



Abb. 2: Röntgenstatus: Ausgangsbefund bei 60-jähriger Patientin mit umfangreichem Versorgungsbedarf und schwerer chronischer Parodontitis

den Zahnes einen vertikalen Knochendefekt (s. Abb. 1, s. Seite 41) aufweist, oder es sich um einen Furkationsbefall mit noch nicht durchgängiger Furkation handelt. Liegt jedoch ein rein horizontaler Knochenabbau vor, so ist von einem operativen Eingriff außer einem weiteren Verlust an vertikaler Höhe der Gingiva keine Regeneration von parodontalem Attachment zu erwarten. Solche Bereiche sollten dann intensiv nachbearbeitet, einer engmaschigen Kontrolle unterzogen, aber nicht operiert werden.

### **Implantologie/Prothetik**

Nach positivem Abschluss der Phase-I- und Phase-II-Therapie sollte eine implantologische und prothetische Gesamtplanung erfolgen. Implantologische Rekonstruktionen nach vorangegangenem Zahnverlust aufgrund von Parodontitis sind sowohl von der Planung als auch von der operativen Ausführung meist schwieriger und komplexer, da durch die parodontale Erkrankung das Knochenangebot zur Implantatverankerung



Abb. 3: OPG-Aufnahme: Status nach Abschluss von Phase-I/II-Behandlung und implantologischer Therapie. Implantationen erfolgten auf Wunsch der Patientin nur im UK aufgrund der günstigeren Knochensituation (Implantationen: Prof. Dr. Dr. Friedrich Neukam).

deutlich reduziert ist (s. Abb. 2). Hier ist eine enge Zusammenarbeit zwischen dem Parodontologen, Implantologen und Prothetiker gefragt, um gemeinsam optimal auf die Bedürfnisse des Patienten eingehen zu können (Abb. 3 – 5).

### **Phase-III-Therapie**

Auch wenn parallel implantologische bzw. prothetische Leistungen erfolgen, ist es aufgrund des engen Zusammenhangs zwischen Plaquemenge und Wiederauftreten von parodontalen Entzündungen sehr wichtig, dass für eine langfristige Stabilisation der parodontalen Verhältnisse gesorgt wird. Die unterstützende Parodontaltherapie muss für jeden Patienten individuell nach seinen Bedürfnissen geplant werden. Prinzipiell gilt, dass im Anschluss an die systematische Therapie die *Recall-Intervalle bei maximal sechs bis acht Wochen* eingeplant werden sollten. Hat sich nach mehreren Recall-Terminen die Mundhygiene stabilisiert, können später auch längere Intervalle vorgesehen werden (*Anm. d. Red.:* siehe dazu auch den zweiten Beitrag des Autors auf Seite 43ff).



Abb. 4: Oberkiefer-Übersichtsaufnahme nach Abschluss der prothetischen Therapie mit einem kombiniert fest-sitzenden/-herausnehmbaren Zahnersatz



Abb. 5: Unterkiefer-Übersichtsaufnahme nach Abschluss der prothetischen Suprakonstruktion über die Implantate und den verbliebenen Restzahnbestand

Priv.-Doz. Dr. Matthias Pelka  
Oberarzt der Zahnklinik 1 – Zahnerhaltung und Parodontologie des Universitätsklinikums Erlangen  
(Direktor: Prof. Dr. Anselm Petschelt)  
E-Mail: pelka@dent.uni-erlangen.de

Literatur beim Verfasser