

DDHV-Journal 2/2011



Deutscher DentalhygienikerInnen Verband e.V.

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

in einem Gerichtsurteil wird beschrieben, dass „ein Zahnarzt, der bei der Parodontalbehandlung die Kürettage von anerkannten [deutschen] Dentalhygienikern durchführen lässt, **seine Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung verletzt** und nicht berechtigt ist, die P 200 BEMA-Z abzurechnen“ (Kassenabrechnung). Aber als private Rechnung darf er die (delegierten) Leistungen (407) andererseits deklarieren. Ein ad absurdum sondergleichen. Denn: Eine Position bzw. Leistung, die von den Zahnärztekammern in einer DH-Fortbildung aufgeführt wird, sollte doch eigentlich komplett vorab abgeklärt sein, bevor sie als Berufsbildung deklariert wird. Hier gälte es ganz einfach einen Musterprozess zu führen.

Aufdeckung von Tatsachen und unsere Kritiken führten nunmehr zu einem erfreulichen Ergebnis, auf das wir nicht mehr zu hoffen wagten – obwohl wir 100 Jahre hinter den USA, 40 Jahre hinter der Schweiz und Holland und genauso lange hinter der erfolgreichen Durchsetzung in Italien, das heute 32 Bachelor-Studiengänge in Dental Hygiene anbietet, zurückliegen. Deutschlands Widerstand gegen einen Bachelor-Studiengang mit 180 ECTS bröckelt. Viele Parodontologen haben endlich erkannt, dass wir als Teamplayer dringend erforderlich sind. Liest man das Vorwort der neuen DGP-News, so fehlt es hinten und vorne an Parodontitis-Therapien und dadurch natürlich massiv an Therapeuten, also auch an Dipl. DH. Schließlich liegen Nachweise vor, die bestätigen, dass die Dipl. DH mindestens 73% aller parodontal-chirurgischen Eingriffe verhindern kann.

Dass dies nun eine Kettenreaktion auslösen würde, war vorauszusehen. Die Universitäten Münster und gleichzeitig Witten/Herdecke mit *praxis*Dienste machen den Vorstoß, wobei auch der DDHV nicht untätig ist. Lesen Sie hierzu eine kleine Abhandlung auf Seite 8. Auch Berlin würde sich derzeit für einen Umbruch eignen, wobei auch andere Universitäten nachziehen könnten. Allerdings wird dafür das erfahrene Personal, wenn überhaupt, nur noch aus dem Ausland zu holen sein. Klar ist, dass die Zahnärztekammer hier kein Vetorecht hat. Sie ist nicht zuständig für eine Universitäts-Ausbildung.

Der DDHV machte auf seiner Jahrestagung ganz klar deutlich, dass er sich für alle einsetzt, ob mit Abitur oder mit einer abgeschlossenen Berufsausbildung. Wir Dipl. DH und der DDHV hatten das Gefühl, als wenn wir endlich angekommen seien. Denn: Wir sind und bleiben der Verband, der sich wirklich für die Belange eines unbedingt erforderlichen Berufsbildes einsetzt und nicht die präsenten Umstände als gegeben ansieht – auch wenn uns bekannt ist, dass so manch einer unseren Weg nur kritisiert, anstelle wirklich zu hinterfragen. So haben wir in diesem Journal zusätzliche „heiße“ Neuigkeiten. Schade nur, dass unser nächstes Journal erst ab Februar 2012 erscheinen wird. Denn: Nun hat die Umbruchphase in Deutschland endlich begonnen, auf die wir leider 38 Jahre warten mussten.

Immer wieder machen wir uns intensive Gedanken - welche Themen soll unsere nächste Tagung beinhalten, wobei wir für so viele Themen Erstinitiatoren in Deutschland waren: Rauchen und Ernährungsfehler, alle systemischen Erkrankungen, Psychologie [Ganzheitsmedizin], Alkoholmissbrauch, Drogen und Medikamenteneinnahme etc. **und der Zusammenhang zu Parodontitis**. 75% aller Erkrankungen sind heute erwiesenermaßen ernährungsbedingt! Somit beginnt die Gesundheit im Mund. Wir waren erfreut, mit unserer Jahrestagung 2011 voll im Trend zu liegen und werden dies auch 2012 sein. Schließlich bewerkstelligen wir unsere Tagungen ohne Hilfe der Zahnärztekammern, ohne Ausbildungsstelle und ohne große Werbung der Industrie und... es lief und läuft super.

Wie sagte schon Perikles: **Das Geheimnis des Glücks ist die Freiheit, das Geheimnis der Freiheit aber ist der Mut.**

In diesem Sinne grüßt Sie ganz herzlich
im Namen des DDHV-Teams

Beate Gatermann, RDH, Dipl. DH, HF

INHALT

- 2 DDHV-Fortbildungstagung 2012
- 3 Zwei Koryphäen tauschen ihre Erfahrungen aus
- 6 Wir haben es geschafft: der Widerstand bröckelt
- 7 Fortbildungstagung des DDHV 2011
- 9 Honisoit qui mal y pense
- 11 Beurteilung der Politur von Zahnoberflächen aus Sicht des ADHA
- 14 Ein Gericht definiert eine "chirurgische Maßnahme"
- 14 Die P-200/407.
- 16 IST-Zustand der Parodontologie-Lehrstühle in Deutschland
- 16 Zukunft wagen: Die staatlich geprüfte Dentalhygienikerin (Dipl. DH/BDH)
- 19 Rund um den Globus
- 21 Buchbesprechungen
- 24 "DH-Bachelor-Studiengang"
Schreiben des DDHV an die zahnmedizinischen Fakultäten der Universitäten in Deutschland
- 25 Gefährliche Süßstoffe. Zurück zum Zucker
- 26 Veranstaltungskalender
- 26 Impressum

22 Jahre DDHV

DDHV-Fortbildungstagung 2012

Deutscher DentalhygienikerInnen Verband e.V.

Programm für Samstag, 21.04.2012

Hotel Sheraton München Arabellapark
Arabellastraße 5, 81925 München

08:00 - 09:00	<i>Einschreibung / Produktinformation</i>	
09:00 - 09:15	Vorwort zur Tagung	Beate Gattermann, RDH, Dipl. DH HF
09:15 - 10:30	Managen wir den Biofilm oder managen die Bakterien uns?	Prof. Dr. Ulrich P. Saxer, CH
10:30 - 11:00	<i>Produktinformation / Kaffeepause</i>	
11:00 - 12:00	An jedem Zahn hängt ein Mensch – Wechselwirkungen zwischen parodontalen und systemischen Erkrankungen	Michael H. Warncke
12:00 - 13:15	<i>Produktinformation / Mittagsbuffet</i>	
13:15 - 14:00	Slow Food – gut - sauber - fair	Karl Schweisfurth
14:00 - 14:45	Die Gesamtlösung	N.N.
14:45 - 15:15	Der DDHV steht Rede und Antwort	Beate Gattermann und Kolleginnen
ca. 15:15	Ende der Tagung	
16:00 - 17:30	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 12.04.2012 (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. med. dent. Ulrich P. Saxer

Aus- und Weiterbildung in der Schweiz, Doktor der Zahnmedizin 1970. 1968 - 1972 Ausbildung zum Spezialisten in Parodontologie an der Abteilung für Parodontologie der Universität Zürich (Prof. Dr. H. R. Mühlemann). Spezialist für Parodontologie der SSO und der European Federation of Periodontology (EFP). Frühere Anstellungen: Allgemein Zahnarzt in der Privatpraxis 1967, Assistent an der Uni Zürich, ODC und Parodontologie, 1968 - 1972; Assistent Professor an der University of Michigan School of Dentistry - Prof. S. Ramfjord und M. Ash (Department of Occlusion), Ann Arbor, USA, 1972 - 1973; Oberassistent an der Klinik für



Parodontologie der Universität Zürich, 1973 - 1984. Habilitation 1980, Aufbau und Leitung der ersten schweizerischen Dentalhygieneschule in Zürich 1973 - 1993. Lehrbeauftragter für Präventivzahnmedizin und Parodontologie an der Universität Zürich seit 1973. Research Assistant Professor an der University of Pennsylvania, 1994.

Gründung der ersten privaten Dentalhygieneschule (HF) in Zürich Nord (PZZ). Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Parodontologie (SGP) 2000 - 2004; Referent am ersten interdisziplinären Meeting mit Medizinern (Hirslandengruppe) und Zahnmedizinern in der Schweiz zum Thema Rauchstopp, April 2000.

Über 100 wissenschaftliche Publikationen auf dem Gebiet der Epidemiologie, oralen Prävention, konservativen chemischen und pharmazeutischen Therapie von Parodontalerkrankungen.

**Michael H. Warncke,
Dipl. Biologe**

Jahrgang 1960, von 1975 - 1985 Studium der Biologie und Diplom Prüfung an der Technischen Universität Darmstadt. Von 1987 bis 1990 wissenschaftlicher Mitarbeiter, klinische Forschung, G.D. Searle GmbH; seit 1990 medizinisch wissenschaftlicher Leiter, Colgate-Palmolive GmbH, Deutschland.



Verbandsarbeit: Normenausschuss Dental der deutschen DIN/ISO Gruppe; Fachberater Stiftung Waren-test; Mitarbeiter im Arbeitskreis Dental des Bundesverbandes der Arzneimittelhersteller; Arbeitsausschuss Mund- und Zahnpflege des Industrieverbandes Körperpflege und Waschmittel (IKW); Deutscher Arbeitskreis für Jugendzahnheilkunde; Verein für Zahnhygiene.

Mitgliedschaft in Wissenschaftlichen Vereinigungen: Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK); Deutsche Gesellschaft für Parodontologie (DGP); International Association of Dental Research (IADR); Fédération Dentaire Internationale (FDI). Gründungsmitglied der Initiative „Gesund im Mund bei Diabetes“. Zahlreiche Vorträge und Gastvorlesungen; Autor und Co-Autor wissenschaftlicher Publikationen.

Karl Schweisfurth

Jahrgang 1959, Lehre in der Landwirtschaft mit Abschluss Landwirtschaftlicher Gehilfe. Studium der Agrarwissenschaften an der Universität Hohenheim mit Abschluss Agrar-Ingenieur. Nachdiplom Studium der Betriebswirtschaft an der Universität St. Gallen mit Abschluss Betriebswirt.



Berufliche Tätigkeiten: von 1987 bis 1994 landwirtschaftliche Beratung für ökologische Betriebe, Schwerpunkt Verarbeitung und Vermarktung. Von 1994 bis 1996 Beschäftigung in verschiedenen Unternehmen der Lebensmittelwirtschaft.

Seit 1996 Unternehmer und Geschäftsführer der Herrmannsdorfer Landwerkstätten, Glonn, die handgemachte Lebens-Mittel in ökologischer Qualität mit eigener Landwirtschaft, Metzgerei, Bäckerei, Käserei und Brauerei herstellen.

Das Unternehmen, das sein Vater Karl Schweisfurth (ehemaliger Herta-Wurstfabrikant) 1986 gründete, hat ein regionales Netz von 90 Vertrags-Landwirten, die regelmäßig liefern, 180 Mitarbeiter, 12 eigene Filialen und zählt 80 überwiegend selbstständige Naturkost-fachgeschäfte und Restaurants zu seinen Kunden.

Zwei Koryphäen tauschen ihre Erfahrungen aus

Prof. U. P. Saxer und Prof. Hannes Wachtel zur Problematik der Dentalhygiene in Deutschland

Prof. Wachtel: Ohne Prophylaxe ist die moderne Zahnheilkunde nicht denkbar. Wir wissen dies eigentlich schon gesichert seit 30 - 40 Jahren. Dennoch hat sich dieser Prozess, dieses Konzept in die Praxen zu integrieren, relativ langsam vollzogen und vollzieht sich noch. Was war Ihrer Meinung nach der Grund der frühzeitigen Installation der Prophylaxe in der Schweiz?

Prof. Saxer: Die Prophylaxe einzuführen braucht Zeit. Es ist jedoch ganz wichtig, dass man weiß, von was man spricht. Was wird eigentlich erwartet? Bei der Prävention muss ja der Partner, in diesem Fall der Patient, schlussendlich auch etwas mittun. Da ist es natürlich in einer Praxis ein Geben und ein Nehmen. Im Prinzip wird der Patient instruiert und dies muss so erfolgen, dass der Patient das nicht merkt. Wenn der Patient „geschulmeister“ wird, dann funktioniert das nicht. Das ist ein Prozess: Was will ich mit der Prophylaxe erreichen? Es gibt für mich in der Prophylaxe zwei Bereiche. Der eine ist oberflächliche Kosmetik, der andere Bereich ist gründliche Prophylaxe. Das eine möchten wohl alle. Davon spricht auch die Praxis und bietet es an. Das andere hat sich noch lange nicht überall durchgesetzt.

Prof. Wachtel: Wir finden natürlich diese Problematik auch bei uns in Deutschland. Eine zentrale Stellung in diesem Konzept hat nun mal die Dentalhygienikerin. Viele Länder haben hier verschiedene Konzepte. Das

Konzept in Deutschland geht von der Zahnärztlichen (Fach-)Assistentin zur Dentalhygienikerin und fokussiert auf dem Beruf der Zahnärztlichen (Fach-)Assistentin als Fortbildung. Wir wissen, dass es in der Schweiz neue Bestrebungen gibt, dieses geschulte Personal neu zu organisieren. Wie beurteilen Sie das und was ist nach Ihrer Meinung sinnvoll und das ideale Konzept?

Prof. Saxer: Das ideale Konzept ist, so glaube ich, vielleicht noch nicht gefunden, weil diese Ideale an der Realität scheitern, wenn es an die Umsetzung geht. Die Anforderungen an eine Dentalhygienikerin sind sehr hoch. Und da muss ich wieder von der Zweiteilung sprechen: In der Praxis und durch den Praktiker wird mehr das Kosmetische gesucht. Das Kosmetische kann man schnell erreichen. Das erreicht eine Hilfskraft in kurzer Zeit, wenn sie angelernt wird. Das kann so, wie das in Deutschland für die Dentalhygiene, wie Sie diese haben, in einem oder 6 Monaten erlernt werden. Aber da ist mehr die Kosmetik abgedeckt. Wenn Prophylaxe im Sinne der Gesundheitsförderung gemacht werden soll, für den Bereich, für den ja eigentlich der heutige Zahnarzt ausgebildet werden sollte (das ist also Zukunftsmusik), nämlich als Allrounder in der oralen Prävention, so braucht es für das einfach ganz gründlich geschultes Personal und das kann man nicht in ganz kurzer Zeit ausbilden. Sie haben gefragt, wie das in der Schweiz läuft und was für einen Wandel es in der

Schweiz gibt. Da ist die Situation so: Die Dentalhygieneausbildung war zuerst eine private Initiative (*Anmerkung: Prof. Saxer war hier federführend am Aufbau involviert*) von einigen Zahnärzten und die haben das dann mit wenig Schulen umgesetzt. Heute ist das Berufsbild Diplom Dentalhygienikerin verankert in der Bevölkerung. Man geht zur Dentalhygiene. Man weiß, dass es gut ist. Jetzt haben die Behörden das Ausbildungs-Konzept übernommen. Die Behörden machen derzeit aber irgendwie etwas ganz anderes. Sie versuchen, alles mit Checklisten auszubilden, denn das neue System bildet so aus, indem vieles aus dem Netz erarbeitet wird. Aber: Im deutschen Sprachbereich ist im Gegensatz zum englischen das schriftliche Wissen, das eine Dentalhygienikerin braucht, jedoch eigentlich gar nicht vorhanden. Die Ausbildung der zukünftigen Dentalhygienikerin, wenn sich das in der Schweiz durchsetzen wird, findet maximal auf der Stufe einer gut ausgebildeten Zahnärztlichen (Fach-)Assistentin statt und das kann nicht die Zukunft sein (*Anmerkung: befindet sich im Probestadium*).

Prof. Wachtel: Ich kann mir für die Zukunft nicht vorstellen, mit wenig kompetenten Dentalhygienikerinnen zu arbeiten, da auch die sogenannten einfachen Fälle oft Probleme haben, die Erfahrung voraussetzen. Es gibt einige wenige Länder, die auf zwei Schienen aus-/fortbilden (Holland, Deutschland, jetzt auch die Schweiz mit ihren PA): eine gründlich ausgebildete DH und eine weniger gründlich ausgebildete Prophylaxeassistentin. Dann wären die Fälle zu unterteilen. Funktioniert denn so ein System?

Prof. Saxer: Das, was man anbietet, muss auch eine gewisse Gewähr bieten. Der Patient erwartet, dass es funktioniert und nicht nur für ein Jahr, sondern für zehn oder zwanzig Jahre. Und dazu braucht es diese Fachkräfte, damit diese wertvolle Arbeit aufrechterhalten werden kann. Ja, wenn die gut ausgebildete und die weniger gut ausgebildete nebeneinander arbeiten und wenn dieses Nebeneinander gut funktioniert und durch den Chef getragen wird und jede ihre Grenzen kennt und auch ihre Grenzen akzeptiert, kann das funktionieren. Die Prophylaxeassistentin gegenüber der Dipl. Dentalhygienikerin. Sobald sie sieht, dass sie nicht mehr weiterkommt, muss sie an die Dipl. Dentalhygienikerin weiter delegieren. Und bei der Dipl. Dentalhygienikerin ist es natürlich auch so. Es gibt auch für sie Grenzen, wo sie nicht weiter therapieren kann. Z.B. wenn die Taschen beim Parodontitispatient sich nicht reduzieren lassen, dann braucht es den Zahnarzt. Es muss eine Teamarbeit sein.

Prof. Wachtel: Was wir in der Praxis sehen, ist der eigentliche Schwerpunkt, wenn man ein funktionierendes System - also eine Erhaltungstherapie - aufbaut, in meiner Einschätzung, der in der orientierenden Diagnostik liegt. Die DH muss das erst erkennen. Die DH arbeitet ja heute schon mit Risikopatienten, mit Implantaten und mit allen möglichen Verfahren. Wir brauchen auch

eine Karies-Früherkennung. In der profunden Dentalhygiene werden die Patienten intensiv untersucht und es ist eine Milchmädchenrechnung, dass hier der Zahnarzt mehr findet als sehr gut geschulte Fachkräfte. Nach meiner Meinung müsste die Ausbildung der DH in der Diagnostik intensiv sein, denn die Therapie ist in ihrer eigentlichen Bedeutung wichtig, aber eher untergeordnet. Wie sehen Sie das?

Prof. Saxer: Ja, das ist eigentlich richtig für alle drei Stufen, von denen wir jetzt gesprochen haben. Wenn ich oben beginne, beim Zahnarzt, dann ist die Diagnose und die anschließende Planung das Wichtigste. Wenn er das sorgfältig gemacht hat, dann können alle anderen ihre Arbeit den Stufen entsprechend ausführen. Wenn ein Patient in seiner Problematik erfasst ist, d.h., man erkennt die Risiken, sei es Karies oder Parodontitis, dann kann man auch einen langfristigen Plan entwickeln. Dann wird das Therapiekonzept und Nachsorgekonzept auch funktionieren. Dasselbe gilt für die Dipl. Dentalhygienikerin und für die Prophylaxeassistentin. Das ist absolut fundamental.

Prof. Wachtel: Gehen wir auf den Zahnarzt ein: Wir sehen ja auf der einen Seite, dass wir in der Behandlung der Parodontitis flächendeckend in den meisten westeuropäischen Ländern eigentlich nicht sehr erfolgreich sind. Die Karies bekommen wir durch Fluoridierungsmaßnahmen relativ gut in den Griff. Wie müsste sich das Berufsbild des Zahnarztes ändern, sowohl in der Ausbildung als auch in den Praxen, damit wir effektiver in der Prophylaxe und vor allem in der Erhaltungstherapie werden? Wir sehen in unseren großflächigen Untersuchungen eine große Zahl (18-20%) von 60-Jährigen, die völlig zahnlos sind, obwohl sie ihr ganzes Leben Zahnheilkunde genossen haben. Wie würden Sie einschätzen, wie sich das Berufsbild des Zahnarztes in der Ausbildung und in der Durchführung in der Praxis verändern sollte?

Prof. Saxer: Fangen wir bei der Therapie an: Prof. Jörg Meyle (Univ. Gießen, PAR-Abteilung) hat kürzlich einen Vortrag in Zürich gehalten und wir haben ihm die Frage gestellt: Ist die Parodontitistherapie erfolgreich? Er hat dies sehr schön dargestellt. Seine Quintessenz war: In der Einzel-Praxis erweist sie sich als sehr erfolgreich. Der einzelne Zahnarzt kann das gewährleisten. Aber epidemiologisch in der Breite funktioniert das überhaupt nicht. Wir haben die Behandlung in der Parodontitis überhaupt nicht unter Kontrolle. Das hat sicherlich mit der Ausbildung zu tun. Und wenn ich mich richtig orientiert habe, gibt es in Deutschland an den 30 deutschen Universitäten einen einzigen besetzten Lehrstuhl der Parodontologie (Universität Münster, Prof. Dr. B. Ehmke) und es war bis vor kurzem kein eigenes Prüfungsfach. Diese Bewegung trifft nicht nur auf Deutschland zu. Wir hatten vor ca. 10 - 15 Jahren in der Schweiz 4 Lehrstühle, die alle mit Parodontologen besetzt waren (Rateitschak, Mühlemann, Lang, Cimasoni). Heute ist nur noch einer davon richtig besetzt. Da ist auch der

Staat und die ganze Zahnmedizin in der Schweiz, die den Brennpunkt verlagern. In Deutschland kenne ich nur den Bericht des Deutschen Wissenschaftsrates von 2005. Der hat damals ganz eindeutig der Regierung empfohlen, dass man Lehrstühle für Parodontologie besetzt und dass man Dentalhygienikerinnen ausbilden sollte. In Deutschland sind all diese Empfehlungen, ich weiß nicht genau wer zuständig war, aber ich habe gehört, es sind die Zahnärztekammern oder die Krankenkassen, negiert worden. Jetzt, glaube ich, geht vorsichtig ausgedrückt, in dieser Richtung nicht sehr viel.

Prof. Wachtel: Ja, wir erleben sogar nach einer Euphorie vor ca. 10 Jahren, natürlich auch aus dem Grund des Mangels an wirtschaftlichen Ressourcen an Universitäten, einen gewissen Rückschritt in diese Richtung. Das würde ich auch eindeutig so sehen. Und es ist auch das Berufsbild der Dentalhygienikerin nicht gesichert, wie wir es bräuchten. Ich glaube, dass wir in eine Zeit gehen, in der immer mehr Implantate gesetzt werden. Allerdings wird die Verantwortung, die jetzt der Zahnarzt, die Praxis und das Team trägt, für die Patienten, die mit Implantaten ja älter werden, noch viel größer. Man muss ja sagen, dass vom allgemein gesundheitlichen Geschehen der zahnlose Patient eigentlich ganz gut dran ist. Er ist pathologisch gesund im Mund. Er kann nicht mehr gut kauen. Wir setzen also Implantate. Nur: Wir wissen alle aufgrund der neuen Daten aus Schweden, aus anderen Ländern und auch aus der Schweiz, dass wir da ein neues Problem auch in der Hygiene-Richtung kreieren. Wie sehen Sie das prinzipiell im Bereich der Implantate, die in der Chirurgie liegen und nicht im Bereich der Parodontologie? Wird es nicht noch wichtiger, diesen Bereich gut strukturiert aufzubauen?

Prof. Saxer: Es ist richtig, dass der zahnlose Patient in der Mundhöhle gesund ist. Auf den Körper hat das einen recht großen Einfluss. Aber: In England hat man ja mit dem National Health Service (kostenlose Zahnbehandlungen) seit vielen Jahren sehr viele 50-Jährige mit Prothesen, die aber Probleme mit der Verdauung haben. Also: Im Prinzip wäre es schon gut, wir hätten Zähne im Mund, um richtig kauen zu können.

Zu den Implantaten: Ich bin aufgeschreckt worden durch die Versicherungen in Deutschland, die, wenn ich richtig informiert bin, allen Zahnärzten ein Schreiben zugeschickt haben, dass die Kostendeckung in der alten Form nicht mehr gültig sein soll, da den Angaben der Kassen nach durch die Implantate sich die Kosten mehr als verdoppelt haben. Auf der einen Seite ist es schön, dass es irgendwo noch ein Instrument gibt in einem Staat, das versucht, regulierend einzugreifen. Auf der anderen Seite ist es ein Schwächezeichen gewisser anderer Bereiche (Staat), dass hier eine Regulierung von den Versicherungen herkommen muss. Die Implantatgeschichte ist natürlich etwas sehr Spezielles. Wir wissen heute, wir können in einer gesunden Mundhöhle implantieren. Wir können einem Patienten helfen. Aber wenn das jeder Zahnarzt macht, obwohl er die Ausbil-

dung dafür nicht hat (an wenigen Wochenendkursen kann man das Implantieren nicht erlernen), dann führt das natürlich in eine Richtung, in der wir am Schluss eine Welle von Perio-Implantitis haben, die auf uns zukommt und die ist natürlich sehr destruktiv. Da gehen die ganzen Kiefer kaputt. Da schaffen wir uns ganz andere Probleme. Es ist schade, dass wir hier nicht selber in der Lage sind, regulierend zu wirken, sondern dass uns das die Versicherung aufzwingen muss.

Prof. Wachtel: Wir sind einer Meinung, dass sich die Verantwortung des Zahnarztes, wenn wir Implantate verwenden, in der Gesunderhaltung unserer älteren Patienten verändert, die ja mit den Implantaten älter werden, denn dann ist die Mundhygiene oftmals eingeschränkt. Wie halten Sie in der Schweiz heute die Implantate bei Ihren älteren Patienten gesund? Da kann man vielleicht ein paar Dinge von der praktischen Seite kurz beleuchten. Wie ist Ihr Konzept in Richtung Implantat-Erhalt?

Prof. Saxer: Wir hatten einen Kongress vor 14 Tagen zu diesem Thema. Die bisherigen Konzepte, die geprüft worden sind, haben ja alle versagt. Es gibt kein validiertes Konzept, um Implantate zu erhalten. Das ist heute noch eine große Kontroverse. Zum Beispiel gibt es in der Schweiz eine Dentalhygieneschule, da ist es den Dentalhygienikerinnen verboten, die Sondierungstiefen um die Implantate herum zu messen. Also, das ist ja eine erste Grundvoraussetzung, die gemacht werden muss. Für mich ist wichtig, dass wir es bei Implantaten erst gar nicht dazu kommen lassen, dass diese krank werden. Man kann Implantate in eine gesunde Mundhöhle integrieren. Und in der Nachfolge sollte die Prophylaxe so stark sein, dass das Implantat nicht krank wird, da wir wissen, dass es eine Therapie der Perio-Implantitis nicht gibt. Bzw. es gibt keine konservative Therapie. Eine chirurgische Perio-Implantitis-Therapie gelingt mir manchmal. Und dies kann man auch in der Literatur nachlesen. Aber die konservative Perio-Implantitis-Therapie mit all diesen Geräten, die auf dem Markt sind (Ultraschall, Schall, Flow, Perioflow, Ozon oder Lasertherapie) funktioniert nachweislich nicht. Deshalb denke ich, müssten wir viel mehr Prophylaxe betreiben, dass es gar nicht erst zu dieser Entzündung kommt. Aber ein validiertes Konzept habe ich noch nicht. Wir haben ein Konzept aufgestellt, nach dem wir arbeiten wollen. Aber ob das zu etwas führt, da bin ich mir auch noch nicht sicher.

Prof. Wachtel: Also müssen wir die Datenlage abwarten. Und das dürfte 5 - 10 Jahre mindestens noch dauern. Aber unter diesem Aspekt gerade im Bereich der Erhaltungstherapie und Prophylaxe sollten wir einen hohen Standard der Dentalhygienikerin und der Prophylaxeassistentin haben. Denn hier nichts zu bewegen ist wirklich sehr kritisch. Wir wissen alle, was dann passiert. Schauen wir in die Zukunft: Dieses Biofilm-Management, wie man das heute nennt, auf das es im Endeffekt hinausläuft: Welche Entwicklungen würden

Sie zukünftig in der Prophylaxe und in der Erhaltungstherapie sehen? Wo geht der Weg hin und was geben uns all die modernen Methoden mit Laser, Anfärben oder gar Plasma, über die ich gerade gelesen habe? Es gibt alle möglichen Arten, mit diesen Bakterien fertig zu werden. Wo würden Sie sagen, stehen wir heute und wo sehen Sie die höchste Potenz in der Zukunft?

Prof. Saxer: Biofilm-Management in der Mundhöhle ist der meist missbrauchte Begriff, der heute in der Zahnmedizin kursiert. Den Biofilm in der Mundhöhle kann niemand und kein Instrument managen. Das ist ein Management für einige Minuten. Man bekommt den Biofilm in der Tasche und um die Problemstellen weg. Und eine halbe bis drei Stunden später ist er wieder da. Und deshalb gibt es eigentlich nur einen Weg, der zur Gesundheit führt. Wir alle wissen, wir haben eine Billion Bakterien in der Mundhöhle. Die Problematik vom Biofilm, der destruktiv in Form von Parodontitis oder Peri-Implantitis wirkt, sind gleich doppelt so viele Bakterien, die sich etablieren, sobald Nischen und Taschen da

sind. Wenn 5 - 6 Taschen über 4 mm vorhanden sind, dann ist der Biofilm in einer derart anderen Dimension in einer Mundhöhle, in der er nicht eliminiert werden kann. Da gibt es nur eines: Elimination aller Taschen um Zähne und Implantate bis auf das Niveau von 4 mm. Wenn man das erreicht, dann hat man gesunde Patienten mit einer gesunden Mundhöhle und diese wirkt sich auch auf die allgemeine Gesundheit aus.

Prof. Wachtel: Dies ist ein super End-Statement. Was Sie gerade gesagt haben, wird unterstützt durch die neue Literatur. Da gibt es die Carnevale und Klaus Lang, Winterlach und weitere Studien, die genau dies zeigen. Wir müssen praktisch zu dem ganz alten Konzept in der Praxis zurückkommen, die Taschen und die Schlupfwinkel zu eliminieren und dann sind wir erfolgreich. Ich danke Ihnen, Prof. Saxer, dass Sie sich die Zeit für dieses Gespräch genommen haben. Es war auch für mich sehr interessant. Ihre Kompetenz ist unbestritten und wir danken sehr für dieses Interview.

München, im Januar 2011

Wir haben es geschafft: Der Widerstand bröckelt

Vor nicht allzu langer Zeit nahm der DDHV zu Dorothee Neuhoof (deutsche DH-Fortbildung, Zahnärztekammer Münster) Kontakt auf mit der Bitte, doch in Münster an der Universität ein versiertes DH-Studium nach internationalen Kriterien zu installieren. Schließlich verfüge Münster über ein erstklassiges Parodontologiezentrum. Aus dem müden Lächeln über diese Idee ist ein Bachelor mit 180 ECTS im Aufbau. Wir gratulieren. Damit wird allerdings auch die Kritik des DDHV untermauert, dass eine deutsche DH-Fortbildung und ein Bachelor-Studiengang in Dentalhygiene einfach nicht dasselbe sind. Wir sind hoch erfreut, dass derzeit unglaublich viele Stimmen laut werden, die unsere hohen Bestrebungen nun doch endlich nach fast 38 Jahren Aufbauarbeit unterstützen und mittlerweile auch euphorisch begrüßen. Die Parodontologen Deutschlands übermitteln uns nun ganz offen, dass sie ohne uns nicht vorwärts kommen.

Uns war immer bewusst, dass eine Installation auf diesem Weg eine Kettenreaktion auslösen würde. Allerdings wird der DDHV bestrebt sein, diese Kriterien auch von allen zu verlangen: Unter 180 ECTS ist ein Bachelor nichts wert. Auch nicht, wenn er den undiskutablen Stempel einer privaten Firma wie *praxisDienste* anstelle einer Universität (Witten/Herdecke) tragen muss.

Angaben über Google:

Nach dem [European Credit Transfer System](#) (ECTS) sind durchschnittlich 30 Leistungspunkte (LP, creditpoints) pro Semester zu erwerben. Bei einem Bachelor-Studium von sechs Semestern ergeben sich so 180 LP, bei sieben Semestern 210 LP und bei acht Semestern 240 LP. Es existieren auch [Intensivstudiengänge](#), bei denen in sechs Semestern 210 LP vergeben werden, wie beispielsweise bei der [Dualen Hochschule](#).

Allerdings ist mit dem Abschluss einer Uni-Ausbildung das Thema Berufsbild dringend erforderlich. Dann muss die Bundesregierung endlich reagieren, weshalb wir die Vorstöße nun mehr als begrüßen. Bislang sind ja weder das Bundesministerium für Gesundheit, das im Ausland für unser Berufsbild zuständig ist, noch das Bildungsministerium gewillt, uns unter ihre Fittiche zu nehmen. Dabei ist festzuhalten, dass die Bundeszahnärztekammer hier kein Vetorecht besitzt, da sie nicht für einen Studiengang einer Universität zuständig ist. Das liegt alleine im Ermessen einer Universität und des zuständigen Bundeslandes. Und: Wenn es nun um die Rahmenbedingungen geht, werden wir klar das fordern, was z.B. in der Schweiz schon üblich ist. Nichts weniger und nichts mehr. D.h. aber auch keine klitzekleine Überschreitung in die Zahnheilkunde (Füllungstherapie), denn dieses ist ausschließlich Thema in Ländern, in denen Unterversorgungen präsent sind. Davon ist jedoch in Deutschland mit seiner Zahnarztschwemme nichts zu spüren.



Aussagekräftiges Foto aus den USA – Bostons Forsythe School of Dental Hygiene: Man beachte die 2 Monitore, die natürlich der Traum schlechthin für eine Ausbildungsmöglichkeit sind. Auf einem erscheint die Panoramaaufnahme, auf dem anderen Monitor ist der Befund ständig präsent.

Fortbildungstagung des DDHV 2011

Regine Bahr, Dipl. DH HF

Nahezu 70 Teilnehmer waren am 2. April 2011 in das Hotel Sheraton München Arabellapark gekommen, wo – wie jedes Jahr – die Fortbildungstagung des Deutschen DentalhygienikerInnen Verbands e.V. stattfand. Bei ihrer Begrüßung bezog sich die DDHV-Vorsitzende Beate Gatermann direkt auf die Jubiläumstagung 2010 und sandte nochmals einen herzlichen Dank an die Firma Hu-Friedy, die vor einem Jahr jedem Teilnehmer ein Sidekick-Schleifgerät spendierte. Außerdem bedauerte sie den letztjährigen nur kurzen Einblick in die „Traditionelle Chinesische Medizin“ (TCM), der durch Anfahrtsprobleme des Referenten aufgrund der Auswirkungen des damaligen isländischen Vulkanausbruchs dezimiert worden war. Mit dem Schwerpunkt auf Zungendiagnostik konnte dieses Thema jedoch auf dieser Tagung vertieft werden. Beate Gatermann rundete ihr Vorwort mit der Begrüßung einer echten Koryphäe ab, um die wir glühend beneidet werden, und erteilte Prof. Dr. Bernhard Guggenheim aus Zürich das Wort.

Dieser eröffnete die 21. Jahrestagung des DDHV mit dem Thema „Bringen Resultate der Biofilmbeforschung in der zahnärztlichen Klinik Fortschritte?“. Als erstes widerlegte er bisher scheinbar ultimative Erkenntnisse über Biofilm-Entstehung und Aufbau: Alle Arten der an der Biofilm-Entstehung beteiligten Mikroorganismen zeigen eine starke Adhärenz am Pellicel, seien es primäre oder sekundäre Kolonisatoren. Prof. Dr. Guggenheim betonte, dass die Fähigkeit zur Diffusion den entscheidenden Überlebensfaktor darstellt, nicht die Versorgung über bisher naheliegende Kanalstrukturen, welche bisher einzig und allein durch die Non-Diffusion eingesetzter Farbstoffe erkennbar zu sein schienen, jedoch offenbar nicht existieren. Sein einzigartiges Zürcher in vivo-Modell belegt, dass Überleben und somit Wachstumsfähigkeit ausschlaggebende Faktoren zum Überleben im Biofilm sind, nicht jedoch die Erstbesiedelung („To be or not to be is to grow or not to grow!“). Er schloss mit der Herausstellung des wirksamsten Hemmstoffes für Mikroorganismen – des sogenannten Octenidol (Mundspüllösung) – welches sogar das Chlorhexidin überragt.

Dr. med. dent. Gregor Petersilka referierte anschließend „Über die Möglichkeiten und Limits subgingivalen Pulverstrahlens“. Initial betonte er die überaus schädigende Wirkung des supragingival – leider immer noch viel zu häufig – verwendeten Bicarbonatpulvers auf sowohl Dentin als auch Schmelz (gingivale Schäden ließ er hierbei völlig außen vor, da diese allseits bekannt sein

sollten). Die richtige Handhabung mit dem richtigen Pulver führt allerdings zu großer Hilfe durch Airflows, vor allem in Ecken und Nischen. Hilfreich ist z.B. das Airflow-System zum Glätten der Oberflächen; es ersetzt jedoch nicht die Feinpolitur. Das ganze System erfordert Übung und ist nicht für AZUBIS geeignet. Größe, Härte, Konfiguration des Korns und das Gerät selbst bestimmen das Abtragsmaß dentaler Strukturen. Je mehr Wasser zum Glycinpulver beigefügt wird, desto besser ist die Politur der Oberfläche. Dr. Petersilka stellte weiterhin heraus, dass die drei auf dem Markt verfügbaren Pulver größtenteils identisch sind, jedoch das Cleanpro angeblich gerne die Leitungen verstopft. Das Airflow-Pulver von EMS wird in zwei Körnungen angeboten, was dazu beiträgt, dass das feinere der beiden Pulver auch sub-gingival bei richtiger Handhabung eingesetzt werden kann. Dieses auf Basis von Glycin hergestellte Pulver ist mit seiner Körnung von 25 µm nur minimal abrasiv. Das Airflow Soft hat hingegen eine Korngröße



Blick in den sehr gut besuchten Veranstaltungsraum der DDHV-Jahrestagung in München am 2.4.2011

von 65 µm und wird supra-gingival angewendet. Auch sollte die Absaugtechnik gut geübt werden, damit weder Patient noch der ganze Raum hinterher mit Pulver eingedeckt sind. Hilfreich sind hier große Sauger; die Augen des Patienten sollten bei der Behandlung geschlossen gehalten bzw. abgedeckt werden. Hierzu offeriert die Industrie Hilfsmittel.

Aufgrund der Zusammensetzung aus Aminosäuren (das sind kurzkettige Eiweißgrundbausteine und Bestandteile der DNA-Synthese) ist ein allergenes Potenzial ausgeschlossen. Äußerst wichtige Hinweise gab Dr. Petersilka in Bezug auf ein möglicherweise auftretendes Luft-

emphysem: In der Regel sei diese Schwellung sofort sichtbar, in Einzelfällen jedoch auch noch bis zu 48 Stunden post-dentale Behandlung. Er gab differentialdiagnostische Einblicke und Empfehlungen zur Aufklärung und Weiterversorgung. Generell ist ein Emphysem jedoch kein Behandlungsfehler, sondern ein absolut unerwünschtes Ereignis, welches meist von selbst abheilt, aber an das BfArM (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte) zu melden sei. Nachfolgend einige Empfehlungen zum Einsatz von Pulverstrahlgeräten:

- nicht empfehlenswert bei fehlender keratinisierter Gingiva,
- akut entzündete Bereiche meiden (Handhabung beachten),
- ständiges Bewegen der Düse,
- 4 - 6mm Abstand halten,
- Winkel beachten.

Dr. med. Oliver Gerlach – Allgemeinarzt, ärztlicher Leiter des Lehr- und Forschungsinstituts für Traditionelle Chinesische Medizin (TCM) in Erlangen – schloss mit dem Thema „Vom Zungenbild zum Therapiekonzept“ an sein vorjähriges Referat an. Die TCM sei ein System von Befindlichkeiten und Befunden mit dem Ziel, einen funktionellen und vegetativen Status zu erheben. Als Ziel gilt, die Abweichung vom idealen Sollwert (das heißt Befindlichkeitsstörungen) zu erkennen, denn meist manifestieren sich psychische oder körperliche Belastungen in somatischen Befunden. Die Behandlung liegt

in der Regulation dieser überschwachen oder überstarken Reaktionen, welche oft sehr individuell ausfallen. Dr. Gerlach gab einen sehr spannenden Einblick und präsentierte viele exemplarische Zustände in Bildern und Beschreibungen, die in der Dentalhygiene sehr vielschichtig unser Berufsbild bereichern. Über sein Buch „Praxis der chinesischen Zungendiagnostik“ erschien im Journal 2/2010 eine Buchbesprechung.

Abschließend gab Egon Lembke einen grundsätzlichen Überblick in Instrumentenkunde und stellte Charakteristika und Einsatzbereiche unserer alltäglichen Instrumente vor. Weitere Mitarbeiter der Firma Hu-Friedy schulten anschließend in Kleingruppen den praktischen Umgang mit ihren komfortablen Sidekick-Geräten.

In der nachfolgenden Informations- und Diskussionsstunde stellte sich heraus, dass die gesamte deutsche Dentalhygienelandschaft äußerst unzufrieden mit ihrer Situation ist: So werde die P 200 für die deutsche DH von den Zahnärztekammern in Baden-Württemberg juristisch bekämpft, während Münster deren Abrechnung schon vor vielen Jahren durchgesetzt hat. Die (alte) GOZ ist immer noch ein Kritikpunkt, denn dort wird nach wie vor die Behandlungsmaßnahme der „Kürettage“ erwähnt, welche schon seit Jahrzehnten nicht mehr als fundierte Behandlungsmaßnahme gilt! Des Weiteren wird bei der (neuen) GOZ das Deepscaling als Chirurgie bezeichnet. Deutschland scheint weiterhin ein absolutes Entwicklungsland im Ressort der Dentalhygiene zu sein: Kämpfen wir also alle für eine baldige Veränderung!

Honisoit qui mal y pense

Wehe dem, der Schlechtes denkt.

Diskussionen während der 21. DDHV-Jahrestagung am 2.4.2011 machten deutlich, dass viele in der Dentalhygiene in Deutschland Arbeitende unzufrieden mit ihrer Situation sind, wobei die Gehälter noch die geringste Kritik darstellten. Nachdem uns jedoch Klagen erreichen, dass sich Dipl. DH in Deutschland mit Gehältern von ZMF abspeisen lassen, hier zwei Listen, davon ein offizieller Auszug aus der Liste des Schweizer Zahnärzteverbandes (SSO). Der Jahresumsatz von CHF 181.205,-- dürfte in Deutschland mit seinen unglaublich hohen Preisen für DH-Behandlungen weit überschritten werden. Nachdem Deutschland keine eigene Liste hat, orientieren wir uns seit Jahren an unserem Nachbarland Schweiz.

Gehaltsliste Schweiz: Dipl. Dentalhygienikerinnen

Berufsjahr, Monatsgehalt, Jahreslohnsumme in Schweizer Franken, wobei deutsche Dipl. DH dies 1:1 erhalten sollten aus dem Grund heraus, da für Diplom-DH-Leistungen in Deutschland enorm viel mehr Geld verlangt wird als in der Schweiz. Zudem sieht das Nettogehalt in der Schweiz um einiges freundlicher aus. Dies trifft auch auf den Rentenanspruch zu. Die Schweizer scheinen mit ihren Ressourcen doch besser haushalten zu können als wir in Deutschland...

Berufsjahr	Minimum	Maximum	Minimum	Maximum
1	4.930,--	5.490,--	64.090,--	71.370,--
2	5.140,--	5.740,--	66.820,--	74.620,--
3	5.290,--	5.920,--	68.770,--	76.960,--
4	5.430,--	6.080,--	70.590,--	79.040,--
5	5.560,--	6.230,--	72.280,--	80.990,--
6	5.690,--	6.400,--	73.970,--	83.200,--
7	5.860,--	6.560,--	76.180,--	85.280,--
8	6.000,--	6.720,--	78.000,--	87.360,--
9	6.150,--	6.880,--	79.950,--	89.440,--
10	6.280,--	7.050,--	81.640,--	91.650,--

Im Weiteren wird auch auf das Modell „DH-Plus“ verwiesen. Beim *Lohnmodell DH+* (Leistungslohnsystem) geht die WikO von einem erwünschten Leistungsfaktor von 2,5 aus. Bei einem Taxpunktwert von CHF 3,10 und dem angenommenen Jahreslohn von CHF 72.482.-- müsste die DH also einen Jahresumsatz von CHF 181.205.-- (Sollumsatz) erreichen. Damit basiert das Modell DH+ auf einem Anteil des Brutto-Lohnes von 40% am erzielten Umsatz.

Gehälter laut Gehaltsvergleich Deutschland, angeblich für deutsche DH?, gefunden unter Google.www.gehaltsvergleich.com/gehalt/Dentalhygieniker-...

Gehaltstabelle Bundesland	Brutto (min.)	Einkommen (max.)	Brutto Lohn (ø)	Gehälter
Baden-Württemberg	1.500 €	2.100 €	1.836 €	7
Bayern	1.000 €	4.000 €	2.289 €	14
Berlin			hinzufügen	
Brandenburg	1.770 €	1.770 €	1.770 €	1
Bremen			hinzufügen	
Hamburg	2.500 €	2.635 €	2.568 €	2
Hessen	1.600 €	1.800 €	1.700 €	2
Mecklenburg-Vorpommern			hinzufügen	
Niedersachsen	1.900 €	3.200 €	2.550 €	2
Nordrhein-Westfalen	1.800 €	2.750 €	2.348 €	5
Rheinland-Pfalz			hinzufügen	
Saarland			hinzufügen	
Sachsen			hinzufügen	
Sachsen-Anhalt			hinzufügen	
Schleswig-Holstein			hinzufügen	
Thüringen			hinzufügen	

Dipl. DH in Deutschland und Österreich haben dieses Ziel längst überschritten. Umso schlimmer ist es, hören zu müssen, dass Dipl. DH ein Gehalt pro Stunde von 27 Euro brutto erhalten und deren Arbeitgeber noch behaupten, sie hätten sich informiert. Da sind sie wohl bei den Zahnärztekammern in Deutschland vorstellig geworden, nicht aber beim DDHV. Allerdings sehen die Gehälter der Dental-Assistentin in der Schweiz auch deutlich besser aus als in Deutschland!

Neue GOZ (Ausschnitte relevant für die Dentalhygiene, wobei die Dipl. DH keine professionelle Zahnreinigung durchführt, sondern eine PARODONTITIS-THERAPIE.)

Nummer	Leistungstext	Punktezahl
0010	Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen einschließlich Erhebung des Parodontalbefundes sowie Aufzeichnung des Befundes	100
1000	Erstellung eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen, Dauer mindestens 25 Minuten	200
1010	Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisung, Dauer mindestens 15 Minuten	100
1020	Lokale Fluoridierung zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz, zur Kariesvorbeugung und -behandlung, mit Lack oder Gel, je Sitzung <i>Die Leistung nach der Nummer 1000 ist innerhalb eines Jahres einmal, die Leistung nach der Nummer 1010 innerhalb eines Jahres dreimal berechnungsfähig. Die Leistungen umfassen die Erhebung von Mundhygieneindizes, das Anfärben der Zähne, die praktische Unterweisung mit individuellen Übungen und die Motivierung des Patienten. Im Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 1000 und 1010 sind Leistungen nach den Nummern 0010, 4000 und 8000 sowie Beratungen und Untersuchungen nach der Gebührenordnung für Ärzte nur dann berechnungsfähig, wenn diese Leistungen anderen Zwecken dienen und dies in der Rechnung begründet wird. Die Leistung nach der Nummer 1020 ist innerhalb eines Jahres höchstens viermal berechnungsfähig.</i>	50
1040	Professionelle Zahnreinigung <i>Die Leistung umfasst das Entfernen der supragingivalen/gingivalen Beläge auf Zahn- und Wurzeloberflächen einschließlich Reinigung der Zahnzwischenräume, das Entfernen des Biofilms, die Oberflächenpolitur und geeignete Fluoridierungsmaßnahmen, je Zahn oder Implantat oder Brückenglied. Die Leistung nach Nummer 1040 ist neben den Leistungen nach den Nummer 1020, 4050, 4055, 4060, 4070, 4075, 4090 und 4100 nicht berechnungsfähig.</i>	28
2010	Behandlung überempfindlicher Zahnflächen, je Kiefer	50
4000	Erstellen und Dokumentieren eines Parodontalstatus <i>Die Leistung nach Nummer 4000 ist innerhalb eines Jahres höchstens zweimal berechnungsfähig.</i>	160

4005	Erhebung mindestens eines Gingivalindex und/oder eines Parodontalindex (z.B. des Parodontalen Screening Index PSI) <i>Die Leistung nach Nummer 4005 ist innerhalb eines Jahres höchstens zweimal berechnungsfähig.</i>	80 45
4020	Lokalbehandlung von Mundschleimhautrekrankungen gegebenenfalls einschließlich Taschenspülungen, je Sitzung	45
4025	Subgingivale medikamentöse antibakterielle Lokalapplikation, je Zahn <i>Die verwendeten antibakteriellen Materialien sind gesondert berechnungsfähig.</i>	15
4050	Entfernung harter und weicher Zahnbeläge gegebenenfalls einschließlich Polieren an einem ein-wurzeligen Zahn oder Implantat, auch Brückenglied	10,0
4055	Entfernung harter und weicher Zahnbeläge gegebenenfalls einschließlich Polieren an einem mehrwurzeligen Zahn <i>Die Leistungen nach den Nummer 4050 und 4055 sind für denselben Zahn innerhalb von 30 Tagen nur einmal berechnungsfähig.</i>	13,0
4060	Kontrolle nach Entfernung harter und weicher Zahnbeläge oder professioneller Zahnreinigung nach Nummer 1040 mit Nachreinigung einschließlich Polieren, je Zahn	7,0
4070	Parodontalchirurgische Therapie (insbesondere Entfernung subgingivaler Konkrememente und Wurzelglättung) an einem ein-wurzeligen Zahn oder Implantat, geschlossenes Vorgehen	100
4075	Parodontalchirurgische Therapie (insbesondere Entfernung subgingivaler Konkrememente und Wurzelglättung) an einem mehrwurzeligen Zahn, geschlossenes Vorgehen	130

Kommentar zur Angabe der Chirurgie:

Chirurgie ([gesprochen *kirʊr'gi:*, *çirʊr'gi:*], umgangssprachlich [*firur'gi:*]; **griechisch** χειρουργική [τέχνη] ‚handwerkliche Kunst‘) ist ein **medizinisches** Fachgebiet. Es befasst sich mit der **Behandlung** von **Krankheiten** und **Verletzungen** durch direkte, manuelle oder instrumentelle Einwirkung auf den **Körper des Patienten (Operation)**. Das Wort ‚Chirurgie‘ ist aus zwei Teilwörtern zusammengesetzt, nämlich aus **altgriechisch** χεῖρ ‚Hand‘ und ἔργον ‚Werk, Arbeit‘, also wörtlich übersetzt ist ein Chirurg ein ‚Handarbeiter‘. In der Chirurgie werden kranke Organe vollständig (**Ektomie**) oder teilweise (**Resektion**) entfernt. Verstopfte Organsysteme werden wieder durchgängig gemacht. Es werden neue Organe oder Prothesen **implantiert**.

Dagegen wäre die Behandlung der Diplom DH eher in folgender Sparte zu platzieren:

Die **Therapie** (**griechisch** θεραπεία *therapeia* ‚das Dienen, die Bedienung, die Dienstleistung, die Pflege der Kranken‘[1]) bezeichnet in der **Medizin** die Maßnahmen zur **Behandlung** von **Krankheiten** und **Verletzungen**. Ziel des **Therapeuten** ist die Ermöglichung oder Beschleunigung einer **Heilung**, die Beseitigung oder Linderung der **Symptome** und die Wiederherstellung der **körperlichen** oder **psychischen** Funktion. Verschiedene Möglichkeiten zur Behandlung einer Krankheit werden oft als **Therapieoptionen** bezeichnet.

Eine Therapie setzt immer eine Diagnose voraus. In der Parodontologie wird diese für die *Praxis für Dentalhygiene* in der Schweiz vom Zahnmediziner erstellt. Erst danach kann die Dipl. DH sich – delegiert in eine nicht bestimmte Entfernung – dem PAR-Patienten widmen. Patienten ohne PAR können jedoch auch in Deutschland schon lange von Dipl. DH ohne Zahnmediziner behandelt werden. In der deutschen Medizin sind „paramedizinische Berufsbilder“ gang und gäbe. In der deutschen Zahnmedizin wehrt man sich mit Händen und Füßen dagegen, wobei das ausschließlich den zu behandelnden Patienten Schaden zufügt und ganz sicher lediglich finanzielle Hintergründe hat.

Die „überarbeitete“ neue GOZ macht deutlich, dass die Dipl. DH eines Tages – wie in der Schweiz schon existent – ihren eigenen Abrechnungskatalog benötigt. Denn: Ein Deepscaling ist lediglich das Entfernen von Giftstoffen/Ablagerungen, die da nicht hingehören. Es ist jedoch ganz gewiss keine Chirurgie. In der Chirurgie sehen wir einen erforderlichen „Schnitt“ in den Körper und der ist erst bei einer offenen Kürettage durch den Zahnarzt gegeben.

Auch in der ZM wird über die GOZ berichtet. So z.B., dass die Aufnahme der professionellen Zahnreinigung (mit 28 Punkten) neu ist und dass sich in der Parodontologie kaum etwas geändert hätte.

Was ist wohl mit der folgenden neuen Leistung gemeint: Lokale Anwendung von Medikamenten *mit einem Medikamententräger* in der Prophylaxe? Ich fluoridiere mit Schaum – nach amerikanischem up-to-date Vorbild. Da wird kein Träger benötigt; es hinkt alles gewissermaßen hinterher.

Fazit: Der nicht-chirurgischen Parodontaltherapie wird hiermit kein dem derzeitigen Stand entsprechender Platz eingeräumt, vor allem nicht mit der Aussicht, dass es nun doch einen Bachelor-Studiengang für Dentalhygiene geben wird. Dies führt voraussichtlich nicht nur zu mehr Missbrauch, sondern auch zu viel mehr Parodontalchirurgie, die nach neuem Ermessen auch nicht notwendig ist.

Unterschiedliche Wege zum Erfolg:

Berufstitel in der Dentalhygiene, mit denen sich Deutschland dann im nächsten Jahrhundert anfreunden darf. Jeder bekommt es langsam mit: Putzfrau ist heute die Raumpflegerin. Und: Bei allen Tagungen steht heute grundsätzlich die Berufsbezeichnung auf dem Namensschild. So haben sich in den USA auch in der Dentalhygiene die Berufsbezeichnungen für die Dentalhygienikerin gewandelt.

Folgende Titel werden in den USA grundsätzlich hinter dem Namen angegeben:

RDH = nach Abschluss einer Staaten-Zulassung = Registered Dental Hygienist

BS = Bachelor in Dental Hygiene Science = zusätzlich 4 Semester, nur Theorie

BDH = neue Form für Bachelor in Dental Hygiene

MA = Master of Arts in Dental Hygiene, MADH; gibt es auch ohne RDH

MS = Master of Science in Dental Hygiene, MSDH; gibt es auch ohne RDH

Beurteilung der Politur von Zahnoberflächen aus Sicht des ADHA

American Dental Hygienists' Association ist die Vereinigung, die enorme Erfahrung und eine exzellente Beurteilung präsentieren kann.

Aus Sicht des ADHA sind nur eine lizenzierte Dentalhygienikerin oder der Zahnarzt qualifiziert, um den Bedarf an zu polierenden Zähnen zu bestimmen, denn das Polieren sollte nur durchgeführt werden, wenn die Notwendigkeit besteht. Es sollte nicht zu einem Routineverfahren werden.

Hintergrund

In der Vergangenheit ist das Polieren ein routinemäßiger Bestandteil des Prophylaxe-Termins geworden. Man glaubte, dass es wichtig sei, glatte, schmutzabweisende Zahnoberflächen zu haben, um den Aufbau eines neuen Biofilms zu verhindern. Patienten erwarten, dass ihre Zahnoberflächen nach dem Scaling und der Wurzelglättung glatt sind und alle Flecken entfernt wurden. Die aktuelle Literatur hat jedoch gezeigt, dass das Polierverfahren aus einem anderen Blickwinkel gesehen werden muss.

Heute wird die Politur als ein kosmetisches Verfahren mit geringem therapeutischen Nutzen gesehen. (1,2) Leider haben viele Verbraucher in den letzten Jahren das Polieren mit der oralen Prophylaxe gleichgesetzt. Dennoch ist Polieren nicht so wesentlich für die Prophylaxe, wie man einst dachte. In der Tat ist es als schlechte Mundgesundheitsversorgung zu sehen, wenn der Patient glaubt, dass das Polieren der Zähne die hauptsächliche Dienstleistung ist und dass die Reinigung der Zähne nur darin besteht, Schmutz und Fremdstoffe auf den Zähnen (1) zu entfernen. Das entspricht eigentlich nicht der „Oral-Prophylaxe“, wie sie von der American Academy of Periodontology gesehen wird: „Entfernung von Plaque und Zahnstein und das Entfernen von Flecken von den sichtbaren und unsichtbaren Flächen der Zähne durch Scalierung und Polieren als vorbeugende Maßnahme für die Kontrolle der lokalen Irritanten.“ (3) Das hier aufgeführte Prophylaxe-Verfahren entspricht der Methode, die angewendet werden

muss, um Parodontose zu verhindern.

Die aktuelle Literatur zeigt, dass ein gründliches Reinigen mit Zahnbürsten und der Zahnseide zu Hause die gleiche Wirkung wie Polieren erzeugen kann. (4) Deshalb kann man das Polieren von Kronen-Oberflächen als routinemäßigen Abschluss als zusätzlichen Nutzen für den Patienten besonders in Frage stellen. Es wird auch in der Literatur argumentiert, dass ein ständiges Polieren im Laufe der Zeit ... „morphologische Veränderungen der Zähne durch Abschleifen der Zahnschmelzsubstanz hervorruft (5); zusätzlich das Fluorid in den äußeren Schichten des Zahnschmelzes entfernt.“ (1) So sind sich Forscher einig, dass das Polieren nicht als routinemäßig notwendig gilt. Die Dentalhygienikerin und der Zahnarzt müssen beurteilen, wie oft beim Patient die Notwendigkeit des Polierens vorhanden ist sowie welche Art, je nach Lage der vorhandenen Flecken.

In der Vergangenheit wurde ein weiterer wichtiger Grund zur Politur als wichtig erachtet: Der Biofilm wird entfernt, um vor einer Fluoridbehandlung ausreichende Aufnahme von Fluorid im Zahnschmelz zu ermöglichen. Forschungen zeigen, dass das Polieren vor einer professionell angewandten Fluoridierung keine Verbesserung der Aufnahme (6,7) bringt. Steele und Tinanoff zeigten in ihren Studien in den Jahren 1982 und 1974, dass Zähneputzen und die Anwendung von Zahnseide als angemessene Methoden zur Biofilmentfernung vor Fluorid-Behandlungen und Fluorid-Aufnahme zu bewerten waren und die nicht durchgeführte Politur mit Gummielch sich nicht negativ auswirkte.

Eine Politur vor Aufbringen einer „Dichtmasse“ ist ein weiterer Bereich, der zur Debatte steht. Früher glaubte man, dass es notwendig ist, Zahnoberflächen vor einer Platzierung mit Säure-Ätz- und Dichtstoff-/Füllungsmaterial zu polieren. Allerdings haben einige neuere Studien über andere Methoden der Biofilm-Entfernung gezeigt, dass sie gleichermaßen effizient sind. So

gehören kräftiges Spülen mit Wasser, Zähneputzen mit Zahnpasta, Wasserstoffperoxid und die Verwendung einer Luft-Poliermaschine dazu. (8-11)

Air-Flows wurden in den 1980er Jahren eingeführt und haben sich als besonders nützlich in bestimmten Fällen erwiesen, vor allem bei kieferorthopädischen Patienten, bei Wurzelglättung, bei Parodontalchirurgie und bei Füllungs-Verfahren (Fissurenversiegelung). (11-13) Jedoch werden bei jedem Eingriff angemessene Kenntnisse und Technik vorausgesetzt. Der Behandler muss sich seiner Grenzen, Kontraindikationen und vor allem der richtigen Benutzung gewiss sein.

Generell wird bei Patienten mit vielen Belägen insbesondere Chlorhexidin indiziert. Es gibt jedoch zahlreiche Kontraindikationen und andere Bedenken, die den wahllosen Einsatz von Air-Flows bei bestimmten Patientengruppen verbieten. (14) Dies sind: Patienten mit natriumarmen Diäten, Patienten mit Atemwegs-, Nieren- oder Stoffwechselerkrankungen, Patienten mit Infektionskrankheiten, Kinder/Patienten mit Diuretikatherapie oder langfristiger Therapie mit Steroiden, Patienten mit Titan-Implantaten (Forschung ist in diesem Bereich noch erforderlich).

Air-Flows sollten auch nicht bei Patienten mit freiliegendem Zementum oder Dentin angewendet werden. Eine Studie von Galloway und Pashley im Jahr 1986 zeigte, dass Air-Flows klinisch signifikanten Verlust von Zahnhartsubstanz verursachen können (15). *(Anmerkung des DDHV: Wenn hier das richtige Material zur richtigen Zeit mit richtiger Technik verwendet wird, ist dies zwischenzeitlich erlaubt.)* Darüber hinaus sollten Air-Flows um die meisten Füllungsmaterialien herum aufgrund der Möglichkeit des Erodierens, Lochfraßes und Erweiterung der Spalten nur eingeschränkt zum Einsatz kommen. (1)

Gesetzgebung

Derzeit lassen rund 23 Staaten in den USA Zahnarzt-helferinnen coronale Polituren durchführen. (16) Dies wirft ein Problem auf, da nur etwa die Hälfte dieser Staaten Ausbildungen oder Prüfungen zum Polieren für Zahnmedizinische Fachangestellte anbietet. Es gibt auch einen Mangel an Standardisierung für Bildung, Prüfung und Zertifizierung für Zahnmedizinische Fachangestellte innerhalb der Staaten. Ein weiteres Anliegen ist es, den Verbraucher in der Hinsicht abzusichern, dass das Potenzial des Betrugs bei Rechnungen für eine Prophylaxe, wenn nur eine Politur durchgeführt wird, vermindert wird. Gemeinsam versuchen nun auch einige Staaten in den USA, Gesetzgebungen für Zahnmedizinische Fachangestellte bezüglich supragingivalen Scalings zu schaffen, da dies ja den Verbraucher in der Mundgesundheit vor ernsthafte Probleme stellt. Unvollständige Entfernung von Ablagerungen oberhalb und unterhalb des Zahnfleischrandes kann zu mehreren Problemen führen: 1) Wenn bakterielle Beläge nicht vollständig entfernt werden, vermehren sich diese und der Krankheitsprozess wird nicht gestoppt. 2) Wenn die Ablagerungen nicht vom Grund aus der Tasche entfernt werden, schrumpft das Gewebe und zieht sich um den

Zahnfleisch zusammen und bakterielle Toxine bleiben in der Tasche zurück. Dies kann zu einem Parodontalabszess führen. 3) Wenn Heilung und Gewebeschrumpfung am Zahnfleisch auftreten, wird das Gewebe straffer. Es ist dann viel schwieriger, ein Instrument in der Tasche zu platzieren, um den noch verbliebenen Belag zu entfernen. (17)

Fazit

Polieren sollte nicht Teil einer Routine der oralen Prophylaxe sein. Die lizenzierte Dentalhygienikerin oder der Zahnarzt sind am besten qualifiziert, um die Notwendigkeit des Polierens zu bestimmen. Ob die Zähne des Patienten poliert oder nicht poliert werden sollen, sollte sachkundig erörtert werden. Der ADHA ist der Meinung, dass lizenzierte Dentalhygienikerinnen und die Zahnärzte am besten qualifiziert sind, um Poliervverfahren durchzuführen.

Literaturnachweis:

1. Woodall IR: "Comprehensive Dental Hygiene Care", 4th edition. St. Louis, Mosby-Year Book, Inc., 1993, pp. 648, 660.
2. Walsh MM, Heckman B. et al.: Effect of a rubber cup polish after scaling. "Dental Hygiene" 1985;59(11):494-498.
3. American Academy of Periodontology: "Glossary of Periodontic Terms", 3rd edition. Chicago, American Academy of Periodontology, 1992, p. 40.
4. Waring MB, Horn ML, et al.: Plaque reaccumulation following engine polishing or tooth brushing – a 90-day clinical trial. "Dental Hygiene" 1988;62:282-285.
5. Swan RW: Dimensional changes in a tooth root incident to various polishing and root planing procedures. "Dental Hygiene" 1979;53:17-19.
6. Steele RC, Waltner AW, Bawden JW: The effect of tooth cleaning procedures on fluoride uptake in enamel. "Pediatric Dentistry" 1982;4:228-233.
7. Tinanoff N, Wei SHY, Parkins FM: Effect of a pumice prophylaxis on fluoride uptake in tooth enamel. "Journal of the American Dental Association" 1974;88:384-389.
8. Donnan MF, Ball IA: A double-blind clinical trial to determine the importance of pumice prophylaxis on fissure sealant retention. "British Dental Journal" 1988;165(8):283.
9. Houpt M, Shey Z: The effectiveness of a fissure sealant after six years. "Pediatric Dentistry" 1983;5(2):104-106.
10. Christensen CJ: Fluoride made it: Why haven't sealants? "Journal of the American Dental Association" 1992;123(2):89-90.
11. Brocklehurst PR, Joshi RI, Northeast SE: The effect of airpolishing occlusal surfaces on the penetration of fissures by a sealant. "International Journal of Pediatric Dentistry" 1992;2:157-162.
12. Gerbo LR, Barnes CM, Leinfelder KF: Applications of the air-powder polisher in clinical orthodontics. "American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics" 1993;103(1):71-73.
13. Horning GM, Cobb CM, Killoy WI: Effect of an air-powder abrasive system on root surfaces in periodontal surgery. "Journal of Clinical Periodontology" 1987;14:213.
14. Brown SM: A scientific foundation for the clinical use of air polishing systems, Part II: Technique. "Practical Hygiene" 1995;4(6):14-19.
15. Galloway SE, Pashley DH: Rate of removal of root structure by the use of the prophylax device. "Journal of Periodontology" 1986;58(7):464-469.
16. American Dental Association: "Legal Provisions for Delegating Functions to Dental Assistants and Dental Hygienists". Chicago, American Dental Association, 1993, p. 16.
17. O'Hehir TE: Gross scaling: An antiquated concept. "Dental Hygiene News" 1994;7(1):19-20. American Dental Hygienists' Association Position on Polishing Procedures.

Originaltext:

"Dental Hygiene News" 1994;7(1):19-20. American Dental Hygienists' Association Position on Polishing Procedures.

Ein Gericht definiert eine „chirurgische Maßnahme“

Das Landessozialgericht Baden-Württemberg hat in seinem Urteil vom 01.09.2004 (Az. L 5 KA 3947/03) den Begriff einer „chirurgischen Maßnahme“ definiert.

In seinen ausführlichen Entscheidungsgründen erklärt das Gericht u.a. folgende lesenswerte Herleitungen: „Nach seinem klaren Wortlaut verlangt die Gebührennummer P 200 BEMA-Z eine chirurgische Maßnahme. Bezüglich der hier streitigen Abrechnungen von Kurettagen hat die mündliche Verhandlung vor dem Senat ergeben, dass dieser Begriff in der zahnärztlichen Praxis weit gefasst wird. Kurettage im weiteren Sinne bedeutet lediglich ‚Auskratzen oder Ausschabung‘, während im engeren Sinne darunter eine Entfernung von Weichteilgewebe verstanden wird. Daraus folgt entgegen der Auffassung des Klägers nicht, dass jede Kurettage als chirurgische Maßnahme anzusehen ist, sondern dass nur die Kurettage von Gebührennummer P 200 BEMA-Z erfasst wird, die mit einem chirurgischen Eingriff verbunden ist. Somit ist nicht jede Auskratzen von Zahnfleischtaschen abrechenbar, sondern nur diejenige, bei der im Wege eines chirurgischen Eingriffs Weichteilgewebe gezielt behandelt wird. Bei Anwendung dieser Rechtsgrundsätze ist unter chirurgischer Maßnahme im Sinne der Gebührennummer P 200 BEMA-Z ein parodontalchirurgischer Eingriff zu verstehen, der sich in der Entfernung klinisch erreichbarer subgingivaler weicher

und harter Beläge (Konkremente) nicht bereits erschöpfen darf. Vielmehr muss, unbeschadet der Frage, ob die Therapie offen oder geschlossen durchgeführt wird, eine operative, regelmäßig unter Betäubung durchgeführte (und damit auch dem Arzt vorbehaltene) Tätigkeit vorliegen, wie (hier) namentlich die Ausschabung von Weichteilgewebe in der Zahnfleischtasche, durch die chronisch entzündlich verändertes Parodontalgewebe entfernt wird, damit auf der gleichzeitig geglätteten Wurzeloberfläche sich wieder gesunde parodontale Gewebeverhältnisse bilden können. Bloße Wurzelreinigungen (Root planing) als Maßnahmen der professionellen Zahnreinigung gehören nicht dazu. Das tritt nach Einschätzung des Senats bereits darin hervor, dass nach der Gebührennummer P 200 BEMA-Z, die Anästhesie zusätzlich berechenbar ist. Der Bewertungsausschuss geht damit offenbar vom Vorliegen einer anästhesiebedürftigen (Teil-)

Leistung im Zuge der Parodontosebehandlung aus. Die Regelbeispiele, die er zur Erläuterung des Begriffs ‚chirurgische Maßnahmen der systematischen Behandlung der Parodontopathien‘ in den Gebührentatbestand aufgenommen hat, unterstreichen diese Auffassung. Denn danach umfasst der ‚chirurgische Maßnahmen der systematischen Behandlung der Parodontopathien‘ voraussetzende Leistungsansatz ‚alle Maßnahmen dieser Art‘, wobei als Klammerzusatz beispielhaft neben der ‚subgingivalen Kurettage‘ ‚Zahnfleischverbände mit Glätten der Wurzeln, Gingivektomie, Gingivoplastik, Lappenoperation einschl. Naht und/oder Schleimhautverbände‘ und damit operative (chirurgische) Maßnahmen aufgezählt sind. Daran ändert es nichts, dass zwischen dem Glätten der Wurzeln (Root planing), das man für sich genommen

nicht als chirurgische Behandlungsmaßnahme einstufen kann, und dem Anlegen von Zahnfleischverbänden ein aus zahnmedizinischer Sicht nicht nachvollziehbarer Zusammenhang hergestellt ist (vgl. Liebold/Raff/Wissing, BEMA-Kommentar, Stand Februar 2000, III/34854), nachdem ein Zahnfleischverband nach jeder parodontalchirurgischen Maßnahme notwendig werden kann und damit



(wiederum) auf chirurgische Eingriffe verwiesen ist. Aus dem Gesagten folgt, dass die in Anspruch genommene subgingivale Kurettage als ‚chirurgische Kurettage‘ zu verstehen ist, um den angeführten Kriterien zu genügen. Andernfalls handelt es sich nicht um eine die Abrechnung der Gebührennummer P 200 BEMA-Z tragende ‚chirurgische Maßnahme‘, wobei es nicht darauf ankommt, welche Bedeutung der alltägliche zahnärztliche Sprachgebrauch und die Vorschriften in Fortbildungsordnungen für Dentalhygienikerinnen dem Begriff ‚Kurettage‘ zuschreiben. Es geht demgegenüber nicht an, wie dies die Kläger meinen, gleichsam umgekehrt von einem der Gebührenordnung vorausliegenden Verständnis dessen, was ‚Kurettage‘ sei, auszugehen, und einen nach Maßgabe zahnärztlichen Sprachgebrauchs oder fortbildungsrechtlicher Regelungen vorgeprägten ‚nicht-chirurgischen‘ (klinischen)

Kurettage-Begriff in die Gebührenordnung zu übernehmen, um sodann diese ‚nichtchirurgische‘ Kurettage durch den Gebührentatbestand selbst zur abrechnungsfähigen ‚chirurgischen Maßnahme‘ zu qualifizieren. Da es sich bei dem Begriff der Kurettage im Sinne von Gebührenziffer P 200 BEMA-Z somit um einen Rechtsbegriff handelt, ist es unerheblich, wie der Begriff umgangssprachlich in der zahnärztlichen Praxis verwendet wurde. Ob es zutrifft, wie die Kläger vortragen, dass sich hinsichtlich der Behandlung von Parodontopathien die wissenschaftlichen Erkenntnisse, Definitionen und Behandlungsmethoden geändert haben, kann der Senat dahingestellt lassen. Denn es wäre Aufgabe des Bewertungsausschusses gewesen, solchen Erkenntnissen durch eine Anpassung der Gebührenordnung Rechnung zu tragen (wie dies in der ab 1. Januar 2004 geltenden Fassung von P 200 BEMA-Z der Fall ist). Dem hilfsweise gestellten Beweis-

antrag des Klägers brauchte bereits aus diesem Grunde nicht entsprochen zu werden.“ Schließlich erklärt das Landessozialgericht, die wie dargestellten ‚chirurgischen Maßnahmen‘ dürften nicht abgerechnet werden, wenn sie von einer Dentalhygienikerin vorgenommen worden sind. Darüber hinaus würde darin ein Verstoß gegen die Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung zu sehen sein.

Fazit

Es ist unerlässlich, dass mit medizinischen Sachverhalten befaste Juristen sich mit der Materie auskennen oder an die Inhalte der Leistungen herangebracht werden. ■

PN Adresse

RA Dr. Susanna Zentai
Hohenzollernring 37
50672 Köln
www.dental-und-medizinrecht.de
www.goz-und-recht.de

Abdruck mit freundlicher Genehmigung von: Dr. Susanna Zentai, Köln, und Oemus Media AG, Leipzig.

Gefunden unter: http://www.oemus.com/epaper/pub/sim/pn/2010/pn0210/epaper/pdf/page_15.pdf

Die P-200/407

In der deutschen DH-Fortbildung wird Folgendes beschrieben: „Einsatzrahmen der DH: Entfernen von klinisch erreichbaren, subgingivalen Belägen“. Das war das Resultat der Kritik am deutschen Fortbildungswesen, das der DDHV der Umwandlung von der ZMF zur deutschen DH entgegenhielt, indem diese in Deutschland nicht befähigt war, diese Leistung auszuführen, da nicht lange genug in einer Klinikschulung unter versierter Aufsicht in Deutschland am Patienten demonstriert und erlernt werden kann. Das wurde damals sang- und klanglos als „Delegierbare Leistung“ in die Fortbildungskriterien „integriert“.

Nun haben wir weit über 10 Jahre die deutsche DH und die entsprechende Auflistung. In dieser ganzen Zeit ist es der Zahnärztekammer nicht aufgefallen, dass sie sich ein eigenes Kuckucksei gelegt hat. Wir haben seit fast 60 Jahren kaum Veränderungen – nicht nur in der Zahnmedizin – in Deutschland zu verzeichnen. Das kann man schon als tragisch bezeichnen. Denn: Gerichte können sich bekanntlich nur an Vorschriften halten. Mutige Menschen lassen sich erfreulicherweise nicht davon abhalten, zumindest einen Vorstoß zu unternehmen. So begrüßen wir das Argument, das diese Auseinandersetzung brachte, wobei zu bemerken ist, dass es

für Deepscaling keine Abrechnungsposition gibt bzw. bekanntlich eine Kürettage schon seit über 30 Jahren out ist, so auch die mehrfach erwähnten Parodontalverbände, unter denen das Zahnfleisch wunderbar fault und stinkt und garantiert nicht zur Abheilung beiträgt.

Zumindest hat sich ja vor vielen Jahren erfreulicherweise die *Freie Mitarbeit* für die deutsche Dentalhygienikerin aufgrund eines gewonnenen Urteils einer DH aus Stuttgart durchgesetzt, was bekanntlich beiden Seiten gut tut. Diese Art der Zusammenarbeit wird leider vielfach auch als „Selbstständige Arbeit“ bezeichnet, was oft zu Missverständnissen führt.

Daneben hat sich auch die selbstständige Dentalhygienepaxis ausschließlich für Dentalhygienikerinnen mit Diplom durchgesetzt. Fehlte bislang nur noch ein mutiger Initiator, um einen DH-Bachelor-Studiengang auf die Beine zu stellen. Denn es scheint, dass in Deutschland sich erst dann etwas bewegt, wenn man Tatsachen geschaffen hat.

Liest man die unten aufgeführten Kommentare der Zahnärztekammern, so ist vor allem das Statement aus Stuttgart total widersprüchlich. Zum einen darf die DH alles delegiert übernehmen, um es dann doch nicht alles auszuführen, wobei gerade von dieser Zahnärztekammer die Initiative, das Deepscaling mit in die deutsche DH-Fortbildung zu integrieren, stammt.

Mit E-Mail vom 18.04.2011 richtete der DDHV eine Anfrage an die **Zahnärztekammer Westfalen-Lippe**, ob „Dentalhygienikerinnen die P-200 ausführen“ dürfen.

Hierzu hat die ZÄK folgendes mitgeteilt: Dass die Zahnärztekammern nicht Entscheidungsträger bezüglich dieser und vergleichbarer Fragen der Delegation sind. Es handelt sich um ein rechtliches Problem, das in einem Streitfall die Gerichte zu beurteilen hätten. Es ist auch nicht auszuschließen, dass selbst die Instanz „Gerichte“ derartige Fragen zunächst nicht einheitlich beantworten. Die Zahnärztekammern können daher zu der Thematik lediglich unverbindliche Einschätzungen abgeben.

„Nach unserer Auffassung ist für die Frage, ob und ggf. von welcher [nicht]zahnärztlichen Mitarbeiterin eine bestimmte Leistung ausgeführt werden darf, insbesondere die Qualifikation des Mitarbeiters maßgebend. Im Rahmen unserer Aufstiegsfortbildung zur DH ist die Ausführung der P-200 enthalten, so dass die AbsolventInnen hierfür zumindest förmlich und objektiv qualifiziert sind und die Leistung - die eine Delegation vorausgesetzt - auch ausführen dürfen.“

Die **Zahnärztekammer Baden-Württemberg** gibt folgendes Statement ab:

„Die DH ist eine qualifizierte Mitarbeiterin des Zahnarztes, die nach seiner Anweisung sowie unter seiner Aufsicht und Verantwortung Hilfe bei der Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten leistet und auf den Gebieten der Gesundheitsvorsorge, Gesundheitserziehung und Gesundheitsaufklärung unterstützend tätig ist (§ 1 DH-Fortbildungsordnung). Darüber hinaus dürfen wir auf § 1 Abs. 5 des Zahnheilkundengesetzes verweisen. Aus diesem Grund ist es nicht möglich, dass DHs die P-200 selbstständig ausführen.“

Es ist jedoch möglich, dass die DH Teilleistungen im Rahmen der P-200 erbringen kann und somit den Behandler im Rahmen der Gesamtbehandlung unterstützt. Grundsätzlich findet die Unterstützung jedoch darin ein Ende, dass nicht zuletzt Diagnostik und Endkontrolle einer Behandlung als ureigene Aufgabe des Zahnarztes definiert sind. In diesem Zusammenhang dürfen wir auch auf den Delegationsrahmen der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg verweisen.“

Nachdem für die Dipl. Dentalhygienikerin weder das Zahnheilkundengesetz noch Vorschriften der Zahnärztekammern greifen, können wir uns nur auf die internationalen Qualifikationen berufen, die der Dipl. DH bei 73% aller „Parodontal-Chirurgien“ bzw. deren Therapien erfolgreiche Ergebnisse zuschreiben. Dazu gehören natürlich die P-200 und die 407.

Wenn sich eine Zahnärzteschaft so stur stellt und Chancen für ein eigenes Berufsbild und damit auch für eine Reglementierung nicht nutzt, so geht der Schuss gerne nach hinten los.

DDHV

IST-Zustand der Parodontologie-Lehrstühle in Deutschland

Insgesamt gibt es (noch) 30 universitäre zahnmedizinische Ausbildungsstätten in Deutschland. Davon sind:

1a. Allein der Parodontologie zugeordnete Lehrstühle mit umfangreicher Ausstattung:

Prof. Dr. Benjamin **Ehmke**, Direktor, Poliklinik für Parodontologie (C-4/W-3), Universität Münster

Prof. Dr. Anton **Friedmann**, Direktor, Poliklinik für Parodontologie, Univ. Witten/Herdecke

1b. Allein der Parodontologie zugeordnete Lehrstühle mit eingeschränkter Ausstattung und nachgeordneter Besoldung:

Prof. Dr. Peter **Eickholz**, Direktor, Poliklinik für Parodontologie (C-3/W-2), Universität Frankfurt

Prof. Dr. Jörg **Meyle**, Direktor, Poliklinik für Parodontologie (C-3/W-2), Universität Gießen

Prof. Dr. Nicole **Arweiler**, Direktorin, Abteilung für Parodontologie (C3/W2), Universität Marburg

Prof. Dr. Thomas **Hoffmann**, Leiter, Poliklinik für Parodontologie (C-3/W-2), TU Dresden

2a. Lehrstuhlinhaber für Zahnerhaltung und Parodontologie, deren primäre Forschungskompetenz auf dem Gebiet der Parodontologie liegt:

Prof. Dr. Dr. Søren **Jepsen**, Direktor, Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie (C-4/W-3), Univ. Bonn

Prof. Dr. Christoph **Dörfer**, Direktor, Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie (C-4/W-3), Univ. Kiel

2b. Von Parodontologen kommissarisch geleitete Lehrstühle für Zahnerhaltung und Parodontologie

Prof. Dr. Th. **Beikler**, komm. Leiter, Poliklinik für Zahnerhaltung, Parodontologie und Endodontologie (W-3), Univ. Düsseldorf

PD Dr. Bernd **Sigusch**, komm. Leiter, Poliklinik für Konservierende Zahnheilkunde, Universität Jena

3. Selbstständige Abteilungen für Parodontologie:

Prof. Dr. Ulrich **Schlagenhauf**, Abteilungsleiter, Abteilung für Parodontologie in der Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie (C3), Universität Würzburg

Prof. Dr. Holger **Jentsch**, Leiter, Funktionsbereich Parodontologie in der Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie (W2), Universität Leipzig.

Stand: Januar 2011

Kommentar DDHV: Wenn das alles ist, was die Parodontologie in Deutschland auf die Beine stellen darf, so ist das nicht hinnehmbar. Wir schreiben das Jahr 2011 und nicht 1911! Kein Wunder, dass sich die Dipl. Dentalhygienikerin so schleppend entwickelt, wenn unsere wichtigsten Arbeitgeber nicht existent sind.

.....

Zukunft wagen: Die staatlich diplomierte Dentalhygienikerin (Dipl. DH/BDH)

Dr. Jörg Junker

1. Warum wird die DH in Deutschland gebraucht?

Eine parodontologisch orientierte Zahnarztpraxis ist nicht ohne hochqualifizierte Hilfskräfte denkbar. Ein Zitat des Wissenschaftsrates vom Januar 2005 weist auf große Mängel in deutschen Praxen beim Hilfspersonal hin: „Der Sachverständigenrat stellt zudem fest, dass es zur Umsetzung zahnerhaltender, präventiver Strategien in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern an weiterqualifizierten Zahnärzten und entsprechendem Prophylaxepersonal (z.B. **DentalhygienikerIn**) mangle.“ (Dr. C. Luciak-Donsberger: *Origins and Benefits of Dental Hygiene Practice in Europe*. *Int.J.Dent.Hygiene* 1:29-42, 2003).

„Die Bundesrepublik Deutschland ist einer der wenigen Staaten (mit Frankreich und Österreich) in der Europäischen Union, die den Dentalhygieniker nicht flächendeckend eingeführt haben. In einzelnen Bundesländern gibt es jedoch eine modulare Fortbildung von Zahnmedizinischen Fachangestellten (ZFA) über die Zahnmedizinische Prophylaxeassistentin (ZMP) hin zur Dentalhy-

gienikerin (DH).“ In nur wenigen von 16 Bundesländern ist die modulare Fortbildung zur DH eingeführt.

Die Behandlung der Parodontitis in Deutschland kann nur als dramatisch schlecht bezeichnet werden. Die deutschen Zahnärzte behandeln die in der Bevölkerung vorhandene Parodontose deutlich zu wenig. Nur ca. 7% der erkrankten Patienten werden behandelt. Ein Zitat zeigt den Zustand der deutschen Bevölkerung, die PA betreffend, überdeutlich: „Die Daten der bevölkerungsrepräsentativen Studie zeigen, dass Parodontalerkrankungen weit verbreitet sind und seit 1997 **eher zugenommen** haben. Unter den Erwachsenen leiden **52,7%** unter mittelschweren (CPI Grad 3) und **20,5%** unter schweren Formen der Parodontitis (CPI Grad 4). Bei den Senioren sind **48,0%** von einer mittelschweren und **39,8%** von einer schweren Erkrankung betroffen. **Damit ist man von den für 2020 gesteckten Zielen noch weit entfernt.**“ Quelle: *Michelis W., Schiffner U. Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV). Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ Materialreihe Band 31). Deutscher Ärzte-Verlag, Köln (2006!)*.

Dieses Behandlungsdefizit geht auch aus den von den Zahnärzten mit den gesetzlichen Krankenkassen abgerechneten Geldern hervor. Hier ein Zitat von Prof. Dr. Dr. Schlagenauf, dem Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie: „Die deutschen Zahnärzte rechnen pro Jahr 13 Milliarden Euro mit den Kassen ab. Aber davon werden nur 350 Millionen Euro für Parodontosebehandlungen abgerechnet. (Prof. Ulrich Schlagenauf, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie (DGP), in „Apothekenrundschau“, 1. Januar 2011, Seite 12-14)

2. Ein neuer Beruf in Deutschland: die staatlich diplomierte Dentalhygienikerin (Dipl. DH/BDH)?

I. Die DH allgemein:

1913 wird in den USA der Beruf der Dentalhygienikerin¹ (DH) etabliert. Heute sind die DH international in 25 Ländern vertreten (siehe IFDH²). Weltweit gibt es ca. 350.000 DH: 110.000 in den USA (309,6 Mill. Einwohner), 14.000 in Kanada (34,1 Mill. Einwohner) und 2.000 in der Schweiz (7,8 Mill. Einwohner). In Deutschland (81,8 Mill. Einwohner) hat dieses Berufsbild mit ca. 400 modular fortgebildeten DH kaum Bedeutung³.

II. Ist-Situation in Deutschland

Viele der hier arbeitenden Dipl. DH haben ihr Diplom im Ausland erworben. Wenn man die Zahlen der oben genannten 3 Länder in Beziehung zur Bevölkerungszahl setzt, dann fehlen in der BRD zwischen 23.000 und 27.000 DH. Durch die jahrzehntelange Verdrängung der konsequenten Behandlung der Parodontose und zusätzlich gesteigert durch die Veränderung der Alterspyramide wird der Bedarf eher noch höher einzuschätzen sein.

III. Ausbildung und Tätigkeit, wie sie z.B. in der Schweiz stattfindet

Die staatlich diplomierte DH ist ein Medizinfachberuf. Ihre Ausbildung dauert 3 Jahre. Als freie oder angestellte Mitarbeiterin einer Zahnarztpraxis ist ihr Aufgabenbereich im Wesentlichen die Tiefenreinigung der Zahnfleischtaschen und damit die Basistherapie zur Heilung der Parodontitis.

Was die DH im Wesentlichen von all den anderen fortgebildeten Helferinnen in Deutschland unterscheidet und ihre hochwertigere Ausbildung rechtfertigt, sind drei Tätigkeitsbereiche:

a) das subgingivale⁴ Scaling:

Unter subgingivalem Scaling versteht man die sorgfältige Entfernung des Inhalts der oben erwähnten Taschen (Biofilm(!) und Konkremete). Hierzu ist eine genaue Kenntnis der anatomischen Gegebenheiten der verschiedenen Zahnwurzeloberflächen obsolet. Mit genormten Instrumenten, mit Ultraschallgeräten und Pulverstrahlgeräten mit besonderem Pulver wird die Reinigung der Taschen von Biofilm und Konkrementen vorgenommen. Hierdurch wird ein Großteil der vorhandenen Bakterien und deren Gifte beseitigt. Das Zahnfleisch beginnt zu gesunden.

b) das Recall:

Das Recall ist die Wiedereinberufung des Patienten nach einem mit dem Zahnarzt abgestimmten Zeitraum. Die DH überprüft die Taschentiefen und andere Parameter (Entzündungsgrad, Blutungstendenz usw.). Abhängig von der Schwere der bei Behandlungsbeginn vorhandenen Erkrankung und der Aggressivität der Bakterien wird eine Zahnfleischtasche nicht immer und sofort ausheilen. Bei profunderen Entzündungen beginnt die Reinfektion der Taschen schon bald. Hier muss in kürzeren Intervallen kontrolliert und nachbehandelt werden.

Nur regelmäßiges „Recall“ und das dabei vorgenommene „**subgingivale Scaling**“ durch die DH sichern den **Langzeiterfolg** der Therapie einer **Parodontose**.

c) die Pathologie:

Ein hoher Ausbildungsstandard offeriert einen selbstständigen Team-Player in der Pathologie, der bei der modularen Fortbildung deutlich zu kurz kommt.

Bei der zurzeit herkömmlichen „professionellen“ Prophylaxesitzung (durch ZMP, ZMF oder fortgebildete ZFA⁵ ausgeführt) wird weitgehend nur der **supragingivale**⁶ Bereich, der sichtbare Teil der Zähne, bearbeitet. Eine bereits vorhandene Taschenentzündung oder Parodontitis wird nur geringfügig beeinflusst. Die Therapie der **subgingivalen** Taschen ist nur dem Zahnarzt oder der Dentalhygienikerin vorbehalten. Denn nur sie haben die Ausbildung, in den von der Anatomie her hochkomplexen Taschen zu arbeiten. Im Übrigen beeinflussen die im Biofilm vorhandenen Bakterien den menschlichen Körper negativ: Herz- und Kreislauferkrankungen und Frühgeburten seien hier als Beispiel genannt.

Staatlich diplomierte DH, die ihre bisher nur im Ausland mögliche dreijährige Ausbildung vollziehen, lernen an Fachhochschulen/Hochschulen, in denen sie von Professoren und Spezialisten unterrichtet werden. Erst im dritten Ausbildungsjahr lernt die DH die zahnärztliche Praxis kennen. Sie hat in der vorangegangenen 2-jährigen Unterrichtung den genauen zeitlichen und praktischen Ablauf der Behandlung eines Patienten gelernt. Ihre ganze Ausbildung ist darauf ausgerichtet, die Parodontose eines Patienten zu therapieren.

Axelson und Lindhe (1981, 1991) haben besonders eindrücklich den Effekt dieser **Taschenreinigung im Recall** gezeigt. Wie die Untersuchungen nachweisen, ist bei regelmäßigen und in kurzen Zeitabständen durchgeführten Prophylaxesitzungen durch die Dentalhygienikerinnen praktisch **keine neue Karies** und **nicht der geringste Attachmentverlust**⁷ festzustellen. Diese sich anfänglich über 6 Jahre erstreckenden Modellstudien stellen heute die **rein reparative Zahmedizin** in Frage (zitiert aus Wolf & Rateitschak, Parodontologie, Thieme Verlag 2003).

3. Wie sieht die Tätigkeit der DH in einer Zahnärztlichen Praxis aus?

Nach Wolf und Rateitschak, *Parodontologie*, Thieme Verlag 2003:

1) Kann die DH schon bei der Befunderhebung und insbesondere der Initialbehandlung weit über 80% der notwendigen Arbeiten erledigen.

2) Im Recall⁹ kann sie über 90% der Behandlung übernehmen.

Eine Behandlung durch eine DH dauert eine Stunde. Zu Beginn wird der aktuelle klinische Zustand des Zahnfleisches mittels Messungen, z.B. Taschentiefen, Blutungsneigung, Plaqueanlagerung, geprüft und schriftlich fixiert. Eventuell werden Röntgenaufnahmen und Abdrücke usw. angefertigt. Daraufhin werden alle Taschen der vorhandenen Zähne sehr sorgfältig gereinigt.

Prof. Dr. Dr. Ulrich Schlagenauf, Präsident der deutschen Gesellschaft für Parodontologie (DGP) beschreibt das in der „Apothekenrundschau“, 1. Januar 2011, Seite 12 - 14, folgendermaßen:

„Beginnt die Behandlung frühzeitig, reichen nicht invasive Maßnahmen aus. Mittels spitzer und abgerundeter Handinstrumente (Scaler und Curetten) wird der Belag entfernt sowie die Oberfläche (der Wurzeln, der Autor) gereinigt und geglättet. Dadurch schmiegt sich das Zahnfleisch wieder enger an den Zahn... In 80 - 90 Prozent der Fälle gelingt dies ohne eine Operation. (und weiter:) „Wer bei der Stange bleibt und regelmäßig zur Nachsorge (hier ist wohl das „Recall“ gemeint, der Autor) kommt, hat gute Karten, seine Zähne zu erhalten.“

Durch Zahnarzt und zahnärztliches „Hilfs“personal (einschließlich DH) behandelte und gesund erhaltene Patienten sparen viel Geld. Ein Zahn, der langfristig erhalten wird, ist ein guter Zahn. Ein Zahn, der heraus muss – sei es durch Schmerzen und/oder Lockerung – wird aufwendig ersetzt. Ein Implantat ist eine reine Privatleistung und kostet den gesetzlich Versicherten ca. 2.500,-- Euro und mehr. Für dieses Geld kann ein Patient etwa 16 Besuche (ca. 7 - 14 Jahre) bei einer DH finanzieren. Die Aussicht, dann keinen Ersatz zu brauchen, ist sehr groß.

4. Welche Vorteile ergeben sich für das deutsche Gesundheitssystem?

Die Bundeszahnärztekammer geht davon aus, dass im Jahre 2020 etwa 90.000 Zahnärzte in Deutschland tätig sein werden⁹! Zur Zeit sind es etwa 64.000 Zahnärzte, von denen in den nächsten Jahren viele in den Ruhestand gehen. Das Studium der Zahnmedizin ist für den Staat finanziell aufwendig. Es dauert 5 - 6 Jahre bis zum Examen. Ein Parodontose-Spezialist zu werden dauert noch weit darüber hinaus, wie es vom Wissenschaftsrat und von der DGP¹⁰ gefordert wird.

Staatl. Diplomierte DH brauchen nur 3 Jahre. Sie kosten in der Ausbildung deutlich weniger. Die Stunde eines

niedergelassenen Zahnarztes kostet etwa 400,-- Euro (Investitionen, Miete, Löhne). Die DH bekommt je nach Stellung (freie oder angestellte Mitarbeiterin) weniger. In München wurde in 2005 einer nach Stunden bezahlten DH etwa 50 - 60 Euro pro Stunde bezahlt.

Durch das durch den Staat garantierte Diplom wird die Zahl an jungen Menschen, die diesen Beruf ergreifen können, ganz erheblich erweitert. Dass der Beruf der DH selbst in Ländern wie den USA (ca. 110.000 DH) weiterhin enormen Bedarf an Nachwuchs hat, zeigt folgendes im Internet gefundene Zitat: „According to the Bureau of US.Labour Statistics, employment of dental Hygienists is expected to grow 36 percent through 2018, which is much faster than the average of all occupations.“¹¹

Die Anzahl der staatlich diplomierten DH sollte durch den Arbeitsmarkt in der von allen großen Parteien angestrebten freien Marktwirtschaft begrenzt werden. Die durch die Zahnärztekammern initiierte „modulare“ Ausbildung wird auch langfristig nicht über eine dreistellige Anzahl von DH hinauskommen.

5. Die Dentalhygienikerin, die sichere (einfache, preiswerte, intelligente) Art sich seine Zähne zu bewahren.

An einer Heilung ihrer Parodontose interessierte Patienten sollten jedes Jahr mindestens einmal zum „Recall“ in die Praxis kommen. Etwa 40 bis 50 Prozent der deutschen Bevölkerung leiden unter einer mittelschweren bis schweren Parodontitis (siehe oben).

Es ist schier unmöglich, etwa 20 Millionen Patienten (vierzig Millionen minus einen großen Unlustfaktor!) und das bei einer ständig älter werdenden Gesellschaft nur mit Zahnärzten und 400 DH zu behandeln!

Selbst die errechneten ca. 25.000 DH können bei einer Jahresarbeitszeit von etwa 1.350 Stunden nur etwa 33,8 Mill. Behandlungen durchführen. Bei dem gewaltigen Rückstand in Deutschland an notwendigen Behandlungen ist eine einmalige Behandlung pro Jahr aber völlig unrealistisch. Bei dem Rückstand an benötigten Behandlungen werden schnell mal 2 - 3 oder mehr einstündige Behandlungen pro Patient und Jahr notwendig. Ein Vorschlag, dass einzelne Universitätszahnkliniken die Ausbildung von DentalhygienikerInnen übernehmen, hat viel Charme: Es könnten in der Zeit, in der ein Zahnarzt ausgebildet wird, mindestens zweieinhalbmal soviel DH ausgebildet werden, also anstatt 50 Zahnmedizinern würden 125 DH die Uni verlassen.

Eine moderne Zahnarztpraxis, die sich parodontologisch orientieren möchte, stößt ohne Dipl. DH schnell an ihre Grenzen. Schon die genaue Analyse der Erkrankung ist zeitintensiv. Es muss die spezifische Erkrankung durch Bestimmung der Parameter wie Taschentiefen durch Messen mit der Parodontalsonde, Knochenabbau durch Auswertung des Rundum- oder Einzelbildröntgenstatus, eventuell die Bestimmung der Parodontose verursachenden Bakterien¹² bestimmt werden. Es muss eine zeitintensive Aufklärung und Beratung und Schulung des Patienten erfolgen.

Die praktische, also instrumentelle Behandlung nach einer sorgfältigen Diagnose erfordert mehrere Termine. Die Taschen an allen Zähnen müssen extrem sorgfältig Fläche für Fläche gereinigt werden vom Biofilm und den sehr fest angewachsenen Konkrementen. Hierzu muss zeitaufwendig erst mit Ultraschallgerät, dann mit Scalern und Curetten händisch gearbeitet werden. Diese Flächen müssen dann geglättet werden. Hilfsweise kann dann mit einem Pulverstrahlgerät gereinigt werden. Bei weiteren Sitzungen muss der Erfolg der Behandlung dokumentiert werden. Es muss nachbehandelt werden. Der Patient sollte in seiner Mundhygiene bestätigt oder korrigiert werden. Der Grundlage einer Parodontosebehandlung ist investierte Zeit, Zeit und wiederum Zeit. Das kann ein Zahnarzt alleine nicht erbringen, wenn er denn mit seiner Praxis wirtschaftlich überleben will.

Nur durch Einsatz von gut ausgebildeten Dentalhygienikerinnen ist die Behandlung der Parodontose volkswirtschaftlich sinnvoll und durchführbar. Mehr als fünfundzwanzig andere Länder der westlichen Welt haben dies erkannt und die staatlich diplomierte Dentalhygienikerin als Beruf zugelassen.

¹ In englischsprachigen Ländern wird die DH dental hygienist genannt.

² IFDH: International Federation of Dental Hygienists

³ Die Zahlen ändern sich ständig. Es geht hier um die Relation der Zahlen zueinander.

⁴ unter dem Zahnfleisch

⁵ ZMP (zahnmedizinische Prophylaxehelferin), ZMF (zahnmedizinische Fachhelferin), ZFA (zahnmedizinische Fachassistentin)

⁶ oberhalb des Zahnfleisches

⁷ Attachment: die Verbindung zwischen Wurzel und Knochen. Sie ergibt den festen Halt des Zahnes im Kiefer.

⁸ auch PET (Parodontale Erhaltungs-Therapie) genannt

⁹ [www3.idz-koeln.de/idzpubl3.nsf/.../\\$FILE/Info1-97.pdf](http://www3.idz-koeln.de/idzpubl3.nsf/.../$FILE/Info1-97.pdf) –

¹⁰ Deutsche Gesellschaft für Parodontologie

¹¹ Das amerikanische Ministerium für Arbeitsstatistik: Es wird erwartet, dass die Zahl der Anstellungen von DH bis zum Jahre 2018 um 36 Prozent wächst. Das ist ein deutlich höherer Anstieg als für alle anderen Berufe.

¹² Als Beispiele seien genannt: A.actinomycescomitans, P.gingivalis, P.intermedia und T.denticola.

Durch Aufnahme des Taschenfluids mit sterilen Papiersaugern kann man durch die PCR-Methode vorhandene Bakterien darstellen und gezielt bekämpfen.

© Dr. Jörg Junker, Am Großen Wannsee 43a, 14109 Berlin
junkerjoerg@gmx.net

Dr. Jörg Junker, der heute in Pension ist, hatte viele Jahre eine gut gehende Praxis am renommierten Promenadenplatz in München. Über diesen ganzen Zeitraum beschäftigte er erfolgreich Dipl. DH aus dem Ausland. Dass sich Deutschland zum Dritte-Welt-Land in puncto Parodontitis und deren dauerhaft erfolgreiche Behandlung entwickelte, kann er heute nicht verstehen, vor allem nicht, da der große Erfolg aufgrund der Zusammenarbeit mit Dipl. DH in anderen Ländern evident ist. Unverständlich für ihn ist, dass sich nach all den Jahren des anerkannten Erfolges die Situation in Deutschland bezüglich dieser im Ausland anerkannten Ausbildung noch immer so absolut schlecht darstellt. Nachdem er die Meinung vertritt, dass Jammern nichts hilft, sondern nur Kämpfen, bewarb er sich mit dem vorliegenden Bericht beim Wettbewerb "Ideenpark 2011" der Financial Times Deutschland. Wir wünschen ihm viel Glück und Erfolg mit seinem Antrag.

Rund um den Globus

Liebe Kolleginnen, oft berichtet Ihr mir, dass Ihr diese Rubrik zuerst lest.

Aber: Auch das Vorwort ist lesenswert ☺!

Kanada

Seit dem 31.12.2010 gibt es 2.200 selbstständige Praxen für Dentalhygiene in Kanada. Noch ist es in Kanada nicht möglich, flächendeckend Dentalhygienikerinnen zu präsentieren. Somit ist auch dieses Land noch im Aufbau, obwohl es dort schon 1970 eine Ausbildungsmöglichkeit an der Universität von Toronto gab. Aber: Für solche, die günstig zu einer Dentalhygiene-Behandlung kommen möchten, gibt es immer die Ausbildungsinstitutionen, die diese Behandlungen in einem aufwändigeren Zeitraum als in den Praxen, jedoch sehr viel günstiger anbieten. In anderen Worten: Jeder Patient kann sich die Behandlung bei einer DH in Kanada leisten (20 - 40 Canadian Dollars).

ADHA

Der ADHA (American Dental Hygienists' Association) führte eine Umfrage zur Ausbildung auf „akademischem“ Level – College- oder Universitätsausbildung – zum Berufsbild Dentalhygienikerin durch. Deutschland konnte sich hier mal wieder nicht platzieren, da wir keine Ausbildung, noch einen College-Level noch eine akademische Ausbildung vorweisen können.

ADHA Meeting

Schade, dass dies für uns unerreichbar scheint: In den USA fand der 88. Jahreskongress 'Dental Hygiene' statt, dieses Mal in Nashville vom 15. - 21. Juni 2011. Für die amerikanischen DH ist diese Fortbildung ein Muss, nachdem seit mehr als 40 Jahren Fortbildungspunkte vorgeschrieben sind, die akribisch kontrolliert werden. So erhalten die Teilnehmer erst beim Verlassen der Vorträge ihren individuellen Stempel. In Deutschland hat das für die Zahnmediziner einen relativen Neuwert. Nachdem die USA diese Art der Fortbildungen somit schon lange präsentieren, ist deren Zusammensetzung und Angebot auch auf höchstem Niveau. Zu dieser Tagung wurden mindestens 2.000 Dentalhygienikerinnen erwartet. Leider erreichen uns die Zeitschriften aus den USA immer etwas später, da diese immer noch über den Seeweg verschickt werden.

Esther Wilkins, RDH, BS, MDM – nun Professorin in Dentalhygiene

Eine der berühmtesten Dentalhygienikerinnen weltweit, die renommierte Bücher über Dentalhygiene veröffentlicht hat, ist mit über 80 Jahren zur Professorin an der Forsythe School of Dental Hygiene am Massachusetts College in Boston ernannt worden. Sie hat nicht nur ihre Ausbildung zur DH mit Bachelor absolviert, sondern nach einem Master noch den Dokortitel in Zahnheilkunde erworben. Da sind wir wieder bei dem Punkt angelangt: Was will Deutschland verhindern, was es nicht schon gibt?



Die DH-Forsythe-School hat 24 Behandlungsstühle und ist mit allem Notwendigen für eine DH-Ausbildung nach dem letzten Stand ausgerüstet. Die Studenten sind von den Vorlesungen von Esther Wilkins begeistert.

USA

Die Dentalhygienikerin in den USA hat es übernommen, auch Sportschutz-Schienen selbst in ihrer eigenen Praxis herzustellen. Nachdem dies keinen großen Aufwand darstellt und Schienen in Deutschland viel zu teuer sind, ist das eine überlegenswerte Option. Eine Sportschiene herzustellen fällt nicht in das Zahnheilkundengesetz, da heute jeder selbst in jedem Sportgeschäft die „Zutaten“ dafür kaufen kann.

DZW 05/9/11

In genannter Ausgabe publiziert Dr. Swaczyna, der jährlich über das Midwinder-Meeting in Chicago berichtet, folgende Fakten: 67% aller US-Praxen beschäftigen laut ADA (American Dental Association) eine Registered Dental Hygienist (Dipl. DH). Legt man 100 % der Praxen zugrunde, so ist zu beachten, dass es viele spezialisierte Zahnarztpraxen (Endodontie, Chirurgie, Kieferorthopädie, Parodontologie, normaler Zahnarzt) gibt. In anderen Worten: Jeder US-Parodontologe hat sogar mehrere Dipl. DH und operiert deshalb auch ganz selten. Tja, davon ist Deutschland noch drei Generationen entfernt.

www.ddhv.de

Nach der letzten IDS-Jahrestagung, an der wir DDHV-Journale verteilten, besuchten 250 Personen unsere Internetseite an einem Wochenende. Schön, dass wir endlich in die Diskussion kommen.

Fortbildungskriterien

In Kanada und den USA dürfen nur Dipl. DH zur spezifischen *Fortbildung für Deepscaling* etc., nicht jedoch zu Kongressen gehen. Zu diesen darf das ganze Personal. So dürfen allerdings alle zu den Tagungen des DDHV. Wir sind für alle offen.

Bleaching

Weiterhin öffnen Bleaching-Zentren – im Hintergrund ziehen Zahnarztpraxen die Fäden – und schließen wieder. Bedenkt man die Kriterien, die nicht hoch genug angesetzt werden können bezüglich des Bleichens bei Kronen, Veneers und Füllungen, so kann man die sich gerne selbstständig machenden Damen nicht genug vor Regressen warnen: Das kann ganz schnell sehr teuer werden, wenn ein Patient bei einem Bleaching-Zentrum eine Klage wegen z.B. einer „verfärbten Füllung“ einreicht. Deshalb sollten wir dies lieber nicht selbstständig durchführen, sondern nur und ausschließlich Zahnarztpraxen überlassen.

In der ZM 101, Nr. 7A, 1.4.2011(1025), wird zudem darauf aufmerksam gemacht, dass Weiß nicht mehr „in“ ist. Auffällig ist ja, dass gerade die gebleichten Zähne meist extrem künstlich aussehen. Jeder, der sich ein wenig dafür interessiert, erkennt sofort, ob Zähne ihre natürli-

che Farbe haben oder nicht. Individualität ade! Andererseits kann man über die Industrie etwas ganz anderes lesen: Sie behauptet, dass Bleaching „in“ sei. Reine Verkaufsstrategie. Dabei genügt es oft, sich in einem Biergarten gemütlich etwas Bräune ins Gesicht zu holen. Dann erscheinen die Zähne gleich viel heller ☺.

DGP-News

Da freute sich der Experte: Im Editorial der neuen DGP-News wird beschrieben, dass die Parodontitis -Therapie in Deutschland bei weitem noch nicht flächendeckend angekommen ist. Zudem wurde die neu gestaltete DH-Fortbildung in Berlin mit einem exzellenten Bericht vorgestellt. Allerdings glaubt keiner daran, dass in einer deutschen DH-Fortbildung „keine Repetitorien der ZMF oder ZMP stattfinden“.

Ein Highlight stellt der Vortrag des wissenschaftlichen DGP-Programms am 17. September 2011 mit folgendem Thema dar: „**You are what you eat! Nutrition and periodontal health.**“ Wir DH wünschen uns, dass viele Zahnmediziner sich in diese Richtung fortbilden, denn die meisten schenken dem Thema Ernährung und Parodontologie viel zu wenig Beachtung. Der DDHV macht auf dieses Thema seit Jahren aufmerksam.

Schweiz

Eine in „Stuttgart fortgebildete DH“ ersuchte über ihre Arbeitgeberin, in der Schweiz anerkannt zu werden. Dies wurde mit der Begründung abgelehnt, dass die deutsche Fortbildung keine höhere Fachschul-Ausbildung (HF, kommt einer Fachhochschule gleich) darstellt, die in der Schweiz seit zwei Jahren Vorschrift ist. Das ist das absolute Aus für die deutsche DH-Fortbildung, sich in der Schweiz zu etablieren.

Schweden

Durch eine E-Mail aus Schweden erfuhren wir, dass Schweden nun 3.000 Dipl. DH hat und davon nur 10% eigene Praxen führen. Das sollte der deutschen Politik zu denken geben, denn eine eigene Praxis aufzubauen kostet enorm viel Geld, weshalb sich in Deutschland auch nicht viele selbstständig machen würden, sollte dieser Beruf mal existent sein in diesem Land. Schweden hat dieses Berufsbild immerhin schon seit ca. 35 Jahren. Die Ängste sind – wie die Beispiele Holland und die Schweiz zeigen – komplett unbegründet, dass dadurch eine große Konkurrenz entstehen könnte. Dass einige wenige aus dem Angestelltensystem heraus „fallen“ ist immer noch besser, als aus Frustration diesen wunderschönen Beruf an den Nagel zu hängen. Denn: Die nächsten 40 Jahre wird in jedem Land jede dieser DH dringend gebraucht.

Neu unter www.ddhv.de/Logo IFDH Newsletter

Nepal wird als nächstes Land voraussichtlich dem IFDH beitreten. Wie man unter o.g. Angaben im neuen Newsletter des IFDH nachlesen kann, hat Nepal zwei Diplom DH-Schulen, die mit holländischer Hilfe nach deren System aufgebaut wurden. Da kann man direkt neidisch werden.

Dass es in Russland auch Dipl. DH gibt, haben wir schon vor einigen Jahren berichtet. **Wir legen allen ans Herz, diesen neuen Newsletter selbst zu lesen.** Er ist wirklich superb! Deutschland hat z.Zt. keine Informationen publiziert. Sobald sich jedoch Details bezüglich eines Bachelors in Dentalhygiene bewegen, werden wir dies natürlich über diesen Newsletter international publizieren.

Kurz vor Redaktionsschluss erreichte uns folgende Nachricht: Sogar in der Mongolei, im Oman und in Jordanien gibt es DentalhygienikerInnen Verbände. Nach einer Studienzeit ab 2 Jahren werden diese DH in den Internationalen Verband aufgenommen, und zwar handelt es sich um eine Direktausbildung nach US-Modell und nicht um eine Fortbildung über die Zahnärztliche Assistentin.

Behandlungs-Kostenübernahme

Praxis für Dentalhygiene

Unser Verbandsanwalt RA Ferdinand Hornung in München hat die DH-Kostenübernahme für die *Praxis für Dentalhygiene* nach Übergabe des Vergleichs vor dem Verwaltungsgericht München und der Androhung einer Klage bei der Allianz-Zusatzversicherung durchgesetzt. Vorausgegangen war, dass die wesentlichen Kosten in den letzten Jahren problemlos nach Vorlage der Rechnung übernommen worden waren. Der Versicherung wurde außerdem klargemacht, dass die Kosten beim Zahnarzt um einiges höher liegen als in besagter Praxis und die Prophylaxe notwendig ist, um eine Parodontalbehandlung zu vermeiden.

Wichtig für ein Bachelor-DH-Studium

Aus den USA wird von Maria Perno-Goldie, Präsidentin des IFDH, Folgendes gemeldet: „**most of the DH programs in dental schools in university settings share clinicspace.**“ In anderen Worten: Viele DH-Programme in den USA werden interaktiv mit den Zahnmedizin-Programmen verknüpft. Deutschland produziert zu viele Zahnmediziner, ja, es wird sogar von einer Schwemme gesprochen, wobei uns mehrfach übermittelt wurde, dass viel zu wenig Patienten für die Zahnmedizin-Studenten an den Unis vorhanden sind, um das ganze Spektrum live zu erlernen. Angaben aus der Fachpresse bestätigen dies. Ein Umdenken wäre hier dringend erforderlich. Aachen scheint alleine 80 Einheiten für die zahnmedizinische Ausbildung zu haben. 20 davon für die DH umzuwandeln hieße, sich der Zukunft zu stellen. Im Ausland wird ja sowieso in vielen Ländern das Gesundheitsministerium in der Form aktiv, dass es die Anzahl der ZÄ- und der DH-Ausbildungen je nach Bedarf reguliert.

Für manche sind wir Spezies aus einer anderen Welt oder auch: Man kann auch auf der Stelle treten.

Bei einem Gespräch mit einem mir bekannten Münchner Zahnarzt (60) erzählte ich ihm, dass nun doch nach vielen Jahren ein Bachelor in Dentalhygiene in Deutschland kommen soll. Seine erste Reaktion: Das trifft mich nicht mehr. Sein Zahnartztkollege (Alter schätzungswei-

se mental bei 70) berichtete daraufhin, dass ein zahnärztlicher Verband bei einer Sitzung letztthin davon gesprochen hätte, dass dies die Zahnkosmetik betreffen würde. Er war maßlos erstaunt, als ich ihm erklärte, dass nicht die Zahnkosmetik unser Berufsbild beträfe, sondern die Parodontologen unsere wichtigsten Arbeitgeber wären. Es erstaunt immer wieder, wie wenig oft alteingesessene Zahnärzte sich um die Parodontologie kümmern. Den jüngeren Zahnärzten wird hoffentlich bald klar, dass die DH sich wunderbar „für die Drecksarbeit“ eignet, wie das Dental Cleaning letztthin von einem Profi bezeichnet wurde. Ich nenne uns gerne Edel-Putzfrauen. Und am besten üben diesen Beruf keine Messies, sondern Putzteufel aus.

Dabei fällt noch etwas auf: In den neuen Fachzeitschriften wird publiziert, dass die Zahnärztin für einen Teilzeitjob eine zu teure Ausbildung präsentieren würde, schließlich wollen die meisten Frauen ja auch noch Familie haben. Vielen ist nicht bewusst, dass z.Zt. sowohl 80% aller Studierenden der Zahnmedizin als auch der Medizin, Studentinnen sind (Der Spätestwicklung der männlichen Spezies „sei Dank“!!!). Dabei ist uns bekannt, dass viele Zahnmedizinerinnen uns um unseren möglichen „Teilzeit“-job glühend beneiden. Es wäre wirklich Zeit, hier ein Umdenken zu initiieren.

.....

Buchbesprechungen

Mikroskopische Anatomie der Zähne und des Parodonts

Birte Steiniger / Hans Schwarzbach / Vitus Stachniss



Endlich ein Histologie-Buch für Zahnmediziner und zukünftige Dipl. DH-Ausbildungen

- Atemberaubender Spaziergang durch den dentalen Mikrokosmos: einzigartige Ansichten und Präparate von Zähnen und Parodont
- Perfekt zur Vorbereitung der Histologie-Prüfung
- Anschauliche Grafiken verdeutlichen die Zusammenhänge: So

kann man Histologie erleben und verstehen

- Alle für die vorklinischen und klinischen Prüfungen relevanten Begriffe der aktuellen internationalen histologischen Terminologie zum Thema Zahnmedizin
- Einzigartig: Zahnschliff-Präparate und HE-gefärbte Paraffinschnitte speziell auf die Bedürfnisse der Zahnmedizinstudenten zugeschnitten
- Die ideale Ergänzung zum klassischen Histologie-Lehrbuch

Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 2010
64 Seiten, 101 Abbildungen, kartoniert
Euro/D 29,95 // Euro/A 30,80 // CHF 50,90
ISBN 978-3-13-147141-3

CONTACT INTERNATIONAL

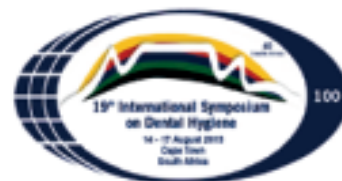
www.ifdh.org



5

Welcome from OHASA

19th International Symposium on Dental Hygiene
14 – 17 August 2013 Cape Town, South Africa



ORAL HEALTH: VITAL LINK IN ACHIEVING TOTAL HEALTH

The Oral Hygienists' Association of South Africa in conjunction with the International Federation of Dental Hygienists (IFDH) wishes to invite all dental hygiene colleagues and other health professionals around the globe to join us on a South African and Global exploration to uncover the vital role of the oral hygienist in complete health care, and in uniting the disciplines of dental hygiene, dentistry and medicine.

When it comes to international conferences, Cape Town, South Africa is the place to be! This is simply because Cape Town has thus far won numerous accolades:

- Best City to Eat Out (British Highlife Award 2004, 2005)
- One of the World's Top 8 Creative Meccas (Newsweek, September 2002)
- Voted no. 5 on BBC TV's "50 Places to see before you die."
- Host city for the 2010 FIFA Soccer World Cup
- Robbie Williams, when he visited Cape Town, said: "It is the Best Kept Secret in the World"
- Best City in Africa and the Middle East (Condé Nast Traveler® 2004, 2005)
- Favourite Foreign City (Daily Telegraph Travel Award 2004, 2005)

In keeping with the global profile of the IFDH, you can participate in a comprehensive and diverse scientific programme that will benefit all attendees. It will be an international meeting of outstanding quality and a range of topics that will be of interest and benefit to all health professionals. We look forward to meeting you in South Africa!

www.ohasanet.co.za
Email: oral_hygiene_sa@africa.com

Contact International is proudly sponsored by



Parodontitis 2010 - Das Risikokompandium



Seit der Publikation des ersten „Risikokompandiums“ der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie ist das Verständnis der Parodontalerkrankungen um eine Fülle neuer Erkenntnisse erweitert worden, die eine Neufassung nötig und überfällig machen. Die Neuauflage legt zum einen den aktuellen Kenntnisstand über die Ätiopathogenese und Risikofaktoren der Parodontitis dar. Zum anderen

werden neue Erkenntnisse der Assoziationen der Parodontitis mit systemischen Krankheiten, wie solchen des Herz-Kreislaufsystems, der Lunge, der Nieren, mit Diabetes etc., erörtert. Der konzise Text wird von zahlreichen Tabellen begleitet, die eine gute Übersicht über die aktuelle klinische Evidenz bieten.

Das Buch soll in der Praxis dabei helfen, sich einen Überblick über den aktuellen Wissensstand zu verschaffen. Denn neue Erkenntnisse haben über die veränderte Betrachtungsweise auch einen mittelbaren Einfluss auf die tägliche Arbeit am Patienten.

Quintessenz Verlags-GmbH, Berlin, 2010
168 Seiten, 20 Abbildungen (farbig), Softcover
Euro 32,00, ISBN 978-3-86867-031-8

Gesunder Darm, gesundes Leben: Gesund werden, Gesund bleiben

Joachim Bernd Vollmer



Der Darm ist das Zentrum unserer Gesundheit. Nicht nur Verdauungsbeschwerden, sondern auch chronische Kopfschmerzen, Allergien oder Hautleiden sind häufig auf ein Ungleichgewicht im Darm zurückzuführen. Doch kennen wir die Funktionsweise dieses so oft unterschätzten Organs Darm überhaupt? Der Autor beschreibt eine kleine anschauliche Reise durch unsere Verdauungsorgane

– und er gibt schlüssige Antworten auf Fragen wie: Sind Ballaststoffe tatsächlich so gesund? Sollte man auf Kuhmilch besser verzichten? Und welche Lebensmittel fördern wirklich die Gesundheit?

Dieses Buch beinhaltet enorm viel gute Themen, allerdings auch ein paar Ungereimtheiten. Denn wer Milch komplett verdammt, der mag oder verträgt sie einfach nicht. Das ist plausibel. Aber: Viele Menschen leben sehr gesund mit ihr. Zudem: Müsli unerhitzt ist total ungesund aufgrund der Spelzen, die die Zotten des Darms verkleistern und dadurch den Stoffwechsel blockieren. Anders ist es, wenn man die Flocken entweder einweicht oder erhitzt. Kein Volk der Welt isst Korn in rohem Zustand. Nur die Müsliesser meinen, dass dies gesund sei. Dabei reizt das rohe Korn zudem extrem den Darm. Weiter: Colonthapien sind, wenn man sie

nicht ordentlich anwenden kann, eine Crux. Kann man dies allerdings korrekt, dann sind sie eine große Hilfe bei der Heilung, aber eben nur dann. Und wir wissen heute, dass das ADHS-Syndrom sehr wohl mit Zucker und Nahrungsmittelallergien zu tun hat. Aber: Das Buch zeigt deutlich auf, dass die eigentliche Medizin unsere Nahrungsmittel sind.

Knaur Verlag, München, 256 Seiten
Euro/D 8,95 // Euro/A 9,20 // CHF 16,50
ISBN 3-426-87447-9

Die verlogene Politik - Macht um jeden Preis

Pascal Beucker / Anja Krüger



Von den schwarz-gelben Steuer-senkungsversprechungen bis zu den „humanitären Einsätzen“ der Bundeswehr, von Thilo Sarazins Überfremdungsphantasien bis zu Guido Westerwelles Klagen über die „spätromische Dekadenz“ – hier sind alle versammelt: die Lügen und Legenden der Politik. Die renommierten Autoren decken schonungslos auf, wie und wann wir belogen werden.

Knaur Verlag, München
302 Seiten, broschiert
Euro 8,99, ISBN 978-3-426-78345-0

FOOD CRASH - Wir werden uns ökologisch ernähren oder gar nicht mehr

Felix zu Löwenstein



„Bio ist Luxus für Reiche. Um neun Milliarden Menschen zu ernähren, brauchen wir eine massive Produktionssteigerung durch industrielle Landwirtschaft!“ Seit Jahren bekommen wir das von einer machtvollen Lobby aus Agrar- und Chemiekonzernen eingehämmert. Der Autor – Öko-Fachmann – weist nach, dass genau das Gegenteil der Fall ist: Die Agrarindustrie verhindert nicht

Hunger, sie produziert ihn. Konzerne sind mitverantwortlich für die Zerstörung der Natur und der Lebensgrundlagen von Millionen von Bauern weltweit. Und die sorgen dafür, dass das, was wir auf den Teller bekommen, immer schlechter wird. Nicht nur deshalb muss auch die geplante Energiewende mit einem tiefgreifenden Bewusstseins- und Kulturwandel bei den Konsumenten einhergehen.

Droemer Knaur, München, 256 Seiten
mit zahlreichen Abb. und Diagrammen
Hardcover mit Schutzumschlag
Euro 19,99, ISBN 978-3-629-02300-1
Das Buch erscheint am 12.9.2011!



DDHV, Veit-Pogner-Str. 23, 81927 München

An alle zahnmedizinische
Fakultäten der
Universitäten in Deutschland

Deutscher DentalhygienikerInnen Verband e.V.
IFDH + EDHF Member
Korporatives Mitglied DGP

Vorsitzende

Beate Gatermann
Veit-Pogner-Str. 23
81927 München
: 089- 91 24 42
: 089- 91 51 62
info hotline: 0700- ddhv info
www.ddhv.de
info@ddhv.de
24.05.2011

DH-Bachelor-Studiengang

Sehr geehrte Damen und Herren,

um Deutschland flächendeckend mit DentalhygienikerInnen zu versorgen, reicht der Weg über eine Fortbildung der Zahnärztekammer nicht aus. Nicht, wenn in Deutschland das Niveau der Schweiz, Schweden, USA oder Kanada in den nächsten 40 Jahren erreicht werden soll. In diesen Ländern sind in 67% bis 100% der Praxen DentalhygienikerInnen als Profis angestellt. In allen Ländern herrscht seit vielen Jahren ein Mangel an Diplom DentalhygienikerInnen, weshalb wir auch für Deutschland keine aus dem Ausland organisieren können.

Wie dem DDHV vom BMG und vom Bildungsministerium mitgeteilt wurde, sind beide Institutionen nicht für einen neuen Studiengang zuständig, sondern **es sind die Universitäten selbst, die hier aktiv werden müssten**. Es ist auch keine Zulassung durch die Zahnärztekammern notwendig, sondern jedes Bundesland ist selbst verantwortlich. D.h., wenn eine Uni einen Bachelor aufgebaut hat, die nächste Uni dies wiederholen muss, wobei ein Bachelor sowieso „universitätsbezogen“ ist.

Der DDHV hat seit vielen Jahren intensive internationale Verbindungen und plädiert für einen DH-Bachelor Studiengang mit 180 ECTS (wie in fast allen Nachbarländern vorhanden) inklusive einem dualen 3. Praktikumsjahr. Das System des DDHV (eine Kombination aus schweizer- und US-Erfahrungen und dementsprechenden Gastdozenten und Mitarbeitern) wäre nicht nur profund, sondern auch lukrativ für die Universität. Dem Erstinitiator winkt ein Kurztrip zu 2 DH-Institutionen in den USA, eine davon legendär. Zudem liegt dem DDHV für die Pionierarbeit einmalig die Zusage der Industrie vor.

Wichtig ist, dass eine separate Klinik dazu erforderlich ist, die jedoch so nah wie möglich an der jeweiligen Zahnklinik positioniert sein sollte.

Wenn Sie an einer Installation dieses Berufsbildes definitiv Interesse haben, so senden wir Ihnen gerne dementsprechende Unterlagen zu, wobei diese geistiges Eigentum des DDHV sind. Bei einer Erstumsetzung sollten alle Mitarbeiter – darunter auch einige Koryphäen auf diesem Gebiet – miteinbezogen werden. Der DDHV denkt dabei z.B. an zwei Chef-Instruktorinnen, die in den USA und Kanada ausgebildet sind und nichts an Professionalität vermissen lassen. Der DDHV wäre nur zu Beginn und am Rande involviert (Verbandswesen), um die Vorstands-Tätigkeiten des Verbandes damit weitergeben zu können.

Falls Sie Interesse haben, so bitten wir um Kontaktaufnahme. Wir dürfen Sie jedoch bitten, vorab mit dem Dekan eine Eventualität abzuklären.

Mit freundlichen Grüßen

B. Gatermann

Gefährliche Süßstoffe. Zurück zum Zucker

Christina Berndt

Süße Ersatzstoffe wie Sorbit schonen zwar die Zähne, aber keineswegs den restlichen Körper. Vor allem Kindern können sie gefährlich werden.

Auf der Packung stand eine Warnung: "Kann bei übermäßigem Verzehr abführend wirken". Aber dass das Kleingedruckte auf den geliebten Kaugummis der Beginn ihres Unglücks war, damit hatte die junge Frau nicht gerechnet, deren Leidensweg vor Kurzem Aufsehen erregte und "zuckerfreie" Leckereien in Verruf brachte.



"Der Süßhunger der Kinder wird durch den Ersatz nur größer."

Berliner Mediziner berichteten im British Medical Journal über die junge Frau: Die 21-Jährige litt seit etwa acht Monaten unter Durchfall und Unterleibsschmerzen und hatte 22 Pfund verloren. Die Ärzte dachten, sie hätte eine Colitis entwickelt, eine entzündliche Darmerkrankung.

Doch die Spezialisten der Berliner Charité um Herbert Lochs konnten im Darm nichts finden. Dafür fiel ihnen auf, dass die Patientin eine Menge Stuhlgang produzierte: 1,9 Kilogramm pro Tag. Normal wären 250 Gramm. Die Ursache: Die junge Frau kaute ständig zuckerfreie Kaugummis – 16 Stück pro Tag. Damit nahm sie etwa 20 Gramm von dem Zuckeraustauschstoff Sorbit zu sich – viel zu viel.

Weil der Dünndarm Stoffe wie Sorbit kaum aufnehmen kann, bleiben sie im Verdauungstrakt, binden dort Wasser und verflüssigen so den Stuhl. Das ständige Kauen verstärkt das Problem wahrscheinlich, denn dabei bilden sich eine große Menge Speichel und verdauungsfördernde Magensäure.

In Maßen gegessen, gilt der kulinarisch wenig beglückende Zuckerersatz als unbedenklich. Er hat sogar einen klaren Vorteil: Die Substanzen schmecken jenen Bakterien nicht, die Karies fördern. Deshalb mischt die Industrie sie in Kaugummis, Lutscherbonbons, Zahnpasta für Kinder und kennzeichnet die "zuckerfreien" Produkte mit einem glücklichen Zahn unterm Regenschirm.

Für Kinder seien diese Süßungsmittel aber schon gar nicht empfehlenswert, betont Irmgard Lütticken von der Ernährungsberatung des Landes Rheinland-Pfalz, denn Kinder reagieren noch viel empfindlicher als Erwachsene. Die Großen sollten nicht mehr als zehn bis 15 Gramm Zuckerersatz zu sich nehmen, die Kleinen entsprechend weniger. Wie viel Bonbons oder Kaugummis das sind, lässt sich aber kaum sagen, da die Rezeptur leider meist nicht auf der Packung angegeben ist.

"Zuckeraustauschstoffe sind für gesunde Kinder überhaupt nicht nötig", sagt Mathilde Kersting vom Forschungsinstitut für Kinderernährung in Dortmund. Eltern sollten Zucker als Genussmittel akzeptieren: "Zehn Prozent der Kalorien einer optimierten Mischkost für Kinder dürfen aus Süßigkeiten stammen. Und: Der Süßhunger der Kinder wird durch den Ersatz nur größer."

Nicht einmal Zuckerkranken empfehlen Ärzte heute noch, auf Sorbit, Fruktose & Co. auszuweichen. Zwar wird der Zuckerersatz ohne Insulinverbrauch abgebaut. Aber Zuckeraustauschstoffe erhöhen, was sich weder Eltern noch Ernährungsexperten wünschen: den Blutfettspiegel. Das Fazit der Experten: Zuckeraustauschstoffe sind überflüssig.

*Mit freundlicher Genehmigung:
aus dem SZ Wissen vom 12.03.2008*

Der DDHV hat folgende Unterlagen zusammengetragen, die einen DH-Bachelor-Studiengang rechtfertigen.

So gibt es:

1. **Parallelen** zu einem DH-Bachelor-Studiengang der staatlichen **Hochschule für Gesundheit Bochum**. Sie hat leider keine Klinik, sonst wären wir bei unserer Anfrage dort weiter gekommen.
2. Es gibt eine **EFP (European Federation of Periodontology)**-Curriculum-Empfehlung zu einem Studiengang DH.
3. Prevalence of periodontal disease and **treatment demands** based on a German dental survey (DMS IV), Journal of Clinical Periodontology; Holtfreter, Kocher, Hoffmann, Desvarieux, Micheelis, Universität Greifswald, bestätigen zudem die dringende Notwendigkeit von viel mehr Parodontal-Therapien.
4. Die DZZ publizierte einen Bericht: Zur epidemiologischen **Einschätzung der Parodontitislast in Deutschland** – Versuch einer Bilanzierung. Michaelis, Hoffman, Holtfreter, Kocher, Schroeder.
5. Epidemiology of periodontal disease in the study of health in Pomerania (**SHIP-Studie**): Holtfreter, Schan, Biffar, Kocher; Universität Greifswald.
6. und der **Wissenschaftsrat**: hat schon vor Jahren einen Ausbau empfohlen, wobei uns das BMG lapidar sagte, dass der Wissenschaftsrat nur eine beratende Funktion hätte.
7. Bedarfsstudie DentalhygienikerIn (**Bachelor**) im **europäischen Ländervergleich**: Dr. Claudia Luciak-Donsberger, RDH, BS. Dieser Bericht erklärt die dringende Notwendigkeit, einen Bachelor zu initiieren, wenn wir nicht komplett den Anschluss an Europa verlieren wollen.

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

2011			
11.-12.11.	Jahreskongress <i>Swiss Dental Hygienists</i>	St. Gallen/Schweiz	www.dentalhygienists.ch
02.-03.12.	ipi-Praxistage 2011	München	www.ipi-muc.de
2012			
21.04.	DDHV-Fortbildungstagung 2012	München	www.ddhv.de
2013			
	19. IFDH Symposium on Dental Hygiene	Kapstadt/Südafrika	www.ifdh.org
2016			
	IFDH Symposium on Dental Hygiene	Basel/Schweiz	www.ifdh.org

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

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

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

**Wir erhalten immer wieder
diesbezügliche Anfragen!**

Dies ist die 56. Ausgabe des DDHV-Journals. Das DDHV-Journal erscheint als erste und einzige unabhängige Fachzeitschrift der DentalhygienikerInnen seit 1990 in Deutschland.

Juristische Beratung

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

Steuerbüro

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

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 HF, USA, CH

VM/Kasse Ulrike Hemmerich, Dipl. DH HF, CH

VM/Schriftführerin Lise Bacher, Dipl. DH, RSA

Kontrolllesung Heidi Wissing, Dipl. DH HF, CH

IFDH-Delegierte Margaret Schilz-Klotz, RDH, BS, USA

Journal/
Anzeigenservice DDHV, Weichselmühle 1, 93080 Pentling
(bei Regensburg)
Tel: 0941- 91 06 92 10, Fax: 0941- 99 78 59
Beatrix.Baumann@gmx.de

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

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

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

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