

DDHV-Journal 2/2010



Deutscher DentalhygienikerInnen Verband e.V.

Man soll nicht zuschauen, man soll Zeuge sein, mittun und Verantwortung tragen.

Antoine de Saint-Exupéry
aus „Durst“

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

die Schweiz hat ca. 7,5 Millionen Einwohner. Davon 2,5 Millionen Ausländer. Das ist in Relation zu anderen Ländern eine sehr hohe Zahl. Jährlich verlassen in den letzten Jahren bis zu 40.000 Deutsche unser Land und lassen sich u.a. in der Schweiz nieder. Nicht alle freut dies.

Ein Zurück wird es in der Geschichte nicht mehr geben. Allerdings ist es unerklärlich, dass Generationen aus den Fehlern der Vergangenheit nichts gelernt haben. Zur Durchsetzung unseres Berufsbildes in diesem Land sind profunde Informationen immer die Basis für eine bessere Zukunft. Wie kommt es, dass vor über 40 Jahren unser Berufsbild trotz vehementer Attacks von Prof. Dr. H. R. Mühlemann & Co. in der sonst für uns ach „so festgefahrenen“ Schweiz sich durchsetzen konnte? Sahen diese Zahnmediziner in dieser Beziehung einfach globaler als hierzulande? Wir haben ca. 82 Millionen Einwohner. Wir haben kein Berufsbild in Dentalhygiene. Wir haben den vielfachen Nachweis (Deutsche SHIP-Studie, Wissenschaftsrat), dass dieser Beruf dringend erforderlich ist. Warum die Dipl. DH bis zum letzten Blutstropfen jedoch verhindert wird, lässt langsam Zweifel aufkommen, ob die deutsche Zahnmedizin wirklich so up to date ist, wie sie sich in den Medien und international so gerne platziert sieht oder ob sie nicht doch ein *Brett vor dem Hirn* trägt. **Schließlich existiert das Berufsbild der Dipl. DH in den USA exakt so lange wie die deutsche Zahnheilkunde hierzulande.** Und: Unser Beruf hat sich dort neben den (in Deutschland auch weiterhin gesuchten) Spezialisierungen in der Zahnheilkunde (Parodontologie) in den USA wunderbar etabliert.

Kalkuliert man das deutsche Angebot von maximal 950 Stunden DH-Kammer-Fortbildung, die sich trotz fehlender staatlicher Anerkennung den Namen DentalhygienikerIn gegeben hat, mit einem großteils *on-the-Job-Training* durch, so bleibt weniger (!!!) als ein halbes Jahr Vollverschulung übrig, dem eine **Mindest-**Ausbildungs-Dauer von zwei vollverschulten Jahren (plus ein weiteres Praktikumjahr unter strengster schulischer Aufsicht) im Ausland und ein staatlich genehmigtes Berufsbild mit Staatsexamen gegenüber stehen.

Wir lassen uns nicht mundtot machen und kämpfen auch nach fast 40 Jahren mit denselben Mitteln: nämlich mit Qualität statt Quantität und der Wahrheitsfindung, die heute dem deutschen politischen Alltag immer mehr abhanden zu kommen scheint. Wir sehen die Ausbildung zur Diplom DentalhygienikerIn zukünftig als Studium Fundamentale der Zahnmedizin und/oder als Bachelor, der sonst ungenutzt im Raum stehen bleibt. Denn ohne die profunde Behandlung des Zahnhalteapparates, dem ja schon seit ca. 50 Jahren in den USA (Deutschland hinkt auch hier wieder hinterher) zu Leibe gerückt wird, ist – und nicht wird, denn das ist vielfach bei uns immer noch im Gange! – so manche Brücke in unserem Land auf Sand gebaut. Dies wird sich auch so lange nicht ändern, bis flächendeckend die Fachfrau DentalhygienikerIn als zertifiziertes Berufsbild existent ist. Denn: Zwischen Kennern und Könnern war schon immer ein großer Unterschied.

In diesem Sinne mit herzlichen Grüßen

Ihr DDHV-Team

INHALT

- 2 DDHV-Fortbildungstagung 2011
- 4 Das Grünbuch - eine Zusammenfassung
- 4 Exzerpt aus: Aktuelle Einsatzbereiche und Ausbildungsmodelle für DentalhygienikerInnen in Europa
- 7 Bundesweit erste FH für Gesundheitsberufe in Bochum startet Einschreibung
- 8 Hamburger NFi ruft DH-Fortbildung wieder ins Leben
- 8 Kommentare zur Unterschriftenaktion des DDHV
- 11 Skrupellose Mafia oder Warum ein Blatt vor den Mund nehmen?
- 13 Das Gedächtnis der Gene. Epigenetik - eine neue Disziplin in der Molekularbiologie
- 16 Zucker - ein kalorienreiches Grundnahrungsmittel
- 17 20 Jahre DDHV - Fortbildungstagung 2010
- 18 International profiles of dental hygiene 1987 to 2006: a 21-nation comparative study (Teil 2)
- 24 Mundgesundheit - neue Konzepte für ein neues Jahrtausend
- 26 Rund um den Globus
- 30 Killerbrut - ein Film von Meike Hemschemeier
- 31 Buchbesprechungen
- 32 Veranstaltungskalender
- 32 Impressum

21 Jahre DDHV

DDHV-Fortbildungstagung 2011

Deutscher DentalhygienikerInnen Verband e.V.

Programm für Samstag, 02.04.2011

Sheraton München Arabellapark
Arabellastraße 5
81925 München

08:00 - 09:00	<i>Einschreibung / Produktinformation</i>	
09:00 - 09:10	Vorwort zur Tagung	Beate Gattermann, RDH, Dipl. DH
09:10 - 10:00	Bringen Resultate der Biofilmforschung in der zahnärztlichen Klinik Fortschritte?	Prof. Dr. Bernhard Guggenheim, CH
10:00 - 10:30	<i>Produktinformation / Kaffeepause</i>	
10:30 - 11:00	Über die Möglichkeiten und Limits subgingivalen Pulverstrahlens	Dr. med. dent. Gregor Petersilka
11:00 - 12:10	Vom Zungenbild zum Therapiekonzept	Dr. med. Oliver Gerlach
12:10 - 13:30	<i>Produktinformation / Mittagsbuffet</i>	
13:30 (- 16:00)	Schleifkurs (Praktische Hilfe bis 16.00 Uhr) Bitte bringen Sie unbedingt Ihre eigenen Instrumente und das Sidekick (Hu-Friedy) mit!	Egon Lemke
14:45 - 15:00	Der DDHV steht Rede und Antwort Die Kaffeezeit läuft parallel ab 15:00 Uhr. Sie ist zum Kennenlernen von Kolleginnen, zum Besuch der Aussteller sowie zur praktischen Umsetzung des Schleifens reserviert.	Beate Gattermann und Kolleginnen
16:00	Ende der Tagung	
16:10 - 17:15	Jahresmitgliederversammlung	Zutritt nur für (DH)-Mitglieder

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

Bitte beachten Sie die Produktpräsentationen unserer Aussteller.

- Änderungen vorbehalten -

Tagungsgebühr inkl. Kaffee und Mittagsbuffet:

Teilnehmer: 240,00 Euro; (DH)-Mitglieder und in Dtl. fortgebildete DH: 180,00 Euro;

Frühbucher erhalten einen Nachlass von 25,00 Euro bei Zahlungseingang bis 25.03.2011 (danach verfällt Rechtsanspruch).

Schriftliche Anmeldung: DDHV-Geschäftsstelle, Weichselmühle 1, D-93080 Pentling

Tel.: 0941 - 91 06 92 10; Fax: 0941 - 99 78 59; Beatrix.Baumann@gmx.de; www.ddhv.de

Prof. Dr. sc. tech.**Bernhard Guggenheim**

Jahrgang 1937. Abschluss als dipl. Landwirt, dipl. Ing. agrotech ETH Zürich. Während seines Studiums an der ETH erwachte sein Interesse an der Mikrobiologie und Biochemie. Er schloss sein Studium als Agrotechnologe mit einer Diplomarbeit am Mikrobiologischen Institut der ETH 1962 ab. Danach wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Kariesforschungsstation unter Prof. Dr. H. R. Mühlemann. Mit einer Dissertation über den Einfluss von Mundflüssigkeit auf den Metabolismus von Bakterien promovierte er 1965 an der ETH Zürich bei Prof. Dr. L. Ettlinger. Von 1964 bis 1972 untersuchte er die Rolle der Streptokokken in der Kariesaetiologie. In diese Zeitspanne fielen kürzere Aufenthalte in den USA, Schweden und England zur Erlernung neuer Methoden. Als Oberassistent übernahm er 1967 den Lehrauftrag Mikrobiologie für Zahnärzte. 1972 erwarb er die Venia legendi und im gleichen Jahr erfolgte die Gründung der selbständigen Abteilung für Orale Mikrobiologie und Allgemeine Immunologie, die er als etatmäßiger Extraordinarius leitete. Von 1972 an beschäftigte er sich mit seinen Mitarbeitenden in zunehmendem Maße mit der Ätiologie der Parodontitis, wobei vorerst einmal Veränderungen der körpereigenen Abwehr während der Entwicklung der Erkrankung im Tier im Vordergrund standen. Seit 1980 studiert er auch die Erkrankung am Menschen, wobei beides – Wirtsreaktion und subgingivale Taschenflora – untersucht werden. Sein Forschungsziel ist es, die Parodontitis im Tiermodell mit Bakterien vom Menschen zu erzeugen und pathogenetische Faktoren genau zu untersuchen und zu beschreiben. In den letzten Jahren befasste er sich mit Biofilmen. Zahlreiche Modelle von oralen Biofilmen wurden entwickelt. Diese erlauben in vitro die Prüfung von neuen antimikrobiellen Substanzen sowie die Untersuchung der De- und Remineralisierung von bovinem Schmelz unter Biofilmen. Zur Zeit entwickelt er ein subgingivales Biofilmmodell mit zehn vermutlich hoch pathogenen Arten. Dies erlaubt die Ko-Kultur mit primären menschlichen gingivalen Keratinozyten und die Erfassung von pro-inflammatorischen Zytokinen.

**Egon Lembke**

Jahrgang 1954. 1974 – 1979 Mathematikstudium an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität in Greifswald. 1979 – 1989 Projektleitung für die Inbetriebnahme von Bildverarbeitungssystemen im Ausland mit Schulung des Personals vor Ort (Anwendersoftware). 1989 – 1999 Leitung eines EDV Systemhauses mit Schwerpunktaktivität: Netzwerke und Anwendersoftware für Zahnärzte. 2000 – 2009 Beginn der Tätigkeit bei Hu-Friedy als Medizin-Produktberater, seit 2010 dort als Key Account Manager Germany. Er ist mit einer Zahnärztin verheiratet.

**Priv.- Doz. Dr. med. dent.****Gregor Petersilka**

Jahrgang 1968. Akademische Grade: Dr. med. dent. an der Universität Würzburg, Venia legendi und Titel als Privatdozent an der Universität Münster. 1990 – 1995 Studium der Zahnmedizin an den Universitäten Würzburg und Umeå (Schweden). 1996 – 1999 Wissenschaftlicher Mitarbeiter der Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie an der Universität Würzburg. Von 1999 – 2005 Wissenschaftlicher Assistent und Oberarzt an der Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie der Universität Münster. 2003 Habilitation und Lehrauftrag an der Universität Münster. Seit 2006 niedergelassen als Fachzahnarzt für Parodontologie und Spezialist für Parodontologie (DGP) in Würzburg. Beiratsmitglied und Tätigkeit für wissenschaftliche Zeitschriften: seit 2001 International Journal of Dental Hygiene; seit 2006 Fachgutachter im Bereich mechanische Biofilmentfernung für das Journal of Clinical Periodontology. Mitgliedschaft in wissenschaftlichen Gesellschaften: seit 1997 Deutsche Gesellschaft für Parodontologie; seit 1998 American Academy of Periodontology; seit 1999 International Association of Dental Research (IADR); seit 1999 Periodontal Research Group der IADR; seit 2002 Arbeitskreis der Fachzahnärzte für Parodontologie und seit 2008 Fellowship im International Team of Implantology (ITI).

**Dr. med. Oliver Gerlach**

Jahrgang 1970. Studium der Medizin an der Friedrich Alexander Universität in Erlangen. Während seiner Ausbildung zum Allgemeinmediziner war er in den Fächern der inneren Medizin, Chirurgie, Anästhesie und der Allgemeinmedizin tätig. In Jugendjahren ergaben sich über die Ausübung der asiatischen Kampfkünste erste Berührungen mit der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM). Bereits im 2. Studiensemester begann er seine Ausbildung und praktische Tätigkeit als Akupunktur, mittlerweile praktiziert er TCM seit mehr als 18 Jahren. Er studierte TCM in Japan, USA und Sri Lanka. Seine bedeutendsten Lehrer sind Prof. Dr. Manfred Porkert und Prof. Dr. med. Johannes Greden. Seit September 2001 unterrichtet er als Dozent der DGTCM vor allem Akupunktur, Zungendiagnostik und chinesische Arzneitherapie. 2008 erfolgte die Veröffentlichung seines Buches „Praxis der chinesischen Zungendiagnostik“. Seit 2002 ist er ärztlicher Leiter des „Shen, Lehr- und Forschungsinstitutes für Traditionelle Chinesische Medizin“ in Erlangen und Gastdozent an der Universität Porto am Studiengang „Master of Traditional Chinese Medicine“.



Das Grünbuch – eine Zusammenfassung

übersetzt von Lise Bacher, Dipl. DH

Es gibt viele Herausforderungen, Gesundheitssysteme in Europa zu betrachten. Die Menschen leben länger, neue Technologien ermöglichen eine Ausweitung der Methoden und eine Verbesserung der Qualität von oft teuren Behandlungen. Es gibt z.B. Gefahren für neue und wieder auftauchende übertragbare Krankheiten und die Erwartungen der Bürger steigen ständig in Hinsicht auf die bestmögliche Gesundheitsfürsorge.

Die Entwicklung effektiver und wirksamer Gesundheitssysteme, die den Herausforderungen gewachsen sind, hängt zum großen Teil davon ab, ob hochqualitative Arbeitskräfte mit ausreichender Kapazität und den richtigen Fähigkeiten im Gesundheitswesen vorhanden sind. Dies gilt natürlich für alle EU-Mitgliedsstaaten.

Angesichts der Tatsache, dass den Mitgliedsstaaten eine Anzahl von staatlichen Problemen mit ihren Arbeitskräften im Gesundheitswesen gegenübersteht, kann viel durch die Förderung von Kooperationen und staatlicher Annäherung zwischen den Mitgliedsstaaten gewonnen werden. Die Europäische Gemeinschaft kann einen Mehrwert durch gezielte Unterstützung beisteuern. Am 10. Dezember 2008 nahm die Kommission ein Grünbuch für EU-Arbeitskräfte im Gesundheitswesen an und gab entsprechende öffentliche Ratschläge dazu heraus.

Ziel des Grünbuchs ist es, die Transparenz der angesprochenen Punkte zu erhöhen, ein klareres Bild zu dem Ausmaß der Situation zu generieren, wo lokale und/oder nationale Gesundheitsmanager den gleichen Herausforderungen ausgesetzt sind, und Projektbeteiligte (stakeholders) in die Erörterungen einzubeziehen, um die Verantwortlichen in Europa zu unterstützen, damit die Probleme effektiv adressiert werden können.

Fazit und Kommentar des DDHV: Dies sind weiterführende Infos zu dem im letzten Journal (1/2010, Seite 17) publizierten Diskussionspunkt der Bundeszahnärztekammer Berlin. Es geht hier nicht um die Übernahme von zahnärztlichen Leistungen, denn seit fast 100 Jahre hinweg gilt die Prophylaxe als separate Tätigkeit. Vielmehr geht es darum, günstiger Möglichkeiten anzubieten, die Zähne zu erhalten. Das sollte ohne Frage mit dem Eid des Hippokrates für alle Zahnmediziner Deutschlands vereinbar sein. Anstatt den Fortschritt mitzugestalten, wehrt sich die deutsche Zahnärzteschaft vehement gegen jegliche Berufsnenerungen in Richtung professioneller und zertifizierter Prävention – und nicht nur in dieser Richtung gegen Änderungen. Allerdings ist Deutschland auch das einzige Land überhaupt, das eine ZMP bzw. eine Fortbildung zur DH zulässt und das eine Zahnarztschwemme vorweisen kann. In allen anderen Ländern ist der zahnmedizinische Beruf eher rückläufig.

Exzerpt aus: Aktuelle Einsatzbereiche und Ausbildungsmodelle für DentalhygienikerInnen in Europa

Dr. Claudia Luciak-Donsberger, RDH, BS

Das Berufsbild „Dentalhygiene“ wurde vor 100 Jahren in den USA ins Leben gerufen und in den 1940er Jahren über das Vereinigte Königreich nach Europa „importiert“. Heute ist es in 22 europäischen Ländern etabliert und gesetzlich anerkannt. Bereits vor über 30 Jahren wurde von der WHO empfohlen, die zahnmedizinische Versorgung an verschiedene spezifisch für ihre Tätigkeit ausgebildete Berufsgruppen zu delegieren, um einen kosteneffizienten Behandlungszugang zu gewährleisten. Die Dipl. DH ist ein wichtiger Teil dieses Behandlungskonzepts. Kompetenzen befinden sich in den Bereichen der evidenzbasierten zahnmedizinischen Vorbeugung und der konservativen Parodontalbehandlung. Diese sind im Einklang mit den Zielen der WHO, die öffentliche Gesundheitsförderung, einen Fokus auf veränderbare Risikofaktoren für Parodontalerkrankungen und evidenzbasierte Praxis beinhalten (1,2). [.....]

Eine aktuelle Umfrage im Vorreiterland Schweden, die von der Sozialversicherungsbehörde durchgeführt

wurde, zeigt, dass in den meisten schwedischen Zahnarztpraxen ein/-e Zahnarzt/-ärztin, ein bis zwei Dipl. DentalhygienikerInnen (DH) und ein bis zwei ProphylaxeassistentInnen (PA) tätig sind (3).

WHO Data zeigen, dass in Ländern, in denen Dipl. DH zum Einsatz kommen, ein signifikanter Rückgang an Zahnerkrankungen zu verzeichnen ist (4). Die Aufnahme präventiver zahnmedizinischer Leistungen von Seiten europäischer Sozialversicherungsträger unterstreicht ihre Wichtigkeit und trägt dazu bei, dass die Öffentlichkeit diese Leistung fordert. In den USA werden seit Jahren signifikant mehr präventive als restaurative zahnmedizinische Leistungen erbracht. Die Dipl. DH-Behandlung ist dort die medizinische Intervention, die mit der größten Regelmäßigkeit in Anspruch genommen wird. In ihrer Diplomarbeit im Masterstudium Public Health zeigt die Schweizer Gesundheitsökonomin Yvonne Hasler auf, dass eine lebenslange primärpräventive Dentalhygienebehandlung kostengünstiger ist als die

→

Folgekosten, die durch aufwändige Therapie unbehandelter Parodontalerkrankungen und durch festsitzenden Zahnersatz entstehen. Der Erhalt eigener Zähne betrifft aber nicht nur Finanzen, sondern auch die Allgemeingesundheit und die Lebensqualität (5).

[.....]

Da durch die Verbesserung der oralen Gesundheit in diesen Ländern die Nachfrage nach präventiven und minimal invasiven Leistungen bereits überwiegt, haben Gesundheitsministerien in Dänemark und in Schweden beschlossen, in Zukunft mehr Dipl. DH als ZahnärztInnen auszubilden, um den Zugang zur Vorsorge einfacher und [.....] führte dort eine Gesundheitsreform dazu, dass mehr Dipl. DH ausgebildet und ihre Kompetenzen erweitert wurden. In diesen Ländern besitzen die Menschen ein hohes Bewusstsein über Zahngesundheit und gehen mindestens einmal im Jahr zur zahnärztlichen Kontrolle (6).

Ausbildungstrends

[.....]

Eine aktuelle Studie untersuchte Ausbildungstrends für das Berufsfach Dentalhygiene in Europa (EU und europäischer Wirtschaftsraum) (8). Seit der letzten Untersuchung dieser Art in 2003 ist ein klarer Trend zu längeren Ausbildungszeiten und zu höheren Studienabschlüssen zu verzeichnen (Bachelorabschlüsse anstelle von Diplomen). [.....]

In fünf europäischen Ländern verleihen derzeit alle Ausbildungsinstitutionen einen akademischen Bachelorabschluss. In zwei weiteren wird dieses Ausbildungsmodell in Kürze eingeführt. Zehn EU-Mitgliedstaaten, die Bachelorabschlüsse in Dentalhygiene anbieten, haben die Ausbildung bereits an das European Credit Transfer System (ECTS) angepasst. [.....]

In Deutschland entstand aus der Fortbildung zur PA die berufsbegleitende Fortbildung zur DH, die im Durchschnitt 7 Jahre dauert, ca. 900 Ausbildungsstunden beinhaltet, und nicht zu einem Diplom oder Bachelorabschluss führt (im Unterschied zu den mehr als 5000 Stunden für eine fundierte, 3- bis 4-jährige DH-Ausbildung mit Diplom oder Bachelorabschluss). Das deutsche Fortbildungsmodell ist weltweit einzigartig und in Frage zu stellen, da es Jahre dauert, bis die Bevölkerung den Zugang zu weiteren DH erhält und dennoch die Fortbildung zu wenig wissenschaftlich, harmonisiert und qualitätsgesichert ist, um dem internationalen Standard und den Anforderungen des europäischen Marktes nach evidenzbasierter Versorgung zu entsprechen.

Schlussfolgerungen:

Generell hat sich die orale Gesundheit der europäischen Bevölkerung in den letzten Jahren deutlich verbessert. Dadurch hat sich die Nachfrage nach Vorbeugungsleistungen und einfachen Reparaturen verstärkt. Dennoch gibt es in Europa immer noch einen gravie-

renden Mangel an qualifizierten Dipl. DH – vor allem im Vergleich zu den USA, Kanada, Japan und der Republik Korea (10). Vor allem gibt es nach wie vor große Unterschiede im Zugang zu qualifizierten DH in den EU-Mitgliedstaaten, vor allem im Verhältnis zur Bevölkerungsanzahl. Zusammenfassend zeigt sich jedoch, dass in Europa in den letzten sechs Jahren:

- zusätzliche Länder den Dipl. DH-Beruf gesetzlich anerkennen und eine Ausbildung anbieten,
- Bachelor-Ausbildungsabschlüsse signifikant ansteigen und nicht-akademische Diplomabschlüsse rückläufig sind,
- mehr Länder ihre Bachelor-Ausbildungsprogramme an den Richtlinien des ECTS ausrichten,
- die Anzahl der Länder, die ausschließlich Bachelor-Studien in DH anbieten, signifikant ansteigt.

Am ehesten werden in Europa Dipl. DH in Ländern ausgebildet und eingesetzt, wo das öffentliche Gesundheitswesen hoch entwickelt ist und es „Chief Dental Officers“ (eine staatlich geschaffene Position eines „Oberzahngesundheitsdirektors“) gibt (11). Dabei handelt es sich um ZahnärztInnen, die als Vollzeitjob Gesundheitsministerien beraten. Ihre Aufgabe besteht darin, die Rechte der Bevölkerung auf kosteneffiziente, evidenzbasierte und qualitätsgesicherte zahnmedizinische Versorgung zu wahren und Empfehlungen auszuarbeiten und Projekte umzusetzen, die dazu führen, dass Gelder aus öffentlicher Hand in diesem Sinne eingesetzt werden. In anderen Ländern (wie Belgien, Deutschland, Frankreich und Österreich), in denen Gesundheitsministerien diese Funktion eher an Mitglieder der Interessensvertretungen der ZahnärztInnen delegieren und sich selbst weniger in Entscheidungsprozesse einbringen, zeigt sich, dass von Seiten der Interessensvertretungen Druck ausgeübt wird, um die Ausbildung und Einsatzbereiche für Dipl. DH entweder zu verhindern oder stark zu beschneiden. (11). Im Gegensatz dazu steht das Beispiel USA, wo zahnmedizinische Leistungen nur in geringem Maße aus öffentlicher Hand unterstützt werden und die ZahnärztInnen in der American Dental Association (ADA) eine durchaus mächtige Interessensvertretung haben, und dennoch der Dipl. DH-Beruf von Seiten der ZahnärztInnen wertgeschätzt und als integrativer Teil der zahnmedizinischen Versorgung angesehen wird. Dort hat sich durch die langjährige Erfahrung mit der Aufgabenverteilung im zahnmedizinischen Team gezeigt, dass sich ursprüngliche Ängste, nämlich dass Dipl. DH dem Einkommen der ZahnärztInnen schaden, nicht bewahrheitet haben.

Um für die Einsatzbereiche von Dipl. DH einen gleichwertigen Qualitätsstandard innerhalb Europas gewährleisten zu können, wäre es wünschenswert, wenn dieser Beruf von der EU-Gesetzgebung anerkannt und in weiterer Folge ein harmonisierter Ausbildungsweg (Bachelorabschluss nach ECTS) geschaffen würde. Diese Ausbildung sollte zu klar definierten Lernzielen, Kompetenzen und beruflichen Einsatzbereichen führen.

Bildungsabschlüsse in Dentalhygiene in Europa (2008)
(Luciak-Donsberger/Eaton)

Land	Anzahl der Ausbildungsstätten	Ausbildungsdauer in Jahren	Diplom	Akad. Bachelor Abschluss	Geplante Veränderungen
Dänemark	2	2.5 and 3.5	1	1 ¹	Alle BA ¹ geplant
Deutschland	0 ²	ca . 7 ⁶ Fortbildung	-	-	[.....]
Finnland	5	3.5		Alle BA ¹	
Island	-	-	-	-	1 BA ¹ geplant
Italien	20	3	15	5 ¹	MA ¹ geplant
Kroatien	0	-	-	-	BA ¹ für 2010 geplant
Lettland	1	1+2 und 2+2 ⁴	1		BA ¹ geplant
Litauen	2	3 und 4	1	1	BA ¹
Malta	-	-	-	-	Diplom oder BA ¹ geplant
Niederlande	4	4 ³	-	Alle BA ¹	MA ¹ geplant
Norwegen	3	3	-	Alle BA ¹	MA ¹ geplant
Polen	2	3	2	0 ⁵	BA ¹ geplant
Portugal	2	3	-	Alle BA ¹	
Rep. Irland	2	2	2		1 BA ¹ in 2010
Rumänien	-	-	-		BA ¹ geplant
Schweden	8	2 ⁷ und 3	8	7 ¹	Alle BA ¹ geplant
Schweiz	4	3	4	-	Erweitertes Curriculum BA ¹ diskutiert
Slowakei	1	3	-	Alle BA ¹	
Slowenien	1	2	-	-	Diplom und danach BA ¹ geplant
Tschech. Rep	4	3	3	1 ¹	
Ungarn	3	2 and 3	3	-	BA ¹ in 2010
Vereinigtes Königreich	20	2.5 and 3	16 Dual ³	4 ¹	Zusätzl. BA ¹ geplant

¹ Akad. Bachelor Grad (BA oder MA) adaptiert nach dem European Credit Transfer System (ECTS)

² 3-jähriges Programm nach Schweizer Vorbild wurde 2006 geschlossen

³ Doppelabschluss in Dentalhygiene und Dentaltherapie

⁴ Für diplomierte Krankenschwestern und ProphylaxeassistentInnen mit 2-jähriger Ausbildung

⁵ Anrechenbar für postgraduelle akademische Studien in Public Health

⁶ Fortbildungsmodell für zahnärztliche AssistentInnen

⁷ Drittes Jahr wahlweise für akad. Bachelor Grad

Referenzen:

1. World Health Organisation. Webpage: Strategies and Approaches in Oral Disease Prevention and Health Promotion. Geneva, World Health Organisation. [http://www.who.int/oral_health/strategies/en/accessed July 25th 2009](http://www.who.int/oral_health/strategies/en/accessed%20July%2025th%202009)
2. Petersen PE, Kwan S. Evaluation of community-based oral health promotion and oral disease prevention – WHO recommendations for improved evidence in public health practice. *Community Dent Health* 2004; 21 (Suppl. 4): 319–329.
3. Malm, Thomas. [Zahngesundheit und Vorsorge] Im Jahresbericht der schwedischen Sozialversicherungsträger (Hälsö-och sjukvårdsrapport 2009) Socialstyrelsen
4. Petersen PE. The world oral health report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31 (Suppl. 1): 3–24.
5. Kandelman D, Petersen PE, Ueda H. Oral health, general health and quality of life in older people. *Spec Care Dentist* 2008; 28: 224–236. Review.
6. Niiranen T, Widström E, Niskanen T. Oral health care reform in Finland – aiming to reduce inequity in care provision. *BMC Oral Health* 2008; 8: 3.
7. Chichester SR, Wilder RS, Mann GB, Neal E. Incorporation of evidence based principles in baccalaureate and non-baccalaureate-degree dental hygiene programs. *J Dent Hyg* 2002; 76: 60–66.
8. Luciak-Donsberger C, Eaton KA. Dental hygienists in Europe: trends towards harmonization of education and practice since 2003. *International Journal of Dental Hygiene* 2009. accepted for publication
9. Nash DA, Friedman JW, Kardos TB et al. Dental therapists: a global perspective. *Int Dent J* 2008; 58: 61–70.
10. Eaton KA, Newman HN, Widström E. A survey of dental hygienists numbers in Canada, the European Economic area, Japan and the United States of America in 1998. *Br Dent J* 2003; 195: 595–598.
11. Widström E, Eaton KA, Luciak-Donsberger C. Changes in Dentist and Dental Hygienist Numbers in the European Union and Economic Area. *International Dental Journal*, Submitted for publication.

Diese Teil-Vorab-Publikation aus *Dental Tribune* wurde freundlicherweise dem DDHV zur Verfügung gestellt.



Bundesweit erste FH für Gesundheitsberufe in Bochum startet mit Online-Einschreibung für das Wintersemester

Vierte neu gegründete Fachhochschule in NRW nimmt Studienbetrieb auf

Zum Wintersemester 2010/2011 nimmt die Hochschule für Gesundheit in Bochum den Studienbetrieb auf. Deutschlands erste staatliche Fachhochschule, die speziell für Gesundheitsberufe ausbildet, bietet Studierenden in fünf Studiengängen eine akademische Ausbildung bei paralleler Berufsausbildung. Online-Bewerbungen sind bereits möglich.

Die ersten 200 Studierenden können im Herbst in den Bereichen Ergotherapie, Hebammenkunde, Logopädie, Pflege und Physiotherapie ein Studium beginnen. Insgesamt entstehen in Bochum in den kommenden Jahren 1.000 Studienplätze. Zugangsqualifikationen für die zulassungsbeschränkten Studiengänge sind Abitur oder Fachhochschulreife. Zudem muss bei allen Fächern vorab ein vierwöchiges Praktikum in einem einschlägigen Berufsfeld absolviert werden. Es soll helfen, einen realistischen Einblick in die vielfältigen Aufgaben und Anforderungen eines Gesundheitsberufes zu gewinnen.

Mit der am 1. November 2009 gegründeten Hochschule für Gesundheitsberufe, die ein wesentliches Element des Gesundheitscampus in Bochum ist, nimmt nun die vierte neue Fachhochschule zum kommenden Winter-

semester ihren Studienbetrieb auf. Sie ist Teil des Ausbaus der Fachhochschullandschaft um insgesamt 11.000 Studienplätze.

Die zusätzlichen Plätze verteilen sich auf die neuen Fachhochschulen Rhein-Waal (Kleve und Kamp-Lintfort), Ruhr-West (Mülheim und Bottrop) und Hamm-Lippstadt mit je 2.500 Studienplätzen, die FH für Gesundheitsberufe in Bochum, die im Endausbau über rund 1.000 moderne und praxisnahe Studienplätze verfügen wird, sowie acht bereits bestehende Fachhochschulen, die um insgesamt 2.500 Plätze ausgebaut werden. Das Land investiert für den Bau, Ersteinrichtung und Betrieb der neuen Hochschulen sowie den Ausbau der bestehenden Fachhochschulen in diesem Jahrzehnt insgesamt 1,3 Milliarden Euro.

Weitere Informationen finden Sie unter:
<http://www.innovation.nrw.de>

Kommentar des DDHV:

Wenn es für unser Berufsbild wenigstens diesen Weg geben würde, so wäre das schon etwas Sensationelles.

DDHV

Im Hamburger NFi (Norddeutsches Fortbildungsinstitut für Zahnmedizinische Assistenzberufe GmbH: Frage, ist das ein privater Träger im Auftrag der Zahnärztekammer?) wird nun die schon einmal begonnene DH-Fortbildung wieder ins Leben gerufen – mit folgendem Aufbau:

Vorklinik:

Dauer 8 Wochen. Die ersten zwei Wochen finden voll verschult mit Praktikum im NFi statt. In den folgenden 4 Wochen findet der Unterricht im Institut immer mittwochs bis freitags statt, d. h., 3 Gruppen der Teilnehmerinnen sind montags und dienstags in den Praxen, um das Erlernte mit Unterstützung des Arbeitgebers zu vertiefen.

Die andere Gruppe, bestehend aus 6 Kursteilnehmerinnen, behandelt – betreut durch das Schulungsteam – Patienten, möglichst aus der Hauspraxis. Nachmittags werden die Patientenfälle der entsprechenden Gruppe mit den Lehr-DHs und einem NFi-Zahnarzt besprochen.

Abschlussprüfung der Vorklinik:

Nach 8 Wochen Vorklinik schriftliche Abschlussprüfung im NFi.

Klinik:

4 Monate sind die DH-Schülerinnen in der eigenen Praxis tätig, dokumentieren die Behandlung ihrer Demopatienten in einem Testatheft.

Hier wird ausdrücklich auf die erforderliche Unterstützung des Praxisinhabers hingewiesen. Es sollen 3 bis 5 PAR-Patienten behandelt und dokumentiert werden. Während dieser Zeit findet alle 4 Wochen an einem Donnerstag/Freitag ein Coaching im NFi zur Präsentation und Besprechung von Patientenfällen in Gruppen zu je 12 Teilnehmerinnen statt.

Praktische Prüfung in Gruppen im NFi. Anschließend findet eine mündliche Prüfung statt. Danach erfolgt die Zeugnisübergabe bei einer Abschlussfeier.

Gesamtsumme: 9.380,00 Euro ohne Reisekosten, ohne Lebenshaltungskosten. Fortbildung ist steuerlich absetzbar.

Im Gegensatz dazu sieht die Ausbildung zur Diplom Dentalhygienikerin wie folgt aus: Wir präsentieren hier die ausführlichste Form, die wir über das Internet recherchieren konnten, wobei dieser Stundenplan die Zeit von 8 – 17 Uhr umfasst. Da wird schon alleine deutlich: Eine Fortbildung trennen Welten von einer Ausbildung. Mehr Informationen unter: www.careum.ch

1. Ausbildungsjahr

17. Schulungsjahr																																																				
Sept.			Oktober			November			Dezember			Januar			Februar			März			April			Mai			Juni			Juli			August			Sept.																
38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37
Einleitung	Lernbereich Schule Block 1				Lernbereich Schule Block 2				Ferien Feiertage				Lernbereich Schule Block 3				Lernbereich Schule Block 4				Ferien				Lernbereich Schule Block 5				Ferien				Lernbereich Schule Block 6				Lernbereich Schule Block 7				Ferien				Lernbereich Schule Block 7							

2. Ausbildungsjahr

7. Schulungsjahr																																																			
Sept.			Oktober			November			Dezember			Januar			Februar			März			April			Mai			Juni			Juli			August			Sept.															
38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37
Lernbereich Schule Block 8						Lernbereich Schule Block 9						Lernbereich Schule Block 10 <small>Lernbereich Schule Block 10 Ferien Feiertage</small>			Lernbereich Schule Block 10			Lernbereich Schule Block 11			Block 12 <small>Block 12 Ferien / F</small>			Lernbereich Schule Block 12			Sozialpraktikum <small>(inkl. Feiertage Wo 21/23)</small>			Ferien / F			Block 12			Lernbereich Schule Block 13			Ferien Feiertag			Block 13			Lernbereich Schule Block 14 (5 Wochen)						

3. Ausbildungsjahr

5. Ausübungsjahr																																																			
Sept.			Oktober			November			Dezember			Januar			Februar			März			April			Mai			Juni			Juli			August			Sept.															
38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37
Lernbereich Praxis														Ferien Feiertage		Ferien ind.		Lernbereich Praxis				Lernbereich Schule Block 15		Lernbereich Praxis										Ferien ind.		Lernbereich Schule Block 15		Lernbereich Praxis				Lernbereich Schule Block 15									

Kommentare zu unserer Unterschriftenaktion unter www.ddhv.de.

Liebe Leserinnen und liebe Leser:

Falls Sie sich noch nicht eingetragen haben:

Jede Unterschrift zählt!

Vielen Dank.

Unterschriftenaktion
Petition

Unterschriftenaktion
Petition

- Tolles Angebot (Petition im Internet).
- This is long overdue. The public will benefit by having formal education and recognition of the dental hygiene profession in Germany.
- long overdue
- I strongly support the installation of the dental hygiene profession in Germany!
- Sehr geehrte Damen und Herren, diese Unterschriftenaktion bzw. Petition unterstütze ich gerne, weil meines Wissens der Beruf der Dipl. DentalhygienikerInnen in unserem Land unterrepräsentiert und aus unerfindlichen Gründen immer noch nicht anerkannt ist. Dieser Berufsstand ist eine Bereicherung in der Zahnmedizin! Gesundheitspolitisch ist es auf Dauer nicht mehr zu vertreten, die professionelle Dentalhygiene, die der Prävention nicht nur im Kindesalter dient, sowohl aus Zahnarztpraxen zu verbannen als auch an der Selbstständigkeit zu hindern. Ich wünsche der Aktion des DDHV viel Erfolg!
- Kommt es in Deutschland, kommt es auch bei uns (Austria).
- Ich finde, diese Anerkennung ist sehr wichtig und tatsächlich bereits seit langem überfällig!

- Dieser neue, selbstständige Berufszweig ist absolut wichtig und nötig für Deutschland!!! Im Ausland wird er bereits mit großem Erfolg praktiziert. Nachweislich würde es auch die Krankenkassen finanziell entlasten. Der Gesundheitszustand der Zähne + des Zahnfleisches würde sehr davon profitieren.
- Gute Idee, diese Petition! Wünsche euch viel Unterstützung.
- Germany is fantastic when it comes to general medical care, but so backward in this particular issue.
- Eilt!!!
- Die Dentalhygienikerin leistet einen enorm wichtigen Beitrag zur gesunden Mundhygiene und zeigt auf, dass die Gesundheit jedes einzelnen Menschen in der Mundhöhle beginnt. Ich finde, jede Dentalhygienikerin in Deutschland und überall woanders verdient den Respekt und die Anerkennung, die sie verdient!!!! Darum ja zu dieser Petition!
- Absolut erforderliches Berufsbild – in der modernen Zahnheilkunde unentbehrlich
- Ein kompetentes Berufsbild – wie Physiotherapie zur Orthopädie – gehört die Dipl. Dentalhygienikerin zum Zahnarzt/Parodontologen.
- Thanks for the very important idea; I will try to find friends to support the petition.
- Hoffentlich dann auch in Österreich.
- Ich finde eine einheitliche Ausbildung der DentalhygienikerInnen und eine Zertifizierung äußerst wichtig – ich will schließlich wissen, ob ich mich auf die Kenntnisse derselben verlassen kann ("Mundpropaganda" wird trotzdem wichtig bleiben).
- Dringend an der Zeit!!!
- Anliegen sehr hoch.
- Ich bin Univ. Dipl. DH aus Südafrika und hoffe, dass endlich sowohl in Deutschland als auch in Österreich die Anerkennung und Einführung kommen wird, damit die Grauzonen endlich aus dem Weg geräumt werden! Ich drücke fest die Daumen für eine tolle Response!
- Es ist höchste Zeit, dass Österreich und Deutschland auf dem Gebiet der parodontalen Vorsorge und Behandlung im 21. Jahrhundert ankommen! Alles Gute für Ihre Aktion!
- Könnten Sie diese Petition um "Österreich" erweitern?
- I strongly support this petition.
- Ich bin derzeit als niedergelassener Facharzt für ZMK in einer Praxis in Deutschland tätig und stehe in Ausbildung zum MSc für Parodontologie. Ich würde die Ausbildung zur Dipl. DH sehr begrüßen.
- Ich hoffe sehr, dass genug Unterschriften zusammenkommen. Viel Glück, God bless u.
- Es ist höchste Zeit für Anerkennung/Einführung/Zertifizierung des Berufsbildes Diplom Dentalhygienikerin in Deutschland!!!
- Bitte informieren Sie mich über den Fortschritt Ihrer Bemühungen.
- Dieser Petition kann man sich aus österreichischer Sicht vollinhaltlich anschließen, da auch in Österreich ein unerträglicher Zustand vorherrscht, bei dem sogar neben der Dentalhygienikerin nicht einmal ein legalisiertes volles Berufsbild einer zahnärztlichen Assistentin existiert!
- Eine nachhaltig wirksame Prophylaxe im Bereich der Dentalhygiene kann nur erreicht werden mit einer fundierten Ausbildung von diplomierten Dentalhygienikerinnen, deren Bildungsplan den anstehenden dentalhygienischen und parodontalen Problemen in der deutschen Bevölkerung gerecht wird.
- Keep on going!
- Each modern educated person knows, how much important is the seriously professional dental hygiene for general health!!!
- I hope that Dental Hygienists in Germany will get the recognition that they deserve. Like all dental hygienists they are a valuable and important part in prevention and treatment of oral diseases.
- 4-jährige Bachelorausbildung Hochschule Nijmegen&Arnhem als Dentalhygieniker. Jetzt tätig in den Niederlanden, da Berufsgruppe in Deutschland leider nicht anerkannt.
- Ich hoffe, dass mit dieser Petition etwas bewegt werden kann und der Beruf der Diplom DH in Deutschland endlich auf den Weg gebracht werden wird!
- Bin begeistert von Ihrer Arbeit. Weiter so.
- Das Berufsbild der DH sollte definitiv in Deutschland endlich anerkannt werden!!!
- Ich wünsche Euch viel Glück.
- Warum erst jetzt? Die Erkenntnis, dass dieser Beruf und damit verbunden die entsprechende Bestätigung der Ausbildung und Befähigung äußerst wichtig sind, ist nicht neu. Wer ist für die gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen der Versäumnisse haftbar zu machen? Ganz zu schweigen von den künftigen Patienten, die bei zeitgerechtem Handeln erst gar nicht zu solchen geworden wären.
- Viel Erfolg !
- Association of dental hygienists in Slovakia supports the profession of dental hygienists in Germany. ADHS
- I think it is a necessity for every country in the world to have a recognized dental hygiene program. Oral health care is simply too important to ignore.
- I strongly support the introduction of a dental hygiene educational program and the dental hygiene profession in Germany, as it exists in many other countries around the world.
- Die Zahnheilkunde braucht ausgebildete Dentalhygienikerinnen unbedingt auch unter Berücksichtigung der weiteren Zunahme der Parodontalerkrankungen.
- Ich finde es ungerecht, dass es eine deutschsprachige Ausbildung zur Dipl. Dentalhygienikerin lediglich in der Schweiz gibt. Zumal man schon als Zahnmed. Fachangestellte weiß, dass die Zahnärzte diese Aufgabe an die Prophylaxehelferinnen abgeben und sich nicht großartig mit diesem Thema beschäftigen.

DDHV

Skrupellose Mafia oder Warum ein Blatt vor den Mund nehmen?

Beate Gattermann, RDH, Dipl. DH

Margarine ist gesund. Margarine ist ungesund. Eigelb treibt den Cholesterinwert nach oben. Eigelb hat wenig mit Cholesterinwerten zu tun, aber Fett und Zucker gemeinsam oder zu viel, ist immer zu viel, wobei die Werte hier mittlerweile in Frage gestellt werden. Schließlich sterben mehr Menschen an Herzinfarkt ohne erhöhten Cholesterinwert. Fullmouthdesinfection ist ein Muss. Fullmouthdesinfection ist nicht möglich. Antibiotikabehandlungen müssen mit PA-Behandlungen einhergehen. Antibiotikabehandlungen müssen nicht mit PA-Behandlungen einhergehen.

Karies ist ansteckend. Karies ist nicht über die Mutter ansteckend, da für Karies ein Micro-Film (auch zur Abwehr) vorhanden sein muss und wir Mütter unseren Kindern keinen Zungenkuss geben und unter normalen Umständen auch den Schnuller unserer Kinder nicht in den Mund nehmen. Man kann das allerdings bei Müttern sehen, die nicht mitdenken. Den Micro-Bio-Film gibt es in tausenden Varianten seit diese Welt existiert. Ohne einen Bio-Film gäbe es auch kein Leben.

Nun kommen Berichte, wonach das Zahnmännchen auf der Kippe steht. Zukünftig sollte nur gelten: Es ist alles

erlaubt, was erlaubt ist. Das Zahnmännchen stammt noch aus der Dream-Team Ära Mühlemann/Marthaler und vielen heute berühmten Ex-Assistenten. Es ist schon besser, etwas zu tun, als nichts zu tun. Aber fragte man beide Experten direkt, so mussten sie immer zugeben, dass es komplett ohne Zucker doch noch gesünder ist! Ich jedenfalls, als großer Bio-Fan und weil ich meine Zähne sehr gut reinige, genieße absolut in Maßen lieber „normalen, aber Bio-Zucker“, weil er einfach besser schmeckt. Dazu gehören aber keine süßen Getränke (!!!), keine Bonbons *what so ever*, kein Kaugummi, leider selten Schokolade, und ich halte mich fern von Junk Food und somit von Geschmacksverstärkern und verstecktem Zucker. In München ist das ein Leichtes, denn hier gibt es mittlerweile so viele höchstqualifizierte, wunderschöne Bio-Geschäfte/Restaurants, dass man die Qual der Wahl hat. Schließlich ist ja doch allen langsam bekannt, dass in jedem Ersatz auch meist ein Zusatz versteckt ist, der oftmals mehr schadet als hilft. Dies dürfte bei „Zahnmännchen-mit-Schirm“-Produkten auch der Fall sein. Denn der darin enthaltene Ersatzzucker ist nach wie vor nicht auf Cancerogenität getestet worden.

→

Eigentlich ist es das Beste, man schaltet seinen gesunden Menschenverstand ein. Denn es ist in hohem Maße ärgerlich, wenn wir für die Dummheit anderer zukünftig noch mehr bezahlen müssen. Wissen schon einige Kinder nicht mehr, wo die Milch herkommt, so müssen über spezielle Kurse heute Frauen das Kochen erlernen und den Umgang mit Nährmittelwerten. Und das in Deutschland auf Krankenkassenkosten! Am besten wäre es allerdings, dass diese – meist zu dicken – Patienten ihre Krankenkosten selbst bezahlen müssten. Dann würden sie viel schneller schlau werden... so auch in der Zahnmedizin und deren immer weniger subventionierten Reparaturen, auf die das deutsche System erfreulicherweise so langsam zugeht. Sich nur hinter Unwissenheit zu verstecken, geht einfach nicht. Dazu gibt es so viel exzellente Aufklärung per Internet, über Bücher und im Fernsehen. Man muss es nur in Angriff nehmen und nicht behaupten, dass man so etwas nicht selbst lernen kann. Denn: Nur was kostet, ist auch was wert.

Was wäre, wenn...?

In der DZW 8/10/09 war zu lesen, dass Prof. Dr. Christoph Dörfler **angeblich** die Forderung gestellt hat, „nur noch spezialisierte Zahnärzte in der Parodontologie zur Abrechnung zuzulassen“. Wie schon die Aussage des damaligen hessischen Ministerpräsidenten Roland Koch, Arbeitslose nur gegen Arbeit zu unterstützen, die ganz sicher von 98% der arbeitenden Bevölkerung gut geheißen wurde, wird dieses Ansinnen, die Parodontologie nur in versierte Hände zu legen, von uns Dipl. DH als gar nicht so abwegig betrachtet. In Kanada und den USA käme sowieso kein Patient überhaupt in die Nähe des Gedankens, sein Zahnfleisch von einem normalen Zahnmediziner behandeln zu lassen, allerdings auch nicht von einer Zahnärztlichen Assistentin. In beiden Ländern gibt es schon seit über 40 Jahren dafür Spezialisten. Und glaubt man wirklich versierten deutschen Parodontologen, so gibt es niemanden, der eine geschlossene Zahnreinigung so gut hinbekommt wie die DH, die im Ausland ausgebildet wurde. Übrig bleibt immer ein Restrisiko, das wir dann gerne noch wirklichen Parodontologen überlassen, vorausgesetzt, sie arbeiten eben auf einem Niveau, das dem der USA oder Kanada nahe kommt. Denn: Bekanntlich erübrigt sich mit der versierten DH-Behandlung größtenteils auch die deutsche Version einer PAR-Behandlung.

Leider sieht die Realität hierzulande jedoch so aus: Erst kürzlich wandte sich eine Patientin an mich mit einer einzigen Tasche mit 6 mm Inflammation. Die Assistentin des Zahnarztes empfahl ihr dringend, eine komplette Parodontalbehandlung machen zu lassen. Die Patientin war außer sich. Wir hatten in einer Sitzung diese Tasche im Griff. Dafür bezahlte die Patientin aus eigener Tasche 120 Euro. Die Kasse hätte ein Vielfaches dafür berapen müssen (ca. 1200 Euro). Warum die Kassen leider wieder so locker mit dem „Freischalten“ von PAR-Anträgen umgehen, ist mir persönlich ein Rätsel. Denn wie schon vielfach erwähnt, ist eine PAR in den o.g. Ländern erst ab mehr als 6 mm Taschentiefe NACH EINER

VERSIERTEN Dipl. DH-BEHANDLUNG für uns eine Kassenleistung. Bis dahin sollte der Patient die Kosten selber tragen.

Kommt noch hinzu: Die nach uns und einer gewissenhaft eingehaltenen Therapiezeit wirklich noch notwendigen PAR-Operationen sind nur in versierte Hände zu legen. Denn die sollten auf dem neuesten Stand und so gekonnt gemacht werden, dass der Patient das Gefühl haben kann, eine Chirurgie vom Feinsten (schon fast eine kosmetische Behandlung im Mund) erhalten zu haben. Tatsächlich ist es klasse, wenn diese dann als Micro-Chirurgie durchgeführt wird. Schade, dass in Deutschland diese Methode so selten gehandhabt wird. Viele Schmerzen könnten dadurch erspart werden.

„Bundesagentur fördert die Ausbildung zur Dentalberaterin“

DZW 8/10 präsentiert folgende Angaben, die wir öfter in den Medien zu lesen bekommen: Es gibt in Deutschland wohl vielfach die Möglichkeit, die Praxismitarbeiterinnen zu Dentalberaterinnen fortbilden zu lassen. Warum dies dann am Schluss plötzlich eine „Ausbildung“ wird oder ist, wollen wir hier nicht erörtern. Wohl aber folgendes: Es gibt die Zahnärztliche (Fach) Assistentin, die weltweit nicht immer auf einem so gehobenen Niveau wie in Deutschland präsent ist. Sie darf heute jedoch in den meisten anspruchsvollen Praxen so einiges mehr tun als vor 40 Jahren. Das liegt an dem ausgebauten Thema, das ihr auch zusteht. Dann haben wir noch eine Verwaltungshelferin/-assistentin, die den ganzen Papierkram erledigt, was ja auch aus hygienischen Gründen getrennt werden muss. Sie ist meist auch dafür zuständig, dass dem Patienten der Behandlungsablauf und der Kostenvoranschlag im Detail erklärt wird. „Verkaufen“ muss der Zahnarzt allerdings sein Ansinnen, nämlich was er dem Patienten als Behandlung empfehlen will, schon noch selbst. Denn ohne seinen Input verliert er ganz schnell seine Patienten. Ich würde mir von ihm, und nur von ihm, seine Behandlungsweise erklären lassen. Die Dentalberaterin kann nämlich weder die medizinischen noch die technischen Details profund erklären. Und wenn sie es auch könnte: Ich würde es ihr nicht abnehmen, da sie die Behandlung nicht ausführt. Wozu also dieser Beruf, der auch noch über eine Bundesagentur gefördert wird? Und was ist mit unserem Beruf? Da fragt man sich schon nicht mehr, wessen finanzielle Interessen im Vordergrund stehen.

Deutsches Fortbildungsangebot

Irgendwann geht jedem einmal das Licht auf. Kalkuliert man die deutsche Fortbildung von maximal 950 Stunden in 8-Stunden vollverschulte Tage sowie die Ausbildungen, die in der Schweiz, Kanada, USA etc. angeboten werden, so kommt man auf folgendes Ergebnis: deutsche Fortbildungsstunden = 950 : 8 (Stunden/Tag) = 119 Tage im Jahr (wobei bei neuesten Nachforschungen festgestellt werden kann, dass bei FA'Dent unter der Ägide von Prof. Benz, München, schon auf 800 Stunden heruntergeschraubt wurde). Das ergibt bei 365 Tagen, abzüglich 104 Wochenendtagen, eine fehlende

Dauer von mindestens 142 Tagen im ersten Jahr. Das zweite und dritte Jahr ist ja sowieso in Deutschland nicht existent.

Im Ausland hingegen werden 8 Stunden täglich für die Ausbildung zur Dipl. DH nonstop verlangt. Bei der deutschen Fortbildung werden zudem Mengen an unbeaufsichtigten Behandlungen in Zahnarztpraxen vorgenommen, die im Ausland unter strengsten Vorkehrungen direkt in der Ausbildungsklinik erst erprobt werden müssen. Zudem wird das praktische Angebot im Ausland zu 50% mit der Theorie in Einklang gebracht. Man braucht sich nicht zu wundern, wenn dann noch weitere Fortbildungen separat in Deutschland absolviert werden müssen. Das ist Halsabschneiderei an einem Berufsbild, dem endlich einmal eine normale Berufsform gegeben werden muss. Denn eigentlich gehören diese sogenannten Module alle in eine normale Ausbildung integriert. Was da an Geld fließt, würde bei weitem für eine absolut fundierte Ausbildung reichen. So hinkt dieser Weg extrem nach. Unsere weltweite Unterschriften-Petition (siehe Internet) bringt ans Tageslicht, dass „Deutschland sonst so fortschrittlich sei, aber mit dem Thema Dentalhygienikerin nicht umgehen kann“.

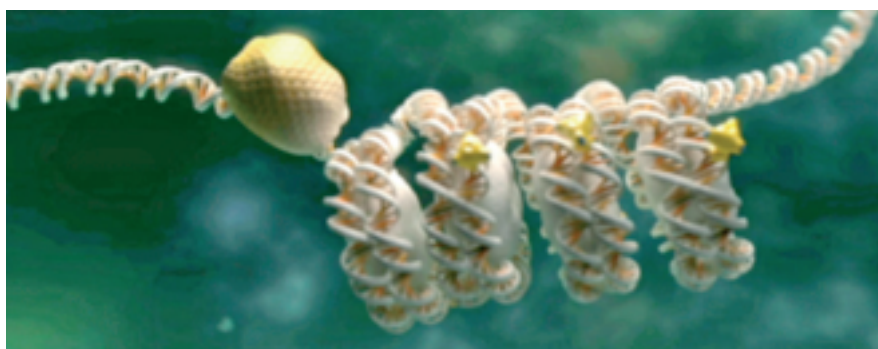
ZM

Die ZM 100, Nr. 5A, vom 1.3.2010 veröffentlichte einen überaus interessanten Bericht, aus dem hervorgeht, dass in den USA der Beruf der Dipl. DH schon in der selben Zeit aufgebaut wurde (ca. 1910), in der in Deutschland erst der Beruf des Zahnarztes (mit Abitur) entstand. Vorher war der Dentist im Einsatz und vor exakt 100 Jahren gab es auch für ihn noch keine akademische Ausbildung. Genau das fehlte, was die deutsche Zahnärzteschaft jetzt der DH-Ausbildung verbieten will. Die Zahnmedizin war bis dato nicht selbstständig tätig, sondern nur in Zusammenarbeit mit dem Mediziner oder dem Zahntechniker, welcher dann in Kurzform noch zum Dentisten avancierte. Im Schwäbischen sagt man zu solchen Vorgängen: „Mit voller Hose ist gut stinken.“

.....

Das Gedächtnis der Gene.

Epigenetik - eine neue Disziplin in der Molekularbiologie



Bildquelle ZDF: Versuche belegen, dass mehr als nur die DNS vererbt wird.

Eines der aufregendsten Forschungsfelder der Molekularbiologie ist gegenwärtig die Epigenetik. Forscher haben herausgefunden, dass das Epigenom für die Entwicklung eines gesunden Organismus ebenso wichtig ist wie die DNS selbst. Es kann durch äußere Einflüsse weit leichter verändert werden als die Gene. Die eigentliche Sensation dieser Entdeckung aber ist, dass epigenetische Signale von den Eltern an die Kinder und Kindeskiner weitergegeben werden.

Der kleine Ort Överkalix in Nordschweden birgt einen Schatz, der die Erkenntnisse der klassischen Vererbungslehre ins Wanken gebracht hat. 200 Jahre lang haben die Menschen hier Buch geführt über ihr Alltagsle-

ben, die Erträge ihrer Ernten, Hungersnöte und Wohlstand – festgehalten in ihrer Dorfchronik. Sie ist eine Fundgrube für Forscher, die nach Beweisen für eine These suchen, die ebenso einfach wie ungeheuerlich ist.

Unter dem Einfluss der Vorfahren

Nicht nur das Erbgut selbst, auch die Erfahrungen werden über Generationen weitergegeben. Die Lebensumstände der Großeltern haben Auswirkungen auf die Gesundheit ihrer Enkel. Die noch junge Disziplin der Epigenetik bekam in Överkalix einen entscheidenden Impuls. In den Archiven fanden die Forscher Daten über Erkrankungen und Todesfälle in jeder Familie über Generationen hinweg. Und sie entdeckten einen bis dahin nicht für möglich gehaltenen Zusammenhang. War zu Zeiten der Großeltern Nahrung im Überfluss vorhanden, stieg bei den Enkeln die Diabetesrate und die Herz-Kreislauf-Erkrankungen nahmen zu. Die Gene haben also offenbar eine Art biologisches Gedächtnis. Äußere Einflüsse können die Programmierung der DNA verändern.

Entscheidend ist dafür auch der Zeitpunkt: Für die Großmütter ist der kritische Moment, wenn sie selbst noch im Mutterleib oder Kleinkinder sind. Für die Großväter die Zeit vor der Pubertät. Es sind die Phasen der Keimzellbildung bei Frau und Mann. In den Zellen sind alle Erbinformationen auf den Chromosomen gespeichert. Sie bestehen aus langen gewickelten DNA-Ketten. Wenn kleine Moleküle, so genannte Methylgruppen, an die DNA andocken, wirken sie wie ein Schloss. Die DNA-Abschnitte ziehen sich eng zusammen und können nicht mehr gelesen werden. Die Ernährung hat Einfluss auf die Verteilung von Methylgruppen.

Folgen über Generationen

Weltweit suchen Forscher inzwischen nach weiteren Hinweisen auf solche epigenetischen Zusammenhänge – so auch in Holland. Zur Zeit der deutschen Besatzung, im Winter 1944, gab es hier fast nichts mehr zu essen, 18.000 Menschen starben. Die Not war so groß, dass viele Frauen stark untergewichtige Kinder zur Welt brachten. Die Familiengeschichten von Müttern, die damals entbunden haben, zeigen aber, dass nicht nur ihre Kinder, sondern auch die Enkel untergewichtig wurden und vermehrt unter Krankheiten litten, obwohl die Zeiten des Hungerwinters längst vorbei waren.

Forscher fanden heraus: Die Vererbung epigenetischer Merkmale kann sich bis zu den Enkeln, Urenkeln und Ururenkeln fortpflanzen.

Wieder hatten sich die Lebensumstände offenbar auf das Erbgut ausgewirkt. Aber kann allein die Ernährung Gene an- oder abschalten? Einen Beweis dafür liefern die Studien aus Schweden und Holland noch nicht. Sie werten nur vorhandene Daten aus, können Ursache und Wirkung nicht eindeutig zuordnen.

Versuch mit Mäusen

Anders ist es mit einem Tierversuch. In den USA experimentieren Forscher mit Mäusen, die das so genannte

Agouti-Gen tragen. Diese braunen Mäuse sind dick und anfällig für Krankheiten wie Diabetes und Krebs. Eine Gruppe bekam normales Futter. Die andere spezielle Nahrungsergänzungen mit Vitaminen und Mineralien. Bei den Nachkommen dieser Mäuse zeigte sich, dass sie überwiegend nicht mehr fett und gelb waren, sondern schwarz und schlank. Auch die Anfälligkeit für Krebs und Diabetes ging zurück. Analysen zeigen, dass das Agouti-Gen zwar noch vorhanden ist, aber nicht mehr aktiv. Allein die veränderte Nahrung hat es abgeschaltet. Sollten sich ähnliche Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge beim Menschen klar bestätigen, erscheint die Verantwortung für Enkel und Urenkel in einem neuen Licht. Ein enges Band zwischen den Generationen, das Forschern noch Rätsel aufgibt.

Club der Hundertjährigen

Die Japaner werden im Schnitt am ältesten. Angeführt wird diese Statistik von der kleinen japanischen Insel Okinawa. Bei einer Million Einwohnern finden sich hier knapp 700 Hundertjährige. Mehr als neun Mal so viele wie in Deutschland. Aber die Menschen sind nicht nur älter, sie genießen ihre Jahre bei guter Gesundheit. Sie altern langsamer als alle anderen Menschen auf der Welt. Sie sind aktiv im Alter und bewegen sich gerne. Wissenschaftler aus Hawaii haben sich auf die Erforschung der Okinawer spezialisiert. Japaner sind aktiv und fit bis ins hohe Alter.

Hohes Alter durch Diät?

Überraschend ist nicht nur das hohe Alter, sondern auch das geringe Vorkommen von Krankheiten. In Okinawa ist die Rate für Brustkrebs und Prostatakrebs weltweit am kleinsten. Wo liegt der Schlüssel zum gesunden Altern? Wissenschaftler vermuteten zuerst eine genetische Veranlagung. Tausende Menschen wurden untersucht, aber ein eindeutiges Merkmal im Erbgut hat man nicht gefunden. Liegt der Schlüssel zum Alter vielleicht doch in der Lebensweise?

Forscher nehmen die Ernährung unter die Lupe.

Die Wissenschaftler interessieren sich nun auch für die Ernährung der Japaner, die auf Okinawa leben. Auf ihrem Speiseplan stehen viele verschiedene Gemüsesorten und Wurzeln. Kurz gekocht und mit Tofu oder Soja ergänzt, scheint dies eine gesunde Mahlzeit zu sein. Aber das Geheimnis der Hundertjährigen liegt nicht in dem, was sie essen, sondern in dem, was sie nicht essen. Ihr Leben lang haben die Menschen in Okinawa sich bei jeder Mahlzeit nur bis zu 80 Prozent satt gegessen. Sie nehmen täglich nur etwa 1200 Kalorien zu sich, 20 Prozent weniger als ein Europäer. Ist ein latenter Nahrungsmangel der Schlüssel zum Altern?

Auch auf Sardinien gibt es besonders viele alte Menschen. Einzigartig ist, dass es gleich viele alte Männer wie Frauen gibt. Die Bewohner der Bergdörfer leben aber nicht im Verzicht. Im Gegenteil. Sie zählen keine Kalorien. Sie essen üppig und dennoch werden sie besonders alt. Die Sarden müssen also noch einen weiteren Schlüssel zum gesunden Altern in sich tragen.

Die Ahnenforschung hat die Wissenschaftler auf eine besondere Idee gebracht. In den isolierten Bergdörfern gab es nämlich wenige Siedler. Die meisten Bewohner sind miteinander verwandt, und in einem Ort lassen sich beispielsweise die Ahnen auf neun Männer und elf Frauen reduzieren. Genetisch hat dieser kleine Genpool einen positiven Aspekt hervorgebracht – Langlebigkeit.

Das Pima-Phänomen oder: Wechselspiel zwischen Erbgut und Umwelt

Das Humane Genomforschungsprojekt soll Antworten geben auf die dringendsten Fragen der Medizin. Mit der Entschlüsselung des Erbguts wollen Wissenschaftler die Ursachen von Krankheiten aufdecken, darunter auch Leiden, die weltweit auf dem Vormarsch sind: Fettleibigkeit und Diabetes. Eine große Rolle bei Studien zu den Ursachen der häufigsten chronischen Stoffwechselstörungen spielen die Pima-Indianer.

Der Stamm war einst über die Beringastraße von Asien eingewandert. Ein Teil lebt heute in Arizona, ein anderer im Hochland von Mexiko. Die einen leiden auffallend häufig unter Fettleibigkeit und Diabetes, die anderen nicht. Die Forscher erhoffen sich, mithilfe von Untersuchungen über die Pima-Indianer herauszufinden, welche Rolle die Umwelt und welche die Gene bei Diabetes und Fettleibigkeit spielen. Die Pima-Indianer in Arizona ernähren sich amerikanisch.

Dickmachende Gene?

Dass so viele Menschen gegen Übergewicht ankämpfen, hat mit ihren Ernährungsgewohnheiten zu tun, so viel ist sicher. Welche Rolle aber spielen die Erbanlagen? Sie steuern, wie der Körper die Nahrung verarbeitet. Und wie groß ist ihr Einfluss? Lässt sich ein einzelnes Gen finden, das entscheidet, ob uns eine Modellfigur garantiert ist oder ob wir ein Leben lang mit Übergewicht zu kämpfen haben?

Seit Jahren suchen Forscher weltweit fieberhaft nach diesen Erbanlagen. In den USA, dem Land mit den meisten Übergewichtigen stießen sie in Arizona auf eine Volksgruppe, die noch dicker und vor allem noch kränker ist, als alle anderen Amerikaner. Die Pima-Indianer essen seit Jahrzehnten dasselbe wie ihre weißen Nachbarn und teilen deren Lebensstil. Die Folgen für sie aber sind fatal. Die Hälfte der erwachsenen Pima leiden an Diabetes, so viele wie sonst nirgendwo auf der Welt. Haben sie ein spezielles Gen, das dafür verantwortlich ist?

Gesunde Tradition

Ganz so einfach ist es nicht, wie ein Blick über die Grenze zeigt. Nur einige Hundert Kilometer südlich, im Hochland von Mexiko, leben auch Pima-Indianer. Sie haben ihre alten Lebens- und Essgewohnheiten weitgehend beibehalten. Das Leben im Gebirge ist mühsam und voller Entbehrungen. Für sie gehört schwere körperliche Arbeit zum Alltag. Obwohl die Pima-Indianer aus Mexiko und ihre nahen Verwandten aus Arizona den gleichen Genpool haben, könnten sie kaum unterschiedlicher sein. Die Gesichter der Pima in Mexiko sind schmal und wirken fast asketisch. Übergewichtige findet man hier nicht, und die Diabetesrate ist verschwindend gering.

Es bleibt ein Rätsel

Möglicherweise können die Pima, die über Jahrhunderte in kargen, wüstenähnlichen Regionen überlebt haben, die Nahrung besonders effektiv verwerten. Dieser Selektionsvorteil hätte sich dann unter den Lebensbedingungen in den USA in einen gefährlichen Nachteil gewandelt.

Seit Jahren untersuchen Forscher das Erbgut der Indianer, ohne einen Beweis für diese Hypothese zu finden. Sie vermuten inzwischen, dass nicht ein einzelnes, sondern bis zu 100 Gene die Nahrungsverwertung steuern. Das komplexe Wechselspiel zwischen Erbgut und Umwelt aber konnten sie noch nicht entschlüsseln.

Zucker, ein kalorienreiches Grundnahrungsmittel. Genuss ohne Reue. Zucker: geliebt, gehasst und ersetzt

Zucker stand nicht immer auf unserem Speiseplan. Könige und Fürsten des Mittelalters bewahrten ihn noch als kostbare Delikatesse in verschlossenen Silberdöschen. Heute ist Zucker ein Grundnahrungsmittel, das im Überfluss vorhanden ist und auch im Überfluss verzehrt wird. Jeder Deutsche nimmt durchschnittlich 34 Kilogramm Zucker im Jahr zu sich.

Dabei macht er nicht nur die Zähne kaputt, sondern auch dick, süchtig und krank. Warum liebt der Mensch trotzdem Süßes? Es gibt verschiedene Geschmackszonen auf der Zunge, darunter salzig, bitter, sauer und süß. Der Geschmackssinn "süß" am Zungenrand diene unseren Vorfahren eigentlich dazu, Früchte zu testen, ob sie reif und damit genießbar sind.

Gezuckerte Getränke sind Kalorienbomben.

Doch was passiert im Körper, wenn wir zum Beispiel mit Zucker gesüßte Getränke zu uns nehmen? Die Zuckermoleküle gelangen in die Blutbahn. In der Bauchspeicheldrüse wird daraufhin das Hormon Insulin gebildet. Das Insulin dockt an Körperzellen an und fungiert als eine Art Schlupfloch für die Zuckermoleküle. Daraufhin wird in der Zelle Energie freigesetzt.

Man ist, was man isst.

Das Problem dabei ist, dass Zucker viele Kalorien enthält. Bei übermäßigem Konsum machen sie dick. Häufig nehmen wir mehr Zucker als nötig und damit mehr Kalorien als nötig zu uns. So beginnt die Suche nach Ersatzstoffen. Schließlich wollen wir nach Herzenslust den süßen Geschmack auskosten.

Geschichtliches zum Zucker

Vor achtausend Jahren war das Zuckerrohr bereits in Ostasien bekannt und wurde auf den polynesischen Inseln angebaut. Seit Beginn des 12. Jahrhunderts ist das Zuckerrohr auch in Europa bekannt. Als kostbares Genussmittel ist es aber der Oberschicht vorenthalten. Ab circa 1500 wird Zuckerrohr dann weltweit auf großen Plantagen angebaut, bleibt aber immer noch ein kostbares Gut. 1747 entdeckte Andreas Sigismund Marggraf den Rübenzucker. Durch die industrielle Herstellung des Rübenzuckers fällt etwa 1850 der Zuckerpreis und Zucker entwickelt sich zum Grundnahrungsmittel.

Fruchtzucker contra Zucker

Fruchtzucker dagegen hat ein gutes Image. Er scheint gesünder zu sein und damit weniger dick zu machen. Aber ist er wirklich eine bessere Alternative? Ein Test mit Mäusen soll diese Frage klären. Ernährungsexperten füttern eine Gruppe von Mäusen mit einer Zuckerlösung, während eine andere Gruppe eine Lösung mit Fruchtzucker bekommt. Das überraschende Ergebnis des Versuchs ist, dass die Mäuse, die die Fruchtzuckerlösung bekommen haben, dicker werden. Die Mäuse,

die mit normalem Zucker gefüttert wurden, dagegen normal bleiben.

Fruchtzucker scheint nicht die Lösung zu sein. Der Versuch zeigt: Die mit Fruchtzucker gefütterten Mäuse werden dicker als die mit normalem Zucker gefütterten.

Die Forscher vermuten, dass die Fruchtzuckermäuse ihren Energieverbrauch reduziert haben. Der Stoffwechsel wird so beeinflusst, dass sich vermehrt Fett ins Gewebe der Tiere einlagert. Die Frage, ob dieser Versuch auf den Menschen zu übertragen ist, ist noch offen. Fest steht aber, Fruchtzucker löst kein Sättigungsgefühl aus und hat dazu auch noch dieselbe Kalorienanzahl wie normaler Zucker.

Die Wirkung von Süßstoff

Ein weiterer Forschungsansatz, kalorienreichen Zucker zu ersetzen, sind künstlich erzeugte Ersatzstoffe wie beispielsweise Süßstoff. Doch kann Süßstoff die Lösung sein? Immerhin enthält Süßstoff im Vergleich zu Fruchtzucker keine Kalorien. Forscher der Universität Wisconsin in den USA haben Ratten mit Joghurt gefüttert. Die eine Gruppe erhielt Joghurt mit Süßstoff, die Vergleichsgruppe Joghurt mit Zucker. Obwohl Süßstoff keine Kalorien enthält, wurden die süßstofffressenden Ratten dicker. Bisher ist nicht eindeutig erforscht, ob auch Menschen durch Süßstoff zunehmen.

Klingt unlogisch, doch betrachtet man die Reaktion unseres Körpers auf die Zufuhr von Süßstoff, wird es verständlich: Süßstoff gelangt ebenso wie Zucker in die Blutbahn. Allerdings sorgt Süßstoff nicht dafür, dass die Bauchspeicheldrüse Insulin produziert. Die Süßstoffmoleküle können somit nicht in die Zellen gelangen und setzen keine Energie frei. Süßstoff scheint also nicht der geeignete Ersatzstoff für Zucker zu sein. Aber der Mensch liebt Süßes und ist immer weiter auf der Suche nach dem süßen Genuss – möglichst ohne Nebenwirkungen.

Eine neue Hoffnung: die Steviapflanze. Wunderpflanze auf dem Vormarsch

Eine Pflanze könnte der Ersatz für Zucker werden: Stevia. In Japan und anderen Nicht-EU-Ländern findet diese unscheinbare Pflanze aus Südamerika schon seit Jahren eine breite Verwendung. Stevia kommt im Gegensatz zum Süßstoff nicht aus dem Labor, sondern aus der Natur. Stevia ist bis zu 300 Mal süßer als herkömmlicher Zucker und enthält im Vergleich kaum Kalorien.

Weltweit gibt es viele Produkte, die mit Stevia gesüßt werden. In Deutschland ist Stevia bereits in Reformhäusern und Kosmetikartikeln zu finden. Als Süßstoff ist es in Deutschland und der EU noch nicht zugelassen, da Stevia unter die Novel-Food-Verordnung fällt und erst geprüft werden muss, ob Stevia für den Konsumenten unbedenklich ist. Vielleicht aber zerplatzt am Ende auch dieser Traum vom Genuss vollkommen ohne Reue.

20 Jahre DDHV - Fortbildungstagung 2010

Regine Bahrs, Dipl. DH

Am 17. April 2010 fand die Fortbildungstagung des Deutschen DentalhygienikerInnen Verbands e.V. im Sheraton München Arabellapark statt. Beate Gatermann, RDH, Dipl. DH und Vorsitzende des DDHV, griff im Vorwort die widersprüchliche Diskussion der Delegierbarkeit von Leistungen und den Begriff des „ganzheitlichen Berufsbildes“ auf. Sie schloss mit einem herzlichen Dank an alle Aussteller und Sponsoren und erwähnte besonders das äußerst großzügige Geschenk der Firma Hu-Friedy, ein Sidekick-Schleifgerät für jede der knapp 60 TeilnehmerInnen zur 20-jährigen Tagung.

Dr. med. dent. Jürgen Schmitter - Zahnarzt aus Duisburg – eröffnete die Vorträge mit dem Thema „Zähne und ihr Einfluss auf den Gesamtorganismus bzw. umgekehrt“. Er sieht eine Wechselbeziehung des Oralraumes zu tieferliegenden Körperteilen und Organen, welche sich auf energetischen, nervalen, regulativen und skelettalen Ebenen abspielt. So stehen bestimmte Zähne mit spezifischen Organgruppen in Verbindung, was er durch beeindruckende Beispiele aus seiner 50-jährigen Tätigkeit zeigen konnte.

Die Brisanz dieser Thematik liegt im Aufspüren der Ursachen im oralen Bereich, da ca. 80% der sogenannten Störfelder auf dem Röntgenbild nicht sichtbar sind. Hier gab er wertvolle Einsichten und des Weiteren spannende Erklärungen zur heutigen Allergienhäufigkeit und Multimorbidität.

Auch sein zweiter Vortrag über „Okklusion, Kiefergelenk und Wirbelsäule“ stellte weitverzweigte Zusammenhänge und ein hochsensibles System dar. Der Kauapparat „spürt“ bereits eine Abweichung von einem 80stel Millimeter, etwa ein Haar zwischen den Zähnen. Dr. Schmitter zeigte Ursachen einer CMD und mögliche Einwirkungsebenen auf das Kiefergelenk auf.

Mit dem „Einfluss der Parodontitis-Behandlung auf arterielle Gefäßsteifigkeit“ brachte uns PD Dr. med. Johannes Baulmann – Privatdozent, Internist und Kardiologe an der Universität Würzburg – ein hochaktuelles Thema aus Sicht der „anderen Seite“ näher. Dafür kam er sogar mit dem Taxi aus Ungarn angereist, da Eyjafjallas Aschewolke den Flugverkehr auch nach Tagen noch lahmgelegt hatte.

Sein Ausblick in die Zukunft: Die enge Korrelation zwischen Parodontalkeimen und deren systemischen Auswirkungen wird noch viele Studien und Ergebnisse hervorbringen, welche er selbst mit vorantreiben möchte.

Dr. med. Oliver Gerlach – Allgemeinarzt, Leiter des Lehr- und Forschungsinstitut für TCM in Erlangen – kam ebenfalls mit dem Taxi leider etwas verspätet angereist. Er brachte uns die „Traditionelle Chinesische Medizin“ (TCM) näher, die seit ca. 3.000 Jahren praktiziert wird und so mit einer großen Empirie aufwarten kann. So

wurde bereits im 7. Jahrhundert in China die erste Amalgam-Füllung gelegt, während die Europäer diese erst im 18. Jahrhundert vollbringen konnten.

Als Folge einer ganz anderen Weltanschauung sowie Kultur und Geschichte Chinas hat die TCM eine hoch-differente Betrachtung und somit auch Diagnostik des Patienten, welche auf dem Orbis (dem Funktionskreis von Leitlinie und Leitorgan) beruht.

Sein zweites Referat über „Zungendiagnostik: Befunde und Ursachen“ gab einen interessanten Einblick in diese Thematik. Bei leicht geöffnetem Mund und entspannter Zungenhaltung werden Größe, Farbe, Topologie und Beläge der Zunge inspiziert und die entsprechenden Diagnosen abgeleitet. Dieser Teil des Kurses wird während der nächsten Tagung noch einmal in Angriff genommen.

Alles in allem war die diesjährige Tagung mit ihrer außergewöhnlichen Stimmung eine horizontweiternde Exkursion in die Vielseitigkeit unseres Berufes, der wahrlich reizvolle Teilbereiche berührt und den Alltag so niemals langweilig werden lässt!

Anmerkung einer Teilnehmerin:

Liebes DDHV-Team!

Ich fand die Fortbildungstagung dieses Mal besonders gut. Deshalb wollte ich mich bei Eurem Komitee einfach bedanken. Vielen Dank für all Eure Mühe!

Herzliche Grüße, Mayumi A.

Hinweis:

Nachdem das Sidekick-Schleifgerät der Firma Hu-Friedy für die kommende Jahrestagung extrem wichtig ist (Hu-Friedy wird einen speziellen Schleif-Kurs offerieren), bitten wir alle TeilnehmerInnen, ihre eigenen Geräte aus der Praxis mitzubringen. Damit wird die Demonstration erleichtert.

**Herzlichen Dank
an unsere Sponsoren und Aussteller:**

**Colgate, Curaden, DENTSPLY,
Dent-o-care, Deppeler, DGP, Dr. Liebe,
EMS, GABA, Hu-Friedy, IPI München,
Loser & Co., 3M ESPE,
Oral-B blend-a-med,
Philips Oral Health Care, Profimed,
Sunstar, Speiko, TANDEX, TePe, W&H**

Fortsetzung des Artikels "International profiles of dental hygiene 1987 to 2006: a 21-nation comparative study" aus DDHV-Journal 1/2010

72

tions, supervision requirements tended to be the same for both public and private sector workplaces. They did vary somewhat by province or state for countries with multiple jurisdictions such as Canada and the US.

By 2006, the collaborative method was predominant, being reported for 14 of the 21 countries examined, an increase from nine countries observed in 2001. The group consisted of Austria, Canada, Finland, Germany, Israel, Korea, Latvia, the Netherlands, New Zealand, Slovakia, South Africa, Switzerland, the UK and the US. Independent practice ranked second, being reported for ten countries, an increase from eight in 2001. It was the sole method reported for Denmark, Italy, Norway, and Sweden and co-existed, together with collaborative practice, for Austria, Canada, the Netherlands and Slovakia. Ranked third was 'the dentist as decision-maker'. It was the sole method reported for Australia, Ireland and Japan – a decline from the seven countries observed in 2001. This method was reported also for Germany, Israel, Korea, Latvia, Switzerland and the US, in conjunction with at least one other method. Based on regulatory changes reportedly anticipated for Australia, Canada, Denmark, Finland, South Africa and the UK, the trend toward increased decision-making responsibility for the dental hygienist is expected to continue.

Professional liability insurance

Consistent with the increasing responsibility, accountability and self-governance observed for the profession, a new survey item pertaining to professional liability insurance (indemnity or malpractice insurance) was added for the 2006 survey. Findings indicated that, for the majority of countries examined, a dental hygienist is legally required to have individual insurance coverage in order to practice clinically.

Liability insurance was required under all circumstances for nine countries (Australia, Canada, Israel, Norway, Slovakia, South Africa, Sweden, Switzerland and the UK) and to practice independently as a dental hygienist for another three (Denmark, Finland and Germany). Requirements varied by state for the US. Although not a legal requirement for Ireland and New Zealand, it was reported to be 'highly recommended'. There was no apparent relationship between requirement for liability insurance and method of regulation (that is, whether the profession was regulated directly by the state or through a dental or a dental hygiene board).

Trends

Further changes in regulation were anticipated for 12 countries. They include the introduction of new legislation to regulate dental hygiene practice in Austria and Slovakia, self-regulation for the remaining jurisdictions of Canada and for some US states, an 'advanced

dental hygiene practitioner' for the US, and additional unspecified decision-making responsibilities for several countries.

Dental hygiene employment

Dental hygienists work primarily as employees, as opposed to being self-employed. Four aspects of employment were investigated.

Work role

By far the most predominant work role for the dental hygienist continues to be that of clinician. In 2006, across all 21 countries examined, at least 70% of dental hygienists reportedly worked in clinical practice. For 17 of those countries (an increase from the 11 observed in 2001), the proportion had increased to a minimum of 90%.

Workplace

Regarding type of workplace or practice setting, respondents were asked to rank nine types (plus an 'other' category) according to prevalence. Based on previous findings, a new category was added for 2006; the *private dental hygiene office (i.e. independent practice)*.

The private dental office was consistently ranked first followed by the public or community health setting. There were three exceptions; for the Scandinavian countries, the ordering reversed and community health was predominant. Rankings were remarkably consistent over the period 1987-2006. While changes in workplace distribution were reportedly anticipated for eight countries, with an increase in community health positions being cited most frequently, the private dental office is expected to remain predominant for the foreseeable future.

Employment opportunities

Similar to findings for the year 2001, employment in dental hygiene for 2006 was reported to be *very available* for eleven countries. It was rated as *somewhat available* for another six countries, an increase from the two observed in 2001. Exceptions were Finland and Israel where employment opportunities reportedly were *very scarce* and *somewhat scarce* respectively, and Slovakia where they ranked three on the five-point scale. In the US, employment opportunities for the dental hygienist were reported to vary based on types of work setting and work role.

Career opportunities

While greater variation was apparent regarding career opportunities for qualified dental hygienists, findings overall were positive. Opportunities were perceived to

be *very available* for Canada, Italy, Korea and Latvia and *somewhat available* for Australia, Austria, Germany, Japan, New Zealand and South Africa. In contrast, career opportunities were reported to be *somewhat scarce* for Slovakia, Sweden and Switzerland and *very scarce* for Ireland. Respondents for Denmark, Finland, the Netherlands, Norway and the UK tended to be ambivalent. That is, they indicated 'three' on the five-point scale. In the US, career opportunities for the dental hygienist reportedly varied by work setting and work role.

Remuneration

The two aspects of remuneration examined were employment wages and benefits. For this study, the wage component was defined as the annual salary (reported in US dollars) earned on average by dental hygienists that work full-time. (It is recognised that wage rates vary considerably worldwide, regardless of occupation.) Employment benefits were defined as those usually paid by the employer for dental hygienists that work full-time. Wage information was provided for all countries except Austria and Korea. Benefits information was provided for all 21 countries.

Dental hygiene remuneration tended to vary widely by country and by type of workplace. Among the 17 countries for which information was complete, remuneration on average for the dental hygienist employed in a dental office was greatest for Germany, followed by Ireland, the UK, Denmark and Switzerland.

Regarding dental hygiene wages, the highest annual rate, \$US60,000-120,000, was reported for Germany, followed by \$61-70,000 for Denmark, Ireland, and the UK and \$51-60,000 for Norway and Switzerland. Wages reportedly were lowest for Latvia and Slovakia at less than \$7,000 annually.

Regarding employment benefits, from a list of 12, respondents indicated those that usually were available to the dental hygienist employed full-time. Three benefits reported for all 21 countries were maternity leave, legal holidays and sick leave. Next most frequently cited was vacation leave (n=20), followed by continuing education course fees (n=15), contributions to a pension fund and overtime pay (n=13 each), convention fees, cost of living increases, and health insurance (n=12 each), disability insurance (n=11), and lastly, merit pay or bonuses (n=10).

In terms of distribution, Denmark ranked first with all 12 benefits cited, followed by Austria, Japan, Korea, Norway, Switzerland and the UK with 11 each. Ten benefits each were reported for Ireland and the US. The fewest number of benefits were reported for Canada (n=4), followed closely by Australia (n=5).

Overall, employment benefits changed little in terms of availability over the period 1987 to 2006. A change in remuneration was anticipated for 10 of the 21 countries; the direction of the change was not always indicated.

Factors cited included extension of dental 'insurance' or third-party payment plans to include direct billing for dental hygiene services, increased self-employment, and increased earnings.

Dental hygiene clinical practice

Two aspects of dental hygiene practice were investigated namely the legally defined scope of clinical practice and alternate service providers. Eighteen countries were included in the analysis, the exceptions being Austria, Germany and Slovakia where a legally defined scope of practice did not exist at the time of the survey.

Scope of practice

Four categories of clinical dental hygiene services were investigated namely client assessment, planning dental hygiene care, preventive services, and therapeutic services. Findings, summarised in Table 7, were remarkably similar worldwide.

Overall, dental hygiene clinical practice was characterised by a common set of activities. Of the 28 procedures examined, 23 were within the legal scope of dental hygiene practice for at least 15 of the 18 countries included in the analysis; actual distribution varied by procedure and country. Variance was greatest among procedures that comprised the assessment and the therapeutic categories.

Regarding *client assessment*, three of the eight procedures investigated were common to all 18 countries; taking/reviewing a client's medical history and performing both an extra-oral examination and a soft tissue examination. Second most prevalent were performing a hard tissue examination and making dental impressions (n=17 each), followed by taking vital signs and exposure and use of radiographs (n=15 each). Least frequently cited was the performance of diagnostic tests (n=13). In terms of distribution all eight procedures were reported for 11 countries and seven procedures each for another three countries. The fewest number was reported for Ireland; excluded were vital signs, diagnostic tests and dental impressions.

Regarding the *dental hygiene care plan*, all six activities and decisions investigated were cited for 16 of the 18 countries, a significant increase since the 2001 survey. The two exceptions were Japan and Korea. Thus, for the vast majority of countries, scope of practice included the identification of dental hygiene care needs, informing the client of both assessment findings and dental hygiene treatment options, and deciding the dental hygiene services to provide, the sequence in which to perform them, and the overall appointment schedule.

Regarding *preventive services*, six procedures were investigated. For the first time since the initial Profile survey in 1987, all six activities were reported for all countries examined. The common set of procedures consisted

Table 7 Scope of Dental Hygiene Clinical Practice, by Dimension, Number of Procedures and Country, 2006

Country	Dimension of Practice and Number of Procedures (N)			
	Assessment (N=8)	Planning (N=6)	Preventive (N=6)	Therapeutic (N=8)
Australia	8	6	6	6
Canada	8	6	6	7
Denmark	8	6	6	7
Finland	8	6	6	7
Ireland	5	6	6	5
Israel	6	6	6	4
Italy	6	6	6	4
Japan	7	3	6	7
Korea	6	3	6	5
Latvia	8	6	6	5
Netherlands	8	6	6	8
New Zealand	8	6	6	5
Norway	7	6	6	5
South Africa	8	6	6	6
Sweden	8	6	6	6
Switzerland	8	6	6	5
United Kingdom	7	6	6	5
United States ¹	8	6	6	5

International Profiles of Dental Hygiene/ P M Johnson/ 2007

¹ Varies by state

of oral hygiene, diet and smoking cessation counselling, application of topical fluorides and fissure sealants, and deciding the self-care products to recommend. In the past, counselling for smoking cessation was typically cited less frequently.

Greater variation was evident regarding *therapeutic services*. Of the eight procedures investigated, four were common to all 18 countries, namely supra- and sub-gingival calculus and extrinsic stain removal (i.e., debridement), and most recently, sub-gingival irrigation. Administration of local anaesthesia was reported for 14 countries, an increase from nine in 2001, followed by placement and fitting of orthodontic bands (n=8) and placement and finishing of dental restorations (n=6). Cavity preparation was reported only for the Netherlands. In terms of geographic distribution, all eight procedures were reported only for the Netherlands, seven procedures each were cited for Denmark, Finland, Japan and selected jurisdictions in Canada, and six procedures each for Australia, South Africa and Sweden. The actual mix of services varied by country. For the largest group consisting of seven countries, an identical set of five procedures each was cited. A slightly different set of five procedures was reported for Korea. Four procedures

that comprise the core of dental hygiene traditional practice were reported for Israel and Italy; the set, which was identical for both countries.

Trends and changes

Dental hygiene practice continues to evolve. A comparison of findings across the past five 'profile' surveys disclosed changes in scope for all categories of practice and for the vast majority of countries examined. Responses for 2006 indicated that more changes in dental hygiene practice can be expected. Among the nine countries for which no change was anticipated, a large number already had experienced considerable expansion in scope. Among the group for which change was anticipated, new responsibilities cited included the authority to issue prescriptions (Canada, Finland), administration of local anaesthesia (Australia, Ireland), tooth bleaching (South Africa), and placement of temporary dressings and crowns (Ireland). In addition, aspects of independent practice were cited for Canada, Norway and the UK. Unspecified expansion of the role and responsibilities of the dental hygienist was reported for Denmark, Ko-

rea, the Netherlands and the US. The introduction of an Advanced Dental Hygiene Practitioner was anticipated for the US.

Alternates

Regarding *alternate service providers*, respondents indicated personnel, other than a dentist, that were legally qualified to provide those services previously identified to be within the scope of dental hygiene practice. Personnel types not associated primarily with oral health (e.g., registered nurse) were excluded from the analysis.

While titles for the occupations varied, based on the 28 'dental hygiene' services examined, nine categories of personnel were identified. They included the dental assistant (n=7 countries), intra oral dental assistant (n=5), chair side dental assistant (Latvia), dental therapist (n=4), dental nurse (Ireland), denturist or dental prosthetist (Australia, New Zealand), orthodontic therapist (Ireland, UK), aid nurse (Korea), and dental hygiene auxiliary (New Zealand). At least one alternate to the dental hygienist was reported for 14 of the 21 countries; exceptions were Austria, Finland, Italy, Japan, Norway, Slovakia and South Africa. For six countries, only one type of alternate was reported, typically a type of dental assistant.

It would appear that the dental hygienist continues to play a unique role on the oral health team. A comparison of scopes of practice suggested that, while alternate providers existed for selected services, a substitute provider (i.e., a complete replacement) other than the dentist did not. The greatest number of procedures in common with the dental hygienist was cited for the intra oral dental assistant in the Netherlands and for both the dental therapist and the dental hygiene auxiliary in New Zealand.

Professional organisation

Three aspects of professional organisation were examined, namely structure, membership and practice guidelines.

Structure

Dental hygiene is organised globally through the International Federation of Dental Hygienists (IFDH) (www.ifdh.org). Its membership consists of national dental hygienists organisations, individuals and corporations. Over the period 1987 to 2006, membership increased across all categories, with an almost doubling in the number of association members from 13 to 25. Of the 21 national associations examined for this study, 14 reported having a multi-level organisational structure in which each association comprised regional and, in the case of Canada, Italy, and the US, local (e.g., municipal) associations as well.

Membership

Membership provides an indicator of an organisation's perceived legitimacy and potential influence. For each IFDH-member association, a membership rate was calculated based on the proportion of authorised dental hygienists that were members. Over the period since 1987 (or 1992, depending on when a country was first included in the Profile Study) and among the 13 associations for which longitudinal data were available, membership rates typically increased. Proportionately, growth was greatest for Canada and Denmark. By 2006, 10 countries reported a minimum of seven out of 10 dental hygienists were members of their national association. The highest rates were observed for Latvia and Switzerland (100%), followed by Ireland, Finland, Sweden and New Zealand (90% or greater), the Netherlands (87%) and Denmark (80%). On the other hand, for seven countries, the national associations each represented less than one-half of eligible dental hygienists; this group consisted of (in ascending order) the US, Japan, South Africa, Korea, Italy, Israel and Slovakia. The relatively low membership rates observed for Japan, Korea and the US were offset, in part, by large numbers of members.

Practice guidelines

Respondents were asked to indicate whether three types of formalised quality assurance guidelines had been either developed by the national dental hygienists' association or adopted from organisations and agencies such as IFDH or the World Health Organisation. A professional code of ethics reportedly existed for 18 of the 21 national associations examined and was in the process of being developed for Korea and Slovakia; the exception was Germany. Standards for clinical dental hygiene practice were cited for 11 associations and were under development for another four. An infection control protocol was reported for nine associations and was 'in progress' for another five.

All three types of guidelines reportedly existed or were under development for the dental hygienist associations in Australia, Canada, Finland, Israel, Italy, Latvia, the Netherlands, New Zealand, Slovakia, Switzerland, the UK and the US. Two guidelines each were cited for Austria, Denmark, and Ireland. Progress on a second guideline was reported for Japan and Korea. Only one guideline each was cited for Norway and Sweden. None of the three guidelines was reported for Germany. Information was incomplete for South Africa.

Issues and initiatives

The final profile addressed future directions for dental hygiene. Using a set of open-ended questions, respondents identified, for their respective countries and dental hygiene associations, major issues of concern to dental

hygiene, anticipated changes, and organisational plans and initiatives. Across all three categories investigated, topics cited most frequently involved dental hygiene education, regulation and practice; these themes varied in predominance over the years.

In 2006, issues cited most frequently involved a perceived need to expand the legal scope of dental hygiene practice, establish baccalaureate and graduate-level educational programmes in dental hygiene, improve employment and career opportunities for dental hygienists, ensure an adequate supply of dental hygienists, and improve access to their services.

Among anticipated changes, those pertaining to dental hygiene education, in particular entry-level baccalaureate programmes, were predominant. Next most frequently cited were pending or expected amendments to the regulation of dental hygienists, with a particular focus on scope of practice and professional autonomy.

It was not surprising to find that organisational plans and initiatives were linked to national issues and expectations. Two topics were predominant. The first involved the expansion of existing entry-level dental hygiene educational programmes, typically to the baccalaureate level, coupled with an increase in the overall number of programmes. The second topic involved the attainment of greater independence and professional autonomy for the dental hygienist, together with increased career opportunities in the public sector in particular.

Globally, the profession evolved over the period 1987-2006 in terms of issues and initiatives. Across a majority of the countries examined, the emphasis tended to shift from establishing curriculum standards for typically diploma-level programmes toward establishing the baccalaureate degree in dental hygiene as the entry-to-practice academic requirement. It also shifted to a greater emphasis on the development of a master's degree programme in dental hygiene, as well as increased opportunities for professional development and continuing competence for graduate dental hygienists. A change in the nature of issues and initiatives related to the regulation of dental hygiene also was observed. The focus shifted from method of regulation (in particular, representation on dental governing boards and self-regulation) toward increased professional autonomy in practice (in particular, a legally mandated reduction in supervision requirements for the dental hygienist and provision for independent dental hygiene practice). Recent trends coupled with the increasingly proactive nature of reported organisational initiatives suggest that professional autonomy for the dental hygienist will continue to increase.

Discussion

The purpose of the International Profiles of Dental Hygiene project is to examine patterns and monitor trends

and changes globally in the dental hygiene profession. The most recent findings continue to endorse the feasibility of using secondary source data collected through national dental hygienists' associations to maintain an international database. Systems for the regular collection, maintenance and dissemination of basic information on dental hygienists exist for most countries surveyed and have improved over time. Little relationship was evident between the size of a dental hygiene association and/or national population and the evolution of the corresponding information system, including, for example, the frequency with which data were updated. The gradual reduction in missing responses over the period 1987 to 2006 suggests that, for many countries, data had become more available. Problems persist in the collection of information with which to calculate supply and population ratios. For example, data pertaining to the same year for dental hygienists, dentists and the population apparently remain elusive for some respondents; on the other hand, the proportion overall has declined. The continuing challenge is to capture the full range of situations revealed both as the profession evolves and as countries continue to be added to the study, while at the same time maintaining the longitudinal integrity of the database.

Regarding the investigation of patterns and trends in the profession, by 2006 the profile had become more global in scope and reflected the vast majority of the world's population of dental hygienists. Over the 19-year period, it maintained a remarkable consistency worldwide, in particular regarding the scope of dental hygiene clinical practice. The profession remained more similar than dissimilar in terms of historical development, predominant work setting, and professional organisation. Variation persisted regarding labour force participation, hours worked, and remuneration for clinical practitioners and increased with respect to supply, educational preparation, and regulation of the profession.

Apparent changes over the period 1987-2006 should be viewed with caution due to the data's relatively short 19-year time span and the possibility of reporting inconsistencies for some countries from survey to survey. Given these caveats, a number of observed trends are noteworthy. The most dramatic and perhaps most reliably reported changes involve the supply of dental hygienists. There have been often dramatic increases in the numbers of dental hygienists and in hygienist-to-population and -to-dentist ratios. Also noteworthy is the growing shift toward the baccalaureate degree as the entry-level requirement for practice and the slow but steady increase in graduate level programmes. Workforce participation rates remain remarkably high for a predominately female occupation. Of particular interest is the increased scope of dental hygiene clinical practice and types of practice settings, together with greater professional autonomy for the dental hygienist as evidenced by a steady reduction in requirements for

work supervision, increasing prevalence of independent dental hygiene practice, and direct billing to 'third party payers'. Based on the major issues, expected changes and initiatives reported in 2006, these trends are expected to continue. Further, while the rate of change will continue to vary for the profession globally, the nature of the change will likely remain consistent, with the result that the profession will maintain its remarkable homogeneity.

Conclusions

Observed trends and changes indicate that dental hygiene continues to evolve both as a profession and an important part of the health care delivery system. Viewed within the context of broader population-based social and epidemiological trends and changes, politico-economic pressures, and healthcare re-structuring initiatives, this evolution presents both positive aspects and challenges. On the one hand, there is improved access to and greater technical efficiency in the provision of essential oral health services. On the other hand, the emergence of the dental-hygienist-as-primary-care-provider and as-entrepreneur necessitates new practice configurations, increased collaboration in the workplace, and more effective linkages between dental hygiene and other health groups. The evolution of the profession and its impact in terms of health outcomes and other effects merit further investigation.

Acknowledgements

This paper is based on information from the report *International Profiles of Dental Hygiene 1987 to 2006: A 21-Nation Comparative Study* by P M Johnson, 2007. The author thanks the member associations of the International Federation of Dental Hygienists (IFDH) for the time, effort and information that they have contributed. The contribution of Dr. Kerstin Ohrn, Sweden, in helping to review the questionnaire and compile data for the 2006 survey is gratefully acknowledged. The research was sponsored in part through an educational grant from the Colgate-Palmolive Company.

References

1. Johnson PM, Van Lierde L. International Profile of Dental Hygiene, 1987. Report. International Federation of Dental Hygienists. 1989. 78 pp plus 2 appendices.
2. Johnson PM. International Profiles of Dental Hygiene: a 16-nation study. Report. Toronto: PMJ Consultants. 1992. 89 pp plus appendix.
3. Johnson PM, International Profiles of Dental Hygiene: a 19-nation study 1987-1998. Report. Toronto: PMJ Consultants. 1999. 127 pp plus appendix.
4. Johnson PM, International Profiles of Dental Hygiene: a 19-nation Study 1987-2001. Report. Toronto: PMJ Consultants. 2002. 137 pp plus 2 appendices.
5. Johnson PM, International Profiles of Dental Hygiene 1987 to 2006: a 21-nation Comparative Study. Report. Toronto: PMJ Consultants. 2007. 143 pp plus appendix.
6. Johnson PM, Dental hygiene practice: international profile and future directions. *Int Dent J* 1992 **42**: 451-459.
7. Johnson PM, International dental hygiene profiles 1987 to 1998: a 19-nation comparative study. *Int Dent J* 2001 **51**: 313-324.
8. Johnson PM, International dental hygiene profiles 1987 to 2001: a 19-nation comparative study. *Int Dent J* 2003 **53**: 299-313.

Correspondence to: Dr. Patricia M. Johnson, PMJ Consultants, 2 Aberfoyle Crescent, Ste. 1006, Toronto, ON, Canada M8X 2Z8.
E-mail: patjpmjc@sympatico.ca.

Neue E-Mail-Adresse der Autorin Dr. Patricia M. Johnson, Toronto, Kanada: pjohnson1179@gmail.com

Abdruck mit freundlicher Genehmigung der FDI World Dental Press Ltd.

Liebe Leserinnen und liebe Leser!

Bitte unterstützen Sie unsere Petition!

Jede Unterschrift zählt!

Vielen Dank.

www.ddhv.de

Unterschriftenaktion
Petition

Unterschriftenaktion
Petition

Mundgesundheit – neue Konzepte für ein neues Jahrtausend

Margaret Schilz-Klotz, RDH, BS

Unter diesem Motto fand das 18. International Symposium of Dental Hygiene in Glasgow/Schottland vom 1. bis 3. Juli 2010 statt. Gastgeber war die British Society of Dental Hygienists und Therapists (BSDHT). Über 1.200 DH aus der ganzen Welt, die insgesamt 35 Länder repräsentierten, nahmen an diesem Symposium teil. 63 ausstellende Firmen zeigten ihre unterschiedlichen Produkte.

Marjolijn Hovius aus den Niederlanden, Präsidentin des IFDH von 2007 bis 2010, begrüßte alle Teilnehmer bei der Eröffnungsfeier, an der sich die 24 Mitgliedsländer mit ihrer Länderfahne präsentierten. Auch Deutschland war mit dem Deutschen DentalhygienikerInnen Verband e.V. und seiner Delegierten präsent. Hovius unterstrich,

dass der IFDH der Schlüsselpartner der DH-Organisationen ist, der kontinuierlich Veränderungen im Bereich der Mundgesundheit, Forschungsergebnisse in der Praxis, Anforderungen in der Ausbildung, die Gesetzgebung und Zukunftsprogramme in Betracht zieht und Weiterentwicklungen vorantreibt. Sie, wie auch andere Redner, stellte während der Veranstaltung in den Mittelpunkt, dass die Mundgesundheit ein integraler Bestandteil eines ganzheitlichen Gesundheitskonzeptes ist.

Margie Taylor, Chief Dental Officer of Scotland, wies darauf hin, dass der Grund jedes dritten Krankenhausbesuches von Kindern in Schottland eine Zahn-

extraktion ist und deshalb Prävention eine große Rolle spielen muss und daher das „Child Smile Program“ ins Leben gerufen wurde. Prof. Jeremy Bragg, Clinical Microbiologist von der Head of Dental School in Schottland, referierte über „Challenge und Change in Infectious Disease; a Global Issue“. Er konstatierte, dass ein Viertel aller Todesfälle weltweit auf Infektionen zurückgeht. Weiterhin führte er aus, dass HIV auch Auswirkungen auf andere Infektionen hat. Bezüglich der Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung, ein spezielles Problem

in Großbritannien, hob er hervor, dass Prione abnorme Proteine seien, die weder DNA noch RNA haben, nicht löslich sind und somit Probleme bei der Sterilisation von Instrumenten hervorrufen.

„Periodontitis – a Modern Disease Requiring New Treatments“ – dieses Thema behandelte Prof. Francis Hughes. Er machte klar, dass auch Plaque ein ätiologischer Hauptfaktor bei Parodontitis ist. Die meisten Menschen mit Plaque leiden nicht an einer schweren Parodontitis. Es gibt jedoch andere Risikofaktoren einschließlich zwei relativ moderner Probleme, das sind Rauchen und Diabetes. Verbesserungen können durch entsprechende Risikofaktor-Behandlungen erreicht werden, wie z.B. das „Einstellen von Rauchen“.

„Contemporary Options with Periodontal Scaling“ präsentierte Prof. Leah MacPherson, RDH, BS, MPH*. Sie wies darauf hin, dass Forschungen weiterhin aufzeigen, dass der Schlüssel der Parodontal-Behandlung die mechanische Beseitigung des Biofilms und Calculus (Zahnstein) ist. Um diese Irritanten zu beseitigen, sollte die DH die Optionen bei den Instrumenten genau beachten. Sie diskutierte die Rolle der Hand- und Power-Instrumente, sie beschrieb die unterschiedlichen Möglichkeiten und stellte die piezo-elektrische und magnetostruktive Technologie gegenüber.

Der 3. Juli begann mit einem Vortrag von Prof. John Thoma mit dem Titel: „The New Frontiers of Biofilm Management; Restorative Microbiology and Tailored-Comprehensive Oral Care“. Er machte klar, dass die Mundflora die komplexeste mikrobielle Gemeinschaft des Menschen ist. Die „Oral Microbial Signatura OMS“ ist bei jedem Menschen verschieden und verändert sich mit dem Alter, einer möglichen oralen oder systemischen Krankheit. Ein unausgeglichener oraler Biofilm geht mit einer steigenden Anzahl von oralen und systemischen Krankheiten einher, die sowohl im Körper wie auch von außerhalb behandelt werden können. Forschungen zeigen, dass die Bakterien im Mund auch in den Atmungsorganen gefunden werden. Vier potentielle Interventionen sind möglich: mechanisches Debridement, antiseptische Mundwasser, Probiotika und Abtötung der Krankheitserreger bis zur Wiederherstellung der gesunden Mundflora.

In seinem evidenzbasierten Vortrag „Allergy is Everything“ hob Dr. John Gibson hervor, dass Natriumlaurylsulfat eine Rolle beim Auftreten von Knötchenflechte und Schleimhautgeschwüren spielen kann. Es gibt Zahnpasten ohne Natriumlaurylsulfat, aber in den meisten Mundwasser-Produkten ist es enthalten. In vielen Fällen denken die Menschen an eine Lebensmittelallergie, aber sie reagieren auf die beigefügten Benzoate. Es können auch Empfindlichkeiten auf Materialien im Den-



talbereich sein. 16% der Personen, die im Gesundheitsbereich tätig sind, entwickeln Latex-Allergien, die auf eine schlechte Qualität der Handschule zurückzuführen sind.

Der Vortrag „Patient-Centered Therapy und Outcomes: Effective Management of Dentine Hypersensitivity“ bestand aus zwei Abschnitten. Prof. Philip Preshaw befasste sich in seinen Ausführungen mit der Sicht des Patienten. 15% der Patienten leiden an Dentin-Empfindlichkeit, und zwar hauptsächlich die Gruppe der 20 bis 40-jährigen und wiederum mehr Frauen als Männer. Diät- und kohlesäurehaltige Getränke sind die hauptsächlichsten kausalen Faktoren. Um den Schmerz in den Griff zu bekommen ist die Selbsterkenntnis des Patienten äußerst wichtig. Seiner Meinung nach ist eine Langzeit-Therapie schwierig. Den weiteren Teil trug Dr. Martin Ashley vor: „Effective Dentine Hypersensitivity Therapy; Review of New Technology and Evaluation of Patient Based Outcomes.“ Bei Operationen verstopfen Mittel zur Desensibilisierung Dentinkanälchen. Sie wirken schnell, aber beinhalten oft Glutaraldehyd oder Acrylat. Desensibilisierungs-Zahnpasten bringen Erleichterung, indem die Nerven durch Depolarisation, wobei Kaliumsalze zur Anwendung kommen, betäubt werden. Dies kann jedoch bis zu acht Wochen dauern. Die Pro-Argin Technology von Colgate nutzt Arginin, eine natürliche Aminosäure, die in der Speichelflüssigkeit gefunden wird, und nicht lösliches Kalziumkarbonat. Diese Kalziumschicht bildet eine schützende Versiegelung, die die Kanälchen blockiert und zudem Säureattacken widersteht. Es gibt Polierpaste für die Praxis und Zahnpasta für den täglichen Gebrauch.

Prof. Micheal Lewis referierte zum Thema „The Role of the Dental Hygienist in the Diagnosis and Management of Dry Mouth“. Reduzierter Speichelfluss kann u.a. Schleimhautveränderungen und Auswirkungen am mineralisierten Gewebe hervorrufen. Hauptsächlich fünf Ursachen können Xerostomie, die in Europa häufig vorkommt, hervorrufen: Nebenwirkungen von Medikamenten, eine vorangegangene Strahlentherapie, nicht diagnostizierte Diabetes, das Sjögren-Syndrom oder anomale Entwicklungen. Eine einfache Testmethode ist der „mirror stick test“. Therapeutisch können Speichel-Ersatzstoffe wie verschiedene Gels oder Stimulanzien wie im Kaugummi eingesetzt werden.

Dr. Mary Lynn Bosma präsentierte „Everything You Wanted to Know About Consumer Products But Were Afraid to Ask“. Ziel ihres Vortrages war, uns ein Basisverständnis zu den folgenden Punkten zu vermitteln: Wie arbeitet die Industrie bei der Entwicklung von Mundgesundheitsprodukten für Verbraucher und wie können wir Forschungsergebnisse evaluieren? Testmethoden von Mundgesundheitsprodukten bewerten Auswirkungen von Behandlungen und basieren auf klinischen Teststandards. Sie stellte „malidour“ als Beispiel vor. 90% der Patienten im Test hatten Erfahrungen mit „malidour“. Ursache sind gramnegative Bakterien auf

der Zunge, die hauptsächlich im hinteren dorsalen Bereich gefunden werden. Behandlungsmethoden können sein: Abrieb mit Zahnpasta, mechanisches Bürsten, antibakterielle Spülungen oder Neutralisierung mit Zink-Produkten.

Die Kernbotschaft des Vortrages von Dr. Mike Clark „So You Call Yourself a Professional“ lautet: 91% unserer Patienten wünschen eine sanfte, liebevolle Behandlung und 100% wünschen Professionalität!

Parallel zu dieser Veranstaltung gab es eine Poster-Session, bei der über 100 Dentalhygiene-Themen präsentiert wurden, davon 20 über orale Erkrankungen. Diese Poster-Präsentationen stellten weitergebildete DentalhygienikerInnen mit einem Bachelor, Master oder PHD vor.

Zum Abschluss wurden die Ergebnisse des 2-tägigen IFDH-Workshop, der dem Symposium vorausgegangen war, durch den Vorstand des IFDH und deren Arbeitsgruppen präsentiert. Proctor & Gamble und der IFDH waren die Hauptsponsoren. Ziel des Workshops war, DH-Netzwerke zu fördern und DH-KollegInnen auf der ganzen Welt einzubinden. Vier Arbeitsgruppen präsentierten Ergebnisse zu den folgenden Schwerpunkten: Förderung der evidenzbasierten DH-Tätigkeit, Verfahren und Produkte, Prävention von Krankheiten und Förderung der gesundheitlichen Primärversorgung, Förderung von interprofessioneller Zusammenarbeit, Kommunikation und Aufbau von Beziehungen innerhalb aller Disziplinen im Gesundheitsbereich, Neugestaltung der DH-Ausbildung und Ziele für die Zukunft. Jede Gruppe trug gut vorbereitet ihre Ausarbeitungen für die anschließende Diskussion vor. Das kollektive Denken aller Mitgliedsländer fand hier ein entsprechendes Podium. JoAnn Guerlin, IFDH-Vizepräsidentin, ging besonders auf den Punkt ein, den alle TeilnehmerInnen als sehr bedeutend herausstellten: Die professionell ausgebildeten DH sollten als Gewinn und nicht als Bedrohung gesehen werden!

Die künftige Präsidentin, Marie Perno-Goldie aus den USA, hob in ihrer Antrittsrede hervor: Der beste Weg, die Zukunft vorauszusehen, ist sie zu kreieren. Sie wies noch einmal auf die speziellen Arbeitsgruppen hin, die jeden stärker einbinden. Alle DH sind herzlich eingeladen, am 19. IFDH-Symposium 2013 in Kapstadt teilzunehmen. Maria Ferreira aus Südafrika sprach persönlich diese Einladung aus.

Für mich war es eine fantastische Woche: professionell, stimulierend und motivierend. Ich danke Hu-Friedy und GABA für die Unterstützung.

**RDH, BS, MPH - Registered Dental Hygienist, Bachelor of Science, Master of Public Health.*

Anmerkung: Margaret Schilz-Klotz besuchte diese Tagung als IFDH-Delegierte des Deutschen DentalhygienikerInnen Verband e.V.

DDHV

Rund um den Globus

Schweiz – Ausbildungs-Möglichkeiten

Für Deutsche haben sich die Ausbildungs-Möglichkeiten in der Schweiz etwas positiv verändert. Es werden in der Dentalhygieneschule Minervastrasse Zürich u.a. *Zahnärztliche Assistentinnen mit 3-jährigem Abschluss* aufgenommen. Das Schulgeld beträgt „nur noch“ ca. 6.000 CHF (ca. 4.000 Euro) pro Semester (4 Semester = 2 Jahre insgesamt plus ein Praktikumsjahr, in dem man 40.000 CHF verdient). Dazu kommen allerdings Lebenshaltungskosten plus Materialkosten (Bücher/Instrumente). Detailinformationen können Interessierte über www.careum-bildungszentrum.ch > *Höhere Fachschule/Dentalhygieneausbildung* > „häufig gestellte Frage“ selbst einholen und exakt lesen! Aber: Es werden nur 30 Studierende pro Jahr genommen. D.h., es muss mit einer Wartezeit gerechnet werden (bis zu 2 Jahren), da die Nachfrage nun enorm gestiegen ist. Für die Zahnärztliche Assistentin in der Schweiz verkürzt sich die Ausbildung auf 5 Semester. Das müsste auch für deutsche Interessentinnen möglich sein (verhandeln und Ausbildungsnachweis vorlegen!). Für Deutsche in einer Ausbildung gelten noch besondere steuerliche Möglichkeiten, die im Journal 1/2010, Seite 28/29, ausführlich erörtert wurden. Für SchweizerInnen ist die Ausbildung schulgebührenfrei. Im Vergleich zur diplomlosen Fortbildung in Deutschland lohnt es sich jedoch diesen Weg zu gehen, denn die Kosten sind mittlerweile in Deutschland mindestens genauso hoch, jedoch ist die Gesamtschulungszeit in der Schweiz viel geringer und... vor allem eben hat die Schweiz ein staatlich anerkanntes Diplom.

Es gibt auch noch die **ProphylaxeSchule-ZürichNord**, die sehr zu empfehlen ist und die ein ähnliches System anbieten kann. Links zu beiden Institutionen finden Sie unter www.ddhv.de/DH-Schulen, wobei wir absichtlich nur die Schulen auflisten, die zu einem Diplom führen.

Schweiz

Der Schweizer DH-Verband (Swiss Dental Hygienists) berichtet, dass mit der neuen kantonalen Verordnung die Ausbildung der Dipl. DH auf ein Höheres Fachschulniveau gehoben wurde, die die selbstständige Tätigkeit mit beinhaltet. Deutsche DH-Institutionen sehen ja mehrfach ihre – auch längst von der Schweiz aus auch auf offizieller Ebene kritisch gesehenen – 900 Stunden-Fortbildung auf demselben Niveau wie dem der Schweiz.

Deutschland ist also das einzige Land weltweit, das eine Fortbildung von maximal 950 Stunden einer *staatlich anerkannten Berufsausbildung*, die Deutschland ja vehement ausbremst und nicht anbieten kann, gleichgestellt sieht. Das Ausland sieht das jedoch von einem anderen Standpunkt aus, denn immer noch gibt es das Berufsbild DentalhygienikerIn bei uns nicht. Und: Das wird auch noch seine Zeit dauern, bis dies bei der heute betriebenen Politik definiert werden kann.

Der DDHV ist seit Juni 2010 definitiv darüber informiert, dass keine der deutschen DH-Fortbildungen in der Schweiz anerkannt werden.

Zudem gibt es nunmehr in der Schweiz eine eigene Tarifempfehlung für die selbstständige Praxis, die absolut durchdacht und profund aufgebaut ist. Wir werden diese natürlich nicht publizieren, da diese ja nur zum Wildwuchs für Deutschland dienen würde. Am 19. März fand eine weitere Tagung der selbstständigen DH in Bern statt. Von solchen Zielen ist Deutschland ca. noch 20 Jahre entfernt, außer es sei denn, ein (neuer) Bundesgesundheitsminister würde mit uns diskutieren und Klarheit gewinnen.

Der DDHV wünscht sich einen Gönner, der uns mit 200.000 Euro eine PR-Aktion finanzieren könnte. Denn: Hätten wir die Medien auf unserer Seite, die ja bekanntlich die Politik jedes Landes beeinflussen können, so hätten wir längst einen Umschwung durchgesetzt. Nachdem die Hoffnung zuletzt stirbt, kommt eines Tages doch ans Licht, was ans Licht kommen muss: nämlich der eigentliche Missbrauch, der nunmehr katastrophale Auswirkungen auf die Dentalhygiene und vor allem auf die Parodontologie in diesem Land hat.

Wie sagte eine informierte Kollegin letzthin: „Die Deutsche Prophylaxewelt ist ein krimineller Versicherungsbetrug.“ Hiermit meinte sie, was unser Arbeitsgebiet anbelangt, dass zahnärztliche Leistung – die dann doch keine zahnärztliche Leistung ist – als solche abgerechnet und nirgends wirklich kontrolliert wird. Normalerweise bezeichnet man solche Aktionen im Ausland als skrupellose Aktionen der Mafia. Der DDHV findet dies absolut zutreffend.

Wo bleiben in Deutschland die Zahnärzte, die den Mut haben, wie in den USA und anderen Ländern ein reguläres DH-Berufsbild zu initiieren?

DentFit

DentFit ist keine neue Institution, die sich nun auf privater Basis auch die Dentalhygiene auf die Fahne geschrieben hat, sondern sie ist die alte geblieben. Allerdings hat sie sich den Leiter der DH-Fortbildung aus München, Prof. Benz (das ist derselbe Prof., der den Mundgeruch auf ausschließlich orale Ursachen zurückführt) als Frontperson geholt, um sich mit dem Begriff *Dentalhygienikerin* zu schmücken, was immer das in Deutschland ja heißen mag. Dies zeigt, dass zwischen der Zahnärztekammer München und ihrer „Europäischen Akademie“ (so heißt der hoch klingende Name für deren Schulungszentrum), DentFit und den anderen deutschen Institutionen doch ein großer Unterschied existiert, mal mit 800, mal mit 950 und mal mit noch weniger nicht ganz nachvollziehbarer Stundenzahl. Auf der einen Seite bekämpfen sie vor Gericht die privaten Initiativen auch schon in Richtung Propylaxeassistentin und auf der anderen Seite in derselben Richtung auf Kammer-Ebene. München wäre in Zusammenarbeit mit dem DDHV zukunftssträftig gewesen,

wenn Münchens Akademie sich für eine 3-jährige Diplom-Ausbildung entschieden hätte. Sie hätte nur gewinnen können. Allerdings haben die Involvierten dem DDHV buchstäblich direkt ins Gesicht gelogen, denn sie gaben schriftlich an, nicht in eine DH-Fortbildung involviert zu sein. Kurze Zeit später standen dann doch alle Namen der Mitglieder über der nächsten DH-Fortbildung in München. Tja, die heutige Politik hinterlässt manchmal Kometstreifen am Himmel. Nur: Auch Kometen können ganz schnell verglühen. Denn: Alle in Deutschland existenten Institutionen auf ein internationales Niveau zu heben, dürfte immer schwieriger werden, da das Ausland nunmehr fast lückenlos einen Bachelor in Dentalhygiene anbietet. Und dazwischen klaffen nun wirklich Welten, denn ein Bachelor beinhaltet mittlerweile 5.400 Lehrstunden, was Deutschland nicht bieten kann und auch noch über Jahre hinweg nicht bieten will. Solange wir keine Änderungen zulassen, katapultiert sich Deutschland massiv ins Abseits.

PAR

Bislang erhalten wir allerdings auch Informationen über ein weiteres Phänomen: Die SHIP-Studie führt auch gerne dazu, dass jetzt Hinz und Kunz wieder über Parodontalanträge, schon wegen einer einzigen Tasche mit 6 mm, den Patienten als schwerwiegenden Parodontalpatienten führt. Hier werden wieder die Krankenkassen unnötig zur Kasse gebeten. Wie schon einmal publiziert: Es ist ein Klacks für eine Dipl. DH, diese eine Tasche für gerade mal 120 Euro in den Griff zu bekommen. Über den Parodontalantrag kostet das die Kassen allerdings 1.200 Euro. So sind die Kassen selbst schuld, wenn sie nicht dazu bereit sind, einen wirklich zertifizierten Nachweis des Behandlers zu verlangen. Kostengünstiger wäre, unser Berufsbild zu fördern (die AOK war nicht unschuldig am Aus der DH-Schule München).

Wir haben in Deutschland mehr denn je Parodontalprobleme zu verzeichnen, die trotz unseres derzeitigen Gesundheitssystems oder gerade deshalb nicht in den Griff zu bekommen sind und zwar aus einem ganz einfachen Grund: Die deutsche Politik der Zahnheilkunde ist nicht auf den Patienten, sondern auf die Einnahmen der Zahnmediziner ausgerichtet. Es fehlt das in den USA zeitgleich mit der Neuordnung des Zahnarztberufes installierte, in Deutschland nicht existente Berufsbild der Diplom DentalhygienikerIn.

GABA

Wenn man davon absieht, dass auch hier wieder „in 9 von 10 Fällen“ Mundgeruch als ausschließlich orales Problem zu sehen ist, ist der Brennpunkt Halitosis wirklich empfehlenswert unter www.elearninghalitosis.com.

Aus Praxis-Fit

Die Internet-Plattform *Praxis-fit* hat folgendes Umfrageergebnis angezeigt:

Ist die 407 bei PZR abrechenbar, wenn von der Zahnarzt" Helferin" (so dort titulierte) ausgeführt?

ja	(10) 55,56%
nein	(4) 22,22%
weiß nicht	(0) 0%
nur wenn von ZA gemacht	(2) 11,11%
nur wenn von ZMF gemacht	(2) 11,11%

Multiple-Choice-Umfrage. Teilnehmer: 18.

Tja, da bleibt dem DDHV nur der Kommentar: Hiermit ist bewiesen, dass die deutsche Rechtsprechung in der Dentalhygiene überhaupt niemandem nützt, außer dem Geldeintreiber.

Und weiter am 9.7.2010: „Die 407 ist die subgingivale Konkremententfernung. Muss man als Position mitbenutzen, damit man auf seinen Preis kommt. Ich würde sie auch im 2,3fachen Satz abrechnen.“ Das sind Diskussionspunkte unter Zahnärztlichen Assistentinnen ohne Zertifizierung in Deutschland!

Brigitte

Auch die Frauenzeitschrift „Brigitte“ hat Recherche- und Formulierungsprobleme. So steht in einer gesponserten Spezialbeilage, dass „die Bundeszahnärztekammer Arbeitsschritte zur Professionellen Zahnreinigung festgelegt hätte“, was uns etwas skurril erscheint. Zudem verwechselt die Redaktion das Gas Fluor mit den Fluoriden für die Zähne und... beschreibt, dass eine Membran **„um die Zahnwurzel gelegt wird, die das schnell wachsende Zahnfleisch zurückhält“**. Wir haben uns von Experten beraten lassen, die unsere Meinung unterstützen: *let the experts do the talking.*

Das Dentalhygienejournal der Fa. Oemus

publiziert in seiner 14. Jahrgangsausgabe 95-96, 2010, einen Bericht der Firma Dental Pearls, in dem insbesondere drei Punkte hervorzuheben sind: 1. dass ZMP genauso wenig wie DH in Deutschland geschützte Titel sind, 2. dass es weder für ZMP noch für DH bundesweit einheitliche Fortbildungen gäbe, 3. dass die Zahnärztekammer nicht verhindern kann, dass auch Privatanbieter Fortbildungen für ZMP und DH in Deutschland anbieten können.

Ob da der DDHV als Gedanken-Urheber in Betracht gezogen werden kann, fällt überhaupt nicht ins Gewicht. Sondern es ist sehr erfreulich, dass die deutsche DH-Landschaft nun auch endlich zu dieser Einsicht gekommen ist. Allerdings ist eine Dipl. DH ebenfalls in Deutschland ein schützenswerter Berufstitel, auch wenn er weiterhin nicht anerkannt ist.

Abstruses auf den Punkt gebracht

Eine anerkannte Fachzeitung lässt renommierten Fachmann zu Wort kommen. Lassen wir einmal wegen des Renommeees die Namen bei Seite: Wenn allerdings ein „Fach“ *Mann*, Dr. med. dent., der sich als Prophylaxepapst outen könnte, die Reinigung der Zähne mit einem Stück Stoff (meist ein oftmals gewaschenes, weißes Baumwolltuch) als „skurril“ bezeichnet, so muss ich als Fachfrau nach 40 Jahren Dentalhygiene doch an der „Fach“Form zweifeln. Über 4.000 Jahre verwendeten unsere Vorfahren Stoff zum Reinigen der Zähne. Der Gedanke daran, dass dies nun out sein sollte, ist eher

als skurril zu bezeichnen als der Vorgang selbst. Erstens ist das Tuch hygienischer als jede Zahnbürste der Welt (da meist auch nur einmal am „Zipfel“ verwendet). Zweitens kennt jeder, der diese Technik einmal praktiziert hat, den hervorragenden Nutzen: Die Zähne werden schneller glatt als mit jeder Zahnbürste (in Relation zu den Bewegungen). Drittens: Warum sollte man gute Gewohnheiten ändern? Genau auf dieselbe Weise meinen unsere amerikanischen Kolleginnen seit vielen Jahren, auf dem „schwarzen“ oder südamerikanischen Kontinent den Ur-Einwohnern das Zahnholz, das nachweislich sogar Fluoride enthält (und auch das schon seit 4.000 Jahren), abgewöhnen zu müssen und das in einem Land, in dem das dazugehörige saubere Wasser mehr als Mangelware ist. Ich glaube, dass solche Aussagen aus dem gleichen Grund gemacht werden, aus dem Nestlé einst sein Milchpulver in Afrika einführte. Im Gegensatz zu besagtem Autor bin ich voll und ganz der Meinung, dass Jessica Simpson, die hier als Vorbild galt, sehr wohl auch als solches benannt werden sollte und nicht umgekehrt. Immer wieder stelle ich fest, dass die Prophylaxe halt doch in die Hände von Dipl. DH gehört und auch die besten Professoren in Deutschland noch etwas von uns in punkto „unserer Profession“!!! lernen können. Dies akzeptieren übrigens namhafte Chefs auch ohne weiteres.

In der neuen **ZM, 1.8.2010, Seite 32, „Helfen statt heilen“** (nachzulesen über www.zm.de), nutzt die Bundeszahnärztekammer das Sommerloch, um Wischiwaschi und Altväterliches aus der Mottenkiste auszugraben. Den Begriff DH hat man sorgfältig über die 8 Seiten hinweg ausgespart. Auch der Titel „Helfen statt heilen“ ist nicht wirklich passend, schließlich geht selbst das Arbeitsspektrum einer „normalen“ Zahnmedizinischen Fach-Angestellten heute weit über das der „Helferin“ hinaus. Im Kern gibt man ja zu, dass man in Zukunft besser qualifiziertes Personal benötigt, aber, dass dies allein mit einer Kammerfortbildung erreichbar ist, ist illusorisch. Jedenfalls muss nun, um an einem europäischen Qualifikationsrahmen vorbei zu schrammen, ein deutscher Qualifikationsrahmen her, der gewiss die Dinge total verdrehen wird, damit er mal wieder in das Konzept der Bundeszahnärztekammer passt. Vergessen wird dabei, dass das Berufsbild DentalhygienikerIn in Deutschland nicht existiert. Solange das Bundesministerium für Gesundheit lediglich die Ratschläge der Bundeszahnärztekammer zulässt, ist es eine einseitige Angelegenheit.

Viele Frauen in Deutschland sind mittlerweile unzufrieden mit der unausgegorenen Abschlussmöglichkeit für unseren Beruf. Ideale Aufbaumöglichkeiten präsentiere nunmehr die Schweiz. Diese Möglichkeiten widerlegen auch die Angaben aus der ZM, dass „die **Ausbildung** zur DH teurer sein dürfte als das Deutsche Modulsystem“.

Der Alleingang der Bundeszahnärztekammer ist schlichtweg ein Betrug an diesem Berufsbild. Wir wollen ein reguläres Berufsbild. Wir haben ein Recht darauf, gleich behandelt zu werden wie das restliche Europa.

Und da wundern sie sich, dass „der Nachwuchs an qualifizierten Bewerbern im Besonderen fehlt“.

München

Die neueste Masche in der Zahnmedizin: Führt der Zahnarzt die Zahnreinigung selbst durch, so ist er zumindest der Ansicht, ein Vielfaches dafür verrechnen zu können. So geschehen in München: Für 20 Minuten Gesamtbehandlung wurden 722 Euro verrechnet. Wie schon erwähnt, beinhaltet das Studium der Zahnmedizin 520 ECTS. Das der Dipl. DH **NUR IN DENTALHYGIENE** 240 ECTS. Nachdem uns bekannt ist, dass unser Berufsthema an den Unis nur in einigen wenigen Fällen und extrem wenigen Stunden berührt wird, fragen wir uns, was dieser Zahnarzt an Ausbildung mitbringt. Tja, er muss es allerdings auch nötig haben, denn so erzielt er voraussichtlich einen prächtigen Tagesumsatz.

Vier Münchener Zahnmediziner par excellence suchen händeringend Dipl. DH, und das seit vielen Monaten. Es ist zum Verzweifeln.

Bleaching-Zentren München

In München eröffnen und schließen laufend Zahnmedizinische Assistentinnen (im Hintergrund ziehen meist Zahnärzte den finanziellen Faden) Bleaching-Zentren. Sie haben teilweise erfolgreich beim Amtsgericht München die Eintragung ins Handelsregister erreicht, da ihnen vorab die Zahnärztekammern Probleme bereiteten. Sie sind – im Gegensatz zur ersten Praxis für Dentalhygiene – umsatzsteuerpflichtig. Die Leistung sieht häufig so aus, dass eine Behandlung für Bleaching über ca. 2 Stunden 399 Euro kostet. Wie schon öfter erwähnt, ist die Remineralisierung auch nach einigen Jahren immer noch nicht 100% bewiesen und somit ist nicht sicher, dass dieser Vorgang nicht doch schädlich für die Zähne ist. In den USA sind Bleachings aus finanziellen Gründen um 80% zurückgegangen. Mir als Patient wäre es lieber, es würde mir eine wirklich professionelle Zahnreinigung für 120 Euro angeboten werden, die sich außerdem auch um den Zahnhalteapparat profund kümmert. Was nützen mir weiße Zähne, die ich auch mit einem Sonnenbad und gebräunter Haut erreichen kann, wenn der Zahnhalteapparat entzündet ist, was leider ja meist auch der Fall ist?

Praxis für Dentalhygiene

Die einzige *Praxis für Dentalhygiene* Deutschlands wurde in den letzten Jahren und wird in der Gegenwart vermehrt angefragt, ihr „Konzept“ an Zahnärzte zu übermitteln oder mit ihnen ein Dentalhygienezentrum zu eröffnen. Diese Zahnärzte haben nur den Profit im Auge, denn sonst wäre ihnen bekannt, dass mit ihren Zahnärztlichen Assistentinnen, die angeblich super Arbeit leisten, keine Dentalhygiene auf derselben Ebene zu offerieren ist. Die o.g. Praxis konnte sich nur durchsetzen, da die Inhaberin nicht an die Zahnärztekammer angeschlossen ist und sogar ein doppeltes Diplom vorweisen kann. Sie ist sozusagen zertifiziert, bestimmte Leistungen auch ohne Zahnarzt zu erbringen. Es sind

schon mehrere Projekte dieser Art mit Zahnärzten geplatzt. Zudem: So lange die Krankenversicherungen nicht mitmachen, ist hier auch kein Land in Sicht. Wir bitten Dipl. DH dringend, sich nicht vor eine solch unsinnige Karre spannen zu lassen. Wenn eine Dipl. DH-Leistung abgerechnet wird, dann soll es auch eine reine Dipl. DH-Leistung sein und bleiben und es sollte nicht nur der organisatorische Kopf aus einer Dipl. DH bestehen. Wir haben nun einen solch langen Weg hinter uns, dass wir die restliche Zeit, bis es eine wirkliche Dipl. DH auf Bachelor-Niveau geben wird, noch aussitzen können. Irgendwann wird demnächst vielleicht doch jemand aufwachen und merken, was in diesem Land nicht funktioniert und wird sich hoffentlich genauso selbstlos wie wenige andere engagieren, um dieses Berufsbild endlich durchzubringen. Ihm oder ihr gebührt dann das Bundesverdienstkreuz der Bundesrepublik Deutschland.

Hier noch zwei Anfragen, bei denen richtige Freude aufkommt: 50-jähriger Finanzmacker will die *Praxis für Dentalhygiene* besichtigen und wissen, wie man zu einer Praxis kommt. Er meinte, wenn ihn die Schweiz nicht mehr nehmen würde, könnte er ja auch in den USA seine Ausbildung zum DH machen. Er war nicht davon zu überzeugen, dass er einfach wegen seines Alters keine Chance mehr hat. Er meinte lakonisch, dass er immer sehr erfolgreich in seinem Leben gewesen wäre.

Oder: Zahntechniker aus der Nähe von Ulm möchte eine Dentalhygienepaxis eröffnen.

It is difficult to get a man to understand something, when his salary depends upon his not understanding it.

Upton Sinclair, 1932

Kompliment einer deutschen DH:

„Großes Kompliment für Ihre schonungslosen Veröffentlichungen im DDHV-Journal. Ich kann die Dipl. DH langsam sehr gut verstehen“. Name der Redaktion bekannt.

Dear Beate,

my best regards to you. I have long admired the commitment and effort expended by yourself and your colleagues towards advancing the profession of dental hygiene in Germany. Please keep me abreast of developments.

Dr. P. M. Johnson, Toronto, Ontario, Kanada, (IFDH-Präsidentin von 1989 – 1992), den ihre Vorgängerin Wilma Motley (DH-Legende und Buchautorin) gegründet hatte.

Deutschland

Profunde Statistiken sagen, dass derzeit Universitätspatienten privat bezahlt werden müssen, um sich überhaupt zahnärztlich von Studenten behandeln zu lassen. Andererseits erhalten Massen!!! an Patienten keine Termine für die profunde Dentalhygiene, weil einfach das geschulte Personal fehlt. Das ist das Resultat einer PAR-Scheuklappen-Politik. Manche von uns macht dies unglaublich traurig, dass alles nur noch im Fahrwasser

des Profits fährt, ohne Rücksicht auf deutlich notwendige Zukunftsvisionen.

Krankenkassen in Deutschland

Deutschland hat ca. 259 Krankenkassen, davon ca. 50 Privatkassen. 2015 soll es nur noch 50 Kassen auf dem Markt geben. Lt. SZ vom 14.6.2010 sind schon die ersten dabei, ihren Bankrott anzumelden. Die Mitglieder müssen dann von anderen Krankenversicherungen übernommen werden.

IFDH

In Finnland übernimmt die private Krankenversicherung die Leistungen der Dipl. DH-Behandlung. In einer Rundfrage des IFDH (International Federation of Dental Hygiene) kamen wichtige Einzelheiten ans Licht. So auch, dass alle Länder bezüglich unseres Berufsbildes aufrüsten außer Frankreich (null Information), Österreich, das genauso kämpft wie wir, und leider auch Deutschland. In Holland ist die Praxis für Dentalhygiene für alle erreichbar ohne Überweisung. Für PAR-Fälle ist jedoch eine Überweisung des ZA erforderlich. Die Dipl. DH darf in eigener Praxis injizieren. Auch Irland arbeitet an der eigenständigen Praxis für Dentalhygiene. Es ist erfreulich, wenigstens im Ausland Fortschritte zu sehen.

US-Zahnärzte

Manche behaupten, die DZW sei die Bildzeitung der Zahnmedizin. Wir sind der Ansicht, dass sie als uneinflusstes Organ einige Themen veröffentlicht, die sehr wichtig sind – im Gegensatz zur ZM, die ja das Organ der Bundeszahnärztekammer ist und nur ihre eigene Meinung duldet. So schrieb die DZW, dass die USA auch unter einer großen Krise leiden und zum ersten Mal nach 145 Jahren das *Chicagoer Midwinter Meeting*, das größte seiner Art in den USA, in diesem Jahr verkürzen musste. Vor allem wird erwähnt, was auch der DDHV schon einmal publizierte: Die hochprofitablen kosmetischen (Bleachings) Zahnbehandlungen sind um 80% zurückgegangen. Allerdings ging nicht nur diese Sparte zurück, sondern auch 75% der notwendigen Behandlungen sowie die präventiven Maßnahmen, unter die auch die Zahnreinigung fällt. Würde man in Deutschland die Kassenzuschüsse ganz streichen, würde es bei uns nicht anders aussehen.

2002: Ein Schweizer erfindet ein Wundermittel, das Erdöl verschwinden lässt. Er wartet, dass es jemand einsetzt. Ewig. 2010 wartet Herr Kroh nicht mehr. Vormalig Vertreter für Putzmittel hat er ein Pulver, das Öl und Wasser versöhnt, ein Mittel wider die Ölpest mit dem Namen GEES-61 erfunden.

Er wird genauso wenig erhört wie unser Berufsbild in Deutschland. (SZ-Beilage Mai 2010)

Fehlerteufel

Im letzten Journal sind wir mit den Berufstiteln etwas sorglos umgegangen. RDH ist die höchste Grund-Berufsauszeichnung weltweit für eine Dentalhygienikerin. Sie stammt aus den USA und steht für: eine mindes-

tens 2 Jahre vollverschulte Ausbildung, Staatsexamen (schriftlich) und Staatenexamen (praktisch) – es sind also zwei absolut separate Großtests und eine Lizenz, die ständig auf dem Laufenden gehalten werden muss. Diese Bezeichnung *Registered Dental Hygienists* wird international direkt hinter dem Namen getragen. Genauso wie der Titel eines Arztes oder Zahnarztes in diesen Ländern nicht vor, sondern hinter dem Namen getragen wird (z.B. Mr. oder Mrs. **Name, DDS** = Doctor of Dental Surgery = der Zahnarzt). **BS** bezeichnet die darüber liegende Stufe in der Dentalhygiene. Sie steht für Bachelor of Science. In Europa wird auch gerne die Bezeichnung BA – Bachelor verwendet, was aber eigentlich dem Bachelor of Arts zusteht. Auch diese wird hinter dem Namen platziert und von jedem auch getragen, vor allem in Kanada, USA, England, Australien, Neuseeland etc. Es besteht zusätzlich die Möglichkeit, einen Master of Science (MS) und einen Doktor zu erlangen. Dann könnte es so aussehen: Vorname, Nachname, RDH, BS, MS.

Nachdem in vielen Ländern andere Bezeichnungen vorherrschen (Mondhygienisten in Holland) und um Konfusion zu vermeiden, gaben wir in machen Fällen den Autorinnen im Journal lediglich ein Diplom. Allerdings ist es für uns selbst sehr peinlich, wenn wir unseren DH mit Bachelor „nur“ ein Diplom verpassen. Margaret Schilz-Klotz führt somit den Titel RDH, BS und Dr. Claudia Luciak-Donsberger führt zusätzlich zu ihrem Titel RDH, BS. Wir hoffen, dass wir das in den kommenden Journalen nicht mehr übersehen werden. Sorry.

Ulm

In Ulm und Austin/Texas/USA läuft ein Pilotprojekt besonderer Art: das Mobilitätskonzept – car2go – von Daimler mit smart-Fahrzeugen. Das Prinzip ist so einfach wie genial: Immer wenn Sie ein Auto benötigen, können Sie spontan auf der Straße oder gegen Vorbestellung eines von 200 Autos buchen, die Sie in Ulm finden. Mit minimalem Aufwand, nahezu frei wählbarem Rückgabeort (in und um Ulm herum) und ohne Fixkosten. Benötigt dazu wird ein Führerschein, der an den Kartenleser der Windschutzscheibe geführt wird. Dann öffnet sich das Fahrzeug. Zudem benötigt der Fahrer noch eine Pin-Nummer. Das Auto muss nicht nachgetankt werden. Wir finden, dies ist eine tolle Idee.

.....

Killerbrut – ein Film von Meike Hemschemeier

Ein Film, den man sich nicht entgehen lassen sollte: Der nächste Sendetermin konnte leider nicht ermittelt werden.

Die verschwiegene Katastrophe.

Aus: ARD und ZDF, Phoenix *Dokumentationen*

Deutsche Ärzte gehen nicht gern ins Krankenhaus, und sie wissen auch, warum. Jedes Jahr infizieren sich in deutschen Kliniken bis zu 1,5 Millionen Patienten mit Bakterien. Bis zu 40.000 Menschen sterben in Deutschland daran - Jahr für Jahr.

Das sind weit mehr, als hierzulande dem Straßenverkehr zum Opfer fallen, mehr als an AIDS (Deutschland ca. 600 pro Jahr) oder jeder anderen meldepflichtigen Infektionskrankheit sterben.

Hochrisiko-Patienten

Patienten aus Deutschland gelten in Nachbarstaaten als „Hochrisiko-Patienten“. In niederländischen Kliniken kommt jeder, der kurz zuvor in einer deutschen Klinik behandelt worden ist, sofort in Quarantäne. Um zu überprüfen, ob er gefährliche Keime einschleppt. Der Film begleitet zwei Patienten auf ihrem Weg durch die Krankenhäuser. Beide haben sich ausgerechnet dort gefährliche Infektionen (**MRSA** *Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus*) zugezogen, wo sie gesund werden wollten. Eine Patientin hat nach einer Knieverletzung bis heute 39 Operationen über sich ergehen lassen müssen. Jetzt fürchtet sie um ihr Bein. Der andere Patient verstarb nach einer Operation, weil gegen seine Infektion mit resistenten Keimen kein Antibiotikum mehr half.

Ursachen der hygienischen Katastrophe

Die Autorin geht den Ursachen der hygienischen Katastrophe nach: Verantwortungsloser Umgang mit Antibiotika, Schlendrian in Kliniken, Vertuschung, Ignoranz und der fehlende politische Wille auf Bundes- und Länderebene, die desaströsen Zustände zu ändern. Obwohl in Nachbar-Staaten wie den Niederlanden und Dänemark seit Jahrzehnten praktiziert wird, dass und wie man die Problematik bekämpfen kann, passiert in Deutschland nicht viel mehr als die Verantwortung hin- und herzuschieben. Die dringend notwendige Aufklärung der Patienten über die Gefahren durch Krankenhausinfektionen bleibt aus. Wer wissen will, welche Kliniken in Deutschland die größten Probleme mit der Hygiene haben, beißt auf Granit. Für Patienten heißt das: Sie müssen sich in Krankenhäusern behandeln lassen, ohne vorher zu erfahren, wie hoch dort das Infektionsrisiko ist.

Maßnahmen gegen katastrophale hygienische Zustände

Der Film zeigt auch, dass sich gegen die katastrophalen hygienischen Zustände an deutschen Kliniken durchaus etwas unternehmen ließe. Als Vorbild gelten die Unikliniken Münster, die nach schweren Fällen von Infektionen ein beispielhaftes Programm ins Leben gerufen haben. In den meisten Kliniken jedoch ahnen die Patienten nichts von den Risiken, denen sie ausgesetzt sind. Klaus-Dieter Zastrow von der Gesellschaft für Krankenhaushygiene: „Das ist ein gigantisches Problem. Und was das Dramatische ist, und das, was einem allmählich mal die Galle hochkommen lässt: Es ist leicht zu lösen.“

Kommentar:

Zustände wie diese sind auch der fehlenden Installation unseres Berufsbildes zuzuschreiben. Abbau – wo Aufbau notwendig wäre. Einsparen – wo das Gegenteil notwendig wäre. Auf wessen Kosten ist ja klar. Und wer daran verdient, ist auch klar. Dabei (und dazu gehört eigentlich z.B. auch die Deutsche Post) sollten gewisse Projekte in jedem Land dazu da sein, um die Menschen am Leben zu erhalten, um ihnen Arbeit zu ermöglichen, damit sie nicht auf der Straße stehen, sondern ihre Familien ernähren können. Daran denken jedoch die Großverdiener seit Jahren immer weniger. Im Übrigen: Wussten Sie, dass es in der ehemaligen DDR den Beruf des Hygienikers gab? Er hatte die Aufgabe, z.B. Krankenhäuser bezüglich ihrer Hygiene zu kontrollieren.

Buchbesprechungen

Schmerz – Nein Danke

Zähne-Kiefergelenk-Wirbelsäule

Eine starke Einheit für Ihre Gesundheit

Dr. Jürgen Schmitter NMD (USA)



In seinem auch für medizinische Laien verständlichem Buch zeigt der auf ganzheitliche und naturheilkundliche Zahnmedizin spezialisierte Autor die Folgen einer fehlerhaften Okklusion auf den gesamten Körper auf, denn die Wurzel für viele Leiden muss nicht unbedingt an dem Ort liegen, an dem sie auftreten. Oft ist die Ursache im Zahn- und Kieferbereich zu finden. Ist die Okklusion gestört, kann das Kiefergelenk nicht stressfrei funktionieren. Es kommt zu Verschiebungen des Unterkiefers und damit zu Verschiebungen im Halswirbelbereich, die auf die gesamte Wirbelsäule und weiter auf den ganzen Körper Auswirkungen haben können. Chronischer Schmerz kann seine Ursache in einer unmerklich zu hohen Füllung, einem toten Zahn oder einer Fehlstellung der Zähne haben, bei der sich die Stellung des Unterkiefers und der Halswirbelsäule verschiebt. Das hat eine Verkrampfung der Muskulatur zur Folge, die sich im Dominanzprinzip bis zur Hüfte und darunter fortsetzen und dort Auswirkungen zeigen kann. Eine der auch von der Schulmedizin anerkannten weit verbreiteten Folgen ist der Becken-Schiefstand. Auch können u. a. Kopfschmerzen, Rücken- und Ohrschmerzen, Müdigkeit oder Krampfadern auftauchen.

In der naturheilkundlichen Zahnmedizin werden bestimmte Zähne bestimmten Wirbelabschnitten und diese wiederum bestimmten Organen zugeordnet. Ist ein Glied dieser wechselwirksamen Kette betroffen, sollten immer auch die anderen Glieder untersucht werden, damit die eigentliche Ursache der Beschwerden festgestellt werden kann. Ein nach ganzheitlichen Methoden arbeitender Zahnarzt beschränkt sich nicht nur auf Zahnsanierung, Erhaltung und Ersatz, sondern bedient sich naturheilkundlicher diagnostischer Verfahren, die den Menschen als biologische Einheit mit vielen untereinander vernetzten Subsystemen sehen, die alle bei der Wahl der Therapie berücksichtigt werden. Neben therapeutischen Maßnahmen wie z.B. Aufbissschienen, Akupunktur, Ernährung oder manueller Therapie kann die Okklusion durch Einschleifen direkt korrigiert werden. Dieser nicht mehr rückgängig zu machende Eingriff sollte von einem erfahrenen Therapeuten jedoch erst vorgenommen werden, wenn der gesamte Organismus zuvor in Harmonie gebracht wurde. Fehlstellungen von Millimeterbruchteilen verursachen dentalen Stress und damit eine Disharmonie im gesamten Organismus.

In der naturheilkundlichen Zahnmedizin werden bestimmte Zähne bestimmten Wirbelabschnitten und diese wiederum bestimmten Organen zugeordnet. Ist ein Glied dieser wechselwirksamen Kette betroffen, sollten immer auch die anderen Glieder untersucht werden, damit die eigentliche Ursache der Beschwerden festgestellt werden kann. Ein nach ganzheitlichen Methoden arbeitender Zahnarzt beschränkt sich nicht nur auf Zahnsanierung, Erhaltung und Ersatz, sondern bedient sich naturheilkundlicher diagnostischer Verfahren, die den Menschen als biologische Einheit mit vielen untereinander vernetzten Subsystemen sehen, die alle bei der Wahl der Therapie berücksichtigt werden. Neben therapeutischen Maßnahmen wie z.B. Aufbissschienen, Akupunktur, Ernährung oder manueller Therapie kann die Okklusion durch Einschleifen direkt korrigiert werden. Dieser nicht mehr rückgängig zu machende Eingriff sollte von einem erfahrenen Therapeuten jedoch erst vorgenommen werden, wenn der gesamte Organismus zuvor in Harmonie gebracht wurde. Fehlstellungen von Millimeterbruchteilen verursachen dentalen Stress und damit eine Disharmonie im gesamten Organismus.

Dr. Schmitter stellt in seinem Buch die möglichen therapeutischen Maßnahmen vor und gibt Tipps zur Linderung von dentalem Stress und Rückenproblemen.

Eigenverlag/2000, Dr. Jürgen Schmitter

Im Look 4, 45472 Mülheim/Ruhr

Tel. 0208-370174, Fax 0208-3773633

schmitter@dr-schmitter.de

Euro/D 15,00 – Versand erfolgt kostenlos

sofort nach Bestellung

Praxis der chinesischen Zungendiagnostik Vom Zungenbild zum Behandlungsplan und das Zungenbild im Therapieverlauf

Dr. Oliver Gerlach



Die Zunge – Wegweiser für Diagnostik und Therapie: Schritt für Schritt von der Zungendiagnostik zur Therapie. Zahlreiche Fallbeispiele zeigen die Diagnosekriterien, das Therapieziel und die therapeutischen Maßnahmen sowie den Behandlungserfolg: Vorher-Nachher-Zungenbilder verdeutlichen die Inhalte. Erstmalig: Die Veränderungen der Zunge in Korrelation zum Therapiefortschritt.

Die Beurteilung der Zunge ist eine der wichtigsten Grundlagen der chinesischen Diagnosestellung. Der Autor interpretiert und dokumentiert seit vielen Jahren konsequent die Zungenbefunde seiner Patienten. Anhand aussagekräftiger Bildstrecken kann der Leser diese Methode der Blickdiagnose erlernen und leicht nachvollziehen, wie sich das Zungenbild während der Therapie verändert. Die direkte Korrelation zwischen klinischen Befunden und zugeordneten Veränderungen der Zunge ist durch die zahlreichen Bilder eindeutig dargestellt. Die Zungendiagnostik stellt ein valides diagnostisches Verfahren dar und ist ein aussagekräftiges Instrument zur Beurteilung des Therapieerfolges.

Hauptthemen in diesem Buch:

- Grundlagen und Systematik der Zungendiagnostik
- Häufige Zungenbefunde
- Zahlreiche Abbildungen zu allen relevanten Zungenveränderungen
- Verbindung zu Krankheitsbildern in der Praxis.

Elsevier, Urban und Fischer Verlag, 2008

192 Seiten, 324 farb. Abb., Pappband Buch

Euro/D 51,95 // Euro/A 53,50 // CHF 80,00

ISBN: 978-3-437-57820-5

**Keine Zukunft vermag gut zu machen,
was Du in der Gegenwart versäumst.**

Dr. Albert Schweizer

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

2010

19.11.	Jahreskongress <i>Swiss Dental Hygienists</i>	Basel/Schweiz	www.dentalhygienists.ch
03.-04.12.	ipi-Praxistage 2010	München	www.ipi-muc.de

2011

02.04.	DDHV-Fortbildungstagung 2011	München	www.ddhv.de
--------	------------------------------	---------	--

2013

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

Weitere deutschsprachige Fortbildungen für DentalhygienikerInnen finden Sie unter:
www.dentalhygienists.ch/kongress; www.dent.unizh.ch; www.pszn.ch (Prophylaxeschule Zürich Nord);
www.parodontologie.ch (Schweizerischer Parodontologenverband); www.dgparo.de (Deutsche Gesellschaft für Parodontologie)

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

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

**Wir erhalten immer wieder
diesbezügliche Anfragen!**

Liebe Leserinnen und liebe Leser!

**Bitte unterstützen Sie unsere Petition!
Jede Unterschrift zählt!
Vielen Dank.**

www.ddhv.de

Unterschriftenaktion
Petition

Dies ist die 54. Ausgabe des DDHV-Journals. Das DDHV-Journal erscheint als erste und einzige unabhängige Fachzeitschrift der DentalhygienikerInnen seit 1990 in Deutschland.

Impressum

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

Juristische Beratung

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

Steuerbüro

RCS Maurer
Patrick Maurer, Dipl. Kfm., Steuerberater
Ludwigstraße 1, 93047 Regensburg
Tel: 0941-59 57 99-01, Fax: 0941-59 57 99-04
kanzlei@maurer-steuerberatung.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 DDHVs wider.

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

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

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