

DDHV-Journal 2/2012



Deutscher DentalhygienikerInnen Verband e.V.

Inmitten der Schwierigkeiten liegt die Möglichkeit.

Albert Einstein

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

letzthin ist mir beim Lesen der ZM folgendes aufgefallen: In der Zahnmedizin wird das Thema Periimplantitis immer öfter erwähnt, so auch die Konservierung des Zahnhalteapparates. Ebenfalls häufen sich die Angaben, dass für Implantate in den letzten Jahren bekanntlich schnell extrahiert wurde. Extrahieren ist bequemer, vor allem dann, wenn man für die schwierigen Parodontitisfälle keine Fachfrau in der Praxis hat, die bis zum Exzess die Tasche reinigen kann. Dazu muss sie extrem versiert sein, um das zu schaffen und möglichst wenig Konkrement in tiefen Taschen hinterlassen. Trotzdem ist bekanntlich hier niemand perfekt. Aber: Dem wirklich versierten Parodontologen hilft es ungemein, wenn die Vorbehandlung stimmig ist.

Aber keiner gibt zu, dass die Diplom DH in Deutschland fehlt, um diese Situation in den Griff zu bekommen. **Dabei wird der Ethik ausgerechnet bei den beiden o.g. Themen ein großes Maß eingeräumt!!!** Eigentlich wundern wir uns sowieso nicht mehr. Denn schon allein die Tatsache ist bemerkenswert, wie wenig über unser Berufsbild in den deutschen Medien publiziert wird. Das ist aber alles Berechnung der Bundeszahnärztekammer bzw. einzelner Zahnmediziner, die nicht mehr auf der Höhe der Zeit sind (liegt uns schriftlich vor). Die Medien selbst haben dies allerdings noch nicht verstanden.

Dabei haben andere Berufssparten längst begriffen, dass durch exquisite Schulungen bessere Delegierbarkeit möglich ist. Lesen Sie dazu mehr Angaben unter „Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe“ auf Seite 22. Denn: Qualität sichert die Zukunft der Gesundheitsversorgung, und das sollte jedem, der den Eid des Hippokrates geschworen hat (und dazu gehören bekanntlich auch alle Zahnmediziner), sehr am Herzen liegen. Dieser Hochschulverbund wurde – man mag es kaum glauben – von MedizinerInnen ins Leben gerufen, die begriffen haben, dass eine perfekte „rechte Hand“ nur von Vorteil sein kann. Zudem spricht der derzeitige Gesundheitsminister Bahr vom gleichen Thema: Delegierbarkeit in den Gesundheitsfachberufen. Mit der Umstrukturierung einhergehend, besonders in der Zahnmedizin, muss von alten Denkweisen Abschied genommen werden. Deshalb sagen wir es wieder einmal ganz laut und deutlich:

Wir fordern ein eigenes Berufsbild für die Dentalhygiene.

Mit herzlichen Grüßen gemeinsam mit dem gesamten DDHV-Team an alle KollegInnen, Fördermitglieder und die Industrie, die den DDHV schon so viele Jahre liebevoll unterstützen und auf einen Durchbruch frohen Mutes warten. Ich bin mir ganz sicher, dass die größte Anzahl von Jahren der Ablehnung hinter uns liegt!

Beate Gattermann, RDH, Dipl. DH HF

INHALT

- 2 DDHV-Fortbildungstagung 2013
- 4 Der Wissenschaftsrat der Bundesrepublik Deutschland...
- 5 DZW 25/12: Bachelor-Studiengang Dentalhygiene kommt
- 6 teamwork 2/2012:
Erhaltungstherapie ist und bleibt die „halbe Miete“
- 10 Rechtsstreit um Zahnreinigung
Zahnärztekammer bremst kleine Konkurrenz aus
- 11 Nahrungsmittel
- 12 Neue Implantat-Methode:
Feste Dritte an einem Tag
- 14 Warum in der Schweiz?
Aufarbeitung in 15 Punkten
- 15 Neues zur Abrechnung
- 16 DDHV-Fortbildungstagung 2012
- 18 Bundesweit erste staatliche Hochschule für Gesundheit gegründet
- 19 Skurriles und Abstruses
- 20 EUROPERIO 7 in Wien
- 21 Sink Your Teeth into Saving a Life
- 23 Rund um den Globus
- 28 Veranstaltungskalender
- 28 Impressum

23 Jahre DDHV

DDHV-Fortbildungstagung 2013

Deutscher DentalhygienikerInnen Verband e.V.

Programm für Samstag, 20.04.2013

Hotel Sheraton München Arabellapark
Arabellastraße 5, 81925 München

08:00 - 09:00	<i>Einschreibung / Produktinformation</i>	
09:00	Beginn der Tagung	
09:00 - 09:50	Entwicklung der Dentalhygiene in der Schweiz	Christa Haubensak, Diplom DH HF
09:50 - 10:20	<i>Produktinformation / Kaffeepause</i>	
10:20 - 11:10	Wo liegen die Grenzen der nicht-chirurgischen Parodontal-Therapie?	Deborah J. Hofer, RDH, BS, EdM, CAS
11:10 - 12:00	Eine frühe funktionelle Kieferorthopädische Therapie kann schwere Entwicklungsstörungen bei Kindern verhindern!	Dr. Dr. Alexandra Bodmann, MSc
12:00 - 13:15	<i>Produktinformation / Mittagsbuffet</i>	
13:15 - 14:00	„Ohne Zahnseide früher sterben?“ - Aktuelle Erkenntnisse zum Wechselspiel zwischen lokaler parodontaler Therapie und dem Zustand der Allgemeingesundheit	Prof. Dr. Ulrich Schlagenhauf
14:10 - 15:00	Haltungstraining für die Dentalhygienikerin	Christian Stangl, Diplom Tanzlehrer
15:00 - 15:30	Bachelor in Dentalhygiene	Dr. med. dent. Werner Birglechner
bis 16:00	<i>Produktinformation / Kaffeepause</i>	
ca. 16:00	Ende der Tagung	
16:00 - 17:15	Jahresmitgliederversammlung	Zutritt nur für DDHV-Mitglieder (nur DH)

Auf Grundlage der BZÄK werden 6 Punkte für diese Tagung vergeben.
Bitte beachten Sie die Produktpräsentationen unserer Aussteller.
- Änderungen vorbehalten -

Tagungsgebühr inkl. Kaffee und Mittagsbuffet: Teilnehmer: 280,00 Euro inkl. 19% MwSt.
Frühbucher erhalten einen Nachlass von 30,00 Euro bei Zahlungseingang bis 01.04.2013 (danach verfällt Rechtsanspruch).

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

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



Christa Haubensak, Diplom DH HF

1975 Diplom Dentalhygieneschule Zürich. 1975 - 1977 Privatpraxis. 1975 - 1993 Klinik- und Fachinstruktorin an der Dentalhygieneschule Zürich. Von 1978 - 1984 Präsidentin Fortbildungskomitee *Swiss Dental Hygienists*. 1979 Weiterbildung in spezieller Instrumentation, U.S.C., USA. 1993 Aufbau der Prophylaxe Schule Zürich Nord (PSZN). 1994 - 2004 Schulleiterin der PSZN, inklusive Unterrichtstätigkeit, u. a. Durchführung der ISO-Zertifizierung. 2001: pädagogische Kaderausbildung sowie Dentalhygienikerin des Jahres *Swiss Dental Hygienists*. Von 2004 - 2009 Vizepräsidentin *Swiss Dental Hygienists*. 2007 - 2009 Projektmitglied Rahmenlehrplan Diplom DH HF. Seit 2008 Schulpräsidentin Prophylaxe Zentrum Zürich (PZZ früher PSZN); seit 2009 Präsidentin Bildungskommission, *Swiss Dental Hygienists*.

**Deborah J. Hofer,
RDH, BS, EdM**

1976 National Dental Hygiene Board Exam, USA; Northeast Regional Board Exam – Rhode Island State Licensure. 1977 Bachelor of Science, University of Rhode Island, USA. 1976 - 1978 Privatpraxis, Rhode Island, USA. 1978 - 1980 Privatpraxis, Zürich. 1980 Massachusetts State Licensure. 1981 Master of Education, Boston University, USA. 1982 - 1986 Senior Clinic Coordinator, Forsyth School for Dental Hygienists, USA. 1984 Emergency Medical Technician Certification, Massachusetts, USA. 1986 - 2002 Privatpraxis, Zürich. 1999 Swiss Licensure (SRK). Ab 2002 Clinic, Teaching and Research, Universität Zürich; Clinic for Preventive Dentistry, Parodontology and Cariology. 2011 Studium: Advanced Graduate Studies in Periodontology, Universität Zürich. Mitglied: Swiss Dental Hygienists, Schweizerische Gesellschaft für Parodontologie, International Association of Dental Research. Zahlreiche Publikationen und Vorträge.



**Prof. Dr. med. dent.
Ulrich Schlagenhaut**

Jahrgang 1954, von 1974 - 1979 Studium der Zahnheilkunde in Tübingen. Von 1980 - 1982 Assistent an der Abteilung für Zahnerhaltung der Universität Tübingen. 1982 - 1984 Graduiertenstudium der Parodontologie sowie Forschungsaufenthalt an der University of Washington in Seattle, USA. 1984 Promotion. 1984 - 1996 Mitarbeiter der Poliklinik für Zahnerhaltung der Universität Tübingen. 1992 Habilitation und Erteilung der Lehrbefugnis an der Eberhard-Karls-Universität Tübingen. 1996 - 2000 Privatpraxis in Stuttgart, regelmäßige Lehrtätigkeit in den Fachgebieten Parodontologie und Prävention an der Poliklinik für Zahnerhaltung der Universität Tübingen. Seit 2000 Leiter der Abteilung für Parodontologie der Universität Würzburg. 2006 - 2011 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie (DGP). Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Therapie aggressiver Parodontalerkrankungen; Interferenz parodontaler Erkrankungen mit dem Status der Allgemeingesundheit.



Dr. med. dent. Werner Birglechner

Gründung der Fachhochschule für Gesundheitsberufe 2012 gemeinsam mit der Klett Gruppe; geplanter Studienbetrieb ab WS 2013/SS 2014 u. a. mit dem Studiengang „Bachelor Dentalhygiene“ in Kooperation mit der Careum Stiftung, Zürich.

Dr. Dr. Alexandra Bodmann, MSc

1996 Promotion zum Dr. med. an der Universität Wien; 2000 Facharzt Diplom für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an der Universität Wien. 2000 Promotion zum Dr. med. dent. an der Universität Wien. Seit 2000 Praxis in Schongau, Bayern. 2005 - 2006 Spezialisierung zur Kinder- und Jugendzahnheilkunde. 2006 - 2011 Privatpraxis in Ehrwald, Österreich. 2006 - 2008 Master of Science für interceptive Kieferorthopädie. Seit 2010 Referentin für Diplom Ausbildung Kieferorthopädie Österreich. Ebenfalls seit 2011 in Ausbildung zur Kinderosteopathin. Diverse nationale und internationale Vorträge mit Schwerpunkt konservative und funktionell-kieferorthopädische Therapie bei Kindern ab dem 3. Lebensjahr.



**Christian Stangl,
Diplom Tanzlehrer**

Nach dem Abitur Ausbildung zum ADTV Tanzlehrer; in dieser Zeit Wechsel vom Amateurtanzsport zum Profitanzsport. Ca. 10 Jahre professioneller Tanzsportler in der Weltspitze. Seit mehr als 26 Jahren Trainer und Coach für den Tanzleistungssport. In diesem besonders vielschichtigen Sport erwarb er sich umfassende Kenntnisse und einen enormen Erfahrungsschatz in den Bereichen Körperaufbau, Erscheinungsbild und Persönlichkeitsentwicklung. Seit einigen Jahren ist er zudem Coach für physische Präsenz. www.cronos.coaching.de



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

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

Der Wissenschaftsrat der Bundesrepublik Deutschland...

...berät die Bundesregierung. Laut unseren Recherchen ist das Bundesministerium jedoch oftmals nicht gewillt, sich diesen – sozusagen – „Forderungen“ zu beugen, sondern ignoriert hinsichtlich des Berufsbildes Dentalhygienikerin jegliche Forderungen, und dies nicht gerade zum Wohl der deutschen Patienten.

Auf seiner Internetseite finden wir folgendes:

„Die Entwicklung der Universitätsmedizin in den Bundesländern genau zu verfolgen, gehört zu den traditionellen Aufgaben des Wissenschaftsrats. Mit seiner Bestandsaufnahme und Analyse der Medizinischen Fakultäten und Universitätsklinika in Deutschland bietet er den Bundesländern, aber auch den jeweils untersuchten Einrichtungen selbst wichtige Orientierungspunkte dafür, wie sie sich im Spannungsfeld von Forschung, Lehre und Krankenversorgung effizienter ausrichten können. Wissenschaftliche Ausrichtung, Struktur, bauliche Voraussetzungen, Aufbau und Struktur der Lehre sowie Ressourcen der Universitätsmedizin sind konkreter Gegenstand der Beratung.

Ende der 1990er Jahre wurde damit begonnen, die Universitätsklinika rechtlich zu verselbstständigen und ihre Betriebsführung an privatwirtschaftlichen Unternehmen zu orientieren. Der Wissenschaftsrat beobachtet seitdem, wie sich die neuen Organisationsstrukturen und Regelungen auf die Entwicklung der universitären Angelegenheiten, insbesondere auf Forschung und Lehre, auswirken. So hat er beispielsweise wiederholt zu den Kooperationsmodellen zwischen Universitäten, ihren Medizinischen Fakultäten und den mit ihnen verbundenen Universitätsklinika Stellung genommen, aber auch die bestehenden Kooperationen der Universitätsmedizin mit Unternehmen der Privatwirtschaft untersucht und entsprechende Grundsätze für solche Partnerschaften festgelegt. Die Freiräume für Forschung und Lehre gegenüber den Ansprüchen der Krankenversorgung zu sichern, steht auch hierbei im Mittelpunkt.

Hochschulische Qualifikationen für das Gesundheitswesen

Erweiterter Ausschuss Medizin

Vorsitz: Professor Dr. Hans-Jochen Heinze

Betreuung in der Geschäftsstelle: Dr. André Lottmann

Das Gesundheitswesen in Deutschland unterliegt gegenwärtig entscheidenden Veränderungen. Allen voran führt die demografische Entwicklung mit einer zunehmend älteren Bevölkerung sowohl zu neuen Anforderungen an die gesundheitliche Versorgung als auch zu einem Wandel des personellen Leistungspotenzials im Gesundheitswesen. Das deutsche Hochschulsystem

stellen diese aktuellen und absehbaren Entwicklungen vor mindestens zwei große Herausforderungen.

Die erste große Herausforderung ist im Wesentlichen mit der Frage verbunden, welche Qualifikationen für die zukünftige gesundheitliche Versorgung in den relevanten Studiengängen vermittelt werden müssen. Dies betrifft alle akademischen Gesundheitsberufe, das heißt sowohl die ärztliche Ausbildung der Hochschulmedizin als auch die Qualifizierungswege für die nicht-ärztlichen Gesundheitsfachberufe, für die in einem zunehmenden Maß die Hochschulen die Verantwortung übernehmen (unter anderem Pflege, Therapie, Medizintechnik, Assistenzberufe). Hier gilt es Mittel und Wege aufzuzeigen, die für die unterschiedlichen Tätigkeiten in der Krankenversorgung und Gesundheitsförderung in ihrer Gesamtheit förderlich sind und zugleich aktuellen Entwicklungen des Hochschulsystems selbst (Bologna-Prozess zur Schaffung eines Europäischen Hochschulraums, Differenzierung der Hochschultypen, Reformen der relevanten Berufsordnungen etc.) Rechnung tragen.

Insofern Fragen zur Weiterentwicklung der Qualifikationen und Qualifizierungswege für das Gesundheitswesen thematisiert werden, müssen auch die Wechselwirkungen mit der Forschung reflektiert werden. Welche wissenschaftlichen Ergebnisse müssen, sollten und können Hochschulmedizin und Gesundheitswissenschaften in Zukunft zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung erbringen? Wie kann eine ausreichend forschungsbasierte Lehre und Ausbildung in der Medizin und den medizinrelevanten Bereichen gewährleistet werden?

Die zweite große Herausforderung betrifft die Bestimmung der quantitativen Faktoren dieser hochschulischen Qualifikationen. Es ist zu fragen, wie groß einerseits der Bedarf an den jeweiligen Gruppen der Gesundheitsberufe auf längere Sicht sein wird und welche Kapazitäten andererseits zur Deckung dieses Bedarfs von den Hochschulen zur Verfügung gestellt werden müssen. In diesem Kontext muss es auch Ziel sein, die immer wiederkehrende Debatte um einen Mangel an Medizinerinnen und Medizinern in Deutschland auf eine möglichst genaue empirische Grundlage zu stellen und dabei bereits prospektiv etwaige Neuorganisationen von Qualifikationen für das deutsche Gesundheitswesen zu berücksichtigen.

Der Wissenschaftsrat setzt vor diesem Hintergrund eine Arbeitsgruppe ein, um Wege zur förderlichen Weiterentwicklung der hochschulischen Qualifikationen und Qualifikationswege für das deutsche Gesundheitswesen zu eruieren und diese den beteiligten Akteuren aufzuzeigen. Die Stellungnahme soll dem Wissenschaftsrat in der ersten Jahreshälfte 2012 vorgelegt werden.“

Kommentar

Gegen den Fachkräftemangel

von Chefredakteurin Dr. Marion Marschall

Das Gesundheitswesen ist ein Jobmotor – das ist keine neue und auch keine überraschende Erkenntnis. Wirtschafts- und Gesundheitspolitiker und Heilberufler aller Art weisen darauf immer wieder gerne hin. Arbeitskräfte werden gesucht, jetzt kam schon der Vorschlag, arbeitslose frühere Schlecker-Mitarbeiterinnen umzuschulen.

Auch die zahnärztliche Standespolitik hat jüngst bei einer eigenen Studie die wichtige Rolle der Zahnarztpraxen als Arbeitgeber und Ausbilder betont. Zahnarztpraxen leisten heute zudem einen großen Beitrag zur Integration von jungen Menschen mit Migrationshintergrund, das ist eine weitere Nachricht, denn viele der Auszubildenden kommen aus Migrantenfamilien.

Bekannt ist aber auch, dass es immer schwieriger wird, qualifiziertes Personal und geeignete Auszubildende zu finden. Nicht-akademische medizinische Berufe, gerade in der Krankenpflege und in den Praxen, verlieren an Attraktivität: hohe Arbeitsbelastung, lange und ungünstige Arbeitszeiten, meist schlecht bezahlt, schlechte Aufstiegschancen. Zugleich schwindet die Zahl potenzieller Bewerber in den kommenden Jahren – es gibt schlichtweg nicht mehr so viele Kinder und Jugendliche, die dann eine Ausbildung machen wollen. Schon jetzt werben Unternehmen um die besten Kandidaten.

Wie bei vielen anderen Ausbildungsberufen häufen sich aus den Praxen die Klagen über mangelnde Kenntnisse der Bewerber, noch immer ganz überwiegend junge Mädchen und Frauen. Kamen vor 25 Jahren noch Kandidatinnen mit Realschulabschluss, Fachabitur und Abitur, haben sie heute meist einen Hauptschulabschluss.

Glaubt man dem vom Deutschen Gewerkschaftsbund erstellten Ausbildungsreport 2011, ist die Ausbildung in den Berufen Medizinische und Zahnmedizinische Fachangestellte (MFA/ZFA) aus Sicht der Auszubildenden nicht gut. In der Gesamtbewertung von 25 Ausbildungsberufen landet die ZFA auf Platz 20, noch hinter Friseurin. Bei der Ausbildung in der Praxis, den Ausbildungsinhalten, Einhalten von Ausbildungsplänen etc. landete die ZFA sogar auf Platz 24.

Die Attraktivität eines Berufs hängt von seinen Aufstiegs- und Verdienstmöglichkeiten ab, hin- zu kommt immer häufiger die Frage, ob sich Beruf und Familie vereinbaren lassen. Hier kann der Beruf der ZFA ebenfalls nicht generell punkten. Die Aufstiegswege sind lang, nicht immer ziehen die Chefs mit, finanzieren die berufsbegleitenden Curricula und honorieren die dann erreichte Qualifikation entsprechend. Und noch immer endet die Berufstätigkeit junger ZFA oft mit dem ersten Kind.

Die Praxen brauchen gut ausgebildete, fortlungswillige, engagierte Mitarbeiter für die vie-

len, immer komplexer werdenden Aufgaben in einer Zahnarztpraxis – von der Assistenz am Stuhl über die Professionelle Zahnreinigung bis zu Rezeption, Verwaltung und Abrechnung. Gerade im Bereich Parodontologie und Prävention werden in den kommenden Jahren vermehrt qualifizierte Mitarbeiter für die professionelle nicht-zahnärztliche Betreuung der Patienten nötig. Die Zahlen und Prognosen zur Prävalenz parodontologischer Erkrankungen bei älteren Menschen sind lange bekannt. International gehört heute in der Zahnmedizin die enge Einbindung einer DH in die Parodontaltherapie selbstverständlich dazu.

In vielen industrialisierten Ländern dieser Welt übernehmen diese Aufgabe Dentalhygienikerinnen und Dentalhygieniker, die eine akademische Ausbildung durchlaufen haben zum Bachelor DH. Das ist in der deutschen Standespolitik in weiten Teilen noch immer eine No-Go-Area, alle Vorstöße in diese Richtung werden heftig bekämpft. So wie zuletzt in Münster.

Das Argument, die deutsche duale Ausbildung der ZFA und die Aufstiegsfortbildung bis zur DH zeichne sich vor allem durch den hohen Praxisanteil aus, den akademische Hochschulausbildungen nun mal nicht böten, lässt sich durch die entsprechende Gestaltung der Studiengänge entkräften. Fakt ist, der Bedarf an DHs wird steigen, gute Kräfte sind schon heute knapp und unworben. Der vergleichsweise lange Weg über die Aufstiegsfortbildung verhindert raschen Zuwachs, zumal der dann erreichte Abschluss trotz aller Qualifikation international nicht vergleichbar zählt.

Wenn auch in Zukunft ausreichend und ausreichend gut qualifiziertes Personal in den Praxen zur Verfügung stehen soll, müssen zum einen die Praxen selbst aktiv werden und auf Personalführung, Entwicklung, Aus- und Fortbildung mehr Wert legen. Angesichts des allgemeinen Fachkräftemangels wird es sich in Zukunft kein Unternehmen mehr leisten können, qualifizierte Mitarbeiterinnen wegen deren Familiengründung auf Dauer zu verlieren.

Zum anderen ist die Abwehrhaltung gegen einen Bachelor DH überholt. Nicht nur in Köln, auch andernorts werden entsprechende Studiengänge entwickelt und über kurz oder lang auch zur Akkreditierung geführt werden. Deren Ziel ist es aber nicht, selbstständige DH als Konkurrenz zur Zahnarztpraxis heranzuziehen oder die Delegationspraxis auszuhebeln. Die ganz überwiegende Mehrheit der DH sieht ihre Tätigkeit in einer oder in enger Anbindung an eine Zahnarztpraxis.

Ein international vergleichbarer Abschluss einer akademischen Ausbildung, der sowohl direkt als auch über eine vorgeschaltete Berufsausbildung erreichbar ist, erhöht auf jeden Fall die Attraktivität einer nicht-zahnärztlichen Tätigkeit in der Zahnarztpraxis – auch für angehende ZFA.

Bachelor-Studiengang Dentalhygiene kommt

Direkt mit Hochschulzugangsberechtigung oder berufsbegleitend für ZFA mit dreijähriger Berufserfahrung

Zum Wintersemester 2013 soll es in Köln nach erfolgreichem Akkreditierungsverfahren zur staatlichen Anerkennung die Möglichkeit geben, einen Studiengang Bachelor Dentalhygiene zu belegen, der in zwei Varianten angeboten werden soll: berufsbegleitend für berufstätige Zahnmedizinische Fachangestellte (ZFA) oder ausbildungsintegrierend für Schulabgänger mit Hochschulzugangsberechtigung (Abitur/Fachabitur).

Zeit bis zum Abschluss drastisch verkürzt

Der Studiengang soll an der PraxisHochschule für Gesundheitsberufe in Gründung (i. G.) aufgebaut werden, Anbieter ist das Fortbildungsunternehmen PraxisDienste (Heidelberg), das bereits seit vielen Jahren unter anderem Aufstiegsfortbildungen für ZFA anbietet. Dazu hat das Unternehmen jetzt eine weitreichende, grenzüberschreitende Kooperation mit der Careum Stiftung, Zürich, vereinbart. Die Stiftung und ihr Bildungszentrum sind einer der wichtigsten Ausbilder in der Schweiz zur Dentalhygienikerin/zum Dentalhygieniker (DH) und genießen auch internationale Anerkennung.

„Nicht nur das Curriculum der Careum Stiftung, das bereits am Careum Bildungszentrum erfolgreich umgesetzt wird, setzt Maßstäbe und gilt vielen Experten für Prävention und Parodontologie als Referenz für eine praxisorientierte, hochwertige Ausbildung zur Dentalhygienikerin/zum Dentalhygieniker, auch der methodisch-didaktische Ansatz des problem-basierten Lernens ist hochprofessionell“, heißt es dazu in der Presseinformation des Unternehmens. Das Curriculum, das auf das Prinzip problem-basiertes Lernen setzt und dies in einem modernen pädagogischen Konzept umsetzt, soll dafür für die deutschen Verhältnisse modifiziert werden. Es sei international geschätzt und anerkannt, heißt es, und biete eine Mischung aus Theorie, gestütztem Selbstlernen und dem sogenannten Skills-Training am Phantomkopf und am Patienten.

Widerstand aus Berufspolitik und Verbänden

„Das Niveau des Studiums ist deutlich über den bislang angebotenen nicht-akademischen Fort-

bildungen angesiedelt und vermittelt den Absolventinnen die fachlichen Grundlagen der gesamten nicht-chirurgischen Parodontaltherapie – auch bei schwierigen Fällen. Bachelor-Dentalhygienikerinnen sind perfekt vorbereitet, eine Leitungsfunktion der Prophylaxeabteilung zu übernehmen und den Zahnarzt bei der Parodontaltherapie maßgeblich zu entlasten“, heißt es in der Ankündigung.

In Deutschland ist eine Qualifikation zur DH bislang nur über Aufstiegsfortbildungen nach abgeschlossener dualer Berufsausbildung zur ZFA möglich. Die angebotenen Curricula unter anderem in Münster und Stuttgart er-

reichen Projekten beteiligen dürfen. Anlass waren Bestrebungen, in Münster – passend zur dortigen Weiterbildung zum Fachzahnarzt für Parodontologie – auch einen Bachelor DH anzubieten. Die Körperschaften hatten sich in der Vergangenheit immer wieder gegen die Akademisierung der Heilhilfsberufe ausgesprochen. Befürchtet wird, dass die akademisch ausgebildete DH selbstständig tätig werden und in Konkurrenz zur Zahnarztpraxis treten könnte.

Dem widerspricht der Geschäftsführer der PraxisDienste GmbH, Dr. Werner Birglechner. „Dentalhygienikerinnen sind fast nirgendwo auf der Welt in nennenswerter Zahl ganz selbststän-



Initiative proDente e. V.

freuen sich in der Regel hoher Nachfrage. Eine daran interessierte ZFA braucht aber bis zu zehn Jahre bis zum Abschluss.

International setzt man inzwischen überwiegend auf eine schulische/akademische Ausbildung mit einem Bachelor-Abschluss, der den sogenannten Bologna-Kriterien genügt (Niederlande, Schweden). Dieser ist in zwei bis drei Jahren (je nach Anrechnung von Berufserfahrung/Vorqualifikation) zu erreichen. Auch der deutsche Bachelor soll in diesem Zeitrahmen bleiben. In der Schweiz ist die Ausbildung zur/zum Diplom-DH derzeit auf der Höhe der Höheren Fachschule angesiedelt.

Versuche, in Deutschland Bachelor-Studiengänge DH zu etablieren, sind in den vergangenen Jahren immer wieder am Widerstand vor allem aus der Berufspolitik und aus Verbänden gescheitert. Die Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer hatte erst im November 2011 einen Beschluss gefasst, nach dem sich Zahnärztekammern nicht an sol-

gleich tätig, die Zahl der Selbstständigen liegt meist unter 2 Prozent“, so Birglechner gegenüber der DZW. Am Delegationsprinzip, wie es in Deutschland üblich sei, wolle man nichts ändern. Die Nachfrage nach Fachkräften sei hoch und die Verdienstmöglichkeiten seien durchaus attraktiv. Für die praktische Ausbildung im Rahmen des Studiengangs werden derzeit auch Ausbildungspraxen mit dem Schwerpunkt Parodontologie/Prävention gesucht.

Fachkraft mit attraktivem Verdienst

Noch in dieser Woche wird es im Bildungsministerium Nordrhein-Westfalen ein Spitzengespräch auch unter Beteiligung der Zahnärztekammern und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe zum Thema geben. Er warte, dass schon recht bald andere Anbieter ebenfalls Bachelor-Studiengänge DH in Deutschland einrichten werden, so Birglechner. ■

Mit freundlicher Genehmigung: DZW, Bonn, www.dzw.de

Kommentar des DDHV zu Bild rechts:

Leider wird heute immer noch dieses viel zu voluminöse Prophylaxe-Winkelstück-System propagiert, wobei die bessere Ausführung keinen Cent mehr kostet, jedoch viel wangen- und dadurch patientenfreundlicher ist (Schraubsystem).

Erhaltungstherapie ist und bleibt die „halbe Miete“

Überlegungen zur momentanen Situation



Ein Beitrag von Dr. Norbert Salenbauch, Göppingen, und Bernita Bush, Bern

Eine erfolgreiche zahnmedizinische Behandlung bedingt ein individuelles Betreuungskonzept. Zahlreiche wissenschaftliche Studien befassen sich seit Jahrzehnten mit dem Thema. Doch wo steht die Langzeitbetreuung der Patienten im praktischen Arbeitsalltag einer Zahnarztpraxis? Die Autoren blicken kritisch auf die derzeitige Situation und geben Anlass zum Nachdenken.

Indizes: Berufsbild/Marketing, Dentalhygiene, Erhaltungstherapie

Bei all dem, was wir in der Zahnheilkunde für unsere Patienten heute leisten können, wird unserer Ansicht nach das Thema Erhaltungstherapie zu wenig konsequent und ernsthaft betrieben. Dabei gibt es in fast keinem Bereich unseres Fachgebietes eine so lang dokumentierte, wissenschaftlich klare Evidenz. Erklärungsversuche für diesen Missstand fokussieren meist auf der unzureichenden Ausbildung der Zahnärzte auf dem Gebiet der Parodontologie sowie einem Mangel an Fachpersonal, welches kompetent in der Lage wäre, diese Routinearbeit kontinuierlich zu übernehmen. Unserer Ansicht nach ist jedoch die Ausbildung der Zahnärzte in ihrem Gesamtdenken nach wie vor zu reparativ orientiert.

Es ist ein gravierender Missstand, wenn zum Beispiel für die kieferorthopädische Ausbildung der Zahnärzte deutlich mehr Zeit zur Verfügung steht, wie für das Fach Parodontologie – obwohl eine etablierte Ausbildung zum „Facharzt für Kieferorthopädie“ postdoktorat existiert. Doch scheinbar betrachten selbst parodontologisch orientierte Praktiker diese Situation nicht als problematisch, sonst müsste von Seiten der Standespolitik lautstark eine Behebung dieses Notstandes eingefordert werden. Selbst die deutsche Fachgesellschaft für Parodontologie (DGP) hat bislang leider wenig zur Thematisierung dieser Problematik beige-

tragen. Die einzige offizielle Aktivität diesbezüglich führte 1988 zu einer vom Vorstand beauftragten Arbeitsgruppe, mit dem Ziel die Einführung einer Dentalhygienikerin-Ausbildung (DH) und des Berufsbildes der DH in Deutschland voranzutreiben sowie zum so genannten Deutsch-Gutachten. Dieses sollte die Delegation „zahnärztlicher Aufgaben mit besonderer Berücksichtigung parodontal erkrankter Patienten“ regeln. Beide Aktionen führten jedoch zu keiner verbindlichen Veränderung der Situation. Die seit 1993 in Stuttgart angebotene Ausbildung zur DH war ein Pilotprojekt und wurde in anderen Städten (zum Beispiel Berlin, Hamburg, Herne, Münster, München et cetera) kammer-spezifisch und individuell – ohne staatliche Kontrollaufsicht – als berufsbegleitende Fortbildung für die Zahnmedizinische Fachhelferin (ZMF) eingeführt. Damit wurde ein Weg eingeschlagen, der zwar eine mit anderen Ländern vielleicht noch vergleichbare theoretische Ausbildung darstellt, jedoch keine kontrollierte Ausbildung in der praktischen Therapie (einschließlich fortgeschrittener erkrankter Patienten) ermöglicht. Dieser wichtige Part wird ohne eine fundierte klinische Anleitung für die Studierenden an niedergelassenen Zahnärzte delegiert. Das ist weit entfernt von einem praktischen Training mit einem erfahrenen DH-Instruktor an einem Lehrinstitut mit staatlichem Auftrag.

Man muss sich insbesondere darüber im Klaren sein, dass die Ergebnisse zur wissenschaftlichen Evidenz erfolgreicher Erhaltungstherapie, die wir alle als Grundlage der präventiven Aktivitäten für unsere Patienten mit Selbstverständlichkeit annehmen, nicht etwa von Dentalhygienikerinnen nach deutschem Ausbildungsmuster erbarcht wurden, sondern von DH's aus den Ländern, in denen diese Studien seit Jahrzehnten Geschichte gemacht haben (zum Beispiel USA, skandinavische Länder, Schweiz), dass heißt von qualifizierten, diplomierten Dentalhygienikerinnen. Deren internationaler Dachverband, die IFDH (International Federation

CONTINUING DENTAL EDUCATION

of Dental Hygienists), erlässt und überwacht nach präzisieren, auf jahrzehntelanger Erfahrung basierender Vorgaben die Ausbildung einer Dentalhygienikerin mit Diplom beziehungsweise Bachelorat. Eine Dentalhygienikerin mit deutscher Prüfung findet folgerichtig in diesen Ländern keine Anerkennung und erhält auch keine Arbeitsgenehmigung. Es ist also nicht verwunderlich, dass die vierte Deutsche Gesundheitsstudie aus dem Jahr 2006 zeigt, dass Parodontalerkrankungen seit 1997 eher zugenommen haben [1]. Es ist auch nicht verwunderlich, wenn seit Ende der 90er Jahre immer mehr Neupatienten in unserer Praxis – nachdem sie über die Krankheitsursache ihrer Mundhöhle und der daraus resultierenden häuslichen Hygiene und der notwendigen professionellen Hilfestellung aufgeklärt wurden – die Aussage treffen: „Und das sagen Sie mir jetzt, nachdem ich jahrelang regelmäßig zur Prophylaxe gegangen bin.“ Was immer sie dort für ihr Geld erhalten haben mögen, es war sicher keine Erhaltungstherapie.

Neben den etablierten Ausbildungsinstituten zur berufsbegleitenden Ausbildung zur Dentalhygienikerin existieren unzählige Fortbildungsvarianten für die zahnärztliche Assistenz. Es gibt diverse Schnellkurse der Zahnärztekammern, die alle das Thema „Dentalhygiene“ behandeln und je nach Bundesland und Fortbildungsinstitution variieren. In harten Zahlen heißt dies: In Deutschland haben wir momentan zirka 430 Dentalhygienikerinnen für 82 Millionen Einwohner. In der Schweiz sind es zirka 2000 für 8 Millionen Einwohner; um schweizer Verhältnisse zu bekommen, bräuchten wir 20 500 Dentalhygienikerinnen in Deutschland. Die Mitglieder der Deutschen Vereinigung diplomierter Dentalhygienikerinnen haben eine diplomierte Ausbildung – zum Beispiel in der Schweiz – absolviert. Bedauerlicherweise hat sich die Vereinigung unnötig „ins Abseits gestellt“, indem sie die Selbstständigkeit der DH befürwortet. Mit diesem Aspekt wurden die Gegner einer verschulten Ausbildung zur diplomierten DH mit guten Argumenten versorgt. Bereits die Pioniere der Schweizer Dentalhygieniker, *Prof. Mühlemann* und *Prof. Saxer*, haben in einer Schrift zum Thema Motivation und Aufklärung aus dem Jahr 1974 betont [2]: „Ohne die Unterstützung des Zahnarztes wird es keiner Hilfskraft, auch nicht der Dentalhygienikerin möglich sein, Patienten in der Praxis zu motivieren.“ Doch auch in der Schweiz hat die Anstellung der ersten Dentalhygienikerin (der Amerikanerin *Barbara Benson*, 1961) am zahnärztlichen Institut Zürich zu großem Widerstand seitens der Zahnärzteschaft geführt. Daraus lässt sich folgern, wo die eigentlichen Probleme bei der Einführung der DH nach internationalen Vorgaben hierzulande liegen. Bei den Zahnärzten selbst!

Welche Hintergründe spielen eine Rolle?

1. Unzureichende Selbsterfahrung von Zahnärzten und Betreuungspersonal: Wie viele Zahnärzte betreiben selbst – in ihrem eigenen Mund – eine perfekte häusliche Zahnhygiene? Wie viele werden dies mit dem klaren Bewusstsein tun, dass die Fehler, die sie dabei machen, nur bei einem regelmäßigen Recall von einer Dentalhygienikerin korrigiert werden können? Wie viele von Ihnen werden Zahn-Hygienetechnik so gut beherrschen, dass sie ihren Patienten, beziehungsweise dem Betreuungspersonal jederzeit kompetente praktische Demonstration erteilen können?
2. Ohne diese Erfahrung und Einstellung tritt automatisch der wirtschaftliche Aspekt in den Vordergrund, der zu Zeiten unserer zahnärztlichen Ausbildung von höchster Stelle noch so formuliert wurde: „Meine Damen und Herrn, Sie sägen den Ast ab, auf dem Sie sitzen“. Eine Einstellung aus dem vergangenen Jahrhundert, die bei vielen Zahnärzten noch immer, auch wenn es nicht direkt ausgesprochen wird, offensichtlich so gedacht wird. Schließlich wird eine Leistung von einer „teuer“ bezahlten Angestellten oder womöglich einer unabhängigen Mitarbeiterin erbracht, die man auch selbst und zum eigenen Nutzen erbringen könnte.
3. Die kompetente Person, die einen kritischen und tabufreien Einblick in die Qualität der zahnärztlichen Tätigkeit haben muss und so zum Beispiel einen abstehenden Kronen- oder Füllungsrand, fachlich richtig monieren kann.
4. Die Möglichkeit einer kostengünstigen und profitablen „Zahnkosmetik“ von einer wenig kompetenten zahnärztlichen Assistentin. Ohne eine Dokumentation von Pathologien befreit sie mit Ultraschall und Pulverstrahl die Zähne von unangenehmen Reminiszenzen und stellt somit die Patienten vordergründig zufrieden.
5. Die verbreitete Ansicht, dass in Deutschland kein Bedarf an der Tätigkeit einer diplomierten DH besteht, da sie zu überqualifiziert sei.

Rufen wir uns nochmals ins Gedächtnis: Laut der vierten Mundgesundheitsstudie in Deutschland hat sich in Deutschland die Zahl der parodontalerkrankten Patienten deutlich erhöht: CPITN Grad 4 (schwere PA-Erkrankung) vom Jahr 1997 bis 2006 bei den 33- bis 44-jährigen von 14 Prozent auf 20 Prozent und bei 65- bis 74-jährigen von 24 Prozent auf 39 Prozent [1]. Zu den schwierig zu betreuenden parodontalerkrankten Zähnen summieren sich jetzt noch die noch schwieriger zu behandelnden Implantate. Diese Tatsache macht die zuvor genannten Argumente und Beweggründe absurd. Doch wer übernimmt die Verantwortung für die wirkungsvolle Betreuung dieser Patienten?

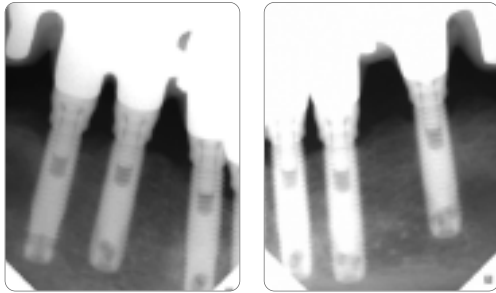


Abb. 1 und 2 Die Situation im Jahr 2008: An den 1994 installierten Implantaten ist noch kein Knochenverlust erkennbar

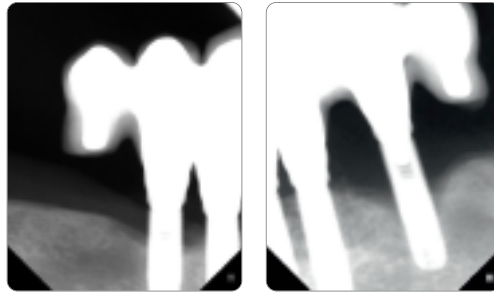


Abb. 3 und 4 Die Situation im Jahr 2010: Starker Knocheneinbruch. Der Vergleich des Röntgenbildes zur klinischen Situation zeigt, ...



Abb. 5 und 6 ... dass ein Röntgenbild das Ausmaß der Periimplantitis meist nicht vollständig darstellt und die Situation unterschätzt werden kann. Der Patient hatte starke mukogingivale Probleme in den Regionen 45 und 35



Abb. 7 und 8 Periimplantitistherapie rechts und links. Nach der Defektreinigung und -desinfektion wurden freie Schleimhauttransplantate eingebracht

Patientenbeispiel

Wie schwierig es ist, Implantate und ihre umgebenden Hart- und vor allem Weichgewebe in der Erhaltungstherapie zu beurteilen und zu betreuen, sollen die Abbildungen von einem Recall-Patienten zeigen, der an den endständigen Implantaten seiner klassischen Branemark Versorgung zwischen dem Jahr 14 und 16 nach Implantation die erkennbaren Periimplantitis-Probleme vermutlich aufgrund einer insuffizienten Weichteilsituation entwickelte. Der Patient, der im Gegenkiefer eine Totalprothese trägt war seit 1993 in regelmäßigem 3- bis 4-monatigem Recall, und zeigte auf seinem Befundblatt eine gute häusliche Hygiene mit Zahnbürste und Interdentalhygiene mit Dentotape und Durchfädler. Der Patient hatte in der Zeit zwischen 2008 und 2010 keine allgemeingesundheitlichen Probleme.

Es ist bekannt, dass nicht nur Plaque sondern auch Probleme in der Weichgewebesperipherie von Implantaten zu Infektionen und/oder zu Knochenverlust führen können. Dies wird aber nur durch eine kompetente Betreuung rechtzeitig diagnostiziert. Bleibt eine derartige Situation unerkannt, kann es zum Misserfolg oder gar zum Verlust des Implantates kommen. Wir wissen seit Mitte des vergangenen Jahrzehnts, dass es im Zeitalter von „Periodontal Medizin“ in der Erhaltungstherapie nicht nur um die Vermeidung von einem Zahn- oder Implantatverlust geht, sondern darum, was die Entzündungschemie aus oralen chronischen Prozessen – von der einfachen Gingivitis bis zu mit Pus gefüllten parodontalen oder periimplantären Defekten – im Körper der Patienten Schäden anrichten kann.

CONTINUING DENTAL EDUCATION

Fazit

Nur theoretisch, psychologisch und klinisch hoch trainierte Mitarbeiterinnen werden sich in der Erhaltungstherapie in Zukunft dieser Aufgabe stellen können – immer in enger Zusammenarbeit mit Zahnärzten und, nicht zu vergessen, den Zahntechnikern, wenn es um die Reinigbarkeit prothetischer Restaurationen geht. Die erfolgreiche Erhaltungstherapie hat ein perfektes Team zur Grundlage, das weiß, worauf es ankommt:

1. **Qualität** der häuslichen Mundhygiene
2. **Qualität** der professionellen Betreuung
3. **Qualität** der Supervision durch den Zahnarzt.

Und wenn Sie uns fragen: Was soll ich morgen zuerst ändern?

1. Beginnen Sie bei sich selbst: Sorgen Sie alle 24 Stunden für eine einwandfreie Mundhygiene, die alle Zahnzwischenräume und Sulci erfasst.
2. Vereinbaren Sie für sich bei Ihrer Hygienikerin einen Termin von gut einer Stunde. Sie muss in der Lage sein, eine BOP-Befunderhebung an allen Parodontien vornehmen zu können, und Ihnen am Spiegel alle noch blutenden Stellen und Sondierungstiefen über vier Millimeter zeigen. Sie sollte eine professionelle Reinigung Ihrer Zähne vornehmen können. Vor Abschluss der Behandlung zeigen Sie ihr an den blutenden Befundstellen, wie Sie mit Zahnseide (Dentotape) oder Interdentälbürstchen (eventuell Zahnbürste) dort reinigen. Lassen Sie sich gegebenenfalls von ihr

korrigieren. Sie beherzigen dies alles in der Folgezeit und steigen erst in ein normales Recall mit definiertem Intervall ein, wenn praktisch alle Blutungsstellen verschwunden sind.

3. Sie führen Ihre neuen Patienten selbst in dieses Präventionssystem ein und vergessen nicht zu erwähnen, dass nicht nur Patienten für eine gesunde Mundhöhle diese umfangreiche Hilfestellung benötigen, sondern auch Sie selbst und dass Sie dies seit vielen Jahren mit Erfolg regelmäßig in Anspruch nehmen.

Wir versprechen Ihnen, Sie werden eine Ihrer Schwachstellen nach der anderen aufdecken, und womöglich am Schluss eine gut geschulte DH einstellen oder eine Ihrer besten Mitarbeiterinnen bis dorthin selbst ausbilden oder ausbilden lassen, wozu immer Sie sich entscheiden. So weit unsere Überlegungen.

Auf die Dauer, so muss man schlussfolgern, benötigen wir angesichts der bestehenden und der zu erwartenden Probleme – insbesondere von Seiten der Implantologie – in Deutschland die Dentalhygienikerin als Bachelor-Ausbildung sowie ein entsprechend umfassendes, attraktives Berufsbildmarketing, um genügend Interessenten für eine solche Ausbildung gewinnen zu können. ■

Sollten Sie sich informieren wollen, wie Zahnseide perfekt eingesetzt wird, dann besuchen Sie uns unter www.wolfstrasse.com.

Literaturnachweis

- [1] Micheelis W, Schiffer U. Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV). Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ Materialreihe Band 31). Deutscher Ärzteverlag, Köln (2006)
- [2] Separatdruck aus: Schweiz. Mschr. Zahnheilk. 85, 905; 1975

Korrespondenzadresse

Dr. Norbert Salenbauch
Wolfstraße 9
73033 Göppingen
www.wolfstrasse.com

Über die Autoren

Norbert Salenbauch studierte und promovierte von 1971 bis 1976 in Tübingen und anschließend in Ann Arbor Michigan/USA. Dort entwickelte er seine fachlichen Schwerpunkte Parodontologie und restaurative Zahnheilkunde. Seit 1980 betreibt er eine Gemeinschaftspraxis in Göppingen. Parallel dazu war er bis 1994 Lehrbeauftragter an der Universität Tübingen im Fach Prothetik, Parodontologie und Okklusionslehre. Dr. Salenbauch ist Autor diverser Veröffentlichungen sowie Referent bei Vorträgen und Kursen, vor allem für die Bereiche der präventiven Patientenbetreuung und Implantologie. Seit September 2000 ist er anerkannter Spezialist für Parodontologie der DGP und seit 2009 Referent für die Masterausbildung der DGP. 2010 gründete er eine neue Gemeinschaftspraxis mit zwei jungen Kollegen.



Bernita Bush Gissler absolvierte eine Ausbildung zur Dentalhygienikerin an der University of Cincinnati, Ohio USA, wo sie den Associates Degree in Dental Hygiene erlangte. Darauf folgten die Tätigkeit in einer Privatpraxis und als Ausbildungsleiterin im Dental Assistant Program, Minnesota Institute of Medical and Dental Assistants. Parallel dazu absolvierte sie den Bachelor of Science Degree in Dental Hygiene, Education major, an der University of Minnesota/USA. 1980 zog sie in die Schweiz. 1983 wurde sie zur Instruktoren und zur Bereichsverantwortlichen im Klinikbetrieb der Dentalhygieneschule Bern ernannt und später zur Chefinstruktoren befördert. Seit 1993 ist sie Dentalhygienikerin an der Klinik für Parodontologie der Universität Bern und verantwortliche Dentalhygienikerin für den Paro-Propädeutikkurs. Sie ist Referentin auf Kongressen sowie Fortbildungsveranstaltungen und Autorin zahlreicher Veröffentlichungen. Bernita Bush Gissler ist Aktivmitglied des Swiss Dental Hygienist Verbandes, des Deutschen DentalhygienikerInnen Verbandes (DDHV), Gastmitglied der SSP (Swiss Society for Periodontology) und Mitglied der DGP (Deutscher Gesellschaft für Parodontologie).

Mit freundlicher Genehmigung: teamwork media GmbH, Fuchstal, www.teamwork-media.de

Kommentar DDHV:

Vielen Dank, Dr. Salenbauch und Bernita Bush, dass Sie sich dieses Themas angenommen haben. Kleine Korrekturen: Die Angaben zur „Ausbildung“ in Deutschland müssten Fortbildung heißen (4 Mal). Und: Der DDHV äußert sich bezüglich der selbstständigen Tätigkeit bzw. auch freien Mitarbeit nur in der Hinsicht, dass wir existente Fakten publizieren. Der DDHV hat bislang keine Abstimmung bezüglich eigener Praxen in Deutschland vorliegen.

Rechtsstreit um Zahnreinigung Zahnärztekammer bremst kleine Konkurrenz aus

02.03.2012 · Die Betreiberin eines Dentalstudios in Frankfurt muss ihr Geschäftsmodell überdenken. Nach erfolgreicher Klage der Landeszahnärztekammer darf sie Zahnreinigung und Bleaching nicht mehr alleine ausüben.

von Petra Kirchhoff

Erschienen in der FAZ am 28. März 2012

Vor sechseinhalb Jahren hat Manuela Knappmann ihr Studio im Frankfurter Nordend eröffnet. Smiling-Point heißt der Anlaufpunkt für alle, die sich hier von der Zahnmedizinischen Fachassistentin die Zähne aufhellen, reinigen und polieren lassen. Doch das Lachen ist Knappmann, die seit mehr als 30 Jahren im Beruf steht und aus wirtschaftlichen Gründen, wie sie sagt, parallel noch in zwei Zahnarztpraxen arbeitet, vergangen.

Das Oberlandesgericht hat in dieser Woche einer Klage der Landeszahnärztekammer stattgegeben, wonach Knappmann die Zahnreinigung mittels Wasserpulverstrahlgerät (Air-Flow-Verfahren) sowie das Bleichen von Zähnen mit Bleachingprodukten, die mehr als sechs Prozent Wasserstoffperoxid enthalten, nicht mehr selbstständig auf eigene Rechnung in ihrem Zahnkosmetikstudio ausführen darf.

„Deckmäntelchen der Kosmetik“

Das Urteil könnte Signalwirkung für die gesamte Branche haben. Nicht nur in Hessen, sondern auch in anderen Bundesländern stehen die Ambitionen von Zahnärzthelferinnen mit Fortbildung unter scharfer Beobachtung der Landeszahnärztekammern. Sie wollen nicht, dass die Zahnärzthelferinnen „unter dem Deckmäntelchen der Kosmetik“, wie es in den Kammern heißt, solche Arbeiten ausüben, die nach Auffassung der Standesorganisation nur unter Aufsicht eines Zahnarztes erledigt werden dürfen. Argumentiert wird mit dem Verbraucherschutz. Stoffe und Behandlungsmethoden seien gefährlich, eine Aufsicht sei durch einen Arzt daher unbedingt erforderlich.

So argumentierte die Landeszahnärztekammer Hessen, die 4.300 Ärzte vertritt, auch im Fall Knappmann. Bereits im Jahr 2010 hatte die Kammer auf Unterlassung geklagt, mit der Begründung, die Behandlung mit Wasserpulverstrahl und Wasserstoffperoxid falle unter das Zahnheilkunde-Gesetz. Danach dürfen solche Arbeiten nur von einem Arzt delegiert werden. Unter anderem ging es auch um den Vorwurf, Knappmann biete „professionelle Zahnreinigung“ an, also auch die Beseitigung von tiefer liegenden Belägen.

Das Landgericht Frankfurt teilte diese gesundheitlichen Bedenken damals jedoch nicht und lehnte die Klage ab. Es vertrat die Auffassung, die Smiling-Point-Betreiberin behandle keine Zahnerkrankungen und übe auch keine Zahnheilkunde aus, daher auch keine „professionelle Zahnreinigung“. Aufgrund ihrer Ausbildung sei sie

in der Lage, Risikogruppen zu erkennen und in Folge nicht zu behandeln. Zudem würden Kunden über das Leistungsangebot und die Qualifikation nicht getäuscht.

„Besser vor Verwaltungsgericht“

Die Landeszahnärztekammer ging daraufhin in Berufung. Seit Donnerstag steht nun fest, dass Knappmann ihr Kosmetikgeschäft nicht so wie bisher weiterführen kann. Die nähere Begründung des Urteils (Aktenzeichen: 6 U 264/10), für das keine Revision zum Bundesgerichtshof zugelassen wurde, steht allerdings noch aus. „Wir werden prüfen müssen, was die Anforderungen sind und was tatsächlich erlaubt ist“, sagte Knappmanns Rechtsanwalt Klaus-Peter Larisch. Für Marc Sieper, Rechtsanwalt der Klägerseite, steht hingegen nach der Entscheidung fest: „Entweder Frau Knappmann reduziert ihr Dienstleistungsangebot oder sie holt sich einen Zahnarzt dazu.“

Der Vorsitzende Richter Roland Vorbusch hatte in der Verhandlung deutlich gemacht, dass es nicht einfach sei, zwischen den medizinisch-gesundheitlichen Belangen und dem Recht auf Berufsfreiheit abzuwägen. Mehrheitlich gehe es um Themen, die die Aufsichtsbehörden angingen. „Die Sache gehört eigentlich vor ein Verwaltungsgericht.“

Grundsatzentscheidung gewollt

Knappmanns Anwalt brachte einen Münchner Fall ins Spiel, bei dem sich beide Parteien darauf geeinigt hätten, für die Behandlung im Dentalstudio eine vorherige Begutachtung durch einen Zahnarzt vorzuschreiben. Der Richter zweifelte an, ob Knappmanns Geschäftsmodell betriebswirtschaftlich dann noch tragbar wäre. Für Zahnärzte seien Zahnreinigung und Bleichen eine willkommene Möglichkeit, Geld zu verdienen. „Wenn einer erst einmal beim Zahnarzt ist, lässt der ihn so schnell nicht mehr weg.“

Vorbusch, der anzweifelte, dass die Zahnreinigung beim Zahnarzt immer unter dessen Aufsicht erfolge („wie man so aus der Praxis hört, ist das nicht üblich“), hätte offenbar gerne einen Vergleich erwirkt. Darauf ließ sich die Landeszahnärztekammer allerdings nicht ein. Bei dem Modell der Behandlung mit vorheriger Begutachtung, wie es Knappmanns Anwalt ins Spiel gebracht hatte, stelle sich die Frage, wie dies verwirklicht und kontrolliert werde, meinten die Kläger. „Wir wollen es grundsätzlich entschieden haben.“

Viertelmillion investiert

Manuela Knappmann erreichte das Urteil am Donnerstagnachmittag auf dem Weg nach Bad Neustadt, wo sie an einer Fortbildung zur Dentalhygienikerin teilnahm. In anderen europäischen Ländern sei das ein anerkannter Beruf, sagte sie. Deutschland sei das einzige Land in der EU, in der ihrer Branche das Leben so schwer gemacht werde.

Die Summe, die Knappmann in den vergangenen Jahren in Aus- und Umbau der Räume und in die Anschaffung von Geräten gesteckt hat, beziffert sie mit 250.000 Euro. Die Zusatzausbildung zur Zahnmedizinischen Fachassistentin habe sie seinerzeit 11.000 bis 12.000 Mark gekostet. Jetzt kommen noch knapp 12.000 Euro an Gerichtskosten hinzu.

Kommentar des DDHV:

Der DDHV riet Frau Knappmann von diesem Vorstoß dringend wegen fehlendem Diplom mehrfach ab.

Nahrungsmittel

- steuern unsere Launen und unsere Reaktionen
- steuern unsere Belastbarkeit
- steuern das Erscheinungsbild unserer Hautoberfläche
- steuern unsere Erkrankungen
- sind für uns wie das Benzin für das Auto

Sie steuern total unser Wohlbefinden.

Und da fragen wir uns, warum sich so viele grauenvolle Nahrungsmittel überhaupt auf dem Markt halten können! Bewusstes Handeln setzt bewusstes Denken voraus.

Das Gleiche gilt für Medikamente, die uns die Industrie mittels gesteuerter Informationen über die Medien aufs Auge drücken will. Der Platz für diese Informationen in den Medien ist meistens von der Industrie gekauft. Uns scheint, dass wir alle für dumm verkauft werden sollen. Deshalb ist es sehr erfreulich, dass heute über viele dieser Themen in aufwändigen und exzellenten Fernsehsendungen informiert wird und: dass sich mittlerweile viele Menschen dagegen engagieren wie beispielsweise foodwatch. Schlimm ist der unglaubliche Energieverbrauch, der eingesetzt werden muss, um gegen die ausschließlich finanziellen Interessen der großen Lobby angehen zu können. Es wird so vieles ohne Rücksicht auf Nachhaltigkeit auf unserem Planeten entwickelt. Wir fragen uns: Wenn jeder einzelne etwas dagegen tun würde, könnten negative Dinge weniger leicht ihren Weg finden – oder?

Was hilft uns somit ein neuer Planet, wenn wir nicht einmal auf diesen aufpassen können? All das Geld, das für Forschungen in dieser Beziehung verwendet wird, könnte hier auf der Erde sinnvoller angelegt werden. Dies gelingt nur dann, wenn nicht das Geldscheffeln im Vordergrund steht. Daran sollten die 10 %, die das Geld in den Händen halten, denken und danach handeln. Aber diesen Menschen ist oft der Realitäts-Sinn verloren gegangen. Bei Gehältern von bis zu 500.000 Euro im Monat kann die Welt nicht nur aus den Fugen geraten. Sie muss es!

Beate Gatermann, Juni 2012

**In jungen Jahren schafft man an. Wenn man älter wird, schafft man ab.
Denn früher oder später kommt bei jedem die Einsicht, dass alles
gepflegt werden muss und spätestens dann merkt man, dass es auch
mit weniger geht. Wie heißt es so schön: Besitztum belastet.**

Up-date

Neue Implantat-Methode: Feste Dritte an einem Tag

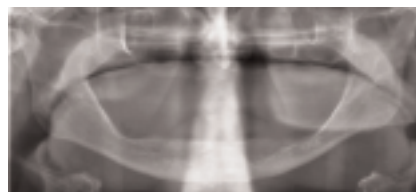
Schlecht sitzende Prothesen können die Lebensqualität einschränken. Betroffene leiden häufig unter Sprachstörungen, Mundgeruch, ernähren sich einseitig und kauen nicht genügend, was den Magen und den Darm belastet. Doch das muss nicht sein. Zahnimplantate sind eine dauerhafte und sichere Lösung für feste dritte Zähne. Hierzu gibt es dank einer neuen innovativen Operationsmethode feste Zähne von heute auf morgen, ohne Knochenaufbau, ohne Schmerzen und technisch sowie preislich für jedermann machbar.

Was tun, wenn die Zähne trotz intensiver, versierter dentalhygienischer Vorsorge tatsächlich wackeln und auf absehbare Zeit drohen auszufallen bzw. nicht zu halten sind? Nicht nur die Attraktivität des Äußeren und damit das Selbstwertgefühl drohen darunter zu leiden, auch der herz hafte Biss in den berühmten Granny-Smith-Apfel rückt in weite Ferne. Die Lebensqualität geht verloren. Nicht wenige schieben Beratung und Behandlung aus Angst vor sich her. Dabei gibt die Implantologie heutzutage dazu gar keinen Anlass mehr, wie Professor Dr. Hannes Wachtel und Dr. Wolfgang Bolz bestätigen: „Moderne Zahnheilkunde sollte schmerzfrei, schonend und schnell sein: Wir möchten unseren Patienten die Angst vor dem Zahnarztbesuch für immer nehmen“, sagen die beiden renommierten Spezialisten, die gemeinsam in München die „BolzWachtel Dental Clinic“ betreiben und auch den schwersten Fällen schon geholfen haben, Zahnverlust zu vermeiden oder ihn zu beheben.

Warum Implantate?

Wo Brücken & Co. langfristig keine Lösung mehr darstellen, schenken Zahnimplantate Hoffnung auf neuen, sorglosen Biss. Als künstliche Zahnwurzel werden sie in den gesunden Kieferknochen einoperiert und können so für den Rest des Lebens einen einzelnen Zahn oder auch ein ganzes Gebiss tragen. Wer nun schon erste Bedenken hätte, was Schmerzen und Geräusche beim Einoperieren der Implantate betrifft, der sei beruhigt: Dieser Behandlungsschritt ist schmerzfrei, wer nur eine lokale Anästhesie wählt, wird feststellen, dass das Bohren und Vibrieren samt der Geräusche bei einer Karies-Behandlung weit unangenehmer wirken.

Wer sich dennoch dieser Prozedur nicht stellen möchte, entschwindet der Operation mit einer Vollnarkose. Dieser *Dental Clinic* steht dafür eine eigene Anästhesie-Abteilung zur Verfügung, so dass sich auch alte Menschen oder Diabetiker in professionellen Händen mit bestem Know-how aufgehoben fühlen können. Überhaupt muss der Patient die vertraute Praxis nie verlassen – Besprechungszimmer, Behandlungsräume, OP, Anästhesie-Zentrum und Dentallabor sind unter einem Dach vereint.



Zahnloser Kiefer – prä-operativ



Nach Implantatsetzung – post-operativ

Neue Zähne in sechs Stunden

„Früher war die Implantation von ‚Festen Dritten‘ ein langwieriges Verfahren. Diese Zeiten sind bei uns endgültig vorbei. Wir operieren am Morgen, setzen mittags die festen Zähne ein und der Patient kann am Abend wieder essen,“ erklärt Prof. Dr. Wachtel. „Dr. Bolz und ich sind seit 1985 Vorreiter

auf dem Gebiet der Implantologie und verfügen über mehr als 30 Jahre Erfahrung aus Praxis und Forschung, wir geben Vorträge an Universitäten und betreiben ein eigenes Fortbildungsinstitut in München. Seit 2007 bieten wir ‚Feste Dritte an einem Tag‘ an, das bedeutet: Wir arbeiten Implantate minimalinvasiv und schonend für den Patienten ein. Innerhalb von rund sechs Stunden entfernen wir seine kranken Zähne, operieren die festen Implantate ein und – da diese sofort belastbar sind – schrauben neue feste Zähne auf. Ohne langwierigen Knochenaufbau erwacht der Patient mit einsatzbereiten Zähnen aus der Narkose. Die Schwellungen von der OP klingen nach maximal einer Woche ab.“ Aus Zeitgründen nutzt der Patient zunächst ein Kunststoffprovisorium, bis nach vier Monaten ein hochwertiger, gewebe-freundlicher Zirkon-Keramik-Zahnersatz fertig zum Austausch ist. Die neuen Zähne schenken dem Patienten bei der richtigen Pflege dann lebenslang ein schönes Lächeln.

Vor- und Nachbereitung verlaufen übrigens auch angenehm unkompliziert, zeitsparend und auf technisch höchstem Niveau. Bei zwei Vorgesprächen wird die individuelle Zahnsituation mit modernster Technik analysiert: Um die Beschaffenheit von Kieferknochen, Nasennebenhöhlen und Nerven detailliert untersuchen und millimetergenau bemessen zu können, fertigt ein Digitales Volumen-Tomogramm ein 3-D-Röntgenbild an. Die Strahlenbelastung liegt dabei 80 Prozent niedriger als beim herkömmlich eingesetzten CT. Passgenau können so die Implantate für die computernavigierte OP geplant werden. Das hauseigene Dentallabor fertigt darauf basierend ein Modell an, so dass der Patient eine exakte Vorstellung von den Ergebnissen erhält. Das ermöglicht, ästhetischen Wünschen der Patienten voll und ganz nachzukommen. Nun mag man sich denken, das

hört sich alles perfekt an, doch wer kann sich das leisten? Die Antwort: Jeder, der über Implantate nachdenkt. „Feste Dritte Zähne an einem Tag“ sind im Schnitt sogar um 30 Prozent günstiger als Implantate nach der konventionellen Methode.



*links oben:
Implantatstümpfe*

*rechts oben:
Neue Prothese ohne Verschlüsse*

*links unten:
Fertige Prothese - verschlossene
Schrauben*

Man beachte das Spezielle an diesem System: Nur 4 Implantate bei zahnlosen Patienten sind heute notwendig, um eine leichte Konstruktion zu platzieren, die auf der Kontaktfläche zur Gingiva aus Keramik, der Rest jedoch aus Kunststoff besteht. Das hat den Vorteil, dass der Biofilm die Keramikteile nicht so leicht überzieht und dort haften bleibt und dass die Gesamtkonstruktion viel leichter ist, als herkömmliche „Prothesen“ dieser Art. Dazu braucht es ein exquisites Gesamtteam und extra geschulte Zahntechniker.

Hier die wichtigsten Daten und Fakten zusammengefasst und gegenüber gestellt:

	Konventionelle Implantationsmethode	Innovative Methode
Knochenaufbau	Grundsätzlich muss Knochen vorhanden sein. Bei zurückgebildeter Knochensubstanz muss der Kiefer für die Implantate mit Knochenmaterial, beispielsweise aus der Hüfte, aufgefüllt werden. Dies ist ein sehr aufwändiger, zeitraubender und schmerzhafter Prozess.	Kein Knochenaufbau notwendig. Die Implantate werden immer in den vorhandenen eigenen Knochen eingesetzt.
Dauer	1 bis 2 Jahre	Feste Dritte Zähne werden an einem Tag implantiert. Die Belastung ist noch am gleichen Tag möglich.
Lebensqualität	Langwieriger Prozess beeinflusst Ästhetik und psychische Lebensqualität.	Attraktivität nach dem Behandlungstag sofort wiederhergestellt. Keine psychische Belastung.
Schmerzen	Durch die lange Behandlungsdauer ist das Schmerzaufkommen tendenziell sehr hoch.	Aufgrund der kurzen Eingriffsdauer ist das Schmerzaufkommen sehr gering.

Mehr Infos über: www.feste-dritte-zaehne.de.

Warum in der Schweiz? Aufarbeitung in 15 Punkten

Carina Herrling – aus Kohren-Salis, Jahrgang 1974,
zur Zeit der Abgabe dieses Berichtes im 3. Jahr an PSZN Zürich, 13. Lehrgang

Oder: Warum das Studium zur Diplom Dentalhygienikerin Höhere Fachschule?

Nach 15 Jahren Erfahrung als Zahnarzthelferin wollte ich näher an die Patienten herangehen dürfen. Nicht nur über die Leistungsansprüche des Herrn Meier mit den Krankenkassen oder Versicherungen verhandeln, sondern mit dem Patienten zusammen sein eigenes Konzept finden. Nicht nur die wichtige Unterstützung bei den Therapien sein, sondern selbst die passende Therapie erarbeiten.

Wie wird die Institution gewählt?

Größte und ergiebigste Informationsquelle ist das Internet. Auf der Homepage sind die jeweiligen Studien-Lehrgänge mit den verschiedenen Möglichkeiten beschrieben. Anhand von Ausbildungsstandards, Lernzielen und Konzepten entschied ich mich für den Studien-Lehrgang an der Prophylaxeschule Zürich Nord PSZN mit 6 - 10 Studentinnen in einem Team von Diplom Dentalhygienikerinnen HF in Zusammenarbeit mit einer Zahnklinik. Davon erwartete ich mir eine enge Zusammenarbeit zum Wohl des Patienten. Da dann noch ein Schnuppertag in zwei Praxen den Unterschied zwischen deutscher und Diplom-Ausbildung verdeutlichte, schickte ich die Bewerbungsunterlagen in die Schweiz.

Wie wählt die Institution aus?

Nach Einsenden der Bewerbungsunterlagen wird man vielleicht zu einer Potentialabklärung nach Zürich eingeladen. Chance 9 aus 250. Mit fünf bis acht weiteren hoch motivierten, meist weiblichen Anwärtinnen werden einen Tag lang verschiedenste Tests aus den Bereichen Instrumentenhandhabung, Persönlichkeitsprofil, Aufmerksamkeit, Konzentration, Belastungsvermögen absolviert. Mit genügend starken Nerven geht man nach diesem Tag nach Hause und versucht, die vier Wochen Auswertungszeit zu überstehen, um vielleicht den nächsten freien Platz in zwei Jahren zu bekommen.

Warum schreit man am Telefon?

Wenn nach zwei Wochen ein Anruf aus Zürich kommt und die Schulleiterin Frau Bischof fragt: „Können Sie sich vorstellen, in der Schweiz für die Dauer des Studiums zu leben, und zwar schon im nächsten Jahr?“, musste ich vor Überwältigung laut und deutlich „JA!“ rufen.

Wann wird es sportlich?

Die oft gestellte Frage nach staatlicher Unterstützung gleicht einem Marathon. Nachdem das zuständige Amt für Auslandsfragen gefunden, die Papiere angefordert und in mühevoller Recherche ausgefüllt zurückgeschickt wurden, steht in der amtlichen Antwort: zu alt für

ein Studium im Ausland. Nur mit höchstens magischen 30 Jahren wird ein Studium im Ausland unterstützt. Im Inland darf man sich auch noch später probieren.

Was bedeutet Chuchichäschtli?

Dazu zitiere ich am besten Wikipedia: S Wort "Chuchichäschtli" wird i dä Schwiiz hüüfig bruucht, zum Ussländerdemonstrierere, wie Schwiizertüt schöppe töönt. Wills das Wort aber bsunderswägem <ch> praktisch nid usgsproche wärdeka, wird's dene Persone zer Beluschtig vo de andere zur Ussprooch empfoole. Die Persone spraches denn meischtens "Guggigäschtli" oder ähnlich us. D Volkssag, assme s bruuchi, für zum d Schwiizer Staatsbürgerschaft überzcho, isch falsch.

(Das Wort ... wird in der Schweiz häufig benutzt, um Nichtschweizern zu zeigen, wie sich Schweizerdeutsch anhört. Da dieses Wort wegen dem „ch“ fast nicht ausgesprochen werden kann, wird es dieser Person scherzhaft zum Erlernen empfohlen. Meist hört es sich dann ganz anders an. Es stimmt allerdings nicht, dass man bei korrekter Aussprache die Schweizer Staatsbürgerschaft erhalten kann.)

Genau deshalb wähle ich diesen Einstieg in das Leben mit Land und Leuten. In den ersten zwei, drei Wochen bin ich oft gebeten worden, dieses berühmte Wort zu sagen. Nach fast fünfzehnjähriger Trainingsphase im Südschwarzwald war auch dies kein Problem.

Wie gestaltet sich das Leben in der Schweiz?

Am einfachsten lässt sich das in Wohngemeinschaften erfahren. Bei dem ständigen Abriss höchstens 40jähriger Häuser und dem Aufbau neuer Wohnwelten für den großen Geldbeutel bleibt die Frage nach der eigenen Schlafstatt spannend. Sehr schnell kann ein eben noch intaktes, frisch vermietetes Haus zum Abriss freigegeben werden. Blöd, wenn es erst seit drei Monaten als neues Zuhause gefunden wurde. Ganz schnell kommen so drei bis vier Umzüge während eines Studiums zusammen. Manchmal auch sieben. Warum also nicht im ersten Domizil wohnen bleiben, in dem die Haustreppe neben dem Zimmer besser als jeder Wecker funktioniert, wenn man wirklich jeden Morgen um fünf Uhr aufstände. Oder die zweite Station, die jeden Morgen und jeden Abend erst nach 90 Minuten Fahrt mit dem Auto erreicht wird. Vielleicht doch die dritte Station, in der es keine Küche gibt, die aber dafür direkt an einer Straßenbahnhaltestelle liegt. Bleibt noch die vierte Station, die sich direkt neben einem Bahngleis mit nicht schallisolierten Fenstern befindet. Dann doch lieber die fünfte Wohnung, für die nach drei Monaten überraschend der Abrissbescheid vorliegt. Besser noch der sechste Versuch, wo nach mündlichem Vertragsabschluss die Wohnung doch nicht frei ist. All das führt zur siebten Wohnung mit ihren papierdünnen Wänden und

ständig pfeifenden Mitbewohnern. Hauptsache: bezahlbar. Kurzum: Es ist wie in jedem anderen Land auch.

Wann wird gezweifelt?

Allen Studenten (m/w) sind Zweifel bekannt: Lohnt sich die Anstrengung, reicht es für die dauernden Prüfungen, wird meine Arbeit anerkannt, bekomme ich irgendwann Geld dafür.

Allen Studenten (m/w) sind auch die Antworten bekannt. Meistens entscheidet es sich nach beendetem Studium. So auch bei mir – in 6 Monaten bzw. 23 Wochen bzw. 161 Tagen (Stand 7.3.2012).

Welche Vorbildung oder Ausbildung ist von Vorteil?

Zurzeit kann man dieses Studium fachfremd beginnen. Allerdings sind Kenntnisse der Zahnmedizin in den ersten Wochen sehr wertvoll. Der geübte Umgang mit Patienten hilft bei der Gesprächsführung. Ein Einfühlen in die Lage des Patienten ermöglicht, die besseren Fragen zu stellen.

Bei welchem ersten Mal staunt man?

Wenn bei einem Patienten mit chronischer generalisierter Parodontitis bei Taschentiefen von bis zu 10 mm nach konsequent umgesetztem Konzept von ihm, von mir nur noch 4 mm zu messen sind.

Was bezahlt man wofür?

Für drei Jahre Vermittlung von Wissen und handgeschicklichem Können sowie Lebenserfahrung werden ca. 80.000 Euro inklusive Lebenshaltungskosten investiert.

Warum in der Schweiz?

Nur die Schweizer Ausbildungsinstitution bietet im deutschsprachigen Raum bislang einmalig einen Diplom Abschluss Höhere Fachschule an.

Nur diese Schweizer Institution ermöglicht eine fundierte und umfangreiche Ausbildung in Anatomie, medizinischer Anamnese, Berufskunde, anorganischer und organischer Chemie, Chirurgie, Dermatologie, Endodontologie, Ergonomie, Ernährungslehre, Gerodontologie, Histologie, Hygiene, Orale Hygiene, Instrumentenkunde, Kariologie, Kinderzahnheilkunde, Marketing, medizinische Mikrobiologie, Morphologie, Orthodontologie, Parodontologie, oraler und allgemeiner Pathologie, Pharmakologie, Präventivzahnmedizin, Prothetik, Röntgentechnik und Strahlenschutz, Traumatologie, Vorklinik, Zytologie und Psychologie.

Nur an dieser Schweizer Institution wird die Hälfte des Studiums an und mit dem Patienten gearbeitet – in den letzten beiden Semestern zu 90%.

Wie kommt ein 350 Euro teures Kompliment zustande?

Auf der Suche nach einer interessanten Arbeitsstelle in der alten Heimat Deutschland antwortete ich auf eine Anfrage, die dem DDHV vorliegt. Nachdem ich gewissenhaft zwei Dokumentationen zusammengestellt, die Fragen vorbereitet und die Aufregung bekämpft hatte, ging es zum Vorstellungsgespräch an den Rhein. Nach

fünf intensiven Stunden Konzeptangleichung und Zusammenarbeitsplanung gibt es für Vorbereitung, Auftreten, Argumentieren und Können großes Lob, aber auch den Kommentar, dass die Patienten in Deutschland nicht bereit wären, dieses Behandlungskonzept zu bezahlen.

Resümee

Für mich war es die richtige Entscheidung zum richtigen Zeitpunkt. Zum einen erarbeite ich mir eine sehr gute Ausbildung, die mir die nächsten Berufsjahre eine interessante Aufgabe bringen wird. Mit diesem Potential ist der Einstieg in die Materie bereitet, die Neugier auf neue Erkenntnisse, Materialien und Geräte geweckt.

Zum anderen ist ein Auslandsaufenthalt immer intensiv und fordernd. Die eigene Person wird völlig neu beurteilt, Stärken und Schwächen neu gewichtet. Unterstützung kommt unerwartet aus einer ganz anderen Richtung. Das Umfeld der persönlichen Beziehungen ordnet sich neu. Diese Erfahrungen möchte ich nicht missen und mich auf diesem Weg für die vielen wichtigen kleinen und großen Dinge bedanken.

Dieses Studium liegt auf dem europäischen Niveau eines 180 ECTS Bachelor Programms. Es wäre Zeit, eine – wie in der Schweiz – staatlich anerkannte Ausbildung auch in Deutschland zu ermöglichen.

Neues zur Abrechnung/Ablehnung privater Krankenkassen zur Übernahme der PZR

Das Quintessenz-Journal publizierte unter 42 (2912) 205-207 unter der Ägide von Autor Czerny wie folgt:

„Durch die Aufnahme der Ziffer 1040 in das GOZ-Leistungsverzeichnis wird die PZR als medizinisch notwendige Leistung definiert. Im § 1 Abs. 1 und 2 der GOZ ist festgelegt, dass die beruflichen Leistungen des Zahnarztes, im Leistungskatalog detailliert beschrieben, medizinisch notwendig sind. Nur in einem solchen Fall gilt die GOZ überhaupt. Alle anderen Fälle, die eine Ausnahmesituation darstellen, müssen zwingend gesondert () vereinbart werden. Eine Definition der Leistung innerhalb der Ziffer 1040 als einen solchen Ausnahmefall widerspricht jeglicher Systematik der GOZ.

Es ist also als klare Absicht des Verordnungsgebers erkennbar, dass mit der Aufnahme der Ziffer 1040 die medizinische Notwendigkeit von Staats wegen definiert wurde.“

Weiter beschreibt die ZM unter 102, Nr. 1 A, 1.1.2012, (22), dass die subgingivale Belagsentfernung von der Leistungsbeschreibung der PZR nicht erfasst wird. Sie kann jedoch analog berechnet werden.

Und die DZW listet unter Ausgabe 16/12, Seite 8, folgendes auf, dass man entsprechend in den Praxiscomputer eingeben kann, was eine enorme Erleichterung schafft:

1040* Professionelle Zahnreinigung (Kariesfrühbehandlung (-management))

1040** Professionelle Zahnreinigung (Initiale PA(R)-Behandlung/-Vorbehandlung)

1040*** Professionelle Zahnreinigung (PA(R)-Erhaltungstherapie)

DDHV-Fortbildungstagung 2012

Regine Bahrs, Diplom DH, HF

Mit einer Rekordzahl in der Geschichte des DDHV begrüßte Beate Gattermann im Sheraton Arabellapark München: 82 Anmeldungen (92 Teilnehmer) wurden als bisher höchste Teilnehmerzahl freudig registriert, darunter ca. 20 Diplom DH und ca. 20 deutsche DH. Einmalig dürfte auch die Bereitschaft des DDHV sein, einen Sonderpreis für Selbstzahler anzubieten, welche seitens der Praxisführung keine Förderung bekommen. Dem DDHV fehlt hier leider ein Rückhalt. Umso schöner ist es zu sehen, dass viele Chefs fernab der Standespolitik anders denken und uns wertzuschätzen wissen: Ein Zahnarzt war mit seinen sieben Angestellten aus dem Hochrhein präsent!

Hu-Friedy zeigte sich dieses Jahr erneut großzügig: Gegen eine Unterschrift bekamen die ersten 60 Unterzeichnenden einen Scaler gratis überreicht – die anderen erhielten ihn per Post. An dieser Stelle nochmal ein herzliches Dankeschön!

Die diesjährige Tagung eröffnete Prof. Dr. Ulrich P. Saxer – für uns ein Highlight – mit dem Thema „Managen wir den Biofilm oder managen die Bakterien uns?“. Als Redner- und Praktiker-Koryphäe startete er mit einem kurzen Überblick über das Schweizer DH- und Parodontologie-Studium (letzteres leider auch in der Schweiz von der negativen Angleichung nach Bologna betroffen) seinen hochinteressanten und sehr informationsdichten Ausblick über den gegenwärtigen Wissensstand der Plaque und des Biofilms (Nein, Plaque ist NICHT gleich Biofilm!). Er unterschied die Plaque als verantwortlichen Faktor für die Pathogenese oraler und den Biofilm als Auslöser systemischer Erkrankungen. Unter anderem ist es aus diesem Grund immens wichtig, nicht nur eine PZR durchzuführen, sondern professionelle Biofilmentfernung zu betreiben (die alleinige PZR-Erbringung kostet nur und beeinflusst die Gesundheit ungünstig, da in 58% der Fälle durch die fehlende Parodontalvorsorge eine Verschlechterung erfolgt, welche sich wiederum auf die Allgemeingesundheit negativ auswirkt!).

Bis zu 1 Billion Bakterien sind bei einer gesunden oralen Flora im Gleichgewicht anwesend, wovon 62% auf der Mukosa, 15% auf der Zunge und „nur“ 23% auf den Zähnen siedeln! Bei Taschenbildung über 4 mm bei mehr als 20 Taschen steigt die Bakterienmenge nochmals um bis zu 1 Billion an (8er!)

Bei Gesunden dauert die Bakteriämie (sei es durch Kauen, Putzen oder zahnärztliche Behandlung) etwa 10 Minuten. Bei vorhandener Parodontitis verlängert sich diese – und damit die Gefahr einer Gefäßinfektion! – auf etwa 30 Minuten! Noch erheblicher ist diese Gefahr bei der Biofilmbakteriämie, da die hier geschützten Mikroorganis-

men zwar attackiert werden, aber als unfressbar überleben und Phagozyten und Gewebe schädigen. Auch die Prävalenz anderer – vor allem respiratorischer – Erkrankungen steigt mit der oralen Keimbelastung, da ca. 80% aller Infektionen oralen Ursprungs sind! Ursachen in absteigender Reihenfolge: (Pseudo-)Taschen an Weisheitszähnen, Mukosa, Speichel, Zunge, Fissuren, Oberflächen/Prothesen/Implantate, Oropharynx/Tonsillen/Sinus, Nase/Nasennebenhöhlen, Lunge/Alveolen.

Wie wir inzwischen wissen, ist die Bakterienlast und -zusammensetzung aber nicht der alleinige Pathomechanismus, sondern vielmehr das Zusammenspiel von Ernährung (Metabolismus), individueller entzündlicher Abwehr, oxidativem Stress und Umweltfaktoren. Leider sind wir zum großen Teil aber immer wieder machtlos, da Mikroben im Biofilm per se resistent sind gegen Chemotherapeutika und Immunabwehr und auch in planktonischer Form zunehmend widerstandsfähig gegen Antibiotika werden (z.B. *S. aureus* bei Tetrazyklin und Metronidazol beinahe Verdoppelung innerhalb 14 Jahren, bei Penicillin Verdreifachung!). Prof. Saxer sprach sich wegen Resistenzrisiken und Ineffektivität – auch aufgrund konjugativer bakterieller Eigenschaften (Weitergabe Virulenzfaktoren eines Stammes an andere Stämme/Arten) – gegen eine Antibiose in der PA-Therapie aus. Immens wichtig für den Erfolg sind dagegen die komplette Entfernung des Biofilms und subgingivaler Konkrementen, eine Eliminierung von Taschen größer als 4 mm und das Verhindern der Neubildung eines Biofilms, vor allem der Rekolonisation aus Nischen! Die FullMouthDesinfektion ist hier eine sehr gute Methode. Weiter bietet sich Chlorhexidin als Kurzzeittherapeutikum an und langfristig Listerine (meiner Meinung nach aber unbedingt alkoholfrei!) als einziges bis 7 mm subgingival wirkendes Antiseptikum mit ätherischen Ölen, welche scheinbar die Kapazität haben, den Biofilm zu durchdringen. Abschließend war Prof. Saxer der Meinung, dass in Deutschland der Weg der „Weißen Rose“ in Bezug auf das Berufsbild bzw. einer anerkannten Berufsausbildung zur Dentalhygiene gegangen werden muss.

Dipl. Biologe Michael H. Warncke gab aufschlussreiche Einblicke in das Thema „An jedem Zahn hängt ein Mensch – Wechselwirkungen zwischen parodontalen und systemischen Erkrankungen“. Entsprechend der (vor allem im interdentalen Bereich!) weit unterschrittenen Verbrauchsempfehlung zum Mundhygienehilfsmittelkonsum leiden ca. 8 Millionen Deutsche an einer schweren, inadäquat versorgten Parodontitis-Erkrankung. Das Ausmaß der Reaktionen und Läsionen ist jedoch nur eingeschränkt mit der Plaquequantität und -qualität erklärbar. Nach einer kurzen Einführung in Ent-

stehung, Pathogenese, Risikofaktoren und Immunmodulation einer Parodontitis nannte er chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen, arterielle Verschlusskrankheiten und rheumatoide Arthritis als mögliche direkte Folgen von translozierten parodontalpathogenen Mikroorganismen. Die Zytokinwirkung lässt sich in die direkte Wirkung (z.B. bei Frühgeburt: Entzündungsmediatoren gelangen via Blutbahn in die Gebärmutter) und die indirekte Wirkung unterteilen. Letztere führt beispielsweise zu Diabetes mellitus, dessen Krankheitsmechanismen Warncke bezüglich erhöhter Blutzuckerkonzentration, Immunreaktion und Gewebe/Gefäßkollagen näher erklärte. Das Risiko an einer Parodontitis zu erkranken ist aufgrund vermehrt ausgeschütteter Entzündungsmediatoren sowie Gefäß-, Nerven- und Gewebeschäden für Diabetiker dreimal höher und zudem mit stärkerer und schnellerer Progredienz als bei Nichtdiabetikern verbunden. Umgekehrt verhält es sich bekanntermaßen ebenfalls nachteilig auf die glykämische Einstellung. Zukünftig ist ein Diabetes-Pass mit zahnärztlichen Hinweisen geplant.

Nach dem gewohnt reichhaltigen und sehr schmackhaften Mittagsbuffet wurde der Firma Profimed als allererster und bis heute treuer Sponsor des DDHV ein herzlicher Dank ausgesprochen.

Schuld an der zuvor genannten steigenden Resistenz einiger Keime ist maßgeblich die Antibiotikaverfütterung in der Tierhaltung, weshalb der nächste Redner mit Spannung erwartet wurde: Karl Schweisfurth, Dipl. Betriebswirt, referierte über Slow Food und erzählte als Sohn des Gründers aus der Geschichte der Herrmannsdorfer Landwerkstätten:

1897 eröffneten Fleischermeister Ludwig Schweisfurth und seine Frau Wilhelmine ihre erste Metzgerei in Herden/Westfalen. Deren Sohn Karl Ludwig Schweisfurth übernahm mit 25 Jahren den Betrieb und baute ihn nach amerikanischem Vorbild im Lauf der Zeit zur modernsten Fleischwarenfabrik Europas aus: Herta-Wurst! Anfang der 80er Jahre wurde ihm und seiner Familie jedoch klar, dass die Tierhaltung mehr und mehr zur industriellen Produktion verkam und er entschied sich für einen radikalen Neuanfang. Er verkaufte sein Unternehmen und investierte in einen Gutshof in Glonn/Bayern, auf dem er eine nachhaltige, ökologische und handwerkliche Agrarwirtschaft begann. Die Herrmannsdorfer Landwerkstätten bilden eine zukunftsweisende Synthese von landwirtschaftlicher Erzeugung, Lebensmittelverarbeitung und -vermarktung. 1996 übernahm dessen Sohn Karl Schweisfurth als Landwirt, Dipl. Agrar-Ingeni-



eur und Manager die Landwerkstätten (Bäckerei, Metzgerei, Käserei und Brauerei) mit etwa 180 Mitarbeitern. Die Slow Food-Bewegung wurde von Carlo Petrini in Italien gegründet. Ihr Ziel ist es, „saubere“ Lebensmittel ohne Zusatzstoffe und unbearbeitet, nicht mehr erhitzt als nötig, in traditioneller Weise nach Originalrezepten herzustellen und fair zu handeln. Karl Schweisfurth betont: „Wir verkaufen handgemachte Lebens-Mittel (Mittel zum Leben) in ökologischer Qualität!“ Da ist nichts „functional“ oder „nutritional“, sondern vollwertig, reichhaltig, vielfältig und auch noch gesund! Guten Appetit! Bezugsquellen und weitere Informationen: www.herrmannsdorfer.de

Trotz des interessanten Themas seines Vorredners schaffte es Prof. Dr. Holger Jentsch von der Universität Leipzig mit seinem trockenen Rostocker Humor leicht, die Aufmerksamkeit wieder auf kleinere Lebewesen zu lenken. Sein Thema „Kann man die Therapie der Parodontalerkrankungen optimieren?“ zeigte Alternativen und Vereinfachungsmöglichkeiten für uns Praktikerinnen auf. So sprach er sich z.B. für ein mengenmäßig übersichtliches Instrumentarium aus und, ebenso wie Prof. Saxer, für eine lokale Antibiose. Last but not least empfahl er eine gesunde Ernährung, da diese großen

Einfluss auf immunologische Variable hat. Vor allem für das Parodont sind folgende Nährstoffe von Bedeutung: Vitamin B/C/D, Calcium, Magnesium, Antioxidantien und Omega-3-Fettsäuren. Eventuell ließe sich daraus in Zukunft ein biologisches Emdogain derivieren!

Zu dem spannenden Thema „Deutschland installiert den Bachelor in Dentalhygiene“ stellte Beate Gatermann, RDH, Diplom DH, abschließend den aktuellen Stand der Standespolitik und des Berufsbildes dar. Sie fordert nicht nur ein definiertes Berufsbild, sondern auch eine Kassenzulassung (es gibt keine Abrechnungspositionen für die Diplom Dentalhygienikerin!) und vor allem eine kontrollierte Zertifizierung für uns Diplom DH. Ihr inzwischen fast 40 Jahre fortwährender Kampf gegen eine finanzstarke Lobby dauert weiterhin an. Als sicher gilt inzwischen, dass die Einführung des Bachelors nur noch eine Frage der Zeit ist.

Bemerkenswert waren in diesem Jahr die Konformität der Referenten in ihren unabhängigen Aussagen und die Qualität der Wissensvermittlung! Alles in allem ein sehr gelungener und lohnenswerter Fortbildungstag. Bis zum nächsten Jahr! Die Themen klingen vielversprechend!

Vielen vielen Dank an alle Mitwirkenden!!!

Bundesweit erste staatliche Hochschule für Gesundheit gegründet

Am 1.11.2009 wurde in Bochum die bundesweit erste staatliche Hochschule für Gesundheit gegründet. Die Hochschule wird in den nächsten Jahren rund 1.300 Studierende in den Bereichen Ergotherapie, Hebammenkunde, Logopädie, Pflege und Physiotherapie ausbilden und hat den Lehrbetrieb zum Wintersemester 2010/2011 aufgenommen. Die grundständigen Studiengänge schließen mit der für die Berufszulassung erforderlichen staatlichen Prüfung und dem Bachelorgrad ab. Über das bestehende Studienangebot hinaus sind weitere Bachelor- und Masterstudiengänge geplant.

Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe (HVG e.V.) in Berlin gegründet

Vertreter/innen deutscher Hochschulen mit Studiengängen für Physio-, Ergotherapie und Logopädie gründeten am 3.7.2006 in Berlin den Verein Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe e.V. Erst seit 2001 ist es in Deutschland möglich, in diesen Disziplinen Bachelor- und darauf aufbauend Masterabschlüsse zu erlangen.

Ziel dieses interdisziplinären Zusammenschlusses von Hochschulvertreter/innen ist die Förderung der Therapiewissenschaft im deutschsprachigen Raum. Neben den Aktivitäten des Vereins pro Förderung von Forschung geht es den Mitgliedern um gute Hochschullehre in den Gesundheitsberufen. Die Akademisierung in den Therapieberufen zielt letztlich auf die Sicherstellung der Qualität der Gesundheitsversorgungsleistungen und soll damit Patientinnen und Patienten zugute kommen. Qualität sichert die Zukunft der Gesundheitsversorgung – dafür ist dieser neue Verein angetreten.

Stimmberechtigtes Mitglied können Hochschulen werden, die entsprechende Studiengänge anbieten oder diese mit Genehmigung des entsprechenden Bundeslandes planen. Für die assoziierte Mitgliedschaft steht der Verein für alle weiteren interessierten Organisationen und Personen offen.

Liest man diese Seiten unter www.hv-gesundheitsfachberufe.de, dann kann sich jeder an einer Hand ausrechnen, dass der ICE absolut an Deutschland vorbeifährt, wenn wir mit dem Bachelor in Dentalhygiene nicht aktiv werden. Die engstirnigen Gegner denken wirklich nicht an die Generation nach uns und sehen den Veränderungen im Leben ganz deutlich nicht ins Auge. Dafür gibt es viele Erklärungen: Engstirnigkeit, Egoismus und bitte entschuldigen Sie – auch die Dummheit. Der Bachelor in Dentalhygiene wird sowieso kommen. Sich dagegen zu wehren ist genau dasselbe, wie den Fachzahnarzt in Parodontologie zu ignorieren. Und: Wenn die junge Zahnmedizin meint, ohne uns auszukommen, dann empfehlen wir ein 4-wöchiges Praktikum bei einem versierten Parodontologen in den USA. Spätestens danach werden die Augen aufgehen. Nur: Das habe ich persönlich schon 1970 bei einem der ersten Lehr-Parodontologen, Dr. Ian Flemming an der Zahnmedizinischen Universität Toronto/Kanada, und im College bei dem berühmten Prof. Ramfjord in den USA erleben dürfen und kann nicht begreifen, dass Deutschland hier nichts sehen, nichts hören und nicht darüber sprechen möchte. Müssten alle Menschen für die Fehler, die sie in ihrem Leben begehen, aus eigener Tasche bezahlen, wäre unser Beruf in Deutschland längst integriert.

DDHV

Skuriles und Abstruses

Im *Dentalhygiene Journal* 1/2012, Seite 24, erscheint von zwei DH, die in Stuttgart fortgebildet wurden, ein Bericht, wonach durch ein entsprechend geschultes Praxisteam mit der Prophylaxe Umsätze von 100.000 bis 150.000 Euro jährlich pro Behandlungsstuhl möglich sind. Ein Training bieten diese 2 DH über ihre Internetseite zudem an: 3er-Paket Schulung in der Praxis 2.400 Euro. Das Ganze plus 500 Patienten-Flyer und Texte für eine Praxishomepage ist dann für 3.200 Euro zu haben. Und dies ist nur ein Teil des Angebots. Da fragen wir uns, was man in den Fortbildungen in Deutschland eigentlich lernt, um noch zusätzlich diese Art von Kursen belegen zu müssen, die ja dann wiederum ins eigene Fleisch schneiden bzw. keine „Qualifizierung“ als Lehrender beinhalten. Denn: Um eine Fortbildungs-Qualifikation handelt es sich hierbei nicht. Money makes the world go round and round and round.

Und: DZW 8/12, Seite 13, und das Quintessenz Team Journal 42/(2012)151-152 lässt zwei Zahnmedizinische Fachassistentinnen, die über die LZK Mainz eine Fortbildung zur ZMF absolviert haben, zu Wort kommen: Sie fühlen sich ohne diesen (als ZMA) für sie neuen Titel als „Mundputzfrauen“ deplatziert. So kann man das auch sehen in einem Land, in dem es keinen Berufszweig Dentalhygiene gibt und eigentlich – siehe diese Aktion – auch keine Regulierung vorhanden ist. Es wird in ihrem Bericht wieder von Ausbildung gesprochen wie auch von der Handhabung von Handinstrumenten für die Prophylaxe. Dieser Bericht zeugt einmal mehr davon, was der DDHV so kritisch betrachtet: In der deutschen Dental-Prophylaxe sitzen Hinz und Kunz am Patienten und es wird geschneit, was das Zeug hält. Es kontrolliert ja bekanntlich niemand.

Über die DH-Fortbildungsinstitution (die dieses Jahr angeblich bayernweit nicht läuft) München wird uns folgendes berichtet: Dort wird gelehrt, dass eine intensive DH-Behandlung 45 Minuten nicht überschreiten darf. Länger sei altmodisch. Dann: Der Zahnstein, der noch zurückbleibt, würde keinen Schaden anrichten (Fachleute, die die letzten 40 Jahre Erfahrung gesammelt haben, behaupten das Gegenteil. Die unerfahrene Jugend sollte sich besser informieren, denn hochgiftiger Zahnstein bleibt nun mal hochgiftig.) und nur mit Flowgeräten würde der Bio-Film total entfernt werden können. Siehe hierzu das Argument Saxer Journal 2/2011, Seite 3. Bekanntlich bildet sich Biofilm wieder in Sekunden. Flowgeräte sollten in keiner Praxis fehlen, da ständig Situationen auftauchen, wo diese Geräte unerlässlich sind (wissen wir schon seit 30 Jahren!). Aber es ist eine Farce zu glauben, den Bio-Film überhaupt in den Griff zu bekommen. Da muss der Patient selbst 99% übernehmen. Zu diesem Thema sollte man unbedingt ständig die Fachliteratur lesen.

Nachfolgend das Curriculum einer deutschen DH-„Studienleiterin“. Uns war bisher nicht bekannt, dass die deutsche DH plötzlich eine Studienleitung übernehmen und zur Studienleiterin mutieren kann:

1976	Ausbildung zur Kinderkrankenschwester
1992	Umschulung zur Zahnarzthelferin
1996	ZMF
2001	ZMV
Seit 1998	Lehrtätigkeit für Abrechnung an der Berufsschule Landshut Referentin für Abrechnung und Prophylaxe Selbstständige Beraterin für Abrechnung, Organisation, Personal, Verwaltung und Marketing in der Zahnarztpraxis
Seit 2003	Inhaberin und Studienleitung des Fachkollegs FA'Dent
Seit 2009	QMB TÜV Nord (Qualitäts-Management-Beauftragte)
Seit 2011	DH - Fortbildung

Wie schon im letzten Journal erwähnt: Als Instruktor, also als Lehrer in einer DH-Schulung, ist in der Schweiz eine zusätzliche Kaderausbildung erforderlich und in den USA und Kanada ein zusätzlicher Bachelor. Unter 4 Jahren intensive, universitäre Ausbildung ist kein Lehren möglich. Bekanntlich fehlt diese Ausbildung in Deutschland seit Jahren, weshalb wir auf der Stelle treten und uns unheimliche Weisheiten von angeblichen „Kennern“ seit vielen Jahren anhören müssen. Es gibt viele Kenner, aber leider immer noch zu wenige Könner. Sich nur auf den Verkauf von professioneller Zahnreinigung zu konzentrieren, die so lange nicht professionell ist, so lange es keine Profession und damit auch keine Zertifizierung gibt, entspricht nicht dem Streben nach Qualität.

Fazit: Jeder zukünftige Bachelor of Science in Dental Hygiene-Lehrgang kann und sollte mit einer versierten Diplom DH/Bachelor DH aufgebaut werden. In der Schweiz wurde die erste (US-)Lehrende klugerweise ein ganzes Jahr vor Beginn in die Aufbauphase integriert, denn niemand hatte bis dato Erfahrungen mit dieser „außerirdischen Spezies“ gesammelt. Das dürfte auch in Deutschland der Fall sein. Allerdings ist es immer gut, vor Beginn einer Ausbildung in „verschiedene Töpfe“ zu schauen (und sich nicht nur vom Hörensagen Informationen kommen lassen). Sicher wäre es gut, deutsche DH zu Beginn mit in ein solches Programm zu integrieren und sie gleichzeitig am Studium teilnehmen zu lassen. Bei einer guten Organisation könnte das möglich sein, zumindest in Teilzeit. Nach dem ersten Durchgang jedoch sollten die Lehrenden sich nur aus Diplom DH/BSDH zusammensetzen. Dazu eignen sich meist die eigenen Absolventen.

Demnächst feiert die USA: einhundert Jahre (Registered) Dental Hygienist. Es könnte langsam doch noch möglich sein, dieses Wunder auch bei uns zu erleben. Auf der anderen Seite ist das Gezeter um einen Bachelor und Master in der Zahnheilkunde nicht mehr nachvollziehbar. Ein Bachelor hat 180 ECTS. Das ist ein 3-jähriger Fulltime-Job. Mit einem Bachelor kann der

Absolvent nicht als Zahnarzt tätig werden, sondern lediglich in die Industrie gehen. Ähnlich ist es in der Juristerei. Da gibt es längst eine Hürde. Man kann sich zwar Jurist nennen, aber keine eigene Kanzlei eröffnen. In der Zahnmedizin muss der Student noch einen Master absolvieren, der weitere 2 Jahre in Anspruch nimmt. Damit bleiben für Bachelor und Master die jetzt vorhandenen 5 Studienjahre gleich. Viele benötigen für ihren Master mit einem zusätzlichen Studienjahr im Ausland sogar 3 Jahre. Es ändert sich an der Anzahl der Studienjahre nichts, nur der Inhalt des Studiengangs muss anders organisiert und umbenannt werden. Es spielt wirklich keine Rolle, ob man vom Bachelor oder

Vorphysikum spricht. Und auch der Master ist nicht ohne und wird noch persönlich geprüft. Leider hat hier die Zahnmedizin wieder in Deutschland einen Sonderweg eingeschlagen und den Master – vorläufig – mit einem Implantologen bzw. Pardontologen besetzt, wobei seinesgleichen im Ausland nicht zu finden ist. Ob dieser Weg zum „Fachzahnarzt“ erstrebenswert ist, bleibt dahingestellt. Man kann aber auch zwei Master absolvieren. Fazit: Ein Zahnmedizinstudium mit einer Dauer von 5 Jahren ist richtig. Ob die Module des Studiums dann als Bachelor oder Master bezeichnet werden, ist völlig egal, so lange der Inhalt – fast – gleich bleibt.

BG

***Jeder Mensch hat das Recht auf Gesundheit.
Dies scheint die Lebensmittelindustrie im eigenen Interesse längst vergessen zu haben.***

EUROPERIO 7 vom 6. - 9.6.2012 in Wien

Beate Gatermann

Als erste Vorsitzende des DDHV war ich als Ehrengast des Europerio 7 in Wien eingeladen. In der Vorbereitungsphase wurde mir eine Moderation für das Zahnärztliche Personal angeboten. Ich gab diesen „Job“ an die Präsidentin des IFDH (International Federation of Dental Hygiene), Maria Perno Goldi, weiter mit der Option, dass das entsprechende Honorar auch ihre Teilnahme ermöglichen würde. Wir verständigten uns über die Handys und trafen uns nach der für uns ernüchternden Eröffnungsfeier am Abend, um im Zentrum von Wien im Freien eine Pizzeria zu besuchen.

Wir waren uns einig, dass die Eröffnungsfeier prunkvoller hätte ausfallen können. Nachdem wir mit den Eröffnungsveranstaltungen in Genf und Schweden Vergleichsmöglichkeiten hatten, fehlte uns das „Bonbon“. Zudem kritisierten wir heftig das „Lübke-Englisch“, das heute absolut unnötig ist, denn jeder verfügt mit Outlook-Express bzw. Word über Korrektursysteme. Der IFDH sollte sich allerdings hier an die eigene Nase fassen, denn alle Referenten, die über eine schlechte Aussprache verfügen (man kann sich vorher mit Experten beraten!!!; allerdings tragen die meisten sowieso ihre Referate über den Laptop vor, also auch über diesen Weg ist genügend Hilfe möglich), können mehr Desinteresse an internationalen eigenen Veranstaltungen produzieren. Schließlich ist es schlichtweg so: Wenn ein „Ausländer“ ein Wort so falsch ausspricht, dass der andere „Ausländer“ (also der, dem die englische Sprache nicht in die Wiege gelegt wurde) das Wort missversteht, kann er dem Referat nur teilweise oder sehr schlecht folgen und es kann zu enormen Missverständnissen führen. Schließlich stellen wir auch bei uns fest, dass unsere eigene Sprache in mindestens drei verschiedenen Varianten verstanden werden kann. Und im Englischen gibt es sowieso viele Varianten des Ausdrucks. Man sollte also der Sprache mächtig sein! Na, da wünschen wir dann gute Durchführung der neu

erworbenen (Fehl?-)Informationen in der Zahnmedizin bzw. Dentalhygiene!

Es war vorauszusehen, dass es bei dem Ansturm auf das groß angekündigte kostenlose Konzert mit Gustavo Dudamel im Schloss Schönbrunn am Donnerstagabend keine Sitzplätze geben würde. Deshalb war die Direkt-Übertragung des ORF im Hotelzimmer sehr willkommen.

Der EFP (European Federation of Periodontology), der größte parodontologische Verband weltweit, hatte auf dieser Veranstaltung mehr als 7.500 Teilnehmer (davon allein MINDESTENS ca. 4.400 Aktivisten, die keinen Eintritt bezahlen, sondern noch großteils Auslageentschädigungen erhalten). Er wirkt für 26 Mitgliedsvereinigungen (aus verschiedenen Ländern) und hat 12.000 Mitglieder. Wir konnten in den Unterlagen bei den Internet-Voranmeldungen herausfinden, dass sich lediglich 300 Dentalhygienikerinnen registriert hatten. Nachdem diese Veranstaltung leider kein Auge bzw. Ohr für die Belange des Berufsbildes Diplom Dentalhygienikerin hatte, ist nicht bekannt, wer unter diesen Teilnehmerinnen wirklich Dentalhygienikerin war. Dabei handelt es sich bei den Parodontologen um unsere wichtigsten Arbeitgeber, die uns dringend in allen ihren Behandlungen mit im Team haben sollten.

Weiter haben wir uns die Mühe gemacht, folgende Details in etwa zu recherchieren: Am ersten Tag gab es ca. 115 Referate für und mit Zahnärzten und „nur“ 6 für die DH, wobei normalerweise die Diplom DH ungehindert an allen Veranstaltungen ohne Restriktion Zutritt haben sollten. Zudem sei hier noch erwähnt, dass im Gegensatz zum EUROPERIO auf unserer eigenen IFDH-Veranstaltung jeder Teilnehmer, so auch die Referenten, seine Kosten selbst zu tragen hat.

Der Veranstaltungsort war sehr gut gewählt, die Organisation war super. Bei den Ausstellern konnten wir einige unserer „eigenen Aussteller“ besuchen. Kennt man die

Veranstaltung aus den Vorjahren (sie begann 1947 mit gerade einmal 120 Teilnehmern), so kann man feststellen, dass diese immens gewachsen ist. Der DDHV nutzte zudem die Gelegenheit, herauszufinden, ob er korporatives Mitglied werden könnte. Ein entsprechender Antrag liegt schon lange vor. Uns wurde mitgeteilt, dass man daran arbeitet, da auch andere ausländische Verbände dies ersuchen, die nicht in Europa ansässig sind. Alle, die Rang und Namen haben, befanden sich unter den Referenten: wie die Professoren Saxer, Meyle, Bernita Bush, RDH, Ehmke (Münster), Schlagenhauf und Corinna Bruckmann (ehemals DH-Schule München), die sich sehr für diesen Event engagiert hat. Younameit und alle waren dort! Dies ist nur ein Bruchteil der Namen. Es gab allein 1.087 Poster-Präsentationen!

Das Wetter spielte prächtig bis Freitag mit und schickte auf der Rückfahrt dann den erwarteten Regen.

Es war sehr schön mit Kolleginnen wieder Informationen auszutauschen, vor allem, da wir nicht wissen, ob es dem DDHV gelingen wird, beim IFDH-Treffen in Südafrika mit dabei zu sein. Wir hoffen, die finanzielle Unterstützung/Ausschreibung des IFDH zu gewinnen. Dann könnten die beiden Delegierten zumindest an den Sitzungen teilnehmen. Das wäre sehr wichtig, da der IFDH nach über 24 Jahren ordentlich registriert werden müsste, was bisher unter den Tisch gefallen ist.

Der nächste EUROPERIO 8 wird in England stattfinden.

Todesursache Nummer Eins

„Nestlé ist ein Wasserjäger, ein Raubtier auf der Suche nach dem letzten sauberen Wasser dieser Erde (...). Mehr Kinder sterben jeden Tag an verschmutztem Wasser als an HIV, AIDS, Krieg, Verkehrsunfällen und Malaria-Erkrankungen zusammen. Wasser ist Todesursache Nummer 1. Wenn da ein Unternehmen wie Nestlé kommt und sagt, wir haben die Antwort, *Pure Life* ist die Antwort, wir verkaufen euch Wasser, das wir aus euren eigenen Grundwasservorkommen nehmen, während aus den Leitungen nichts rauskommt oder nur eine ungenießbare Brühe, dann muss ich einfach sagen, das ist mehr als unverantwortlich, das ist schon fast ein krimineller Akt.“

Maude Barlow, UN-Chefberaterin für Wasserfragen
08/09

Jeder von uns kann dazu beitragen, dass sich etwas ändert. Kaufen Sie keine Nestlé Produkte! Und Vorsicht: Nestlé produziert viele verschiedene Produkte. Kontrollieren Sie die Rückseiten/Seitenstreifen Ihres Objektes der Begierde!!! Und weichen Sie auf Produkte aus, die fair hergestellt und gehandelt werden!!! Und denken Sie ja nicht, dass „man es ja nicht sehen kann, wenn Sie doch zu Nestlé greifen“. Je mehr danach verlangt wird, desto mehr wird produziert.

Sink Your Teeth into Saving a Life

Eva Grayzel

At the age of 33, performance artist and story teller Eva Grayzel was diagnosed with stage IV oral cancer (squamous cell carcinoma) on the left side of her tongue. Eva ate well, exercised regularly, and had none of the risk factors commonly associated with oral cancer. She was a non-drinker who had never smoked. She was also the mother of two small children, Elena and Jeremy, ages five and seven.

Nearly three years earlier, Eva had noticed a sore on the left side of her tongue. She consulted an oral surgeon who removed the sore and had the tissue biopsied. He assured her that the results of the biopsy were negative and told her there was nothing to worry about.

Two years passed with no more obvious symptoms. Then a new sore appeared right over the area where the first one had been removed. She visited her dentist and oral surgeon numerous times over the following nine months and, as the sore on the side of her tongue got bigger, both of them continually told her to come back if it didn't improve. Eva says, "They were asking me to determine whether or not my condition was improving, even though, in living with it every day, the changes were very subtle."

Almost three years passed from the time she initially consulted dental professionals about the sore on her tongue before her condition was accurately diagnosed. Ultimately, she had to endure a partial tongue reconstruction, a modified radical neck dissection, and the

maximum dose of radiation therapy. Following her exceptional recovery, she became a motivational speaker, giving presentations on how to find strength from adversity and telling her remarkable story to dental professionals.

Neither her dentist nor the oral surgeon ever mentioned the possibility of oral cancer. If they had, she would have been more proactive as the sore became more and more painful. Eight months after the sore on her tongue reappeared, she developed an unbearable earache and was treated for what was diagnosed as "water on the eardrum." After ten days on antibiotics, she was waking up throughout the nights in tears and she returned to the oral surgeon, desperate for answers. He said, "Your tongue is small and we don't want to cut it up unless we have to, but at this point, I guess the next step would be another biopsy."

Finally, after nine months of consultations with her dentist and two different oral surgeons, she decided she needed to look elsewhere for answers. A family friend recommended that she see Dr. Mark Urken, chief of head and neck surgery at Mount Sinai Hospital in New York City.

When she made the two-hour bus trip from Easton, Pennsylvania into New York City on the day of her appointment, she had no inkling that the nasty sore on her tongue could be cancer. Dr. Urken felt the enlarged lymph nodes in her neck, looked at the classic ulceration

on the side of her tongue, and told her that he wanted to do a minimally invasive second biopsy. When the results came back, Dr Urken told her in a gentle voice that she had a squamous cell carcinoma. Woozy from anesthesia, she asked if it was benign or malignant. In an apologetic tone, he said: "Eva, you are in an advanced stage of oral cancer." The date was the first of April, 1998 and, as Eva says, "It was the cruelest April Fool's joke of my life."

Surgery and Radiation

Eva went into shock. Her treatment would consist of a modified radical neck dissection, a partial glossectomy (tongue reconstruction), and the maximum dose of radiation. She was given a 15 percent chance of surviving for more than five years.

The surgeon removed and reconstructed one-third of her tongue. Fortunately, he left the tip of her tongue intact so that she would still be able to speak articulately. He took an artery from her left arm to feed blood to the tongue graft and transplanted tissue from her forearm to reconstruct the outside of her tongue. He used grafts from her left thigh to replace her forearm skin and rebuild the tongue's density. He also removed all of the lymph nodes on the left side of her neck and, ultimately, the entire sternocleidomastoid (SCM) muscle.

Radiation therapy began eight weeks after surgery. She found a radiation oncologist in nearby Allentown, Pennsylvania, who had an Intensive Modulation Radiation Therapy (IMRT) machine, which allowed him better control of the radiation exposure to different areas of her mouth and neck. Radiation treatments were twenty minutes long five days a week for six weeks.

After two weeks of radiation, the side effects became almost unbearable. Blisters in her mouth and throat resulted in severe pain when swallowing, so eating became extremely difficult. It would take her an hour to eat three spoonfuls of food. She lost her ability to speak as her tongue and vocal chords stiffened. Her saliva became gluey and sticky, causing coughing and breathing difficulties that made it impossible to sleep.

Whenever she thought it couldn't get any worse – it did. At one point, her epiglottis dried up and stopped functioning. Saliva from the back of her throat would drip into her trachea, triggering severe coughing fits that irritated the blisters causing some of them to open and bleed. She was utterly exhausted and came very close to giving up. She wrote final messages to her husband and her children and told her doctor that she wanted to stop her treatments. He convinced her to go on. It took two weeks after radiation ended before the symptoms subsided and the sores started to heal.

The winter after radiation, she had hyperbaric oxygen therapy (HBO) for an extremely painful split lip that would not heal. Her radiation oncologist prescribed 28 treatments to heal her lip and increase blood circulation to avoid future complications. HBO treatments were several hours long, five days a week, for almost six weeks.

Dental Complications

Six years later, she had to have a molar extracted on the only side of her mouth where she is able to chew. She saw a specialist in New York who had experience treating oral cancer patients. After the extraction, she was in pain for a month. She begged her doctor for more HBO since nothing else worked. He told her that the 28 treatments she had done six years earlier would last a lifetime. She complained so much that he finally agreed to prescribe ten more treatments, and after just two treatments the pain was eradicated.

Three years later, she had the adjacent lower molar extracted, after which she had difficulty chewing and started to lose weight. She explored the options. Her dentist did not recommend a bridge spanning two molars, and an oral surgeon specializing in irradiated bone, strongly discouraged using dental implants because the risk of osteoradionecrosis (ORN) was too great. However, a specialist in oncologic dentistry told her that implants might work. Bone that isn't stimulated results in continued bone loss and leaves no chance for future implants. He was confident from the results of a cone-beam X-ray that her bone was sufficiently dense. Luckily, all three of the implants she had were successful.

Neck Problems

After the initial cancer surgery her head drooped to the left and she couldn't straighten it because the left SCM had been removed. She found a myofascial, neuromuscular therapist, who gently worked to release scar tissue adhesions in her neck so she was finally able to hold her head up. She credits much of her current range of motion to those regular neck treatments. She must push her head up with her hand when getting out of bed, she has to catch her head whenever the car stops suddenly, and must support her head when leaning back. She gets a cramp in her neck when she shaves under her arms and experiences severe itching along the length of her neck scar when she eats anything remotely spicy. She has adapted to all these changes without much problem.

Dry Mouth and Oral Hygiene

Unfortunately, dry mouth is a condition that is more complicated. Immediately following radiation treatments, her mouth was so dry that she had to practically pry her mouth open to moisten it with water. Over the years, her saliva production has increased and she can make it through some nights without drinking if she sleeps with her mouth closed. It is quite a challenge, but it is possible.

Even though she only chews on her right side, the left side of her mouth gets grimmer from the lack of saliva. Before she goes to bed, she brushes, flosses, stimulates, proxi-brushes, irrigates, and finishes off with Prevident, a fluoride treatment.

Tongue Issues

Her surgeon had hoped that she would regain feeling on the grafted side of her tongue, but she has not. Eva

says, „It feels just like a tongue that has been shot with Novocaine.“ Initially, the graft on the tongue was very white, since it came from the inside of her wrist, the palest skin on her body. When she talked, it would look like she had a big wad of gum on that side. Over time, however, the grafted area has adapted to its environment and the color has changed from white to pink – a welcome improvement in the interior design.

Importance of Early Diagnosis

If Eva's cancer had been diagnosed early, it would have been about seven days from surgery to recovery. Instead, seven months of her life passed during her initial surgery, radiation treatment, and recovery. Also, her children were traumatized by her surgery and ongoing treatment. They could barely look at her when she came home from the hospital, and shied away from her touch fearing that she was contagious. Her ordeal continues with a lifetime of dental complications, numerous doctor's appointments and diagnostic tests, health scares, occasional ringing in her ears, sensitivity to sunlight in her eyes, and other quality-of-life compromises.

During the 13 years since her diagnosis, she has had three negative biopsies and bilateral vocal chord polyps, but no recurrence of cancer. She will have to take Synthroid for the rest of her life to counteract the effects of compromised thyroid function from the radiation.

Now, as she tells her story professionally, she says, „It is more than a mission to educate. It's my tribute to those who came before me and my obligation to those who will follow. During radiation, when I was teetering on the tightrope between life and death, I thought good and hard about how I would be remembered. I would not be remembered for taking my children to ballet and soccer, but for how I made a difference in other people's lives. If you can save one life in your entire career by performing oral cancer screenings on everyone and detecting it early, wouldn't it be worth it?“

History of Publisher: Eva's career as an interactive performance artist and master storyteller allow her to communicate her experience as a patient and survivor in a unique and powerful way. For ten years, Eva has been telling her intimate and dramatic story of surviving late-stage oral cancer at dental meetings and dental schools. A champion for early detection, Eva developed an oral cancer awareness campaign, Six-Step Screening, for which she was recognized by the American Academy of Oral Medicine. She is the author of 'You Are Not Alone: Families Touched by Cancer'.

Der DDHV publiziert diese Krankengeschichte aus dem Grund heraus, da in den USA die Krebsvorsorge in der Ausbildung zur Diplom DH seit 1970 natürlich integriert ist. Funktioniert die Zusammenarbeit zwischen Zahnmediziner und Diplom DH (Bachelor DH) und ist die DH auf höchstem Niveau ausgebildet (Pathologie!), dann kommt es nicht zu dieser hier aufgeführten Situation. Dieses wichtige Thema wird auch in access, November 2011, Seite 16 und 17, ausführlich beschrieben. Dabei besteht immer noch ein großer Unterschied zwischen Befundaufnahme und Diagnose.

Rund um den Globus

Der **Spitta Verlag** offeriert Fortbildung via „Live-Webinar“. Dort kann man mittels wenig Aufwand sein Wissen auffrischen und per Chat Fragen an die Referenten stellen. Für weitere Infos: www.spitta.de/webinare.

Journal

Unser Journal wird als sehr informativ gelobt: Wir würden Themen der Parodontologie schneller und offener publizieren als andere. Zudem veröffentlichen wir interessante Themen, Gedanken und Zusammenfassungen. Das ist auch der Sinn der Sache: nicht nur Themen der Parodontologie zu behandeln, sondern auch mit den Ängsten und Nöten unseres Berufsbildes Kompetenz zu zeigen. Wir freuen uns über diese Belobigungen ganz besonders, da sie von Parodontologen stammen. Und natürlich auch deshalb, weil der Ruf derjenigen, die den Kopf für alles hinhalten, bekanntlich nicht sonderlich gut ist. Das ist aber – siehe Politik – immer so, wenn man große Veränderungen durchsetzen möchte. Vor allem solche Aktionen, die vermeintlich das Budget der Zahnärzte beschneiden, was in unserem Fall allerdings nicht zutrifft. Versierte Zahnärzte, die DH seit vielen Jahren im Team haben, wissen, dass genau das Gegenteil der Fall ist. Es sind die versierten Diplom DH, die meist in den Praxen total ausgebucht sind. Patienten müssen oft lange Wartezeiten hinnehmen. Und sie sind es, die noch so viel „Verstecktes“ finden.

Krankenkassen schrumpfen in Deutschland

Das nennt man „gesundschrumpfen“. Von den im vorletzten Jahr noch vorhandenen gesetzlichen 175 Krankenkassen gibt es laut Angabe der neuen ZM (102, Nr. 3 A, 1.2.2012) nur noch 137. Das ist eine Reduktion von 20%. Die drei größten Kassen sind Barmer/BEK, DAK und Techniker-Krankenkasse. Wir schließen uns der Meinung von Fachleuten an, dass in Deutschland bei 82 Mio. Einwohnern auch 30 - 50 Krankenkassen genügen würden. Diese Angaben beinhalten nicht die ca. 50 privaten KV. In dieser Hinsicht ist die Schweiz kein gutes Beispiel: Für ca. 8 Mio. Einwohner gibt es ca. 90 Krankenversicherungen.

Praxis für Dentalhygiene

Im letzten Journal publizierten wir Angaben hinsichtlich der selbstständigen Tätigkeit von Diplom Dentalhygienikerinnen, die ja bekanntlich nicht der Zahnärztekammer unterstehen. Diese Angaben bezogen sich auf eine Stellungnahme des Schweizerischen Roten Kreuzes (heute das BBT = Bundesamt für Berufsbildung und Technologie), das mit einer normalen Ausbildungszeit von 3 Jahren diese Selbstständigkeit zulässt. Die erste Praxis für Dentalhygiene hat in Deutschland hinsichtlich dieses Themas vor längerer Zeit einen Prozess gegen die Bayerische Zahnärztekammer gewonnen, wobei das Verwaltungsgericht dasselbe bestätigte. In anderen Worten: Alle Diplom DH, die ihre Ausbildung im Ausland absolviert haben, können in Deutschland längst selbstständig tätig werden. Allerdings ist das a) teuer und b) würde die Pionierin allen Interessierten empfehlen, sich zuerst über eine Praxis in der Praxis selbstständig zu machen. Eigene Rechnungen bei Kassenpatienten zu schreiben, ist überhaupt kein Problem, denn ob die Rechnung der Zahnarzt schreibt oder die DH: Sie wird nicht rückvergütet. Bei den Privatkassen ist das etwas problema-

tischer. Allerdings setzt sich hier langsam die Meinung durch, dass die Behandlung durch eine zertifizierte Diplom DH unglaublich viel günstiger ist als eine Parodontalbehandlung des Zahnarztes. Dass eine selbstständige Tätigkeit in vielen Ländern gang und gäbe ist, haben wir des Öfteren publik gemacht. Bitte hier wieder beachten: Eine freie Mitarbeit kann auch eine deutsche DH anstreben. Dazu benötigt sie zwei Arbeitgeber, die auch in derselben Praxis tätig sein können. Zwischen freier Mitarbeit und selbstständiger Tätigkeit sehen wir allerdings einen ganz großen Unterschied. In Deutschland werden beide Tätigkeiten oft in einen Topf geworfen, was dem DDHV unnötige Rückfragen beschert.

Und, um den Unkenrufen klar entgegenzutreten: Die Bestrebungen des DDHV sind ganz und gar nicht, die eigene Praxis durchzusetzen. Das war nie Thema des DDHV. Seit Anbeginn will der DDHV ein eigenes Berufsbild durchsetzen. In dieser Formulierung liegt aber ein ganz großer Unterschied. Last but not least: Alle, die eine selbstständige Tätigkeit anstreben, sollen das bitte nochmals genau lesen. Denn eine ZMF oder deutsche DH haben bislang keine Chance, diesen Weg zu gehen. Der DDHV möchte diese Tatsache nicht immer wiederholen müssen!

Westfalen Lippe

Der Zahnärztekammerpräsident von Westfalen Lippe, **Dr. Bartling**, lehnte die Zusammenarbeit mit der Universität Münster bezüglich eines Bachelors in Dentalhygiene im Januar 2012 ab. Siehe Begründung im Journal 1/2012. Wir

nehmen an, dass auf Antrag der Zahnärztekammer Baden-Württemberg die Bundeszahnärztekammer (auch hier siehe Journal 1/2012) die Ablehnung beschloss, obwohl uns bekannt ist, dass die Ablehnung eines Bachelor-Studienganges in Dentalhygiene in den Zahnärztekammern schwindet. Allerdings wissen diese Politiker ganz genau, dass sie nicht wiedergewählt werden, wenn sie sich offiziell dazu bekennen. Dasselbe gilt für Professoren-Positionen an den Universitäten, die den Schritt zu einem Bachelor wagen. Sie werden intensiv ignoriert von ihren (nicht wissenden) Kollegen. Nur nicht gegen den Strom schwimmen! Andererseits sind andere längst mit dem Bildungsministerium und dem Gesundheitsministerium fast am Ziel.

Zusatz zu den bisherigen GOZ-Angaben

Für die offene Kürettage für Zahnärzte gilt:

4090 Lappenoperation, offene Kürettage einschließlich Osteoplastik an einem Frontzahn, je Parodontium mit 180 Punkten = ca. ... Euro pro Zahn

4100 Lappenoperation, offene Kürettage einschließlich Osteoplastik an einem Seitenzahn, je Parodontium mit 275 Punkten = ca. ... Euro pro Zahn

Diese PAR-Aktion wird in Ländern mit Diplom DH erst Monate nach deren intensiven Vorbehandlungen in Angriff genommen. Erst dann, wenn bleeding on pro-



Effizient und präzise: Gracey Küretten von Hu-Friedy

Optimales Scaling erfordert perfekte Instrumente. Die extrem scharfen Gracey-Küretten von Hu-Friedy ermöglichen präzise subgingivale Eingriffe auch in schwer zugänglichen Bereichen. Selbst Ablagerungen in tiefen, engen Parodontaltaschen lassen sich mit den Instrumenten effektiv entfernen. Feine Schneidekanten reduzieren die Gewebedehnung und minimieren das Risiko von Traumata.

Namensgeber der Küretten ist Zahnarzt Dr. Clayton Gracey. Er entwickelte die Instrumente in den 1940er Jahren gemeinsam mit Hugo Friedmann, dem Gründer von Hu-Friedy. Seitdem wurden die Küretten kontinuierlich weiterentwickelt, damit für alle Anforderungen das passende Tool zur Verfügung steht. Schäfte und Arbeitsenden wurden bereichsspezifisch gestaltet und jedes Instrument einer bestimmten Gruppe von Zähnen und dort bestimmten Flächen zugeordnet. Diese Adaption ermöglicht eine optimale Behandlung und macht die Küretten zu den populärsten Instrumenten der Parodontologie.

Gracey-Küretten von Hu-Friedy eignen sich ideal zur Zahnsteinentfernung und Wurzelglättung - auch hartnäckige Ablagerungen werden effektiv entfernt. Die Arbeitsenden der Instrumente sind extrem widerstandsfähig und haben hervorragende Abnutzungseigenschaften. Für präzises und kontrolliertes Arbeiten sorgt die strukturierte Oberfläche der Griffe. Mit Gra-



Seit über 100 Jahren ist Hu-Friedy ein weltweit führender Hersteller von Instrumenten und Geräten für die Dentalbranche. Die hochwertigen Präzisionshandinstrumente, Scaling- und Hygiene-Produkte des Unternehmens werden global vertrieben.

cey-Küretten von Hu-Friedy können Zahnärzte und DH komfortabler arbeiten und die Behandlung für ihre Patienten schonender gestalten.

Kontakt: info@hufriedy.eu

bing nach Monaten nicht zu stoppen sind, geht es in die Parodontalchirurgie.

Für die DH müssen somit die Angaben auf Seite 16, Journal 2/2011, Gültigkeit haben, allerdings sind nach wie vor unsere präoperativen Deepscalings/Rootplanings oder Debridements (ist eigentlich immer dasselbe) das A und O. Ohne diese eine Parodontalchirurgie zu beginnen, spricht gegen den zahnärztlichen Eid. Da wundert es uns nicht mehr, dass im Ausland Diplom DH längst in verschiedene zahnärztliche (übergreifende) Gremien miteinbezogen werden, um hier korrigierend einen Input geben zu können, bevor sich die Zahnärzteschaft auf internationaler Ebene blamiert. Und: Die Formulierung analog der Ziffern 4070 und 4075 sind nur angebracht, um ein Auge auf den Behandler zu haben. Nachdem noch nie jemand in Deutschland diesbezüglich eine richtige Abklärung verlangte, sollte endlich ein Zahnarzt hier den Mut aufbringen und einen Muster-Prozess anstreben, falls hier Fragen entstehen sollten. Es kann nicht sein, dass man gewisse Behandlungen in den Kammerfortbildungen präsentiert und diese dann in den Abrechnungen schlichtweg boykottiert. Dass die Pflichtversicherungen dies ablehnen, ist 2004 in Baden-Württemberg abgeklärt worden. Allerdings sehen wir darin noch nicht eine endgültige Abklärung, da dem Richter offensichtlich nicht alle Schulungsunterlagen vorgelegt wurden (Kammerlisten!!!). Fazit: Da bringt auch der GOZ-Kommentar der BZÄK niemanden weiter.

Vorsicht, Schlagwörter!

Die Firma Procter & Gamble (Oral-B) veranstaltet (wie auch immer mehr andere Hersteller) ihr eigenes Dentalhygiene-Symposium mit Universitäts-Professoren und einem riesigen Werbe-Etat. Uns fallen in den Medien dabei folgende Schlagwörter auf: „Mundhygiene ist Kopfarbeit“ (finden wir übrigens nicht, es ist in erster Linie Handarbeit) „...inspirieren Vordenker...mit einem ...Vortragsprogramm zu *Höchstleistungen in der Mundhygiene*“ (Vordenker? Wer in Deutschland ist bitte ein Vordenker in der Mundhygiene, 100 Jahre nach den USA???)... und es „wird bereits auf hohem Niveau gehandelt, aber es geht immer noch etwas besser“. Es „müssen die Vorteile geschickt kommuniziert werden“ ... „und neue, individuelle Rekorde in der Prophylaxe erzielt werden“.

Ein Schelm, wer hier nur an den Euro denkt. Mit der neuen GOZ, die viel höhere Abrechnungen für Dentalhygiene zulässt, ist Deutschland erst recht weltweit absoluter Spitzenreiter. Nicht umsonst sprechen viele über „das zweite Standbein durch die Prophylaxe für den Zahnarzt“. Und: Wir wagen hier wieder Kopf und Kragen, dies öffentlich zur Debatte zu stellen!

Als wenn das nicht genug wäre! So publiziert die DZW 10/12, Seite 29, einen Artikel der Fa. Mörfelden-Walldorf, der bewusst nicht als Firmenbericht platziert ist. Dort wird u.a. aufgeführt, dass Handzahnbürsten quasi nur aus Bakterienkolonien bestehen würden (tun sie), aber die Ultraschallzahnbürsten nicht (das möchte ich einmal im Miko-Labor testen lassen! Hahaha!). Zudem fanden wir das folgende Statement schon unglaublich: „Ultraschallgeräte würden etwa zwölf Millimeter tief in das Zahnfleisch eindringen“ (Schallwellen haben nun mal einen großen Radius). Der Laie kann daraus folgern, dass mit einem solchen

Gerät auch das Taschen-Innenleben von Bakterien befreit wird. Zudem wäre mit einem solchen Gerät „eine bewegungslose, also reibungslose Reinigung nicht nur der Zähne, sondern auch der Zahnzwischenräume, der Fissuren und der Zahnfleischtaschen möglich“ ... wenn „diese Reinigung im Zusammenspiel mit einer speziellen Ultraschall-Zahncreme erfolgt“. Warum hört man von dieser angeblichen Sensation aus der Wissenschaft nichts, die alles Parodontologie-Ungemach plötzlich im Griff zu haben glaubt, genausowenig wie von der Zahnpasta, die angeblich Zahnreparaturen mit Apatit-Kristallen „ausbessert“? Mal wieder: Ein Schelm, wer Böses dabei denkt. Oder: Papier ist geduldig.

Und: Die ZMK stellt in ihrer Ausgabe vom März 2012 eine Emmi-Dent Professionelle Zahnbürste vor, die sich durch Mikrobläschen statt durch Bürsten durchsetzen möchte, als einzig echte Ultraschall-Zahnbürste! Der Wahn ist auf der gleichen Linie anzusetzen wie die Aussaat von Nahrungsmitteln, um Biosprit zu produzieren oder der Strom fürs Auto, der aus der Steckdose kommt, der ja erst mal produziert werden muss. Ist die Welt nicht schon verrückt genug! Heftiges, geräuschvolles Spülen mit Wasser, durch die Zähne gezogen, kann auch Mikrobläschen vorweisen und kostet keinen Strom.

Dr. Martin Bernhardt aus dem Lehel in München bietet PZR zu Dumpingpreisen für 38 Euro übers Internet an. Kein Wunder: Sie wird von einer ZFA (Zahnmed. Fachangestellten) ausgeführt.

Ein Fünkchen Wahrheit und seine Folgen

Den Schweizern sagt man Arroganz nach. Das trifft bekanntlich oft, aber nicht immer zu. Den Deutschen sagt man Ignoranz nach. Was unser Berufsbild anbelangt, ist das mehr als sicher. Die Österreicher sind von den deutschsprachigen Ländern allerdings diejenigen, die bekanntlich den größten Humor besitzen – manche sagen auch, als einzige. Der dürfte ihnen aber vorläufig vergangen sein. In Wien haben sie den separaten Universitätszweig in Parodontologie geschlossen bzw. nun ganz einfach in die normale Zahnheilkunde integriert. Und das keine 6 Monate vor dem weltweit größten Kongress in Parodontologie, dem EUROPERIO, wo Österreich diesmal Gastgeber war und der im Juni in Wien stattfand. Das hat intensive Wellen geschlagen. Dabei schreiten ähnliche Bestrebungen in Deutschland voran. Für diejenigen, die wissen, dass kanadische und amerikanische Parodontologen eine Zusatzausbildung von separat 3 **vollen** Jahren (!!!) absolvieren müssen, ist dies ein absoluter Hohn. Auf der anderen Seite sind aber auch genau das dieselben Länder, die das Berufsbild Diplom DH nicht als Nutzen sondern als eine Bedrohung sehen. Uns fällt mehr und mehr auf, dass Länder mit versierter Dentalhygiene leichter ihre eigenen Zähne zeigen können. Das ist durchaus doppeldeutig gemeint!

Die Aussage einiger deutscher Zahnärzte letzthin beinhaltet einen Widerspruch. Ihre Devise: Die deutsche DH könnten sie auch in ihrer eigenen Praxis „ausbilden“. Die Fähigkeiten einer Diplom DH, die sie sehr bewundern würden, lägen jedoch auf einem ganz anderen Level. Allerdings haben diese vermeintlichen Experten weder eine Diplom DH angestellt, noch eine Zusatzausbildung als Parodontologe. Das finden wir traurig. Aber immerhin!

Nostalgie-Rausch

In letzter Zeit häufen sich die Angaben in den zahnärztlichen Fachzeitschriften *pro Lachgasbehandlungen*, was im Zuge meiner Erfahrungen in Kanada ein nicht unbedingt erstrebenswerter Trend ist. Zu oft bekam ich Unter- oder Überdosierungen in einer Praxis mit, da jeder Patient anders darauf reagierte. Entweder schrien die Patienten im Behandlungsraum oder sie schlugen danach um sich. Zudem mussten sie noch im „Rausch“ zum Ausschlafen in einen speziellen, zusätzlichen Liegeraum gebracht werden, den nicht jede zahnärztliche Praxis bieten kann. Noch nicht genug: Bei einem Patienten musste ich miterleben, dass das nicht ganz passende Metallgerüst (damals unter Porzellankronen in einem Guss gemacht) mit kleinem Meißel und Hammer unter Lachgas „eingepasst“ wurde. Kurze Zeit später lernte ich „meinen“ ersten Parodontologen kennen und begann, für ihn zu arbeiten. Damals wusste ich schon, dass dieses „passend gemachte“ Gerüst nicht lange halten und dass der Druck dem Patienten Schmerzen bereiten würde. Aufgrund der heutigen moderneren Techniken finde ich die Lachgas-Methode einen absoluten Schritt zurück ins letzte Jahrhundert. Bleibt nur zu hoffen, dass auch für Lachgas ein Anästhesist erforderlich ist.

TKK

Die Techniker Krankenkasse führt auf ihrer Internetseite unter PZR auf: Politur der Zähne, der Füllungen und Kronenränder. Aufgrund der Veränderungen der letzten 20 Jahre sehen wir eine „Politur an Kronenrändern“ schon fast als Eingriff in die Zahnheilkunde. Denn: Wäre der Rand in Ordnung wie es der Zahnmedizinische Beruf vorschreibt, müsste keine „Hilfskraft“ eingreifen, die zwar als Zahnärztliche Fachangestellte in den Wortschatz aufgenommen, aber als nicht-zahnärztlich in der Zahnmedizin geführt wird (ein Absurdum sondergleichen). Sie und alle anderen sollten auch am Kronenrand nicht eingreifen. Das soll schon der Zahnarzt selber in Ordnung bringen. Schließlich dreht es sich hierbei entweder um Porzellan oder um eine Metalllegierung. Hier finden wir, dass die Grenze überschritten ist. Die Techniker Krankenkasse ist allerdings die erste Krankenkasse, die sechs Mal pro Jahr Osteopathie-Behandlungen bezahlt. Sie ist somit die fortschrittlichste Krankenkasse, die uns bekannt ist. Der Beruf des/r OsteopathIn ist genauso wenig in Deutschland anerkannt wie der Beruf der DentalhygienikerIn.

Parodontitis und Ernährung/Erkrankungen

Eigentlich wollten wir einen Bericht über Parodontitis in Bezug auf Ernährung bzw. auf Erkrankungen schreiben und eine entsprechende Liste der Erkrankungen auführen. Nachdem jedoch jede chemische Substanz den Körper verändern kann und jede, und zwar absolut jede Erkrankung ihr erstes Signal am Zahnfleischsaum anzeigt, wäre die Liste unendlich lang, und zwar so lang wie neue oder unerforschte Erkrankungen weiter entdeckt werden. Die Erkenntnis dieser Tatsachen sollte dazu führen, dass auch in Deutschland dieser Bereich als wichtiger Teil in die profunde Ausbildung in Dentalhygiene integriert wird. Zudem sollte es im Interesse eines jeden Behandlers (also auch jeder Diplom DH!!!) liegen, hier kompetent zu sein. Wir überlassen es jedem selbst, sich hier fortzubilden, da dies ein absolutes MUSS für unsere Parodontitis-Therapie bedeutet.

zm 102, Nr. 14 A, 16.7.2012 (1814)



Beschreibung zm:

„Bisphosphonat-assoziierte Kiefernekrose (BP-ON) im rechten Oberkiefer auf dem Boden einer Parodontitis.“

Kommentar DDHV: Man kann davon ausgehen, dass eine rechtzeitige systematische Parodontaltherapie die Kiefernekrose verhütet hätte. Die rauen Oberflächen lassen nicht vermuten, dass hier jemand etwa das subgingivale Scaling übertrieben und so eine Kiefernekrose ausgelöst hätte. In

anderen Worten: Mit einer Diplom Dentalhygienikerin hätte über den Weg einer Parodontitis-Therapie (Deep-Scaling) sehr viel mehr erreicht werden können. Wir erleben jedoch bezüglich versierter Dentalhygiene: Nichts hören, nichts sehen und möglichst den Beruf totschweigen. Armer Patient!

DZW 10/12

Schon viel früher hätte sich Diplom DH HF Beate Gattermann in einer eigenen Praxis niedergelassen, als sie es getan hat. Aus Rücksicht, nicht in die kosmetische Zahnheilkunde zu rutschen, hat sie das tunlichst unterlassen, bis in der Schweiz die ersten ihre Praxen eröffneten. So ist uns der Entscheid des Oberlandesgerichts Frankfurt/Az.: 6U264/10 natürlich willkommen, der eine ZMF-Zahnreinigung und ein Bleaching (Wasserstoffperoxid-Gehalt über 6%; die weniger starken kann man selbst zuhause durchführen) durch ein Dentalstudio untersagte. Denn: Einem Berufsbild Dentalhygiene sind solche Aktionen ganz sicher nicht förderlich.

Wir wissen nicht, ob wir lachen oder weinen sollen...

Zum Jahresbeginn übernahmen viele private Krankenversicherungen kurzfristig nicht die neuen PZR-Positionen (1040). D.h., dass der Massenabfertigung über wenig oder nicht geschultes Personal auf dieser Schiene etwas Einhalt geboten werden kann, aber auch der deutschen DH wurden so die Hände gebunden. Wir finden, dass dies eine gute und doch keine gute Entscheidung ist. Denn: Es wird zwar dem „Wildwuchs“ etwas Einhalt geboten, aber andererseits die Legalisierung der PZR etwas in Frage gestellt. Hierzu die Aussage im **Quintessenz Team-Journal 42/2012**: „Durch die Aufnahme der Ziffer 1040 in das GOZ-Leistungsverzeichnis wird die PZR als medizinisch notwendige Leistung definiert.“ Eine Ablehnung durch die privaten Krankenversicherungen sehen wir hiermit als nichtig an.

Prophylaxe impuls 16., Jhrg. 37/2012

Für diejenigen, die es nicht wissen: Wir kritisieren mit exakten Angaben, woher wir unsere Infos bekommen, NICHT das jeweilige Journal. Sondern: Wir sind verpflichtet, diese Angaben aus juristischen Gründen zu machen. Allerdings – mit Bezug auf unser Berufsbild – lassen wir uns diese „Anmerkungen“ nicht nehmen.

Amüsant fanden wir z.B. in o.g. Ausgabe die Aussage bei einer Kammeraktion in Berlin: „Boss wird man nur mit

gesunden Zähnen.“ Unsere Erfahrung lehrt uns etwas anderes. Ob oberster Boss oder oberster Politiker: Sie haben teilweise einen katastrophalen Gebisszustand. Dies kann man auch an ihrer Sprechweise erkennen. Sobald sie ihre Oberkieferzähne nicht zeigen, bleibt nur noch der Unterkiefer. Und wenn der voller Zahnstein ist, dann ist es zum Grausen. Wenn dann noch ein starker Mundgeruch dazu kommt ...grrrr. Kommt nicht nur öfter vor, sondern immer öfter!

DH-Abrechnungen

Immer wieder erreichen uns Hinweise über Rechnungen, die aufgrund einer Behandlung durch die Diplom DH gestellt wurden. So liegt uns eine Kopie auf dem Tisch, wonach für 50 Minuten leichte Behandlung fast 300 Euro verrechnet wurden. Diese Zahnmediziner verrechnen einen Stundensatz eines Zahnarztes und nicht einer Diplom DH. Andererseits gibt es viele ZA-Praxen, in denen die Diplom DH keine Einsicht in die Rechnungsstellung hat und die Patienten sich über zu hohe Rechnungen beschweren oder gar alles hinnehmen, da die privaten Krankenversicherungen unter der Ägide des Zahnarztes die Beträge sowieso übernehmen. Dass dadurch unser System krankt, daran denken viele nicht.

Zahnärztekammer Baden-Württemberg

Nach wie vor versucht die LZBW (Stuttgart) unter einem Vorwand, ausgestellt von Dr. Udo Lenke im Jahr 2002, damaliger Zahnärztekammer-Präsident, ausländische Diplom DH zu verunsichern, indem ihnen Anträge zur Gleichwertigkeitsprüfung zugestellt werden. Wir finden das dreist, denn längst haben wir abgeklärt, dass eine Zahnärztekammer für Diplom DH nicht zuständig ist. Vor allem wird die „ausländische DH-Urkunde“ verlangt, die ja ein Diplom ist und „Stuttgart“ dies nach wie vor nicht präsentieren kann. Uns liegt ein Antrag vor, der uns wirklich die Haare zu Berge stehen lässt. Unverfroren! Mehr fällt uns dazu nicht ein.

Das finden wir klasse:

Eine in Kanada ausgebildete Deutsche hat sich für eine pingelige, innovative Praxis in Günzburg entschieden und dafür eine in München abgelehnt. Allerdings wissen wir, dass dort schon länger sehr gute Zahnarztpraxen existieren. Wir wünschen ihr viel Glück und finden das klasse! Nicht immer in die Großstädte zu ziehen ist schon so selten, dass wir dies publik machen wollen.

Ein wahrer Spruch

Ein Patient, der heute Implantate braucht, war die letzten 50 Jahre nicht in konsequenter versierter Diplom-dentalhygienischer Behandlung.

Hamburg

In Hamburg werden derzeit händeringend in fünf sehr guten Zahnarztpraxen Diplom DH gesucht.

Länderinformationen

Schweiz

Wenn eine außerhalb der USA ausgebildete Diplom DH in den USA oder Kanada Arbeit sucht, so hat sie dort ein zusätzliches Examen abzulegen. Dies gilt auch für Ärzte oder Physiotherapeuten für die genannten Länder. Jedoch

dürften dies nicht die einzigen Berufsbilder sein, die dieses Procedere durchlaufen müssen. Nun startet die Schweiz denselben Weg, was wir sehr begrüßen. In der PZZ hat die erste Absolventin aus Irland einen diesbezüglichen Lehrgang abgeschlossen und es warten zwei weitere Interessentinnen. Genf zieht nach. Es gibt ca. 11 interessierte Diplom DH aus Kanada, die auf der Warteliste stehen. Der Anpassungslehrgang umfasst 120 Stunden. Italien ist gleichermaßen auf dem Weg einer sogenannten Lizenzierung. Deutschland muss über den DDHV diesen Vorgang ab dem Bachelor-Abschluss später ebenfalls ins Auge fassen. Dabei dürfte eine Sprachbarriere zu prüfen sein. Dieser Vorgang steht längst auf der Agenda des DDHV. Wir können jedoch erst dann aktiv werden, wenn das Berufsbild anerkannt ist. Für die deutsche DH ohne Diplom ist diese Tür verschlossen.

USA

Im Zuge der seit 100 Jahren bestehenden Dentalhygiene-Ausbildung an der Fones School of Dental Hygiene in Connecticut wurde Geld für einen neuen Grabstein für die erste (Diplom) Dentalhygienikerin Irene Newman gemeldet. access Mar/2012/13.

IFDH-News Frühjahr 2012

Nachzulesen unter www.ddhv.de/IFDH-Newsletter.

Nachstehend die Anzahl der Diplom DH und die Ausbildungsinstitutionen verschiedener Länder:

England 3.600 Diplom DH, 21 Ausbildungsinstitutionen; die Schweiz fast 2.000 Diplom DH, 4 Institutionen; Schweden 3.800 Diplom DH, 8 Institutionen; Südafrika dagegen nur 368 Mitglieder in seinem Verband, jedoch 5 Ausbildungsinstitutionen (heiraten wohl viele oder wandern ab?); Portugal nur 470 Mitglieder im Verband, muss aber sehr viel mehr Diplom DH in den letzten 30 Jahren ausgebildet haben, viele davon Männer. Lehren nach amerikanischem Vorbild. Lettland hat mit einer Ausbildungsinstitution 223 Mitglieder in seinem Verband. Japan, das ich 1984 kennen lernen durfte, damals stand das Berufsbild noch am Anfang, hat heute 13.000 Diplom DH, von denen manche in Deutschland ein Zuhause gefunden haben. Italien mit seinen beneidenswerten 33 Bachelor Studiengängen hat mittlerweile fast 1.000 Mitglieder in seinem Verband. Dänemark verfügt mit nur 2 Studiengängen, die aber schon Jahrzehnte installiert sind, über 1.485 Mitglieder in seinem Verband. Kanada startet ein direktes Zahlungsprogramm an die Dentalhygienikerin (Kassenzulassung wie in Deutschland für die Physiotherapeutin längst vorhanden ist). Es gibt unglaubliche finanzielle Unterstützung vom Staat, dieses Berufsbild mehr publik zu machen. Das Land hat 50 Colleges/Unis, die ausbilden, und kann dadurch auch stolze 16.500 Mitglieder in seinem Verband vorweisen. Einigen wenigen verdanken wir diese Informationen, die zukünftig regelmäßig zusammengetragen werden. Wir finden diese Angaben hilfreich als Unterstützung für unser fehlendes Berufsbild und seine fehlende, staatliche Ausbildung in Deutschland.

Im Jahre 2013 wird...

- ... der Beruf der Diplom Dentalhygienikerin in den USA einhundert (100) Jahre alt.
- ... der DDHV vierundzwanzig (24) Jahre alt.
- ... der Beruf der Dentalhygienikerin in Deutschland null (0) Jahre alt!!!

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

2012

09. - 10.11.	Jahreskongress <i>Swiss Dental Hygienists</i>	Interlaken/Schweiz	www.dentalhygienists.ch
07. und 08.12.	ipi-Praxistage 2012	München	www.ipi-muc.de

2013

20.04.2013	DDHV-Fortbildungstagung 2013	München	www.ddhv.de
14. - 17.08.	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)

**Erfahren Sie
alles über
die Dentalhygiene
in Deutschland:**

www.dentalhygienists.de

**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 58. 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, b.gatermann@ddhv.de

Vorsitzende
und IFDH-Delegierte Beate Gatermann, RDH/USA, Dipl. DH HF/CH

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

VM/Schriftführerin Lise Bacher, Dipl. DH/RSA

Kontrolllesung Heidi Wissing, Dipl. DH HF/CH

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

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

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.