

Einreichung als: Vortrag

Topic: B - Kieferorthopädie

10/1/2009 KFO Freie Vorträge Session 02

von 10:55 bis 11:05

Zahnarzt und Kieferorthopäde: was können sie füreinander tun? Konservierende Vor- und Begleittherapie zur Kieferorthopädie

Dr. Astrid Joch

Universitätsklinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde Graz

Klinische Abteilung für Kieferorthopädie

Auenbruggerplatz 12


8036 Graz

Autoren:

Joch A., Koller M., Jaklitsch U., Pichelmayer M.

Zahnarzt und Kieferorthopäde: was können sie füreinander tun? Konservierende Vor- und Begleittherapie zur Kieferorthopädie

Ass.Dr.Joch Astrid, Ass.Dr.Koller Martin, OA Dr.Jaklitsch-Willhuber Ute, Ass.Prof.Dr.Pichelmayer Margit

1. Das Vorhandensein von Bolton Diskrepanzen macht es immer wieder nötig, Zahnverbreiterungen oder Zahnverschmälerungen (Strippen) an bleibenden Zähnen durchzuführen. Der konservierend tätige Zahnarzt sollte dazu einige für den Kieferorthopäden wichtige Punkte beachten, die den Erfolg und das ästhetische Ergebnis nachhaltig beeinflussen. Ein möglicher Behandlungsablaufes anhand eines Fallbeispielles wird präsentiert.
 2. Konservierende Probleme können schon vor bzw. auch während der kieferorthopädischen Behandlung auftreten. Welche Behandlungen sollte wann und wie lange vor dem Beginn der Kieferorthopädie gemacht werden? (Wurzelbehandlungen, Zysten, apikale Läsionen,...)
 3. Spezialfall: Amelogenesis imperfecta bzw. Zahnschmelzhypoplasien: gezeigt werden Zahnaufbauten aus Keramik, Kunststoff oder Metallkronen vor bzw. während der kieferorthopädischen Therapie
-
- 

Einreichung als: Vortrag**Topic: A - Zahnerhaltung****10/1/2009 KONS Freie Vorträge Session 05****von 16:45 bis 17:00****Zahnerhalt versus Implantat - Kriterien für den Zahnerhalt**

DDr., MSc. Peter Kapeller

Praxis

Rathausstrasse 2

6900 Bregenz

Autor:

Kapeller P.

Zahnerhalt versus Implantat – Kriterien für den Zahnerhalt

Kapeller, P. (1)

(1) Praxis, Rathausstrasse 2, 6900 Bregenz

Ziel der Arbeit

Anhand der aktuell verfügbaren Literatur wurde versucht, Kriterien für den Zahnerhalt zu identifizieren. Auf Grundlage dieser Kriterien wurden Entscheidungsbäume für bzw. gegen den Zahnerhalt erarbeitet.

Material und Methoden

Es handelt sich um eine Literaturarbeit. Es wurde die aktuelle Literatur zum Thema gesichtet. Die Literatur wurde in der Datenbank Pubmed mit geeigneten Stichwörtern durchforstet. Es wurden die wichtigsten Arbeiten ausführlich erörtert und die jeweils wichtigsten Faktoren für den Zahnerhalt identifiziert.


Ergebnisse

Faktoren die die Entscheidung Zahnerhalt oder Implantat beeinflussen kommen aus der Endodontie, der Parodontologie und aus dem Fachbereich der Zahnerhaltung. In der Endodontie ist meist die Frage der Sinnhaftigkeit einer Revision oder der Behandlung einer vorliegenden endodontischen Komplikation (frakturiertes Instrument, Perforation) zu erörtern. Aus parodontologischer Sicht sind Furkationsbefall, Attachmentverlust und Lockerungsgrad die wichtigsten zu berücksichtigenden Faktoren. Aus dem Gebiet der Zahnerhaltung ist dies vorwiegend die Zahnrestsubstanz, die es zu beurteilen gilt. Nur bei entsprechend vorhandener Restzahnschubstanz, ist ein Einstellen der natürlichen biologischen Breite möglich. Auf Grund dieser Faktoren wurden zwei Entscheidungsbäume, getrennt nach Front- und Seitenzähnen, erarbeitet, die eine Entscheidung für den Praktiker erleichtern sollen.

Schlussfolgerung

Die vorliegende Literatur ist sehr inhomogen und oft von geringer Datenqualität. Daher ist eine endgültige Beurteilung die Zahnerhaltenden Faktoren nicht sicher möglich. Insgesamt kann geschlossen werden, dass die Entscheidung Zahnerhalt oder Implantat im jeweiligen Patientenfall individuell getroffen werden muss. Einflüsse wie Ausbildung des Behandlers, finanzielle Möglichkeiten und insbesondere die Erfahrung des Behandlers spielen eine entscheidende Rolle. Weitere Arbeiten, insbesondere mit allgemein gültigen Kriterien für Erfolgswahrscheinlichkeiten, scheinen notwendig.

Literatur

1. **Anthony S. Dawson, Santo C. Cardaci.**: Endodontics versus Implantology: To extirpate or integrate? Aust Endod J 2006; 32: 57-63.
 2. **Bader HI.**: Treatment planning for implants versus root canal therapy: a contemporary dilemma. Implant Dent. 2002; 11(3):217-23.
 3. **Gordon J. Christensen:** Implant therapy versus endodontic therapy. JADA 2006; 137: 1440-1443.
 4. **Matosian GS.**: Treatment planning for the future: endodontics, post and core, and periodontal surgery - or an implant? J Calif Dent Assoc. 2003 Apr; 31(4): 323-5.
 5. **Thomas MV, Beagle JR.**: Evidence-based decision-making: implants versus natural teeth. Dent Clin North Am. 2006 Jul; 50(3): 451-61
 6. **White SN, Miklus VG, Potter KS, Cho J, Ngan AY.**: Endodontics and implants, a catalog of therapeutic contrasts. J Evid Based Dent Pract. 2006 Mar; 6(1): 101-9.
-
- 

Einreichung als: Vortrag**Topic: E - Zahnersatz/Prothetik****10/2/2009 PROTHETIK Freie Vorträge Session 08****von 11:30 bis 11:45****Komplexe Fälle - im Team gelöst**

DDr., MSc. Peter Kapeller

Praxis

Rathausstrasse 2

6900 Bregenz

Autoren:

Kapeller P., Ploder O., Burger W., Hölbl R.

Komplexe Fälle – im Team gelöst

Kapeller, P. (1), Ploder, O. (2), Burger, W. (3), Hölbl R. (4)

(1) Praxis, Rathausstr. 2, 6900 Bregenz

(2) Abteilung für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, LKH Feldkirch, Carinagasse 47, 6807 Feldkirch

(3) Praxis, Gutweg 2, 6800 Feldkirch

(4) Zahntechnisches Labor, Harder Str. 48, 6923 Lauterach

Einleitung

Die Aufgaben, die ein niedergelassener Praktiker heute zu bewältigen hat, werden immer komplexer. Die Entwicklungen in den einzelnen Fachdisziplinen setzen ein fundiertes Fortbildungsengagement voraus. Die Begehrlichkeiten der Patienten nehmen zu. Ein einzelner Praktiker ist mit den komplexen Herausforderungen oft überfordert und nicht selten heißt es dann, dass eine Therapieoption nicht möglich ist.

Patienten und Methode

Anhand von drei Fallbeispielen soll gezeigt werden, dass bei entsprechender Kommunikation, Planung und Zielsetzung auch sehr komplexe chirurgisch-prothetische Fälle in der Praxis gelöst werden können.


Nach schwerer Parodontitis sind oft massive Knochen- und Weichgewebsdefekte vorhanden, die eine rein prothetisch-ästhetische Rekonstruktion im Frontzahnbereich unmöglich machen. Im ersten Fall wird die chirurgische Augmentation mittels vertikaler Distraction, lateraler Blockaugmentation und Sinusbodenelevation und die darauffolgende implantatprothetische Versorgung demonstriert.

Der zweite Fall zeigt die Zusammenarbeit bei einem Dysgnathiepatienten mit einer ausgeprägten Rücklage des Oberkiefers. Mit Hilfe der interdisziplinären Zusammenarbeit wurde bei diesem Patienten eine Oberkiefervorverlagerung und anschließend eine hochwertige prothetische Arbeit durchgeführt. Dadurch konnte sowohl eine deutliche Verbesserung der Ästhetik (Profil und Front), als auch die Herstellung der Funktionalität ermöglicht werden.

Im dritten Fall wird die Zusammenarbeit bei einer prothetischen Versorgung eines Patienten mit einer LKG-Spalte demonstriert.

Schlussfolgerung

Anhand von drei Fallbeispielen wird die Kooperation von Chirurg, Zahnarzt und Zahntechniker dargestellt. Dies soll für Kollegen in der Praxis den Anreiz bieten, auch komplexere Fälle im Team zu lösen.



Einreichung als: Vortrag

Topic: Eingeladener Vortrag

**10/2/2009 Programm für Zahnarztassistentinnen
von 15:00 bis 15:30**

Session 15

Schäden durch orale Piercings

Dr. Ines Kapferer
Reichenauerstraße 46
6020 Innsbruck

Autor:

Kapferer I.

Schäden durch orale Piercings

Wer kennt sie nicht, die kleinen Ringe und Perlen an Nase, Augenbraue, Ohr oder an manch anderer Körperstelle, beispielsweise auch im Mund: Body-Piercing ist „in“.

Kaum ein junger Mensch bedenkt dabei, dass dieser Schmuck zu langfristigen Schäden an Zähnen und Zahnfleisch führen kann. In zwei groß angelegten Studien wurden an der Universitätszahnklinik Innsbruck und Bernhard-Gottlieb-Universität Wien die Auswirkungen von Lippen- und Zungen-Piercings auf Zähne und Zahnfleisch untersucht. Bei 72 Prozent der Patienten mit einem medianen Unterlippenpiercing zeigte das Zahnfleisch leichte bis massive Schäden im Sinne von Rezessionen oder lokalisierten Parodontitiden. Bei Zungen- oder seitlichen Lippenpiercings war die Prävalenz weitaus geringer. Zusätzlich zu den mechanischen Schäden werden die Piercings stark von oralen Mikroorganismen besiedelt, und könnten als Keimreservoir für verschiedene Erkrankungen dienen.

Wie Schäden an Zähnen und Zahnfleisch verhindert werden können, ohne auf den Körperschmuck verzichten zu müssen, sowie Empfehlungen für die Praxis werden in diesem Vortrag ausführlich besprochen.

Einreichung als: Vortrag

Topic: C - Orale Chirurgie

10/1/2009 OCMR Session 06

von 16:00 bis 16:15

Cortison - ein Wundermittel in der perioperativen Schmerztherapie?

Arnold Klampfl
Universitätsklinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde Graz
Auenbruggerplatz 12
8036 Graz

Autoren:

Klampfl A., Acham S., Kirmeier R., Truschnegg A., Jakse N.

Kortison – ein Wundermittel in der perioperativen Schmerztherapie?

Arnold Klampfl, Stephan Acham, Robert Kirmeier, Astrid Truschnegg, Norbert Jakse

Kortikoide werden in der Zahnheilkunde häufig zur Verbesserung des perioperativen Schmerzmanagements eingesetzt. Die einschlägige Fachliteratur bestätigt einen positiven Effekt von Kortisonpräparaten auf die postoperative Symptomatik. Schwellung, Schmerzen sowie die Einschränkung der Mundöffnung werden reduziert, die postinterventionelle Morbidität folglich deutlich verringert.

Die Anwendung von Kortisonpräparaten bei zahnärztlichen Behandlungsmaßnahmen erfolgte bisweilen auf Basis unterschiedlichster Empfehlungen mit teilweise unzureichend wissenschaftlich fundierter Evidenz. So zeigen sich auch in der Literaturübersicht sehr heterogene Empfehlungen hinsichtlich der Art, Dosis, Applikationsform und Therapiedauer von Kortikoiden.

Erste Ergebnisse einer laufenden randomisierten, doppelt verblindeten, placebokontrollierten, prospektiven Studie zum Einsatz von peroral verabreichtem Methylprednisolon in der zahnärztlichen Praxis werden vorgestellt.

apie.doc#

Einreichung als: Vortrag

Topic: A - Zahnerhaltung

10/1/2009 KONS Freie Vorträge Session 05

von 16:25 bis 16:45

Die Grenzen der endodontischen Therapie?

DDr. Johannes Klimscha

Bernhard Gottlieb Universitätszahnklinik Wien

Abteilung für Zahnerhaltung

Währingerstraße 25a

1090 Wien

Autor:

Klimscha J.


Die Grenzen der endodontischen Therapie?

J. Klimscha

Keine andere zahnärztliche Spezialdisziplin erlebt derzeit in Europa einen ähnlichen Höhenflug abseits der Öffentlichkeit, wie die Endodontie. Stand vor der Jahrtausendwende die Implantologie im Mittelpunkt zahnärztlichen Interesses, so besinnt sich die Ärzteschaft mehr und mehr darauf, durch den Einsatz modernster technischer Hilfsmittel den natürlichen Zahn zu erhalten.

Eben dieser technische Mehraufwand unter Berücksichtigung der biologischen Kriterien ermöglicht den Zahnerhalt. Wann aber sind die Grenzen der endodontischen Therapie und der Zeitpunkt erreicht ,wo Implantologie und/oder Prothetik zum Zug kommen?

Der Vortrag präsentiert die dem State of the Art folgenden Aufbereitungs- und Obturationstechniken basierend auf den biologischen Grundlagen unter Berücksichtigung der Indikation und Kontraindikation zur endodontischen Therapie.



Einreichung als: Vortrag**Topic: Eingeladener Vortrag****10/2/2009 MKG Eingeladene Referenten Session 07****von 11:25 bis 12:20****Osseointegration - State of the Art**

DDr. Frank R. Kloss

Medizinische Universität Innsbruck

Universitätsklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Anichstraße 35

6020 Innsbruck

Autor:

Kloss F.

Osseointegration – State of the Art

Dr. Dr. Frank R. Kloss


Der Begriff Osseointegration wurde 1952 von Prof. Brånemark eingeführt und beschreibt das Einheilen von Implantaten in den Knochen mit direktem knöchernen Kontakt ohne dazwischen gelagertem Bindegewebe. Basierend auf diesem Prinzip entwickelte sich die dentale Implantologie zum festen Bestandteil prothetischer Behandlungskonzepte und in neuerer Zeit zu einer Therapieoption in der Kieferorthopädie.

Heute geht man davon aus, dass die direkte Knochenanlagerung alleine nicht eine erfolgreiche Osseointegration beschreiben kann. Verbesserte mechanische Eigenschaften der Implantate führen zu einer erhöhten klinischen Stabilität. Darüber hinaus sind die rezenten Fortschritte der Implantologie insbesondere durch das immer detailliertere Wissen über Vorgänge am Implantat-/Knochen-Interface möglich geworden. Die Beeinflussung von initialen Zell-/Substrat-Wechselwirkungen, die eine wichtige Voraussetzung für eine gute Osseointegration darstellen, kann durch Änderung des Implantatmaterials und durch Veränderung von strukturellen sowie physiko-chemischen Oberflächeneigenschaften erfolgen. Diese Erkenntnisse resultierten unter anderem in der Einführung von rauen, hydrophilen Implantatoberflächen, die zu einer beschleunigten Osseointegration führen.

Die Verbesserung der Implantatoberflächen und das erweiterte Wissen um die Einheilungsvorgänge, haben zu einem Paradigmenwechsel geführt. Ging man in der Pionierzeit der dentalen Implantologie noch davon aus, dass eine Osseointegration

lediglich bei fehlender Belastung des Implantates während der Einheilphase stattfinden kann, so sind heute verschiedenste Konzepte der Sofortbelastung bekannt. Welchen Einfluss solche Konzepte auf die Osseointegration haben, soll hier dargestellt werden.

Im Rahmen der Präsentation sollen somit aktuelle und bewährte Konzepte der Implantologie unter dem Aspekt der Osseointegration kritisch beleuchtet und mögliche zukünftige Entwicklungen dargestellt werden.



Einreichung als: Vortrag

Topic: Eingeladener Vortrag

10/2/2009 Ganzheitliche ZHK Session 11

von 14:00 bis 14:45

Herde und Störfelder aus der Sicht der anabol-katabolen Stoffwechselregulation


Dr. Bodo Köhler
Brombergstrasse 33
D-79102 Freiburg

Autor:

Köhler B.

Herde und Störfelder aus der Sicht der anabol-katabolen Stoffwechselregulation

Herde stellen chronische Prozesse dar mit Fernwirkung auf andere Regionen. In einem komplex vernetzten System wie dem Menschen wird die Summe der Belastungen zu einer Dekompensation der Regulationsvorgänge führen, was Schmerzen auslösen, aber auch zu anderen gravierenden Symptomen führen kann. Diese bekannten Zusammenhänge können mit dem Grundlagenwissen über die Regulation des Zellstoffwechsels wesentlich effizienter in Diagnostik und Therapie umgesetzt werden. Es lassen sich dadurch chronisch entzündliche Herde, wie z.B. Granulome, als anabole Stoffwechselentgleisung darstellen und von degenerativen Auflösungsprozessen, wie z.B. einer Parodontose, als katabole Stoffwechselentgleisung unterscheiden. Das ist nicht nur von akademischen Interesse, sondern öffnet den Weg für eine ganz gezielte, kausale Behandlung. Das Ziel muß sein, Regenerationsprozesse im kranken Gewebe zu fördern, indem die physiologische Regulation wieder hergestellt wird. Das ist nicht nur für die Behandlung selbst von großem Interesse, sondern bietet entscheidende Hinweise für die Planung und Vorbereitung von kieferchirurgischen Eingriffen, um die Komplikationsrate drastisch zu senken. Ohne Kenntnis einer vorliegenden Stoffwechselentgleisung im Zahn-Kiefer-Bereich unterliegt diese dem Zufallsprinzip, aber genau das ist determinierbar durch die praktische Anwendung der Gesetze der Regulation des Zellstoffwechsels durch die Zelle & Milieu-Revitalisierung ZMR.



Einreichung als: Vortrag

Topic: Eingeladener Vortrag

10/3/2009 Interdisziplinäre ZHK Session 12

von 09:00 bis 09:45

Moderne Konzepte der Paroprothetik

Dr. Gerd Körner

Fachzahnarztpraxis für Parodontologie

Niedernstrasse 16

D-33602 Bielefeld

Autor:

Körner G.

Moderne Konzepte der Paroprothetik

Es muss heute in Frage gestellt werden, ob Gewebeverlust durch parodontale Erkrankungen als unabdingbar und die Kompensation lediglich durch prothetische Ersatzmaterialien als weiterhin befriedigend angesehen werden kann.


Die regenerativen und rekonstruktiven Techniken der Plastischen Parodontalchirurgie lassen durchaus eine bioanaloge Annäherung an eine restitutio ad integrum zu. Dabei tritt die Parodontale Therapie ein in eine synergistische Ergänzung zu den Errungenschaften der modernen restaurativen Verfahren.

Die sich gegenseitig ergänzenden Techniken, wie zum Beispiel die rekonstruktive Wiederherstellung des Alveolarkamms einerseits und die restaurative Profilierung und Ergänzungen durch geeignete prothetische Ponticgestaltung andererseits, machen die unterschiedlichen Pole der modernen Paroprothetik deutlich. Jedoch muss das Ergebnis, das optimal aus Patientensicht als ausgewogene Trias aus Funktion, Ästhetik und Komfort definiert wird, im praktischen Alltag unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Gewebereaktionen am Interface zwischen „Paro“ und „Prothetik“ erarbeitet werden.

Die Entwicklung wiederherstellender Techniken in der Parodontologie wie GTR- und GBR-Verfahren in den 90-iger Jahren des letzten Jahrhunderts, die Integration mikrochirurgischer Verfahren und die Kombination mit den Errungenschaften der Osseointegration bestimmen die eine Seite, Fortschritte der adhäsiven Techniken und keramischer Werkstoffe auf der anderen Seite lassen Neuausrichtungen der prothetischen Versorgung zu.

Speziell die Einbeziehung von Implantaten, die Beachtung der analogen aber auch unterschiedlichen Strukturen im Vergleich zum parodontalen Original und die Beeinflussung

im Rahmen des s. g. perio- implantär- restaurativen Interfaces „Piri“ bestimmen maßgeblich moderne Konzepte der Paroprothetik im Sinne einer bioanalogen Rekonstruktion. Die Einschränkungen oder auch Stigmatisierungen, die der parodontal erkrankte Patient im Rahmen der klassischen Perioprothetik im Sinne von „herausnehmbar“, „lange Zähne“, „schwarze Zwischenräume“ und erschwerte Hygienefähigkeit hinnehmen musste, können dadurch zunehmend zurückgeführt werden.



Einreichung als: Vortrag

Topic: Eingeladener Vortrag

10/2/2009 Programm für Zahnarztassistentinnen

Session 15

von 11:30 bis 12:30

Parostatus - Zeit sparen und Qualität sichern durch moderne Technologien und Sprachsteuerung

Dr. Christoph Kossack

Charité - Universitätsmedizin Berlin

Assmannshäuser Straße 4-6

D-14197 Berlin

Autor:

Kossack C.

Parostatus - Zeit sparen und Qualität sichern durch moderne Technologien und Sprachsteuerung

ZIEL

Mit Unterstützung der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie, der Charité – Universitätsmedizin Berlin, und der TU-Dresden wurde ein Parodontalstatus mit folgenden Zielstellungen entwickelt:

- wissenschaftliche Befunddarstellung
- Praxistauglichkeit
- alle parodontologisch relevanten Befunde auf einem Befundbogen
- übersichtliche und anschauliche Darstellungsform
- Netzwerkfähigkeit
- Unterstützung von Hygiene- und Screeningbefunden
- integrierbar in vorhandene Praxisverwaltungssoftware
- Aufzeichnungsmöglichkeit für eine Person ohne Assistenz durch optionale Fuß- oder Sprachsteuerung mit Dialogsystem
- aussagekräftige Diagramme und Auswertungsfunktionen zur Verlaufskontrolle und Patientenmotivation

GRUNDLAGE


Als Grundlage für das entwickelte System ParoStatus.de diente der Michigan-Status. Er ermöglicht die Darstellung des gesamten Attach- mentreliefs auf einem Befundbogen. Der Michigan-Status wurde erweitert und digitalisiert. Zusätzlich wurden die Hygieneindizes API, mPBI, PCR und GIs sowie die Screenings PGU und PSI in das System integriert.

SPRACH- UND FUßSTEUERUNG

Durch die Integration von Sprach- und Fußsteuerungen ist es möglich, Befunde und Indizes ohne Assistenz aufzuzeichnen. Das entwickelte Dialogsystem ermöglicht es dem Untersucher, sich gänzlich auf seinen Patienten konzentrieren zu können. Ein Blick zum Bildschirm ist während der Aufzeichnung nicht notwendig. Alle Befunde gelangen per Sprach- oder Fußsteuerung direkt in die Patientenakte.

UMFANGREICHE AUSWERTUNGSFUNKTIONEN

Zur genauen Verlaufskontrolle und Patientenmotivation sind verschiedene Auswertungsfunktionen und Diagrammtypen für PA- Befunde und Hygieneindizes verfügbar. Es können sowohl Übersichten als auch Detaildiagramme von einzelnen Messstellen berechnet werden. Neben einer Implantat-Baselinebefundung wurde auch eine Parodontitisrisikobeurteilung integriert.



Einreichung als: Vortrag

Topic: E - Zahnersatz/Prothetik

10/2/2009 PROTHETIK Freie Vorträge Session 08

von 11:55 bis 12:10

Grenzen der Totalprothetik beim Resektionspatienten. Ein Fallbericht.

DDr. Robert Kranewitter

Universitätsklinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde Innsbruck

Zahnersatz

Anichstraße 35

6020 Innsbruck

Autoren:

Kranewitter R., Rasse R.M.


Grenzen der Totalprothetik beim Resektionspatienten. Ein Fallbericht

Kranewitter, Rasse

Die Behandlung eines Patienten nach Maxillektomie erfordert immer eine interdisziplinäre Zusammenarbeit. Werden die Anstrengungen des Kieferchirurgen und des Prothetikers gut aufeinander abgestimmt, so kann dies sowohl die Lebensqualität des Patienten während des postoperativen Heilungsverlaufes, als auch das Endergebnis der Behandlung positiv beeinflussen. Trotz der drastischen Eingriffe im Laufe der Behandlung können oft akzeptable ästhetische und funktionelle Resultate erzielt werden.

Dieser Fallbericht beschreibt die Versorgung einer Patientin nach Entfernung eines Oberkieferkarzinoms. Nach wiederholten Oberkieferresektionen und Radiochemotherapie, sowie der Durchführung einer Oberkieferdeckung und einer Lippenkorrektur, verblieb ein weit nach dorsal retrudiertes Mittelgesicht mit einer nahe dem weichen Gaumen liegenden Oberlippe. Anschließend wurde die Patientin am Department für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie in Innsbruck vorstellig.

Es wird gezeigt, wie die Patientin durch weitere Transplantationen (mikrochirurgische Rekonstruktionen) und präprothetische Operationen für die Anfertigung von Totalprothesen im Ober- und Unterkiefer vorbereitet wurde. Die Herausforderungen bei der prothetischen Versorgung werden beschrieben und die Zwischenergebnisse sowie das vorläufige Endergebnis kritisch betrachtet.



Einreichung als: Vortrag**Topic: Eingeladener Vortrag****10/2/2009 MKG Eingeladene Referenten Session 07****von 09:40 bis 10:20****Distraction als präprothetische Maßnahme**

Prim. Univ.-Prof. Dr. Christian Krenkel

Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Salzburg

Universitätsklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Müllner Hauptstrasse 48

5020 Salzburg

Autor:

Krenkel .

Distraction als präprothetische Maßnahme

Prim. Univ.- Prof. Dr. Christian Krenkel

Wenn wir die Evolution der Wirbeltiere betrachten, kann es kein Zufall sein, dass alle Arten mit einmaliger permanenter Dentition Zähne mit langen Wurzeln und kurzen Zahnkronen tragen die alle auf einem Alveolarfortsatz sitzen. Dies garantiert die Selbstreinigung und damit Langlebigkeit der Zähne. Für die Wiederherstellung der Kaufähigkeit hoch atrophien Kiefer mit bester Qualität soll dieses Konzept der Natur ebenfalls eine Leitlinie sein. Es sind dabei grundsätzlich drei Bereiche zu beachten: Kieferknochen, Zahnfleisch und Mundschleimhaut; Implantate; Prothetik.

ad Kieferknochen, Zahnfleisch und Mundschleimhaut:

Ist der Kieferknochen zu sehr atrophisiert und sind die Schleimhautverhältnisse für eine konventionelle Totalprothetik nicht ausreichend, ist es notwendig zunächst einmal den Kieferkamm aufzubauen und die Schleimhaut zu sanieren. Vestibulumplastiken und Alveolarkammaufbauten mit Knochenersatzmaterialien haben sich bezüglich ihrer Spätergebnisse nach heutigen Qualitätskriterien nicht bewährt.

Die Regeneration des Kieferkamms mittels Distractions-Osteogenese stellt die beste Art des Knochenaufbaues dar da dieser durch natürliches Bioengineering im Original (ortsständigen Knochen) gezüchtet wird. Die Pionierarbeit auf diesem Gebiet wurde mit Plattendistraktoren geleistet, die jedoch mit mehreren Nachteilen behaftet sind: Gerät ragt in die Mundhöhle; zwei Operationen zum Setzen und Entfernen; Abdecken von Periost; offene Verbindung zur Mundhöhle; starke Tendenz zur Lingualkippung. Aus diesen Gründen wurde nach neuen Wegen der Knochen- und Weichteilregeneration des Alveolarfortsatzes gesucht. Wichtige Kriterien waren dabei die Wiederherstellung der physiologischen Knochenhöhe, die Möglichkeit der Wahl des Distractionsvektors, die Stabilität des Osteotomiesegmentes und die möglichst geringe Beeinträchtigung des Patienten während der Distractionszeit.


Der Endo-Distractor Krenkel®, der dem Prinzip einer Anker-Zugschraube entspricht, jedoch mit Kraftentwicklung in umgekehrter Richtung, stellt die Lösung aller genannten Probleme dar und wurde während eines Zeitraumes von mehr als 8 Jahren an über 70 PatientInnen erprobt. Durch die zentrale Position der Distractionsschraube im Knochen wird das Osteotomiesegment bis zur gewünschten Knochenhöhe ideal gestützt. Durch die sichere Verankerung der Distractions-Schraube im Kieferbasisknochen kann jeder gewünschte

Vektor eingestellt und auch gehalten werden. Die geringe Oberfläche des Gerätes und der flüssigkeitsdichte Abschluss zum Osteotomiespalt minimieren das Infektionsrisiko und sind die Grundlage für optimale Kallusbildung. Der Endo-Distractor, der im Mund wie ein Abutment eines Implantates aussieht, führt für den Patienten zu keiner ästhetischen und funktionellen Störung. Keinerlei Beeinträchtigung gibt es auch nach Beendigung der Distraktions- und Latenzzeit, da die Distraktionsschraube in einem Operationsschritt ausgeschraubt und durch die Implantate ersetzt wird. Durch die Anwendung der Endo-Distraktion Methode gelingt in einem einzigen Operationsschritt sowohl die Regeneration des Alveolarfortsatzes und des vestibulum als auch eine ästhetisch ansprechende Wiederherstellung des Untergesichtes und der Lippen.

Ad Implantate und Prothetik

Am Ende der dreimonatigen Latenzzeit werden die Zahnimplantate gesetzt (idealerweise 4 – 6 im Oberkiefer und 4 im Unterkiefer) und danach der Endo-Distractor entfernt. Die Implantate werden durch einen provisorischen Steg miteinander verblockt und die alte Prothese weich unterfüttert. Damit ist eine erste ausreichende Wiederherstellung der Kaufähigkeit für die nächsten 4 Monate gewährleistet, bevor die definitive prothetische Versorgung durchgeführt werden kann. Je nach Alter und Geschick des Patienten (Mundhygiene) können bei der definitiven prothetischen Versorgung sowohl im Ober- als auch im Unterkiefer festsitzende Brücken verschraubt oder Deckprothesen auf Stegen mit Elongationen eingesetzt werden.

Bruxismus ist bei dieser Patientengruppe die Regel, deshalb muss mindestens eine der beiden Prothesen abnehmbar sein, bei mangelnder Geschicklichkeit wegen der Gefahr der schlechten Mundhygiene, beide. Auf Grund unserer langjährigen Erfahrung mit der Technik der Endo-Distraktion kann, bis auf wenige Ausnahmen, heute jedem Patienten auch bei schlechtesten Ausgangsbedingungen ein für viele Jahre funktionell und ästhetisch befriedigendes Ergebnis in Aussicht gestellt werden.



Einreichung als: Vortrag

Topic: Eingeladener Vortrag

10/1/2009 Psychosomatik Session 03

von 09:40 bis 10:00

Angstlösung heute: Praxisnahe Konzepte der Dentalpsychologie

Univ.Lekt. MR Dr.Dr. Gerhard Kreyer

Kremser Strasse 9

3550 Langenlois

Autor:

Kreyer G.

In der Zahnstation des Otto – Wagner – Spitals - ehemals „Psychiatrisches Krankenhaus der Stadt Wien“ - wurden in den Jahren 1973 – 2007 insgesamt über 60.000 psychisch kranke und psychisch behinderte stationäre Patienten der ICD – 10 – Diagnosegruppen F0 - F9 mit unterschiedlichem Schweregrad betreut, davon ca. 15 % Kinder und Jugendliche. Es wurden systematisch verschiedene Methoden zahnmedizinisch – psychologischer Angstabbaukonzepte erprobt und in Hinblick auf das jeweilige Therapieziel modifiziert und optimiert. Es sollte ein weitgehend standardisiertes, reproduzierbares, leicht lehr- und lernbares Vorgehen von möglichst hoher Praxisnähe entwickelt werden. Die so genannte „Integrative Anxiolyse“ verbindet in einem genau definierten, stufenweisen Vorgehen verschiedene, als wirksam erkannte Strategien und Techniken miteinander zu einem Gesamtkonzept, welches sowohl Möglichkeiten als auch Grenzen der jeweiligen Methode im Rahmen der einzelnen Verfahrensschritte mit einbezieht. Die Anwendung der Methoden erfolgt in hierarchischer Reihenfolge: Psychokonkordante Terminisierung – Ärztliche Gesprächsführung - Systematische Desensibilisierung – Positive Reiztherapie – Suggestive Techniken – Hypnose – Pharmakotherapie – Vollnarkose. Mit diesem Konzept war es bei dem der Studie zugrunde liegenden Patientenkollektiv möglich, den Prozentsatz an unvermeidbaren Vollnarkosen von ehemals ca. 16 % auf derzeit 0,7 % aller Interventionen zu senken.

0Konzepte%20der%20Dentalpsychologie.doc#

Einreichung als: Vortrag

Topic: Eingeladener Vortrag

10/1/2009 Psychosomatik Session 03

von 11:10 bis 11:40

Die tägliche Crux - Der Mund als Manifestationsorgan somatoformer Störungen

Univ.Lekt. MR Dr.Dr. Gerhard Kreyer

Kremser Strasse 9

3550 Langenlois

Autor:

Kreyer G.

Die Oralregion ist sowohl aus tiefenpsychologischer als auch aus neuro-anatomischer Sicht in besonderer Weise prädestiniert als Projektionsfeld seelischer Konflikte oder psychischer Erkrankungen.

Konfrontationen mit sog. „Problempatienten“ haben ihre Ursachen zumeist nicht in zahnärztlich-fachspezifischen Problemstellungen sondern in einer Störung der Arzt-Patient Interaktion.

Gerade der Bereich des Mundes und der Zähne mit z.T. sehr kostenaufwändigen Sanierungen bietet sich an als Manifestationsorgan für so genannte „Somatisierungen“ innerpsychischer Probleme auf dem Weg einer somatischen, orofacialen Schiene.

Dazu gehören einerseits Ängste, welche sich zum Teil überdeutlich erkennbar, zum Teil aber auch in maskierter Form präsentieren.

Andererseits finden sich unterschiedlichste Symptombilder, funktionelle Störungen oder Somatisierungen in Hinblick auf die Psychosomatik des Bezahnten, die Psychosomatik des Unbezahnten und die Psychosomatik des Zahnverlustes.

Problemkreise wie „Psychogene Amalgamintoleranz“, „Psychogene Prothesenunverträglichkeit“ und „Psychogene Prothesenverträglichkeit“ zählen ebenso dazu wie orofaciale Parafunktionen, das „Burning-Mouth-Syndrom“, psychosomatische Probleme bei drogenabhängigen Patienten oder das sog. „Psychodentale Begleitsyndrom“.

Charakteristischerweise haben viele Patienten aufgrund von Defiziten in der Primärversorgung und präliminären Diagnostik eine lange und komplizierte Anamnese mit zahlreichen negativen Untersuchungen und ergebnislosen somatischen wie auch „alternativen“ Therapieversuchen bzw. chirurgischen Eingriffen hinter sich.

Daher kommt adäquaten diagnostischen Überlegungen und therapeutischen Konzeptionen auch aus zahnärztlicher Sicht besondere Bedeutung zu.

Dies in erster Linie in Hinblick auf die zu betreuenden Patienten aber auch in Hinblick auf Coping-Kompetenz und Psychohygiene des Behandlers selbst.

-% 20Der% 20Mund% 20als% 20Manifestationsorgan% 20somatoformer% 20Störungen.doc#

Einreichung als: Vortrag

Topic: Eingeladener Vortrag

10/3/2009 Interdisziplinäre ZHK Session 12

von 10:15 bis 11:00

Interdisziplinäre Zusammenarbeit - State of the Art

Univ.-Prof.DDr. Siegfried Kulmer

Verein Tiroler Zahnärzte

Anichstraße 35

6020 Innsbruck

Autoren:

Kulmer S., Heiser W.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit - State of the Art

S. Kulmer / W. Heiser

Wissenschaftliche Forschung und klinische Erfahrung haben Allgemeinmedizin, die Kontrolle des Biofilms und Okklusion und Funktion als grundlegende Pfeiler einer modernen Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde erkannt.

Darüber hinaus werden die Erkenntnisse der modernen Funktionslehre oftmals nicht nur negiert, sondern sogar gelehnt. So treten an Stelle einer ursächlichen okklusalen und funktionellen Therapie Aufbissschienen, Biofeedback, Medikamente, psycho-soziale Interventionen, Physiotherapie, Akupunktur etc. Alle diese Maßnahmen verzeichnen kurzfristig Erfolge und Besserungen - der Langzeiterfolg bleibt aber allen versagt, da damit die Ursache nicht therapiert und daher auch nicht beseitigt wird.

Der Vortrag zeigt die ungeheure Kraft einer ursächlichen Therapie. Im interdisziplinären Zusammenspiel, beginnend mit einer tiefen Diagnostik und Diagnose, über Prophylaxe, Parodontologie, Kieferorthopädie und einer funktionellen Rehabilitation des Kauapparats werden schwere Schäden und Entstellungen gebessert und jahrelange Schmerzen beseitigt. Exemplarisch wird dies an drei Patienten demonstriert und zwar an Rezessionen, Parodontitis mit Zahnwanderungen und jahrelangen schweren Funktionsstörungen mit Kiefergelenks- und Kopfschmerzen.



Einreichung als: Vortrag

Topic: Eingeladener Vortrag

10/1/2009 KFO Eingeladene Referenten Session 04

von 14:30 bis 15:00

Kieferorthopädie und Krankenkassen - Begutachtungen - Gutachten - Forensik

Prim. Dr. Walter Küng

Vorarlberger Gebietskrankenkasse

Jahngasse 4

6850 Dornbirn

Autor:

Küng W.

Kieferorthopädie und Krankenkassen – Begutachtungen – Gutachten – Forensik
Prim. W. Küng

Prim. Küng ist seit über 20 Jahren Chefzahnarzt der Vorarlberger Gebietskrankenkasse und ärztlicher Leiter der Zahnambulatorien. Ebenso lange ist er gerichtlich beeideter und zertifizierter Sachverständiger für ZMK, bis vor Kurzem der einzige im Bundesland Vorarlberg.

Diese Aufgabenbereiche ermöglichen ihm einen breitgefächerten Überblick über fachliche und forensische Entwicklungen, Abgründe und auch Skurrilitäten.

In einen spezifischen Kontext gestellt sind diese Aufgabenstellungen durch jene Richtlinien, die der „Kostenträger Sozialversicherung“ gesetzeskonform vorgeben muss: „Die Krankenbehandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.“ ASVG § 133 (2). Jede dieser Vorgaben steht heute mehr denn je in der fachlichen und gesellschaftlichen Diskussion: Was ist ausreichend, was ist zweckmäßig und was ist das Maß des Notwendigen?

Im Vortrag wird eine kleine Auswahl aussagekräftiger kieferorthopädischer Fälle vorgestellt, die im fachlichen, kontrollärztlichen und forensischen Kontext die Sensibilität für Problemfälle verfeinern soll.

In einer gesellschaftlichen Entwicklung, in der die gesamte Ärzteschaft zunehmend in den forensischen Diskurs gezwungen wird, seien individuelle Möglichkeiten aufgezeigt, an Stelle „forensischer Ängstlichkeit“ kluge Defensive und weitsichtige Offensive treten zu lassen.

