereich der Verhaltensführung erzielen. Erst in einer entspannten Atmosphäre mit gelungener 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, hypothesischen 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

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. Bis vor wenigen Jahren etwa beschränkte sich die Versorgungsmöglichkeit der kariösen Milchzahnfront auf Fracacokronen oder verbundene Stahlkronen. Ergeben sich hier mit konfektionierten Zirkonkronen im Bereich der festsitzenden Versorgung mehr Möglichkeiten? Mit Sicherheit kann gesagt werden, dass im Bereich der festsitzenden Prothetik im Milchgebiss – also der Stahlkronen – die Versorgung mit weißen Kinderkronen auf dem Vormarsch ist. Doch welches Fabrikat ist für welche Fälle geeignet? Und was hat sich bei den herausnehmbaren Lückenhaltern und Kinderprothesen ge-

tan? Hier stand von jeher die Ästhetik im Vordergrund aber die Sprache, Zungenfunktion und Psyche des Kindes dürfen nicht außer Acht gelassen werden und die moderne Technik bietet uns die Möglichkeit, beide Aspekte – nämlich Ästhetik und Funktion – miteinander zu vereinen und zum Wohle des Kindes einzusetzen.

10.30 – 11.15
Pause

Endodontie

Vorsitz: Prof. DDR. Christof Pertl & Dr. Peter Brandstätter

11.15 – 11.55

Mikroorganismen bei endodontischen Infektionen

Prof. Dr. Sigrun Eick, Bern

11.55 – 12.15

Regeneration der Pulpa - Aus dem Blickwinkel eines „Basic Scientist“

Priv.-Doz. 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 verbleiben aktuelle Methoden in erster Linie zur 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.

12.15 – 12.35

Modern methods of desinfection: PIPS, Ultrasound, Laser

Dr. Christoph Kurzman, Wien

12.45 – 14.00

Mittagspause

Implantologie

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

14.00 – 14.40

Implantation nach Exzision im ästhetischen Bereich: Wann sofort, wann früh, wann spät?

Prof. Dr. Daniel Buser, Universität Bern

14.40 – 14.55

Aktuelle implantologische Versorgungskonzepte des Lückengebisses

Prof. Dr. Werner Zechner, Wien

Der implantologische Versorgung des teilbezahnten Patienten kommt zunehmend Bedeutung zu, was nicht zuletzt auf eine demographische Verschiebung und auf eine abnehmende Zahl von zahnlösen Patienten zurückgeführt werden kann. Oft betrifft dies Lückengebisse im posterioren Bereich mit reduziertem residuales Knochenvolumen. Die therapeutischen Möglichkeiten sind durch Innovationen im Bereich der Augmentation als auch des Medizinproduktbereiches noch breiter geworden. Ziel dieses Vortrages ist es, CAD/CAM-gestützte Augmentationstechniken, vertikale, minimalinvasive 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 Zwanitz, Bielefeld

15.10 – 15.25

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

Prof. Dr. Dritan Turhani, Kems

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 Kems. Das Ziel ist die Neuentwicklung einerseits zur Sofortbelastung der Implantate im zahnlosen Oberkiefer und andererseits zur vollkaramischen 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.

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

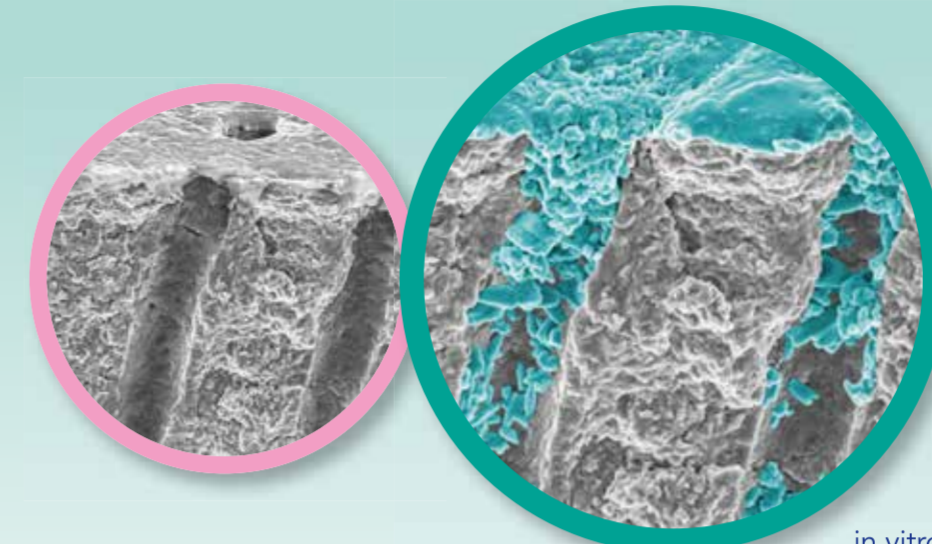
Dr. Frederic Hermann, Zug

Rittersaal

Gnathologie

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

Helfen Sie Ihren Patienten, Schmerzempfindlichkeit zu lindern!



in vitro SEM

VORHER

Offene Dentintubuli führen zu Schmerzempfindlichkeit

NACHHER

Verschluss der Tubuli mit elmex® SENSITIVE PROFESSIONAL™ REPAIR & PREVENT für sofortige¹ Schmerzlinderung

Praxisanwendung: elmex® SENSITIVE PROFESSIONAL™ Desensibilisierungspaste



Anwendung zu Hause: elmex® SENSITIVE PROFESSIONAL™ REPAIR & PREVENT



- ✓ Einfache Anwendung – kein Trockenlegen, keine Wartezeit
- ✓ Schnelle Wirkung – sofortige Schmerzlinderung nach 1x Anwendung²
- ✓ Lange Wirkung – für mindestens 6 Wochen³

- ✓ Jetzt neu: Zink hilft, Zahnfleischrückgang vorzubeugen – eine der Hauptursachen von Schmerzempfindlichkeit
- ✓ Gingivitis wird um 26% und Zahnstein-Neubildung um 22% reduziert⁴

* ist die Marke elmex®. Quelle: Umfrage unter Zahnärzten zu der meist empfohlenen Marke für Zahnpflegeprodukte (n=150). 2015.

1 elmex® SENSITIVE PROFESSIONAL™ Zahnpaste: Für sofortige Schmerzlinderung Zahnpaste mit der Fingerspitze auf den empfindlichen Zahn auftragen und 1 Minute sanft einmassieren. Zur anhaltenden Linderung 2 x täglich Zähne putzen, idealerweise mit einer weichen Zahnbürste. elmex® SENSITIVE PROFESSIONAL™ ist zur täglichen Mundhygiene geeignet.

2 elmex® SENSITIVE PROFESSIONAL™ Desensibilisierungspaste: Einen Polierkelch halb mit Paste füllen und die Stellen bei geringer Drehzahl für 2x3 Sekunden polieren, die Dentin-Überempfindlichkeits-symptome aufweisen oder gefährdet sind.

3 Peplassi et al. Effectiveness of an in-office arginine-calcium carbonate paste on dentine hypersensitivity in periodontitis patients: a double-blind, randomized controlled trial. J Clin Periodontol 42 (2015) 4 verglichen mit einer herkömmlichen Fluorid-Zahnpaste. Published at EuroPerio 2015 by Lai et al. J Clin Periodontol 42 517 (2015), P0779

4 Folgende wissenschaftliche Publikationen bestätigen die Wirksamkeit des elmex® SENSITIVE PROFESSIONAL™-Behandlungsprogramms: (1) Li Y Innovations for combating dentin hypersensitivity: current state of the art. Compend Contin Educ Dent 33 (2012). (2) Hamlin et al. Comparative efficacy of two treatment regimens combining in-office and at-home programs for dentin hypersensitivity relief: A 24-week clinical study. Am J Dent 25 (2012). (3) Schiff et al. Clinical evaluation of the efficacy of an in-office desensitizing paste containing 8% arginine and calcium carbonate in providing instant and lasting relief of dentin hypersensitivity. Am J Dent 22 (2009). (4) Nathoo et al. Comparing the efficacy in providing instant relief of dentin hypersensitivity of a new toothpaste containing 8% arginine, calcium carbonate, and 1450ppm fluoride relative to a benchmark desensitizing toothpaste containing 2% potassium fluoride and 1450 ppm fluoride, and to a control toothpaste with 1450ppm fluoride: a three-day clinical study in New Jersey, USA. J Clin Dent 20 (2009).

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 selbstligierenden 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



COLGATE-PALMOLIVE GmbH

Für Fragen: Tel.: 05354-5300-0, www.elmex.at, Gebro Pharma GmbH, 6391 Fieberbrunn, Österreich

09.15 – 09.55

Die funktionelle Okklusion und deren Rekonstruktion in der Rehabilitation

Priv.-Doz. Dr. Ingrid Perov, Berlin

09.55 – 10.15

Bildgebende Diagnostik mittels MRT – ein Leitfaden

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. Es 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 erläutert.

10.15 – 10.35

Initialtherapie und definitive prothetische Versorgung bei Funktionsstörungen im Kauorgan

Prof. Dr. Eva Pielshöfer, Wien

Das interdisziplinäre Konzept der Diagnostik und Therapie bei Patienten mit Funktionsstörungen im Kauorgan umfasst die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, die Physikalische Medizin und Physiotherapie, die HNO und Phoniatrie sowie die Psychiatrie. Die zahnärztliche Therapie bei Patienten mit Funktionsstörungen zielt auf eine Entspannung der Kaumuskulatur, das Herstellen einer gleichmäßigen Abstützung im Seitenzahnbereich, das Ausschalten von Vorkontakten und pathologischen Führungen, die Beeinflussung von Knackphänomenen, bzw. Kiefergelenkskompression und Distraction sowie die Beseitigung von Gelenk- und Muskelschmerzen.

Diese Ziele können durch die Therapie mit Aufbissbehelfen erreicht werden. Diese werden im Artikulator hergestellt und regelmäßig kontrolliert und eingeschliffen. Eine reproduzierbare und stabile Position des Unterkiefers erreicht ist. Im Rahmen einer interdisziplinären Diagnostik und Therapie werden die 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 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 Somatisierungsorgan. Eine kausale Therapie kann hier nur durch den Psychiater erfolgen. Im Rahmen der Liaison-Ambulanz werden therapeutische Interventionen wie medikamentöse Therapie, psychotherapeutische Intervention, Gruppentherapie, Jacobson Entspannungstherapie, Autogenes Training angeboten. 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

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 demenzieller Erkrankung und in der Folge dem Eintritt in die Pflegebedürftigkeit. Dieser dauerhafte Wandel fordert 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 „Eldersgebiet“ 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 einhergeht mit dem Verlust an Kenntnissen über die zahnärztliche Prophylaxe. Zahnärztliche Prävention bietet jedoch die Basis für den langfristigen Erhalt der Mundgesundheit.

12.10 – 12.30

Wie sehr kann uns eine funktionierende Kaufunktion vor Demenz schützen?

Dr. Vincent Gerwin Arnetzl, Graz

Das Phänomen der Gebrechlichkeit unterliegt bisher keiner allgemein akzeptierten Begriffsdefinition. Es handelt sich bei der Gebrechlichkeit um einen altersassoziierten Abbau körperlicher 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% neigene 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.

12.30 – 12.50

Bewährtes und Innovatives bei der Versorgung des zahnlösen Patienten

Prof. Dr. Ingrid Grunert, Innsbruck

Zahnlose Patienten wurden über viele Jahrzehnte nach der gleichen klinisch bewährten Vorgehensweise versorgt. Wenn keine Komplikationen auftreten, benötigte man dazu sechs Behandlungssitzungen (anatomische Abformung, Funktionsabformung, Bestimmung der vertikalen und sagittalen Kieferrelation, Wachsprobe, Eingliederung, Remontage). Das digitale Zeitalter hat jetzt auch die Herstellung von Totalprothesen erreicht. Die zur Herstellung von CAD-CAM-Prothesen notwendigen klinischen Schritte sind bei den verschiedenen Anbietern unterschiedlich. Bei manchen können die Prothesen bereits nach 1 – 2 Sitzungen eingegliedert werden. Dies bedeutet, dass mehrere Teilschnitte in einer Sitzung durchgeführt werden. Im Vortrag werden die neuen Möglichkeiten, die Vorteile und Ausblicke für die Zukunft vorgestellt. Es wird auch über persönliche Erfahrungen bei der Anwendung neuer Technologien berichtet.

13.00 – 14.15

Mittagspause

Allgemeinmedizinische Zusammenhänge

Vorsitz: **Prof. Dr. Michael Haas & OA Dr. Stephan Acham**

14.15 – 14.55

Diagnostik der Mundschleimhaut: An der Schnittstelle von Medizin und Zahnmedizin

Prof. Dr. Michael Bornstein, Bern

Eine Veränderung der Mundhöhlenschleimhaut sollte einen Diagnoseprozess in Gang setzen, der in der täglichen Praxis möglichst gleichbleibend und standardisiert abläuft. Am Ende steht meist eine Arbeitsdiagnose oder bereits die definitive Diagnose, welche als Grundlage der Therapieplanung dient. Die Anamnese ist 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 fort-

9b/2016

schreitende 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 Strukturfehler der oralen Gewebe als weiteres Hauptmerkmal der Erkrankung beschrieben werden. Weitere klinische Probleme inkludieren eine Hypermobilität einzelner Gelenke, prätibiale Verfärbungen, Aneurismen und Organrisse.

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-Kreislauferkrankungen und Schwangerschaftserkrankungen. 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 Frühdiagnose 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 Austrocknung ab einer bestimmten Aus-

9b/2016

dehnung zum unweigerlichen Verlust des Zahnes durch Ankylose und durch die damit verbundene Ersatzresorption sowie vertikale Wachstumshemmung. 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 Zwischenglied. Da die Entfernung eines ankylotischen Zahnes in der Regel

7

mit großem Knochenverlust einhergeht, sollte einer Dekoronation mit Belastung ankylotischer Wurzelanteile der Vorzug gegeben werden.

16.55 – 17.20

Zahnverlust im Wachstum! Was tun?

Prof. Dr. Thomas Bernhart, Wien

Der Zahnverlust (= das Zahntrauma) mit einem Zahnverlust in der Oberkiefer-Schneidezahnregion stellt alle Beteiligten immer eine hohe Herausforderung dar. Bei erwachsenen Patienten ist die Ent-

schneidung 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 ent-

7

wickelt 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.

7

DRUCKLUFT | ABSAUGUNG | BILDGEBUNG | ZAHNERHALTUNG | HYGIENE

Gemacht für leidenschaftliche

Entdecker: Der VistaScan Mini View.



Der VistaScan Mini View: mehr Bildqualität, mehr Komfort. Scannen Sie mit dem kompakten Speicherfolienscanner VistaScan Mini View alle intraoralen Formate sekundenschnell mit höchster Auflösung. Kontrollieren Sie das Ergebnis direkt am großen Touch-Display. Und bleiben Sie dank WLAN völlig flexibel.

Mehr unter www.duerrdental.com

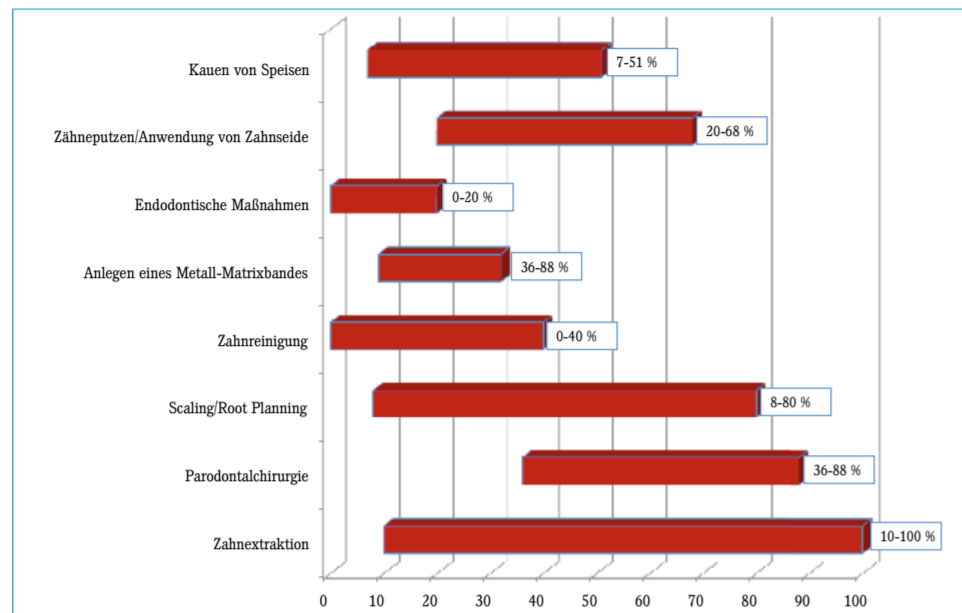
DÜRR DENTAL
DAS BESTE HAT SYSTEM

DÜRR DENTAL AUSTRIA GMBH, Feldstraße 7a, 6020 Innsbruck, info@duerr.at

Blutstillung und Reduktion der Bakteriämie-Gefahr

Nicht nur bei Patienten mit geschwächtem Immunsystem

Die verbesserte Lebensqualität und die moderne Medizin führen mittlerweile merklich zu einem Anstieg älterer Risikopatienten in der Zahnarztpraxis. Die Mundhöhle stellt bei Ihnen eine der wichtigsten Eintrittspforten für Mikroorganismen in den Blutkreislauf und damit in den gesamten Körper dar. Zahlreiche Untersuchungen zeigen einen Zusammenhang zwischen Entzündungen der Mundhöhle (Parodontitis) und schwerwiegenden Allgemeinerkrankungen, wie z. B. Diabetes mellitus und Herz-Kreislauferkrankungen. Neben dem Verschlucken und Einatmen der Erreger wird der Bakteriämie eine zunehmende Rolle zugesprochen. Die Folgen des Eindringens der Bakterien in die Blutbahn variieren je nach Gesundheitszustand des Patienten von praktisch unbemerkt bis zu gravierend. Schon kleine Verletzungen der Gingiva oder Mucosa (z. B. beim Scalen oder auch ausgelöst durch andere Maßnahmen während der professionellen Zahnreinigung) können die Ursache sein. Selbst Zahnputzen und die



Prävalenz von Bakteriämien, ausgelöst durch zahnärztliche und alltägliche Maßnahmen im Mundraum.

Reinigung der Zahnzwischenräume mit Zahnbürste oder Interdentalbürsten kann zu Kapillarblutungen führen. Durch einfache Maßnahmen kann dieses Risiko - und damit auch die Gefahr einer Bakteriämie - minimiert werden.

Kleinere Blutungen können mit Hämostatikum Al-Cu gestoppt werden. Hämostatikum Al-Cu wirkt durch Koagulation und sistiert schnell Blutungen der Gingiva, der Haut und der Pulpa. Die sofortige Wirkung beruht auf

Aluminium- und Kupfer-Salzen mit kleinen, schnell diffundierenden Anionen. Es wirkt adstringierend und aufgrund der Kupfer-Dotierung keimreduzierend. Damit wird die Gefahr einer Bakteriämie deutlich verringert.

Anwendung in der Praxis:

Die wässrige Lösung wird - je nach Anwendungsfall - mittels Wattetupfer bzw. Papierspitze unter leichtem Druck auf die blutende Region aufgebracht. Da Hämostatikum Al-Cu sehr dünnflüssig ist, erreicht man so auch schwer zugängliche Bereiche im Interdentalraum. Die

Problematik des Wiederaufbrechens der bereits gestoppten Blutung ist unbekannt. Ein sauberes, unblutiges Scalen Kontakt mit Abformmaterialien wird dadurch ermöglicht. Bei infektionsgefährdeten Patienten empfiehlt sich auch im

Zuge der professionellen Zahnreinigung - vor dem Ausspülen - eine kurze Touchierung mit einem mit Hämostatikum Al-Cu getränkten Wattebausch, um die kleineren Blutungen zu stoppen. Gleichzeitig wird hierbei auch die Keimbelastung reduziert.



Sofortige Blutstillung mit Hämostatikum Al-Cu

Hämostatikum Al-Cu

Stoppt die Blutung, reduziert die Keime

- stoppt nachhaltig Kapillarblutungen der Gingiva, Haut und Pulpa
- für ein sauberes, unblutiges Scalen
- keine Wechselwirkung bei vielen Abformmaterialien
- keimreduzierend - minimiert die Gefahr einer Bakteriämie



*alle Hämostatikum Al-Cu-Packungen bis 31.10.2016 20% günstiger

Nicht mit anderen Rabattaktionen kombinierbar. Bei der Abwicklung über Ihren Großhändler sind wir Ihnen gern behilflich.



Humanchemie GmbH · Hinter dem Krüge 5 · DE-31061 Alfeld (Leine)
 Telefon +49 (0) 51 81 - 2 46 33 · Telefax +49 (0) 51 81 - 8 12 26
 E-Mail info@humanchemie.de · www.humanchemie.de

Anzeige

Zahnarzt Dr. Lutz Knauer verwendet seit vielen Jahren Hämostatikum Al-Cu

„In meiner Praxis setze ich Hämostatikum Al-Cu bereits seit vielen Jahren für alle kleineren Blutungen ein. Da die wässrige Lösung sehr dünnflüssig ist, werden Blutungen auch an sonst schwieriger erreichbaren Stellen erfolgreich gestoppt. Am liebsten verwende ich einen mit Hämostatikum Al-Cu getränkten Wattetupfer, aber auch Retraktionsfäden oder Wattepellets kommen zum Einsatz.“



Dr. Lutz Knauer, Hohenmölsen

So erzielen wir einen sehr guten Kontakt der Abformmaterialien, das freut auch die Zahntechniker! Hämostatikum Al-Cu kann mit Hilfe von Wattetupfer, Retraktionsfäden oder Wattepellet aufgetragen werden.



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. 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.

10.10. – 10.20

Vergleich unterschiedlicher Bracket-Klebermethoden 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. Oleh Andrukhow, 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 Knochentransplantaten: Die parakrine Wirkung
 Prof. Dr. Reinhard Gruber, Wien

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, Krems

09.10 – 09.20

Sofortbelastung von S-Line Implantaten im zahnlösen Oberkiefer mit einer supragingivalen Neuentwicklung
 Somin Weber, Krems

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 Porphyromonas gingivalis-Lipopolysaccharid-Präparationen
 Setareh Younes Abhari, Wien

09.40 – 09.50

Endotoxintoleranzentwicklung bei humanen parodontalen Ligamentzellen durch Stimulierung mit Porphyromonas gingivalis Lipopolysaccharid
 Alice Blufstein, Wien

09.50 – 10.00

Infiltration von Zähnen mit entwicklungsbedingter Hypomineralisation mit niedrigviskösem Kunststoff – eine in vitro-Untersuchung
 Dr. Dagnar Schnabl, Innsbruck

10.00 – 10.10

Oberflächenbeschaffenheit von Zähnen nach Kleberentfernung: eine in-vitro Studie anhand des Konfokalmikroskops
 Dr. Barbara Paul, Innsbruck

tischen oder xenogenen Knochensatzmaterialien, 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 Knochentransplantat, 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 Lichner, 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 Kommunikationsstandards 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 Internetlandschaft und das Online-Verhalten nochmals mit einem kräftigen Innovationsschub Richtung Zukunft bewegen. 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, erhitzen und antiseptisch behandelten Knochenchips dokumentieren. Zudem Erfolg eine Adsorption der TGF-β-artigen Wirkung auf Kollagenmembranen. Es wäre daher möglich, dass die parakrine Wirkung des Knochens die Konsolidierung von Transplantaten unterstützt.

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. In 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 Keramikveneers - Möglichkeiten und Grenzen
 Prof. Dr. Herbert Dammfahl, 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 berufliche 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
 Dr. Barbara Cvikl, Wien

18.05 – 18.45

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

Zahn.Medizin.Technik

10.30 – 11.15

Pause
 Prophylaxe 2
 Vorsitz: Prof. Dr. 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 Gelernte 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?

15.30 – 16.15

Pause
 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.

16.15 – 17.45

Parodontitismanagement
 Dr. Eva Kovalová, Prešov

17.45 – 18.05

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

18.05 – 18.45

Prophylaxe 4
 Vorsitz: Dr. René Gregor

18.45 – 19.30

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! Gleichermaßen 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.

19.30 – 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

Samstag

24. September 2016

Zeremoniensaal

Parodontologie

Vorsitz: Präsi. Univ.-Doz. Dr. Werner Lill & Univ.-Doz. Dr. Raoul Polansky

09.00 – 09.40

ÖZGMK Generalversammlung

20.00

Gala-Abend - Nationalbibliothek

für eine Ausheilung der Defekte, die Abhängigkeit von der Zeitdauer und der Überwachung durch den Behandler zu überraschenden Behandlungsergebnissen führen kann.

Im Gegensatz zu früheren Behandlungskonzepten kommt es darauf an, dass nach Abschluss der antiinfektiösen 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 Parodontitis - sinnlos oder hilfreich?

Prof. Dr. Dr. h.c. Andrej Ktelbasa, Kress

10.00 – 10.20

Allgemeinmedizinische Zusammenhänge in der Parodontologie

Dr. Behrouz Arefinia, Graz
Gingivitis und Parodontitis zählen zu den prävalentesten Krankheiten unserer Zeit. Diese Erkrankungen stehen im Ver-

dacht 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 Jakse

11.15 – 11.35

Therapie von Erkrankungen der Mundschleimhaut aus zahnärztlicher Sicht

Dr. Astrid Truschegg, Graz
Die Therapie von Erkrankungen der Mundschleimhaut umfasst die Behandlung weißlicher, rötlicher, pigmentierter, 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 Verfü-

gung: 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 Probeexzision. Subtile Veränderungen der Mundschleimhaut können aber auch durch tiefer liegende pathologische Vorgänge hervorgerufen werden. Mitunter liegen 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 ausreichend 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 erläutern werden.

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 wer-

den, was sich negativ 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 wesentlichsten oralchirurgischen Komplikationen anhand von Fallpräsentationen besprochen und vor allem wird darauf eingegangen, wie sie vermieden werden können und was im Anlassfall zu tun ist.

14.20 – 14.35

Die dentogene 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 dentogenen Ursprungs sowie eine weit fortgeschrittene Parodontitis marginalis profunda sind ebenfalls häufige Ursachen einer dentogenen Sinusitis. Durch den zunehmenden Einsatz enossaler Implantate kann es aus unterschiedlichen Gründen zu Kieferhöhlenbeschwerden kommen. So kann eine fortgeschrittene Periimplantitis eines bis in den Recessus alveolaris des Sinus maxillaris hineinragenden Implantates 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 Sinusbodenelevationen 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 orontrale Fisteln entstehen können.

14.35 – 14.50

Komplexe Weisheitszahnentfernungen

Prof. DDr. Gabor Tepper, 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 Universitätszahnklinik Wien entwickelte, virtuelle Planungsmöglichkeiten für die Durchführung der Guided Surgery in der modernen Implantologie, der chirurgischen Endodontie und bei der Durchführung von Zahntransplantationen vorgestellt.

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 Universitätszahnklinik Wien entwickelte, virtuelle Planungsmöglichkeiten für die Durchführung der Guided Surgery in der modernen Implantologie, der chirurgischen Endodontie und bei der Durchführung von Zahntransplantationen vorgestellt.

Wie auch bei den Tanzo-Bögen, kann der Kieferorthopäde die NT3-Bögen optional mit integrierten Stops und abgepackt in sterilisierbaren Einzelverpackungen bestellen. Als weitere Option werden V-Stops angeboten.

Der NT3-Bogen ist in den folgenden Formen erhältlich: VLP*-Bogenform, Natural Arch Form I und Natural Arch Form III** (10er Packungen)

Für mehr Informationen steht Frau Claudia Fath, Vertriebsmanagerin für American Orthodontics in Österreich, zur Verfügung.

* Die VLP-Bogenform ist mit der Damon®-Bogenform, einer eingetragenen Marke von Ormco, vergleichbar.

** Form III ist mit der Europäischen Bogenform vergleichbar.

15.05 – 15.20

Periapikale Entzündung beim unteren zweiten Molaren: Erhaltung oder Ex-traktion?

Univ.-Doz. DDr. Christof Perle, 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 Zahnhygiene im Kin-

desalter 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-Alveolarkammspalosteo-mie bei horizontalem Knochenverlust – eine Alternative zur Augmentation

Alice Warringer, Wien

15.30 – 15.40

Antibiotikaprophylaxe 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

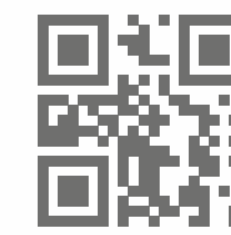
2013; Ren und Malmstrom 2007) sprechen sich – teilweise – für eine antibiotische Prophylaxe, das heißt für die präoperative Gabe eines Single-Shots, aus. Dadurch könnten postoperative Beschwerden (nach Weisheitszahnentfernungen) als auch die Implantatverluste gesenkt werden. Die berechnete „number needed to treat“ (NNT), welche angibt wie viele Patientinnen ein Antibiotikum erhalten müssten um eine Komplikation zu vermeiden, variiert jedoch stark. Der Vortrag thematisiert die antibio-

PROFITIEREN SIE VON 50 JAHREN ERFAHRUNG!

Mit parallelwandigen Implantaten.

NobelParallel™ Conical Connection

Einzigartige Innovation nach dem Vorbild Per-Ingvar Brånemarks. Doppelläufiges, selbstschneidendes Gewinde. Deckschraube enthalten.



www.goo.gl/LhKVOa



SEIT ÜBER 50 JAHREN IM DIENSTE DER PATIENTEN

„Das Netzwerk kommt zusammen“ – 5. Nobel Biocare Gipfeltreffen in Saalfelden

Donnerstag, 13. Juli bis Samstag, 15. Juli 2017
Nutzen Sie schon jetzt die Möglichkeit, sich unter fortbildung@nobelbiocare.com vorzuregistrieren!

Freuen Sie sich auf interessante Vorträge und Workshops, renommierte Referenten und eine Vielzahl von Freizeitaktivitäten für ein perfektes Teambuilding.



Nobel Biocare Deutschland GmbH, Stolberger Straße 200, 50933 Köln, www.nobelbiocare.com

nobelbiocare.com

NT3™

SE NiTi Arch Wire

QUALITÄTSDRAHT DANK MODERNSTER FERTIGUNGSTECHNIK.

Der neue Nickel-Titan-Bogen **NT3** von American Orthodontics wird in der firmeneigenen, modernen Produktionsstätte in Sheboygan, Wisconsin (USA) aus einer hochwertigen Nickel-Titan-Legierung aus Japan hergestellt. Der superelastische **NT3**-Bogen liefert Ihnen konstante Kräfte gepaart mit exzellenter Elastizität und Formstabilität. Überzeugen Sie sich selbst von der hervorragenden Qualität.

Erfahren Sie mehr über **NT3** und sprechen Sie mit Ihrer American Orthodontics Vertriebsleiterin Österreich oder besuchen Sie unsere Website www.americanortho.com/NT3.

FOLGEN SIE UNS

©2016 AMERICAN ORTHODONTICS CORPORATION
CLAUDIA FATH 06 76 91 58 058 | AMERICANORTHO.COM

tische Prophylaxe vor der Implantation und Weisheitszahnentfernung und stellt ein mögliches Konzept als Entscheidungshilfe für die Antibiotikagabe dar.

15.40 – 15.50

3D-Analyse der Korrelation von mandibulärer Morphologie in der molaren Region und der Lage von Weisheitszähnen
Dr. Marius Meier, Krams

Konservierende ZHK 2

Vorsitz: Univ.-Ass. Dr. Christoph Kurzmann

09.15 – 09.35

Vergleich der Schmelzhaftung von Universal Bondings mit und ohne Schmelzzätzung
Priv.-Doz. Dr. Alexander Franz, Wien

09.35 – 09.55

Dentinhaftung neuer selbstzähnder Bondingsysteme im Vergleich
Alexander Guggenberger, Wien

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 mag das eventuell vermeidbare durch sie entstehende zusätzliche Risiko für systemische Erkrankungen bedeutende gesamtgesundheitliche Auswirkungen haben.

10.15 – 10.35

Ästhetische Anforderungen aus konservierender Sicht
Dr. Mladen Regoda, Wien

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

12.10 – 12.40

Die Korrelation zwischen der Okklusion, Nerven, Muskeln und Gelenken. Erfolg durch Vernetzung zwischen Zahnheilkunde und Manueller Medizin
Dr. Werner Schnupp, Köln

12.40 – 13.00

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

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 fall-spezifischen 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.

14.55 – 15.15

Wieviel Kunst und Design steckt in der Implantatprothetik? - Betrachtungen aus Sicht eines Handwerks
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 Abszederungen 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 dentogenen 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. Eneka Nkenke, Wien

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 Antikoagulation angestrebt werden kann. In den letzten Jahren des letzten Jahrhunderts wurden operative Korrekturen von schweren Fehlbissen überwiegend allein von MKG-Chirurgen vorgenommen. Erst als Anfang der achtziger Jahre die Multibandbehandlung der Kieferorthopäden aus den USA langsam nach Europa überschwappte, begann die Zeit einer fruchtbaren Zusammenarbeit von MKG-Chirurgen und Kieferorthopäden. Es begann die Entwicklung der Kombibehandlung von schweren Fehlbissen. 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 ge-

10.00 – 10.20

Kleine Ursache - grosse Wirkung:

Pitfalls und Komplikationen in der MKG-Chirurgie
Prof. Dr. Katja Schwenzer-Zimmerer, Graz

Dentoaleveoläre Eingriffe mit nachfolgenden Komplikationen und dentogen verursachte Folgezustände mit erheblichem Krankheitswert sind zwar selten, aber im Einzelfall für die Patienten mit erheblichen bis hin zu deletären Konsequenzen verbunden. Im 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 coronoideus, 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 Ankylosen 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 Multibandbehandlung der Kieferorthopäden aus den USA langsam nach Europa überschwappte, begann die Zeit einer fruchtbaren Zusammenarbeit von MKG-Chirurgen und Kieferorthopäden. Es begann die Entwicklung der Kombibehandlung von schweren Fehlbissen. 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 ge-

samen Körper betrifft und oft umfangreicher interdisziplinärer Behandlung bedarf. Dadurch kann heute die Behandlung der Patienten, orientiert an ihren ganzen Körper betreffenden Symptomen individualisiert und die Langzeitresultate 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, Radiologe 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 Versorgungslösungen durchgeföhrt 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 Pichelmayr, Graz

Misserfolge in 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 Franca

14.30 – 14.50

Erfolg/Misserfolg – eine forensische Gratwanderung
MR Prof. Dr. Hubert Porteder, Wien

Forensisch betrachtet können Misserfolge viele Ursachen haben, welche einerseits beim Arzt und andererseits beim Patienten liegen können. Wer 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 Pa-

tienten 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“, „Golden Standard“ und „State of the Art“, eingegangen.

14.50 – 15.50

Finanz EKG - ein Benchmarkvergleich Messen Sie sich mit den Besten!
Harald Reigl, Wien

14.50 – 15.30

Das Burn-Out Syndrom: Diagnostik, Therapie und Prävention
Prim. Dr. Christa Rados, Villach

14.50 – 15.50

Finanz EKG - ein Benchmarkvergleich Messen Sie sich mit den Besten!
Harald Reigl, Wien

14.50 – 15.50

Finanz EKG - ein Benchmarkvergleich Messen Sie sich mit den Besten!
Harald Reigl, Wien

14.50 – 15.50

Finanz EKG - ein Benchmarkvergleich Messen Sie sich mit den Besten!
Harald Reigl, Wien

14.50 – 15.50

Finanz EKG - ein Benchmarkvergleich Messen Sie sich mit den Besten!
Harald Reigl, Wien

14.50 – 15.50

Finanz EKG - ein Benchmarkvergleich Messen Sie sich mit den Besten!
Harald Reigl, Wien

14.50 – 15.50

Finanz EKG - ein Benchmarkvergleich Messen Sie sich mit den Besten!
Harald Reigl, Wien

14.50 – 15.50

Finanz EKG - ein Benchmarkvergleich Messen Sie sich mit den Besten!
Harald Reigl, Wien

14.50 – 15.50

Finanz EKG - ein Benchmarkvergleich Messen Sie sich mit den Besten!
Harald Reigl, Wien

14.50 – 15.50

Finanz EKG - ein Benchmarkvergleich Messen Sie sich mit den Besten!
Harald Reigl, Wien

14.50 – 15.50

Finanz EKG - ein Benchmarkvergleich Messen Sie sich mit den Besten!
Harald Reigl, Wien

14.50 – 15.50

Finanz EKG - ein Benchmarkvergleich Messen Sie sich mit den Besten!
Harald Reigl, Wien

14.50 – 15.50

Finanz EKG - ein Benchmarkvergleich Messen Sie sich mit den Besten!
Harald Reigl, Wien

14.50 – 15.50

Finanz EKG - ein Benchmarkvergleich Messen Sie sich mit den Besten!
Harald Reigl, Wien

14.50 – 15.50

Finanz EKG - ein Benchmarkvergleich Messen Sie sich mit den Besten!
Harald Reigl, Wien

Vertrauens, womit der Patient rechnen darf.

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

14.00 – 15.30

Das Burn-Out Syndrom: Diagnostik, Therapie und Prävention
Prim. Dr. Christa Rados, Villach

14.00 – 15.30

Das Burn-Out Syndrom: Diagnostik, Therapie und Prävention
Prim. Dr. Christa Rados, Villach

14.00 – 15.30

Das Burn-Out Syndrom: Diagnostik, Therapie und Prävention
Prim. Dr. Christa Rados, Villach

14.00 – 15.30

Das Burn-Out Syndrom: Diagnostik, Therapie und Prävention
Prim. Dr. Christa Rados, Villach

14.00 – 15.30

Das Burn-Out Syndrom: Diagnostik, Therapie und Prävention
Prim. Dr. Christa Rados, Villach

14.00 – 15.30

Das Burn-Out Syndrom: Diagnostik, Therapie und Prävention
Prim. Dr. Christa Rados, Villach

14.00 – 15.30

Das Burn-Out Syndrom: Diagnostik, Therapie und Prävention
Prim. Dr. Christa Rados, Villach

14.00 – 15.30

Das Burn-Out Syndrom: Diagnostik, Therapie und Prävention
Prim. Dr. Christa Rados, Villach

14.00 – 15.30

Das Burn-Out Syndrom: Diagnostik, Therapie und Prävention
Prim. Dr. Christa Rados, Villach

14.00 – 15.30

Das Burn-Out Syndrom: Diagnostik, Therapie und Prävention
Prim. Dr. Christa Rados, Villach

14.00 – 15.30

Das Burn-Out Syndrom: Diagnostik, Therapie und Prävention
Prim. Dr. Christa Rados, Villach

14.00 – 15.30

Das Burn-Out Syndrom: Diagnostik, Therapie und Prävention
Prim. Dr. Christa Rados, Villach

14.00 – 15.30

Das Burn-Out Syndrom: Diagnostik, Therapie und Prävention
Prim. Dr. Christa Rados, Villach

14.00 – 15.30

Das Burn-Out Syndrom: Diagnostik, Therapie und Prävention
Prim. Dr. Christa Rados, Villach

14.00 – 15.30

Das Burn-Out Syndrom: Diagnostik, Therapie und Prävention
Prim. Dr. Christa Rados, Villach

Seit der Erstbeschreibung durch Freudenberg 1974 ist bekannt, dass helfende 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 mitun-

ter 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 Hilferforderung erforderlich. Häufig mit Burn-

Out Syndromen im Zusammenhang stehende Erkrankungen sind Depressionen, Angststörungen, Schlafstörungen und Somatisierungsstörungen. Auch Substanzmissbrauch bis hin zur Entwicklung von Abhängigkeitserkrankungen 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.

Seit der Erstbeschreibung durch Freudenberg 1974 ist bekannt, dass helfende 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 mitun-

ter 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 Hilferforderung erforderlich. Häufig mit Burn-

ICX-IMPERIAL®

ICX-MAGELLAN + 4-ON-ICX + ICX-SMILE BRIDGE (PROVISORIUM)

Die Zukunft der

digitalen Implantologie.



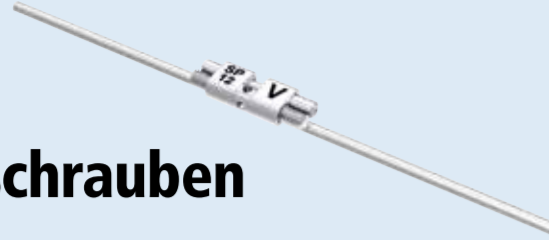
ICX

Das FAIRE Premium Implantat-System

Fragen & Infos zu ICX-IMPERIAL:

Service-Tel.: +49 (0)2643 902000-0 · www.medentis.de

Dentaurum
Variety
Spezial-Dehnschrauben



Die Variety Spezial-Dehnschrauben mit stabiler Führung zeichnen sich dadurch aus, dass sie bei kleinsten Abmessungen größtmögliche Dehnwege erlauben. Dabei verhindert die integrierte Dehnwegbegrenzung das Auseinanderfallen der Schraube. Die exakt berechnete Gewindefriction und der ebenfalls integrierte Rückstell-Stopp garantieren ein gleichmäßiges Öffnen der Schraube ohne selbstständiges Zurückdrehen. Höchste Präzision und überdurchschnittliche Qualität sorgen für stabile und verwindungssteife Konstruktionen. Variety Spezial-Dehnschrauben eignen sich sowohl für die festsitzende Behandlung im Unterkiefer als auch für die frühe Gaumennahterweiterung im Oberkiefer.

Die bioverträglichen, lasergeschweißten Arme sind mechanisch extrem belastbar und ermöglichen dem Behandler mit zwei statt vier Armen eine Vielzahl an Einsatzmöglichkeiten. Die Variety SP (small palate) Dehnschrauben eignen sich dabei besonders zur Behandlung von sehr schmalen Kiefern. Die Angabe über den maximalen Dehnweg von 8 bzw. 12 mm wird ab sofort auch auf die Variety SP Mini – 8 und Variety SP Maxi – 12 Dehnschrauben gelistet. Dadurch lassen sich nun alle Variety Dehnschrauben eindeutig voneinander unterscheiden. Jede Variety Spezial-Dehnschraube ist mit einem maximalen Dehnweg von 8 und 12 mm erhältlich.

www.dentaurum.com

Straumann Emdogain®
Neue Indikation bei Wund-
heilung eingeführt



Eine verbesserte Wundheilung birgt verschiedene Vorteile, darunter ein geringeres Risiko für postoperative Komplikationen und Schmerzen, Schwellungen und Beschwerden sowie verbesserte ästhetische Ergebnisse und größere Patientenzufriedenheit. Straumann führt damit als erstes Unternehmen im Bereich Zahnersatz ein biologisches Material ein, das die Wundheilung nach implantologischen Eingriffen generell fördert. In Europa wird Emdogain in der neuen Indikation nun lanciert, andere Regionen werden nach der Erteilung der behördlichen Zulassungen folgen. Straumann Emdogain ist eines der meistbewährten und am besten dokumentierten Produkte der Zahnmedizin überhaupt: Es wurde in den letzten 20 Jahren zur Behandlung von mehr als zwei Millionen Patienten verwendet und ist mittlerweile zum Goldstandard für die parodontale Regeneration geworden.

Seit seiner Entdeckung bestätigen Forscher, dass die Proteine in den Schmelzmatrixderivaten – dem Wirkstoff des Produkts – eine umfassende biologische Funktion wahrnehmen, darunter das Stimulieren und Modulieren der Wundheilung. Bis heute wurde die Wirkung auf die Wundheilung in rund 150 wissenschaftlichen Publikationen und Reviews beschrieben. Die Forschung hat Schmelzmatrixderivate zur Behandlung schwer heilender Wunden – z. B. diabetische Fußgeschwüre – etabliert und dabei hervorragende klinische Ergebnisse dokumentiert.

www.straumann.com

elmex® SENSITIVE PROFESSIONAL™
Repair & Prevent Zahnpaste

Colgate-Palmolive Österreich brachte kürzlich mit elmex® SENSITIVE PROFESSIONAL™ Repair & Prevent eine neue Zahnpaste auf den österreichischen Markt. Die Zahnpaste basiert auf der bewährten Pro-Argin® Technologie und enthält zusätzlich Zink um das Zahnfleisch zu stärken.

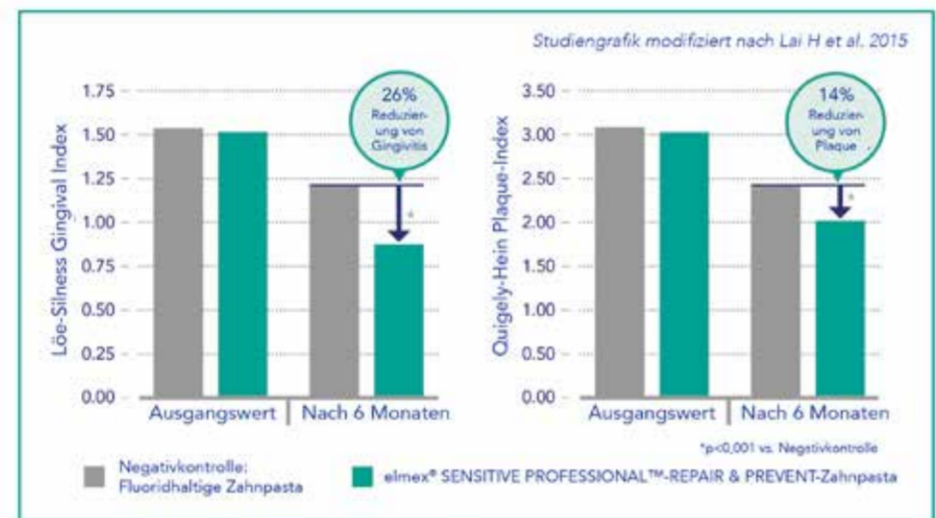
Die klinisch bestätigte Pro-Argin® Technologie wirkt rasch an den sensiblen Bereichen der Zähne. Durch das Abdichten und Versiegeln der offenen Dentintubuli wird in Sekundenschnelle die Flüssigkeitsbewegung reduziert und so einer Hypersensibilität vorgebeugt. Zusätzlich enthält die Zahnpaste mit Zink einen neuen Inhaltsstoff, der das Zahnfleisch stärkt, um künftiger Schmerzempfindlichkeit vorzubeugen.

Denn durch das Zurückgehen des Zahnfleisches werden die empfindlichen, von mikroskopisch kleinen Dentintubuli durchzogenen Zahnhälse freigelegt, wo verschiedene Reize am Zahn in

eine Schmerzempfindlichkeit umgewandelt werden. Natürlich ist gründliche Mundhygiene der Patienten unerlässlich, die neue elmex® SENSITIVE PROFESSIONAL™ Repair & Prevent Zahnpaste kann dabei aber unterstützend wirken“.

www.elmex.at

Ergebnisse klinischer Studien zu Gingivitis- und Plaquereduktion



Lai H et al.: Clinical Efficacy of Colgate® Sensitive Pro-Relief™ Repair & Prevent Toothpaste in Controlling Established Plaque and Gingivitis after 6 months. Colgate-Palmolive 2015, data on file.



Henry Schein
Vertrieb von NEODIAMOND® IN ÖSTERREICH

Preisgekrönte sterile Diamantschleifer für den Einmalgebrauch ermöglichen Zahnärzten eine hochwertige, effiziente sowie ökonomische Patientenversorgung und verringern gleichzeitig die Gefahr der Kreuzkontamination zwischen Patienten.

Als Gewinner des „Dental Advisor's Top Bur-Diamond Award 2015“ ermöglicht der in Österreich exklusiv bei Henry Schein erhältliche NeoDiamond®-Schleifer Zahnärzten eine hochwertige, effiziente sowie ökonomische Patientenversorgung bei gleichzeitiger Verringerung des Risikos der Kreuzkontamination zwischen Patienten. Der steril-verpackte Einweg-Diamantschleifer NeoDiamond® wurde 1989 entwickelt und ist mit mittlerweile 100 Millionen Verkaufseinheiten Marktführer in diesem Segment.

Die von dem Design- und Produktionsunternehmen für Dentalerzeugnisse Microcopy entwickelten NeoDiamond®-Schleifer bieten Ärzten und Patienten zahlreiche Vorteile, sowohl was die Versorgung als auch was die Praxiseffizienz anbetrifft.

Die Schleifer sind in sterilen Einzelverpackungen für die einmalige Verwendung während einer individuellen Behandlungssitzung erhältlich. Dies verringert die Gefahr einer Kreuzkontamination sowie die Gemeinkosten und die für Sterilisation und Desinfektion anfallende Arbeitszeit. Außerdem sind die Schleifer 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®-Schleifer 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.“

Neben den Vorteilen, die NeoDiamond® in Bezug auf Praxiseffizienz und Patientennutzen bietet, verfügen die Schleifer über einen XactFit®-Schaft, der durch seine geringe Toleranz für sicheren Halt sorgt und die Gefahr, dass der Schleifer sich löst, verringert. Die innovative Triton®-Klebetekologie, mit der der Diamant an dem Schaft befestigt ist, bietet eine um 20% größere Schnittfläche als konkurrierende Schleifer. NeoDiamond® ist fünf Jahre lang garantiert steril und in einer großen Vielfalt von Diamant-Anzahlen, Formen und Korngrößen erhältlich.

www.henryschein.at



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



Lageplan

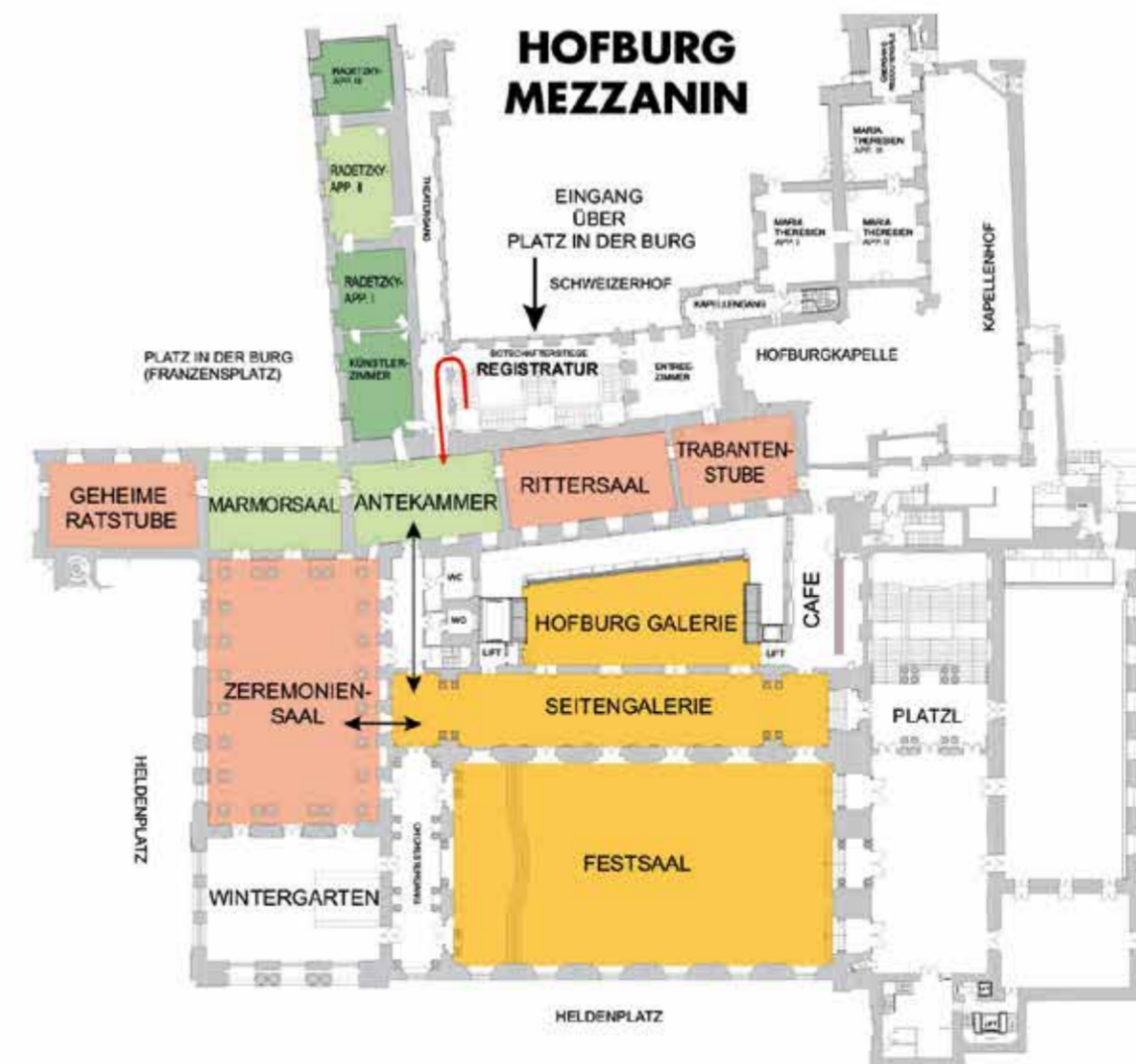
41. ÖSTERREICHISCHER ZAHNÄRZTEKONGRESS 2016
WIEN • HOFBURG | SEPTEMBER 22 • 23 • 24

ZAHNHEIL • KUNST
VOM MISSEERFOLG ZUM ERFOLG

Kongresszentrum Hofburg
Schweizertertor
Eingang Botschafterstiege
1010 Wien

Google® Maps Koordinaten
LAT 48.2072895
LON 16.3655379

KONGRESSPLAN



- 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>