

Arbeitspapier für die Praxis



Warum blutet es aus der Tasche, trotz perfekter Reinigung?

1	PARODONTOLOGIE	Warum blutet diese Tasche immer noch?	Gute Mundhygiene. Kaum Plaque. Trotzdem BOP an derselben Stelle. Dann lautet die richtige Frage nicht automatisch: „Putzt der Patient wirklich gut genug?“
2	BOP IST EIN SIGNAL	Aber noch keine Diagnose	Bleeding on Probing zeigt eine entzündliche Reaktion des Gewebes. Persistiert die Blutung lokal trotz guter Plaquekontrolle, sollten wir nach der Ursache suchen – statt einfach immer wieder dieselbe Stelle zu instrumentieren.
3	URSACHE 1	Subgingivale Beläge oder Restkonkremente	Gerade bei tiefen Taschen, Wurzeleinziehungen, Approximalflächen oder eingeschränkter Sicht können Konkreme zurückbleiben. Auch eine „saubere“ Mundhöhle bedeutet deshalb nicht automatisch eine vollständig dekontaminierte Wurzeloberfläche.
4	URSACHE 2	Anatomie macht uns das Leben schwer	Wurzelkonkavitäten, Furkationen, Wurzelrillen und komplexe Mehrwurzelanatomie erschweren Instrumentierung und Biofilmkontrolle. Die Ursache liegt dann nicht unbedingt bei der häuslichen Mundhygiene – sondern möglicherweise in einem schwer zugänglichen anatomischen Bereich.
5	URSACHE 3	Restaurative Faktoren	Überstehende Restaurationsränder, subgingivale Kronenränder oder ungünstige Emergenzprofile können Plaqueretention und Entzündung fördern. Deshalb bei persistierendem lokalem BOP immer auch die Restauration kritisch beurteilen.
6	URSACHE 4	Endo? Fraktur? Andere Ursache?	Eine isolierte tiefe Tasche sollte aufmerksam machen. Bei ungewöhnlichem Sondierungsmuster müssen z. B. eine endodontische Beteiligung, eine Wurzelfraktur oder andere lokale Ursachen differentialdiagnostisch berücksichtigt werden. Nicht jede „PA-Tasche“ ist ausschließlich parodontal bedingt.

Warum blutet es aus der Tasche, trotz perfekter Reinigung?

7	URSACHE 5	Der Patient ist mehr als sein Biofilm	Rauchen, schlecht eingestellter Diabetes und weitere Risikofaktoren können den Therapieerfolg beeinflussen. Deshalb gehört zur Reevaluation nicht nur der Blick auf Plaque und BOP, sondern auch auf das individuelle Risikoprofil.
8	JETZT ENTSCHEIDEN D	Nicht reflexartig weiterinstru- mentieren	Persistierende Blutung bedeutet: Befund neu bewerten. Sondierungstiefe, BOP, Suppuration, Plaque, CAL, Anatomie, Röntgenbefund und lokale Faktoren zusammen betrachten. Erst danach wird entschieden, ob eine erneute subgingivale Instrumentierung sinnvoll ist oder eine weiterführende Therapie erforderlich wird.
9	THERAPIEZIEL	Wann sind wir wirklich zufrieden?	Nach aktiver Parodontaltherapie soll möglichst keine PPD ≥ 6 mm und keine PPD > 4 mm mit BOP verbleiben. Residuale Taschen ≥ 5 mm sind langfristig relevant, weil sie mit einem erhöhten Risiko für Progression bzw. Zahnverlust verbunden sein können.
10	TAKE-HOME	BOP behandeln wir nicht. Die Ursache schon.	Persistierendes BOP ist kein Auftrag zum „noch einmal drübergehen“. Es ist ein Auftrag zum Nachdenken: Warum ist diese Stelle noch entzündet? Genau hier beginnt gute parodontologische Diagnostik.

Quelle: S3-Leitlinie „Die Behandlung von Parodontitis Stadium I–III“

Deutsche Implementierung des Updates der EFP-Leitlinie

AWMF-Registernr. 083-043, Version 1.2

Sanz M, Herrera D, Kebschull M, et al.

Treatment of stage I–III periodontitis – The EFP S3 level clinical practice guideline.

J Clin Periodontol. 2020;47(Suppl 22):4–60.

DOI: 10.1111/jcpe.13290