

NEUE ARBEITSGRUPPE PARODONTOLOGIE E.V.



INHALT:	1
EDITORIAL:	
Konjunktur für Beschäftigung	2
ORIGINALARTIKEL I	
Streletz: Paro-Endo-Läsionen Klassifikation, Diagnostik und Therapie	3
ORIGINALARTIKEL II	
Trumm: Hilfsaktion für die Kinder des Kongo, BANAKONGO e.V. ruft zur Unterstützung auf	10
NAGP-FÖRDERPREIS ABSTRACTS 2008 - TEIL 1	
Pretzl, Wiedemann, Cosgarea, Kim, Kaltschmitt, Eickholz: Was kostet es einen parodontal erkrankten Zahn 10 Jahre lang zu erhalten?	13
Siegelin, Wohlfeil, Schacher, Wehner, Oremek, Sauer-Eppel, Eickholz: Einfluss nichtchirurgischer Parodontitistherapie auf Serumparameter	14
Wehner, Wohlfeil, Schacher, Siegelin, Oremek, Sauer-Eppel, Eickholz: Parodontale Parameter und systemische Entzündungsparameter bei parodontal gesunden Probanden	15
TAGUNGSBERICHT	
Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie: 25.-27.09.2008 im CongressCenter Nürnberg	16
TAGUNGSANKÜNDIGUNG	
"Dentinhypersensibilität und freiliegender Zahnhals, Ursachen und therapeutische Möglichkeiten" 17. Symposium Parodontologie BwZKrhs Koblenz und 15. Frühjahrstagung der Neuen Arbeitsgruppe Parodontologie e.V. am 24./25.04.2009 in Koblenz	22
Wieviel Plaque verträgt das Parodont auf Dauer? Langzeiterfolg durch unterstützende Parodontitistherapie 18. Herbsttagung der Neuen Arbeitsgruppe Parodontologie e.V. am 12.09.2009 in Würzburg	23
IMPRESSUM	24

EDITORIAL

Konjunktur für Beschäftigung

Yes, we can, sagt Obama. Davon haben sich also auch unser Bundeshosenanzug und ihre große Koalition anstecken lassen und ein zweites Konjunkturpaket geschnürt. Entschuldung? War gestern. Klimaschutz? Später mal wieder.

Wir hatten ja schon letztes Jahr mit Freuden vernommen, dass die notleidenden Banken mit 500 Milliarden unterstützt werden (einen Bruchteil davon hatte man dem Gesundheitssektor verweigert, weil das Geld nicht da sei. Aber ehe Herr Ackermann sein Kaviarbrötchen dünner schmieren muss, wird lieber eine Rekordverschuldung losgetreten). Bin gespannt, ob die wirklich in Gewinn-Zeiten dann wieder an den Staat abführen, was sie jetzt einsacken. Die Erfahrung sagt, es wird ihnen schon was einfallen ...

Aber man (frau) merkte doch, dass das Volk das irgendwie nicht gut fand. Also das nächste Konjunkturpaket - schließlich ist ja Super-Wahljahr! Da dürfen nicht nur die Banken 500 Milliarden einsacken - nein, auch der kleine Mann (und die kleine Frau) auf der Straße bekommen was ab, das sie dann aber ganz schnell wieder ausgeben sollen, damit die Wirtschaft blüht. Bloß nicht sparen!

Mutige Steuererleichterungen bringen jedem Deutschen durchschnittlich 10 Euro im Jahr - nur leider frisst das der erhöhte Beitrag zum Gesundheitsfonds dummerweise wieder auf ... Dumm gelaufen - aber den

guten Willen haben wir mal gezeigt. Und schließlich gibt es ja auch noch Prämien! 100 Euro pro Kind und 2500 Euro pro Auto. Man merkt deutlich, wo die Prioritäten liegen.

Und dann ist gerade das schöne Paket geschnürt und man ist kaum fertig mit Schulterklopfen, da wählt Hessen. Das gibt ja irgendwie immer Ärger in der letzten Zeit... und schon kann Koch nur noch mit schwarz-gelb, die große Koalition verliert ihre Mehrheit im Bundesrat und das schöne Paket ist Makulatur, weil die FDP begeistert die Gelegenheit ergreift, jetzt doch noch mitreden zu dürfen. Noch mal von vorn!! Wieder wochenlang Sitzungen, Verhandlungen, Ausschüsse, Absprachen, Dementis... bis sich dann alle auf was geeinigt haben, das keiner mehr versteht.

Also normalerweise muss man als Privatpatient Beschäftigungstherapie selbst bezahlen. Wie wäre es also, wenn die Diäten gleich wieder eingezogen werden? Endlich ein Konjunkturpaket fürs Gesundheitssystem!

Eva Streletz

ORIGINALARTIKEL I

**Paro-Endo-Läsionen
Klassifikation, Diagnostik und Therapie**

Seit 1999 gilt die neue Nomenklatur der Parodontalerkrankungen. Darin sind erstmals die Paro-Endo-Läsionen als eigenständige Erkrankungsform aufgeführt. (Tab. 1)

Nomenklatur der Parodontalerkrankungen (1999)

1. Gingivale Erkrankung
2. Chronische Parodontitis
3. Aggressive Parodontitis
4. Parodontitis als Manifestation einer Systemerkrankung
5. Nekrotisierende Parodontalerkrankung -
6. Parodontalabszesse
7. Parodontitis im Zusammenhang mit endodontalen Läsionen
8. Entwicklungsbedingte oder erworbene Deformationen und Zustände

Zur erfolgreichen Therapie ist jedoch in den meisten Fällen eine systematische PAR allein nicht ausreichend oder sogar kontraindiziert. Es ist ein mehrstufiges therapeutisches Vorgehen notwendig, das sich an der individuellen Pathogenese des einzelnen Defektes orientieren muss.

Hierbei werden die Paro-Endo-Läsionen nach ihrer Ursache in verschiedene Kategorien eingeteilt. Man unterscheidet primär endodontisch verursachte Läsionen, mit oder ohne sekundäre parodontale Beteiligung, primär parodontal verursachte Läsionen, mit oder ohne sekundäre endodontische Beteiligung, und kombinierte Läsionen (Abb. 1). Auf dieser Einteilung baut dann die sinnvolle Therapie auf.

Simon et al. haben 1972 eine Klassifikation der Paro-Endo-Läsionen vorgestellt, die heute noch unverändert Gültigkeit hat.

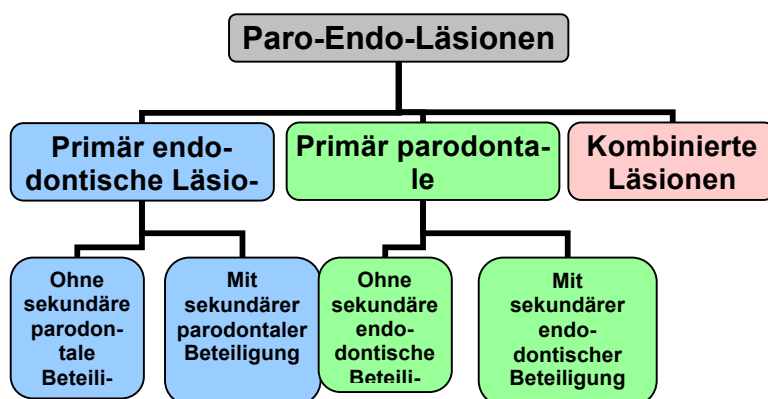


Abb. 1 - Klassifikation der Paro-Endo-Läsionen nach Simon

1. Primär endodontische Läsionen

Die häufigsten Defekte sind primär endodontisch verursacht. Ein avitaler Zahn verursacht eine apikale oder laterale Parodontitis, die sich nicht wie im Regelfall nach

vestibulär ausbreitet, sondern entlang des Parodontalspaltes fistelt und so bei Sondierung einen parodontalen Defekt vortäuschen kann.

ORIGINALARTIKEL I

Klinisch erscheint eine schmale, tiefe Tasche, oft mit Pusaustritt, während im übrigen Gebiß normale Sondierungstiefen vorhanden sind. Der betreffende Zahn reagiert nicht auf Kältetest (Vorsicht bei mehrwurzigen Zähnen!), und im Röntgenbild zeigt sich meist eine apikale Aufhellung, die sich nach koronal hin ausbreitet. Insbesondere bei Molaren gleicht der röntgenologische Befund oft einem parodontalen Furkationsbefall.

In diesen Fällen ist eine Instrumentierung



Abb. 2a - Fall 1:
Primär endodontische Läsion 47. Klinisch isolierte Tasche von 11 mm bukkal, Furkationsbefall Grad 2, Vitalität negativ

der vermeintlichen Tasche unbedingt zu vermeiden, denn man entfernt damit regenerationsfähiges parodontales Ligament. Daher sollte zunächst mit einer endodontischen Behandlung begonnen werden, nach der man 3-6 Monate abwarten sollte. Wenn die Läsion eine rein endodontische Ursache hat, wird sie restlos ausheilen, weil der parodontale Faserapparat während der Fistelbildung nicht zerstört, sondern nur verdrängt wurde und vollständig regenerieren kann (Abb. 2 a-c).



Abb. 2b - Fall 1:
Nach 3-monatiger Calxyl-Einlage. Der „parodontale Defekt“ ist klinisch bereits vollständig geschlossen



Abb. 2c - Fall 1:
Drei Jahre nach Abschluss der endodontischen Therapie. Sondierungstiefen 2-3 mm

Wenn die intraparodontale Fistel länger besteht, so kann sich eine zusätzliche parodontale Entzündung einstellen. Man spricht dann von einer primär endodontischen Läsion mit sekundärer parodontaler Beteiligung. Zusätzlich zu den oben geschilderten Befunden finden sich auch lokalisiert Zahnstein und Konkremete in der Tasche.

Die Therapie ist zunächst die gleiche, jedoch ist nicht mit einer vollständigen Aus-

heilung des Defektes zu rechnen. Der Anteil, der parodontal verursacht ist, bleibt nach Abschluß der Endo bestehen und muß nach 3-6 Monaten einer Parodontalbehandlung unterzogen werden, sei es durch nichtchirurgische Therapie, Lappenoperation oder auch regenerative Maßnahmen. Bei mehrwurzigen Zähnen ist z.B. auch eine Hemisektion oder Wurzelamputation denkbar (Abb. 3 a+b).

ORIGINALARTIKEL I



Abb. 3a - Fall 2:
Primär endodontische Läsion 46 mit sekundärer parodontaler Beteiligung. Lokal erhöhte Sondierungstiefen um die distale Wurzel.



Abb. 3b - Fall 2:
Nach Hemisektion. Der mesiale Zahnanteil ist seit 6 Jahren stabil, ein Jahr nach Hemisektion wurde eine Brücke von 46 auf 47 eingegliedert.

2. Primär parodontale Läsionen

Die zweite große Gruppe ist primär parodontal bedingt. Hier liegt ein parodontaler Defekt vor, der sich in apikaler Richtung ausbreitet.

Das wichtigste Unterscheidungsmerkmal ist die erhaltene Vitalität des betreffenden Zahnes! (Vorsicht bei mehrwurzigen oder bereits wurzelkanalbehandelten Zähnen!) Eine gesunde Pulpa verfügt über starke Schutzmechanismen, so dass ein parodontaler Defekt, auch wenn er eventuell einen Seitenkanal erreicht, keine Nekrose hervorrufen kann.

Klinisch findet man auch an anderen Zähnen erhöhte Sondierungstiefen und radiologisch generalisierten Knochenabbau. Der Zahn reagiert zumeist vital und der Defekt ist breiter als ein rein endodontisch bedingter. Bei Sondierung sind oft Rauigkeiten auf der Wurzeloberfläche spürbar.

Da keine endodontische Beteiligung vorliegt, ist keine Wurzelbehandlung erforderlich; der Zahn wird lediglich eine Parodontaltherapie erhalten (Abb. 4 a+b).



Abb. 4a - Fall 3:
Primär parodontale Läsion 46. Sondierungstiefen generell erhöht, Vitalität positiv.



Abb. 4b - Fall 3:
Nach systematischer Parodontalbehandlung und GTR

Wenn die parodontale Läsion tatsächlich bis zum Apex fortschreitet, kann sich eine retrograde Pathologie der Pulpa entwickeln, die schließlich zur Pulpitis und Nekrose der Pulpa führt. Es liegt dann eine sekundäre endodontische Beteiligung vor, die eine Wurzelbehandlung notwendig macht. Auch

in diesem Fall wird dann zuerst die endodontische Therapie durchgeführt, später die PAR. Die Abgrenzung gegen kombinierte Läsionen (s.u.) ist oft schwierig oder sogar unmöglich. Man kann sich allenfalls am klinischen Verlauf des Falles orientieren (Abb. 5 a - c).

ORIGINALARTIKEL I



Abb. 5a - Fall 4:
Parodontaler Defekt an 36 mit Furkationsbeteiligung,
Zahn vital



Abb. 5b - Fall 4:
Derselbe Zahn 3 Jahre später (Ausschnitt aus
OPG). Es ist keine systematische PAR erfolgt.



Abb. 5c - Fall 4: Derselbe Zahn nach 6 Jahren ohne
Therapie (Ausschnitt aus OPG). Die Progredienz der
parodontalen Läsion ist erkennbar. Der Zahn ist
immer noch vital.

Ein lange bestehender parodontaler Defekt an einem Zahn, der erst spät avital wird, spricht für eine primär parodontale Läsion mit sekundärer endodontischer Beteiligung.

Primär parodontale Läsionen mit sekundärer endodontischer Beteiligung sind naturgemäß sehr selten, denn bis ein parodontaler Knochendefekt so weit fortgeschritten

ist, dass der Apex betroffen ist, wird in den meisten Fällen längst eine Behandlung oder die Extraktion erfolgt sein. Nur bei mehrwurzligen Zähnen kann es sein, dass eine Wurzel den stärksten Knochenabbau aufweist, die andere(n) aber noch die Stabilität des Zahnes gewährleisten (Abb. 6 a+b).



Abb. 6a - Fall 5:
Primär parodontale Läsion mit sekundärer endodon-
tischer Beteiligung, retrograde Pulpitis



Abb. 6b - Fall 5:
Nach Wurzelamputation. Der Zahn ist inzwischen
seit 3 Jahren stabil.

ORIGINALARTIKEL I

3. Kombinierte Läsionen

Kombinierte Läsionen entstehen, wenn an einem Zahn unabhängig voneinander ein endodontischer und ein parodontaler Defekt

existieren. Diese können konfluieren oder getrennt bleiben. Klassischerweise findet man in dieser Kategorie vertikale Wurzelfrakturen (Abb. 7 a+b) und iatrogene Perforationen (Abb. 8 a+b).



Abb. 7a - Fall 5:
Kombinierter Defekt. Klinisch Aufbißschmerz, lokal erhöhte Sondierungstiefen.



Abb. 7b - Fall 5:
Röntgenbild zu Fall 5: Vertikale Wurzelfraktur

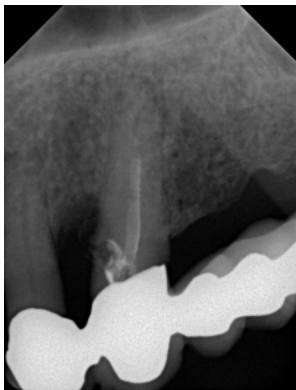


Abb. 8a - Fall 6:
Kombinierter Defekt durch iatrogene Perforation. Klinisch lokal erhöhte Sondierungstiefe 23 mesial und Pusaustritt aus der Tasche



Abb. 8b - Fall 6:
Die weit koronal gelegene Perforationsstelle kann im Rahmen einer Lappenoperation verschlossen werden.

Durch die künstlich oder traumatisch geschaffene Verbindung zwischen nekrotischer Pulpa und Parodont bildet sich ein Knochendefekt, der sich über die ganze Länge der Wurzel erstrecken kann. Im Falle einer Vertikalfraktur ist der Zahn nicht zu erhalten, höchstens mehrwurzlige Zähne können eventuell durch eine Hemisektion oder Wurzelamputation gerettet werden.

Iatrogene Perforationen haben ebenfalls eine schlechte Prognose, wenn sie im mittleren oder apikalen Wurzel Drittel liegen; es sind jedoch in den letzten Jahren Fälle beschrieben worden, wo nach Reparatur mit MTA-Zement eine Ausheilung erreicht werden konnte.

ORIGINALARTIKEL I

4. Differentialdiagnostik

In Tab. 2 sind die diagnostischen Kriterien einmal in der Übersicht dargestellt. und therapeutischen Konsequenzen noch (Tab. 2)

Art der Läsion	Differentialdiagnostik	Therapie
Primär endodontische Läsion	- Vitalitätstest negativ (Vorsicht bei mehrwurzligen Zähnen: Problematik der partiellen Pulpanekrose!) - Einzelne, enge Tasche - Karies, große Restauration oder insuffiziente WF - Periapikale Aufhellung	Endodontische Therapie allein, kein Scaling
Primär endodontische Läsion mit sekundärer parodontaler Beteiligung	- Vitalitätstest negativ (Vorsicht bei mehrwurzligen Zähnen: Problematik der partiellen Pulpanekrose!) - Einzelne Tasche - Karies, große Restauration oder insuffiziente WF - Aufweitung des Knochendefektes - Konkremente	1. Endodontische Therapie 2. Wartezeit 3. PAR-Therapie
Primär parodontale Läsion	- Vitalitätstest positiv (Vorsicht bei mehrwurzligen Zähnen: Problematik der partiellen Pulpanekrose!) - Taschen im restlichen Gebiß - Konkremente - Parodontaler Knochenabbau	PAR-Therapie
Primär parodontale Läsion mit sekundärer endodontischer Beteiligung	- Vitalitätstest negativ oder pulpitisches Symptome - Taschen im restlichen Gebiß - Konkremente - Parodontaler Knochenabbau	Wenn erhaltungsfähig: 1. Endo-Therapie 2. Wartezeit 3. PAR-Therapie

ORIGINALARTIKEL I

Art der Läsion	Differentialdiagnostik	Therapie
Kombinierte Läsion	- Vitalitätstest negativ oder WF - Anzeichen für endodontische Erkrankung - PAR im restlichen Gebiß - Vertikalfraktur - Iatrogene Perforation	Wenn erhaltungsfähig: - Endo-Therapie - Wartezeit - PAR-Therapie Vertikalfraktur: Extraktion Perforation: Extraktion oder Reparatur

Zentrale Bedeutung bei der Differentialdiagnostik kommt der Bestimmung der Vitalität der Pulpa zu. Obwohl die gängigen Methoden wie Kältetest und Elektrottest eine hohe Genauigkeit besitzen, muss man sich doch darüber im Klaren sein, dass in etwa 10 % der Fälle ein falsch positives oder falsch negatives Resultat auftreten kann. Insbesondere mehrwurzlige Zähne stellen hier eine diagnostische Herausforderung dar: Während ein Wurzelkanal nekrotisch ist, kann in den anderen noch Restvitalität vorhanden sein, so dass der Vitalitätstest positiv ausfällt, obwohl eine endodontisch verursachte Läsion vorliegt.

5. Therapie

Sofern eine endodontische Therapie erforderlich wird, was in allen außer den rein parodontal bedingten Fällen zutreffen wird, ist diese zuerst durchzuführen. Danach sollte mehrere Monate abgewartet werden, damit der endodontisch verursachte Teil

der Läsion ausheilen kann. Sofern eine parodontale Komponente vermutet wird, empfiehlt es sich, gleichzeitig bereits ein Mundhygieneprogramm einzuleiten, um die Compliance des Patienten beurteilen zu können, die für den Erfolg dieses Behandlungsabschnittes von elementarer Bedeutung ist.

Der Teildefekt, der nach 3-6 Monaten zurückbleibt, wird dann als parodontal bedingt definiert und entsprechend behandelt. Nach weiteren 6 Monaten sollte dann eine deutliche Ausheilung des Defektes feststellbar sein.

Die Prognose primär endodontisch bedingter Läsionen ist bedeutend besser als die primär parodontal bedingter und kombinierter Läsionen. Bei adäquater endodontischer Therapie kann eine komplette Regeneration des endodontisch bedingten Defektes erwartet werden, während die Auffüllung parodontaler Defekte im Normalfall nur zum Teil gelingt.

Literaturliste bei der Verfasserin:

Dr.Streletz@t-online.de

☎ 0 61 04 / 36 96

ORIGINALARTIKEL II

Hilfsaktion für die Kinder des Kongo BANAKONGO e.V. ruft zur Unterstützung auf

Im Kongo leiden Kinder und Jugendliche bittere Not. Es gibt kaum Nahrung oder sauberes Wasser und die medizinische Versorgung ist völlig unzureichend. Fast ebenso schwer wie das körperliche Leid wiegt der komplette Mangel an jeglicher Zukunftsperspektive: Obwohl sie die Mehrheit der Bevölkerung stellen, erhalten die Kinder weder eine Ausbildung noch haben sie Zugang zu anderen Informationsmedien. Seit 2002 versucht der Hilfsverein BANAKONGO e.V. aus Hanau-Steinheim, die Lebensbedingungen der Kinder und Jugendlichen im Kongo zu verbessern. BANAKONGO ist kongolesisch und heißt „Kinder des Kongo“.

In einem ersten Projekt unterstützte BANAKONGO e.V. erfolgreich den Bau einer Grundschule in Ngongo-Mukwati, einem Dorf rund 500 km südöstlich der Hauptstadt Kinshasa. Die im Jahr 2003 begonnenen Bauarbeiten verliefen so zügig, dass der

Schulbetrieb bereits im Frühjahr 2005 aufgenommen werden konnte. Seither erhalten dort täglich rund 200 Kinder Unterricht - und damit erstmals die reelle Chance auf ein besseres Leben (Abb.1).



Abb. 1: Kinder der Primärschule von Ngongo-Mukwati

Seit Kurzem organisiert BANAKONGO e.V. auch Patenschaften für Kinder, deren Eltern das Schulgeld nicht aufbringen können. Das zweite, aktuelle Projekt des Hilfsvereins ist der Bau und die Unterhaltung einer Krankenpflegeschule für etwa 120 Schüler

in Mosango, rund 20 km entfernt von Ngongo-Mukwati. Auch hier konnte der Unterricht für den ersten Jahrgang bereits im September 2008 aufgenommen werden (Abb.2). Die Ausbildung zum Krankenpfleger dauert im Kongo vier Jahre.

ORIGINALARTIKEL II



Abb. 2: Erster Jahrgang der Krankenpflegeschule in Mosango

Hilfe zur Selbsthilfe ermöglichen

Doch trotz des bisher Erreichten herrscht laut Joachim Gieles von BANAKONGO e.V. weiterhin Bedarf an Spenden: „Für unsere Krankenpflegeschule brauchen wir dringend Unterrichtsmaterialien wie etwa Fachbücher, aber auch medizinische Geräte und weitere Hilfsmittel.“

Außerdem wird ein Stromgenerator benötigt.“ BANAKONGO ruft in diesem Zusammenhang Kliniken, Krankenhäuser, Krankenpflegeschulen sowie Arzt- und Zahnarztpraxen dazu auf, ihre alten medizinischen Geräte zu spenden. Über den Transport der Hilfsgüter in den Kongo ist der Verein mit der Bundeswehr im Gespräch.

„Es gibt noch viel zu tun“, beschreibt Joachim Gieles die derzeitige Situation in Ngongo-Mukwati und Mosango. Künftig will sich BANAKONGO verstärkt um die Verbesserung der hygienischen und gesundheitlichen Verhältnisse vor Ort bemühen. Konkret ist die Installation einer Wasserversorgung geplant, aber auch der Aufbau verschiedener handwerklicher und landwirtschaftlich orientierter Ausbildungswege.

„Wir leisten hier Hilfe zur Selbsthilfe“, kommentiert Gieles. „Auf diese Weise wollen wir die Bevölkerung in die Lage versetzen, eines Tages selbstständig für ihre Existenzgrundlage zu sorgen.“

Zahnarztpraxen werden um Altgold gebeten

Doch dieser Tag ist noch fern. Nach wie vor wird dringend jede Hilfe benötigt - ob Sachspenden, Geldspenden oder eine Patenschaft für ein Schulkind. Einen nachdrücklichen Appell richtet darum Dr. Wolfgang Trumm, Zahnarzt aus Hanau-Steinheim, an die Zahnarztpraxen: „Um die Not der Kinder im Kongo zu lindern und ihnen eine lebenswerte Zukunft zu ermöglichen brauchen wir jede Unterstützung. Wir bitten darum alle Zahnärztinnen und Zahnärzte, sich an der Altgoldsammlung unseres Vereins zu beteiligen. Für Ihr eingesandtes Altgold erhalten Sie garantiert einen Spendennachweis, den man in der Praxis aushängen kann. „Der ideelle Lohn“, so Dr. Trumm, sei größer als ein paar Euro auf die Hand, die man vielleicht noch versteuern muss: „Man hat sich für einen guten Zweck engagiert - und das ist unbezahlbar.“

ORIGINALARTIKEL II

Infokasten:

BANAKONGO e.V.

Wenn Ihnen Hilfe und Unterstützung möglich ist, bitten wir um Kontaktaufnahme mit unserem Verein:

Hilfsverein BANAKONGO e.V.

Kontaktpersonen:

Joachim Gieles, Telefon 06181/6750647

Dr. Wolfgang Trumm, Telefon 06181/61212

Jutta Ullrich, Telefon 06181/62749

www.banakongo.de

ABSTRACTS I - STRAREIS**Was kostet es einen parodontal erkrankten Zahn 10 Jahre lang zu erhalten?**

Bernadette Pretzl^{1*}, Denise Wiedemann¹, Raluca Cosgarea¹, Ti-Sun Kim¹, Jens Kaltschmitt¹, Peter Eickholz²

¹ Poliklinik für Zahnerhaltungskunde, Klinik für Mund-, Zahn- und Kieferkrankheiten, Universitätsklinikum Heidelberg, Im Neuenheimer Feld 400, D-69120 Heidelberg

² Poliklinik für Parodontologie, Zentrum der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (Carolinum), Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt/Main, Theodor-Stern-Kai 7, D-60590 Frankfurt/Main

Zielsetzung:

- 1) Abschätzung der Kosten für die unterstützende Parodontitistherapie (UPT) einzelner Zähne und
- 2) Identifikation von Einflussfaktoren.

Material und Methoden:

Für diese Analyse wurde das Datenmaterial einer früheren retrospektiven Studie (Pretzl et al. 2008) ausgewertet: 100 Patienten, bei denen vor 10 Jahren durch denselben Behandler (PE) eine antiinfektiöse Therapie durchgeführt worden war und Röntgenstaten vom Zeitpunkt des Therapiebeginns vorlagen. Die klinische Nachuntersuchung wurde von einer Untersucherin durchgeführt (BP): Plaqueindex (PCR), Proben zur Analyse des Interleukin-1-Polymorphismus, ausführlicher Fragebogen zu Nikotinkonsum- und Ernährungsgewohnheiten sowie Mundhygieneverhalten und Sozialanamnese. Auf den Röntgenstaten wurde der relative Knochenabbau bestimmt (JK). Für jeden Zahn wurde mit Hilfe der Patientenakten anhand der GOZ-Positionen 100/101, 400, 405 und 407 der Betrag errechnet, der für die Erhaltungstherapie über 10 Jahre zu berechnen gewesen wäre. Mittels Multilevel-Regressionsanalyse wurden Faktoren analysiert, die die Höhe der Kosten/Zahn beeinflussten.

Ergebnisse:

Für 98 Patienten standen die erforderlichen Informationen zur Verfügung. Insgesamt konnten 2249 Zähne 10 Jahre lang erhalten werden: Für parodontologische Maßnahmen (UPT) mussten dafür im Mittel 60,85±42,08 € pro Zahn aufgewendet werden. Die Therapie der 154 Zähne, die während des Beobachtungszeitraumes verloren wurden, kostete pro UPT-Sitzung statistisch signifikant ($p = 0,002$) mehr (5,01±3,13€ im Vergleich zu 3,98±2,75€). Folgende Faktoren beeinflussten die Kosten/Zahn: Zahntyp ($p = 0,001$), Pfeilerzahn ($p = 0,009$) und Knochenabbau ($p < 0,001$). Auf Patientenebene konnten folgende Einflussfaktoren ermittelt werden: Ausgangsdiagnose ($p < 0,001$), Ausbildungsstand ($p < 0,001$), IL-1-Polymorphismus ($p < 0,001$) und Nikotinkonsum ($p=0,004$).

Schlussfolgerung:

Die Kosten für die UPT eines parodontal geschädigten Zahnes sind verglichen mit den Kosten, die für seinen Ersatz erforderlich werden, niedrig. Je höher das Risiko eines Zahnes für Verlust (Pretzl et al. 2008), desto höher der Kostenaufwand für die UPT.

ABSTRACTS II - STRAREIS**Einfluss nichtchirurgischer Parodontitistherapie auf Serumparameter**

Y. Siegelin^{1*}, M. Wohlfeil¹, B. Schacher¹, J. Wehner¹, G. Oremek², H. Sauer-Eppel², P. Eickholz¹

¹ Poliklinik für Parodontologie,
Zentrum der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (Carolinum),

² Zentrallaboratorium, Zentrum der Inneren Medizin, Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main

Zielsetzung:

Untersuchung von Zusammenhängen zwischen parodontalen Parametern und systemischen Entzündungsparametern während nichtchirurgischer Therapie aggressiver (AgP) und chronischer (ChP) Parodontitis.

Material und Methoden:

19 Patienten mit ChP (8 weiblich, 5 Raucher) und 10 mit AgP (8 weiblich, 4 Raucher), bei denen aktuelle Infektions- und Entzündungskrankheiten anamnestisch ausgeschlossen worden waren, wurden untersucht: Erhebung klinischer Parameter (GBI, PCR, ST, Attachmentverlust [AL], BOP) und Entnahme venösen Blutes sowie subgingivaler Plaqueproben unmittelbar vor und 3 Monate nach nichtchirurgischer Parodontitistherapie. Aus den Blutproben wurden im Serum der CRP- (Nachweisgrenze: 0,01 mg/dl) und der Elastasepiegel bestimmt.

Ergebnisse:

Die beiden Gruppen waren wie folgt charakterisiert: ChP: Alter: 52,6±8,2 Jahre; GBI: 14,1±9,9%; PCR: 33,2±16,8%; ST: 4,0±0,7 mm; AL: 4,3±1,0 mm; BOP: 56,9±14,5%, CRP: 0,13±0,07 mg/dl, Elastase: 11,7±5,0 ng/ml; AgP: Alter: 34,4±3,3 Jahre; GBI: 11,2±6,4%; PCR: 42,8±15,8%; ST: 3,4±0,8 mm; AL: 2,8±1,3 mm; BOP: 48,6±12,8%; CRP: 0,51±0,56 mg/dl, Elastase: 18,3±8,7 ng/ml. Während der Serum-CRP-Spiegel bei ChP unwesentlich anstieg (0,03±0,14 mg/dl), sank er in der AgP-Gruppe (0,08±0,22 mg/dl). Der Serum-Elastase-Spiegel sank in beiden Gruppen: ChP: Elastase: 0,3±5,0 ng/ml; AgP: Elastase: 0,4±5,4 ng/ml. Mittels multipler Regressionsanalysen wurden die Faktoren identifiziert, die die Veränderung der Entzündungsparameter beeinflussten: CRP: Baseline-CRP ($p < 0,001$), GBI ($p = 0,018$), Packungsjahre ($p = 0,005$), ST-Reduktion ($p = 0,035$), Zahl der Zähne ($p = 0,032$); Elastase: Baseline-Elastase ($p = 0,002$), weiblich ($p = 0,011$), Packungsjahre ($p = 0,001$), ST-Reduktion ($p = 0,002$), Zahl der Zähne ($p = 0,020$), Baseline-*T. denticola* ($p = 0,064$).

Schlussfolgerungen:

Die Reduktion der Serumspiegel von CRP und Elastase 3 Monate nach nichtchirurgischer Parodontitistherapie korrelierte mit der mittleren Reduktion der ST und der Zahnzahl.

Diese Studie wurde von der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie (DGP) unterstützt.

ABSTRACTS III - 2. PREIS**Parodontale Parameter und systemische Entzündungsparameter bei parodontal gesunden Probanden**

J.Weohner¹, M.Wohlfeil¹, B.Schacher¹, Y.Siegelin¹, G.Oremek², H.Sauer-Eppel², P.Eickholz¹

¹ Poliklinik für Parodontologie, Zentrum der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (Carolinum), Goethe-Universität Frankfurt/Main

² Zentrallaboratorium, Zentrum der Inneren Medizin, Universitätsklinikum Frankfurt/Main

Zielsetzung:

Untersuchung von Zusammenhängen zwischen parodontalen Parametern und systematischen Entzündungsparametern bei parodontal gesunden Probanden.

Material und Methoden:

Untersucht wurden 40 parodontal gesunde Probanden [Sondierungstiefe (ST) <3,5 mm bzw. < 5 mm ohne Bluten auf Sondierung (BOP), BOP ≤ 10%] (20 weiblich, 12 Raucher) im Alter zwischen 23 und 44 (28,3 ± 4,2 Jahren). Anamnestisch ausgeschlossen wurden aktuelle Infektions- und Entzündungskrankheiten. Erhebung klinischer Parameter [Gingival Bleeding Index (GBI), Plaque Control Record (PCR), ST, Attachmentverlust (AL), BOP], zweimalige Entnahme venösen Blutes innerhalb von einem bis sieben Tagen. Aus den Blutproben wurden der Serum-CRP- (Nachweisgrenze: 0,01 mg/dl) und Elastase-Spiegel sowie die Leukozytenzahl bestimmt. Für die abhängigen Variablen CRP- und Elastase-Spiegel wie auch Leukozytenzahl wurden Regressionsmodelle berechnet [unabhängige Variablen: Geschlecht, Alter, GBI, PCR, BOP, aktiver Raucher (ja/nein), Packungsjahre, ST, Summe aller ST/Proband, Summe jeweils des tiefsten ST/Proband].

Ergebnisse:

Das Probandenkollektiv was wie folgt charakterisiert: GBI: 2,9 ± 2,0 %; PCR: 14,9 ± 8,2 %; ST: 2,0 ± 0,2 mm; AL: 0,4 ± 0,3 mm; BOP: 7,0 ± 1,9 %; CRP: 0,12 ± 0,13 mg/dl; Elastase: 10,9 ± 4,8 ng/ml; Leukozytenzahl: 6,1 ± 1,1 /nl. Mittels schrittweiser multipler Regressionsanalysen (rückwärtiger Ausschluss) konnten die Serumentzündungsparameter mit folgenden Faktoren korreliert werden: CRP: weibliches Geschlecht (p = 0,005), ST (p = 0,092); Elastase: weibliches Geschlecht (p = 0,002), ST (p = 0,001), Alter (p = 0,052), GBI (p = 0,082), PCR (p = 0,098), BOP (p = 0,025); Leukozytenzahl: weibliches Geschlecht (p = 0,061), Packungsjahre (p = 0,082), PCR (p = 0,061).

Schlussfolgerung:

Alle 3 untersuchten systemischen Entzündungsparameter lagen bei Frauen höher als bei Männern. Der Serum-CRP- und der Elastase-Spiegel korrelierten selbst in einem parodontal gesunden Kollektiv mit der mittleren Sondierungstiefe jedes Probanden.

Diese Studie wurde von der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie (DGP) unterstützt.

TAGUNGSBERICHT**Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie: 25.-27.09.2008 im CongressCenter Nürnberg****Erste gemeinsame Tagung der Deutschen Gesellschaften für Parodontologie und Innere Medizin**

Mit dem Tagungsthema „Orale Medizin – die Mundhöhle ein Spiegel der Allgemeingesundheit“ hatte sich die Deutsche Gesellschaft für Parodontologie (DGP) ein ehrgeiziges Ziel gesetzt: Es sollten die komplexen Zusammenhänge zwischen parodontalen Infektionen und systemischen Allgemeinerkrankungen dargestellt werden. Die in dieser Form bislang einmalige Kooperation zwischen der DGP und der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) demonstriert erneut eindrucksvoll, dass die Parodontologie eine der entscheidenden Schnittstellen zwischen Zahnmedizin und Medizin ist. Knapp 1000 interessierte Zahnärzte, Ärzte und Mitarbeiter hatte die Thematik nach Nürnberg locken können.

Parodontitistherapie verbessert Gefäßelastizität!

Mit dem Thema **Parodontale Therapie und Gefäßentzündung** eröffnete Prof. Dr. Maurizio S. Tonetti (Genua, Italien) das wissenschaftliche Hauptprogramm. Er stellte fest, dass eine eindeutig belegbare Korrelation zwischen Gefäßgesundheit und parodontaler Gesundheit besteht und dass darüber hinaus eine erfolgreiche parodontale Therapie signifikant den funktionellen Zustand der Gefäße verbessert. Prof. Tonetti präsentierte hierzu harte Daten eigener Untersuchungen, die erst vor kurzem im New England Journal of Medicine hatte publiziert werden können. Auch an die anwesenden Vertreter der zahnärztlichen Standesorganisationen gerichtet stellte er fest, dass es gerade die schweren und fortgeschrittenen Parodontitiden sind, die einen Einfluss auf die allgemeine Gesundheit haben und dass eine Reduktion der Gefäßentzündung nur durch konsequente Parodontitistherapie zu realisieren sei. Gerade für diese konsequente Therapie der schweren und fortgeschrittenen Parodontitiden aber werden Fachzahnärzte und Spezialisten für Parodontologie gebraucht!

Orale Mikroflora und Gefäßgesundheit

Dr. Nikos Werner aus Bonn referierte aus internistischer Sicht zum Thema: Kardiovaskuläre Erkrankungen. Insbesondere ein Herzinfarkt oder ein Hirninfarkt, entstehen häufig auf dem Boden arteriosklerotisch veränderter Gefäße. Einer manifesten Arteriosklerose gehen funktionelle Störungen des Endothels voraus. Dr. Werner beschrieb ausführlich und sehr anschaulich wie spezifische Risikofaktoren (z.B. Hypertonie, Hyperlipidämie, Diabetes mellitus, Rauchen, Familienanamnese) über eine Dysfunktion des Endothels zu Arteriosklerose und letztlich zu koronaren Herzerkrankungen führen können. Er belegte an Hand zahlreicher Studien den Zusammenhang zwischen Parodontitis und kardiovaskulären Erkrankungen. Parodontitis erhöht die Wahrscheinlichkeit an einem Herz-Kreislauf-Leiden zu erkranken um 25%. Dies mag zunächst sehr niedrig erscheinen, aber der Risikofaktor Parodontitis addiert sich zu anderen Risikofaktoren. Deshalb sollte vor allem bei potentiell durch Gefäßerkrankungen gefährdeten Patienten der Status der parodontalen Gesundheit abgeklärt werden.

TAGUNGSBERICHT

Entzündungshemmende Medikamente zur Parodontitistherapie?

Prof. Dr. A. Kantarci aus Boston schloss den Freitagvormittag mit dem Thema **Medikamentöse, antiinflammatorische Parodontaltherapie** ab. Der menschliche Körper ist durch vielfältige Mechanismen dazu in der Lage, sich selbst gegen Infektionen zu schützen. Der Referent fokussierte sich dabei besonders auf bioaktive körpereigene Substanzen wie die Lipoxine und die Resolvine. Lipoxine (LX) sind endogene, d.h. vom Körper selbst gebildete, entzündungshemmende Eicosanoide, die sich von der Arachidonsäure ableiten. Sie wirken auf unterschiedlichen Wegen Signalen entgegen, die Entzündungsprozesse auslösen und aufrechterhalten. Resolvine bilden eine ganze Familie bioaktiver Stoffe, die im Körper aus Omega-3-Fettsäuren hergestellt werden. Lokal appliziertes Resolvin E1 (RvE1) kann im Tierversuch parodontale Abbauprozesse durch Hemmung der Aktivität der Osteoklasten bei gleichzeitiger Stimulation der Aktivität der Osteoblasten verhindern.

Diabetes mellitus und Parodontitis aus der Sicht des Internisten

Das Nachmittagsprogramm wurde von dem Internisten Prof. R. Bretzel aus Gießen mit der Thematik **Diabetes mellitus: Stimulator chronischer Entzündungen** eröffnet. Diabetes mellitus hat sich mittlerweile zu einem weltweiten Gesundheitsproblem entwickelt. Vor allem Adipositas scheint eine tragende Rolle zu spielen. Insulinresistenz, Übergewicht, Bluthochdruck und Fettstoffwechselstörungen treten selten unabhängig voneinander auf. Das Metabolische Syndrom bekommt zunehmend Bedeutung. Die bidirektionale Beziehung zwischen Stoffwechselstörungen und Infektionen wird am Beispiel der Wechselwirkungen zwischen Parodontitis und dem Diabetes mellitus deutlich: Typ-1-Diabetiker haben ein dreifach höheres Risiko, an schweren Parodontopathien zu erkranken als Nichtdiabetiker. Bei Diabetikern ist die Ab-

wehr insgesamt geschwächt und durch die hohen Blutzuckerwerte kann es auch in der Mundhöhle zu Mikroangiopathien kommen. Umgekehrt kann jedoch auch eine Parodontitis den Diabetes mellitus ungünstig beeinflussen, indem die chronische Entzündung eine Insulinresistenz in den Zielzellen induziert.

Diabetes mellitus und Parodontitis aus der Sicht des Parodontologen

Prof. Meyle (Universität Gießen) stellte dem Auditorium zunächst die durch Studien klar belegten Zusammenhänge zwischen Diabetes mellitus, Adipositas und Parodontitis dar: Aktuelle Studien zeigen, dass Adipozyten nicht nur Fettspeicher sind, sondern durch Ausschüttung zahlreicher Zytokine auch signifikant Einfluss auf die Stärke von Entzündungsprozessen im Körper nehmen. Deshalb ist mittlerweile davon auszugehen, dass Übergewicht mit der Ätiologie vieler chronischer Entzündungen im Organismus im Zusammenhang steht. Adipositas ist nicht nur ein Risikofaktor für die Entstehung des Diabetes mellitus, sondern auch ein Prädiktor für die Parodontitis. Die Insulinresistenz scheint dabei das Bindeglied zwischen Übergewicht und Parodontitis zu sein. Die erfolgreiche Behandlung parodontaler Erkrankung kann unter anderem zur signifikanten Absenkung des HbA1C-Wertes bei Diabetikern führen und somit die metabolische Kontrolle des Diabetes mellitus verbessern.

Zahngesundheit ein Spiegel der Allgemeingesundheit?

Am Samstag nutzte Prof. Dr. Thomas Kocher (Abb. 1) von der Universität Greifswald das umfangreiche Datenmaterial der seit etwa 10 Jahren im nordöstlichen Mecklenburg-Vorpommern laufenden Greifswalder SHIP-Studie (Study of Health in Pomerania) mit etwa 4000 Studienteilnehmern, um Zusammenhänge zwischen Parodontitis und zahlreichen Faktoren wie z.B. Alter, Geschlecht, Ausbildung, Rauchen, Übergewicht, physische Aktivität, psychische Faktoren und Ernährung herzuleiten.

TAGUNGSBERICHT



Abb. 1 Prof. Dr. Thomas Kocher (Universität Greifswald) mit dem Generalsekretär der DGP Prof. Heinz Topoll.

Die Frage, ob Parodontitis ein Risikofaktor für kardiovaskuläre Erkrankungen ist oder ob beide Erkrankungen lediglich die gleichen Risikofaktoren aufweisen, kann anhand dieser Daten bisher aber nicht eindeutig beantwortet werden. In jedem Fall empfiehlt der Referent: „Es darf geschrubbt, gekratzt und geputzt werden“, um eine stabile Zahngesundheit zu erreichen. Investitionen in Ausbildung, Sport und Ernährung wären sinnvoll und notwendig, um möglichst viele der Risikofaktoren wie Rauchen, Übergewicht und Bewegungsmangel zu reduzieren. Möglicherweise ist Parodontitis ebenso wie eine Reihe anderer chronischer Krankheiten Ausdruck eines hyperinflammatorischen Phänotyps. Der Vortrag schloss mit einem Zitat: „Genes load the gun. Lifestyle pulls the trigger“.

Schlechte Laune = schlechte Gefäße?

Dr. Johannes Baulmann von der Universität Würzburg stellte den Zusammenhang von **Psychosozialen Stress, Depression und Gefäßgesundheit** aus der Sicht eines Experten für Gefäßerkrankungen dar. Die Depression ist eine komplexe Störung, die bei Patienten mit schwerer Herzinsuffizienz

häufig zu beobachten ist und in dieser Kombination mit einer sehr hohen Mortalität einhergeht. Die kausalen Zusammenhänge zwischen psychischer Erkrankung, pathophysiologischen Effekten und Gefäßerkrankung sind bisher ebenso wenig klar wie der Einfluss anderer chronischer Entzündungen wie Parodontitis. Deshalb stellt sich die Frage nach dem zu wählenden Therapieansatz und dessen Auswirkung. Bezüglich der Wechselwirkungen zwischen Depression und Herzerkrankung wird dies aktuell in einer Studie in Würzburg bearbeitet. In einer von Prof. Tonetti durchgeführten Studie wurde der positive Effekt einer Parodontitistherapie auf die Gefäßelastizität nachgewiesen, der kausale Zusammenhang zwischen Parodontitis und arterieller Gefäßsteifigkeit ist aber noch immer unklar.

Wo und wann braucht der Internist den Zahnarzt?

Diese Frage versuchte Prof. Dr. Georg Ertl, Past-President und 1. Stellvertretender Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin von der Universität Würzburg zu beantworten (Abb. 2).

TAGUNGSBERICHT



Abb. 2 Prof. Dr. Georg Ertl, Past-President und 1. Stellvertretender Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin von der Universität Würzburg

Bei der Primärdiagnostik von internistischen Erkrankungen wie Diabetes, bei hämatologischen Erkrankungen, bei Infektionskrankheiten oder zur Fokussuche ist die Zusammenarbeit mit dem Zahnarzt von großer Bedeutung wie auch zur Primärprävention internistischer Erkrankungen. Beim Diabetes und ebenso bei rheumatischen Erkrankungen kann der Circulus vitiosus der chronischen Entzündungen, die das Fortschreiten der Erkrankung begünstigen, durch die konsequente Therapie einer vorhandenen Parodontitis unterbrochen werden. Ausführlich ging Prof. Ertl auf die kürzlich von der American Heart Association (AHA) aktualisierte Leitlinie zur infektiösen Endokarditis (IE) ein. Da nur wenige Fälle von IE durch Antibiotikaprophylaxe verhindert werden können, wird sie in Zusammenhang mit zahnärztlichen Maßnahmen nur noch bei Hochrisikopatienten empfohlen. Die Gefahr einer IE z.B. durch das tägliche Zähneputzen für den Patienten ist ungleich größer ist als durch zahnärztliche Maßnahmen und deshalb kommt einer guten Mundhygiene und Mundgesundheit bei gefährdeten Patienten eine besonders große Bedeutung zu.

Wo und wann braucht der Zahnarzt den Internisten?

Schließlich wurden vom Präsidenten der DGP und Tagungspräsidenten Prof. Dr. Ulrich Schlagenhauf von der Universität Würzburg einige Postulate hinterfragt, die der Plaquekontrolle zur Prävention oraler Entzündungen die entscheidende Bedeutung beimessen. Er betonte den Einfluss des Immunsystems bei parodontaler Zerstörung: Das Ausmaß des Attachmentverlusts hängt stark mit der individuellen Entzündungsaktivität zusammen. Eine schlechte Mundhygiene führt nicht zwangsläufig zu Attachmentverlust und umgekehrt verhindert eine gute Mundhygiene nicht bei jedem Patienten eine Erkrankung komplett. Besondere Befunde im Bereich der Mundhöhle, wie sie bei Diabetes, hämatologischen Erkrankungen und Infektionskrankheiten auftreten, sollten immer internistisch abgeklärt werden, insbesondere dann, wenn trotz guter Mundhygiene und sorgfältiger systematischer Therapie parodontale Entzündungen nicht abklingen oder wiederkehren.

TAGUNGSBERICHT

Weitere Gründe zur Konsultation des Internisten kann bei starken Blutungen ein Gerinnungsstatus vor operativen Maßnahmen sein oder die Frage einer möglichen Änderung der Medikation bei Gingivawucherung durch Nifedipin oder medikamentenbedingter Einschränkung des Speichelflusses. Bei älteren und besonders bei multimorbiden Patienten ist der Dialog mit dem Internisten immer sinnvoll.

Weitere Programmpunkte

Zahlreiche wissenschaftliche Kurzvorträge und Posterdemonstrationen ergänzten das Hauptprogramm. Die Resonanz auf die wissenschaftlichen Präsentationen war sehr groß, die betreffenden Säle waren ausnahmslos gut besucht. Die Jahrestagung bot außerdem ein interessantes und gut

besuchtes Programm mit Vorträgen für das Praxisteam und eine umfangreiche Industrieausstellung. Wer vorbildlich ein Signal gegen Bewegungsmangel setzen wollte, konnte dies am Samstag zu höchst unchristlicher Zeit tun: Um 7.⁰⁰ Uhr startete in Nürnberg zum 2. Mal der DGP-Paro-Lauf.

Ehrungen und Preise

Mit der Ehrennadel der DGP wurden in Nürnberg Prof. Hannes Wachtel (München) (Abb. 3a) und Dr. Wolfgang Bengel (Heiligenberg) (Abb. 3b) geehrt. Damit würdigte die DGP das langjährige unermüdliche Engagement der beiden ehemaligen Vorstandsmitglieder, mit dem sie sich für die Interessen der Fachgesellschaft eingesetzt haben und nach wie vor einsetzen.



Abb. 3a,b Präsident der DGP und Tagungspräsident Prof. Dr. Ulrich Schlagenhaut (Universität Würzburg) ehrt a) Prof. Hannes Wachtel (München) und b) Dr. Wolfgang Bengel (Heiligenberg) mit der DGP-Ehrennadel.

Mit dem in diesem Jahr erstmalig mit Unterstützung der Firma NobelBiocare ausgelobten Implantatforschungspreis der DGP 2008 wurde Dr. Stefan Fickl, New York, ausgezeichnet.

Die DGP GABA merido[®] Preise in der Kategorie experimentelle Studien gingen an die Arbeitsgruppen um Dr. Susanne Schulz, Halle, Dr. Henrik Dommisch, Bonn, und Dr. Stefan Reichert, Halle. In der Kategorie klinische Studien wurden die Arbeitsgruppen um Dr. Bernadette Pretzl, Heidel-

berg/Frankfurt am Main und Prof. Dr. Dr. Søren Jepsen, Bonn, ausgezeichnet.

Der Preis für den besten Kurzvortrag ging an Dr. Bernadette Pretzl, Heidelberg, und der zweite Preis an Dr. Birgit Riep, Berlin. Posterbestpreise erhielten Dr. Arndt Güntsch, Jena (1. Preis), Katherine Lippert, Frankfurt am Main (2. Preis) und Dr. Jamal Stein, Aachen (3. Preis). Der Bestpreis im Praktikerforum wurde an Frau Dr. Bettina Dannewitz, Heidelberg/Frankfurt am Main, verliehen.

TAGUNGSBERICHT**Fazit**

Vielleicht wurden die in Nürnberg enttäuscht, die einfache Antworten auf die Fragen zum komplexen Wechselspiel zwischen parodontaler und allgemeiner Gesundheit erwartet hatten. Aber so verständlich die Erwartung einfacher Antworten für diese Thematik auch sein mag, so blauäugig ist sie auch. Die DGP-Tagung in Nürnberg hat klar gezeigt: Parodontitis steht im

Zusammenhang mit der Gesundheit des Gesamtorganismus. Eine wichtige Erkenntnis angesichts der hohen Prävalenz parodontaler Erkrankungen in Deutschland. Einfache und lineare Kausalitäten, lassen sich bisher nicht eindeutig belegen. Aber es gibt erste Hinweise, dass sich parodontale Therapie günstig auswirkt auf die Gesundheit von Blutgefäßen, auf Diabetes und das Bakteriämierisiko.

Dr. Simone Veihelmann,
Dr. Silvia Mangold,
Frau Yvonne Jockel,
Philipp Beck
Abteilung für Parodontologie
Klinik und Polikliniken für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
Universität Würzburg
Pleicherwall 2
97070 Würzburg

Dr. Rita Arndt,
Frau Yasmin Siegelin
Poliklinik für Parodontologie, Zentrum der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (Carolinum),
Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt am Main

TAGUNGSANKÜNDIGUNG I


„DENTINHYPERSENSIBILITÄT UND FREILIEGENDER ZAHNHALS, URSACHEN UND THERAPEUTISCHE MÖGLICHKEITEN

**17. SYMPOSIUM PARODONTOLOGIE BWZKRHS KOBLENZ UND
15. FRÜHJAHRSTAGUNG DER NEUEN ARBEITSGRUPPE PARODONTOLOGIE E. V. (NAGP)**

VORKONGRESSKURS 24.04.2009

- 16.⁰⁰ UHR** **SCHWEINEKIEFERKURS ZU ENTNAHMETECHNIKEN FÜR SCHLEIMHAUTTRANSPLANTAT UND BINDEGEWEBSTRANSPLANTAT**
Dr. Beate Schacher
OTA Dr. Thomas Eger


„DENTINHYPERSENSIBILITÄT UND FREILIEGENDER ZAHNHALS, URSACHEN UND THERAPEUTISCHE MÖGLICHKEITEN

**17. SYMPOSIUM PARODONTOLOGIE BWZKRHS KOBLENZ UND
15. FRÜHJAHRSTAGUNG DER NEUEN ARBEITSGRUPPE PARODONTOLOGIE E. V. (NAGP)**

HAUPTKONGRESSKURS 25.04.2009

- 9.³⁰ UHR** **BEGRÜßUNG**
Bundeswehr
NAGP
Bezirksärztekammer
- 10.⁰⁰ UHR** **URSACHEN VON REZESSIONEN, KEILFÖRMIGEN DEFECTEN, EROSIONEN UND DENTINHYPERSENSIBILITÄT**
OTA Dr. Th. Eger
- 10.³⁰ UHR** **MEDIKAMENTÖSE UND KONSERVIERENDE THERAPIEMÖGLICHKEITEN DER DENTINHYPERSENSIBILITÄT UND EROSIONEN**
Prof. Dr. N. Arweiler
- 11.⁰⁰ UHR** **PAUSE**
- 11.³⁰ UHR** **HISTORISCHE ENTWICKLUNG VON CHIRURGISCHEN THERAPIEVERFAHREN ZUR REZESSIONSDECKUNG**
Prof. Dr. H. Jentsch
- 12.⁰⁰ UHR** **LANGZEITERGEBNISSE NACH REZESSIONSDECKUNG MIT BINDEGEWEBSTRANSPLANTATEN**
Dr. K. Himmer, Prof. Dr. P. Eickholz
- 12.³⁰ UHR** **MITTAGSPAUSE**
- 13.⁰⁰ UHR** **REZESSIONSDECKUNGEN MITTELS GTR**
Prof. Dr. Dr. A. Sculean MS
- 13.³⁰ UHR** **ORGANISATIONS- UND ABRECHNUNGSHINWEISE ZUR PLASTISCHEN PARODONTALTHERAPIE**
Dr. E. Streletz
- 13.⁴⁵ UHR** **PODIUMSDISKUSSION**

TAGUNGSANKÜNDIGUNG II



WIEVIEL PLAQUE VERTRÄGT DAS PARODONT AUF DAUER? LANGZEITERFOLG DURCH UNTERSTÜTZENDE PARODONTITISTHERAPIE

**17. HERBSTTAGUNG DER NEUEN ARBEITSGRUPPE PARODONTOLOGIE E. V.
(NAGP)**

AM 12.09.2009

**IN DER POLIKLINIK FÜR ZAHNERHALTUNG UND PARODONTOLOGIE DER
BAYERISCHEN JULIUS-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT**

- 9.⁰⁰ UHR TAGUNGSERÖFFNUNG**
Prof. Dr. H. Jentsch, Universität Leipzig, 2. Vorsitzender der NAGP e.V.
Prof. Dr. U. Schlagenhaut, Universität Würzburg
- 9.¹⁵ UHR EIN SAUBERER ZAHN WIRD NICHT KRANK! ODER DOCH?**
Prof. Dr. U. Schlagenhaut, Universität Würzburg
- 10.⁰⁰ UHR UNTERSTÜTZENDE PARODONTITISTHERAPIE VON A WIE ANFÄRBNEN BIS Z WIE ZU-
ZAHLUNG**
B. Strauß, ZMF, Frankfurt/Main
- 10.³⁰ UHR PAUSE**
- 11.⁰⁰ UHR BLANKER STAHL ODER „WEISSER SCHNEE“?
SUBGINGIVALE REINIGUNG IN DER ERHALTUNGSTHERAPIE**
PD Dr. G. Petersilka, Würzburg
- 11.⁴⁵ UHR WIE HALTE ICH MEINE PATIENTEN BEI DER STANGE?
MOTIVATION UND VERHALTENSÄNDERUNG IN DER TÄGLICHEN PRAXIS**
Dr. G. Gutsche, Koblenz
- 12.³⁰ UHR MITTAGSBUFFET**
- 14.¹⁵ UHR WIEVIEL RECALL BRAUCHT DER MENSCH? RISIKOORIENTIERTE UPT**
OTA Dr. Th. Eger, Bundeswehrzentral Krankenhaus Koblenz
- 15.⁰⁰ UHR WOZU DIE GANZE MÜHE?
LANGZEITERGEBNISSE MIT UND OHNE UNTERSTÜTZENDE PARODONTITISTHERAPIE**
Prof. Dr. P. Eickholz, Universität Frankfurt
- 15.³⁰ UHR PREISVERLEIHUNG**
- 16.⁰⁰ UHR PAUSE**
- 16.¹⁵ UHR EIN SAUBERER ZAHN WIRD NICHT KRANK! ODER DOCH NICHT?**
Prof. Dr. H. Jentsch, Universität Leipzig
- 16.⁴⁵ UHR DISKUSSION**
- 17.¹⁵ UHR NAGP-MITGLIEDERVERSAMMLUNG**
- 20.⁰⁰ UHR GESELLSCHAFTSABEND**

IMPRESSUM

Herausgeber: Neue Arbeitsgruppe Parodontologie e.V.
Redaktion: Dr. Eva Streletz
Beirat: Prof. Dr. Dr. Anton Sculean MS, Prof. Dr. Holger Jentsch,
Dr. Beate Schacher
(verantwortlich für dieses Heft)

Die NagP News erscheinen bis zu **4x** jährlich
Webadresse: www.nagp.de

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben die persönliche Meinung des Verfassers wieder. Diese muss nicht in jedem Fall mit der Meinung der Redaktion übereinstimmen. Im Text sind Warennamen, die patent- und urheberrechtlich geschützt sind, nicht unbedingt als solche gekennzeichnet. Aus dem Fehlen eines besonderen Hinweises oder der Zeichen [®], TM darf nicht geschlossen werden, dass kein Warenschutz besteht.

Soweit in den NAGP-News ein bestimmtes Medikament, die Dosierung oder die Indikation eines bestimmten Medikamentes erwähnt wird, bitten Redakteure und Autoren, vor Verabreichung eines Medikamentes die Empfehlung des Herstellers in puncto Dosierung, Indikation und Kontraindikation genauestens zu prüfen. Dies gilt insbesondere für solche Präparate, deren Anwendungsbereich vom BfArM eingeschränkt ist.

Urheber- und Gerichtsstand

Für unverlangt eingereichte Manuskripte und Bilder wird keine Haftung übernommen. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Annahmen des Manuskriptes gehen die Rechte der Veröffentlichung, sowie die Rechte zur Übersetzung, zur Vergabe von Nachdruckrechten, zur elektronischen Speicherung in Datenbanken, zur Herstellung von Sonderdrucken, Fotokopien und Mikrokopien an den Herausgeber über. Jede Verwertung ausserhalb der durch das Urheberrecht festgelegten Grenzen ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig.

© Copyright by NAGP - Gerichtsstand Münster