

# DDHV-Journal 2/2013



***Deutscher DentalhygienikerInnen Verband e.V.***



## ***Ein neuer Gedanke wird zuerst verlacht, dann bekämpft, bis er nach längerer Zeit als selbstverständlich gilt.***

*Arthur Schopenhauer, 1788 -1860, Autor, Hochschullehrer und deutscher Philosoph*

### **Liebe Leserinnen, liebe Leser,**

nach aktuellem Stand der Wissenschaft ist die fachgerechte Bewältigung des enormen Behandlungsbedarfs in der parodontalen Therapie für Zahnärzte zu ökonomisch tragbaren Bedingungen nur zu schaffen, wenn speziell geschulte DentalhygienikerInnen diese unterstützen.

Da die professionelle Prävention parodontaler Erkrankungen eine auch intellektuell anspruchsvolle Tätigkeit ist, muss potentiellen Kandidatinnen und Kandidaten ein langfristig attraktives, im erweiterten Akademikerbereich angesiedeltes Berufsbild (Bachelor of Science in Dental Hygiene) geboten werden, um im Zeitalter des Nachwuchsmangels im Gesundheitswesen überhaupt noch kompetente Fachkräfte rekrutieren zu können.

Erst nach einer erfolgreichen Behandlungs-Grundphase durch eine versierte Fachkraft erfolgt eine Heilungsphase, wobei das Resultat erst nach sechs Monaten beurteilt werden kann. Nur so kann man unnötige Parodontal-Chirurgie verhindern.

Diejenigen, die sich mit dem im Aufbau befindlichen, neuen System in Köln in den letzten Monaten auseinandergesetzt haben, kamen zu dem Schluss: Das ist momentan ein für alle Seiten zufriedenstellender, machbarer Weg, den wir alle unterstützen sollten. Sowohl für AbsolventInnen des zweiten Bildungsweges als auch für AbiturientInnen sind die Türen zu einem Bachelor of Science in Dental Hygiene weit geöffnet. Wir finden, dass dieser Weg überfällig ist und sehen die Kritiker als nicht kompetent an. Lesen Sie mehr darüber in diesem Journal.

Ein weiteres Phänomen, das uns wert ist zu diskutieren, da es mit einer profunden Ausbildung zu tun hat, ist: Deutschlandweit werden Fortbildungen angeboten, die Themen erörtern, die nie und nimmer für versierte Diplom DentalhygienikerInnen interessant sind, da diese Themen längst während ihrer Ausbildung zur Genüge behandelt wurden. Sie werden von Zahnarztpraxen mit minderqualifiziertem Personal durchgeführt, die sich die dentale Prophylaxe auf ihre Werbungsflyer schreiben. Oder renommierte Firmen, die über große Werbe-Etats verfügen, senken die Kosten für die Teilnahme an diesen Fortbildungen durch großzügige Werbegeschenke. Dies ist das Resultat einer „verschleppten Profession“ und wäre im Ausland undenkbar. Verwunderlich (und dann doch wieder nicht) ist nur, wer sich für diese längst überholten Themen zur Verfügung stellt! Der DDHV hat es sich zur Aufgabe gemacht, dieses Niveau längst hinter sich zu lassen. Deshalb war und ist er mit seinen Themen wie „Ernährungslehre beim PAR-Patient“ und „Die Psyche und/oder ‚Nebenwirkungen‘ aller denkbaren Erkrankungen!“ seiner Zeit immer voraus. Auch unser nächster Kongress wird wieder Neues bringen. Dies wird dann von anderen bekanntlich früher oder später, wie so Vieles, was wir schon aus der Taufe hoben, nachgeahmt. Aber zugeben würde das ja niemand! Man wird das Gefühl nicht los: Sie haben dem Thema Prävention in der Dentalbranche nichts mehr hinzuzufügen, weshalb Themen aus der Antiquitätentruhe gegraben werden, die keine Themen mehr sind.

Die Zeit steht für uns endgültig auf Umbruch. Freuen wir uns auf das, was da kommt.

**In diesem Sinne grüßt Sie ganz herzlich für das DDHV-Team**

**Beate Gatermann, RDH, Dipl. DH HF**

### **INHALT**

- 2 DDHV-Kongress 2014
- 4 Dental Hygiene at 100: Who Was Dr. Fones?
- 7 Bachelor of Science in Dentalhygiene soll zum nächsten Wintersemester in Köln starten
- 8 „Akademisierung der Heilhilfsberufe“ ist nicht mehr aufzuhalten
- 10 Startschuss für das Studium B.Sc. in Dental Hygiene im Oktober 2013
- 11 Brauchen wir in Deutschland ein Berufsbild in Dentalhygiene?
- 12 Leserbrief Prof. Dr. Jean-Francois Roulet in *prophylaxe impuls*
- 13 PAR-Therapie heute:  
Was ist das Beste für meine Patienten?
- 16 Parodontalerkrankungen
- 16 Auszug aus: Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen des Wissenschaftsrates vom 13.7.2012
- 17 DDHV-Kongress München am 4.5.2013
- 18 IDS Köln vom 12. - 16.3.2013
- 19 SZ vom 5.4.2013: „Das Beste aus aller Welt“
- 19 Weit weg von der Realität
- 20 Der Mensch und das Meer
- 21 Wikipedia schreibt
- 22 Rund um den Globus
- 25 Ein völlig sinnloser Stoff?
- 27 Buchbesprechungen
- 29 Keine Angst – gute Fette machen nicht fett
- 30 Veranstaltungskalender
- 30 Stellenmarkt
- 30 Impressum

**24 Jahre DDHV**  
**DDHV-Kongress 2014**  
**Deutscher DentalhygienikerInnen Verband e.V.**

**Programm für Samstag, 05.04.2014**

Sheraton München Arabellapark Hotel  
 Arabellastraße 5, 81925 München

08:00 - 09:00	<i>Einschreibung / Produktinformation</i>	
09:00	<i>Beginn der Tagung</i>	
09:00 - 09:50	Treatment / Overtreatment: Wann ist weniger mehr?	Deborah J. Hofer, RDH, BS, EdM, CAS
09:50 - 10:20	<i>Produktinformation / Kaffeepause</i>	
10:20 - 11:10	Regeneration und Erhalt parodontaler und alveolärer Gewebestrukturen durch orthodontische Extrusionstechniken	Dr. Stefan Neumeyer
11:10 - 12:00	Periimplantitis	Dr. Gordon John
12:00 - 13:30	<i>Produktinformation / Mittagsbuffet</i>	
13:30 - 14:15	Curricula der <i>praxis</i> Hochschule	Karen Friedt, Diplom DH HF
14:15 - 15:00	Modernes PA-Konzept – was kommt nach der DH...	Dr. Tobias Thalmeier
15:00 - 15:45	<i>Produktinformation / Kaffeepause</i>	
ca. 15:45	Ende der Tagung	
16:00 - 17:30	<b>Jahresmitgliederversammlung</b>	<b>Zutritt nur für DDHV-Mitglieder (nur DH)</b>

Auf Grundlage der BZÄK werden 7 Punkte für diese Tagung vergeben.  
 Bitte beachten Sie die Produktpräsentationen unserer Aussteller.  
 - Änderungen vorbehalten -

**Tagungsgebühr inkl. Kaffee und Mittagsbuffet:** Teilnehmer: 280,00 Euro inkl. 7 % MwSt.  
 Frühbucher erhalten einen Nachlass von 30,00 Euro bei Zahlungseingang bis 15.03.2014 (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](mailto:Beatrix.Baumann@gmx.de); [www.ddhv.de](http://www.ddhv.de)

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

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. 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 Schweizer Lizenz (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.

**Dr. Stefan Neumeyer**

Jahrgang 1954. 1973 - 1979 Studium der Zahnmedizin an der Julius-Maximilians-Universität Würzburg, Verleihung des Adolf Lübeck-Preises der Universität Würzburg. 1981 bis heute Zahnarzt in eigener Praxis in Eschlkam. 1987 - 1999 Wissenschaftlicher Mitarbeiter der Prothetischen Abteilung der Universität Regensburg bzw. der Ludwig-Maximilians-Universität München (Prof. Dr. Dr. h.c. Wolfgang Gernet). 1999 Mitarbeit im ICED (International Centre of Excellence in Dentistry), Eastman Institute London. 2002 Ehrenzeichen der Bayerischen Landeszahnärztekammer für hervorragende Verdienste um den zahnärztlichen Berufsstand. Diverse Ämter in zahnärztlichen Gremien und diverse Mitgliedschaften in zahnmedizinischen Gesellschaften. Hauptarbeitsgebiete: Minimal und non invasive Restaurationstechniken, Stiftverankerungen, Parodontologie, Implantologie; biologisches Gewebemanagement. Referententätigkeit national und international.

**Dr. Gordon John**

Jahrgang 1981. 2000 - 2006 Studium der Zahnmedizin an der Universität Leipzig. 2007 - 2009 wissenschaftlicher Mitarbeiter im Biotechnologisch-Biomedizinischen Zentrum Leipzig, Arbeitsgruppe „Zelltechniken und angewandte Stammzellbiologie“ (Direktor: Prof. Dr. A. Bader). 2009 - 2012 Assistenz Zahnarzt in der Poliklinik für Zahnärztliche Chirurgie und Aufnahme an der Westdeutschen Kieferklinik der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf (Direktor: Prof. Dr. J. Becker). Spezialsprechstunde Periimplantitis/ Laserchirurgie der Poliklinik für Zahnärztliche Chirurgie und Aufnahme an der Westdeutschen Kieferklinik der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. 2012 Zusatzbezeichnung Fachzahnarzt für Oralchirurgie, erteilt durch die Landeszahnärztekammer Nordrhein, Düsseldorf.

**Karen Friedt, Diplom DH HF**

Jahrgang 1980. 1999 ZFA-Brief in Nürnberg. 2003 Ausbildung an der Diplom Dentalhygieneschule Zürich. 2002 - 2010 Praktika und Erwerb von Berufserfahrung in Zahnarztpraxen mit unterschiedlichen Schwerpunkten in Zürich. 2004 - 2007 Mitarbeiterin der Dentalhygieneschule Zürich. 2010 Rückkehr nach Deutschland und Anstellung als Diplom Dentalhygienikerin in einer MGK- (Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie) Klinik in Düsseldorf. Seit 2013 Diplom Dentalhygienikerin an der *praxisHochschule* für Gesundheit und Soziales.

**Dr. Tobias Thalmair**

Jahrgang 1976. 1996 - 2003 Studium der Zahnmedizin an der Friedrich Alexander Universität Erlangen-Nürnberg; Promotion dort 2004 (Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie). 2004 - 2007 wissenschaftlicher Mitarbeiter der Zahnklinik 2 – zahnärztliche Prothetik, Erlangen. 2007 - 2009 sowie 2010 - 2011 postgraduierte Weiterbildung zum Spezialisten für Parodontologie im Zentrum für Zahnheilkunde München, Bolz&Wachtel Dental Clinic München. 2008 - 2011 Mitarbeiter im Privatinstitut für Parodontologie und Implantologie München. Seit 2011 Ressortleiter „Parodontologie-Praxis“, team-work media. 2011 - 2012 Praxis für Parodontologie und Implantologie Zürich. 2013 Gründung einer eigenen Praxis in Freising. Seit 2011: Spezialist für Parodontologie der DGP; Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie (DGI).

**Tag der offenen Tür in der *praxisHochschule***

Die *praxisHochschule* für Gesundheit und Soziales und das zahnärztliche *prophylaxeZentrum* in 50670 Köln, Neusser Str. 99, stellen sich am Freitag, 13. September 2013, mit einem Tag der offenen Tür vor. Von 10.00 bis 15.00 Uhr lädt die Hochschule alle Interessierten ein, die Bildungsangebote u.a. in dem Studiengang Dentalhygiene kennenzulernen. Ab 15.00 Uhr öffnet das zahnärztliche *prophylaxeZentrum* seine Türen. Hier kann die Zahnarztpraxis hautnah erlebt werden. Für das leibliche Wohl der Besucher wird gesorgt und für Kinder gibt es kurzweilige Unterhaltung. Ein um 18.00 Uhr beginnender Infoabend für Zahnärzte und Partner der Hochschule rundet den Tag ab.

Weitere Informationen:  
[www.praxishochschule.de](http://www.praxishochschule.de)  
[www.prophylaxezentrum.de](http://www.prophylaxezentrum.de)





First graduating class of dental hygienists, 1914. Fones is in the second row, fourth from right.

## Dental Hygiene at 100: Who Was Dr. Fones?

By **Laurel Risom, RDH, BSDH, MPH**

This year marks the 100th anniversary of dental hygiene. It all started in Connecticut, where Dr. Alfred C. Fones, the Bridgeport dentist often referred to as "the father of dental hygiene," pioneered the dental hygiene profession in 1913.

Alfred C. Fones was born in 1869 and was a Bridgeport, Conn. native.<sup>1</sup> After attending dental school at New York College of Dentistry in 1890, he joined his father, the Hon. Civilian Fones, to practice dentistry together on Washington Street.<sup>2</sup> The most common reason people visited their office was extraction of decayed teeth. After practicing dentistry for about five years, the younger Fones became convinced of the importance of prevention of oral disease. He trained his cousin and chairside assistant, Irene Newman, to be the first dental "auxiliary."<sup>2</sup>

In 1907, Newman was performing the duties of what Fones would term a "dental hygienist" at their offices in Bridgeport. In 1913, Fones opened a school and, with Newman's help, instructed the first class of dental hygienists. These classes took place in a carriage house on Washington Avenue in Bridgeport, behind Fones' private practice.<sup>3</sup> It is reported that educators from Harvard, Yale, Columbia and as far away as Japan traveled to the carriage house school clinic to assist in educating the first class of dental hygienists.<sup>3,4</sup>

To understand the origins of the profession of dental hygiene, one must understand Fones, his philosophy and his vision of prevention. In 1916, Fones published a textbook for dental hygienists called *Mouth Hygiene*.<sup>5</sup> In his second (1921) edition, he describes the role of a dental hygienist.<sup>6</sup>

The dental hygienist must regard herself as the channel through which the knowledge of prevention that the dental profession has acquired is to be disseminated. The greatest

service she can perform is the slow and painstaking education of the public in mouth hygiene and allied branches of general hygiene. It must always be borne in mind that the aim of the dental hygienist is to secure extreme cleanliness of the mouth in an effort to starve bacteria and render them inert.

Fones further states that the dental hygienist's responsibilities are "to include the removal of the heavy tartar deposits, large accretions, and accumulations of stain and plaques," remarking that this is essential before the real science of prevention can be applied.<sup>6</sup>

A true prophylactic treatment must be designed to aid in the prevention, not only of dental caries, but in any of the departures from the normal of the supporting tissues of the teeth. The cleaning of the teeth bears the same relationship to (a) dental prophylaxis as plowing does to agriculture. The plowing is essential before the science of agriculture can be applied.

In his textbook, Fones presents detailed instructions of hand instrumentation with scalers to remove "tartar" deposits from both above and below the periodontium of the surrounding teeth. In the text, he presents figures, 218 illustrations and eight plates in all, including manikin instrumentation for each instrument in each area of the mouth, demonstrating both rests and strokes.<sup>6</sup>

In his clinic, Fones mounted extracted teeth in modeling compound for his students to use when learning scaling, instrumentation and polishing.<sup>7</sup> In addition, he painted plaster of Paris around each tooth to simulate the calculus deposits to be removed.<sup>7</sup> This is similar to the education of hygienists today, where students use typodont models to learn and master scalers and curettes, grasp, fulcrum and strokes before being introduced to a live patient.

In his textbook, Fones further discusses his vision of dental hygiene and dental hygiene education, encouraging

that the role of the dental hygienist include "preventative education" for all patients, young and old, children and mothers, as well as nutritional counseling. He suggests that every mouth would benefit from a prophylactic treatment and recommends visits to the dental hygienist every two months.<sup>6</sup>

Today, the American Dental Hygienists' Association (ADHA) describes the professional responsibilities of the dental hygienist in terms of six interrelating roles: the dental hygiene clinician, educator, advocate, researcher and administrator/manager all surrounding a core of public health practice.<sup>7</sup> Fones' vision, too, included public health at the center. He envisioned the dental hygienist in schools, providing classroom education for schoolchildren. He believed that dental hygiene public service should be widespread, and stated in his book that dental hygienists should practice in settings such as dental offices, infirmaries, public clinics, sanatoriums, factories and other private corporations, "to care for the millions of mouths who need their service."<sup>8</sup>

Dental hygiene was incorporated into Bridgeport's school system, and the program was studied for six years, with Fones presenting the excellent results in his publications.<sup>9</sup> His plan was that the dental hygienists would see first-grade school children once a month and provide education on the proper use of a toothbrush, classroom supervision of its use and lessons in hand and face hygiene, along with nutritional counseling. He hypothesized that with this program, "three-fourths of the diseases of children would be eliminated."<sup>10</sup>

Eight dental hygienists and two supervisors set out in September 1914 to work with the Bridgeport schoolchildren, each of whom received a prophylactic treatment regardless of the financial status of the parents. This dental prevention system was incorporated as a part of the school curriculum. The total number of children treated in the first year was 6,768. Fones reports in his findings, "On first examination, it was observed and reported that less than 10 percent of (the) children were brushing their teeth daily. Ten percent of the children examined were found to have fistulas, and averaged over seven decayed teeth per child." Fones further reports that he was "shocked at the finding to discover the mouth of the children in such deplorable condition."<sup>11</sup>



Alfred C. Fones

More dental hygienists were added to the Bridgeport School system, and by 1917, all the children in the first grade had been seen, totaling 15,000. Fones compared the fifth grade classes that had received the preventive treatments (dental hygiene prophylaxis from grades one through five) to a fifth grade class of years past, who had received no prevention or dental hygiene visits. Results demonstrated a reduction in dental caries in the permanent dentition of the fifth graders — as high as 67.5 percent

*Fones' plan was that the dental hygienists would provide education on the proper use of a toothbrush, classroom supervision of its use and lessons in hand and face hygiene, along with nutritional counseling.*



The carriage house where Fones taught.



in the Barnum school, while only 15 percent in the Waltersville school. Fones reported that the total average reduction in caries, once hygienists had been introduced into all the Bridgeport elementary schools, was 33.9 percent. He attributed the difference in the reduction rates from school to school to the movement of children with the Bridgeport school system and loss of children in the schools.<sup>6,8</sup>

Irene Newman became the first president of Connecticut's state dental hygiene association, which was formed by 1914, having 19 charter members. The national dental hygiene organization, ADHA, would follow in 1923. Connecticut was the first state to license dental hygienists, and Irene Newman was the first licensee in 1917. In New England, other states began to license hygienists, too, including Massachusetts.<sup>2</sup>

Alfred C. Fones died in 1938. Connecticut dental hygienist, Mable C. McCarthy wrote a tribute to Fones and in his honor a \$1,000 scholarship was established with ADHA to help a student dental hygienist in financial need.<sup>2</sup>

Fones' vision of prevention and his guiding force created the profession as we know it today. Community service and dental outreach remain important components of dental hygiene education. Students in their final year of dental hygiene visit numerous community sites, senior centers, nursing homes, day care centers, Head Start programs, public and hospital dental clinics and local schools, gaining experience with different populations, cultures, ages and serving the community just as Fones envisioned in 1913.



*Irene Newman in the Bridgeport Schools, 1916*

## References

1. Waldo CSJ. The history of Bridgeport and vicinity, 2d ed. Clark Publishing, 1917. Available at: [books.google.com/books/about/History\\_of\\_Bridgeport\\_and\\_Vicinity.html?id=DwkWAAAAIAAJ](http://books.google.com/books/about/History_of_Bridgeport_and_Vicinity.html?id=DwkWAAAAIAAJ).
2. Motley WE. History of the American Dental Hygienists' Association 1923 - 1982. Chicago, American Dental Hygienists' Association, 1986.
3. University of Bridgeport. The history of the Fones School. Available at: [www.1bpt.bridgeport.edu/dental/history.html](http://www.1bpt.bridgeport.edu/dental/history.html).
4. Zayan M. The history of dental hygiene. Available at: [www.cdha-rdh.com/home/historyofdentahygiene.html](http://www.cdha-rdh.com/home/historyofdentahygiene.html).
5. Fones AC. Mouth hygiene, a course of instruction for dental hygienists; a text-book containing the fundamentals for prophylactic operators, 1st ed. Philadelphia: Lea & Febiger, 1916.
6. Fones AC. Mouth hygiene, a course of instruction for dental hygienists; a text-book containing the fundamentals for prophylactic operators, 2d ed. Philadelphia: Lea & Febiger, 1921.
7. American Dental Hygienist Association. Standards for clinical dental hygiene practice. Available at: [www.adha.org/downloads/adha\\_standards08.pdf](http://www.adha.org/downloads/adha_standards08.pdf).
8. Fones AC. A plan that solves the fundamental problem in school hygiene previous to the establishment of the dental hygiene clinic in 1914. Presentation to the 4th International Congress on School Hygiene, Buffalo, N.Y., Aug. 26, 1913.

Bridgeport photos are reprinted by permission of Meg Zayan, RDH, MPH, PhD, dean of the Fones School of Dental Hygiene, University of Bridgeport, Bridgeport, Conn.



*Bridgeport dental hygienists provided care in schools.*



Laurel Risom, RDH, BSDH, MPH, is a full-time clinical assistant professor at the University of Bridgeport, Fones School of Dental Hygiene and a graduate of Fones. She teaches both clinic and dental public health rotations. In addition, she practices dental hygiene in East Lyme, Conn. She is the immediate past president of the Connecticut Dental Hygienists' Association. ■



## Bachelor of Science in Dentalhygiene soll zum nächsten Wintersemester in Köln starten

**Prof. Dr. Stefan Zimmer: Theoretische Anforderungen an die DH haben ein Level erreicht, bei dem die Etablierung eines akademischen Abschlusses zwangsläufig erscheint.**

Die akademische Ausbildung zur Dentalhygienikerin/zum Dentalhygieniker (DH) beginnt in diesem Jahr auch in Deutschland. Nach aktuellen Informationen wird zum Wintersemester 2013 in Köln die *praxis*Hochschule für Gesundheit und Soziales, ein Unternehmen der Klett-Gruppe, ihre Pforten öffnen. Angeboten werden die Studiengänge Bachelor of Science in Dentalhygiene (DH), Bachelor in Management von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen und der Bachelor in Management von Gesundheitsnetzwerken.

Ziel dieser Hochschule ist es nach eigenen Angaben, die Attraktivität der klassischen Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen durch berufsbegleitende und ausbildungsintegrierende Studiengänge deutlich zu steigern und somit für neue Zielgruppen, insbesondere Schulabsolventen mit Hochschulzugangsberechtigung oder äquivalenten Zugangsqualifikationen, eine ernsthafte Ausbildungsalternative zu bieten. Der erste Studiengang zum „Bachelor of Science Dentalhygiene“ soll im Oktober 2013 beginnen. Auch die Danube Private University in Krems will zeitnah einen Bachelor-Studiengang DH anbieten (die DZW berichtete).

Grundlage der DH-Ausbildung in Köln ist eine 2012 geschlossene grenzüberschreitende Kooperation zwischen *praxis*Dienste und der Careum Stiftung (die DZW berichtete). Dabei setzt man mit dem didaktischen Konzept der Hochschule auf das Grundprinzip des „Problem Based Learnings“ (PBL, Problemorientiertes Lernen POL). Im Mittelpunkt sollen praxisnahe Problemfälle stehen, anhand derer die Studenten unter der Supervision von Wissenschaftlern und Praktikern Lernziele formulieren, sich diese Lernziele in Kleingruppen erarbeiten und zur Lernerfolgskontrolle wieder zusammenkommen. In die Lernziel-Erarbeitungsphase werden Praxisseinheiten in der Hochschulambulanz beziehungsweise in der Ausbildungspraxis, Vorlesungen und Seminare sowie Selbstlerneinheiten integriert. „Dies setzt hohe Maßstäbe und gilt für viele Experten für Prävention und Parodontologie als hochprofessionell“, heißt es in der Ankündigung. Die Ausbildung entspreche europäischen Standards und schaffe die Voraussetzungen, als Absolventen auch im Ausland zu arbeiten oder ein Master-Studium anzuschließen.

Das Studium startet nach Angaben der Hochschule unter wissenschaftlicher Leitung von Prof. Dr. med. dent. Thorsten Aushill, MBA, im neu umgebauten Schulungszentrum im Herzen Kölns mit zwölf Phantomkopfplätzen, acht zahnärztlichen Behandlungseinheiten und vier Seminarräumen. Neben einem direkten Studium für Bewerber mit Hochschulzugangsberechtigung ist die Zulassung zum Studium auch für berufstätige Zahnmedizinische Fachangestellte (ZFA) mit abgeschlosse-

ner Ausbildung und mindestens dreijähriger Berufserfahrung möglich, heißt es. „Da Vorleistungen angerechnet werden können, verkürzt sich die Regelstudienzeit von 36 Monaten auf gerade mal 24 Monate für ZFA. Das berufsbegleitende Studium kann neben einer Berufstätigkeit in einer prophylaxeorientierten Zahnarztpraxis absolviert werden. Geplant ist eine Studienzeit von 24 Monaten für ZFA ohne Prophylaxe-Qualifikation. Je nach Vorqualifikation – ZMP/ZMF/DH – kann das Studium von der Regelstudienzeit auf bis zu 18 Monate verkürzt werden“, heißt es in der Information der Hochschule. Weitere Informationen gibt es unter [www.praxisdienste.de](http://www.praxisdienste.de) oder [www.praxishochschule.de](http://www.praxishochschule.de) (im Aufbau) sowie auf der Facebook-Präsenz der Hochschule.

Im Vorfeld der Hochschüleröffnung hat der Anbieter Statements von Experten zu Fragen rund um die angebotenen Studiengänge eingeholt. Von zahnmedizinischer Seite hat Prof. Dr. Stefan Zimmer, Stellvertreter der Dekan der Fakultät für Gesundheit und Wissenschaftlicher Direktor und Departmentleiter des Departments für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Universität Witten/Herdecke, dazu Position bezogen. Wir geben das Interview in Auszügen nachfolgend wieder.

*Wie schätzen Sie die Attraktivität der angebotenen Studiengänge für junge Menschen mit Hochschulzugangsberechtigung ein?*

Prof. Dr. Stefan Zimmer: Ich halte alle drei Studiengänge für spannend. Sie tragen den veränderten Bedürfnissen in unserem Gesundheitswesen Rechnung. Insbesondere den DH-Bachelor finde ich interessant, weil die theoretischen Anforderungen an dieses Berufsbild mittlerweile ein Level erreicht haben, bei dem die Etablierung eines akademischen Abschlusses zwangsläufig erscheint. Außerdem kann man damit den bisher sehr langwierigen Qualifikationsweg abkürzen.

*Experten des Gesundheitswesens behaupten, klassische Berufsausbildungen im Gesundheits- und Sozialwesen wären für Schulabgänger mit Hochschulzugangsberechtigung aufgrund der geringen beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten nahezu unattraktiv. Unabhängig von der demografischen Entwicklung wäre es insbesondere aus diesem Grund sehr schwer, gutes Personal zu finden. Teilen Sie diese Einschätzung? Ist der Bedarf nach gut ausgebildetem Personal im deutschen Gesundheits- und Sozialsystem tatsächlich so groß?*

Zimmer: Da der Gesundheitsmarkt der Wachstumsmarkt schlechthin ist, haben wir hier natürlich auch den höchsten Anstieg an Personalbedarf. Ich teile nicht generell die Einschätzung, dass klassische Ausbildungen für Abiturienten unattraktiv sind. Auch in vielen

Lehrberufen gibt es ausgezeichnete Entwicklungsmöglichkeiten. Viele Handwerksberufe und auch das Beispiel Aufstiegs-DH belegen das. Um die Attraktivität der Lehrberufe erhalten zu können, sind aber berufliche Aufstiegsmöglichkeiten enorm wichtig. Deshalb plädiere ich auch unbedingt dafür, die Aufstiegsfortbildung zur DH neben der akademischen Ausbildung beizubehalten.

*Wie wirkt sich dieser Mangel an gutem Fachpersonal auf Ihre tägliche Arbeit aus?*

Zimmer: Ich persönlich spüre diesen Mangel zumindest noch nicht. Aber er ist da. Wenn man Karies und Parodontitis unter Versorgungsaspekten betrachtet, erkennt man schnell, dass der Behandlungsbedarf in beiden Gebieten sich in ähnlichen Dimensionen bewegt. Für die Vor- und Nachbehandlung von Parodontalerkrankungen fehlt es uns aber an dem notwendigen Personal, dies in unseren Praxen schultern zu können.

*Kann dieser Personalmangel durch die Akademisierung der klassischen Berufsbilder im Gesundheitswesen kompensiert werden?*

Zimmer: Ich denke ja, weil ein zweiter Weg eröffnet wird und es nun neben der langwierigen Aufstiegsfortbildung über Zahnmedizinische Fachangestellte (ZFA), Zahnmedizinische Prophylaxeassistentin (ZMP) und DH nun auch den „Short Track“ gibt, der berufsintegrierend in drei Jahren zum Ziel DH führen kann.

*Ist diese Akademisierung der klassischen Berufsbilder im Gesundheitswesen von Ihrem Standpunkt aus betrachtet sinnvoll oder gar notwendig?*

Zimmer: Der Wissenschaftsrat fordert die Akademisierung der Berufe des Gesundheitswesens. Ich möchte das aber nicht pauschal unterstützen, sondern plädiere für eine differenzierte Betrachtungsweise. Wenn hoher Anspruch an theoretische Grundlagen besteht, gehört ein Beruf in die akademische Ausbildung. Verlangt der Beruf vorwiegend praktische Fertigkeiten, eignet er sich gut als Ausbildungsberuf.

*Kritiker sehen die Integration einer klassischen Ausbildung, zum Beispiel zur ZFA oder Medizinischen Fachangestellten (MFA), in ein Studium als problematisch. Wie schätzen Sie diese Bemühungen der praxisHochschule ein?*

Zimmer: Für mich ist das kein Neuland, denn an unserer Universität kenne ich berufsintegrierende Studiengänge aus dem Bereich der Pflegewissenschaften, und quasi vor unserer Haustür steht die Hochschule für Gesundheit in Bochum, die dieses Konzept in mehreren Gesundheitsberufen, zum Beispiel Ergotherapie, Geburtshilfe und Logopädie, realisiert.

Allerdings ist es für mich nicht nachvollziehbar, warum man in Deutschland in vielen akademischen nicht approbierten Gesundheitsberufen nur Berufsfähigkeit erlangen kann, wenn man parallel zum Studium eine entsprechende Berufsausbildung absolviert. Das ist ein seltsam anmutender Anachronismus.

*Welche Kompetenzen müssen den Studierenden zwingend vermittelt werden?*

Zimmer: Natürlich alle fachlichen Kompetenzen. Darüber hinaus sind die Themen Ergonomie, Psychologie und Kommunikation von großer Bedeutung, und die Studierenden müssen ein hohes Maß an Empathie für ihre späteren Patienten mitbringen.

*Die Studiengänge der praxisHochschule sollen sowohl ausbildungsintegriert als auch berufsbegleitend angeboten werden. Wie können die Studierenden aus Ihrer Sicht von diesen Varianten profitieren?*

Zimmer: Sie sprechen damit verschiedene Zielgruppen an. Wer sofort nach dem Abitur oder der Fachhochschulreife das Studium beginnen möchte, kann das tun und damit bereits nach drei Jahren im Vollzeitstudium zum Abschluss kommen. Wer aber bereits im Beruf steht, bleibt auch nicht ausgeschlossen, weil er Beruf und Studium kombinieren kann. Wenn zusätzlich bereits Familie vorhanden ist, wird es aber trotzdem eine echte Herausforderung.

*Wie schätzen Sie die beruflichen Perspektiven eines Bachelor-Absolventen der praxisHochschule mit diesen Kompetenzen am zukünftigen Arbeitsmarkt des deutschen Gesundheitssystems ein?*

Zimmer: Wenn es gelingt, die Studierenden wie beschrieben auszubilden und darüber hinaus den Mehrwert für die Patienten und den Arbeitgeber sichtbar zu machen, werden die Absolventen keine Mühe haben, eine gute Stelle zu finden.

## „Akademisierung der Heilhilfsberufe“ ist nicht mehr aufzuhalten

*Kommentar von DZW-Chefredakteurin Dr. Marion Marschall*

Lange Zeit hat sich die zahnärztliche Standespolitik gegen die „Akademisierung der Heilhilfsberufe“ gewehrt – keine Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammern in den vergangenen Jahren kam ohne den zumeist mit großer Mehrheit verabschiedeten Antrag gegen diesen in der Medizin und in der Bildungspolitik greifenden Trend aus. Teile der Ärzteschaft hatten diese Bastion schon vor Längerem geräumt, auch wenn die Bundesärztekammer eine stärkere „Professionalisie-

rung“ der jetzt korrekt als „Gesundheitsfachberufe“ benannten nichtärztlichen medizinischen Berufe noch kritisch sieht. Erste Modellprojekte zum Beispiel für Hebammen und Ergotherapeuten laufen bereits, zum Beispiel in Nordrhein-Westfalen.

Der Wissenschaftsrat hatte im vergangenen Sommer in seinem Sondergutachten „Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen“

gerade die Situation in der Zahnmedizin noch einmal besonders herausgehoben und mit Blick auf den hohen Bedarf an präventiven und zum Teil auch therapeutischen Maßnahmen zum Beispiel für multimorbide, alte und pflegebedürftige Patienten gefordert, das Qualifizierungsniveau der Ausbildung der dafür prädestinierten Dentalhygienikerinnen und Dentalhygieniker schrittweise anzuheben. Man stelle mit Bedenken fest, „dass in den letzten Jahren keine entsprechenden Konzepte und Erprobungsmodelle entwickelt worden sind und in der Folge Initiativen einzelner zahnmedizinischer Hochschulstandorte nicht systematisch weiterentwickelt werden konnten. Nachdrücklich wird daher empfohlen, dass die gesetzlichen Grundlagen für einen eigenen Beruf der Dentalhygienikerin oder des Dentalhygienikers im zahnärztlichen Team geschaffen und neben einer fachschulischen Ausbildung auch einige weiterbildende Studiengänge zur Qualifizierung für eben diesen Beruf aufgebaut werden“.

Nicht nur Parodontologen haben diesen Bedarf immer wieder bestätigt. Es hat an Universitäten und auch in Zusammenarbeit mit Zahnärztekammern ja Initiativen gegeben, DH-Bachelorstudiengänge einzurichten und jungen Menschen neben der bisher üblichen langen Aufstiegsfortbildung aus der dualen Berufsausbildung heraus auch eine kürzere, akademische Ausbildung für diesen Beruf anzubieten. Sie wurden aus politischen Gründen torpediert, siehe oben.

Nun kommen private Anbieter und ergreifen – ganz offensichtlich erfolgreich – die Initiative, die die Zahnärzteschaft aus der Hand gegeben hat. Zwar müssen auch die Privaten sich mit den besonderen deutschen Bildungskautelel auseinandersetzen und im Vergleich zu den zum Beispiel in den USA, in der Schweiz oder in den Niederlanden üblichen Studiengängen zur DH Besonderheiten einbauen. Experten mahnen vor allem eine sorgfältige und breite praktische Ausbildung der Studierenden an, die ohne Berufsausbildung und Berufserfahrung den Weg zum Bachelor DH einschlagen. Aber auch diese Hürde scheint genommen, dem Vernehmen nach haben sich genügend Praxen darum beworben, als Lehrpraxen für die neue Kölner Hochschule tätig sein zu dürfen. Und die Nachfrage nach Studienplätzen sei ohnehin groß genug, heißt es.

Ein Studium zum „Bachelor of Science Dentalhygiene“ macht einen nichtärztlichen Beruf in der Zahnarztpraxis hoffentlich auch für Abiturienten und Realschulabsolventen wieder interessant. Denn nahezu bundesweit wird beklagt, dass das Niveau der Bewerber für die Ausbildung zur/zum Zahnmedizinischen Fachangestellten in den vergangenen Jahren drastisch gesunken, die Ausbildungsfähigkeit immer häufiger gar nicht gegeben sei. Auf der anderen Seite schneidet die Qualität der ZFA-Ausbildung in den Praxen aus Sicht der Auszubildenden in den Ausbildungsberichten des Deutschen Gewerkschaftsbunds seit Jahren unterirdisch ab. Die Aufstiegschancen werden als eher schlecht eingestuft,

die Aufstiegsfortbildung dauere zu lange, monieren auch die Zahnärzte selbst. „Zehn Jahre bis zur DH ist einfach zu lang für junge und engagierte Mitarbeiter. Und auch zu lang für uns in der Praxis“, konstatierte jüngst ein junger Zahnarzt und forderte eine Reform der Aufstiegsfortbildung.

Fakt ist: Zahnärztinnen und Zahnärzte sind auf qualifizierte, engagierte Mitarbeiter angewiesen, denen sie qualifizierte Tätigkeiten delegieren können – sowohl medizinisch als auch wirtschaftlich. Die medizinischen und technischen Anforderungen an das Praxispersonal wachsen, es sind immer mehr bürokratische Vorgaben und Regelungen zu beachten. Auch dafür braucht es qualifiziertes Personal.

Noch mag der Fachkräftemangel in den Praxen nicht so zu spüren sein. Bei den Auszubildenden merken sie es aber schon, dass die Konkurrenz anderer, als attraktiver wahrgenommener Berufe ihnen die Suche nach Nachwuchs schwerer macht. Die Aufwertung, die ein Bachelor of Science DH für alle Gesundheitsfachberufe in der Zahnmedizin bringt, sollte man nicht geringschätzen. Er eröffnet neue Aufstiegsperspektiven auch für die engagierten Mitarbeiter, denen der bisherige Weg zu lang, der Abschluss zu unattraktiv ist.

Das alte Gespenst, die DH werde dann selbstständig arbeiten und abrechnen wollen und die Honorarvolumina der Zahnärzte schmälern, ist längst in die standespolitischen Keller hinabgestiegen, aus denen es einst heraufbeschworen worden war. Die ganz überwiegende Mehrheit der ausgebildeten DH will in der Zahnarztpraxis und gemeinsam mit Zahnärzten arbeiten. Das gute Geld, das sie berechtigt verdienen wollen, arbeiten sie – so der einhellige Bericht von Zahnärzten, die (auch im Ausland akademisch) ausgebildete DH beschäftigen – in der Praxis leicht herein.

Es ist hohe Zeit, sich endgültig von der alten „Helferin“ zu verabschieden. Das ist nicht nur Begriffsklauberei. Qualifizierte medizinische Leistungen brauchen zeitgemäß qualifiziertes Personal. Die Aus- und Fortbildung des Personals für die Zahnmedizin ist Aufgabe der Kammern. Sie sollten sich das Heft des Handelns nicht noch mehr aus der Hand nehmen lassen und zukunftsorientiert agieren, die Vorteile sehen und für den Berufsstand nutzen. Die „Akademisierung“ droht nicht mehr nur, sie ist – politisch gewollt – schon nicht mehr aufzuhalten.

„Bachelor of Science in Dentalhygiene soll zum nächsten Wintersemester in Köln starten“ sowie „Akademisierung der Heilhilfsberufe ist nicht mehr aufzuhalten“:

*Beide Artikel mit freundlicher Genehmigung:  
DZW Die ZahnarztWoche, Ausgabe 11/13*



## Startschuss für das Studium B.Sc. in Dental Hygiene im Oktober 2013

Die im Mai 2012 geschlossene grenzüberschreitende Kooperation zwischen *praxisDienste* und der Careum Stiftung Zürich zur Entwicklung des Studiengangs „**Bachelor of Science in Dental Hygiene**“ trägt mit dem Start des Studiengangs BSc. in Dental Hygiene in Köln erste Früchte.

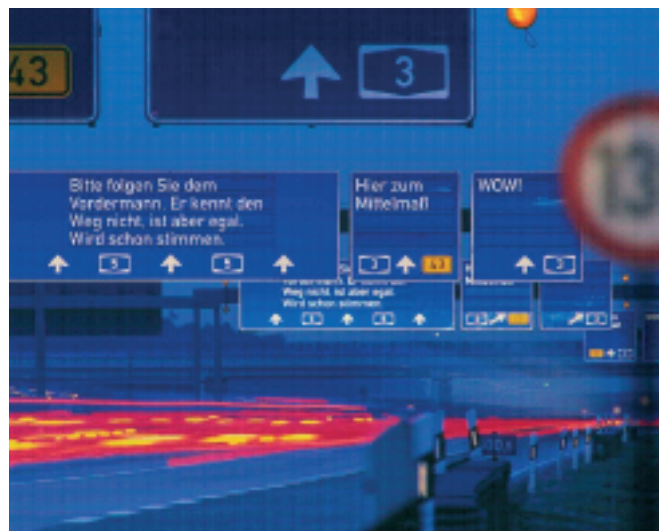
Diese weitreichende Kooperation ermöglicht die Anwendung des mehrjährig erprobten, anerkannten Schweizer Curriculum, welches an deutsche Gegebenheiten angepasst wird. Die Mischung aus Theorie, gestütztem Selbstlernen und dem so genannten Skills-Training (manuelle Fähigkeiten) am Phantomkopf sowie am Patienten sichert eine hohe Ausbildungsqualität.

Die Zulassung zum Studium ist auch für berufstätige ZFA mit abgeschlossener Ausbildung und mindestens dreijähriger Berufserfahrung möglich. Da Vorleistungen angerechnet werden können, verkürzt sich die Regelstudienzeit – eine erfolgreiche Akkreditierung der Studiengänge vorausgesetzt – von 36 Monaten auf gerade mal 24 Monate für ZFA. Im Vergleich dazu benötigt man bis zu 10 Jahre nach Beginn der Ausbildung bis zum Abschluss zur *Fortgebildeten Dentalhygienikerin* bei niedrigeren Anforderungen. Das berufsbegleitende Studium kann neben einer Berufstätigkeit in einer parodontal orientierten Zahnarztpraxis absolviert werden. Geplant ist eine Studienzeit von 24 Monaten für ZFA ohne Parodontal-Qualifikation. Je nach Vorqualifikation – ZMP / ZMF / DH – kann das Studium von der Regelstudienzeit auf bis zu 18 Monate verkürzt werden. Die Teilnehmer der bisherigen *praxisDienste* Aufstiegsfortbildungen ZMP können aufgrund der hohen Ausbildungsqualität von einer umfangreichen Anrechnung der Vorqualifikation profitieren. Dies spart Geld bis zu 2.400,- Euro beim berufsbegleitenden Studium.

Eine Mischung aus Präsenzphase für die Theorie, Skills-training am Phantomkopf bzw. Patienten, Lernhefte für zuhause und einem Testatheft in der Praxis ermöglichen die nebenberufliche Absolvierung des Studiums. Die Präsenzphasen an der Hochschule werden in Modulen – voraussichtlich 5 Tage pro Monat – stattfinden.

Parallel zum berufsbegleitenden Studium wird auch eine ausbildungsintegrierende Studienvariante angeboten. Hier absolvieren Abiturienten/Abiturientinnen innerhalb von nur 3 Jahren das Studium und durchlaufen parallel in den ersten beiden Jahren noch die Ausbildung zur ZFA.

Das Studium startet unter wissenschaftlicher Leitung von Prof. Dr. Thorsten Aushill im neu umgebauten Schulungszentrum im Herzen Kölns mit 12 Phantomkopfpunkten und 8 zahnärztlichen Behandlungseinheiten,



ten, einem Loungebereich für die Teilnehmer und 4 Seminarräumen.

Insgesamt übertrifft die fachliche Anforderung des Bachelor of Science in Dental Hygiene der *praxisHochschule* die bisherigen nicht-akademischen Aufstiegsfortbildungen deutlich. Insbesondere das medizinische Hintergrundwissen zur Einschätzung allgemeinmedizinischer Risiken und Zusammenhänge zwischen parodontalen und allgemeinmedizinischen Erkrankungen werden verstärkt im Rahmen des Bachelor-Studiums vermittelt werden. Auch die Betreuung von Risikogruppen, Senioren und Behinderten ist ein Schwerpunkt.

Darüber hinaus entspricht der Bachelor of Science in Dental Hygiene den europäischen Bildungsstandards und schafft die Voraussetzungen für eine berufliche Tätigkeit oder für ein Master-Studium im europäischen Ausland.

Interessenten können eine umfangreiche Informationsbroschüre bei *praxisDienste* anfordern und sich auf die Interessentenliste setzen lassen. Eine frühzeitige Registrierung wird aufgrund der starken Nachfrage dringend empfohlen.

**Mehr Infos inkl. praxis-Hochschule-Info-Paket:**  
[www.praxisdienste.de](http://www.praxisdienste.de) oder  
[www.praxishochschule.de](http://www.praxishochschule.de) (im Aufbau)



## Brauchen wir in Deutschland ein Berufsbild in Dentalhygiene?

Prof. Dr. U. Schlagenhauf, Leiter der Abteilung für Parodontologie, Universitätsklinikum Würzburg

### Einleitung

Der allgemein offensichtliche Rückgang des Kariesbefalls von Kindern und Jugendlichen gehört zu den großen Erfolgsgeschichten medizinischer Prävention der letzten 20 Jahre. Er belegt, welche Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung durch eine konzertierte Aktion aller im Gesundheitswesen beteiligten Verantwortlichen möglich ist. Die Daten der 4. Deutschen Mundgesundheitsstudie aus dem Jahr 2005 reflektieren jedoch leider nicht nur diese beispielhaft positive Entwicklung. Sie zeigen vielmehr ebenso auf, dass bei einer im Schnitt immer älter werdenden Bevölkerung mittlerweile parodontale Erkrankungen die Karies als Mundgesundheitsproblem Nummer 1 in Deutschland abgelöst haben und die Lebensqualität vieler älterer Erwachsenen und Senioren nachhaltig beeinträchtigen. Es ist daher an der Zeit, mit der gleichen Konsequenz nun auch die Prävention der parodontalen Erkrankungen auf den Weg zu bringen.

### Problem Parodontitis

Parodontitis ist wie Karies eine eng mit der Bildung krankheitspezifischer bakterieller Zahnbeläge verbundene Erkrankung. Neben einer gesundheitsförderlichen Lebensweise ist daher nach aktuellem Wissensstand zumindest bei Patienten mit hohem Erkrankungsrisiko die regelmäßige professionelle Reinigung der Zähne eine unabdingbare Grundlage für den Erfolg jeglicher parodontitispräventiven Strategie.

Aufgrund der weiten Verbreitung parodontaler Erkrankungen in der Bevölkerung und dem mit der Reinigung verbundenen Zeitaufwand besteht in Deutschland mittlerweile ein parodontalpräventiver Behandlungsbedarf, der von der Zahnärzteschaft personell wie ökonomisch alleine nicht abzudecken ist. Eine echte Delegation der Behandlung an vorhandene präventiv tätige zahnmedizinische Assistenzkräfte ist jedoch nur sehr eingeschränkt möglich, da diese gemäß den bisherigen Ausbildungskonzepten der Zahnärztekammern meist nur zu einer sehr eingeschränkten Behandlungskompetenz ausgebildet werden, die nicht den aus parodontalpräventiver Sicht essentiellen Bereich der Reinigung pathologisch vertiefter Zahnfleischtaschen umfasst.

### Lösungsansätze

Das Berufsbild der Dentalhygienikerin hingegen zielt direkt auf eine solche theoretische wie manuelle Kompetenz ab, die in einer mehrjährigen, intensiven Ausbildung zu erwerben ist. Die Ausbildung von Dentalhygienikerinnen ist in diversen entwickelten Industrienationen seit vielen Jahren erfolgreich etabliert. Ihre allgemeine Einführung würde auch in Deutschland wesentlich dazu beitragen, dem in weiten Teilen unversorgten und aufgrund der Alterung der Gesellschaft permanent zunehmenden parodontalen Behandlungsbedarf gerecht zu werden.

### Ausblick

Aktuell stehen in Deutschland eine grundlegende Modernisierung der Zahnheilkunde durch Neufassung der zahnärztlichen Approbationsordnung sowie die Neuausrichtung der Lernziele des zahnärztlichen Studiums an vorhandener wissenschaftlicher Evidenz und bestehenden Krankheitsprävalenzen auf der Tagesordnung. Durch die Integration des Berufsbilds der Dentalhygienikerin in diesen Strukturprozess böte sich die einmalige Chance ein zahnärztliches Versorgungs- und Präventionskonzept zu etablieren, das in seiner medizinischen wie wirtschaftlichen Effizienz Vorbildcharakter in Europa haben könnte. Hierzu gehörte jedoch auch der Mut der gesundheitspolitischen Verantwortlichen, durch die Schaffung eines formalen Berufsbilds der Dentalhygienikerin im erweiterten akademischen Umfeld in Zeiten des allgemeinen Nachwuchskräftemangels kompetente junge Menschen für diese intellektuell wie manuell anspruchsvolle Tätigkeit zu gewinnen.

Abb. 1: Ausgaben der Gesetzlichen Krankenkassen 2009 im Bereich der Zahnheilkunde, getrennt nach fachlichen Bereichen. Erkennbar ist eine erhebliche Differenz zwischen Anteil parodontaler Therapie an den Ausgaben (3,2%) und der durch die 4. Mundgesundheitsstudie ermittelte Prävalenz parodontaler Erkrankungen (siehe Abb. 2).

Quelle: Jahrbuch der KZBV 2009

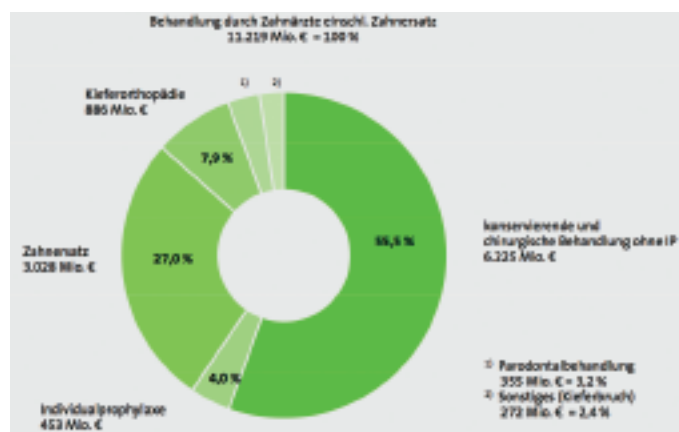


Abb. 2. Häufigkeit parodontaler Erkrankungen in der deutschen Wohnbevölkerung getrennt nach Altersklassen. Daten der 4. Deutschen Mundgesundheitsstudie 2005.

(Quelle: Micheelis et al., Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift 7, 464-472 (2008). Tabelle 5 Prävalenzen der max. Attachmentverluste pro Peron nach der AAP-Klassifikation (1999) in Deutschland auf der Basis der DMS IV mit jeweils drei Messpunkten (10).)

	Alterskohorten	
	35 - 44 Jahre	65 - 74 Jahre
	%	%
AV 1-2 mm	4,8	0,8
lokalisiert <sup>1)</sup>	2,2	0,0
generalisiert <sup>2)</sup>	2,6	0,8
AV 3-4 mm	32,6	10,1
lokalisiert <sup>1)</sup>	19,0	3,2
generalisiert <sup>2)</sup>	13,6	6,9
AV ≥ 5 mm	62,4	89,1
lokalisiert <sup>1)</sup>	49,2	35,9
generalisiert <sup>2)</sup>	13,2	53,2

<sup>1)</sup> lokalisiert = maximal 30% der Flächen betroffen

<sup>2)</sup> generalisiert = mehr als 30% der Flächen betroffen

# Lieber Herr Kollege Einwag,

Ihren von Polemik tiefenden Leserbrief im Heft 1/2013 habe ich mit Genuss gelesen. Er ist gut, weil er die Diskussion fördert.

Nur frage ich mich, ob das denn in die richtige Richtung geht. Sie ärgern sich über den Begriff „akademisch“ und unterstellen automatisch, dass dies Theoretiker seien, die weniger gut geeignet sind, die an eine DH gestellten Aufgaben zu erledigen. Warum eigentlich?

Vier Beispiele dagegen:

1. In der Schweiz sowie in Deutschland und langfristig auch in Europa sind die Zahnärzte mehr akademisch ausgebildet als in den USA, wo aus Tradition die Ausbildung zum Zahnarzt weit mehr von der handwerklichen Seite geprägt ist, obwohl die „Colleges of Dentistry“ jeweils einer Universität angegliedert sind. Beide Zahnarztpopulationen versorgen ihre Patienten zufriedenstellend.
2. Seit vielen Jahren gibt es in der Schweiz Fachhochschulingenieure, die über eine Berufslehre zu ihrem Studium gekommen sind (die Praktiker nach Einwag) und Ingenieure, die an der Eidgenössisch Technischen Hochschule (ETH) nach Absolvierung einer Maturitätsprüfung (Abitur) ein Hochschulstudium absolviert haben. Beide leben wunderbar nebeneinander, ohne dass sie sich bekriegen, selbst nicht nach Bologna! In der Industrie sind beide gleich gefragt und es gibt eine ganz normale Aufgabenteilung auf Grund der verschiedenen gelagerten Kompetenzen.

3. Dasselbe erleben wir im Beruf des Zahntechnikers. Auch hier habe ich in Analogie zu den Ingenieuren den Unterschied zwischen „akademisiertem“ Zahntechniker (Fachhochschule) und dem Zahntechnikermeister erleben können. Beide haben wunderbar nebeneinander existieren können in der Projektbearbeitung, wie sie in der Industrie üblich ist.

4. Schließlich kennen die USA keine Aufstiegsfortbildung zur Dentalhygienikerin, die Sie so sehr preisen. Alle DHs in den USA sind akademische DHs (nach Einwag) und müssten eigentlich gemäß Ihrer Ansicht nach unterqualifiziert sein. Das Gegenteil ist der Fall, wie ich es mit Wohnsitz in den USA als Patient oder Zahnarzt in der Zusammenarbeit feststellen konnte.

Daher mein Rat: Statt zu polemisieren und zu behaupten „meine Lösung ist die beste, alle anderen sind schlecht!“, lassen Sie doch bitte die anderen auch gelten. Wenn Sie passiv sein wollen, dann lassen Sie den Markt entscheiden. Oder besser, werden Sie aktiv! Starten Sie eine prospektive klinische Studie, in welcher gut funktionierende Praxisteams mit „Einwag-DHs“ und Teams mit „Akademischen DHs“ Patienten langfristig und kontinuierlich betreuen. Messen Sie die Mundgesundheit nach vielen Jahren Betreuung, so ähnlich wie es Per Axelsson in seiner legendären Studie getan hat. Wenn Sie dann signifikante Unterschiede feststellen können, bin ich

gerne bereit, mit Ihnen zu diskutieren und würde mich sehr freuen, das Ergebnis in *pi* veröffentlichen zu können. *pi*

Mit kollegialen Grüßen,  
Prof. Dr. Jean-François Roulet

## **PAR-Therapie heute: Was ist das Beste für meine Patienten? Den Patienten in den Mittelpunkt stellen**

59. Zahnärztetag der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe  
6. März bis 9. März 2013 in Gütersloh

Nie hatten unsere Patienten so viele Zähne, aber auch so viele Implantate in ihrem Mund wie heute. Während sich der Kariesbefall auf einem Rückmarsch befindet, nimmt die Zahl von mittleren und schweren Parodontalerkrankungen seit Jahren nachweislich zu. Betroffen sind alle Bevölkerungsgruppen und alle sozialen Schichten in Deutschland. Unser Fachwissen um ursächliche Faktoren der Parodontitis und die Wechselwirkungen mit dem Gesundheitszustand unserer Patienten wächst stetig. Wie lässt sich dieses Wissen zum Wohle unserer Patienten effektiv einsetzen? Sind Strukturen im Gesundheitswesen aber auch in unseren Praxen adäquat? Benötigen sie eine kritische Betrachtung und Überarbeitung?

Wie reagieren wir auf eine alternde Bevölkerung, in der sich Allgemeinerkrankungen häufen und die Möglichkeiten und Fähigkeiten der häuslichen Zahnpflege sich stetig verändern? Wie müssen parodontale Prophylaxe- und Therapiekonzepte aussehen, um die Erkrankung unserer Patienten zu verringern?

Mit diesen und noch mehr Fragen beschäftigten sich die Referenten des 59. Zahnärztetages der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe in Gütersloh und gaben den Teilnehmern ihre Leitlinie zur Entscheidungsfindung mit auf den Weg.

Das Tagungsthema „Parodontale Therapie“ des diesjährigen Zahnärztetages Westfalen-Lippe stellte den Patienten in den Mittelpunkt. Darauf wies Tagungspräsident Professor Dr. Hannes Wachtel hin: „Die moderne Zahnmedizin betrachtet den Patienten ganzheitlich. Das Ziel ist, seine Lebensqualität sicher zu erhalten bzw. deutlich zu steigern.“ Präventionskonzepte, eine dauerhafte zahnärztliche Versorgung in den Praxen und die aktive Mitarbeit des Patienten sind elementare Bestandteile zur Verbesserung der Gesundheit von Parodontitis-Patienten. Er kritisierte die unzureichende finanzielle Unterstützung der Krankenkassen: „Die Struktur ist in Deutschland verbesserungswürdig.“

Zu Beginn stellte Prof. Dr. Thomas Kocher (Greifswald) die Grundlagen der Parodontitistherapie dar. Anhand epidemiologischer Studien zeigte er, dass in der Gesamtbevölkerung an erster Stelle Motivation/Instruktion und professionelle Zahnreinigungen, dann Scaling und nur sehr wenig operative Eingriffe notwendig wären, um die parodontale Gesundheit auf Bevölkerungsebene zu verbessern. Der parodontal behandelte Patient erleidet nur einen sehr geringen Zahnverlust während einer 10- bis 20-jährigen Beobachtungszeit. Aus der *Study of Health in Pomerania* ergibt sich jedoch ein anderes Bild der Breitenwirksamkeit der parodontalen Therapie. Es sieht so aus, dass die parodontale Therapie nur bedingt zu einer verbesserten parodontalen Gesundheit beiträgt. Rund 80 Prozent der über 60-Jährigen leiden unter einer mittelschweren bis schweren Form mit mitunter ernsten Folgen: So besteht ein erhöhtes Risiko für Gefäßverkalkungen, die zu Schlaganfällen, Herzinfarkten oder Durchblutungsstörungen führen.

Dr. Norbert Salenbauch (Göppingen) gab den Zuhörern sein Praxiskonzept mit der Parodontologie als Basis mit auf den Weg. Die parodontale Therapie dient nicht nur der Verhinderung von Zahnverlust durch Parodontitis, sondern die parodontal und gingival entzündungsfreie Mundhöhle muss das Ziel jeglicher zahnärztlicher Bemühungen sein. Das sollte in jeder Praxis mit einer umfangreichen Hilfestellung für unsere Patienten bei der Realisierung einer

wirkungsvollen täglichen Mundhygiene beginnen und bis zur professionellen Betreuung nach Abschluss der Sanierung einer Mundhöhle hinführen. Für den Patienten entscheidend ist dabei die Qualität, mit der fachliches Wissen und Können umgesetzt wird.

„Wieviel parodontale Entzündung verträgt mein Patient?“ Mit dieser Frage setzte sich Prof. Dr. Benjamin Ehmke (Münster) auseinander. Seit bekannt ist, dass entzündliche Erkrankungen am Parodontium mit anderen Erkrankungen ähnlicher Pathogenese – beispielsweise kardiovaskulären Erkrankungen – assoziiert sind, ist der Einfluss der parodontalen Entzündung auf die einzelne Stelle, die Zähne und den gesamten Organismus mehr in den Fokus von Zahnarzt und Patient gerückt.

Prof. Dr. Ehmke schloss den wissenschaftlichen Bogen zu seinem Vorredner Dr. Salenbauch. Dabei wurde deutlich, dass eine Entscheidungsfindung immer von einzelnen Stellen und je Patient abhängig ist. Wenn für parodontale Entzündung eine wissenschaftliche Evidenz besteht, so gilt das noch lange nicht für periimplantäre Entzündung. Dr. Jan Derks (Götheburg) zeigte deutlich, dass für die Behandlung von Periimplantitis bisher nach wie vor die wissenschaftliche Evidenz fehlt. Die Daten von kontrollierten Studien sind rar und so beruhen unsere Entscheidungen in der täglichen Praxis auf klinischen Erfahrungen und bestenfalls Fallserien. Umso mehr liegt der Fokus auf Prävention, Identifikation von Risikofaktoren und, gegebenenfalls, der „frühen“ Behandlung von periimplantären Erkrankungen.

Tagungspräsident Prof. Dr. Hannes Wachtel (München) stellt sich selbst die Frage „Scaling – Parodontalchirurgie – Extraktion: Was mache ich wann?“. Wie gelangen wir zu einer fundierten parodontalen Risikobewertung für den Zahn, das Gebiss, die Gesundheit unseres Patienten und zu der Einschätzung der strategischen Wertigkeit von Zähnen für eine funktionelle und ästhetische Rekonstruktion? Die antiinfektiöse Therapie sowie die infektiöse Prophylaxe beim parodontal erkrankten Patienten und unseren Implantatpatienten stellen die Basis eines Behandlungskonzeptes dar. Weitergehende parodontalchirurgische Maßnahmen können resektive wie regenerative Methoden zum Zahnerhalt sein. Wann aber ist der Zahnerhalt nicht mehr die beste Therapie für meinen Patienten? Und wie ersetze ich den Zahn oder das ganze Gebiss meines parodontal erkrankten Patienten? Dabei ermöglichen neue Behandlungsmethoden nach dem „all-on-four“ Konzept zahnlosen und, was viel häufiger ist, Patienten mit einer „failing dentition“ in nur einem Tag festsitzend zu versorgen. Solange die Compliance und Nachsorge gesichert sind, ist die Prognose dieser Therapieform sehr gut.

Mit der Erhaltungstherapie für Zahn und Implantat beschäftigte sich PD Dr. Gregor Petersilka (Würzburg) in seinem Vortrag. Er stellte die verschiedenen Therapieformen wie den Einsatz von Laser oder der reinen nichtchirurgischen Therapie mit Küretten neueren

Methoden wie der photodynamischen Therapie gegenüber. Sein eigenes Praxiskonzept beinhaltet die konsequente Anwendung von Pulver-Wasser-Strahlgeräten, die mittlerweile auf einen starken wissenschaftlich fundierten Evidenzgrad verweisen können. Für eine erfolgreiche Behandlung sollten der Patient sowie die ZMP oder DH als auch der Zahnarzt im Mittelpunkt stehen. Der Schlüssel für eine gute und langfristige Zusammenarbeit aller.

Ästhetische und funktionelle Komplikationen um Implantate waren das Thema von Dr. Tobias Thalmair (Freising). Durch die Rehabilitation mit osseointegrierten Implantaten ist es nach dem heutigen Wissensstand möglich, ein erfolgreiches, funktionales und voraus sagbares Ergebnis zu erzielen. Das Endergebnis in der Implantattherapie wird aber nicht länger nur an der Überlebensrate gemessen, vielmehr müssen funktionelle und ästhetische Langzeitstabilität eingefordert werden. Aber immer häufiger treten Komplikationen um Implantate auf. Diese kompromittierten Implantate stellen für jeden Behandler eine große Herausforderung dar. Die präoperative Diagnose und Planung nimmt in der Implantologie einen sehr großen Teil ein. Je ausführlicher die Planung desto geringer das Risiko für Komplikationen, so das Statement.

Prof. Dr. Matthias Kern (Kiel) stellte in seinem Vortrag die minimal-invasiven, prothetischen Versorgungen mittels Adhäsivtechnik den traditionellen Kronen-Brücken-Versorgungen gegenüber. Besonders die adhäsivbefestigten Klebebrücken sind im parodontalgeschädigten Gebiss eine interessante Variante und zu bevorzugen. Mit einflügeligen Klebebrücken werden sogar bessere Langzeitergebnisse erzielt als mit zweiflügeligen Brücken. Des Weiteren ist die Komplikationsrate niedriger.

„Brücke versus Implantat – oder Mut zur Lücke?“ Diese Frage stellte sich Dr. Arndt Happe (Münster). Das Beschleifen von gesunden, vitalen Zähnen ist nicht mehr zeitgemäß, weil etwa 60 - 70% Zahnhartsubstanz dadurch verloren gehen würden. Natürlich ist das Implantat nicht immer die bessere Lösung, diese Frage wurde differenziert beleuchtet. Grundsätzlich, so die Aussage des Referenten, sollten verloren gegangene Zähne durch Implantate ersetzt werden. Aber bei deutlichem Volumenverlust des Alveolarfortsatzes, was eine aufwendige Augmentation zur Folge hätte, können auch konventionelle Brückenversorgungen eine ästhetische, langzeitstabile Alternativversorgung sein.

Inwieweit die Kieferorthopädie im parodontal-geschädigten Gebiss zum Einsatz kommen kann, machte Prof. Dr. Dr. Peter Proff (Regensburg) deutlich. Im kieferorthopädischen Patientenkontext zeichnet sich in den letzten Jahren eine deutliche Zunahme der Erwachsenenbehandlung mit neuen Herausforderungen und zunehmend komplexeren Problemstellungen ab. Damit verbunden ist die notwendige Optimierung aller Kompo-



nenten einer kieferorthopädischen Behandlungsapparatur. Einerseits ist es zwingend notwendig, der schwierigeren Ausgangssituation wie z.B. parodontale Vorschädigung, reduzierte Zahnzahl, Fehlen von Wachstum, reduziertes regeneratives Potential beim Einsatz einer Behandlungsmechanik Rechnung zu tragen, andererseits den ästhetischen Ansprüchen des Patienten an eine kieferorthopädische Behandlungsapparatur gerecht zu werden.

Festredner Dr. Manfred Lütz, Autor, Theologe und Psychotherapeut fesselte die Zuhörer in gewohnt engagierter Vortragsweise: „Erleben Sie Ihr Leben bewusst. Lebensqualität definiert sich nicht ausschließlich durch Gesundheit.“

PD Dr. Stefan Fickl (Würzburg) gab den Zuhörern die Möglichkeiten des Erhaltes des Alveolarknochens mit auf den Weg. Verschiedene Konzepte zur Lösung dieses klinischen Problems, die Gegenstand aktueller Diskussionen im Bereich der Implantattherapie sind, wurden vorgestellt. Jedoch konnten wissenschaftliche Untersuchungen der letzten Zeit nachweisen, dass ein Erhalt der Extraktionsalveole mit chirurgischen Techniken alleine nur eingeschränkt möglich ist.

Einen Blick in die Zukunft wagte Prof. Dr. Dr. Henning Schliephake (Göttingen) mit der Frage, ob Alveolarknochenaufbau mit biologisch aktiven Substanzen möglich ist. Die Anwendung von biologisch aktiven Substanzen bezieht sich größtenteils auf den Einsatz von Wachstumsfaktoren. Unter den vielen verschiedenen Wachstumsfaktoren haben die Bone Morphogenic Proteins die zuverlässigste osteogene Fähigkeit gezeigt.

Eine bisher ungeklärte Frage ist die Darreichungsform des BMP in der klinischen Anwendung. Die derzeitige Beladungsmöglichkeit von Trägern führt zu einem raschen Wirkverlust des Faktors und erfordert daher hohe Überdosen, die Fragen bezüglich Kosten und Therapiesicherheit aufwerfen. Erfolgreiche klinische Anwendungen in der Zukunft setzen daher bessere Träger mit einer biologisch angepassten Freisetzung voraus.

Zum Abschluss des Zahnärztetages demonstrierte Dr. Albino Triaca (Zürich) sein Konzept zum chirurgischen Aufbau des Alveolarknochens. In seinem Vortrag stellte er konventionelle Ober- und Unterkiefer-Aufbauten mit der Knochenaugmentation mittels moderner Distraktionsverfahren gegenüber. Bei konventionellen Aufbauten ging er auf eine neue Technik der Weichteildeckung ein. Die primäre Deckung als primäre Heilung ist auch in der Distraktion bzw. aufwendigen Augmentation eine zwingende Voraussetzung.

Als Fazit dieses Zahnärztetages lässt sich formulieren: Der Patient steht im Mittelpunkt der Behandlung und unserer Entscheidungsfindung. Viele Therapievarianten und Alternativen stehen zur Verfügung, sollten aber immer individuell auf den einzelnen Patienten abgestimmt werden. Die Prävention und Prophylaxe ist immer noch die beste und erfolgversprechendste Therapie für parodontale und periimplantäre Erkrankungen.

*Dr. Tobias Thalmair*  
Kammergasse 10  
85354 Freising  
[t.thalmair@praxis-thalmair.de](mailto:t.thalmair@praxis-thalmair.de)

Auf der Homepage der European Federation of Periodontology ([www.efp.org](http://www.efp.org)) finden Sie unter der Rubrik Education sehr interessante Informationen zum gesamten Spektrum unseres Berufsbildes.

## Parodontalerkrankungen

Die Mundgesundheitsziele sehen vor, dass bis 2020 schwere parodontale Erkrankungen unter Berücksichtigung der Risikofaktoren Rauchen, schlechte Mundhygiene, Stress und systemische Erkrankungen auf 10% in der Altersgruppe der 35- bis 44-Jährigen beziehungsweise auf 20% in der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen reduziert werden sollen.

Die Daten der bevölkerungsrepräsentativen Studie zeigen jedoch, dass Parodontalerkrankungen weit verbreitet sind und seit 1997 eher zugenommen haben. Unter den Erwachsenen leiden 52,7% unter mittelschweren (CPI Grad 3) und 20,5% unter schweren Formen der Parodontitis (CPI Grad 4; Tabelle 3). Bei den Senioren sind 48,0% von einer mittelschweren und 39,8% von einer schweren Erkrankung betroffen. Damit ist man von den für 2020 gesteckten Zielen noch weit entfernt. Grund für diesen negativen Trend könnte u. a. der Umstand sein, dass bei diesen Altersgruppen weniger Zähne durch Karies verloren gehen. Damit sind die vorhandenen Zähne mit zunehmendem Lebensalter aber einem steigenden Risiko für parodontale Erkrankungen und auch für Wurzelkaries ausgesetzt.

Als besondere Risikofaktoren für schwere Formen der Parodontitis erwiesen sich ein niedriger Bildungsstand und das Rauchen: In der Altersgruppe der Erwachsenen hatten Raucher mit einfacher Schulbildung im Vergleich zum Durchschnitt der Altersgruppe ein um den Faktor

3,3 höheres Risiko, an einer schweren Parodontitis zu erkranken. Schwere Formen der Parodontitis sind außerdem bei Männern häufiger als bei Frauen anzutreffen.

*Gefunden im Internet!*

*Es ist schon lachhaft, wie man dies ohne ein Berufsbild Dentalhygiene in den Griff bekommen will. Da scheint jemand auf dem Mond zu leben!*

Community Periodontal Index (CPI) bei Erwachsenen (35 - 44 Jahre) und Senioren (65 - 74 Jahre)				
	35 - 44 Jahre		65 - 74 Jahre	
	DMS III	DMS IV	DMS III	DMS IV
	%	%	%	%
Grad 0	15,1	0,5	5,7	1,4
Grad 1	10,2	11,8	7,9	4,0
Grad 2	28,5	14,4	22,4	6,8
Grad 3	32,2	52,7	39,7	48,0
Grad 4	14,1	20,5	24,4	39,8

*Tabelle 3: Vergleich der Daten von DMS III und DMS IV hinsichtlich des Community Periodontal Index (CPI) bei Erwachsenen (35 - 44 Jahre) und Senioren (65 - 74 Jahre)*

*Quelle: Micheelis W, Schiffner U. Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV). Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ Materialreihe Band 31). Deutscher Ärzte-Verlag, Köln (2006).*

## Auszug aus: Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen des Wissenschaftsrates vom 13.7.2012

In Hinsicht auf die besonderen zahnmedizinischen Versorgungsbedarfe weist der Wissenschaftsrat außerdem auf die wachsende Bedeutung einer professionellen Prävention bis ins hohe Alter hin, insbesondere auch unter Bedingungen chronischer (Mehrfach-)Erkrankungen und/oder Pflegebedürftigkeit, denen schon heute Zahnärztinnen und Zahnärzte nicht mehr alleine Rechnung tragen können. Dies gilt umso mehr als Präventionsleistungen angesichts des längeren Erhalts von Zähnen und der damit steigenden Prävalenz parodontaler Erkrankungen sowie deren Interaktionen mit weiteren, insbesondere infektiösen Erkrankungen von wachsender Bedeutung sind. Vor allem **Dentalhygienikerinnen und -hygieniker** übernehmen hier vermehrt auch komplexe Aufgaben der zahnmedizinischen Prävention und Therapie (siehe A.III.3). Der Wissenschaftsrat hat für die Dentalhygienikerinnen und -hygieniker, die bisher ausschließlich auf der Basis von durch die Landesärztekammern angebotenen Fortbildungen für Zahnmedizini-

sche Fachangestellte praktizieren und dadurch nur bedingt über eine eigene berufsrechtliche Grundlage verfügen, bereits 2005 eine schrittweise Anhebung des Qualifizierungsniveaus empfohlen. Neben dem Aufbau von Fachschulen, die an universitäre Standorte der Zahnmedizin angeschlossen sind, wurde auch der Aufbau von weiterbildenden Studienangeboten an Hochschulen angeregt. Mit Bedenken stellt der Wissenschaftsrat fest, dass in den letzten Jahren keine entsprechenden Konzepte und Erprobungsmodelle entwickelt worden sind und in der Folge Initiativen einzelner zahnmedizinischer Hochschulstandorte nicht systematisch weiterentwickelt werden konnten. Nachdrücklich wird daher empfohlen, dass die gesetzlichen Grundlagen für einen eigenen Beruf der Dentalhygienikerin oder des Dentalhygienikers im zahnärztlichen Team geschaffen und neben einer fachschulischen Ausbildung auch einige weiterbildende Studiengänge zur Qualifizierung für eben diesen Beruf aufgebaut werden.

# DDHV-Kongress München am 4.5.2013

*Regine Bahrs, Diplom DH HF*

Beate Gatermann, Vorsitzende des Deutschen DentalhygienikerInnen Verbandes e.V., eröffnete den diesjährigen Kongress, der im WESTIN GRAND Hotel München stattfand. Ihre Begrüßung richtete sich sowohl an alle Teilnehmer und Teilnehmerinnen, darunter viele Diplom wie auch deutsche DH, als auch an die zahlreich vertretenen Aussteller.

Dr. Dr. Alexandra Bodmann, MSc, aus Wien – niedergelassen in Schongau – referierte zu Beginn über die kieferorthopädische Therapie bei (Klein-)Kindern. Diese kann und sollte deutlich früher beginnen als derzeit üblich, da sich das Kiefergelenk nur dann korrekt ausbilden kann und somit auch eine CMD-Problematik häufig vermeidbar wird. Das Kiefergelenk ist mit dem Durchbruch des ersten Prämolaren bereits zu 90% ausgebildet. Auch die Molarenrelation verändert sich im Laufe des Wachstums kaum: Eine Klasse I bleibt zu 37,9% bestehen, eine Klasse II sogar zu 60%! Ausschlaggebend ist die erste Phase des Wechselgebisses. So ist ein erster Indikator für eine regelrechte Zahnstellung der gerade Abschluss der distalen Flächen der ersten bleibenden Molaren wie auch der Durchbruch der Incisivi. Dort sollte die mehrheitlich herausnehmbare Apparatur spezifisch ansetzen, nicht an der generalisierten Dentition, da diese automatisch durch die korrekte Stellung der ersten Zähne reguliert wird. Durch den frühzeitigen Therapiebeginn verkürzt sich die Behandlungszeit enorm (damit auch die Kosten!), die Compliance ist wesentlich höher und häufig schwerwiegende Folgen auf den gesamten Körper können mit wenig Aufwand effektiv vermieden werden. Es bleibt zu hoffen, dass Deutschland diese Chance endlich ergreift (Entwicklung bereits vor 20 Jahren in Italien)! Weiterführende Informationen im gesondert veröffentlichten Artikel der Referentin unter [www.my-fgb.info](http://www.my-fgb.info) und [www.abodmann.de](http://www.abodmann.de).

Anschließend gab Christa Haubensak, Diplom DH HF, aus Zürich einen Überblick über die Entwicklung der Ausbildung Dentalhygiene in der Schweiz. Ins Leben gerufen wurde die anfangs einjährige Ausbildung in den 1920er Jahren durch Kodak in den USA, zeitkonform ganz stilecht in gekochten und gestärkten Uniformen mit obligatorischen Häubchen (wie sich Beate Gatermann freudig erinnert). 1972 hielt die Ausbildung Einzug in die Schweiz, wo Prof. U. P. Saxer zusammen mit Anna Pattinson ein zweijähriges Curriculum nach Auftrag der SSO (schweiz. Zahnärztesgesellschaft) entwarf. Anna Pattinson verfasste auch die meisten Lehrbücher und übermittelt bis heute Neuerungen. Der erste Lehrgang startete 1973 nach der erfolgreich durchgesetzten Bedingung Saxers an die SSO, dass das Deepscaling im Berufsbild integriert sein muss. Haubensak berichtete des Weiteren über folgende Bereiche: Berufs-

profil/Zielsetzungen, Anforderungen an Bewerberinnen, pädagogische Anforderungen an Lehrpersonal, Rahmenlehrplan und Gefahren der zu geringen Klinikschulung.

Gabriella Schmidt-Corsitto gab in ihrem Vortrag „Grenzen der nicht-chirurgischen Parodontaltherapie“ einen breitgefächerten Überblick über die beruflichen Grundlagen zu Entstehung und Klassifikation der Parodontitis, Therapieablauf und Arbeitsinstrumente. Sie betonte die manuelle Instrumentation nach Einsatz von Ultraschallgeräten als *conditio sine qua non* und zeigte anhand mehrerer Behandlungsbeispiele auf, welche Erfolge sich bei einer fundiert durchgeführten Therapie einstellen können und sollten.

Prof. Dr. Ulrich Schlagenhauf referierte zum Thema: „Ohne Zahnseide früher sterben?“ – Aktuelle Erkenntnisse zum Wechselspiel zwischen lokaler parodontaler Therapie und dem Zustand der Allgemeingesundheit. Einige allgemeinmedizinische Parameter lassen sich als Indikatoren zur parodontalen Gesundheit (bzw. vice versa) heranziehen. So ist das C-reaktive Protein – ein Teil des Immunsystems und somit unspezifischer Entzündungsparameter – vor allem bei schwerer Parodontitis erhöht. Auch die Intima-Media-Dicke der Arteria carotis und die flussvermittelte Dilatation der Arteria brachialis dienen als Maß der Gefäßgesundheit, welche durch eine bakterielle Infektion des Zahnhalteapparates beeinflusst wird. Die Pulsgeschwindigkeit PWV fungiert als Prädiktor noch verbleibender Lebenszeit. Bei einer schweren Parodontitis (auch bei jungen Patienten, also aggressiven Formen) ist eine Abklärung im Kardiologie-Zentrum dringend anzuraten! Der Hausarzt kann dies nicht übernehmen, da der Blutdruck systolisch, diastolisch und peripher eher unauffällig erscheint. Eine PA-Therapie erhöht die Pulswellengeschwindigkeit um bis zu 1m/s, was ca. 15% der Lebenszeit entspricht! Herzinfarktgefährlich ist Blutung in Verbindung mit Plaque und bei Blutung auf Sondieren ist ein ischämisches Infarktrisiko 18-fach höher.

Prof. Schlagenhauf teilt die Meinung, dass eine PZR (also die ausschließlich supragingivale Reinigung) eine Placebobehandlung ist, was er durch wissenschaftliche Evidenz untermauerte (Studie von Tonetti 2007). Als Folge sinkt zwar der Plaqueindex, der Blutungsindex jedoch nicht, da Bakterien sich von Nährstoffen (Blut, Sulkusfluid etc.) aus den Taschen ernähren können. 1947 hat Bass schon erkannt, dass die subgingivalen Beläge die wirklich gefährlichen sind. Äußerst wichtig ist daher eine sulkuläre Zahnputztechnik (auf YouTube anzusehen).

Haltungstraining und Entspannungsübungen waren das Thema von Christian Stangl, Diplom-Tanzlehrer und jah-





*Dr. Dr. Alexandra Bodmann referierte zum Thema: Eine frühe funktionelle Kieferorthopädische Therapie kann schwere Entwicklungsstörungen bei Kindern verhindern!*

relanger professioneller Tänzer in oberster Liga. Der Mensch ist zum Laufen geboren, betonte er, dabei sitzen wir heute fast nur noch. Ab dem 25. Lebensjahr kommt zu der mangelhaften Bewegung die natürliche Muskeldegeneration hinzu. Auch die Fibrillen verkleben, was allerdings durch Stretching und Übungen reversibel ist. Deshalb ist es äußerst wichtig: Vorbeugen und diszipliniert Übungen in den straffen Berufsalltag einflechten! Er demonstrierte sehr lebhaft mit viel Esprit und Charme leicht einzubindende Übungen und lockerte somit den ansonsten wissenschaftlichen Tag sichtlich auf.

Dr. med. dent. Werner Birglechner rundete den Tag mit der Vorstellung des neuen Bachelor of Science in Dental Hygiene ab (Dauer 3 Jahre). Klett als größter deutscher privater Bildungsdienstleister unterstützt die *praxis*Hochschule im Kampf für etwa 40 Mio. erkrankte Patienten, von welchen sich nur ca. 10 Mio. einer Behandlung unterziehen (wohlgemerkt durch NICHT-DH!) Deutschland ist da einfach noch Entwicklungsland mit einem Anteil von 0,5 DH pro 100 Zahnärzte... (Schweiz 23/100, USA 100/100!). Die Hoffnung stirbt zuletzt. Sogar der Wissenschaftsrat zieht langsam Schlüsse: „Mit Bedenken (!) stellt der Wissenschaftsrat fest, dass in den letzten Jah-

ren keine entsprechenden Konzepte und Erprobungsmodelle entwickelt worden sind und in der Folge Initiativen einzelner zahnmedizinischer Hochschulstandorte nicht systematisch weiterentwickelt werden konnten. Nachdrücklich wird daher empfohlen, dass die gesetzlichen Grundlagen für einen eigenen Beruf der DH im zahnärztlichen Team geschaffen und neben einer fachschulischen Ausbildung auch einige weiterbildende Studiengänge zur Qualifizierung für eben diesen Beruf aufgebaut werden.“

## IDS Köln vom 12. - 16. März 2013

Die Reise zur IDS lud nicht nur zu einem Besuch der *praxis*Hochschule ein, sondern brachte auch menschliche Überlegungen mit sich. Themen wie: „Welche Zahnbürste passt zu mir?“ finden ganz schnell ein Ende, wenn man den Überblick über die gigantische Vielfalt der Dentalindustrie zuerst katalogisiert (brauche ich nicht, gehört nicht zu meinem Arbeitsgebiet) und sich danach von seinem Ausbildungsniveau her für das entscheidet, was wirklich notwendig ist.

Abgesehen davon: Die Industrie wünscht sich für jeden Patienten ein eigenes Zahnputzzimmer. So jedenfalls ist der Eindruck, wenn man den Produktmarkt intensiv analysiert. Irgendwann jedoch kommt man – frei nach Axel Hacke – zu dem Entschluss:

„...seit 2000 wird den Tabs für Spülmaschinen eine Funktion hinzugefügt. Im Moment sind es zwölf Fähigkeiten. Setzt sich dieser Prozess fort, so müssten bis zum Jahr 2500 genau 488 weitere Funktionen für Geschirrspültabs erfunden werden... vermutlich für das Aus- und Einräumen der Maschine, vielleicht sogar ein Anti-Migräne-Effekt sowie das Abholen der Kinder von

der Schule und: in etwa 10x100 Jahren werden Spülmaschinentabs alle im Universum vorhandenen Funktionen übernommen haben.“

So ähnlich sehe ich das mit den Zahnpasten, Zahnbürsten, vor allem auch mit den elektrischen Zahnbürsten, die mancherorts die alleinige Funktion übernommen haben. Da frage ich mich allen Ernstes: Warum werden wir immer dicker? Fazit: Weil wir uns nicht mehr bewegen wollen. Wenn schon die kleinen Putzbewegungen für viele zu viel sind.... ?, für was haben wir noch Arme? Eine Ausnahme gilt für diejenigen, die wirklich elektrische Zahnbürsten benötigen. Kommt hinzu, dass unser raffiniertes Essen ja schon die Kaumuskulatur degenerieren lässt, wäre da nicht Kaugummi, der wiederum das aufholen soll, was wir durch Nichtkauen verursachen.

Die Welt gerät immer mehr aus den Fugen. Fragen wir uns nie, wie unsere Vorfahren über angeblich 4.000 Jahre und wohl noch mehr ihr Leben ohne diesen enormen Schnickschnack bewältigt haben? Zufriedener waren sie auf jeden Fall!

B.G.



Süddeutsche Zeitung Magazin vom 5.4.2013:

## „Das Beste aus aller Welt“ von Axel Hacke: Leser dieser Kolumne wissen wenigstens, wo sie hingehören.

Eines der größten Probleme der Welt ist, dass die Dinge nicht dort sind, wo sie hingehören. Nehmen wir den Winter. Im Winter ist es kalt. Der Mensch hätte es gern warm, er müsste sich dringend mal die Sonne auf den Pelz scheinen lassen; das geht aber nicht, weil Kälte herrscht. Ausgerechnet dann, wenn wir am dringendsten Wärme bräuchten, im Winter nämlich, herrscht Kälte! Das ist absurd.

Was tut der Mensch? Er heizt. Womit heizt er? Beispielsweise mit Öl. Woher kommt das Öl? Es kommt aus Ländern des Südens, dem Emirat Katar etwa, einer Gegend, in der so erbarmungslose Hitze herrscht, dass Heizen mit Öl Selbstmord wäre, man würde im eigenen Schweiß verkochen. Die Hitze im Emirat Katar ist so groß, dass man dort vor allem im Sommer nicht Fußball spielen kann, was insofern ein Problem ist, als Katar im Sommer des Jahres 2022 Veranstalter der Fußball-Weltmeisterschaft sein soll. Als den Fußball-Weltverband die bestürzende Nachricht erteilte, dass es in Katar zu heiß zum Fußballspielen ist, war es zu spät: Die WM war bereits dorthin vergeben. Ganz ähnlich war es ja übrigens mit den Olympischen Winterspielen 2014, die in Sotschi abgehalten werden sollen. Zwar sprach sich irgendwann im Olympischen Komitee herum, Sotschi sei ein Badeort am Schwarzen Meer, der auf dem gleichen Breitengrad wie Nizza liege, einer Stadt, die, wie man hört, nicht zu den Zentren des Wintersports gehört. Aber da war die Entscheidung schon für Sotschi gefallen, was zur Folge hat, dass in diesen Tagen 450 000 Kubikmeter Schnee in höheren Lagen des Kaukasus unter großen Planen eingebunkert werden, als Vorrat für 2014, damit dann im milden Schwarzmeerfrühling Winterspiele stattfinden können.

Wo waren wir? Genau: Alles ist immer am falschen Ort. Das Öl aus Katar zum Beispiel muss mit Schiffen nach Europa gebracht werden. Schiffe fahren auf dem Meer, wobei nun das Problem auftritt, dass in der Nordsee immer mehr Windkraftanlagen gebaut werden, um welche

man die Schiffe herummanövrieren muss. Mit dem Wind wird auf dem Meer Strom erzeugt, der aber nicht auf hoher See benötigt wird, sondern im Süden Deutschlands, wo es nicht genug Wind gibt, weshalb dieser Strom über gigantische Stromtrassen durch Deutschland dorthin gebracht werden muss, solche mit oberschenkel-dicken Kabeln und riesigen Masten, die dort, wo sie gebaut werden, auch keiner braucht. Aber es geht nun mal nicht anders.

Anderes Beispiel jetzt: Zypern. Zypern hatte, wie wir hören, einen »überdimensionierten Bankensektor«, für Zypern hätten im Prinzip ein paar kleinere Filialen der Stadtparkasse Bad Schwübelbach ausgereicht. Richtig wäre also gewesen, den zyprischen Bankensektor sorgsamer zu dimensionieren, Liechtenstein ist da ein schönes Vorbild, auch die Schweiz. In der Schweiz gibt es viel Geld, auch leben viele Bankfachleute dort, dann ist es nur logisch, dass man da auch viele Banken hat, oder? Jedenfalls haben Banken Zypern ruiniert, weil sie nicht da waren, wo sie hingehören.

Im Emirat Katar wird nun überlegt, die Fußball-WM in den Winter zu verlegen, weil es zu dieser Zeit auch dort etwas kühler ist. Fachleute wenden ein, Katar habe die Veranstaltung nur für den Sommer zugesprochen bekommen, weshalb man dann die WM auch gleich ganz woanders veranstalten könnte, in Sotschi etwa, wo im Winter angenehme Temperaturen herrschen, oder in Alaska, wo man im Winter nicht Fußball spielen kann, aber das kann man im Sommer in Katar ja auch nicht. Doch das wird nicht passieren, glaube ich, weil das Emirat Katar dank seines Öls schon genug Geld hatte, sich die WM zu verschaffen. Da wird es auch reichen, die WM nicht wieder wegzugeben.

Denn es sind ja nicht nur die Kälte, das Öl, der Wintersport, der Fußball, der Wind und die Banken immer dort, wo sie nicht hingehören. Es ist vor allem auch, wie jeder weiß, das Geld nie da, wo es wirklich gebraucht würde.

## Weit weg von der Realität

Das Dentalhygiene Journal 2/2013 publiziert einen Bericht von RA Dennis Hampe, in dem es um die „Zahnärztliche Dokumentationspflicht des parodontalen Zustandes“ geht.

„§ 630f BGB: Ein Fehler liegt grundsätzlich vor, soweit der parodontale Zustand (z.B. Taschentiefe, Lockerungsgrad, Blutungsneigung) der Zähne des Patienten nicht erhoben wird und auf der Grundlage dieser unvollständigen Befundunterlage die Diagnose gestellt und die Therapie eingeleitet wird (OLG Karlsruhe, Urteil v. 14.12.1988. 7U29/88). Zwar geben Dokumentationsfehler keine eigene Anspruchsgrundlage, sie begründen jedoch zugunsten des Patienten, der sich infolge des Mangels Aufklärungserschwernisse gegenübersteht, die Vermutung, dass nicht dokumentierte Maßnahmen vom Arzt auch nicht ergriffen worden sind (BGH VerS89, 145 = NJW 88, 2948). In der Nichterhebung des parodontalen Zustandes liegt regelmäßig ein schuldhafter Verstoß gegen die Pflicht des Arztes, zu Beginn seiner Behandlung Befunde zu sichern und zu erheben, die für die Wahl der Therapie und die Stellung der Diagnose erforderlich sind (BGH Z 99, 391, 396 = VersR87, 1089, 1090).“

*Kommentar des DDHV: Uns erreichen laufend Klagen, dass in vielen Praxen weiterführende Behandlungen nach versierter DH-Arbeit immer noch nicht vorgenommen werden. Dies könnte zu viel Frust bei unserer Arbeit führen. Dass ein Parodontalstatus Pflicht ist, ist für viele von uns neu und steht in vielen Praxen leider immer noch nicht auf der Tagesordnung. Bei „taschenlosen“ Patienten (unter 2,5 mm) ist eine Taschenmessung allerdings ein Unding.*

## Der Mensch und das Meer

„ttt“ titel thesen temperamente mit Dieter Moor berichtete am 13.1.2013 über die Ausstellung „Endstation Meer“ und besuchte den Autor von „The Ocean of Life“, Callum Roberts, an der Universität von York. Autor des Berichtes war Ulf Kalkreuth.

Eine alarmierende Ausstellung über Müll in den Ozeanen und die Neuordnung unserer Konsumwelt: Die Installation „Plastikschwemmgut“ im Museum für Kunst und Gewerbe in Hamburg, die von Dezember 2012 bis März 2013 unter dem Titel: „Endstation Meer?“ zu sehen war. Sechs Millionen Tonnen Plastik landen jedes Jahr in unseren Weltmeeren. Eine Müllhalde aus Plastik – so groß wie Mitteleuropa – schwimmt als riesiger Strudel alleine im Südpazifik. Wie konnte es soweit kommen und wer ist dafür verantwortlich? Die Ausstellung „Endstation Meer“ beschäftigte sich mit dem Problem und berichtete davon, welche Folgen der Müll im Meer für den Menschen hat. Denn Meerestiere verfangen sich nicht nur darin, sie nehmen die durch Sonne und Reibung klein geschredderten Plastikteile als Nahrung auf. So landet dieser Müll, den wir scheinbar sehr weit von uns „entsorgt“ haben, wieder auf unserem Teller. Wir essen von der Müllkippe, die wir geschaffen haben.

Auch der britische Meeresbiologe Callum Roberts warnt vor einem Kollaps der Weltmeere und hat in seinem hochgelobten Buch „The Ocean of Life“ einen „New Deal for the Oceans“ entwickelt, der unter anderem unsere Konsumwelt neu überdenkt. Um einen Kollaps der Weltmeere und damit des menschlichen Lebens auf dem Planeten zu verhindern.

Fisch ernährt die Welt. Unser Hunger danach wird immer größer. Für 70 Milliarden Dollar holen wir jährlich Fische aus den Weltmeeren. Im Gegenzug füttern wir sie quasi mit unserem Müll. Jährlich landen 6 Millionen Tonnen Plastikabfälle in den Weltmeeren. Die Fische fressen das Plastik und wir essen die Fische. Wir haben angefangen, uns von der Müllkippe zu ernähren, die wir selbst geschaffen haben. Plastik-Abfall kommt etwa von den hawaiianischen Stränden, aber auch von Nord- und Ostsee. Von der Meeresströmung geschreddert, von der Sonne ausgebleicht – so sieht er aus, unser Wegwerf-Wahn.

Im Hamburger Museum hatte man eine 15 m lange und 3 m breite Müllkippe aufgeschüttet, 5 Tonnen schwer. Müll im Museum? Die Ausstellung war weit davon entfernt das Thema zu ästhetisieren. Der Hamburger Müllhaufen war eine Schockinstallation.

„Und das ist ja – dieses Haus hier als Museum – der Ort, darüber zu diskutieren“, sagte Sabine Schulze, Direktorin des Museums. „Wir bewahren ja hier Objekte aus Jahrtausenden. Stellen Sie sich vor, in unserer Antikenabteilung ein Glas, 2000 vor Christus. Es hat zwar einen Sprung, aber es ist heute noch da, es ist viele Kilometer hierhergekommen und wird bewahrt. Und was wird man von uns später mal finden? Müll! Aber in rauen Mengen. Es wird sich nie wieder auflösen. Es klebt an uns. Es charakterisiert uns, wir sind einfach die Müll-Epoche.“

Von all dem Plastik, das jährlich weltweit hergestellt wird,

landet ein Drittel nach einmaliger Nutzung auf dem Müll. Ikone dieser gewaltigen „kulturellen Leistung“ ist die Plastiktüte. Auch sie nimmt, wie 80 Prozent des gesamten Plastikmülls, der in den Meeren schwimmt, ihren Weg vom Land in die Ozeane.

Und dort, auf den großen Weltmeeren, verlieren wir den Abfall aus den Augen. Und so ist er auch aus unserem Bewusstsein verschwunden. Das Problem hatte sich scheinbar erledigt – der Plastikmüll löst sich da draußen irgendwie auf, dachten wir. Bis vor 15 Jahren dann ein amerikanischer Ozeanograph im Pazifik eine gigantische Müllhalde entdeckte. Den „Großen Pazifischen Müllteppich“. So groß wie Mitteleuropa. Der Müll hat sich also zurückgemeldet. An vielen Stränden dieser Welt schaut man auf den Müll und es ist wie ein Blick in den Spiegel: Dieser Müll – das sind wir.

Professor Callum Roberts arbeitet als Meeresbiologe an der Universität von York in Großbritannien. Er hat eine Bestandsaufnahme der Weltmeere gemacht und in dem Buch „Ocean of Life“ veröffentlicht, das am 22.4.2013 unter dem Titel „Der Mensch und das Meer“ in Deutschland erschienen ist. Darin geht es um Todeszonen in den Meeren, um Überfischung und es geht um unseren Plastikmüll aus 70 Jahren.

„In einigen Teilen der Welt“, so Callum Roberts, „zum Beispiel am Mittelmeer, finden sie 20.000 Plastikteile pro km Strand. Das ist wahnsinnig viel – das Mittelmeer ist eins der verdrecktesten der Welt. Wenn man all die Haufen von ausgewaschenem Plastik sieht – das macht einen echt wütend. Was für eine Wegwerfgesellschaft! Wir müssen etwas dagegen tun!“

Roberts Buch wie auch die Hamburger Ausstellung erzählen, welche Spur der Zerstörung Plastik hinterlässt. Und der Müll landet nur zum Teil wieder an unseren Stränden. Er kreist jahrzehntelang in großen Meereswirbeln in den Ozeanen und wird dort Stück für Stück zerkleinert. Und die Meerestiere und Seevögel verwechseln ihn mit Nahrung.

„In der Mitte des Pazifik“, so Roberts, „nisten die Albatrosse auf weit entlegenen Inseln. Sie fliegen Tausende Kilometer über den Müllteppich im Wasser. In den letzten Jahren haben sie auch begonnen Plastikteile, die auf dem Meer schwimmen, aufzusammeln. Damit füttern sie dann ihre Jungen.“

Was das bedeutet, zeigt auch Filmemacher Chris Jordan in seiner Dokumentation, die im Herbst in die Kinos kommt. „Midway“ – eine Pazifikinsel voller Plastik. 3600 Kilometer von jeglichem Festland entfernt. Albatros-Küken verenden dort qualvoll an unserem Müll.

Aber nicht nur für Seevögel und Fische ist dieser Plastikmüll tödlich – er wird über kurz oder lang auf unseren Tellern landen. Denn das Plastik wird im Meer in immer

winzigere Teile zermahlen und gelangt in die Nahrungskette. Je kleiner die Teile, umso größer wird das Problem für uns Menschen.

„Diese kleinen Plastikteile“, so Roberts, „saugen Chemikalien aus dem Wasser an wie ein Schwamm. Und wenn zum Beispiel Thunfische diese Teile fressen, so reichern sich die Plastik-Gifte im Thunfisch-Gewebe stark an. Quecksilber-Verbindungen zum Beispiel.“

Es soll niemand mehr sagen, er hätte eine Plastiktüte „weg“-geschmissen. Nein, dieses Zeug verfolgt uns. Und es ist gemacht für die Ewigkeit. Eine schlichte Schautafel in der Ausstellung erinnerte uns daran, dass zum Beispiel Sixpack-Ringe 400 Jahre halten und Plastikflaschen 450 Jahre.

Die Ausstellung in Hamburg und Callum Roberts' Buch machen eines klar: Wir müssen nicht nur unseren Plastikkonsum einschränken und mehr recyceln. Sondern wir müssen aufhören, in immer hysterischerem Tempo zu konsumieren und wegzuschmeißen.

„Dieses ganze 'Alles-haben-wollen' und sich damit auch nicht auseinandersetzen und damit auch keine Befriedigung kriegen...“, sagte Sabine Schulze. „Und so ist das ein Kreislauf von immer mehr haben wollen, immer mehr

produzieren und dann wegwerfen. Da ist das Museum für Gestaltung eigentlich ein ganz wichtiger Ort, ein Bewusstsein dafür zu schaffen.“

Und Callum Roberts will noch mehr: Er fordert den Bau von Spezialschiffen, die mit großen Sieben den Plastikmüll aus dem Meer fischen. 160 solcher Schiffe bräuchte man und sie müssten fünf Jahre lang Tag und Nacht die Weltmeere säubern. Fünf Jahre – das ist viel, aber es ist nichts gegen 450 Jahre, die eine Plastikflasche im Meer schwimmt.

Das Buch:

Der Mensch und das Meer: Warum der größte Lebensraum der Erde in Gefahr ist

Callum Roberts; übersetzt von Sebastian Vogel

Deutsche Verlags-Anstalt, 450 Seiten, Euro 24,99

ISBN 978-3421044969

*Kommentar des DDHV:*

*Jeder, der diesen Film gesehen hat, wird sich zukünftig ganz genau überlegen, ob man Fisch noch essen kann!*

## Wikipedia schreibt:

Die **Chronobiologie** (gr. *chrónos* „Zeit“; *Biologie* = Lehre von der belebten Natur) untersucht die zeitliche Organisation physiologischer Prozesse und wiederholter Verhaltensmuster von Organismen.

Für diese Organisation spielen Rhythmen eine große Rolle, die häufig endogen von einem schwingenden Teilsystem des Organismus erzeugt werden, einer sogenannten „inneren Uhr“, und durch exogene (äußere) Einflüsse, die sogenannten biologischen „Zeitgeber“, in ihrer Taktlänge an zeitlich schwankende Veränderungen der Umgebung wie beispielsweise den Tag-Nacht-Zyklus angepasst werden. Biologische Rhythmen treten mit verschiedener Periodendauer auf und können als wiederholbare Muster der Anpassung innerer Zustände an äußere Umstände verstanden werden.

Dabei stehen drei Fragenkomplexe im Mittelpunkt:

1. Welche Arten von biologischen Rhythmen gibt es? Und inwiefern sind sie für verschiedene biologische Vorgänge von Bedeutung?
2. Ist der Rhythmus endogen? Wenn ja, auf welche Weise wird der Rhythmus generiert, wo ist der taktgebende Oszillator lokalisiert, und wie funktioniert dessen Kopplung an andere physiologische Prozesse?
3. Welches sind mögliche Zeitgeber, also exogene Faktoren, die den inneren Rhythmus beeinflussen können? Und wie können sie auf die biologische Uhr so wirken, dass es zu einer Angleichung an äußere Zyklen kommen kann, als Entrainment oder Masking?

Zeitliche Organisation ist für alle lebenden Organismen von großer Bedeutung. Daher ist es nicht verwunderlich, dass bei allen bisher untersuchten Lebewesen rhythmische Abläufe gefunden werden konnten. Zahlreiche Vor-

gänge in Organismen sind voneinander abhängig, viele sind nur wirkungsvoll, wenn zuvor andere stattgefunden haben, einige sind nur bei gemeinsamem Auftreten effektiv, manche schließen sich gegenseitig als gleichzeitig aus. Es gibt Prozesse, die nur intern aufeinander abgestimmt werden müssen. Andere Vorgänge sollen auch den Bedingungen der Außenwelt angepasst werden, und weitere Abläufe beziehen sich auf regelmäßige äußere Schwankungen, um ein soziales Verhalten mit Organismen der gleichen Art zeitlich abgestimmt verlässlich zu organisieren oder auch, um solche anderer Art mit höherer Wahrscheinlichkeit treffen zu können. Die Periodenlängen für biologische Rhythmen reichen von Millisekunden bis zu Jahren. Zellteilung, Herzschlag, Atmung, Schlaf, Brunft und Winterruhe sind nur einige Beispiele. Für den Menschen wurde in den letzten Jahren die chronobiologische Forschung immer wichtiger, da unsere Lebensweise immer häufiger unserer ‚biologischen Uhr‘ zuwider läuft. Außerdem gilt es inzwischen in der Medizin als gesichert, dass der Zeitpunkt der Einnahme von Medikamenten großen Einfluss auf deren Wirksamkeit hat. Bei Chemotherapien kann beispielsweise mit sehr viel geringeren Konzentrationen Zytostatika gearbeitet werden, wenn die zeitlichen Fenster bei der Verabreichung beachtet werden.

Biologische Rhythmen sind als empirisch, physiologisch und molekularbiologisch unterlegte Phänomene nicht mit dem Biorhythmus zu verwechseln.

*Wir führen dies auf, nachdem nach der Anthroposophie nun auch die „normale“ Medizin dieses interessante System entdeckt hat. Neueste Erfahrungen schreiben der Chronobiologie eine unglaubliche Heilungschance bei Darmkrebs etc. zu. Back to the roots!*

## Rund um den Globus

### Eine glücklich machende Idee:

Wenn jeder Krankenversicherte jährlich einen Betrag zwischen 500 und 1.000 Euro für medizinische Aktivitäten, für die er sich selbst entscheiden könnte (auch Wellness?, jedoch vor allem auch Medizin, die nicht von der Krankenversicherung entschieden wird), nutzen dürfte, gäbe es sicher mehr gesunde Menschen. Das würde vielen schon genügen, um mehr Prophylaxe in der Zahnheilkunde zu betreiben oder die Medizin ihrer Wahl zu nehmen. Das Resultat wäre zwar erst in einigen Jahren sichtbar, aber sicher ganz gravierend! Schließlich bezahlen wir alle mehr als genug an Beiträgen!

### Das fanden wir witzig

Die IDS 2013, bekannt als die größte Dentaiausstellung der Welt, stand unter dem **Schwerpunkt Parodontologie**. Das erstaunte uns umso mehr, da überall das Personal fehlt und uns in Deutschland immer wieder durch Kolleginnen mitgeteilt wird, dass ihre Chefs nach der Behandlung, die von einer Diplom Dentalhygienikerin durchgeführt wurde, keine weiteren PARO-Behandlungen betreiben. Es fehlt nicht nur an Spezialistinnen, sondern es wird auch die Sparte Parodontologie an den Universitäten eliminiert. Da läuft seelenruhig etwas massiv daneben!? Ein Hoch der deutschen Parodontalpolitik, die sich nicht durchsetzen kann!

### AUFRUF AN ALLE ZFA!!!

**Liebe ehemalige Helferinnen, liebe Zahnärztliche Fachassistentinnen! Gemeinsam mit der Industrie sind wir total unglücklich über Ihre Namensgebung. International gesehen sind Sie alle Dental Assistentinnen. Solidarisieren Sie sich und setzen Sie diese deutlich bessere Berufsbezeichnung durch. Das muss aber aus Ihren eigenen Reihen kommen. So, wie es jetzt ist, ist die Namensgebung ein Zungenbrecher.**

**Dental Assistentin harmoniert viel besser mit Prophylaxe Assistentin und Verwaltungs-Assistentin. In anderen Bereichen ist das längst angekommen.**

### Sulkuläre Zahnputztechnik

Über den EFP bzw. den Hersteller eines Demo-Videos in den USA erhielten wir die „Sulkuläre Zahnputztechnik“ für unsere PARO-Patienten. Wir konnten dieses Video nicht nur unter Youtube, sondern auch unter [www.ddhv.de](http://www.ddhv.de) Patienteninformation mit Link platzieren, was uns sehr freut. Diese Technik mit der neuen ParoexS-Zahnbürste (extra weich, aber 4-mal so viele Zahnborsten!) reduziert jegliche Zahnfleischentzündung binnen weniger Tage, auch wenn diese Zahnputztechnik so exakt, wie dort demonstriert wird, niemals ausführbar ist. Sie ist jedoch eine Hilfestellung für unsere Patienten.

### Sehr skurril

Während einer langjährigen Tätigkeit wird man mit Vielem konfrontiert. Aber Folgendes fällt trotzdem sehr aus dem Rahmen: Bei einer 58-jährigen Patientin stellte man sofort den unglaublich starken und unangenehm widerlichen Mundgeruch fest. Parodontaltaschen von 10 mm und mehr mit Pusaustritt und rotem Gaumen bis zur Mittellinie (!) zeigen gravierende Probleme, die auf der nicht sonderlich guten Panoramaaufnahme nicht unbedingt alle sofort sichtbar waren. Nach der Erstbehandlung und intensiven Beratung war die Patientin nicht davon zu überzeugen, dass hier die Ausleitung mit Bio-Resonanz keine Erstbehandlung darstellt, sondern sie einige Zähne schnellstmöglich entfernen lassen müsste. Sie ist Medizinerin und relativ jung verheiratet mit einem Mediziner! Knutschereien für uns in diesem Fall vollkommen unvorstellbar. Igitt.

Und weiter: Wieder ein 58-jähriger, jedoch Ex-Zucker-Junkie, Ex-Workaholic und hoch intelligenter Patient aus dem IT-Bereich mit mindestens 5 Zähnen, die nur noch aus Fragmenten bestanden. Wieder: Am Ende der Erstbehandlung war ihm nicht klar zu machen, dass diese Karies nicht mehr unter die „selbstheilenden“ Defekte fällt, die seinen Angaben nach in den USA schon über 20.000 Menschen erfahren hätten. Jeder von uns kennt die sogenannte Sekundärkaries, die begonnen und wieder aufgehört hat. Die trifft man aber nie bei komplett zerstörten Zähnen an. Es wäre interessant, was andere DentalhygienikerInnen aus ihrem Erfahrungsschatz in dieser Hinsicht mitzuteilen hätten.

### Medienberichte können krank machen

Die ZM 103 hat hier ein Thema beschrieben, das nicht nur für die Medizin gelten dürfte: Immer wenn in den Medien die Wirtschaftslage als schlecht beschrieben wird, geht es auch abwärts. Das sollte eigentlich einmal testweise umgekehrt gestaltet werden. Ich bin mir sicher, das würde einen Placebo-Effekt hervorrufen und die Wirtschaft ankurbeln.

Kommen wir gleich zu einem weiteren Thema: Journalismus ist heute das eigentliche Drehkreuz der Politik. Alles was sich in den Medien als Information durchsetzt, bewegt sich (siehe Absetzung von unliebsamen Politikern). In Punkto unserem Beruf haben es bislang nur zwei Journalistinnen geschafft. Katrin Jurkuhn, eine damals ganz junge SZ-Journalistik-Studentin, wurde allerdings vor über zehn Jahren massiv für ihre Enthüllung von der Bundeszahnärztekammer angegriffen. Tanja Wolf, die sich längst einen guten Ruf mit hervorragenden Enthüllungsberichten erarbeitet hat, dürfte das nicht mehr passieren. Sie war diejenige, die über die Kritik der PZR in Spiegel Online als erste berichtete und – es kommt noch besser: Sie arbeitet an einem Enthüllungsbuch, das die gesamte Medizin zum Thema hat. Wir sind gespannt, was sie unter dem PZR/Placebo-Effekt alles entdeckt hat und werden darüber berichten. Endlich kommt für uns etwas ins Rollen, auf das wir Jahrzehnte hingearbeitet haben!



### Stevia

Immer wieder berichten wir über dieses eigentlich sensationelle „Kraut“. Jetzt wird in der DZW 11/13 berichtet, dass Stevia für den Diabetiker keine gute Alternative ist. Leider wird diesem Produkt jetzt viel Chemie beigegeben, so dass man ruhigen Gewissens beim normalen Zucker bleiben kann, vorausgesetzt, man hält sich an Maß und Regeln.

### Und weil wir schon bei der Ernährung sind...

Es gibt doch tatsächlich Menschen, die weiterhin meinen, uns Food Supplements in der Dentalhygiene anbieten zu müssen. Ich freue mich, dass die Jugend um mich herum lieber das Kochen entdeckt hat, denn mit Food Supplements werden wir nur noch schneller zahnlos. Die Zähne möchten kauen und nicht einen Brei oder Pillen hinunterschlingen müssen. Mir wurde doch tatsächlich vorgeworfen, dass diese Ansichten dazu geführt hätten, dass sich unser Beruf bislang in Deutschland nicht installieren konnte. Es gibt doch zu viele Besserwisser, denen es ausschließlich aufs Geld ankommt.

### Schon cool:

Jetzt befasst sich schon das Düsseldorfer Verwaltungsgericht mit der analogen Berechnung von sub- und supra-gingivalen Belägen (DZW 10/13, Seite 7 und Seite 29). Es ging darum, dass eine PZR nicht zeitgleich mit einer Parodontalbehandlung über 4070/4075 berechnet werden darf. Wer sagt es denn: Es gehören Abgrenzungen durch ein neues Berufsbild geschaffen. Wie schon erwähnt: Wenn Dr. Fones, der Vater des Dentalhygieneberufes, schon vor 100 Jahren sagte, man müsste den Zahnstein auch unter dem Zahnfleischsaum entfernen, so meint der DDHV: Ohne dieses sollte man gleich gar nicht erst anfangen. Ein Hoch dem zukünftigen Bachelor Sc. in Dental Hygiene! Wenn der steht, wird die Welt ganz anders aussehen. Das ist auch der Grund, warum er so lange abgelehnt wurde: Damit man hier unter anderem nicht Farbe bekennen muss. Rote Ohren? Wir nicht!

### Fata Morgana oder mal wieder Tausendundeine Nacht?

Beim IDS in Köln musste sich Beate Gattermann von einer einstmals wichtigen DH aus der Schweiz sagen lassen, dass sie bestrebt sei, die Parodontologie in die eigene Praxis für Dentalhygiene zu ziehen. Hierbei ist festzustellen, dass nach Meinung von Gattermann in einer Praxis für Dentalhygiene nur und ausschließlich Recalls bearbeitet werden sollten/können. Ihres Erachtens nach gehört die PAR immer in die Praxis eines Zahnarztes. Als Diplom DH kann man aber beste Arrangements ausarbeiten: Mit dem Zahnarzt ihrer Wahl in dessen Praxis die Parodontalfälle behandeln, und wenn die DH sich überhaupt mal eine eigene Praxis (oder Praxis in der Praxis) später im Alter leisten kann, die Recalls außerhalb. Allerdings sind auch da schon wieder Grenzen zu den Risikopatienten zu ziehen. Auch diese sieht Beate Gattermann lieber in versierten Praxen

mit Parodontologen. Fazit ihrer Tätigkeit: Durch die Arbeit bei einem der ersten Parodontologen in Toronto/Kanada im Jahre 1970 konnte sie sich ein sehr gutes Urteilsvermögen aneignen. Ihr ist übrigens – nach direkter Rücksprache – nicht bekannt, dass bislang eigene Praxen in der Schweiz wieder geschlossen wurden, wie von der ZÄK-Baden-Württemberg kürzlich in der DZW behauptet wurde.

### Vernetzungen in Deutschland

Bei weiteren Recherchen bezüglich unserer Berufsankennung trafen wir auf Verbände, die sich längst bezüglich des Bachelor verbündet haben. Dazu gehört u.a. die ARGE. Auch diese stoßen sich an der Formulierung „nicht-ärztlich“ oder „nicht-zahnärztlich“. Diese Formulierungen sind auch laut dieser Gruppierung hochgradig falsch und vor allem diskriminierend. Wer immer diese Formulierungen in die Welt gesetzt hat, ist nicht auf der Höhe der Zeit. Es geht hier nicht darum, dass wir die Arbeit des Arztes ausführen wollen, im Gegenteil. Wir lieben unsere Berufssparte. Es geht jedoch darum, dass wir sehr wohl in der Medizin bzw. der Zahnmedizin arbeiten. Fazit: Für viele Akademiker ist und bleibt die „deutsche Sprache, eine schwere Sprache“.

### praxisHochschule ist registriert unter:

Die *pHfG* Trägergesellschaft mbH ist ein Unternehmen der Stuttgarter **Klett Gruppe**. Mit ihren 58 Unternehmen an 37 Standorten in 14 Ländern ist die Klett Gruppe ein führendes Bildungsunternehmen in Europa. Die 2.845 Mitarbeiter erwirtschafteten im Jahr 2012 einen Umsatz von 446,9 Millionen Euro.

**Am 22. April erhielt der DDHV einen Notruf** von einer an Prophylaxe interessierten Dame, die sich weiterbilden will. Diese bekam von der baden-württembergischen Landes-Zahnärztekammer (Herr Bick, Tel. 0711/2284524) folgende Falschinformationen: Sie bräuchte keinen Bachelor of Science in Dental Hygiene in Köln anstreben, da sie damit auch nicht anders arbeiten dürfte wie jetzt als deutsche DH. Das stimmt nicht! Auch dürfte sie als deutsche DH nicht als *freie Mitarbeiterin* arbeiten. Stimmt absolut auch nicht! Das Gegenteil hat eine „Stuttgarter DH“ längst per Gerichtsbeschluss durchgesetzt. Sie braucht nur unbedingt zwei Arbeitgeber. Leider wird in diesem Zusammenhang immer wieder der Begriff Selbstständigkeit verwendet. Das sollte man lieber unterlassen, da es zu Missverständnissen führt.

Jedenfalls macht die Landes-Zahnärztekammer Baden-Württemberg in Stuttgart sich mal wieder mit diesen Falschaussagen alle Ehre.

### ZM 102, Nr 10A, 16.5.2013

Schon wieder und leider immer wieder erscheint ein ausgezeichneter Bericht über das CAD/CAM-System. ABER: Das Zahnfleisch auf diesen Dokumenten ist in einem katastrophalen Zustand. Das zeigt mal wieder, wie sehr unser Beruf in Deutschland fehlt. Was nutzt eine ausgezeichnete Inlay-Arbeit, wenn die Papille ver-

rückt spielt und knallhart sagt: Ich brauche Pflege??? Und das in ganz einfacher Form, aber ich bekomme diese nicht??? *Shame on you.*

### Schweiz

Als alter Hase ist es für mich immer ein Highlight, das Journal des Schweizerischen DentalhygienikerInnen Verbands (Dimensions) und seinen Jahresbericht zu erhalten. So erschienen in der Frühjahrsausgabe wieder Informationen, die trotz allem befremdend wirken: In Zürich in bester Praxislage suchen Zahnärzte Diplom DentalhygienikerInnen für integrierte, eigene Praxen für Dentalhygiene als Teil- oder Vollzeitkräfte (somit auch Röntgen in der Praxis möglich). Bei über 1.900 Diplom DentalhygienikerInnen in der Schweiz sind es gerade mal ca. 100, die die selbstständige Tätigkeit ausüben. „Chacun à son goût“ – wie man so schön sagt. Jeder soll nach seinem Geschmack glücklich werden. Da es in der Schweiz jetzt verschiedene Formen der eigenen Praxis gibt, findet mittlerweile ein heftiger Informationsaustausch mit Weiterbildungswert auch für Angestellte statt, die sich z.B. als *freie Mitarbeiter* umorientieren möchten. Dass dabei der von Prof. Zimmer im letzten Journal publizierte „Wunsch nach einer Zusammenarbeit im Team“ auch in der Ferne stattfinden kann, ist für uns selbstverständlich. Für die bislang einzige Praxis für Dentalhygiene in München steht deshalb auch auf jeder Rechnung: „Bitte besuchen Sie mindestens einmal jährlich Ihren Zahnarzt“, wobei diese Praxis so versiert ist, dass sie sowieso jeden zweiten Patienten zum Zahnarzt schicken muss. Vielen Zahnärzten entgehen laufend Kleinigkeiten und sie sind mittlerweile dankbar für die Übermittlung von fraglichen Befunden.

Die schönen Seiten an der kompletten Selbstständigkeit sind u.A. die Entscheidungen des Instrumentariums sowie die freie Zeiteinteilung und die eigene Entwicklungsmöglichkeit, vor allem, da in Deutschland die Parodontologie so weit hinterherhinkt. Es ist dann wiederum gut, wenn man mit einer Praxis und mit einer versierten PA(R) Kollegin zusammenarbeiten kann, die mit dem Zahnarzt die tieferen Taschen übernimmt.

In Zürich ist eine kantonale Praxisbewilligung über die Behörde für eine eigene Praxis erforderlich. Zudem wird ständig an den Tarifempfehlungen für die Dentalhygienikerin in der Schweiz gearbeitet. Hier können Mitglieder des Schweizer Verbandes über das Internet (geschlossener Zugang) sich weitere Informationen holen. Mittlerweile unterscheiden sich diese Tarifempfehlungen sehr von den unseren, vor allem auch dadurch, da ja unsere präventiven Positionen eigentlich nichts mit unserem Beruf zu tun haben. So lange unser Berufsbild nicht exakt beschrieben durch den Bundestag genehmigt ist, können wir hier (und das gilt auch für die Zahnärzte!) nur analog – eigentlich die falschen Positionen – abrechnen. Falsche Positionen sind es allerdings in Deutschland für alle. Schon allein die Situation, etwas professionelle Zahnreinigung zu nennen, wenn es keine Profession gibt, wird ad absurdum geführt.

Für das Tessin, einer der letzten Kantone, der noch keine eigenständige Praxis für Dentalhygiene zulässt,

werden über den Schweizer Verband juristisch weiterhin Eingaben gemacht. Das wäre dann die letzte Bastion, die fällt.

Gleichzeitig wurde das exakte Datum für den IFDH 2016 in Basel/Schweiz publiziert: Es ist der 23. - 25. Juni 2016. Es werden 1.500 TeilnehmerInnen erwartet, das wäre die höchste bislang erreichte Teilnehmerzahl. International dürfte die Schweiz der bislang attraktivste Anlaufpunkt für den IFDH werden, weshalb der DDHV von noch mehr TeilnehmerInnen ausgeht.

Nachfolgend weitere Informationen über verschiedene Praxismodelle, die in der Schweiz schon existent sind: Es gibt Dentalhygiene-Gemeinschaftspraxen, eigene Gemeinschaftspraxen mit einem Zahnarzt, natürlich die eigene Praxis und zudem überraschenderweise schon Mobile Dentalhygienepraxen, die schon seit langem in den USA und Kanada bestehen. Weitere Informationen aus dem Schweizer DH-Journal *Dimensions* 3/2013: Diplom DH in eigener Praxis werden wohl darauf angesprochen, Alignerbehandlungen (Schienenbehandlungen) in ihren eigenen Praxen anzubieten. Das ist natürlich ein No-go und diese können nur über Zahnarztpraxen, vorzugsweise über Kieferorthopäden, durchgeführt werden.

### Swiss Dental Hygienists

offeriert für seine Insider (Mitglieder) auch verschiedene Arbeitsverträge: Als Angestellte, als Teilzeitkraft, mit Umsatzbeteiligung etc. Das ist für uns eine gute Information. Sobald nämlich die ersten DH mit Bachelor of Science in Dental Hygiene aktiv sind, werden wir eigene Arbeitsverträge benötigen. Da wäre es möglich, sich selbst in den Verband einzubringen. Dieses Thema ist längst überfällig, da viele von uns noch unter dem Titel einer ZMF eingestellt werden.

### Wir wussten es schon lange, dass wir uns unterscheiden:

Herunterhängende Haare, Uhren am Arm etc. sind ein absolutes No-go bei Diplom Dentalhygienikerinnen. Diese hier abgebildete Situation macht den Antritt zu einem Abschlussexamen vollkommen unnötig. Auf Bild 1 finden Sie eine große Menge desinfizierter Hilfsmittel auf der Instrumenten-Ablage: Alles, was nicht steril ist, gehört nicht hierher, sondern auf eine Nebenablage! Zudem erstaunt uns, dass eine extrem geschwungene Cyrette für diese Situation auf dem Tray liegt und nicht ein Scaler oder eine viel feinere Kinder-Cyrette. Armes Kind!



Abb. 2: Effizientes und professionelles Arbeiten erfordert eine auf die Behandlungsplanung abgestimmte Arbeitsplatzvorbereitung.

Auf Bild 2 sehen Sie einen kleinen Patienten, dem es an einer ganz wichtigen Behandlung fehlt:



Abb. 10: Therapieunterstützende Maßnahmen erfolgen risikoorientiert mittels Gelen, Pasten oder Lacken zur „Schmelzhärtung“ und/oder antibakteriellen Wirkung (in diesem Fall wurde Cervitec und Fluor Protector S appliziert).

Der Behandlung seines Zahnfleisches und dessen wirklich wichtiger Therapie, die in diesem Bericht überhaupt nicht erwähnt wird. Dafür werden an blutendem Zahnfleisch Fluoridierungsmaßnahmen durchgeführt!

Veröffentlicht im Bericht „Kieferorthopädie und Prophylaxe. Erfolgsmodell für Patient und Praxis“, PLAQUE N CARE 1/2013, Seite 18 - 21, von einer in Stuttgart fortgebildeten Kammerfortbildungs-Dentalhygienikerin, die zudem noch als Praxistrainerin tätig ist. Wie gesagt, unser Examen hätte diese Autorin nie und nimmer geschafft.

### Südafrika

konnte dieses Jahr mehrfach feiern: Seit 40 Jahren gibt es dort die Ausbildung zur Diplom Dentalhygienikerin, seit 35 Jahren einen Verband dieser Dentalhygienikerinnen. 2013 wurde hier der erste gesamtafrikanische Kongress in Capetown/Kapstadt sowie das weltweite Treffen des IFDH abgehalten. Aufgrund zu knapper finanzieller Mittel konnte der DDHV leider nicht teilnehmen.

## Ein völlig sinnloser Stoff?

Beate Gattermann, RDH, Dipl. DH

Mehrfach wurde sowohl im Spiegel und Focus als auch in anderen Medien das Thema Zucker in den Vordergrund gestellt. Und gleich zweimal widmete sich die Süddeutsche Zeitung unter „Wissen“ der „Flüssigen Gefahr“. Schön, dass dieses Thema zumindest bei den Medien endlich angekommen ist.

Warum Dinge dieser Art so lange nicht publiziert werden, ist schlichtweg jedem von uns, der in der Zahnmedizin tätig ist, ein Rätsel.

Spätestens seit den fünfziger Jahren des letzten Jahrhunderts sind Fluoridierungen bekannt. An einigen seltenen Plätzen dieser Erde sogar schon als natürlicher Vorgang, „versteckt“ im Trinkwasser. Das hilft aber nicht viel bei Zucker-Junkies.

Nachdem sich in der Bronx die Obesie (Fettleibigkeit) auf 70% beläuft, interessierte sich sogar der Bürgermeister von New York für einen der größten Feinde unserer Zähne (harte, alkoholische Getränke gehören übrigens in dieselbe Kategorie!). Besonders in Softdrinks bzw. allen süßen Getränken lauert die „flüssige Gefahr“. Sie sind raffinierte Verstecke für Zucker. Leider kippte das New Yorker Gericht das Verbot von XXL-Softdrinks in 1-Liter-Bechern im März 2013 durch ein Gerichtsurteil, angestrebt von der Industrie. Dass dabei ENDLICH auch Cola der Kampf angesagt werden sollte, hätte mich besonders gefreut. Seit Jahren erzähle ich meinen Kolleginnen und der Familie sowie meinen Patienten, dass der Hersteller von Cola morgen insolvent ginge, wenn er die Behandlungskosten für die durch dieses Getränk in der Vergangenheit zerstörten Zähne tragen müsste. Und ich bin mir sicher, dass auch niemand Cola eine Träne nachweinen würde. Um aber nicht unterzugehen, hat Cola clevererweise ein riesiges

Kontingent Stevia aufgekauft und plant: green cola. Dass dies nicht der richtige Weg sein kann, wird spätestens dann sichtbar, wenn man herausgefunden hat, dass Stevia nun mit Aspartam und Xylit vermischt wird, um das Produkt rieselfähig zu machen.

Zuerst einmal jedoch: Ein Hoch auf New York City! Diese Stadt war schon der Ausgangspunkt für den erstaunlichen Raucherstopp, der soweit den Erdball umrundet hat, dass man es kaum glauben kann. Nun geht es also dem „süßen Tod“ an die Nieren.

Realität ist, dass jeder so viel von allem essen und selbst entscheiden will, was er isst. Nur die Folgen sollen andere tragen. Nachdem der heutigen jungen Generation Dinge wie Kochen, Nahrungslehre und der Anbau unserer Nahrungsprodukte fast gänzlich abhanden gekommen zu sein scheinen, wird es immer schwieriger, gesunde Ernährung durchzusetzen. Auf der anderen Seite wird es für die Industrie immer leichter, die sogenannten „Unwissenden“ (oder sind es einfach die Faulen, Dummen und Bequemen?) in die Irre zu führen. Gleichwohl ist es erwiesen, dass dies die gesamte Gesellschaft über die Krankenversicherungen massiv belastet. Das ist vielen von uns schon lange bekannt. Deshalb gibt es auch genug Befürworter des reduzierten Zahnservices auf Krankenkassenkosten, was ja schlussendlich auch uns, die wir darauf achten, massiv finanziell mitbelastet. Und da denkt sich irgendwann mal jeder: Warum soll ich für die Fehler anderer zur Kasse gebeten werden? Recht so!

In einer TV-Dokumentation vom 29.10.2012 wurde eine ganz normale Durchschnitts-Familie dokumentiert, deren Oberhaupt (Mutter) keinerlei Kenntnisse hatte, was Zuckerkonsum eigentlich verursacht. Die Familie hatte einen jährlichen maßlosen Zuckerkonsum vorzu-

weisen: Fazit – die Töchter und der Vater haben deutliches Übergewicht, der Sohn und die Mutter deutliche Zahnprobleme. Und – man kann zwar ohne Zucker leben, aber mit wenig Zucker wird schon das Dopamin aktiviert und macht uns zu glücklicheren Menschen.

Allerdings ist bekannt, dass nach dem Zuckerkonsum, dem „Upper“, auch der „Downer“ kommt, der mit Schlaf kompensiert werden kann, uns aber auch auf die Nase fallen lässt, denn nach einem Hoch kommt bekanntlich immer auch ein Tief: Die Konzentration lässt rapide nach. Ob Zucker nun eine Droge ist oder nicht: Eine Destruktion nicht nur der Zähne ist auf jeden Fall die Folge, denn auch unglaublich viele andere Krankheiten werden durch zu hohen Zuckerkonsum begünstigt. So kam letztthin ein Bericht in „fakt“, der das Thema Diabetes und Beinamputationen kritisch unter die Lupe nahm. Dabei stellte sich heraus, dass von vier Beinamputationen drei allein in Deutschland überflüssig sind, wäre da nicht die Kopfpauschale, die den Krankenhäusern mit einer schnellen Amputation mehr Geld einbringt. Krasse Dokumentationen!

Chaos pur:

Auf der einen Seite Chemie auf dem Teller oder im Glas, auf der anderen Seite scheinbar undefinierbare Erkrankungen. Dabei weiß jeder, dass „Du bist, was Du isst“. In diesem Sinne: Fröhliches Naschen. Ist ja eh schon egal, wobei die Autorin dieses Berichtes ihren Nachkommen übermittelt hat: Sie möchte ihre letzten Lebensminuten mit einer großen Portion schon leicht weich werdendem Bio-Vanilleeis mit Schlagsahne und frisch gemachtem, leicht flüssigem Karamell verbringen dürfen! Schlemmen im Schlaraffenland. Bekanntlich hat jeder leidenschaftliche Koch Mühe, dem zu widerstehen.

Lesen Sie mehr darüber in dem neuen Buch des „Deutschen Michael Moore“, das längst überfällig ist.

Zucker macht süchtig: Er funktioniert wie Heroin. Sogar Entzugerscheinungen sind möglich.

Zucker macht krank: Es beginnt mit Karies, Übergewicht und Diabetes, reicht über Alzheimer und ADHS bis zu Depression und Krebs. Es gibt deutliche Hinweise darauf, dass Zucker das Wachstum bestimmter Krebszellen beschleunigt. Namentlich Fructose (Fruchtzucker) lässt die Anzahl der Krebszellen förmlich explodieren.

Trotzdem essen die Menschen immer mehr Zucker. Die Deutschen konsumieren 36 kg Zucker im Jahr, die Österreicher 37 kg, die Schweizer 59 kg. Am meisten Zucker essen Kinder. Ein deutsches Kind verzehrt im Jahr mehr Süßes als es wiegt: 50,9 kg insgesamt. Zucker steckt auch in Lebensmitteln, bei denen man es nicht erwartet: Schwarzwälder Schinken, Teewurst, Maggis Buchstabensuppe, Iglus Schlemmerfilet, Knorr Fix Hackbällchen, Wagner Steinofen Pizza Salami.

Zucker macht reich: Zuckeranbauer, Zuckerkonzerne, die Food-Industrie, die Soft-Drink-Riesen, Ferrero, Nestlé, HIPP, Coca-Cola profitieren vom süßen Gift. In Deutschland wird die Zuckerbranche mit Milliardenbeträgen überschüttet durch staatlich festgesetzte überhöhte Garantiepreise, direkte und indirekte Subventionen und Exportbeihilfen.

Hans-Ulrich Grimm zeigt die globalen Verflechtungen auf, er berichtet über die Leiden der Opfer, die Interessen im Hintergrund und die Auswege aus der Zuckerfalle.

Hans-Ulrich Grimm

Garantiert gesundheitsgefährdend -

Wie uns die Zucker-Mafiakrank macht

Droemer Knauer, München, 2013

Hardcover, Euro 18,00, ISBN 978-3-426-275887



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

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

**Demnächst können wir die Geschichte in Deutschland neu schreiben, denn andere sind längst auf dem selben Trip zum Bachelor in den Gesundheitsberufen.**

**Lesen Sie mehr darüber unter:**

[www.hv-gesundheitsfachberufe.de](http://www.hv-gesundheitsfachberufe.de)

[www.agmtg.de](http://www.agmtg.de)

Fazit, wenn Sie das gelesen haben: Eigentlich sollten wir alle gemeinsam einen Aufstand gegen die schleppende Umsetzung unserer Berufsziele im Bundesministerium für Gesundheits veranstalten.



## Buchbesprechungen

### Die Heilkraft des inneren Arztes

Sabine Goette



Können sich Menschen selbst heilen? Die Journalistin Sabine Goette begibt sich auf eine spannende Spurensuche nach den vielfältigen Möglichkeiten, die zu einer überraschenden Genesung von unheilbaren Krankheiten führen und Körper und Psyche wieder ins Gleichgewicht bringen.

Methoden wie Yoga, Meditation und progressive Muskelentspannung, die nachweislich die Selbstheilungskräfte aktivieren, sind

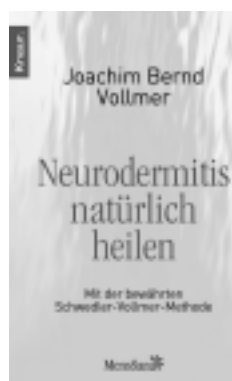
inzwischen aus dem Alltag kaum noch wegzudenken. Doch was hat es eigentlich mit den Selbstheilungskräften auf sich, welche Möglichkeiten gibt es überhaupt, welche Rolle spielt dabei die Psyche des Menschen und vor allem: Was können wir denn selbst tun, um unseren inneren Arzt anzuregen?

Die Autorin spürt all diesen Fragen nach und stellt Ansätze in Medizin und Therapie vor, die den „inneren Arzt“ nutzen und in den Genesungsprozess einbeziehen. Dabei begibt sie sich zu den Quellen der Selbstheilung – von der Stressforschung bis zur Meditation, von Placebos bis zur positiven Visualisierung und zur Mind-Body-Medizin. Die Dokumentation „Die Heilkraft des inneren Arztes“ wurde 2011 bei arte ausgestrahlt und erscheint als DVD ebenfalls bei MensSana.

Knaur MensSana, München, 2013  
Hardcover  
Euro 19,90, ISBN 978-3-426-65719-5

### Neurodermitis natürlich heilen

Joachim Bernd Vollmer



6 Millionen Betroffene wissen, wie wichtig die richtige Behandlung von Neurodermitis ist. Das Standardwerk ist im Juli 2012 in einer aktualisierten Neuauflage mit dem aktuellsten Stand der Forschung erschienen. Der erfahrene Heilpraktiker Joachim Bernd Vollmer hat die sogenannte Schwedler-Vollmer-Methode entwickelt, eine Kombinationstherapie, die sich in der Praxis seit vielen Jahrzehnten, selbst bei schweren und

aussichtslosen Fällen, mit außerordentlichem Erfolg bewährt hat. Ihr zentrales Element ist eine Ernährungs-

umstellung und bestens zur Selbstbehandlung geeignet.

Verschiedene Behandlungsschritte – Aktivierung natürlicher körpereigener Heilkräfte, gründliche Entgiftung zur Stärkung des Immunsystems, eine Analyse der unverträglichen Nahrungsmittel und die Änderung der Ernährungsgewohnheiten – werden vom Autor gut nachvollziehbar dargestellt. Auch psychische Auslösefaktoren, das Thema freie Radikale und Folgen gentechnisch veränderten Essens werden diskutiert. Ein Buch, das Mut macht und zur Selbsthilfe anregt!

Droemer Knaur, München  
288 Seiten, Taschenbuch  
Euro 10,99, ISBN 3-426-876183

### Abnehmen mit der 5-Elemente-Ernährung

Barbara Temelie



Sich satt essen und dabei abnehmen – hört sich an wie ein Wunschtraum. Doch die Autorin zeigt in ihrem Buch, wie aus diesem Traum Wirklichkeit werden kann. Ihre Kernthese: Statt sich mit strengen Regeln und Diätplänen zu knechten, soll man lernen, auf den eigenen Appetit zu hören und der eigenen Intuition zu vertrauen. Barbara Temelie, Ernährungsberaterin auf der Grundlage Traditioneller Chinesischer Medizin (TCM)

und führende Expertin auf dem Gebiet der 5-Elemente-Ernährung, beschreibt die Grundlagen der genussreichen bekömmlichen 5-Elemente-Küche. Übergewicht ist nach dieser Lehre ein Symptom, nicht etwa eine Krankheit. Dementsprechend muss man zunächst den Ursachen auf den Grund gehen.

Bei der Umstellung der Ernährung geht es der Autorin darum, die geschwächte Nahrungsverwertung, die überflüssige Pfunde verursachen kann, wieder ins Gleichgewicht zu bringen. Statt eines strengen Verzichts auf gehaltvolle, sättigende Gerichte lautet das Erfolgsrezept: Herzhafte, appetitanregende Speisen stärken konsequent die Organ- und Stoffwechselfunktionen, die Vitalität und das allgemeine Wohlbefinden. Mit einfachen Tests wird das Bewusstsein für den Körper geschärft, zusätzlich liefert die Autorin Menüvorschläge, die Energie liefern und trotzdem nicht dick machen.

Droemer Knaur, München, 2013, Taschenbuch  
Euro 9,99, ISBN 978-3-426-87642-8

## Chemie im Essen

Über die Wirkungen der Lebensmittel-Zusatzstoffe  
Hans-Ulrich Grimm



**Die Nahrungswirtschaft braucht Chemie.  
Der Mensch nicht.  
Ihn macht sie krank.**

Herz-OP durch Chemie im Essen? Am Bodensee hat der Autor eine junge Frau besucht, kurz vor ihrer Herz-Operation. Ursache: Verkalkung aufgrund von Phosphaten. Die junge Frau hatte gern Fertig-

Cappuccino aus dem Lidl-Supermarkt in der Nähe getrunken. Auch da stecken die Phosphate drin.

Phosphate machen krank: Sie stecken schon in der Babymilch von Hipp, Alete, Milupa, in der Wurst vom Metzger, im Schinken von Herta. In den Ritz Crackers und in Coca-Cola. Sie finden sich im Brötchen von McDonald's. Im McChicken. Im Cheeseburger. In den Chicken McNuggets. Sogar in den Pommes Frites. Auch in der Currywurst, die es im Bordbistro der Deutschen Bahn gibt, sind sie drin, und im warmen Schinken-Käse-Baguette. Und auch in den Regalen im Supermarkt sind sie allgegenwärtig. Sie und alle anderen Lebensmittel-zusätze werden als Gesundheitsrisiko häufig unterschätzt. Es sind Zutaten, die bisher als absolut unbedenklich galten, und die völlig legal sind. Die Verbraucher sind ahnungslos, wenn sie eine solches Produkt kaufen oder gar verspeisen. Doch die Mediziner stellen zunehmend Risiken und Nebenwirkungen fest.

Hans-Ulrich Grimm erläutert, wie Lebensmittel-Zusatzstoffe wirken und warum sie schaden, listet ungesunde E-Nummern von Lebensmitteln auf und benennt die Krankheiten, bei denen diese Zusatzstoffe eine Rolle spielen können. Natürlich erhält das Buch auch ein Lexikon der Lebensmittelzusatzstoffe.

„Wer nach Lektüre des Buches seinen Kindern immer noch Limonade und Gummibärchen kauft, dem ist nicht zu helfen; und wer noch an die deutsche Vorreiterrolle bei der Lebensmittelkontrolle glaubt, verdankt seinen Patriotismus einer Augenkrankheit.“ Die Zeit.

„Dem Autor Hans-Ulrich Grimm kommt das Verdienst zu, die Gefahren von Zusatzstoffen im Essen hartnäckig auszuleuchten. Er dokumentiert eindringlich, wie Verbraucher und besonders Kinder durch den sorglosen Umgang mit Zusatzstoffen und Wegschauen der Politik gefährdet werden.“ Foodwatch.

„Chemie im Essen“ ist eine grundlegend überarbeitete und aktualisierte Fassung von „Echt künstlich. Das Dr. Watson Buch der Lebensmittel-Zusatzstoffe“, das 2007 erschien.

Taschenbuch, Knauer, 1.8.2013

336 Seiten

Euro 9,99, ISBN 978-3-426-78561-4

## Der Soja-Wahn

Norbert Suchanek



Wie eine Bohne ins Zwielicht gerät „In dem sowohl im Umfang als auch im Format kleinen Buch steckt viel mehr als eine gelungene Einführung in den Themenkomplex Soja. Es ist eine gleichsam leidenschaftliche wie fundierte Kritik an einem Ernährungs- und Produktionsmodell, das irreversible Schäden anrichtet.“ Neues Deutschland. Soja ist in aller Munde – sei es als

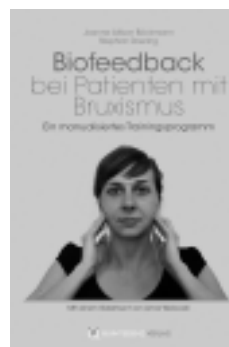
Tofu, Milchersatz oder Bestandteil von Schokoriegeln. Zudem ist Soja der wichtigste Eiweißlieferant in der Tierhaltung und soll als Biosprit unser Energieproblem lösen. Doch die Rodung der Regenwälder, die Vertreibung indigener Völker oder die Machenschaften der Gentechnikbranche bringen die Bohne in Verruf. Und so gesund wie die Werbung verspricht, scheint sie auch nicht zu sein... Dieses Buch entlarvt die Mythen rund um die trendige Wunderbohne und ist zugleich ein packender Bericht über die Folgen des Sojabooms.

Oekomverlag München, 2010, 96 Seiten

Euro 8,95, ISBN-13: 978-3-86581-216-2

## Biofeedback bei Patienten mit Bruxismus Ein manualisiertes Trainingsprogramm

Joanne Allison Böckmann / Stephan Doering



Fachgebiet: Funktionsdiagnostik und -therapie, Kieferorthopädie Ein tolles Buch, das jede DH interessieren sollte – unbedingt auch wegen der selbst durchzuführenden Übungen. Sie können es dann ihren Bruxismus-Patienten empfehlen.

Die Behandlung von Patienten mit Bruxismus durch Biofeedback in Kombination mit Physiotherapie wurde an der Poliklinik für Prothe-

tische Zahnmedizin und Biomaterialien im Universitätsklinikum Münster entwickelt und wird dort seit 7 Jahren erfolgreich angewendet. Entstanden in enger interdisziplinärer Zusammenarbeit mit einem Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, einer Zahnärztin, einer Physiotherapeutin und einer psychologischen Psychotherapeutin wird diese Methode in diesem Buch erstmals in Form eines Manuals vorgestellt. Die Autoren legen – Sitzung für Sitzung – ihre erfolgreiche Methode und das Vorgehen detailliert dar.

Quintessenz Verlags-GmbH, Berlin, 2012

56 Seiten, 44 Abbildungen, Softcover

Euro 28,00, ISBN 978-3-86867-129-2

Die Herrmannsdorfer Hauszeitung  
für alle, die mehr wissen wollen,  
die Einblicke erhalten, mitdenken  
und bewusst genießen möchten.

Ausgabe 89: Juli/August 2012



HERRMANNSDORFER

# Wochenmarkt

WISSENSWERTES • KULINARISCHES • VERLOCKENDES • INFORMATIVES

## Keine Angst – gute Fette machen nicht fett

Übergewicht und Fettleibigkeit sind hier und in weiten Teilen der Welt ein großes Problem geworden. Ärzte und Fachverbände suchen seit Jahrzehnten nach einer Lösung. Industrie und weltweit agierende Lebensmittelkonzerne machen sich deren Ratschläge zunutze und entwickeln täglich neue Light-Produkte, die durch reduzierten Fettgehalt Schlankheit ohne Verzicht versprechen. Immer deutlicher kristallisiert sich heraus, dass die Ernährungsempfehlungen der letzten 40 Jahre falsch sind. Ernährungswissenschaftler Dr. Nicolai Worm räumt in Publikationen, Radio- und TV-Auftritten mit einigen falschen Dogmen wie der Verurteilung von Fett auf. Einige Thesen von ihm sollen im folgenden kurz dargestellt werden. (Anm.)

Studien über das Konsumverhalten in den USA zeigen, dass immer mehr US-Amerikaner trotz eines strikten Fettspar-kurses immer dicker werden! Die industriegestützte „light“-Flut führte dazu, dass in den USA zwischen 1977 und 1987 der Fettanteil in der Ernährung um 11% auf etwa 34% sank. Trotzdem stieg im selben Zeitraum der Anteil der Übergewichtigen um 31%. Am deutlichsten sind Frauen im Alter von 50-59 Jahren betroffen. In dieser Gruppe stieg der Anteil Übergewichtiger um 43%, obwohl gerade diese am stärksten Fett einsparten. Das Fazit, so Nicolai Worm: „Je „lighter“ sie essen, desto fett-er werden sie.“ (18)

Das Problem ist, dass der sinkende Fettanteil in den täglichen Mahlzeiten durch größere Mengen Kohlenhydrate kompensiert wurde, weil das Hungergefühl sich verstärkte. Immer mehr Ärzte warnen vor zu vielen Kohlenhydraten. Je mehr Kohlenhydrate man isst, desto mehr Appetit entwickelt man. Außerdem könne eine hohe Kohlenhydratzufuhr auch die Entstehung von Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen fördern.

Fette dagegen – vor allem mit einfach

artgerechter Tierhaltung. Dieses bestehe – ganz im Gegensatz zur landläufigen Meinung – zu einem überwiegenden Teil aus einfach und mehrfach ungesättigten Fettsäuren. Außerdem enthält Tierfett im Gegensatz zu den pflanzlichen Fetten tatsächlich alle essenziellen, hoch ungesättigten Fettsäuren, die der Körper für die meisten wichtigen Stoffwechselfunktionen braucht. Die langkettigen, hoch-ungesättigten Omega-3 Fettsäuren z.B. sind vor allem enthalten, wenn die Tiere weiden.

(S.50)

Bei den pflanzlichen Ölen enthalten vor allem Olivenöl und Rapsöl überwiegend einfach ungesättigte Fettsäuren. Problematisch seien pflanzliche Öle wie z.B. aus Getreide, Mais und Sonnenblumen und daraus hergestellte Margarinesorten, die zu viele Omega-6-Fettsäuren enthalten. Das Gleichgewicht gegenüber den Omega-3-Fettsäuren, die relativ deutlich abnehmen, werde durch diese Art von Fetten gestört.

Wir konnten hier nur einige Aspekte der neuen Ernährungslehre erläutern. Man wundert sich, wie hartnäckig die alten, als falsch erwiesenen Dogmen sich halten. Wahrscheinlich nutzen sie – zum Schaden der Bevölkerung – zu sehr der Lebensmittelindustrie.

(Anm.: Nicolai Worm, Glückliche und schlank, Lünen 2003)

Gudrun Schweisfurth



Zeichnung von Alois Jesner

und mehrfach ungesättigten Fettsäuren – könnten die Blutfette verbessern und insgesamt das Herz-Kreislauf-Risiko deutlich senken – so sind sich viele Wissenschaftler nach Stoffwechseluntersuchungen der letzten Jahre einig. Problematisch werde zu viel Fett nur dann, wenn gleichzeitig viele Kohlenhydrate verzehrt werden und wenn zu wenig auf die Qualität der Fette geachtet wird. Empfohlen wird heute – man höre und staune!!! – besonders Fleischfett aus



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

### 2014

05.04.	DDHV-Kongress 2014	München	www.ddhv.de
--------	--------------------	---------	-------------

### 2016

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

Weitere Fortbildungen für DentalhygienikerInnen finden Sie unter: [www.dgparo.de](http://www.dgparo.de) (Deutsche Gesellschaft für Parodontologie)

## S t e l l e n b ö r s e

Die **praxisHochschule für Gesundheit und Soziales in Köln**, ein Unternehmen der Klett Gruppe, sucht im Rahmen der Neugründung zum kontinuierlichen Aufbau ihres Teams:

**Diplom Dentalhygienikerinnen DH (m/w), (RDH)**  
mit dem Schwerpunkt „Klinische Instruktion“ für den Studiengang „BSc. in Dental Hygiene“.

Sie haben Freude, andere Menschen anzuleiten, zu schulen und zu coachen? Sie haben Freude an Ihrem Beruf und wollen in Ihrem Berufsleben etwas bewegen? Sie wünschen die Kombination aus Tätigkeit am Patienten und Studienbetreuung mit dem Schwerpunkt „Klinische Instruktion“?

Wir bieten: systematische Therapiekonzepte mit den Schwerpunkten Prophylaxe und Parodontitis Therapie.

Zusätzlich profitieren Sie von den Fortbildungsveranstaltungen, die an der *praxisHochschule für Gesundheit und Soziales* durchgeführt werden.

*Germany's first Dental Hygiene Bachelor Program in Cologne is looking for interested dental hygienists that would like to teach as clinical instructors. You must be willing to learn German. This is the first program on an academic level, so it should be interesting to be involved. The clinic is new and very well equipped. Payed vacation and health insurance are guaranteed in Germany. For further information please contact:*

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Dann freuen wir uns über Ihre aussagekräftigen Bewerbungsunterlagen:

**praxisHochschule für Gesundheit und Soziales**, Frau Beck, [beck@praxisdienste.de](mailto:beck@praxisdienste.de), Tel: +49-06221-649971-0, Brückenstrasse 28, 69120 Heidelberg  
or the DDHV (German Dental Hygienist's Association), [b.gatermann@ddhv.de](mailto:b.gatermann@ddhv.de)

**Lassen Sie sich bitte als Diplom DH/BScDH unter [www.ddhv.de](http://www.ddhv.de) „registrieren“,  
damit uns interessierte Patienten leichter finden.**

***Dies ist die 60. Ausgabe des DDHV-Journals. Das DDHV-Journal erscheint als erste und einzige unabhängige Fachzeitschrift der DentalhygienikerInnen seit 1990 in Deutschland.***

Journal/  
Anzeigenservice

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

Juristische Beratung

RA Ferdinand Horning  
Sendlinger Straße 22, 80331 München

## I m p r e s s u m

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  
[b.gatermann@ddhv.de](mailto: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      Bettina Mohr, Dipl. DH HF/CH

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

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

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

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

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