

NEUE ARBEITSGRUPPE PARODONTOLOGIE E.V.



INHALT:	1
EDITORIAL:	
Ein frohes neues Jahr	2
NAGP-FÖRDERPREIS ABSTRACTS 2006 - TEIL 2	
Geenen, Obst, Kim: Vergleich des messbaren Knochenabbaus bei intraoralen Zahnfilmen und Panoramaschichtaufnahmen mittels der manuellen als auch computer-unterstützten Auswertung (Friacom®).	3
Jenzsch, Eick, Rassoul, Jentsch: Entzündungsparameter in der Sulkusflüssigkeit und parodontopathogene Mikroflora bei Umstellung auf Vollwert-Ernährung	4
Bauriedl, Haueisen, Ratka-Krüger, Schacher, Raetzke: Welche Prognose haben Paro-Endo-Läsionen?	5
Zehaczek, Wegener, Schuster, Kim: Vergleich zweier verschiedener mikrobiologischer Untersuchungsverfahren zur Charakterisierung der subgingivalen Mikroflora	6
Roßberg, Ratka-Krüger, Raetzke, Eickholz: Freie Bindegewebstransplantationen nach der Envelope-Technik: Wie ist die Langzeitzufriedenheit der Patienten?	7
Deimling, Ratka-Krüger, Langenbach, Schacher: Stellenwert der Kommunikation im Fach Zahnmedizin	8
TAGUNGSANKÜNDIGUNGEN:	
15. Symposium Parodontologie am Bundeswehrzentral Krankenhaus Koblenz und 13. Frühjahrstagung der Neuen Arbeitsgruppe Parodontologie e. V. (NAgP) am 18./19.05.2007 in Koblenz: Parodontitis und Zahnverlust? Konzepte zur risikoorientierten Parodontaltherapie	9
Ästhetik in der Parodontologie - Wie schön kann und muss Zahnfleisch sein? 15. Jahrestagung der Neuen Arbeitsgruppe Parodontologie e. V. (NAgP) am 17.11.2007 in Leipzig	11
IMPRESSUM	12

EDITORIAL

Ein frohes Neues Jahr

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

in diesem Jahr erwartet uns die etwa zehnte Jahrhundertreform im Gesundheitswesen – das Machwerk wird jetzt durchgepeitscht, koste es, was es wolle. Das ist wörtlich zu nehmen: Vom ursprünglichen Ansatz, Beiträge und Kosten zu senken und alles unbürokratischer und einfacher zu gestalten, ist nichts mehr übrig – im Gegenteil. Keiner ist mehr glücklich mit dem Kompromiss, aber gemacht wird es – nicht, weil es was nützt, sondern um zu verhindern, dass unsere Politiker zugeben müssten, dass sie nichts Vernünftiges auf die Reihe bringen. Ein milliardenschweres Gesundheitssystem als Psychotherapie-Spielplatz für Entscheidungsträger mit Frustrationsproblemen.

Flüchten wird zunehmend schwieriger – die Schweiz meldet bereits, es werden keine Zahnärzte aus Deutschland mehr gebraucht. Aber man kann sich immer noch in Lappland verkriechen, das Nordlicht bewundern und die Wunden lecken, die Ulla auf ihrem Kreuzzug gegen die freien Berufe geschlagen hat. Wer im Lande bleibt, duckt sich und hofft, dass es irgendwie weitergeht – noch ein bisschen mehr Arbeit und noch ein bisschen mehr Papierkrieg für noch ein bisschen weniger Geld, das kennen wir ja schon seit 19 Jahren. Wann ist die Wut verbraucht und die Verzweiflung beginnt?

In einer ähnlichen Situation haben vor ein paar Jahren die Anästhesisten in Polen sich zusammengeschlossen, kollektiv den Gehorsam verweigert – und innerhalb von 14 Tagen die Regierung in die Knie gezwungen. Unsere Tragik ist, dass wir es nicht schaffen, die nötige Einigkeit an den Tag zu legen. Geht es uns doch immer noch zu gut? Wenn wir erst warten, bis Ullas erträumte Behandlungszentren gebaut sind und die Mehrheit der Zahnärzte als

Angestellte arbeitet, ist es zu spät – dann werden die letzten Freiberufler, die dann noch protestieren, achselzuckend als Fossilien im Hartz-IV-Pool der schönen neuen Welt abgelegt. Nur solange wir noch die Einzigen sind, die die Zahngesundheit der Bevölkerung sichern können, haben wir die Macht, uns in den Lauf der Räder zu stemmen.

Wie wäre es denn zum Beispiel, wenn bei der nächsten Wahl einmal alle statt des Stimmzettels ihre Praxisgebühren-Quittung in die Urnen werfen? Nur ein Vorschlag – der Kreativität sind keine Grenzen gesetzt. Die Mächtigen entscheiden konsequent an uns vorbei – Sachwissen ist nicht einmal erwünscht. Also bleibt uns nur die Guerillataktik – auch gegen übermächtige Gegner durchaus chancenreich, wie man in Vietnam, Irak und Afghanistan erleben konnte und kann.

Seid Sand, nicht das Öl im Getriebe der Welt! (Günter Eich)

Eva Streletz, Heusenstamm

ABSTRACTS I**Vergleich des messbaren Knochenabbaus bei intraoralen Zahnfilmen und Panoramaschichtaufnahmen mittels der manuellen als auch computer-unterstützten Auswertung (Friacom®).**

Geenen C., Obst C., Kim TS

Poliklinik für Zahnerhaltungskunde Sektion Parodontologie, Klinik für Mund-, Zahn- und Kieferkrankheiten, Universitätsklinikum Heidelberg

Ziel: Ziel dieser Studie war es, herauszufinden, inwieweit das Ausmaß des diagnostizierbaren Knochenabbaus sowohl von der Art der Röntgenbilder (intraorale Zahnfilme versus OPTG) als auch der Analysemethodik (manuell versus computerunterstützter Auswertung Friacom®) abhängt.

Material/Method: 93 Patienten (53 Frauen) mit sowohl prätherapeutisch angefertigten intraoralen Röntgenstaten (6 bis 10 Einzelzahnaufnahmen) als auch OPTGs nahmen an dieser Studie teil. Einschlusskriterium war die Diagnose einer aggressiven Parodontitis (AgP, n=43) oder schweren chronischen Parodontitis (sCP, n= 50). Die Auswertung erfolgte sowohl manuell mit dem Schei-Lineal (Schei 1959) als auch computerunterstützt (Friacom®, Friadent Ag, Mannheim).

2167 Zähne auf OPTGs und 1949 Zähne auf intraoralen Einzelaufnahmen und deren peripherer Knochenniveau wurden analysiert. Das Ausmaß des diagnostizierbaren Knochenabbaus wurde für jeden Zahn in Bezug zu den Referenzpunkten Schmelz-ZementGrenze-Limbus alveolaris (CEJ-LA) und Schmelz-ZementGrenze- Boden des knöchernen Defekts (CEJ-BD) prozentual zur totalen Wurzellänge mesial und distal bestimmt.

Ergebnisse: Die Vergleichsanalyse zeigte einen höheren prozentualen Knochenabbau mithilfe der computerunterstützten Auswertung Friacom® als durch die manuelle Messung mittels des Schei-Lineals. Für beide Aufnahmetechniken hängt dabei die Höhe der Differenz zwischen computerunterstützter Auswertung und manueller Analyse sowohl von den

- a) gewählten Referenzpunkten (distaler Defektboden: Mediandifferenz 5,4% (16,24-1.24)), Limbus Alveolaris: Mediandifferenz: -1,2% (3,61- (-5,24)) als auch
- b) von der Lokalisation ab (OKMolaren: Mediandifferenz 4,4% (12,63-(-5,24)), UKFrontzahnbereich: Mediandifferenz 0,34% (4,02-(-2,76))

Nicht messbare Stellen lagen im Oberkieferprämolarenbereich (14/24) vor. Intraorale Zahnfilme zeigten durchweg einen besseren Kontrast zwischen Limbus Alveolaris und knöchernen Defektboden als OPTGs. Die Computerunterstützte Auswertung von OPTGs versus IO Filme führte ferner zu einer Überschätzung knöcherner Defektgrößen um 5,1%.

Schlussfolgerung:

Mit Hilfe von Panoramaschichtaufnahmen ist eine grobe Vororientierung hinsichtlich des zu erwartenden Knochenabbaus möglich, wobei die Aussagekraft dieser Röntgentechnik insbesondere im Frontzahnbereich stark eingeschränkt ist. Die Computerunterstützte Auswertung von Röntgenstaten liefert hinsichtlich der Beurteilung der i) Lage des knöchernen Defektes als auch ii) Differenzierung zwischen Limbus Alveolaris und tatsächlichem Defektboden besonders im Oberkiefer Molarenbereich grösseres diagnostisches Potential als die Verwendung des Schei-Lineals. Letzteres hat insbesondere hinsichtlich der prächirurgischen Bewertung vertikaler Knochentaschen seine klinische Signifikanz.

ABSTRACTS II**Entzündungsparameter in der Sulkusflüssigkeit und parodontopathogene Mikroflora bei Umstellung auf Vollwert-Ernährung**

A. Jensch¹, S. Eick,² F. Rassoul³, H. Jensch¹

¹) Poliklinik für Konservierende Zahnheilkunde und Parodontologie, Universität Leipzig

²) Institut für Medizinische Mikrobiologie, Friedrich-Schiller-Universität Jena

³) Institut für Laboratoriumsmedizin, Klinische Chemie und Molekulare Diagnostik, Universität Leipzig

Die Ernährungsweise hat Auswirkungen sowohl auf die lokale als auch auf die systemische Immunantwort des Wirtsorganismus und beeinflusst die Pathogenese verschiedenster Erkrankungen. Über die Rolle der Ernährung in der Ätiologie, Pathogenese und Progression parodontaler Erkrankungen liegt ein unzureichender Kenntnisstand vor. Ziel der vorliegenden longitudinalen Untersuchungen war es, Auswirkungen einer Ernährungsumstellung auf Entzündungsmarker bzw. Qualität und Quantität der parodontopathogenen Mikroflora zu untersuchen.

Material und Methoden: In die Studie wurden 20 weibliche Probanden im mittleren Lebensabschnitt (mittleres Alter 55 Jahre) mit Prädisposition zum bzw. manifestem metabolischen Syndrom einbezogen, deren Ernährung mit regelmäßiger professioneller Unterstützung von Ernährungsberaterinnen auf überwiegend lacto-vegetabile Vollwertkost umgestellt wurde. Die Probanden wiesen eine leichte oder moderate chronische Parodontitis auf, die im Untersuchungszeitraum nicht behandelt wurde. Vor Ernährungsumstellung sowie 2 Wochen, 3 Monate, 6 Monate und 12 Monate danach erfolgte die klinische Diagnostik sowie an jeweils 2 Zähnen die Gewinnung von Sulkusflüssigkeit mit Periopaper[®]. In der Sulkusflüssigkeit wurden IL-1 β und IL-6 mittels ELISA, die Aktivität der Granulozytenelastase mit N-Methoxysuccinyl-Ala-Ala-Pro-Val-pNa sowie parodontopathogene Mikroorganismen semiquantitativ mittels Realtime-PCR bestimmt. Die statistische Auswertung erfolgte durch parameterfreie Tests unter Zuhilfenahme des SPSS-Programmes.

Ergebnisse: Nach 12 Monaten zeigte sich eine signifikante Verbesserung des Gingivaindex nach Löe und Silness ($p < 0,001$). In Übereinstimmung mit dem Gingivaindex fiel der Spiegel an IL-1 β in der Sulkusflüssigkeit ab ($p < 0,001$). Ebenfalls sank tendenziell die Konzentration von IL-6, die Aktivität der Granulozytenelastase wurde nicht beeinflusst. Initial nach Ernährungsumstellung wurde ein Rückgang von *F. nucleatum* ($p < 0,05$) sowie tendenziell von *P. intermedia* beobachtet, die Nachweishäufigkeit sowie Keimanzahl von *Porphyromonas gingivalis*, *Tannerella forsythia*, *Treponema denticola* und *Actinobacillus actinomycetemcomitans* blieben an den untersuchten Zähnen über den gesamten Untersuchungszeitraum unverändert.

Schlussfolgerungen: Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass eine vorwiegend lacto-vegetabile vollwertige Ernährungsweise möglicherweise über systemische Wirkungen die Entzündungsantwort modulieren und einen positiven klinisch und paraklinisch messbaren Effekt auf den parodontalen Zustand haben kann.

ABSTRACTS III**Welche Prognose haben Paro-Endo-Läsionen?**

Bauriedl S, Haueisen H, Ratka-Krüger P, Schacher B, Raetzke P

Ziel: Zwischen Parodont und Endodont bestehen direkte Verbindungen über Nerven, Blut- und Lymphgefäße. Diese engen anatomischen Beziehungen führen dazu, dass sich Erkrankungen des Endodonts auf das Parodont ausbreiten können und umgekehrt.

Es war das Ziel dieser Studie, durch eine Nachuntersuchung von 59 behandelten Paro-Endo-Läsionen (PEL) die zuvor jeweils erfolgten Diagnosen und Therapiemaßnahmen zu evaluieren, um Aussagen zur Langzeitprognose dieser Zähne treffen zu können und mögliche Gründe für Misserfolge darzulegen.

Methode: 59 Paro-Endo-Läsionen waren entsprechend der Klassifikation von Simon et al. (1972) zugeordnet und nach einem standardisierten Behandlungskonzept (Haueisen et al. 2000) therapiert worden. Dabei waren zunächst bei allen PEL Wurzelkanalfüllungen unter lateraler Kondensation mit Guttaperchaspitzen und AH 26® (Fa. Dentsply De Trey) durchgeführt worden. 6 Monate später war gegebenenfalls eine Parodontalbehandlung in Form von subgingivalem Scaling und Wurzelglätten oder einer chirurgischen Therapie vorgenommen worden.

Bis 5 Jahre nach Abschluss der Wurzelkanalbehandlungen wurden Nachuntersuchungen durch Patientenbefragungen, klinische Untersuchungen und Röntgenaufnahmen durchgeführt.

Ergebnisse: PEL treten gehäuft an Unterkiefermolaren auf (n=28). Zähne mit einer prothetischen Versorgung in Form einer Krone oder eines Brückenpfeilers (n=35) weisen häufiger eine PEL auf als Zähne mit (n=12) oder ohne (n=12) Füllung. Insgesamt konnten 61 % der erkrankten Zähne (n=36) länger als 5 Jahre erhalten werden. Zähne mit einer primär endodontischen Läsion (n=23) haben eine bessere Prognose im Bezug auf den Zahnerhalt (n=13) als Zähne mit einer primär parodontalen Komponente (n=7 / 2) oder mit einer kombinierten Erkrankung (n=28 / 9). Die wesentlichen Extraktionsgründe waren parodontale Probleme (n=12), endodontische Komplikationen (n=9) und vertikale Wurzelfrakturen (n=5).

Zusammenfassung: Die Langzeitprognose eines Zahnes mit Paro-Endo-Läsion ist abhängig von einer korrekten Erstdiagnose, einer sorgfältigen Wurzelkanalbehandlung, und sie ist limitiert durch den Grad der parodontalen Destruktion.

1. Haueisen, H.; Ratka-Krüger, P.; Heidemann, D.:
Knochenregeneration induziert durch endodontische Behandlung bei endodontal-parodontalen Läsionen unter Molaren.
Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift 55 (2000), S. 192-196
2. Simon, H.J.; Glick, D.H.; Frank, A.L.:
The relationship of endodontic-periodontic lesions.
Journal of Periodontology 43 (1972), S. 202-208

ABSTRACTS IV**Vergleich zweier verschiedener mikrobiologischer Untersuchungsverfahren zur Charakterisierung der subgingivalen Mikroflora****Zehaczek S, Wegener I, Schuster H, Kim TS***Abteilung für Zahnerhaltung, Sektion Parodontologie, Universitätsklinikum Heidelberg*Zusammenfassung:

Ziel dieser Studie war es, die Sensitivität der quantitativen Erfassung von *Actinobacillus actinomycetemcomitans* (A.a.) in subgingivalen Plaqueproben durch ein neueres Testverfahren (meridol[®] Paro Diagnostik) mit einer herkömmlichen Methode (IAI Pado Test[®] 4.5) zu vergleichen.

Bei insgesamt 15 Patienten mit den Diagnosen aggressive oder generalisiert schwere chronische Parodontitis, bei denen mit dem IAI Pado Test[®] 4.5 A.a. nicht nachgewiesen werden konnte, wurden nach supragingivaler Plaqueentfernung von den 5 tiefsten Stellen in vier Quadranten Proben für mikrobiologische Analysen gewonnen. Dazu wurde jeweils eine sterile Papierspitze in den parodontalen Taschen für jeweils 10 Sekunden platziert. Alle fünf Papierspitzen wurden in einem Transportgefäß gepoolt (MT5) zur Auswertung für das Vorliegen von A.a., *Porphyromonas gingivalis* (P.g.), *Tannerella forsythensis* (T.f.), *Treponema denticola* (T.d.), *Fusobacterium nucleatum* ssp. (F.n.) und *Prevotella intermedia* (P.i.) mit einer Real-Time-PCR verschickt.

Von den 15 mit dem IAI Pado Test[®] 4.5 für A.a. negativ getesteten Patienten, konnte bei 3 Patienten (20%) mit der Real-Time-PCR des meridol[®] Paro Diagnostik das Vorliegen von A.a. nachgewiesen werden. Der Mittelwert der Keimzahlen von A.a. liegt bei allen getesteten Patienten bei $0,064 \times 10^6$, bei den positiv getesteten Patienten bei $0,32 \times 10^6$. Es konnte gezeigt werden, dass die Auswahl des mikrobiologischen Testverfahrens darüber entscheiden kann, ob ein Patient für A.a. positiv oder negativ getestet wird. Die Real-Time-PCR kann durch die niedrigere Nachweisgrenze A.a. auch in geringeren Konzentrationen nachweisen. Da der Nachweis von A.a. bei Patienten mit aggressiver oder generalisiert schwerer chronischer Parodontitis therapeutische Konsequenzen haben kann, sollte ein mikrobiologisches Testverfahren mit möglichst hoher Sensitivität gewählt werden.

ABSTRACTS V**Freie Bindegewebstransplantationen nach der Envelope-Technik: Wie ist die Langzeitzufriedenheit der Patienten?**

MATTHIAS ROßBERG^{1*}, PETRA RATKA-KRÜGER², PETER RAETZKE¹, PETER EICKHOLZ¹

¹ Poliklinik für Parodontologie, ZZMK, Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt/Main.

² Sektion Parodontologie, Poliklinik für Zahnerhaltungskunde und Parodontologie, Universitätsklinikum Freiburg

Einleitung und Ziel: Als erfolgreichstes klinisches Verfahren zur Deckung freiliegender Wurzeloberflächen gilt das freie Bindegewebstransplantat (fBT). In der vorliegenden retrospektiven Studie sollte die Langzeitzufriedenheit der Patienten mit diesem Verfahren ermittelt werden. Hier sollen die Ansprüche, Vorstellungen, möglichen Belastungen und Erwartungen der Patienten in Bezug auf die durchgeführte Therapie erfasst werden.

Material und Methode: Insgesamt 20 Patienten (10 Frauen) mit einem Durchschnittsalter von $37,8 \pm 11,5$ Jahren (22-57 Jahre) wurden an 39 Zähnen (19 bei Frauen) mit einem fBT, das aus dem Gaumen entnommen wurde, nach der Envelope-Technik (Raetzke 1985) therapiert. Die folgenden Parameter wurden 6-22 ($11,4 \pm 5,4$) Jahre postoperativ bestimmt: Beweggrund für die Wurzeldeckung, Auftreten und Dauer postoperativer Beschwerden (Empfänger-/Spenderregion), Besserung ursächlicher Beschwerden, Zufriedenheit mit dem Gesamtergebnis. Außerdem erfolgte eine Beurteilung der ästhetischen Weichgewebssituation in den behandelten Regionen, bezogen auf die Harmonie von Dicke, Farbe und Form im Vergleich zum umgebenden Gewebe.

Ergebnisse: Die Patienten gaben zu 80% ästhetische Gründe für das fBT an. 5 Patienten berichteten postoperative Beschwerden in der Spenderregion, aber keiner im Empfängerbereich. In 4 Fällen betrug die Dauer der Beschwerden nur Tage. Die Beseitigung der ursächlichen Beschwerden durch das fBT wurde in 90% als vollständig beurteilt. Die Gesamtzufriedenheit wurde mit gut bis sehr gut bewertet. Das Weichgewebe wurde defektbezogen beurteilt: Die Dicke wurde an 18 Stellen als passend und an 21 als zu dick bewertet. Die Farbe wurde 28 mal als passend und 11 mal als zu hell beurteilt. Die Form wurde in 31 Fällen als passend betrachtet.

Schlussfolgerung: Die Patienten waren bis zu $11,4 \pm 5,4$ Jahre postoperativ mit der Operationstechnik und ihrem Ergebnis insgesamt sehr zufrieden. Hauptbeweggrund für die Wurzeldeckung war die Ästhetik.

ABSTRACTS VI**Stellenwert der Kommunikation im Fach Zahnmedizin****D. Deimling, P. Ratka-Krüger, D. Langenbach, B. Schacher**

Ärztliches Handeln ist immer auch kommunikatives Handeln. Wie zahlreiche Untersuchungen belegen, kann die Kompetenz zu kommunikativem ärztlichen Handeln in Aus- und Fortbildung entscheidend gefördert bzw. verbessert werden. Zur Zeit werden entsprechende Lehrveranstaltungen an den Zahnkliniken Freiburg (Abteilung für Zahnerhaltungskunde und Parodontologie) und Frankfurt (Poliklinik für Parodontologie) für das 2. bzw. 3. klinische Semester angeboten.

Ziel: Das Ziel der vorliegenden Untersuchung war, die Bedeutung der Kommunikation zwischen Zahnarzt und Patient zu ermitteln, insbesondere auch im Hinblick auf die Integration und Erweiterung des Lehrangebots zum Thema Kommunikation im Rahmen der zahnärztlichen Ausbildung.

Methode: An Patienten, Zahnärzte und Studierende wurden Fragebögen verteilt, in denen sie zu Inhalten der Kommunikation befragt wurden. Die Studierenden erhielten zusätzlich eine 45-minütige Lehrveranstaltung, in der das klassische Modell der Kommunikationspsychologie und die Bedeutung der non-verbalen Kommunikation vorgestellt wurden; weiterhin wurden Informationen und Anleitungen zur ärztlichen Gesprächsführung gegeben.

Die Vorlesung wurde anschließend evaluiert, und den Studierenden wurde nochmals die Frage zur Erweiterung des Lehrangebots gestellt.

Ergebnisse: Insgesamt standen 730 Fragebögen für eine Auswertung zur Verfügung (185 Patienten, 233 Zahnärzte, 312 Studierende). 86% der Patienten und 87% der Zahnärzte befürworteten eine Aufnahme kommunikativer Themen in die zahnmedizinische Ausbildung. Im Anschluss an die Lehrveranstaltung zur Kommunikation beurteilten 85% der Studierenden die Erweiterung der Lehrinhalte hinsichtlich kommunikativer Themen als wichtig bzw. sehr wichtig. Nur 15% hatten zu diesem Thema keine Meinung oder werteten die Kommunikation als unwichtig bzw. sehr unwichtig. Auf einer Licert-Skala von 1 bis 5 bewerteten die Zahnärzte sowohl die Freundlichkeit des Praxisteam (1,5) als auch die berufliche Kompetenz (1,5) als wichtig. Mit einem Wert von 1,7 wurden die detaillierten Aufklärungsgespräche eingestuft. Schließlich folgte mit 2,6 der Aspekt „moderne Ausstattung“. Für den Therapieerfolg sahen 80% der Zahnärzte und 51% der Patienten das Vertrauensverhältnis Zahnarzt-Patient als essentiell.

Schlussfolgerung: Patienten, Zahnärzte und Studierende stimmen laut einer Befragung überein, dass im Rahmen der zahnmedizinischen Ausbildung kommunikative Kompetenz vermittelt werden sollte.

TAGUNGSANKÜNDIGUNGEN



PARODONTITIS UND ZAHNVERLUST? KONZEPTE ZUR RISIKOORIENTIERTEN PARODONTALTHERAPIE

**15. SYMPOSIUM PARODONTOLOGIE AM BUNDESWEHRZENTRALKRANKENHAUS
KOBLENZ UND
13. FRÜHJAHRSTAGUNG DER NEUEN ARBEITSGRUPPE PARODONTOLOGIE
E.V.**

VORKONGRESSKURS AM 18.05.2007

- 14.⁰⁰ Uhr** **BEGRÜßUNG, DIAGNOSTIK UND KLASSIFIKATION AGGRESSIVER UND SCHWERER CHRONISCHER PARODONTALERKRANKUNGEN**
OFA Dr. Eger, BwZkrhs Koblenz
- 15.⁰⁰ Uhr** **FALLPRÄSENTATIONEN**
OSA Dr. Weyer, Burg
- 16.³⁰ Uhr** **REINFEKTIONEN NACH SYSTEMISCHER ANTIBIOTISCHER THERAPIE BEI AGGRESSIVER UND SCHWERER CHRONISCHER PARODONTITIS**
OFA Dr. Eger, BwZkrhs Koblenz
- 17.³⁰ Uhr** **PRAKTISCHE ÜBUNGEN AM SCHWEINEKIEFER**
OSA Dr. Weyer, OFA Dr. Eger
- ab 19.⁰⁰ Uhr** **GEMEINSAMES ABENDESSEN IN DEN RÄUMEN DER OFFIZIERSHEIMGESELLSCHAFT 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.

**OFA Dr. Eger, Ltr.
Fachzahnärztliches Zentrum – Parodontologie
BwZkrhs Koblenz
Rübenacherstr. 170
56072 Koblenz**

e-mail: ThomasEger@bundeswehr.org

Mitzubringen sind von allen Teilnehmern parodontalchirurgisches Lappenoperations-Instrumentarium incl. Skalpell, Nahtmaterial und Nadelhalter sowie OP-Kittel.

Für die Begleichung unserer Materialkosten sind 20,- € bei Kursbeginn zu entrichten.

(zertifiziert mit 6 Fortbildungspunkten gem. Gruppe B zum freiwilligen Fortbildungssiegel der LZK Rheinland-Pfalz)



HAUPTKONGRESS AM 19.05.2007
PARODONTITIS UND ZAHNVERLUST

- 9.³⁰ Uhr** **BEGRÜßUNG UND EINFÜHRUNG IN DAS TAGUNGSTHEMA**
 OFA Dr. Eger, BwZKrhs Koblenz
- 10.⁰⁰ Uhr** **RISIKOFAKTOREN FÜR ZAHNVERLUST UND VERÄNDERUNGSMÖGLICHKEITEN BEI PARODONTITISPATIENTEN**
 Prof. Dr. Eickholz, Universitätsklinikum Frankfurt/Main
- 10.⁴⁵ Uhr** **PARODONTALE NOTFALLTHERAPIE**
 OFA Dr. Luepke, BwKrhs Hamburg
- 11.³⁰ Uhr** **MITTAGSPAUSE**
- 12.⁰⁰ Uhr** **PARODONTALTHERAPIE ODER EXTRAKTION VOR LANGEN AUSLANDSEINSÄTZEN?**
 Col. Dr. Etzenbach, US-Army Hospital Würzburg
- 12.³⁰ Uhr** **PARODONTALCHIRURGISCHE BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN ZUM ZAHNERHALT BEI SCHWERER PARODONTITIS**
 - **THERAPIEANSÄTZE FÜR ALLGEMEINZAHNÄRZTE, ZAHNÄRZTE MIT TÄTIGKEITSSCHWERPUNKT UND WEITERGEBILDETE PARODONTOLOGEN**
 Prof. Dr. Sculean, Universitätsklinikum Nijmegen
- 13.¹⁵ Uhr** **RISIKOORIENTIERTE PARODONTITISNACHSORGE IN DER NIEDERGELASSENEN PARODONTOLOGISCHEN PRAXIS**
 - **ORGANISATIONS- UND ABRECHNUNGSHINWEISE**
 Dr. Streletz, Heusenstamm
- 13.³⁵ Uhr** **PODIUMSDISKUSSION**

Die Teilnehmerzahl ist nicht beschränkt.
Es ist keine schriftliche Anmeldung erforderlich.

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



ÄSTHETIK IN DER PARODONTOLOGIE - WIE SCHÖN KANN UND MUSS ZAHNFLEISCH SEIN?

**15. JAHRESTAGUNG
DER NEUEN ARBEITSGRUPPE PARODONTOLOGIE E. V. (NAGP)**

LEIPZIG, 17.11.2007

- 9.⁰⁰ UHR TAGUNGSERÖFFNUNG**
Prof. Dr. Dr. A. Sculean, Universität Nijmegen, 1. Vorsitzender der NAGP
Prof. Dr. H. Jentsch, Universität Leipzig
- 9.¹⁵ UHR DIE REGION DER REZESSION AUS MIKROBIOLOGISCHER SICHT**
PD Dr. S. Eick, Universität Jena
- 9.⁴⁵ UHR ÄTIOLOGIE, DIAGNOSTIK UND NICHT-CHIRURGISCHE MÖGLICHKEITEN BEI
PATIENTEN MIT REZESSIONEN**
Prof. Dr. H. Jentsch, Universität Leipzig
- 10.¹⁵ UHR DIE CHIRURGISCHE KRONENVERLÄNGERUNG**
Dr. F. Klein, Frankfurt
- 10.⁴⁵ UHR PAUSE**
- 11.¹⁵ UHR PLASTISCHE DECKUNG PARODONTALER REZESSIONEN**
Prof. Dr. P. Ratka-Krüger, Universität Freiburg
- 12.⁰⁰ UHR WAS IST SCHÖNHEIT - VERÄNDERUNGEN IM KÖRPERBILD**
Prof. Dr. F. Schulz, Universität Leipzig
- 12.³⁰ UHR MITTAGSBUFFET**
- THEMENBLOCK:
DIE APPROXIMALE REZESSION - EIN UNLÖSBARES ÄSTHETISCHES PROBLEM?**
- 14.³⁰ UHR PAPILLENREKONSTRUKTION - TRAUM ODER REALITÄT?**
Prof. Dr. Dr. A. Sculean, Universität Nijmegen
- 15.⁰⁰ UHR MÖGLICHKEITEN DER KONSERVIEREND-RESTAURATIVEN
PAPILLENREKONSTRUKTION - EINE MÖGLICHE ALTERNATIVE FÜR DIE PRAXIS?**
PD Dr. B. Sigusch, Universität Jena
- 15.⁴⁵ UHR PAUSE**
- 16.⁰⁰ UHR PREISVERLEIHUNG**
- 16.¹⁵ UHR ZAHNFLEISCHPITHESEN - MÖGLICHKEITEN UND GRENZEN**
Prof. Dr. P. Eickholz, Universität Frankfurt
- 16.⁴⁵ UHR DISKUSSION**
- 17.¹⁵ UHR MITGLIEDERVERSAMMLUNG DER NAGP E.V.**
- 20.⁰⁰ UHR GESELLSCHAFTSABEND IM BAYERISCHEN BAHNHOF**

8 FORBILDUNGSPUNKTE, ANMELDESCHLUSS IST DER 16.10.2007

ORGANISATION UND ANMELDUNG:

NAGP E.V. Kolpingstr. 3
DR. EVA STRELETZ 63150 Heusenstamm

 0 61 04 / 36 96
FAX 0 61 04 / 38 38

EMAIL: Dr.Streletz@t-online.de
INTERNET: www.nagp.de

IMPRESSUM

Herausgeber: Neue Arbeitsgruppe Parodontologie e.V.
Redaktion: Prof. Dr. Peter Eickholz
Beirat: Prof. Dr. Anton Sculean MS, Dr. Beate Schacher, Dr. Eva Streletz
(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