

Abstract – Richtlinien

zur Anmeldung von wissenschaftlichen Kurzvorträgen, Postern
und Fallpräsentationen zu den Tagungen der DGKIZ

Das Abstract fasst die Ergebnisse einer wissenschaftlichen Studie bzw. eines klinischen Fallberichtes prägnant zusammen. Dieses enthält die wichtigsten Informationen – sofern nicht anders gefordert – in deutscher Sprache zum Studien- bzw. Fallhintergrund, zur Methodik bzw. Behandlungsablauf, hebt die wichtigsten Ergebnisse hervor und endet mit einer begründeten Schlussfolgerung. Die nachstehenden Stichpunkte sollen bei der Abfassung unterstützen.

Gliederung	Wissenschaftl. Kurzvortrag/ Poster	Klinischer Fallbericht
Titel	max. 130 Zeichen inklusive Leerzeichen	
Autoren	Vollständige Angaben zu den Autoren und deren Klinik, Institut oder Praxis	
Hauptteil	max. 2.200 Zeichen inklusive Leerzeichen	
Einleitung	Studienhintergrund und Zielstellung	Klinisches Problem und Zielstellung
Material/ Methodik	Wichtige Informationen zu Patienten/ Material, Untersuchungsmethoden bzw. -standards, Indizes, Statistik	Darstellung des klinischen Vorgehens bzw. wichtiger Behandlungsetappen, Nennung von Therapiestandards
Ergebnisse	Darstellung wichtiger deskriptiver und explorativer Ergebnisse	Erreichtes Behandlungsergebnis
Zusammenfassung	Strikt wissenschaftliche Schlussfolgerung	Kurze, kritische Wertung des Falles
Korrespondenz- adresse	Vollständige Kontaktdaten des Ansprechpartners	

Die DGKIZ unterstützt die gute wissenschaftliche Praxis und verweist auf diesbezügliche Empfehlungen <https://wissenschaftliche-integritaet.de/kodex/>. Gleichmaßen wird bei der Einreichung von Fallberichten die Umsetzung aktueller Behandlungsstandards (Leitlinien, Guidelines, Empfehlungen etc.) erwartet.

Neben einer inhaltlich stringenten Abfassung des Abstracttextes ist gleichermaßen die korrekte Formatierung, insbesondere bei den Angaben zum Autor bzw. zur Autorengruppe, notwendig. Diese muss exakt den nachstehenden Mustervorlagen entsprechen, um eine einheitliche und fehlerfreie Drucklegung später zu ermöglichen. Eine nicht gewissenhafte Formatierung des Abstracts führt zum Ausschluss.

Es wird empfohlen, das Abstract vor der endgültigen Einreichung vollständig zu erstellen, zu formatieren und in der Autorengruppe zu konsentieren. Die Einreichung muss fristgerecht erfolgen und gelingt stets über den auf der Kongress-Homepage angegebenen Link (i.d.R. <https://www.conftool.pro/dgzmk/>). Auf der Internetseite können anschließend sämtliche Angaben und Inhalte strukturiert eingereicht werden.

Beispiel für ein wissenschaftliches Abstract (Kurzvortrag/ Poster)

Nicht-invasive Abdeckung von bleibenden Zähnen mit Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation

T. Linner¹, Y. Khazaei^{1,2}, K. Bücher¹, J. Pfisterer¹, R. Hickel¹, J. Kühnisch¹

¹ Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie, Klinikum der Universität, Ludwig-Maximilians Universität München, München, Deutschland

² Institut für medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie (IBE), Ludwig-Maximilians Universität München, München, Deutschland

Es gibt aktuell nur wenige klinische Untersuchungen, welche die Langlebigkeit von vereinfachten, nicht-invasiven (Abdeckung mit Glasionomerkompositen oder adhäsiven Werkstoffen) und definitiven Restaurationen (konventionelle Komposit- und Keramikrestaurationen) an bleibenden Zähnen mit einer Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation (MIH) vergleichend betrachten. Daher analysierte die vorliegende Arbeit die Langlebigkeit der o.g. Therapieansätze. Als Nullhypothese wurde formuliert, dass keine Unterschiede bestehen. Von insgesamt 377 identifizierten MIH-Fällen wurden 118 Patienten, welche eine restaurative Therapie aufgrund von Schmelzeinbrüchen im Zeitraum zwischen 2010 und 2018 erhalten haben, zu einer klinischen Untersuchung eingeladen. Letztlich nahmen 52 Kinder an der Untersuchung teil, welche die Erhebung des Kariesstatus, des MIH-Status (EAPD-Kriterien) sowie die Beurteilungen aller atypischen Restaurationen nach modifizierten FDI-Kriterien einschloss. Darüber hinaus wurden alle restaurativen Maßnahmen an MIH-Zähnen anhand der Patientenakte recherchiert und dokumentiert. Die deskriptive und explorative Datenauswertung schloss Kaplan-Meier-Überlebenskurven sowie ein Cox-Regressionsmodell ein. Die mittlere Beobachtungszeit der Patientengruppe belief sich auf 42,9 Monate (SD=35,1). Die Überlebenswahrscheinlichkeiten nach 36 Monaten betrugen 7,0% bei GIC-Abdeckungen, 29,9% bei Komposit-Abdeckungen, 76,2% bei konventionellen Komposit-Restaurationen und 100,0% bei keramischen Restaurationen. Die vier untersuchten Restaurationsverfahren wiesen in der Cox-Regressionsanalyse signifikante Unterschiede auf, was zur Ablehnung der Nullhypothese führte. Komposit- und Keramik-Restaurationen waren mit mittleren bis hohen Überlebensraten verknüpft. Im Gegensatz dazu zeigten nicht-invasive Komposit-Abdeckungen, die überwiegend bei weniger kooperativen Kindern eingesetzt wurden, deutlich niedrigere Überlebensraten. Mit Blick auf die Notwendigkeit, vereinfachte und nicht-invasive Restaurationsformen gerade in dieser Patientengruppe anbieten zu müssen, ermöglicht das weniger aufwendige Vorgehen offensichtlich eine akzeptable temporäre Versorgung bei eingebrochenen MIH-Defekten.

Korrespondenzadresse: Jan Kühnisch, Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie, Klinikum der Universität München, Goethestraße 70, 80336 München, Telefon: +49 00 0000 0000, Fax: +49 00 0000 0000, E-Mail: abc@de

Beispiel für einen klinischen Fallbericht (Praktikerforum)

Komplexe Versorgung mit CAD/CAM-Restaurationen eines 12-jährigen Jungen mit Amelogenesis imperfecta

C. Solanke¹, J. Priller¹, K. Bekes¹

¹ Fachbereich Kinderzahnheilkunde, Medizinische Universität Wien, Österreich

Der vorliegende Fall dokumentiert eine komplexe Versorgung mit CAD/CAM-Restaurationen bei einem 12-jährigen Jungen, der an einer Amelogenesis imperfecta (hypomineralisierte/hypokalzifizierte Form) leidet. Der Schmelz ist dabei weich und die Zähne gelb-bräunlich verfärbt. Aufgrund des charakteristischen raschen Substanzverlustes nach Durchbruch der Zähne ist eine zeitnahe und generalisierte Behandlung notwendig. Bei diesem komplexen Krankheitsbild leiden die Betroffenen unter Problemen bei der häuslichen Mundhygiene und beim Essen. Zudem besteht aufgrund der Farbveränderungen eine Einschränkung der Lebensqualität. Nach der Erstvorstellung, wo neben einer allgemeinmedizinischen und zahnärztlichen Anamnese, Ernährungs- und Mundhygieneanamnese auch eine Fotodokumentation erfolgte, wurde zudem der Behandlungswunsch erfragt. Es bestand der Wunsch nach Verbesserung der häuslichen Hygienefähigkeit, Kaufunktion sowie Ästhetik. Zuerst erfolgte endodontische Therapie des Zahnes 13 sowie Glasfaserstiftversorgung. Kurze Zeit später zeigte sich ein submuköser Abszess ausgehend vom teilretinierten Zahn 37. Nach Inneninzision sowie antibiotischer Therapie kam es zur Restitutio ad integrum innerhalb weniger Tage. Danach wurden die Zähne in Absprache mit dem Labor beschliffen und mit dem Intraoralscan Trios 3 (3Shape) abgeformt sowie ein digitaler Biss genommen. Mit Hilfe eines Mock-Ups konnte die Vertikaldimension und die Ästhetik überprüft werden. In einem Folgetermin wurden dann die definitiven Versorgungen (Hybridkeramik Vita Enamic, A2) (Vita) als 21 Einzelzahnkronen und einer verblockter Kronenkonstruktion (12-13) mit Variolink (Ivoclar) in Säure-Ätz-Technik eingegliedert. Nach Exzision der Schleimhautkappen in Regio 37 und 47 konnten 6 Monate später auch diese mit Einzelzahnkronen in CAD/CAM-Technik versorgt werden. Nach erfolgter Rehabilitation mit laborgefertigten Restaurationen zeigte sich eine funktionelle Verbesserung (Kaufunktion, Stabilisierung der Vertikaldimension) und eine Steigerung des Selbstwertgefühls. Zudem konnte eine suffiziente Mundhygienefähigkeit geschaffen werden.

Korrespondenzadresse: Cia Solanke, Universitätszahnklinik Wien, Fachbereich Kinderzahnheilkunde, Sensengasse 2a, 1090 Wien, Österreich, Telefon: +43 00 0000 0000, Fax: +43 00 0000 0000, E-Mail: abc@at