

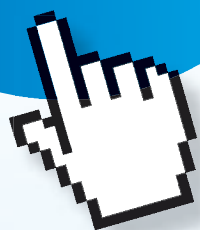
DDHV-Journal 2/2017



*Deutscher Diplom Dental Hygienikerinnen
Verband e.V.*

Ihr Partner für Mundgesundheit

**JETZT
ONLINE GEHEN**
und von unseren
**ONLINE-
ANGEBOTEN**
profitieren



KOSTENLOSE
WEBINARE



FORTBILDUNGEN



VERANSTALTUNGEN



PRODUKT-
INFORMATIONEN



Karies-
schutz



Schmerzfreie
Zähne



Zahnschmelz-
schutz



Gesundes
Zahnfleisch

www.cpgabaprofessional.de

Nach Erich Kästner ...

... sitzen viele im selben Zug, aber so mancher im falschen Abteil.

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

immer noch ist bekanntlich juristisch gesehen alles erlaubt, was nicht verboten ist – auch wenn in den zahnmedizinischen Medien Wortverdreher wieder zu Gange sind. Es ist alles Ansichtssache. Dass hierbei natürlich „über die Stränge“ geschlagen wird, liegt in der Natur der Sache – zum Leidwesen für die Patienten und viele von uns in der Dental Hygiene. Zudem halten sich erstaunlich wenige an die Vorschriften der ZÄK und lassen alles an den Patienten ran, was nur geht. Ganz einfach aus dem Grund heraus, da wirklich geschultes und zertifiziertes Personal fehlt. Das ist Fakt und wird vehement unter den Tisch gekehrt. Wo kein Kläger, da kein Richter.

Das Leben besteht aus ständigen Veränderungen. Das macht auch das Leben viel bunter. Der, der sich dem widersetzt, belastet seine Nachwelt. Frei nach Albert Einstein: *Mehr als die Vergangenheit interessiert mich die Zukunft, denn in ihr gedenke ich zu leben.* Wir können immer noch nichts Neues bezüglich eines Berufsbildes melden. Allerdings lesen Sie in diesem Journal profunde Kritiken und Anregungen, wie man es anders machen könnte – wenn man so will. Die hier am Drücker sind, sind ja leider selten Patienten. Wenn, dann würden sie sicher ganz schnell mehr Verständnis und Regeln in die graue Region bringen wollen.

Und wem die Dinge nicht schnell genug gehen, der höre doch beim nächsten Mal im Radio genauer hin. Da gibt Mark Forster von sich:

*Egal was kommt,
es wird gut, sowieso.
Immer geht ´ne neue
Tür auf, irgendwo.
Auch wenn's grad nicht
so läuft, wie gewohnt.
Egal, es wird gut, sowieso.*

Dran bleiben heißt die Devise.
Mit Dental-Hygienischen Grüßen aus München

Beate Gatermann, RDH

INHALT

- 1 Vorwort
- 2 DDHV-Kongress 2018
- 6 Implantat-Therapie bei Patienten mit Parodontitis
- 10 Was ist an der "Systematischen Parodontitis-Behandlung" so schwer zu verstehen?
- 16 Die Pflege von Senioren und Menschen mit Behinderung
- 19 CDU/CSU will Stellung der Heilhilfsberufe aufwerten
- 19 Anfrage an BZÄK: Wer ist da ein Fähnchen im Wind?
- 21 Mitochondrium
- 22 Und so läuft es in Südtirol
- 25 Rund um den Globus
- 28 Veranstaltungskalender
- 28 Impressum

28 Jahre DDHV

DDHV-Kongress 2018**Deutscher Diplom Dental Hygienikerinnen Verband e.V.****Programm für Samstag, 03.03.2018**

Zentrum für Zahn-, Mund- und Kiefergesundheit
 Pleicherwall 2, **97070 Würzburg**
 Haupteingang der Klinik, gekennzeichnete Hörsaal

08:00 - 09:00	<i>Einschreibung / Produktinformation</i>	
09:00 - 09:10	<i>Einführung in den Kongress</i>	
09:10 - 09:55	Kommunikation zwischen Patienten und Dentalhygienikern	Dipl. Psych. Sonia Joanna Sippel
09:55 - 10:25	<i>Produktinformation / Kaffeepause (Bio)</i>	
10:25 - 11:10	Ernährung und Zähne im Zusammenspiel	Dr. Sonia Schiess Ernährungswissenschaftlerin
11:10 - 11:55	Epigenetische Vererbung von Adipositas und Diabetes	Prof. Dr. Johannes Beckers
11:55 - 13:00	<i>Produktinformation / Mittagsbüfett (Bio)</i>	
13:00 - 13:45	Wir sind Symbionten in einer symbiotischen Welt	Dr. rer. nat. Monika Offenberger
13:45 - 14:15	<i>Produktinformation / Kaffeepause (Bio)</i>	
14:15 - 15:00	Viel hilft viel? Neue Erkenntnisse zur Optimierung der Wirksamkeit subgingivalen Scalens	Prof. Dr. med. dent. Ulrich Schlagenhauf
	Diskussion	
ca. 15:30 - 17:00	Jahresmitgliederversammlung	Zutritt nur für DDHV-Mitglieder

Jeder, der interessiert ist, kann am DDHV-Kongress teilnehmen!

Auf Grundlage der BZÄK werden 7,5 Punkte für diese Tagung vergeben.
 Sie erhalten bei der Einschreibung am Kongress Ihre persönliche Teilnahmebestätigung.
 Bitte beachten Sie die Produktpräsentationen unserer Aussteller.
 - Änderungen vorbehalten -

Kongressgebühr inkl. Kaffee und Mittagsbüfett (Bio):

Teilnehmer: 210,00 Euro inkl. MwSt.; DDHV-Mitglieder: 180,00 Euro inkl. MwSt.
 Frühbucher erhalten einen Nachlass von 20,00 Euro bei Zahlungseingang bis 18.02.2018 (danach verfällt der Rechtsanspruch).
 Bitte sprechen Sie mit uns, falls Sie den Kongress aus eigener Tasche bezahlen müssen.

Im Maritim Hotel – direkt gegenüber der Universität – können Zimmer gebucht werden.
www.maritim.de/de/hotels/deutschland/hotel-wuerzburg

Schriftliche Anmeldung: DDHV-Geschäftsstelle, c/o Apostroph – Agentur für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit,
 Hans-Peter Gruber, Landshuter Straße 37, 93053 Regensburg
 Tel. 0941-563811, Fax 0941-563861, hp.gruber@apostroph.com, www.ddhv.de

Bankverbindung:

DDHV e.V., APO-Bank Regensburg, IBAN: DE40 3006 0601 0003 1687 19, BIC: DAAEDEDXXX



Dipl. Psych. Sonia Joanna Sippel

Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Medizinische Lehre und Ausbildungsforschung am Universitätsklinikum Würzburg, Julius-Maximilians Universität Würzburg

seit März 2016 Wissenschaftliche Mitarbeit am Institut für Medizinische Lehre und Ausbildungsforschung in Würzburg; Wissenschaftliche Mitarbeit an der Frankfurt University of Applied Sciences und an der Universitätsmedizin Göttingen; Freiberufliche Tätigkeit als Psychologin (Gutachterin, Dozentin, Statistikerin); Fortbildungen in der Gesundheitspsychologie (GKM Marburg, DPA Berlin); Diplomarbeit: Entwicklung, psychometrische Überprüfung und Validierung einer deutschen Fassung des "Student Adaptation to College Questionnaire (SACQ)" von R. W. Baker und B. Syrik; Studium der Psychologie (Justus-Liebig-Universität Gießen); Schwerpunkte: Klinische Psychologie, Pädagogische Psychologie, Neurowissenschaften; Berufstätigkeit als MTLA am Medizinischen Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin der Justus-Liebig-Universität Gießen (Abteilung Hämatologie und Onkologie); Ausbildung zur medizinisch-technischen Laboratoriums-Assistentin (Justus-Liebig-Universität Gießen);

Forschungsschwerpunkte: Gesundheitspsychologie; Stereotypen in medizinischen Berufen; Interprofessionelle Teamarbeit in den Gesundheitsberufen; Psychometrie, Fragebogenkonstruktion und Evaluation; Kommunikationskompetenzen im beruflichen Kontext.



Dr. Sonia Schiess

Diätassistentin und promovierte Ernährungswissenschaftlerin

1984 sechs Monate Praktikum in der Bircher-Benner-Klinik, Zürich/Schweiz; 1986 Diätassistentin, Universitätskrankenhaus Eppendorf, Hamburg/Deutschland; 1986/1987 Weiterbildungsjahr als Ernährungsberaterin, Universitätsspital Zürich/ Schweiz; 1987-1989 Leitung Ernährungsabteilung Buchinger Klinik, Überlingen/ Deutschland; 1990 Gesundheits-Trainer, UGB (Verein für unabhängige Gesundheitsberatung e.V.), Gießen/ Deutschland; 1991 vier Monate Vertretung/Leitung Ernährungsabteilung Buchinger Klinik, Marbella/ Spanien, bevor mein Schwerpunkt sich wieder nach Südamerika verlagerte;

seit 1991 Geschäftsführerin von "Alimentación Integral Ltda", Santiago/Chile, (zu Beginn Schwerpunkt Ernährungsberatung, Lehrküchen, Vorträge, Seminare; heutzutage Beteiligungen und wissenschaftliche Mitarbeit von Startups zur Entwicklung und Vermarktung von Bio-Säuglingsbeikost (Amaraorganicfood, USA) wie auch einer Restaurantkette zur Förderung von gesünderer Ernährung (Camelia, Montevideo/Uruguay); weiterhin Consultor und Organisation für Gesundheitsprojekte; Referentin, Autorin und Ernährungsberatung; parallel dazu 1992 Fastenleiterin, UGB, Gießen/Deutschland; 1993 Abschluss zur Ernährungswissenschaftlerin, Universidad de Chile, Santiago/Chile; 2005 Aufbaustudium zum Magister in Humanernährung INTA (Instituto de Nutrición y Tecnología en Alimentos) Universidad de Chile, Santiago/Chile; 2006 Dipl. Fachberaterin für Säuglings- und Kleinkinderernährung, UGB, Gießen/ Deutschland; 2005–2010 Wissenschaftliche Mitarbeiterin und Promotion bei Prof. Dr. Berthold Koletzko, Dr. von Haunersches Kinderspital, München, Ludwig-Maximilians-Universität, München/Deutschland, Thema: „Einführung von Beikost in 5 Europäischen Ländern“, innerhalb des EU Childhood Obesity Projects (www.metabolic-programming.org).



Prof. Dr. Johannes Beckers

Leiter der Arbeitsgruppe Genregulation und Epigenetik und Stellvertretender Direktor des Instituts für Experimentelle Genetik am Helmholtz Zentrum München.

Prof. Dr. Beckers lehrt das Fach Genetik an der Technischen Universität München (TUM). Außerdem ist er gewähltes Vorstandsmitglied der Gesellschaft für Genetik, des Verbandes Biologie, Biowissenschaften und Biomedizin (VBIO) und des TUM Executive MBA Alumni Vereins. Sein Forschungsinteresse gilt der epigenetischen Vererbung metabolischer Erkrankungen wie Fettleibigkeit und Diabetes. Nach dem Studium der Biologie an der Ruprecht-Karls-Universität und am Europäischen Molekularbiologischen Laboratorium (EMBL) in Heidelberg promovierte er an der Universität Genf über HoxD Genregulation in der Embryogenese. Als Stipendiat der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) forschte er anschließend am Jackson Laboratory (Bar Harbor, Maine, USA) an der Funktion des Delta/Notch Signalwegs während der embryonalen Entwicklung.



Bildautor: Markus Eckert

Dr. rer. nat. Monika Offenberger

Freiberufliche Wissenschaftsjournalistin

1982 - 1987 Studium der Biologie an der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU); 1983 Stipendiatin der Studienstiftung des deutschen Volkes; 1988 Diplomarbeit am Max-Planck-Institut für Verhaltensphysiologie, Seewiesen; 1989 - 1992 Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Zoologie der LMU München; 1993 Stipendiatin der Robert-Bosch-Stiftung für Wissenschaftsjournalismus; 1994 Promotion, Publikationen u.a. in *Experientia*, *Oecologia*, *Physiological Entomology*; 1995 Hospitanzen bei SZ, GEO, Bertelsmann-Verlag, Bayerischer Rundfunk; 1996 - 1997 Redaktionsvertretungen (Print und online) SZ, Ressort Wissen; seit 1989 freie Mitarbeit in Wissenschaftsredaktionen von Magazinen, Tages- und Wochenzeitungen sowie Autorenschaft und Lektorat von Veröffentlichungen von Bundesministerien (BMBF, BMEL) und Staatl. Forschungseinrichtungen; seit 1999 zahlreiche Buchprojekte als Allein- oder Koautorin, teils gefördert durch die Deutsche Bundesstiftung Umwelt; 2004 Journalistenpreis der Gregor Louisöder Umweltstiftung; 2014 'Symbiose: Warum Bündnisse fürs Leben in der Natur so erfolgreich sind', dtv.



Prof. Dr. med. dent. Ulrich Schlagenhauf

1974 - 1979 Studium der Zahnheilkunde in Tübingen; 1980 - 1982 dort Assistent in der Abteilung für Zahnerhaltung; 1982 - 1984 Graduiertenstudium der Parodontologie sowie Forschungsaufenthalt an der University of Washington in Seattle, USA; 1984 Promotion.

1984 - 1996 Mitarbeiter der Poliklinik für Zahnerhaltung der Universität Tübingen; 1992 Habilitation und Erteilung der Lehrbefugnis an der Eberhard-Karls-Universität Tübingen; 1996 - 2000 Privatpraxis in Stuttgart, regelmäßige Lehrtätigkeit in den Fachgebieten Parodontologie und Prävention an der Poliklinik für Zahnerhaltung der Universität Tübingen; seit 2000 Leiter der Abteilung für Parodontologie der Universität Würzburg; 2006 - 2011 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie (DGP).

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Therapie aggressiver Parodontalerkrankungen; Interferenz parodontaler Erkrankungen mit dem Status der Allgemeingesundheit.

ANMELDUNG

Per Fax: 09 41 / 56 38 61
oder eingescannt per E-Mail: hp.gruber@apostroph.com
oder per Post einsenden an:

Agentur Apostroph
Hans-Peter Gruber
DDHV-Geschäftsstelle
Landshuter Str. 37
93053 Regensburg

**Hiermit melde ich mich verbindlich für den
DDHV-Kongress am 03.03.2018 in Würzburg an:**

Die Anmeldung hat erst Gültigkeit, wenn die Kongressgebühr vollständig bezahlt ist.
Eine Quittung erhalten Sie bei der Übergabe der Kongressbestätigung bei der Registrierung am 03.03.2018.

Name, Vorname Bitte führen Sie alle Teilnehmer/innen auf. Danke.

Name, Vorname

Evtl. Adresse Praxis (falls Rechnung für die Praxis separat erforderlich)

Straße, Hs.-Nr.

PLZ, Ort

Telefonnummer E-Mail

Teilnehmergebühr:

- ☐ Teilnehmer: 210,00 Euro inkl. MwSt. ☐ DDHV-Mitglieder: 180,00 Euro inkl. MwSt.
Frühbucher erhalten einen Nachlass von 20,00 Euro bei Zahlungseingang bis 18.02.2018
(danach verfällt der Rechtsanspruch).

Bitte sprechen Sie mit uns, falls Sie den Kongress aus eigener Tasche bezahlen müssen.

Bankverbindung: DDHV e.V., APO-Bank Regensburg,
IBAN: DE40 3006 0601 0003 1687 19, BIC: DAAEDEDXXX

Datum, Unterschrift

Implantat-Therapie bei Patienten mit Parodontitis

Nach einer Präsentation von Moritz Kebschull, Bonn

Zusammengestellt von Regine Bahrs, RDH

Die Klassifikation periimplantärer Erkrankungen erfolgt entweder als Mukositis oder als Periimplantitis. Erstere ist eine reversible Entzündung der periimplantären Schleimhaut (Mukosa), die suprakrestal ist, also sich auf das Weichgewebe beschränkt und sich noch nicht auf den Knochen ausgebreitet hat. Bei der Periimplantitis ist die Entzündung hingegen in den implantatumgebenden Knochen fortgeschritten und hat dort einen irreversiblen Verlust verursacht.

Berglundh, Zitzmann und Donati stellten sich 2011 die Frage: „Unterscheiden sich periimplantäre von parodontalen Läsionen?“ Sie fanden statistisch signifikante Unterschiede der – bei einer Parodontitis vermehrt vorkommenden – Markerkeime *Tannerella forsythia* und *Treponema denticola*. Diese sind bei einer Periimplantitis hingegen eher wenig bis kaum vorhanden, wobei *Parvimonas micra* bei einer Periimplantitis vermehrt auftritt (statistisch hohe Signifikanz $p < 0.001$) im Gegensatz zur Parodontitis.

2014 stellten Carcuac und Berglundh auch histologisch große Unterschiede fest.

Bei der molekularen Analyse von Biopsien aus 100 Stellen mit Parodontitis und Periimplantitis waren bei einer Parodontitis die molekularen Parameter eher wenig verändert. Bei einer Periimplantitis war jedoch zum Beispiel die Differentialexpression mehr als 20-fach höher und bestimmte funktionelle Gruppen von Genen 200-fach vermehrt im Vergleich zur Situation bei einer Parodontitis. Auch die extrazelluläre Matrix, Zytokinaktivität und Immunprozesse waren gesteigert, besonders die Immunantwort auf einen Virus war signifikant erhöht. Unterschiede gab es auch bei den inflammatorischen Mediatoren, beim Knochenstoffwechsel sowie bei der Inflammation-Aktivierung. Eine mögliche Erklärung liegt eventuell darin, dass zusätzlich zu speziellen Kombinationen von pathogenen Keimen auch Titan-Partikel zu einer verstärkten Entzündungsreaktion der implantatumgebenden Strukturen beitragen können. Inflammasome sind Proteinkomplexe in Abwehrzellen, also ein wichtiger Teil des unspezifischen Immunsystems. Sie werden durch Bakterienbestandteile oder auch Titandioxidkristalle stimuliert und tragen zur Entzündungsreaktion bei – beispielsweise durch eine deutlich vermehrte Zytokinproduktion, wie bei anderen Erkrankungen bereits nachgewiesen wurde.

Die Diagnostik von periimplantären Erkrankungen erfolgt durch Sondierung der periimplantären Strukturen und einer röntgenologischen Untersuchung. Beide Befunde sollten auch nach einer Implantatinserktion zur Kontrolle des Behandlungserfolgs durchgeführt werden

und fungieren somit als Referenz-Parameter. Zu beachten ist die Reproduktivität: Beide Diagnosen sollten unter gleichbleibenden Bedingungen erfolgen! Sondierungswerte können variieren durch unterschiedliche Sondentypen und -durchmesser, Druck und Winkel/Position der Sonde sowie durch den Entzündungsgrad des Gewebes. Mikrobiologische Tests sind aufgrund ihrer geringen Sensitivität und Spezifität nicht sehr sinnvoll. Nur 5-20 Bakterienarten von etwa 700 können erfasst werden und es ist nicht sicher, welche Arten für die Krankheitsentwicklung ausschlaggebend sind.

Eine von Derks und Tomasi durchgeführte Meta-Analyse von 11 Studien ergab im Jahr 2015 eine Prävalenz von 43% für die Mukositis und 22% für die Periimplantitis. Folgend werden einige Risikofaktoren aufgeführt, welche zur Entwicklung einer Periimplantitis beitragen können:

- Schlechte Compliance oder fehlende professionelle medizinische Begleitung führte in einer 5-jährigen Studie zu einer Periimplantitis-Inzidenz von 44% ohne präventive Betreuung und einem Neuauftreten von nur 18% mit Betreuung.
- Ein bereits parodontal angegriffener Zustand führt zu einem häufigeren und höheren Knochenverlust bei Implantaten und die Überlebensrate korreliert mit dem Schweregrad der vorangegangenen Parodontitis.
- Das Rauchen ist ein seit langem und eindeutig bewiesener Risikofaktor.
- Biofilmsammlung durch mangelnde Mundhygiene und/oder iatrogene Faktoren wie beispielsweise schlecht zu reinigende Restaurationen.
- Nicht eindeutig bewertet ist das Fehlen von befestigter, keratinisierter Mukosa. Brito et al. fanden in ihrem Review 2013 ein vermehrtes Auftreten von biologischen Komplikationen. Bei sehr guter Mundhygiene und regelmäßigem Recall gab es bei Frisch et al. 2013 jedoch auch Patienten ohne Inzidenz einer Periimplantitis.
- Ebenfalls kontrovers diskutiert ist die Oberflächenbeschaffenheit von Implantaten: Eine raue Oberfläche wird schneller osseointegriert, jedoch auch vermehrt von Mikroorganismen besiedelt und damit eher als Risikofaktor gehandelt, wie Fickl, Kebschull, Calvo-Guirado, Hürzeler und Zuhre 2015 in einer experimentellen Periimplantitis-Studie zeigen konnten. Auch Derks et al. sahen nach 9 Jahren einen höheren Spätverlust bei knapp 600 Schweden mit 2.367 Implantaten: 2,4% der rauen Implantate gingen verloren, dagegen nur 0,5% der Implantate mit glatter Oberfläche.

Nicht alle Risikofaktoren können beseitigt werden, die Umweltfaktoren Recall, Parodontitis und Rauchen



Mut zur Lücke.

Wer gesunde Zähne hat, hat gut lachen.

Interdentalprodukte von TePe sorgen für die besonders effektive und schonende Reinigung der Interdenträume. TePe: Qualität made in Sweden, in Zusammenarbeit mit Zahnärzten entwickelt – für eine optimale Mundgesundheit.

Besuchen Sie TePe auf den
Fachdental-Messen 2017

Gut zur Lücke.

TePe EasyPick™

- Ideal für unterwegs
- Angenehm und flexibel
- Effektive Reinigung durch Silikonlamellen



TePe Interdentalbürsten

- Besonders effektive Reinigung
- Kunststoffummantelter Draht und optimale Borstenanordnung
- Auch für Zahnsparren, Implantate und prothetische Versorgungen

Mehr Infos und Spot unter:
tepe.com/gutzurluecke

sowie einige lokale Faktoren können jedoch verändert werden und sind von großer Bedeutung für einen erfolgreichen Implantaterhalt:

- Ein risikoabhängiger, regelmäßiger Recall verhindert die Folgen einer schlechten Mundhygiene oder schwächt diese zumindest deutlich ab und ist somit essentiell. Um eine gute Compliance seitens des Patienten zu erwirken, sollte darüber bereits vor einer Implantation aufgeklärt werden. Die Risikoeinschätzung nach Lang und Tonetti berücksichtigt BOP, Anzahl von Taschen $\geq 5\text{mm}$, Zahnverlust, Knochenverlust in Relation zum Alter, systemische/genetische Faktoren sowie Rauchen und ist eine wertvolle Hilfe zur Bestimmung des Maintenance-Abstandes (Spinendiagramm auf perio-tools.com).
- Auch die Biofilmsammlung durch mangelnde Mundhygiene kann im besten Fall durch Aufklärung, Hygieneinstruktion und Motivation vermieden werden, was bei iatrogenen Faktoren leider kaum gelingt: Schlecht zu reinigende Restaurationen sowie verbleibender Zahnstein und/oder Konkrementen bieten Mikroorganismen auch unter Einsatz von antiseptischen Wirkstoffen eine ideale Besiedelungsfläche. In diesen Fällen schafft nur ein Eliminieren der Putzflächen vollständige Abhilfe.
- Weil eine bereits bestehende Parodontitis das Risiko einer Periimplantitis hochgradig wahrscheinlich macht, ist es zunächst sinnvoll, eventuelle Alternativen zur Implantation in Erwägung zu ziehen. Vor einer Implantatinserion ist eine abgeschlossene Parodontaltherapie eine *conditio sine qua non*, um biologische Komplikationen zu vermeiden. Auch hier steigert eine frühzeitige Erläuterung von Pathogenese und Prävention die Motivation des Patienten.
- In diesem Zusammenhang sollte nicht davor zurückgeschreckt werden, die vielfältigen Auswirkungen des Tabakabusus zu verdeutlichen. Eine Raucherentwöhnung ist für viele Patienten eine willkommene Hilfe und wird von den meisten Krankenkassen unterstützt. Auch mit Hausärzten und Internisten ist eine Kooperation naheliegend und sehr gut möglich. Ist für den Patienten eine Entwöhnung (noch) unerwünscht, können weniger schädliche Ersatzmittel wie E-Zigaretten etwas bessere Alternativen zum Tabak sein. Wichtig ist jedoch zu berücksichtigen, dass auch bei ehemaligen Rauchern noch ein deutlich höheres Risiko bezüglich des Behandlungserfolges vorhanden ist.
- Bei bereits gesetzten Implantaten lässt sich die Oberflächenbeschaffenheit nur bedingt verändern – besser ist es natürlich, freiliegende Windungen etc. gar nicht erst entstehen zu lassen. Die Industrie konzentriert sich stark auf die Entwicklung idealer Oberflächen, z.B. durch Hybriddesign (Kombination verschiedener Materialien und/oder Formen) und Platform Switching (nach innen verlagerte Implantat-Abutment-Verbindung).
- Bei fehlender befestigter, keratinisierter Mukosa lassen sich durch folgende Praktiken wieder gute bis optimale Weichgewebsverhältnisse herstellen:

- Vor oder bei einer Implantation durch eine Vestibulumplastik,
- in Kombination mit einer Freilegung mittels eines Verschiebelappens,
- post implantationem durch ein Freieschleimhaut Transplantat.

Hat sich eine Periimplantitis erst einmal entwickelt, gibt es aufgrund der Komplexität einwirkender Faktoren auf das künstlich hergestellte und anfälligere „Ersatzparodont“ keine Garantie eines Therapiekonzeptes. Erstes Mittel der Wahl ist eine anti-infektiöse Therapie, deren zentraler Bestandteil die regelmäßige und möglichst vollständige Eliminierung von harten und weichen Belägen darstellt. Diese wird z.B. durch raue Implantatoberflächen erschwert.

Folgende Instrumente stehen zur Verfügung:

- Küretten oder Ultraschallansätze aus Kunststoff oder Titan
- (Interdental-)Bürsten aus Titan
- chemische Agentien wie Chlorhexidin, H_2O_2 etc.
- Pulver-Wasserstrahl-Geräte
- (Er:YAG-) Laser
- Plasma

Reichen genannte Methoden nicht aus, ist eine chirurgische Therapie indiziert.

Ein Access Flap ist nach Clarke 2008 und Renvert 2013 zu ca. 60% erfolgreich, insbesondere bei rauen Oberflächen. Für die restlichen 40% besteht die Möglichkeit einer gesteuerten Knochenregeneration (GBR), deren Erfolg abhängig von der Defekttiefe, dem Defektwinkel und der Anzahl der Knochentaschenwände ist. Membrane scheinen keinen deutlich besseren Effekt zu erzielen.

Eine Tasche ist bei horizontalem Knochenverlust sehr gut eliminierbar (Clarke 2008) - evtl. in Kombination mit einer Implantatplastik. Da eine Therapie aber nicht vorhersagbar ist, ist ein sequenzielles Vorgehen unabdingbar.

YOUNG™



AKTIONSPAKET

3 Boxen* DPA 's + 1 Proxeo Handstück

€ 296,70



Disposable Prophyl Angles

- **Reduziertes Infektionsrisiko**
- Keine Aufbereitung, dadurch **Zeit- und Kostenersparnis**
- Einzeln verpackt
- Verbesserte Wendigkeit dank **kleinem, rundem Kopf**
- Besonders **schmaler Hals**

* 1 Box enthält 125 Stk. Empf. VK € 98,90
Bitte kontaktieren Sie Ihren Dental-Fachhandel



Ebenfalls von Young erhältlich - die weltbekannten Prophy-Cups und Pasten.
Mehr auf www.youngdental.eu

YOUNG
INNOVATIONS

Was ist an der „Systematischen Parodontitis-Behandlung“ so schwer zu verstehen?

Dr. med.dent. Jörg Junker

Nur in ganz wenigen zahnärztlichen Praxen in Deutschland gibt es eine solche durchgeplante Behandlung der „stillen Volkskrankheit Parodontitis.“ Nämlich in den Praxen, in denen ein Zahnarzt, sein Hilfspersonal (ZMF, ZMP) und eine Dentalhygienikerin ein Team bilden. Nach den von der BZÄK genannten Zahlen sind das etwa 400 Praxen. Alle anderen Zahnärzte, die versuchen, die „Muss“-Nachsorge selber zu machen, werden nach kurzer Zeit scheitern. Denn ein Zahnarzt kann nicht für 100 Euro die Stunde arbeiten (der Umsatz pro Stunde ist beim Recall oder UPT zu gering) oder sie verlieren bald die Lust daran, denn sie sind dafür gar nicht ausgebildet worden. Die Delegation an ihre Assistenzkräfte lässt die durchgeführte von den gesetzlichen Kassen bezahlte „Erstbehandlung“ kläglich scheitern, solange die supragingivale Plaqueentfernung nicht auf einem hohen Standard ausgeführt wird.

In allen Veröffentlichungen, die ich in ZM oder MBZ kenne, ist bei der Behandlung von Parodontitis immer nur von Zahnärzten oder ihrem Hilfspersonal die Rede. BZÄK und KZBV sehen eine zukünftige Zahnarztzahl von 90.000 in Jahr 2020 voraus. Das ist aber eine Sackgasse. Denn die mit viel staatlichem Geld ausgebildeten Zahnärzte haben keine Lust mehr Parodontitis zu behandeln. Implantate sind derzeit wohl lukrativer. Im Gegensatz kann, aufgrund ihrer Spezialausbildung, eine Dental Hygienikerin acht Stunden täglich Taschenbehandlungen durchführen, ohne größere Probleme mit ihren Händen und Handgelenken zu haben.

Der BARMER Zahnreport 2017 hat zwei Dinge gezeigt:

- In Deutschland wird zu wenig Parodontitis diagnostiziert: etwa 25,25 Prozent der „stillen Volkskrankheit Parodontitis“ werden von den Zahnärzten erkannt.
- Die „systematische Parodontitis-Behandlung“ existiert nahezu nicht: nur 1,8 Prozent der erkrankten Patienten werden behandelt. Da die Krankenkassen nur die ihr gemeldeten „Erstbehandlungen“ als Statistik bekommen, ist die meist privat bezahlte Nachsorge durch Dental Hygienikerinnen dort nicht erfasst.

Wenn man allerdings den internationalen Standard von Bevölkerungszahl zur Anzahl der Dental Hygienikerinnen hernimmt und man der Meinung ist, dass in Deutschland etwa 40.000 dieser Spezialistinnen fehlen, dann stimmt die BARMER Statistik (400 DH) recht genau auch für die Nachsorge (Recall, UPT).

Zum Thema „Diagnostik“ fehlt es nicht an Aufforderungen. Noch im November 2014 fand bei Segovia, Spanien der 11. Europäische Workshop für Parodontologie statt. Die EFP (European Federation of Periodontology), darunter auch die große deutsche Delegation, hat Forderungen unterschrieben: z.B. ein flächendeckendes Screening der Parodontitis in allen Ländern Europas.

Ein Vorschlag an die KZBV: Alle(!) deutschen Zahnärzte (69.000) werden aufgefordert, an einem Tag im Jahr für eine Stunde oder einen Vormittag nur Patienten einzubestellen, bei denen sie mittels Parodontalsonde und evtl. Röntgenaufnahmen den Parodontalstatus eines Patienten niederschreiben und auswerten.

Nach dem Motto „Deutschland sucht den Impfpass“ würde im Vorfeld eines solchen Ereignisses eine gewisse Hektik ausbrechen: mit der Bestellung von Parodontalsonden, schriftlichen Infos über die Benutzung derselben (4- oder 6-Punktmessung?) und Bestellung von Parodontitis-Status-Vordrucken bei den KZV. Auch die Höhe des Druckes (ca. 0,25 N; Wolf, Rateitschak; Parodontologie) auf die Parodontalsonde sollte geübt werden, um vergleichbare Ergebnisse zu bekommen.

Das sich immer weiter verbreitende Wort einer „stillen Volkskrankheit Parodontitis“ ist recht fragwürdig. Fast jede chronische Krankheit ist über Jahre „still“. Wenn sie entdeckt wird, bevor (!) sie größere Probleme macht, dann liegt das an den Ärzten, die etwas mehr „screenen“ oder auch nur einfach hinschauen!

Bei der Zahnmedizin ist das genauso: Wenn die deutschen Zahnärzte ihre Parodontalsonde deutlich regelmäßiger einsetzen würden (BARMER Zahnreport 2017; Diagnostik 25,25 %), dann wären die diagnostischen Gegebenheiten schon mal da. Wir Zahnärzte sind doch diejenigen, die eine Parodontitis aus der „Stille“ befreien können! Und nicht der Patient, der immer häufiger als derjenige bezeichnet wird, der diese Erkrankung vernachlässigt.

Selbst Patienten, die ihren Zahnarzt zu „professionellen Zahnreinigungen (PZR)“ aufsuchen, erfahren meist nicht, dass sie Parodontitis haben. Den Zahnarzt interessiert es nicht, weil sein Blick mitunter durch wesentlich interessantere Tätigkeiten abgelenkt wird. Seine fortgebildeten Angestellten (zahnmedizinische Prophylaxe und Fach-Assistentinnen, also ZMP oder ZMF) haben es auf ihren Kursen bei den Kammern kaum gelernt.

So kann es zwar vorkommen, dass ein Zahnarzt, bevor er einem Patienten für extrahierte Zähne (?) Implantate andient, eine Erstbehandlung der sicherlich vorhandenen Parodontitis durchführt. Dann aber wird die Erkrankung ihrem weiteren Verlauf überlassen, getreu der „Richtlinie für die systematische Parodontitisbehandlung“ der Bundeszahnärztekammer mit der Aussage zur Nachsorge als „falls notwendig“: keinerlei Nachsorge durch eine versierte Registered Dental Hygienikerin wie in verschiedenen Ländern Europas, sondern nur auf oberflächliche (supragingivale) Plaque-Entfernung geschulte ZMP, ZMF oder fortgebildete ZFA.

Dass die Kassen überhaupt die Parodontitisbehandlung bezahlen, erschließt sich mir von daher auf lange Sicht gesehen nicht. Eine Erstbehandlung sollte nur dann von der gesetzlichen Kasse bezahlt werden, wenn eine Nachsorge durch eine Dentalhygienikerin gesichert ist. Das „Versanden lassen“ einer teuren Erstbehandlung aus Mangel an systematischer Nachsorge (Recall, UPT) ist falsch und der Patient wird getäuscht.

Richtig ist, dass viel zu wenige Erstbehandlungen durchgeführt werden (Eickholz; 2011). Wenn aber der Behandler von vornherein weiß, dass er seine Patienten in der Zukunft notwendigerweise nicht weiter optimal mittels einer Nachsorge behandeln kann, dann handelt er fahrlässig. Die 706 Bakterienarten mit einer 20-minütigen Teilungsrate lassen eine Erstbehandlung schnell vergessen. Anders lässt sich nicht erklären, dass die Periimplantitis an Implantaten eine Quote von 63 Prozent erreicht hat.

Die systematische Behandlung einer Parodontitis ist im Grunde einfach. Aber sie wird durch viele, äußerst komplexe Worte vernebelt.

1. Eine mittlere oder schwere Parodontitis ist durch eine einmalige „Erstbehandlung“ durch den Zahnarzt und sein Hilfspersonal nicht vollständig heilbar.

2. In regelmäßigen Abständen muss eine Behandlung durch den Zahnarzt (?) oder eine Dentalhygienikerin erfolgen (Recall, UPT).

In der Parodontitis-Nachbehandlung (Recall, UPT) tut eine Dentalhygienikerin aber exakt dasselbe wie ein Zahnarzt bei seiner Erstbehandlung: das notwendige subgingivale Entfernen von Belägen und Konkrementen (Scaling).

Hier liegt der Grund für die wie in Stein gemeißelte Aussage von BZÄK und KZV: „Delegation = ja; Substitution = nein“!

Auf Grund der deutlich zielgerichteten Ausbildung und der tagtäglichen Wiederholung behandelt eine Dentalhygienikerin den Patienten in der Nachsorge effektiver als ein Zahnarzt je könnte. Warum auch nicht?

¹ Um das Behandlungsergebnis zu sichern, schließen sich laut Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen 2006 wegen der Gefahr einer Reinfektion regelmäßige Untersuchungen an sowie – falls notwendig – die Wiederholung von lokalen Maßnahmen an einzelnen Parodontien.

Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen. Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinien) vom 04. Juni 2003 und vom 24. September 2003 in der ab 18. Juni 2006 gültigen Fassung Bundesanzeiger Nr. 111 vom 17. Juni 2006, Seite 4466 [online]. 24.09.2003 [Zugriff: 12.06.2015].

URL: <http://www.kzbv.de/behandlungs-rili-060618.download.18de5c5f3b907f780818b07dcb9e4903.pdf>.



GUM® PerioBalance®

Das Nahrungsergänzungsmittel FÜR DAS ZAHNFLEISCH

- Probiotische Wirkungsweise von *Lactobacillus reuteri* Prodentis®.¹
- Geeignet für Patienten mit chronischer Parodontitis und immer wieder auftretender Gingivitis.
- Als Ergänzung zu Scaling und Root Planing während der Erhaltungsphase bei der Parodontalbehandlung.^{2,3}
- Um den Nutzen professioneller Zahnreinigung langfristig zu erhalten.

SUNSTAR
G·U·M®
PerioBalance®



Exklusiv in
Zahnarztpraxen
und Apotheken

¹ L. reuteri AT CC 55730 und L. reuteri AT CC PTA 5289 · ² Teughels W et al. J Clin Periodontol 2013 · ³ Vivekananda et al. J Oral Microbiology 2010, 2:5344

SUNSTAR

Sunstar Deutschland GmbH
Aiterfeld 1 · 79677 Schönau · Tel. +49 7673 885 10855
Fax +49 7673 885 10844 · service@de.sunstar.com

Mehr Informationen unter:

www.GUM-professionell.de

Ein Zahnarzt hat so viele Aufgabenfelder in seiner Praxis, dass er zum Wohle des Patienten auf das sich ständig wiederholende „Kratzen“ in den Zahnfleischtaschen verzichten kann und sollte.

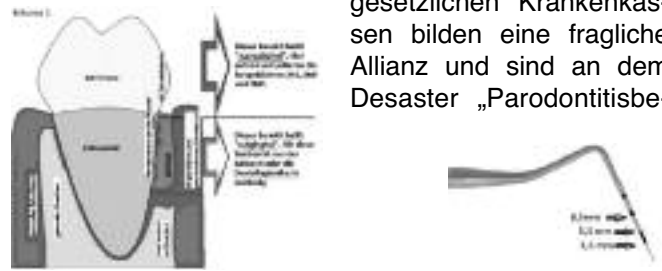
Hinzu kommt Folgendes: Auf eine Praxis kommen bei regelmäßig durchgeführten Erstbehandlungen mit der durchzuführenden Nachsorge (Recall, UPT) so unglaublich viele Patienten zu, dass der Zahnarzt sie aus reinen Zeit-/Termingründen gar nicht durchführen kann!

Laut KZBV werden pro Jahr nahezu eine Million Erstbehandlungen durchgeführt. Wenn alle diese therapierten Patienten theoretisch zur Nachsorge (Recall, UPT) gehen würden, dann bräuchten wir nach vier Jahren zahnärztlicher Erstbehandlungen bereits nahezu 3.300 Dentalhygienikerinnen.

In Deutschland werden aber bereits seit Jahren etwa 1 Million Erstbehandlungen pro Jahr durchgeführt. Dennoch wird die Zahl der über eine Fortbildung geschulten Dentalhygienikerinnen seit Jahren weit unter 1.000 gehalten.

- hindert für eine gewisse Zeit, dass sich die Parodontitis verursachenden Keime (auch der orange oder rote Komplex genannt) in den Vordergrund drängen.
- Nur wenn es gelingt, Plaque regelmäßig zu entfernen, tritt Beruhigung ein. Auf Grund der anatomischen komplexen Struktur der einwurzeligen, aber noch problematischer der mehrwurzeligen Zähne werden bei einer Erstbehandlung nur etwa 80 Prozent (vom Autor geschätzt!) der fest anhaftenden Konkreme entfernt. Bei jedem Recall, UPT nähert sich die Zahl weiter den einhundert Prozent.

Nicht nur die KZV und die BZÄK, sondern auch die gesetzlichen Krankenkassen bilden eine fragliche Allianz und sind an dem Desaster „Parodontitisbe-



Monate seit Beginn	Erstbehandlungen in Tsd.	Erforderliche Recall/UPT in Tsd.	Behandlungs- wiederholung 20% in Tsd.	Nicht/chirurg. Behandlung in Tsd.	Benötigte Anzahl Dentalhygienikerinnen
6 Mon.	500				
12 Mon.	500	500	100	100	466
18 Mon.	500	1.000	200	200	933
24 Mon.	500	1.500	300	400	1.466
30 Mon.	500	2.000	400	500	1.933
36 Mon.	500	2.500	500	600	2.400
42 Mon.	500	3.000	600	700	2.866
48 Mon.	500	3.500	700	800	3.300

Tabelle 9: erforderliche Dentalhygienikerinnen in vier Jahren „Erstbehandlung“

Ein staatlich anerkannter Beruf oder eine den Universitäten nahestehende Ausbildung (z.B. 180 ECTS der EU) wie in vielen Ländern Europas und der Welt, will man hier gezielt nicht.

- In den Nachsorgebehandlungen (Recall, UPT) werden im Grunde die Erstbehandlungen immer aufs Neue wiederholt!
- Ein Parodontitispatient erfährt Jahr für Jahr – oder anfänglich zeitlich dichter – eine erneute Erstbehandlung durch die Dentalhygienikerin! Dafür ist sie im Ausland in drei Jahren am Patient Vollzeit (kein On-the-job-Training wie in Deutschland) ausgebildet worden. Das ist Fakt.
- Alle Nachsorgesitzungen nach einer Erstbehandlung durch den Zahnarzt und sein Hilfspersonal dienen dazu, die trotz des deutlich verbesserten Putzverhaltens eines Patienten sich anlagernden, sich verhärtenden Konkreme zusammen mit 706 Bakterienarten in den Resttaschen zu eliminieren!
- Das „Quorum sensing“ (B. Basler; How Bacteria talk! Youtube) in den Bakterienansammlungen ver-

handlung“ mit schuld. Soweit ich mich erinnere, stellen die gesetzlichen Kassen bei der KZV die Anträge auf Überprüfung eines Zahnarztes, wenn er mehr Parodontitis als seine lokalen Kollegen behandelt.

An einer „Systematischen Behandlung der Parodontitis“ ist in Deutschland wenig systematisch.

Der „gute Cop“ BZÄK wird nicht müde, die deutsche Zahnärzteschaft für ihren nimmermüden Einsatz in der Bekämpfung der Kariologie und auf anderen Gebieten zu loben. Da wird doch das Gemüt eines Zahnarztes gestreichelt, wenn ihm eingeredet wird, dass er zu den „Weltmeistern der Prävention“ gehört. In den Fachzeitschriften, z.B. ZM und MBZ, wird vermehrt über Erfolge deutscher Zahnärzte bei Auslandseinsätzen berichtet. Aber noch mehr wird über die ständige Bedrohung durch die Politik geschrieben.

Wenn es an die zukünftige Behandlung der Parodontitis geht, dann schreibt eine Frau Vanessa Hönighaus (KZBV) in der MBZ 06/2017 vier Seiten im Konjunktiv

„man sollte, man müsste, neue Pläne brauche das Land“. Aber auf jeden Fall müssen die gesetzlichen Kassen mehr bezahlen (Position „ärztliches Gespräch“)!

Aber es wird bei Lippenbekenntnissen bleiben. Denn es fehlt ja an den wirklichen Spezialisten für die Parodontose:

1. Die Lehre an den Universitäten bleibt unverändert. Die Parodontologie wird weiter stiefmütterlich studentisch gelehrt (Eickholz; schon 2012!!).
2. Man weigert sich seitens der BZÄK einen Spezialisten für Parodontologie generell ins Leben zu rufen. Für die Kieferorthopädie haben wir das seit Jahrzehnten.
3. Der international bewährte Beruf der Registered Dental Hygienist (350.000 in 25 Ländern; www.IFDH.org) wird in Deutschland blockiert: keine staatliche Zulassung und eine sehr kontrollierte Fortbildung durch vereinzelte Kammern. So haben wir seit Jahrzehnten etwa 400 bis 600 dieser Damen. Nur ein kleiner Teil davon hat allerdings seine Examina im Ausland abgelegt. Gerne wird dieser Teil mit zu den eigenen Dentalhygienikerinnen dazugezählt. Mir persönlich sind immerhin vier dieser Registered Dental Hygienists bekannt, die im Ausland ihr Examen abgelegt haben (zwei in der Schweiz, zwei in den USA).
4. Die über den lokalen Durchschnitt auffällig werdenden Kollegen werden durch Wirtschaftlichkeitsverfahren, die auch von den gesetzlichen Krankenkassen initiiert werden (!), zur Ordnung gerufen. Soll heißen, dass diese die zuviel abgerechneten Behandlungen selber bezahlen müssen. Noch drei Jahre nach meinem eigenen Praxisverkauf bekam ich Nachzahlungsaufforderungen der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayern.

Die BZÄK kann man als den „good cop“ bezeichnen, die KZV ist der „bad cop“!

In diesem Spannungsfeld wird die deutsche Zahnärzteschaft nie in der Lage sein, eine systematische und flächendeckende Parodontisbehandlung durchzuführen.

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

**CP GABA GmbH, Dent-o-care, Dentsply,
DEPPELER SA, Dr. Liebe, EMS,
Hu-Friedy, Intersanté,
Institut für angewandte Immunologie,
kreussler PHARMA, 3M Deutschland GmbH,
Oral-B blend-a-med,
Profimed, Straumann, Sunstar, TePe, W&H**

paro® slider

Die interdentale Revolution!

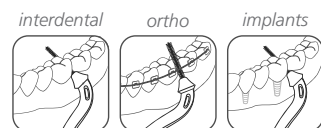


ZAHNZWISCHENRÄUME FÜHLEN UND BEQUEM REINIGEN

Der neue **paro® slider** ermöglicht die bequeme Zahnzwischenraum-Reinigung mit geschlossenem Mund - und das **so einfach und effektiv wie nie zuvor**.

Dank des anatomisch geformten weichen Kelches kann der Zahnzwischenraum einfach erfüllt werden. Durch leichtes Hin- und Herschieben des griffigen Knopfes gleitet die Interdentalbürste mühelos in den Zahnzwischenraum.

Bestens geeignet auch für die Reinigung von Zahnspangen, Brücken und Implantaten.



Für den einfachen Start



Starterkit
bestehend aus **paro® slider**
inkl. 3 Interdentalbürsten
Größe XS

Nachfüllpackungen
paro® slider Interdentalbürsten
(6 Stück) Größen XS – S – M

PROFI**MED**® GmbH
Neue Straße 11 · 83071 Stephanskirchen
Tel. 0 80 31 / 7 10 17 · Fax 0 80 31 / 7 25 08
E-Mail: info@profimed.de

WebShop: www.profimed.de

Alles für ein *strahlendes* Lächeln.

GUIDED BIOFILM THERAPY

KARIES-UND PARODONTITIS-PRÄVENTION



Evidenzbasierte
Protokolle für das
Biofilm-Management auf
Zähnen, Weichgeweben
und Implantaten.

DAS ORIGINAL. DAS MASTER. THE GAME CHANGER



Das Original vom Erfinder. Garantierte
Schweizer Präzision und unvergleichliches
Design. Zuverlässigkeit und Know-How seit 1981.

DIE 8 SCHRITTE DES GBT PROTOKOLLS

08 NEUER RECALL TERMIN

GESUNDER PATIENT = GLÜCKLICHER PATIENT

- Bestellen Sie Ihren Patienten
risikoabhängig zum Recall
- Fragen Sie, wie ihm oder ihr
die Behandlung gefallen hat

07 QUALITÄTS- KONTROLLE

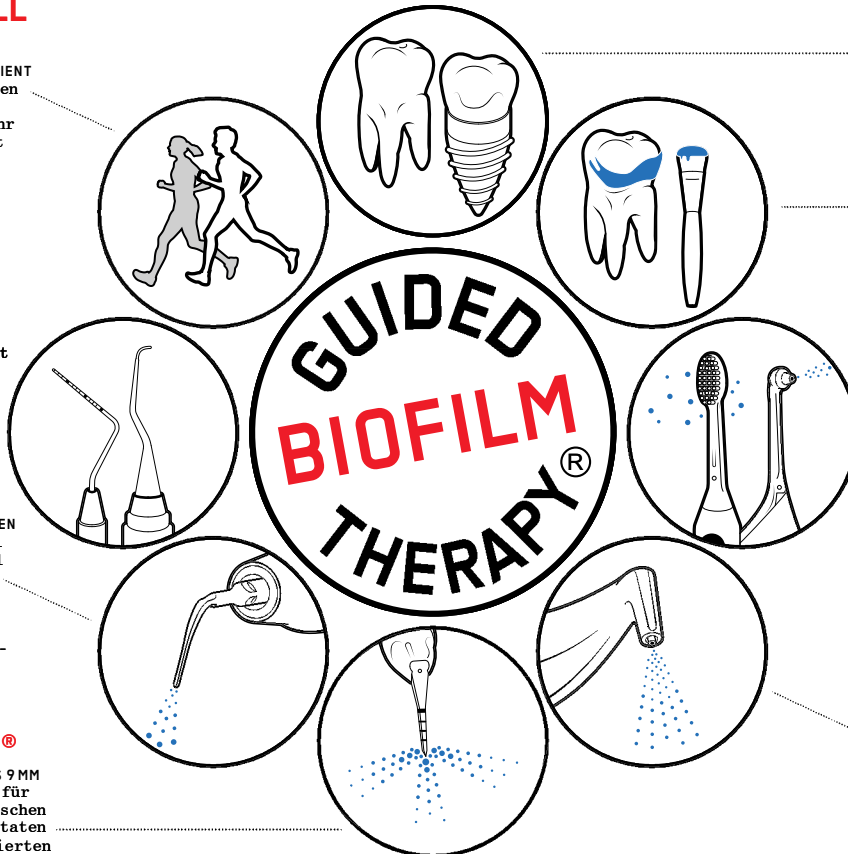
- PATIENTEN ZUM STRAHLEN BRINGEN
- Prüfen Sie anschließend, ob
der Biofilm vollständig ent-
fernt wurde ► Stellen Sie
sicher, dass Zahnstein und
Konkremente vollständig entfernt
wurden ► Untersuchen Sie
Zähne auf kariöse Läsionen
► Schützen Sie die Zähne
mit Fluorid

06 PIEZON®

- VERBLEIBENDEN ZAHNSTEIN ENTFERNEN
- Verwenden Sie supragingival
und bis zu 10 mm subgingival
das minimalinvasive EMS
PS Instrument ► Reinigen Sie
Taschen >10 mm mit einer
Minikurette ► Verwenden Sie
für Implantate und implantat-
getragene Restaurationen das
EMS PI Instrument

05 PERIOFLOW®

- BIOFILM ENTFERNEN IN TASCHEN >4 BIS 9 MM
- Verwenden Sie PLUS Pulver für
natürliche Zähne in tiefen Taschen
und Furkationen und an Implantaten
 - Verwenden Sie die tiefenmarkierten
PERIOFLOW® Düsen



01 DIAGNOSE

JEDEN PATIENTEN BEFUNDEN

- Gesunde Zähne, Karies,
Gingivitis, Parodontitis
- Gesunde periimplantäre
Gewebe, Mukositis, Peri-
implantitis ► Lassen Sie
Ihren Patient zuerst
mit BacterX spülen

02 ANFÄRBN

ANFÄRBN UND BIOFILM
SICHTBAR MACHEN

- Zeigen Sie Ihrem Patienten
den angefärbten Biofilm und
die Problemzonen
- Die Farbe steuert die
Biofilm-Entfernung ► Ohne
Biofilm ist Zahnstein
leichter erkennbar

03 MOTIVATION

INSTRUIEREN UND MOTIVIEREN

- Betonen Sie die Wichtigkeit
der Prävention ► Empfehlen
Sie die tägliche geeignete
Mundhygiene mit Philips
Sonicare und
Interdentalbürsten oder
Philips AirFloss Ultra

04 AIRFLOW®

BIOFILM, VERFÄRBUNGEN UND
JUNGEN ZAHNSTEIN ENTFERNEN

- Verwenden Sie AIRFLOW®
für natürliche Zähne,
Restaurationen und Implantate
- Entfernen Sie supra- und
subgingivalen Biofilm und
jungen Zahnstein mit PLUS
14 µm Pulver ► Entfernen Sie
restliche Schmelz-Verfärbungen
mit CLASSIC COMFORT Pulver
- Entfernen Sie Biofilm auch
von Gingiva, Zunge und Gaumen

SMILE IS IN THE AIR



**"I FEEL
GOOD"**

- KEINE GUMMIKELCHE MEHR
- KEINE BÜRSTCHEN MEHR
- KEINE POLIERPASTE MEHR
- WENIGER SCHALL, ULTRASCHALL
UND HANDINSTRUMENTE

ems-dental.com

EMS 
MAKE ME SMILE.

Die Pflege von Senioren und Menschen mit Behinderung

Dr. med.dent. Jörg Junker

In Deutschland stellen sich interessierte Kreise vor, dass bis auf wenige Handhabungen das gesamte Behandlungsspektrum der Zahnmedizin auf dem Zahnarzt lasten soll. Das Spektrum soll möglichst gut von ihm beherrscht und in eine optimale Behandlung der Patienten umgesetzt werden. Nun hat sich über die letzten Jahrzehnte die Behandlungsvielfalt in der Zahnmedizin verändert, so dass es schwieriger wird, die Gesamtheit der Zahnmedizin alleine zu beherrschen. Hinzu kommen neue Aufgaben wie die frühkindliche Karies, die Behandlung von Senioren und Menschen mit Behinderung. Der Umfang dieser neuen Arbeitskomplexe kann nur vage geschätzt werden.

Es kommt natürlicherweise zu persönlichen Spezialisierungen der Zahnärzte: So gibt es die Kollegen für Kinder; Zahnärzte, die Karies in all seinen Formen behandeln; Kollegen, die sich der ästhetischen Zahnmedizin mit hochtechnischen Produkten wie gefräster Keramik oder Frontzahn-Veneers widmen. Wieder andere operieren mit oder ohne Folien, mit oder ohne Fremd- oder artifiziellern Knochen.

Aber der Großteil der Zahnärzte bleibt bei der Prothetik. In diesem Bereich wächst die Implantologie rasant. Erstens, weil es ein sehr interessantes, den Zahnarzt forderndes Gebiet ist, zweitens weil es auch von den Patienten deutlich vermehrt nachgefragt wird. Andererseits ist eine Praxis auch ein Unternehmen. So steht jeder Zahnarzt in einem Spannungsfeld.

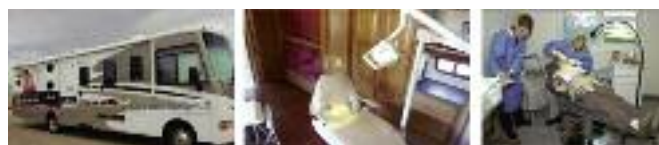
Situation in Heimen

Die Behandlung von Senioren oder Menschen mit Behinderung ist generell zeitintensiv, und wird zusätzlich durch eine schlechte Behandlungssituation für den Zahnarzt erschwert. Auch die heute im Handel befindlichen recht kompakten Bohr- und Absauggeräte können eine mangelhafte Lagerung des Patienten auf einem Bett oder auf einem gewöhnlichen Stuhl nicht verschönern. Hinzu kommt eine mitunter schlechte Kommunikation mit dem Patienten. Insgesamt wird deutlich mehr Personal benötigt, um Patienten zu behandeln oder sie von einer Behandlung zu überzeugen. So ruht heute die Behandlung von Senioren vielfach auf privaten Initiativen von einzelnen Zahnärzten.

Genehmigung von Wohnmobilen durch die Bundeszahnärztekammer

Ein zu wenig beachtetes Problem ist die Genehmigung von Wohnmobilen durch die Bundeszahnärztekammer. Gerade in dünn besiedelten Orten, wie zum Beispiel in Mecklenburg-Vorpommern, werden dringend mobile Einheiten benötigt. Viele der dort lebenden Patienten sind aus verschiedenen Gründen nicht in der Lage, einen Zahnarzt im weiteren Umfeld aufzusuchen (kein

Führerschein, kaum öffentliche Verbindungen, Erkrankungen). Es sollte doch möglich sein, durch Spenden der Industrie (GABA), BZÄK, den zahnmedizinischen Universitäten und anderen Institutionen (z. B. Bundeswehr wg. mobiler Einheiten), Wohnmobile zu kaufen und für die zahnärztliche Behandlung umzurüsten. Patienten oder Altenheime könnten im Voraus Termine vereinbaren.



Bilder aus Veröffentlichungen von Prof. Dr. Ettinger

Die Zusammenarbeit mit Heimen

Mit der Pflege von Senioren in Heimen hat sich ein renommierter amerikanischer Kollege in Iowa sein wissenschaftliches Leben lang beschäftigt. Prof. Dr. Ronald L. Ettinger hat für sich als richtig erkannt:

1. Zahnärzte müssen an eine Behandlung von älteren, kranken oder behinderten Menschen frühzeitig herangeführt werden. Denn nur so gewöhnen sich schon junge Studierende daran, auch in schwierigen menschlichen Situationen (unwillige Patienten, neue Gerüche, sehr ungewohnte Umgebung) zu behandeln. Aus diesem Grunde setzt Prof. Dr. Ettinger Studierende, die sich im klinischen Teil des Studiums befinden, bei seinen Heimbefuchen ein. Jeder Studierende muss im Semester etwa eine Woche in Heimen arbeiten.
2. Aus Gründen der Erreichbarkeit und der Anzahl der Patienten hat er sich auf Seniorenheime konzentriert. Seniorenheime heißen den Besuch von Zahnärzten nicht immer willkommen. Da muss auch Überzeugungsarbeit geleistet werden. Prof. Dr. Ettinger hat dazu Umfragen gemacht, die sehr unterschiedlich ausgefallen sind.
3. Da Seniorenheime selten Räume für die zahnärztliche Behandlung von Patienten haben oder zur Verfügung stellen, hat er anfänglich nur mit einer mobilen Einheit gearbeitet.
4. Im Laufe der Jahre erweiterte sich das Besuchsspektrum der universitären Abteilung auf sieben Seniorenheime, die turnusmäßig nacheinander jeweils für eine Woche besucht wurden.
5. Sein Behandlungsteam besteht aus einem fertigen Zahnarzt, mehreren Studierenden in den klinischen

Semestern, mehreren Registered Dental Hygienikerinnen und Assistentinnen. Prof. Dr. Ettinger hat sich zu Beginn ein großes Wohnmobil finanzieren lassen (erbettelt), welches zu einer mobilen Zahnarztpraxis einschließlich Röntgen umgerüstet wurde. Als sich die Behandlungsbesuche etabliert hatten, stellten die Heime auch Räume zur Verfügung. Darin konnten die Zahnärzte mobile zahnärztliche Einheiten für eine Woche aufstellen (solche Einheiten gibt es bei der Bundeswehr!).

Bei den Besuchen wird großer Wert darauf gelegt, dass das Heimpersonal in der Zahnpflege von Senioren unterrichtet wird. Das geht über das Putzen von fremden Zähnen weit hinaus. Auch die Pflege von Prothesen und das Erkennen von leichten Entzündungen oder Ähnlichem wird gelehrt.

6. Der Besuch eines Heimes beinhaltet vorrangig die Reinigung der oralen Verhältnisse der älteren Patienten. Hier kommen in den USA die Registered Dental Hygienists zum Einsatz. Auf Grund ihres profunden Studiums können sie dem anwesenden Zahnarzt auch schon Hinweise geben, worüber der Patient klagt und ob größere zahntechnische Probleme anliegen. Erst nach einer möglichst gründlichen Entfer-

nung des Biofilms und der festen Anlagerungen (Plaque) durch gut ausgebildete Dental Hygienikerinnen, kommen die Studierenden zum Zuge. Sie machen ihre Anamnesen und besprechen Behandlungspläne mit den Zahnärzten.

Anfänglich ist man nur mit dem Bus unterwegs, weil man durch das Ambiente im Bus hochwertige Arbeitspositionen garantieren kann. Es zeigt sich, dass der Umfang an Arbeiten doch größer ist als anfänglich gedacht. So wurden dann nach und nach die mobilen Einheiten angeschafft. Auch wird dadurch der Transport der zum Teil bettlägerigen Patienten noch einmal vereinfacht.

Die Situation in Deutschland

Die interessierten Kreise verweigern sich.

1. Eine Veränderung der studentischen zahnärztlichen Ausbildung hin zu drängenden Themen, wie die der Parodontitis oder der Behandlung von Senioren (und „handicapped persons“), wird viel zu zögerlich angegangen. Eine „Initiative für eine mundgesunde Zukunft in Deutschland“ wird durch die BZÄK ins Leben gerufen. Sie soll zusammen mit der Wirtschaft (?) verschiedene Brennpunkte der Zahnmedizin abarbeiten. Im Jahr 2016 stand der pflege- und gesund-




BESSER DENN JE

WIR PRÄSENTIEREN **EVEREDGE® 2.0**

Hu-Friedys Versprechen ist es, Sie zu Höchstleistungen anzutreiben, und dies steht im Zentrum all unserer Taten; deshalb sind wir stolz darauf, den schärfsten, langlebigsten Scaler auf dem Markt zu präsentieren: EverEdge 2.0.

heitspolitische Dauerbrenner „Mundgesundheit in der Pflege“ im Fokus. Inwieweit das praktisch ernst gemeint ist, wird die Zeit zeigen müssen.

2. Schon bisher behandeln nur etwa 3 - 4 Prozent der niedergelassenen Zahnärzte die Volkskrankheit Parodontitis (Eickholz; 2011; 2012). Unwidersprochen hat Prof. Eickholz in 2012 von ca. 20 Millionen zu behandelnden Parodontitiskranken gesprochen. Unter dieser Krankheit leiden natürlich ganz besonders die Älteren mit einem geschwächten Immunsystem und händischen Problemen bei der Reinigung ihres Mundes. Schon bei der Deutschen Mundgesundheitsstudie IV (DMS IV) von 2006 zeigt sich, dass bis zu 83 Prozent der 64 - 74 Jahre alten Senioren unter einer mittleren bis schweren Parodontitis leiden. Selbstverständlich leiden auch die Patienten, die Implantate bekommen haben. Denn hier haben wir 2015 eine statistische Entzündungshäufigkeit der Implantate von 63 Prozent (Periimplantitis).

Nennt sich das ein zahnärztlicher Erfolg, wenn von hundert eingesetzten Implantaten rund sechzig mit den gleichen Bakterien kämpfen, die schon zum Verlust der eigenen Zähne des Patienten geführt haben? Außerdem werden Kollegen, die sich dieser Krankheit mehr zuwenden, durch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen KZV über Wirtschaftlichkeitsverfahren in ihrer Entfaltung behindert (Eickholz; 2011).

Selbst wenn statt der bisherigen 70.000 Zahnärzte in 2020, möglicherweise 90.000 Kollegen in Deutschland existent sein werden, wird sich nicht viel ändern. Seit Jahren behandeln die vorhandenen Kollegen gleichbleibend etwa eine Million an Parodontitis Erkrankte (KZBV).

Die von KZBV und BZÄK angestrebte Zahl von 90.000 Zahnärzten würde eine Steigerung der Parodontitisbehandlungen auf 1,3 Millionen erbringen.

3. Interessierte Kreise behaupten, dass es den deutschen Zahnärzten (70.000) und ihrem Hilfspersonal – also etwa 15.000 ZMP und fortgebildete ZFA – gelingt, alle Patienten zu therapieren. Ich bin davon überzeugt, davon gibt es zu wenige.

Behandler	Zahl	Behandlungen
Zahnarzt präsent	70.000	1.000.000
Zahnarzt Zukunft	90.000	1.285.000
Dt Dentalhygienikerin & RDH präsent in Deutschland	ca. 400 - 600	600.000 – 900.000 Stunden/Jahr

4. Chronische Krankheiten des Menschen hängen eng mit Parodontitis zusammen:

Von interessierten Kreisen wird die Auswirkung einer Parodontitis auf die Gesundheit eines Patienten zwar nicht abgelehnt, aber eher verharmlosend dargestellt. Allein über Herz- und Kreislauferkrankungen und

Schlaganfälle soll es über 1.500 Arbeiten geben, die einen Zusammenhang nachweisen. Das ist der Grund, warum hier eine kurzgefasste Auflistung erfolgt. Selbstverständlich ist es kaum möglich festzustellen, dass ein Bakterium XY aus der Zahnfleischtasche 16 disto-palatinal schuldig an einem Schlaganfall ist.

Aber allein die schiere Menge an Bakterien, die sich in den Taschen sorgenfrei bilden können, sollte nachdenklich machen.

- a. Anämie und Parodontitis
- b. Chronische Nierenerkrankungen (CKD) und Parodontitis
- c. Krebs und Parodontitis
- d. Sterblichkeit und Parodontitis
- e. Schlaganfallrisiko und Parodontitis
- f. Herz-Kreislauferkrankungen und Parodontitis
- g. Diabetes und Parodontitis
- h. Rheumatoide Arthritis und Parodontitis
- i. Frühgeburt und Parodontitis
- j. Unfruchtbarkeit des Mannes und Parodontitis
- k. Infektionen an Endoprothesen und Parodontitis
- l. Pneumonien und Parodontitis
- m. Zahnimplantate und Parodontitis
- n. Brustkrebs in der Menopause von Frauen und Parodontitis

Verwunderlich ist im Grunde nur, dass weder die einzelnen Fachgesellschaften, die darin befindlichen Professoren und Ärzte, noch die Patientenforen mit ihren Patientenvertretern Interesse an einer Aufklärung dieser Zusammenhänge haben. So fehlt es natürlich auch an Druck, diese Verhältnisse dauerhaft zu ändern.

CDU/CSU will Stellung der Heilhilfsberufe aufwerten

Physiotherapeuten, Logopäden, Masseur und eine Reihe weiterer Heilhilfsberufe sollen künftig frei und ohne ärztliche Verschreibung darüber entscheiden können, welche Leistungen die Patienten benötigen und für sie in der Praxis erbracht werden sollen. Dies sieht ein Positionspapier der CDU/CSU-Fraktion vor, nach dessen Diktion auch entsprechend fortgebildete Dentalhygienikerinnen (DHs) in die Neuregelung eingeschlossen wären. Die Union will dazu, so wie es in den Niederlanden und Schweden bereits möglich ist, „erproben“, ob Kassenpatienten sich bei besonderen Leistungen, vorrangig auch im präventiven Bereich, nicht direkt beim Therapeuten behandeln lassen können, ohne vorher eine Verschreibung des Arztes einholen zu müssen. Diese Leistungen sollen auch – so wie z.B. in anderen europäischen Ländern – in eigenständigen Praxen, z.B. von Dentalhygienikerinnen direkt ohne Aufsicht in Delegation der Verantwortung des Zahnarztes erbracht werden können. Damit könne, so Ergebnisse aus Feldversuchen, sogar Geld gespart werden, da die Anwendungen zielgerechter vorgenommen werden und deren Zahl sich verringern könnte. Den Ärzten werde Arbeit abgenommen, die Zufriedenheit der Fachtherapeuten mit ihrer Leistung größer, die Patientenzufriedenheit wachse.

Damit die Therapeuten, so auch in der Zahnprophylaxe, mehr Verantwortung übernehmen können, sollen laut

Union zunächst die Ausbildungsstandards angehoben werden. So müsse es Zusatzqualifikationen etwa zur Erstellung von Diagnosen und Therapieberichten geben. Es sollen eigene Leistungskataloge in den einzelnen Fachbereichen erstellt werden.

Ein Sprecher der CDU-Fraktion nannte als Ziel der Unions-Initiative, dass der Beruf der Fachtherapeuten „deutlich durch eine stärkere Verantwortung im praktischen Alltag gestärkt werden“ solle. „Davon profitieren am Ende vor allem die Patienten. Und auf die kommt es schließlich an.“ Der gesundheitspolitische Sprecher der Union, Jens Spahn, sagte:

„Therapeuten sind eine wichtige Stütze unseres Gesundheitswesens. Wir müssen diese Berufe zukunftsfähig und attraktiv für den Nachwuchs machen.“

Gefunden unter ZWP- online ... aus dem Jahr 2015! ... Witzig dabei ist, dass die Befunde wohl doch von Diagnosen zu trennen sind. Es ist noch kein Jahr her, da musste sich der DDHV vom BZÄK-Juristen & Co. sagen lassen, dass Befunde gleich Diagnosen sind. Deutsche Sprache, schwere Sprache ... Die Hoffnung stirbt zuletzt. Vor allem sind bei allen Änderungen lange Vorläufe leider, leider üblich.

Anfrage an BZÄK: Wer ist da ein Fähnchen im Wind?

Zu dem Thema, dass Helferinnen mit Prophylaxe-„Basispass“ im Beisein des Zahnarztes oder von ZFA oder ZMF/PA eine geschlossene PA-Behandlung durchführen, gibt die BZÄK wieder einmal zur Antwort:

„ ... Wir teilen grundsätzlich Ihre Einschätzung, denn **Voraussetzung für eine Delegation ist nach dem ZHG, dass der jeweilige Mitarbeiter mindestens über eine abgeschlossene Ausbildung im Sinne des Berufsbildungsgesetzes verfügt.** Der Zahnarzt muss sicherstellen, dass seine nicht-zahnärztlichen *Mitarbeiter* zur Erbringung der konkreten Leistung darüber hinaus ausreichend qualifiziert sind. Ob eine ausreichende Qualifikation vorliegt, entscheidet der Zahnarzt in eigener Verantwortung. Insbesondere die Fortbildungsordnungen der Landes Zahnärztekammern, aber auch die Fortbildungsinhalte privater Anbieter sind hierfür ein Indiz. Aber auch praxisinterne Fortbil-

dung oder der Besuch einzelner Kurse können dem Befähigungserwerb dienen.

Grundsätzlich gilt, dass nach dem Zahnheilkundengesetz der Zahnarzt zur persönlichen Leistungserbringung verpflichtet und persönlich gegenüber dem Patienten für die gesamte Behandlung verantwortlich ist. Die persönlichen Leistungen des Zahnarztes umfassen einen Kernbereich höchstpersönlich zu erbringen der Leistungen sowie bestimmte unterstützende Teilleistungen, die nach dem ZHG, §1, Abs. 5, 6 an qualifizierte nicht-zahnärztliche Mitarbeiterinnen delegiert werden dürfen. In der Delegationstabelle der LZK Baden-Württemberg sind delegierbare Leistungen den Qualifikationsstufen beispielhaft zur Orientierung zugeordnet. **Der Zahnarzt entscheidet aber am Ende darüber, was er an dafür qualifiziertes Assistenzpersonal delegiert, denn er haftet bei möglichen Fehlern der Assistenz.**

Das Zahnheilkundengesetz unterscheidet jedoch nicht zwischen den Qualifikationsstufen. Nach ZHG sind alle Fortbildungsqualifikationen gleichzustellen, was die Weisungsgebundenheit, Aufsicht, Kontrolle und die Delegationsbeauftragung durch den Zahnarzt betrifft.

Rechtliches Dürfen ist jedoch nicht zwangsläufig mit fachlichem Können verknüpft. Deshalb sollte bspw. im Rahmen der möglichen Delegation zur Unterstützung des Zahnarztes bei einer Entfernung subgingivaler Konkrementen eine DH für entsprechende Maßnahmen der Konkremententfernung eingesetzt werden, sofern subgingivaler Zahnstein und Biofilm klinisch erreichbar sind und das Verfahren geschlossen (nicht-chirurgisch) erfolgt, da dies im Rahmen der DH-Aufstiegsfortbildung inhaltlich vermittelt wird.

Zu beachten sind die Grundsätze der Delegation

(Delegationsrahmen: www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/grafiken/Delegationsrahmen.pdf)“

Dr. Sebastian Ziller MPH

Leiter Abteilung Prävention und Gesundheitsförderung
Chausseestraße 13
D-10115 Berlin

E-Mail: s.ziller@bzaek.de
www.bzaek.de

In anderen Worten:

Dürfen Putzfrauen mit nachgewiesenen Fortbildungen demnächst alles tun? Wir wissen langsam nicht mehr, warum die ZAH nicht auch noch Füllungen legen können sollte – unter Aufsicht des Zahnarztes, der ja demnach alles delegieren darf. Angebote über Fortbildungskurse zu Füllungs-Politur, gibt es zuhauf in Deutschland. Erst kürzlich wurden dem DDHV diesbezüglich stapelweise Kopien von einer Zahnärztlichen Assistentin übermittelt, die sich in Spanien als Dental Hygienikerin registrieren lassen wollte. Sie hatte die Rechnung ohne den Wirt gemacht, denn wir Verbände arbeiten mittlerweile sehr eng zusammen. Es gibt uns de facto, auch wenn die Politik in diesem Land versagt und keine Zertifizierung zustande bringt.

Spendenaufruf

Misheel Kids Foundation

Seit der Wende 1990 verzeichnet die Hauptstadt Ulaanbaatar in der Mongolei eine wachsende Zahl von Waisen- und Straßenkindern.

Die Misheel Kids Foundation legt ihren Schwerpunkt auf die Unterstützung von vier Waisenhäusern mit insgesamt 424 Kindern. Die Stiftung hat sich zum Ziel gesetzt, die Anzahl von Kindern mit Zahngesundheitsproblemen zu reduzieren, Zahnfäulnis und Zahnverlust zu reduzieren und den Verzehr gesunder Nahrung zu fördern. Die Mitbegründerin der Stiftung, Gabriella Schmidt-Corsitto, ist Registered Dental Hygienist der Minervaschule Zürich.

Gabriella Schmidt-Corsitto, RDH, rief bereits ein Hilfsprojekt in Zentralafrika/Gabun/Lambarene ins Leben. In dem Albert Schweizer Krankenhaus Lambarene wurde von ihr eine Zahnstation und eine mobile Zahnklinik aufgebaut und damit mehreren hundert unterprivilegierten Kindern geholfen. Entsprechend diesen erfolgreichen Projektergebnissen ist es nun das Ziel der Foundation, die Zahngesundheit von Kindern in der Mongolei zu fördern. Deswegen gründete sie in der Mongolei die Misheel Kids Foundation mit einem ähnlichen Konzept.

Gabriella Schmidt-Corsitto unterrichtete ehrenamtlich an der Mongolian National University of Medical Science Studenten der Zahnhygiene-Abteilung und unterstützt aktiv Wohltätigkeitsveranstaltungen in der Mongolei.

Die „Misheel Kids Foundation“ wird jedes private und gesellschaftliche Sponsoring wertschätzen und quittieren und eine Auszeichnung für den Beitrag zur Unterstützung unterprivilegierter Kinder ausstellen. Helfen Sie mit!

Name: Misheel Kids Foundation
Bank: Golomt Bank
Account: 1415101067
BIC: GLMTMNUB

Infos: www.misheel-kids-foundation.com/de

Mitochondrium

Beate Gatermann, RDH

Kürzlich konnte man in den Medien lesen, dass Eltern eines schwer erkrankten Kindes per Gerichtsbeschluss das Kind im Ausland behandeln lassen wollten. Der kleine Patient hatte einen sehr seltenen, genetischen Defekt in seinen Mitochondrien. Spätestens da flammt das Interesse auf: Wo muss ich diesen Begriff platzieren? Die Studienzeit liegt lange zurück. Den Namen kennt man. Aber was ist in den letzten Jahren an weiterer Information zugänglich gemacht worden?



Modell eines Mitochondriums aus dem Überseemuseum in Bremen. Ähnlichkeit mit einem Rettungsboot-Querschnitt kommt einem in den Sinn.

Das Mitochondrium ist ein von einer Doppelmembran umschlossenes Zellorgan mit eigener Erbsubstanz. Besonders viele Mitochondrien befinden sich in Zellen mit hohem Energieverbrauch wie Muskelzellen, Nervenzellen, Sinneszellen und Eizellen. So auch in Herzmuskelzellen. Sie haben einen Durchmesser von etwa 0,5–1,5 μm und kommen von Kugeln bis zu komplexen Netzwerken, also in unterschiedlichen Formen vor. Sie vermehren sich durch Wachstum und Sprossung. Die Anzahl von Mitochondrien wird dem Energiebedarf der Zelle angepasst. Sie werden über das Plasma der Eizelle von der Mutter vererbt. Bislang sind etwa 50 Krankheiten (Mitochondriopathien) bekannt, die durch mitochondriale Fehlfunktionen hervorgerufen werden können. Entdeckt hat die Mitochondrien 1886 der deutsche Pathologe und Histologe Richard Altmann.

Die äußere Membran umschließt das gesamte Mitochondrium und enthält Kanäle aus Proteinkomplexen,

welche den Austausch von Molekülen und Ionen zwischen dem Mitochondrium und dem Cytosol ermöglichen. Da die äußere Membran frei durchlässig für kleine Moleküle ist, ist die Konzentration von kleinen Molekülen wie Ionen und Zuckern im Intermembranraum identisch mit der im Cytosol. Große Proteine allerdings benötigen eine spezifische Signalsequenz, um durch die Membran transportiert zu werden, sodass sich die Zusammensetzung der Proteine zwischen Intermembranraum und Cytosol unterscheidet.

Die innere Membran enthält mehr als 151 verschiedene Polypeptide und besitzt ein sehr hohes Protein-zu-Phospholipid-Gewichtsverhältnis. Rund 1/5 der gesamten Proteine eines Mitochondriums sind in der inneren Membran lokalisiert. Die innere Membran umschließt die Matrix, die interne Flüssigkeit des Mitochondriums. Sie entspricht dem Cytosol von Bakterien und enthält die mitochondriale DNA, die Enzyme des Citratzyklus und eigene Ribosomen, die sich von den Ribosomen im Cytosol (aber auch von denen von Bakterien) unterscheiden.

Mitochondrien besitzen eigenes genetisches Material und können selbst RNA und Proteine herstellen. 13 mitochondriale Peptide sind in die innere Mitochondrienmembran integriert, zusammen mit Proteinen, die von Genen gebildet werden, die sich in den Wirtszellen befinden. Die bedeutende Rolle für die Calcium-Signalgebung war lange vor der des Mitochondriums bekannt. Mitochondrien, Kraftwerke der Zelle, können undichte Stellen in der Atmungskette aufweisen; d. h. bei der respiratorischen Oxidation kann es zur Freisetzung von Elektronen kommen. Diese können reaktive Sauerstoffspezies bilden, was oxidativen Stress verursachen kann, welcher zu einer hohen Mutationsrate der mitochondrialen DNA führen kann.

Während des Alterns der Mitochondrien können verschiedene Änderungen auftreten. Gewebe von älteren Patienten zeigen eine Abnahme der enzymatischen Aktivität der Proteine der Atmungskette. Es wird angenommen, dass große Deletionen im mitochondrialen Genom zu einem hohen Maß an oxidativem Stress und dem Absterben von Neuronen führen, was als Auslöser der Parkinson-Krankheit gilt. Zudem gibt es viele Diskussionen darüber, ob mitochondriale Veränderungen Ursachen des Alterns oder nur Merkmale sind.

Tja, das ist der Stoff, aus dem die Träume der Micro-Biologen sind, die unbedingt noch tiefer in diese Materie eintauchen wollen. Bislang sind jedoch die kleinsten Dinge, die sie untersuchen können, erst als schwarze Punkte zu sehen. Die Zukunftsforschung wird sich jedoch in den kommenden Jahren auch hier sicher sehr stark verändern. Interessant war noch letzthin in einer hoch besetzten TV-Sendung, in der ein Professor aussagte, dass alle Forschungsergebnisse niemals korrekt seien.

Und so läuft es in Südtirol

AUTONOME PROVINZ BOZEN - SÜDTIROL

Abteilung 23 - Gesundheitswesen

Amt 23.5 - Amt für Ausbildung des Gesundheitspersonals



PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO - ALTO ADIGE

Ripartizione 23 - Sanità

Ufficio 23.5 - Ufficio Formazione del personale sanitario

26.10.2016

Prot. Nr. 31.05/ 393701

Bozen / Bolzano, 19.07.16

Bearbeitet von / redatto da:
Elena Kostner
Tel. 0471 41 81 48
elena.kostner@provincia.bz.it

Agli iscritti all'Albo degli Odontoiatri
dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli
Odontoiatri della Provincia di Bolzano

An die im Verzeichnis der Zahnärzte der
Ärzte- und Zahnärztekammer der Provinz
Bozen Eingeschriebenen

Ihre Anschriften / Loro Indirizzi

ProphylaxeassistentIn / DentalhygienikerIn

Das Gesundheitsministerium und die Rechtsanwaltskanzlei der RAⁿ Micaela Cardillo, im Namen des staatlichen Verbandes der Dentalhygieniker, haben uns mitgeteilt, dass in Zahnarztpraxen in Südtirol Zahnarztassistentinnen und Zahnarztassistenten, welche in Österreich eine Ausbildung als Prophylaxeassistentinnen und Prophylaxeassistenten absolviert haben, im Mundbereich der Patienten maschinelle sowie manuelle Zahnhygiene durchführen.

Wir sind in Kenntnis, dass einige Südtiroler Zahnarztassistentinnen und Zahnarztassistenten ihre Ausbildung in Österreich absolviert haben.

In Österreich, wie auch in Deutschland, existiert das Berufsbild der Dentalhygienikerin oder des Dentalhygienikers nicht und die Prophylaxeassistentin oder der Prophylaxeassistent ist befähigt, maschinelle und manuelle Zahnhygiene am Patienten, unter anderem die Zahnsteinentfernung und Kontrolle des Zahnfleisches, durchzuführen.

In Italien ist der Beruf des Dentalhygienikers ein Gesundheitsberuf und ist im Ministerialdekret vom 15. März 1999, Nr. 137, geregelt.

Assistente alla profilassi / Igienista dentale

Ci è pervenuta segnalazione da parte del Ministero alla Salute e dello studio legale dell'Avv. Micaela Cardillo per conto dell'Unione nazionale Igienisti Dentali che, all'interno di studi odontoiatrici in Alto Adige, assistenti alla poltrona che hanno frequentato in Austria il corso di "assistente alla profilassi", svolgono manovre di igiene orale manuale e meccanica nella bocca del paziente.

Siamo a conoscenza che in Alto Adige alcune ed alcuni assistenti alla poltrona si sono formati/i in Austria.

In Austria, come pure in Germania, non esiste la figura professionale dell'igienista dentale e l'assistente alla profilassi (Prophylaxeassistent/Prophylaxeassistentin) è abilitata/o a svolgere manovre di igiene orale manuale e meccanica sul paziente, tra cui anche la rimozione del tartaro e il controllo delle gengive.

In Italia l'igienista dentale è una professione sanitaria ed è regolamentata con il D.M. n. 137 del 15 marzo 1999.



Zu den Aufgaben des Dentalhygienikers oder der Dentalhygienikerin gehören Behandlungen im Mund, wie die Zahnsteinentfernung und die Wurzelglättung.

In Italien dürfen die Zahnarztassistentinnen und Zahnarztassistenten auf keinen Fall im Mund der Patienten arbeiten und folglich dürfen sie keine dentalhygienischen Behandlungen durchführen.

Es handelt sich hier um Hilfskräfte, denen folgende Aufgaben zustehen:

- sie assistieren der Zahnärztin bzw. dem Zahnarzt, aber dürfen auf keinen Fall selber Behandlungen durchführen,
- Vorbereitung, Sterilisation, Desinfektion der Mittel, die für die zahnärztlichen Behandlungen verwendet werden, der Einrichtung, der Geräte der Praxis,
- Verwaltung der Patientenkartei,
- die Patientinnen und Patienten empfangen,
- Sekretariatstätigkeit.

Die Zahnarztassistentinnen und Zahnarztassistenten, die in einer Zahnarztpraxis tätig sind und die eine Zusatzausbildung als Prophylaxeassistenten in Österreich absolvieren, sind wahrscheinlich nicht in Kenntnis, dass sie diesen Beruf in Italien nicht ausüben dürfen. Außerdem absolvieren sie diese Ausbildung berufsbegleitend, während sie in einer Südtiroler Zahnarztpraxis als Angestellte arbeiten, wo sie mit der Zustimmung der Arbeitgeberin oder des Arbeitgebers Tätigkeiten ausüben, welche nicht in ihre Zuständigkeiten fallen.

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass, wenn die Zahnarztassistentinnen und Zahnarztassistenten dentalhygienische oder ähnliche Behandlungen im Mund der Patienten durchführen sollten, sie das Vergehen der unbefugten Berufsausübung begehen, welches laut Artikel 348 des Strafgesetzbuches geahndet wird.

Tra le mansioni dell'igienista dentale sono comprese attività in bocca come l'ablazione del tartaro e la levigatura delle radici.

In Italia le assistenti e gli assistenti alla poltrona non possono assolutamente lavorare in bocca dei pazienti, e quindi non possono svolgere le manovre di igiene dentale.

Infatti si tratta di operatrici ed operatori di supporto che svolgono le seguenti mansioni:

- assistono all'odontoiatra, ma non possono assolutamente eseguire trattamenti autonomi,
- preparazione, sterilizzazione, disinfezione del materiale che viene utilizzato nei trattamenti dentali, dell'arredamento, delle apparecchiature dello studio,
- gestione della cartella clinica,
- ricevere le pazienti ed i pazienti,
- attività di segreteria.

Le assistenti e gli assistenti alla poltrona di studi odontoiatrici, che frequentano la formazione complementare di assistente alla profilassi in Austria non sono probabilmente consapevoli che tale professione non è spendibile in Italia. Inoltre frequentano questa formazione continuando a lavorare presso lo studio odontoiatrico altoatesino dove sono assunte/i con il placet della professionista o del professionista da cui dipendono, svolgendo attività che non sono di loro competenza.

Facciamo presente che se le assistenti e gli assistenti alla poltrona dovessero svolgere manovre di igiene orale o altre manovre nella bocca del paziente incorrerebbero nel reato di abusivo esercizio della professione, punito penalmente dall'articolo 348 del codice penale.

AUTONOME PROVINZ BOZEN - SÜDTIROL



PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO - ALTO ADIGE

Seite / Pag. 3

Außerdem, wenn der Zahnarzt oder die Zahnärztin diese unbefugte Tätigkeit erlauben würde, würde er/sie das rechtswidrige Vergehen des „prestanomismo“ (Strohmann) begehen. Dieses Vergehen würde mit einer Disziplinarmaßnahme seitens der Kammer die Aussetzung der Berufsausübung von mindestens einem Jahr, laut Artikel 8 des Gesetzes Nr. 175/92, zur Folge haben.


Deshalb erwarten wir uns von den im Verzeichnis der Zahnärzte eingeschriebenen, welche Zahnarztassistentinnen und Zahnarztassistenten angestellt haben, diesen nicht zu erlauben, die den ausgebildeten Dentalhygienikern vorbehaltenen Behandlungen durchzuführen und sich der Mitarbeit von Dentalhygienikerinnen und Dentalhygienikern für diese Tätigkeiten zu bedienen oder sie selber abzuwickeln.

Abschließend sei also festgehalten, dass die mundhygienischen Behandlungen nur von im Verzeichnis der Zahnärzte eingeschriebenen oder von Dentalhygienikerinnen und Dentalhygienikern mit Laureat durchgeführt werden können.


Inoltre la dentista o il dentista che dovesse permettere questa attività abusiva, commetterebbe l'illecito di prestanomismo e come tale passibile di un provvedimento disciplinare ordinistico che prevede la sospensione di almeno 1 anno dall'esercizio della professione, come previsto dall'art. 8 della L. n. 175/92.

Ci aspettiamo pertanto che gli iscritti all'Albo Odontoiatri che abbiano alla loro dipendenza assistenti alla poltrona non permettano ad esse/i di svolgere le mansioni di igienista dentale e che si avvalgano della collaborazione di igieniste dentali o di igienisti dentali per tali attività, oppure le svolgano loro stessi/e.


Per concludere, le attività di igiene orale possono essere svolte solamente dalle iscritte o dagli iscritti all'Albo Odontoiatri oppure dalle laureate o dai laureati in Igiene Dentale.


Dr. Laura Schrott
Direktorin der Abteilung Gesundheitswesen
Direttrice della Ripartizione Sanità




Dr. Michele Comberlato
Präsident der Ärzte- und Zahnärztekammer
Presidente Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri




Dr. Salvatore Rampulla
Präsident der Zahnärztekommision
Presidente della Commissione Albo Odontoiatri



Rund um den Globus

Was es nicht alles gibt

Richtig IGeLn von Anfang an, von Bärbel Keim-Meer-
mann, Selbstzahlerleistungen erfolgreich einführen,
Leitfaden für Arzthelferinnen und Zahnmedizinische
Fachangestellte (Hrsg. v. Karl-Werner Ratschko).

Dieses Buch beschreibt umfassend, was Arzthelferinnen
und Zahnmedizinische Fachangestellte wissen
müssen, um erfolgreiche IGeL-Managerinnen zu werden.
Systematisch und praxisnah erläutert die Autorin
den Aufbau der Selbstzahlerpraxis von den theoretischen
Grundlagen bis zur praktischen Einführung von IGeL- bzw.
Selbstzahlerleistungen. Neben dienstleistungsorientierten
Strukturen ist die kompetente Ansprache der Patienten
ausschlaggebend für den Erfolg. Kommunikationsstrategien
helfen dabei. Mit vielen Tipps zeigt die Autorin, wie diese
neue Herausforderung zu einem spannenden und ... mehr
übers Internet.

Tja, wir stehen diesen **non-zertifizierten Leistungen**
etwas skeptisch gegenüber, aber derzeit dreht sich wohl
alles um die Kohle.

BDDH

Unter dem Berufsverband Deutscher Dentalhygienikerinnen
findet man Angaben zur Injektionsmöglichkeit ausländischer
Diplomierter Dental Hygienikerinnen. Erstens ist dieser
Verband ganz sicher nicht zuständig für Aussagen dieser Art
und zweitens unterstehen wir mit Zertifizierung ... ausschließlich
unseren Arbeitgebern – und die dürfen bekanntlich in Deutschland
delegieren, was sie selbst für richtig halten. Im derzeitigen
Chaos der „Delegierbaren Leistungen“ und der freien
Ausbildungsmöglichkeit des ZA sollte es also durchaus
möglich sein, dass die Diplom DH mit Injektionslizenz
ihre Infiltrationsanästhesie in Anwesenheit eines Zahn-
arztes ausführt. Wir sehen das so, dass wenn mal ein
einziger Zahnarzt in Deutschland hier am Pranger stehen
sollte, er mit einem Prozess diese Auseinandersetzung
sicher souverän gewinnen würde. Schließlich darf
jede Krankenschwester nach 3 Jahren on-the-Job-Training
und Abschluss mit der Spritze aktiv sein. Wir können
nicht nur 3 Jahre vorweisen, sondern auch eine Injektions-
Lizenz entweder über die USA, Canada oder die Schweiz.
Amen!

Und noch eines drauf

In Bayern geben sich PAs und Deutsche DHs neuerdings
als „von der Zahnärztekammer zugelassen“ aus. Meiomei.
Da muss es aber jemand nötig haben, vor allem, da die
übermittelnde Patientin seit Jahren in schmerzhafter
parodontologischer Behandlung dort war und mit verheerenden
Taschenbefunden nun endlich bei der richtigen Therapeu-
tin gelandet ist. Da läuft doch etwas gehörig schief!

Erschienen in Swiss Dental Hygienist Newsletter „Anfertigung und Abgabe von Zahnschutz- und Korrekturschienen

*Swiss Dental Hygienists erhält immer wieder Anfragen
zum Thema Anfertigung und Abgabe von Zahnschutz- und
Korrekturschienen durch Dentalhygienikerinnen. Gemäß
Rahmenlehrplan gilt grundsätzlich, dass die Dentalhygienikerin
nicht über Kompetenzen im Bereich oraler Parafunktionen
verfügt. Dies betrifft insbesondere die Anfertigung von dafür
vorgesehenen Zahnschienen. Diese Behandlungen gehören in
die Kompetenz der Zahnärzte bzw. Zahntechniker. Auch die
Qualitätsrichtlinien von Swiss Dental Hygienists halten fest,
dass die Dipl. Dentalhygienikerin HF im Bereich dentaler bzw.
oraler Parafunktionen zwar Befunde erheben kann, die weitere
Behandlung aber an zuständige Fachpersonen delegiert. Ein
ausführliches Merkblatt zu diesem Thema finden Sie auf
unserer Website im internen Mitgliederbereich.“*

In der Schweiz ist nun eine 40-Stunden-Weiterbildung
innert 3 Jahren in Kraft getreten. Die laufende Zertifizierungs-
periode richtet sich nach dem Reglement, welches zum
Zeitpunkt der letzten Zertifizierung in Kraft war. Für diese
Personen ändert sich zum aktuellen Zeitpunkt nichts. Nach
Ablauf der laufenden Zertifizierungsphase werden sie mit dem
neuen Zertifikat die neuen QRL und das Reglement erhalten,
ab diesem Zeitpunkt gelten dann auch für diese Personen die
Bestimmungen des neuen Qualitätsmanagementsystems.

Beispiel:

Das Zertifikat von Dentalhygienikerin X ist bis zum
31.12.2018 gültig. Folglich muss sie bis am 31.12.2018
ihre Selbstdeklaration mit 40 Weiterbildungsstunden und
40 Stunden Selbststudium bei der Geschäftsstelle von Swiss
Dental Hygienists einreichen. Ab dem 01.01.2019 gilt für
sie nun die Regelung des neuen Qualitätsmanagementsystems,
d.h. sie absolviert innert der nächsten 3 Jahre 40 Stunden
Weiterbildung, zu welchen ein halbtägiger Rezertifizierungskurs
gehört. 40 Stunden Selbststudium werden weiterhin empfohlen,
müssen aber nicht mehr belegt werden. Die aktuellen QRL,
das Reglement sowie weitere Informationen zum Qualitäts-
management finden Sie im Internet. Gültig nur für DHs in
eigenständiger Tätigkeit (eigenen Praxen).

Last but not least:

Die Schweiz bietet nur – ausschließlich für HF-Absolventinnen –
einen Bachelor of Science in Dental Hygiene HF über die
Kalaidos Fachhochschule an. Wer sich dafür interessiert,
kann sich über deren Internetseite selbst informieren. Allerdings
ist jede Dentalhygiene-Institution in der Schweiz bereit,
schriftlich zu bestätigen, dass ihre bisherigen Diplome einer
180 ECTS-Bewertung standhalten werden. Der Beginn wurde
wegen geringen Interesses allerdings schon mal verschoben.
Merke: Das Schweizer Diplom ist von den Stunden her schon
mit einem Bachelor zu vergleichen.

Die großen Mengen an Weiterbildung sind in unseren Augen nicht gerechtfertigt.

Newsletter Schweiz August 2017:

Die Regierung des Kantons Graubünden hat per 1. Januar 2018 das neue Gesetz zum Schutz der Gesundheit im Kanton Graubünden in Kraft gesetzt und auf diesen Zeitpunkt auch die Verordnung zum Gesundheitsgesetz angepasst. Neu sind sowohl die selbstständigen als auch die angestellten Dentalhygienikerinnen der Bewilligungspflicht unterstellt.

Damit hat die Schweiz das, was wir seit Jahren fordern: Eine Zertifizierungspflicht. Nachdem bei uns ca. 40.000 Arbeitskräfte fehlen, wird Deutschland nach einem abzu-sehenden Zeitpunkt in einen Shit Storm geraten. Wegsehen hat noch nie etwas weitergebracht.

Bankdaten-Änderungen

Liebe Mitglieder, dieses Jahr häuften sich die geänderten und nicht dem Verband mitgeteilten Bankdaten. Um Euch Kosten zu ersparen, teilt bitte rechtzeitig jede Änderung der Bankdaten und auch der Postanschriften rechtzeitig mit. Jede Fehlbuchung geht künftig zu Lasten des Mitgliedes und nicht des DDHV! Und denkt bitte auch an uns: Der erhöhte Arbeitsaufwand und die Kosten für Nachfragen bzw. Nachsendungen bleibt nichtdestotrotz an uns hängen. Vielen Dank.

Endlich

Endlich mal einer, der die Wahrheit schreibt: In der zm 107, Nr. 13, 1.7.2017, kommt Folgendes, beschrieben von (Dr.?) Jürgen Heinrich aus Wetter, zum Beitrag „apoBank-Befragung: Kinder, Geld und eine super Praxis – das wollen Zahnärzte!“ aus einer vorhergegangenen zm-Ausgabe:

„Was die Zahnärzte nach dieser Befragung wollen, ist offensichtlich die eierlegende Wollmilchsau – also einer Utopie hinterherjagen, die so wohl niemals verwirklicht werden kann. Auch in der zm wird wieder schön der Vereinbarkeitslüge das Wort geredet: Geboren aus der links-liberal-kommunistischen Religion. Die Wahrheit ist: Es gibt KEINE befriedigende Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Irgendetwas und irgendwer leidet darunter und zwar dauerhaft. Natürlich kann ich mich selbst belügen oder so tun, als sei alles in bester Ordnung. Bringt aber nichts. Jedenfalls nicht auf Dauer.“

Ich bin für Realismus. Lassen wir die persönlichen Wahrheiten zu und hören auf, uns zu belügen, dann finden sich oft pragmatische Lösungen, die aber nicht alle Lebensbereiche zu einhundert Prozent bedienen und abdecken. Trotzdem bedienen sie aber das, was für mich persönlich hohe Priorität hat, mit der meisten Zeit. So ein Lebensstil führt auch nicht in den Burn-out. Für mich sind es immer die primären Beziehungen im Familien- und Freundeskreis. Ich erwarte von einer Fachzeitschrift, dass Sie Menschen nicht zusätzlich unter Druck setzt und nicht eine Religion einseitig bevorzugt.“

Herr Heinrich spricht mir aus der Seele. Über 40 Jahre beobachte ich das Zahnärztedasein und kann die vielen

Frauen nicht ganz verstehen, die als Zahnärztinnen Praxis, Haus, Partner und Kinder befriedigend unter einen Hut bringen wollen. Sie belügen sich alle und zu viele dieser Beziehungen sah ich schon scheitern – meist dann jedoch leider im zwischenmenschlichen Bereich und vor allem werden die Kinder abgegeben an „Pflegepersonal“. Da kann man die Vorzüge in unserem Beruf nicht hoch genug herausheben. Wir haben den Vorzug, die Türe hinter uns zuzumachen, einen Terminplan einzuhalten, der mit Kindern unglaublich viel leichter zu handhaben ist und vor allem unseren Kindern zugute kommt. Diese Regel spricht für ein neues Berufsbild, das leider immer noch in der Bundesregierung nicht bearbeitet wird. Tja, dass unsere Politiker Schlafmützen sind, brauchen wir hier ja nicht explizit zu betonen. Sie bewegen ja nicht einmal dann etwas, wenn es am Zusammenbrechen ist, wie z.B. Hebammenmangel und Lehrermangel. Das Sahnehäubchen sind die in Zukunft geplanten, sicher nicht unbedingt günstig herzustellenden, selbstfahrenden Busse etc. Fragt sich denn niemand mehr, wie die überbevölkerte Gesellschaft noch beschäftigt werden soll? Für mich ist die Welt längst aus den Fugen geraten und mir wird angst und bang, wenn ich an meine Enkel und deren Zukunft denke. Dabei geht es eigentlich nur darum, das Hirn einzusetzen und nicht primär auf Kostensenken und Geld verdienen im großen Stil zu denken. Nur so lange der Rubel rollt, kann jeder bedient werden.

Nicht nur kritisieren

Der ZÄK Westphalen-Lippe ist – ohne Gesetzgebung – die Beurteilung ausländischer Abschlüsse vermacht worden. In der ZM Ausgabe 27 Titelseite wird der Mangel an Qualifikation der Zahnärzte, die wohl nicht kontrolliert, jedoch die Sprachkenntnisse bestehen müssen, beschrieben. In anderen Worten: auch mit mangelhaften Kenntnissen werden die ausländischen Zahnärzte seit Jahrzehnten auf die Deutschen Patienten losgelassen. Das ist bekannt und nicht unser Bier.

Der DDHV begrüßt es jedoch, dass jetzt auch von Diplom DHs aus dem Ausland ein Fremdsprachentest B1 verlangt wird. Der DDHV ist dahinter her, dass dieses Niveau auch für einen Studiengang Gültigkeit hat. Wenn wir im Ausland studieren wollen, müssen wir auch die Sprache verstehen können, in der wir studieren wollen. So einfach ist das.

Dass die ZÄK Westphalen-Lippe jedoch zuständig sein soll für ausländische DH-Abschlüsse finden wir abstrus. Vor allem liegt uns keine Zertifizierung hierfür auf dem Schreibtisch. Es ist schon unglaublich, dass diese Zahnärztekammer das auch weiter betreibt.

Und noch einmal die Schweiz

Ab dem 1. August werden in der Schweiz komplementärmedizinische Leistungen von der obligatorischen Krankenversicherung übernommen. Im Klartext heißt dies, dass jetzt jeder das Recht auf Anthroposophische Medizin, Klassische Homöopathie, traditionelle Chinesische Medizin und Phytotherapie hat. Die Leistungen müssen jedoch von einem Schulmediziner erbracht werden, der in einem der vier Bereiche eine Zusatzausbildung abgeschlossen hat.

Bedenkt man, dass der Antrag hierzu 1996 gestellt wurde, mehrfach abgelehnt und 2009 bei einem Volkentscheid dafür entschieden wurde, können wir ja noch Hoffnung haben, dass es bei uns auch eines Tages mal wird – mit diesem Thema und mit dem Thema DH als Berufsbild/Studiengang in Deutschland. Die Hoffnung stirbt zumindest mit uns. Dann brauchen wir jedoch auch weder – noch.

Mundgeruch

Liebe langjährige Kolleginnen, geht es Euch auch öfter so: Ein Patient kommt, hat gute bis sehr gute Oralhygiene und stinkt bestialisch aus dem Mund? Fragen, ob er/sie gefrühstückt hat und wie das Abendessen aussah, erklären dann ganz schnell die Ursache. Kaffee (stinkt bestialisch schon im Bio-Mülleimer, schmeckt aber lecker), nicht frühstücken oder Käse zum Abendessen reichen schon, um diesen Zustand zu bewirken. Dann die Krux: Der Patient zieht die Information aus der Tasche, dass laut Professor oder Doktor sowieso der Mundgeruch ausschließlich aus der Mundregion stammen kann. Das bringt mich immer wieder zu dem Fazit: Wir haben da gewiss mehr Erfahrung, da wir längere Zeit über den Mund gebeugt arbeiten und das schon viele Jahre mitbekommen. Stellt sich bei mir weiter die Frage, warum und wieso Praxen mit Mundgeruchsbehandlungen werben müssen. Meist anzutreffen mit pseudo-fortgebildeten Damen. Na, dann auf weiterhin einen anstrengenden Kampf, endlich eine Zertifizierung für uns zu erhalten, damit wir in einem Jahrhundert dann wirklich alle rundum gut informiert sind.

Frustrierend

Immer wieder kommen Nicht-Mitglieder aus dem Ausland mit der Bitte um Beratung auf den DDHV zu. Meist sind sie vorab bei der Zahnärztekammer vorstellig geworden, die ihnen über Münster eine „Angleichung“ nach Vorlage ihrer Unterlagen, eine Röntgenprüfung (die meisten von uns brauchen nicht zu röntgen) und einen B1 (Sprachtest) aufs Auge drücken. Den Weg würde bekanntlich der DDHV nicht vorschlagen, da wir keine Handhabe der ZÄK sehen, sich Diplome „anzugleichen“, wenn sie selbst keine Diplome, sondern nur Fortbildungen mit einem ungeschützten Titel vorlegen kann. Den Gipfel meisterte letzthin eine aus Canada kommende RDH, die mit ihrem Deutschen Partner ... eben Land zu gewinnen sucht, indem sie anfragte, was sie jetzt tun müsste, um an eine Arbeit zu gelangen. Die Angaben, dass sie dasselbe tun müsste, wie in Canada, missverstand sie intensiv. Auch dort findet man nur eine Arbeit, wenn man sich eine sucht. Der DDHV ist keine Jobvermittlung!

Dann: Der **freien Mitarbeit** geht es – nicht nur bei uns DHs – an den Kragen. Wer die Voraussetzungen nicht bringt, muss damit rechnen, seinen Status schnellstmöglich zu ändern oder massive Nachzahlungen bewältigen zu müssen. Was das für Voraussetzungen sind, haben wir jahrelang übermittelt. Nachdem wir als Verband keine Garantie dafür geben können, gilt nur der Weg über einen Anwalt. Wobei wir die Anwältin wärmstens empfehlen können, welche sich im Journal 1/2017 in einem Bericht vorstellte. Freie Mitarbeit steht auch bei vielen für Selbstständigkeit.

Liebe Kolleginnen,

nachdem ich ja keine Ruhe geben kann: Bei politischen Treffen in meinem näheren Umfeld bin ich auch aktiv geworden. Frau Tausend macht viel für die SPD Reklame, aber von korrekten Recherchen scheint sie nicht viel zu halten. Sie meinte, dass es kein Berufsbild bräuchte und dass – sehr interessant – das Bundesministerium für Gesundheit an diesem Thema auch nicht arbeiten würde. Nur zur Erinnerung: Wir haben mit Anwalt schon diverse Anträge gestellt. Die Antworten über Anwalt lauteten: Wir arbeiten daran. Nichts als konstante Lügen!

Der kleine, aber feine Unterschied

In einem unerwarteten „Fachgespräch“ musste ich letzthin zur Kenntnis nehmen, dass für das Deep Scaling (UPT) in der Deutschen Fortbildung (wir sehen ja immer noch keine Ausbildung...) immer noch kein Platz gefunden ist. So wurde mir bestätigt, dass keiner der Lehrenden bislang diese Region wirklich beherrscht. Das ist aber die zentrale Position, die uns differenziert. Somit sind und bleiben wir Exoten im eigenen Land.

Kommt ein Bericht in der DZW vom September hinzu: Für PA-Anamnesen sind gleich viele Indices angeblich so wichtig (international kennen wir nur Taschenmessungen (immer an 6 Punkten!!! und Blutungsindexe). Neuerdings werden Weichgebekontrollen als Anamnese neu aufgeführt (ist bei unserer profunden Ausbildung ein no-go, die Mucosa nicht überall zu prüfen) und was mich immer wieder erstaunt, ist die Hartnäckigkeit, erwachsene Patienten heute noch anzufärben. Ich glaube, ich hätte schon längst mehr als 80% meiner Patienten verloren, wenn ich das im heutigen Zeitalter noch machen würde. Angaben dieser Art führen bei mir immer wieder zu dem Punkt, mir Gedanken zu machen, warum die Dentalhygiene in Deutschland so auf der Stelle tritt: Sie kommt so einfach auch nicht weiter wenn man profunde Themen nicht akzeptieren kann.

Der Titel in der DZW vom 13. September 2017 war: PZR oder UPT – der kleine Unterschied ist „subgingival“ – würde international veröffentlicht – also mal kurz über Facebook meine Kolleginnen informiert, hohe Wellen schlagen. Keine von uns macht eine PZR, denn ohne Taschenreinigung ist für uns eine Dentalhygiene nichts wert. Nachdem das auch viele wissen, machen sie die Taschenreinigungen längst- nach der eigentlichen deutschen Kammervorschriften-Liste: illegal. Wundert uns nicht, denn legal ist ja längst nichts, so lange es keiner Zertifizierung bedarf (stimmt nicht ganz, denn in einigen Praxen haben schon Qualitätsprüfungen stattgefunden mit verheerenden Auswirkungen und Rückzahlungen von Leistungen zu Lasten der ZÄ). Und: Ein „kleiner Unterschied“ ist es zwischen den beiden Behandlungsmethoden ganz sicher nicht. Im Gegenteil: Das eine ist Kosmetik, das andere eine Behandlung, für die es viel Know-how und Fingerspitzengefühl bedarf und das ganz sicher immer noch viel zu wenig intensiv in Deutschland gelehrt wird und beherrscht wird. Wir vertreten nach wie vor die Meinung, dass man die Techniken des Deepscalings nicht on-the-job, sondern in-the-clinic unter direkter Aufsicht erlernen muss – und danach ein Leben lang daran zu arbeiten hat. Wer das nicht macht, ist fehl am Platz in unserem Beruf. Wie aber soll etwas wachsen können, was nicht richtig gesät wurde?

Unser Journal erscheint auch online:

www.ddhv.de/Journal

blaudental.de
DAS DENTALE ONLINE-PORTAL

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

2018			
03.03.	DDHV-Kongress 2018	Würzburg	www.ddhv.de/kongress
03.03.	Jahresversammlung des DDHV	Würzburg	www.ddhv.de/kongress
<hr/>			
2019	International Symposium on Dental Hygiene	Seoul/Korea	www.ifdh.org
2022	International Symposium on Dental Hygiene	Irland	www.ifdh.org

Liebe Mitglieder, bitte denken Sie daran, sich als Diplom DH/RDH unter www.ddhv.de „registrieren“ zu lassen, damit uns interessierte Patienten leichter finden.

Dies ist die 68. Ausgabe des DDHV-Journals. Das DDHV-Journal erscheint als erste und einzige unabhängige Fachzeitschrift der Dental Hygienikerinnen seit 1990 in Deutschland.

Journal/
Anzeigenservice

DDHV, c/o Apostroph, Hans-Peter Gruber,
Landshuter Str. 37, 93053 Regensburg
Tel.: 09 41/56 38 11
E-Mail: hp.gruber@apostroph.com

I m p r e s s u m

Herausgeber	Deutscher Diplom Dental Hygienikerinnen Verband e.V. www.ddhv.de
Redaktion	DDHV-Vorstand
Vorsitzende, IFDH/EDHF-Delegierte	Beate Gattermann, RDH/USA, RDH/CH
VM/Kontrolllesung	Bettina Mohr, RDH/CH
Vorstandsmitglied	Agathe Haller, RDH/CH
IFDH/EDHF-Delegierte	Carmen Lanoway, RDH BSc/CN
Steuerliche Beratung	Steuerberaterin Claudia Teufl Schleißheimer Str. 41, 80797 München E-Mail: claudia.teufl@gmx.de

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