

DDHV-Journal 1/2012



Deutscher DentalhygienikerInnen Verband e.V.

Gesunde Ernährung ist das beste Doping.

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

erhalten wir nach fast 40 Jahren Aufbauarbeit endlich das, wofür Deutschland steht: eine fundierte Ausbildung (Bachelor-Studium in Dentalhygiene) mit 180 ECTS? Die darin Involvierten würden unseren Patienten und den seit Jahrzehnten an unserer Berufsrichtung Interessierten sowie der deutschen Zahnmedizin einen wirklich großen Gefallen tun. Dentalhygiene ist ein akribischer „Edel-Putz-Job“, der ganz sicher nicht jedem in der Zahnmedizin Täglichen liegt. Dies macht die Delegation an Personen mit einem eigenen, zertifizierten Berufsbild mit Schwerpunkt Parodontitis-Therapie erklärlich.

Die ersten Schritte warten auf ihre Akzeptanz. Wir fordern ein Berufsbild nach internationalen Regeln. Wird diese Möglichkeit nicht offeriert, so ist ein Abwandern ins Ausland nach dem Diplom/Bachelor, vor allem in die Schweiz, vorprogrammiert.

Ulrich Wickerts Worte treffen auf die Initiatoren mehr als zu: „...es ist wirklich Zeit zu handeln und dafür braucht man weder Held noch Heiliger zu sein.“ Und doch sehen wir in ihnen Helden. Denn: Man kann nicht umhin, die weiterhin existente abwehrende Haltung gegenüber einem dringend erforderlichen Berufsbild in Frage zu stellen. Die Durchsetzung bedeutet, Frauen (und auch zukünftig Männern in unserem Beruf, da die Zahnmedizin „zu verweiblichen“ droht) eine bessere Zukunft zu offerieren und den Service in der Zahnheilkunde auf höchstem Niveau flächen-deckend anzubieten. Dazu gehört in jede deutsche zahnmedizinische Praxis eine versierte Dipl. Dentalhygienikerin (zukünftig dann BSDH) und auch eine Prophylaxe-Assistentin, sonst ist das Team nicht komplett.

Wie heißt es so schön: Man muss das Unmögliche versuchen, um das Mögliche zu erreichen. In diesem Sinne grüße ich Sie ganz herzlich für das DDHV-Team

Beate Gatermann, RDH, Dipl. DH HF

INHALT

- 2 DDHV-Fortbildungstagung 2012
- 2 Argumente für den 2. Bildungsweg zum Bachelor in Dentalhygiene und der Integration der Infiltrationsanästhesie
- 3 Neue GOZ-Abrechnungspositionen
- 4 Beschluss der Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer am 11./12.11.2011
- 5 Fehler nicht auszuschließen – Gold-Standard für einen Bachelor-Studiengang in Deutschland
- 8 Parodontale Biofilme und Einfluss auf die Gesundheit mit routinemäßiger Therapie und Prophylaxe
- 15 Schweizer DentalhygienikerInnen Kongress in St. Gallen
- 16 Brief von Dr. med. dent. Jörg Junker
- 17 Bewilligung der selbstständigen Berufstätigkeit der Dipl. DH
- 18 Rund um den Globus
- 21 Buchbesprechung - „Plastisch-ästhetische Parodontal- und Implantatchirurgie“
- 22 Veranstaltungskalender
- 22 Stellenbörse
- 22 Impressum

22 Jahre DDHV
DDHV-Fortbildungstagung 2012
Deutscher DentalhygienikerInnen Verband e.V.

Programm für Samstag, 21.04.2012

Hotel Sheraton München Arabellapark
 Arabellastraße 5, 81925 München

08:00 - 09:00	<i>Einschreibung / Produktinformation</i>	
09:00 - 09:15	Vorwort zur Tagung	Beate Gatermann, RDH, Dipl. DH
09:15 - 10:15	Managen wir den Biofilm oder managen die Bakterien uns?	Prof. Dr. Ulrich P. Saxon, CH
10:15 - 10:45	<i>Produktinformation / Kaffeepause</i>	
10:45 - 11:45	An jedem Zahn hängt ein Mensch – Wechselwirkungen zwischen parodontalen und systemischen Erkrankungen	Michael H. Warncke, Dipl. Biologe
11:45 - 13:00	<i>Produktinformation / Mittagsbuffet</i>	
13:00 - 13:45	Slow Food – gut - sauber - fair	Karl Schweisfurth, Dipl. Betriebswirt
13:45 - 14:45	Kann man die Therapie der Parodontalerkrankungen optimieren?	Prof. Dr. Holger Jenssch
14:45 - 15:15	Deutschland installiert den Bachelor in Dentalhygiene	N.N.
15:15 - 15:45	<i>Produktinformation / Kaffeepause</i>	
ca. 15:45	Ende der Tagung	
16:00 - 17:30	Jahresmitgliederversammlung	Zutritt nur für DDHV-Mitglieder (nur DH)

Auf Grundlage der Punktebewertung der BZÄK werden 6 Punkte für diese Tagung vergeben.

Bitte beachten Sie die Produktpräsentationen unserer Aussteller.

- Änderungen vorbehalten -

Tagungsgebühr inkl. Kaffee und Mittagsbuffet: Teilnehmer: 240,00 Euro

Frühbucher erhalten einen Nachlass von 25,00 Euro bei Zahlungseingang bis 12.04.2012 (danach verfällt Rechtsanspruch).

Bitte sprechen Sie mit uns, wenn Sie diese Tagung aus eigener Tasche bezahlen müssen.

Schriftliche Anmeldung: DDHV-Geschäftsstelle, Weichselmühle 1, D-93080 Pentling
 Tel.: 0941 - 91 06 92 10; Fax: 0941 - 99 78 59; Beatrix.Baumann@gmx.de; www.ddhv.de

Argumente für den 2. Bildungsweg zum Bachelor in Dentalhygiene und der Integration der Infiltrationsanästhesie

Beate Gatermann

Deutschland offeriert seit Jahrzehnten, und nicht erst seit dem Bologna-Prozess, die Möglichkeit, über eine abgeschlossene Berufsausbildung auch ohne Abitur einen Studiengang in Angriff zu nehmen. Schon früh war z.B. über den Orgelbau (manuelle Ausbildung) ein Musikstudium möglich, aber auch über eine Gartenbaulehre das Studium des Gartenbauarchitekten. So ist heute auch für eine ZMF die Möglichkeit gegeben, das Studium der Zahnmedizin in Angriff zu nehmen. Voraussetzung ist jedoch immer der Mittlere Reife-Abschluss und eben eine vorhergehende, abgeschlossene Berufsausbildung als

Option, den Eignungstest für das Studium zu schaffen. Dasselbe sollte aus einem ganz simplen Grund heraus für den Bachelor-Studiengang in Dentalhygiene gelten: Seit fast 40 Jahren hat *das Ausland* durch den Aufbau dieses Berufsbildes einen eigenen, hohen Stellenwert für dieses Berufsbild erreicht. Dieses Berufsbild blieb jedoch den Interessierten und teilweise unglaublich Engagierten in Deutschland bisher verwehrt. Mit der deutschen DH-Kammer-Fortbildung war und ist es nicht möglich, im Ausland anerkannt zu werden. Dies sollte nun während des Umbruchs nicht einfach unter den Tisch fallen, son-

dern man sollte die Türe für einen Studiengang unbedingt für beide Bildungswege öffnen: sowohl für die Abiturientin, die keine Ahnung von der Zahnmedizin hat, wie auch für diejenige, die in dieser Richtung eine abgeschlossene Ausbildung und damit eine Vorbildung hat.

Allerdings fehlt Deutschland ja leider bekanntlich das „Zwischending“ des Auslandes, genannt: das College. Man darf das Argument der Industrie nicht aus den Augen verlieren, die oftmals Absolventen mit einer Lehre den Universitätsabsolventen vorziehen, da sie eine praxisnähere Ausbildung erfahren haben. Vergleicht man allerdings das deutsche Abitur mit einem High School-Abschluss in den USA, so haben beide Abschlüsse bekanntlich nicht denselben Stellenwert, wobei ein US-Bachelor wiederum einen höheren Stellenwert als der europäische hat. Zudem müssen wir (in meinen Augen leider) auch dieses Berufsbild für Männer öffnen – aus einem wichtigen Grund: Unsere männliche Jugend hat in der gymnasialen Oberstufe einen langsameren Gang eingeschaltet als die Mädchen, und sie versäumen damit gerne den Numerus Clausus, den es leider anstelle eines Eignungstestes auch weiterhin geben wird. Erst später im Studium findet gerne eine Umkehr statt. Dies führt dazu, dass mittlerweile 80% der in der Medizin Studierenden, also auch in der Zahnmedizin, Frauen sind. Nicht nur deshalb sollten wir über die Schiene der Dentalhygieniker einen Ausgleich schaffen. Allerdings müssen die Anwärter sehr ordnungsliebende Männer sein, wobei sich bei den Frauen gerne Putzeufel in diesem Beruf treffen. Hier ist noch anzumerken, dass es die Männer der Zukunft sowieso enorm schwer haben, denn die Frauen beanspruchen mittlerweile so viele Projekte, wo sie meinen, diese meistern zu können, das manche sich zurecht fragen, ob die Männer der Zukunft nur noch zur Reproduktion im Leben einer Frau notwendig sind? Und auch das schaffen wir bekanntlich alleine. Den Männern den einseitigen Weg, den wir Frauen (hinterm Herd) hinter uns haben, aufs Auge zu drücken, sollte allerdings nicht die Zukunft sein. Es sollte einen Ausgleich zur „hohen Frauenquote“ auch in der Zahnmedizin geben.

Der zweite wichtige Punkt bei einem Bachelor in Dentalhygiene ist die Injektion. Vorreiter für diese Möglichkeit ist

Professor Ulrich P. Sixer aus Zürich, der unglaubliche Hürden überwinden musste, diese Möglichkeit für die Schweiz durchzusetzen. Auch wenn hier vorläufig bei der Infiltrationsanästhesie Schluss ist, obwohl alle wissen, dass die Leitungsanästhesie/TA für den Patienten schonender ist. In der Ausbildung, die man über mehrere Institutionen in der Schweiz als Zusatzoption als DH absolvieren kann, gibt es Dummies, die einen durch einen Pieps-Fokus exakt zum Foramen leiten und einen wunderbar üben lassen. Wird diese Option im deutschen Studiengang als Terminalanästhesie Bachelor-gerecht nicht angeboten, so laufen wir Gefahr, dass nach dem deutschen Abschluss alle in die Schweiz gehen und womöglich dort hängen bleiben. Deshalb sollte dies ohne große Diskussionen auch in Deutschland durchzusetzen sein (und nicht werden), schließlich findet nunmehr das Studium an der Universität statt. Und das leidige Thema hatten wir lange genug, dass eine Krankenschwester nach 3 Jahren Ausbildung auch injizieren darf (und dies schon seit mehr als 50 Jahren). Dies sollte Argument genug sein. Wir gehen jetzt endlich in ein neues Jahrhundert. Nachdem bislang alle Diskussionen über dieses Berufsbild einseitig mit völlig überholten Argumenten stattfanden (ich kann das Argument des Dentisten nicht mehr hören, denn diesen habe ich – Jahrgang 48 – noch mitbekommen und weiß genau, dass wir eine ganz andere Schiene besetzen), werden wir als Verband mit internationaler Unterstützung ganz sicher jetzt nicht mehr klein beigegeben. Denn es darf auch in den meisten Bundesstaaten der USA die DH längst ohne Aufsicht eines ZA oder in seiner Abwesenheit injizieren.

Wie sagte Ramfjord 1983 bei einer Tagung im Münchener Hilton Hotel: „Tun Sie etwas für das Berufsbild Dentalhygienikerin. Sonst kommt es zu Ihnen.“ Jetzt haben die Parodontologen endlich verstanden, dass sie ohne uns nicht vorwärts kommen. Jetzt möchten wir auch so arbeiten können, wie es in den USA und der Schweiz möglich ist. Schließlich gilt die USA nicht umsonst als das Land mit den längsten Erfahrungen und als positives Beispiel für die meisten Länder in der Parodontologie weltweit.

Neue GOZ-Abrechnungspositionen

Die Angaben aus dem letzten Journal wurden in der ZM 102, Nr. 1A, 1.1.2012 (21) bestätigt. Relevante Angaben aus der ZM sind wie folgt: „Alles was am Zahn subgingival an Belägen beziehungsweise Konkrementen vorhanden ist, kann nicht im Rahmen der PZR entfernt werden. Dafür müssen die Nummer 4070 beziehungsweise 4075

analog herangezogen werden.“ (Details siehe GOZ, um die sich jede Praxis selbst kümmern muss.)

Weiter: „Die subgingivale Belagsentfernung wird von der Leistungsbeschreibung der PZR nicht umfasst...“. Es steht also nicht geschrieben, ob die 4070 und 4075 delegierbar sind, was sie zumindest an die Dipl. DH sein sollten. Denn ein richtig professionelles Deep-Scaling setzt einen großen Zeitaufwand und viel Knowhow voraus, wofür gerade die Dipl. DH die richtige Schulung mitbringt.

Es wäre ratsam gewesen, die PZR und die subgingivale Reinigung (Debridement) nicht gleichzeitig am selben Zahn, aber in derselben Behandlung zuzulassen - mit Nachweis ab der deutschen DH. Die jetzige Version lässt das Honorar nach oben unkontrollierbar offen.

Beschluss der Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer am 11./12. November 2011, Frankfurt a. Main



TOP-Nr.: 5., Antrag - Nr: 1

Antragsteller:
Delegierte der Zahnärztekammer Baden-Württemberg

Betr.: Stärkung der Aufstiegsfortbildungen für Zahnmedizinische Fachangestellte

Wortlaut:

Die Bundesversammlung möge beschließen:

Die Bundesversammlung fordert den Vorstand der Bundeszahnärztekammer und die Länderkammern auf, sich nicht an der Einführung eines Studienganges Bachelor DH zu beteiligen.

Bei der Aufstiegsfortbildung nach den Musterfortbildungs- und Musterprüfungsordnungen der Bundeszahnärztekammer zur Zahnmedizinischen Fachassistentin (ZMF), Zahnmedizinischen Prophylaxe Assistentin (ZMP), Zahnmedizinischen Verwaltungsassistentin (ZMV) und Dentalhygienikerin (DH) handelt es sich um strukturierte und stufenweise Aufstiegsfortbildungen, die mit der Ausbildung zur Zahnmedizinischen Fachangestellten (ZFA) beginnen. Demnach handelt es sich um keine eigenständigen Berufsbilder, sondern um Zusatzqualifikationen an Kenntnissen und Fertigkeiten (Handlungskompetenz), welche im Rahmen der durchlaufenden Aufstiegsfortbildungen vermittelt werden. Die Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer nimmt die derzeitigen Entwicklungen im Umfeld der Fortbildungsmöglichkeiten für ZFA bzw. ungelernte Fachkräfte kritisch zur Kenntnis (Einführung Bachelor DH, etc.) und spricht sich dafür aus, dass weiterhin die strukturierte Aufstiegsfortbildung von der ZFA bis zur DH beibehalten und bestärkt werden muss, um einen hochwertigen praxisorientierten zahnmedizinischen Assistentenberuf zu erhalten.

Begründung:

Oberstes Prinzip im Bereich der Aus- und Fortbildung von Zahnmedizinischen Angestellten, mithin im gesamten Bereich der zahnmedizinischen Assistenzberufe muss grundsätzlich sein, dass eine Selbstständigkeit der Absolventinnen sowie Substitution von zahnärztlichen Leistungen verhindert wird. Die Erbringung von zahnmedizinischen Teilleistungen kann demnach nur unter Anleitung und Aufsicht des Zahnarztes (Delegation) erfolgen. Die bestehenden Fortbildungsordnungen der Bundeszahnärztekammer für die zahnmedizinischen Assistenzberufe haben eine klare Kontur und

auch in den Lehrplänen finden sich detaillierte Regelungen bezüglich der Fortbildungsinhalte. Die praktische Konkretisierung und Akzentuierung wird von den einzelnen Länderkammern durchgeführt. Aus diesem Grund gibt es auch kein Bedürfnis, ein DH-Ausbildungsangebot im Hochschulbereich anzusiedeln und dabei künftig Gefahr zu laufen, die DH als eigenständiges Berufsbild zu etablieren, da es für die Aufstiegsfortbildung zur DH bei den Länderkammern einheitliche Standards und somit eine allgemeinverbindliche Qualifikation nach dem erfolgreichen Absolvieren der Aufstiegsfortbildung gibt. Dieser Tatsache folgt auch, dass es in den Ländern keinen nachgewiesenen Mangel an qualifizierten Dentalhygienikerinnen gibt.

Kommentar DDHV:

Die Zahnärztekammer hat gegen einen Studiengang kein Vetorecht. Dass nicht nur die baden-württembergische Zahnärztekammer sich gegen einen Studiengang einsetzt, wirft ein demensprechendes Bild auf die Kammern. Sieht man die internationalen und nationalen Parodontologie-Ergebnisse, so ist der Diplom/Bachelor DH sehr wohl dringend erforderlich. Niemand behauptet jedoch, dass deshalb die deutsche DH momentan um ihre Existenzberechtigung bangen muss. So lange es nicht flächendeckend Diplom/Bachelor DH gibt und nicht jede Praxis eine versierte Parodontitis-Präventions-Fachfrau und eine Prophylaxe-Kraft – vielleicht auch nur Teilzeit – präsent hat, ist Deutschland schlichtweg nicht up-to-date. Lassen wir doch beide bestehen und sehen, was daraus wird.

Liest man zudem die Fakten aus der Schweiz, in der nur noch der Kanton Tessin keine eigene Praxis zulässt (auch diese Hochburg wird fallen), und kennt man die Tatsachen anderer Länder um uns herum, so ist es ehrlich gesagt ein Witz, sich gegen Praxen für Dentalhygiene zu wehren. In Deutschland ist diesbezüglich sowieso der Zug abgefahren, denn jede aus dem Ausland kommende DH, die nicht der Zahnärztekammer untersteht, kann sich seit 15 Jahren selbstständig machen. Man kann nicht ewig im Gestrigen leben.

Herzlichen Dank an unsere Sponsoren und Aussteller:

**ApaCare, Colgate, Curaden, Dent-o-care,
Dentsply, Deppeler, DGP, Dr. Liebe,
EMS, GABA, Hu-Friedy,
Intersanté, Oral-B blend-a-med,
Oral Prevent, Philips Oral Health Care,
Profimed, Schülke & Mayr,
Sunstar, TePe, W&H**

Fehler nicht auszuschließen

Gold-Standard für einen Bachelor-Studiengang in Deutschland

So perfekt wie möglich heißt, denjenigen ein offenes Ohr zu schenken, die Erfahrungen gesammelt haben. Hiermit möchten wir einen roten Faden zu einem Bachelor Studiengang in Augenschein nehmen mit – wie wir meinen – guten Ideen.

Erste Schritte

Grundsätzlich ist es so, dass jede Universität in Deutschland ihre Programme selber gestalten kann. Seit der Einführung des Bachelors bzw. seit der Einführung des ECTS (European Credit Transfer System) sollten jedoch die Inhalte etwas angeglichen sein, denn der Sinn dieses Systems ist es, die Ausbildungsstätten über kurz oder lang auch wechseln zu können. Europaweit funktioniert dies bislang unzureichend. Unumstritten ist, dass fast alle Länder Europas den Bachelor mit 180 ECTS schon eingeführt haben.

Die wichtigsten Eckpunkte für einen europäischen Bachelor in Dentalhygiene kann man über [www.ddhv.de/Journal 02/2011](http://www.ddhv.de/Journal_02/2011) und über die EFP (European Federation of Periodontology) herunterladen. Zudem haben wir ein Curriculum aus den USA im genannten Journal publiziert und last but absolute not least ist das Schweizer Curriculum, das zuerst von Prof. Sixer und Christa Haubensak umgesetzt wurde, nicht außer Acht zu lassen.

Wichtigster Punkt für das Studium Bachelor in Dentalhygiene sollte jedoch die Anbindung an ein Klinikzentrum sein, möglichst ein Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, das zudem eine speziell der Parodontologie zugewandte Abteilung besitzt. Informationen aus den USA vom 18. Juni 2011 zeigen, dass: *Most of the DH programs in dental schools are located in University settings and share clinic space.* Die zahnmedizinischen Unis arbeiten in den USA auch oftmals mit den DentalhygienikerInnen im selben Unterricht zusammen (war auch zu Beginn in Zürich so), wobei heute die Terminalanästhesie in den USA mit beinhaltet ist. Ohne die Patienten der Uni-Kliniken ist ein intensives Klinikstudium für Dentalhygiene in Deutschland nicht durchführbar. Der erste Versuch der Schweizer Akademie in München scheiterte exakt an diesem Problem.

Voraussetzungen

Fast jedem Studiengang geht trotz Abitur in Deutschland heute ein Eignungstest voraus. So spielt die manuelle Geschicklichkeit in diesem Beruf eine wesentliche Rolle, die vorab geprüft werden sollte. Allerdings wünschen wir uns hier, intensiv Rücksicht auf den 2. Bildungsweg zu nehmen und Absolventen einer abgeschlossenen Ausbildung auch diesen Weg zu einem Bachelor zu ermöglichen. Schließlich kann man auch auf diese Weise heute Zahnmedizin studieren, 50:50?

Aufbau

Die Leitung des Zentrums besteht meist aus einem Zahnmediziner, der für den zahnärztlichen Bereich die Verantwortung trägt. Hier könnte auch ein Zahnarzt in Frühpension oder mit körperlicher Behinderung mitarbeiten. Darüber hinaus wären für die Klinik bei vollem Programm vier Lehrdentalhygienikerinnen (bei 24/48 Studenten) notwendig. Davon ist mindestens eine DH mit viel Berufserfahrung als Chef-DH notwendig, die als Klinikleitung/Schulleiterin der DH-Ausbildung für die Organisation und Durchführung des DH-Ausbildungslehrganges zuständig ist. In der Schweiz wird für die Ausbilderin noch eine sogenannte „Kaderausbildung“ verlangt, und in den USA werden nur Lehrkörper mit Bachelor (höherer Stellenwert als in Europa) eingestellt. Darüber hinaus ist es empfehlenswert, zusätzliche Gast-Instruktoren für spezielle Unterweisungen einzuladen (oder auch DH, die sich auf wirklich profundes Deep-Scaling spezialisiert haben).

Zusammenarbeit

Sämtliche Befundaufnahmen inklusive der in Deutschland bekannten 01 (neu 0010) werden im Ausland von der DH-Studentin durchgeführt und dann von den Instruktoren kontrolliert. Diese Aufgabe ist für eine versierte DH wichtig, auch wenn sie nicht diagnostizieren darf. Befundaufnahme ist nämlich nicht dasselbe wie Diagnostizieren, was nicht allen Politikern bekannt ist. Diagnostizieren ist übrigens in Deutschland in keinem therapeutischen Berufsbild verankert (Vergleich Physiotherapeutin). Gerade hier muss die DH-Studentin perfekt geschult werden, da sie sonst zukünftig keine Hilfe darstellt. Vorausgehend für eine komplette Befundaufnahme ist immer ein OPG, wobei die DH entweder auf perfekte OPGs oder Einzelaufnahmen großen Wert legt (Knochenabbau!). Somit nimmt die DH die Befunde auf und ist in der Lage, diese zu interpretieren, damit sie einen Therapieplan selbstständig erarbeiten kann.

In der Ausbildung darf die angehende DH noch nicht injizieren, zumindest nicht, bis sie es gelernt hat. Jedenfalls muss ein ZA für die Injektionen in der Ausbildung anwesend sein. Die Injektion sollte jedoch ein regulärer Teil dieser Ausbildung werden, da auch Krankenschwestern nach einer 3-jährigen Ausbildung injizieren dürfen. Dies wird jedoch nur für Infiltrationsanästhesie, nicht für Leitung gelten können, obwohl alle wissen, dass eine Leitung viel weniger schmerhaft ist. Im PZZ/CH wird an Dummis mit Piepston geübt, was eine unglaublich tolle Erfahrung ist.

Die Patienten haben gleich nach ihrer Behandlung an der Rezeption zu bezahlen. Es werden keine Rechnungen verschickt, sondern sie werden gleich quittiert mitgegeben. Das erspart viel Aufwand. Dies ist dann Teil-

Aufgabe der Studentin, die das gesamte Spektrum erlernen muss.

Studiengebühren

Am Prophylaxe-Zentrum Zürich, das mit Prof. Sacher und Christa Haubensak als Erste neue Wege beschritt, sieht das finanzielle System wie folgt aus:

Eine Kautions von 12.000 CHF wird hinterlegt (als Versicherung für den Studiengang).

1. - 4. Semester Studienkosten von 2.000 CHF pro Semester.

5. - 6. Semester Rückzahlung der Kautions in monatlichen Raten zu je 1000 CHF.

Nicht aufgeführt sind Prüfungsgebühren, Materialkosten etc.

Die ersten vier Semester am PZZ sind in Theorie und Praxis unterteilt. Der Praxisteil wird je Semester immer mehr, die Theorie dagegen weniger. Die Praxis ist vom ersten Semester an auch am Patienten anzuwenden, nicht nur an der Puppe (Dummy).

Das letzte Studienjahr (Semester 5 und 6) dient nur noch der Patientenbehandlung. Jeden Freitagvormittag ist Wochenrückblick, Vorstellung neuester Erkenntnisse durch Prof. Sacher oder Psychologie. Die Praxisarbeit unterteilt sich in ein internes Praktikum am PZZ (ganz normale Praxisklinik, an der in Zusammenarbeit mit ca. 10 Zahnärzten gearbeitet wird) und ein externes Praktikum.

Für das interne Praktikum wird jeder Studentin ein Zahnarzt am PZZ zugewiesen. Für das externe Praktikum sucht sich jede Studentin zusammen mit dem PZZ-Team eine Praxis aus, die von der Institution vorab anerkannt wird und an der sie dann je nach Ausbildungstand 2 - 3 Tage die Woche arbeitet. Außerdem schreibt die DH-Studentin im letzten Jahr die Diplomarbeit und absolviert alle Diplomprüfungen.

Mehr Infos auf www.pszn.ch (Internetseite ist sehr informativ. So arbeitet diese Schule mittlerweile wohl nur noch mit Hu-Friedy Instrumenten, möglicherweise auch mit Instrumenten von Deppeler, dem Rolls-Royce für die DH).

ABSCHLUSSPRÜFUNGEN PRAKTISCH UND SCHRIFTLICH

Geprüft wird in der Schweiz immer von einem externen ZA und einer internen DH oder von einer externen DH und einem internen ZA. Vom BBT (Bundesamt für Berufsbildung und Technologie, Kompetenzzentrum des Bundes für Fragen der Berufsbildung, der Fachhochschulen und der Innovationspolitik; es hat das Schweizerische Rote Kreuz abgelöst, das bislang für die Diplome zuständig war. Bei uns wäre es das Gesundheits- oder das Bildungsministerium.) ist stichprobenartig jemand anwesend. Die Studieninstitution selbst durchläuft eine Anerkennungsphase, die auch vom BBT geprüft wird.

Im Gegensatz hierzu finden die Abschlussprüfungen in den USA und Kanada als Staatsexamen statt. Die

europäische Form des Bachelors offeriert wiederum das Modulsystem, das die Schweiz anwendet.

„Vermietsystem/Praktikum“

Die DH-Studentin arbeitet bei Zahnärzten im Zuge eines „externen Praktikums“ für zuerst zwei, dann drei Tage die Woche, deutschlandweit bzw. auch im Grenzgebiet. Im letzten Studienjahr verdient die Studentin durch diese „Vermietung“.

Pro Behandlungstag werden ca. 120 Euro in Praxen verlangt, wobei dies der europäischen Norm entspricht. Von den Einnahmen tritt der Arbeitgeber ca. 40% an die Lehrinstitution/Uni ab. Von diesem Betrag erfolgt u.a. die Rückzahlung an die Studentin.

Im Careum Bildungszentrum in der Schweiz, das ein anderes System verfolgt und sich erst noch als höhere Fachschule qualifizieren muss, erhält die Studentin im 3. Studienjahr 44.000 CHF und bekommt so auch hier ihre Ausbildungskosten zurück.

Kriterien für die Zahnarztpraxis, die Studenten des 3. Uni-Jahrgangs als Praktikanten übernehmen:

Zahnmediziner, die im 3. Ausbildungsjahr die Studenten übernehmen, sollten an der ausbildenden Uni Schulungen absolviert haben, die jährlich auf den neuesten Stand gebracht werden müssen (ein langes Programm und danach weitere Kurzprogramme). Die Zahnmediziner sollten für diese Kurse, die ihnen die Aufgaben der Dipl. DH genau demonstrieren und erklären, bezahlen müssen. Vorzugsweise sollten hier parodontal ausgerichtete Praxen zur Verfügung stehen. Diese Praxen können deutschlandweit aber auch im nahen Ausland angesiedelt sein. Nachdem wir DH die letzten 40 Jahre intensiv die Erfahrung gemacht haben, dass den meisten Praxen unsere Behandlungsweisen nicht bewusst sind, wäre das für beide Seiten nur von Vorteil.

Bücher und Instrumente müssten gesondert aufgeführt werden, wobei das herausragende PAR-Buch von Quintessenz mit allen Befunden alleine 390 Euro kostet (Autor Rateitschak/Farbatlanten der Parodontologie).

Nicht zu kalkulieren sind – wie in den USA üblich – die Demonstrationsartikel. Zahnprophylaxe-Mittel werden dort allen kostenlos mitgegeben und nicht extra verrechnet, wobei die Behandlungskosten an den Ausbildungsinstitutionen in den USA lediglich zwischen 20 - 60 Euro betragen, da man hierfür sehr viel Zeit mitbringen muss. Zudem wäre ein eigener an die Institution angegliederter Prophylaxe-Shop möglich, der aber in Deutschland aus gesetzlichen Gründen in einem separaten Raum untergebracht werden muss. Die Abrechnung muss ebenfalls gesondert erfolgen, da eine andere Steuerform zum Tragen kommt. Dieser Shop könnte dann im Wechsel von Studentinnen betrieben werden, da es sinnvoll ist, gleichzeitig den administrativen und kaufmännischen Teil zu erlernen.

Diese Art Studium ist ein sogenanntes Duales Hochschulstudium, das aber erst für das 3. Jahr zutrifft.

Perspektiven

Der Beruf der Dentalhygienikerin mit Bachelor (BSDH) hat hervorragende Zukunftsperspektiven und ist ein idealer familienfreundlicher Beruf, der auch jederzeit Teilzeittätigkeit ermöglicht. Später wird auch eine selbstständige Tätigkeit in eigener Praxis (seit 15 Jahren in Deutschland möglich) oder eine Praxis in der Praxis möglich sein. Auch die „Freie Mitarbeit“ (Idee eines Münchner Zahnarztes) musste erst mühsam durchgesetzt und vor Gericht von einer „Stuttgarter DH“ abgeklärt werden. Bei dieser Art der Tätigkeit übernimmt die DH sämtliche Kosten für die Ausstattung, was von großem Vorteil ist. Als selbstständig Tätige kann sie ihre eigene Ausrüstung wählen, was zu viel mehr Freude und Ausdauer im Beruf führt.

Vereinswesen (beinhaltet Aufbau eines Verbandes sowie Journal). In der Schweiz hat der Schweizer Dentalhygienikerinnen-Verband die Aufklärungsarbeit direkt im Studium übernommen. Dies hat natürlich Hintergründe, denn so werden aus erster Hand die verschiedenen Arbeiten im eigenen Berufsverband übermittelt. In Deutschland hat nur der DDHV eine unabhängige Stellung vor allen anderen existenten Verbänden. Er hat auch als einziger die internationale Anbindung erreicht, und das schon seit über 20 Jahren. Zudem war er Initiator, für die Dentalhygiene in Deutschland eine Ausbildung anzustreben und umzusetzen. Last but not least ist der DDHV der einzige Verband, der über ein eigenes Journal und eine nicht von der Kammer subventionierte Jahrestagung verfügt.

Abrechnung

In der Schweiz ist mittlerweile ein eigener Abrechnungskatalog entstanden, was hinsichtlich der neuen GOZ in Deutschland auch dringend erforderlich ist, da sie nicht zwischen Deep-Scaling (geschlossene Therapie = Diplom DH) und Chirurgie (offene Therapie = Zahnarzt) differenziert, was aber nicht nur finanziell von großer Relevanz ist. Die Parodontalchirurgie wird in der neuen GOZ komplett vernachlässigt, was aber auch gute Seiten hat: Vielleicht kommt sie zukünftig nicht mehr so intensiv zum Einsatz, da Gingivektomien in der PAR z.B. längst überholt sind. Viele deutsche Zahnärzte haben mit dieser zukünftigen Veränderung mittlerweile keine Probleme mehr, vor allem dann nicht, wenn sie einmal im Ausland mit Dipl. DH neue Erfahrungen sammeln konnten. Dies hieße, dass bis Ende eines neuen Studiengangs eine gesonderte Abrechnungsmöglichkeit für diese BSDH-Absolventinnen hinsichtlich des Deep-Scalings entstanden sein muss. Auch die Schweiz hat zwei Abrechnungssysteme: das über den SSO (Schweizer Zahnärztekongress) und das über den DH-Verband. Letzteres steht jedoch ausschließlich den Verbandsmitgliedern zur Verfügung (zertifizierte Zulassung).

Selbstständigkeit/Berufsverband

Die Schweiz hat ihre eigene Abteilung für Selbstständige im eigenen Berufsverband integriert. Um dieses Ziel auch bei uns zu erreichen, wäre es natürlich wün-

schenwert, dass alle eng zusammenarbeiten, wobei nicht einmal 3% der DH eine selbstständige Praxis anstreben. Die Investitionskosten sind nämlich enorm, nicht günstiger als die Ausstattung eines Behandlungsraumes in der Zahnarztpraxis. Man sollte aber derartige Bestrebungen unterstützen, da viele exzellente Kräfte sonst ihren Beruf aus Monotonie nach geraumer Zeit aufgeben. Das könnten wir uns hinsichtlich des enormen Mangels nicht leisten, der in den nächsten 40 Jahren auch weiterhin präsent sein wird. Der DDHV wird derzeit häufig von holländischen DH bezüglich einer eigenen Praxis in Deutschland angefragt.

Unterstützung

Ein Bachelor Studiengang muss BAföG-anerkannt sein. Zudem sind Reise- und Ausbildungskosten mit dem Steuerberater abzuklären. Bei einer Weiterbildung und Erstausbildung sehen wir hier jedoch keine Probleme, siehe Informationen im DDHV-Journal 1/2010, Seite 28/29.

Zahlreiche Fachzeitschriften publizieren die hohe Akzeptanz der Bachelor-Studiengänge. Gleichzeitig wird allerdings im Ausland schon für einen Pfleger das Abitur verlangt. Das kommt daher, dass wir keinen „High-School Abschluss“ haben, sondern dass unser Abitur auch noch die College-Lehrinhalte einschließt.

Angaben aus der DZW 32/11: Die Medizinische Fakultät Heidelberg legt auf einen Eignungstest mehr Wert als auf einen Einser im Abitur. Diese Vorgehensweise ist sehr lobenswert. Noten haben noch nie einen Menschen wirklich ausgemacht (Einserkandidaten können viele linke Hände haben, wie uns die Lebenserfahrung zeigt). So wird in der SZ (23.12.2001, Seite R 15) über den akademischen Meister berichtet: Handwerker können an der Hochschule München Unternehmensführung studieren und trotzdem im Betrieb weiterarbeiten. Was die Fortbildung in der Zahnmedizin anbetrifft, wird gerne und leidenschaftlich vom Dualen System gesprochen. Es fehlt nur an der richtigen Umsetzung!

DDHV

Parodontale Biofilme und Einfluss auf die Gesundheit mit routinemäßiger Therapie und Prophylaxe

Prof. Dr. Ulrich P. Säxer, Dr. Claudia. M. Säxer

Auszug aus dem Vortrag vom 21.04.2012 (DDHV-Fortbildungstagung, München). Viele Abbildungen, die die Zusammenhänge komplettieren würden, wurden aus redaktionellen Gründen weggelassen. Umso interessanter dürfte der Besuch der Jahrestagung werden.

Der Einfluss der Zahngesundheit auf die allgemeine Gesundheit ist lange unterschätzt worden. Heute besteht weitgehend Einigkeit darin, dass chronische Entzündungsprozesse – also auch nicht erfolgreich behandelte Parodontitis – Einfluss auf den Gesamtorganismus haben und sowohl den Stoffwechsel, die Lunge als auch das Gefäßsystem dauernd belasten. Damit nimmt der verantwortliche Therapeut eine zentrale Stellung ein für die Gesundheit des Menschen. Der Zahnmediziner hat mit der Umstellung auf das Bologna Curriculum seine Kompetenz in der Therapie der komplexen Parodontitis aus zeitlichen Gründen und infolge materieller Prioritäten aufgegeben. Die Bevölkerung in weiten Regionen (USA, Europa etc.) leidet vermehrt an chronischer Parodontitis, ein Krankheitsbild, das auch die allgemeine Gesundheit ungünstig beeinflusst. Der Grund dafür ist die allgemeine Verkennung der Bedeutung der oralen Biofilme.

Bakterien in oralen Biofilmen

Die Mundhöhle wird von einer Vielzahl verschiedener Mikroorganismen besiedelt. Rund eine Billion Bakterien leben in einer gesunden Mundhöhle. Die Bedeutung der Plaque ist hinlänglich bekannt, aber die Faktoren der entzündlichen Abwehr, die metabolische Rolle der Ernährung, von Umweltfaktoren sowie vom oxidativen Stress sind kaum bekannt. Wie sehr die Ernährung die oralen Biofilme beeinflussen kann, haben verschiedene Arbeiten der letzten Jahre gezeigt. So lebten zum Beispiel Menschen während rund 4 Wochen wie zu den «Steinzeiten» ohne irgendwelche Nahrung, die eingekauft werden konnte, und auch ohne den Einfluss einer geordneten Mundhygiene (SF-DRS-Sendung im Jahr 2007; Baumgartner et al. 2009). Die Forschung war überrascht: Statt der erwarteten starken Gingivitis und einer Gefährdung der Zähne durch Säurebildung auf der Zahnoberfläche, veränderte sich bei diesen Probanden die Biofilm-Zusammensetzung in eine sehr gesunde, kaum Pathologien hervorrufende Richtung.

Normalerweise lebt die etablierte Mikroflora in Harmonie mit dem Wirt und es besteht keine chronische Entzündungssituation in der Mundhöhle.

Tabelle 1a: Gleichgewicht in der gesunden Mundhöhle

Bakterielle Besiedelung in der Mundhöhle nach Lokalisationen: total 1 Billion Keime (10^{12})

Oral	Fläche in cm ²	% der Oberfläche	Art des Biofilms
Mucosa (Schleimhaut)	100	62	desquamierend (kann sich ablösen)
Zunge	25	15	
Zähne (Plaque)	40	23	fest haftend
Total: gesunder Mund	165 cm ²	100 %	

Auf den Zähnen in Form der bekannten Plaque sind demnach lediglich 1/4 der in einer gesunden Mundhöhle angesiedelten Bakterien.

Nebst der Ernährung spielt auch die individuelle Hygiene eine Rolle; dies führt zu unterschiedlichen Plaquebildungen auf den Zähnen und Zahnwurzeln. Bakterien, die in einem Biofilm leben, sind geschützt und resistent gegen Antibiotika und Antikörper, und auch die zelluläre eigene Körperabwehr hat keinen Einfluss auf die im Biofilm getarnten Bakterien. In Biofilmen sind die Bakterien somit besonders krankheitserregend, denn ihnen ist es möglich, aus diesem Schutzbereich auszutreten oder auch wieder Schutz zu suchen. Dieser Austritt kann mit oder ohne umgebende Biofilmschicht erfolgen. Die ungehinderte Akkumulation bakterieller Beläge unter dem Zahnfleisch auf den Wurzeloberflächen bei der Entstehung einer Parodontitis ist die hauptsächliche Ursache für die Veränderung der Pathologie. Dieses zusätzliche Angebot an Bakterien kann einen menschlichen Körper aus dem Gleichgewicht bringen, da sich die Keime in der Mundhöhle rasch bis auf 2 Billionen verdoppeln können (Tabelle 1b).

Tabelle 1b: Kranke Mundhöhle:

Ungleichgewicht in der Mundhöhle, erhöhtes Risiko für allgemeine Erkrankungen

Oral	Fläche in cm ²	Menge/Volumen	Art des Biofilms
Total: gesunder Mund	165 cm ²	100 %	
Bei Parodontitis: 24 - 28 Zähne je ca. mit einer Stelle \geq 4 mm Sondierungstiefe	Zusätzliche Fläche	1 mm ³ = 100.000.000 Keime	Am Zahn: fest auf der Gewebeseite desquamierend
Wurzeloberflächen	70 - 90 cm ²	Total: 200 - 255 cm ²	

Bei einer Parodontitis befinden sich mehr als 2 Billionen Keime (2×10^{12}) in der Mundhöhle. Die vom Attachment entblösten Wurzeloberflächen bieten in Anwesenheit von mehr als ca. 20 Taschen mit Sondierungstiefen > 4 mm eine zusätzliche Besiedelungsfläche von 70 – 90 cm² an. Im Vergleich zur Besiedelung der Zähne in einem gesunden Mund ist das eine Verdreifachung der Keime an den Zahn- und Wurzeloberflächen, in Relation zur gesamten Mundhöhle mit jetzt total 200 – 255 cm² eine Verdoppelung.

Tabelle 1b zeigt die Auswirkungen einer kranken Mundhöhle in Anwesenheit einer Parodontitis (ca. 20 Stellen mit Taschen > 4 mm, ohne sichtbare Veränderungen nach außen). Es entsteht ein bakteriologisches Ungleichgewicht (mehr als 2 Billionen Keime) und infolge der metabolischen Aktivität und der damit verbundenen Pathogenität eine chronische Entzündung. Beim Schlucken und Kauen gelangen Biofilm-Bakterien immer wieder in den Blutkreislauf und verbleiben dort dank ihren Schutzmechanismen länger als 30 Minuten aktiv, was die Gefäße arteriosklerotisch verändert.

Gingivitis und Parodontitis

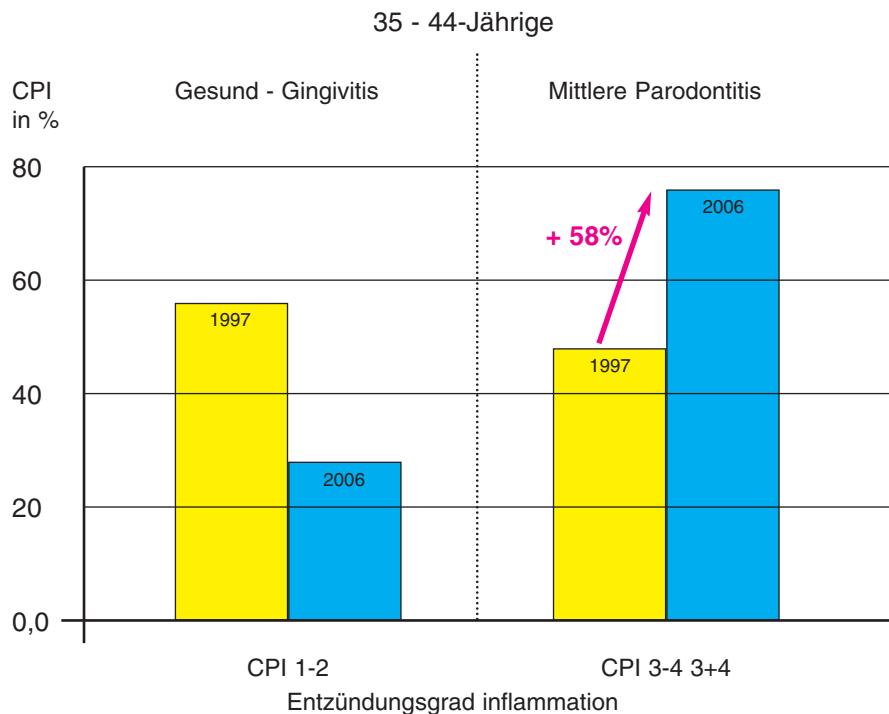
Die Besiedelung von Bakterien der Wurzeloberflächen unterhalb des Zahnfleisches führt zu einer chronischen lokalen Infektion und einer allgemeinen Reaktion des Immunsystems. Die gesamte entzündete Fläche bei einer chronischen Parodontitis kann die Größe einer Männerhand aufweisen. Unterhalb des Zahnfleisches bildet sich für den Patienten unsichtbar eine Tasche voller Bakterien, eingebettet in den erwähnten Biofilm, womit sich diese Bakterien nicht nur einer Hygiene, sondern auch der entzündlichen und immunologischen Abwehr entziehen.

Eine chronische Parodontitis bedeutet, dass eine Infektion während Jahrzehnten anhält, wenn sie nicht gründlich behandelt wird. In Praxen wird häufig eine professionelle Zahnreinigung (PZR) durch Assistentinnen angeboten (PA-Recall). Die PZR beseitigt die Plaque an den Zähnen und etwa 85% der Keime in Taschen, aber die Entzündung wird nicht eliminiert, da sich die Bakterien in den Taschen aus den verbliebenen 15% und der Biofilm Depositen an der Mucosa (60% des totalen Angebotes in einer „gesunden“ Mundhöhle) innerhalb Stunden wieder etablieren. Das ist auch die Erklärung, weshalb in Deutschland der Zustand des Parodontes sich bei der Bevölkerung in den letzten 10 Jahren verschlechtert hat (Abb. 1) und zwar sowohl für diejenigen, welche eine „scheinbare“ Prophylaxe (PZR= professionelle Zahnreinigung) durchführen liessen, als auch für die anderen, die gar keine Prophylaxe beanspruchten.



Abb. 1

Nicht erfolgreiche Parodontitis-Therapie in den letzten 10 Jahren nach Meyle, Uni Irchel, Vortrag, 2010: Dt. Mundgesundheitsstudie (2006 vs. 1997). In Deutschland leiden fast 75 % der 35 - 44-Jährigen an einer Parodontitis. Der Community Periodontal Index (CPI) bzw. die Grade 3 + 4 nahmen in der Zeit von 1997 bis 2006 in der deutschen Bevölkerung um 58 % zu (Säulengruppe rechts).



Quelle: Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV), Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV, Köln 2006

Dass eine erfolgreiche Behandlung einer chronischen Parodontitis erreicht werden kann wurde in vielen Untersuchungen gezeigt (Axelsson et al. 2004). Dabei geht nicht nur kein Attachment mehr verloren, sondern es kann auch der Verlust des Knochens aufgehalten werden. Die Dentalhygienikerin kann diesen Dienst einer umfassenden Biofilm-Beeinflussung bewirken. Dazu braucht es Kopf (Ausbildung) und Technik (Erfahrung in einer auf die klinische Therapie ausgerichteten Schule); diese Arbeit kann sehr häufig nicht einfach in einer einzigen Sitzung erbracht werden.

Die in der Studie Axelsson et al. 2004 durchgeführte professionelle Arbeit einer perfekten Depuration der subgingivalen Konkremeante wird heute den Zahnmedizinern infolge der Überfrachtung der Ausbildung nicht mehr gelehrt. Der Zahnmediziner hat weder Erfahrung noch Ausbildung in Parodontitistherapie. Die initial geschilderte Problematik der verschiedenen Biofilme benötigten auch ein gesichertes theoretisches Wissen, das den zurzeit für die Praxis ausgebildeten ZMF nicht zur Verfügung steht. Aus diesem Grund ist das Berufsbild der europäischen Dentalhygienikerin (DH) mit seinem dreijährigen Ausbildungsprogramm (äquivalent zu 180 ECT und CH Ausbildungsprogrammen HF) die naheliegendste Möglichkeit, die Lücke in der Praxis möglichst rasch zu schließen. Diese DH benötigt nicht nur ein deutlich verbessertes theoretisches Wissen, sondern auch eine gründlichere und länger dauernde praktische Ausbildung, Anleitung und Überwachung, als die, die zurzeit in Deutschland angeboten wird. Das Verständnis für das Verhalten der Bakterien in den verschiedenen oralen Biofilmen ist eine wesentliche Voraussetzung für die Wahl der richtigen Parodontitistherapie. In der Hygienephase müssen die Voraussetzungen geschaffen werden, dass sich der subgingivale Biofilm nicht wieder bilden kann. Das heißt, subgingivale Konkremeante sind zu entfernen und Sondierungstiefen > 4 mm zu eliminieren. Da die parodontale Erkrankung infolge einer chronischen Entzündung auch eine Bedeutung für die allgemeine Gesundheit hat, haben das richtige Vorgehen und die Therapie der Parodontitis einen hohen Stellenwert.

Konsequenzen der Parodontitistherapie mit ungelöster Biofilmproblematik

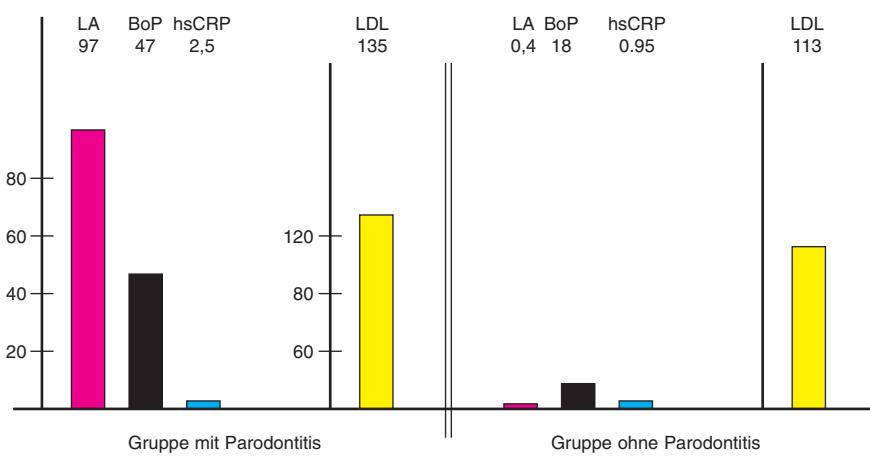
Werden die Bakterien, welche die parodontalen Taschen bilden, nicht komplett entfernt, sind bakterielle Produkte für den Unterhalt der chronischen Entzündung verantwortlich. Lipopoly-saccharide (LPS) sind Produkte, die hoch virulente Pathogene beinhalten und eine Infektion verursachen. C-reaktives Protein (CRP) ist ein unspezifisches entzündliches Protein, das im Blut in solchen Fällen nachgewiesen werden kann. Nebst diesen Reaktionen gibt es weitere Abwehrreaktionen in den Blutgefäßen: Monozyten (MO) beteiligen sich an dieser Abwehr und oxidieren LDL Fette. Diese werden phagozytiert und in der Folge wandeln sich diese MO zu großen raumeinnehmenden Schaumzellen und lagern sich unbeweglich in die Gefäßwände ein. Dadurch wird der Durchfluss durch Gefäße eingeschränkt, was der Arzt mit verschiedenen Tests messen kann.

Bereits vor 15 Jahren wurde darüber berichtet, dass eine Parodontitis in Relation zum Ausmaß an Knochenverlust (> 4 mm) eine Beziehung habe zur Häufigkeit von Herzinfarkten (Beck et. al 1996). Dabei spielte das Ausmaß der

Erkrankung eine bedeutende Rolle. Einzelne Studien in den letzten Jahren haben ergeben, dass nicht so sehr die Entzündung, sondern die Anzahl kranker Stellen ausschlaggebend sind, damit Schäden an den Gefäßen langsam entstehen. Die in einem Munde bei einem Patienten mit Parodontitis entstehenden Bakteriämien kann man beeinflussen. Häufige Bakteriämien führen bereits im Alter zwischen 20 und 35 Jahren zu Gefäßwandinfektionen und Veränderungen (Amabile, 2009).

Abb. 2

Herz-Kreislaufrisiken (wie hsCRP > 1.0, LDL Werte > 130) bei 35-Jährigen mit BMI ≤ 27, BD ≤ 130/80 mit bzw. ohne Parodontitis. Parodontitisgruppe hat mindestens 30 % Stellen mit LA ≥ 4 mm und BoP +; Kontrollgruppe ohne Parodontitis (Cairo et al. JCP 35: 465- 472, 2008).



Solche jugendliche Patienten mit Parodontitis haben deutlichere Verfettung der Gefäße (LDL Einlagerung und der hsCRP > 1) sind deutlich erhöht in der Parodontitisgruppe, in der Kontrollgruppe sind sowohl der CRP Wert als auch die LDL Werte im Normbereich, gesund; Cairo et al. 2008). Patienten im Alter von 30-40 Jahren mit Parodontitis sollen frühzeitig dem Arzt zugewiesen werden, da dieser nicht nur das Risiko genau bestimmt, sondern auch eine medizinische Prophylaxe einleiten kann.

Es zeigt sich, dass die Behandlung der Parodontitis mit der Full mouth Desinfections Methode die Blutgefäße wieder verbessert. Der Durchfluss kann also wieder verbessert werden (Seinost et al. 2005, Tonetti et al. 2007). Diese Therapieart befasst sich in der Hygienephase, in der Therapie- und Nachsorgephase intensiv mit den verschiedenen Arten des oralen Biofilmes und hat auch zum Ziel, Taschen unter das Niveau von 5 mm zu reduzieren.

Es ist natürlich nicht zu erwarten, dass die Behandlung von Parodontitiden im fortgeschrittenen Alter das Risiko von Herz-Kreislauferkrankungen reduziert wird, wie dies einige Autoren in den USA vermuteten (Beck et al, 2008, PAVE) und viel Geld in falsch angelegte Studien investierten. Diese Erkrankung der Gefäße ist während vielen Jahren langsam entstanden und eine einzelne Therapie zu einem bestimmten Zeitpunkt kann diese an verschiedenen Orten herbeigeführten Gewebebeschäden nicht in kurzer Zeit verbessern. Im Gegenteil, ähnlich wie in Deutschland war die 4 x jährlich durchgeföhrte konzeptionslose PZR parodontal ein Misserfolg, da sich nach jeder Therapie der Biofilm in den Taschen rasch wieder etablieren konnte (Beck et al. 2008). Obwohl diese Behandlungen an Kliniken für Parodontologie oder bei Spezialisten durchgeführt wurden, wurde kein besseres parodontales Resultat in den Testgruppen im Vergleich zur Kontrolle



erreicht. Der BoP war kaum verbessert und nur wenige Taschen wurden unter 5 mm reduziert. So ist auch die Parodontitis in den USA bei den 35 - 44-Jährigen in 60% vorherrschend und am Zunehmen (Petersen, J P 76:2187-2193.2005). Dies entspricht den Daten aus Deutschland (Micheelis, DMS IV, 2006). In der Praxis kann der Trend beobachtet werden, dass parodontal geschädigte Zähne eher extrahiert, anstatt behandelt, und in der Folge durch Implantate ersetzt werden. Die Wissenschaft weiß, dass in der Mundhöhle parodontale Biofilme überleben und mit großer Wahrscheinlichkeit die integrierten Implantate spätestens bei Abutment connection infiziert werden (Fürst et al. 2010). Die Gefahr dieses Vorgehens als tickende Zeitbombe ist auch bereits aufgezeichnet worden (Zitzmann 2010).

Allgemeine Erkrankungen

In Anbetracht der initial beschriebenen Verteilung der oralen Mikrobiota (Tab. 1a/1b) ist es verständlich, dass nach führenden Medizinern aus den USA (Prof. Dr. med. N. Balaban, Boston) über 80% aller Krankheiten von der Mundhöhle ausgehen. Eine schlechte Hygiene hat auch auf die Lungenepithelien einen Einfluss. Aspirationen von Bakterien in den Lungentrakt sind ein Aspekt, der häufig zu nosokomialen Erkrankungen ("Krankenhauserkrankungen", Pneumonien etc.) führt. Auch bei einer Intubation zur Vollnarkose können aggressive Keime aus der Parodontitis-Mundhöhle in die Lungen geschleppt werden und Pneumonien (Lungeninfekte) auslösen. Solche Infektionen treten bei einer gut gepflegten Mundhöhle seltener auf (Paju und Scanapieco et al. 2007).

Im Winter ist es von Bedeutung, die Mundhöhle regelmäßig mit zinkhaltigen Mundwässern zu spülen, um aggressive Keime und Viren zu reduzieren und so vor Lungenentzündungen zu schützen. Beim Kauen und Schlucken entsteht ein Zahnkontakt, der den Zahn in seinem Bett bewegt, wodurch Bakterien bei einer bestehenden Parodontitis konstant durch das kranke, gelockerte Gewebe in die Umgebung und auch in die Blutbahn an andere Stellen im Körper gelangen können.

Nach erfolgter Infektion können die so in den Körper eintretenden Bakterien auch in anderen Organen Schäden anrichten. Da Ohren, Mund-, Nasenneben- und Nasenhöhlen miteinander verbunden sind, können sich die Bakterien einer chronischen Entzündung wie der Parodontitis in diesen Nebenhöhlen verstecken und den Mund und den Körper immer wieder reinfizieren und sich erneut im Körper verbreiten. Es gibt auch Hinweise, dass Arthrose oder Frühgeborenen mit Parodontitis in einem Zusammenhang stehen. Frauen, die eine Schwangerschaft planen, sollten das Zahnfleisch besonders sorgfältig prüfen und einen Zahnarzt oder eine Dentalhygienikerin zur Prophylaxe aufsuchen. Das empfiehlt sich auch vor jedem operativen Eingriff mit Narkose in einem Spital.

In der **Nachbehandlungs- oder Erhaltungstherapie** spielt die Entfernung neu gebildeter Plaquedepots in Resttaschen eine wichtige Rolle. Da eine Instrumentation in der Ausheilungsphase öfters durchgeführt werden muss, und auch einen Einfluss auf die Sondierungstiefe ausübt, ist es wichtig, deren Effizienz genau zu verfolgen und auch minimale Nebeneffekte auf die Hart- und Weichgewebe zu tolerieren, zumal diese möglicherweise die Taschen reduzieren. Damit kann der Gesundheit, nebst der chirurgischen Elimination von Taschen, auch mit konservativen Mitteln besser geholfen werden, als durch vier regelmäßige Recalls/Jahr, welche die Taschen und die subgingivale Entzündung jahrelang unterhalten. Das heißt, dass nicht der Recall allein für die Gesundheit einen relevanten Beitrag bedeutet, sondern das, was der verantwortliche Therapeut bei der Recallsitzung feststellt: Wieder aufflackernde Entzündungen, die nicht nur auf die mangelnde Hygiene der Patienten zurückzuführen sind, sondern auf die subgingivale Reinfektion der oralen Biofilmkeime in Taschen, mit Sondierungstiefen > 4 mm. Diese müssen **konsequent chirurgisch** angegangen werden. In der Praxis mit nur PZR führen die Mitarbeiter eine vergebliche Sisyphus Therapie durch. Allein die Elimination von Taschen > 4 mm kann den chronischen Destruktionsprozess aufhalten (Axelsson et al. 2004, Teles et al. 2006) und dadurch einen Beitrag zur allgemeinen Gesundheit leisten.

In der Regel können Hygienemittel auf Infektionen in Taschen kaum einen direkten Einfluss bewirken, da einerseits der in der Tasche vorhandene Biofilm dies nicht zulässt, andererseits die Gewebelücke um den Zahn bis zum marginalen Zahnfleischrand voll aufgefüllt ist mit dem Sulcusfluid, aufgelockerten Gewebezellen und Bakterien.

Schallzahnbürsten haben subgingival bei beginnender Parodontitis die Fähigkeit, pathogene Bakterien zu eliminieren und auch bei Periimplantitis wurde mit deren regelmässigem Einsatz die subgingivale Entzündung nach 6 Monaten deutlich verbessert (Renvert et al. 2011). Schallzahnbürsten wirken in Zahnfleichtaschen auf jeden Fall 4 bis 5 mm tief auf diese Bakterien eliminierend (Offenbacher et al. 2010) und auf die Entzündung auch in Situationen mit über 5 mm Sondierungstiefen (Robinson et al. 1997). Biofilm-Bakterien in der Plaque werden durch die hydrodynamische Wirkung von Schallzahnbürsten aufgerissen und in der Folge werden mehr Bakterien entfernt. Moderne hydrodynamische Schallzahnbürsten – nicht Ultraschall-Zahnbürsten – unterstützen die mechanische Reinigungswirkung der Borsten mit der Hydrodynamik, vergleichbar mit einem Hochdruckreiniger. Schallzahnbürsten bewegen die Borsten mit ca. 30'000 Hin- und Her-Bewegungen pro Minute bei einer Auslenkung von 6 bis 10 mm. Dadurch wird der Biofilm nicht nur durch mechanische Einwirkung, sondern darüber hinaus durch eine hydrodynamische Wirkung gestört.

Gütesiegel geplant

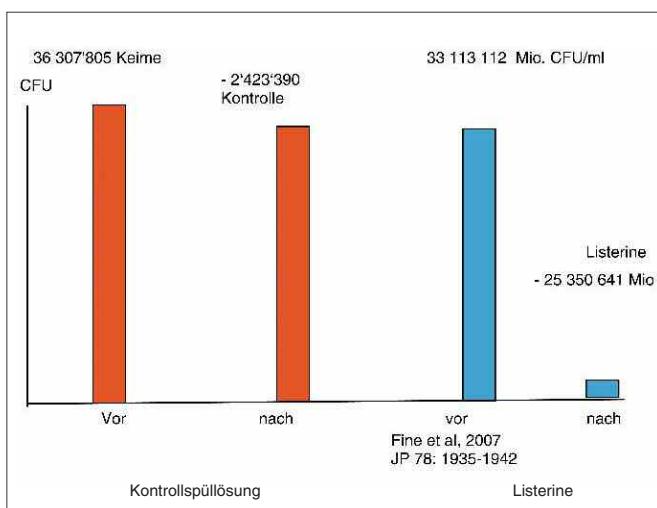
Nachteilig wirkt sich aus, dass auch diesbezüglich nicht wirksame hydrodynamische Schallzahnbürsten angeboten werden. Der Konsument ist nicht in der Lage, die Unterschiede festzustellen und selbst für den Fachmann bzw. die Fachfrau ist dies nicht mehr einfach. Aus diesem Grund will die Task Force Schall den hydrodynamischen Effekt mit einem Gütesiegel schützen. Grundlage für die Qualifikation bildet u.a. die Überprüfung von Frequenz und Amplitude der Borsten. Im Moment würden nur gerade drei bis vier in der Schweiz verkaufte Zahnbürsten dieses Gütesiegel erhalten, nämlich Sonicare, Waterpic, Hydrosonic der Firma Curaden (Curaprox) und von den Nais-Panasonic-Bürsten das Modell DW 1040 (mit 3-Kopf-Bürste). Alle anderen Zahnbürsten auf dem Markt erfüllen die Voraussetzungen im Moment nicht (Merkblatt: www.richtigzaehneputzen.ch).

Durch die Hydrodynamik der Schallzahnbürsten werden Nischen und selbst beginnende, infizierte Zahnfleischtaschen von den pathogenen Bakterien befreit und für ca. 12 bis 24 Stunden in eine gesunde Umgebung umgewandelt. Also eine echte Hilfe für die Patienten, die an beginnender Parodontitis leiden und ein Muss für alle Patienten, welche ein orales Implantat haben. Orale Implantate haben immer ein erhöhtes Risiko, nur schon wegen des von aggressiven Bakterien besiedelten Sulkus, der in der Regel tiefer als 4 mm ist und so eine erhöhte Gefährdung darstellt. Dieser Bereich wird durch den Effekt der Schallzahnbürsten optimal gereinigt.

Unter den **Antiseptika** haben bisher nur Listerine einen Einfluss subgingival bis ca. 7 mm Sondierungstiefen nachgewiesen, indem durch Spülen innerhalb 14 Tagen gerade die paro-pathogenen Keime wie P. gingivalis um über 70% reduziert wurden (Fine et al. 2007, Abb. 5; hier Abb. 3). Diese anionische Lösung von ätherischen Ölen hat offenbar die Kapazität in den Biofilm einzudringen (Foster et al. 2004, Feng et al. 2011). Eine Metaanalyse von Studien untersuchte Listerine und die Wirkung von Chlorhexidin (Van Leeuwen M, et al.: Essential oils compared to chlorhexidine with respect to plaque and parameters of gingival inflammation: a systematic review. J of Periodontology 2010; 10.1902 /jop.2010.100266).

Wurden die Mundspülösungen kürzer als vier Wochen angewendet, zeigte es sich, dass Chlorhexidin eine signifikant bessere Wirkung auf die Plaque hatte als die Mundspülösung mit ätherischen Ölen (Listerine®). In Bezug auf die Wirkung der beiden Lösungen auf gingivale Entzündungen ergaben sich über 6 Monate Anwendung keine Unterschiede. Zur Behandlung von gingivalen Entzündungen scheint die Mundspülösung mit ätherischen Ölen bei längerfristigem Gebrauch (> 4 Wochen) eine verlässliche Alternative zu Chlorhexidin zu sein. Chlorhexidin (CHX) hat eine bekannte und ausgeprägte Wirkung auf die Bakterien der Plaque. Eine bakterielle Besiedelung ist unter Therapie mit CHX erschwert, d.h. abhängig von der Technik und Konsequenz der Anwender kann immer ein guter Effekt erwartet werden. Deshalb ist CHX in der Wundheilungsphase bei nicht offenen Wunden das Mittel der Wahl. Der Einfluss von CHX-Produkten auf den Biofilm ist jedoch limitiert. Anders als CHX wirkt Listerine® nicht kurzfristig, hat dafür aber bei langfristiger und konstanter Anwendung eine außerordentlich gute Penetration in den Biofilm, sogar subgingival (Van Leeuwen et al. 2010). Das Produkt zeigt dadurch auch erst nach langfristiger Anwendung einen deutlichen Einfluss auf die Entzündung. Zu bedenken ist auch, dass Mundspülösungen mit ätherischen Ölen weniger Nebenwirkungen haben. Beispielsweise verfärbten sie die Zähne kaum. Die Beurteilung der beiden Produkte ist in dieser Untersuchung auch unter Einbezug der Gesamtliteratur hierzu objektiv ausgefallen. Es gibt nicht einfach ein besseres oder ein schlechteres Mundwasser, sondern der Zahnarzt muss entscheiden, was mit dem Produkt erreicht werden soll.

Abb. 3: Total Anaerobier in subgingivalem Biofilm vor und 14 Tage nach Spülungen mit entweder Listerine (3. & 4. Säule von rechts) oder einer Kontrollspüllösung (Doppelblind in Kreuzversuchsanordnung).



merksamkeit der Forschung wird aus diesem Grunde zunehmend auf generell schonende Pulverreinigungsgeräte gerichtet, wie dies auch andernorts kürzlich in einer Hypothese aufgestellt wurde (Petersilka, 2011). Diese Technologie ist für den Patienten deutlich angenehmer. Der professionelle Aufwand wäre im Vergleich zu den 4 - 6 Sitzungen durch die Dentalhygienikerin/Jahr in den bestehenden Recall-Systemen nicht nur geringer, sondern könnte auch durch weniger detailliert ausgebildetes Personal als Dentalhygienikerinnen erbracht werden. Allerdings müssten die Maßnahmen Patienten zukommen, die nach der Parodontitis-Therapie oder im Recall keine Taschen mit 5 - 6 mm sondierungstiefen aufweisen. Tiefere Taschen konnten bisher mit den auf den Markt befindlichen Geräten noch nicht dauerhaft beeinflusst werden. Tiefere Taschen könnten zwar stabil gehalten werden, aber da sich in der Tiefe > 5 mm paropathogene Bakterien wieder etablieren (Teles et al. 2006), bestünde ein Restrisiko für Infektionen und Beeinflussung des Gefäßsystems. Eine Biofilm-Entfernung in Taschen > 6mm würde täglich notwendig sein.

Prophylaxe Zentrum Zürich (PZZ) , Herzogenmühlestrasse 14 , CH - 8051 Zürich , www.prophylaxezentrum.ch

Prof. Dr. Ulrich Sixer



studierte Zahnmedizin in Zürich und spezialisierte sich auf die Parodontologie und Präventivmedizin. Seit 1972 hat er einen Lehrauftrag für Parodontologie und Präventivmedizin am Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde ZZMK der Universität Zürich inne.
Kontakt: u.p.sixer.pszn@bluwin.ch

Dr. C. M. Claudia Sixer



ist eidg. dipl. Zahnärztin mit Weiterbildungsausweis SSO in Kindermedizin. Nach Schulzahnklinik und Kinderzahnmedizin an der Uni Zürich ist sie seit 2004 als Familienzahnärztin tätig und seit 2006 wiss. Mitarbeiterin und stellvertretende Klinikleiterin am Prophylaxe Zentrum Zürich. Kontakt: sixer.claudia@me.com

Empfehlenswerte Dentalhygiene-Produkte Die Prophylaxekanüle von Dürr Dental

Mit ihrem dreh- und fixierbaren Schutzschild ermöglicht sie eine besonders effektive Absaugung des Strahlpulvers. Durch das gezielte Fokussieren der Kanüle im Mund kann der Pulverstrahl präzise auf die Zähne gerichtet und abgesaugt werden – die Mundschleimhaut bleibt so optimal geschützt und die Vernebelung des Pulvers im Patientenumfeld wird erheblich reduziert. Protect-Nebenlufteinlässe sorgen für bestmöglichen Schutz vor Reflux aus dem Saugsystem.

Das variabel einsetzbare Schutzschild an der Kanülen spitze erlaubt eine besonders ergonomische Absaugung. Auch bei Kofferdam-Anwendungen ergibt sich ein höherer Absaugkomfort. Bei konservierenden oder prothetischen Behandlungen wie z.B. dem Entfernen von Füllungen oder der Durchtrennung von Kronen oder Brücken müssen oft größere Partikel abgesaugt werden. Hierfür bietet das Schutzschild einen deutlich besseren Schutz. Durch die hohe Aerosolaufnahme ist die Prophylaxekanüle darüber hinaus ideal für die Behandlung ohne Assistenz.



www.duerr.de

Schweizer DentalhygienikerInnen Kongress in St. Gallen

Folgende Themen standen im Mittelpunkt des 36. Jahrestagskongress der Swiss Dental Hygienists, der vom 11. - 12. November 2011 stattfand: Krebs allgemein, Mundhöhlenkrebs, Behandlungskonzepte bei Tumorpatienten, Allergien, allergische Reaktionen des Sofort- und Spät-Typs, HIV, Hepatitis, Herpes, Diabetes sowie Antibiotika-Resistenz. Alles Themen, die für die Dipl. DH von großer Bedeutung sind.

Die Einführung der Tagung übernimmt traditionsgemäß in der Schweiz die jeweilige Gesundheitsbehörde des Kantons, in dem der Kongress stattfindet. Über die Grußbotschaft der 1. Vorsitzenden Cornelia Jäggi waren lustige, historische Tatsachen aus der Schweiz in Erfahrung zu bringen. Dr. Bachmann von der Gesundheitsbehörde übermittelte dann die freudige Botschaft, dass seit dem 1. September 2011 sich nach einer 2-jährigen Fulltime-Tätigkeit in einer Zahnarztpraxis nun auch in diesem Kanton die Dipl. DH selbstständig machen können.

Die Generalversammlung, bei der aus jedem Kanton die Delegierte anwesend war, war einmal mehr eine schöne Erfahrung. Der sogenannte Traktantenkatalog war zweisprachig, so wie die ganze Sitzung für die Teilnehmerinnen aus der französischen Schweiz simultan übersetzt wurde. Die Dicke des Katalogs war erstaunlich und noch erstaunlicher war, dass unsere Schweizer Kolleginnen es trotzdem in 44 Minuten schafften, ihre Versammlung zu beenden. Der DDHV ließ es sich nicht nehmen, sich bei dieser Sitzung für die jahrelange, gute Zusammenarbeit ganz herzlich zu bedanken. Wir haben darauf aufmerksam gemacht, dass die Schweizer Kolleginnen nun über www.ddhv.de/Journal die Aktionen in Deutschland selbst mitverfolgen können.

In der Schweiz ist es die Prophylaxehelperin, die bei weitem nicht so gut geschult zu sein scheint wie die PA in Deutschland, die den Dipl. DH das Leben schwer macht. Auch dort ist der Prozess, dass zwar die PA behandelt, jedoch auf Basis der Dipl. DH abgerechnet wird, im Gange. Allerdings stemmt sich dort der eigene Zahnärztekammertag gegen diese Praktiken. In Deutschland werden die Berufe Prophylaxe-Assistentin wie auch die deutsche DH noch lange existent sein, bis sich in vielen Jahrzehnten eine Zertifizierung mit Nachweis durchgesetzt haben wird und flächendeckend DH mit Zertifizierung existent sein werden. Sieht man den Werdegang in der Schweiz, so hat es auch dort Jahrzehnte gedauert. Somit ist die Angst der deutschen DH bislang unbegründet.

Bei einem Workshop aus Deutschland wurde über die PZR gesprochen, die in der Schweiz so nicht existent ist (war mega-peinlich). Recall-Intervalle werden in Deutschland vom ZA bestimmt, im Ausland ausschließlich von der DH selbst.

Am Freitagabend war der DDHV als Ehrengast bei einem Galadinner eingeladen, bei dem eine wundervolle Fashion-Show mit St. Gallener Stoffen vorgeführt wurde. Man denkt, man kennt die berühmte St. Gallener

Spitze, die heute überall von Mode-Designern eingesetzt wird. Darüber hinaus gibt es fantastische Stoffe, die wundersamerweise genau in St. Gallen seit Jahrhunderten ihren Ursprung haben.

Der DDHV nutzte intensiv die Gelegenheit, die 57 Aussteller zu besuchen und mit dem eigenen Journal auf die Situation in Deutschland hinzuweisen. Viele der Aussteller versprachen, ihren deutschen Niederlassungen Bericht zu erstatten.

St. Gallen ist Welt-Kulturerbe (Stiftskirche und dazugehörige Bibliothek, die aber leider derzeit restauriert wird). Trotz Nebel war ein Kurzbesuch in der Altstadt eine Sensation: gemütlich, natürlich sauber, wunderschön restauriert und mit vielen Kleinoden.

Um die Übernachtungskosten niedrig zu halten, buchte ich zum ersten Mal Bed & Breakfast und machte dabei hervorragende Erfahrungen.

Bei einer Teilnehmerzahl von ca. 1.000 Personen ist der Aufwand, der für diese Tagung betrieben wird (der Verband schafft das nicht mehr ohne Profis), erstaunlich. Es lief alles reibungslos. Deutschland wird dieses Ziel erst erreichen, wenn der zu erwartende Bachelor in Dentalhygiene einige Jahrzehnte alt ist. Die Schweiz schaut nun auf fast 40 Jahre reguläre Berufsausbildung zurück, die bei uns erst im Jahr 2012 beginnen soll.

Der Schweizer DH-Verband ist für die Austragung des größten internationalen DH-Kongresses 2016 zuständig. Wir prophezeien der Schweiz, dass dies der größte seiner Art in seiner bisherigen Geschichte werden wird. Der nächste Jahrestagskongress wird am 9.- 10. November 2012 in Interlaken stattfinden.

Dieser Bericht wurde zusammengefasst von Beate Gatermann, deren Shorts schweizerisch sind (Calida), deren Unterwäsche schweizerisch ist (Hanso), deren Schlafanzug schweizerisch ist (Holzfaser von der berühmten Fa. Zimmerli) und deren 2. Diplom schweizerisch ist und die zwei Jahre in Genf gearbeitet hat, als ihrem Vater in Ulm die Zahnärztekammer Tübingen ständig die Berechnungen der Zahnsteinentfernung zusammenstrich mit der Absicht, die erste Dip. DH, ausgebildet in den USA, aus Deutschland zu vertreiben. Die also allen Grund gehabt hätte, in der Schweiz zu bleiben. Sie hat dennoch nie die Hoffnung aufgegeben, das Berufsbild in ihrem Heimatland eines Tages durchgesetzt zu sehen. Um ihrem Pioniergeist Nachdruck zu verleihen, hat sie sich nicht beirren lassen, ihre eigene Praxis für Dentalhygiene trotz intensivem und nie eingestelltem Boykott der Münchner Zahnärzte seit über 15 Jahren zu betreiben. Sie hat nie vorgehabt, sich jemals „unterkriegen“ zu lassen. Hilfreich ist hier ihre profunde Ausbildung und eine strikte Vorgabe, die Grenzen zur Zahnmedizin nicht zu überschreiten.

Dr. med. dent. Jörg Junker
Am Großen Wannsee 43a
14109 Berlin

1.11.2011

Sehr geehrte Damen und Herren,

in den letzten Tagen besuchte ich die zahnärztliche Bibliothek der Charité in der Aßmannshauserstraße 4 - 6 in Berlin. Bei der Durchsicht der gängigsten Fachzeitschriften fiel mir folgendes auf:

- 1) Der Begriff „Dentalhygienikerin“ taucht nirgendwo auf.
- 2) Kollege Renggli aus der Schweiz schafft es in einer größeren Publikation in der ZMK 12, Dez. 2010, S. 754 - 761, bei den entsprechenden Zeilen von „geschulten Mitarbeitern“ zu sprechen.
- 3) Frau Dr. Giedre Matuliene aus der Schweiz, jetzt in Hamburg arbeitend, veröffentlicht in der ZMK 9, Sept.10, S. 486 - 504, einen längeren Beitrag „Umfassende Parodontitis Therapie – das Berner Konzept“. Auch sie erwähnt die Dentalhygienikerin mit keinem Wort (auf 18 Seiten!!!).
- 4) Frau Dr. Corinna Bruckmann, die in den Jahren 2004 - 2006 wissenschaftliche Leiterin der Schweizer Dentalhygiene-Akademie in München war, erwähnt in ihrem Artikel „Depuration der Wurzeloberfläche“ (gleiche ZMK 9) einmal die DH (genauso: DH!!!, also nicht ausgeschrieben).

Damit könnte ich noch weiter fortfahren. So habe ich noch 2 - 3 größere Artikel z.B. „Antiinfektive Therapie der Parodontitis“ von Jamal M. Stein und Pia-Merete Jervoe-Storm in der „Quintessenz 2011, 62(2), S. 193 - 209“, (ein vom Bildmaterial hervorragender Artikel!) oder Bühler, Amato und Dr. Walter aus Basel „Konservative Therapie parodontaler Erkrankungen“ in der Zeitschrift „Dent. Implantologie 14, 4, S. 238 - 249“ gefunden.

Keiner dieser Artikel erwähnt die Dentalhygienikerin!

Wie soll sich das Konzept „Dentalhygienikerin“ in Deutschland durchsetzen, wenn selbst die deutschen Parodontologen oder diejenigen zumindest, die in der Schweiz ausgebildet worden sind, nicht auf diesen Beruf hinweisen? Liegt nicht ein wichtiges Interesse eines Verbandes darin, den Beruf bekannt zu machen?

Ich hatte bisher immer geglaubt, dass der Begriff DH von den Kammern und dem Bundesverband unterdrückt wird. Kann es eventuell sein, dass man einfach nur mehr für die DH werben muss? Sie scheint nicht nur bei den Kollegen abhandengekommen zu sein, nein, auch die Öffentlichkeit weiß nichts über den Beruf und die Tätigkeit einer Dentalhygienikerin.

Zurzeit wird heiß über das „GKV-Versorgungsstrukturgesetz“ diskutiert. Vor allem auch über die zahnmedizinische Versorgung von Pflegebedürftigen und Behinderten. Hierfür sind doch die DH von ihrer Ausbildung her mehr als geeignet. Die Zahnärzte in Deutschland behandeln bis auf den heutigen Tag nur eine Minderheit der an Parodontitis erkrankten Patienten. Warum geschieht es, dass mehrere Zeitschriften in den Jahren 2010 - 2011 grundlegende Abhandlungen über die nichtchirurgische Therapie einer PAR veröffentlichen?

Da frage ich mich ernsthaft, wie die Zahnärzte dann auch noch diese neue, ständig wachsende Gruppe der Senioren und Behinderten behandeln wollen?

Herr Prof. Dr. Oesterreich in der ZM 101, Nr 19A, 1.10.2011, Leitartikel: „Es ist unsere Pflicht, die erkannten und belegten Versorgungsprobleme in der Zahnheilkunde für alte und Menschen mit Behinderungen aktiv anzugehen... Das entspricht dem Selbstverständnis einer von Humanität getragenen Gesellschaft. Uns bietet das ärztliche Ethos ohnehin keine Alternative.“ Frage meinerseits: Gilt das auch für die Behandlung der Parodontitis???

Frau Professor Dr. Ina Nitschke, Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Altersmedizin, scheint zufrieden, dass zwei (!) Universitäten die Alterszahnheilkunde in ihr Programm aufgenommen haben. Dabei lehren nicht einmal die Hälfte der deutschen Universitäten die Parodontologie.

Wäre die Diskussion um das „GKV-Versorgungsstrukturgesetz“ nicht eine Möglichkeit, den Beruf der Dentalhygienikerin einzubringen? Die Berliner Fachjournalistin Gisela Broll legt das Problem klar dar in der ZM 101, Nr. 19A, 1.10.2011, Seite 18 (Gastkommentar):

- 1) Das Gesetz ist als nicht zustimmungspflichtig durch den Bundesrat konzipiert!
- 2) Dennoch, wie immer, wollen die Länder mehr Mitspracherecht, da sie richtig sagen, wir müssen das Gesetz auch umsetzen.
- 3) Es geht mal schnell um 500 Millionen Euro, die die Krankenhäuser in den Ländern im Jahr 2012 einsparen müssten.
- 4) Hier noch eingreifen zu können ohne irgendwelche Beziehungen zu Lobbyisten ist natürlich illusorisch. Aber eine Zulassung der DH mit staatlichem Diplom wäre natürlich ein Traum. Vor allem, wenn das GKV-Versorgungsstrukturgesetz zum Großteil nicht durch den Bundesrat muss.

Es gibt Staatssekretäre wie z.B. Anette Widmann-Mauz oder BMG-Staatssekretär Thomas Ilka.

Es gibt Journalisten, z.B. Frau Gisela Broll in Berlin, Dr. Andreas Lehr und Frau Maike van Delden vom LetV Verlag. Auch Frau Dr. Dorothea Siems, Politikkorrespondentin der Welt, berichtet in der ZM.

Es gibt einen Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen, Herr Hubert Hüppe.

Was wissen diese wichtigen Menschen über die Behandlung durch Dentalhygienikerinnen?

Und wie kann man sie erreichen? Auf welcher Seite stehen sie?

Wir sind doch alle stolz auf diesen Beruf der Dentalhygienikerin. Wir wissen alle, was sie leisten können und wie wichtig sie mit ihrem Beruf für die Gesundheit der Menschen in Deutschland sind.

Mit freundlichen Grüßen

Jörg Junker

Tel.: 030-55951612

Handy: 01728679792

junkerjoerg@gmx.net

Bewilligung der selbstständigen Berufstätigkeit der diplomierten Dentalhygienikerinnen

Bereits 1984 sprach sich die Mehrheit der Mitglieder der Swiss Dental Hygienists anlässlich einer außerordentlichen Generalversammlung in einer Konsultativabstimmung für eine selbstständige Berufsausübung aus. Aus diversen Gründen wurde zu diesem Zeitpunkt einer selbstständigen Berufsausübung der Dentalhygienikerinnen nicht zugestimmt. Mit der dreijährigen Ausbildung und dem SRK-anerkannten Diplom haben sich unsere Aussichten auf eine Zulassung zur selbstständigen Praxisführung geändert. Das Schweizerische Rote Kreuz kam in seiner Stellungnahme vom 18. März 1998 zu dem Schluss, dass den Dentalhygienikerinnen in der Ausbildung die notwendige Kompetenz vermittelt wird, so dass sämtliche Funktionen der Dentalhygiene eigenständig ausgeübt werden können. Swiss Dental Hygienists strebt nun eine gesamtschweizerische Angleichung an die Gesetzgebung an.

Rechtliche Grundlage für Selbstständigkeit gegeben

Aargau	Graubünden	Solothurn
Appenzell A.Rh.	Jura	St. Gallen
Appenzell I.Rh.	Luzern	Thurgau
Basel-Landschaft	Neuenburg	Uri
Basel-Stadt	Nidwalden	Waadt
Bern	Obwalden	Zug
Freiburg	Schaffhausen	Zürich
Genf	Schwyz	

Rechtliche Grundlage für Selbstständigkeit (noch) nicht gegeben

Glarus	Wallis
--------	--------

Dentalhygienikerinnen nicht zur Selbstständigkeit zugelassen

Tessin

Rund um den Globus

Vorsicht, Falle

Ein selbsternannter „Fachmann in Zusatzversicherungen“ zählt Punkte in der DZW 22, Ausgabe 45/11, Seite 22, für eine Parodontitistherapie auf, die nur noch mit gutem Gewissen von einem Zahnarzt ausgeführt werden können. Hier geht es ausschließlich wieder nur um den Gewinn und nicht wirklich um den Patienten! Uns ist selten eine DH-Behandlung bekannt, die solch ein umfangreich praktiziertes Ausmaß rechtfertigt, weder im Inland noch im Ausland. Zusätzlich: Die Aussage über den Biofilm (längst überholte Kommentare von einem Nichtfachmann, denn weder Laser noch das Vector-System sind hier hilfreich) und über den Erhalt von Implantaten ist nicht sonderlich professionell. Letztere sind schon abzurechnen bei einer Perio-Implantitis mit 250 Euro aufwärts – aber auf diese Art nur über den ZA. Dann ist es aber eine chirurgische Maßnahme, und die wird gänzlich anders abgerechnet. Fest steht, dass sämtliche Zahnarzt-Zusatzversicherungen nichts nutzen, solange die Kosten der Tätigkeit der Dipl. DH entweder in der Praxis des ZA oder in eigener Praxis von dieser angeblich so hilfreichen Versicherung nicht oder wenigstens teilweise übernommen werden. Der Haken ist oft die konfuse Beschreibung. Zuerst wird mit kompletter Kostenübernahme geworben. Und wenn man dann die Details liest, steht ein Limit pro Jahr und Kostenübernahme diesen Angaben gegenüber etc. etc. Da muss man schon ganz genau schauen – somit siehe Titel.

Laut Fachfrauen sind in dieser Aufstellung weiter folgende Punkte prekär: Eine Zahnsteinentfernung auf Kassenkosten von 24 Euro pro Zahn scheint uns – leider! – zu hoch angesetzt. Antibiotikagabe pro Zahn – überhaupt Antibiotika bei PAR ist nur in Ausnahmefällen angezeigt. Dazu gehören auch die Keimbestimmungen, die nur in Ausnahmefällen angewendet werden müssen, und dann mit einer Anwendung von Antibiotika zu Recht einhergehen. Das kommt aber so selten vor, dass wir uns echt wundern, wie oft das heute in den Medien als Abrechnungspositionen forciert wird. Uns langjährigen Fachfrauen begegnen solche Fälle höchstens einmal pro 40 Behandlungen oder gar weniger.

Medikamententräger sind von uns Parodontitis-Therapeutinnen trotz ständiger Veröffentlichungen nicht als geeignetes Mittel zu einer PAR-Therapie bekannt. Weltweit werden diese überhaupt nicht angesetzt, denn bei Chlorhexidinabgaben sind keine Träger notwendig, da man dieses Mittel direkt in die Taschen gibt. Als Fluorid-Gabe sind sie in dieser Sitzung absolut kontraindiziert, da man niemals Fluoride in blutenden Situationen anwendet. Das reduziert enorm den Abheilungsprozess. Wer immer diese Aktion in die Welt gesetzt hat: Das liegt auf derselben unsinnigen Wellenlänge, wie der Parodontal-Index, der unmöglich den Wert des Patienten darstellen kann, da er wichtige Regionen auslässt. Oder

gar der Parodontalverband, der so wunderbar das Zahnfleisch darunter faulen lässt.

In der neuen ZM (102, Nr. 1A, 1.1.2012, 22-24) kommt gerade hierzu auch noch ein Kommentar, und wieder hinterfragen wir: Aus den USA gibt es wunderbare Einmal-Schienen aus Styropor für Fluoride-Treatments. Warum man da speziell unglaublich teure Spezialanfertigungen benötigt, ist von uns nicht nachvollziehbar, vor allem, da die fast klebrigen Mittel (Elmex Gelee) schwer auszuwaschen sind und aus den USA längst dafür das Schaum-System von Oral-B importiert gehört.

Das ganze System ist, wie gesagt, auf der PAR-Schiene nicht für die Delegierbarkeit fürs Personal geeignet. Damit Sie sich selbst mit diesen skurrilen Informationen auseinandersetzen können, haben wir uns die Mühe gemacht, Ihnen diese hiermit im Original vorzulegen. (siehe Abb. rechte Seite)

Sponsoren

Ein Wort an unsere Sponsoren: Teilweise unterstützen Sie uns selbstlos seit über 20 Jahren immer in der Hoffnung auf einen Durchbruch für das vom DDHV angestrebte Berufsbild Diplom/Bachelor in Dentalhygiene. Wir haben noch eine Durststrecke von ca. 4 Jahren vor uns. Ohne Ihre Unterstützung wäre und wird es uns nicht möglich sein, so lange durchzuhalten, weshalb wir uns hiermit ganz, ganz herzlich bedanken möchten. Aber immerhin: Dank der Vehemenz und Aufdeckung des DDHV kommen wir jetzt endlich doch noch zu unserem Ziel.

Kostenübernahme

Der Allianz-Versicherung, die in den letzten Jahren die Kosten von Patienten, die in einer selbstständig tätigen Dentalhygienepraxis behandelt wurden, übernommen hat, steht ein Prozess ins Haus, da die Kostenübernahme jetzt verweigert wird. Der DDHV-Anwalt hat Klage eingereicht. Im Zuge dessen, dass sich nun doch Veränderungen am Horizont abzeichnen, ist dies ein erster Schritt zur Kassenzulassung, die einen ganz natürlichen Vorgang für ein eigenständiges Berufsbild darstellt. Natürlich wissen wir, dass sich viele gegen diese Neuerung stellen. Diese Menschen denken jedoch sehr kurz-sichtig.

Dentalhygiene Journal 4/2011

Unter dem Thema „Zahnstellungskorrekturen mit Invisalign – ein Gewinn für die Dentalhygiene“ wird im o.g. Journal – einmal außerhalb des DDHV-Journals – endlich auf die diffizile Mundhygiene-Situation bei bebänderten/geklebten kieferorthopädischen Fällen aufmerksam gemacht. Wir Dipl. DH waren noch nie sonderlich begeistert von den geschwollenen, blutenden Papillen, von den Kleberrückständen oder den, meist mit Diamanten zerkratzten Schmelzoberflächen oder auch von der Karies, die gerne bei den 6-er Molaren unter den Ring-Bändern entsteht. Selten werden diese Bänder entfernt und es ist keine Karies darunter zu finden, da

Waizmann-Checkliste Nr. 6

Ranking Zahnsatzversicherung: www.waizmann-tabelle.de
Preisvergleich Zahnsatzversicherung: www.hanswaizmann.de
entwickelt von Dipl.-Kfm. Hans Waizmann, Experte für Zahnsatzversicherungen

Parodontitisbehandlung und Zahnsatzversicherung (ZZV)

Praktisch alle vor 2007 abgeschlossenen ZZVen leisten hierfür nicht!

eine feste Verankerung Ihrer Zähne im Kiefer ist enorm wichtig. Die Stabilität für Ihre Zähne durch Zahnfleisch und Kiefer wird oftmals durch Bakterien geschwächt. Bundesweit leiden etwa 70 % aller Erwachsenen an dieser Krankheit namens Parodontitis (oftmals auch Parodontose genannt). Wird diese Erkrankung rechtzeitig erkannt, sind die Heilungschancen sehr hoch. Aus diesem Grund haben sich die gesetzlichen Krankenkassen dazu bereit erklärt, alle 2 Jahre eine Untersuchung der Zahnhflechtsächen-Tiefe zu erstatten. Obwohl aus medizinischer Sicht eine Behandlung bereits ab einer Taschentiefe von 2 mm angezeigt ist, erstattet die Kasse eine Behandlung erst ab 3,5 mm und dann auch nur mit einfachen Mitteln. Die Kosten für sinnvolle Zusatzleistungen wie Laserbehandlungen, Bakterientests und genetische Risikotests sind Privateistung. Eine gute Zahnsatzversicherung erstattet nicht nur diese Mehrkosten, die maßgeblich zum Erfolg der Behandlung beitragen, sondern sie übernimmt auch die Therapiekosten, falls die Kasse nicht zahlt (Taschentiefe geringer als 3,5 mm) bis zu 100 %!

Vergleich Parodontitistherapie: Kassentherapie / Individualtherapie - Umfang, Bestandteile und Kosten

Therapie-Art Umfang/ Kosten	Kassentherapie		Privat- / Individualtherapie	
	ca. Kosten	ca. Kosten	ca. Kosten	pro Zahn (56 €)
Umfang / Einzelkosten	Kontrolluntersuchung 04 (2 x pro Jahr) Parodontitis-Text (PSI-Index, alle 2 Jahre) Zahnsteinentfernung (1 x pro Jahr) (Reinigung der Zahnhflechtsächen und Glättung der Wurzeloberflächen mit Handinstrumenten) Gabe von Antibiotika (Tabletten) evtl. örtliche Betäubung	9 € 11 € pro Zahn 13 / 24 € (ein / mehrwurzeliger Zahn) 16 € 7 €	Kassentherapie Sinnvolle, mögliche zusätzliche Bestandteile: - professionelle Zahneingriff - Labortests zu Keimbestimmung - lokale Anwendung von Antibiotika in der Zahnhflechtsäche - Erstanfertigung indiv. Medikamententräger - Einsatz bestehender Medikamententräger - Anwendung von Laser - Knochenaufbau (GOZ 411, 413; 2,3 fach) - evtl. chirurgischer Eingriff (ein/mehrwurzelig)	pro Zahn (56 €) 40 - 120 € 60 - 100 € pro Zahn 60 € pro Kiefer 280 € pro Kiefer 20 € pro Zahn 50 - 100 € pro Zahn 23 - 81 € pro Zahn 20 / 30 € (Eigenanteil bis zu 775 €) ¹⁾ ca. 831 € ²⁾
Gesamtkosten	Kassenerstattung pro Zahn ca. 56 €			

1) Summe des Eigenanteils ist abhängig von Art und Umfang der (gewünschten) Zusatzleistung. Kosten für PZR und Labortest fallen unabhängig von der Anzahl der betroffenen Zähne an.
2) Bei gleichzeitiger Therapie mehrerer Zähne erhöht sich der Betrag um bis zu 271 € pro zusätzlich therapiertem Zahn.

Das sollten Sie wissen:

- Die von der Kasse erstattete, mechanische, händische Entfernung der Plaque erreicht einen Wirkungsgrad von lediglich 40 - 90 %. 10 - 60 % des Biofilms werden durch diese Methode nicht erreicht. Der zusätzliche Einsatz moderner, maschineller Hilfsmittel (Laser, Vector-System) erhöht den Wirkungsgrad auf bis zu 100 % und ist daher medizinisch sehr sinnvoll und wird von guten ZZVen problemlos erstattet.
- Wenn der Erhalt eines Zahns im Vorfeld nicht gesichert ist, erstattet die GKV nicht! Eine gute ZZV schon.
- Auch bei Implantatträgern kann es zur Zahnbettentzündung kommen. Eine Therapie dieser sog. Periimplantitis kostet zwischen 250 € und 420 € pro Implantat und ist nicht im Leistungskatalog der GKV enthalten. Eine gute Zahnsatzversicherung erstattet auch diese Behandlung!

Leistungsspektrum derzeit abschließbarer ZZVen für die Therapie von Parodontitis

Leistungsdetails	Tarif-Art	Premium-ZZV-Tarife *)	Gute ZZV-Tarife *)	Billig-ZZV-Tarife **)
Erstattungsprozentsatz für etwaige Mehrkosten, wenn GKV (noch) leistet	bis 100 % ¹⁾	0 / 50 - 100 % ¹⁾	0 %	Billigtarife leisten generell nicht für PZR, intensivere Prophylaxe, nicht für Zahnerhalt, insbesondere nicht für aufwändigere - Wurzelbehandlungen und - Parodontosebehandlungen Vor 2007 abgeschlossene ZZVen haben regelmäßig keine Leistung für Zahnerhalt
Erstattungsprozentsatz, wenn GKV nicht leistet	bis 100 %	0 / 50 - 100 %	0 %	
Beitrag für Erwachsene, abhängig von Eintrittsalter und Geschlecht	ca. 20 - 40 € mtl.	ca. 15 - 30 € mtl.	ca. 5 - 15 € mtl.	

*) Welche Tarife in diese Kategorie fallen, erfahren Sie auf dem Online-Rechner www.hanswaizmann.de
**) Finden Sie heraus, ob Ihrezeit bestehende ZZV schlecht leistet. Die Waizmann-Tabelle www.waizmann-tabelle.de zeigt auf, welche Tarife Mogelpackungen sind
1) Achtung: Es gibt (sehr) gute ZZV-Tarife, die für den Fall, dass Mehrkosten (z.B. bis zu 1.000 €) entstehen, 0 % leisten.

Der Experte rät:

- Ca. 90 % aller ZZV-Versicherten haben keine Leistung für Zahnerhalt. Sie können dies auf www.waizmann-tabelle.de überprüfen!
- Rauchen erhöht das Parodontitisrisiko um das 2 - 7 fache!
- 70 % aller Erwachsenen leiden an Parodontitis in unterschiedlichem Ausmaß. Diese Erkrankung erhöht nachweislich das Herzinfarktrisiko! Eine gute ZZV trägt dazu bei, diese Erkrankung erfolgreich zu behandeln.

4-fach Sicherheit: Wichtige und wertvolle Zusatztarife - entwickelt von Hans Waizmann (www.hanswaizmann.de)

1. Vorab-Online-Annahmehcheck: 100% Aufnahmesicherheit
2. Leistungssicherer-Tarifbeschreibung: 100% Leistungssicherheit
3. 365 Tage Erstattungssupport
4. Rechtsanwalt-Hotline bei versicherungsrechtlichen Problemen (kostenlose Beratung)

die Fluorid-Spüllösungen in Deutschland zu wenig empfohlen werden und die begleitende Dentalhygiene in diesen Fällen auch weit entfernt vom System der USA liegt. Die Kieferorthopädie wird dort meist von strengen Dipl. DH begleitet und es wird auf ganz andere Weise fluoridiert als bei uns (Schaum).

Traurig, aber wahr

Wir bekommen immer wieder Klagen, dass Fachliteratur nicht an das „Personal“ weitergegeben wird, sondern klammheimlich „verschwindet“. Wirklich aufgeschlossenen Chefs liegt allerdings viel daran, ihr Personal in allen Richtungen auf dem Laufenden zu halten, auch wenn dies Themen betrifft, die der „Chef“ nicht immer

gutheiñt wie z.B. Veränderungen hinsichtlich eines Berufsbildes in Dentalhygiene. Da kann ich mich wirklich glücklich schätzen, denn ich hatte einen Zahnarztvater, der mir nicht nur alles Wissenswerte schon als Zahnarzthelferin zum Lesen gab, sondern dies auch noch vorab grün markierte. Zudem war er es, der mich darüber informierte, dass es in den USA einen Beruf gab, den man „nach einer Ausbildung zur Zahnarzthelferin“ in Angriff nehmen konnte – meine Voraussetzung, bei ihm als Zahnarzthelferin in die Lehre zu gehen. Heute profitiere ich davon, denn eine Leidenschaft von mir ist es, die Fachliteratur zu durchforsten. Ganz zur Freude meiner Kolleginnen, die sich mit dieser Kolumne diese Arbeit seit vielen Jahren ersparen.

Heiße Diskussionen in den USA (access Seite 8, Dez. 2011)

In den USA ist der Beruf der Dentalhygienikerin (Registered Dental Hygienist) der einzige, landesweite Beruf, der nach einem Staatsexamen noch ein „Staatenbezogenes“ Praktisches Examen (Clinical Board Examination) verlangt. Dies gibt es in keinem anderen Beruf in den USA, also weder bei der Zahnärztlichen Assistentin, beim Mediziner, bei der Physiotherapie noch sonst in einem Berufsfeld. Endlich beginnt sich aus den eigenen Reihen Widerstand zu regen. So ist es z.B. für Familienmitglieder von Militärangestellten aufgrund der in den USA üblichen ständigen Versetzung ein immenser Finanz- und Zeitaufwand, schnell als Dentalhygienikerin im „neuen Staat“ lizenziert arbeiten zu können. Meist dauert das Monate – bis dahin ist der Ehemann dann schon wieder versetzt worden. Dadurch verliert die DH dann meistens auch das Interesse an ihrem Beruf und bildet sich anderweitig fort. Dabei herrscht auch in den USA ein Mangel an Dental Hygienists.

Air-Flow Verfahren – Meinung der ZM 101, Nr. 17A, 1.9.2011 (2394), Seite 98

Erneut wird in der ZM publiziert, dass das Amtsgericht in Nürtingen die professionelle Zahnreinigung mit Airflow als Ausübung der Zahnheilkunde darstellen würde und diese allein dem Zahnarzt vorbehalten sei. Ein Schelm, wer Böses dabei denkt. Da hatte sich der beurteilende Richter wohl noch nie einer zertifizierten professionellen Zahnreinigung unterzogen! Wir wundern uns immer wieder, was in einer Fortbildung alles aufgeführt wird, das dann doch nicht praktiziert werden darf.

Gleichzeitig wird in der ZM 101, Nr. 20 A, 16.10.2011 (2800), Seite 7, nicht zu Unrecht aufgeführt, dass das Bleaching Sache des Zahnarztes ist. Weiter ist interessant in der ZM zu lesen, was es für Fallbeispiele und Rechtsprechungen gibt. So wird immer wieder darauf hingewiesen, dass der ZA die Beratung am Patienten selbst vornehmen muss und diese nicht an sein Personal so einfach delegieren kann. Allerdings ist uns bewusst, dass viele Patienten sich die Details dann gerne doch nochmals vom Personal beschreiben lassen, da sie entspannter zuhören können.

....und es soll eine Injektionslösung mit reduziertem Adrenalinzusatz auf den Markt kommen, was der Injektionsmöglichkeit für die DH förderlich ist. Denn dadurch reduzieren sich die Möglichkeit der allergischen Reaktionen und die Gefährlichkeit.

prophylaxe impuls

In der Ausgabe 15. Jahrgang, 174-179, 2011, Seite 177, wird ein Fall präsentiert, bei dem ein gravierender Einbruch bei 46 lediglich mit Ultraschall und Chlorhexidin behandelt wird. Dabei versichern uns Paorodontologie-Experten, dass dies nicht genügt. Deren Kommentar: Es ist ganz selten, dass eine Tasche nach einem profunden Deep-Scaling nicht abheilt. Lässt man jedoch noch Spuren zurück, so ist das Rezidiv vorprogrammiert. Und: Dazu ist ein Handscaling mit feinsten Instrumenten und viel, viel Knowhow dringend erforderlich.

Wichtig für alle Dipl. DH in freier Mitarbeit bzw. eigener Praxis:

Bei der Berechnung von Steuern und der bgw (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienste; Pflicht-Mitgliedschaft vor allem bei selbstständiger Tätigkeit) wird unser Berufsbild schon seit über 24 Jahren geführt unter „Praxis der: Physiotherapeuten/Krankengymnasten, Ergo-Beschäftigungs- und übrige nichtärztliche Therapeuten, Atemgymnasten, Hebammen, Heilpraktiker, Psychologen, nichtärztliche Psychotherapeuten, Logopäden, Orthoptisten, medizinsch-technische Assistenten und dgl.“. (Strukturschlüssel 0161, Gefahrenklasse 3,0).

Diverse Länderinformationen

Kanada

In Kanada ändern sich im Zuge der eigenständigen Praxen auch die Ausbildungskriterien. So werden 2-Jahresdiplome in 3 Provinzen, 3-Jahresdiplome in 5 Provinzen und eine Weiterführung zum Bachelor in Dentalhygiene in weiteren 5 Provinzen angeboten. Angaben nachzulesen über Int. Journal of Dental Hygiene 9, 2011; 242-249/243.

Portugal begann mit seiner an die USA angelehnten Ausbildung 1986. Das Berufsbild war zwei Jahre später formuliert. Sie haben 4 Ausbildungsinstitutionen mit einem Bachelor von 180 ECTS und Master bis weiterführend zu einem Doktor-Grad. Sie „produzieren“ 85 Absolventen pro Jahr und das Berufsbild wird über das Gesundheitsministerium reguliert (Angaben EDHF 2011).

Italien

Im neuen Newsletter des IFDH, den jeder über www.ddhv.de und dem Logo des IFDH selbst nachlesen kann, wird der Brennpunkt Italien veröffentlicht. So gibt es in Italien 33 Bachelor-Degree-Programme. Die italienischen Kolleginnen feilschen nun um die Anästhesie, was wir als Verband in Deutschland sowieso im gewünschten Bachelor integriert sehen. Zudem forcieren sie eine Lizenz für ganz Italien (Arbeitsberechtigung/Zulassung) und last but not least mehr Kooperation (Mitarbeit einer DH) in den Gremien, die für die Ausbildungen an den Universitäten zuständig sind. Diese Angaben stehen für weltweite Bestrebungen – sind also in fast jedem Land vorhanden.

Leider ist der Bachelor in Italien wohl sehr kopflastig geraten: So wird der Theorie viel mehr Zeit beigegeben als dem praktischen Bereich. Dies sollte auf dem deutschen Weg beachtet werden.

Die Schweiz hat momentan 53 selbstständige Praxen für Dentalhygiene (7 Mill. Einwohner), Tendenz steigend. Der Kanton St. Gallen ist seit dem 1. September auch mit dabei, bleibt nur noch das Tessin, das als nächstes per Anwalt in der Schweiz angegangen wird. Der Schweizer Verband – wie auch in Deutschland der DDHV – veröffentlicht auf seiner Internet-Seite die Dipl. DH bzw. die selbstständigen Praxen.

Am 29. März 2012 lädt der Schweizer DH-Verband erneut zum nächsten Meeting der selbstständig tätigen

DH nach Bern ein. Mehr Infos über www.dentalhygienists.ch. Bei einer Umfrage der in eigener Praxis Tätigkeiten stellte sich folgendes heraus: Das Durchschnittsalter der selbstständigen DH liegt bei ca. 40 Jahren (sie sind also alle sehr erfahren). Ein Viertel davon arbeitet sowohl angestellt als auch selbstständig, 50% arbeiten in einer Praxis in der Praxis. Beweggründe der selbstständigen Tätigkeit: flexible Arbeitszeitgestaltung, die eigene Entscheidung über die Dauer einer Behandlungseinheit, die Anerkennung als zertifizierte Gesundheitsfachperson sowie frei in der Materialauswahl zu sein.

Der DDHV dankt den Schweizer DH, die sich nunmehr unter Wikipedia und der Dentalhygienikerin als Berufsbild platziert haben. Das lässt uns hoffen, dass wir das eines Tages auch hierzulande haben werden.

Auch funktionieren die Fortbildungspunkte in der Schweiz über den eigenen Verband hervorragend. Weiterbildungen werden versiert angeboten und vor allem werden die selbstständig Tätigen über den Verband „verwaltet“. Sie erhalten nur als Mitglied die Genehmigung, die vom Verband initiierten Tarife zu verwenden (die angestellte DH nutzt somit den SSO-Tarif, was unserer GOZ gleichkommt).

Schweden

Schweden meldet in seinem Berufsverband 20 DH, die in den letzten Jahren ihren Doktortitel in Dentalhygiene erlangt haben. Kerstin Öhrn war hierbei die Erste. Tja, liebes Deutschland, man kann unter keinen Umständen das Rad zurückdrehen. Man kann das Rad nur aufhalten. Nur: Das bringt für die Zukunft unserer Kinder nicht unbedingt viel Gewinn. Das Berufsspektrum hat sich so gravierend verändert. Da heißt es am Ball bleiben oder man kommt unter die Räder (Angaben EDHF 2011).

Norwegen

meldet über den EDHF: Der Beruf existiert in Norwegen seit 43 Jahren. Es gibt 4 Ausbildungs-Institutionen, wo insgesamt 65 Studenten pro Jahr ausgebildet werden. Norwegen arbeitet auf hohem sozialem Niveau, weshalb die meisten DH dort in öffentlichen Einrichtungen arbeiten. Jedoch gehen mehr und mehr DH in eigene Praxen. Seit 2002 hat man auf einen Bachelor umgestellt und arbeitet derzeit an einem Master in Dentalhygiene. Nicht zuletzt arbeiten schon drei wiederum an ihrem Doktor in Dentalhygiene. Ihr derzeitig wichtigstes Projekt ist die Kostenübernahme durch die Krankenversicherungen auf eigener Basis (Angaben EDHF 2011).

Dänemark

„produziert“ 100 DH pro Jahr. Sie arbeiten in Privatpraxen sowie im öffentlichen Dienst und 25 in eigenen Praxen. Der Beruf wird über das Gesundheitsministerium gefördert und reguliert. Man hat auf einen Bachelor „in Oral Health“ umgestellt. Der DH ist es erlaubt, Leitungen und Tuber-Injektionen zu praktizieren, wobei ihr Schwerpunkt auch die Befundaufnahme und die Kariesreduktion beinhaltet. Sie sind dem ECTS-System angegeschlossen und streben eine 1:1 Relation zu den Zahnärzten an. Die Prognose in Dänemark sieht einen wachsenden Berufszweig für das Berufsbild Dentalhygienikerin (Angaben EDHF 2011).

Buchbesprechung

Plastisch-ästhetische Parodontal- und Implantatchirurgie

Ein mikrochirurgisches Konzept

Fachgebiet: Implantologie, Oralchirurgie, Parodontologie

Otto Zuhr / Marc Hürzeler



Die Autoren bieten erstmals einen umfassenden Überblick über die Grundlagen, Indikationen und klinischen Techniken einer plastisch-ästhetischen Parodontal- und Implantatchirurgie auf mikrochirurgischer Grundlage. Das Werk verbindet dabei in mustergültiger Weise wissenschaftliche Erkenntnisse mit praktischer Erfahrung. Zu allen behandelten Fragen werden die verfügbare wissenschaftliche Literatur und die aktuelle klinische Evidenz ausgewertet. Die vorgestellten Techniken werden an minutiös bebilderten Patientenfällen Schritt für Schritt nachvollziehbar gemacht. Bei der praktischen Umsetzung helfen Checklisten zu Materialien, Instrumenten und Arbeitsschritten. Anleitungen zum Management aller wichtigen Komplikationen runden die Darstellung ab.

Das Buch ist ohne Zweifel eine der wichtigsten oralchirurgischen Publikationen der letzten Jahre und ein Muss für jeden Implantologen und Parodontologen.

Aus dem Inhalt:

Grundlagen: Anatomische und strukturbiologische Grundlagen, primäre Heilung, Schnittführung, Lappen-Design und Nahtverschluss, gingivale Ästhetik, Patientenmanagement

Techniken: Transplantatentnahme, Gingivaverdickungen, Decken gingivaler Rezessionen, ästhetische Kronenverlängerungen, Papillenrekonstruktionen, Management von Extraktionsalveolen, Behandlung von Zahnlücken

Komplikationen: Blutungen, Lappenperforationen, Infektionen, Nekrosen, Misserfolge mit autologen Transplantaten, Implantatverluste, Narben, Tätowierungen und überschüssiges Weichgewebe, Verletzungen der biologischen Breite

Ein MUST-Buch für die versierte Dipl. Dentalhygienikerin!

Quintessenz Verlags-GmbH, Berlin
872 Seiten, 1905 Abbildungen (farbig), Hardcover
Euro 320,00
Best.-Nr. 18220,
ISBN 978-3-86867-021-9

Veranstaltungskalender

2012

21.04.	DDHV-Fortbildungstagung 2012	München	www.ddhv.de
06. - 09.06.	Europerio 7	Wien	www.europorio7.com
09. - 10.11.	Jahreskongress Swiss Dental Hygienists	Interlaken/Schweiz	www.dentalhygienists.ch
07. und 08.12.	ipi-Praxistage 2012	München	www.ipi-muc.de

2013

19. IFDH Symposium on Dental Hygiene	Kapstadt/Südafrika	www.ifdh.org
--------------------------------------	--------------------	--

2016

IFDH Symposium on Dental Hygiene	Basel/Schweiz	www.ifdh.org
----------------------------------	---------------	--

Weitere deutschsprachige Fortbildungen für DentalhygienikerInnen finden Sie unter:

www.dentalhygienists.ch/kongress; www.dent.unizh.ch; www.pszn.ch (Prophylaxeschule Zürich Nord);
www.parodontologie.ch (Schweizerischer Parodontologenverband); www.dgparo.de (Deutsche Gesellschaft für Parodontologie)

Stellenbörse

DDHV-Geschäftsstelle
Weichselmühle 1, 93080 Pentling

Studentin,
DH-Schule Prophylaxeschule Zürich Nord
(Leitung Prof. Sixer), Deutsche, sucht ab
Mitte September 2012
Stelle in Berlin oder Hamburg

Chiffre 11/2012

Registered Dental Hygienist (mit Bachelor)
in 33034 Brakel lebend,
nach US-Perio-Standard ausgebildet,
sucht Teilzeitstelle in Paderborn,
Bielefeld oder Detmold.

Chiffre 12/2012

**Bitte lassen Sie sich als Dipl. DH
unter www.ddhv.de
als Ansprechpartnerin
registrieren".**

**Es gibt noch einige Bundesländer,
die keine Ansprechpartnerinnen
haben.
Installationsgebühr: 50,00 Euro
einmalig**

**Wir erhalten immer wieder
diesbezügliche Anfragen!**

Dies ist die 57. Ausgabe des DDHV-Journals. Das DDHV-Journal erscheint als erste und einzige unabhängige Fachzeitschrift der DentalhygienikerInnen seit 1990 in Deutschland.

Juristische Beratung

RA Ferdinand Hornung
Sendlinger Straße 22, 80331 München
Tel: 089- 26 40 40, Fax: 089- 260 73 77
Hornung@RaeFerdinand-Hornung.de

Steuerbüro

RCS Maurer
Patrick Maurer, Dipl. Kfm., Steuerberater
Glockengasse 2 / 1.OG, 93047 Regensburg
Tel: 0941-59 57 99-01, Fax: 0941-59 57 99-04
info@rcs-maurer.de

Ideen, Beiträge und berufsbezogene Anzeigenwünsche richten Sie bitte an die Geschäftsstelle des DDHV.
Die Redaktion ist weder verantwortlich für inhaltliche Angaben der Berichte noch für Angaben der Inserenten. Die Redaktion ist frei in der Annahme von Berichten/Briefen und behält sich sinnwahrende Kürzungen vor. Unser Journal will informieren. Es spiegelt nicht unbedingt die Meinungen des DDHVs wider.

Mitglieder/Abonnenten des DDHV e.V. werden dringend gebeten, Änderungen des Namens und/oder der Adresse sowie der Bankverbindungen umgehend dem Verband in schriftlicher Form zu übermitteln.

DDHV members/Subscribers are kindly requested to inform the association of changes in name and/or address or bank changes immediately in written form.

Der DDHV verfügt über einen Newsletter: "Die DentalhygienikerIn", der nur bei wichtigen Anlässen zur Publikation kommt.

Impressum

Herausgeber	Deutscher DentalhygienikerInnen Verband e.V. www.ddhv.de ; Hotline: 0 700- 33 48 46 36
Redaktion	DDHV-Vorstand
Geschäftsstelle	DDHV, Weichselmühle 1, 93080 Pentling Fax: 089- 91 51 62, info@ddhv.de
Vorsitzende und IFDH-Delegierte	Beate Gatermann, RDH/USA, Dipl. DH HF/CH
VM/Kasse	Ulrike Hemmerich, Dipl. DH HF/CH
VM/Schriftführerin	Lise Bacher, Dipl. DH/RSA
Kontrolllesung	Heidi Wissing, Dipl. DH HF/CH
IFDH-Delegierte	Margaret Schilz-Klotz, RDH, BS/USA
Journal/ Anzeigenservice	DDHV, Weichselmühle 1, 93080 Pentling (bei Regensburg) Tel: 0941- 91 06 92 10, Fax: 0941- 99 78 59 Beatrix.Baumann@gmx.de