

## NEUE ARBEITSGRUPPE PARODONTOLOGIE E.V.



<b>INHALT:</b>	<b>17</b>
<b>EDITORIAL:</b>	
Hat Diät nicht was mit Abnehmen zu tun?	<b>18</b>
<b>FORTBILDUNG</b>	
„MasterOnline Parodontologie“ - berufsbegleitend zum Master of Science	<b>19</b>
<b>NAGP-FÖRDERPREIS ABSTRACTS 2007 - TEIL 2</b>	
Purschwitz, Schmidt, Jentsch: Creeping attachment nach freier Schleimhauttransplantation?	<b>21</b>
Niyasow, Rist, Weyer, Eger: Fünfjahresergebnisse zur Akzeptanz und Haltbarkeit von flexiblen Gingivaepithesen	<b>22</b>
Roßberg, Baron, Arndt, Schacher, Wohlfeil, Eickholz: Nachweis von <i>Fusobacterium nucleatum</i> und <i>Prevotella intermedia</i> in subgingivaler Plaque	<b>23</b>
Knöfler, Jentsch, Merte: Langzeit-Betreuung einer Patientin mit medikamentös bedingter Gingivawucherung - ein Fallbericht	<b>24</b>
Kim, Kang, Lee, Simon*, Eickholz, Pretzl, Kim: Unterschiede in der Größe und Lokalisation parodontaler Defekte bei Patienten kaukasischer und ostasiatischer Herkunft (Teil 1)	<b>25</b>
Stratul, Rusu, Didilescu, Mesaros-Anghel, Lala, Tion, Sculean: Re-evaluation after One-Stage Full-Mouth Desinfection Followed by Prolongated Adjunctive Use of Chlorhexidine. A Clinical Longitudinal Study.	<b>26</b>
<b>AUSSCHREIBUNG DER NAGP - FÖRDERPREISE FÜR 2008</b>	
Förderpreis	<b>27</b>
Dissertationspreis	<b>28</b>
Forschungsförderung	<b>29</b>
<b>RICHTIGSTELLUNG</b>	<b>29</b>
<b>TAGUNGSANKÜNDIGUNGEN:</b>	
Risikopatienten in der Parodontologie 16. Symposium Parodontologie am Bundeswehrzentral Krankenhaus Koblenz und 14. Frühjahrstagung der Neuen Arbeitsgruppe Parodontologie e. V. (NAGP) am 24.05.2008 in Koblenz	<b>30</b>
Regenerative Parodontaltherapie gestern und heute 16. Jahrestagung der Neuen Arbeitsgruppe Parodontologie e. V. (NAGP) am 15.11.2008 in Nijmegen	<b>31</b>
<b>IMPRESSUM</b>	<b>32</b>

## EDITORIAL

**Hat Diät nicht was mit Abnehmen zu tun?**

**Unsere armen Abgeordneten müssen sich schon wieder auf eine Diätenerhöhung einstellen. Das tun sie natürlich nur widerwilligst - aber schließlich sind die Einkünfte der bedauernswerten Volksvertreter ja nun mal an die Einkünfte der Beamten geknüpft - da kann man halt nix machen ...**

Liebe Gierhalse, jeder Rentner kann Euch da einen Super-Tipp geben: Der Gesetzgeber (das seid Ihr!) kann bestimmte Einkünfte von der allgemeinen Lohnsteigerung abkoppeln. Mit den Renten wurde das ohne Probleme durchgezogen. Seitdem gibt's ab und zu mal ein gnädiges Prozent mehr, weit unter der Inflationsrate. Aber mit sich selbst macht man so was lieber nicht.

Erst letztes Jahr sind die Diäten saftig gestiegen, jetzt will man sich noch mal 16 Prozent bis 2010 gönnen. Das sei schließlich nur angemessen ... Besitzstandswahrung und so.

Komisch - uns wurde von einer dieser bescheidenen Menschen doch erklärt, mehr als 3 Prozent in 20 Jahren ist unverschämt??? Gilt wohl nur für so unwichtige Leute wie Mediziner – das bisschen Fachwissen kann ja jeder – kein Vergleich mit unseren hochqualifizierten Politikern, die einzig und allein aufgrund ihres profunden Sachwissens in ihr Ressort berufen werden...und dann auch immer diese weitsichtigen, durchdachten und fachlich unangreifbaren Entscheidungen treffen ...

Unverschämt ist es, in Zeiten steigender Armut und leerer Kassen wieder mal ungehört die eigenen Taschen zu füllen, während Hartz-4-Empfänger und Rentner an der Armutsgrenze mit Almosen abgespeist werden und während ein Gesundheitssystem mit einer Mischung aus Sparwahn und dogmatischer Ideologisierung systematisch

ausgeblutet wird.

Und dann stehen sie am Wahlabend wieder fassungslos vor den Kameras und schwadronieren kopschüttelnd von der unbegreiflichen Veränderung der politischen Landschaften, der Politikverdrossenheit und der zunehmenden Anfälligkeit der Bevölkerung für extremistische Ideen rechter wie linker Kolorierung. Und keiner versteht, wie das nur kommt. Wo sie sich doch sooo Mühe geben.

Es ist nicht gesund, wenn man den Bezug zum Volk so völlig verliert: Als in der französischen Revolution die Königin Marie Antoinette hörte, dass das hungernde Volk nach Brot rief, sagte sie allen Ernstes: „Sie haben kein Brot? Dann sollen sie doch Kuchen essen!“ Sie wusste es nicht besser. Kurze Zeit später wurde sie geköpft. Das hatte sie dann davon, wie schon Erich Kästner sich ausdrückte.

Die einzige andere Gruppe, deren Einkommen dieses Jahr deutlich steigen wird, sind die Contergan-Opfer, die mit steigendem Alter mit zunehmenden Folgeschäden und den entsprechenden Kosten zu kämpfen haben. Das ist jedem nachvollziehbar. Haben sich unsere Volksvertreter daran ein Beispiel genommen?

Dann drängt sich die Frage auf: Wie behindert sind die denn???

Eva Streletz

## FORTBILDUNG

### „MasterOnline Parodontologie“ - berufsbegleitend zum Master of Science

Die Parodontologie gewinnt in der Zahnmedizin zunehmend an Bedeutung. Um dieser Entwicklung Rechnung zu tragen, wurde 2007 an der Universität Freiburg der berufsbegleitende, online-gestützte Postgraduierten-Studiengang „MasterOnline Parodontologie“ aufgebaut, der mit dem international anerkannten akademischen Grad des „Master of Science“ (M.Sc.) abschließt. Zum Wintersemester 2007/2008 konnten bereits 16 Teilnehmer aufgenommen werden, ab Oktober sollen es bereits 20 Teilnehmer werden.

Größtenteils als netzbasiertes Fernstudium konzipiert, ermöglicht der anwendungs- und praxisorientierte Studiengang ein räumlich und zeitlich äußerst flexibles Lernen und kann so den individuellen Bedürfnissen jedes Teilnehmers folgen.

Das dreijährige Studium umfasst zehn Module, die von über 30 hochrangigen Referenten aus Hochschule und Praxis erstellt werden, und wird im Blended-Learning-Modus, d.h. als Kombination von tutoriell betreuten Online-Selbstlernphasen und von Präsenzveranstaltungen durchgeführt. Neben anerkannten Parodontologen und Zahnmedizinern angrenzender Fachbereiche gewährleisten Experten aus der Inneren Medizin, der Pharmakologie und der Molekularbiologie den allgemeinmedizinischen Bezug. Lehr- und Lernmaterialien werden von den Dozenten in Zusammenarbeit mit dem Team an der Universität Freiburg völlig neu erstellt, ständig aktualisiert und online zur Verfügung gestellt. So entsteht ein virtuelles Lernnetzwerk. Fachlich ausgebildete Teletutoren begleiten die Studierenden während des Online-Studiums. Lerngruppen bieten unterstützend den kollegialen Austausch unter Gleichgesinnten.

In den Präsenzveranstaltungen trainieren die Studierenden step-by-step in kleinen Gruppen ihre manuell-operativen Fertigkeiten und wenden ihr theoretisches Know-how praktisch an. Bevor eigenständig chi-

urgische Behandlungen am Patienten durchgeführt werden können, werden die Interventionen durch Übungen am Phantom und durch Behandlungsassistenz vorbereitet. Über die drei Studienjahre finden 10 Präsenzveranstaltungen statt. Die Dauer der Veranstaltungen beträgt im Durchschnitt 3 Tage; die Veranstaltungen liegen bevorzugt am Wochenende, damit der Praxisbetrieb der Studiengangsteilnehmer nicht belastet wird.

Der „MasterOnline Parodontologie“ ist der bisher erste in Deutschland akkreditierte Studiengang im Bereich Parodontologie.

#### → Zielgruppe und Zulassungsvoraussetzungen

Der Lehrgang richtet sich an Berufstätige mit abgeschlossenem Erststudium und zwei Jahren Berufserfahrung.

#### → Lehrinhalte

Das Studium ist modular aufgebaut. Im **Einstiegsmodul A** werden die Studierenden in die Grundlagen der wissenschaftlichen Methodik und die intraorale Fotografie eingeführt. Es folgt das **Modul 1 „Anatomische Grundlagen und Strukturbiologie“**, in dem neben der Biologie des Parodonts und der oralen Gewebe das Aufsuchen, Identifizieren und Erklären von anatomischen Strukturen erlernt wird.

## FORTBILDUNG

Im **Modul 2 „Orale Mikrobiologie und Pathogenese“** werden die Ursachen parodontaler Erkrankungen und immunologische Reaktionen vermittelt. Themen des **Moduls 3 „Orale Medizin“** sind die Epidemiologie, die Pathologie von Schleimhautveränderungen, Paro-Endo-Läsionen, akute parodontale Notfälle, PA & Allgemeinerkrankungen sowie Endo-Revisionen. Im **Modul 4 „Arzneimitteltherapie“** befassen sich die Studierenden dann mit der Pharmakokinetik und -dynamik, Einfluss von Medikamenten auf das Parodont, Wechselwirkungen von Arzneimitteln im Rahmen parodontaler Eingriffe, dem adjuktiven Einsatz antimikrobieller Wirkstoffe in der Parodontitistherapie und dem Erkennen von Wechselwirkungen und Nebenwirkungen. Auf dem Lehrplan in **Modul 5 „Parodontales Behandlungskonzept“** stehen Indexsysteme, Befundung und Diagnostik, Klassifikation von Parodontalerkrankungen, spezielle Verfahren der parodontalen Diagnostik, Röntgendiagnostik, parodontale Prophylaxe, Erhaltungstherapie, nicht-chirurgische Parodontitistherapie, Lasertherapie und Teamkonzept. **Modul 6 „Chirur-**

**gische PA-Therapie“** beschäftigt sich mit der Instrumentenkunde, dem Arbeiten mit Vergrößerungshilfen, Schnittführungen, der chirurgischen und der regenerativen Parodontitistherapie, der plastischen Parodontalchirurgie, der Furkationstherapie, mit Knochenersatzmaterialien, der periimplantären Chirurgie, Misserfolgen und Rezidivbehandlung und mit den chirurgischen Grundlagen der Implantologie. Im **Modul 7 „Synoptische Zahnheilkunde“** befassen sich die Studiengangsteilnehmer mit Zahnverbreiterungen, prothetischer Versorgung, Schienungen, Epithese, der Regulierung von Zahnfehlstellungen, der Indikation in der Implantologie und der komplexen Behandlungsplanung. Im **Modul 8 „Praxis & Co.“** stehen dann noch die Themen Patientenkommunikation & Teamführung, Praxisanalyse, -management und Verkaufsförderung, Etablierung und Pflege eines Recallsystems, Abrechnung und MPG & Hygiene auf dem Stundenplan. Am Ende des sechsten Semesters werden im Rahmen der Abschlussprüfung die eingereichten Falldokumentationen (acht Patientenfälle) sowie die verfasste Masterarbeit bewertet.

Mehr Informationen gibt es im Internet unter [www.masteronline-parodontologie.de](http://www.masteronline-parodontologie.de) und bei der Universitätsklinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde Freiburg, Abteilung für Zahnerhaltungskunde und Parodontologie, Telefon (0761) 270-4728, E-Mail [info@masteronline-parodontologie.de](mailto:info@masteronline-parodontologie.de).

**ABSTRACTS I****Creeping attachment nach freier Schleimhauttransplantation?****R. Purschwitz, H. Schmidt, H. Jentsch****Ziel:**

In unserer Untersuchung sollte gezeigt werden, welchen Einfluss eine freie Schleimhauttransplantation in Höhe der Mukogingivallinie auf die Lage des Gingivarandes hat.

**Material und Methoden:**

26 Patienten mit flachen Rezessionen bis 3 mm und schmaler befestigter Gingiva bis 2 mm wurden in die Untersuchung einbezogen. Alle Patienten waren allgemeinmedizinisch gesund und hatten im Untersuchungsbereich keine pathologischen Sondierungstiefen. 2 bis 4 Wochen nach Aufklärung und professioneller Zahnreinigung wurde eine freie Schleimhauttransplantation nach Sullivan & Atkins (1968) zur Verbreiterung der befestigten Gingiva vorgenommen. Vor (0) und 6 Monate nach der Operation (1) wurden Modelle dieser Region hergestellt. An 53 Testzähnen im Bereich der Transplantation sowie 43 Kontrollzähnen wurde an der facialen Zahnfläche die Kronenlänge von der Schneidekante bis zum tiefsten Punkt des Gingivarandes unter Zuhilfenahme eines Messschiebers und einer Kopflupe (G3, Zeiss, Aalen, Deutschland) gemessen. Die statistische Auswertung der Ergebnisse erfolgte mittels Wilcoxon- und U- Test unter Verwendung des SPSS (Version 14.0) bei einem Signifikanzniveau von  $p \leq 0,05$ .

**Ergebnisse:**

Die Kronenlänge der Testzähne hat sich 6 Monate nach der Operation signifikant von 10,9 mm (0) auf 10,4 mm (1) verringert ( $p < 0,001$ ). Im Bereich der Kontrollzähne sind die Kronenlängen nach 6 Monaten unverändert geblieben (0 - 9,3 mm; 1 - 9,4 mm). Die Differenzen der Kronenlängen zwischen Basisbefund und 6- Monatsbefund bei Testzähnen (0,52 mm) und Kontrollzähnen (-0,08 mm) unterscheiden sich signifikant ( $p < 0,001$ ).

**Schlussfolgerungen:**

Eine Verbreiterung der befestigten Gingiva mit freier Schleimhauttransplantation ohne Deckung der Zahnoberfläche bewirkt nach 6 Monaten eine koronale Migration des Gingivarandes (Creeping attachment).

Poliklinik für Konservierende Zahnheilkunde und Parodontologie  
Zentrum für ZMK  
Universität Leipzig  
Nürnberger Str. 57  
04103 Leipzig

**ABSTRACTS II****Fünffjahresergebnisse zur Akzeptanz und Haltbarkeit von flexiblen Gingivaepithesen****Shuchrat Niyasow, Alexandra Rist, Jochen Weyer und Thomas Eger  
BwZKrhs Koblenz, Abt VIIA-Parodontologie**

Häufige Folge schwerer aggressiver und chronischer Parodontitis nach erfolgreicher Parodontalbehandlung sind empfindliche freiliegende Wurzeloberflächen und Aussprachestörungen durch weite offene Zahnschwellenräume.

An 45 Patienten mit Rezessionen und Wurzeldenuationen (Miller Klasse 3 und 4) wurden seit 1997 zur Reduktion der bestehenden Dentinhypersensibilität, phonetischer und ästhetischer Probleme mindestens eine Gingivaepithese im Oberkiefer eingegliedert. Über einen Zeitraum von mindestens fünf Jahren wurden die Patienten im Rahmen der unterstützenden Parodontistherapie in 3-6 monatigen Abständen nachuntersucht. Bei allen Patienten sollte durch die Epitheseneingliederung die Anfertigung von neuem Zahnersatz vermieden werden.

Ziel dieser retrospektiven Untersuchung war es Faktoren festzustellen, die die Patienten bewegen haben mehrere oder auch keine Neuanfertigungen von Gingivaepithesen vornehmen zu lassen.

**Material und Methoden:** 16 Frauen und 29 Männer konnten in die Auswertung einbezogen werden. Die Patienten hatten zuvor die Behandlung einer schweren generalisierten aggressiven (n=20) oder chronischen Parodontitis (n=25) im Zeitraum von mehr als 12 Monaten absolviert und hatten keine parodontalen Resttaschen von mehr als 4mm. Das Durchschnittsalter bei der Epithesenerstanfertigung betrug 45,4  $\pm$  7,5 Jahre (31-56 Jahre). Die Patienten verfügten über 24,8 $\pm$ 3,2 Zähne (14 -32) Die Durchschnittliche Epithesengröße betrug 7,5  $\pm$  2,1 Zähne (4-12 Interdentalräume). 21 Patienten waren aktive Raucher mit einem Tabakkonsum von maximal 10 Zigaretten am Tag, die übrigen waren Nichtraucher oder ehemalige Raucher. 21 Patienten hatten mehr als einstündige Anfahrten vom Dienort an den Behandlungsort zu absolvieren. 6 Patienten kamen aus dem Stadtgebiet von Koblenz, 18 hatten Anfahrten von einer Stunde zu absolvieren. Als vollständig compliant wurden Patienten eingestuft, die über den gesamten Zeitraum das empfohlene UPT-Intervall um jeweils maximal einen Monat überzogen. Teilcompliance wurde definiert als maximal verdoppeltes UPT Intervall und Non-Compliance als darüber hinausgehenden Abstand. Alle Patienten wurden über die Gründe für das Aussetzen der Nutzung ihrer Epithese befragt.

**Ergebnisse:** Zehn Patienten verloren im Untersuchungszeitraum von 5 Jahren Zähne ( $\emptyset$  0,56 $\pm$ 1,29).

Vollständig compliant Patienten (n=21) verloren durchschnittlich 0,33 Zähne, teilweise compliant Patienten (n=13) 0,69 Zähne und noncompliant Patienten (n=11) 0,82 Zähne.

Patienten (n:19) mit neuem Zahnersatz im Untersuchungszeitraum (n=19) verloren durchschnittlich 0,68 $\pm$ 1,49 Zähne.

Für 24 Patienten wurde lediglich eine Epithese angefertigt, die in 5 Fällen nach fünf Jahren noch getragen wurde. Bei 9 Patienten wurde zwischenzeitlich neuer Zahnersatz angefertigt, der das Tragen der Epithese nicht mehr notwendig machte. 12 dieser Patienten waren Raucher und waren mit den Verfärbungen unzufrieden und 16 hatten Anreisen von mehr als einer Stunde, die ihnen die Anfertigung unbequem erschienen lies. 12 dieser Patienten waren vom Behandler als vollständig compliant, 5 als teilcompliant und 7 als non-compliant eingestuft.

Für 21 Patienten wurde mindestens eine zweite, für 13 Patienten drei, für 8 Patienten vier und für 5 Patienten mindestens fünf Epithesen angefertigt. Vollständig compliant waren hierbei 9 Patienten, teilcompliant 8 Patienten und noncompliant 4 Patienten. 10 Patienten erhielten später Zahnersatz der das Tragen der Epithese unnötig werden lies. 7 der 9 Raucher mit mehreren Anfertigungen trugen über den gesamten Zeitraum Epithesen. Die durchschnittliche Tragezeit der Epithesen unter den Patienten, die auch weiterhin Epithesen tragen betrug 1,5 $\pm$ 0,9 Jahre.

**Schlussfolgerung**

Die Entscheidung für und gegen die Anfertigung von Gingivaepithesen ist für viele Patienten und Zahnärzte abhängig von alternativen prothetischen Versorgungsmöglichkeiten bei offenen Interdentalräumen. Gingivaepithesen eignen sich für phonetische und ästhetische Korrekturen, werden allerdings nur von der Minderzahl (17/45) unserer Patienten dauerhaft akzeptiert. Ihre Haltbarkeit und geringen Herstellungskosten sind für vollcompliant Patienten akzeptabel. Die Zahnverlustrate bei Patienten mit Gingivaepithesen und Patienten die Zahnersatz erhalten haben ist bei vollständiger Compliance niedriger als bei teilcomplianten und noncomplianten Inanspruchnahme der UPT.

**ABSTRACTS III****Nachweis von *Fusobacterium nucleatum* und *Prevotella intermedia* in subgingivaler Plaque****M. Roßberg\*, F. Baron, R. Arndt, B. Schacher, M. Wohlfeil, P. Eickholz**

Poliklinik für Parodontologie,  
Zentrum der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (Carolinum),  
Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main

**Zielsetzung:**

Untersuchung der Übereinstimmung der Ergebnisse gepoolter Proben von 4 verschiedenen Stellen mit den Ergebnissen der 4 separat an diesen Stellen entnommenen Proben für einen mikrobiologischen Gensondentest (Real time PCR).

**Material und Methoden:**

Insgesamt wurden bei 20 Patienten mit den Diagnosen aggressive (n = 10) oder generalisierte schwere chronische (n = 10) Parodontitis klinische Befunde erhoben und vor antiinfektiöser Therapie von den 4 Stellen mit den tiefsten Taschen Proben für mikrobiologische Analysen gewonnen. Dazu wurden 2 sterile Papierspitzen gleichzeitig in den parodontalen Taschen platziert. Eine davon wurde jeweils in einem separaten Transportgefäß und die andere mit 3 weiteren des gleichen Patienten gepoolt (MT4) zur Auswertung für das Vorliegen von *Fusobacterium nucleatum* und *Prevotella intermedia* mit einem kommerziellen Gensondentest verschickt.

**Ergebnisse:**

Die Mittelwerte der logarithmierten Keimzahlen lagen bei den gepoolten Proben für alle Keime statistisch signifikant höher als die der Mittelwerte aus den Ergebnissen der Einzelproben ( $p < 0,05$ ). Hinsichtlich der Nachweishäufigkeit von *F. nucleatum* und *P. intermedia* bestand zwischen separat und gepoolt analysierten Proben kein statistisch signifikanter Unterschied: *F. nucleatum* war in allen (separat) bzw. in 95% (MT4) der Proben und *P. intermedia* in 80% (separat) bzw. 75% (MT4) der Proben nachweisbar.

**Schlussfolgerungen:**

Die gepoolte Analyse ist für den Nachweis von *F. nucleatum* und *P. intermedia* in subgingivalen Plaqueproben genauso gut geeignet wie die separate Analyse. Diese Studie wurde von der Firma GABA GmbH, Lörrach unterstützt.

**ABSTRACTS IV****Langzeit-Betreuung einer Patientin mit medikamentös bedingter Gingivawucherung - ein Fallbericht****G. Knöfler, H.Jentsch, K. Merte**

In der Nomenklatur von 1999 (Classifications of Periodontal Diseases and Conditions) wird die medikamentös bedingte Gingivawucherung als Untergruppe der plaque - induzierten Gingivitis beschrieben. Die Medikamentengruppen Antiepileptika, Kalziumkanalblocker und Cyclosporin A werden mit dieser Erkrankung in Verbindung gebracht.

Prävalenz und Schweregrad variieren in den Studien sehr. Bei Kindern mit Cyclosporin A – Medikation wird die Prävalenz mit > 70% und bei Erwachsenen mit 25 – 30% angegeben. Eine Abhängigkeit von der Dosierung und Wirkstoffkonzentration scheint unsicher. Die Kombinationstherapie aus Cyclosporin A und Nifedipin und der Einnahmemodus Cyclosporin A als Suspension scheint zu höheren Schweregraden zu führen. Das Vorhandensein von Plaque und Gingivitis trägt maßgeblich zur Entwicklung medikamenteninduzierter gingivaler Wucherungen bei.

Die Störung des Gleichgewichts im Kollagenstoffwechsel scheint durch direkte und indirekte Wirkungen der Medikamente auf den Metabolismus der Gingivafibroblasten zu erfolgen. Die Heterogenität gingivaler Fibroblasten wird zur Erklärung der unterschiedlichen Reaktionen auf die Medikamente herangezogen. Die erhöhte Ausschüttung der Zytokine IL-1 $\beta$  und IL-6 begünstigt die Proliferation von Bindegewebszellen. Eine reduzierte Bildung von Kollagenasen und eine vermehrte Akkumulation nichtkollagener extrazellulärer Matrix werden diskutiert.

Bei einer Patientin nach Nierentransplantation werden Befunde und Therapiemaßnahmen im Verlauf von 15 Jahren dargestellt. Die Erstkonsultation der damals 30-jährigen Patientin erfolgte 3 Jahre nach Transplantation. Die Medikation umfasste neben Sandimmun (Cyclosporin A) auch Corinfar (Nifedipin). Der klinische Ausgangsbefund zeigte papilläre Gingivawucherungen im Frontzahnbereich. Die Papillenspitzen zeigten teilweise kleine Ulzerationen. Die Mastikation führte durch die massive Gewebezunahme im Frontzahnggebiet des Unterkiefers zu Gingivaverletzungen. Es wurden erhöhte Sondierungstiefen, Bluten beim Sondieren, Schmerzen und Ulzerationen dokumentiert, Attachmentverlust war nicht feststellbar.

Die nichtchirurgische Therapie führte zum Abklingen der Entzündung, nicht aber zu einer wesentlichen Reduktion der gingivalen Wucherungen. Nach der chirurgischen Therapie konnte durch regelmäßige Betreuung und Ersatz des Nifedipinpräparates das Wiederauftreten der Wucherungen und deren Zunahme hinausgezögert werden. Die Substitution von Cyclosporin A durch Tacrolimus und engmaschige Betreuung führten zu einem Rückgang der leichten Gingivawucherung, die mehrere Jahre nach Gingivektomie wieder aufgetreten war. Gegenwärtig liegen fast gesunde Gingivaverhältnisse vor.

Dr. med. Gerhild Knöfler  
Universität Leipzig  
Poliklinik für Konservierende Zahnheilkunde und Parodontologie  
Nürnberger Str. 57  
04103 Leipzig  
Mail: [gerhild.knoefler@medizin.uni-leipzig.de](mailto:gerhild.knoefler@medizin.uni-leipzig.de)

Prof. Dr. med. H. Jentsch  
Universität Leipzig  
Poliklinik für Konservierende Zahnheilkunde und Parodontologie  
Nürnberger Str. 57  
04103 Leipzig  
Tel. 0341-9721208  
Mail: [jenh@medizin.uni-leipzig.de](mailto:jenh@medizin.uni-leipzig.de)

Prof. em. Dr. med. Knut Merte  
Zahnarztpraxis  
Nikolaistr.55  
04109 Leipzig  
Tel. 0341-4802054

**ABSTRACTS V****Unterschiede in der Größe und Lokalisation parodontaler Defekte bei Patienten kaukasischer und ostasiatischer Herkunft (Teil 1)**

**Kim C.-K., Kang N.-W., Lee S.-B., Simon I.\*, Eickholz P., Pretzl B., Kim T.-S.**

**Zielsetzung:**

Vergleich der primären klinischen Parameter bei Patienten mit schwerer chronischer oder aggressiver Parodontitis und unterschiedlicher ethnischer Abstammung.

**Material und Methode:**

Einschlusskriterium war die klinische Diagnose: schwere chronische oder aggressive Parodontitis. Die kaukasischen Patienten (KP; n=90) wurden aus dem Patientengut der Sektion Parodontologie des Universitätsklinikums Heidelberg, die ostasiatischen Patienten (OP; n=90) aus dem Patientengut des Department of Periodontology der Yonsei-Universität (Seoul, Südkorea) rekrutiert. Die wichtigsten klinischen Parameter wurden von zwei kalibrierten Untersuchern erhoben.

**Ergebnisse:**

Für die Sondiertiefen (ST) zeigte die Gesamtanalyse die tiefsten Taschen jeweils an den distalen Messstellen (OP:  $4,24 \pm 4,13$ mm; KP:  $4,56 \pm 2,17$ mm). Die geringsten ST-Werte fanden sich bukkal (OP:  $3,13 \pm 1,60$ mm; KP:  $2,73 \pm 1,60$ mm). Im Rahmen der zahnbezogenen Analyse fanden sich bei den KP die kleinsten Werte bukkal an den unteren Eckzähne ( $2,10 \pm 1,10$ mm), während sie bei den OP bukkal an den oberen Eckzähnen gefunden werden konnten ( $2,60 \pm 1,16$ mm). Sowohl OP als auch KP zeigten die größten ST-Werte approximal der oberen ersten und zweiten Molaren. Für die zweiten oberen Molaren waren bei den KP die ST-Werte distal ( $5,50 \pm 2,41$ mm) höher als mesial ( $5,38 \pm 2,45$ mm). Für die OP waren die mittleren ST-Werte in dieser Lokalisation mesial ( $5,12 \pm 2,13$ mm) höher als distal ( $5,06 \pm 2,07$ mm).

**Schlussfolgerungen:**

In Bezug auf die klinischen Parameter zur Charakterisierung des Schweregrades einer Parodontalerkrankung (ST, AL, BOP, GBI und PCR) scheint es in dem untersuchten Kollektiv hinsichtlich der ethnischen Abstammung geringfügige Unterschiede zu geben. Bei kaukasischen Patienten wurde im Vergleich zu koreanischen Patienten eine Tendenz zu höheren ST- und AL-Werten festgestellt. Die durchschnittlichen Unterschiede je Zahngruppe erreichten maximale Werte in der Größenordnung von bis zu 0,5mm. In Abhängigkeit von der untersuchten Population muss auch mit Unterschieden hinsichtlich der Lokalisation der kleinsten und größten parodontalen Defekte innerhalb einer Dentition gerechnet werden.

**ABSTRACTS VI****Re-evaluation after One-Stage Full-Mouth Desinfection Followed by Prolongated Adjunctive Use of Chlorhexidine. A Clinical Longitudinal Study.****Stratul S-I, Rusu D - Victor Babes University, Timisoara, Romania****Didilescu A – Carol Davila University, Bucharest, Romania****Mesaros-Anghel M, Lala C, Tion L - Dental Clinic Dr.Stratul, Timisoara, Romania****Sculean A – St.Radboud University, Nijmegen, The Netherlands****Aim of the study:**

to compare the effects of the prolonged adjunctive use of Chlorhexidine (CHX) following the One-Stage Full-Mouth Desinfection (OSFMD) procedure in patients with chronic periodontitis.

**Methods:**

81 patients with chronic periodontitis, displaying pockets  $\geq 5$  mm, underwent periodontal examination at baseline, after 4 weeks and after 3 months, by assessing of PI, BOP, PD, CAL at six sites/tooth. Maximal-values/quadrant (Max/Q) and mean-overall-values (Mean-O) of PD and CAL were considered. Patients received initial therapy according to the OSFMD (Quirynen, 1995) than used adjunctive 0.2% CHX mouthwashes (Dentaton®, Ghimas s.p.a. Bologna, Italy) 2x daily, for the following 3 months, received supragingival professional cleaning at 1 month, 2 months and OHI reinforcement. The Wilcoxon test was used to compare differences between baseline, after four weeks, and after 3 months.

**Results:**

Measurements of all parameters resulted in significant improvements both at 1 month and at 3 months. In the Max/Q group, the mean PD reduction was  $2.25 \pm 1.08$  ( $p < 0.001$ ) after 1 month,  $2.99 \pm 1.11$  ( $p < 0.001$ ) after 3 months and  $0.73 \pm 0.78$  ( $p < 0.001$ ) between 1 and 3 months, and the mean CAL gain was  $1.67 \pm 1.08$  ( $p < 0.001$ ) after 1 month,  $2.33 \pm 1.31$  ( $p < 0.001$ ) after 3 months and  $0.65 \pm 0.71$  ( $p < 0.001$ ) between 1 and 3 months respectively. In the Mean-O group, the mean PD reduction was  $1.65 \pm 0.60$  ( $p < 0.001$ ) after 1 month,  $2.11 \pm 0.69$  ( $p < 0.001$ ) after 3 months and  $0.46 \pm 0.38$  ( $p < 0.001$ ) between 1 and 3 months, and the mean CAL gain was  $1.34 \pm 0.78$  ( $p < 0.001$ ) after 1 month,  $1.75 \pm 0.91$  ( $p < 0.001$ ) after 3 months, and  $0.41 \pm 0.50$  ( $p < 0.001$ ) between 1 and 3 months respectively.

**Conclusions:**

At 1 and 3 months there were significant clinical improvements in the PD reductions and CAL gains in both groups. Additional use of CHX 0.2% in form of mouthwashes prolonged over 3 months provided more favorable CAL gains and PD reductions.

**NAGP-FÖRDERPREIS 2008****Förderpreis der NAgP e.V.  
Richtlinien, Call for Abstracts**

**Die NAgP e.V. strebt die jährliche Verleihung eines parodontologischen Förderpreises an. Hiermit soll gemäß § 1d der Satzung der NAgP e.V. die finanzielle Förderung von Nachwuchswissenschaftlern, deren Tätigkeitsbereich die klinische Parodontologie und Prophylaxe der Parodontalerkrankungen sowie benachbarte Fachgebiete umfasst, unterstützt werden.**

Bei den eingereichten Arbeiten kann es sich um Dissertationen, aber auch andere parodontalprophylaktisch orientierte aktuelle Forschungsarbeiten aus Praxis und Klinik handeln. Jede eingereichte Arbeit kann formlos als einseitiges Abstract eingereicht werden.

**Einreichungsfrist ist der 31.08.2008.**

Nach Abstract-Sichtung durch den Beirat/Redaktion der NAgP-News werden die Einreicher der Abstracts zu moderierten Posterpräsentationen (1m Breite x 1,5 m Höhe) unter Erstattung anfallender Reisekosten zur Jahrestagung der NAgP e.V. eingeladen. Die Abstracts aller eingelade-

ner Einreicher werden in den NAgP-News veröffentlicht.

Alle Teilnehmer haben eine DIN A 4 S/W-Miniatur ihres Posters in 6-facher Ausfertigung vor Tagungsbeginn beim 1. Vorsitzenden der NAgP abzugeben. Ein aus den Referenten der Jahrestagung gebildetes Preisrichterkollegium bestimmt mehrheitlich den/die Preisträger. Der Förderpreis ist mit 500,- € für den 1. Preis, 300,- € für den 2. Preis und 150,- € für den 3. Preis dotiert. Es besteht keine Verpflichtung von Seiten der NAgP e.V. den Förderpreis zu verleihen, wenn keine Arbeit von der Mehrzahl der Mitglieder des Preisrichterkollegiums als preiswürdig eingestuft wurde.

Bitte die Arbeiten bis zum 31.08.2008 an folgende Adresse schicken:

**Dr. Beate Schacher  
Poliklinik für Parodontologie  
ZZMK Carolinum  
Klinikum der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität  
Theodor-Stern-Kai 7  
60596 Frankfurt/Main**

**NAGP-DISSERTATIONSPREIS 2008****Dissertationspreis der NAgP e.V.  
Teilnahmebedingungen**

**Die NAgP e.V. strebt die jährliche Verleihung eines parodontologischen Dissertationspreises an. Hiermit soll gemäß § 1d der Satzung der NAgP e.V. die finanzielle Förderung von Nachwuchswissenschaftlern, deren Tätigkeitsbereich die klinische Parodontologie und Prophylaxe der Parodontalerkrankungen sowie benachbarte Fachgebiete umfasst, unterstützt werden.**

Bei den eingereichten Arbeiten kann es sich um Dissertationen aus allen Bereichen der Parodontologie handeln. Die Einreichung erfolgt durch den Betreuer der Dissertation, indem er bis zum **31.07.2008**, 4 Exemplare und eine maximal zweiseitige Zusammenfassung der Arbeit an die Schriftführerin der NAgP schickt.

Über die Preisvergabe entscheidet der Beirat/Redaktion der NAgP-News. Es sind sowohl eine Teilung des Preisgeldes bei Gleichwertigkeit wie auch eine Nichtvergabe bei Nichtpreiswürdigkeit der eingereichten Arbeiten möglich. Die Preisvergabe fin-

det auf der jeweiligen Jahrestagung der NAgP statt, zu der die Preisträger eingeladen werden.

Der vom Beirat/Redaktion der NAgP-News mehrheitlich bestimmte Preisträger erhält den Dissertationspreis in Höhe von 500,- €. Die Zusammenfassung der prämierten Arbeit wird in den NAgP-News veröffentlicht. Es besteht keine Verpflichtung von Seiten der NAgP e.V. den Dissertationspreis zu verleihen, wenn keine Arbeit von der Mehrzahl der Mitglieder des Beirats/Redaktion der NAgP-News als preiswürdig eingestuft wurde.

Bitte die Arbeiten bis zum **31.07.2008** an folgende Adresse schicken:

**Dr. Beate Schacher  
Poliklinik für Parodontologie  
ZZMK Carolinum  
Klinikum der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität  
Theodor-Stern-Kai 7  
60596 Frankfurt/Main**

**NAGP-FORSCHUNGSFÖRDERUNG 2008****Forschungsförderung der NAGP e.V.**

**Es gehört zu den in der Satzung verankerten Zielen der Neuen Arbeitsgruppe Parodontologie e.V., gezielt förderungswürdige wissenschaftliche Projekte zu unterstützen.**

Die Unterstützung muss in schriftlicher Form beim Vorstand beantragt werden. Hierfür ist eine Übersicht über Ziel und Aufbau der Studie bzw. Struktur und

Zielsetzung des Projektes, bis jetzt geleistete Vorarbeiten und voraussichtliche Dauer und Kosten der Arbeit oder des Projektes einzureichen.

Einreichungsadresse:

**Dr. Beate Schacher  
Poliklinik für Parodontologie  
ZZMK Carolinum  
Klinikum der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität  
Theodor-Stern-Kai 7  
60596 Frankfurt/Main**

**RICHTIGSTELLUNG**

In der Ausgabe 01/2008 wurde fälschlicherweise als Autor des Tagungsberichtes

**15. JAHRESTAGUNG DER NEUEN ARBEITSGRUPPE PARODONTOLOGIE E.V.  
ÄSTHETIK IN DER PARODONTOLOGIE - WIE SCHÖN KANN UND MUSS ZAHNFLEISCH SEIN?**

ein falscher Name angegeben.

Der richtige Autor ist

**Axel Jenzsch,  
Funktionsbereich Parodontologie,  
Poliklinik für Konservierende Zahnheilkunde und Parodontologie,  
Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde,  
Universitätsklinikum Leipzig,  
Nürnberger Str. 57,  
04103 Leipzig**

## TAGUNGSANKÜNDIGUNGEN I



**16. SYMPOSIUM PARODONTOLOGIE  
AM BUNDESWEHRZENTRALKRANKENHAUS KOBLENZ UND  
14. FRÜHJAHRSTAGUNG  
DER NEUEN ARBEITSGRUPPE PARODONTOLOGIE  
AM 24.05.2008**

**RISIKOPATIENTEN IN DER PARODONTOLOGIE**

**9.<sup>30</sup> Uhr BEGRÜßUNG**

Zahnärztlicher Dienst der Bundeswehr  
Bezirkszahnärztekammer Koblenz  
Neue Arbeitsgruppe Parodontologie e.V.

**10.<sup>00</sup> Uhr WAS IST EIN DENTOGENER FOCUS?**

**SYSTEMATISCHE PARODONTALTHERAPIE BEI HERZ-KREISLAUF-ERKRAN-  
KUNGEN UND ENDOCARDITISRISIKO**

Oberfeldarzt Dr. Thomas Eger,  
Abt. VIIA - Parodontologie BwZKrhs Koblenz

**10.<sup>45</sup> Uhr KAFFEEDAUSE**

**11.<sup>15</sup> Uhr THERAPIEKONZEPTE BEI DIABETIKERN UND STARK ÜBERGEWICHTIGEN PATIEN-  
TEN MIT PARODONTITIS**

OFA Dr. Jochen Weyer, Eckernförde

**11.<sup>45</sup> Uhr RAUCHEN UND PARODONTITIS - EIN RAUCHENTWÖHNUNGSPROGRAMM FÜR DIE  
LANGZEITSTABILE PARODONTALTHERAPIE IN DER PRAXIS**

Oberfeldarzt d.R. Dr. Gregor Gutsche, Koblenz

**12.<sup>15</sup> Uhr MITTAGSPAUSE**

**13.<sup>15</sup> Uhr FRAUEN UND PARODONTITIS**

Oberstabsarzt Alexandra Rist,  
Abt. VIIA - Parodontologie BwZKrhs Koblenz

**13.<sup>30</sup> Uhr KONSERVATIVE PARODONTALTHERAPIE MIT SYSTEMISCHER ANTIBIOTIKAGABE  
BEI AGGRESSIVER PARODONTITIS**

Oberstabsarzt d.R. Prof. Dr. Peter Eickholz,  
Poliklinik für Parodontologie Universitätsklinikum Frankfurt a.M.

**14.<sup>15</sup> Uhr KAFFEEDAUSE**

**14.<sup>45</sup> Uhr REGENERATIVE PARODONTALTHERAPIE BEI AGGRESSIVER PARODONTITIS ODER  
GENETISCHEM PARODONTITISRISIKO**

Prof. Dr. Anton Sculean,  
Vorsitzender der Neuen Arbeitsgruppe Parodontologie e.V.  
Abteilung für Parodontologie, Universitätsklinikum Nijmegen

**15.<sup>30</sup> Uhr RISIKOORIENTIERTE PARODONTITISTHERAPIE IN DER NIEDERGELASSENEN PA-  
RODONTOLOGISCHEN PRAXIS -**

**ORGANISATION- UND ABRECHNUNGSHINWEISE**

Dr. Eva Streletz, Heusenstamm

**16.<sup>00</sup> Uhr PODIUMSDISKUSSION UND VERABSCHIEDUNG**

**8 FORTBILDUNGSPUNKTE**

## TAGUNGSANKÜNDIGUNGEN II



## REGENERATIVE PARODONTALTHERAPIE GESTERN UND HEUTE

16. JAHRESTAGUNG  
DER NEUEN ARBEITSGRUPPE PARODONTOLOGIE E. V. (NAGP)

NIJMEGEN, 15.11.2008

### Programm:

- 9.<sup>00</sup> UHR TAGUNGSERÖFFNUNG**  
Prof. Dr. Dr. Anton Sculean M.S., Universität Nijmegen  
1. Vorsitzender der NAGP e.V.
- 9.<sup>15</sup> UHR PARODONTALE WUNDHEILUNG UND REGENERATION**  
Prof. Dr. Dr. Anton Sculean M.S., Universität Nijmegen
- 10.<sup>00</sup> UHR LAPPENTECHNIKEN UND BEGRIFFSDEFINITIONEN**  
Oberfeldarzt Dr. Thomas Eger, Abt. VIIA - Parodontologie BwZKrhs Koblenz
- 10.<sup>30</sup> UHR PAUSE**
- 11.<sup>00</sup> UHR EINSATZ VON KNOCHENERSATZMATERIALIEN IN DER REGENERATIVEN PARODONTALTHERAPIE**  
Prof. Dr. Michael Christgau, Düsseldorf
- 11.<sup>45</sup> UHR LANGZEITERGEBNISSE NACH BEHANDLUNG INFRAALVEOLAERER DEFEKTE**  
Prof. Dr. Peter Eickholz, Universität Frankfurt
- 12.<sup>30</sup> UHR MITTAGSBUFFET**
- 14.<sup>00</sup> UHR LANGZEITERGEBNISSE NACH BEHANDLUNG VON FURKATIONSDEFEKTEN**  
Prof. Dr. Dr. Søren Jepsen, Bonn
- 14.<sup>45</sup> UHR REGENERATIVE REZESSIONSBEHANDLUNG**  
PD Dr. Stefan Hägewald, Berlin
- 15.<sup>30</sup> UHR PAUSE**
- 16.<sup>00</sup> UHR PREISVERLEIHUNG**
- 16.<sup>15</sup> UHR INTEGRATION REGENERATIVER PARODONTALTHERAPIE IN DER PRAXIS**  
Dr. Frank Bröseler & Dr. Christina Tietmann, Aachen
- 17.<sup>00</sup> UHR DISKUSSION**
- 17.<sup>30</sup> UHR MITGLIEDERVERSAMMLUNG DER NAGP E.V.**
- 20.<sup>00</sup> UHR GESELLSCHAFTSABEND IM CHALET BRAKKESTEIN IN NIJMEGEN**

---

**8 FORBILDUNGSPUNKTE, ANMELDESCHLUSS IST DER 14.10.2008**

### 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](mailto:Dr.Streletz@t-online.de)  
INTERNET: [www.nagp.de](http://www.nagp.de)

**IMPRESSUM**

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

Die NagP News erscheinen bis zu **4x** jährlich  
Webadresse: [www.nagp.de](http://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 <sup>®</sup>, <sup>TM</sup> 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