FALLBERICHT // Ein 46-jähriger Patient stellt sich zur professionellen Zahnreinigung vor. Allgemeinmedizinisch zeigt sich ein unauffälliger Befund ohne bekannte systemische Erkrankungen, kein Diabetes und kein Tabakkonsum. In der Anamnese fällt jedoch eine frühere Parodontalbehandlung auf, was bereits auf ein erhöhtes Rezidivrisiko hinweist.

VON DER PROPHYLAXE ZUR PARODONTALTHERAPIE: STRUKTURIERTE DIAGNOSTIK IM PRAXISALLTAG

Aliza Sakhra / Bonn

Erste Sitzung

Bereits bei der klinischen Inspektion zeigt sich eine unzureichende Mundhygiene mit sichtbaren Biofilmablagerungen und entzündlich veränderter Gingiva. Im Rahmen der Sitzung erfolgt eine orientierende Untersuchung mittels Parodontalem Screening Index, bei der erhöhte Werte auffallen und den Verdacht auf eine parodontale Erkrankung begründen. Im Anschluss erfolgt eine initiale Prophylaxebehandlung mit Mundhygieneinstruktion und professioneller mechanischer Reinigung.

Abb. 1: Orthopantomogramm (OPG) zur initialen radiologischen Befundung mit Darstellung des generalisierten Knochenabbaus. – **Abb. 2:** Mundhygienezustand bei der ersten unterstützenden Parodontitistherapie (UPT 1) mit deutlich verbesserter Plaquekontrolle und reduzierter gingivaler Entzündung.

1

2

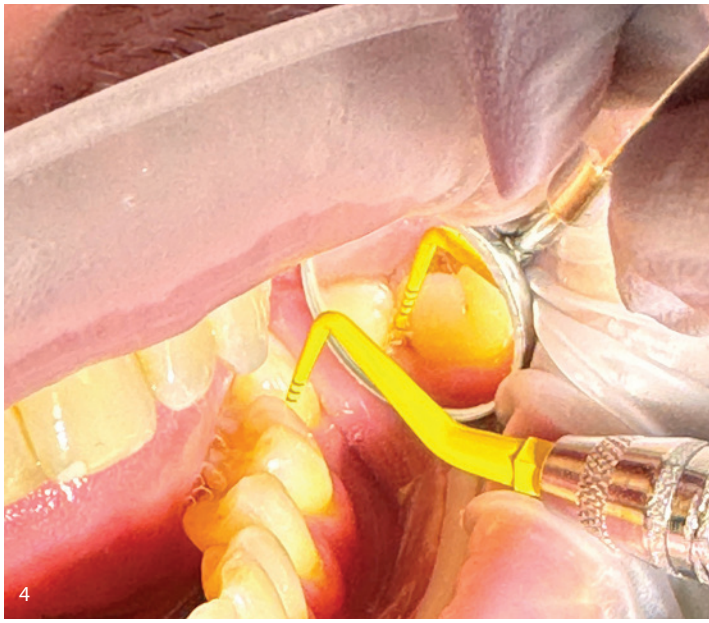


Abb. 3: Parodontale Sondierung im Rahmen der UPT 1 zur Kontrolle der Entzündungsaktivität (SBI). – **Abb. 4:** Parodontale Sondierung im Rahmen der UPT 1 zur Überprüfung des Sulkus-Blutungs-Index (SBI) als Parameter für die entzündungsfreie parodontale Situation.

Kontrolltermin

Etwa zwei Wochen später wird der Patient erneut einbestellt. Trotz verbesserter häuslicher Mundhygiene zeigen sich weiterhin erhöhte Sondierungstiefen im Bereich von vier bis fünf Millimetern sowie persistierende Blutungen nach Sondierung. Eine vollständige Entzündungsrückbildung bleibt aus, sodass der Verdacht auf eine behandlungsbedürftige Parodontitis bestätigt wird.

Parodontalstatus und Klassifikation

Im Anschluss wird zeitnah ein vollständiger Parodontalstatus erhoben. Die Sondierung zeigt generalisiert erhöhte Werte mit multiplen Taschen im Bereich von vier bis fünf Millimetern. Zusätzlich werden Blutung auf Sondieren, gingivale Rezessionen sowie der klinische Attachmentverlust dokumentiert.

Die radiologische Diagnostik zeigt einen horizontalen Knochenabbau von etwa 15 bis 33 Prozent. In Relation zum Alter des Patienten ergibt sich ein Knochenabbau-Index im Bereich von etwa 0,62, was einer moderaten Progressionsrate entspricht.

Auf Basis dieser Befunde wird die Erkrankung als generalisierte Parodontitis Stadium II, Grad B eingeordnet.

Vorbehandlungsphase – MHU und ATG

Nach Genehmigung der Therapie durch die Krankenkasse erfolgt die Vorbehandlungsphase. In diesem Termin wird die Mundhygiene erneut kontrolliert und gezielt optimiert. Parallel erfolgt das aufklärende Therapiegespräch, in dem der Patient über Diagnose, Therapieablauf und die Bedeutung seiner eigenen Mitarbeit aufgeklärt wird.

Initiale Parodontaltherapie

Die antiinfektiöse Therapie erfolgt zeitnah im Anschluss. Unter lokaler Anästhesie werden die Wurzeloberflächen systematisch instrumentiert, um subgingivale Konkremente und Biofilm vollständig zu entfernen.

Befundevaluation (BEVA)

Etwa acht bis zwölf Wochen nach der subgingivalen Instrumentierung erfolgt die Befundevaluation. Klinisch zeigen sich weiterhin persistierende Taschen mit Sondierungstiefen bis fünf Millimeter.

Aufgrund dieser Befunde wird eine mikrobiologische Diagnostik durchgeführt. Die Analyse zeigt einen behandlungsbedürftigen Keimbefund mit Bakterien des roten Komplexes, insbesondere *Porphyromonas gingivalis* und *Tannerella forsythia*, sowie Keimen des orangen Komplexes wie *Prevotella intermedia* und *Fusobacterium nucleatum*.

Diese Keimkonstellation ist mit einer erhöhten Krankheitsprogression assoziiert und stellt eine klare Indikation für eine adjuvante antibiotische Therapie dar.

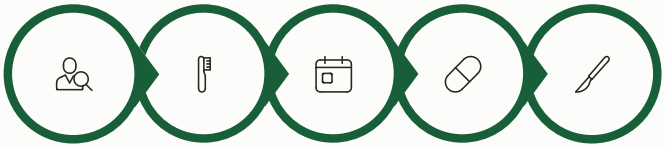
Adjuvante Therapie und Reevaluation

Auf Grundlage des mikrobiologischen Befundes wird eine systemische antibiotische Therapie eingeleitet und mit einer erneuten mechanischen Instrumentierung kombiniert.

Etwa zwei bis vier Wochen nach Abschluss der antibiotischen Therapie erfolgt eine erneute Reevaluation. Dabei zeigt sich eine deutliche Verbesserung der klinischen Situation. Die zuvor gemessenen Sondierungstiefen von vier bis

THERAPIEABLAUF

Parodontitistherapie – Strukturierter Ablauf



Initialbefund | Antiinfektiöse | BEVA | Adjuvante | Chirurgische

Die Behandlung folgt einem klar strukturierten Protokoll mit obligater BEVA nach 8–12 Wochen. Weitere adjuvante oder chirurgische Schritte richten sich nach dem Befund.

THERAPIEPHASEN – DETAIL

Phasen im Überblick

1	**Initialbefund**	• PSI-Screening • Vollständiger Parodontalstatus • Diagnose mit Staging und Grading
2	**Antiinfektiöse Therapie**	• Subgingivale Instrumentierung • Mundhygieneinstruktion • Biofilmreduktion
3	**BEVA (8–12 Wochen)**	• Sondierungstiefen • Blutung (BOP) • Mundhygiene
4	**Adjuvante Maßnahmen**	• Bakterientest • Systemische Antibiotikatherapie • Erneute Instrumentierung
5	**Chirurgische Therapie**	• Zugangslappen • Regenerative Verfahren
6	**UPT – Nachsorge**	• API- und SBI-Kontrolle • Professionelle Reinigung • Erneute Motivation

ⓘ Entscheidungspunkt nach BEVA: Stabil → Übergang in die UPT. Nicht stabil → adjuvante oder chirurgische Therapie.

UNTERSTÜTZENDE PARODONTALTHERAPIE

UPT-Intervalle nach Risikoklasse

Die Frequenz der unterstützenden Parodontaltherapie (UPT) wird individuell anhand des parodontalen Risikoprofils des Patienten festgelegt. Regelmäßige Kontrollen umfassen die Überprüfung von API, SBI, Sondierungstiefen, professionelle Reinigung sowie erneute Patientenmotivation.

Niedriges Risiko	Moderates Risiko	Hohes Risiko
Recall-Intervall: **ca. alle 6 Monate**	Recall-Intervall: **ca. alle 3–4 Monate**	Recall-Intervall: **ca. alle 3 Monate**

Inhalte der UPT-Sitzung

- Kontrolle von API und SBI
- Professionelle Reinigung
- Erneute Motivation und Instruktion
- Sondierungstiefenkontrolle

Grundlage

DG PARO / EFP
Aktuelle S3-Leitlinien zur Therapie der Parodontitis

fünf Millimetern reduzieren sich in vielen Bereichen auf drei bis vier Millimeter. Gleichzeitig nimmt die Blutungsneigung signifikant ab, und die parodontalen Verhältnisse präsentieren sich stabilisiert.

Unterstützende Parodontaltherapie

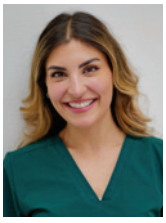
Der Patient wird in die unterstützende Parodontaltherapie überführt. Aufgrund des generalisierten Befalls, des vorangegangenen Knochenabbaus sowie der moderaten Progressionsrate wird ein Recallintervall von drei bis vier Monaten festgelegt.

In den Nachsorgeterminen erfolgt die regelmäßige Kontrolle der Sondierungstiefen, der Entzündungsparameter sowie eine professionelle Reinigung und erneute Motivation zur Mundhygiene.

Fazit

Der vorliegende Fall verdeutlicht, dass die entscheidende Grundlage einer erfolgreichen Parodontaltherapie in der strukturierten Diagnostik und konsequenten Reevaluation liegt. Erst durch die systematische Erhebung klinischer und mikrobiologischer Befunde sowie die zeitlich abgestimmte Therapieplanung kann eine nachhaltige Stabilisierung des parodontalen Zustands erreicht werden.

Die Parodontitisbehandlung erfolgte in Zusammenarbeit mit der Zahnarztpraxis Alda in Niederkassel – Zahnarzt Dirk Alda.



CAND. MED. DENT.
ALIZA SAKHRA
ZFA, ZMP und DH
Founder
GERMAN DENTAL ACADEMY
germandentalacademy.com
info@germandentalacademy.com
alizasakhra@icloud.com

HENRY SCHEIN®
DENTAL

PROPHYLAXE-TRAINING

Fit in der Praxis, fit für die Zukunft.

Unser Prophylaxe-Training kombiniert für Sie an einem Tag das Wichtigste aus der Theorie mit umfassenden Praxis-Übungen. **Perfekt für Anfänger und Wiedereinsteiger!**

- Lernen Sie von renommierten Experten
- Führen Sie professionelle Zahnreinigungen anschließend sicher durch
- Steigern Sie Ihren Wert für Arbeitgeber und Patienten

Jetzt Termin suchen und anmelden!

Alle Termine und noch viel mehr finden Sie online:
hsmag.de/zukunftprophylaxe