

DDHV-Journal 1/2024

DDHV

*Deutscher Diplom Dental Hygienikerinnen
Verband e.V.*



GRATIS- PRODUKT- MUSTER?

JETZT
KOSTENFREI
REGISTRIEREN
UND
ENTDECKEN!

Oral-B Professional – die Website
für Dentalhygienikerinnen und
Prophylaxe-Profis!

ORAL-B IST IHR PROFESSIONELLER PARTNER IM PRAXISALLTAG.

Auf der Oral-B Professional Website können Sie sich Gratis-Produktmuster und exklusive Druckmaterialien direkt in Ihre Praxis bestellen: bequem und kostenlos. Für das zahnmedizinische Fachpersonal stehen kostenfreie Downloads hochwertiger Marketing- und Praxismanagementmaterialien zur Verfügung. Informieren Sie sich außerdem umfassend über die neuesten Oral-B Produkte, erhalten Sie wertvolle Informationen zur Patientenschulung und Kinderzahngesundheit sowie Einblicke in den aktuellen Oral-B Forschungsstand.

Oral-B Professional ist ihr starker Partner für Ihre zahnärztliche Versorgung. Besuchen Sie jetzt die Oral-B Professional Website!

HIER SCANNEN:
Über den QR-Code
gelangen Sie direkt zu
Oral-B Professional.



oralbprofessional.de

**In Zeiten, in denen Niedergangskräfte dominieren,
kommt es auf den ganzen Menschen an,
auf den Entschluss, nicht mit dem Strom
und auch nicht gegen den Strom zu schwimmen,
sondern Neuland zu schaffen,
in sich selbst und in seinem Wirkungskreis.**

Rudolf Steiner (1861-1925)

Liebe Leserinnen, liebe Leser,
liebe Mitglieder,

schon wieder ist ein Jahr vergangen und die Turbulenzen nehmen nicht ab. Zwischen Hoffen und Bangen sind wir leider noch immer nicht da angekommen, wo wir hin wollten.

Der DDHV beantragte vor ca. sechs Jahren einen Bachelor of Science in Dental Hygiene an der Dresden International University gemeinsam mit Prof. Ulrich Schlagenhaut und Prof. Thomas Hoffmann. In dieser Zeit musste dort mit drei verschiedenen Geschäftsführern und drei verschiedenen Präsidenten verhandelt werden. Kürzlich führte das zu unerwarteten Veränderungen. Wir sollten es uns sehr genau überlegen, ob wir sie in dieser Form überhaupt mittragen wollen. Denn von Pseudo-Systemen haben wir längst genug.

Beruhigend ist, dass die Weisheit und die Geduld mit dem Alter zunehmen. Der DDHV schläft nicht und deckt weiterhin Dinge auf, die in der Berufs-Politik betrieben werden. Für uns ist es ein MUSS, da wir als einziges unabhängiges Journal in der Deutschen Dental Hygiene-Landschaft auch Themen ehrlich und unverblümt publizieren können, ohne dass uns ein Maulkorb angelegt werden kann.

Lesen Sie unser neues Journal und nehmen an unserem Kongress in Bürmoos teil. Es lohnt sich!

Ihr DDHV

INHALT

- 1 Vorwort
- 4 DDHV-Kongress 2024 in Bürmoos
- 6 Toxikologie und Verträglichkeit von Zahnkunststoff-Materialien – Was darf ich verwenden?
- 12 Zeugnisbewertung für Hochschulabschlüsse aus dem Ausland
- 12 DQR-EQR-Bachelor Professional in Dentalhygiene
- 13 DDHV fordert Berufsankennung der Dental Hygiene, *aus: Quintessence News*
- 14 Alles andere als einseitig,– Das neue Standgerät von Dürr Dental
- 15 Buchbesprechung
- 16 Der Kampf gegen die Dummheit hat gerade erst begonnen – Parodontalbehandlungen in Deutschland
- 17 Jay Leno – To all the Kids who survived the 1930s, 40s and 50s
- 18 Individuelle Parodontitis Nachsorge: ein Tigon* Fallbericht
- 21 Rund um den Globus
- 22 Impressum

Ersparen Sie Patienten einschneidende Erlebnisse.

S3 – Leitlinie der EFP:

Ligosan® Slow Release als Adjuvans zusätzlich zur subgingivalen Instrumentierung erwägenswert.

Ligosan® Slow Release

Behandelt Parodontitis wirksam –
bis in die Tiefe.

- » klinisch bewiesene antibakterielle und antiinflammatorische Wirkung für bessere Abheilung der Parodontaltaschen
- » hohe Patientenzufriedenheit dank geringer systemischer Belastung
- » einfache und einmalige Applikation des Gels; kontinuierliche lokale Freisetzung des Wirkstoffs Doxycyclin über mindestens 12 Tage

Ein Anwendungsvideo und weitere Informationen können Sie sich unter kulzer.de/taschenminimierer ansehen.

Mundgesundheit in besten Händen.



KULZER
MITSUI CHEMICALS GROUP

Bisher profitieren nur ca. 10 % der Kinder von elmex® gelée¹ - Sie können das ändern



1x WÖCHENTLICH



Bei Ausstellung einer Verschreibung bis zum 18. Lebensjahr zu 100% erstattungsfähig*



¹ Durchschnittlicher jährlicher Abverkauf in Packungen von elmex® gelée 38g in deutschen Apotheken (IQVIA Eigenanalyse, Juli 2018 bis Aug 2021) vs. Anzahl der in Deutschland lebenden Kinder und Jugendlichen im Alter zwischen 6 und 17 Jahren (Statista 2020). * Bitte „Individualprophylaxe nach § 22 SGB V“ auf Kassenrezept notieren.

elmex® gelée 1,25% Dentalgel. Zusammensetzung: 100 g elmex® gelée enthalten: Aminfluoride Dectaflur 0,287 g, Olaflur 3,032 g, Natriumfluorid 2,210 g (Fluoridgehalt 1,25 %), gereinigtes Wasser, Propylenglycol, Hyetellose, Saccharin, Apfel-Aroma, Pfefferminz-Aroma, Krauseminzöl, Menthon-Aroma. Anwendungsgebiete: Zur Kariesprophylaxe; therapeutische Anwendung zur Unterstützung der Behandlung der Initialkaries und zur Behandlung überempfindlicher Zahnhälse. Gegenanzeigen: Nicht anwenden bei Überempfindlichkeit gegen einen der Inhaltsstoffe, Abschilferungen der Mundschleimhaut, fehlender Kontrolle über den Schluckreflex, bei Kindern unter 3 Jahren und bei Knochen- und/oder Zahnfluorose. Nebenwirkungen: sehr selten: Exfoliation der Mundschleimhaut, Gingivitis, Stomatitis, Rötung, Brennen oder Pruritus im Mund, Gefühlosigkeit, Geschmacksstörungen, Mundtrockenheit, Schwellung, Ödem, oberflächliche Erosion an der Mundschleimhaut (Ulkus, Blasen), Übelkeit oder Erbrechen, Überempfindlichkeitsreaktionen (einschließlich Atemnot) ausgelöst werden. Nicht über 25 °C lagern. Packungsgrößen: 25 g Dentalgel (apothekenpflichtig); 38 g Dentalgel (verschreibungspflichtig); 215 g Klinikpackung (verschreibungspflichtig). CP GABA GmbH, 20097 Hamburg. Stand: April 2023.



Mehr erfahren

elmex®

PROFESSIONAL
— ORAL HEALTH —

34 Jahre DDHV

DDHV-Kongress 2024

Deutscher Diplom Dental Hygienikerinnen Verband e.V.

Programm für 06. bis 08.06.2024

Hotel One

Elisabethkai 58-60

5020 Salzburg, Austria

salzburg-mirabell@motel-one.com

W&H Dentalwerk Bürmoos, Werk 2

Werner-Bader-Straße 1

5111 Bürmoos, Austria

Donnerstag, 06.06.2024

Individuelle Anreise

Buchungen für Motel One mit Frühbuchersystem bis einschließlich 22.04.2024 ausschließlich über den DHHV. Danach wenden Sie sich bitte direkt an das Motel One.

Einzelzimmer pro Nacht: 157,25 Euro;

Doppelzimmer pro Nacht: 195,50 Euro

Freitag, 07.06.2024

08:00	Treffpunkt vor dem Hotel	
08:15	Abfahrt für Transfer mit dem Bus nach Bürmoos (pünktlich!)	
09:00 - 09:15	Begrüßung DDHV	
09:15 - 10:15	Fluoride – Wunderwaffe oder doch bedenklich? Toxikologie des Fluorid (white spots)	Prof. Dr. Dr. Franz-Xaver Reichl LMU München
10:15 - 10:45	Kaffeepause	
10:45 - 12:15	W&H Firmenführung	
12:15 - 13:15	<i>Mittagessen im Meet&Eat</i>	
13:15 - 14:15	Alterszahnmedizin	Prof. Dr. med.dent. Yvonne Jockel-Schneider Uniklinikum Würzburg

14:15 - 16:00	Kaffeepause und Museumsbesuch / im Wechsel Das Museum kann nur mit max. 10 Personen besucht werden.
ca. 16:00	gemeinsame Rückfahrt mit dem Bus zum Hotel in Salzburg
18:30	Abendessen auf Einladung von W&H in "Die Weisse", Rupertgasse 10, 5020 Salzburg (In Geh-Nähe zum Hotel)

Samstag, 08.06.2024

08:30 - 09:30	Sitzung des DDHV, voraussichtlich im Hotel One
10:30	Stadtführung auf Einladung von W&H
anschließend	gemeinsames Lunch auf eigene Kosten

- Änderungen vorbehalten -

Kongressgebühr:

Teilnehmer/innen: 155,00 Euro inkl. MwSt.;

DDHV-Mitglieder: 125,00 Euro inkl. MwSt.

Download Anmeldeformular und Programm:

www.ddhv.de

**Die Anmeldung senden Sie bitte eingescannt per E-Mail an:
b.gatermann@ddhv.de**

**Die Anmeldung ist verbindlich.
Die Anmeldung hat erst Gültigkeit, wenn die Kongressgebühr
vollständig bezahlt ist.**

**Eine Quittung erhalten Sie bei der Übergabe der Kongressbestätigung
bei der Registrierung am 07.06.2024.**

**Bitte führen Sie alle Teilnehmer/innen gut leserlich auf. Danke!
evtl. Adresse Praxis angeben (falls Rechnung für die Praxis separat erforderlich)
Bankverbindung: DDHV e.V., APO-Bank Regensburg,
IBAN: DE40 3006 0601 0003 1687 19, BIC: DAAEDEDXXX**

Toxikologie und Verträglichkeit von Zahnkunststoff-Materialien – Was darf ich verwenden?

Prof. Dr. Dr. Franz-Xaver Reichl, LMU München

Grundlagen

Immer mehr Menschen wollen zahnfarbene Materialien als Zahn-Restaurationswerkstoffe. Dabei soll natürlich gewährleistet sein, dass diese Materialien nicht nur gut aussehen und gut halten, sondern dass sie auch gut verträglich sind. Wachsendes Interesse erlangen deshalb Fragen nach der Toxikologie, Biokompatibilität und Verträglichkeit dieser Werkstoffe.

Komposite sind Kunststoffe, die direkt in die Kavität appliziert werden (Abb. 1A). Sie bestehen aus einer organischen Matrix mit eingebetteten anorganischen Füllmaterialien (z.B. Quarze) und Zusatzstoffen (Abb. 1B). Als Monomere werden meist Dimethacrylate verwendet, die in schwere Basismonomere [z.B. Bisphenol A glycidylmethacrylat, BisGMA; Urethandimethacrylat, UDMA] und leichte Komonomere [z.B. Triethylenglycol-dimethacrylat, TEGDMA; Hydroxyethylmethacrylat, HEMA] unterteilt werden (Abb. 1B).

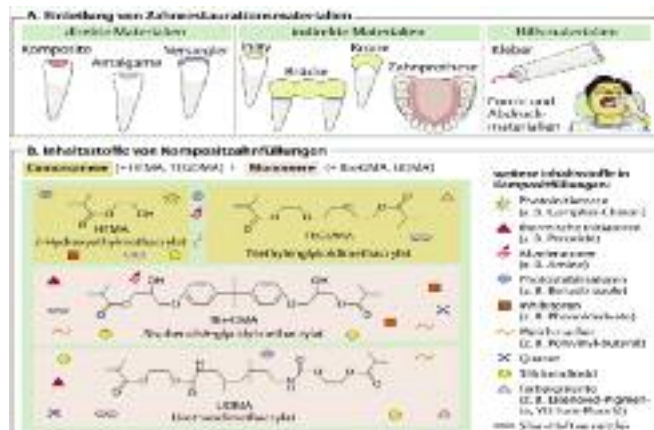


Abb. 1: Einteilung von Zahnrestaurationsmaterialien (A) und Inhaltsstoffe von Komposit-Zahnfüllungen und weitere Zusatzstoffe (B)

(Ko)Monomerverbindungen werden in der Zahnmedizin nicht nur in Kompositen, sondern auch in Dentinadhäsiven, kunststoffhaltigen Zementen, Klebstoffen für Inlays, Kronen, Veneers, orthodontischen Brücken, Keramiken sowie in Unterfüllungen für Amalgam- und Goldfüllungen und als Fissurenversiegler verwendet. Die Polymerisierung ist nach der Lichthärtung nie vollständig und es verbleiben unpolymersierte Rest-(Ko)Monomere. Hauptursache des hohen Rest-(Ko)Monomeranteils der Kompositkunststoffe ist der niedrige Grad der (Ko)Monomer-Polymer-Konversion. Er beträgt je nach Schichttiefe 20-50 % [1, 2]. Chemisch freie, nicht vernetzte (Ko)Monomere können durch Speichelzutritt aber auch z.B. durch Nahrung bzw. Getränke (z.B. hochprozentige Alkohole) aus der Füllung ausgelaugt werden [3] und dann verschluckt werden oder sogar über den Dentinliquor durch das Dentin zur Pulpa diffundieren [4-6]. Nach der Freisetzung in die Mundhöhle können die aus-

gewaschenen (Ko)Monomerverbindungen auch in unmittelbaren Kontakt mit den Zellen der hochproliferativen Mundschleimhaut treten (z.B. Gingivazellen). Die durch das Dentin diffundierenden (Ko)Monomermoleküle gelangen in Kontakt mit den vitalen Zellen des Zahnmarks, unter anderem Pulpafibroblasten [4]. Im Weichgewebe des Zahnmarks erhalten die freigesetzten (Ko)Monomere außerdem Anschluss an die systemische Blutzirkulation. Neben Abrasion, Verschleiß und Elution werden freigesetzte (Ko)Monomere aus Kompositfüllungen nach dem Verschlucken im Darm nahezu vollständig resorbiert [7-10]. Abradierte Partikel mit einer Größe bis zu 100 μm können sogar inhaliert und über die Lunge in die Blutbahn gelangen. Beim Verblasen von Dentinadhäsiven ohne Kofferdamm können (Ko)Monomere auf die Mundschleimhaut gelangen und dort resorbiert werden. Beträchtliche Mengen werden dabei auch inhaliert und in der Lunge resorbiert [11]. Durch den Hautkontakt mit der unpolymersierten Kompositpaste können Allergien ausgelöst werden [12]. Handschuhe bilden nur einen geringen Schutz [13]. Sowohl die pulmonal als auch die intestinal aufgenommenen (Ko)Monomere aus den Kompositen können nach der Resorption im Organismus verstoffwechselt werden.

Toxizität von Zahnkunststoff-Materialien

Um die Toxikologie/Biokompatibilität von Zahnwerkstoffen ermitteln und vergleichen zu können, müssen bestimmte Testverfahren eingesetzt werden. Man unterscheidet hier In-vitro- und In-vivo-Methoden sowie Tests, z.B. auf Cytotoxizität, Mutagenität, Cancerogenität, Embryotoxizität oder Teratogenität. Ein wichtiger Aspekt bei der Bewertung der Toxikologie ist die Aufklärung der Resorption, Distribution, Metabolismus und Elimination einer Substanz im Organismus. Nur resorbierte Substanzen können Schädigungen auslösen. Ein wichtiger Punkt ist die Aufdeckung des Metabolismus der zu untersuchenden Substanz. In Tierstudien konnte gezeigt werden, dass die aus Kompositen freigesetzten und verschluckten (Ko)Monomere HEMA, TEGDMA und BisGMA vollständig resorbiert und im Körper zu Kohlendioxid abgebaut werden [7-10]. Es konnte ferner gezeigt werden, dass bei dieser Verstoffwechslung Intermediate gebildet werden können, die ihrerseits wieder starke toxische Wirkungen zeigen können – also „gegiftet“ werden. Beim Abbau von HEMA und TEGDMA konnte in menschlichen Lebermikrosomen sogar die Bildung des Epoxy-Intermediats 2,3-Epoxy-methacrylsäure nachgewiesen werden [14-16]. Epoxy-Verbindungen gelten als toxische Verbindungen [17]. Auch für mehrere (Ko)Monomerverbindungen zahnärztlicher Füllungswerkstoffe, beispielsweise für TEGDMA, BisGMA und Glycidylmethacrylat (GMA)

NEU!

LUNOS®
VOR FREUDE STRAHLEN

MULTITALENT

Jetzt Einführungs-
angebote sichern!
duerrdental.com/mylunosduo

Flexibilität
während der
Behandlung

Zuverlässiger
Service

Düsen kompatibel
mit MyLunos®



Das neue MyLunos Duo® Kombigerät

- Supra- und subgingivale Prophylaxebehandlung mit Ultraschall und Pulverstrahl
- Permanenter Luftstrom zum Schutz vor Verblockung
- Schneller Pulverwechsel durch zwei Kammern
- Düsen kompatibel mit dem MyLunos® Pulver-Wasserstrahl-Handstück

Mehr unter www.lunos-dental.com



Video
MyLunos Duo®

 **DÜRR
DENTAL**
DAS BESTE HAT SYSTEM

waren in mehreren In-vitro-Studien Veränderungen der Erbsubstanz zu beobachten [18,19]. Nach den Ergebnissen anderer Studien wurde postuliert, dass den mutagenen Effekten von TEGDMA möglicherweise die Deletion größerer DNA-Sequenzen sowie deren Transposition auf benachbarte DNA-Regionen zu Grunde liegen [18]. Auch für die hochmolekularen Methacrylate BisGMA und Urethan-dimethacrylat (UDMA) konnten an HeLa-Zellkulturen genotoxische Effekte gezeigt werden [20]. Allerdings ist hervorzuheben, dass es sich bei diesen Untersuchungen allesamt um reine in vitro-Studien handelt. Die Ergebnisse dürfen auf keinen Fall auf die klinische und physiologische Situation auf den Menschen übertragen werden.

Für eine wissenschaftlich fundierte Risikoabschätzung muss auch bekannt sein, wie viel von einer Substanz aus den Materialien freigesetzt wird, wie viel tatsächlich vom Organismus resorbiert wird und ab wann mit gesundheitlichen Problemen bei Betroffenen zu rechnen ist.

Wichtig: (Ko)Monomere erreichen im Speichel des Menschen nach der Elution aus Komposit-Füllungen maximal ‚nur‘ micromolare Konzentrationen. Toxische Wirkungen dieser Stoffe treten jedoch erst im millimolaren Bereich auf. Signifikante mutagene Effekte in Zellen treten erst bei (Ko)Monomer-Konzentrationen in vitro auf, die um den Faktor 5000 höher liegen, im Vergleich zur physiologischen Situation bei Komposit-Trägern. Deshalb gelten Komposit aus toxikologischer Sicht als sichere Zahnmaterialien und der Leitsatz von Paracelsus gilt natürlich auch hier: „Die Dosis macht den Stoff zum Gift“. Dennoch ist zu beobachten, dass bei einer steigenden Anzahl von Patienten nach der Zahnrestauration, z.B. mit Kunststoff-Zahnfüllungen, Nebenwirkungen (z.B. Allergien) auftreten.

Nebenwirkungen: Häufung von Atemwegserkrankungen, allergischen Reaktionen und Überempfindlichkeitsreaktionen bei zahnärztlichem Personal und Patienten

Methacrylate gelten als potente Allergene. Die Nebenwirkungen können von unangenehmen lichenoiden Reaktionen bis hin zu schwerwiegenden allergischen Symptomen (z.B. Asthma) reichen [21-24](Abb. 2 und 3).



Abb. 2: Periorale Dermatitis nach Applikation eines Keramik-Inlays mit einem Adhäsiv



Abb. 3: Symptome bei Unverträglichkeiten gegenüber Zahnkunststoff-Materialien.

Oben links und rechts: typische Lingua plicata (Faltenzunge);

unten links und rechts: typische Lingua geographica (Landkartenzunge)

Selbst unspezifische Reaktionen wie z.B. allgemeine Müdigkeit, Kopfschmerzen, Schwindel, Magen-Darm-Probleme, Gelenkschmerzen oder Schlaflosigkeit werden in Zusammenhang gebracht mit Zahnmaterial-Unverträglichkeiten (Abb. 4).



Abb. 4: Häufige unspezifische Symptome bei Unverträglichkeiten gegenüber Zahnmaterialien.

Mittlerweile konnten als Auslöser solcher Nebenwirkungen, die in der Zahnmedizin häufig verwendeten Methacrylate, wie z.B. HEMA und TEGDMA, eindeutig identifiziert werden.

Dabei sind nicht nur Patienten, sondern zunehmend auch Zahntechniker, zahnärztliches Personal und natürlich Zahnärzte betroffen, die mit diesen Stoffen während der Arbeit ständig exponiert sind. In Untersuchungen konnte festgestellt werden, dass z.B. das in der Zahnmedizin sehr häufig eingesetzte Methylmethacrylat (MMA) in der Raumluft in Zahnarztpraxen Konzentrationen bis zu 30 mg/m³ erreichen kann, was bereits einem Siebtel des Arbeitsplatzgrenz-(AGW)Wertes entspricht [25]. Die maximalen Konzentrationen in der Luft beim Legen von Füllungen lagen bei 45 µg/m³ für HEMA, 13 µg/m³ für EGDMA und 45 µg/m³ für TEGDMA [25].

Gutes Lüften und Aufbewahrung/Entsorgung von Zahnkunststoff-kontaminiertem Müll in gasdichten Behältnissen reduziert massiv das Expositions- und Allergierisiko für Betroffene in Zahnarztpraxen und Laboren. Ist kein gasdichtes Labor-Behältnis verfügbar, kann hier auch ein Einwegglas wertvolle Dienste leisten.

Es fällt auf, dass insgesamt nur sehr wenige Studien (vorwiegend aus Skandinavischen Ländern) in der Literatur zur Allergie von Zahnkunststoff-Materialien verfügbar sind. Als Hauptursache für die Zunahme der allergischen Reaktionen wird in diesen Studien übereinstimmend die starke Zunahme der Verwendung zahnfarbener kunststoffbasierter Materialien angegeben [26] - also weg vom Amalgam und hin zu Kunststoff-Füllungen. Manche Autoren nehmen dies nun zum Anlass, diese Ergebnisse, zusammen mit den toxischen Effekten von Kunststoffen auf Zellebene, auch auf die Entstehung von anderen Krankheiten zu übertragen [27]. Hier besteht die Gefahr, dass die „Laienpresse“ dies nun zum Anlass nimmt, auch ein Gefahrenpotenzial sogar für die Auslösung schwerer Erkrankungen bei Betroffenen ‚heraufzubeschwören‘, so wie dies bereits für Amalgam damals geschehen war.

Auswahl des verträglichsten Zahnmaterials für die Patienten

In weiteren eigenen Untersuchungen wurde von vielen kommerziell verfügbaren Komposits/Dentinadhäsiven/Prothesenwerkstoffen und anderen Zahnwerkstoffen die Freisetzungsratesolcher Inhaltsstoffe qualitativ und quantitativ bestimmt. Diese Untersuchungen wurden in Kausimulations- und Elutionsversuchen durchgeführt [28-34]. Durch weitere Untersuchungen konnte vom Autor mittlerweile die weltweit einzige Datenbank zur Freisetzungsratesolcher Inhaltsstoffe aus Kunststoff-Zahnmaterialien aufgebaut werden. Die Gesamtheit dieser freisetzbaren Inhaltsstoffe sind nie in den Sicherheitsdatenblättern der Hersteller aufgeführt und werden von den Herstellern auch nicht vollständig preisgegeben, da sie ja darauf die „Patentrechte“ haben und natürlich schwört jeder Hersteller auch auf sein Material.

Für Patienten ist es wichtig zu wissen, dass für bestimmte freigesetzte Inhaltsstoffe aus Kunststoff-Zahnmaterialien der Epikutantest (Hautrückentest) den anderen Testverfahren wie z.B. Lymphozytentransformationstest (LTT) oder Basophilen-Degranulations-Test (BDT) oder anderen Tests vorzuziehen ist, da letztere Tests bei dentalen Kunststoffen oft falsche Ergebnisse liefern können. Warum dies so ist und welche biochemischen Reaktionen hier eine Rolle spielen, wird aktuell auf universitärer Ebene intensiv erforscht.

Ebenfalls ist es nicht möglich die fertig polymerisierten Zahnmaterialien also die Plättchen (wie z.B. Komposits, Kleber, Adhäsive, Zemente, Prothesen) oder die fertigen metallischen Materialien (wie Kronen, Legierungen, Brackets, Implantate etc.) direkt im Epikutantest oder im

LTT/BDT zu testen, weil festgestellt wurde, dass viele Inhaltsstoffe erst nach einem halben Jahr daraus freigesetzt werden und deshalb nach 4-tägiger Ableseung im Epikutantest oder den anderen Tests (z.B. LTT) falsche Entscheidungen bei der Auswahl resultieren würden. Es müssen immer die freigesetzten Inhaltsstoffe getestet werden, diese reagieren innerhalb von 4 Tagen. Nur so kann dann über die vorhandene Datenbank der freigesetzten Inhaltsstoffe die Auswahl des für den Patienten verträglichsten Zahnmaterial vorgenommen werden. Patienten müssen also zum Allergietest kein Zahnmaterial mitbringen, weil es aus den erwähnten Gründen so gar nicht zu testen ist.

Ferner ist für den Zahnarzt aber auch für den Patienten wichtig zu wissen, dass Patienten mit bereits bestehenden und nachgewiesenen Allergien eine wesentlich höhere Wahrscheinlichkeit haben auch gegen Zahnmaterialien allergisch zu reagieren. Deshalb wird insbesondere Allergikern, sensiblen Menschen und Patienten mit Verdacht auf Dentalmaterial-Allergien geraten, vor einer teuren Zahnrestauration seine Zahnmaterial-Sensibilität testen zu lassen. Nur dann sind sowohl der Patient als auch der Zahnarzt auf der sicheren Seite.

In Zusammenarbeit mit Kliniken an der LMU München wurde ein Allergie-Testverfahren auf Basis des Epikutantests entwickelt, zum Nachweis einer evtl. bestehenden Allergie gegenüber freisetzbaren Inhaltsstoffen aus Zahnmaterialien (siehe Abb. 5 und 6). Patienten, mit nachgewiesener Allergie gegenüber solchen Stoffen, dürfen kein Zahnmaterial erhalten, das diese Stoffe in den Körper freisetzen kann. Unter Nutzung dieser Datenbank ist es auch möglich festzustellen, ob der Patient ein Zahnmaterial im Mund trägt, das er nicht verträgt und deshalb verantwortlich ist für seine bestehende Symptomatik. Dieses Material sollte dann schnellstmöglich ausgetauscht werden und durch ein verträgliches Material ersetzt werden. Dieses Material wird dann dem Patienten mitgeteilt mit der Garantie auf Verträglichkeit.

Heute ist es möglich, nach einer Allergietestung für den betroffenen Patienten das für ihn verträglichste Zahnmaterial vor einer anstehenden Zahnrestauration aus-



Abb. 5: Spezial-Pflaster für die Hauttestung (Epikutantest) mit den freisetzbaren Inhaltsstoffen aus Zahnmaterialien.

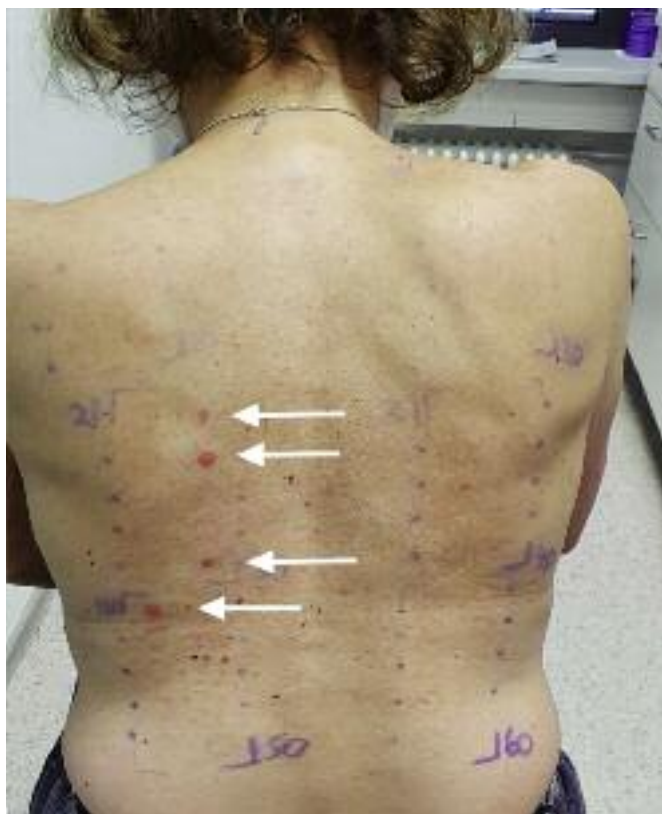


Abb. 6: Typische allergische Reaktionen (weiße Pfeile) im Hauttest (Epikutantest) auf freisetzbare Inhaltsstoffe aus Zahnmaterialien bei Zahnmaterialunverträglichkeiten

zuwählen. Ferner ist es möglich, klar zu unterscheiden, ob ein Patient wirklich eine Zahnmaterial-Unverträglichkeit hat oder seine Symptomatik doch eine andere Ursache hat (z.B. psychosomatische Reaktionen). Wird festgestellt, dass die Ursache seiner Symptomatik nicht ein Zahnmaterial ist, weil er im Test auf keinen freisetzbaren Inhaltsstoff reagiert hat, dann werden die Patienten an assoziierte Fachärzte vermittelt, die weitere, wissenschaftlich fundierte Behandlungen bei den betroffenen Patienten durchführen. Diese Fachärzte begleiten mit uns die betroffenen Patienten so lange, bis sie eine vollständige Ausheilung erfahren haben.

Wer kommt für die Kosten des Allergietests auf? Das Testverfahren ist zweigeteilt: Der Epikutantest ist das einzige von den gesetzlichen Krankenkassen anerkannte Testverfahren zum Nachweis von Zahnmaterial-Unverträglichkeiten. Dieser Test ist eine Kassenleistung. Die Leistungen des „Internationalen Beratungszentrums für die Verträglichkeit von Zahnmaterialien“ sind hingegen Privatleistungen, die abhängig sind von der Anzahl der zu testenden Zahn-Allergene und dem Aufwand des zu erstellenden Gutachtens (im Maximalfall 390 Euro).

Prozedere: Wenn bei betroffenen Patienten Zahnmaterialien getestet werden sollen, sollte der behandelnde Zahnarzt vorab eine E-Mail schreiben an (reichl@lmu.de) mit Angabe des Patientennamens und

den Telefonnummern sowie einer kurzen Beschreibung der Symptome. Die Patienten erhalten dann zeitnah einen Anruf zur Beratung und/oder Terminierung. Nach dem Test erhält der Patient und der behandelnde Zahnarzt den Befund und alle Informationen zum weiteren Vorgehen sowie die beim Patienten zukünftig zu verwendenden Zahnmaterialien.

Weitere Infos und Hilfe bietet das „Internationale Beratungszentrum für die Verträglichkeit von Zahnmaterialien (BZVZ)“ an der LMU in München:
www.dentaltox.com

Univ.-Prof. Dr. Dr. Franz-Xaver Reichl
Poliklinik für Zahnerhaltung und
Parodontologie der LMU
Goethestr. 70
80336 München
Tel.: 0171 2336927
E-Mail: reichl@lmu.de
www.dentaltox.com

Literaturverzeichnis

1. Ruyter IE. Unpolymerized surface laers on sealants. Acta Odontol Scand 1981;39:27-32.
2. Reinhardt KJ. Unconverted double bonds and interface phenomena in composite materials. Dtsch Zahnarztl Z 1991;46:204-8.
3. Reichl FX, Löhle J, Seiss M, Furche S, Shehata MM, Hickel R, Müller M, Dränert M, Durner. Elution of TEGDMA and HEMA from polymerized resin-based bonding systems. J Dental Materials 2012;28(11): 1120-5.
4. Gerzina TM, Hume WR. Effect of dentine on release of TEGDMA from resin composite in vitro. J Oral Rehabil 1994;21:463-8.
5. Gerzina TM, Wing G. Comparison of amalgam behaviour under static and cyclic sub-modulus of rupture loading. J Oral Rehabil 1991;18:337-41.
6. Spahl W, Budzikiewicz H, Geurtsen W. Determination of leachable components from four commercial dental composites by gas and liquid chromatography/mass spectrometry. J Dent 1998;26:137-45.
7. Reichl FX, Durner J, Manhart J, Spahl W, Gempel K, Kehe K, et al. Biological clearance of HEMA in guinea pigs. Bio-materials 2002;23:2135-41.
8. Reichl FX, Durner J, Hickel R, Spahl W, Kehe K, Walther U, et al. Uptake, clearance and metabolism of TEGDMA in guinea pigs. Dent Mater 2002;18:581-9.
9. Reichl FX, Seiss M, Kleinsasser N, Kehe K, Kunzelmann KH, Thomas P, et al. Distribution and excretion of BisGMA in guinea pigs. J Dent Res 2008;87:378-80.
10. Reichl FX, Durner J, Hickel R, Kunzelmann KH, Jewett A, Wang MY, et al. Distribution and excretion of TEGDMA in guinea pigs and mice. J Dent Res 2001;80:1412-5.
11. Hume WR, Gerzina TM. Bioavailability of components of resin-based materials which are applied to teeth. Crit Rev Oral Biol Med 1996;7:172-9.

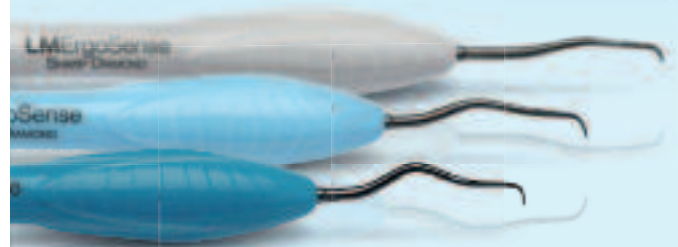
12. Aalto-Korte K, Alanko K, Kuuliala O, Jolanki R. Methacrylate and acrylate allergy in dental personnel. *Contact Dermatit-tis* 2007;57:324-30.
13. Andreasson H, Boman A, Johnsson S, Karlsson S, Barregard L. On permeability of methyl methacrylate, 2-hydroxyethyl methacrylate and triethyleneglycol dimethacrylate through protective gloves in dentistry. *Eur J Oral Sci* 2003;111:529-35.
14. Seiss M, Nitz S, Kleinsasser N, Buters JT, Behrendt H, Hickel R, et al. Identification of 2,3-epoxymethacrylic acid as an intermediate in the metabolism of dental materials in human liver microsomes. *Dent Mater* 2007;23:9-
15. Schwengberg S, Bohlen H, Kleinsasser N, Kehe K, Seiss M, Walther U, et al. In vitro embryotoxicity assessment with dental restorative materials. *J Dent* 2005;33:49-55.
16. Reichl FX, Durner J, Hickel R, Spahl W, Kehe K, Walther U, et al. Uptake, clearance and metabolism of TEGDMA in guinea pigs. *Dent Mater* 2002;18:581-9.
17. Durner J, Walther U, Zaspel J, Hickel R, Reichl FX. Metabolism of TEGDMA and HEMA in human cells. *Biomaterials* 2010;31:818-23.
18. Schweikl H, Schmalz G. Triethylene glycol dimethacrylate induces large deletions in the hprt gene of V79 cells. *Mutat Res* 1999;438:71-8.
19. Feldman D, Krishnan A. Estrogens in unexpected places: possible implications for researchers and consumers. *Environ Health Perspect* 1995;103 Suppl 7:129-33.
20. Heil J, Reifferscheid G, Waldmann P, Leyhausen G, Geurtsen W. Genotoxicity of dental materials. *Mutat Res* 1996;368:181-94.
21. Lindstrom M, Alanko K, Keskinen H, Kanerva L. Dentist's occupational asthma, rhinoconjunctivitis, and allergic contact dermatitis from methacrylates. *Allergy* 2002;57:543-5.
22. Piirila P, Hodgson U, Estlander T, Keskinen H, Saalo A, Voutilainen R, et al. Occupational respiratory hypersensitivity in dental personnel. *Int Arch Occup Environ Health* 2002;75:209-16
23. Kanerva L. Cross-reactions of multifunctional methacrylates and acrylates. *Acta Odontol Scand* 2001;59:320-9.
24. Hamann CP, Rodgers PA, Sullivan KM. Occupational allergens in dentistry. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2004;4:403-9.
25. Marquardt W, Seiss M, Hickel R, Reichl FX. Volatile methacrylates in dental practices. *J Adhes Dent* 2009;11:101-7.
26. Andrews LS, Clary JJ. Review of the toxicity of multifunctional acrylates. *J Toxicol Environ Health* 1986;19:149-64.
27. Neiss J. Gesundheitsrisiken durch Komposite. *Dental Tribune*, 9/10 vom 05. Sept. 2012 und 10/10 vom 02. Okt. 2012
28. Rothmund L, Reichl FX, Hickel R, Styllou P, Styllou M, Kehe K, Yang Y, Högg C. Effect of layer thickness on the elution of (co)monomers from bulk-fill composites. *Dental Materials*, 2017, 33(1):54-62
29. Deviot M, Lachaise I, Högg C, Durner J, Reichl FX, Attal JP, Dur-sun E. Bisphenol A release from an ortho-dontic resin composite: A GC/MS and LC/MS study. *Dental Materials* 2018, 34:341-354
30. Schmalz G, Hickel R, van Landuyt K, Reichl FX. Nanoparticles in dentistry. *Dental Materials*, 2017, 33(11): 1298-1314 review article
31. Federlin M, Blunck U, Frankenberger R, Knüttel H, Reichl FX, Schweikl H, Staehle HJ, Hickel R, Komposi-trestaurationen im Seitenzahnbereich. S1-Handlungsempfehlung. AWMF-Registri-erungsnummer: 083-028; 2017, Federführende Gesellschaften/Organisationen: Deutsche Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ) und Deutsche Gesellschaft für Zahn-,Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK).
32. Yang Y, Reichl FX, Shi J, Ilie N, Dhein J, Hickel R, Högg C. Antio-xidants as a novel composite component: Effect on composite elu-tion and degree of conversion. *Dental Materials*, 2019; 81:32-36
33. Heintze SD., Reichl FX, Hickel R Wear of dental materials: Clini-cal significance and laboratory wear simulation methods – A review. *Dental Materials Journal*, 2019, doi: 10.4012/dmj.2018-140
34. Kessler A, Folwaczny M, Reichl FX, Högg C. Monomer release from surgical guide resins manufactured with different 3D printing devices. *Dental Materials*, 2020; S0109-5641(20)30242-6. doi: 10.1016/j.dental.2020.09.002

LM

feel the
difference




LM ErgoSense

SHARP DIAMOND



EINFACH SCHARF.

SCHLEIFFREIE
INSTRUMENTE

-  Nicht zu schleifende Mikrobeschichtung
-  Übertreffende Schärfe
-  Ergonomischer Handgriff

LOSER & CO
often mal was Gutes...

Medicom

Medicom GmbH

TEL.: +49 (0) 21 71 / 70 66 70

info.dental.eu@medicom.com

www.loser.eu



Zeugnisbewertung für Hochschulabschlüsse aus dem Ausland

Über die Integration durch Qualifizierung (IQ) gibt es ein Förderprogramm, das durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales und der Europäischen Union über den Europäischen Sozialfonds Plus (ESF Plus) gefördert und vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge administriert wird. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung und die Bundesagentur für Arbeit sind Partner in der Umsetzung.

Eine versierte Dental Hygienikerin mit Diplom hatte Kontakt für ein Beratungsgespräch zu einem für ihre Region zuständigen Sachbearbeiter. Der zuständige Sachbearbeiter hatte bereits durch Vorlage der Unterlagen Telefonate mit der LZK Westfalen-Lippe geführt und nach deren Ausschluss mit der zuständigen Zentralstelle für ausländisches Bildungswesen in Bonn Kontakt aufgenommen. Fazit dieses Kontaktes war:

Da der Beruf der Dentalhygienikerin in Deutschland nicht existent ist, kann kein Anerkennungsverfahren ausländischer Abschlüsse in Dental Hygiene durchgeführt werden und scheidet aus.

Die LZK Westfalen-Lippe als zentrale Stelle stellvertretend für alle deutschen Zahnärztekammern, ist nur für

die Gleichwertigkeitsprüfung ausländischer Berufsqualifikationen mit dem deutschen Referenzberuf der Zahnmedizinischen Fachangestellten zuständig. Dennoch findet sich auf der Internetseite der Landes Zahnärztekammer Westfalen-Lippe ein Antrag auf Gleichwertigkeitsfeststellung. Hier sollte angeblich die Gleichwertigkeit ausländischer DH-Abschlüsse (Diplom od. Bachelor) mit dem Aufstiegsfortbildungsabschluss Dentalhygienikerin festgestellt werden und dies, obwohl in Deutschland kein Diplom vorhanden ist.

Der Abteilungsleiter Josef Voßkuhl, zuständig für die Aus- und Fortbildung der ZFA bei der LZK Westfalen-Lippe und von Beruf Dipl. Bankbetriebswirt, sowie ein weiterer Mitarbeiter verweisen hier irrtümlicherweise auf eine Rechtsgrundlage, die rechtlich nicht möglich ist. Für unsere ausländischen Abschlüsse (Diplom/B.Sc.) ist ausschließlich die Kultusministerkonferenz (KMK) als Zentralstelle für ausländisches Bildungswesen (ZAB) in Bonn zuständig bzw. die Zentralstelle für ausländisches Bildungswesen (kmk.org).

H. W. Diplom Dental Hygienikerin, RDH
Bei Fragen kann Kontakt über den Verband zur Autorin hergestellt werden.



DQR-EQR-Bachelor Professional in Dentalhygiene

Die EU-Staaten haben unterschiedliche Bildungssysteme mit einer Vielfalt verschiedener Abschlüsse. Der 2013 eingeführte „Deutsche Qualifikationsrahmen“ (DQR) ist in 8 definierte Niveaus eingeteilt, die dem „Europäischen Qualitätsrahmen“ (EQR) entsprechen. Somit soll die internationale Vergleichbarkeit beruflicher Abschlüsse über die Landesgrenzen hinweg verbessert und die europaweite Mobilität von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern gefördert werden. Der DQR besitzt allerdings keine Rechtsgrundlage. Die „akademischen“ Bachelor-Studiengänge sind auf Stufe 6, die Master Studiengänge auf Stufe 7 des DQR bzw. EQR verortet.

Die Titel „Bachelor Professional“ (B.Pro) und „Master Professional“ wurden erst 2020 eingeführt und zwar im Zuge der Novellierung des Berufsbildungsgesetzes (BBiG). Es sind zugelassene Bezeichnungen von Fortbildungsabschlüssen, die vor allem von den für Berufsbildung zuständigen Stellen nach §3/§71 Berufsbildungsgesetz (BBiG) vergeben werden können. Umgangssprachlich als Berufsbachelor oder Berufsmaster bezeichnet, werden sie von der Industrie- und Handelskammern (IHK), sowie Landwirtschaft- und den Hand-

werkskammern nach bestandener Prüfung vergeben. Zu den B.Pro Abschlüssen zählen u. a. Meistertitel wie die „geprüfte Floristikmeisterin“, „geprüfte Fachwirte“ und „geprüfte Industriemeister“. Dem Master Professional wiederum entsprechen z.B. der Abschluss Geprüfter Betriebswirt oder der Titel Berufspädagoge.

Festgelegt werden die einzelnen Abschlussbezeichnungen in den Fortbildungsordnungen des Bundes sowie in den Fortbildungsprüfungsregelungen der zuständigen Stellen. Die rechtliche Grundlage für den Bachelor Professional ist unter § 53c BBiG, für den Master Professional unter § 53d BBiG zu finden.

Auch wenn die sehr ähnliche Bezeichnung die Unterschiedlichkeit der Abschlüsse etwas verschleiert, ist klar, dass der Bachelor Professional wenig mit einem klassischen DH-Studienprogramm zu tun hat auf dessen Niveau der Bachelor of Science in Dental Hygiene im Ausland platziert ist.

H. W. Diplom Dental Hygienikerin, RDH

Prävention und Prophylaxe

DDHV fordert Berufsankennung der Dental Hygiene

Beate Gatermann: „Wir müssen uns aus den Zwängen, in denen wir uns seit 40 Jahre befinden, befreien“

Der Deutsche Diplom Dental Hygienikerinnen Verband e. V. (DDHV) wurde im Jahr 1989 als erster Verband in der Dentalhygiene in Deutschland von sieben engagierten Diplom Dental Hygienikerinnen gegründet. 1990 wurde er als erster deutschlandweiter Verband beim Registergericht in München eingetragen und hat heute 235 Mitglieder. „Die Titulierung Deutscher Verband war damals extrem schwierig zu erreichen“, so Beate Gatermann, RDH, DDHV-Vorsitzende, die den Verband nachstehend in einem Kurzinterview vorstellt.

Mit welchem Ziel wurde der Verband gegründet?

Beate Gatermann: Der Verband wurde mit dem Ziel gegründet, gemeinsam als ein Berufsbild anerkannt zu werden. Das haben wir trotz einer im Alleingang glorreich gewonnenen Petition im Bundestag bis heute nicht geschafft (das wird nur von 6,7 Prozent aller Petitionen erreicht). Die Umsetzung wurde von der Bundeszahnärztekammer ausgebremst.

„Wir wollen konsequent einen klinikbasierten Studiengang“

Welche Ziele verfolgt der Verband derzeit?

Gatermann: Eine Berufsankennung in der Dental Hygiene mit allen Merkmalen eines Berufsbildes, das uns über Brüssel und schon aus Menschlichkeit vielen Frauen gegenüber zusteht. Zudem setzen wir uns für einen international anerkannten Studiengang ein, der demnächst laufen soll. Wir wollen konsequent einen klinikbasierten Studiengang. Ohne diesen sind wir international nicht kompatibel. Schlussendlich sind wir ein manueller Beruf und keine Schreibtischtäter.

Welche aktuellen Herausforderungen beschäftigen den Verband besonders? Und welche Forderungen oder Lösungsvorschläge gibt es dazu?

Gatermann: Die größten Herausforderungen auf diesem Weg für den DDHV ist das Durchhaltevermögen und genügend finanzielle Mittel aufzutreiben für unseren letzten Weg: ein Berufsbild in Deutschland durchzusetzen. Dafür brauchen wir den Bildungslevel der Länder, in denen unser Berufsbild anerkannt ist. Das Zahnmedizinstudium läuft auch nicht über on-the-job. Wir müssen uns aus den Zwängen, in denen wir uns seit 40 Jahre befinden, befreien. Und diese Möglichkeit offeriert nur ein klinikbasierter Studiengang.

Mitglieder benötigen klinischen Abschluss

Wer kann Mitglied im DDHV werden?

Gatermann: Jede Diplom Dental Hygienikerin mit einem klinischen Abschluss. Alle bislang in Deutschland fortgebildeten Dentalhygienikerinnen müssen über einen klinikbasierten Studiengang einen internationalen Abschluss erlangen und sollten die Möglichkeit haben, ihr bislang Erreichtes anerkannt zu bekommen.

Welche Vorteile bietet eine Mitgliedschaft?

Gatermann: Der Vorteil ist, dass mehrere Schultern auch mehr tragen können. Unsere Mitglieder haben die Aufgabe, die hoch gesteckten Ziele ausdauernd moralisch mitzutragen. Und darin ist der DDHV ja Weltmeister.

„Gemeinsam ist man stärker“ – Wie sieht es mit der Zusammenarbeit mit anderen Verbänden aus?

Gatermann: Wir haben unsere Fühler ausgestreckt und Kontakt zu Verbänden aufgenommen, die Interesse an einer Zusammenarbeit haben. Allerdings sind wir weit davon entfernt, dies über Streitgespräche laufen zu lassen, da unsere Ziele ganz klar sind und der DDHV mittlerweile erwachsen geworden ist.

Quelle: DDHV

Der Beitrag ist am 30.11.2023 online erschienen auf Quintessence News:
<https://www.quintessence-publishing.com/deu/de/news/zahnmedizin/praevention-und-prophylaxe/ddhv-fordert-berufsankennung-der-dental-hygiene>

PROFIMED®

IHR MARKENHAUS FÜR ZAHNMEDIZINISCHE
PROPHYLAXE-PRODUKTE. SEIT 1983.



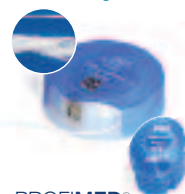
FÜR
PRAXIS UND
PATIENTEN



PROFIMED®
ORTHO-Floss
Fadenbürste
von der Rolle
im Spender,
50 Anwendungen

Bestens geeignet für die Reinigung bei Implantaten, Brücken, Brackets und großen Zwischenräumen. Das aufgefäuschte RISER-Floss, als Volumen-Zahnseide, bildet den weichen Mittelteil für die sanfte Reinigung, die Zwischenstücke erleichtern das Einfädeln und die Handhabung.

RISER-Floss
Volumen-Seide
vor und bei der
Anwendung



PROFIMED®
RISER-Floss
Volumen-Seide,
in runder Box mit
30 Metern
oder als Spender
mit 5 Metern

PTFE-Floss easy
glide-floss
sehr gleitfähig,
speziell für enge
Zahnstände



PROFIMED®
PTFE-Floss
easy glide-floss,
in runder Box mit
50 Metern
oder als Spender
mit 15 Metern



FÜR IHRE PRAXIS
ERHÄLTlich:
XL-Spender und
XL-Refills mit
250 Metern bzw.
750 Anwendungen!

www.profimed.de

PROFIMED®

Dentalvertriebs- und Prophylaxe-Gesellschaft mbH
Neue Straße 11 · 83071 Stephanskirchen
Tel. 0 80 31 / 7 10 17 · Fax 0 80 31 / 7 25 08
E-Mail: info@profimed.de

Alles andere als einseitig

Das neue Standgerät von DÜRR DENTAL ist ein echtes Multitalent in der Prophylaxe

Mit dem neuen MyLunos Duo® Kombigerät präsentiert DÜRR DENTAL das neueste Mitglied der Produktfamilie des Lunos® Prophylaxesystems. Das neue Standgerät ermöglicht eine umfassende Zahnreinigung mit nur einem Gerät, und das bei hochflexibler und bedarfsgerechter Anwendung je nach Patientenfall. Die Einsatzbereiche sind besonders vielfältig. Sie reichen von der supra- und subgingivalen Konkrement- und Zahnsteinentfernung durch Ultraschall bis hin zur Entfernung von Verfärbungen und Biofilm mit dem Pulverstrahl. Hierfür stehen zwei verschiedene Düsen zur Verfügung, die sich jeweils um 360° drehen lassen. Dies ermöglicht einen leichteren Zugang zu schwer erreichbaren Stellen im Patientenmund. Die beiden Düsen lassen sich schnell und leicht während der Behandlung austauschen, die einzigartige Kompatibilität der Düsen mit dem mobilen Handstück ermöglicht den flexiblen Einsatz des Zubehörs. Für die Pulverstrahlanwendung stehen die Lunos® Prophylaxepulver ‚Gentle Clean‘ für die supra- und subgingivale Anwendung zur Verfügung. Durch die zwei Pulverkammern kann schnell und bei Bedarf ein Pulverwechsel während der Behandlung stattfinden, ohne das Gerät ausschalten oder die Pulverkammern entnehmen zu müssen. Das Wasser wird auf eine angenehme Temperatur erwärmt, ein stetiger Dauerluftstrom im Pulverstrahl-Handstück schützt vor Verblockung.

Der Funktionsbereich Ultraschall ist ein schlankes und leichtes Scaler-Handstück und lässt sich ergonomisch und ermüdungsarm bedienen.

Durch die LED-Beleuchtung wird der Arbeitsbereich im Patientenmund optimal ausgeleuchtet. Das Gerät bietet



eine große Vielfalt an Scaleransätzen und erlaubt damit den bedarfsgerechten Einsatz für die unterschiedlichsten Behandlungssituationen und Behandlungsfälle. Alle Instrumente und Ansätze sind vollständig aufbereitbar. DÜRR DENTAL wurde 1941 von den Brüdern Dürr als feinmechanische Werkstätte in Stuttgart-Feuerbach gegründet. Geschäftsführer Martin Dürrstein führt das international agierende Familienunternehmen heute in dritter Generation. DÜRR DENTAL ist kompetenter Partner im Bereich Systemlösungen für Zahnarztpraxen und Dentallabore. Viele Standards in modernen Zahnarztpraxen gehen auf Entwicklungen des Unternehmens seit Jahrzehnten zurück.

Der DDHV plant seinen nächsten Kongress bei Dürr Dental in Bietigheim. Das Datum steht noch nicht fest.

ISDH 2024
International Symposium on Dental Hygiene 2024
July 11 - 13, 2024 | COEX, Seoul, South Korea

Collaboration
Optimization
Reimagination
Equality

For more information about the ISDH 2024, please visit www.isdh2024.com or simply scan the QR code provided as above.

Dental Hygienists, the Center of Oral Health

INTERNATIONAL ASSOCIATION OF DENTAL HYGIENISTS
KOREAN DENTAL HYGIENISTS ASSOCIATION

Buchbesprechung

Kiefer, Kopf und Gesicht Das große Selbsthilfe-Buch Taping, Massagen & Übungen bei Schmerzen und Beschwerden

John Langendoen, Karin Sertel, Jürgen Berkmler



Ihre Physiotherapie für zu Hause

Migräne, CMD, Nerven- und Nackenschmerzen – Probleme im Gesicht, Kiefer, Nacken oder der Wirbelsäule hängen oft miteinander zusammen. Verursacht werden die Schmerzen und andere Beschwerden meist durch Gelenkprobleme, verspannte Muskeln und Faszien oder auch innerer

Anspannung. Die erfahrenen Physiotherapeuten sind bekannte Experten und unterstützen Sie bei der Linderung.

- Den Ursachen auf der Spur: Durch Selbstanalyse ergründen und verstehen, woher die Schmerzen und Beschwerden kommen.
- Schatzkiste zur Selbsttherapie: Ob Taping, Faszientraining, gezielte Übungen, Selbstmassage oder Entspannung – für jedes Problem in dieser sensiblen Region finden sich zahlreiche Therapiemöglichkeiten, die Sie selbst ausprobieren und anwenden können.
- Ganz praktisch: Schritt für Schritt gezielt und einfach üben, massieren oder entspannen.

Aktiv gegen den Schmerz: Kiefer gut, alles gut.

Auflage: 1-2024
Seitenanzahl: 240 S., 260 Abb., Brosch. (KB+KL)
ISBN: 9783432117782
Thieme Verlag
Medientyp: Buch
Sprache: Deutsch
29,99 Euro (D), 30,90 Euro (A), Preise inkl. MwSt.
auch als E-Book erhältlich

Medizinische Exklusiv-Zahncreme mit Natur-Perl-System

OHNE
TITANDIOXID

Hocheffektive, ultrasanfte medizinische Mundpflege

Jetzt weiter optimiert:

- Rezeptur ohne Titandioxid
- hocheffektive Reinigung: 86,6 % weniger Plaque¹
- ultrasanfte Zahnpflege: RDA 28²
- optimaler Kariesschutz mit Doppel-Fluorid-System 1.450 ppmF
- 100 % biologisch abbaubares Natur-Perl-System



Besonders geeignet

- bei erhöhter Belagsbildung (Kaffee, Tee, Nikotin, Rotwein) und für Spangenträger



Dr. Liebe Nachf. GmbH & Co. KG
D-70746 Leinfelden-Echterdingen
www.pearls-dents.de/zahnaerzte

Der Kampf gegen die Dummheit hat gerade erst begonnen

Parodontalbehandlungen in Deutschland

Ist Ihnen bewusst, dass es kein Land gibt, indem die Parodontalbehandlungen über Kassen abgerechnet werden können? Da hilft auch nicht das Argument, dass unsere Krankenversicherungen sehr teuer sind. Sind sie nämlich im Ausland auch. Der Deutsche nimmt gerne die Dinge so lange unter die Lupe, bis die Dinge nichts mehr taugen. Dabei wäre es sinnvoll, über den Teller- rand hinaus zu schauen.

Meine über 50-jährigen und mit College-Abschluss und Staatsexamen/Staatenzulassung versehenen Erfahrungen lassen mich schon lange daran zweifeln, ob dieser Weg der Deutschen Politik in puncto Parodontalbe- handlung der richtige ist.

Denn, um es auf den Punkt zu bringen: Ich bekomme einen PA-Patienten in maximal vier Sitzungen auch so hin, ohne dem armen Patienten diesen langsam irrwitzi- ge Zeitaufwand der Dokumentation zuzumuten. Schließlich kostet der nicht nur einen Haufen Geld, son- dern auch die Zeit des Patienten. Denn sinngemäß den amerikanischen Methoden, die ja schon 100 Jahre mehr Erfahrung haben als die deutsche Zahnärztelandschaft, ist der Patient erst dann interessant, wenn die DH (RDH) gründlich den Patienten bearbeitet hat. Dann sieht unser Arbeitgeber nämlich, was zu tun ist. Wie lange die Diplom Dental Hygienikerin dazu braucht, ist mit ihrem hohen Schulungsniveau ihr überlassen. Taschenmessen im Urzustand: Für wen? Das Resultat ist wichtig! Zudem weicht ständig alles von dem Bild der Röntgenaufnahme zum Zustand mit besser geschulter Mundhygiene und dem Entfernen des toxischen Zahn- steins total ab.

Stattdessen gibt es bei uns vorwitzige Vorgehenswei- sen. So werden derzeit alle Patienten, die neu in eine Praxis kommen, zuerst durch die Schiene: „Sie brau- chen eine Parodontalbehandlung“ geschleust. Auch dann, wenn die behandelnde Praxis sonst nichts findet oder der Patient beteuert, dass diese gerade erst ander- weitig vorgenommen wurde. Uns liegen Erfahrungen vor, wo die Rezeptionistin die Beurteilungen fällt, was in der Dental Hygiene gemacht werden muss: Fotos, Taschenmessungen möglichst ohne Assistenz (geht aus hygienischen Gründen meist gar nicht, außer es gibt ein Computerprogramm mit Diktiermöglichkeit), erste Vor- behandlung, die der Patient aus eigener Tasche zahlen soll (heute längst nicht mehr notwendig). Dann ist die Entscheidung, wie wir arbeiten sollen abstrus: Manch- mal dürfen wir nicht mehr entscheiden, ob Pulverstrahl- behandlung (Cave bei Lungenerkrankten!) oder Politur mit rotierendem Winkelstück. Wir dürfen oftmals nicht unseren eigenen Zeitaufwand entscheiden, wobei in diesem Fall die Behandlerin in einem Burnout landete.

Normalerweise entscheidet der Behandler, was und wie er die Dinge macht. Auch das sind Themen, die in Deutschland oftmals noch nicht angekommen sind.

Was mich jedoch am meisten in den vielen Jahren der Parodontalbehandlung erstaunt, ist, dass der Patient langsam zum Abrechnungsprojekt mutiert ist. Es ist nicht mehr die Zeit wichtig, die ich in die direkte Behand- lung investiere, sondern das ständige Taschenmessen und Dokumentieren, wobei dieses eigentlich vor einer Behandlung nur für die Kartei interessant ist, der Patient und dadurch auch die Krankenkassen aber bezahlen müssen. Denn meist wird nicht unterschieden, wie die Taschentiefe wirklich ist. Weniger als 3mm ist vollkom- men uninteressant, da normaler Zustand. Warum also notieren? Man muss ja auch noch ständig den freilie- genden Zahnhalz zur Röntgenaufnahme hin berück- sichtigen und abziehen. Aber: Erst der saubere Zahn und gesundes Zahnfleisch sind wirklich wichtig. Das nicht-mehr-Bluten ist wichtig, die (hoffentlich dokumen- tierte) Mobilität ist wichtig, wobei sich die Angaben stän- dig ändern. Taschen tauchen auf, wo vorher keine waren und die zuletzt behandelte Tasche ist nicht mehr auffindbar. Vor allem bei Menschen mit gravierenden Krankheiten schwanken die Taschentiefen gerne und somit schwankt auch die Dokumentation.

Last but not least: Mir macht bei dem jetzigen System, das ja angeblich von erfahrenen Parodontologen kon- struiert wurde, unglaublich zu schaffen, warum die Recalls in galaktischer Entfernung eingehalten werden müssen. Gerade beim parodontal geschädigten Gebiss ist ein Mindest-Recall von drei Monaten ein MUST. Gerade dies wird jedoch beim sogenannten neuen System absolut gestrichen.

Wie mir neuerdings übermittelt wurde, wird dieses Pro- gramm massiv zurückgefahren. In unseren Augen war das Ganze ein Schuss in den Ofen. Es werden ja zusätzlich Daten von Patienten erfasst, die einem Kne- belvertrag gleich kommen. Bevormundung zum Beispiel bei den Angaben zum Rauchen oder ob sie Diabetes oder andere Erkrankungen haben. Diese müssten ja der Krankenkasse sowieso bekannt sein.

Fazit:

Deutschland wird erst mit einem Berufsbild in Dental Hygiene dort angekommen sein, wo wir im neuen Jahr- hundert eigentlich hingehören. Aber bis wir dies errei- chen, werden wir das Jahr 2100 schreiben. Und bis dahin haben wir ja schließlich nur noch 75 Jahre Zeit ...schlussendlich hinken wir ja eh schon 110 Jahre hin- ter den USA her. Sehr traurig, aber wahr.

Jay Leno

Although we may not be excited about growing old, we can be Thankful that we lived through these wonderful years.

To all the Kids who survived the 1930s, 40s and 50s:

First, we survived being born to mothers who may have smoked and/or drank while they were pregnant.

They took aspirin, ate blue cheese and dressing, tuna from a can and didn't get tested for diabetes.

Then, after that trauma, we were put to sleep on our tummies in baby cribs covered with bright coloured lead-based paints.

We had no childproof lids on medicine bottles, locks on doors or cabinets, and when we rode our bikes, we had baseball caps, not helmets on our heads.

As infants and children, we would ride in cars with no car seats; no booster seats no seat belts, no air bags, with bald tires and sometimes no brakes...

Riding in the back of a pick-up truck on a warm day was always a special treat.

We drank water from the garden hose and not from a bottle.

We shared one soft drink with four friends, from one bottle, and no one actually died from this.

We ate cupcakes, white bread, real butter and bacon. We drank Kool-Aid made with real white sugar.

And we were not overweight.

WHY?

Because we were always outside playing....that's why!

We would leave home in the morning and play all day, as long as we were back when the streetlights came on.

No one was able to reach us all day

- And we were OKAY!

We would spend our time building our go-carts out of scraps and then ride them down the hill,

Only to find out we forgot the breaks. After running into the bushes a few times, we learned to solve the problem.

We did not have Play Stations, Nintendo's and X-boxes. There had no diver games, no 150 channels on cable, no video movies or DVD's, no cell phones, no personal computers, no internet and no chat rooms.

WE HAD FRIENDS:

And we went outside and found them!

We fell out of trees, got cut, broke bones and teeth, and there were no lawsuits from those accidents.

We would get spankings with wooden spoons, switches, pin-pong paddles or just bare hands and no one could call child services to report abuse.

We ate worms and mud pies made from dirt. And the worms did not live in us forever.

We rode bikes or walked to a friend's house and knocked on the door or rang the bell, or just walked in and talked to them...

The past 85 years have seen an explosion of innovation and new ideas...

So if you are one of those born between 1925 – 1955: Congratulations!

Jay Leno ist übrigens der, der mal gesagt hat: Die längste Beziehung in meinem Leben habe ich zu meiner Registered Dental Hygienist.



- ✓ Enthält *Limosilactobacillus* reuteri* Prodentis®, ein einzigartiges Probiotikum für die Gesunderhaltung des Zahnfleisches.¹
- ✓ Fördert das Gleichgewicht der Mundflora.
- ✓ Geeignet für Patienten mit chronischer Parodontitis und immer wieder auftretender Gingivitis.²

* ehemals *Lactobacillus reuteri* Prodentis®

¹ L. reuteri DSM 17938
und L. reuteri ATCC PTA 5289
² Martin-Cabezas et al. 2016

Exklusiv in
Zahnarztpraxen
und Apotheken

SUNSTAR
G·U·M®

professional.SunstarGUM.com/de
service@de.sunstar.com

„Individuelle Parodontitis Nachsorge: ein Tigon+ Fallbericht“

Anwenderbericht Tigon+, Eva Lädach

1. EINLEITUNG

Trotz verbesserter Mundgesundheit und dem gesteigerten Bewusstsein für Mundhygiene sind weltweit zehn Prozent der Bevölkerung – ca. 743 Millionen Menschen – von einer schweren Parodontitis betroffen [1]. Parodontitis und Karies sind auch nach 30 Jahren noch zwei Erkrankungen, die mir im täglichen Berufsalltag häufig begegnen. Vor allem ältere Menschen sind häufig an Parodontitis erkrankt [2]. Frühzeitig erkannt, kann diese weltweit sechst-häufigste Krankheit [1] erfolgreich behandelt werden.

Gerade bei parodontal erkrankten Patienten ist eine regelmäßige Dentalhygiene besonders wichtig, um eine Stabilität der parodontalen Situation zu erzielen. Da bei diesen Patienten jedoch häufig tiefe Zahnfleischtaschen, freiliegende Zahnhäse und BOP (bleeding on probing, Blutung auf Sondieren) auftreten, und die Zähne sehr empfindlich sind, ist eine professionelle Zahnreinigung häufig sehr schmerzhaft. Spezielle Geräte wie der Tigon+ ermöglichen eine effiziente aber gleichzeitig schonende und vergleichsweise angenehme Behandlung. Hierdurch wird das Einhalten der Recall-Termine positiv beeinflusst, wodurch die parodontale Situation stabil gehalten, und ein möglichst langer Erhalt der natürlichen Dentition erreicht werden kann.

Meine Aufgabe als Dentalhygienikerin an der Klinik für Parodontologie der Universität Bern, Schweiz, beinhaltet hauptsächlich die Betreuung von parodontal erkrankten Patienten. Diese erreichen uns entweder von einer Allgemeinpraxis nach Diagnose einer parodontalen Erkrankung, oder aus eigenem Antrieb, nachdem erhöhte Zahnbeweglichkeit, Zahnfleischbluten, Schmerzen oder Schwellungen wahrgenommen werden. Nach erfolgter Initialtherapie durch den Zahnarzt kommen die Patienten zu mir in den Recall und werden danach über viele Jahre von mir und dem gesamten zahnmedizinischen Team begleitet und behandelt. Deren lebenslange Betreuung und Nachsorge bedeuten täglich neue Herausforderungen für mich.

2. FALLBERICHT

Der folgende Fallbericht schildert einen männlichen, 1967 geborenen Patienten mit chronischer, bereits stark fortgeschrittener Parodontitis mit Furkationsbefall. Der erste Aufnahmebefund zeigt generalisiert 6-8 mm tiefe Zahnfleischtaschen. 2011 kam der Patient erstmals zu uns in die Klinik. Der letzte Zahnarztbesuch vor Beginn

der Therapie in unserer Klinik lag zehn Jahre zurück. Der Patient rauchte etwa ein halbes Päckchen Zigaretten täglich. Zu Beginn der Therapie mussten einige nicht erhaltungswürdige Zähne extrahiert werden. 2012 wurde zuerst eine Hygienephase durchgeführt. Nach anschließender Reevaluation wurden in allen vier Quadranten Lappenoperationen (d.h. modifizierter Widman-Flap) durchgeführt. Als Folge der aktiven Parodontaltherapie entstanden massive generalisierte, 3-4 mm tiefe Rezessionen mit freiliegenden Zahnhälsen, bei welchen der Patient sehr sensibel reagierte. Darüber hinaus wurde an mehreren Stellen Wurzelkaries diagnostiziert. Seit 2014 befindet sich der Patient nun regelmäßig bei mir im Recall.

3. DANK SCHONENDER PLAQUE- UND BIOFILMENTFERNUNG KANN DIE PARODONTALE SITUATION AUF GLEICHEM NIVEAU GEHALTEN WERDEN

Eine Parodontalbehandlung beinhaltet verschiedene Schritte. Auf die Aufnahme und Beurteilung indizierter Befunde folgt die umfassende Information des Patienten und die Festlegung der Behandlung und Behandlungsziele. Entscheidend ist die Motivation des Patienten zur häuslich durchzuführenden Mundhygiene. Falls die Befunde es erfordern, wird die betreuende Zahnärztin hinzugezogen. Ausschlaggebend für die Art der Behandlung ist auch immer der Patientenwunsch. Oberstes Ziel ist jedoch immer der Erhalt der Dentition und der Kaufunktion.

Im Anschluss an Diagnose, Information und Kommunikation werden harte und weiche Beläge sorgfältig und schonend entfernt. Dazu wird eine maschinelle und manuelle supra- und gegebenenfalls subgingivale Depuration der aktiven, tiefen Taschen durchgeführt. Hier ermöglicht die Kombination von maschinellen und manuellen Instrumenten ein optimales und vollständiges Biofilm- und Plaque-Management. Am Ende der Behandlung dient die Schlusspolitur mit einer Polierpaste der Entfernung des Biofilms und etwaiger Verfärbungen. Sie ist für mich sowohl entscheidender, immanenter Teil der Therapie, als auch ein angenehmer Behandlungsschritt für den Patienten. Das gute Mundgefühl motiviert die meisten Patienten, nach dem Recall die häusliche Mundhygiene fortzuführen und somit dazu beizutragen, ihre parodontale Situation stabil zu halten und die Bildung von kariösen Läsionen zu verhindern.

Da parodontal erkrankte Patienten häufig freiliegende Zahnhäse haben, ist es unerlässlich, harte und weiche

Beläge so schonend wie möglich zu entfernen. Meine Patienten dürfen von mir eine professionelle Behandlung erwarten, welche einerseits schmerzfrei und andererseits vollständig und keineswegs oberflächlich sein sollte. Qualitativ hochwertige Geräte und Instrumente helfen dabei, diese Anforderungen zu erfüllen.

Im vorliegenden Patientenfall ermöglicht der Tigon+ eine sehr gewebeschonende und für den Patienten relativ angenehme weitestgehende Entfernung des Biofilms und Spülung der Taschen. Vor 2016 erfolgte die Behandlung im Recall mittels „Deep Scaling“ mit Hilfe von maschinellen und Handinstrumenten (Gracey Küretten), was für den Patienten schmerzhaft war. Darüber hinaus kann mit Handinstrumenten der Taschensfundus nicht erreicht werden. Die Behandlung im Recall war somit für Patient und Behandler immer eine große Herausforderung. Im August 2016 wird der Patient erstmals mit dem Tigon+ behandelt. Der Patient hat dabei bedeutend weniger Schmerzen bei der Behandlung. Die Hart- und Weichgewebschonende, aber dennoch effiziente Reinigung und Spülung der Taschen dank dem in etwa auf Körpertemperatur erwärmten Wasser, und der als angenehm empfundenen Frequenz des Tigon+, sind für den Patienten ein großer Mehrwert. Die schonende und angenehmere Behandlung wirkt sich positiv auf den BOP aus, und die aktiven Taschen verringern sich.

Die internationale Literatur belegt BOP als einen klinischen Indikator für das Fortschreiten bzw. die Stabilität der parodontalen Erkrankung [3]. Es zeigte sich, dass die Zunahme der BOP-Stellen mit einem Rückgang des Parodonts und erhöhtem Risiko für einen parodontalen Zusammenbruch verbunden ist [4, 5, 6], und das Fehlen von BOP ein gutes Indiz für parodontale Stabilität ist [7, 8]. Auch die Taschentiefe, welche mit Blutung auf Sondierung zusammenhängt [4], steht in Zusammenhang mit der parodontalen Stabilität.

Abbildung 1 zeigt anhand des Parodontalstatus die parodontale Verbesserung seit Beginn der Behandlung mit Tigon+.

4. ANGENEHMERE BEHANDLUNGEN HELFEN BEIM EINHALTEN DER RECALL-TERMINE

Die sehr tiefen Taschen können dank der guten Zugänglichkeit mit der langen, schmal geformten Spitze 1P und der Möglichkeit der individuellen Leistungseinstellung sorgfältig von Biofilm befreit und gespült werden (siehe Abb. 2, Spitze 1P an natürlichem Zahn einer 52-jährigen weiblichen Patientin). Ein W&H-spezifischer Regelalgorithmus für das Schwingensystem der Tigon+ - Spitze ermöglicht eine Frequenzanpassung entsprechend den äußeren Gegebenheiten. Je nach Druck, Flüssigkeitszufuhr und weiteren Umständen wird kontinuierlich die Frequenz der Schwingung adaptiert, wodurch eine viel feinere Abstimmung der Frequenz ermöglicht wird. Laut eigenen Aussagen empfindet der Patient diese Fre-

quenzanpassung und das temperierte Wasser als besonders angenehm und sanft.

Darüber hinaus ist dank des Tigon+ eine Behandlung ohne Anästhesie möglich, da die Schmerzen für den Patienten erträglich sind, und nicht mit Handinstrumenten gearbeitet werden muss.

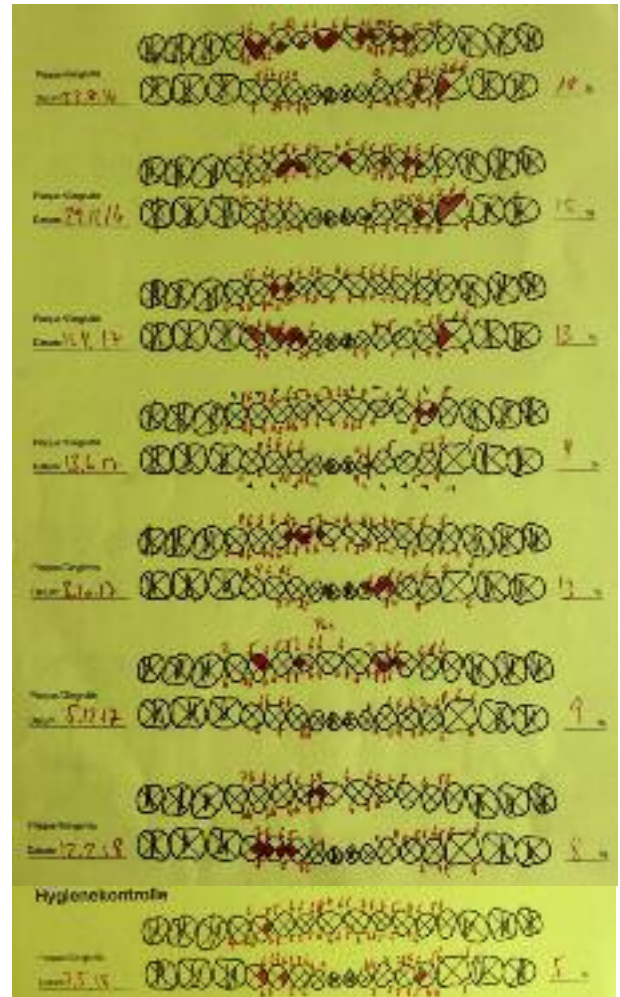


Abbildung 1: Der Anteil der Blutungen auf Sondierung hat sich seit August 2016 deutlich verringert. Während bei Beginn der Verwendung des Tigon+ am 22.08.2018 noch 18% aller Messungen eine Blutung bei Sondierung aufwies, sind es knapp zwei Jahre später lediglich 5%. (Abbildung mit freundlicher Genehmigung von Eva Ladrach, Zahnmedizinische Kliniken Bern)

Im Verlauf der Behandlungen nimmt die Empfindlichkeit der Zahnhäule ab, und die Wurzelkaries ist dank der regelmäßigen Verwendung einer fluoridhaltigen Zahnpaste mit 5000 ppm Fluorid unter Kontrolle. Die Kariesprophylaktische Wirkung der Applikation fluoridhaltiger Zahnpasten und Lacke wird in zahlreichen Studien belegt [9, 10, 11]. Der Patient reinigt zuhause mit einer Schallzahnbürste und Interdentalbürsten.

Durch gute Patientenkommunikation ist dem Patienten seine parodontal kritische Situation durchaus bewusst. Der Patient kann aufgrund der weniger schmerzhaften Behandlung mit Tigon+ zur Einhaltung der regelmä-



Abbildung 2: Am Beispiel einer 52-jährigen Patientin ist ersichtlich, wie mithilfe der schmalen, geraden Spitze 1P, welche universell für die Instrumentierung natürlicher Zähne geeignet ist, schonend Biofilm entfernt werden und Taschen schonend gespült werden können. (Foto © W&H)

gen Recall-Termine motiviert werden. Durch die regelmäßigen Recalls in kurzen Abständen können kaum harte Beläge entstehen, wodurch lediglich weiche Ablagerungen entfernt werden müssen. Die parodontale Situation kann dank des Tigon+ zur Freude des Patienten auf dem gleichen Niveau gehalten, eine ausreichende Kaukraft bewahrt werden. Der Tigon+ eignet sich also auch für die langfristige Behandlung parodontal stark beeinträchtigter Patienten.

Auch wenn uns die parodontal heikle Situation klar ist, kann der Verlust der eigenen Zähne hinausgezögert werden, und somit der Wunsch des Patienten, seine eigene Dentition zu erhalten, hoffentlich die nächsten Jahre erfüllt werden. Dies ist auch für mich ein sehr zufriedenstellendes und erfreuliches Ergebnis.

Eva Lädach

Mit freundlicher Genehmigung:
Swiss Dimensions



Eva Lädach startete 1984 ihre Ausbildung zur Dentalhygienikerin an der Dentalhygiene-schule Bern, welche in diesem Jahr erstmals die ersten Jahrgänge dieses Ausbildungszweiges begrüßte. Seither ist sie begeisterte Dentalhygienikerin, und hat nach dem Abschluss an der DH Schule Bern in Privatpraxen gearbeitet. Während ihrer beruflichen Karriere hat Eva Lädach als Erwachsenenbildnerin Prophylaxeassistentinnen und Dentalhygienikerinnen ausgebildet, und hat sich im Berufsverband für die Interessen der Dentalhygienikerinnen eingesetzt. Oberstes Ziel war und ist stets das Wohl der Patienten. Seit neun Jahren arbeitet die Dentalhygienikerin an den Zahnmedizinischen Kliniken in Bern, in der Klinik für Parodontologie unter der Leitung von Prof. Anton Sculean.

LITERATURQUELLEN

- 1) http://www.efp.org/publications/projects/periodandcaries/recommendations/Guideline03_Researchers.pdf
- 2) https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/dms/Zusammenfassung_DMS_V.pdf
- 3) Joss A, Adler R, Lang NP. Bleeding on probing. A parameter for monitoring periodontal conditions in clinical practice. *J Clin Periodontol* 1994;21(6):402-8.
- 4) Lang NP, Joss A, Orsanic T, Gusberti FA, Siegrist BE. Bleeding on probing fort he progression of periodontal disease. *J Clin Periodontol* 1986;13(6):590-6.
- 5) Haffajee AD, Socransky SS, Lindh J, Kent RL, Okamoto H, Yoneyama T. Clinical risk indicators for periodontal attachment loss. *J Clin Periodontol* 1991;18(2):117-25.
- 6) Gonzalez S, Cohen CL, Galván M, Alonizan FA, Rich SK, Slots J. Gingival bleeding on probing: relationship to change in periodontal pocket depth and effect of sodium hypochlorite oral rinse. *J Periodontal Res* 2015;50(3):397-402.
- 7) Lang NP, Adler R, Joss A, Nyman S. Absence of bleeding on probing. An indicator of periodontal stability. *J Clin Periodontol* 1900;17(19):714-21.
- 8) Swedish Council on Health Technology Assessment. Chronic Periodontitis – Prevention, Diagnosis and Treatment: A Systematic Review [Internet]. Stockholm: Swedish Council on Health Technology Assessment (SBU) 2004. SBU Yellow Report No.169. SBU Systematic Review Summaries.
- 9) Rugg-Gunn A, Bánóczy J. Fluoride toothpastes and fluoride mouthrinses for home use. *Acta Med Acad* 2013; 42(2):168-78.
- 10) Clark DC: A review on fluoride varnishes: an alternative topical fluoride treatment. *Community Dent Oral Epidemiol* 10;1982;117–23.
- 11) De Bruyn H, Arends J. Fluoride varnishes-a review. *J Biol Bucc* 15;1987; 71–82.

Rund um den Globus

Beneidenswert: Die **Schweiz** hat im Jahr 2023 insgesamt 69 Diplom Dental Hygienikerinnen mit einer 3-jährigen vollverschulten, mit Schwerpunkt dreisemestri-ger DH-Klinik ins neue Berufsleben verabschiedet. Jede der vorhandenen Institutionen hat eine eigene Klinik im Dental-Hygiene Zentrum. Die Kurzform mit 2 Semestern Anrechnung auf die Zahnärztliche Assistentin gibt es wegen der großen Bildungslücken schon seit mehreren Jahren in Zürich nicht mehr. Bis dahin hat Deutschland noch einen lange Durststrecke vor sich.

So gut wie bei allen Stellengesuch-**Inseraten** in der **Schweiz** wird nun spezifisch mit Abschluss einer Schweizer Dentalhygiene Schule geworben. Das ist das Resultat von Erfahrungen, die sie mit Deutschen DHs erst kürzlich gemacht haben und zu viele Lücken in kurzer Zeit aufgedeckt haben. Das führte dann zu einem Rundumschlag über das Schweizer Rote Kreuz, das ja einer Zulassung zustimmen muss. Das SRK wird erst eine Anerkennung ausführen können, wenn Deutschland einen Vertrag mit der Schweiz hat bzw. in Brüssel das Berufsbild der DH in Deutschland anerkannt ist. Das wird erst mit einem richtigen Bachelor möglich werden.

Dem DDHV wurde übermittelt, dass Herr Dr. Birglechner, Spezialist für Fortbildungen Deutschlandweit, seine Deutsche „Bachelor“ DH nun auch als **Klinikbasiert** bezeichnet. Unmengen an Formulierungen, die der DDHV (BG) in die Deutsche DH-Landschaft zur Abgrenzung zur richtigen Dental Hygienikerin ins Leben gerufen hat, werden so-mir-nichts-dir-nichts übernommen, obwohl die Zertifizierung, die wir im Gegensatz dazu haben, nicht vorliegt. Angefangen hat es mit der „Stuttgarter“ Fortbildungstitulierung Dentalhygienikerin, was ja im gesamten Ausland einen geschützten Beruf darstellt. In other words: Big Brother is watching you.

Der derzeitige Weg in Deutschland erinnert intensiv an den Bader in der Medizin. Der lernte innerhalb eines wirklich full time (auch das wird derzeit differenziert benutzt) Jahres auch nur vom Zuschauen. Das sollte eigentlich tempi passati sein, wenn man nicht nur Qualität haben will, sondern von der anderen Seite auch den Involvierten einen demensprechenden Abschluss bieten will und sollte, damit sie sich in Europa bewegen können.

Der DDHV meint bei Klinikbasiert einen *Universitäts-Zahnzentrum-Klinik*-Studiengang, bei dem der Student absolut unter direkter Aufsicht mit allem an einer Universität üblichen und möglichem Wissen auf höchstem ordentlichen Professoren-Standard in der Parodontologie gelehrt wird und nichts anderes, wie es auch im Ursprungsland unseres Berufes seit über 100 Jahren üblich ist. Zahnarztpraxen, die sich Kliniken nennen, gehören dort wie auch für uns nicht in ein ordentliches Studienprogramm.

Der DDHV war schon immer fleißig. So sollte nach dem Wunsch gewisser Groß-Institutionen die Zahnmedizin aus den wichtigen Themen der **WHO** vor einigen Jahren entfernt werden. Wir schrieben damals an die WHO und legten Protest ein. Schließlich gilt auch heute noch: Prävention ist billiger als Heilen. Leider werden aber nach wie vor Großkonzerne wie Coca-Cola oder Red-Bull wie auch so einige andere, den Regress nicht übernehmen, was zwingend erforderlich wäre. Der Konsum von zuckrigen Getränken hat massiv zugenommen und das, obwohl in Zahnmedizinischen Fachzeitschriften laufend darüber berichtet wird, dass süße Getränke massive Zahnschäden nach sich ziehen. Der Teufel (oder eher die Mixer-Industrie) scheint auch bei dem Modegetränk Smoothy mitgearbeitet zu haben. Wir sehen massenhaft matte Zahnoberflächen. Warum wir überhaupt noch Zähne haben, frage ich die Konsumenten bei meinen Behandlungen. So wird die Zellulose, die dringend für die Verdauung erforderlich ist, bei der Herstellung von Smoothies total zertrümmert, wie so manches andere auch.

Genauso legten wir vor einigen Jahren Protest ein, als die Deutsche DH in **Brüssel** zur Diskussion stand. Erst mit einem Weg, der kompatibel ist mit den anderen Ländern, die massiv (wirkliche) Universitäts-Klinikbasierung fordern und ein eigenes **Berufsbild** haben, können wir über Brüssel anerkannt werden. Es war bezeichnend, dass die Bundeszahnärztekammer wohl einen Beruf in Dental Hygiene schon immer ablehnte und nicht an der Abstimmung teilnahm. Das machte uns klar, dass mit der BZÄK auch keine Diskussion zu einem eigenen Beruf führen wird, wobei uns dies der derzeitige Bundeszahnärztekammerpräsident bei einer Sitzung in der BZÄK in Berlin, zu der er nicht eingeladen war, aber einfach reinplatze, das direkt übermittelte. Es gab mal Möglichkeiten unterwegs, aber uns war irgendwann mal klar, dass zuerst ein demensprechender Studiengang stehen muss. Alle anderen derzeit präsenten basieren auf einem zu flüchtigen Weg für Themen, die ein eigenes Berufsbild (oder einen eigenen Beruf, wie immer man das besser formulieren will) ausmachen. Halbe Sachen waren noch nie etwas in unserem Beruf und auch nicht für den DDHV. Warum gerade Deutschland diesen Weg geht, wurde schon einmal im DDHV-Journal erörtert.

Im Frühjahr 2023 wollte ein Mitglied über einem telefonischen Kontakt mit Frau Anna-Lena Schindler, **Bayerische Landes Zahnärztekammer, Referat Praxisführung**, festgestellt haben, ob die blauen Fließtücher der Firma Hu-Friedy gegen ein Gesetz verstoßen. Sie sind angeblich nicht zur Lagerung geeignet (welche DH lagert ihre Instrumente länger als einen Tag?). Ihr wurde mitgeteilt, dass Instrumente in der Dentalhygiene nur eines Thermo-Desinfektors bedürfen und nicht sterilisiert werden müssen. Nach einem weiteren Kontakt

meinte sie dann, dass es im Ermessen des Praxisinhabers sei, was mit den Instrumenten geschieht. Da war aber die Erste Aussage längst gemacht. Sie begründete ihr Statement damit, dass „ja kein Blut fließen würde und wir nicht im Körper arbeiten würden“. Es wurde ihr schon im ersten Telefonat erklärt, dass wir Diplom DHs wirklich nicht in der Mucosa arbeiten, sondern wir entfernen lediglich hochgradige Giftstoffe in Form von Zahnstein von der Zahnoberfläche. Dies jedoch bis in die tiefste mögliche Tiefe. Und da fließt – auch wenn wir längst keine Curettage mehr machen bzw. möglichst nie gemacht haben – immer Blut. Diese Aussage führte bei unserem letzten Kongress zu massivem Kopfschütteln und zu dem Gedanken, ob die wirklich immer noch nicht wissen, was wir DHs wirklich machen.

Unschlagbar: **NRW** (Nordrhein-Westfalen) war schon für vieles Vorreiter. So auch für die diesjährigen Abiturfächer: Biologie, Chemie, Ernährungslehre, Informatik, Physik und Technik. Alles Fächer, die wir sogar als Hausfrauen dringend brauchen, wobei das Prüfungslevel dann hoffentlich nicht gleich Uni-Level haben muss. Aber reinschmecken sollte in diese Fächer Jedermann/Frau! Da tut man sich leichter. Neueste Schlagzeilen: Die Bunderegierung will nun auch mitmischen. Sieht man die mehr und mehr übergewichtigen Menschen, die ja zu Lasten unserer gemeinsamen Krankenkassen fallen, so ist es längst fünf nach zwölf.

Im einem dental Team Journal des letzten Jahres kommt ein Bericht einer Deutschen Kammer DH „Supplementieren, was fehlt“ (**Nahrungsmittelergänzung**) eine medizinische Zusammenfassung, die eigentlich eines Arztes bedarf. Und mal ganz klar und deutlich ausgedrückt: Wie klein muss der Gedanke sein, um nicht zu bemerken, dass die Industrie die Nahrungsergänzungsmittel steuert? Was ist mit mal wieder täglich frisch und selber Kochen? Mit allen Zutaten, die der Körper braucht? Und das möglichst ohne Chemie? Das ist ganz sicher günstiger. Es ist nicht zu übersehen, dass

das vielen Menschen zu viel Aufwand geworden ist und sie lieber teure Pillen und Nahrungsergänzungsmittel einwerfen. Die Vitamin-Industrie ist die lukrativste überhaupt. Über diese Themen gibt es mittlerweile genügend Abhandlungen, die man lesen kann. Fazit: Das Zeug kann nicht teuer genug sein und soll ruhig die Konsumenten richtig schröpfen.

Ein Lichtblick: in der neuen Donna kommt auf Seite 94 ein Thema „Täglich einen Liter Obst- und Gemüsesäfte – gesund ist das nicht“. Es scheint sich was zu tun.

Dann noch ein Thema: **Digitale Lagerverwaltung in der Zahnarztpraxis**. Erfreulicher Weise hat mein Chef das längst an den Nagel gehängt. Für die Computerverwaltung braucht es eine Assistentin, die ständig am Monitor hängt – und in der Assistenz fehlt oder grantig herumläuft, da ihr für beides die Zeit fehlt. Zudem: Wer braucht all die im besagten DENTAL Team Seite 19 aufgestellten Schränke voller Materialien in diesen großen Mengen heute noch, wenn (außer zu Coronazeiten) fast alles über Nacht geliefert wird? Das Kalkül geht nicht auf. Lagern heißt: totes Kapital. Aber auch das haben noch nicht alle verstanden, vor allem nicht jene, die es nicht finanziell stemmen müssen.

Unbedingt ansehen:

youtu.be/KP3ymDXco-U?si=T9HG6HUIId1YFqxRe.

Deutlich zu sehen, dass dies keine desinteressierte Zahnärztlichen Assistentinnen mehr sind, sondern aufgestellte zukünftige DHs.

Erratum: Der im letzten Journal erschienene Bericht von Prof. Dr. U. Saxer war vorab schon im Dimensions Swiss Dental Hygienists (Journal) erschienen. Die dem Schweizer Verband zugesagten Angaben, dass dem so ist, gingen leider irgendwo auf dem Weg verloren. Normalerweise schreiben wir das grundsätzlich dazu. Tut uns echt leid!

Dies ist die 73. Ausgabe des DDHV-Journals. Das DDHV-Journal erscheint als erste und einzige unabhängige Fachzeitschrift der Dental Hygienikerinnen seit 1990 in Deutschland.

Impressum

Herausgeber	Deutscher Diplom Dental Hygienikerinnen Verband e.V. www.ddhv.de
Redaktion	DDHV-Vorstand
Vorsitzende, IFDH/EDHF-Delegierte	Beate Gatermann, RDH/USA, RDH/CH
Vorstand:	Lise Bacher, RDH Karen Friedt, RDH
IFDH/EDHF-Delegierte	Carmen Lanoway, RDH BS
Kontrolllesung Journal:	Bettina Mohr, RDH

Geschäftsstelle/
Journal/
Anzeigenservice

DDHV, c/o Apostroph, Hans-Peter Gruber,
Wiesmeierweg 8, 93047 Regensburg
Tel.: 09 41/56 38 11
E-Mail: hp.gruber@apostroph.com

Ideen, Beiträge und berufsbezogene Anzeigenwünsche richten Sie bitte an die Geschäftsstelle des DDHV.

Die Redaktion ist weder verantwortlich für inhaltliche Angaben der Berichte noch für Angaben der Inserenten. Die Redaktion ist frei in der Annahme von Berichten/Briefen und behält sich sinnwahrende Kürzungen vor. Unser Journal will informieren. Es spiegelt nicht unbedingt die Meinungen des DDHV wider.

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

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

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