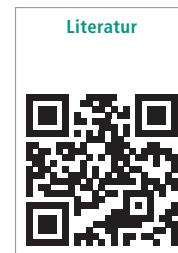


Wie wäre es um die parodontale Gesundheit unserer Patienten bestellt, wenn sie die tatsächlich erforderliche Aufmerksamkeit für ihre Therapie erhalten würden? Gemeint ist damit Aufmerksamkeit für Aufklärung, Erklärung, Instruktion, Übung, Behandlung, Neubeurteilung, nachsorgende Betreuung, Remotivation usw. Aufmerksamkeit, die ein Zahnarzt allein – meist aus wirtschaftlichen Gründen – nicht aufbringen kann. Dabei ist die erfolgreiche Parodontalbehandlung wiederum sehr zufriedenstellend und lohnenswert, da man glückliche und motivierte Patienten betreuen darf. Um das zu erreichen, ist der Zahnarzt auf die Unterstützung qualifizierter Mitarbeiter angewiesen.



Zusammenarbeit zwischen Dentalhygienikerin und Zahnarzt

Teamwork ist mehr als nur Delegation einer Fleißarbeit

Dr. Stefanie Kretschmar, Dipl.-DH (HF) Marion Schmid

Der Praxisalltag zwischen Zahnarzt und Team besteht nicht aus reinem Zuarbeiten, sondern aus einer aufrichtig gemeinten Zusammenarbeit. Dazu bedarf es qualifizierter Mitglieder im Team Parodontologie, sodass man auf gegenseitig vertrauensvolles Handeln mit einer klaren Aufgabenverteilung bauen kann. Während in Ländern, wo man auf die Ausbildung zur Dentalhygienikerin (DH) über mehrere Jahrzehnte blicken kann, inzwischen an intradisziplinären Ausbildungsmodellen von DH und Zahnarzt (ZA) gearbeitet wird,¹ konkurrieren in Deutschland unterschiedliche Ausbildungsmodelle und -institutionen um Bewerberinnen, deren unterschiedliche Abschlüsse nur sehr schwierig vom ZA eingeschätzt werden können. Somit ist es vor einer angestrebten Zusammenarbeit mit einer DH durchaus wichtig, deren Verantwortlichkeiten zu benennen und sie in das jeweilige Praxis-PAR-Konzept entsprechend ihres praktischen Könnens

und ihrer Erfahrung einzubinden. Ziel dieses Artikels soll es sein, unser intradisziplinäres Praxis-PAR-Konzept zu erläutern, sodass es eventuell Nachahmer findet oder zumindest Anregungen gibt.

Ausbildungssituation in Deutschland und international

Vorab soll ein kleiner Überblick zur Ist-Ausbildungssituation in Deutschland und den Systemen einiger anderer Länder zeigen, wie unterschiedlich die Qualifikationswege aussehen. Sowohl in Europa als auch darüber hinaus setzt sich vermehrt der Bachelor als Standard in der DH-Ausbildung durch. Inzwischen können in Europa auch Masterabschlüsse erworben werden. Da jedoch die Ausbildung in Deutschland bisher immer noch keinem Qualifikationsrahmen bzw. einheitlichen Bewertungssystem unterliegt, ist die internationale Vergleichbarkeit sehr schwierig.

Deutschland

Letztes Jahr feierte die DH in Deutschland ihr 25-jähriges Jubiläum. Seit dem Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes im Jahr 1993, in dem durch den Artikel 22 („Änderung des Gesetzes zur Ausübung der Zahnheilkunde“) erstmals die gesetzlichen Voraussetzungen für die Qualifizierung einer DH in der Bundesrepublik Deutschland geschaffen wurden, sind 1.820 DHs in Deutschland qualifiziert worden, davon 1.646 auf dem Weg der Aufstiegsfortbildung und 174 über einen Bachelorstudiengang. Laut Prof. Dr. Johannes Einweg (Stuttgart) kann von ca. 1.600 aktiv tätigen DHs in Deutschland ausgegangen werden. Demgegenüber stehen circa 72.000 praktizierende Zahnärzte. So verfügt Deutschland über etwa zwei DHs pro 100 behandelnde Zahnärzte und bildet damit im internationalen Vergleich das Schlusslicht.² Demnach gibt es in Deutschland grundsätzlich zwei verschiedene Wege zur

**Johnson PM. International profiles of dental hygiene 1987 to 2006: a 21-nation wide comparative study
International Dental Journal (2009) 59,63–77**

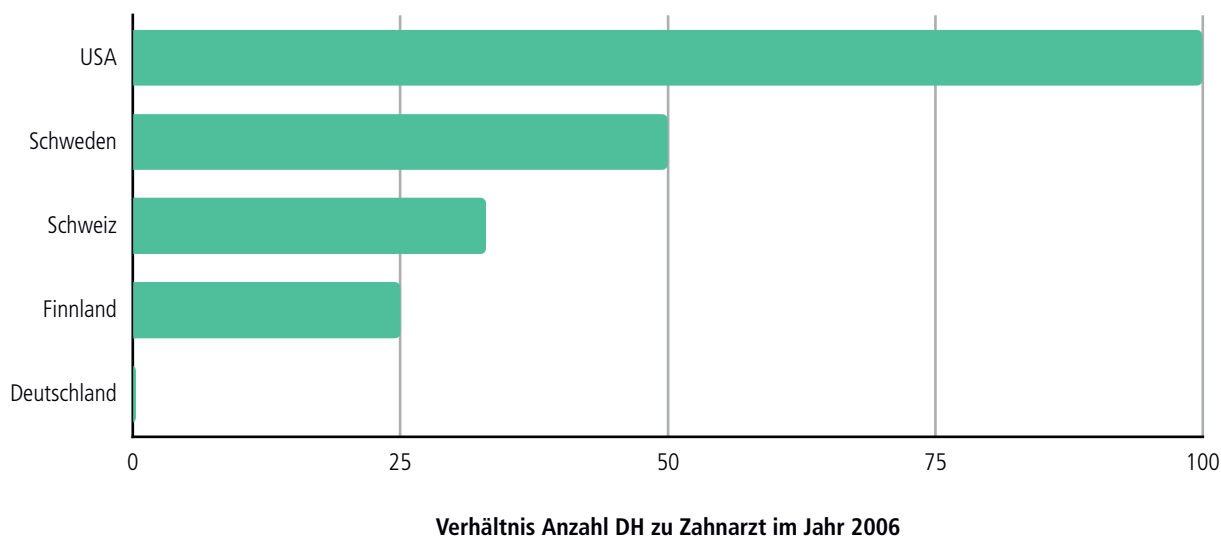


Abb. 1: Vergleich der Anzahl tätiger Dentalhygienikerinnen deutschlandweit und international (Daten aus den Jahren 1987–2006).

Qualifikation. Zum einen durch das Bestehen der Fortbildungsprüfung Zahnmedizinische Fachassistentin (ZMF) oder Zahnmedizinische Prophylaxeassistentin (ZMP) als Zulassungsvoraussetzung für die Teilnahme an der Aufstiegsfortbildung zur DH und zum anderen in Form eines berufsbegleitenden Studiums mit dem Abschluss Bachelor of Science.

Skandinavien

Das erste Land, in dem in Europa eine DH ausgebildet wurde, war Norwegen im Jahr 1923. Somit war Norwegen Vorreiter in Sachen Dentalhygiene auf dem europäischen Kontinent. Auch in Schweden und Finnland gibt es lange Traditionen in der Dentalhygieneausbildung, die bereits 1968 (Schweden) und 1976 (Finnland) gestartet wurden. In neun schwedischen Dentalhygienschulen, die an Universitäten angegliedert sind, werden DHs mit einem eigenständigen Berufsbild ausgebildet. Sie sind fester Bestandteil der zahnärztlichen Versorgung in den Bereichen Individual- und Gruppenprophylaxe.³ Da DHs in Schweden eine Approbation erhalten, können sie sich im Prinzip mit einer eigenen Praxis selbstständig machen.⁴

Schweiz

Ein Blick in die Schweiz zeigt, dass bereits 1961 die erste DH ihre Arbeit

aufnahm. Barbara Benson war Amerikanerin und wurde am Zahnärztlichen Institut der Universität Zürich von Prof. Hans Rudolf Mühlemann eingesetzt. Gut zehn Jahre später, im Oktober 1973, wurden die ersten Anwärterinnen an der DH-Schule in Zürich ausgebildet.⁵ Die Ausbildung zur DH (angestrebter Abschluss) findet in einer der vier Dentalhygienschulen in der Schweiz statt und dauert im Regelfall drei Jahre.³

USA

Bereits 1913 gelang es, in Bridgeport einen neuen Beruf und vollverschulten Studiengang – Diplom-Dentalhygienikerin – zu etablieren. In den USA gibt es inzwischen ca. 332 Dentalhygiene-Studiengänge. Der Studiengang findet vollverschult an Colleges oder Universitäten statt, wobei die fachlichen Anforderungen und Voraussetzungen sehr hoch angesetzt sind.⁶ Den Abschluss bildet ein Staatsexamen – dieses ist auch Voraussetzung, um den Berufstitel Registered Dental Hygienist (RDH) zu führen.⁷

Die unterschiedlichen Traditionen der Ausbildung resultieren in unterschiedlichen Relationen aktiv tätiger DHs und ZAs. Das Balkendiagramm mit dem internationalen Vergleich (Abb. 1), dessen zugrunde liegenden Daten aus den Jahren 1987–2006 stammen, macht

überdeutlich, dass wir in Deutschland extremen Nachholbedarf in der DH-Ausbildung haben.⁸ Die aktualisierten Werte zur Anzahl der DHs speziell in Deutschland von Prof. Dr. Einwag aus dem Jahr 2019² machen mit zwei DHs auf 100 ZAs auch gute zehn Jahre nach der Veröffentlichung von Johnson keinen großen Unterschied.

Eines sollte jedoch bei der Betrachtung der entsprechenden Zahlen nicht vergessen werden: Neben Deutschland existiert in einigen Ländern das Berufsbild der ZMP PA als Antwort auf die rege Nachfrage nach prophylaktischen Leistungen. Ihr Schwerpunkt liegt in der Gruppen- und Individualprophylaxe, vorwiegend der Instruktion, Motivation und supragingivalen Reinigung. Die Verteilung der Hauptaufgaben bzw. die Zuordnung der Zielgruppenpatienten zu den unterschiedlich ausgebildeten Mitarbeitern hat zur Folge, dass die (wenigen) DHs in Deutschland ihre Qualifikation hauptsächlich in der Betreuung von Parodontitispatienten einbringen können.

Das Berufsbild der ZMP ist im Gegensatz zu Deutschland z.B. in den USA, Kanada oder Korea aus Gründen der Qualitätssicherung nicht existent, was eventuell die deutlich höhere Anzahl der DHs in diesen Ländern zum Teil erklärt.

	Anamnese Befund Diagnose	Initialtherapie	Neubeurteilung	finale Erhaltungs- phase (UPT)
ZA/ZÄ	Behandlungsstrategie festlegen, ggf. Einbeziehung anderer med. Fachärzte	Kons. Vorbehandlung Chirurg. Vorbehandlung Ggf. Schienung	Therapieziele bereits erreicht	Regelmäßige Reevaluationen im Jahres- oder 2-Jahres-Intervall Remotivation Ästhetische Zahnumformungen, Implantologie, Prothetik etc.
DH		MH-Trainingsphase PAR-Vorbehandlung Röntgen Beratung Rauchstopp, Ernährung Ggf. HKP PA Sc/RP Nachbehandlung		MH-Training, angepasst an neue Situationen und Gegebenheiten Remotivation Sensitivität behandeln Screening auf Wurzelkaries Lokalisiert subgingivales Instrumentieren Remotivation
PAT	Involviert durch Aufklärung über therap. Strategie sowie Aufgabenteilung der Behandler. Privat zu tragende Kosten werden bereits mitgeteilt.	Ggf. überwiesen an Internist oder anderes Fachpersonal bezüglich Rauchstopp, Ernährung, andere chronische Erkrankungen.	Involviert durch Aufklärung über Therapieerfolg und Maßnahmen zum langfristigen Erhalt desselben.	Ist sich seiner Therapieergebnisse bewusst, weiß, dass die privaten Kosten für UPT die günstigste und effektivste Methode der Erhaltung geschlossener Zahnreihen ist. Fühlt sich gut aufgehoben, da seine Bedürfnisse individuell und risikoorientiert adressiert werden.

Abb. 2: Vorgehen bei einem einfachen bis moderaten Parodontitisfall.

Schlüsselaufgaben einer DH in der Parodontitisbehandlung

Ist das Scaling/Root Planing (Sc/RP) tatsächlich das Wichtigste? Häufig scheint die Delegationsmöglichkeit des Sc/RP eine große Motivation zu sein, über die Einstellung einer DH in die zahnärztliche Praxis nachzudenken. Dabei ist deren Expertise darüber hinaus viel entscheidender in der jeweiligen Vorbehandlung und langfristigen unterstützenden Parodontitistherapie (UPT) zu sehen. Idealerweise koordiniert sie entsprechend ihren Hauptaufgaben die gesamte Betreuung des Parodontitispatienten und bildet somit auch die entscheidende Schnittstelle zwischen den delegierten Aufgaben im Rahmen der Parodontitisbehandlung und den zahnärztlichen Therapieabschnitten. Auf diese Weise kann eine enorme Entlastung des ZAs erfolgen. Hinzugefügt werden muss, dass diese Zusammenarbeit immer unter der Aufsicht, Delegation und Verantwortung des ZAs ausgeführt wird. Ein komplett autarkes Handeln der DH ist in Deutschland nicht zulässig und erfordert sozusagen ein intradisziplinäres Konzept

zwischen DH und ZA in der individuellen Zahnarztpraxis.

Eine Kalkulation der Gesamtanzahl an Parodontitispatienten laut Prävalenz in Deutschland und Anzahl der ZAs, die zur Therapie und Nachsorge zur Verfügung stehen, verdeutlicht den Bedarf an fachlicher Unterstützung. Auf Grundlage veröffentlichter Zahlen zu behandelnd tätigen ZAs aus einem Jahrbuch der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und epidemiologischen Studien wurde ein durchschnittlicher Bedarf für unterstützende parodontale Therapie von 23 Stunden pro Woche ermittelt.⁹

Die große Herausforderung ist es nun, dieses intradisziplinäre Konzept in der zahnärztlichen Praxis zu erstellen und im Arbeitsalltag die Schnittstellen der Disziplinen zu meistern. Auf diese Weise entsteht eine effiziente und zielführende Arbeitsteilung mit erfolgreichem Therapieausgang, regelmäßiger Nachsorge und zufriedenen Patienten. Ein nicht standardisiertes Vorgehen kostet zu viel Zeit, es entstehen Reibungsverluste und alle beteiligten Personen, inkl. Patienten, sind frustriert.

Im Folgenden möchten wir unser praxisinternes intradisziplinäres Konzept erläutern. Dessen Basis wird durch drei Hauptfaktoren gebildet:

- die systematische PAR-Therapie, die sich am Erreichen von Therapiezielen orientiert
- Inhalte der patientenzentrierten Medizin¹⁰
- weitere zentrale Faktoren der Adhärenz¹¹

Inhalt der drei Grundpfeiler des Konzepts

Erster Grundpfeiler

Die patientenzentrierte Medizin bedeutet, dass Patienten als unmittelbar Beteiligte mündiger als in der arztzentrierten Medizin einbezogen werden. Sie werden als Partner in einem Arbeitsbündnis betrachtet. Dafür müssen sie in verständlichen Worten über ihre Erkrankung aufgeklärt und über die Therapie vollumfänglich informiert werden. Sie kommen selbst zu Wort. Gespräche finden buchstäblich auf Augenhöhe statt. Arbeitsbündnisse funktionieren nur, wenn alle an einem Strang ziehen.

OXYSAFE® Professional

Zur begleitenden Behandlung von Parodontitis und Periimplantitis



Anwendung bei Parodontitis und Periimplantitis: Schnelle Reduzierung der Taschentiefe



Zerstört schädliche anaerobe Bakterien



Aktive Sauerstofftechnologie beschleunigt die Wundheilung (ohne Peroxid oder Radikale)



Ohne Antibiotika, ohne CHX



Direkte Applikation in die Zahnfleischtasche



Fortsetzung der Behandlung durch den Patienten zuhause



Cavitron Touch™ Ultraschall-Scaling System

Spüren Sie den Unterschied müheloser Rotation

Eine Weiterentwicklung*, die Ihnen mit jedem Schritt einzigartigen Komfort und Kontrolle bietet:

- Das vollrotierende **Steri-Mate 360° Handstück** bietet freifließende Bewegungen für das Ultraschall-Insert innerhalb der Mundhöhle.
- Der federleichte Führungsschlauch des ergonomischen Handstücks optimiert und verringert den Widerstand am Handgelenk.
- Die digitale Touchscreen-Technologie bietet eine intuitiv zu bedienende Oberfläche.

Für weitere Informationen oder einen Demotermin rufen Sie uns an unter +49 (203) 99269-888.



	Anamnese Befund Diagnose	Initialtherapie	Neubeurteilung	dynamische Erhaltungs- phase (UPT)	korrektive Phase	finale Erhaltungs- phase (UPT)
ZAJÄ	Behandlungsstrategie festlegen, ggf. Einbeziehung anderer med. Fachärzte	Kons. Vorbehandlung Chirurg. Vorbehandlung Ggf. Schienung	Therapieziele aufgrund der fortgeschrittenen Erkrankung noch nicht erreicht. Behandlungsstrategie festlegen Einführung der dynamischen Erhaltungsphase (dUPT)		Zugangslappen Taschenreduktion Resektive PAR-Chirurgie Regenerative PAR-Chirurgie	Regelmäßige Reevaluationen im Jahres- oder 2-Jahres-Intervall Remotivation Ästhetische Zahn-umformungen, Implantologie, Prothetik etc.
DH		MH-Trainingsphase PAR-Vorbehandlung Röntgen Beratung Rauchstopp, Ernährung ggf. HKP PA Sc/RP Nachbehandlung		MH-Training, angepasst an neue Situationen und Gegebenheiten Remotivation Sensitivität behandeln Screening auf Wurzelkaries Lokalisiert subgingivales Instrumentieren Remotivation	Erklärt mit ihren Worten die Vorteile, die durch korrektive Eingriffe für den Patienten entstehen. Kennt die „schwierigen“ Stellen durch regelmäßige Behandlung.	Parodontale Befunde erheben, Risikoeinschätzung, Recallintervall individuell festlegen, supra- und subgingivale Biofilmkontrolle, Remotivation Negativtrend erkennen, patientenbezogene Faktoren (Stress, Rauchen) einschätzen, erkrankungsbedingte Nebenwirkungen adressieren und gegenwirken.
PAT	Involviert durch Aufklärung über therap. Strategie sowie Aufgabenteilung der Behandler. Privat zu tragende Kosten werden bereits mitgeteilt.	Ggf. überwiesen an Internist oder anderes Fachpersonal bezüglich Rauchstopp, Ernährung, andere chronische Erkrankungen.	Involviert durch Aufklärung über bisherigen Therapieerfolg, über weitere therap. Strategie sowie Aufgabenteilung der Behandler.	Ist informiert über das Stattfinden weiterer Heilungsprozesse, die umso besser ablaufen, je besser die tägliche supragingivale Plaquekontrolle.	Ist gut vorbereitet durch entsprechend gut entwickelte Gewebequalität, dadurch schnelle und gute Heilung, wenig postoperative Beschwerden.	Ist sich seiner Therapieergebnisse bewusst, weiß, dass die privaten Kosten für UPT die günstigste und effektivste Methode der Erhaltung geschlossener Zahnreihen ist. Fühlt sich gut aufgehoben, da seine Bedürfnisse individuell und risikoorientiert adressiert werden.

Abb. 3: Vorgehen bei einem komplexeren Fall.

Zweiter Grundpfeiler

Die zielorientierte Therapie einer Parodontitis zeichnet sich dadurch aus, dass sie meist mehrere Teilschritte bis zum Eintritt der parodontalen Gesundheit bzw. der Erlangung der definierten Ziele benötigt. Sie ist sozusagen eine fließende Betreuung unserer Patienten, die sich abhängig vom Schweregrad des Ausgangsbefundes sowohl zeitlich als auch inhaltlich unterscheidet. Um diese individuellen Entwicklungsprozesse zu verfolgen und zu dokumentieren, sind regelmäßige Neubeurteilungen in Form eines PAR-Status notwendig. Diese bilden die Grundlage für die weiterführenden Behandlungsstrategien, die im Arbeitsbündnis mit dem Patienten besprochen werden. Voraussetzung für die systematische Therapie ist die Teilnahme am Erhal-

tungsprogramm, das mit der Funktion als quasi „Gewebe- und Biofilmpolizei“ fast den wichtigsten Baustein der Therapie darstellt. Nur ein konsequentes Biofilmmangement – vor allem in residualen Taschenbereichen – kann einen erreichten parodontalen Status quo erhalten bzw. manchmal noch verbessern. Die Einführung einer ersten, „dynamischen Erhaltungsphase“ nach antiinfektöser Behandlung bei noch nicht erreichten Therapiezielen ermöglicht das Herauskitzeln weiterer Mundhygienepotenziale beim Patienten und lässt damit die notwendige Zeit, um weitere Ausheilungsprozesse geschehen zu lassen.

Dritter Grundpfeiler

Wesentliche Faktoren der Adhärenz, die für die erfolgreiche, idealerweise

lebenslange parodontale Nachsorge der Parodontitispatienten von Bedeutung sind, adressieren sowohl die Nebenwirkungen der Erkrankung/Therapie als auch den Einfluss der Erkrankungsdauer. Es wäre fast unmenschlich, wenn Patienten nicht vorübergehend Motivationsschwierigkeiten hätten oder sich nicht an dem manchmal stark beeinträchtigten ästhetischen Erscheinungsbild der parodontal involvierten Zähne stören würden. Patientenbedingte Faktoren, wie etwa das Rauchen oder Stress, ebenso wie die privat aufzubringenden Kosten, können sich ebenfalls negativ auf die Adhärenz auswirken. Antizipiert man diese möglichen Fallstricke, da man sich deren bewusst ist, kann man rechtzeitig auf sie eingehen und entsprechende Weichen stellen.

Wie fließen nun diese Punkte in unser PAR-Praxiskonzept ein? Das möchten wir anhand von zwei Schaubildern verdeutlichen, die die Therapieabschnitte unter Einbeziehung der beteiligten Personen, deren Verantwortlichkeiten/Aufgaben und die jeweiligen kritischen Schnittstellen erläutern. Eines davon zeigt das Vorgehen bei einem einfachen bis moderaten Parodontitisfall (Abb. 2), das andere das Vorgehen bei einem komplexeren Fall (Abb. 3). Wie die einzelnen Schnittstellen praxisintern gemeistert werden, unterliegt praktischen Umsetzungsmöglichkeiten. Entweder man verfügt über ein gutes internes Kommunikationswerkzeug, was den Vorteil der gleichzeitigen schriftlichen Dokumentation mit sich bringt, oder man tauscht sich in regelmäßigen Kurzmeetings persönlich aus. Eine Investition sollte sich immer lohnen. Zeit, die man in die Entwicklung eines praxisinternen PAR-Konzepts in Zusammenarbeit mit einer DH investiert, zahlt sich in dreierlei Hinsicht aus:

- Die klare Aufgabenverteilung und Verantwortlichkeiten, die den Behandlern zugeordnet sind, vereinfachen die Abläufe und die Kommunikation im Alltag. Dadurch entstehen weniger Reibungsverluste und damit weniger Stress.
- Der Patient profitiert von einer Legartis-Therapie, die nicht aus Honorierungsgründen abgekürzt wird.
- Die erfolgreiche PAR-Therapie im Team legt nicht nur einen wichtigen Grundpfeiler für die weiterführende Behandlung und die anhaltende Patientenbindung an die Praxis, sondern auch für die langfristige Zusammenarbeit zwischen DH und ZA.

Fazit

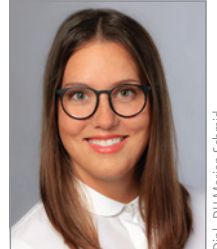
Ein Zitat des Weltbasketballers Michael Jordan lautet: „Talent gewinnt Spiele, aber Teamwork und Intelligenz gewinnen Meisterschaften.“ Wenn wir in der Praxis nicht mehr nebeneinanderher arbeiten und unsere Expertise separat

voneinander einbringen, sondern gemeinsam an unserem intradisziplinären PAR-Konzept arbeiten und wachsen, können wir einen spürbaren Unterschied herbeiführen.

Kontakt



Dr. Stefanie Kretschmar



Dipl.-DH Marion Schmid

Dr. Stefanie Kretschmar, M.S.D. (USA)
Dipl.-DH (HF) Marion Schmid

Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis
Dres. Kretschmar
Schwieberdinger Straße 44
71636 Ludwigsburg
Tel.: 07141 97455-20
info@parodontologie-ludwigsburg.de
www.zahngesundheit-kretschmar.de

ANZEIGE

OHNE
MIKROPLASTIK

Exklusive nachhaltige Komplettpflege für Zähne und Zahnfleisch

MEDIZINISCHE SPEZIAL-ZAHNCREME MIT NATUR-PERL-SYSTEM



- ✓ optimale Reinigung bei minimaler Abrasion (RDA 32)
- ✓ für die 3× tägliche Zahnpflege
- ✓ Doppel-Fluorid-System (1.450 ppmF)
- ✓ für natürliches Zahnweiß

BESONDERS ZU EMPFEHLEN

- ✓ für alle Zahnsparagenträger
- ✓ bei Kronen, Implantaten, Brücken
- ✓ bei Kunststofffüllungen
- ✓ für Raucher, Kaffee-, Tee- und Rotweingenießer



Kleine, weiche, zu **100 % biologisch abbaubare Perlen** rollen Beläge einfach weg; schonend für Zähne und Umwelt – **ohne Mikroplastik.**



Dr. Liebe Nachf. GmbH & Co. KG
D-70746 Leinfelden-Echt. · Tel. 0711 75 85 779-11

Kostenlose Proben und mehr Informationen: bestellung@pearls-dents.de • www.pearls-dents.de