

## **Anlage A: Dokumentation der Behandlungsfälle**

Die Zertifizierung erfolgt unter Berücksichtigung des Grundsatzes der persönlichen Leistungserbringung durch den/die Zahnarzt\*in. Dieser Grundsatz ergibt sich aus dem Zahnheilkundengesetz (ZHG) und weiteren Vorschriften (siehe dazu u. a. [www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/b/Delegationsrahmen.pdf](http://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/b/Delegationsrahmen.pdf)).

1. Die unter 1. geforderten Dokumentationen von sechs von der/dem Dentalhygieniker\*in im Rahmen der zahnärztlichen Gesamttherapie selbst durchgeführten parodontologischen Behandlungen umfassen die, nach dem Zahnheilkundengesetz und dem Delegationsrahmen der Bundeszahnärztekammer für Zahnmedizinische Fachangestellte, rechtlich zulässigen Maßnahmen unter Beachtung der dort beschriebenen Grundsätze. Die Dokumentationen sollten in der Regel folgendes Spektrum von Patienten umfassen:  
Bei mindestens drei Behandlungsfällen muss es sich um eine fortgeschrittene Parodontalerkrankung mit ausgeprägtem Attachmentverlust handeln.  
Zwei Falldokumentationen sollten eine implantologisch-prothetische Versorgung im parodontal geschädigten Gebiss enthalten.  
Die Dokumentation von zwei Parodontitisfällen im Stadium III / IV und des Grades C im interdisziplinären Ansatz, auch im Zusammenhang mit Parodontalchirurgie, ist obligat.
2. Die parodontologischen Behandlungsschritte aller Fälle müssen bis zum Beginn der Phase der unterstützenden Parodontistherapie (UPT) abgeschlossen sein und mindestens zwei Jahre der UPT umfassen. Klinische Bilder für die Falldokumentation können als Originalabzüge, Fotokopien der Originale (jeweils min. 9x13 cm) oder in digitaler Form vorgelegt werden. Röntgenbilder werden als eingescannte Bilddateien in visuell gut auswertbarer Qualität (A4-Größe) oder digital beigefügt. Die Falldokumentation ist elektronisch einzureichen an [krammel@dgparo.de](mailto:krammel@dgparo.de), auf Anforderung sind bis zu drei Druckexemplare vorzulegen. Als Anhaltspunkt für die Gestaltung können auch Fallberichte auf der Webseite der DG PARO dienen. (Notiz aus der Vorstandssitzung vom 26.11.2022: Lücken in der Fotodokumentation können im Einzelfall akzeptiert werden.)

Die Dokumentation kann in der Vorlage für die Patientenfalldokumentation zur Ernennung zur zertifizierten Dentalhygienikerin/zum zertifizierten Dentalhygieniker der DG PARO® (Folgeseite) erfolgen, die für die jeweilige Behandlungssituation/Diagnose angepasst werden sollte.

NAME:

FALLNUMMER:

## 1 Einleitung

## 2 Anamnese

### 2.1 Allgemeinmedizinische Anamnese

Risikofaktoren und andere systemische Erkrankungen mit einem möglichen Bezug zur vorliegenden Parodontalerkrankung (z. B. u. a. Rauchen, Diabetes, BMI) sind zu erfassen und zu diskutieren.

### 2.2 Zahnmedizinische Anamnese

Wesentliche zahnmedizinische Befunde sind darzustellen. Die Stellung des Patienten zu seiner Mundgesundheit und zur empfohlenen Therapie ist zu beurteilen.

## 3 Klinischer Befund

Der klinische Befund muss alle für die Diagnose und Therapieplanung relevanten Variablen aufführen. Dies betrifft die funktionelle Beurteilung der Gingiva, Sondierungstiefen, Blutung auf Sondieren (BOP), Attachmentlevel, Furkationsbefall und Funktion. Sondierungstiefen und Attachmentlevel sind in 6-Punktmessung und Furkationsbefall für alle mehrwurzeligen Zähne für jede Furkation in Graden zu dokumentieren. Ferner sind die Mundhygiene (Plaqueindex) und der Entzündungsgrad (Gingivitisindex) auch im Verlauf zu vermerken. Kariologische und restaurative Befunde sind zu erfassen.

Weiterhin ist ein Fotostatus einzufügen. In der Regel sind zu fotografieren:

- a) bei geschlossener Zahnreihe: Frontalsicht, Lateralsicht links und rechts
- b) mit geöffnetem Mund: Okklusalfächen im Ober- und Unterkiefer.  
Detailaufnahmen spezieller Befunde werden empfohlen.

## 4 Röntgenbefund

Die röntgenologische Dokumentation muss alle relevanten Befunde darstellen. Dies kann sowohl durch einen vollständigen Zahnfilmstatus in Rechtwinkeltechnik als auch durch eine Panoramaschichtaufnahme, die ggf. bei Bedarf durch einzelne Zahnfilme ergänzt wird, geschehen. Mit entsprechender Begründung können ersatzweise oder zusätzlich alternative Aufnahmen vorgelegt werden. Alle röntgenologischen Befunde sind zu beschreiben.

## 5 Diagnose

Die Diagnose, welche dem Zahnarztvorbehalt unterliegt, muss der aktuellen Klassifikation parodontaler und periimplantärer Erkrankungen und Bedingungen entsprechen.

## 6 Ätiologie

Es sind literaturgestützt Erkrankungsursachen sowie Faktoren zu beschreiben, die sich auf den Therapieverlauf und die Prognose auswirken.

## 7 **Behandlungsplan**

Aufgrund der Ätiologie, der Befundaufnahme und der zahnärztlichen Diagnose ist der Behandlungsplan für die von der/dem Dentalhygieniker\*in selbst zu erbringenden Teilleistungen eingehend zu beschreiben und zu begründen. Dabei sind Alternativen literaturgestützt abzuwägen.

## 8 **Einzelzahnprognose zu Behandlungsbeginn**

Es ist für alle Zähne eine Prognosebeurteilung vorzunehmen, die auf aktuellen Aussagen in der Literatur beruht. Die Prognose ist zu begründen. Das Abwägen von Pro und Contra ist literaturgestützt zu diskutieren.

## 9 **Behandlungsverlauf**

Hier erfolgt eine detaillierte Beschreibung der durchgeführten Behandlungsmaßnahmen. Die Neubeurteilung (Reevaluation) des Falles 6 Wochen bis 6 Monate nach der antiinfektiösen Therapie sollte durch Zwischenbefunde, z. B. Fotos, Messung der Sondierungstiefe und BOP, dokumentiert werden. Der zeitliche Ablauf der durchgeführten Behandlungsmaßnahmen, insbesondere der von der/dem Dentalhygieniker\*in selbst durchgeführten Teilleistungen ist zu vermerken. Die Entwicklung der marginalen Entzündung und der individuellen Mundhygiene sind durch Entzündungs- und Plaqueindizes zu dokumentieren. Die von der/dem Dentalhygieniker\*in selbst durchgeführten Teilleistungen ist durch Literaturzitate zu begründen. Die einzelnen Therapiemaßnahmen (jeweils mit Datum) sind detailliert zu beschreiben. Hinweise für die parodontologische Verlaufsdagnostik (jeweils mit Datum) finden sich auch bei dem Punkt 3 „klinischer Befund“.

## 10 **Schluss- und Spätbefunde**

### 10.1 **Schlussbefund mit Einzelzahnprognose**

Die parodontologische Behandlung aller Fälle muss bis zum Beginn der Phase der unterstützenden Parodontitistherapie (UPT) abgeschlossen sein. Der Schlussbefund ist mit den entsprechenden Indizes zu dokumentieren (jeweils mit Datum). Hinweise für die parodontologische Diagnostik finden sich auch bei dem Punkt 3 „klinischer Befund“. Das Behandlungsergebnis der durch die/den Dentalhygieniker\*in durchgeführten Teilleistungen und die weitere Betreuung sind in einer Epikrise zu diskutieren.

### 10.2 **Spätbefunde mit Einzelzahnprognose**

Beim Spätbefund muss das Behandlungsergebnis mindestens zwei Jahre nach Abschluss der aktiven Parodontaltherapie (Therapiestufen 1 und 2, ggf. 3) mit Datum dokumentiert werden. Hinweise für die parodontologische Diagnostik finden sich auch bei dem Punkt 3 „klinischer Befund“. Alle Zähne sind prognostisch zu beurteilen. Die Beurteilung ist literaturgestützt zu werten.

## 11 **Epikrise**

Der Behandlungsverlauf und die -ergebnisse sind literaturgestützt zu diskutieren.

## 12 **Literatur**

Hier werden alle verwendeten Literaturhinweise aufgeführt.