

DDHV-Journal 1/2016



**Deutscher Diplom Dental Hygienikerinnen
Verband e.V.**

„Tun Sie etwas für einen Beruf in Dental Hygiene in Deutschland. Wenn Sie nichts dafür tun, so kommt er zu Ihnen.“

Prof. Sigurd Peder Ramfjord, 1911-1997, was known internationally for his leadership in establishing the specialty of periodontics (diseases of the gums) on a scientific basis. Er machte die o.g. Aussagen 1982 bei einer Parodontologie-Fortbildung für Zahnärzte und Diplom DHs im Hilton Hotel in München.

INHALT

- 4 Vorwort
- 7 DDHV-Kongress 2016
- 9 Zur Sache (dzw KOMPAKT 5/15)
- 10 Vollverschulter Studiengang an der Universität Würzburg geplant
- 12 Neuer Rahmenlehrplan der European Federation of Periodontology für Dental Hygienists
- 18 Biofilm/Plaque
- 19 DZW-Texte
 - „Bei 30- bis 40-Jährigen Parodontitis stärker erfolgreich bekämpfen“
 - „Für Erhaltungstherapie qualifizierte Mitarbeiter einsetzen“
- 21 Rund um den Globus
- 25 Buchbesprechung
- 26 Veranstaltungskalender
- 26 Impressum

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

seit 1974 hat Deutschland folgende Versuche unternommen, einem registrierten Beruf, wie er im Ausland praktiziert wird, näherzukommen.

Zuerst gab es die nur wenige Wochen dauernde Schulung zur ZMF, die von den Initiatoren (Prof. Eugen Fröhlich und Co.) als gleichwertig zum zeitgleich in Zürich gestarteten ersten, vollverschulten zweijährigen DH-Programm (Mühlemann/Saxer) nach amerikanischem Muster mit Diplomabschluss gesehen wurde. Fast 20 Jahre danach folgte die Fortbildung zur „deutschen Kammer DH Stuttgart“, aufbauend auf den Abschluss der ZMF mit einer Anerkennung, wieder mit den Angaben, jetzt einer Diplom DH gleichgestellt zu sein, was immerhin auch einem späten Eingeständnis gleichkommt. Dann folgte: in Hamburg ein Pilotprojekt, das „die DGP als Fortbildung anerkannte“; in Bayern ein Projekt unter der einmaligen Regie von Zahnmedizinischem Personal. Auch in Berlin, wo immerhin die ZMF als erste die Berufsbezeichnung ZPA erhielt, ging man den gleichen Weg.

Dazwischen lag noch ein Kurz-Versuch einer Fortbildung in Aarhus/Dänemark von 4 Wochen für 100 ZMFs (ZPAs), ohne Diplomabschluss, wobei diese Absolventinnen sich dann als DHs in Deutschland ausgaben. Schließlich hatten sie dort eine professionelle Institution für Dentalhygiene besucht. Erst kürzlich bekannte sich der dortige Zahnmediziner und DH-Schulleiter in einem Schreiben an uns und zeigte endlich Verständnis für die ablehnende Haltung des DDHV, die dazu führte, dass dieses Programm eingestellt wurde (Kommentar: PZR allein genügt nicht für eine richtige DH). Danach kommen noch drei Versuche (Münster, Stuttgart, Köln) einer Anerkennung der deutschen Version über das Ausland, die jedoch nicht möglich war und für die der DDHV jedes Mal massiv angegriffen wurde, was aber gar nicht unser Problem war oder ist, sondern das dafür fehlende Berufsbild hierzulande. Nicht vergessen wollen wir die Aktion ‚Schweizer Akademie München‘, deren Absolventen zuerst ein Diplom in Aussicht gestellt wurde und die dann die Krankenversicherung Münchner Verein und die AOK unter anderem fallen ließen. Die fehlenden Patienten hätte die LMU in München (Prof. Benz) leicht liefern können. Wenige dieser Teilnehmer konnten im Ausland ihre Schulungen beenden, was nicht sonderlich günstig war. Sicherlich haben wir in dieser Auflistung etwas übersehen. Es gab mal eine herausragende Fortbildung zur ZMF, zwei Jahre vollverschult. Diese wurde in Module abgeändert; die Qualität hat seither sehr stark gelitten. Ach ja: Greifswald bedient sich seit Jahren versierter Registered DH-Doktorinnen aus den USA für Wochenend-Sommerschulungen und versorgt mit diesen Absolventen sein ganzes Umland. Und last but not least: In Hamburg läuft eine Kooperation mit US-Hygienists über Kiel, wobei den „US-Teilnehmern“ nichts ahnend für viel Geld ein „deutsches DH-Curriculum“, ein Beruf und eine ach so heile Welt der deutschen präventiven Dental Hygiene über das Versicherungswesen vorgegaukelt wird.

2015 konzipierte die private Universität in Krems einen (Modul-)Studiengang für Deutschland, lediglich mit Bachelor der Künste, welchen wir eher auf Österreich zugeschnitten sehen, ohne Aufsicht von geschulten Diplom/RDHs bzw. fehlender vollverschulter Klinik vor Ort. Zeitgleich lief ein Management-Modul-Kurzprogramm in der praxisHochschule in Köln mit viel zu wenig zu behandelnden Patienten, no Deep Scalings und deshalb massiv fehlendem Know-how im Instrumentellen. Die vom DDHV als selbstverständlich anzustrebenden Deep Scalings befinden sich mit Injektion ab Ende der Pseudo-Tasche, und dies nicht nur an einem Zahn. Schon allein hier klaffen Welten auseinander, wobei sich landesweit Absolventen selbst schon intensiv weitergebildet haben und natürlich sehr enttäuscht von der Abschlussmöglichkeit sind. Dem DDHV wurden im Vorfeld zwei vollverschulte Semester Klinik an der praxisHochschule zugesagt. Die Presse bezeichnet diesen Studiengang als „an der deutschen Praxis vorbei geplant“. Beide verkaufen sich als europakompatibel, was nicht zutreffend ist, da das vorhandene Berufsbild in Deutschland ja weiterhin auf sich warten lässt. Ohne anerkanntes Berufsbild in Deutschland bleibt eine länderübergreifende Arbeitsmöglichkeit verschlossen. Und vor allem sind beide Systeme weit weg von dem Original-Studium, das seit Bologna die meisten Länder auch in Europa sehr gezielt anstreben. Es begann in den USA wie folgt: 2-jährig, von 8 - 17 Uhr non-stop. Heute ist es 3-jährig mit sogenannten Pre-Requisites. 2 Vorsemester mit bestimmten Themen müssen erst bestanden werden, bevor das eigentliche DH-Programm nach einem Eignungstest beginnt.

Dann gab uns die Presse bekannt, dass „Stuttgart“ eine Bachelor-Akademie plane (gerade diejenigen, die lange einen Bachelor total ablehnten) und dass ihre deutschen DHs ab sofort auch rückwirkend als Professionals zu bezeichnen seien. Ein Redakteur des Spiegels nannte dies „Professionals ohne Profession“. Das sind mindestens zwölf Versuche, ohne das vom DDHV seit zig Jahren Geforderte zu berücksichtigen. Der Trend geht zu mehr Theorie. **Dabei lag und liegt der reale Hund natürlich ganz massiv bei zu wenig klinischem Praktikum unter direkter Aufsicht von versierten Profis begraben.**

Auf der anderen Seite haben wir die Medien-Berichte über weitere vehemente Kammer-Ablehnungen gegenüber allem, was eine Verbesserung herbeiführen könnte und den skurrilen Angaben, dass die „deutsche DH ja 8.000 Stunden vorweisen kann“. Es werden jetzt ulkigerweise immer mehr Stunden angegeben. Die früheren real existenten 900 Modul-on-the-job- und Fortbildungs-Stunden wurden plötzlich auf 4.000 mit Anrechnung der Lehrzeit als Zahnärztliche Fachassistentin heraufgesetzt. Jetzt haben die deutschen DHs plötzlich mehr Stunden als die Zahnmediziner für ihre gesamten Fortbildungen an den Zahnärztekammern gesammelt, wobei die Zahnärztekammer sich perfekt für Fortbildungen, aber sicher nicht für einen kompletten Studiengang eignet. Es ist jedoch nicht möglich, die jahrelange Ausbildung als Zahnärztliche Fachkraft zu einem DH-Programm hinzuzuzählen, denn es sind zwei verschiedene Berufe, die sich zwar überlappen, aber ganz andere Anforderungen stellen. Außer mir gibt es noch eine Handvoll anderer Fachfrauen, die den Weg der Zahnmedizinischen Fach-Assistentin und einen Studiengang in Dentalhygiene separat gegangen sind und somit auch wirklich vergleichen können. Zu diesem Thema hatten wir genügend Berichte im Journal von ehemaligen ZMFs, die danach z.B. in der Schweiz ihr Diplom machten, was eigentlich nicht einfach zu ignorieren ist. Nach dem Motto: Nur die, die niemals wirklich involviert waren, beurteilen dies auf politischer Ebene. Abstruserweise sind in Wirklichkeit 99,9% der Ablehnenden diejenigen, die niemals mit Diplom DHs zusammengearbeitet haben. Es wird aus der Ferne vorverurteilt. Die Schweiz macht es uns übrigens anders vor: Ihre Zahnärztliche Fach-Assistentin (Dentalassistentin und unserer gleichgestellt) kann über das Careum innerhalb von zweieinhalb Jahren mit 4.500 zusätzlichen Stunden ihren Abschluss als Diplom DH HF absolvieren, wobei einige Aussteiger im gekürzten Programm schon zu verzeichnen sind. Der neu geplante Bachelor wird in der Schweiz wiederum ausschließlich über das registrierte Diplom (neu: RDH CH) nochmals 18 Monate bei 60% berufsbegleitendem Arbeiten betragen. Das ist weitaus mehr als Deutschland bieten kann oder bislang plant.

In diesem Journal lesen Sie, was wir mit Stolz als die Idee von Professor Dr. Ulrich Schlagenhauf bezeichnen: Studieren mit den Zahnmedizinstudenten. Beim Aufbau des Curriculums stellte sich heraus, dass einige Themen dieses Universitäts-Bachelors in Dental Hygiene auch ganz gut für die Zahnmedizinstudenten geeignet wären. Finanziell wäre dies die einzige Möglichkeit, einen richtigen Studiengang in Deutschland zu etablieren. Und: Es würde so vielen eine tolle Zukunft ermöglichen und zudem den Zahnärzten Unterstützung bringen, wenn sie endlich das System verstanden hätten. Schließlich war und ist ihr eigener Studiengang schon etwas sehr teuer, der im Gegensatz zum Bachelor in Dentalhygiene voll vom Staat finanziert wird, um dann Zahnreinigungen auszuführen! Allerdings ist eine Zahnreinigung, abgerechnet als PA, eine für so manche Zahnärzte ziemlich lukrative Erwerbsquelle beim Privatpatienten geworden. Dies kommt öfter vor als bekannt ist. Unsere Patienten berichten dann darüber, und dass es sie wütend macht, weil die Krankenkassen das tolerieren. Sie gehen persönlich zu den Krankenkassen und diskutieren mit deren Sachbearbeitern (was für den Zahnarzt dann nicht gerade förderlich ist), dass sie dieselben Leistungen bei einer Diplom DH versierter, günstiger und meist auch sanfter und schonender erhalten können und eben auch lieber wollen.

Wie heißt es so schön: Pain is temporary but victory forever. Wir sehen dem Ganzen jetzt gelassen entgegen. Ramfjord, Mühlemann, Sixer, Lindhe und Axelsson haben es anders vorgemacht als Deutschland mit seinem weltweit einzigartigen Modul-System. Die Resultate dieser weltbekannten Koryphäen und Pioniere werden seit Jahrzehnten verfälscht. Sie alle haben eine Profession, heute ein 3-jähriges Studium mit Diplom/Bachelor und ein reguliertes Berufsbild vorgeführt. Wir auch. Paro-Experten sagen, dass „alle bislang existenten deutschen Variationen erst danach noch trainiert werden müssen (die unglaublich vielen Fortbildungen in dieser Sparte in Deutschland sind Beweise genug dafür, wobei sich viele Firmen hinter dem Thema Prophylaxe verstecken, das sich dann als reine Eigenwerbung entpuppt). Die aus dem Ausland jedoch wissen, wie es geht.“ In jedem anderen deutschen Beruf steht ständig ein Meister **direkt zur Seite**. Und das full-time. Warum sollte dies also bei der Dentalhygiene, gerade bei einem Beruf, der direkt in einer sehr sensiblen Region mit unglaublich vielen Facetten praktiziert wird, plötzlich im Verhältnis zu anderen Berufen einfach nicht notwendig sein? Zahnärzte, die sagen, dass das bislang Erreichte für Deutschland reicht, müssten über Länder mit hohen Erfahrungswerten wie die USA gezwungen werden, unbedingt an ihren Parodontalkenntnissen zu arbeiten. Man müsste ihnen den glatt polierten Zahnstein öfter vor Augen führen und die dann dazugehörige Tortur, ihn nachträglich zu entfernen. Zumindest müsste man ihnen dies einmal im Leben dann mal selbst überlassen. Wir versichern ihnen, dass dies keine lustige Angelegenheit ist und dass vielfach eine Extraktion und ein Implantat dadurch verhindert werden kann. Diejenigen, die in den letzten Jahrzehnten sich wirklich mit der Parodontologie und unserem Beruf auseinandergesetzt haben, unterstützen intensiv unsere Bestrebungen zu höheren Anforderungen. Wir wissen, dass diese immer mehr werden und deshalb danken wir ihnen auch für ihre Unterstützung und wünschen, dass auch ihnen endlich Gehör geschenkt wird. Dabei war beim EuroPerio in London ganz klar gezeigt worden, dass ohne dieses Berufsbild die Parodontologie nicht zu managen ist.

In einer Beilage der DZW fanden wir den auf Seite 12 wiedergegebenen Artikel von Dr. Jan Koch. Er ist Halb-Schweizer. Und was die Dentalhygiene angeht – einfach Jahrzehnte weiter. Dazu können wir nur sagen: United we stand! Und noch etwas, was uns wichtig ist: Die Angaben, dass „jedes Land eine andere Variante für die DH-Ausbildung hätte“, stimmt nur geringfügig. Hier sprechen – unseren Recherchen nach – die allein für Deutschland Zuständigen nur von der erweiterten Möglichkeit, die für den DDHV überhaupt nicht von Relevanz ist. Uns geht es um das Schulungssystem



und an dem halten mehr als 80% fest, das vor weit über 100 Jahren in den USA ins Leben gerufen wurde und die Parodontologie bedeutend beeinflusst hat. Diejenigen, die noch nicht dieses Ziel erreicht haben, arbeiten wiederum seit dem Prozess von Bologna konzentriert an einer inhaltlichen Gleichstellung, da diese länderübergreifend auch für den Länderaustausch erforderlich ist. Es dreht sich immer um einen vollverschulten Studiengang. Wir haben genug Jahrzehnte vertan, von unten nach oben zu arbeiten. Noch nie war die Zeit günstiger das zu ändern.

Fazit:

Eine Taschenbehandlung beinhaltet lediglich Entfernung der Konkremeante, also zerstörende Ablagerungen, und greift absolut NICHT IN DIE ZAHNMEDIZIN EIN, wenn man mittlerweile gelernt hat, dass eine Curettage (Weichteilbehandlung) meist einen unnötigen Substanzverlust herbeiführt! Nach den Richtlinien internationaler Schulungen sollten Themen wie Angstpatienten, Kinderpsychologie, Alten-Dentalhygiene (Geriatrie) etc. etc. nicht nachträglich als konstante Fortbildungen angeboten werden müssen, sondern all inclusive in einem Studiengang präsentiert werden.

Wir wollen klinische Übungen, und das fordern wir seit Jahrzehnten, die alle Mitglieder im DDHV absolviert haben und auf die wir nicht zu Unrecht sehr stolz sein können. Es sind akribische Lehrgänge gewesen, in denen ständig jeder Schritt geprüft wurde, bevor wir zum nächsten gehen konnten, und das ausschließlich beaufsichtigt von zertifizierten Experten, die Know-how auf hohem Niveau mitbrachten. Es waren zwei, drei harte, aber sehr lehrreiche Fulltime-Praktikums-Semester direkt an der Institution mit mindestens 100 Übungspatienten und nicht On-the-job-Trainings. Diese intensive Erfahrung will keine von uns missen, schon deshalb nicht, da der größte Teil unserer Tätigkeit eben im Mund des Patienten stattfindet. Diese intensive Schulung wird auch von den Zahnmedizinern verlangt. Übung, Übung, Übung unter direkter Aufsicht, auch wenn wir „nur putzen“. Wir haben korrekte Instrumentenführungen geübt und sind nicht umsonst bekannt dafür, diese sanft zu beherrschen.

Der DDHV wird und wurde für seine hohen Anforderungen immer wieder kritisiert. Sie sind aufgrund der amerikanischen, schweizerischen und skandinavischen Forderungen in Richtung Parodontitis-Therapeutin jedoch zusätzlich in den letzten Jahren erst recht gewachsen. Und deshalb sind sie auch nur adäquat. **Wir wollen nicht länger hinter anderen Ländern anstehen.** Wir wollen mit Stolz das „Made in Germany“ ohne Lücken auch in anderen Ländern präsentieren können, wenn wir das möchten. Schließlich leben wir in einem vereinten Europa mit einem eines Tages problemlos angestrebten Austausch von Arbeitsmöglichkeiten, der von Bologna vorgesehen wird. Mit den momentanen Möglichkeiten ist jedoch dieser Weg versperrt.

Ein Gutes hat das Ganze: Es bringt jetzt endlich Bewegung in dieses Thema. Es hat ja auch lange genug gedauert. Allerdings wissen wir von keinem anderen Land, das sich solch ein Chaos auf dem Weg zu einem Berufsbild leistet.

In diesem Sinne grüßt ganz herzlich im Namen des gesamten DDHV

Beate Gatermann, RDH USA, RDH CH

DDHV-Kongress 2016

Regine Bahrs, RDH/CH

Am 23. Januar 2016 fand wieder der jährliche DDHV-Kongress im schönen Zentrum für Zahn-, Mund- und Kiefergesundheit der Universität Würzburg statt. Er wurde von Beate Gatermann eröffnet. Sie wies auf Produktneuheiten hin, gab einen Ausblick und bedankte sich wie immer bei den großzügigen Ausstellern und Unterstützern mit ihren Innovationen: CP GABA GmbH, Dent-o-care, Dentsply, DEPPELER SA, Dr. Liebe, EMS, Hu-Friedy, Intersanté, Institut für angewandte Immunologie, kreussler PHARMA, 3M Deutschland GmbH, Oral-B blend-a-med, Profimed, Sunstar, TePe, W&H.



v. re.: Kongressgastgeber Prof. Dr. Ulrich Schlagenhauf, Referent Dr. Klaus Hartmann, Beatrix Baumann – DDHV-Geschäftsstelle, DDHV-Vorsitzende Beate Gatermann

Dr. René Sanderink ging mit dem Thema „Immunmikrobiologische Aspekte der klinischen Parodontologie“ sofort tief in medias res. Während die 1950 beginnende Forschung sich noch mittels Feldstudien mit Prävalenz und Inzidenz beschäftigte, gilt heute z.B. die unspezifische Plaquehypothese von Löe als überholt und die heikle These einer unvermeidbaren Parodontitis ist nicht mehr ganz von der Hand zu weisen. Mit der altersassoziierten Immunosenesenz beschrieb er das allmähliche Nachlassen der Leistungsfähigkeit des Immunsystems mit Zunahme an chronischen Erkrankungen, unter anderem durch Thymusinvolution (ausbleibende Reifung der T-Lymphozyten) und gesteigerte Ausschüttung von proinflammatorischen Zytokinen. Eine vermehrte Freisetzung von Radikalen (oxidativer Stress) in den Zellen verändert die Ablesefähigkeit proteincodierter Genabschnitte. Dies führt zur Dysbiose (Gleichgewichtsstörung der Darmflora) und Metaflammation (Stoffwechselentzündung) und schließlich zu einer natürlichen Entwicklung z.B. einer Parodontitis, da die Krankheitsanfälligkeit allgemein im Alter erhöht ist.

Sicher ist, dass die individuelle Immunreaktion mit die größte Rolle spielt. Außerdem kommt der Ernährung eine tragende Rolle zu, vor allem der weiter steigende Zuckerkonsum. Dieser steigert durch Verminderung der Speichelproduktion und Erhöhung des Glukosegehalts der

Mundflüssigkeit die Plaquebildung. Dr. Sanderink zeigte hier das einprägsame Bild eines fabrikneuen Skalpells, welches nicht in der Lage war, eine Zucker-Speichelblase einzuschneiden.

Schwierig zu handhaben sind zudem posttherapeutisch persistierende Parodontopathogene in Dentintubuli, auf Zunge und in Speichel – auch nach totaler Extraktion. Diese sind durch zunehmend fehlgesteuerte Immunreaktionen (verlorene „alte“ Infektionen, verminderte kommensale Erreger und die der natürlichen Umgebung, neue „Crowd“-Erreger) weniger erfolgreich zu eliminieren. Außerdem kommt es zur Alterung durch einen persistierenden niedrigen Entzündungsstatus (Inflammaging), dessen Leitsymptom ein multimodal gesteuerter entzündlicher Plasmastatus ist. Einfach formuliert: Die erfolgreichste Therapie besteht aus einer Entprägung der oralen Mikroflora durch FMD und Sc/Rp und einer auf diesem „Reset“ neu entstandenen Eubiotisierung mit Probiotika.

Nach einer stärkenden Pause mit Produktinformationen waren die Themen von Dr. med. dent. Yvonne Jockel-Schneider die häufigsten Todesursachen der koronaren Herzkrankheit, der zerebro-vaskulären Erkrankung und der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit. „Parodontale Entzündungen und deren Verbindungen und Auswirkungen auf kardiovaskuläre Erkrankungen“ sind zwar eher moderat assoziiert, aber bei jedem Patienten ein mögliches Risiko, denn eine Bakterämie ist in einer korrekten und gründlichen Dentalhygienebehandlung unvermeidbar. Da Parodontitis-Patienten eine signifikant höhere Pulswellengeschwindigkeit aufweisen, ist die bereits 1863 eingeführte Pulswellenmessung mittels Handgelenksmanschette – adäquat der Blutdruckmessung – ein unkomplizierteres und damit schnelleres Messverfahren als die Bestimmung der etablierten Parameter von „Intima media-Dicke“ oder „flow related Dilatation“ etc. und misst auch den peripheren und zentralen Blutdruck.

Eine Erhöhung von 10m/s entspricht einem massiv höheren Gefäßalter (sicherer Prädiktor für Tod) von ca. 20 - 25 Jahren. Diese Erhöhung kann durch eine Parodontal-Therapie (je nach Indikation mit und/oder ohne Winckelhoff)



Im modernen Vorlesungsraum der Universität Würzburg.
Fotos: Wolfgang Lermer



um 0,5m/s vermindert werden. Dadurch sind wir eine echte Konkurrenz zur Pharmalobby, die medikamentös nur eine leichte Verbesserung von 0,7m/s Senkung erzielt. PD Dr. med. dent. Gregor Petersilka schied Mythen von Fakten mit „Vom Hype über die Hybris in die Hölle: Was das Pulverstrahlen bieten kann“. Natriumbicarbonat mit einer Korngröße von >200µm zur Kavitätenpräparation entwickelte sich über Glycin <60µm (auch mit Calciumcarbonat oder Tricalciumphosphat) zu Erythritol 14µm (inzwischen ohne Chlorhexidin zur Haltbarkeit und <1% Siliciumoxid zur Rieselfähigkeit mit Staublungen-Gefahr). Die Abrasivität ist abhängig von Härte/Größe/Oberflächenbeschaffenheit des Pulvermaterials, Wassermenge/Abstand/Winkel der Düse zum Zahn (je höher desto effizienter) und vom Gerät selbst. Eine Schädigung des Saumepithels ist durch Glycin als körpereigene Aminosäure nicht zu befürchten; Erythritol sei laut Hersteller-Konkurrenten noch ungesichert.

Zusätzlich soll eine Abrundung von z.B. Natriumbicarbonat oder Tricalciumphosphat-Kristallen durch Verstopfen der Tubuli gegen Hypersensibilität wirken. Jedoch sind solche Pulver – genau wie Calcium-Natrium-Phosphosilicat oder Aluminium-Mischungen – viel zu abrasiv. Weitere Nachteile sind hohe Kosten, Empysemgefahr und Schädigungen durch z.B. defekte Rückschlagventile.

Interessant war folgende These des Redners: Eine Plaqueentfernung VOR der PZR mit Zahnbürste, Zahnsseite und Interdentalbürstchen vermindere die Behandlungszeit um ein Drittel. Ebenfalls äußerst wichtig zu wissen: Biofilm kann die Implantatoberfläche derart verändern, dass körpereigene Zellen anders reagieren (z.B. erschweren oder keine Anheftung der Epithelzellen).

Nach diesem sehr informationsdichten Vormittag war Zeit für Besuche bei den Ausstellern und ein wie im letzten Jahr besonders köstliches biologisches Mittagsbuffet.

Dr. med. Klaus Hartmann (ehemals tätig im Paul-Ehrlich-Institut, registrierter Experte für Arzneimittelsicherheit und Gutachter für Impfschadensverfahren mit eigener Praxis) führte in die Thematik „Wie sicher sind Impfstoffe wirklich?“ ein, deren Entwicklung durch Paul Ehrlich und Gaston Ramon ihren Anfang fanden.

Als erstes ist zu betonen, dass der Nutzen von sogenannten „ehrlichen“ Grippeimpfungen (d.h. ohne Adjuvant = Impfverstärker wie z.B. Aluminiumhydroxid) nur für ältere Menschen in sozialen Einrichtungen gegeben ist. Durch die Zugabe von Adjuvanten kann bei Menschen mit einer Disposition für Autoimmunreaktionen das ASIA (autoimmune/inflammatory syndrome induced by adjuvants) in Form von Multipler Sklerose oder Rheumatoide Arthritis verursacht werden. Bis auf wenige Ausnahmen ist dies lebenslang unheilbar! Besser ist es daher meist eine echte Erkrankung durchzumachen als durch Impfstoffe eine künstlich herbeigeführte, denn die Auswirkungen sind noch nicht ansatzweise erforscht. Und auch „wissenschaftlich gesicherte“ Studiendaten sind kritisch zu prüfen: So gibt es Vergleiche von Impfstoff gegenüber „Placebo“ (welches zwar ohne Impfstoff war, allerdings mit Adjuvans!). Pharmahersteller sichern sich damit gegen etwaige Klagen ab und der Staat muss bei Schäden haften. Die Frage nach seinen persönlichen Empfehlungen beantwortete Dr. Hartmann wie folgt: Ehrliche Impfungen nur

gegen Grippe bei über 65 Jahren in Heimen. Mit Adjuvans nur gegen Hepatitis (A)B – ist der Titer einmal hoch, braucht es lebenslang keine Auffrischung mehr! Lebendimpfungen (gegen Masern, Mumps, Röteln) sind ungefährlich.

Erfreulichere Entwicklungen stellte Prof. Dr. med. dent. Ulrich Schlagenhauf mit „Der Bachelor-Studiengang Dentalhygiene als integraler Bestandteil der universitären zahnmedizinischen Ausbildung“ in Aussicht. Praktisch in „seinem Wohnzimmer“ gab er Einblick in die medizinische Versorgung Deutschlands. Mit 50.000 Zahnärzten bei 350.000 Ärzten scheint die Mundgesundheit eine gute Versorgung zu erhalten – jedoch liegt der Anteil der GKV-Ausgaben im Bereich der Zahnmedizin (13,028 Mrd. Euro) für die Parodontologie bei nur 3,2% bei viel höherer Prävalenz!

Grund dafür ist unter anderem die veraltete Ausbildungsordnung von 1955, der Lehranteil von Parodontologie bei höchstens 7,5% in der Universität Würzburg, welche zudem als einzige eine eigene Parodontologie-Abteilung in Bayern vorweisen kann!

Auf der Hand liegt somit der gewaltige Bedarf an Fachkräften für die UPT. Bisher waren alle Herangehensweisen der Bedarfsdeckung durch fehlende Praxis in den momentan angebotenen Lehrgängen eher Versuche. Mit 400 praktischen Stunden, wovon 170 in eigener Praxis zu absolvieren waren, war der Lernerfolg deutlich von der parodontologischen Kompetenz der Beschäftigungspraxis beeinflusst und von deren verfügbarem Spektrum komplexer Fälle. Umso höherfreudlicher ist, dass endlich ein 3-jähriges, 180 ECTS-Punkte umfassendes Studium mit 1.500 - 1.800 Stunden/Jahr inklusive Selbststudium/Lehrzeit mit der Zulassungsvoraussetzung Abitur oder erfolgreichem Berufsabschluss (z.B. ZMP/ZMF/DH) mit der Uni Würzburg lanciert wird! Zwei mögliche Wege stehen noch zur Diskussion: Entweder der Studiengang Dentalhygiene an der Universität Würzburg oder eine Privatuniversität mit Anbindung und Nutzung des Lehrangebots der Universität Würzburg. Prof. Dr. Schlagenhauf verzichtete erneut zugunsten des DDHV auf sein Referentenhonorar, wofür wir ihm sehr dankbar sind.

Im direkten Anschluss gab es für die DDHV-Mitglieder die Gelegenheit der Jahresversammlung beizuwohnen, wobei wir hier im nächsten Jahr ALLE Mitglieder gerne wiedersehen würden. Wir versprechen eine zügige Sitzung, setzen aber voraus, dass der Jahresbericht und die Journale auch genau gelesen werden. Dies reduziert die Sitzungszeit gewaltig.

DDHV-Kongress 2017

Der DDHV-Kongress findet im kommenden Jahr am 21. Januar 2017 wieder im Zentrum für Zahn-, Mund- und Kiefergesundheit, Pleicherwall 2, 97070 Würzburg, statt. Jeder, der interessiert ist, kann an diesem Kongress teilnehmen.

DHs und Zahnmediziner: Bitte auf Augenhöhe

Es ist soweit: In Stuttgart ist die erste Berufsakademie für Dentalhygienikerinnen und Dentalhygieniker unter Kammer-Regie geplant. Dort können Studierende einen Bachelor-Grad erwerben, der dem Kammer-DH-Abschluss gleichgestellt ist. Aber was hat das mit der Praxisrealität zu tun? Mittelfristig dürfte in engagierten Praxen nichts mehr ohne gut ausgebildete DHs gehen. Das haben nur BZÄK, KZBV (siehe DZW 34/15, Seite 3) und Freier Verband (DFZ 7-8/15) noch nicht erkannt. Die Stuttgarter Akademie könnte ein erster Schritt in die richtige Richtung sein. Und zu einem neuen zahnmedizinischen Selbstverständnis.

Aber eins nach dem anderen: Warum sind akademisch ausgebildete DHs überhaupt wichtig? Wer Patienten mit internistischen Erkrankungen parodontologisch betreuen will, muss gute Kenntnisse in Ätiologie und Therapie beider Gebiete haben – auf akademischem Niveau. „Komplette“ Dentalhygienikerinnen entfernen nicht nur subgingivale Beläge. Sie können Patienten präventiv führen und haben relevante allgemeinmedizinische Kenntnisse. Mit entsprechender Erfahrung werden sie deshalb von Patienten als Teil des therapeutischen Teams wahrgenommen. In der Schweiz, den USA und den meisten nordeuropäischen Ländern ist das bereits seit Langem der Fall.

Prophylaxe-Assistentinnen und auch viele Dentalhygienikerinnen können diese Aufgaben aufgrund ihrer Ausbildung oder Kompetenzzuweisung nicht erfüllen. Nur wer sich auf Augenhöhe mit verantwortlichen Zahn- und anderen Medizinern befindet, kann mit ihnen gemeinsam effektiv Patienten betreuen. Und nur wenn DHs dabei in weiten Bereichen selbstständig arbeiten, kann eine wirtschaftlich tragbare Behandlung von vielen Millionen Betroffenen gelingen.

Schrillen bei Ihnen jetzt Alarmglocken? Einige Entwicklungen mögen hierfür Anlass geben. So dürfen Kassenpatienten vielleicht bald ohne Überweisung zum Physiotherapeuten gehen und sich dort behandeln lassen. Ärztemangel in ländlichen Gebieten führt zu Plänen, nicht-ärztlichem Personal mehr Aufgaben zu übertragen. Auch dies ist in vielen Ländern seit Jahrzehnten Praxis – ohne dass dort der ärztliche Beruf in Gefahr wäre. Die Angst von Verbandsvertretern, dass DHs Zahnmedizinern Arbeit und damit Honorar wegnehmen, erscheint auch sonst unbegründet. So gibt es in Skandinavien und den Niederlanden – trotz Niederlassungserlaubnis – kaum selbstständige DHs. Die notwendige Teamarbeit spricht ohnehin für Anstellungsverhältnisse oder gemeinsame Tätigkeit in Praxisgemeinschaften. Die Entscheidung für eine Therapie können gemäß Zahnheilkundegesetz immer nur – gut ausgebildete – Zahnmediziner treffen. Sie sind die Teamleiter.

Hier gibt es ein Problem: An deutschen Zahnkliniken wird bekanntermaßen zu wenig parodontologisch ausgebildet. Spezialisten sind nur in wenigen Bundesländern anerkannt und behandeln wegen der schlechten Honorierung überwiegend gut zahlende Privatpatienten. Damit es mit der Augenhöhe klappt, müssen daher für zukünftige akademische DHs noch viele Parodontologen ausgebildet werden. Fortbildungsinitsiativen wie die der Deutschen Gesellschaft für Dentalhygieniker/innen sind lobenswert, aber sicher nicht ausreichend. Idealerweise sollten DHs zusammen mit ihren zukünftigen Teampartnern studieren, also an einer Hochschule mit Zahnärzten und Ärzten. Curricula müssen aufeinander abgestimmt sein, einschließlich praktischer Inhalte. Leider steht dem – unter anderem – das festgefahrenne deutsche Bildungssystem im Wege, sodass bisher private und andere Nischenanbieter einspringen.

Und last, but not least: Solange die Honorarausstattung in der Parodontitisbehandlung so bescheiden ist, wird es den notwendigen Durchbruch auf breiter Ebene nicht geben. Eine parodontale Neuorientierung der Zahnheilkunde wird nur gelingen, wenn die Kosten für Kostenträger kalkulierbar bleiben. Das wird nur mit zahlreichen gut ausgebildeten DHs gelingen – und mit Zahnärzten, die den Halbgott in Weiß in die Mottenkiste gepackt haben.

Zur Sache



**Dr. med. dent. Jan H. Koch,
freier Fachjournalist, Freising**

(Der Autor erklärt, dass er keinen Interessenkonflikt hat.)

Vollverschulter Studiengang an der Universität Würzburg geplant

Prof. Dr. Ulrich Schlagenhauf stellte am 23.1.2016 mit seinem Thema einen „... Bachelor-Studiengang Dentalhygiene als integraler Bestandteil der universitären zahnmedizinischen Ausbildung“ in Aussicht.

Zeitgleich gab er Einblick in die medizinische Versorgung Deutschlands. Mit 50.000 Zahnärzten bei im Vergleich etwa 350.000 Ärzten erscheine, so Schlagenhauf, der Bereich der Mundgesundheit personell sehr gut abgedeckt zu sein. Jedoch entfielen von den 13.028 Mrd Euro, die von der GKV im Jahr 2014 für zahnärztliche Therapie insgesamt ausgeschüttet wurden, nur 419 Millionen oder umgerechnet 3,2% auf parodontale Therapiemaßnahmen. Dies offenbare ein grobes Missverhältnis zwischen der Häufigkeit parodontaler Erkrankungen in der Bevölkerung und dem Umfang der aktuell von der Zahnärzteschaft über die GKV abgerechneten parodontalen Therapieleistungen. Grund hierfür sei unter anderem die in ihren wesentlichen Teilen aus dem Jahr 1955 stammende, längst nicht mehr zeitgemäße zahnärztliche Approbationsordnung. Diese bewirke, dass selbst an der Würzburger Zahnklinik, welche als einzige in Bayern eine eigenständige Abteilung für Parodontologie aufweise, die Lehre parodontologischer Themen nur 7,5% der gesamten Unterrichtszeit im klinischen Teil des Zahnmedizinstudiums umfasse und somit nicht die Intensität erreichen könne, welche aufgrund der weiten Verbreitung parodontaler Erkrankungen in der Bevölkerung eigentlich dringend geboten wäre.

Zudem sei bekanntermaßen die Parodontitis eine chronische Erkrankung, welche eine meist lebenslange Nachsorge durch eine unterstützende Parodontaltherapie (UPT) erfordere. Der hierdurch entstehende, ungemein große Behandlungsbedarf, könne selbst bei verbesserter Ausbildung der Zahnärzte im Bereich Parodontologie nur zusammen mit qualifizierten zahnärztlichen Assistenzkräften bewältigt werden.

Es gäbe zwar im Bereich der Zahnärztekammern bereits seit vielen Jahren strukturierte Angebote zur Aufstiegsfortbildung im Bereich der Prävention wie ZMP, ZMF oder DH. Diese beruhten jedoch alle auf einem dualen Ansatz der Fortbildung in Praxis und Fortbildungsinstitut. Dieser habe zwar den Vorteil einer finanziell leichter zu realisierenden Weiterqualifikation bei laufender Berufstätigkeit und erfülle auch in vielen Fällen die Bedürfnisse in den Zahnarztpraxen vor Ort. Sie hänge aber andererseits in ihrer praktischen Ausbildungsqualität sehr stark von der parodontologischen Kompetenz und dem Engagement der Beschäftigungspraxis ab und auch das Angebot an hochspezialisierten Lehrkräften und die Breite unterschiedlicher Patientenfälle sei an den meisten Kammerinstituten nicht mit der an einem Universitätsklinikum verfügbaren Vielfalt zu vergleichen.

Daher solle als Ergänzung zu den bereits verfügbaren Fortbildungsmöglichkeiten im dualen System ein 3-jähriges vollverschultes, 180 ECT-Punkte umfassendes Dentalhygiene-Studium mit 1500 - 1800 Stunden/Jahr inklusive Selbststudium/Lehrzeit und der Zulassungsvoraussetzung Abitur oder erfolgreicher Berufsabschluss (z.B. ZMP/ZMF/DH) im Umfeld der Würzburger Zahnklinik etabliert werden.

Zwei mögliche Wege stünden dabei noch zur Diskussion: Entweder Realisierung als Studiengang Dentalhygiene des Universitätsklinikums Würzburg oder Realisierung als Studiengang einer Privatuniversität unter Anbindung und partieller Nutzung der Patienten und des Lehrangebots der Würzburger Zahnklinik.

Erläuterungen zur Tabelle auf Seite 11:

- Schwarze Vorlesungen: vorhanden
- Rote Vorlesungen: müssen aufgebaut werden

Das Studium wird voraussichtlich nach der Professionalisierung der medizinischen Ausbildung (NKLZ/NKLM) verfahren:

- Stufe 1: Faktenwissen: Deskriptives Wissen nennen und beschreiben
- Stufe 2: Handlungs- und Begründungswissen: Sachverhalte (Zusammenhänge) erklären und in den klinisch-wissenschaftlichen Kontext einordnen.
- Stufe 3: Handlungskompetenz:
 - a) unter Anleitung selbst durchführen und demonstrieren
 - b) selbstständig- und situationsadäquat in Kenntnis der Konsequenzen durchführen.

Erläuterung: Mit 3a und b werden Kompetenzen der AbsolventInnen bezeichnet, die einen unmittelbaren Handlungsbezug zum Patienten haben, mit und ohne psychomotorischen Anteil.

Mit 3 a werden Kompetenzen der AbsolventInnen bezeichnet, die im Rahmen der Berufsausübung erweitert und vertieft werden.
Mit 3 b werden Kompetenzen der AbsolventInnen bezeichnet, die entweder erworben werden durch wiederholte eigene Durchführung oder durch Übertragung grundlegender allmeiner und/oder analoger erworbener Kompetenzen auf einer konkreten (klinischen) Situation.

Bachelor of Science in Dental Hygiene



Semester	Nr.	Universitäts-Ziffer	Name der Vorlesung	Level *	Stunden			ECTS
					Theorie	Praktisch	Selbststudium	
1	1.1		Einführung, Lernstrategien, Internetlearning	3	14		16	30
	1.2		Praxishygiene	3	7	7	46	60
	1.3		Zahnmedizinische Behandlungsassistenz	3		90	30	120
	1.4		Dentalhygiene, Grundlagen der Mundhygiene	3	7	7	46	60
	1.5		Werkstoffkunde (Kenntnis)	1	21		99	120
	1.6		Einf. in die Physik	1	56		124	130
	1.7		Physik Vorlesung	1	42		108	150
	1.8		Physik Praktika	1		98	83	80
								750 30
2	2.1		Allgemeine Zellen- und Gewebelehre	1	42		108	150
	2.2		Terminologie Dentalhygiene	1	28		92	120
	2.3		Allgemeine Biologie	1	56		94	100
	2.4		Chemie Praktikum	1		70	20	90
	2.5		Allgemeine und Anorganische Chemie	1	56		184	140
	2.6		Zahn- Mund und Kieferkrankheiten (Pathologie)	1	56		34	90
	2.7		Zahnme. Prothetik			28	32	60
								750 30
3	3.1		Poliklinik der Zahnerhl & Parodontologie I	3		300		200
	3.2		Soziologie/Psychologie	3	14		46	60
	3.3		Ernährungslehre	3	14		46	60
	3.4		Praxismanagement	2	14		48	60
	3.5		Topographische Anatomie (Orale)	1	42		118	110
	3.6		Makroskopisch-Anatomische Übungen	3		30	30	60
	3.7		Parodontologie Vorlesung	3	14		48	60
	3.8		Seminar Pardontolgie	3		28	2	30
	3.9		Orale Immunologie	2		14	46	60
	3.10		Röntgen	2	14	14	22	50
			davon werden nur 750 Stunden benötigt					750 30
4	4.1		Phantomkurs eigen oder mit Zahnärzten nur DH-Teil	3		22	68	90
	4.2		Themenübergabe Bachelorthesis	3	4			
	4.3		Biochemie	1	42		138	180
	4.4		Physiologie Praktikum	1		84	36	120
	4.5		Physiologie Vorlesung	1	112		188	150
	4.6		Hautkrankheiten	1	28		79	90
	4.7		Kinderheilkunde und Prophylaxe	1	28		2	30
	4.8		Parodontologie	2	14		76	90
			davon werden nur 750 Stunden benötigt					750 30
5	5.1		Klinische Dentalhygiene I	3		240		240
	5.2		Bachelor Thesis (Deutsch & Rhetorik) 50% akkr. Pro Sem.	3	14		196	110
	5.3		Harmakologie	1	28		122	100
	5.4		Hals- Nasen-Ohrenkrankheiten	1	28		62	90
	5.5		Zahn- Mund und Kieferkrankheiten	2	14		76	90
	5.6		Berufskunde	1	14		14	30
	5.7		Parodontalchirurgie	1	70		20	90
								750 30
6	6.1		Klinische Dentalhygiene II	3		300		300
	6.2		Bachelor Thesis (Deutsch & Rhetorik) 50% pro Semester	3	14		196	110
	6.3		Zahn- Mund und Kieferheilkunde	2	56		6	60
	6.4		Orale Immunologie	2	14		76	90
	6.5		Schmerztherapie	2	38		112	100
	6.6		Notfallmedizin	2	14	14	18	60
	6.7		Kieferorthopädie	1	14			30
			Summe					4600 180

Copyright © Prof. Dr. Ulrich Schlägerhauf, Leiter Abteilung für Zahnerhaltung und Parodontologie Universitätsklinikum Würzburg, Fleiderwall 2, D-97070 Würzburg

Neuer Rahmenlehrplan der European Federation of Periodontology für Dental Hygienists

Curricular Guidelines in Dental Hygienist Education

The EFP has previously published its recommendations concerning undergraduate and specialist education in periodontology. The aim of this document is to give guidance to those authorities responsible for providing dental hygienist education in an effort to achieve uniformly high standards throughout those countries which are under the umbrella of the EFP. It is also intended to encourage the governments in those countries of the EFP where hygienist practice is not legal (currently Austria, Belgium, France, Greece and Turkey) to make legislation and set up training programmes for dental hygienists.

These guidelines have been subject to extensive consultation amongst all the constituent national periodontal societies of the Federation, the International Dental Hygienist Federation, national dental hygienist societies and many of the training schools for dental hygienists in Europe. There has been a considerable uniformity of opinion which has enabled the EFP to propose a core curriculum which is supported by virtually all of those bodies. It is also able to include certain topics which are currently practised by hygienists in some European countries and receive wide support but because they are more controversial, it is appropriate that decisions on whether they be included should be made locally, according to national opinion. It is not considered that the inclusion or exclusion of these items from the 'Recommended Curriculum' significantly dilutes the recommendations.

The original model for these recommendations was the one prepared by the General Dental Council of the United Kingdom "Curriculum for Dental Hygienists - Requirements for the Education and Training of Dental Hygienists", May 1997.

Dental Hygienist Education: Permitted Work

The EFP recommends that dental hygienists should, after appropriate education and training, be permitted to undertake the following work, providing that a registered dentist has previously examined the patient and indicated in writing, the nature of the work to be performed under the dentist's supervision and responsibility. Despite the fact that in some European countries, dental hygienists are legally permitted to work independently of dentists, the EFP considers it highly desirable that all members of the dental team work in cooperation with each other to the benefit of the health of the patient.

- a. Cleaning and polishing teeth.
- b. Supra- and subgingival scaling of the teeth.
- c. The application to the teeth of prophylactic materials, for example fluoride solutions, and fissure sealants.
- d. The insertion of temporary fillings and of crowns which become dislodged during the course of the hygienist's treatment.
- e. Collection of data, for example, medical and dental histories, plaque and periodontal indices.
- f. Administer comprehensive advice on oral hygiene and the care of the mouth, according to patients' needs.
- g. Dental radiography.
- h. Local analgesics (subject to local agreements and training).
- i. Impressions (subject to local agreements and training).
- j. Certain orthodontic duties such as the fitting and/or removal of bands/brackets, although not part of the work of a 'dental hygienist' are currently incorporated into the curriculum of dental hygienists in some European countries.

Dental Hygienist Education: Entry Requirements

Applicants for places on training courses should have had a good general education and good communication skills. The precise qualifications will vary from country to country but should include a biological science and be sufficiently high to indicate an ability to benefit from Higher Education. In most cases this will be equivalent to University entry standard. It is appreciated that a substantial number of applicants may come from a dental nursing background. Due consideration should be given to dental nursing qualifications and experience in assessing eligibility for the course.

Dental Hygienist Education: Course Content

The arrangement of the subjects in the course is left to the discretion of the training body. The subject divisions shown below are not intended to prevent integration, where appropriate, between the various subjects and phases in the course.

Trainees will be required to achieve certain minimum standards of knowledge and competency. The length of training time necessary to achieve these standards will depend on the teaching methods employed and the existing abilities and knowledge of individual students. It is for this reason that this document attempts to describe levels of knowledge, rather than specify minimum training hours to be employed for the various parts of the curriculum.

Outline guidance in relation to courses is given below.

Foundation Course

A Foundation Course outlining the work to be undertaken by the dental hygienist and including their professional, legal and ethical obligations, Health and Safety issues, resuscitation and first aid. The precise content of this course will depend on the previous educational background and experience of students. An introduction to Teamwork in Health Care, dental auxiliaries and current national and international trends in the delivery of dental care. An introduction to patient care and management including the need to follow a written treatment plan and the need to keep adequate records.

Instruction in information technology skills, including familiarity with computer assisted learning programmes.

Cell Biology and General Histology

An understanding of cell biology including the cellular structure and function of human tissues and organs.

General Anatomy and Physiology

A general understanding of all the systems of the body, with a more detailed knowledge of the structure and function of the following systems: Circulatory system, Respiratory system, Digestive system, Nervous system, Skeletal system, Lymphatic system, Endocrine system.

Regional Anatomy

An overall understanding of the regional anatomy of the head and neck, with increasing content in relation to the para-oral structures and fine detail of the oral cavity structure.

Dental Anatomy

An understanding of:

- a. the anatomy and development of the human deciduous and permanent dentitions;
- b. the anatomy and development of oral tissues and related structures;
- c. the processes of eruption and resorption.



The identification of teeth and the use of current terminology and methods for nomenclature and charting.
A knowledge of the morphology of the permanent and deciduous teeth.

Oral and Dental Histology and Embryology

An understanding of the histology and embryology of human teeth, their supporting structures and other oral tissues.
An understanding of the functions of these various tissues.

Oral Physiology

An understanding of:

- a. the composition and functions of saliva;
- b. the processes of mastication and deglutition;
- c. the physiology of taste.

Diet and Nutrition

A knowledge of the principles of diet and nutrition and an understanding of their scientific basis with particular reference to:

- a. the composition of diet;
- b. the relationship of diet to general health, dental and oral health;
- c. the role of diet in the aetiology of dental caries;
- d. the dietary requirement of groups with special needs and the influence on diet of age, culture and occupation.

An ability to carry out diet analysis and provide advice and counselling for the prevention of dental disease.

General Pathology

An ability to define the common terms and methods used in pathology. An understanding of:

- a. acute and chronic inflammation;
- b. wound healing;
- c. routes of spread of infection;
- d. immunology;
- e. neoplasia.

A knowledge of the common pathological conditions relevant to patients' medical histories. A knowledge of the relevant diseases of childhood and their dental implications.

Microbiology and Infection Control

An understanding of:

- a. the classifications and characteristics of micro-organisms;
- b. the relationship between micro-organisms and disease.

A precise knowledge of the modes of transmission of disease.

A detailed knowledge of the principles of infection control and an ability to implement them.

Pharmacology

A knowledge of:

- a. the legal control of drugs and the principles of pharmacokinetics;
- b. the therapeutic agents commonly used in medicine and dentistry with particular reference to those of significance to the Dental Hygienist.

Local Analgesia

A detailed knowledge of the related oral anatomy and nerve supply.

A basic understanding of the physiology of nerve conduction.

A knowledge of the pharmacokinetics and use of local analgesic agents available in dentistry.

An ability to carry out the safe practice of local infiltration techniques.

Medical Emergencies and their Management

An ability to recognize potential and actual medical emergencies and to understand their causes.

The ability to follow the necessary procedures to deal effectively with an emergency and to carry out the technique of cardiopulmonary resuscitation (CPR).

Tooth Deposits and Stains

A comprehensive knowledge of dental plaque and its formation and development from a clean tooth surface until its maturity with special reference to the micro-organisms involved.

A detailed knowledge of the role of plaque in the aetiology of caries and periodontal diseases.

The ability to recognize supragingival and subgingival calculus together with a knowledge of formation and the various means of detection.

The ability to recognize the common types of intrinsic and extrinsic staining and a knowledge of their origins and methods of removal.

Theory of Periodontal Instrumentation

An ability to describe:

- a. the principles of scaling, root planing/debridement;
- b. the design of scaling instruments and their use;
- c. the action of mechanical scalers, their advantages and disadvantages;
- d. the uses of polishing instruments and the different prophylactic pastes available.

Dental Caries

A detailed knowledge of the aetiology of dental caries.

A general knowledge of the clinical and histopathological changes that occur in dental caries.

A good understanding of the epidemiology of dental caries relating this to the relevant studies.

Periodontal Disease

A full understanding of the causes of all forms of periodontal diseases, including the initiating, predisposing and systemic factors.

An ability to:

- a. classify the different types of periodontal diseases;
- b. recognize a healthy periodontium and the clinical changes which occur in the presence of periodontal diseases;
- c. record and monitor various parameters associated with disease activity and its aetiology, e.g. pocket charting and indices;
- d. recognize and distinguish between acute and chronic periodontal disease;
- e. recognize those periodontal conditions which necessitate the immediate attention of a registered dentist.

A thorough understanding of the role of bacteria in the pathogenesis of periodontal diseases and the rationale for all forms of periodontal treatment including the indications for the use of local delivery antimicrobial agents.

A basic understanding of the role of the immune system and other systemic factors in the aetiology of periodontal disease.

An understanding of:

- a. those factors which adversely affect the prognosis in periodontal disease;
- b. the features and aetiologies of lateral periodontal abscesses, apical abscesses (both acute and chronic) and perio-endo lesions.

Epidemiology

An understanding of the basis for epidemiological studies in the provision of oral health care.

A knowledge of the indices used in oral epidemiological studies and an ability to use common plaque, gingival and periodontal indices.

An understanding of the basic statistical methodology used in the planning and interpretation of epidemiological studies.

A knowledge of the major epidemiological studies of oral disease, the changing pattern of oral and dental diseases, and the cause and effect of the changes.

An ability to interpret the findings of epidemiological studies.

Dental Public Health

An understanding of:

- a. public health measures in the control of disease and the promotion of health;
- b. the principles of health promotion, including oral health promotion.

A knowledge of:

- a. the structures of public health services;
- b. community based oral health initiatives.

Oral Pathology and Oral Medicine

A basic knowledge of the aetiology and features of tooth anomalies. The ability to recognize and ascribe causes for tooth wear (tooth surface loss).

A knowledge of the features and aetiology of oral lesions e.g. ulcers, white lesions etc. and their implications.

The ability to recognize the common oral infections.

An awareness of the differing features of benign and malignant lesions and their significance.

A knowledge of the causes, significance and local management of xerostomia.

A basic knowledge of the common causes of facial pain and the relevance of temporomandibular joint (TMJ) disorders to patient care.

An ability to recognize changes from normal in the oral tissues and seek appropriate advice.

General Dentistry

A general understanding of restorative dentistry including prosthetics, implants, orthodontics, paediatric dentistry and oral and maxillo-facial surgery.

A thorough understanding of the role of the dental hygienist in these areas and in the holistic care of the patient.

A knowledge of the dental management of patients with special needs (mental, physical, medical, social) and their care in different environments.

A knowledge of the physiology of ageing and the management problems associated with the dental care of the elderly.

A knowledge of the principles and problems involved in providing domiciliary dental care.

Dental Radiography

A knowledge of legislation and regulations relating to dental radiography and ionising radiation.

A basic knowledge of ionising radiation and its effect on tissues.

A full understanding of the hazards involved in dental radiography and the measures to be taken to protect patient and operator during the taking of dental radiographs.

A knowledge of the different types of radiographs and their uses in dentistry.

The ability to identify the anatomical features and common pathology visible on dental radiographs.

The ability to interpret dental radiographs, as relevant to dental hygienists. A knowledge of:

- a. the techniques for taking dental radiographs;
- b. the principles of processing dental radiographs and the faults which may occur;
- c. the importance of quality assurance in dental radiography.

Preventive Dentistry

A thorough understanding of the principles of prevention of dental disease with an appreciation of the dynamics involved including therapeutic, educational, social and environmental factors.

A comprehensive knowledge of:

- a. mechanical and chemical plaque control methods, including modified methods for patients with special needs;
- b. the role of fluoride in preventive dentistry; topical and systemic delivery;
- c. the principles and methods of dietary control of dental caries;
- d. the composition, properties, techniques and uses of fissure sealants and other preventive materials currently available.
- e. the effects of tobacco on the oral tissues.

Behavioral Sciences

An understanding of human development with specific reference to:

- a. child growth;
- b. physical, mental and emotional development.

A sufficient knowledge of psychology and sociology in order to better understand human behavior and in particular health behavior.

An awareness in general of the influence of social, psychological, cultural and environmental factors on human behavior and in particular the impact of these factors on oral health and the delivery of dental care.

A knowledge and understanding of the theories and methodology relating to communication and of the importance of developing inter-personal skills. An appreciation of the relevance of listening, and of verbal and non verbal communication.

The ability to recognise potential barriers to effective communication and behaviour modification, the ability to develop skills to minimise such barriers.

An understanding of techniques for management of the anxious patient.
An appreciation of the relationship between behavioural science and patient education, patient management and successful teamwork including inter-professional collaboration and communication.

Oral Health Education

A detailed knowledge of the principles of education and of the methodology of oral health education with particular reference to planning, delivery and evaluation.

An appreciation of the fundamental role of communication skills.

A comprehensive knowledge of the scientific basis of oral health education.

An understanding of the relationship of oral health education to general health education.

Medical Conditions of Oral Significance

A thorough knowledge of the following:

- a. the recording of a patient's medical history;
- b. patients' medical conditions which might affect the treatment given by a dental hygienist or the health of members of the dental team.

An understanding of the oral manifestation of systemic disease.

Dental Hygienist Education: Practical Training

Approximately half the time spent in training should be devoted to practical clinical procedures.

Pre-Clinical Training

Facilities should be available for students to develop their practical skills using phantom head and other appropriate laboratory aids, prior to working on patients.

The students should be able to identify and select the appropriate equipment, instruments and materials for the task to be carried out, use instruments safely and effectively, and maintain them to the required standard.

Students should be able to organise their working environment.

Clinical Training

Scope Adequate experience should be provided in the full range of practical procedures as permitted by the Council's Regulations including:

- a. preventive procedures such as topical fluoride applications and fissure sealant placement (including the fitting of rubber dam where appropriate);
- b. periodontal therapies such as the polishing of the teeth (including teeth previously filled or crowned), supra and sub gingival scaling, root surface debridement, pocket irrigation, the placement of sub-gingival anti-microbial agents and the care of dental implants;
- c. local infiltration analgesia;
- d. radiographic techniques of oral relevance including the taking of periapical, bitewing, occlusal and panoramic radiographs and the processing of films;
- e. measurements and assessments, including periodontal charting and the use of oral hygiene, gingival and periodontal indices.

Types of Patients

During their training, Student Dental Hygienists should, in association with other members of the dental team, treat the full range of adult and child patients, including medically compromised children and adults and those with physical or mental disabilities.

Locations

Opportunity should be given for students to work or observe in a variety of working conditions, such as community dental clinics, in-patient hospital facilities, general dental practice and the domiciliary setting.

Practical Oral Health Education

Practical participation in the planning, provision and evaluation of oral health education programmes and the practical demonstration of communication skills with individuals and diversity of target groups.

Dental Hygienist Education: Preparation for Employment

An understanding of the legal position of dental hygienists, including the type of work they are allowed to carry out and the areas they are permitted to work in, under the direction and written prescription of a registered dentist.

An understanding of the standard of conduct expected of dental hygienists and the kind of behaviour which may be regarded as misconduct.

An understanding of, and the need to comply with, the legal requirement for annual registration for dental hygienists in employment.

An understanding of the importance for dental hygienists in employment to have membership with a relevant medical/dental protection agency.

An understanding of the importance of a contract of employment. An understanding of the role of national and international dental hygienists' associations.

A full appreciation of the importance of continuing education, clinical audit and quality assurance programmes throughout a dental hygienist's professional working life.

A thorough knowledge of the Health and Safety regulations pertaining to dental practice. An understanding of the role of the dental hygienist within the framework of a dental team.

Dental Hygienist Education: Assessments

There should be a properly integrated series of formative assessments throughout the course in order to provide students and teachers with an indication of each student's progress. Provision should be available in the course to provide additional training for those students who need it. The final summative assessment must be appropriate to ensure that not only are the standards achieved sufficient to enable each student to practise legally in their own country but also that the standards are equivalent to those of hygienists in other European countries.

In der deutschen Sprache – wie auch in vielen anderen – haben einige Worte mehrere Bedeutungen. Allerdings fragen wir uns bei folgendem Beispiel, was in der Vergangenheit sich an notwendigen (?) Veränderungen abgespielt hat.

Unter Google finden wir: Biofilme bestehen aus einer Schleimschicht (Film), in der Mikroorganismen (z.B. Bakterien, Algen, Pilze, Protozoen) eingebettet sind. Biofilme entstehen, wenn Mikroorganismen sich an Grenzflächen ansiedeln. Sie bilden sich überwiegend in wässrigen Systemen, entweder auf der Wasseroberfläche oder auf einer Grenzfläche zu einer festen Phase.

Grundsätzlich können alle Grenzflächen von Biofilmen bewachsen werden: zwischen Gas- und Flüssigphasen (z.B. freier Wasserspiegel), Flüssig- und Festphasen (z.B. Kies an der Gewässersohle) oder auch zwischen verschiedenen Flüssigphasen (z.B. Ölropfchen im Wasser). Die Grenzfläche, auf der sich der Biofilm bildet, nennt man Substratum.

Biofilme können als eine sehr ursprüngliche Form des Lebens gelten, denn die ältesten Fossilien, die man bisher gefunden hat, stammen von Mikroorganismen in Biofilmen, die vor 3,2 Milliarden Jahren gelebt haben. Es handelt sich dabei um in Westaustralien (Pilbara Kraton) gefundene Stromatolithen (biogene Sedimentgesteine). Der Biofilm als Lebensform hat sich so gut bewährt, dass er bis heute weit verbreitet ist. **Die weitaus überwiegende Zahl an Mikroorganismen lebt in der Natur in Form von Biofilmen!** Biofilme werden im Alltag oft als „Schleimschicht“ oder „Belag“ wahrgenommen. Sie sind notwendig zur Heilung und Abwehr.

Und deshalb hier eine Definition, die uns zu denken geben sollte:

Als **Plaque (Plak)** bezeichnet man in der Medizin eine fleckförmige Struktur bzw. Veränderung (der Microorganismen?).

Am häufigsten wird der Begriff „Plaque“ in folgenden Zusammenhängen benutzt:

- Atherosklerotische Plaque: Fleckförmige Einlagerungen in das Gefäßendothel im Rahmen einer Atherosklerose.
- Zahnpulpa: Flächige Beläge auf den Zähnen, die zahlreiche Bakterien der Mundflora enthalten.
- Senile Plaques: Ablagerungen im Nervengewebe des ZNS, z.B. bei Morbus Alzheimer.

Ferner kann der Begriff „Plaque“ folgende Bedeutungen haben:

- eine erhabene flächige Hautveränderung
- eine makroskopisch sichtbare Aufhellung in einer Zellkultur

Wenn wir diese Feststellungen einmal sprachlich durchspielen, so hat der Biofilm weitgehend seine Existenzberechtigung. Plaque hingegen scheint in spezifischerweise mehr eine krankhafte Form darzustellen. Deshalb frage ich mich seit längerem sehr intensiv: War die Umbenennung von Plaque auf den Zähnen wirklich notwendig? Wir werden hinsichtlich der neuen Tendenz zu Mikroorganismen sicher noch einiges in Zukunft verändern müssen. Wer aber genau hinsieht, findet Tendenzen zu: back to the roots.

Wichtig für diese Diskussion wäre noch der Film unter Youtube: Microorganismus Mensch. Was in uns lebt.

bg

DZW-Texte

Die DZW – Die ZahnarztWoche – berichtete im August und September 2015 in Einzelinterviews über eine Veranstaltung zur Bilanz der Parodontologie nach 30 Jahren aus Sicht der „Keimzelle Tübingen“. Dabei ging es auch um die Rolle der Dentalhygienikerin. Nachfolgend Ausschnitte aus den Interviews mit Prof. Dr. Thomas Kocher, Leiter der Abteilung Parodontologie an der ZZMK der Universität Greifswald, und Dr. Norbert Salenbauch, niedergelassener Parodontologe in Göppingen, aus der DZW 36/15.

„Bei 30- bis 40-Jährigen Parodontitis stärker erfolgreich bekämpfen“

DZW: Was sind für Sie die wichtigsten neuen Aspekte, die Zahnärzte in der Praxis beachten und umsetzen sollten?

Prof. Dr. Thomas Kocher: Dr. Wolfgang Eßer hat dazu in einem Spiegel-online-Interview gesagt, die Parodontalbehandlung funktioniert in Deutschland einfach noch nicht. Das ist ganz offensichtlich so. Die Gründe sind vielfältig. Das nicht praktizierte Delegieren und sicher auch die aktuelle Honorierung gehören dazu.

Beim Thema Honorierung gibt es aus meiner Sicht mit Blick auf die Daten und die Prämissen einer präventionsorientierten Zahnmedizin ein Ungleichgewicht: In der Gesetzlichen Krankenversicherung wurden 2013 elf Milliarden Euro für Zahnbehandlungen ausgegeben, davon aber nur ca. 400 Millionen für Parodontalbehandlungen, dagegen allein 800 Millionen bis eine Milliarde Euro für die Kieferorthopädie. Ein großer Anteil geht in den Zahnersatz und 7,2 Milliarden Euro in Kons-Chir. Dabei haben wir heute im Vergleich nur noch ganz wenige offene kariöse Flächen – es gibt damit relativ viel Re-Dentistry, also Füllungserneuerung. Ich habe Zweifel, ob das wirklich einer präventionsorientierten Zahnmedizin entspricht. Viele Restaurierungen könnten sicher mit kleineren Reparaturen gut erhalten werden, man müsste sie nicht komplett erneuern, was ja auch mit weiterem Substanzverlust verbunden ist. Die epidemiologischen Daten zur Zahngesundheit haben wir heute in guter Qualität und großer Breite vorliegen, zum Beispiel in den Deutschen Mundgesundheitsstudien (DMS). Die DMS V wird uns dazu im kommenden Jahr wieder eine neue Positionsbestimmung liefern.“

DZW: Was von dem, was Sie in Ihrem Studium in Tübingen gelernt und erfahren haben, hat sich bei Ihrem Thema über die Jahre gehalten beziehungsweise ist heute immer noch oder wieder aktuell?

Kocher: Wir haben in Tübingen zur Parodontologie sehr wenig gelernt. Dr. Norbert Salenbauch war für viele von uns der Impuls, sich damit zu befassen. Er hat mit seinen Erfahrungen aus seinem Aufenthalt in Ann Arbor in Michigan/USA viele damalige Studenten und Assistenten in Tübingen für die Parodontologie begeistern können. Wir sind also ins Ausland gegangen, um mehr

zu erfahren und zu lernen. Beim Thema Epidemiologie und Parodontologie hat sich im Rückblick in den vergangenen mehr als 30 Jahren sehr viel verändert.“

„Für Erhaltungstherapie qualifizierte Mitarbeiter einsetzen“

DZW: Was hat sich bei Ihrem Vortragsthema, der Diskussion um die DH, im Vergleich zu Ihrer Studienzeit in Tübingen am drastischsten verändert?

Dr. Norbert Salenbauch: Damals hatte die Entscheidung durch Prof. Fröhlich und später Prof. Schulte, die ZMF-Schule in Tübingen/Lustnau zu gründen, zu einer folgenschweren Absage an die Dentalhygienikerin (DH) in Deutschland geführt. „Kein subgingivales Arbeiten für zahnmedizinische Hilfskräfte“, hieß es damals. Dies hat nachhaltig bewirkt, dass Deutschland sich bis heute enorm schwertut, die für eine erfolgreiche Parodontaltherapie unverzichtbare Dentalhygienikerin in auch nur annähernd ausreichender Zahl flächendeckend einzusetzen. Außerdem hat es dazu geführt, dass die Zahnärzte in großem Stil dazu übergegangen sind, an dieser Stelle kostengünstiges, unterqualifiziertes Personal in der Patientenbetreuung mit den zu erwartenden Folgen einzusetzen.

DZW: Was sind für Sie die wichtigsten neuen Aspekte, die Zahnärztinnen und Zahnärzte in der Praxis bei diesem Thema beachten und umsetzen sollten?

Salenbauch: Ihre Verantwortung für die Behandlung parodontalerkrankter Patienten wahrzunehmen und für deren Betreuung, vor allem in der Erhaltungstherapie, ausreichend qualifizierte Mitarbeiterinnen einzusetzen – die entweder bereits eine DH-Ausbildung erhalten haben, oder den mühevollen Weg zu beschreiten, diese selbst ausreichend auszubilden. Denn dazu sind sie prinzipiell berechtigt.

DZW: Was von dem, was Sie in Ihrem Studium in Tübingen gelernt und erfahren haben, hat sich bei Ihrem Thema über die Jahre gehalten beziehungsweise ist heute immer wieder aktuell?

Salenbauch: Das Thema Dentalhygienikerin fand in meinem Studium keine Erwähnung beziehungsweise es wurde die ZMF als ausreichende Hilfskraft dargestellt. Die Ausbildung im Fach Parodontologie hat sich vielerorts jedoch qualitativ deutlich verbessert, die Stundenzahl ist jedoch immer noch identisch und im Vergleich zur Kieferorthopädie immer noch weit unterdimensioniert. Die Ausbildung der Dentalhygienikerinnen sollte am besten wie in den USA zusammen mit den Zahnmedizinern erfolgen (Coeducation). Damit wäre auch das Problem, ausreichend Patienten für die klinische Ausbildung der DHs zur Verfügung zu haben, gelöst, und die Akzeptanz der späteren Zahnärzte für diese Fachkräfte wäre gesichert.



International
Symposium
on Dental Hygiene
2016

New Challenges

20th International Symposium on Dental Hygiene
23rd to 25th June 2016 + Basel + Switzerland

Rund um den Globus

Bei einem Gespräch mit einem Dentalexperten zeigte sich, dass wohl die deutsche Prophylaxe-Landschaft Angst hat, durch einen Studiengang und die sich daraus ergebenden Möglichkeiten ins Hintertreffen zu gelangen. Das sehen wir nicht so. Es gibt so viel in verschiedenen Formen auch zukünftig zu tun, dass wir den Kammerweg für viele Jahre nicht als gefährdet sehen.

Amalgam

Jetzt ist es endlich raus: Und – das sollte jede versierte DH auch wissen. Amalgam ist nicht so schlecht, wie sein Ruf uns in den letzten Jahren glaubhaft gemacht hat. Denn: Die neuen Füllmaterialien beinhalten wohl massenhaft Weichmacher und können das Erbgut massiv negativ beeinflussen. Dies sollte jedem bekannt sein. Deshalb: Eine Amalgamfüllung sollte ausschließlich nur dann entfernt werden, wenn sie nicht mehr in Ordnung ist. Diese Füllungs-Straßen, die in den letzten Jahrzehnten – gerne mit Übergangsmaterial gefüllt – wieder nur halb fertig in Erscheinung treten, denen begegnet man leider heute immer noch. Das fanden wir nie gut. Gut finden wir allerdings, dass man doch noch Amalgam begegnet, und zwar oftmals nach Jahrzehntelanger Ausführung und ohne negative Erscheinungen. So auch mit Gold und allem anderen im Mund kombiniert. In anderen Worten: Amalgamallergien gibt es, aber viel seltener als uns vor 20 Jahren die Medien glaubhaft gemacht haben.

Das finden wir nicht so gut oder: traurig aber wahr

Über eine Weiterleitung erreichte den DDHV eine Information eines in Deutschland bekannten Parodontologen, der sich für die Werbung von goDentis einspannen ließ. Er gab an, dass die Prophylaxe in die Hände von Profis gehört. Nur ist es aber in Wirklichkeit so, dass gerade die goDentis-Zentren meist keine Profis aufweisen können. Wo bleiben also diejenigen, die nicht an goDentis angeschlossen sind, aber wirkliche Profis vorweisen können? Das ist eigentlich ein unseriöser Wettbewerb.

Wusstest Du schon,

dass es zur Zeit der Jäger keine Karies gab? Erst mit den Bauern und damit einhergehend dem Verzehr von kohlenhydrathaltigen Lebensmitteln entstand die erste nachweisliche Karies, die sich durch den Verzehr von Zucker im Industriezeitalter um ein Vielfaches weiter entwickelte. Die Organismen im Speichel geraten seit her gerne aus dem Gleichgewicht.

Die Reichen werden erst dann verstehen, wenn sie die Anderen zugrunde gerichtet haben, dass sie ohne die Anderen gar nicht existieren würden und können.

Swiss Dental Hygienists

In seiner aktuellen Studie zeigt der Schweizer DH-Verband wie folgt an: „Im Weiteren wurde festgehalten,

dass die Umsetzung der Einschlägigkeit (verkürzte Ausbildung für Dentalassistentinnen) problematisch ist.“ Das sollte Deutschland zu denken geben. Wir sind keine Stuhl-Assistentinnen oder Managerinnen, sondern sind im Normalfall mit der präventiven Parodontitis-Therapie so ausgelastet, dass wir nicht für andere Aktivitäten zusätzlich einkalkuliert werden sollten. Das sagt eine, die zuerst Zahnarzthelferin war und als Dipl. DH gerne und immer wieder im Steri ausgeholfen hat, wenn einmal ein Patient ausfiel. In den ständigen Ablauf einer Praxis konnte das jedoch nie einprogrammiert werden, auch wenn mancher Diplom DH die Organisation zusätzlich viel Freude bereiten kann.

Korea

Wir berichteten im letzten Journal: In Korea schreibt man der Prävention durch unseren Beruf mehr Wertigkeit zu. So nahmen am 50. Jahrestag des Berufs 5000 Diplom Dental Hygienikerinnen an ihrem Kongress teil. Nachdem der IFDH dort in wenigen Jahren tagt, dürfte der Kongress dort alle Maßstäbe sprengen. Noch einmal: Auch in Korea, wie in allen anderen Ländern, ist die Dentalhygiene zwar über eine Ausbildung zur Zahnärztlichen Assistentin zu erreichen, erfordert aber einen zusätzlichen Studiengang von 3 - 4 Jahren an Universitäten. Es gibt also kein On-the-Job-Training oder die Anrechnung eines Vorprogrammes.

Ein erster Schritt

Wer kennt ihn nicht? Jamie Oliver, Britischer Fernsehkoch. Er hat Zucker den „totalen Krieg“ erklärt. In einer aktuellen Fernsehdokumentation namens „Sugar Rush“ führte er dem Publikum vor Augen, dass Kinder, die zu viel Süßes zu sich nehmen, mit schlimmen Folgen rechnen müssen. Mit einer Petition will Oliver die britische Regierung sogar dazu bringen, eine Strafsteuer für zuckerhaltige Getränke einzuführen. Diejenigen, die jetzt mitdenken, fragen sich sicher nicht zum ersten Mal, warum wir alle die „Zuckerfehler“ der anderen mittragen sollen, denn Zuckergenuss verursacht enormen finanziellen Schaden für die Gesundheit. Die ersten Schritte zur Selbstbeteiligung in der Zahnmedizin sind endlich in Deutschland gemacht (hat lange genug gedauert und ist bei vielen noch nicht angekommen, die immer noch meinen, beim Zahnarzt alles kostenlos erhalten zu müssen). Noch besser wäre es jedoch, die Krankenversicherungsbeiträge um ein Drittel zu senken und jeden selbst für die Behandlung seiner Zähne bezahlen zu lassen. Im Ausland ist das so. Da bekommt keiner die große finanzielle Unterstützung, die es bei uns über 50 Jahre lang gab. Es kann sich ja jeder separat seine Zähne zusätzlich versichern und muss dann je nach Destruktionsstatus wieder selbst bezahlen!

Die Sache mit dem Thema Angstpatienten:

Der DDHV wurde kürzlich angeschrieben, um zum Thema Angstpatient für eine Bachelor-Thesis Stellung zu nehmen. Dazu ist zu sagen, dass dieses Thema nicht in die Kategorie des Selbstlernens gehört, sondern ganz sicher mit in einem Studiengang als Vorlesung

integriert werden muss. Seit vielen Jahren betonen wir, dass die Fortbildungen in Deutschland meist Themen beinhalten, die wir längst in unseren Studiengängen bis zum Abwinken behandelt haben. Deshalb legt der DDHV auch explizit Wert auf neue Themen an seinen Kongressen, was ihm zweifellos in den letzten Jahren mit speziellen Themen zur Ernährung und zu diversen Erkrankungen gut gelungen ist. Für diese Schwerpunkte verbunden mit der Oralhygiene und Therapiemöglichkeiten wurden wir vor wenigen Jahren genauso belächelt wie für den Wunsch, ein eigenes Berufsbild in unseren Fokus zu stellen. Wie heißt es so schön: Manchmal muss man eben doch nach den Sternen greifen.

Auf ein Neues

Den DDHV erreichte folgende Anfrage: „Unsere Praxis befindet sich in einer routinierten Wirtschaftlichkeitsprüfung der KZVN. Aufgrund dessen benötigen wir (vom DDHV) ein Schreiben, das unseren Dentalhygienikerinnen mit dem entsprechendem Abschluss erlaubt, Parodontalbehandlungen durchzuführen.“

Der DDHV ist natürlich für Anfragen solcher Art nicht zuständig. Wir haben recherchiert: In der anfragenden Praxis wird überhaupt nicht aufgeführt, über welche Abschlüsse das Personal in der Prophylaxeabteilung verfügt. Auf jeden Fall ist es aber so, dass Parodontalbehandlungen über Kassenanträge sogar von Diplom DHs in den meisten Bundesländern zu unglaublichen Problemen und Rückzahlungsleistungen geführt haben. Wir empfehlen Diplom DHs, diese Behandlungen nur noch privat in ihren Praxen anbieten zu lassen und vor allem solche Themen über die Zahnärztekammern abzuklären. Allerdings sind wir am Recherchieren und werden im nächsten Journal eine Abhandlung aller Angaben diesbezüglich veröffentlichen.

Ausgeträumt

Wenn Sie es nicht haben, dann sollten Sie es sich besorgen: Das Quintessenz TEAM JOURNAL, Ausgabe 9/2015, Seite 509, klärt über die „Selbstständige Prophylaxepraxis“ absolut korrekt auf. Der komplette deutsche Weg ist bislang und auch weiterhin weisungsgebunden. Somit ist eine Kassen-Abrechnung derzeit nicht möglich. Das dürfte auch noch mindestens 5 - 10 Jahre dauern (wenn überhaupt), bis sich da Änderungen einstellen könnten. Mindestens. Link zum Artikel: <http://qteam.quintessenz.de/index.php?jid=qteam&doc=abstract&abstractID=34776>

Nicht oft genug

Wir haben es schon oft von Dr. Hans-Ulrich Grimm gehört: Nestlé ist in der Zwischenzeit ein Konzern für Produkte geworden, auf die man sehr gut verzichten kann. Schon 1981 verabschiedete sich ein guter Freund meiner Schwester aus der obersten, also hochbezahlten Etage aus dieser Firma, da er die Verbreitung und den Verkauf von Milchpulver in afrikanischen Staaten (anstelle von Stillen) nicht mitverantworten wollte. Schade, dass es nicht mehr Menschen dieser Sorte gibt. Am

Montag, den 21. September 2015 kam um 20:15 Uhr wieder ein Bericht, der, wenn er zur Pflichtlektüre gehören würde, jedem das Essen verderben könnte. Zumindes würden weniger Menschen diesen chemisch verseuchten Fraß dann kaufen. Besonders hervorzuheben ist das Maggi-Gewürz, das die Nahrung immer gleich schmecken lässt. Wir empfehlen jedem, der dies benutzt, das Kleingedruckte intensiv zu lesen. Ich finde, dass gute Nahrungsmittel überhaupt wenig Gewürze benötigen, und wenn, dann natürlich nur frische, zumindest zu einer Jahreszeit, in der diese auch leicht erhältlich sind. Sonst würde ich getrocknete Gewürze empfehlen, aber nur ganz selten gemischte. Witzig ist ja Wittigmann: Der nimmt für eine Tomatensauce Tomatenmark. Er hat wohl noch nie von der darin enthaltenen Zuckermenge gehört. Und: Es ist ein Hochgenuss, selbst geschälte, frische Tomaten und Zwiebeln zu einer Tomatensauce zu verwandeln. Hmmm. Lecker! Und nicht genug damit. Eine Woche später kam der zweite Nestlé-Bericht. Teurere Produkte wurden präsentiert, die als „selbst gekocht“ angeboten werden. Und noch schlimmer: Das Spiel mit der Milch für Kinder geht auf den Philippinen weiter. Die Werbung, um den Müttern diese Produkte „schmackhaft“ zu machen, verunsichert die Mütter. Die Sterblichkeit kleiner Kinder ist gestiegen. Aussagen wurden geäußert, dass der Vertrieb von Babymilch-Ersatzprodukten vergleichbar mit dem Dealen von Drogen sei. Allein auf den Philippinen erzielt Nestlé einen Umsatz von 4 Milliarden US Dollar jährlich. Irgendetwas machen wir, die wir ein Gewissen haben, scheinbar wirklich falsch.

Am Rande notiert:

In Stockholm fand 1977 das erste Internationale Symposium on Dental Hygiene statt. 1981 folgte das zweite in Brighton/England. Damals entstand der Wunsch, in diesem Zusammenhang einen Verband zu gründen. Diese Idee wurde von der Kanadierin Pat Johnson, RDH, MS, forciert. Bei beiden Symposien nahmen entweder Margaret Schilz-Klotz oder Beate Gatermann teil. 1986 war es dann so weit: Der IFDH wurde aus der Taufe gehoben. 1992 trat der DDHV während des Symposiums in Den Haag/Holland dem IFDH mit großer Vehemenz bei. 1995 fand Tokio ohne uns statt. 1998 waren wir in Florenz – ein unglaublich italienischer Summernight's Dream – mit von der Partie. 2001 waren unsere Vorstands-Vorgängerinnen in Sidney mit dabei. 2004 nahmen wir in Madrid teil. Organisatorisch war dieses Symposium in Spanien ein absolutes Desaster. 2007 in Toronto/Kanada und 2013 in Kapstadt/Süd-Afrika war uns eine Teilnahme aus finanziellen Gründen nicht möglich. 2010 beteiligten wir uns in Edinburgh/Schottland. 2016, nur ein Katzensprung nach Luzern, werden wir uns in den IFDH-Sitzungen voll und ganz einbringen. Allerdings wird der DDHV die Teilnahme am Kongressteil, dem sogenannten Symposium, seinem Vorstand nicht finanzieren. Es wäre einfach zu teuer und zudem würde der ganze Prozess für uns acht volle Tage dauern. Drei Jahre danach wird es wieder nach Asien gehen. Eine Teilnahme bei den heutigen

Kosten wird für einen kleinen Verband voraussichtlich nicht machbar sein, außer er gewinnt im Lotto. Der IFDH versucht sich jedes Mal auf einem anderen Kontinent zu präsentieren.

Erst jetzt, im Jahr 2016, haben wir unser langjähriges Ziel erreicht und können den Entwurf eines ganz normalen Studiengangs mit genügend Klinikinstruktion dem IFDH und EDHF vorlegen. Es war ein langer, harter Weg, der sich jedoch im Endeffekt absolut lohnen wird. Deutschland braucht endlich seinen ersten vollverschulten Studiengang. Den ersten deutschsprachigen Bachelor-Studiengang gibt es übrigens schon lange in Bozen. Vollverschult und abgestimmt auf Italien, das über 32 Bachelor-Studiengänge seit Jahren vorweisen kann. Allerdings können diese Absolventen mit ihrem obligatorischen „Dottore“, das jeder Uni-Abgänger in Italien (zu dem Südtirol gehört) bekommt, ab der eigenen Landesgrenze nichts anfangen. Aber – andere Länder, andere Sitten: Für einen ordentlichen Doktortitel benötigt man weltweit einen zusätzlichen Master und danach eine Doktorarbeit mit Anerkennung. Wir, die wir darüber informiert sind, können über eine Anerkennung, die dem DDHV letztthin vorgelegt wurde, nur schmunzeln.

sugar Poison Calculator

The average American consumes 150 - 170 pounds of sugar each year. It is no wonder obesity in the USA is skyrocketing. 150 - 170 pounds of sugar each year is comparable to ingesting 1/4 to 1/2 pounds of sugar each day, or 30 - 60 teaspoons of sugar in a 24 hour period. To determine your own consumption, use the sugar calculator. This issue is not just a concern for the USA, but other countries as well.

Krems

Schon mehrfach berichteten wir über ein weiteres Kurzprogramm aus Krems/Austria. Von dort wird übermittelt: „Unser Studiengang orientiert sich vornehmlich an den Richtlinien der Schweiz und Deutschlands, wo die Berufsausübung der Dentalhygieniker eigenständig möglich ist. Deshalb ist dieser auch darauf abgestellt und die Praktika werden in Deutschland durchgeführt. Bitte beachten Sie, dass lt. aktueller Rechtslage eine Dentalhygienikerin in Österreich nur im Rahmen der Prophylaxe-Assistenztätigkeit aktiv werden darf.“

Die Ausbildung erfolgt in Form von Präsenzunterricht an der Danube Private University, der durch e-learning und Fernlehre und Praktika in der Zahnarztpraxis mit entsprechenden Vorgaben und Evaluierungen ergänzt wird. Zudem erlaubt der Studienaufbau den Studierenden die Möglichkeit, ihre Tätigkeit in der Praxis im Rahmen des Studiums in einem ausreichenden Umfang voll aufrecht zu erhalten.“

Kommentar des DDHV: Wenn ich dort einen Studiengang unter diesen Umständen absolvieren und in den nichtzutreffenden Angaben stranden würde, dann wüsste ich, was ich zu tun hätte. Diese private Universität spekuliert auf die eigene DH-Praxis, obwohl das noch lange nicht möglich sein wird, vor allem nicht nur auf

dem deutschen Markt. Sie müssen ihre DHs in Deutschland fortbilden, da sie in Österreich nicht unter dem Zahnfleischsaum arbeiten dürfen. Die Schweiz offeriert übrigens ohne Berufsanerkennung des eigenen Studiengangs in Deutschland auch keine Arbeitsmöglichkeit. Dazu muss ein länderübergreifender Vertrag mit unserem kleinen Nachbar-Land existent sein. Das ist aber derzeit nicht der Fall.

Gleichstellung des Abiturs mit einer Berufsausbildung gibt es übrigens auch nicht. Es besteht jedoch eine Gleichwertigkeit. Deutsche Sprache, schwere Sprache.

Hygiene

Vielfach hören wir wieder und wieder von wochenlangen Beschwerden nach PZRn und Entzündungen im Mund, langandauernd nach den Behandlungen. Jede Praxis in Deutschland sollte folgendes beachten: Hepatitis, HPV, HIV und Herpes, die großen vier Hs, schreiben unbedingt einen sterilen Prophylaxekopf **PRO PATIENT** vor. Es kann sich keine Praxis in Deutschland mehr leisten, diese Köpfe nur zu desinfizieren. Mit Entsetzen bekomme ich immer wieder mit, dass dies auch in wirklich guten Praxen immer noch nicht angekommen ist. Kein Mensch kann beurteilen, ob die Recall-Patienten oder neue Patienten wirklich Angaben über diese Erkrankungen machen können. Wer lässt sich schon regelmäßig diesbezüglich untersuchen? Auch Herpes kann bei jemandem schlummern, ohne dass man dies mitbekommt. Ich finde das wirklich ekelig. Genauso ekelig wie die ungenügend gereinigten Bierkrüge auf dem Münchner Oktoberfest. Sie werden oftmals nur kalt mit Chemie behandelt, aber nicht richtig heiß gespült. Das und ungenügend heiß gewaschene Gabeln führen nach dem Oktoberfest zu reinen Erkältungs-Epidemien. Wenn man das genau betrachtet, so werden diese Krankheitserreger dann weltweit wunderbar verteilt. Prost Mahlzeit!

EFP Guidelines

Vor einem Jahr machte der DDHV den EFP (European Federation of Periodontology) darauf aufmerksam, dass die Daten zum Berufsbild Dental Hygienikerin veraltet sind. Es erscheinen nunmehr neue, die wir in diesem Journal widergeben. Der letzte Satz darin sollte Deutschland zu denken geben, denn noch sind wir weit entfernt, europakompatibel zu sein: „The final summative assessment must be appropriate to ensure that not only are the standards achieved sufficient to enable each student to practise legally in their own country, but also that the standards are equivalent to those of hygienists in other European countries.“

Im Gegensatz dazu wurde in einer ZM-Ausgabe von einer ERO-Resolution gesprochen. Delegation ja, Substitution nein. Hier wurde die Rechnung ohne den Wirt gemacht. Was in anderen Ländern möglich ist, sollte auch für Deutschland eines Tages gelten, wobei das Schüren von Angst bezüglich „overboarding“ in der Dentalhygiene in unseren Augen unbegründet ist.

„Scharfes“ Kalkül

Rechnet man die Kosten für die Fortbildung zur ZMF/PA, die horrenden gesamten Kosten zu allen Zugangsstellen in Deutschland zur Fortbildung der „deutschen DH“ und nun auch die massiven Kosten zum BSDH & Management zusammen, so ist die Summe mit den Ausfallzeiten in den Praxen und den Fahrzeiten und Ausgaben nicht höher als ein regulärer, vollverschulter Studiengang kosten wird, nämlich ca. 50.000 Euro. Das sollten sich alle, die jetzt involviert sind, an einer Hand abzählen. Das zum Gegen-Argument, man müsste die 2 1/4 Jahre, die ein vollverschulter Studiengang abzüglich Semesterferien wirklich dauert, genauer überlegen. Wir, der DDHV, halten weiterhin an zwei Semestern an einer Universität mit intensiv betreuter Klinik fest, wo das notwendige Patientenpotential vorhanden ist, um exzellent dem Zahnarzt bei der Parodontologie zur Seite stehen zu können. Das waren die Bestrebungen seit 40 Jahren und wurden so auch bei der letzten Mitgliederversammlung verabschiedet.

ARTE

Glücklich denjenigen, die am Dienstag, den 13.10. ARTE schauten: Sie konnten Das betrügerische Spiel der Lebensmittelindustrie mitverfolgen. Schon seit 1970 gehen amerikanische Wissenschaftler nicht nur gegen die Tabak-, sondern auch gegen die Zuckerindustrie vor. „Wer Kinder hat, würde sich ohne Zucker leichter tun.“ Vor 200 Jahren lag der Zuckerkonsum bei 4 Kilo pro Person im Jahr, heute liegt er bei 140 Kilo! Der Film von Michéle Hozer zeigte einmal wieder bittersüße Investigationen auf, die wichtig sind. Für unsere Kinder können wir nur weiter Aufklärung wünschen, denn unglaublich viele Erkrankungen können durch ein besseres Nahrungsverhalten verhindert werden. Dazu gehören allerdings nicht nur Zucker, sondern auch Kohlehydrate und Bewegungsmangel im Übermaß. Vielleicht ist es wirklich an der Zeit, dass jeder wieder seine Krankenkosten selbst übernehmen muss. Dann würden Diabetiker etc. etwas schneller für sich selbst etwas tun. In diesem Film wurde jedoch darauf hingewiesen, dass man gar kein Übergewicht haben muss, um grenzwertig Diabetiker zu werden. Ungesunde Nahrungsmittel reichen aus.

Unglaublich aber wahr

Auf einer Internetseite eines Mediziners kürzlich gefunden: „Parodontose Behandlung“ = **PZR mit Blutegelbehandlung UNTER NARKOSE**. Es wird eine Taschenreduktion bis 6 mm als Erfolg angegeben. Da kann es einem ganz schlecht werden! Es ist bedenklich, dass so eine Behandlung von Zahnmedizinern angeboten wird. So etwas sollte eigentlich unter „mal-practice“ fallen!

Singapur

Wir haben eine Anfrage von einer überqualifizierten Dental Hygienikerin aus Singapur, die von der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe unberechtigt hingehalten wird. Natürlich ist sie arbeitsberechtigt. Es muss ihr jedoch erklärt werden, dass sie manches hier nicht

DZW 42/2015, Seite 35

Entfernen Profis Zahnbelaäge perfekt? „test“ schickte zehn Testpersonen in zehn verschiedene Praxen in Berlin und Nordrhein-Westfalen zur Professionellen Zahncleaning. Experten beurteilen davor und danach den Zustand der Zähne und der Mundhygiene. In den meisten Praxen im Test hätte das Reinigungsergebnis besser ausfallen können.

Teure Reinigungen zahlen sich nicht immer aus.

Die Reinigungskur für gesunde Beißer ist eine geräuschvolle Prozedur. Da ist zunächst das Pfeifen, wenn es den Zahnsteinrändern an den Kragen geht. Dann das Kratzen, wenn weiche Beläge dran glauben müssen. Schließlich das gleichmäßige Summen einer rotierenden Bürste, die Zahnoberflächen poliert. Der Kunde muss die individuelle Gesundheitsleistung (Igel) selbst zahlen, manchmal bis zu einem dreistelligen Betrag. Im Idealfall verlässt der Kunde die Zahnarztpraxis mit sauberen, glatten Zähnen, Fluoridgeschmack im Mund und der Motivation, künftig zuhause noch gründlicher zu putzen. Doch in der Realität zahlt sich die teure Reinigung durch den Profi nicht immer aus. Das zeigt eine Untersuchung von test.

Experten beurteilen Zustand der Zähne

Die Prüfer schickten zehn Probanden in Berlin und Nordrhein-Westfalen in die Spur. Die Testpersonen ließen ihre Zähne in sieben Zahnarztpraxen und in drei auf Prophylaxe-Leistungen spezialisierten Zentren reinigen. Experten beurteilen davor und danach den Zustand ihrer Zähne und ihrer Mundhygiene. Wie gründlich wurden Zahnstein und weiche Beläge (Plaque) auf und zwischen den Zähnen entfernt? Bekamen die Testpersonen wertvolle Tipps für die Mundpflege zuhause? Daneben erläutert der Test, weshalb mancher Kunde 50 Euro für die Zahncleaning zahlt und ein anderer 150 Euro und eine Tabelle zeigt, welche Krankenkassen sich an den Kosten beteiligen.

Profis arbeiten nicht gründlich genug

Fazit der Tester: Es mangelt vor allem an der Gründlichkeit. An welchen Stellen die Profis genau schwächelten, erfahren Sie, wenn Sie den Testbericht freischalten. Eine umfassende Zahncleaning braucht Zeit. Die kürzeren Sitzungen im Test dauerten je eine halbe Stunde, Beläge wurden dabei am schlechtesten entfernt. Wie lange eine Zahncleaning beim Profi in der Regel dauert, das zeigten auch die Ergebnisse einer Umfrage zum Thema Mundhygiene auf test.de im April 2015, an der über 2000 Personen teilnahmen.

In diesem Bericht sind wir wieder nicht erwähnt. Schaut man die Beschreibung der Behandlungen an, ist es auch kein Wunder!

machen darf (Füllungen legen). Sie hat eine exzellente Schulung in Deep Scaling und war vor ihrem 3-jährigen Studiengang 5 Jahre Zahnärzthelferin. Bei der Recherche sind wir auf eine Praxis in Singapur gestoßen, die eine Koreanerin, eine Australierin, eine Amerikanerin, zwei DHs aus Singapur angestellt hat, wovon eine wiederum in Washington/USA ihr Studium absolviert hat. In jüngeren Jahren wäre ich gerne nach Dubai gegangen, aber die Familienplanung kam dazwischen. Um in diesen Ländern gleichberechtigt arbeiten zu können, muss ein vollverschulter Studiengang mit Behandlung von mindestens 100 Patienten unter direkter Aufsicht von ausgebildetem Schulungspersonal (RDH und Periodontist) nachgewiesen werden. Ohne die dadurch entstehende Sicherheit auf internationalem Parodontitis-Niveau mit Staatsexamen, Lizenz und Registrierung (RDH) kann man in diesen Ländern nicht praktizieren. Oft wird sogar die Ausbildung einer Schmerztherapie verlangt, die in einem regulären, 3-jährigen Studiengang an sehr gut aufgestellten Universitäten angeboten wird. Es ist also Zeit, dass sich in Deutschland, gerade der Jugend zuliebe, etwas ändert, um dieses Potential auszuschöpfen. Engstirnigkeit sollte der Vergangenheit angehören.

Anfrage an unsere Mitglieder

Wer kennt eine zuverlässige Diplom DH in Süd-Korea, die gut englisch spricht und uns 2019 im IFDH repräsentieren könnte? Es wäre günstiger, dort jemand zu beauftragen, denn die Reise- und Teilnahmegebühren sind mittlerweile unerträglich hoch. Sogar am Symposium in Süd-Afrika nahmen weltweit agierende Firmen aus diesem Grunde nicht teil. Man muss mit mehr Kosten rechnen als der DDHV überhaupt zur Verfügung hat. Oder die Teilnahme auf eigene Kosten bewerkstelligen. Das ist nicht einmal eine Frage der Ehre. Wir bitten um Kontaktaufnahme. Vielen Dank.

Titelwahn

Schon oft haben wir versucht, die Berufs-Titulierungen, die seit „Bologna“ aus dem englischsprachigen Bereich übernommen wurden, zu erklären. Was wir allerdings nicht erklären können ist der neue Titelwahn. So geben sich Dentalhygienikerinnen im Ausland nach dem Abschluss PhD (Doktor der Philosophie) als Instruktorinnen an Universitäten seit geraumer Zeit als Professorinnen aus. Dies scheint auf derselben Wellenlänge zu liegen wie der Magister in Österreich, mit dem man dann als Doktor um die Welt reist und den Dottore in Italien, den jeder Uni-Absolvent schon nach 3 Jahren ohne Doktorarbeit in Italien erhält und der nach Überschreiten der Landesgrenze nichts mehr wert ist. Nur sollte man möglichst die Kirche im Dorf lassen und das Gewissen auch einschalten. Irgendwie verstehe ich jetzt die Aversion der deutschen Zahnärzte gegen die Titulierungen Bachelor und Master, wenn auch nicht vom Inhalt her. Schließlich haben wir nicht umsonst andere Titel erfolgreich abgeschafft (Hoheit etc.). In Deutschland muss man normalerweise als Professor einem sogenannten Ruf folgen. Man wird dazu ernannt, wenn man sich an

Universitäten verdient gemacht hat. Aber: Auch da haben sich über private Institutionen neue, skurrile Wege eröffnet.

Buchbesprechung

Die Fleischlüge

Wie uns die Tierindustrie krank macht

Dr. Hans-Ulrich Grimm



Fleisch ist reich an Eiweiß, Mineralien und anderen wertvollen Bestandteilen. Vergleichbares gilt für Milch, Eier und Fisch. Doch zu viel davon schadet. Herzkrankheiten, Krebs, Alzheimer und Diabetes sind nur einige der Gesundheitsfolgen. Und nicht nur die Menge an tierischen Lebensmitteln ist ein Problem. Der überwiegende Teil unserer Nahrungsmittel stammt aus industrieller Erzeugung: Auf

Leistung gezüchtete Rassen, aufgezogen mit chemisch angereichertem Futter, routinemäßig mit Medikamenten, liefern Lebensmittel von bedenklicher Qualität. Hans-Ulrich Grimm, Deutschlands Lebensmittelkritiker Nr. 1, prangert die ökologisch und ethisch himmelschreienden Machenschaften der Tierindustrie an und plädiert für mehr Respekt vor dem Tier – und einen reduzierten und genussfreudigen Umgang mit Fleisch, Fisch und Co.

Er recherchiert in Schweinemästereien, Eierfabriken, Aquakulturen und Putenställen, spürt der Fleisch-Mafia nach – und den Gesundheitsschäden, die das Fleisch beim Menschen auslöst. Er untersucht, was das weltweite Bienensterben für den Menschen bedeutet. Er wirft einen Blick auf die Schattenseiten des Tofu-Verzehrs. Denn auch der Fleischverzicht ist nicht ohne Risiko, vor allem für Unerfahrene. Vitaminmangel droht, insbesondere Kinder können Schaden nehmen. Grimm kritisiert vor allem die Lügen der Tierindustrie – und ihre politischen Unterstützer, die dafür sorgen, dass Fleisch oft billiger ist als Gemüse. Eine perverse Situation. Doch der Autor leuchtet auch Lösungsmöglichkeiten aus – und weist Wege aus dem Fleisch-Dilemma.

Droemer, München, 2016

Klappenbroschur, 320 Seiten

ISBN 978-3-426-27641-9, Euro 18,00

Herzlichen Dank an unsere Sponsoren und Aussteller:

**CP GABA GmbH, Dent-o-care, Dentsply, DEPPELER SA, Dr. Liebe, EMS, Hu-Friedy,
Institut für Angewandte Immunologie, Intersanté, kreussler PHARMA,
3M Deutschland GmbH, Oral-B blend-a-med, Profimed, Sunstar, TePe, W&H**

V e r a n s t a l t u n g s k a l e n d e r

2016

23. bis 25.06. IFDH Symposium on Dental Hygiene Basel/Schweiz www.ifdh.org

2017

21.01.	DDHV-Kongress 2017	Würzburg	www.ddhv.de/kongress
21.01.	Jahresversammlung des DDHV	Würzburg	www.ddhv.de/kongress

**Lassen Sie sich bitte als Diplom DH/RDH/BS unter www.ddhv.de „registrieren“,
damit uns interessierte Patienten leichter finden.**

Dies ist die 65. Ausgabe des DDHV-Journals. Das DDHV-Journal erscheint als erste und einzige unabhängige Fachzeitschrift der Dental HygienikerInnen seit 1990 in Deutschland.

Juristische Beratung

RA Ferdinand Hornung
Sendlinger Straße 22, 80331 München

I m p r e s s u m

Herausgeber Deutscher Diplom Dental HygienikerInnen Verband e.V.
www.ddhv.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 sinnwährende Kürzungen vor. Unser Journal will informieren. Es spiegelt nicht unbedingt die Meinungen des DDHV wider.

Redaktion DDHV-Vorstand

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.

Vorsitzende Beate Gatermann, RDH/USA, RDH/CH

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

VM/ Schriftführerin/ Bettina Mohr, RDH/CH

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

Kontrolllesung Agathe Haller, RDH/CH

IFDH/EDHF-Delegierte Carmen Lanoway, RDHBS/CN

IFDH-Delegierte Margaret Schilz-Klotz, RDHBS/USA