

NEUE ARBEITSGRUPPE PARODONTOLOGIE E.V.**Inhalt:**

Originalartikel	2
Motivierende Gesprächsführung kann die Selbstwirksamkeit zur Zahnzwischenraumreinigung von Patienten mit Parodontitis erhöhen. J. Woelber	
Tagungsbericht	6
„Da geht noch was ... Kompromisse und Grenzen der Zahnerhaltung“ 23. Jahrestagung der Neuen Arbeitsgruppe Parodontologie in Heidelberg	
Tagungsankündigung	11
25. Symposium Parodontologie der Bundeswehr und 23. Frühjahrstagung der NAGP e.V am 03./04.06.2016 in Hamburg Ästhetik und Funktion nach Parodontaltherapie	
Impressum	12

ORIGINALARTIKEL

Motivierende Gesprächsführung kann die Selbstwirksamkeit zur Zahnzwischenraumreinigung von Patienten mit Parodontitis erhöhen.

Johan P Woelber¹, Narin Spann-Aloge¹, Gilgamesh Hanna¹, Goetz Fabry², Katrin Frick³, Rigo Brueck⁴, Andreas Jähne⁵, Kirstin Vach⁶, Petra Ratka-Krüger¹

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

² Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg i.Br.

³ Deutsche Psychologen Akademie, Berlin

⁴ Psychologische Praxis, San Diego, CA, USA

⁵ Rhein-Jura-Klinik, Klinik für Psychotherapie, Bad Säckingen

⁶ Institut für Medizinische Biometrie und Medizinische Informatik, Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg i.Br.

Hinweis

Beim Text handelt es sich um eine deutschsprachige Zusammenfassung der im Volltext unter folgender Referenz verfügbaren Studie: Woelber JP, Spann-Aloge N, Hanna G, Fabry G, Frick K, Brueck R, Jähne A, Vach K, Ratka-Krüger P. Training of Dental Professionals in Motivational Interviewing can Heighten Interdental Cleaning Self-Efficacy in Periodontal Patients. *Front Psychol.* 2016 Feb 24;7:254. doi: 10.3389/fpsyg.2016.00254. eCollection 2016.

Einleitung

Eine erfolgreiche Parodontitistherapie basiert auf der Mitarbeit des Patienten. Von wesentlicher Bedeutung sind dabei die häusliche Mundhygiene, die Minimierung von parodontalen Risikofaktoren und das regelmäßige Wiedererscheinen zur parodontalen Nachsorge (Ramseier 2005; Eickholz et al. 2008). Die Gesprächsform der Motivierenden Gesprächsführung (engl. Motivational Interviewing, MI) hat sich in vielen Gesundheitsbereichen dabei als eine effektive und evidenzbasierte Methode erwiesen, Patientenmotivation und –mitarbeit zu fördern (Rubak et al. 2005; Lundahl et al. 2013). Die von Miller & Rollnick (2012) entwickelte Gesprächsmethode fußt dabei auf einem klientenzentrierten, direktiven Ansatz, die intrinsische Motivation von Patienten durch Erkunden und Auflösen von

Ambivalenz zu fördern. Im Bereich der Parodontologie konnten erste Studien positive aber auch ausbleibende Effekte von MI bei Patienten mit Parodontitis zeigen (Gao et al. 2014). Ziel der vorliegenden Untersuchung war es daher, den Effekt einer Schulung von Studierenden in MI in Bezug auf die Ergebnisse der Parodontitistherapie zu untersuchen.

Material und Methode

Die Studie wurde als prospektive, kontrollierte klinische Studie durchgeführt. Dafür sollten die Patienten von MI-geschulten und nicht-MI-geschulten Studierenden vor und nach der Parodontitistherapie im Studierendenkurs durch einen verblindeten Prüfzahnarzt untersucht werden. Um keine Interaktion zwischen Studierenden der Kontrollgruppe und der Experimental-

ORIGINALARTIKEL

gruppe zu ermöglichen wurde die Kontrollgruppe ein Semester vor der Experimentalgruppe untersucht.

Die Studie wurde vor Durchführung durch die Ethik-Kommission der Universität Freiburg begutachtet und genehmigt (EK Nr. 291/11) und im Deutschen Register Klinischer Studien (DRKS) angemeldet (DRKS00003954). Alle Patienten unterzeichneten ihre freiwillige Teilnahme an der Studie. Die Fallzahlplanung beruhte auf den praktischen Möglichkeiten im Rahmen des Studierendenkurses der Zahnerhaltungskunde II. Einschlusskriterien waren das Vorliegen einer chronischen Parodontitis mit einem PSI-Grad von 3 und höher (Ainamo et al. 1982) in mindestens zwei Sextanten und ausreichende sprachliche Fähigkeiten zum Verständnis der Studie. Ausschlusskriterien waren das Vorliegen einer aggressiven Parodontitis, infektiöse Erkrankungen, Schwangerschaft, Antibiotikaeinnahme 6 Monate vor oder während des Studienzeitraums, Mundtrockenheit und Medikamente, die gingivale Veränderungen und Zahnfleischbluten beeinflussen können. In Studie wurden sowohl Fragebögen als auch klinische Parameter erhoben. Die klinischen Parameter bestanden aus dem Plaqueindex nach Silness & Loe (1964), dem Gingivaindex nach Loe & Silness (1963) und einem Parodontalstatus (Sondierungstiefen, Bluten auf Sondieren, Rezessionen, Furkationsmessung, Lockerungsgrade), der mit Hilfe einer drucksensitiven Parodontalsonde (DB764R, Aesculap, Tuttlingen, Deutschland) erhoben wurde. Die Fragebögen beinhalteten demographische Faktoren, Fragen zur allgemeinen Selbstwirksamkeit (Schwarzer & Jerusalem 1995), Fragen zur mundhygienespezifischen Selbstwirksamkeit und Mundhygieneverhalten (Woelber et al. 2015). Vor Durchführung der Studie wurde der Präfzahnarzt auf Reproduzierbarkeit trainiert, bis diese über 90% lag (Lang et al. 2010). Zudem wurden die Gespräche zwischen Studierenden und Patienten mittels digitalen Aufnahmegeräts mitgeschnitten, um eine spätere Auswertung der MI-Qualität mittels MITI-d (Brueck et al.

2009) zu ermöglichen.

Die Schulung der Studierenden in MI wurde durch eine Psychologin und Expertin für MI (KF) in einem 8 Stunden Workshop durchgeführt. Eine Woche nach dem Training wurden die Studierenden durch einen MI Experten (AJ) für 4 Stunden supervidiert. Die Studierenden der Kontrollgruppe bekamen keine Schulung in MI. Die Studierenden führten während des Semesters sowohl eine systematische Parodontitistherapie mit Vorbehandlung, Scaling und Wurzelglätten und Reevaluation durch, sowie zwei Nachsorgebehandlungen.

Ergebnisse

Es konnten insgesamt 172 Patienten von Baseline bis zum Ende untersucht werden. In der MI-Gruppe wurden dabei 73 Patienten (36 weibliche, 37 männliche, mit einem Durchschnittsalter von 59,8 Jahren) von 24 Studierenden behandelt. In der Kontrollgruppe wurden 99 Patienten (48 weibliche, 51 männliche, mit einem Durchschnittsalter von 58,8 Jahren) von 32 Studierenden behandelt. Der Gesamtanteil der Raucher lag bei 22,7% mit 23,2% in der Kontrollgruppe und 21,9% in der MI-Gruppe. Die Ergebnisse der Mundhygienefragebogen ergaben keine signifikant unterschiedlichen Veränderungen zwischen den Gruppen, bis auf eine signifikant stärkere Zunahme der Selbstwirksamkeit bezüglich der Zahnzwischenraumreinigung in der MI-Gruppe (Kontrollgruppe: Baseline $17,37 \pm 6,20$ - Ende $17,38 \pm 6,01$; MI-Gruppe: Baseline $16,67 \pm 6,06$ - Ende $19,57 \pm 4,70$; $p=0,016$). Die klinischen Parameter zeigten eine signifikant stärkere Abnahme der gingivalen Entzündung ($p<0,001$) und der Sondierungstiefen ($p=0,035$) in der MI-Gruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe. Ansonsten zeigten sich keine Unterschiede in dem Verlauf der beiden Gruppen. Eine weitergehende Regressionsanalyse mit den Faktoren Gruppenzugehörigkeit (MI, Kontrolle), Rauchen, Alter, Geschlecht und Behandlungsart ergab jedoch, dass lediglich der signifikante Unterschied in der Veränderung der Interdental-

ORIGINALARTIKEL

raum-Selbstwirksamkeit durch die Zugehörigkeit zur MI-Gruppe bestimmt war ($p=0,017$). Bezüglich der MITI-d Analyse zeigte sich eine signifikante Zunahme aller MI-adhärenten Konversationsfaktoren (Empathie, MI-spirit, MI-adhärente Kommunikation, geschlossene und offene Fragen, einfache Reflektionen) bis auf die Verwendung von komplexen Reflektionen ($p=0,069$). Es zeigten sich keine Unterschiede in der Gabe von Informationen und in der verhaltensbezogene Gesprächszeit.

Diskussion

Die Ergebnisse der Studie stimmen mit den Untersuchungen von Stenman et al. (2012) und Brand et al. (2013) überein, die keine klinischen Vorteile in der Parodontitistherapie durch MI über einem Zeitraum von 6 bzw. 3 Monaten feststellen konnten. Im Gegensatz dazu stehen die Ergebnisse von Jönsson et al. (2009, 2010), die durch die Anwendung von MI signifikant bessere klinische Ergebnisse zeigen konnten. Dabei muss beachtet werden, dass der Studienzeitraum der positiven Studien Jahr lang war. Dieser Umstand lässt vermuten, dass Interventionen zur Stärkung der Patienten-Adhärenz wohlmöglich einem längeren Untersuchungszeitraum bedürfen, um klinisch „sichtbar“ zu werden. Der wichtigste patientenbezogene Faktor für den Zahnerhalt in der parodontalen Nachsorge wurde in einer Studie von Eickholz et al. (2008) in einem Untersuchungszeitraum von 10 Jahren festgestellt. Der ausbleibende klinische Effekt in Kurzzeitstudien kann dementsprechend an den wirkungsvollen Begleitumständen der Mundhygienebeeinflussung und dem Scaling und Wurzelglätten liegen (Goodson et al. 2012). Ein weiteres Ergebnis der vorliegenden Studie war eine signifikant höhere Selbstwirksamkeit der Patienten bezüglich der Zahnzwischenraumreinigung. Eigene frühere Untersuchungen konnten zeigen, dass diese Selbstwirksamkeit sowohl mit dem aktuel-

len aber auch mit dem zukünftigen Mundhygieneverhalten korreliert (Woelber et al. 2015). Die Ergebnisse bezüglich der MI Schulungen konnten zeigen, dass ein solcher 8 Stunden Workshop mit Supervision geeignet ist, dass Gesprächsverhalten der Studierenden signifikant in Richtung einer MI-adhärenten Konversation zu verändern. Allerdings blieben alle MITI-Werte unter denen, die für psychologische Therapeuten empfohlen werden (Moyers et al. 2005). Es kann vermutet werden, dass eine noch tiefergehendere Schulung eventuell eindrucklichere Ergebnisse erbracht hätte. Wie Miller und Moyers (2006) darstellen, kann MI allerdings nicht durch einen einzelnen Workshop gelernt werden, sondern bedarf eines kontinuierlichen Prozesses, der sowohl kommunikative Fähigkeiten als auch philosophische Einstellungen und Haltungen adressiert. Eine interessantes Ergebnis ist, dass die Konversationszeit über verhaltensbezogene Faktoren mit dem Patienten in beiden Gruppen gleich war. Das heisst, dass obwohl MI eine mehr reflektierende und zuhörende Kommunikation verursacht, dies nicht zwingenderweise zu längeren Gesprächen führen muss.

Schlussfolgerungen

Ein 8 Stunden Workshop in Motivierender Gesprächsführung mit Supervision kann die Selbstwirksamkeit von Patienten in der Parodontitistherapie positiv beeinflussen, verändert allerdings nicht die klinischen Ergebnisse der Parodontitistherapie über einen Zeitraum von 6 Monaten. Die Studierenden wenden durch eine MI-Schulung signifikant mehr MI-adhärente Kommunikation an, ohne dabei mehr Zeit für die Gespräche zu benötigen.

Danksagung

Die Autoren danken der Neuen Arbeitsgruppe für Parodontologie für die Unterstützung dieser Studie.

ORIGINALARTIKEL

Referenzen

- Ainamo, J. et al., 1982. Development of the World Health Organization (WHO) community periodontal index of treatment needs (CPITN). *International Dental Journal*, 32(3), p.281.
- Brueck, R.K. et al., 2009. Psychometric properties of the German version of the Motivational Interviewing Treatment Integrity Code. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36(1), pp.44–48.
- Eickholz, P. et al., 2008. Tooth loss after active periodontal therapy. 1: patient-related factors for risk, prognosis, and quality of outcome. *Journal of Clinical Periodontology*, 35(2), pp.165–174.
- Gao, X. et al., 2014. Motivational interviewing in improving oral health: a systematic review of randomized controlled trials. *Journal of Periodontology*, 85(3), pp.426–437.
- Goodson, J.M. et al., 2012. Control of periodontal infections: a randomized controlled trial I. The primary outcome attachment gain and pocket depth reduction at treated sites. *Journal of Clinical Periodontology*, 39(6), pp.526–536.
- Jönsson, B. et al., 2010. Evaluation of an individually tailored oral health educational programme on periodontal health. *Journal of Clinical Periodontology*, 37(10), pp.912–919.
- Jönsson, B. et al., 2009. The effectiveness of an individually tailored oral health educational programme on oral hygiene behaviour in patients with periodontal disease: a blinded randomized-controlled clinical trial (one-year follow-up). *Journal of Clinical Periodontology*, 36(12), pp.1025–1034.
- Lang, N.P. et al., 2010. Examiner training: standardization and calibration in periodontal studies. In W. Giannobile, B. Burt, & R. J. Genco, eds. *Clinical Research in Oral Health*. Oxford: Blackwell Publishing, pp. 159–175.
- Löe, H. & Silness, J., 1963. Periodontal Disease in pregnancy. I. Prevalence and severity. *Acta Odontologica Scandinavica*, 21, pp.533–551.
- Lundahl, B. et al., 2013. Motivational interviewing in medical care settings: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient Education and Counseling*, 93(2), pp.157–168.
- Miller, W.R. & Moyers, T.B., 2006. Eight stages in learning motivational interviewing. *Journal of Teaching in the Addictions*, 5(1), pp.3–17.
- Miller, W.R. & Rollnick, S., 2012. *Motivational interviewing: Helping people change*, Guilford press.
- Moyers, T.B. et al., 2005. Assessing competence in the use of motivational interviewing. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28(1), pp.19–26.
- Ramseier, C.A., 2005. Potential impact of subject-based risk factor control on periodontitis. *Journal of clinical periodontology*, 32 Suppl 6, pp.283–290.
- Rubak, S. et al., 2005. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 55(513), pp.305–312.
- Schwarzer, R. & Jerusalem, M., 1995. Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs. In J. Weinman, J. Wright, & M. Johnston, eds. *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs*. Windsor, UK: NFER-NELSON.
- Silness, J. & Löe, H., 1964. Periodontal Disease in pregnancy. II. Correlation between oral hygiene and periodontal condition. *Acta Odontologica Scandinavica*, 22, pp.121–135.
- Woelber, J.P. et al., 2015. Oral hygiene-related self-efficacy as a predictor of oral hygiene behaviour: a prospective cohort study. *Journal of Clinical Periodontology*, 42(2), pp.142–149.

TAGUNGSBERICHT

„Da geht noch was ... Kompromisse und Grenzen der Zahnerhaltung“**23. Jahrestagung der Neuen Arbeitsgruppe Parodontologie in Heidelberg**

Der Erhalt parodontalgeschädigter Zähne ist sicherlich das wichtigste Ziel, aber eben oftmals auch die größte Herausforderung in der Parodontologie. Häufig ist dieses Ziel nur mit Kompromissen bezüglich der Ästhetik und Kaufunktion möglich. Des Weiteren müssen auch mögliche Folgebehandlungen berücksichtigt und abgewogen werden, so dass nicht in jedem Fall der Erhalt eines parodontalerkrankten Zahnes sinnvoll ist. Aber welche Kompromisse sind möglich? Und wo liegen heutzutage die Grenzen der parodontalen Therapie? Diesem klinisch höchstrelevanten und immer aktuellen Thema widmete sich die 23. Jahrestagung der Neuen Arbeitsgruppe Parodontologie (NAGP) im Oktober des vergangenen Jahres in voller Breite und Tiefe (Abb. 1).



Abbildung 1:

Referenten und Organisatoren der 23. NAGP-Jahrestagung: Dr. Sarah Sonnenschein, Prof. Ti-Sun Kim, PD Adrian Kasaj, OberstArzt Dr. Thomas Eger, Dr. Eva Streletz, Prof. Holger Jentsch, Dr. Martin Hagner, PD Pia Jervøe-Storm, Prof. James Deschner (von rechts nach links).

Unter dem Tagungsmotto „Da geht noch was ... Kompromisse und Grenzen der Zahnerhaltung“ lud der Vorstand der NAGP gemeinsam mit der Gastgeberin Frau Prof. Ti-Sun Kim aus der Sektion Parodontologie der Poliklinik für Zahnerhaltungskunde des Universitätsklinikums nach Heidelberg ein.

Frau OÄ Dr. Nihad El Sayed (Sektion Parodontologie der Poliklinik für Zahnerhaltungskunde, Universitätsklinikum Heidelberg) referierte in ihrem Vortrag vor allem über den Zahnerhalt bei

der *aggressiven Parodontitis*. Zähne mit schlechter Anfangsprognose können durch eine aktive Parodontaltherapie bei Patienten mit aggressiver Parodontitis langfristig erhalten werden (Abb. 2).

TAGUNGSBERICHT



Abbildung 2:

34-jähriger männlicher Patient mit generalisierter aggressiver Parodontitis. oben) Ausgangssituation; unten) Zustand nach systematischer Parodontitistherapie einschließlich regenerativer Parodontalchirurgie mit Schmelzmatrixproteinen, z.T. in Kombination mit bovinem Knochenersatzmaterial (Quelle: Dr. N. El Sayed/Heidelberg).

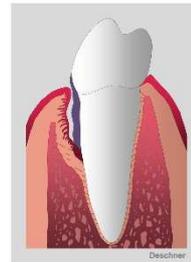
Faktoren, die den Zahnerhalt beeinflussen, sind z. B. Patientenalter, Bildungsstatus und Knochenabbau. Bei Patienten, die im Rahmen der unterstützenden Parodontitistherapie regelmäßig nachuntersucht und -behandelt werden, sind die Progression der Parodontitis und die Zahnverlustrate gering. Die Ergebnisse sind vergleichbar

mit der Prognose von Zähnen bei chronischer Parodontitis.

Prof. James Deschner (2. Vorsitzender der NAGP; Sektion für Experimentelle Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Universität Bonn), betonte in seinem Vortrag, dass in einer alternden Gesellschaft *Erkrankungen der Gesamtorganismus*, wie z.B. Diabetes mellitus, Adipositas, rheumatoide Arthritis und neurodegenerative Erkrankungen, eine weiterhin zunehmende Bedeutung für die Parodontologie und somit für den Zahnerhalt haben werden. Patienten, die an diesen Erkrankungen leiden, weisen ein erhöhtes Risiko für Parodontitis auf. Andererseits beeinflusst auch die Parodontitis die Entstehung und Progression zahlreicher Erkrankungen des Gesamtorganismus, so dass der Erhalt von nicht

erfolgreich zu behandelnden parodontalgeschädigten Zähnen kritisch beurteilt werden muss (Abb. 3).

- Diabetes mellitus
- Herzinfarkt
- Schlaganfall
- Periphere arterielle Verschlusskrankheit
- Erektile Dysfunktion
- Adipositas
- Rheumatoide Arthritis



- Pneumonien
- Nierenerkrankungen
- Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen
- Frühgeburtlichkeit
- Untergewichtigkeit von Neugeborenen
- Morbus Alzheimer
- Morbus Parkinson
- Karzinome

Abbildung 3:

Assoziationen zwischen parodontalen und systemischen Erkrankungen (Quelle: Prof. J. Deschner/Bonn).

Die Zusammenarbeit zwischen Zahn- und Fachärzten zum Wohle der Patienten wird zukünftig eine immer größere Rolle spielen.

Im Vortrag von **Prof. Holger Jentsch** (Funktionsbereich Parodontologie der Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie, Universitätsklinikum Leipzig) wurde die Bedeutung des *Scalings und Root Planings* als das Verfahren herausgestellt, das sich der Beseitigung des subgingivalen Biofilms zur Infektions- und Entzündungsbekämpfung im Rahmen der Parodontitistherapie widmet. Neben der Darstellung von Ergebnissen eigener Studien, die sich mit der Optimierung des Scalings und Root Planings durch die systemische Gabe verschiedener Antibiotika, Full-Mouth-Therapie, Verwendung von Hyaluronan oder anderen Adjuvantien befassten, ging der Referent auf eigene klinische Fälle ein. Der Autor betonte, dass der Schwerpunkt auf eine gute subgingivale Instrumentierung zu legen ist. Der zusätzliche Effekt adjuvanter Substanzen unterscheidet sich kaum voneinander und ist zum anderen auch nur von begrenztem Ausmaß. Nach Wiederherstellung der Entzündungsfreiheit in den parodontalen Geweben sind ein langfristiger Zahnerhalt und eine kieferorthopädische und/oder festsitzende prothetische Therapie selbst bei reduziertem Haltegeewebe möglich.

TAGUNGSBERICHT

Priv.-Doz. Adrian Kasaj (1. Vorsitzender der NAGP; Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie, Universität Mainz) befasste sich in seinem Vortrag mit den Möglichkeiten und Grenzen der *resektiven Parodontalchirurgie und Furkationstherapie*. Die resektive Knochenchirurgie in Kombination mit einem apikal verschobenen Lappen stellt nach wie vor eine vorhersagbare und sichere Technik zur Taschenelimination im Zusammenhang mit 2- oder 1-wandigen Knochendefekten sowie horizontalem Knochenabbau dar (Abb. 4).



Abbildung 4:

Inverse Knochenarchitektur (Quelle: PD A. Kasaj/Mainz).

Die Resektion zahntragenden Knochens sollte heutzutage jedoch eher zurückhaltend erfolgen. Der Einsatz der resektiven Parodontalchirurgie eignet sich auch als zahnerhaltende Therapieoption bei furkationsinvolvierten Molaren. So kann bei richtiger Indikationsstellung und klinischer Umsetzung die resektive Furkationstherapie durchaus als kostengünstigere Alternative zur Implantattherapie angesehen werden. Der Referent wies zudem darauf hin, dass die Entscheidung für oder gegen eine Extraktion stets eine Einzelfallentscheidung darstellt, die durch zahlreiche Faktoren beeinflusst wird. Der Einsatz prognostischer Klassifikationssysteme bei der Entscheidungsfindung Zahnerhalt oder Extraktion scheint dabei nur bedingt hilfreich.

Frau **Priv.-Doz. Pia Jervøe-Storm** fokussierte in ihrem Vortrag vor allem auf die Möglichkeiten

und Grenzen der *regenerativen Parodontitistherapie*. Eine optimale, d.h. regenerative, Heilung nach einem parodontalchirurgischen Eingriff ist durch die Neubildung von Zement, Desmodont und Alveolarknochen gekennzeichnet. Mit Wurzeloberflächenmodifikationen, Knochenersatzmaterialien, Membranen (GTR) oder Schmelzmatrixproteinproteinen (EMD) wird angestrebt, die parodontale Regeneration zu stimulieren. Vor allem die Bildung eines langen Saumepithels soll so verhindert werden. Für eine regenerative Therapie eignen sich am besten mehrwandige intraalveoläre Defekte und ein Furkationsbefall bis Grad II. Mittlerweile gibt es eine Vielzahl an Studien zu den verschiedenen Behandlungsmodalitäten. Bei der Verwendung von alloplastischen Knochenersatzmaterialien bildet sich zu meist ein langes Saumepithel. Die Behandlung der instrumentierten Wurzeloberfläche mit unterschiedlichen chemischen Agenzien oder LASER-Systemen konnte in den meisten Fällen keine wesentliche Verbesserung im Vergleich zu einer alleinigen konventionellen Therapie bewirken. Mit Membrantechnik konnten gleichartige klinische Ergebnisse wie mit der Anwendung von EMD demonstriert werden, wobei es sich bei EMD um einen biomimetischen Ansatz handelt (Abb. 5).

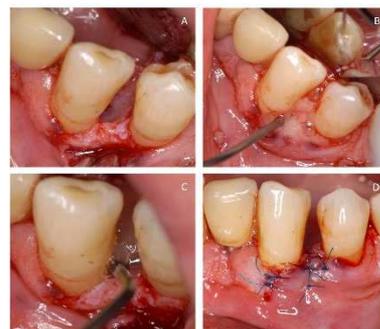


Abbildung 5:

Regenerativer Eingriff am Zahn 33. A: Darstellung des Knochendefekts distal des Zahnes 33, B: Intraoperative Applikation des EDTA-Gels, C: Intraoperative Applikation von Schmelzmatrixproteinen; D: Nahtverschluss (Quelle: PD P.-M.

TAGUNGSBERICHT

Jervøe-Storm/Bonn). Voraussetzung für den Erfolg der verschiedenen regenerativen Therapien sind eine optimale Mundhygiene der Patienten sowie deren regelmäßige Betreuung im Rahmen der unterstützenden Parodontitistherapie.

Dr. Martin Hagner (Zentrum für umfassende Zahnmedizin, Bonn) legte den Schwerpunkt seines Vortrags auf die Parodontaltherapie in Kombination mit *kieferorthopädischen Rehabilitationen* (Abb. 6).



Abbildung 6:

Patientin mit aggressiver Parodontitis vor kieferorthopädischer Rehabilitation (Quelle: Dr. M. Hagner/Bonn).

Der erste Wunsch unserer Patienten besteht doch zumeist darin, schöne Zähne haben zu wollen. Nicht selten kommt es im Laufe einer schweren Parodontalerkrankung zu pathologischen Zahnbewegungen. Die Patienten sind häufig neben Attachmentverlust auch noch durch Zahnlücken oder Fehlstellungen bzw. Malokklusion gezeichnet. Eine anspruchsvolle Zusammenarbeit zwischen Parodontologen und Kieferorthopäden ist nun gefragt. Zur besseren Koordination und Kommunikation dieser Zusammenarbeit ist in der Universitätszahnklinik Bonn ein interdisziplinäres Therapiekonzept entwickelt worden, das sich auf den Parodontalen-Screening-Index (PSI) stützt. Ziel ist es dabei, den Patienten so erfolgreich parodontal zu behandeln, dass möglichst keine parodontalen Entzündungen (PPD > 4mm und BOP +) mehr vorhanden sind, um das Risiko „Attachmentverlust“ bei einer anschließenden kieferorthopädischen Therapie gering zu halten. Das Besondere

an diesem Konzept ist die Screening-gestützte Wiedervorstellung des Patienten beim Parodontologen auch während der orthodontischen Therapie, so dass ein permanentes Recall gewährleistet ist und eine befundorientierte, zielgerichtete medizinische Prophylaxe umgesetzt werden kann. Dabei dient der Attachmentstatus als kommunikatives Hilfsmittel zwischen Kieferorthopäden und Parodontologen. Eindrucksvoll konnte anhand eines Fallbeispiels gezeigt werden, wie bei einem jungen Patienten mit generalisierter fortgeschrittener Parodontitis (Attachmentverlust z. T. > 50%) und ausgeprägten Zahnfehlstellungen (Nichtanlage des Zahnes 12, einseitiger Kreuzbiss) sogar unter Anwendung der Lingualtechnik eine ästhetische und funktionale Rehabilitation der Dentition erreicht wurde. Auch der Einsatz von Implantaten konnte als nachhaltiges Hilfsmittel bei Wiederherstellung von Ästhetik und Funktion im interdisziplinären Kontext veranschaulicht werden.

OberstArzt Dr. Thomas Eger (Fachzahnärztliches Zentrum, Parodontologie, Bundeswehrzentral Krankenhaus Koblenz) stellte in seinem Vortrag 6 Fallpräsentationen aus den 15-Jahresergebnissen zu 40 vollcomplianten Patienten mit aggressiver und schwerer chronischer Parodontitis vor, die *Implantate* vor mehr als 10 Jahren erhalten hatten. Die Implantaterfolgsraten waren bei beiden Parodontitisformen mit 89,6 % versus 87,3 % über 10 Jahre vergleichbar. 30 % der Patienten mit einer aggressiven Parodontitis und 20 % der Patienten mit schwerer chronischer Parodontitis verloren Implantate. Der jährliche Knochenabbau um die Implantate lag bei beiden Parodontitisformen bei 1,5 % - 2,1 % pro Jahr, hingegen bei den benachbarten Zähnen lediglich bei 0,2 % pro Jahr. Implantatversorgungen bei erfolgreich parodontal behandelten und complianten Patienten sind möglich. Trotz großen zeitlichen und finanziellen Aufwandes bewahren sie aber nicht vor Zahnverlust, Periimplantitis und Implantatverlust sowie prothetischen Folgeversorgungen.

TAGUNGSBERICHT

Über die Grenzen der Implantattherapie referierte die Gastgeberin Frau **Prof. Ti-Sun Kim** (Sektion Parodontologie der Poliklinik für Zahnerhaltungskunde, Universitätsklinikum Heidelberg) in ihrem Vortrag. Die Prävalenz der *Periimplantitis* nimmt aktuell zu. Statt Explantation kann die Therapie der Periimplantitis mit langfristiger Kontrolle der periimplantären Infektion eine Option darstellen. Um Langzeitstabilität nach einer Periimplantitistherapie zu erreichen, ist die unterstützende Nachsorge unerlässlich.

Eine Antwort auf die Frage "Was kann die *unterstützende Parodontistherapie* leisten? - Zahnerhalt bei fortgeschrittener Parodontitis" suchte der Vortrag von Frau **Dr. Sarah Sonnenschein** (Sektion Parodontologie der Poliklinik für Zahnerhaltungskunde, Universitätsklinikum Heidelberg) zu geben. Neben der Erläuterung der Ziele der unterstützenden Parodontistherapie (Zahnerhalt, Funktionserhalt, Schmerzfreiheit und Ästhetik) wurde die aktuelle Literatur zu diesem Thema diskutiert. Es wurde herausgestellt, dass es zu dieser Fragestellung zwar viele retrospektive Studien, aber nur wenige prospektive Untersuchungen gibt, die einen längeren Beobachtungszeitraum umfassen. Insgesamt lässt sich aus den vorhandenen Studien ableiten, dass Patienten in den meisten Fällen ihre Dentition mit kleineren Limitationen der parodontalen Parameter erhalten können, wenn eine gute Compliance mit der unterstützenden Parodontistherapie vorliegt. Abschließend wurde ein über 22 Jahre dokumentierter Patientenfall mit einer schweren generalisierten Parodontitis vorgestellt, bei dem durch eine konsequente systematische Parodontalbehandlung und eine regelmäßige unterstützende Parodontistherapie alle Zähne trotz einer schlechten Ausgangsprognose erhalten werden konnten.

Die 23. Jahrestagung bot mit ihren engagierten Referenten und interessierten Teilnehmern ein hervorragendes Forum, die aktuellen Möglich-

keiten und Grenzen der klinischen Parodontologie zu diskutieren. Die NAGP bedankt sich noch einmal sehr herzlich bei Frau Prof. Ti-Sun Kim als Gastgeberin und freut sich bereits auf die nächste Jahrestagung, die am 21./22. Oktober dieses Jahres in Münster in Zusammenarbeit mit Prof. Benjamin Ehmke (Poliklinik für Parodontologie und Zahnerhaltung, Universitätsklinikum Münster) stattfinden wird.

Neue Arbeitsgruppe Parodontologie e.V.

Zusammenfassung

- langfristiger Erhalt der Zähne auch bei aggressiver Parodontitis möglich
- Zunehmende Bedeutung von Erkrankungen des Gesamtorganismus für die Zahnmedizin aufgrund der alternden Gesellschaft
- effektive subgingivale Instrumentierung der Wurzeloberfläche von größter Bedeutung für den Therapieerfolg
- resektive Knochenchirurgie in Kombination mit einem apikal verschobenen Lappen als eine vorhersagbare und sichere Technik zur Taschenelimination
- regenerative Therapie bei mehrwandigen intraalveolären Defekten und Furkationsbefall bis Grad II anwendbar
- ästhetische und funktionale Rehabilitation der Dentition bei generalisierter fortgeschrittener Parodontitis und ausgeprägten Zahnfehlstellungen durch eine kombinierte parodontale und kieferorthopädische Therapie möglich
- Implantatversorgung bei erfolgreich parodontal behandelten und complianten Patienten möglich
- Therapie der Periimplantitis mit langfristiger Kontrolle der periimplantären Infektion als Alternative zu Explantation
- Patient compliance und regelmäßige unterstützende Parodontistherapie unabdingbar für den langfristigen Therapieerfolg

TAGUNGSANKÜNDIGUNG



25. Symposium Parodontologie der Bundeswehr
23. Frühjahrstagung der NAGP e.V

Ästhetik und Funktion nach Parodontaltherapie

am 03./04.06.2016 in Hamburg



03.06.2016

15.⁰⁰ – 18.⁰⁰ Uhr Fallrepräsentationen der Teilnehmer Curriculum Parodontologie der Bundeswehr

04.06.2016

9.¹⁵ Uhr **Tagungseröffnung**

Oberfeldarzt Dr. M. Luepke, Bundeswehrkrankenhaus Hamburg

Grußworte

GA Dr. Hoitz, Bundeswehrkrankenhaus Hamburg,

FLA Dr. Bieber, Kdo SanDstBw III,

PD Dr. Dr. hc. A. Kasaj, NAGP e.V.

10.⁰⁰ Uhr **Genetik der gingivalen Ästhetik, biologische Breite, Rezessionen, Dentinhypermensibilität und parodontale Phänotypen**

Prof. Dr. J. Deschner, Bonn

10.³⁰ Uhr **Kaffeepause**

11.⁰⁰ Uhr **Deckung parodontaler Rezessionen mit Bindegewebsstransplantaten**

Oberfeldarzt Dr. M. Luepke, Hamburg

11.³⁰ Uhr **Deckung parodontaler Rezessionen mit 3D Kollagenmatrizes**

PD Dr. Dr. hc. A. Kasaj, Mainz

12.⁰⁰ Uhr **Weichgewebe und Implantate**

Oberstabsarzt d. R. Dr. B. Greven, Hamburg

12.³⁰ Uhr **Diskussion der Vormittagsvorträge**

12.⁴⁵ Uhr **Übergabe der Abschlusszertifikate des Curriculum Parodontologie der Bundeswehr**

13.³⁰ Uhr **Kaffeepause**

13.⁴⁵ Uhr **Perioprothetische Komplikationen: Gingivaepithesen**

Oberfeldarzt Dr. J. Weyer, Köln

14.¹⁵ Uhr **Implantologische Komplikation: Periimplantitis und Post-Periimplantitis-ästhetik**

Oberfeldarzt Dr. R. Thierbach, Berlin

14.⁴⁵ Uhr **Hyaluronsäureeinsatz zur Verbesserung der parodontalen Ästhetik**

Oberstarzt Dr. Th. Eger, Koblenz

15.¹⁵ Uhr **Diskussion der Nachmittagsvorträge**

IMPRESSUM

Herausgeber: Neue Arbeitsgruppe Parodontologie e.V.
Redaktion: Dr. Eva Streletz, Jutta Sattler
Beirat: PD Dr. Dr. h.c. Adrian Kasaj, Prof. Dr. James Deschner
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 ®, ™ 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 bei NAGP – Gerichtsstand Münster