

stomatologi[e]

der e-newsletter der österreichischen gesellschaft für zahn-, mund- und kieferheilkunde



©privat

EUROPERIO11 IN WIEN: EIN EINBLICK IN DIE AKTUELLEN BEHANDLUNGSEMPFEHLUNGEN DER ÖGI IN ZUSAMMENARBEIT MIT DER ÖGP

ÖGZMK

Priv.-Doz. Dr. Kristina Bertl, PhD, MBA, MSc

Abteilung für Parodontologie, Zahnklinik der Sigmund Freud PrivatUniversität Wien, Österreich
Abteilung für Parodontologie, Krankenhaus Blekinge, Karlskrona, Schweden
EFP Delegierte der ÖGP
bertl@oegp.at

IMPLANTATVERSORGUNGEN BEI PARODONTITISPATIENT:INNEN?

Auch auf der EuroPerio11 waren Implantate und die damit verbundenen Möglichkeiten und Probleme ein prominentes Thema.

Angesichts drastisch hoher Periimplantitisraten weltweit und wenig voraussagbarer Therapieoptionen gilt: periimplantäre Probleme müssen verhindert werden, BEVOR sie auftreten.

Worauf es hierbei zu achten gilt – insbesondere bei Parodontitispatient:innen - wurde von ÖGI und ÖGP gemeinsam erarbeitet.

Die Österreichische Gesellschaft für Implantologie (ÖGI) erstellt regelmäßig Behandlungsempfehlungen zu aktuellen Themen, die uns eine Hilfestellung in unserem Berufsalltag geben sollen.

Zuletzt wurde ein aus parodontologischer Sicht ausgesprochen wichtiges Thema aufgegriffen und die Österreichische Gesellschaft für Parodontologie (ÖGP) hat wesentlich in der Ausarbeitung dieser Behandlungsempfehlung mitgewirkt.

WIE HÄUFIG IST PERIIMPLANTITIS UND WIE GUT FUNKTIONIERT DIE THERAPIE?

Die Prävalenz von periimplantären Erkrankungen ist nach wie vor auf einem erschreckend hohen Niveau. Dies wurde in einer kürzlich publizierten systematischen Übersichtsarbeit erneut bestätigt; jede/r zweite Patient:in ist von einer periimplantären Mukositis betroffen und jede/r vierte bis fünfte Patient:in von einer Periimplantitis (1).

Und zusätzlich zu dieser hohen Prävalenzrate sind die Behandlungsmöglichkeiten und deren Erfolgsraten nicht mit jener von Gingivitis oder Parodontitis vergleichbar. So wird beispielsweise nach einer nicht-chirurgischen Periimplantitistherapie nur in maximal 50% der Fälle eine vollständige Ausheilung der Erkrankung beschrieben (2) und selbst nach chirurgischer Periimplantitistherapie variiert die Erfolgsrate bei einer nur einjährigen Nachuntersuchungsperiode von 5 bis 81%; als Erfolg wurden hier jene Implantate gezählt, die sowohl niedrige Sondierungstiefen, keinen zusätzlichen periimplantären Knochenverlust als auch keine Entzündungsanzeichen aufwiesen (3).

Kürzlich wurden auch die vorhandenen Langzeitergebnisse nach chirurgischer Periimplantitistherapie zusammengefasst. Es konnten 17 Studien mit zumindest 5 Jahren Follow-up identifiziert werden und die Ergebnisse zeigten, dass in etwa 60% der Fälle eine erfolg-

reiche Behandlung erzielt und stabil gehalten werden kann. Jedoch zeigte sich auch, dass in ca. einem Drittel der Fälle eine erneute Behandlung notwendig war (4).

PARODONTITIS: DOPPELTES RISIKO FÜR PERIIMPLANTITIS UND IMPLANTATVERLUST

Bedenkt man diese Therapieerfolgsraten, sollte die Prävention von biologischen Komplikationen an dentalen Implantaten umso mehr an oberster Stelle stehen. Um eine Prävention optimal durchführen zu können, muss man sich der Risikofaktoren für periimplantäre Erkrankungen bewusst sein.

Ein gut beschriebener und dokumentierter Risikofaktor für das Auftreten periimplantärer Erkrankungen sind parodontale Erkrankungen (5-7) (Abb. 1).

stomatologi[e]

der e-newsletter der österreichischen gesellschaft für zahn-, mund- und kieferheilkunde

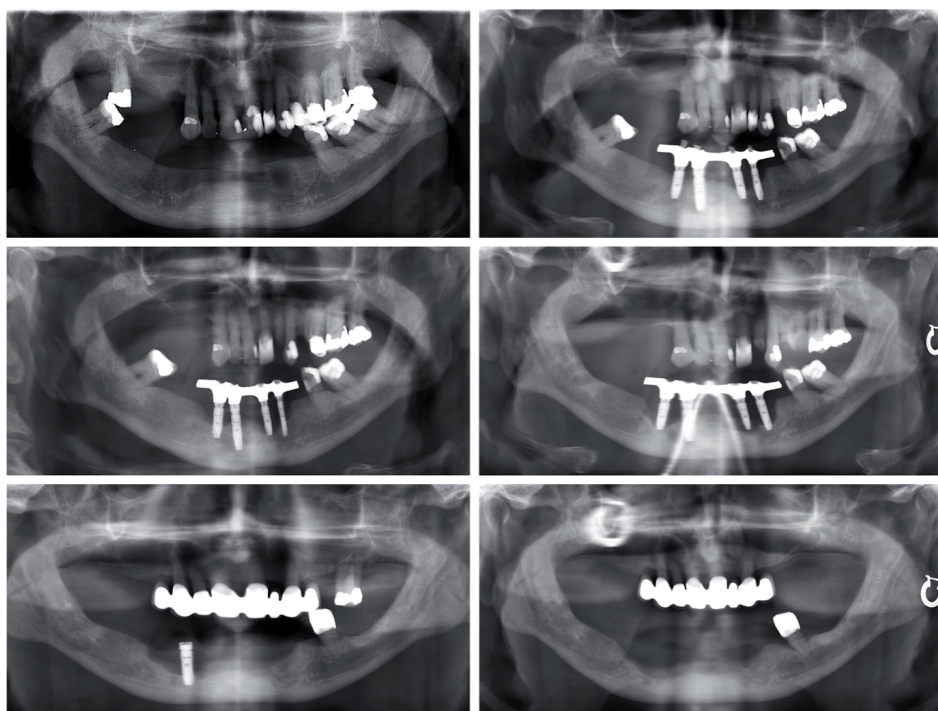


Abb. 1. Ein Patientenbeispiel, das zeigt wie verheerend die Auswirkungen für eine/n Patient:in sein können, wenn Parodontitis als Risikofaktor für parodontale Erkrankungen nicht berücksichtigt wird.

[LINK ZU Abb. 1.](#)

Eine Meta-Analyse zeigte, dass Implantate bei Parodontitispatient:innen ein 2,2-fach höheres Risiko für eine Periimplantitis aufweisen (8); auch das Risiko für einen Implantatverlust ist zirka 2-fach erhöht (5).

Dennoch können Implantate bei adäquater Vorbehandlung und Beachtung bestimmter Kriterien bei Parodontitispatient:innen erfolgreich eingesetzt werden (9).

Parodontale Restsondierungstiefen, unzureichende Plaquekontrolle und systemische Faktoren wie beispielsweise Rauchen werden als negative Faktoren für das langfristige Implantatergebnis angesehen und müssen daher im Rahmen einer strukturierten Parodontaltherapie bereits vor Implantation kontrolliert werden. Aus diesem Grund ist die Prävention immer aber bei Parodontitispatient:innen noch wichtiger und das war auch das Ziel dieser Behandlungsempfehlungen.

WAS SIND DIE WICHTIGSTEN SCHLUSSFOLGERUNGEN DER BEHANDLUNGSEMPFEHLUNGEN?

1. Nach einer erfolgreichen Parodontaltherapie kann bei Patient:innen mit einer parodontalen Vorerkrankung ein Zahnersatz mit Implantaten erfolgreich durchgeführt werden. Das Risiko für periimplantäre Erkrankungen und letztendlich Implantatverlust ist jedoch im Vergleich zu parodontal gesunden Patient:innen signifikant erhöht.

2. Die Implantation soll bei Parodontitispatient:innen optimalerweise erst nach Erreichen der Endpunkte der Parodontaltherapie erfolgen:

- keine Sondierungstiefen > 5 mm
- keine Sondierungstiefen von 5 mm mit Blutung nach Sondierung
- erster und zweiter Therapieschritt (Abb. 2) erfolgreich abgeschlossen

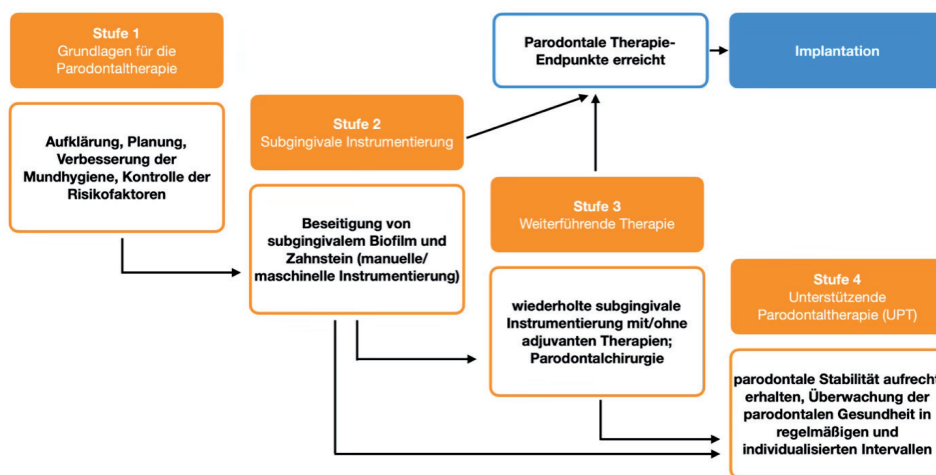
3. Bereits einzelne Sondierungstiefen > 5 mm bei der natürlichen Restbezzahnung gelten als signifikanter Risikofaktor für das Entstehen einer Periimplantitis.

4. Für das Follow-up soll die klinische Ausgangslage innerhalb von 3 Monaten nach Übergabe der prothetischen Versorgung dokumentiert werden. Dabei soll die Sondierungstiefe mittels einer Stahl- oder Kunststoffsonde an 6 Stellen pro Implantat erhoben werden; diese Werte gelten in weiterer Folge als Referenzwerte. Die 1-Jahres-Röntgenkontrolle gilt im Allgemeinen als radiologischer Ausgangsbefund.

5. Biofilmanlagerung gilt als signifikanter Faktor für das Entstehen periimplantärer Erkrankungen und dem muss durch detaillierte Mundhygieneinstruktionen, putzbares Prothesendesign und regelmäßige Kontrollen beziehungsweise regelmäßige unterstützende Implantattherapie vorgebeugt werden.

stomatologi[e]

der e-newsletter der österreichischen gesellschaft für zahn-, mund- und kieferheilkunde



Extraktionen können in jeder dieser Therapiestufen in Betracht gezogen werden, wenn die Prognose der betroffenen Zähne hoffnungslos ist.

[modifiziert nach der AWMF S3-Leitlinie „Die Behandlung von Parodontitis Stadium I bis III“ (083-043)]

Abb. 2. Stufenkonzept der Parodontaltherapie und mögliche Zeitpunkte für den Beginn der Implantattherapie.

[LINK ZU Abb. 2.](#)

SCHLUSSFOLGERUNG

Eine leitlinienbasierte Parodontaltherapie, Prävention und Reduktion von Risikofaktoren können bei Parodontitispatient:innen mit Implantatversorgungen das Risiko für periimplantäre biologische Komplikationen deutlich reduzieren, es bleibt aber im Vergleich zu parodontal Gesunden trotzdem erhöht. Dementsprechend muss der Fokus im Rahmen der unterstützenden periimplantären Betreuung auf der Kontrolle der Mundhygiene, der frühzeitigen Diagnose und dem rechtzeitigen und konsequenten Management bei Auftreten von biologischen Komplikationen liegen. Hören Sie hierzu die Autorin auch im Podcast unter <https://www.oegp.at/2025/07/01/dental-journal-podcast-folge-40-mit-privatdozentin-dr-kristina-bertl/>

REFERENZEN

1. Galarraga-Vinueza et al. (2025) Prevalence, incidence, systemic, behavioral, and patient-related risk factors and indicators for peri-implant diseases: An AO/AAP systematic review and meta-analysis. J Periodontol 96, 587-633.
2. Ramanauskaite, Fretwurst, Schwarz (2021) Efficacy of alternative or adjunctive measures to conventional non-surgical and surgical treatment of peri-implant mucositis and peri-implantitis: a systematic review and meta-analysis. Int J Implant Dent 7, 112.
3. Karlsson et al. (2023) Efficacy of access flap and pocket elimination procedures in the management of peri-implantitis: A systematic review and meta-analysis. J Clin Periodontol 50 Suppl 26, 244-284.
4. Monje et al. (2025) Long-term surgical treatment outcomes of peri-implantitis. Periodontol 2000
5. Renvert & Quirynen (2015) Risk indicators for peri-implantitis. A narrative review. Clin Oral Implants Res 26 Suppl 11, 15-44.
6. Ramanauskaite, Schwarz, Sader, R. (2022) Influence of width of keratinized tissue on the prevalence of peri-implant diseases: A systematic review and meta-analysis. Clin Oral Implants Res 33 Suppl 23, 8-31.
7. Jensen et al. (2023) Group 1 ITI Consensus Report: The role of bone dimensions and soft tissue augmentation procedures on the stability of clinical, radiographic, and patient-reported outcomes of implant treatment. Clin Oral Implants Res 34 Suppl 26, 43-49.
8. Ferreira et al. (2018) Periodontitis as a risk factor for peri-implantitis: Systematic review and meta-analysis of observational studies. J Dent 79, 1-10.
9. Zangrando et al. (2015) Long-term evaluation of periodontal parameters and implant outcomes in periodontally compromised patients: a systematic review. J Periodontol 86, 201-221.