

NEUE ARBEITSGRUPPE PARODONTOLOGIE E.V.



INHALT:	65
EDITORIAL:	66
Bye, bye, Ulla	
TAGUNGSBERICHT I	67
Wie viel Plaque verträgt das Parodont auf Dauer? Langzeiterfolg durch Unterstützende Parodontitistherapie Herbsttagung der NAGP am 12.09.2009 in Würzburg	
TAGUNGSBERICHT II	73
Freund oder Feind? Helfer oder Peiniger? Von der Angst zum Behandlungsauftrag - Wege zur Klarheit und Effizienz in der Patientenbeziehung am 23.09.2009 im ZZMK Frankfurt (Carolinum) in Frankfurt/Main	
NAGP-FÖRDERPREIS ABSTRACTS 2009 - 1. - 3. PREIS	75
Wohlfeil, Schacher, Wehner, Siegelin, Sauer-Eppel, Oremek, Eickholz: Einflussfaktoren für die Ergebnisse nichtchirurgischer Therapie bei aggressiver und chronischer Parodontitis	
Wölber, Hilbert, Ratka-Krüger: Digitale Lehrmedien in der Parodontologie - Ein Vergleich	76
Himmer, Mayer I, Mayer M, Wohlfeil, Schacher, Arndt, Dannewitz, Eickholz: Nachweis von Parodontalpathogenen mittels PCR aus subgingivaler Plaque - Vergleich zweier Entnahmestrategien	77
TAGUNGSANKÜNDIGUNG	78
Minimalinversive Parodontalchirurgie (Vorkongresskurs) Lifestyle - Auswirkungen auf die Parodontaltherapie (Hauptkongresskurs) 18. Symposium Parodontologie und 16. Frühjahrstagung Parodontologie der Neuen Arbeitsgruppe Parodontologie e.V. am 14.05.2010 und 15.05.2010 im Bundeswehrzentral Krankenhaus in Koblenz	
Parodontologie im Zentrum interdisziplinärer Zahnheilkunde 18. Herbsttagung der Neuen Arbeitsgruppe Parodontologie e.V. in Zusammenarbeit mit der Aachener Fortbildung für Zahnärzte e.V. am 20.11.2010 im Hotel Quellenhof in Aachen	79
IMPRESSUM	80

EDITORIAL

Bye, bye, Ulla

Was auch immer wir von der Biene Maja-Regierung halten mögen: Immerhin hat sie uns Erlösung verschafft von unserer Lieblingsfeindin, der heiligen Johanna der Polikliniken. Die mit Abstand bestbezahlte ungelernete Kraft im deutschen Gesundheitswesen hat ihren Hut genommen.

Bedauern ist nicht angebracht: In den 8 Jahren ihres von keinerlei Sachkenntnis getriebenen Kampfes gegen die freien Berufe hat sie sich Pensionsansprüche in Höhe von über 7000 Euro monatlich erworben - Mitglieder zahnärztlicher Versorgungswerke können nach 40 Jahren hochqualifizierter Arbeit davon nur träumen.

Ullala hinterlässt ein Trümmerfeld. Es ist ihr nicht ganz gelungen, eines der besten Gesundheitssysteme weltweit in die Knie zu zwingen, aber sie hat sich redlich Mühe gegeben. Und was kommt jetzt?

Der Neue ist Mediziner! Jemand vom Fach! Huch? Erstaunlicherweise hat man sich getraut, jemand auf den Posten zu setzen, der was von der Sache verstehen könnte. Und er ist von der FDP, die ja zumindest in Wahlkampfzeiten immer lauthals die Politik unserer Standesvertreter unterstützt.

OK, wo ist der Haken?

Wir sind es nicht gewöhnt, dass da einer

sitzt, der vernünftige Entscheidungen trifft und die auch noch durchsetzt. Schafft der das? Vorsicht ist geboten, denn was mit jungen Talenten passiert, die sich zu schnell positiv bemerkbar machen, sieht man an Herrn zu Guttenberg ...

Die ersten Statements klingen gut, aber es wird abzuwarten sein, was das wirkliche Leben, z.B. in Gestalt hochqualifizierter Vorgänger wie Herrn Seehofer, davon übrig lässt. Ich möchte dem „Neuen“ an dieser Stelle Zähigkeit, Intelligenz und Beharrlichkeit wünschen - und gute Freunde.

Genießen wir zumindest die Zeit der Hoffnung; nach 20 Jahren abwärts hätten wir es doch verdient, oder?

Der Preis ist hoch: Künftig werden wir im Ausland von einem Westerwelle repräsentiert. So gut muß Herr Rösler erst mal sein, dass er das ausgleicht ...

Eva Streletz

TAGUNGSBERICHT I

Wie viel Plaque verträgt das Parodont auf Dauer? Langzeiterfolg durch Unterstützende Parodontitistherapie

Am 12.09.2009 traf sich die Neue Arbeitsgruppe Parodontologie (NAGP) e.V. zu ihrer 17. Jahrestagung in Würzburg. Das Tagungsthema hatte eine beachtliche Zahl von Zahnärzten aus der näheren und durchaus auch weiteren Umgebung an die Universität in Würzburg gelockt. Der große Hörsaal am Institut für Anatomie und Zellbiologie der Bayerischen Julius-Maximilians-Universität war mit ca. 250 Kollegen gut gefüllt (Abb. 1).



Abb. 1 Der große Hörsaal am Institut für Anatomie und Zellbiologie der Bayerischen Julius-Maximilians-Universität war mit ca. 250 Kollegen gut gefüllt.

Besonders gedankt sei an dieser Stelle dem Tagungspräsidenten, Herrn Prof. Dr. Schlagenhauf (Abb. 3), dem Leiter der Abteilung für Parodontologie des Universitätsklinikums Würzburg, und dem Organisationsteam um Dr. Eva Streletz (Abb. 3), das wiederum für einen reibungslosen Ablauf der Tagung sorgte.



Abb. 3 Die Referenten der Tagung (von links nach rechts): Prof. Ulrich Schlagenhauf (Würzburg), ZMF Brigitte Strauß (Frankfurt am Main), Dr. Gregor Gutsche (Koblenz), Oberstarzt Dr. Eger (BwZkh Koblenz), Dr. Beate Schacher (NAGP-Schifführerin; Frankfurt am Main), Priv.-Doz. Gregor Petersilka (Würzburg), Dr. Eva Streletz (NAGP-Kassenführerin; Heusenstamm), Prof. Peter Eickholz (Frankfurt am Main), Prof. Holger Jentsch (2. NAGP-Vorsitzender; Leipzig).

TAGUNGSBERICHT I

Ein sauberer Zahn wird nicht krank! Oder doch?

Nach der morgendlichen Tagungseröffnung durch den 2. Vorsitzenden der NAGP e.V., Herrn Prof. Dr. Holger Jentsch (Abb. 4) von der Universität Leipzig,

Abb. 4 Prof. Holger Jentsch (2. NAGP-Vorsitzender; Universität Leipzig).



begann das Programm dann auch sogleich mit dem ersten Vortrag des „Gastgebers“ und amtierenden Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie Prof. Dr. Ulrich Schlagenhauf. Durch Vorstellung zahlreicher Studienergebnisse gab Prof. Schlagenhauf einen Überblick zur Entwicklung der unterschiedlichen Hypothesen zur Parodontitisätiologie. Der Bogen wurde gespannt von der unspezifischen Plaquehypothese, bei der davon ausgegangen wurde, dass allein Plaquemenge und Entzündungsgrad korrelieren, über die Annahme, dass Parodontitis eine spezifische Infektionskrankheit ist, bis hin zum heutigen Verständnis, dass Parodontitis eine opportunistische Infektion ist, bei der bis zu 40% der Prädisposition genetisch erklärt werden können. Im weiteren Verlauf seines Vortrages belegte Prof. Schlagenhauf die Beobachtung, dass Plaque hauptsächlich in Abhängigkeit von anderen individuellen Faktoren die Entstehung und den Verlauf

einer Parodontitis beeinflusst. So finden nur selten horizontale Übertragungen (innerhalb der gleichen Generation, z.B. zwischen Lebenspartnern oder Geschwistern) von Parodontalpathogenen statt, während vertikale Übertragungen (zwischen den Generationen, z.B. von Eltern auf deren Kinder) vergleichsweise häufig auftreten. So ist die Plaqueneubildungsrate bei parodontal Erkrankten höher als bei Gesunden, kann Stress verstärkt zu Gingivitis führen und sorgen protektive Keime für eine geringer ausgeprägte Immunantwort.

Unterstützende Parodontitistherapie von A wie Anfärben bis Z wie Zuzahlung

Als zweite Vortragende konnte Frau Brigitte Strauß (Abb. 5), ZMF an der Poliklinik für Parodontologie des ZZMK der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main, gewonnen werden.

Abb. 5 ZMF Brigitte Strauß (Poliklinik für Parodontologie, Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main)



TAGUNGSBERICHT I

Sie stellte eindrücklich dar, wie das Konzept der Unterstützenden Parodontitistherapie (UPT) auch bekannt unter Synonymen wie Recall, Nachsorge oder Nachbehandlung, unter praktischen Gesichtspunkten ablaufen kann und sollte. Hierbei stellte sie das an der Frankfurter Klinik etablierte Konzept, bei dem in jeder Sitzung die bakteriellen Beläge zwecks Remotivation erneut angefärbt und im Rahmen einer professionellen Zahnreinigung entfernt werden, im Detail vor. Die Frequenz der UPT-Sitzungen hängt dabei von dem für jeden Patienten individuell zu bestimmenden Risiko ab. Eine Kontrolle der parodontalen Verhältnisse findet mittels Erhebung eines Gingiva-Blutungs-Index (GBI) und eines Plaque-Index (PCR) sowie der Messung von Sondierungstiefen und Attachmentverlusten an 6 Stellen pro Zahn mit Erhebung des Index Bluten auf Sondieren (BOP) statt. Hierbei ist zu beachten, dass der BOP-Wert nur aussagefähig ist, wenn der GBI unter 20% liegt, da sonst eine Blutung aufgrund gingivaler Entzündung nicht von einer Blutung aus einer pathologisch vertieften Tasche unterschieden werden kann. Desweiteren beschrieb Frau Strauß den Zeitaufwand, der für eine UPT-Sitzung zu veranschlagen ist, mit etwa 60 Minuten, wobei Faktoren wie das Patientenalter und die Zahl der zu reinigenden Zähne diesen durchaus erheblich beeinflussen können.

Blanker Stahl oder ‚weißer Schnee‘? Subgingivale Reinigung in der Erhaltungstherapie

Nach einer kurzen Kaffeepause bezog Privat-Dozent Dr. Gregor Petersilka (Abb. 3) von der Universität Würzburg grundsätzlich Stellung zum Einsatz von Pulverstrahlgeräten in der Parodontitis- bzw. Periimplantistherapie. Ebenso wie bei der Anwendung von Handinstrumenten geht es darum, den vom Patienten selbst nicht mehr beeinflussbaren Bereich, der 1 mm subgingival beginnt, zu reinigen und so eine Verschie-

bung in der lokalen Bakterienflora von pathogenen, hin zu nicht-pathogenen Mikroorganismen zu erreichen. Diese Aufgabe können Pulverstrahlgeräte nach Studienergebnissen bis zu einer Taschentiefe von 5 mm mit einer den Handinstrumenten vergleichbaren Effektivität lösen. Dabei kommen Pulver auf der Basis der Aminosäure Glycin aufgrund ihrer Biokompatibilität zum Einsatz. Aluminiumoxid oder Calcium sind nicht wasserlöslich und somit im Gegensatz zu z.B. Glycin nicht für den subgingivalen Einsatz geeignet. Ein wohl nicht zu unterschätzender Vorteil von Glycinpulvern ist, dass sie die Titan-Oberflächen von Implantaten nicht verändern. Dies ermöglicht einen Einsatz bei der Therapie der periimplantären Mucositis bzw. Periimplantitis, wobei zu diesem Einsatzbereich bisher leider keine Studienergebnisse über die Effektivität vorliegen. PD Dr. Petersilka schloss seine Ausführungen mit der Nennung von Anwendungsbeschränkungen für Pulverstrahlgeräte, z.B. bei Patienten mit Asthma, Nierenerkrankungen (Bicarbonatpulver), bei Patienten, die einer antibiotischen Abschirmung während subgingivaler Eingriffe bedürfen (Pulverstrahlgeräte können ebenfalls eine Bakteriämie verursachen!), bei Kontaktlinsenträgern (Einsatz von Schutzbrillen grundsätzlich indiziert) und einer Darstellung, wie beim Auftreten eines Luftemphysems im Rahmen des Einsatzes eines Pulverstrahlgerätes zu verfahren ist. Die Gefahr eines Emphysems ist bedingt durch die Funktionsweise des Pulverstrahlgerätes, welches das Pulver mittels Druckluft befördert.

Wie halte ich meine Patienten bei der Stange? Motivation und Verhaltensänderung in der täglichen Praxis

In seinem Referat setzte anschließend Dr. Gregor Gutsche (Abb. 3) aus Koblenz sich und seine Zuhörer mit der sicher allen Kollegen bekannten Problematik der Patientenmotivation auseinander.

TAGUNGSBERICHT I

Er ging hierbei näher auf die Technik des „Motivational Interviewing“ ein, nach der dem Patienten offene Fragen gestellt werden und ihm eine Diskrepanz aufgezeigt wird, so dass er schließlich die Lösung seines Problems selber finden kann. Des Weiteren wies er auf die Möglichkeit des gezielten Einsatzes von positive wie auch negative Assoziationen weckendem Vokabular hin. Auch sollten die Wege der non-verbalen, z.B. schriftlichen Kommunikation und Informationsvermittlung nicht unterschätzt, sondern gezielt eingesetzt werden.

Abb. 6 Oberstarzt Dr. Eger (Fachzahnärztliche Untersuchungsstelle am Bundeswehr-zentralkrankenhaus Koblenz)



Er begann seinen Vortrag mit der Definition der Grundbegriffe Risiko (Wahrscheinlichkeit, dass Verbesserung oder Verschlechterung eintritt) und Compliance (Maß der Übereinstimmung des Patientenverhaltens mit dem medizinisch Nötigen). Das individuelle Risiko des Patienten, erneut an einer Parodontitis zu erkranken bzw. (weitere) Zähne durch fortschreitende Parodontitis zu verlieren, hängt dabei von verschiedenen allgemeinen (z.B. Diabetes mellitus, HIV-Infektion, spezielle Medikation, Vorhandensein von *Aggregatibacter actinomycetem-comitans*) sowie lokalen (z.B. Furkationsbeteiligung, starke Lockerung, Sondierungstiefen $\geq 6\text{mm}$) Risikofaktoren ab. Die Compliance wiederum ist abhängig von Faktoren wie z.B. Geschlecht, Bildungsstand, Alter der Patienten, aber auch davon, welcher Eingriff (geschlossenes oder offenes Vorgehen) dem Patienten bevor-

Wie viel Recall braucht der Mensch? Risikoorientierte UPT

Nach einem opulenten Mittagsbuffet, von dem bei noch nicht zu herbstlichem Wetter auch noch vor den Türen, im Hof des Hauses, gespeist werden konnte, ging es dann im Programm der Tagung weiter mit dem Beitrag von Oberstarzt Dr. Thomas Eger (Abb. 6) von der Fachzahnärztlichen Untersuchungsstelle Parodontologie am Bundeswehr Zentralkrankenhaus Koblenz.

steht. Complianten Patienten verlieren hierbei statistisch gesehen weniger Zähne als Patienten mit unzureichender Compliance. Dr. Eger ging auch noch auf verschiedene Möglichkeiten ein, das individuelle Risiko des Patienten zu bestimmen und gab abschließend Empfehlungen zur Durchführung verschiedener Maßnahmen wie z.B. den Einsatz von mikrobiologischer Diagnostik oder Ultraschallscalern bei therapeutischen Fehlschlägen.

Wozu die ganze Mühe? Langzeitergebnisse mit und ohne Unterstützende Parodontitistherapie

Es folgte dann der Vortrag von Prof. Dr. P. Eickholz (Abb. 7) (Universität Frankfurt am Main), der mit einem Fallbeispiel begann.

TAGUNGSBERICHT I



Abb. 7 Prof. Peter Eickholz (Poliklinik für Parodontologie, Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main)

Im Anschluss daran präsentierte Prof. Eickholz statistische Daten, die zeigen, dass das Risiko, nach einer erfolgten systematischen Parodontitistherapie Zähne zu verlieren, um den Faktor 5 erhöht ist, wenn der Patient nicht regelmäßig an einem UPT-Programm teilnimmt. Einfluss auf dieses Risiko haben jedoch auch die Diagnose (schwere chronische Parodontitis/aggressive Parodontitis: 2,3 fach erhöht; Tabakkonsum und Vorliegen des Interleukin-1- β -Polymorphismus: 1,8 fach erhöht) sowie schon vorhandener Knochenabbau an einem Zahn und die Nutzung von einem solchen als prothetischer Pfeiler. Schlussfolgern ließ sich aus den vorhandenen Daten v.a., dass die Unterstützende Parodontitistherapie (UPT) eine im Vergleich zu prothetischen oder sogar augmentativen und implantologischen Maßnahmen bemerkenswert billige und effektive Methode ist, die Funktion und Ästhetik des Kauorgans für unsere Patienten zu erhalten. Außerdem konnte den Zahlen entnommen werden, dass es eine durchaus große Anzahl von Patienten mit Parodontitis ist, denen mit der systematischen Therapie und nachfolgender UPT geholfen werden kann und eine wesentlich kleinere Zahl, bei denen eine antiinfektiöse Therapie nicht ausreichend ist, evtl. also noch andere Faktoren eine Rolle in der Ätiologie der Erkrankung spielen.

Ein sauberer Zahn wird nicht krank! Oder doch *nicht*?

Nach der Möglichkeit, sich vor dem letzten Vortrag der Tagung noch mit Kaffee und Kuchen im Foyer zu stärken, fasste Prof. Dr. Holger Jentsch (Abb. 4) von der Universität Leipzig in seinem Beitrag zum Thema nochmals zusammen, welche verschiedenen Methoden der mechanischen wie auch chemischen Plaquekontrolle wir den Patienten mit auf den Weg geben können, strich die Wichtigkeit von Präventivprogrammen heraus und wagte einen kurzen Ausblick in die Zukunft, in der sogar die Beschichtung der Zähne zur Verminderung der PlaqueRetention möglich sein könnte.

Im Anschluss bestand für alle Anwesenden die Möglichkeit, offen gebliebene Fragen im Rahmen der Diskussion zu stellen. Hiervon wurde reger Gebrauch gemacht, und es konnte u.a. noch kurz diskutiert werden, dass die dentale Plaque eine Untermenge von Biofilmen ist, bisher kein zusätzlicher Nutzen beim Einsatz der photodynamischen Therapie nachgewiesen ist, Parodontitiden bei Migranten, evtl. durch erhöhte Stresslevel, durchaus gehäuft auftreten können, der Einsatz von Antibiotika, etwa Metronidazol, in der Parodontitistherapie trotz gegebener Indikation, z.B. durch den Nachweis von *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, häufig mit unbegründeten Skrupeln auf Behandlerseite behaftet ist und oft aufgrund dieser sogar unterlassen wird.

TAGUNGSBERICHT I

Posterpreise

Auch in Würzburg bestand wieder die Möglichkeit, sich anhand von vier im Foyer ausgestellten Postern einen Überblick über aktuelle Forschungsergebnisse aus Timisoara (Rumänien), Freiburg und Frankfurt zu verschaffen. Ausgezeichnet mit den diesjährigen NAGP-Förderpreisen für die informativsten Poster wurden die Kollegen

Martin Wohlfeil aus der Poliklinik für Parodontologie der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main (1. Preis) und Dr. Wölber aus der Sektion Parodontologie der Universität Freiburg (2. Preis). Der 3. Preis ging ebenfalls nach Frankfurt an Dr. Katrin Nickles. In Würzburg konnte auch der NAGP-Dissertationspreis 2008 an Herrn Dr. Frédéric Baron übergeben werden (Abb. 8).

Abb. 8 Die Preisträger von Würzburg (von links nach rechts): Dr. Frédéric Baron (Dissertationspreis 2008), Martin Wohlfeil aus der Poliklinik für Parodontologie der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main (NAGP-Förderpreis 2009: 1. Preis), Dr. Wölber aus der Sektion Parodontologie der Universität Freiburg (NAGP-Förderpreis 2009: 2. Preis), Dr. Katrin Nickles ebenfalls Frankfurt am Main (NAGP-Förderpreis 2009: 3. Preis).



Fazit und Termine

Die 17. Jahrestagung der NAGP in Würzburg konnte in eindrucksvoller Weise die Bedeutung der Unterstützenden Parodontistherapie als wesentlicher Teil der systematischen Parodontalbehandlung und als hochwirksames Instrument zur Zahnerhaltung zeigen. Auch im kommenden Jahr wird

die NAGP 2 Tagungen veranstalten: Das 18. Symposium Parodontologie und die 16. NAGP-Frühjahrstagung wird am 15. Mai 2010 in Koblenz zum Thema „Lifestyle - Auswirkungen auf die Parodontaltherapie“ statt finden. Am 20. November 2010 ist die 18. NAGP-Jahrestagung in Aachen geplant. Beide Termine sollte man sich im Fortbildungskalender vormerken.

ZA Lasse Röllke
 Poliklinik für Parodontologie
 Zentrum der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (Carolinum),
 Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main
 Theodor-Stern-Kai 7
 60590 Frankfurt am Main

TAGUNGSBERICHT II

**Freund oder Feind? Helfer oder Peiniger?
Von der Angst zum Behandlungsauftrag - Wege zur Klarheit und Effizienz in der Patientenbeziehung**

Der Gang zum Zahnarzt ist für die meisten Patienten ein schwieriger Weg. Schon das Wort Zahnarzt verursacht bei vielen Menschen Stress und löst Ängste aus.

Angst ist ein stark bewusstseinsverändernder Zustand, der sich oft durch unkooperatives oder aggressives Verhalten äußert. Wenn man diesen Zustand der fokussierten Aufmerksamkeit erkennen und nutzen kann, hilft das dem Zahnarzt und seinem Team, Effizienz, Motivation und Akzeptanz für die Therapie zu erreichen.

Am 23. September fand von 15.³⁰ - 20.⁰⁰ Uhr im Carolinum in Frankfurt zu diesem Thema ein Workshop (zu dem sich 20 Teilnehmer angemeldet hatten) mit Dr. Susann Fiedler statt, die seit 1991 Trainerin, Supervisorin und Mastersupervisorin für die Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Hypnose (DGZH) ist.

Der Zahnarzt kann durch die Hypnose lernen, dass Angstpatienten nicht immer Gegner sein müssen, sondern dass ein Angstpatient eine positive Herausforderung sein kann, der sich durch die Trance zum kooperativen Patienten verändert.

Was ist eigentlich Hypnose/Trance?
Trance ist ein Zustand fokussierter Aufmerksamkeit mit erhöhter Suggestibilität.

- Es findet keine Außenwahrnehmung mehr statt.
- Automatismen laufen ab.
- Es kann einen „Filmriss“ geben.
- Der Patient ist auf sein Inneres, auf seine Gedanken konzentriert.

Dies ist ein natürlicher Zustand, wenn sich die fokussierte Aufmerksamkeit auf das innere Erleben richtet und das „bewusste“ Denken dabei aufhört. Dies kennen wir alle, wenn wir verliebt sind oder wenn wir verängstigt sind. Diese Erfahrungen haben einen Wirklichkeitscharakter für uns, die uns wirklicher scheinen, wie die Wirklichkeit sein kann.

Eine Suggestion ist eine verbale oder non-verbale Botschaft, die in der Lage ist, bei der Person, die diese empfängt, eine *nachhaltige* Wirkung zu erzielen. Dabei kommt es wieder darauf an, ob das, was suggeriert wird, so ☺ oder so ☹ wirkt!

Die Unterschiede zwischen dem Wachzustand und dem Trancezustand verdeutlicht die folgende Tabelle:

Wachzustand	Trancezustand
<ul style="list-style-type: none"> • Gestreute Aufmerksamkeit. • Die Aufmerksamkeit ist auf das Außen gerichtet. • Die Zeit läuft linear ab. • Der Verstand arbeitet bewusst. • Man „macht“. • Man entscheidet sich zwischen entweder und oder. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fokussierte Aufmerksamkeit • Die Aufmerksamkeit ist auf das Innen gerichtet. • Es scheint keine Zeit mehr zu geben. • Unbewusste, ideodynamische Abläufe finden statt- • „Es geschieht“. • Es entsteht eine und-und-Logik. • Es ist eine sinnvolle und NATÜRLICHE Erfahrung.

TAGUNGSBERICHT II

Die Kommunikation zwischen Zahnarzt und Patient sollte auf jeden Fall „gewaltfrei“ sein, was zur Folge hat, dass die Behandlung hocheffizient und schnell ist, da der Patient akzeptiert, wie die Behandlung aussehen soll, was eine „leichtere“ Behandlung mit sich bringt, da der Patient nun motiviert ist und von sich aus „mitmacht“.

Beim Patienten entsteht Motivation durch Einsicht und dadurch, dass er eine gute und freudvolle Erfahrung macht. Um dem Patienten in der Zahnarztpraxis gute und freudvolle Erfahrungen zu ermöglichen, sollten immer die folgenden Fragen gestellt werden:

- Was kann ich für Sie tun?
- Was brauchen Sie, um sich gut behandelt zu fühlen?

Durch diese Fragen werden in der Kommunikation zwischen Zahnarzt und Patient sowohl die Kompetenzebene als auch die Beziehungsebene (Persönliche Ebene) angesprochen, die beide in jeder Kommunikation eine Rolle spielen. Jede Motivation ist letztendlich die Eigenmotivation des Patienten, denn er trägt bereits die Lösung in sich. Der Patient weiß sehr genau, was ihm hilft. Ein motivierter Patient übernimmt einen Teil der Verantwortung für die eigene Gesundheit.

Wichtig ist auch die innere Haltung des Zahnarztes, die genauso wichtig wie seine fachliche Kompetenz und die Technik ist. So sollte er den Patienten nicht in eine Schublade stecken, da jeder Patient immer auch eine eigene Geschichte mitbringt, aus der er durch seine Erfahrungen immer et-

was gelernt hat.

Bei Angstpatienten wirkt sich hier helfend aus:

- Hypnose
- Freundlichkeit an der Rezeption/am Telefon
- Guter Geruch
- Die beiden Fragen: „Was kann ich für Sie tun?“ und „Was kann ich tun, damit Sie sich gut behandelt fühlen?“
- Sich ein bisschen Zeit nehmen, um einen guten Kontakt (gute ehrliche Beziehung) herzustellen

Was bei Angstpatienten nicht hilft:

- Gleich loslegen
- Im Hintergrund „rumwurschteln“

Um einen guten Kontakt zum Patienten herzustellen, ist der erste Schritt das Pacen (Spiegeln) des Patienten, was verbal oder nonverbal (Körper, Atem) stattfinden kann und wodurch erst einmal eine Verlangsamung eintritt. Beim Pacen sollten Form und Inhalt kongruent sein und der Rhythmus des Patienten sollte übernommen werden.

Die Trance-Kommunikation hat nichts mit den normalen Kommunikationsstrukturen zu tun.

Abschließend wurden noch einige Situationen nachgestellt, um das Gehörte auszuprobieren und eigene neue Erfahrungen zu machen.

Jutta Sattler, Heusenstamm

ABSTRACTS - 1. PREIS**Einflussfaktoren für die Ergebnisse nichtchirurgischer Therapie bei aggressiver und chronischer Parodontitis**

M. Wohlfeil^{1*}, B. Schacher¹, J. Wehner¹, Y. Siegelin¹, H. Sauer-Eppel², G. Oremek², 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 Einflussfaktoren nichtchirurgischer Parodontitistherapie bei aggressiver (AgP) und chronischer Parodontitis (ChP).

Material und Methoden:

Patienten mit ChP (Sondierungstiefen [ST] $\geq 3,5$ mm und Attachmentverluste [AL] ≥ 5 mm an mehr als 30% der Stellen; mindestens 4 Stellen mit ST ≥ 7 mm; Alter > 35 Jahre) und mit AgP (Sondierungstiefen [ST] $\geq 3,5$ mm an mehr als 30% der Stellen, röntgenologischer Knochenabbau $\geq 50\%$ an mindestens 2 verschiedenen Zähnen; Alter ≤ 35 Jahre) wurden unmittelbar vor und 3 Monate nach nichtchirurgischer Parodontitistherapie untersucht: Erhebung klinischer Parameter (GBI, PCR, ST, AL, Bluten auf Sondieren [BOP]) und mikrobiologische Diagnostik mittels molekularbiologischem RNS-Sonden-Test.

Ergebnisse:

In den Gruppen ChP (n=26) (11 weiblich, 7 Raucher, 4033 Stellen) und AgP (n=13) (10 weiblich, 6 Raucher, 2141 Stellen) sind bei Basisuntersuchung ST ≥ 6 mm, BOP und *Porphyromonas gingivalis* mit besseren Sondierungstiefenreduzierung und relativen Attachmentgewinnen verknüpft. AgP, Rauchen und mehrwurzelige Zähne stellen Faktoren dar, die mit einer geringeren Verminderung der Sondierungstiefen und Attachment-Gewinne assoziiert sind.

Schlussfolgerungen:

Die nichtchirurgische Parodontitistherapie führt bei Patienten mit AgP im Vergleich zu ChP zu schlechteren klinischen Ergebnissen.

Diese Studie wurde von der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie (DGP) und der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) unterstützt.

ABSTRACTS - 2. PREIS**Digitale Lehrmedien in der Parodontologie - Ein Vergleich**

JP. Wölber¹, TS. Hilbert², P. Ratka-Krüger¹

¹ Abteilung für Zahnerhaltungskunde und Parodontologie, Universitätsklinikum Freiburg i. Br.

² Abteilung für Pädagogische Psychologie, Universität Göttingen

Ziel:

Ziel der vorliegenden Studie war es, zwei E-Learning Programme in ihrer Anwendung zu evaluieren. Die Programme unterschieden sich in Bezug auf den Grad der Interaktivität und der Benutzung von Audioinhalten.

Material und Methode:

85 Studierende der Zahnmedizin der Universität Freiburg i. Br. (14 im 1. klinischen Semester, 26 im 2. klinischen Semester und 45 im 4. klinischen Semester) wurden randomisiert einem von zwei verschiedenen Computerlernprogrammen zugeordnet. Vor der Anwendung wurde ein Test zur Erfassung des Vorwissens durchgeführt. Eine Gruppe arbeitete mit einem hochinteraktiven, rein visuell-basierten Programm („Webkit“ des Rechenzentrums der Universität Freiburg), die andere Gruppe arbeitete mit einem kommerziellen Programm, das gering interaktiv und audiovisuell war (Adobe Presenter ©). Der Inhalt beider Programme basierte auf der gleichen Fallpräsentation einer lokalisierten aggressiven Parodontitis. Nach dem Programmdurchlauf erfolgte ein Nachtest mit Erfassung des Faktenwissens, dem Transfer des Wissens auf einen neuen Fall, der geistigen Belastung (modifizierter NASA-TLX Fragebogen) und der allgemeinen Akzeptanz.

Ergebnisse:

Eine Kovarianzanalyse (ANCOVA) mit der Versuchsgruppe als abhängige Variable und dem Vorwissen (Vortestergebnis) als Kovariate zeigte signifikant bessere Resultate für den Presenter (Mittelwert = 14,06; SD = 2,62) verglichen mit dem Webkit (Mittelwert = 13,28; SD = 2,31) ($p = 0,023$). Zudem konnte eine signifikante Aptitude Treatment Interaction (ATI, Wechselwirkung zwischen Fähigkeit und Behandlung) zwischen der geistigen Belastung (NASA-TLX), dem Vorwissen der Probanden und den Programmen gefunden werden: Probanden mit geringem Vorwissen wurden mit dem Presenter stärker aktiviert, Probanden mit hohem Vorwissen wurden stärker durch das Webkit aktiviert.

Schlussfolgerung:

Beide Programme zeigten sich als Unterrichtsmittel geeignet. Die Verwendung von sogenannten rapid-authoring Programmen wie dem Presenter, die ein schnelles Erstellen von E-Learning-Modulen aus bestehenden Präsentationen wie Microsoft © Powerpoint ermöglichen, scheinen genauso gut oder besser wie hochinteraktive Programme in der Lehre zu funktionieren. Die Verwendung von Audioinhalten könnte ein wesentlicher Faktor dabei sein. Die Vorteile von hochinteraktiven Programmen scheinen sich erst ab einem bestimmten Vorwissen zu zeigen. Die Studierenden zeigten insgesamt eine hohe Akzeptanz und Kompetenz im Umgang mit den Programmen.

ABSTRACTS - 3. PREIS**Nachweis von Parodontalpathogenen mittels PCR aus subgingivaler Plaque - Vergleich zweier Entnahmestrategien**

K. Himmer, I. Mayer, M. Mayer, M. Wohlfeil, B. Schacher, R. Arndt, B. Dannewitz, P. Eickholz

Poliklinik für Parodontologie, ZZMK (Carolinum),
Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main

Zielsetzung:

Vergleich der Nachweishäufigkeit von Parodontalpathogenen aus subgingivaler Plaque nach Probenentnahme jeweils aus der tiefsten Tasche pro Quadrant oder Sextant.

Material und Methoden:

Insgesamt wurden bei 50 Patienten (24 weiblich) mit den Diagnosen aggressive (n = 8) oder generalisierte schwere chronische (n = 42) Parodontitis klinische Befunde erhoben und vor antiinfektiöser Therapie von jeweils den tiefsten Taschen jedes Quadranten (MT4) bzw. jedes Sextanten (MT6) Proben für mikrobiologische Analysen gewonnen. Dazu wurden an 4 Stellen jeweils 2 sterile Papierspitzen gleichzeitig in den parodontalen Taschen platziert. Jeweils 1 Papierspitze aus jeder Tasche wurde mit den 3 Proben aus den anderen Taschen gepoolt (MT4). Die jeweils verbleibenden 4 Papierspitzen wurden mit 2 weiteren Papierspitzen aus den tiefsten Taschen der 2 verbliebenen Sextanten gepoolt (MT6). MT4 und MT6 wurden zum Nachweis von *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* (AA), *Porphyromonas gingivalis* (PG), *Tannerella forsythia* (TF), *Treponema denticola* (TD), *Prevotella intermedia* (PI), *Peptostreptococcus micros* (PM), *Fusobacterium nucleatum* (FN), *Campylobacter rectus* (CR), *Eubacterium nodatum* (EN), *Eikenella corrodens* (EC) und *Capnocytophaga species* (CS) mittels Polymerasekettenreaktion (PCR) verschickt. Die Nachweishäufigkeiten wurden mittels des Wilcoxon-Test verglichen.

Ergebnisse:

Die Nachweishäufigkeit von AA (MT4/MT6):12%/16%, PG: 78%/80%, TF: 88%/94%, PI: 44%/46%, FN:100%/100%, CR: 80%/84% und EC: 86%/88% waren mit MT6 höher als mit MT4. Für TD: 92%/88%, PM: 74%/70%, PN: 64%/56% und CS: 64%/ 52% war die Nachweishäufigkeit mit der Entnahmestrategie MT4 höher. Keiner dieser Unterschiede waren statistisch signifikant.

Schlussfolgerungen:

Die Nachweishäufigkeit einiger parodontalpathogener Keime ist bei der Entnahmestrategie MT6 gegenüber MT4 statistisch insignifikant erhöht.

Diese Studie wurde von der Firma Hain Lifescience, Nehren unterstützt.

TAGUNGSANKÜNDIGUNG I



MINIMALINVERSIVE PARODONTALCHIRURGIE

18. SYMPOSIUM PARODONTOLOGIE UND
16. FRÜHJAHRSTAGUNG DER NEUEN ARBEITSGRUPPE PARODONTOLOGIE E.V.

VORKONGRESSKURS AM 14.05.2010

16.⁰⁰ UHR PRAKTISCHER ÜBUNGSKURS AN SCHWEINEKIEFERN

OFA Dr. M. Luepke, Bundeswehrkrankenhaus Hamburg, Abt. VIIA
OFA Dr. J. Weyer, Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Abt. VII
OTA Dr. Th. Eger, Bundeswehrzentralkrankenhauseinrichtung Koblenz

AB 19.⁰⁰ UHR GEMEINSAMES ABENDESSEN IM OFFIZIERSHEIM DES BWZKRHS KOBLENZ

Die Teilnehmerzahl beim Vorkongresskurs ist auf 40 Personen beschränkt. Wir bitten daher um elektronische oder schriftliche verbindliche Anmeldung an die folgende Adresse. Eine elektronische oder schriftliche Anmeldebestätigung wird rückübermittelt.

Dr. Th. Eger, Oberstarzt
Ltd Zahnarzt VIIA - Parodontologie BwZKrhs Koblenz
Rübenacherstr. 170
56072 Koblenz

E-mail: ThomasEger@bundeswehr.org

Für die Begleichung unserer Materialkosten sind 30,- € bei Kursbeginn zu entrichten.

(zertifiziert mit 4 Fortbildungspunkten gem. Gruppe B zum freiwilligen Fortbildungssiegel der LZK Rheinland-Pfalz)



LIFESTYLE - AUSWIRKUNGEN AUF DIE PARODONTALTHERAPIE

18. SYMPOSIUM PARODONTOLOGIE UND
16. FRÜHJAHRSTAGUNG DER NEUEN ARBEITSGRUPPE PARODONTOLOGIE E.V.

HAUPTKONGRESSKURS AM 15.05.2010

9.³⁰ UHR BEGRÜßUNG UND GRUSSWORTE

10.⁰⁰ UHR PARODONTALDIAGNOSTIK HEUTE

OTA Dr. Th. Eger, Abt. VIIA - Parodontologie Bundeswehrzentralkrankenhauseinrichtung Koblenz

10.³⁰ UHR VERÄNDERUNGEN DER EPIDEMIOLOGIE VON PARODONTALERKRANKUNGEN UND PARODONTALTHERAPIE IN DEN LETZTEN 60 JAHREN

Prof. Dr. P. Eickholz, Universität Frankfurt/Main

11.³⁰ UHR KAFFEEPAUSE

12.⁰⁰ UHR STRESS UND PARODONTALBEFUND-COMPLIANCEVERBESSERUNG UND THERAPIEMÖGLICHKEITEN IN DER ZAHNÄRZTLICHEN PRAXIS

Prof. Dr. H. Jentsch, Universität Leipzig

12.⁴⁵ UHR ANWENDUNG DER ANTIBAKTERIELLEN PHOTODYNAMISCHEN THERAPIE IN DER PARODONTOLOGIE

Prof. Dr. Dr. A. Sculean M.S., Universität Bern/CH

13.³⁰ UHR DIE ABRECHNUNG VON PARODONTALBEHANDLUNGEN HEUTE. KLINISCHE, MIKROBIOLOGISCHE UND GENETISCHE DIAGNOSTIK, ANÄSTHESIE, UPT, REZIDIVBEHANDLUNG

Dr. E. Streletz, Heusenstamm

14.⁰⁰ UHR PODIUMSDISKUSSION

Die Teilnehmerzahl für den Hauptkongresskurs ist nicht beschränkt. Es ist keine schriftliche Anmeldung erforderlich.

(zertifiziert mit 5 Fortbildungspunkten gem. Gruppe A zum freiwilligen Fortbildungssiegel der LZK Rheinland-Pfalz)

TAGUNGSANKÜNDIGUNG II



PARODONTOLOGIE IM ZENTRUM INTERDISZIPLINÄRER ZAHNHEILKUNDE

18. HERBSTTAGUNG DER NEUEN ARBEITSGRUPPE PARODONTOLOGIE E.V.
IN ZUSAMMENARBEIT MIT DER AACHENER FORTBILDUNG FÜR ZAHNÄRZTE E.V.



AM 20.11.2010

IN AACHEN, HOTEL QUELLENHOF

- 8.⁴⁵ UHR TAGUNGSERÖFFNUNG**
Prof. Dr. Dr. A. Sculean M.S., Bern/CH
1. Vorsitzender der NAGP e.V.
- 9.⁰⁰ UHR PARODONTALE INFEKTION UND DEREN KONTROLLE - WAS KANN JEDER ZAHNARZT LEISTEN?**
Prof. Dr. P. Eickholz, Spezialist für Parodontologie, Frankfurt/Main
- 10.⁰⁰ UHR PARO-ENDO-INFEKTIONEN, ENDODONTISCHE ZAHNERHALTUNG - IST DIE APEKTOMIE EINE OBSOLETE METHODE?**
Dr. G. Tulus, Spezialist für Endodontie, Viersen
- 10.⁴⁵ UHR PAUSE**
- 11.¹⁵ UHR MASSNAHMEN ZUR ZAHNSTABILISIERUNG NACH REGENERATIVEN PARODONTALCHIRURGISCHEN MASSNAHMEN - VON DER ZAHNMOBILITÄT ZUR ZAHNSTABILITÄT**
Dr. C. Tietmann, Spezialistin für Parodontologie, Aachen
- 11.⁴⁵ UHR KIEFERORTHOPÄDISCHE THERAPIE ZUR UNTERSTÜTZUNG PARODONTALER STABILITÄT IM RAHMEN DER UPT**
Prof. Dr. W. Schupp, FZA für Kieferorthopädie, Köln
- 12.³⁰ UHR MITTAGSBUFFET**
- 14.⁰⁰ UHR IMPLANTATE IM PARODONTAL VORGESCHÄDIGTEN GEBISS - MIT VORSICHT ZU GENIESSEN?**
Prof. Dr. Dr. S. Jepsen, Spezialist für Parodontologie, Bonn
- 14.⁴⁵ UHR RESTAURATIVE UND ZAHNERSATZMASSNAHMEN NACH PARODONTITIS - WAS IST BIOLOGISCH, WAS VERSPRICHT LANGZEITERFOLG?**
Prof. Dr. S. Wohlfahrt, Spezialist für Prothetik und Werkstoffkunde, Aachen
- 15.³⁰ UHR PREISVERLEIHUNG**
- 15.⁴⁵ UHR PAUSE**
- 16.¹⁵ UHR PARODONT GESUND, ALLES GESUND? DIE STELLUNG DER PARODONTOLOGIE IM INTERDISZIPLINÄREN UMFELD**
Prof. Dr. H. Jentsch, Spezialist für Parodontologie, Leipzig
- 17.⁰⁰ UHR DISKUSSION**
- 17.³⁰ UHR NAGP-MITGLIEDERVERSAMMLUNG**
- 19.³⁰ UHR GESELLSCHAFTSABEND IM HISTORISCHEN COUVEN MUSEUM, AACHEN**

8 Fortbildungspunkte

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