

POSITIONSPAPIER

Die interprofessionelle Parodontalbetreuung in der Schweizer Zahnarztpraxis

Datum: 9. Juni 2023, Version 1.0

Schweizerische Gesellschaft für Parodontologie (SSP)

Zusammenfassung

Die Parodontalbehandlung kann in einem interprofessionellen Praxisteam effizient umgesetzt werden. Dieses Positionspapier gibt einen Überblick darüber, wie die zahnmedizinischen Berufe in der Schweizer Zahnarztpraxis ihre individuellen und interprofessionellen Aufgaben für die Prophylaxe, die Therapie und die parodontale Langzeitbetreuung gemeinsam umsetzen können.

Während Zahnärzte nach der Diagnosestellung unter Beibehaltung der Fallverantwortung die parodontale Prophylaxe, die nicht-chirurgische Parodontaltherapie und die Nachsorge (Recall) im Praxisteam weitergeben können, muss das Team die Kompetenzen aller zahnmedizinischen Berufe kennen und im Falle der parodontalen Instabilität ihre Patienten zur indizierten Behandlung führen. Im vorliegenden Positionspapier werden in diesem Sinne die Aufgaben des Zahnarztes, der dipl. Dentalhygienikerin HF und der Prophylaxe-Assistentin SSO in der Parodontalbetreuung beschrieben und die Optionen der Weitergabe von Patienten an die geeignetste Berufsperson diskutiert.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermassen für alle Geschlechter.

Zitierweise:

Positionspapier: Die interprofessionelle Parodontalbetreuung in der Schweizer Zahnarztpraxis, Schweizerische Gesellschaft für Parodontologie (SSP), Datum: 9. Juni 2023, Version 1.0, 1–13

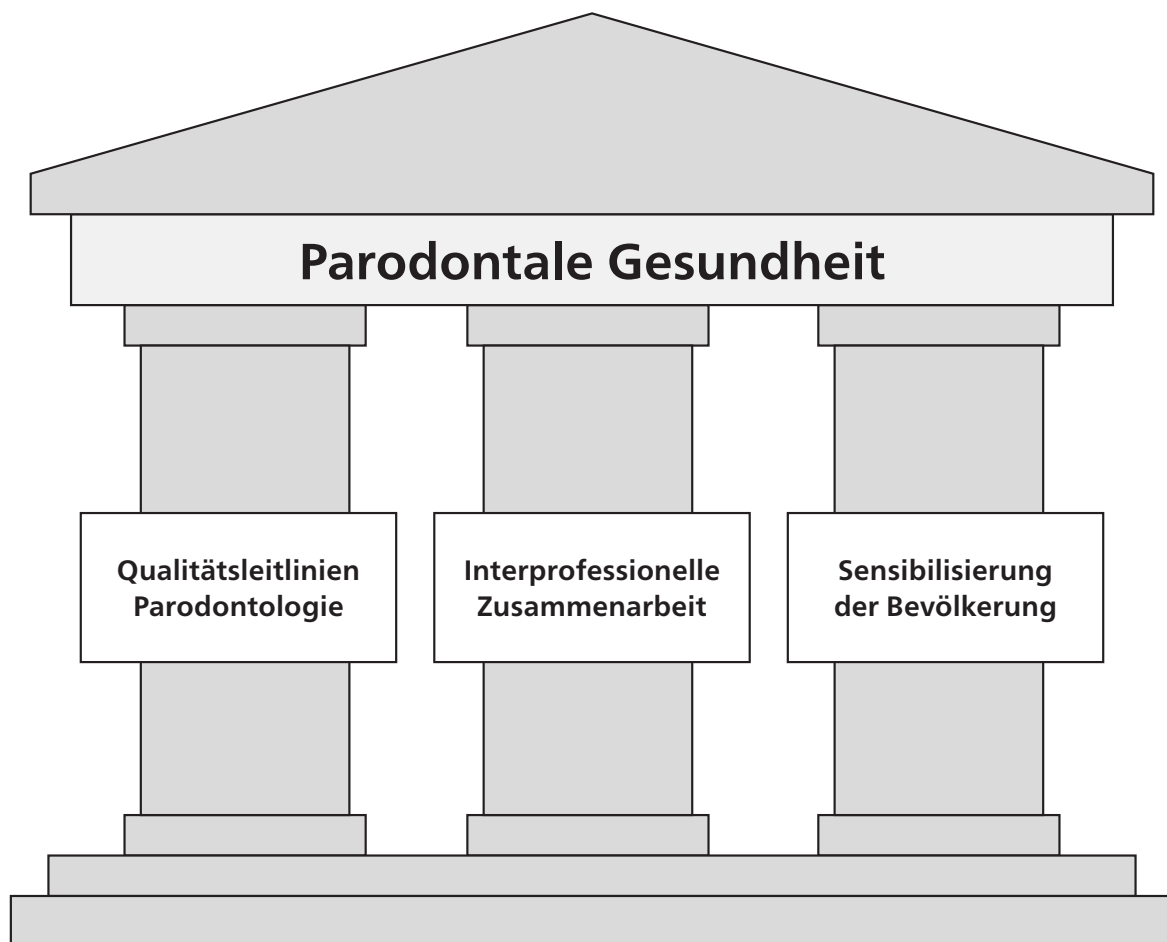
Einleitung

Die Aus- und Weiterbildung der zahnmedizinischen Berufe der Schweizer Zahnarztpraxis sind individuell geregelt. Jedoch fehlt für diese Berufe die Präsentation und Diskussion der interprofessionellen Zusammenarbeit im zahnmedizinischen Praxisteam. Das vorliegende Positionspapier gibt einen Überblick darüber, wie diese Berufe unter der Berücksichtigung der geltenden Regelungen ihre individuellen und interprofessionellen Aufgaben der Parodontalbetreuung gemeinsam umsetzen können.

Die parodontale Gesundheit der Schweizer Bevölkerung wird getragen von 1) den auf die Qualitätsleitlinien der Zahnmedizin für das Fach Parodontologie gestützten Massnahmen der Parodontalbetreuung in der Zahnarztpraxis, 2) der interprofessionellen Zusammenarbeit innerhalb des zahnmedizinischen Praxisteams und 3) der Sensibilisierung der Bevölkerung, sich regelmässig in der Zahnarztpraxis untersuchen zu lassen und die dort abgegebenen Empfehlungen umzusetzen.

Die *Qualitätsleitlinien Parodontologie* der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft SSO und deren Beurteilungskriterien umfassen die diagnostischen und therapeutischen

Massnahmen zur Prävention und Therapie von Erkrankungen der parodontalen und periimplantären Gewebe sowie deren Langzeitbetreuung zur parodontalen Stabilisierung und der Vorbeugung von Zahnverlust (MOMBELLI et al. 2014). Alle zahnmedizinischen Berufe im Praxisteam sind bei der Umsetzung einer *interprofessionellen Parodontalbetreuung* mitbeteiligt. Nach einer parodontalen Grunduntersuchung (PGU) durch den Zahnarzt oder durch die dipl. Dentalhygienikerin HF (DH) können Patienten zur parodontalen Betreuung gegebenenfalls an die geeignetere Berufsperson weitergegeben werden. Ebenso können Patienten nach der durchgeführten Parodontaltherapie innerhalb des Praxisteams zur Langzeitbetreuung einer nächsten Betreuerin weitergegeben werden. Der Schwerpunkt der *Sensibilisierung der Bevölkerung* liegt auf der Förderung des Bewusstseins über die Parodontitis und der Periimplantitis sowie deren Folgen auf die Allgemeingesundheit. Die Bevölkerung wird zudem in der Tagespresse und den sozialen Medien regelmässig darüber informiert, wie die zahnmedizinischen Berufe innerhalb des Praxisteams zusammenarbeiten und welche Arbeiten in der parodontalen Betreuung von wem durchgeführt werden.



Die Parodontalbetreuung

Die Betreuung von Patienten mit Parodontitis

Ein Screening mit der parodontalen Grunduntersuchung (PGU) ermöglicht die klinische Feststellung einer vorliegenden Parodontitis und liefert die Begründung für eine vollständige parodontale Befundaufnahme. Die PGU wird durch den Zahnarzt oder die dipl. Dentalhygienikerin HF (DH) durchgeführt mit der notwendigen Kompetenz, die Sondierungstiefen (ST) ab 4 mm zu messen und die PGU-Grade 3 (ST 4–5 mm) und 4 (ST ab 6 mm) festzuhalten.

Die vollständige parodontale Befundaufnahme durch den Zahnarzt oder die DH mit der Messung und Dokumentation aller vorhandenen parodontalen Sondierungstiefen, Rezessionen und Furkationen sowie der radiologischen Darstellung des Alveolarknochens bei parodontal erkrankten Stellen ermöglicht die Diagnostik und die Behandlungsplanung sowie die Einschätzung der Behandlungskosten bis zur parodontalen Reevaluation. Mit der Durchführung der Parodontaltherapie oder im Verlauf der Nachsorge (Recall) kann die parodontale Stabilität erreicht und aufrechterhalten werden. Diese bedingt eine optimale Mundhygiene, ein Minimum der Anzahl parodontaler Resttaschen ab 4mm und ein minimaler Grad der parodontalen Entzündung.

Die parodontale Stabilität wird bei allen Nachsorgeterminen neu beurteilt. Der minimale Befund zur Beurteilung der parodontalen Stabilität beinhaltet das Messen der parodontalen Resttaschen durch den Zahnarzt oder die DH sowie die Bestimmung des Entzündungsgrades. Recall-Intervalle werden bei einem hohen Entzündungsgrad auf ein Minimum von drei Monaten verkürzt und bei einer minimalen Anzahl von Resttaschen und einer optimalen Reduktion parodontaler Risikofaktoren auf ein Maximum von sechs Monaten verlängert. Parodontitispatienten werden demnach in der Nachsorge mindestens zweimal jährlich nachkontrolliert und nach Indikation weiter therapiert.

Patienten können aus der Allgemeinpraxis zur Durchführung der Parodontaltherapie bereits nach der PGU (in schweren Fällen), im Anschluss an die parodontale Befundaufnahme, nach Beginn der aktiven Therapie oder im Verlauf der Nachsorge an den Fachzahnarzt für Parodontologie überwiesen werden. Nach Durchführung der Parodontaltherapie überweist der Fachzahnarzt für Parodontologie den Patienten zur weiteren Nachsorge in Absprache mit dem Allgemeinpraktiker zurück an die Allgemeinpraxis.

Die Betreuung von parodontal gesunden und Patienten mit Gingivitis

Parodontal gesunde und Patienten mit Gingivitis, die im Screening mit Sondierungstiefen von maximal 3 mm und den PGU-Graden 0, 1 oder 2 beurteilt wurden, werden parodontal in regelmässigen Prophylaxesitzungen weiterbetreut. Der Schwerpunkt der parodontalen Prophylaxe liegt bei der Minimierung der Gingivitis durch das Aufrechterhalten der guten Mundhygiene und der regelmässigen Prophylaxesitzungen mit einer professionellen Zahnreinigung und der Motivierung und Instruktion zur optimalen Mundhygiene. Patienten werden zusätzlich jährlich durch den Zahnarzt oder die DH kontrolliert, um die weitere Annahme der parodontalen Gesundheit zu bestätigen. Da auch Patienten mit einer jahrelangen Erfahrung mit Prophylaxesitzungen im Erwachsenenalter an Parodontitis erkranken können (KASSEBAUM et al. 2014), kommt der regelmässigen parodontalen Beurteilung in der Prophylaxe und damit der interprofessionellen Zusammenarbeit, wie beispielsweise zwischen der Prophylaxe-Assistentin SSO (PA) und dem Zahnarzt resp. der DH, eine besondere Bedeutung zu.

Die interprofessionelle Zusammenarbeit

Die Umsetzung der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Parodontalbetreuung setzt die Kenntnisse über die Kompetenzen aller zahnmedizinischen Berufspersonen voraus. Durch die Weitergabe von Patienten an die geeignetsten Berufspersonen innerhalb des Praxisteam können sowohl Behandlungszeiten verkürzt als auch Fehlbehandlungen vermieden werden.

In der nachfolgenden Tabelle sind die zahnmedizinischen Berufe und ihre Zuständigkeiten in der Parodontalbetreuung aufgeführt. Dunkler eingefärbte Zellen zeigen eine grössere Gewichtung dieser Zuständigkeiten an. In einer Zahnarztpraxis ohne Prophylaxe-Assistentin SSO (PA) übernimmt die dipl. Dentalhygienikerin HF (DH) ihre Zuständigkeiten. Ohne DH aber bei Anwesenheit einer PA übernimmt der Zahnarzt die Zuständigkeiten der DH.

Die interprofessionelle Zusammenarbeit im zahnmedizinischen Praxisteam ermöglicht die interne Weitergabe von Patienten an die geeignetere Fachperson. Während der Zahnarzt nach der Weitergabe die sogenannte Fallverantwortung, d.h. die juristische Verantwortung über die gestellte Diagnose und die indizierte Parodontalbetreuung beibehält, übernehmen die DH und die PA bei der Übernahme alle Aufgaben, für die sie speziell weiter resp. fortgebildet wurden.

Diese Aufgaben sollen im Folgenden in Bezug auf die interprofessionelle Parodontalbetreuung präsentiert und diskutiert werden.

	Screening	Diagnostik	Prophylaxe	Therapie	Nachsorge
ZAZ	Screening mit PGU und ggf. Überweisung an F-ZAZ	Parodontale Befundaufnahme	Prophylaxe (Therapie der Gingivitis)	Therapie der Parodontitis mit Reevaluation und ggf. Überweisung an F-ZAZ	Nachsorge
DH	Screening mit PGU und ggf. Überweisung an F-ZAZ	Parodontale Befundaufnahme	Prophylaxe (Therapie der Gingivitis)	Parodontale Therapie mit Reevaluation und ggf. Überweisung an F-ZAZ	Nachsorge
PA	Kein Screening	Parodontale Befunde (MHI und GI) bei parodontal voruntersuchten Patienten (d.h. nach Screening und jährlicher Kontrolle durch ZAZ oder DH) Bei Feststellung einer erhöhten Sondierungstiefe oder Erkennen pathologischer Veränderungen um orale Implantate ZAZ oder DH zur Diagnostik beiziehen	Prophylaxe (Therapie der Gingivitis)	Keine Therapie der Parodontitis	Nachsorge Bei Feststellung einer erhöhten Sondierungstiefe oder Erkennen pathologischer Veränderungen um orale Implantate ZAZ oder DH zur Diagnostik beiziehen
F-ZAZ	Screening mit PGU	Parodontale Befundaufnahme		Parodontale Therapie und Reevaluation	Nachsorge oder Rücküberweisung an ZAZ oder DH

ZAZ: Zahnarzt, DH: dipl. Dentalhygienikerin HF, PA: Prophylaxe-Assistentin SSO, F-ZAZ: Fachzahnarzt für Parodontologie, PGU: Parodontale Grunduntersuchung, MHI: Mundhygiene-Index, GI: Gingivalindex

Die parodontalprophylaktischen und -therapeutischen Aufgaben des Zahnarztes

Der in der Schweiz ausgebildete Zahnarzt absolviert sein fünfjähriges Zahnmedizinstudium an einer Schweizer Hochschule in einem dreijährigen Bachelor- (6 Semester, 180 ECTS-Punkte) und zweijährigen Masterstudiengang (4 Semester, 120 ECTS-Punkte). Nach Abschluss des Hochschulstudiums wird von den Universitäten Basel, Bern, Genf und Zürich der akademische Titel «Master of Dental Medicine», abgekürzt «M Dent Med» resp. MDM verliehen, welcher den Zugang zur eidgenössischen Prüfung Zahnmedizin legitimiert (MEDIZINISCHE FAKULTÄT DER UNIVERSITÄT BASEL 2023, MEDIZINISCHE FAKULTÄT DER UNIVERSITÄT BERN 2023, MEDIZINISCHE FAKULTÄT DER UNIVERSITÄT GENF 2023, MEDIZINISCHE FAKULTÄT DER UNIVERSITÄT ZÜRICH 2023). Nach erfolgreichem Bestehen dieser Prüfung wird durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) gemäss Schweizer Medizinalberufegesetz (MedBG) der zusätzliche Titel «Eidgenössisch diplomierter Zahnarzt» verliehen (BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT (BAG) 2023).

Die universitäre Ausbildung im Fach Parodontologie basiert auf den erworbenen Kenntnissen der medizinischen Grundlagenfächer aus dem Bachelorstudium und beinhaltet die theoretischen und klinischen Aspekte, die im zweijährigen Masterstudiengang in Vorlesungen, Praktika sowie klinischen Kursen am Patienten vermittelt und vertieft werden. Zahnärzte erwerben im Fach Parodontologie die vollumfänglichen diagnostischen Fähigkeiten, die zur kritischen Falleinschätzung und seiner Behandlungsplanung notwendig sind, sowie alle indizierten klinischen Behandlungen, die in der Prophylaxe, der initialen Parodontaltherapie und der parodontalen Langzeitbetreuung (Recall) zur Anwendung kommen. Im Anschluss an das Hochschulstudium können sich Zahnärzte wiederum an allen vier zahnmedizinischen Universitätskliniken der Schweiz in einer dreijährigen Weiterbildung zum Facharzt für Parodontologie weiterbilden lassen. Diese auch eidgenössisch anerkannte Weiterbildung beinhaltet die Diagnostik und die Behandlungsplanung bei parodontal schwer erkrankten Fällen sowie deren Behandlung aus dem gesamten Spektrum der Parodontologie und der Implantatzahnmedizin.

Die Zahnärzte unterliegen der jährlichen Fortbildungspflicht von 80 Stunden pro Jahr und besuchen daher für das Fach Parodontologie regelmässig Fortbildungsveranstaltungen, wie beispielsweise die Jahrestagung der Schweizerischen Gesellschaft für Parodontologie (SSP), den jährlichen Kongress der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft (SSO) oder andere Fortbildungen.

Zahnärzte übernehmen im zahnmedizinischen Praxisteam für die von ihnen angenommenen Betreuungen die Fall-

verantwortung und behalten diese, auch wenn sie innerhalb des Praxisteam Patienten an die dipl. Dentalhygienikerin HF (DH) oder die Prophylaxe-Assistentin SSO (PA) weitergeben. Zahnärzte erstellen idealerweise in Zusammenarbeit mit ihrem Praxisteam ein Praxiskonzept, das als eigener Leitfaden die interprofessionelle Zusammenarbeit bei allen Parodontalbehandlungen organisiert und unter Beibehaltung der Fallverantwortung die Weitergabe von Patienten innerhalb der eigenen Praxis optimiert.

Die parodontalprophylaktischen und -therapeutischen Aufgaben der dipl. Dentalhygienikerin HF

Die dipl. Dentalhygienikerin HF (DH) erwirbt ihre Kompetenzen in einer dreijährigen Ausbildung (rund 5400 Ausbildungsstunden) an einer höheren Fachschule (HF), die auf einer Berufslehre oder einem Maturaabschluss aufbaut. Der geschützte Berufstitel lautet «dipl. Dentalhygienikerin HF»/«dipl. Dentalhygieniker HF» (ODASANTÉ – NATIONALE DACH-ORGANISATION DER ARBEITSWELT GESUNDHEIT UND VERBAND BILDUNGS-ZENTREN GESUNDHEIT SCHWEIZ (BGS) 2021).

Die im Rahmenlehrplan festgehaltenen Aufgaben der DH sind umfassend und beinhalten weitgehend die dentalen, parodontalen, stomatologischen und kaufunktionellen sowie prothetischen Aspekte einer zahnmedizinischen Betreuung. Im vorliegenden Positionspapier werden die parodontalen Aspekte der Arbeit einer DH näher beschrieben. Der folgende Abschnitt hat deshalb zum Ziel, den geltenden Rahmenlehrplan der DH in Relation zur interprofessionellen Parodontalbetreuung in der Zahnarztpraxis darzustellen und die im Rahmenlehrplan genannten Kompetenzen diesbezüglich weiter auszuführen.

Die DH erkennt und benennt krankhafte Veränderungen an Zähnen, am Parodont, um Implantate und an der Mundschleimhaut. Daraus leitet sie ihre prophylaktischen und therapeutischen Massnahmen ab. Sie informiert ihre Patienten über die Ursachen der Erkrankungen, deren Konsequenzen und die Therapiemöglichkeiten. Die DH verfügt über diejenigen Kenntnisse, die sie befähigt, orale Manifestationen allgemeinmedizinischer Erkrankungen zu erkennen und weiss um die negativen Einwirkungen der Parodontitis auf die Allgemeingesundheit. Für Abklärungen ausserhalb ihres Kompetenzbereichs zieht sie den Zahnarzt oder den Arzt hinzu.

Die DH berät und behandelt medizinisch gesunde sowie medizinisch beeinträchtigte Menschen jeden Alters mit unterschiedlichen soziokulturellen Hintergründen. Die DH ist kompetent, mit ihren Patienten eine langfristige therapeutische Beziehung einzugehen, welche für die Förderung der Mitarbeit und der Verhaltensänderung

einen motivierenden Einfluss hat. In ihrem Fachbereich kann sie zudem Führungs- und Anleitungsverantwortung im Rahmen des bestehenden Praxiskonzepts übernehmen und organisatorische, die Dentalhygiene betreffende oder prophylaktische Aufgaben delegieren und beurteilen.

Wie im Rahmenlehrplan festgehalten, führt die DH die nachfolgend erwähnten und beschriebenen Aufgaben selbständig durch.

Prävention

Die DH stellt den Bedarf fest für die Aufrechterhaltung der Mundgesundheit ihrer Patienten und die Übernahme deren Mitverantwortung. Die DH erarbeitet selbständig Präventionskonzepte und wendet sie in Lern- und Förderungsprogrammen bei Patienten in der Zahnarztpraxis an, deren Familien sowie verschiedenen Zielgruppen der Bevölkerung.

Anamnese und Befundaufnahme

Die DH führt in Eigenverantwortung und im Rahmen ihrer Kompetenzen die für sie relevanten und strukturierten Anamnesen durch bei Patienten mit und ohne medizinische resp. zahnmedizinische Risiken. Diese Anamnesen beinhalten die soziale, allgemeinmedizinische und dentale Anamnese sowie für die Befragung des Patientenverhaltens die Anamnesen über die häusliche Mundhygiene und – speziell für die Parodontalbetreuung – die Motivation zur Veränderung der Ernährung oder eines allfälligen Tabakkonsums.

In der intraoralen Befundaufnahme erkennt und benennt die DH krankhafte Veränderungen an Zahnhartsubstanzen (z.B. Karies oder Erosionen), am Parodont (z.B. Gingivitis oder Parodontitis), um Implantate (z.B. periimplantäre Mukositis oder Periimplantitis) und an der Mundschleimhaut (z.B. Leukoplakie).

Für die klinische Beurteilung der parodontalen Gesundheit führt die DH in Eigenverantwortung die parodontale Grunduntersuchung (PGU) und somit das parodontale Screening durch. Basierend auf ihre Beurteilung nimmt die DH danach selbständig die notwendigen weiteren Schritte der parodontalen Befundaufnahme vor. Diese beinhaltet die Gingivabeurteilung resp. die Beurteilung der Mukosa um orale Implantate sowie den gegebenenfalls indizierten Parodontalstatus um Zähne und orale Implantate mit der vollständigen und metrischen Erhebung der Sondierungstiefen, der gingivalen Rezessionen und des klinischen Attachmentniveaus an mehreren Stellen pro Zahn sowie die Bestimmung der Zahnbeweglichkeit (MILLER 1950) und der Registrierung der furkationsbefallenen Zähne (HAMP et al. 1975). Der Grad der parodontalen Entzündung registriert die DH nach Lang und Mitarbeiter

(1986) mit Hilfe des Sondierungsblutens (engl. «Bleeding on Probing», BOP), d.h. der blutenden Stellen in Prozent aller vorhandenen Stellen um Zähne und orale Implantate (LANG et al. 1986). Die um die Zähne verwendete maximale Sondierungskraft sollte sowohl bei parodontal Gesunden als auch bei Patienten mit einem reduzierten Parodont nicht mehr als 0.25N betragen (KARAYIANNIS et al. 1992, LANG et al. 1991). Die klinische Untersuchung periimplantärer Taschen kann je nach Rekonstruktion erschwert und auch schmerzhaft sein. Ausserdem sollte die Sondierungskraft nicht mehr als 0.15N betragen, damit eine allfällige Blutung auf Sondieren eine periimplantäre Mukositis eruieren kann (GERBER et al. 2009). Relevant dabei sind übermässige Blutungen, denn alleinige Blutungspunkte oder sehr feiner Blutlinien können auch bei gesunden Implantaten auftreten.

Die DH erkennt selbständig die Indikationen für Röntgenbildaufnahmen, schlägt sie gegebenenfalls vor und erstellt diese in Rücksprache mit dem Zahnarzt. Die DH interpretiert Röntgenaufnahmen inklusive Orthopantomographien (OPT) und erkennt und benennt Veränderungen von Zähnen, oralen Implantaten, zahntragenden und umliegenden Strukturen und trifft die für ihre dentalhygienische Behandlungsplanung und Therapie gemeinsam mit dem Patienten entsprechenden Entscheidungen. Für weiterführende diagnostische Abklärungen und Therapien zieht die DH den Zahnarzt oder weitere Fachpersonen bei.

Interpretation der Befunde und Behandlungsplanung

Die DH wertet die klinischen Befunde unter Einbezug der Röntgenbildaufnahmen aus und erstellt aus dentalhygienischer Sicht und unter Beachtung der medizinischen und zahnmedizinischen Risikofaktoren eine Synthese sowie den Behandlungs- und langfristigen Betreuungsplan (s. Rahmenlehrplan, Kompetenz 3.3: Interpretation der Befunde, S. 19). Sie initiiert nach der entsprechenden Abklärung mit dem Zahnarzt gegebenenfalls zusätzliche interprofessionelle Behandlungsprozesse ausserhalb ihres Wirkungsfeldes, wie beispielsweise die Überweisung zur weiteren stomatologischen Abklärung.

Kommunikation und Motivierung zur Verhaltensänderung

Die DH bewegt sich in der ihr vom Praxisinhaber übertragenen Eigenverantwortung in einem Spannungsfeld zwischen den Anforderungen an die Stabilisierung der Mundgesundheit einerseits und den Möglichkeiten ihrer Patienten andererseits. Die Kommunikation mit ihren Patienten richtet die DH darauf aus, eine langfristige Vertrauensbeziehung aufzubauen und aufrechtzuerhalten. Die DH wendet hierzu adressatengerechte und psycholo-

gisch begründete Methoden, wie beispielsweise die sogenannte Motivierende Gesprächsführung (MI) nach Miller und Rollnick (2002) an, um Patienten zu befähigen, mithilfe eigener Ressourcen einen Beitrag zur Verbesserung der Mundgesundheit zu leisten (MILLER & ROLLNICK 2002). Die DH begleitet und unterstützt ihre Patienten in der konsequenten Anwendung des neu erlernten, veränderten Verhaltens.

Therapeutische Massnahmen und Instrumentarium

Die DH führt die Parodontalbetreuung aufgrund ihres individuell erstellten dentalhygienischen Behandlungsplans durch. Bei parodontal gesunden oder Patienten mit Gingivitis sind die Massnahmen der DH auf die Prophylaxe ausgelegt. Der Behandlungsschwerpunkt liegt in diesen Fällen auf der Durchführung der professionellen Zahnreinigung mit der Depuration von harten und weichen supragingivalen Belägen, der Entfernung von Verfärbungen, der Prophylaxe bei oralen Implantaten, sowie der Verhaltensunterstützung zur Reduktion vorhandener Risikofaktoren.

Bei Patienten mit Parodontitis oder Periimplantitis verlagert sich der Behandlungsschwerpunkt zur initialen (nicht-chirurgischen) Therapie. Dabei wählt die DH die geeigneten Mittel, um eine gründliche supra- und subgingivale Reinigung auch unter erschwerten Bedingungen zu gewährleisten. Die Entfernung der harten und weichen Ablagerungen an Zahnoberflächen erfolgt mittels Scaling und Wurzelglätten unter Umständen weit subgingival (Deep Scaling), wo die Wurzelanatomie nicht in jedem Detail vorhersehbar und kein visueller Zugang gegeben ist. In dieser Phase der Parodontaltherapie führt die DH auch die Entfernung von Füllungsüberschüssen sowie die Rekonturierung und Politur von Füllungen durch. In Absprache und in Zusammenarbeit mit dem Zahnarzt führt die DH auch die nicht-chirurgische Therapie der Periimplantitis durch.

Bei der professionellen Zahnreinigung steht der DH das folgende Instrumentarium zur Verfügung: 1) Handinstrumente (Curetten und Scaler mit Beherrschen der notwendigen Schleiftechniken), 2) Ultraschallgeräte mit allen Ansätzen für die supra- und subgingivale Belagsentfernung sowie Ansätzen für die maschinelle Depuration in Furkationen, 3) Pulverstrahlgeräte für die supragingivale Belagsentfernung sowie mit Ansätzen (Nozzle) für die subgingivale Entfernung weicher Beläge, 4) Carbonfaser-Küretten zur Depuration auf Implantatoberflächen und 5) Winkelstücke mit Instrumenten zur Entfernung von Füllungsüberschüssen sowie zur Rekonturierung und Politur von Füllungen.

Nach Absolvieren der entsprechenden Weiterbildung kann die DH die vom Zahnarzt verordnete und überwachte Terminalanästhesie durchführen und in den entsprechenden klinischen Situationen einsetzen.

Reevaluation

In der Reevaluation sechs bis acht Wochen nach Abschluss der initialen Parodontaltherapie bewertet die DH allfällig verbleibende lokale oder auch generalisierte Entzündungen, aufgrund klinischer und anamnestischer Resultate. Sie entscheidet in Absprache zusammen mit dem Zahnarzt, ob zusätzliche Reinigungen mit Mundhygieneinstruktion und Desinfektion oder weitere zahnärztliche Massnahmen zu ergreifen sind. Der Behandlungsschwerpunkt der DH liegt in dieser Phase darin, dass die Parodontitis oder Periimplantitis nicht weiter fortschreitet und ihr negativer Einfluss auf die allgemeine Gesundheit reduziert werden kann.

Parodontale Langzeitbetreuung (Nachsorge, Recall)

Die DH übernimmt selbstständig die Organisation, Planung und Durchführung der Nachsorge (Recall) der ihr weitergegebenen Patienten. Die DH setzt auf Basis der erstellten Synthese das Recall-Intervall fest und stellt die Umsetzung sicher.

Bei der Durchführung der Nachsorge nimmt die DH nach der Aufnahme der allgemeinmedizinischen Anamnese die parodontale Befundaufnahme selbstständig und in eigener Verantwortung vor. Die Befunde beinhalten die Mundhygienebeurteilung, die Messung der parodontalen Resttaschen an allen Zähnen und oralen Implantaten sowie die quantitative Ermittlung der parodontalen Entzündung, dem prozentualen Sondierungsbluten (engl. Bleeding on Probing, BOP%). Ebenso werden die Befunde der gegebenenfalls vorhandenen Rezessionen, der Furkationen und der Zahnbeweglichkeiten registriert. Letztendlich wird der Status der Risikofaktoren erhoben und mittels Kurzinterventionen die Patienten dazu motiviert, die Risiken zu minimieren.

Die professionelle Zahnreinigung führt die DH im Recall nach Indikation selbstständig durch. Stellen mit Sondierungsbluten oder mit sondierbaren Belägen werden von der DH depuriert. Nach Indikation wendet die DH auch Methoden der photodynamischen Therapie (PDT) um Zähne resp. Implantate an (LULIC et al. 2009, METTRAUX & HUSLER 2011, METTRAUX et al. 2016).

Die DH führt nach Absprache mit dem Zahnarzt die adäquate periimplantäre Betreuung bei oralen Implantaten nach dem von Lang und Mitarbeitern (2000) beschriebenen Vorgehen CIST durch (LANG et al. 2000).

Weitere Kompetenzen

In der Parodontalbetreuung können von der DH nach Anweisungen des Zahnarztes weitere zusätzliche Arbeiten, wie beispielsweise Nahtentfernungen oder andere parodontale Nachkontrollen, durchgeführt werden.

Weitere interprofessionelle Aspekte der Aufgaben der DH

Die DH trägt Eigenverantwortung für eine funktionierende Kommunikation zwischen Patienten, Zahnärzten und anderen Fachpersonen sowie für eine partnerschaftliche, konstruktive und effiziente Zusammenarbeit. Die DH vertritt im interprofessionellen Kontext die Interessen ihrer Patienten im Hinblick auf die optimale dentalhygienische Betreuung und bringt sich entsprechend ein, Praxiskonzepte in dieser Richtung aufzubauen und zu unterstützen.

Für die erfolgreiche Umsetzung der Parodontalbetreuung in der Zahnarztpraxis kann die DH die notwendige Anzahl von Terminen für alle Behandlungen sowie deren Mindestdauer festlegen. Zudem kann die DH die umfassende indizierte Parodontalbehandlung planen und ihren Patienten im Einverständnis mit dem Praxisinhaber die Arbeitsaufteilung mit der PA anbieten. In solchen Fällen führt die PA die supragingivale professionelle Zahnreinigung und die Mundhygieneinstruktion durch, während die DH die Depuration mit der subgingivalen Zahnreinigung zeitnah, z.B. im selben Termin, abschliesst.

Die parodontalprophylaktischen Aufgaben der Prophylaxe-Assistentin SSO

Die Dentalassistentin (DA) kann in einem SSO-Weiterbildungskurs an einer von der SSO anerkannten Weiterbildungsschule in einem Zeitraum von 9 bis 11 Monaten (rund 350 Ausbildungsstunden) den Fachausweis für «Prophylaxe-Assistentin SSO» oder «Prophylaxe-Assistent SSO» (PA) erwerben (SCHWEIZERISCHE ZAHNÄRZTE-GESELLSCHAFT SSO 2022). Die Beschäftigung einer eingestellten DA in der Prophylaxe ohne SSO-Weiterbildungskurs ist untersagt.

Die PA befasst sich in ihrem beruflichen Alltag sowohl mit den dentalen als auch den parodontalen Aspekten der zahnmedizinischen Betreuung und arbeitet auch bei prophylaktischen Aktionen, wie beispielsweise in Schulen oder Heimen mit. Im vorliegenden Positionspapier wird jedoch hauptsächlich auf die parodontalen Aspekte der Arbeit einer PA eingegangen. Der folgende Abschnitt hat deshalb zum Ziel, das geltende SSO-Weiterbildungsreglement für die Prophylaxe-Assistentin SSO (PA) in Bezug auf die interprofessionelle Parodontalbetreuung in der Zahnarztpraxis zu ergänzen und die dort unter der Ziffer 2 erwähnten Aufgaben der PA weiter zu beschreiben.

Wie im SSO-Weiterbildungsreglement festgehalten, führt die PA die nachfolgend erwähnten und beschriebenen Aufgaben unter der Leitung, der Verantwortung und in Anwesenheit des Zahnarztes durch:

Beurteilung der Mundhygiene

Die regelmässige Beurteilung der Mundhygiene durch die PA ist ein wesentlicher Schritt in der Prävention aller parodontalen Erkrankungen. Die Befunderhebung durch die PA mittels Revelatoren dient zur Mundhygiene-Instruktion sowie zur Motivierung und Erhöhung der Selbstwirksamkeit aller Patienten.

Beurteilung der gingivalen Entzündung

Zur Beurteilung der gingivalen Entzündung wurden in der Parodontologie bereits mehrere Gingivalindizes entwickelt und im klinischen Alltag umgesetzt. Für die im SSO-Weiterbildungsreglement unter der Ziffer 2.1.2 erwähnten Gingivalindizes stehen insbesondere drei Indizes zur Verfügung. Der Sulkus-Blutungs-Index nach Mühleman und Son (1971) oder der Papillen-Blutungs-Index nach Saxer und Mühleman (1975) dienen der prozentualen Ermittlung der gingivalen Entzündung und zur Motivierung der Patienten in der Prophylaxe (MÜHLEMAN & SON 1971, SAXER & MÜHLEMAN 1975). Ein weiterer Gingivalindex wurde erstmals von Ainamo & Bay (1975) beschrieben und umfasst das stellenweise Sondieren des gingivalen Sulkus mit der parodontalen Sonde bis zu einer Sondierungstiefe von maximal 3mm (AINAMO & BAY 1975). Das Auftreten des Blutens auf Sondieren aus dem gingivalen Sulkus wird als eine gingivale Entzündung interpretiert. Gingivalindizes werden durch die PA verwendet, um sowohl topographisch als auch quantitativ das Ausmass der Gingivitis festzuhalten.

Demgegenüber wird bei Erkrankten mit Parodontitis durch den Zahnarzt oder die DH der parodontale Index «Bluten auf Sondieren» (Bleeding on Probing, BOP) nach Lang und Mitarbeitern (1986) festgehalten, welcher das Bluten auf Sondieren bis zum Boden der vorliegenden parodontalen Tasche sowohl topographisch als auch quantitativ die parodontale Entzündung dokumentieren kann (LANG et al. 1986).

Erkennen von erhöhten Sondierungstiefen

Das im SSO-Weiterbildungsreglement unter der Ziffer 2.1.3 erwähnte Erkennen von erhöhten Sondierungstiefen mittels Parodontalsonde bezeichnet die dichotome Feststellung einer Sondierungstiefe von mehr als 3 mm, was dazu führt, dass die PA den Zahnarzt oder die DH hinzu zieht und darüber informiert, wo die betroffene Stelle identifiziert wurde. Die zusätzliche klinische Untersuchung

dieser betroffenen Stelle(n) durch den Zahnarzt oder die DH ermöglicht die notwendige Diagnosestellung und die Entscheidung, wie im gegebenen Fall nach Indikation weiter vorgegangen wird.

Bei der Aufnahme des Gingivalindex nach Ainamo & Bay (1975) mit der Parodontalsonde dringt die PA an sechs Stellen pro Zahn bereits bis maximal 3 mm in den gingivalen Sulkus ein. Sobald ein stellenweises Eindringen über diesen Maximalwert hinaus möglich ist, wird von einem Attachmentverlust, d.h. einem Verlust des parodontalen Stützapparates, ausgegangen. Für die PA ist es so möglich, bei der klinischen Befundaufnahme dichotom eine erhöhte Sondierungstiefe von mehr als 3 mm festzustellen. Dieser Befund wird von der PA mit «>3 mm» festgehalten und dem Zahnarzt oder der DH mitgeteilt. Das Ausmessen einer parodontalen Tasche und das metrische Festhalten der klinischen Sondierungstiefe wird nur durch den Zahnarzt oder die DH durchgeführt.

Entsprechend führt die PA keine metrische Ausmessung der parodontalen Sondierungstiefen durch. Sie wird jedoch ihre Beobachtung festhalten, dass eine parodontale Stelle kategorisch eine Sondierungstiefe von mehr als 3 mm aufweist, und den Zahnarzt oder die DH beiziehen. Damit die Beschaffung von Befundunterlagen einer parodontalen Beurteilung durch die PA systematisch durchgeführt und gegebenenfalls auch schriftlich weitergegeben werden kann, steht bei Bedarf das folgende Schema zur Verfügung: Sextanten mit parodontalen Stellen von mehr als 3 mm werden angekreuzt und in der Zeile unterhalb des Schemas werden die betroffenen Zähne und ihre Stellen ausgeschrieben:

X	X	
		X
ST>3 mm:	14(mb), 12(mp), 36(db)	

Alternativ können die Stellen dieses parodontalen Befundes mit erhöhten Sondierungstiefen (ST) in den Unterlagen auch ohne Schema kommuniziert werden mit: **ST>3 mm: 14(mb), 12(mp), 36(db).**

Die erhöhte Sondierungstiefe von «>3 mm» wird von der PA während der Erhebung des Gingivalindex festgestellt. Ein Befund von «>3 mm» durch die PA wird nicht zur Diagnose der Parodontitis führen, jedoch zur Durchführung der Messung der Sondierungstiefen durch den Zahnarzt oder die DH und schliesslich zur Diagnosestellung durch den Zahnarzt.

Feststellen und Aufzeichnen von Plaque-Retentionsstellen und Zahnsteinbefall

Bei der Befundaufnahme werden von der PA festgestellte Stellen mit Zahnsteinbefall und andere Plaque-Retentionsstellen in Anlehnung an den Retentionsindex nach Loe (1967) in den Patientenunterlagen aufgezeichnet (Loe 1967). Fehlerhafte Rekonstruktionsränder auf Zahnimplantaten im Bereich der marginalen Mukosa können von der PA ebenfalls festgestellt und aufgezeichnet werden.

Das Aufzeichnen von Plaque-Retentionsstellen und Zahnsteinbefall mit den Buchstaben «R» resp. «ZS» kann im bereits vorgängig gezeigten Schema erfolgen:

X R	X	R
	ZS	X
ST>3 mm: R: ZS:	14(mb), 12(mp), 36(db) 14(m), 26(m) 33–45(l)	

Erkennen pathologischer Veränderungen um orale Implantate

In der Mundhygienekontrolle registriert die PA visuell erkennbare oder anfärbbare bakterielle Beläge an Rekonstruktionen oder Fixturen. Ebenso erkennt die PA die Rötung und die Schwellung der periimplantären Mukosa und beim Ausstreichen mit der Parodontalsonde erkennt die PA den Austritt von Eiter aus dem periimplantären Sulkus. Weiter erkennt sie eine paramarginale Fistelung rund um das orale Implantat und hält allfällige Mobilitäten der Rekonstruktionen oder Fixturen fest.

Die PA führt um orale Implantate keine Messungen der Sondierungstiefen durch. Das oben beschriebene Erkennen von erhöhten Sondierungstiefen von mehr als 3 mm wendet die PA nicht bei oralen Implantaten an. Im Kompetenzbereich der PA bietet sich an, für das Erkennen einer periimplantären Entzündung, den von Mombelli und Mitarbeitern (1987) beschriebenen modifizierten Sulkus-Blutungs-Index zu verwenden. Nach dem Ausstreichen mit der Parodontalsonde gelten breite Blutlinien im periimplantären Sulkus oder übermässige Blutungen als Anzeichen einer Mukositis (MOMBELLI et al. 1987).

Das Erkennen pathologischer Veränderungen um orale Implantate durch die PA wird nicht zur Diagnose der periimplantären Mukositis oder der Periimplantitis führen, jedoch zur Befundaufnahme durch den Zahnarzt oder die DH und zur Diagnosestellung durch den Zahnarzt.

Das Aufzeichnen pathologischer Veränderungen um orale Implantate mit dem Buchstaben «I» kann auf die gleiche Weise wie im bereits oben gezeigten Schema erfolgen:

X R	X	I R
	ZS	X
ST>3 mm: R: ZS: I:	14(mb), 12(mp), 36(db) 14(m), 26(m) 33–45(I) 24	

Röntgenbilder

Die angeordnete Aufnahme von Röntgenbildern durch die PA ist ein unverzichtbarer Bestandteil der parodontalen und periimplantären Diagnostik. Die Interpretation dieser Röntgenbilder wird durch den Zahnarzt oder die DH vorgenommen.

Patientenmotivierung und Instruktion

Die PA klärt ihre Patienten über die Ursache und den Verlauf von Karies und parodontalen Erkrankungen auf. Die PA motiviert ihre Patienten zu parodontalprophylaktischen Verhaltensänderungen, wie die Durchführung der Tabak-Kurzintervention (RAMSEIER et al. 2007) oder die Abgabe von einfachen Ernährungsempfehlungen. Die Mundhygieneinstruktion wird den individuellen Gegebenheiten des Patienten angepasst, wobei der PA diejenigen Hilfsmittel zur Instruktion zur Verfügung stehen, die auch ihren Patienten zugänglich sind.

Prophylaktische praktische Massnahmen und Instrumentarium

Die PA entfernt supragingivale Weich- und Hartbeläge und Verfärbungen. Die subgingivale Belagsentfernung ist ihr ausdrücklich verboten. Zur professionellen Zahnreinigung verwendet die PA geeignete Scaler aber keine Küretten. Für die maschinelle Depuration verwendet sie ein Ultraschallgerät mit Ansätzen zur supragingivalen Belagsentfernung.

Die PA darf nicht alte Füllungen aufpolieren oder vorhandene Füllungsüberschüsse entfernen. Die Anwendung von Konturier- und Finierinstrumenten sowie hochtourige Winkelstücke sind der PA untersagt.

Nach der mechanischen Zahnreinigung führt die PA mit niedertourigen Winkelstücken und Bürstchen, Gummipolierern sowie Polierpaste die Politur der zuvor gereinigten Zahnoberflächen durch. Anschliessend appliziert die PA auf Anweisung lokal Fluorid zur Kariesprophylaxe.

Nach Absolvieren der entsprechenden Fortbildung oder nach Weiterbildung gemäss bestehendem Reglement kann die PA supragingival zusätzlich Pulver-Wasserstrahl-Geräte verwenden. Bei allen Anwendungen dieser Geräte sowohl um Zähne als auch um orale Implantate muss die PA die Risiken zur Bildung eines Emphysems bedenken (BASSETTI et al. 2014).

Nachsorge

Zu Beginn aller Nachsorgetermine und nach Überprüfung der allgemeinmedizinischen Aspekte führt die PA ihre Beurteilungen in Analogie zur ihr erlaubten Befundaufnahme durch. Dabei kontrolliert und überwacht sie das individuelle Mundhygieneprogramm ihrer Patienten, gibt neue Instruktionen, motiviert weiter zur Verhaltensänderung oder bestätigt das optimale Patientenverhalten zur weiteren Erhöhung deren Selbstwirksamkeit.

Im Anschluss an die Durchführung aller Prophylaxemassnahmen legt die PA nach Rücksprache mit der DH oder dem Zahnarzt das Intervall der weiteren Nachsorge fest.

Weitere interprofessionelle Aspekte der Aufgaben der PA

Die PA führt ihre klinische parodontale Befundaufnahme mittels Mundhygiene- und Gingivalindex bei Patienten durch, die durch den Zahnarzt oder die DH mit einer parodontalen Grunduntersuchung (PGU) bereits voruntersucht sind. Entsprechend führt die PA kein Screening mittels PGU und keine parodontale Triage der ihr weitergegebenen Patienten durch. Die parodontalen Befunde der PA bestätigen somit keine parodontale Gesundheit oder keine parodontale Krankheit. Die Mundhygiene- und Gingivalindizes der PA dienen der Motivierung des Patienten und bei Vorliegen einer von der PA festgestellten erhöhten Sondierungstiefe als Begründung, dass der Patient vom Zahnarzt oder von der DH weiter untersucht werden muss.

Dadurch dass die PA neben der Feststellung der erhöhten Sondierungstiefe auch pathologische Veränderungen um oral Implantate erkennen kann, kommt der Weitergabe des betroffenen Patienten an die DH oder an den Zahnarzt eine zentrale Bedeutung zu.

Diskussion der Aufgabenverteilung im Praxisteam

Eine Unité de Doctrine im Praxisteam ermöglicht die aufeinander abgestimmte Umsetzung der interprofessionellen Parodontalbetreuung im gesamten Team. Regelmässige Teamgespräche ermöglichen es zudem, interprofessionelle Abläufe im Praxisalltag laufend zu vereinheitlichen, zu optimieren und wo angebracht zu vereinfachen.

Weitergabe der Patienten zwischen Zahnarzt und dipl. Dentalhygienikerin HF

Die dipl. Dentalhygienikerin HF (DH) unterstützt den Zahnarzt mit der Durchführung des parodontalen Screenings, der parodontalen Befundaufnahme, der initialen (nicht-chirurgischen) Parodontaltherapie mit der Reevaluation und der Nachsorge (Recall).

Parodontitispatienten werden in der parodontalen Nachsorge durch die DH betreut. Regelmässige Rücksprachen zwischen Zahnarzt und DH ermöglichen es, Recall-Intervalle zu optimieren, indizierte zusätzliche parodontale Therapien abzuwägen und bei parodontalen Notfällen, die notwendigen Schritte einzuleiten.

Weitergabe der Patienten zwischen Zahnarzt und Prophylaxe-Assistentin SSO

Die Prophylaxe-Assistentin SSO (PA) übernimmt vom Zahnarzt parodontal gesunde sowie Patienten mit Gingivitis für die regelmässige Durchführung von Prophylaxemassnahmen. Zur Durchführung der Motivierung von Patienten erhebt die PA in der Regel jährlich die Plaque- und Gingival-Indizes, die auch dem ganzen Praxisteam verfügbar gemacht werden.

Nach der Feststellung einer erhöhten Sondierungstiefe von mehr als 3 mm wird der Zahnarzt oder die DH zur Sondierungstiefenmessung beigezogen. Dabei als parodontal instabil beurteilte Patienten werden von der PA umgehend an die DH oder an den Zahnarzt weitergegeben.

Bei der Durchführung der Messung der Sondierungstiefen kann allgemein von einem Messfehler von ± 1 mm ausgegangen werden (BADERSTEIN et al. 1984). Die Überprüfung der Sondierungstiefe durch die DH oder den Zahnarzt erlaubt es, sowohl die Häufigkeit als auch das Ausmass der zu erwartenden Messfehler zu reduzieren.

Weitergabe zwischen dipl. Dentalhygienikerin HF und Prophylaxe-Assistentin SSO

Die Prophylaxe-Assistentin SSO (PA) übernimmt von der dipl. Dentalhygienikerin HF (DH) in Absprache mit dem Zahnarzt parodontal gesunde sowie Patienten mit Gingivitis für die regelmässige Durchführung von Prophylaxe-

massnahmen. Dadurch wird die DH sich vermehrt um die Therapie und die Nachsorge von Parodontitispatienten kümmern können.

In gegebenen Fällen mit Sondierungstiefen von maximal 3 mm und einer guten Adhärenz zu Recall-Terminen können in Absprache mit dem fallverantwortlichen Zahnarzt auch sogenannte «sekundär-gesunde» Parodontitispatienten an die PA weitergegeben werden. Zu beachten hierbei ist der Umstand, dass in der aktuellen Literatur davon ausgegangen wird, dass diese sekundär gesunde Parodontitispatienten nach der Parodontaltherapie sogenannte «geschlossene Taschen» mit einer Sondierungstiefe von bis zu 4 mm ohne Sondierungsbluten aufweisen (TOMASI & WENNSTRÖM 2017). Für die interprofessionelle Parodontalbetreuung in der Schweizer Zahnarztpraxis genannten sekundär-gesunden Patienten wird jedoch unabhängig von der Sondierungsblutung von einem strengeren Schwellenwert von 3 mm ausgegangen.

Kriterien der parodontalen Stabilität

Die parodontale Stabilität wird mit folgenden Kriterien in Verbindung gebracht:

Auf Patientenebene

- Gute Mundhygiene mit Plaque-Index $<20\%$ (BERTL et al. 2022)
- Minimale Anzahl von Resttaschen von mehr als 3 mm und entsprechend angepasstem Recall-Intervall von drei bis 12 Monaten (RAMSEIER et al. 2019)
- Niedriger Entzündungsgrad mit BOP% $<20\%$ (Nichtraucher, Ex-Raucher: $<23\%$ resp. Raucher: $<16\%$) (RAMSEIER et al. 2015)
- Optimale Reduktion von Risikofaktoren (LANG et al. 2015)

Auf der Ebene einzelner parodontaler Stellen

- Einzelne Sondierungstiefe von maximal 4 mm ohne Bluten auf Sondieren (TOMASI & WENNSTRÖM 2017)
- Furkationsbefall von maximal Grad 1 (horizontale Eindringtiefe <3 mm) (SALVI et al. 2014)

Bei erhöhten Sondierungstiefen von mehr als 3mm oder über längere Zeit verschlechterten Plaque- und Gingival-Indizes werden von der PA die DH oder der Zahnarzt beigezogen. Dabei als parodontal instabil beurteilte Patienten werden so lange von der DH oder dem Zahnarzt

betreut, bis die Sondierungstiefen weniger als 4 mm betragen und der Patient wieder an die PA weitergegeben werden kann.

Beispiel 1

Drei Jahre nach der Durchführung der Parodontaltherapie bei der DH zeigt eine 55-jährige Nichtraucherin eine gute Mundhygiene sowie eine Adhärenz zu den Recall-Terminen in sechsmonatigem Abstand. Sie hat nie wieder Sondierungstiefen über 3 mm gezeigt und der BOP% ist regelmässig unter 20%. Ab und zu zeigt sie Schwächen in der Mundhygiene, und in der Unterkiefer-Front hat sie regelmässig Zahnstein.

Das Praxisteam entscheidet gemeinsam mit der Patientin, neben den jährlichen Kontrollen durch den Zahnarzt resp. die DH, die weiteren Termine bei der PA zu vereinbaren, solange die parodontale Situation stabil bleibt.

Beispiel 2

Ein 65-jähriger Patient wird über viele Jahren hinweg von einer PA betreut. Diese beobachtet seit einiger Zeit eine verschlechterte Mundhygiene. Am Zahn 36 lingual kann sie den Sulkusboden auf 3 mm nicht mehr tasten. Auf Nachfrage gibt der Patient zudem einen verschlechterten Zustand seiner Allgemeingesundheit an und neue Medikamente, die er einnehmen muss.

Da die PA eine erhöhte Sondierungstiefe erkennt und auch die allgemeine medizinische Situation ihres Patienten einer genaueren Abklärung bedarf, informiert die PA die DH im Praxisteam über die neue Situation und übergibt ihr den Patienten zur weiteren Abklärung.

Vorübergehende Abwesenheiten im Praxisteam

Ist die DH vorübergehend abwesend, werden ihre Patienten nicht von der PA, sondern durch den Zahnarzt betreut. Dementsprechend wird diese Arbeit nach dem Behandler abgerechnet, d.h. die Arbeit der DH, die vorübergehend vom Zahnarzt erbracht wurde, wird nach den Tarifpositionen des Zahnarztes abgerechnet. Ebenso werden bei einer vorübergehenden Abwesenheit der PA ihre Patienten von der DH oder vom Zahnarzt betreut. Diese Arbeit wird ebenso nach den Leistungserbringern abgerechnet, d.h. die Arbeit der PA, die vorübergehend

von der DH oder dem Zahnarzt erbracht wurde, wird nach den Tarifpositionen der DH oder des Zahnarztes abgerechnet.

Fallverantwortung

Wie zuvor erwähnt, übernehmen die Zahnärzte innerhalb des zahnmedizinischen Praxisteam die Fallverantwortung für die von ihnen angenommenen Betreuungen. Die Fallverantwortung umfasst dabei alle Arbeiten, die von der PA oder der DH unter Berücksichtigung ihrer individuellen Berufserfahrung durchgeführt werden und erstreckt sich dadurch nicht allein auf die in der Grundausbildung vermittelten Kompetenzen. Auch wenn in Praxen mit einer erfahrenen DH oder PA individuelle Kompetenzerweiterungen unter Einhaltung der SSO-Qualitätsleitlinien Parodontologie und der hier diskutierten Interprofessionalität vorgenommen werden, bleibt die Fallverantwortung immer beim Zahnarzt.

So könnten zur Durchführung der Diagnostik alle vorhandenen Befunde des gesamten Praxisteam berücksichtigt werden. Stellt beispielsweise eine klinisch erfahrene PA bei der Durchführung des Gingivalindex eine erhöhte Sondierungstiefe fest und zeigt ihr Instrument dabei den Wert von 5 mm an, so kann dieser Wert von ihr notiert und der DH oder dem Zahnarzt zur klinischen Überprüfung vorgelegt werden.

Verdankungen

Den folgenden Kolleginnen und Kollegen sei herzlich für die Durchsicht dieses Manuskripts sowie die wertvollen Anregungen bei seiner Erstellung gedankt:

Claudia Altorfer-Sigrist, Dr. Beat Annen, Sandra Augustin-Wolf, Barbara Blaser, Dr. Barbara Carollo, PD Dr. Norbert Cionca, Dr. Christoph Epting, Dr. Jean-Philippe Haesler, Dr. Petra Hofmänner, Dr. Patrick Isler, Dr. Fabiola Krebs Rodriguez, Dr. Hrvoje Jambrec, Claudia Jeanneret, Dr. Pascale Lecoultre-Stadelmann, Dr. Nenad Lukic, Dr. Roger Naef, Daniel Piguet, Edith Pulfer-Rechsteiner, PD Dr. Philipp Sahrman, Monika Salzmann Wüest, Dr. Dorothee Schär, Prof. Patrick Schmidlin, Conny Schwiete, PD Dr. Alexandra Stähli, Dr. Antje Straub, Dr. Peter Suter, Dr. Alkisti Zekeridou

Literatur

- AINAMO J, BAY I: Problems and proposals for recording gingivitis and plaque. *Int Dent J* 25: 229-235 (1975)
- BADERSTEN A, NILVEUS R, EGELBERG J: Reproducibility of probing attachment level measurements. *J Clin Periodontol* 11: 475-485 (1984)
- BASSETTI M, BASSETTI R, SCULEAN A, SALVI G E: Subcutaneous emphysema following non-surgical peri-implantitis therapy using an air abrasive device: a case report. *Swiss Dent J* 124: 807-817 (2014)
- BERTL K, PANDIS N, STOPFER N, HARIRIAN H, BRUCKMANN C, STAVROPOULOS A: The impact of a «successfully treated stable periodontitis patient status» on patient-related outcome parameters during long-term supportive periodontal care. *J Clin Periodontol* 49: 101-110 (2022)
- BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT (BAG): Schweizerischer Lernzielkatalog Zahnmedizin gemäss MedBG. 1-10. (2023) www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/berufe-gesundheitswesen/medizinalberufe/eidg-pruefungen-universitaerer-medizinalberufe/zahnmedizin/lernzielkatalog-zahnmedizin.pdf. download.pdf/lernzielkatalog-zahnmedizin.pdf. (Datum: 12.03.2023)
- GERBER J A, TAN W C, BALMER T E, SALVI G E, LANG N P: Bleeding on probing and pocket probing depth in relation to probing pressure and mucosal health around oral implants. *Clin Oral Implants Res* 20: 75-78 (2009)
- HAMP S E, NYMAN S, LINDHE J: Periodontal treatment of multirrooted teeth. Results after 5 years. *J Clin Periodontol* 2: 126-135 (1975)
- KARAYIANNIS A, LANG N P, JOSS A, NYMAN S: Bleeding on probing as it relates to probing pressure and gingival health in patients with a reduced but healthy periodontium. A clinical study. *J Clin Periodontol* 19: 471-475 (1992)
- KASSEBAUM N J, BERNABE E, DAHIYA M, BHANDARI B, MURRAY C J, MARCENES W: Global burden of severe periodontitis in 1990-2010: a systematic review and meta-regression. *J Dent Res* 93: 1045-1053 (2014)
- LANG N P, JOSS A, ORSANIC T, GUSBERTI F A, SIEGRIST B E: Bleeding on probing. A predictor for the progression of periodontal disease? *J Clin Periodontol* 13: 590-596 (1986)
- LANG N P, NYMAN S, SENN C, JOSS A: Bleeding on probing as it relates to probing pressure and gingival health. *J Clin Periodontol* 18: 257-261 (1991)
- LANG N P, SUVAN J E, TONETTI M S: Risk factor assessment tools for the prevention of periodontitis progression a systematic review. *J Clin Periodontol* 42 Suppl 16: 559-70 (2015)
- LANG N P, WILSON T G, CORBET E F: Biological complications with dental implants: their prevention, diagnosis and treatment. *Clin Oral Implants Res* 11 Suppl 1: 146-155 (2000)
- LÖE H: The Gingival Index, the Plaque Index and the Retention Index Systems. *J Periodontol* 38: Suppl:610-616 (1967)
- LULIC M, LEIGGENER GOROG I, SALVI G E, RAMSEIER C A, MATTHEOS N, LANG N P: One-year outcomes of repeated adjunctive photodynamic therapy during periodontal maintenance: a proof-of-principle randomized-controlled clinical trial. *J Clin Periodontol* 36: 661-666 (2009)
- MEDIZINISCHE FAKULTÄT DER UNIVERSITÄT BASEL: Ordnung für das Masterstudium Zahnmedizin an der Medizinischen Fakultät der Universität Basel. 1-8. (2023) www.unibas.ch/dam/jcr:8eec29f0-9eb2-41c3-bd02-c62bc1d5efb4/446_345_05.pdf. (Datum: 12.03.2023)
- MEDIZINISCHE FAKULTÄT DER UNIVERSITÄT BERN: Studienplan für den Masterstudiengang Zahnmedizin an der Medizinischen Fakultät. 1-11. (2023) www.unibe.ch/e152701/e154048/e191232/e205435/e457489/med_sp_ma_dent_final_ger.pdf. (Datum: 12.03.2023)
- MEDIZINISCHE FAKULTÄT DER UNIVERSITÄT GENÈVE: Plan d'études applicable au Master en médecine dentaire. 1-8. (2023) www.unige.ch/medecine/dentaire/index.php/download_file/view/951/234/. (Datum: 12.03.2023)
- MEDIZINISCHE FAKULTÄT DER UNIVERSITÄT ZÜRICH: Studienordnung für das Bachelor- und Masterstudium an der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich. 1-16. (2023) www.zzm.uzh.ch/dam/jcr:fffff9d37-6529-ffff-ffff08e3ac7/Studienordnung_MeF_UZH_2020.pdf. (Datum: 12.03.2023)
- METTRAUX G, HUSLER J: Implementation of transgingival antibacterial photodynamic therapy (PDT) supplementary to scaling and root planing. A controlled clinical proof-of-principle study. *Schweiz Monatsschr Zahnmed* 121: 53-67 (2011)
- METTRAUX G R, SCULEAN A, BURGİN W B, SALVI G E: Two-year clinical outcomes following non-surgical mechanical therapy of peri-implantitis with adjunctive diode laser application. *Clin Oral Implants Res* 27: 845-849 (2016)
- MILLER S C (1950). *Textbook of Periodontia*. Philadelphia: Blakiston Co.
- MILLER W R, ROLLNICK S (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- MOMBELLI A, SCHMID J, WALTER C, WETZEL A: SSO Qualitätsleitlinien Parodontologie. 1-7. Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft SSO (2014) https://parodontologie.ch/wp-content/uploads/2021/08/Qualitaetsleitlinien_Parodontologie_SDJ_2014-02_d.pdf. (Datum: 12.03.2023)
- MOMBELLI A, VAN OOSTEN M A, SCHURCH E, JR., LAND N P: The microbiota associated with successful or failing osseointegrated titanium implants. *Oral Microbiol Immunol* 2: 145-151 (1987)
- MÜHLEMANN H R, SON S: Gingival sulcus bleeding – a leading symptom in initial gingivitis. *Helv Odontol Acta* 15: 107-113 (1971)
- ODASANTÉ - NATIONALE DACH-ORGANISATION DER ARBEITSWELT GESUNDHEIT UND VERBAND BILDUNGSZENTREN GESUNDHEIT SCHWEIZ (BGS): Rahmenlehrplan für Bildungsgänge der höheren Fachschulen «Dental-hygiene» mit dem geschützten Titel «dipl. Dentalhygienikerin HF» und «dipl. Dentalhygieniker HF». 1-42. (2021) www.udasante.ch/fileadmin/udasante.ch/docs/Hoehere_Berufsbildung_und_Hochschulen/DH/Rahmenlehrplan_DH_HF.pdf. (Datum: 12.03.2023)
- RAMSEIER C A, KLINGLER K, SAXER U P, BORNSTEIN M M, WALTER C: Tabakprävention und -entwöhnung in der zahnmedizinischen Praxis. *Schweiz Monatsschr Zahnmed* 119: 253-278 (2007)
- RAMSEIER C A, MIRRA D, SCHUTZ C, SCULEAN A, LANG N P, WALTER C, SALVI G E: Bleeding on probing as it relates to smoking status in patients enrolled in supportive periodontal therapy for at least 5 years. *J Clin Periodontol* 42: 150-159 (2015)
- RAMSEIER C A, NYDEGGER M, WALTER C, FISCHER G, SCULEAN A, LANG N P, SALVI G E: Time between recall visits and residual probing depths predict long-term stability in patients enrolled in supportive periodontal therapy. *J Clin Periodontol* 46: 218-230 (2019)
- SALVI G E, MISCHLER D C, SCHMIDLIN K, MATULIENE G, PJETURSSON B E, BRÄGGER U, LANG N P: Risk factors associated with the longevity of multi-rooted teeth. Long-term outcomes after active and supportive periodontal therapy. *J Clin Periodontol* 41: 701-707 (2014)
- SAXER U P, MÜHLEMANN H R: Motivation and education. *SSO Schweiz Monatsschr Zahnheilkd* 85: 905-919 (1975)
- SCHWEIZERISCHE ZAHNÄRZTE-GESELLSCHAFT SSO: SSO-Weiterbildungsreglement «Prophylaxe-Assistentin SSO» und «Prophylaxe-Assistent SSO». 1-24. (2022) www.sso.ch/de/media/2196/download?attachment. (Datum: 12.03.2023)
- TOMASI C, WENNSTRÖM J L: Is the use of differences in the magnitude of CAL gain appropriate for making conclusions on the efficacy of non-surgical therapeutic means? *J Clin Periodontol* 44: 601-602 (2017)

Korrespondenzadresse:

PD Dr. med. dent. Christoph A. Ramseier, MAS
Zahnmedizinische Kliniken der Universität Bern
Klinik für Parodontologie
Freiburgstrasse 7, CH-3010 Bern
Telefon +41 31 684 07 28
E-Mail: christoph.ramseier@unibe.ch