



defekte bei wenigen Belägen und Konkrementen (Abb. 1), während die langsam voranschreitenden chronischen Erkrankungsformen meist durch generalisierten horizontalen Knochenverlust mit viel Zahnstein und Konkrementen imponieren (Abb. 2, S. 42).

Zweiter Planungsschritt

Der zweite Planungsschritt beinhaltet die frühzeitige Identifikation von langfristig nicht mehr zu erhaltenden Zähnen. Dieser sehr wichtige Planungsschritt sollte nicht dazu verleiten, sämtliche Zähne mit Sondierungstiefen von mehr als 7 mm als extraktionswürdig zu bezeichnen. Vielmehr sollten in dieser Phase der Planung zuerst diejenigen Zähne zur *Extraktion* geplant werden, die einen zirkulären Knochenabbau bis zum röntgenologischen Apex aufweisen und klinisch durch eine Lockerung dritten Grades auffallen. Zähne, für die aufgrund ihres klinischen Zerstörungsgrades oder apikaler entzündlicher Prozesse ein Zahnerhalt unmöglich erscheint, sollten hier ebenfalls zur Extraktion eingeplant werden.

Bei jungen – noch vollbezahnten – Patienten mit aggressiven Erkrankungsformen sollte unbedingt der *Zahnerhaltung* einer Extraktion der Vorzug gegeben werden. Bei Erhalt der kompletten Zahnreihe lässt sich eine prothetische Therapie hinauszögern, und zusätzlich kann die antiinfektive Therapie in Kombination mit systemischer Antibiose das klinische Erscheinungsbild – und damit auch die Erhaltungswürdigkeit – einzelner Zähne nachhaltig zum Positiven verändern.

Dritter Planungsschritt

In einem dritten Schritt werden alle Parodontien mit pathologisch vertieften Taschen für ein subgingivales „*scaling and root planing*“ vorgesehen.

1. Reevaluation

Nach Abschluss der Phase-I-Therapie (eventuell mit anschließender Antibiose) sollte eine Wartezeit von mindestens sechs Wochen eingehalten werden, um eine Ausheilung in den behandelten Bereichen zu ermöglichen. Auch für den Patienten sind in dieser Phase die Veränderungen am Zahnfleisch – wie die reduzierte Blutungsneigung – deutlich wahr-



Fotos: Pelka

Abb. 1: Regeneratives Potenzial: Links der Zahn 46 mit einem typischen mesialen vertikalen Knochendefekt. Rechts zwei Jahre nach regenerativer operativer Therapie – nahezu vollständige Regeneration der parodontalen Strukturen

nehmbar. Diese Wartezeit sollte für den Patienten mit einer Unterstützung und Motivation zu einer möglichst umfassenden Mundhygiene durch das Praxisteam genutzt werden.

Danach werden alle zahnbezogenen *parodontalen Befunde* neu erhoben und in Relation zu den Ausgangsbefunden gesetzt. Zähne, deren langfristige Erhaltung bereits bei der ersten Begutachtung fraglich erschien, sollten im Rahmen der *Reevaluation neu bewertet* werden. Hat sich die parodontale Situation stabilisiert und ist keine prothetische Versorgung notwendig, dann können solche Zähne belassen werden. Hat sich keine Verbesserung eingestellt, kann eine chirurgische Therapie oder auch eine Extraktion sinnvoll sein.

Phase-II-Therapie

Alle Parodontien, die im Reevaluationsbefund Sondierungstiefen über 5 mm aufweisen, sollten identifiziert und im Befund markiert werden. Diese Parodontien sind für eine weiterführende operative Therapie vorgesehen. Diese ist jedoch nur dann sinnvoll, wenn mehrere Faktoren erfüllt sind:

- Die Mundhygiene des Patienten sollte sich verbessert haben. Die Werte für API und SBI sollen zumindest unter 30 Prozent – noch besser unter 20 Prozent gesunken sein, was für eine sehr gute Mitarbeit des Patienten spricht.
- Vor einem operativen Eingriff sollte unbedingt abgeklärt werden: *Welcher Vorteil ergibt sich aus der operativen Therapie?* Kann die parodontale Situation nachhaltig verbessert werden – oder noch besser – lassen sich durch einen operativen Eingriff parodontale Strukturen regenerieren?

Dies ist fast ausschließlich dann gewährleistet, wenn das Röntgenbild des zu beurteilen-