UNIVERSITÄTSZAHNKLINIK
MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT WIEN

DENT UNIQUE

3 | 2026

Das Journal der Universitätszahnklinik Wien

Österreichische Post AG
MZ14Z039972M
Universitätszahnklinik Wien, Sensengasse 2a, 1090 Wien

Camouflage statt Chirurgie – 04

Osteonekrose bei Osteoporosepatient:innen – 14

Großer Erfolg für Wissenschaftlerin aus Wien – 19



EIN LOGBUCH, DAS WÄCHST ...

Transparenz in der zahnmedizinischen Ausbildung



Univ.-Prof. DDr. Andreas Moritz,
Vorstand

Sehr geehrte Leser:innen!

Unser Journal DentUnique gibt Ihnen einen exklusiven Einblick in die Tätigkeiten an der Universitätszahnklinik Wien.

Wir berichten über aktuelle Forschungserkenntnisse, schildern Patient:innenfälle und informieren über die zahlreichen Weiterbildungsmöglichkeiten an der Universitätszahnklinik Wien.

In dieser Ausgabe beschäftigt sich der Fachbereich Kieferorthopädie mit der Frage der passenden Behandlung skelettaler Fehlstellungen ohne Operation. Bei ausgewachsenen Patientinnen und Patienten mit skelettaler Klasse-II- beziehungsweise Klasse-III-Malokklusion stehen im Wesentlichen zwei Behandlungsoptionen zur Wahl: die kieferorthopädische Camouflage-Therapie oder die orthognathe Chirurgie. Zwei Fallberichte sollen zeigen, wann die Camouflage-Therapie eine tragfähige Alternative zur orthognathen Chirurgie sein kann.

Systemische Antibiotika können die nicht-chirurgische Parodontitistherapie verbessern. Der Zusatznutzen ist aber kleiner, als viele erwarten, und nur wenige Patient:innen profitieren wirklich davon. Ein aktueller Überblick für den Praxisalltag dazu kommt aus dem Fachbereich Parodontologie.

Ein ausreichender Vitamin-D_3-Spiegel könnte die Heilung nach oralchirurgischen Eingriffen positiv beeinflussen. Aktuelle Daten zeigen zudem, dass orale Gewebe Vitamin D_3 lokal aktivieren und über immunmodulatorische und regenerative Effekte eine Rolle spielen, wie die Fachabteilung Orale Chirurgie analysiert hat.

Einen großen Erfolg darf die Universitätszahnklinik Wien für eine Wissenschaftlerin aus ihren Reihen vermelden: Andrea Lorenz, Doktorandin am Kompetenzzentrum für Parodontale Forschung, konnte bei der diesjährigen CED/NOF IADR General Session in Lissabon beim CED-IADR Robert Frank Award den zweiten Platz in der Kategorie Postgraduate Basic Science Research erreichen. Aufgrund ihrer erfolgreichen Teilnahme wurde sie nun ausgewählt, die Central European Division der International Association for Dental Research (CED-IADR) bei der IADR Hatton Award Competition 2027 in Melbourne zu vertreten.

Wir möchten Sie mit dem Journal DentUnique an unserem klinischen Alltag teilhaben lassen und freuen uns auf eine gute Zusammenarbeit mit Ihnen – zum Wohle der Patient:innen!



Impressum: Medieninhaber/Herausgeber: Universitätszahnklinik Wien GmbH, 1090 Wien, Sensengasse 2a, Tel.: +43 1/400 70,
E-Mail: office-unizahnklinik@meduniwien.ac.at, www.unizahnklinik-wien.at Herausgeber: Geschäftsführer Univ.-Prof. DDr. Andreas Moritz und Thomas Stock
Erscheinungsort: Wien Auflage: 4.000 Verlag: Albatros Media, H.-Wollner-Straße 20, 2602 Blumau, office@albatros-media.at, www.albatros-media.at
Redaktion: Mag.ª Erika Hofbauer (Leitung) Grafik & Produktion: Albatros Media Verlagsleitung: Otto Koller, MBA
Designkonzept: Albatros Media Lektorat: Mag.ª Felicitas Ferder Coverfoto: Universitätszahnklinik Wien
Fotos: Falls nicht anders angegeben: Universitätszahnklinik Wien Druck: Druckerei Janetschek GmbH, 3860 Heidenreichstein

Offenlegung gemäß § 25 Mediengesetz
Die Universitätszahnklinik Wien GmbH ist eine 100-%-Tochtergesellschaft der Medizinischen Universität Wien, www.meduniwien.ac.at/homepage/info/impressum.
Grundlegende Richtung des Magazins: DentUnique informiert Zahnärzt:innen, Studierende und Mitarbeiter:innen der Universitätszahnklinik Wien über Forschung, Fallstudien, Weiterbildungsangebote und die Tätigkeiten der Institution.

Inhalt

04 Camouflage statt Chirurgie

08 Systemische Antibiotika in der Parodontaltherapie

11 Internationale wissenschaftliche Zusammenarbeit

12 Ein Logbuch, das wächst …

13 Melisse: Natürlich gegen Entzündungen im Mund?

14 Osteonekrose bei Osteoporosepatient:innen

16 Vitamin D_3 und orale Wundheilung – unterschätzter Faktor in der Oralchirurgie?

18 Neuer Lehrgang gestartet

19 Großer Erfolg für Wissenschaftlerin aus Wien

20 Der Alumni-Club: Netzwerken bei vielfältigem Programm

21 Zwei neue Zentren für die Medizin von morgen

In den Kalender

Laser Modul I –
Ausbildung zum Laserschutzbeauftragten

Kursleitung:
Univ.-Prof. DDr. Andreas Moritz

Zeit:
05. März 2027, 12.00–20.00 Uhr
06. März 2027, 09.00–17.15 Uhr

Ort:
Universitätszahnklinik Wien

Anmeldung:
Anmeldungen bis 19. Feb. 2027
per Mail: office@sola-laser.com

sola
International Society for Oral Laser Applications

In Zusammenarbeit mit dem ZFI Zahnärztliche Fortbildung der Landeszahnärztekammer für Wien

Laser Modul I

AUSBILDUNG ZUM LASERSCHUTZBEAUFTRAGTEN

Freitag, 5. März 2027
von 12:00 – 20:00 Uhr und
Samstag, 6. März 2027
von 09:00 – 17:15 Uhr

Universitätszahnklinik Wien
Sensengasse 2a, 1090 Wien

Anmeldung bis
19. Februar 2027
office@sola-laser.com

Kursleitung:
Univ.-Prof. DDr. Andreas Moritz
Kursreferenten:
Priv.-Doz. DDr. Markus Laky, MSc
Dr. Christoph Kurzmann
Mag. Hassan Shokoohi
Universitätszahnklinik Wien



Camouflage statt Chirurgie

Kieferorthopädische Behandlung skelettaler Fehlstellungen ohne Operation.

Bei ausgewachsenen Patientinnen und Patienten mit skelettaler Klasse-II- beziehungsweise Klasse-III-Malokklusion stehen im Wesentlichen zwei Behandlungsoptionen zur Wahl: die kieferorthopädische Camouflage-Therapie oder die orthognathe Chirurgie. (1)(2) Zwei Fallberichte aus dem Fachbereich Kieferorthopädie zeigen, wann die Camouflage-Therapie eine tragfähige Alternative zur orthognathen Chirurgie sein kann.

Orthognathe Chirurgie ist definiert als die operative Neupositionierung des Ober- und/oder Unterkiefers beziehungsweise einzelner Kiefersegmente mit dem Ziel, die dentofaziale Funktion und die Ästhetik zu verbessern. (3) Sie wird in Kombination mit einer kieferorthopädischen Therapie bei dentofazialen Fehlbildungen angewandt, die durch eine konventionelle kieferorthopädische Behandlung allein nicht mit einem zufriedenstellenden Ergebnis korrigiert werden können.

Insbesondere bei der Korrektur ausgeprägter skelettaler Diskrepanzen wie einer starken Klasse II oder Klasse III, bei der Behandlung eines offenen Bisses sowie bei Gesichtsasymmetrien ist ein chirurgischer Eingriff oft Mittel der Wahl.

Häufig wird ein operativer Eingriff jedoch abgelehnt, weil Patientinnen und Patienten das Risiko unerwünschter Nebenwirkungen scheuen, die Belastung durch den Behandlungsprozess als zu hoch empfinden oder generell eine Aversion gegenüber chirurgischen Eingriffen hegen. (4)

Unter bestimmten Voraussetzungen kann die kieferorthopädische Camouflage-Therapie eine Alternative zur orthognathen Chirurgie bei der Behandlung dentofazialer Fehlbildungen darstellen. Dabei werden kieferorthopädische Apparaturen eingesetzt, um die Zahnfehlstellung so zu korrigieren, dass die zugrunde liegende skelettale Problematik kaschiert wird – ohne chirurgischen Eingriff und stationären Krankenhausaufenthalt. Die Entscheidungsfindung für eine Camouflage-Therapie ist vielschichtig und berücksichtigt sowohl klinische als auch patient:innenbezogene Faktoren. (5)

Fallbericht 1 – Camouflage-Therapie einer Klasse II

Ausgangsbefund

Alter	29,3 Jahre
Geschlecht	weiblich
SNA	87°
SNB	81°
ANB	6°
WITS-Wert	5 mm
Inklination OK1/Schädelbasis	123°
Inklination UK1/UK-Ebene	104°
Wachstumstendenz	abgeschlossen
Mundhygiene	gut

Die Patientin war bei Behandlungsbeginn 29,3 Jahre alt und zeigte eine abgeschlossene Wachstumstendenz. Ihr Hauptanliegen war die stark proklinierte Oberkieferfront und ein erschwerter Lippenschluss. Extraoral zeigte sich ein gerades Gesichtsprofil, weshalb die Patientin keinen Wunsch nach einer Profilveränderung äußerte und einen kombiniert kieferorthopädisch-kieferchirurgischen Eingriff ablehnte. Intraoral zeigte sich beidseits im Molaren- sowie im Eckzahnbereich eine Angle-Klasse-II-Verzahnung um eine Prämolarenbreite. Die sagittale Stufe war mit 9,5 mm erhöht, zusätzlich bestand ein Tiefbiss mit einem Overbite von 5 mm. Bei der Zielbissdiagnostik wurde außerdem ein transversales Defizit im Oberkiefer festgestellt (Abb. 2). Die Patientin äußerte den Wunsch nach einer unsichtbaren Therapiemethode



Abb. 1: Lingualapparatur mit Minischrauben und elastischen Ketten zur En-Masse-Distalisierung im Oberkiefer

Behandlungsprozedere

Die Behandlung erfolgte mit einer individuell angefertigten Lingualapparatur im Ober- und Unterkiefer. Geplant wurde eine Camouflage-Therapie durch En-Masse-Distalisierung der Oberkieferdentition. Dafür wurden im Oberkiefer vier Minischrauben gesetzt: jeweils eine bukkal interradikulär zwischen den Zähnen 15/16 und 25/26 (1,3 × 10 mm, AbsoAnchor) sowie jeweils eine

palatinal interradikulär (1,6 × 10 mm, JetScrew). Die Bögen wurden nivelliert und ausgeformt, bis ein 0,016″ × 0,024″ Stainless-Steel-Bogen mit erhöhtem Frontzahntorque inseriert werden konnte. Für die Kraftübertragung zwischen Minischraube und Stahlbogen wurden elastische Ketten verwendet (Abb. 1). Zusätzlich wurden Klasse-II-Elastics für 8 Stunden/Tag zwischen oberem Eckzahn und unterem zweiten Molaren eingesetzt. Nach Abschluss der aktiven Behandlung erfolgte die Retention mit einem fest sitzenden, lingual geklebten Retainer 3-3 aus Twistflex-Draht.

Abschlussbefund

SNA	85°
SNB	81°
ANB	4°
WITS-Wert	1 mm
Inklination OK1/Schädelbasis	109°
Inklination UK1/ UK-Ebene	105°

Durch die kieferorthopädische Camouflage-Therapie konnten nach Abschluss der Behandlung ein physiologischer Overjet und Overbite sowie eine Angle-Klasse-I-Verzahnung im Molaren- und Eckzahnbereich erreicht werden (Abb. 3). Extraoral zeigte sich weiterhin ein harmonisches, gerades Profil. Die Behandlungsdauer betrug 2,8 Jahre.

Die En-Masse-Distalisierung mit vier Minischrauben stellt eine Alternative zu anderen Klasse-II-Therapiekonzepten dar. Die Vorteile der Distalisierung liegen in der Vermeidung von Extraktionen im anterioren Bereich, der Vermeidung einer Umstellungsosteotomie, der geringen Reparaturanfälligkeit und der weitgehenden Unabhängigkeit von der Compliance der Patientin.



Abb. 2: Enorale Fotos der Patientin vor Behandlungsbeginn: Klasse-II-Verzahnung beidseits mit stark vergrößerter sagittaler Stufe und vertieftem Overbite



Abb. 3: Enorale Fotos der Patientin nach Behandlungsabschluss: Klasse I im Molaren- und Eckzahnbereich mit physiologischem Overjet und Overbite

Fallbericht 2 – Camouflage-Therapie einer Klasse III

Ausgangsbefund

Alter	18 Jahre
Geschlecht	weiblich
SNA	86°
SNB	85°
ANB	1°
WITS-Wert	-5 mm
Inklination OK1/Schädelbasis	113°
Inklination UK1/ UK-Ebene	91°
Wachstumstendenz	abgeschlossen
Mundhygiene	gut

Die Patientin war bei Behandlungsbeginn 18 Jahre alt und zeigte somit eine abgeschlossene Wachstumstendenz. Sie zeigte ein gerades Durchschnittsprofil. En face zeigte sich eine leichte Unterkieferasymmetrie. Intraoral lag eine Angle-Klasse-III-1/2-PMB-Verzahnung im Molarenbereich vor, begleitet von einem frontalen Kantbiss bei einem Overjet und Overbite von jeweils 0 mm. Zudem zeigte sich ein transversales Defizit der Maxilla mit einem Kreuzbiss an den Zähnen 24, 25 und 15 (Abb. 5)

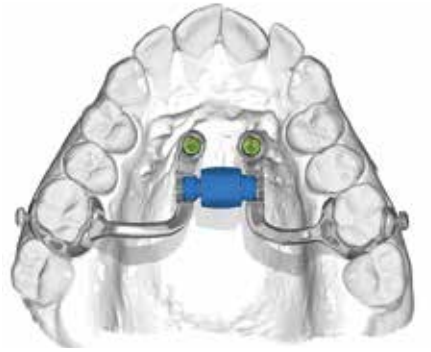


Abb. 4: CAD/CAM-geplante, skelettal verankerte Expansionsapparatur vor Fertigung mittels selektiver Lasersintertechnologie

Behandlungsprozedere

Die Behandlung erfolgte durch die Kombination einer patient:innenindividuell gefertigten, skelettal verankerten Expansionsapparatur und einer fest sitzenden Multibracket-Apparatur (MBT .022 Zoll). Durch eine digitale Planung wurden die Minischrauben virtuell positioniert; die geplante Position wurde mittels einer 3D-gedruckten Bohrschablone klinisch übertragen. Die Expanderapparatur wurde im CAD/CAM-Workflow geplant und mittels selektiver Lasersintertechnologie gefertigt (Abb. 4). Sowohl die Minischrauben als auch die Expansionsapparatur wurden in einer Sitzung eingesetzt, sodass sofort mit der Erweiterung des Oberkiefers begonnen werden konnte. Parallel dazu wurden Klasse-III-Elastics für 22 Stunden/Tag von einem bukkalen Ausleger des skelettal verankerten Expanders zu den unteren Eckzähnen eingehängt. Nach erfolgter Expansion wurden die Brackets auch im Oberkiefer angebracht. Nach Abschluss der aktiven Behandlung erfolgte die Retention mit einer herausnehmbaren Tiefziehfolie (Essix-Retainer). •



Abb. 5: Enorale Fotos Patientin 2 vor Behandlungsstart: transversales Defizit der Maxilla, Kreuzbiss beidseits und Kantbiss in der Front sowie die Klasse III-1/2 PMB

Abschlussbefund

SNA	83°
SNB	80°
ANB	3°
WITS-Wert	-2 mm
Inklination OK1/Schädelbasis	108°
Inklination UK1/ UK-Ebene	90°

Nach einer Behandlungszeit von 1,5 Jahren zeigte sich eine Angle-Klasse-I-Verzahnung im Molaren- und Eckzahnbereich mit physiologischem Overjet und Overbite (Abb. 6).
Die Patientin zeigte ein harmonisches, breites Lächeln.



Abb. 6: Enorale Fotos der Patientin nach Behandlungsabschluss: Klasse-I-Verzahnung im Molaren- und Eckzahnbereich mit physiologischem Overjet und Overbite

Das Team

Dr.in Sophia Panwinkler

Fachzahnärztin für Kieferorthopädie
Universitätszahnklinik Wien







Dr.in Laura Jimenez Arboleda

Fachzahnärztin für Kieferorthopädie
Universitätszahnklinik Wien

Ao. Univ.-Prof. DDr. Erwin Jonke

Leiter Fachbereich Kieferorthopädie
Universitätszahnklinik Wien

Literatur Seite 4–7:

1) Proffit WR, White RP, Sarver DM. Contemporary treatment of dentofacial deformity. St. Louis: Mosby; 2003.
2) Alhammadi MS, Almashraqi AA, Khadhi AH, Arishi KA, Alamir AA, Beleges EM, et al. Orthodontic camouflage versus orthodontic-orthognathic surgical treatment in borderline class III malocclusion: a systematic review. Clin Oral Investig. 2022;26(11):6443–55.
3) Naini FB, Gill DS. Orthognathic surgery: principles, planning and practice. Chichester: John Wiley & Sons; 2016.
4) Hågensli N, Stenvik A, Espeland L. Patients offered orthognathic surgery: Why do many refrain from treatment? J Craniomaxillofac Surg. 2014;42(5):e296–300.
5) Coffey D, Needham R. What are the limits of orthodontic treatment before surgical intervention is required? Br J Oral Maxillofac Surg. 2026;64(2):118–25.

Systemische Antibiotika in der Parodontaltherapie

Systemische Antibiotika können die nicht-chirurgische Parodontitistherapie verbessern. Der Zusatznutzen ist aber kleiner, als viele erwarten, und nur wenige Patient:innen profitieren wirklich davon. Ein Überblick für den Praxisalltag.

„Bekomme ich dazu ein Antibiotikum?" Diese Frage stellt ein 38-jähriger Patient nach dem Aufklärungsgespräch. Er hat eine generalisierte Parodontitis im Stadium III, Grad C, mit tiefen Taschen im gesamten Gebiss. Einige Wochen später sitzt seine 62-jährige Mutter auf demselben Stuhl. Auch sie hat eine Parodontitis im Stadium III, die aber über viele Jahre langsam fortgeschritten ist (Grad B). Sie stellt dieselbe Frage, und doch fallen die Antworten unterschiedlich aus.

Ein Thema, das die Zahnmedizin direkt betrifft

Antibiotika haben die Medizin revolutioniert, doch ihr häufiger Einsatz hat seinen Preis: Resistenzen breiten sich aus. Die Zahnmedizin ist daran stark beteiligt. In Deutschland stammte 2024 bei 13,9 % aller Patient:innen mit einer Antibiotikaverordnung das Rezept aus der Zahnarztpraxis. Nur die Allgemeinmedizin verordnet häufiger. Besonders auffällig ist Clindamycin, denn 42,4 % aller Verordnungen dieses Wirkstoffs gehen auf Zahnärzt:innen zurück. (1) Für Österreich fehlen belastbare Zahlen.

Gleichzeitig gehört die Parodontitis zu den häufigsten Erkrankungen. Laut der „Sechsten Deutschen Mundgesundheitsstudie" haben 17,5 % der 35- bis 44-Jährigen und mehr als die Hälfte der 65- bis 74-Jährigen eine Parodontitis im Stadium III oder IV. (2) Statistisch sieht man demnach häufig schwere Fälle. Oft mag die Versuchung vorhanden sein, „sicherheitshalber" ein Antibiotikum mitzugeben. Genau hier lohnt sich ein genauer Blick auf die Evidenz.

Warum überhaupt systemische Antibiotika?

Die Grundlage jeder Parodontitistherapie bleibt die mechanische Entfernung von Biofilm und Konkrementen. Instrumente erreichen allerdings nicht alles. Parodontopathogene Keime können ins Weichgewebe eindringen. Die Schallspitze erreicht sie dort nicht. Da soll das Antibiotikum über den Blutweg helfen. Zudem gilt, solange der Biofilm intakt ist, schützt er seine Bewohner wirksam vor Antibiotika. Daraus folgt eine einfache Regel: Ein systemisches Antibiotikum wirkt nur als Ergänzung zur Instrumentierung, niemals als Ersatz. (3)

Wie groß ist der Nutzen?

Eine große Metaanalyse hat 28 placebokontrollierte Studien ausgewertet. (4) Mit Amoxicillin und Metronidazol waren die Taschen nach sechs Monaten im Mittel um 0,43 mm und nach zwölf Monaten um 0,54 mm flacher als nach alleiniger Instrumentierung. In tiefen Taschen fiel der Effekt etwas größer aus. (5) Das ist statistisch eindeutig, klinisch geht es aber um rund einen halben Millimeter. Daten über ein Jahr hinaus gibt es kaum. Nebenwirkungen der Antibiotika stehen dem gegenüber. Dazu gehört vor allem eine veränderte Darmflora, in der sich sogar Resistenzgene anreichern. (5)

Welcher Parodontitis-Fall sollte systemische Antibiotika erhalten?

Die Leitlinie der European Federation of Periodontology (EFP) zieht daraus eine klare Konsequenz: Systemische Antibiotika sollen nicht routinemäßig eingesetzt werden. Für ausgewählte Gruppen, etwa junge Erwachsene mit generalisierter Parodontitis im Stadium III, kann der Einsatz aber erwogen werden. (5) Die große deutsche ABPARO-Studie ist der Frage nachgegangen, ob Antibiotika das Fortschreiten der Erkrankung relevant bremsen. (6) Ihre Auswertungen zeigen, dass der Nutzen wesentlich von Stadium und Grad abhängt. (7) Für den Praxisalltag lassen sich daraus einige Faustregeln ableiten:

- In Betracht kommt die adjuvante systemische Antibiose nur bei generalisierter Parodontitis im Stadium III oder IV mit Grad C. D. h. wenn der Knochenabbau für das Alter ungewöhnlich ausgeprägt ist oder rasch voranschreitet.
- Voraussetzung ist immer eine gute Mundhygiene sowie eine gründliche Instrumentierung, die in kurzer Zeit abgeschlossen wird. (3)

Welches Antibiotikum darf gegeben werden und wann?

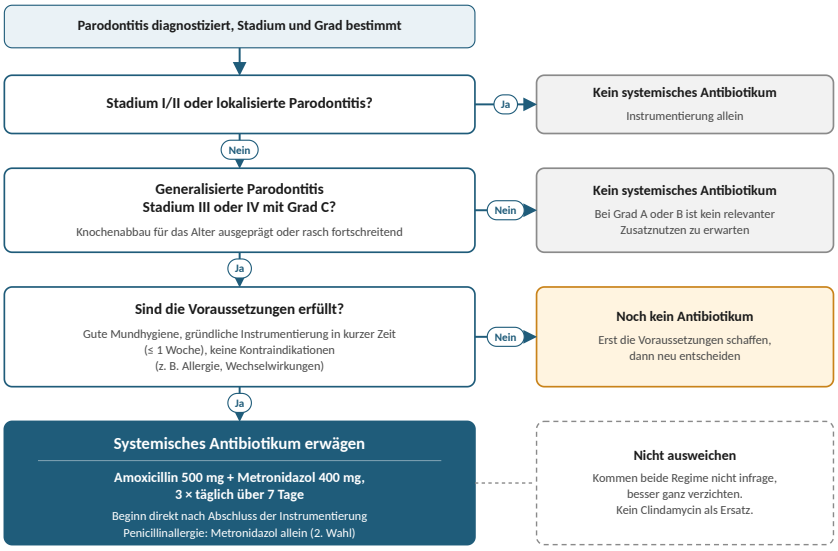
	Wirkstoff	Dosierung
1. Wahl	Amoxicillin + Metronidazol	500 mg + 400 mg, je 3 × täglich über 7 Tage (9)
2. Wahl	Metronidazol allein	400 mg, 3 × täglich über 7 Tage, z. B. bei Penicillinallergie (9)
Keine Alternative	Andere Wirkstoffe, z. B. Clindamycin	Kommen beide Regime nicht infrage, besser ganz auf die systemische Antibiose verzichten

Entscheidend ist der Zeitpunkt. Die Einnahme sollte unmittelbar nach einer möglichst kompakten subgingivalen Instrumentierung beginnen. (3) So trifft das Antibiotikum auf einen frisch zerstörten Biofilm und eine stark reduzierte Keimzahl. Trotz dieser Empfehlung wird die Dauer der Einnahme inzwischen hinterfragt: Bei Patient:innen im Stadium III oder IV mit Grad C erzielte eine dreitägige Gabe nach sechs Monaten vergleichbare Ergebnisse wie die siebentägige Einnahme. (8)

Mikrobiologische Tests braucht es für diese Entscheidung nicht. Sie erfassen nur einen Bruchteil der rund 700 Bakterienarten der Mundhöhle und ihr Ergebnis ändert nichts an der Therapie. (9)

Systemisches Antibiotikum in der nicht-chirurgischen Parodontitistherapie?

Faustregeln für die Entscheidung nach Stadium und Grad



Abgeleitet aus: Sanz et al. 2020 (EFP-S3-Leitlinie) · Eickholz et al. 2023 · Herrera et al. 2008 · S3-Leitlinie DG PARO 2018 (AWMF 083-029)

Akute Situationen und Chirurgie

Beim Parodontalabszess (diagnostisch erkennbar an auf einen Zahn begrenzte Schwellung, isoliert stark erhöhte Sondierungstiefe und meist erhaltener Vitalität) stehen Drainage über die Tasche oder per Inzision und vorsichtige subgingivale Reinigung im Vordergrund. Systemische Antibiotika sind nur bei Allgemeinsymptomen oder Ausbreitungstendenz angezeigt. (10)(11) Bei nekrotisierenden Parodontalerkrankungen genügen meist vorsichtiges Debridement, antiseptische Spülungen und engmaschige Kontrollen. Metronidazol bleibt Fällen mit systemischer Beteiligung wie Fieber oder Lymphknotenschwellung vorbehalten. Da diese Erkrankungen Ausdruck einer Immunschwäche sein können, gehört eine internistische Abklärung dazu. (11) Für die Parodontalchirurgie ist ein Zusatznutzen systemischer Antibiotika nicht belegt. (3)

Welche Empfehlung gibt es in den oben genannten Fällen? Der Sohn ist mit seiner generalisierten Parodontitis im Stadium III, Grad C, ein typischer Kandidat. Bei ihm kann ein Antibiotikum zusätzlich zur Instrumentierung sinnvoll sein. Seine Mutter dagegen braucht vor allem eine gründliche Instrumentierung und eine konsequente Nachsorge. Ein Antibiotikum bringt ihr wenig, wohl aber das Risiko von Nebenwirkungen.

Auf einen Blick

- **Keine Routineantibiose:** Die gründliche Instrumentierung ist und bleibt die eigentliche Therapie.
- **Indikation eng stellen:** am ehesten bei generalisierter Parodontitis im Stadium III oder IV mit Grad C, nicht bei Stadium I und II oder langsamem Verlauf.
- **Wenn, dann richtig:** Amoxicillin 500 mg plus Metronidazol 400 mg, jeweils 3 x/Tag über 7 Tage, Beginn direkt nach der Instrumentierung.
- **Nicht ausweichen:** kein Clindamycin als Ersatz, keine Keimtests zur Auswahl des Antibiotikums.
- **Abszess und nekrotisierende Erkrankungen:** zuerst lokal behandeln, Antibiotika nur bei Allgemeinsymptomen oder Ausbreitungstendenz.

Literaturverzeichnis Seite 8–10:
1. Cirkel LL, Herrmann JM, Ringel C, Wöstmann B, Kostev K. Antibiotic prescription in dentistry: trends, patient demographics, and drug preferences in Germany. Antibiotics (Basel). 2025;14(7):676.
2. Eickholz P, Holtfreter B, Kuhr K, Dannewitz B, Jordan AR, Kocher T. Prävalenz von Parodontalerkrankungen in Deutschland: Ergebnisse der 6. Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS • 6). Dtsch Zahnärztl Z. 2025;80(2):102–10.
3. Herrera D, Alonso B, León R, Roldán S, Sanz M. Antimicrobial therapy in periodontitis: the use of systemic antimicrobials against the subgingival biofilm. J Clin Periodontol. 2008;35(8 Suppl):45–66.
4. Teughels W, Feres M, Oud V, Martín C, Matesanz P, Herrera D. Adjunctive effect of systemic antimicrobials in periodontitis therapy: a systematic review and meta-analysis. J Clin Periodontol. 2020;47 Suppl 22:257–81.
5. Sanz M, Herrera D, Kebschull M, Chapple I, Jepsen S, Berglundh T, et al. Treatment of stage I–III periodontitis – The EFP S3 level clinical practice guideline. J Clin Periodontol. 2020;47 Suppl 22:4–60.
6. Harks I, et al. Is progression of periodontitis relevantly influenced by systemic antibiotics? A clinical randomized trial. J Clin Periodontol. 2015;42:832–42.
7. Eickholz P, et al. Clinical benefits of systemic amoxicillin/metronidazole may depend on periodontitis stage and grade: an exploratory sub-analysis of the ABPARO trial. J Clin Periodontol. 2023;50:1239–52.
8. Cosgarea R, et al. Clinical, microbiological, and immunological effects of 3- or 7-day systemic antibiotics adjunctive to subgingival instrumentation in patients with aggressive (stage III/IV grade C) periodontitis: a randomized placebo-controlled clinical trial. J Clin Periodontol. 2022;49:1106–20.
9. Jockel-Schneider Y, Pretzl B, Ehmke B, Schlagenhauf U, et al. S3-Leitlinie: Adjuvante systemische Antibiotikagabe bei subgingivaler Instrumentierung im Rahmen der systematischen Parodontitistherapie. AWMF-Registernummer 083-029. DG PARO, DGZMK; 2018.
10. Herrera D, Roldán S, Sanz M. The periodontal abscess: a review. J Clin Periodontol. 2000;27(6):377–86.
11. Herrera D, Alonso B, de Arriba L, Santa Cruz I, Serrano C, Sanz M. Acute periodontal lesions. Periodontol 2000. 2014;65(1):149–77.



71-jährige Patientin mit generalisierter Parodontitis Stadium IV, Grad C. Hier wäre ein Antibiotikum in erster Instanz nicht zu empfehlen.



34-jähriger Patient mit generalisierter Parodontitis im Stadium III, Grad C. Hier könnte ein systemisches Antibiotikum erwogen werden.



Der Autor

Dr. med. dent. Manuel Lutz

Fachbereich Parodontologie
Universitätszahnklinik Wien

Internationale wissenschaftliche Zusammenarbeit



Besuch an der University of Medicine and Pharmacology in Ho-Chi-Minh-Stadt. Von links: Dr. Le Hoang Son (Department of Oral Surgery), Prof. Dr. Pham Van Khoa (Dean of Faculty of Dentistry, Head of Operative Dentistry and Endodontics Department), Prof. DDr. Ulm sowie Dr. Lam Quoc Viet (Deputy Head of Department of Organization and Human Resources)

Im Jahre 2023 wurde zwischen den Universitätszahnkliniken in Wien und Ho-Chi-Minh-Stadt (Vietnam) eine weitreichende wissenschaftliche Kooperation vereinbart.

Im Zuge dieser Zusammenarbeit kam es laufend zu gemeinsamen fachlichen Tagungen sowie zur Umsetzung wissenschaftlicher Projekte. So absolvierte etwa Dr. Le Hoang Son (Department of Oral Surgery, University of Medicine and Pharmacology, Ho-Chi-Minh-Stadt) mit Unterstützung des Asea-Uninet einen mehrmonatigen Forschungsaufenthalt in Wien. Unter Leitung von Dr. Stefan Tangl (Core Facility Hard Tissue and Biomaterial Research, Karl Donath Laboratory, Universitätszahnklinik Wien) analysierte Dr. Le mittels hochauflösender Micro-CT-Aufnahmen die Entwicklung des maxillären Canalis incisivus.

Nun absolvierte Univ.-Prof. DDr. Christian Ulm als Vertreter der Universitätszahnklinik Wien einen Freundschaftsbesuch an der Zahnklinik der University of Medicine and Pharmacology in Ho-Chi-Minh-Stadt. Mit dem Dekan Prof. Dr. Hoang Tu Hung wurden laufende Projekte besprochen sowie Erfahrungen auf dem Gebiet der Student:innen-Ausbildung ausgetauscht. So sollen etwa in naher Zukunft Gastaufenthalte von Student:innen vorbereitet werden, um auch diesen internationale Erfahrungen zu ermöglichen. •



AUSTRODENT.AT

Sie sorgen fürs Lächeln. Wir für alles andere.

austro dent ist Ihr Partner für die Zahnarztordination in Österreich. Persönlich vor Ort, verlässlich im Alltag – von der ersten Planung bis zur täglichen Bestellung.

- **Material und Verbrauchsgüter, inklusive PLU°LINE-Eigenmarke**
- **Praxisplanung und Einrichtung**
- **Technik, Service und digitale Lösungen**

Ein Logbuch, das wächst …

Entwicklung eines Logbuchs für das 4. Studienjahr des Diplomstudiums Zahnmedizin an der Universitätszahnklinik Wien.

Das Logbuch für das 4. Studienjahr des Diplomstudiums Zahnmedizin wurde mit dem Ziel entwickelt, konkrete Lernziele zu definieren sowie Anforderungen und Beurteilungskriterien in der praktischen zahnmedizinischen Ausbildung transparenter und nachvollziehbarer abzubilden. Studierende sollen klar erkennen können, welche Leistungen von ihnen erwartet werden und anhand welcher Kriterien diese beurteilt werden. Gleichzeitig erhalten Lehrende eine strukturierte Grundlage für eine möglichst einheitliche und kriteriumsorientierte Beurteilung und Rückmeldung. Auch der individuelle Ausbildungsfortschritt kann damit über das Studienjahr hinweg nachvollziehbar dokumentiert werden.

Eine besondere Herausforderung bei der Entwicklung lag in der fachlichen Breite des 4. Studienjahres. Das Logbuch umfasst zentrale Bereiche wie Radiologie, Strahlenschutz und Diagnostik, Kariologie, Füllungstherapie und Endodontie, Parodontologie und Prophylaxe, restaurative Zahnheilkunde und fest sitzende Prothetik, Kinderzahnheilkunde, abnehmbare Prothetik, Chirurgie und Kieferorthopädie. Ergänzt wird es durch Inhalte zur Patient:innenbehandlung und zur Betreuung von Patient:innen mit besonderen Erfordernissen.

Für diese unterschiedlichen Ausbildungsbereiche wurde eine gemeinsame Struktur geschaffen, in der praktische Übungen und Leistungen mit den jeweils relevanten Beurteilungskriterien verknüpft und im Logbuch dokumentiert werden. Damit soll für Studierende ebenso wie für Lehrende nachvollziehbar sein, welche Anforderungen innerhalb der einzelnen Ausbildungsabschnitte bestehen und wie die jeweilige Leistung beurteilt wird.

Der erste provisorische Einsatz im Lehralltag erfolgte im Sommersemester 2026 im Block Z-8 – Chirurgie. Dort konnte das Logbuch erstmals unter realen Ausbildungsbedingungen erprobt werden. Dieser erste Einsatz bildete den Auftakt einer Pilotphase, die sich über das gesamte Studienjahr 2026/27 erstrecken wird.

Ein wesentlicher Bestandteil der Pilotphase ist die begleitende Evaluation. Bereits der erste Einsatz wurde anonym evaluiert. Dabei standen unter anderem die Verständlichkeit, Übersichtlichkeit und praktische Handhabung des Logbuchs sowie die Nachvollziehbarkeit der Leistungsanforderungen und Beurteilungskriterien im Mittelpunkt. Zusätzlich konnten die Studierenden offene Rückmeldungen und konkrete Verbesserungsvorschläge einbringen.

Diese Erfahrungen wurden gemeinsam mit den Rückmeldungen der beteiligten Lehrenden und Blockkoordinator:innen aufgegriffen und flossen bereits in die überarbeitete Fassung ein. Das Logbuch ist damit bewusst nicht als statisches Instrument konzipiert, sondern soll auf Grundlage der Erfahrungen aus dem Ausbildungsalltag kontinuierlich weiterentwickelt werden. Das überarbeitete Logbuch begleitet die Studierenden durch die unterschiedlichen Bereiche ihrer praktischen Ausbildung.

Die gedruckte Form ist nicht als Endpunkt des Projekts vorgesehen. Sie bildet vielmehr die Grundlage für die bereits angestoßene digitale Entwicklung des Logbuchs.

So entsteht aus dem Logbuch schrittweise ein Ausbildungsinstrument, das praktische Lehre, transparente Beurteilung und kontinuierliche Weiterentwicklung miteinander verbindet. Die Curriculumsdirektion Zahnmedizin der MedUni Wien und die Universitätszahnklinik Wien schaffen damit eine Grundlage für eine nachvollziehbare, möglichst einheitliche und zeitgemäße Begleitung der praktischen zahnmedizinischen Ausbildung.



Univ.-Prof.in Dr.in Anita Holzinger und Dr.in Tannaz Milani bei der Logbuch-Präsentation

Die Entwicklung des Logbuchs erfolgte unter der Leitung von Curriculumsdirektorin Univ.-Prof.in Dr.in Anita Holzinger und Klinikleiter Univ.-Prof. DDr. Andreas Moritz. Konzeption und Koordination lagen bei Dr.in Tannaz Milani in enger Zusammenarbeit mit den Blockkoordinator:innen und Lehrenden der beteiligten Fachbereiche. •

Melisse: Natürlich gegen Entzündungen im Mund?

Eine Forschungsgruppe der Universitätszahnklinik Wien unter der Leitung von Univ.-Prof. Dr. nat. techn. Reinhard Gruber hat gemeinsam mit dem Erstautor Dr. Issam Rasheed neue Erkenntnisse über die entzündungshemmende Wirkung der Heilpflanze Melissa officinalis (Melisse) gewonnen. Die Ergebnisse wurden kürzlich in der Fachzeitschrift „Frontiers in Immunology“ (1) veröffentlicht und liefern eine wissenschaftliche Grundlage für den möglichen Einsatz von Melisse bei chronisch-entzündlichen Erkrankungen der Mundschleimhaut.

Chronische Erkrankungen der Mundschleimhaut wie der orale Lichen planus sind durch eine überschießende Immunreaktion gekennzeichnet. Dabei spielt der JAK/STAT1-Signalweg eine zentrale Rolle. Die Standardtherapie besteht meist aus Kortikosteroiden, die zwar wirksam sind, jedoch mit Nebenwirkungen verbunden sein können. Daher wächst das Interesse an pflanzlichen Wirkstoffen mit einem gezielten Wirkmechanismus. Die Wiener Forschenden untersuchten einen wässrigen Extrakt aus Melissenblättern an menschlichen Mundschleimhautzellen. Zunächst wurde die chemische Zusammensetzung analysiert. Dabei konnten unter anderem Kaffeesäure, Syringasäure und Caryophyllenoxid als charakteristische Inhaltsstoffe identifiziert werden. In den untersuchten Konzentrationen zeigte der Extrakt keine relevante Zytotoxizität. Besonders bemerkenswert war, dass Melisse die Entzündungsreaktion nicht unspezifisch unterdrückte, sondern gezielt den Interferon-γ-(IFN-γ)-JAK/STAT1-Signalweg hemmte. Dadurch wurde die Bildung des Entzündungsbotenstoffes CXCL10, der wesentlich zur Rekrutierung von Immunzellen beiträgt und bei oralem Lichen planus stark erhöht ist, deutlich reduziert. Andere wichtige Entzündungswege blieben hingegen weitgehend unbeeinflusst – ein Hinweis auf einen selektiven Wirkmechanismus. Ergänzende Untersuchungen zeigten zudem, dass der Melissenextrakt die JAK2-Kinaseaktivität in einem zellfreien Enzymtest hemmte. Von den untersuchten Einzelstoffen zeigte insbesondere die Kaffeesäure in ersten Versuchen eine Hemmung der CXCL10-Produktion; ihr Anteil an der Gesamtwirkung des Extrakts ist noch nicht abschließend geklärt. Die Forschenden gehen jedoch davon aus, dass die beobachtete Wirkung auf dem Zusammenspiel mehrerer natürlicher Inhaltsstoffe der Melisse beruht. „Unsere Ergebnisse zeigen, dass Melisse nicht einfach allgemein entzündungshemmend wirkt, sondern gezielt krankheitsrelevante Signalwege beeinflusst“, erklärt Dr. Issam Rasheed, Erstautor der Studie. Univ.-Prof. Dr. nat. techn. Reinhard Gruber ergänzt: „Diese Erkenntnisse liefern eine wissenschaftliche Grundlage für die Weiterentwicklung standardisierter Melissenpräparate als mögliche lokale Therapie bei entzündlichen Erkrankungen der Mundschleimhaut.“ Diese Perspektive müsse nun in präklinischen und klinischen Studien weiter untersucht werden.

Bedeutung für die Zahnmedizin

Die Studie der Arbeitsgruppe von Univ.-Prof. Dr. nat. techn. Reinhard Gruber verdeutlicht eindrucksvoll, wie moderne molekularbiologische Forschung traditionelle Heilpflanzen untersuchen und ggf. ihre Wirkung wissenschaftlich erklären kann. Mit der Identifizierung eines selektiven Wirkmechanismus liefert die Arbeit von Dr. Issam Rasheed und seinen Kolleginnen und Kollegen einen wichtigen Beitrag zur Entwicklung evidenzbasierter phytotherapeutischer Ansätze in der Zahnmedizin. Langfristig könnten standardisierte Melissenpräparate die bestehenden Behandlungsmöglichkeiten bei chronisch-entzündlichen Erkrankungen der Mundschleimhaut sinnvoll ergänzen.•

Referenz:

1) Rasheed I, Panahipour L, Glabonjat RA, Gruber R (2026). Melissa officinalis extract selectively suppresses STAT1 signaling in oral epithelial cells. Frontiers in Immunology 17:1892750. https://doi.org/10.3389/fimmu.2026.1892750





Die Autoren

Univ.-Prof. Dr. nat. techn. Reinhard Gruber

Professor für Orale Biologie und
Leiter des Competence Center Oral Biology
Universitätszahnklinik Wien

Dr. Issam Rasheed
Erstautor der Studie
Universitätszahnklinik Wien

Osteonekrose bei Osteoporosepatient:innen

Die medikamentenassoziierte Osteonekrose des Kiefers (Medication-Related Osteonecrosis of the Jaw, MRONJ) ist bei Patient:innen mit Osteoporose unter antiresorptiver Therapie selten. Das Risiko ist jedoch nicht für alle Patient:innen gleich und kann insbesondere im Zusammenhang mit invasiven zahnärztlichen Eingriffen und zusätzlichen Risikofaktoren ansteigen.

Aktuelle österreichische Leitlinien der Österreichischen Gesellschaft für Knochen- und Mineralstoffwechsel (Mitautor:innen Reinhard Gruber & Ulrike Kuchler) geben das Risiko einer spontanen MRONJ unter antiresorptiver Osteoporosetherapie mit etwa 0,05 % (1 : 2.000) an. (1) Nach invasiven zahnärztlichen Eingriffen werden höhere Risikowerte beschrieben. Die tatsächliche Risikohöhe hängt unter anderem vom eingesetzten Wirkstoff, der Therapiedauer, der individuellen Krankengeschichte und dem oralen Gesundheitszustand ab.

Welche Faktoren erhöhen das MRONJ-Risiko?

Dieser Frage sind wir im Rahmen einer systematischen Literaturübersichtsarbeit nachgegangen. (2) Die Ergebnisse zeigen, dass die Entstehung einer MRONJ als multifaktorielles Geschehen zu betrachten ist. Neben der medikamentösen Exposition spielen lokale Entzündungen, dentoalveoläre Eingriffe und patient:innenbezogene Faktoren eine wesentliche Rolle.

Als relevante Risikofaktoren wurden insbesondere identifiziert (siehe Abb. 1)

- **Medikamentöse Faktoren:** längere Therapiedauer, höhere kumulative Exposition sowie eine vorausgegangene Bisphosphonattherapie, insbesondere bei anschließendem Wechsel auf Denosumab



- **Lokale Faktoren:** Zahnextraktionen und andere invasive dentoalveoläre Eingriffe sowie bestehende orale Entzündungen
- **Zahnbezogene Faktoren:** symptomatische, entzündlich veränderte oder nicht erhaltungswürdige Zähne
- **Systemische Faktoren:** Diabetes mellitus und weitere Begleiterkrankungen
- **Begleitmedikation:** insbesondere Kortikosteroide sowie – abhängig von der jeweiligen Therapie und Indikation – Chemotherapie und antiangiogene Medikamente

Höheres Alter und Rauchen wurden ebenfalls untersucht, zeigten jedoch nicht in allen Studien einen konsistenten Zusammenhang mit einem erhöhten MRONJ-Risiko.

Warum ist die Prävention so wichtig?

Eine Zahnextraktion sollte nicht automatisch als alleinige Ursache einer MRONJ interpretiert werden. Häufig liegt bereits vor dem Eingriff eine lokale Infektion oder eine entzündliche Veränderung vor. Der Eingriff erfolgt dann in einem biologisch bereits beeinträchtigten Umfeld. Daraus ergibt sich eine zentrale präventive Konsequenz: Nicht nur der Eingriff selbst, sondern auch der Zustand der Mundhöhle vor dem Eingriff ist entscheidend. Die frühzeitige Behandlung odontogener Infektionen, der Erhalt der oralen Gesundheit, regelmäßige zahnärztliche Kontrollen und die Überprüfung des korrekten Prothesensitzes sind daher wesentliche Bestandteile der Prävention. Bei Patient:innen mit erhöhtem Risiko sollten notwendige invasive Eingriffe individuell geplant und die medikamentöse Vorgeschichte sollte berücksichtigt werden.

Was bedeutet das für die zahnärztliche Praxis?

Das absolute MRONJ-Risiko bei Osteoporosepatient:innen ist insgesamt niedrig. Dennoch ist eine differenzierte Risikoeinschätzung wichtig. Entscheidend ist, welche Patient:innen welchen Wirkstoff wie lange erhalten, welche Begleitmedikation und Vorerkrankungen vorliegen und wie

der orale Gesundheitszustand einzuschätzen ist. Eine strukturierte Anamnese und die frühzeitige Identifikation von Risikopatient:innen ermöglichen es, präventive Maßnahmen gezielt einzusetzen und notwendige zahnärztliche Eingriffe verantwortungsvoll zu planen. Notwendige invasive zahnärztliche Eingriffe unter antiresorptiver Osteoporosetherapie sollen unter antibiotischer Abschirmung und speicheldichtem Wundverschluss erfolgen; starke Empfehlung (1). Wenn man wie bei invasiven zahnärztlichen Eingriffen den Zeitpunkt bzw. die Zeitfenster wählen kann, so werden in den Leitlinien der ÖGKM folgende Empfehlungen abgegeben. Die Gabe von i.v.-Bisphosphonaten sollte frühestens zwei Monate nach invasiven zahnärztlichen Eingriffen beginnen; bedingte Empfehlung. Bei Denosumab-Verabreichung sollten invasive Eingriffe gegen Ende eines Behandlungszyklus durchgeführt und der Behandlungszyklus sollte nach Abheilung der Wunde fortgesetzt werden; bedingte Empfehlung. Wichtig ist, festzuhalten, dass ein „Pausieren" von Denosumab nicht zu empfehlen ist,



da die Unterbrechung /Verlängerung des Zeitrhythmus der Gabe (alle sechs Monate bei Osteoporosetherapie) zu einem sogenannten Rebound-Effekt führen kann, der den Knochen schwächt.

Take-home Message für Zahnärzt:innen
Die beste MRONJ-Therapie ist die Prävention: Infektionen frühzeitig behandeln, die orale Gesundheit erhalten, Risikopatient:innen rechtzeitig erkennen und invasive Eingriffe individuell planen.

In der nächsten Ausgabe von DentUnique wird über den aktuellen Stand der neuen zugelassenen Medikamente berichtet.•

Literaturverzeichnis Seite 14–15:
1) Dimai HP, Muschitz C, Amrein K et al. Osteoporose – Definition, Risikoerfassung, Diagnose, Prävention und Therapie: Leitlinie der Österreichischen Gesellschaft für Knochen- und Mineralstoffwechsel. Update 2024. Wiener klinische Wochenschau. 2024;136:599–668. doi: 10.1007/s00508-024-02441-2, PMID: 39356323, zahnmedizinischer Teil verfasst von Univ.-Prof. DI Dr. Reinhard Gruber und Assoz. Prof. DDr. in Ulrike Kuchler, Empfehlungen: S. 632
2) Krasniqi A. Risiko der medikamentenassoziierten Kieferosteonekrose bei Bisphosphonaten im Vergleich mit Denosumab: Eine systematische Literaturübersicht, eingereicht 2026, unter der Betreuung von Assoz. Prof. DDr.in Ulrike Kuchler und Assoz. Prof. Dr.in Daphne Gschwantler-Kaulich (Klinische Abteilung für Allgemeine Gynäkologie und gynäkologische Onkologie, AKH Wien)



Die Autorin

Assoc. Prof. Priv.-Doz. DDr.in Ulrike Kuchler

Fachbereich für Orale Chirurgie
Universitätszahnklinik Wien

Vitamin D_3 und orale Wundheilung – unterschätzter Faktor in der Oralchirurgie?

Ein ausreichender Vitamin D_3-Spiegel könnte die Heilung nach oralchirurgischen Eingriffen positiv beeinflussen. Aktuelle Daten zeigen zudem, dass orale Gewebe Vitamin D_3 lokal aktivieren und über immunmodulatorische und regenerative Effekte eine Rolle spielen.

Eine erfolgreiche Heilung nach oralchirurgischen Eingriffen wie Extraktionen, Implantationen oder Augmentationen hängt von einer Vielzahl lokaler und systemischer Faktoren ab. Neben der chirurgischen Technik, der Infektionskontrolle und patient:innenbezogenen Risikofaktoren rückt zunehmend auch der Vitamin-D-Status in den Fokus. Vitamin D_3 (Cholecalciferol) ist traditionell für seine Rolle im Kalzium- und Phosphatstoffwechsel bekannt. Neuere Erkenntnisse zeigen jedoch auch weitreichende Effekte auf Immunantwort, Entzündungsregulation und Geweberegeneration, einschließlich oraler Gewebe.

Lokale Bioaktivierung von Vitamin D_3 im oralen Gewebe

Andrukhov et al. konnten in einer Übersichtsarbeit zeigen, dass orale Gewebe über die enzymatische Ausstattung verfügen, um Vitamin D_3 lokal zu aktivieren. Das Enzym CYP27B1 und der Vitamin-D-Rezeptor (VDR) wurden in gingivalen Fibroblasten, parodontalen Ligamentzellen sowie in Immunzellen nachgewiesen. Auch Vitamin-D-Metaboliten lassen sich im Speichel nachweisen. Somit ist die Mundhöhle in der Lage, die Wirkung von Vitamin D_3 lokal zu regulieren. (1) Abb. 1

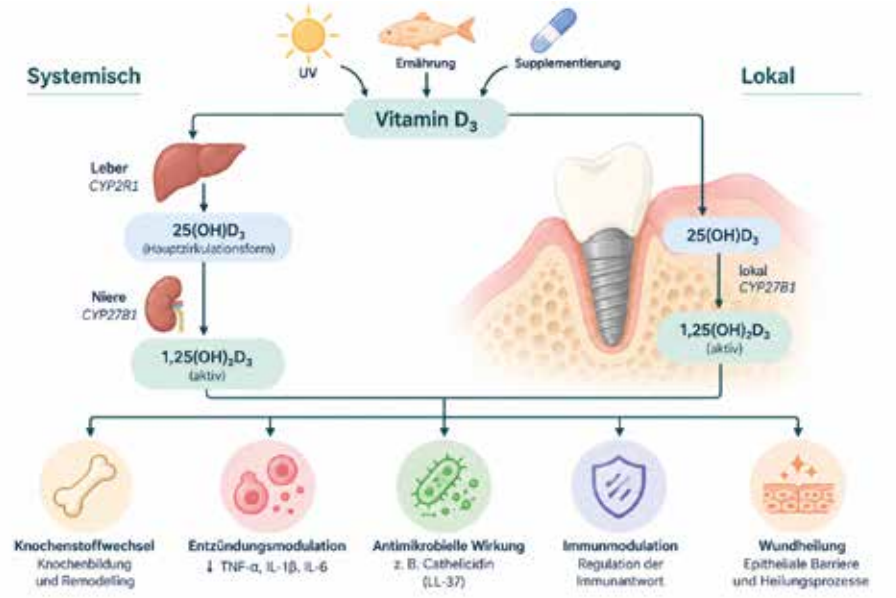


Abb. 1: Wirkmechanismus von Vitamin D im oralen Gewebe; modifiziert mit ChatGPT (OpenAI) nach Andrukhov et al. 2026

Biologische Effekte auf die Wundheilung

Über die Aktivierung des VDR beeinflusst Vitamin D_3 die Expression von antimikrobiellen Peptiden wie Cathelicidin (LL-37) und β-Defensine, die die angeborene Immunabwehr stärken. Gleichzeitig kann Vitamin D_3 proinflammatorische Zytokine wie IL-6 und TNF-α modulieren und so zu einer kontrollierten Entzündungsreaktion beitragen. Diese Kombination aus antimikrobieller und antiinflammatorischer Wirkung schafft ein biologisch günstiges Umfeld für die Geweberegeneration. (1) Folglich kommt es auch zu einer verminderten postoperativen Schwellung. (2)

Vitamin D_3 und knöcherne Heilung

Miron et al. analysierten 27 klinische Studien. In 22 dieser Studien wiesen Patient:innen mit einem ausreichenden Vitamin-D-Status signifikant bessere Osseointegrationsraten und periimplantäre Parameter auf. (3) Systemische Übersichtsarbeiten weisen darauf hin, dass ein ausreichender Vitamin-D-Spiegel mit einer besseren Osseointegration assoziert ist und ein Vitamin-D-Mangel einen Risikofaktor für frühe Implantatverluste darstellen kann. (4)(5)

Konsequenzen für die Praxis

Ein routinemäßiges Vitmain-D_3-Screening vor allen oralchirurgischen Eingriffen ist derzeit nicht evidenzbasiert. Bei Risikopatient:innen mit z. B. bekanntem

Vitamin-D-Mangel, Osteoporose, Malabsorption, chronischer Nierenerkrankung oder komplexen Augmentationen kann die Bestimmung aber sinnvoll sein. In solchen Fällen empfiehlt sich ein In-office-Finger-prick-Schnelltest.(6) Eine hoch dosierte Supplementierung allein zur Verbesserung der Wundheilung ist aktuell nicht ausreichend belegt. An der Universitätszahnklinik Wien findet aktuell eine klinische Studie statt, die genau eine solche kurzfristige hoch dosierte Gabe vor Weisheitszahnentfernungen untersucht. Die Proband:innen sind zwischen 18 und 50 Jahren alt, gesund, Nichtraucher:innen und haben einen Vitamin-D-Mangel. Das Studiendesgin ist „split-mouth", das heißt, bei der Entfernung der ersten Seite erfolgt keine Supplementierung, erst bei der zweiten Seite. Hier wird präoperativ acht Tage in Folge eine Supplementierung mit 28.000 IU, das entspricht einer normalen wöchentlichen Dosis, in Form von Tabletten eingenommen. Während des gesamten Untersuchungszeitraums werden klinische Untersuchungen, Intraoralscans, Vitamin-D-Testungen und Speichelproben durchgeführt. Im Speichel werden sowohl der Vitamin-D-Status als auch inflammatorische Zytokine wie IL-1β, IL-8 und myeloid-related protein (MRP)-8/14 untersucht. Die klinischen Vitamin-D-Tests werden mit einem In-Office-Schnelltest und dem passenden Lesegerät durchgeführt, welches Werte mit einer Genauigkeit von einer Nachkommastelle ausgibt.

Take-home Messages

- Orale Gewebe können Vitamin D_3 lokal aktivieren und zielgerichtet nutzen.
- Antimikrobielle und antiinflammatorische Effekte unterstützen die Wundheilung.
- Ein Vitamin-D-Mangel könnte das Risiko für Komplikationen und frühe Implantatverluste erhöhen.
- Screening und Supplementierung sollten individuell und risikoadaptiert erfolgen. •

Referenzen:

1. Andrukhov O, Hilberath S, Holzmann M, Laky M, Behm C. Local vitamin D_3 bioactivation in oral tissue, from inactive to influential: A narrative review. Archives of Oral Biology. September 2026;189:106659. doi:10.1016/j.archoralbio.2026.106659
2. Oteri G, Cicciù M, Peditto M, Catalano A, Loddo S, Pisano M, u. a. Does vitamin D_3 have an impact on clinical and biochemical parameters related to third molar surgery. Journal of Craniofacial Surgery. März 2016;27(2):469–76. doi:10.1097/SCS.0000000000002389
3. Miron RJ, Estrin NE, Paz A, Gruber R, Farshidfar N, Zhang Y, u. a. Relationship between vitamin D deficiency and early implant failure and osseointegration. Periodontology, 2000. 30. Oktober 2025;prd.70017. doi:10.1111/prd.70017
4. Buzatu BLR, Buzatu R, Luca MM. Impact of vitamin D on osseointegration in dental implants: A systematic review of human studies. Nutrients. 9. Januar 2024;16(2):209. doi:10.3390/nu16020209, PubMed PMID: 38257102; PubMed Central PMCID: PMC10819660.
5. Alsulaimani L, Alqarni A, Almarghlani A, Hassoubah M. The relationship between low serum vitamin D level and early dental implant failure: A systematic review. Cureus. Januar 2022;14(1):e21264. doi:10.7759/cureus.21264 PubMed PMID: 35178319; PubMed Central PMCID: PMC8843072.
6. S3-Leitlinie (Langfassung): Relevanz der Vitamin D-Bestimmung und -Supplementierung auf die Implantatprognose und Augmentationschirurgie. 2025. AWMF-Registernummer: 083-055; Version 1.0; online abrufbar.

Bei Interesse an der Studie gerne per Mail melden!
marlies.holzmann@meduniwien.ac.at



Die Autorin

Dr.in med. dent. Marlies Holzmann

Fachbereich für Orale Chirurgie
Universitätszahnklinik Wien

Neuer Lehrgang gestartet

Die Anforderungen an eine moderne prothetische Versorgung steigen kontinuierlich – nicht nur durch die wachsende Komplexität der Behandlungsfälle, sondern auch durch den Anspruch an funktionell, ästhetisch und langfristig erfolgreiche Therapiekonzepte. Vor diesem Hintergrund gewinnen strukturierte postgraduale Ausbildungsprogramme zunehmend an Bedeutung. Mit dem Universitätslehrgang „Prosthodontics and Interdisciplinary Therapy Concepts" bietet die Universitätszahnklinik Wien ein universitäres Weiterbildungsformat, das wissenschaftliche Fundierung, klinische Praxis und interdisziplinäre Therapie eng miteinander verbindet. Der aktuelle Lehrgang startete im November 2026.

Das berufsbegleitende Studium richtet sich an Zahnärztinnen und Zahnärzte mit klinischer Berufserfahrung und führt über fünf Semester zum Master of Science (Continuing Education). Die modulare Struktur mit kompakten Präsenzphasen in Wien und ergänzenden Onlineformaten ermöglicht eine Integration in den beruflichen Alltag und verbindet wissenschaftliche Tiefe mit unmittelbarer klinischer Relevanz.

Universitäre Expertise und interdisziplinärer Ansatz

Getragen wird das Programm von einer klaren universitären Handschrift. Unter der Leitung von o. Univ.-Prof. DDr.in Eva Piehslinger verbindet der Lehrgang die Expertise verschiedener Bereiche der Zahnmedizin und angrenzender Fachdisziplinen. Die interdisziplinäre Ausrichtung bildet dabei einen zentralen Bestandteil des Programms und ermöglicht eine ganzheitliche Betrachtung komplexer prothetischer Behandlungssituationen.

Neben prothetischen Fragestellungen werden unter anderem funktionelle Störungen des Kauorgans, Okklusion, Kieferorthopädie sowie die Zusammenarbeit mit weiteren medizinischen und therapeutischen Fachbereichen berücksichtigt. Damit steht nicht die isolierte Versorgung einzelner Zähne im Mittelpunkt, sondern die umfassende Planung und Umsetzung individueller Behandlungskonzepte.

Wissenschaftliche Grundlagen und moderne Prothetik

Ein wesentliches Merkmal des Lehrgangs ist die enge Verbindung von wissenschaftlicher Evidenz und klinischer Anwendung. Das Curriculum vermittelt vertiefte Kenntnisse in der modernen Prothetik und umfasst unter anderem diagnostische Verfahren, funktionelle Analyse, komplexe prothetische Rehabilitationen, Implantatprothetik sowie moderne digitale Verfahren.

Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf der Funktionsdiagnostik und der Behandlung von Funktionsstörungen des stomatognathen Systems. Die Teilnehmer:innen setzen sich mit klinischen, instrumentellen und radiologischen Untersuchungsmethoden auseinander und lernen, funktionelle Zusammenhänge in die prothetische Therapieplanung einzubeziehen.

Von der Diagnostik zur komplexen Rehabilitation

Inhaltlich deckt das Programm ein breites Spektrum moderner prothetischer Behandlungskonzepte ab. Dazu zählen unter anderem fest sitzender und abnehmbarer Zahnersatz, Keramikrestaurationen, Teleskopprothetik, implantatgetragene Versorgungen sowie CAD/CAM-gestützte Verfahren.

Darüber hinaus stehen die strukturierte Planung komplexer Patient:innenfälle und die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Mittelpunkt. Von der diagnostischen Analyse über das Wax-up und die präprothetische Planung bis hin zur definitiven Rehabilitation werden die einzelnen Schritte einer umfassenden prothetischen Behandlung systematisch betrachtet.

Mehr Sicherheit bei komplexen Behandlungsfällen

Die Kombination aus wissenschaftlicher Ausbildung, Funktionsdiagnostik und klinischer Anwendung schafft eine fundierte Basis für die Behandlung anspruchsvoller Patient:innenfälle. Absolvent:innen sollen dadurch mehr Sicherheit in der Diagnostik und Therapie funktioneller Störungen gewinnen und komplexe prothetische Rehabilitationen eigenständig planen und durchführen können.

Ein weiterer Fokus liegt auf der interdisziplinären Zusammenarbeit. Je nach individuellem Behandlungsfall werden dabei unter anderem Aspekte aus Physiotherapie, Logopädie, Psychologie, Psychiatrie, Kieferorthopädie, Parodontologie und Oralchirurgie berücksichtigt. Der Lehrgang vermittelt damit einen umfassenden Blick auf Patient:innen und ihre individuellen funktionellen und medizinischen Voraussetzungen.

Call to Action

Wer seine prothetische Expertise vertiefen und auch komplexe Behandlungssituationen sicher beurteilen möchte, findet im Universitätslehrgang eine fundierte Möglichkeit zur fachlichen Weiterentwicklung. Weitere Informationen zu Curriculum, Zugangsvoraussetzungen und Bewerbung sind auf der Website der Universitätszahnklinik Wien verfügbar. •



Die Autorin

Lisa Kasal, MSc

Lehrgangsadministration
Universitätszahnklinik Wien

Großer Erfolg für Wissenschaftlerin aus Wien

Andrea Lorenz, Doktorandin am Kompetenzzentrum für Parodontale Forschung, konnte bei der diesjährigen CED/NOF IADR General Session in Lissabon einen großen Erfolg feiern: Beim CED-IADR Robert Frank Award erreichte sie den zweiten Platz in der Kategorie Postgraduate Basic Science Research.

Ihr Beitrag mit dem Titel „γδ T-lymphocytes reciprocally interact with human periodontal ligament derived MSCs" wurde bereits im Vorfeld der Konferenz mit einem Travel Grant ausgezeichnet und für die Präsentation vor einem internationalen Fachpublikum ausgewählt. Mit ihrer Präsentation überzeugte Andrea Lorenz die Jury und setzte sich im Wettbewerb gegen starke Mitbewerber:innen aus Belgien durch. Dieser Erfolg unterstreicht sowohl ihre wissenschaftliche Leistung als auch die Bedeutung ihrer Doktorarbeit, die im Rahmen eines Projekts am Kompetenzzentrum für Parodontale Forschung entsteht.

Aufgrund ihrer erfolgreichen Teilnahme wurde Andrea Lorenz außerdem ausgewählt, die Central European Division der International Association for Dental Research (CED-IADR) bei der IADR Hatton Award Competition 2027 in Melbourne zu vertreten. Dieser internationale Wettbewerb bietet Nachwuchswissenschaftler:innen aus aller Welt die Möglichkeit, ihre Forschungsarbeiten vor einem Fachpublikum aus erfahrenen Wissenschaftler:innen im Bereich der oralen Forschung zu präsentieren.

Andrea Lorenz begann ihren akademischen Werdegang mit einem Bachelorstudium in Mikrobiologie und Genetik an der Universität Wien, das sie mit einer Abschlussarbeit zu T-Helferzellen vollendete. Ihre Begeisterung für die T-Zell-Forschung führte sie anschließend in das Masterstudium Immunbiologie. Im Rahmen ihrer Masterarbeit beschäftigte sie sich mit einem Interferon-defizienten Mausmodell und vertiefte damit ihre Kenntnisse im Bereich der Immunologie.

Im Rahmen ihrer Doktorarbeit untersucht Andrea Lorenz γδ-T-Zellen im oralen Gewebe. Ihre Forschung ist Teil eines FWF-geförderten Projekts unter der Leitung von Priv.-Doz. Christian Behm, PhD. Im Zuge ihres Forschungsprojekts gelang erstmals der Nachweis von γδ-T-Zellen im menschlichen parodontalen Ligament. Aufbauend auf diesen Erkenntnissen konnte sie in *In-vitro*-Experimenten eine ausgeprägte wechselseitige Interaktion zwischen γδ-T-Zellen und mesenchymalen Stromazellen des parodontalen Ligaments nachweisen. Andrea Lorenz' Beitrag liegt insbesondere in der Untersuchung dieser Zellinteraktionen. Ein wesentliches Ziel der weiteren Forschung ist es, die zugrunde liegenden Mechanismen genauer zu charakterisieren und ihre Bedeutung für entzündliche Erkrankungen wie Parodontitis sowie für die kieferorthopädische Zahnbewegung zu untersuchen.•



Andrea Lorenz, Doktorandin am Kompetenzzentrum für Parodontale Forschung, erreichte beim CED-IADR Robert Frank Award den zweiten Platz in der Kategorie Postgraduate Basic Science Research.



Foto: © MedUni Wien/Hörmandinger

Netzwerken bei vielfältigem Programm – ab dem ersten Semester

Der Alumni Club ist das umfangreichste Netzwerk der MedUni Wien. Als Wissens-, Dialog- und Karriereplattform verbindet der Alumni Club Studierende, Absolvent:innen und Mitarbeiter:innen. Bei rund 30 Veranstaltungen jährlich bietet der Club Gelegenheit zum Austausch und Vernetzen. Für Studierende sind die Angebote schon für 10 Euro für 12 Monate zugänglich.

Auswahl kommender Veranstaltungstermine:

Alumni-Treffpunkt: Tanzstunden:
Hier frischen Alumni Club-Mitglieder ihre Wiener-Walzer-Kenntnisse auf und machen sich fit für die Ballsaison.
Dienstag, 12., 19. und 26. Jänner 2027,
20:30–22:00 Uhr

Alumni-Treffpunkt: Filmkrankenhaus Jori Studios:
Bei einem exklusiven Blick hinter die Kulissen von Österreichs erstem medizintechnischen Filmstudio entdecken Mitglieder realitätsnahe Krankenhaus-Sets für Film und Fernsehen.
Donnerstag, 14. Jänner 2027, 17 Uhr

Alumni-Standpunkt: Artificial Intelligence, Predatory Publishing, and Data Integrity – Lessons Learned and Future Challenges:
Round-Table-Diskussion mit Frits Rosendaal (Leiden University), Ivan Oransky (NYU, Arthur L. Carter Journalism Institute), Matthias Farlik (MedUni Wien). Montag, 1. März 2027

Details zu diesen und vielen weiteren Angeboten finden Sie unter: alumni-club.meduniwien.ac.at



Foto: © MedUni Wien

ISBN 978-3-214-26831-2,
212 Seiten, 28 Euro
Erhältlich im MedUni Shop im AKH Wien, im Buchhandel und unter https://shop.manz.at/shop/products/9783214268312

Neuer Ratgeber: Schmerzen behandeln

Die aktuelle Neuerscheinung der Reihe „Gesundheit.Wissen" der MedUni Wien im MANZ Verlag zeigt den Nutzen, aber auch die Grenzen regenerativer physikalischer Therapien in der multimodalen Behandlung von Schmerzen auf. Regenerative physikalische Therapien setzen gezielt physikalische Reize ein, um körpereigene Reparatur- und Heilungsprozesse zu unterstützen. Buchautor Richard Crevenna, Leiter der Universitätsklinik für Physikalische Medizin, Rehabilitation und Arbeitsmedizin der MedUni Wien, erklärt wissenschaftlich fundiert und allgemein verständlich, wie diese Therapien Schmerzen beeinflussen, welche Verfahren unter welchen Voraussetzungen wirksam sind und wie sie sinnvoll kombiniert werden können. Ein praxisnaher Ratgeber für alle, die Schmerzen besser verstehen, informierte Entscheidungen treffen und ihre Mobilität und Lebensqualität gezielt verbessern wollen.•

Zwei neue Zentren für die Medizin von morgen

Center for Translational Medicine und Center for Precision Medicine



Am 1. Oktober 2026 wurden am MedUni Campus AKH zwei neue Forschungsgebäude offiziell eröffnet: das Center for Translational Medicine (CTM) und das Eric Kandel Institute – Center for Precision Medicine (CPM). Sie stehen für zwei Entwicklungen der modernen Medizin: Erkenntnisse aus der Grundlagenforschung sollen rascher in die klinische Anwendung gelangen, gleichzeitig sollen Prävention, Diagnostik und Therapie genauer an individuellen biologischen und molekularen Merkmalen ausgerichtet werden. Über Brücken sind beide Gebäude unmittelbar mit dem Universitätsklinikum AKH Wien verbunden. Forschung und Patient:innen-versorgung rücken damit auch räumlich näher zusammen – neue Erkenntnisse können schneller auf ihre medizinische Anwendbarkeit geprüft werden. „Mit den beiden neuen Zentren werden, vor allem für die kommenden Generationen, hier in Wien die Schienen für zwei zentrale Zukunftsfelder der modernen Medizin gelegt: die rasche Übertragung wissenschaftlicher Erkenntnisse in die klinische Anwendung und eine zunehmend präzise, individuell ausgerichtete Medizin“, sagt Markus Müller, Rektor der MedUni Wien. Zugleich würdigt die MedUni Wien zwei herausragende Mediziner mit Wiener Wurzeln. Das Center for Precision Medicine trägt den Namen des 1929 in Wien geborenen Neurowissenschaftlers und Nobelpreisträgers Eric Kandel. Der größte Hörsaal im CTM ist nach dem ebenfalls 1929 in Wien geborenen österreichisch-US-amerikanischen Kardiologen Eugene Braunwald benannt.•





Fotos: © MedUni Wien/Hörmandinger

Ausstellung im Josephinum: „Body Talk“ von Nives Widauer

Die in Wien lebende Künstlerin Nives Widauer arbeitet medienübergreifend mit Malerei, Zeichnung, Video, Installation und Bühnenbild. Im Zentrum ihrer künstlerischen Praxis stehen Fragen nach den Wechselwirkungen von Körper, Natur und kulturell geprägten Bildvorstellungen. Für die Ausstellung „Body Talk“ bringt Widauer ihre Werkserie „Body Talk | Paracelsus“ sowie weitere Arbeiten zum Thema Anatomie und Körper in einen Dialog mit ausgewählten Objekten aus der Sammlung des Josephinums.

Sonderausstellung Nives Widauer – Body Talk
noch bis 21. März 2027
Kurator: J. Emil Sennewald
Josephinum, Währinger Straße 25, 1090 Wien•

THE-Ranking: MedUni Wien unter den 200 besten Universitäten der Welt

Die Medizinische Universität Wien hat sich im Times Higher Education (THE) World University Ranking 2027 verbessert und liegt nun auf Rang 180. Sie zählt damit erneut zu den 200 besten Universitäten der Welt. Im österreichweiten Vergleich liegt die MedUni Wien weiterhin auf dem zweiten Platz hinter der Universität Wien. Platz 180 ist die beste Platzierung für die MedUni Wien seit Bestehen dieses nicht medizinspezifischen Rankings.•

Spezialambulanzen

Universitätszahnklinik Wien, Sensengasse 2a, 1090 Wien

- **3D-geplante Implantologie**
  Tel.: +43 1/400 70-4120
  E-Mail: oralechirurgie-unizahnklinik@meduniwien.ac.at

- **Aligner-Therapie (Schienen)**
  Tel.: +43 1/400 70-4321
  E-Mail: kfo-unizahnklinik@meduniwien.ac.at

- **Aplasie**
  Tel.: +43 1/400 70-4121
  E-Mail: oralechirurgie-unizahnklinik@meduniwien.ac.at

- **Ästhetische Zahnheilkunde**
  Tel.: +43 1/400 70-2148
  E-Mail: aesthetik-unizahnklinik@meduniwien.ac.at

- **Bleaching**
  Tel.: +43 1/400 70-2116
  E-Mail: bleaching-unizahnklinik@meduniwien.ac.at

- **Bulimie**
  Tel.: +43 1/400 70-49350
  E-Mail: unit-unizahnklinik@meduniwien.ac.at

- **Digitale Orale Chirurgie und Kieferorthopädie**
  Tel.: +43 1/400 70-4120
  E-Mail: oralechirurgie-unizahnklinik@meduniwien.ac.at

- **Endodontie**
  Tel.: +43 1/400 70-2145
  E-Mail: endodontie-unizahnklinik@meduniwien.ac.at

- **Funktionsstörungen**
  Tel.: +43 1/400 70-4930
  E-Mail: prothetik-unizahnklinik@meduniwien.ac.at

- **Hartgewebs-Regeneration und Knochenaufbau**
  Tel.: +43 1/400 70-4121
  E-Mail: oralechirurgie-unizahnklinik@meduniwien.ac.at

- **Implantologie**
  Tel.: +43 1/400 70-4121
  E-Mail: oralechirurgie-unizahnklinik@meduniwien.ac.at

- **Laserzahnheilkunde**
  Tel.: +43 1/400 70-2346
  E-Mail: unit-unizahnklinik@meduniwien.ac.at

- **Mikroskopische Zahnheilkunde**
  Tel.: +43 1/400 70-4540
  E-Mail: endodontie-unizahnklinik@meduniwien.ac.at

- **Mineralisationsstörungen**
  Tel.: +43 1/400 70-2825
  E-Mail: kinder-unizahnklinik@meduniwien.ac.at

- **Mundschleimhauterkrankungen**
  Tel.: +43 1/400 70-4121
  E-Mail: oralechirurgie-unizahnklinik@meduniwien.ac.at

- **Parodontalchirurgie**
  Tel.: +43 1/400 70-4720
  E-Mail: parodontologie-unizahnklinik@meduniwien.ac.at

- **Periimplantitis**
  Tel.: +43 1/400 70-4121
  Tel.: +43 1/400 70-4720
  E-Mail: oralechirurgie-unizahnklinik@meduniwien.ac.at
  E-Mail: parodontologie-unizahnklinik@meduniwien.ac.at

- **Parodontal-Plastische Weichgewebschirurgie**
  Tel.: +43 1/400 70-4720
  E-Mail: parodontologie-unizahnklinik@meduniwien.ac.at

- **Smile Design**
  Tel.: +43 1/400 70-49350
  E-Mail: unit-unizahnklinik@meduniwien.ac.at

- **Zahntransplantation**
  Tel.: +43 1/400 70-4120
  E-Mail: oralechirurgie-unizahnklinik@meduniwien.ac.at

- **Zahntraumatologie**
  Tel.: +43 1/400 70-2023
  E-Mail: oralechirurgie-unizahnklinik@meduniwien.ac.at

Gut zu wissen

Universitätszahnklinik Wien, Sensengasse 2a, 1090 Wien

ANFAHRT:

Öffentliche Verkehrsmittel

- 37/38/40/41/42 von Schottentor – Haltestelle: Schwarzspanierstraße
- 40/41/42 von Währinger Straße – Volksoper – Haltestelle: Sensengasse
- 5/33 Haltestelle: Lazarettgasse
- 43/44 Haltestelle: Lange Gasse (kurzer Fußmarsch durch das Alte AKH)

Mit dem Auto

Gebührenpflichtige BOE-Parkgarage in der Sensengasse 3. Beachten Sie bitte die Kurzparkzone in ganz Wien.

KONTAKTE:

Zentrale Aufnahme

Tel.: +43 1/400 70-2003
E-Mail: aufnahme-unizahnklinik@meduniwien.ac.at

Notambulanz mit Traumaversorgung

Tel.: +43 1/400 70-2023
E-Mail: notfallambulanz-unizahnklinik@meduniwien.ac.at

Kindernotdienst

Tel.: +43 1/400 70-2820
E-Mail: kinder-unizahnklinik@meduniwien.ac.at

- **Zahnmedizinische Ausbildung**
  Unit 1: Tel.: +43 1/400 70-2120
  Unit 2: Tel.: +43 1/400 70-2220
  E-Mail: unit-unizahnklinik@meduniwien.ac.at

- **Kieferorthopädie**
  Tel.: +43 1/400 70-4321
  Tel.: +43 1/400 70-4322
  E-Mail: kfo-unizahnklinik@meduniwien.ac.at

- **Kinderzahnheilkunde**
  Tel.: +43 1/400 70-2820
  E-Mail: kinder-unizahnklinik@meduniwien.ac.at

- **Orale Chirurgie**
  Tel.: +43 1/400 70-4121
  E-Mail: oralechirurgie-unizahnklinik@meduniwien.ac.at

- **Parodontologie**
  Tel.: +43 1/400 70-4720
  E-Mail: parodontologie-unizahnklinik@meduniwien.ac.at

- **Prophylaxe Center**
  Tel.: +43 1/400 70-4720
  E-Mail: prophylaxecenter-unizahnklinik@meduniwien.ac.at

- **Prothetik**
  Tel.: +43 1/400 70-4930
  E-Mail: prothetik-unizahnklinik@meduniwien.ac.at

- **Radiologie**
  Tel.: +43 1/400 70-2420
  E-Mail: radiologie-unizahnklinik@meduniwien.ac.at

- **Postgraduate Education**
  Tel.: +43 1/400 70-5402
  E-Mail: dentalmaster@meduniwien.ac.at

- **Spezialambulanzen**
  Website: unizahnklinik-wien.at

ÖFFNUNGSZEITEN:

- Zentrale Aufnahme:
  Mo.–So., ab 7.30 Uhr

- Notambulanz mit Traumaversorgung:
  Mo.–Fr., 8–14 Uhr
  Sa., So. und feiertags, 8–12 Uhr

- Fachbereiche:
  Mo.–Fr., ab 8 Uhr,
  nach Terminvereinbarung

- Prophylaxe Center
  Mo.–Fr., ab 8 Uhr
  nach Terminvereinbarung

www.unizahnklinik-wien.at

Besuchen Sie uns auch auf

UNIVERSITÄTSZAHNKLINIK
MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT WIEN



Frohe Feiertage und ein gutes neues Jahr!