

„Es wäre ‚State of Art‘, in jeder Praxis ein Diplom-DH und eine Prophylaxeassistentin präsent zu haben“

DZW-Gespräch mit Beate Gatermann, München, Vorsitzende des Deutschen Dentalhygienikerinnen Verbands (DDHV), zur Situation und Notwendigkeit von akademisch ausgebildeten DH in Deutschland (2)

In einem Gespräch mit der DZW-Redaktion (siehe auch DZW 1–2/09) erläuterte die Vorsitzende des Deutschen Dentalhygienikerinnen Verbands (DDHV), Beate Gatermann, München, die Notwendigkeit, eine akademisch ausgebildete Dentalhygienikerin endlich auch als Berufsbild in Deutschland zu etablieren. Standen im ersten Teil des Interviews die Fragen der Ausbildung und die Integration ins zahnärztliche Team im Vordergrund, geht es im zweiten und abschließenden Teil um die Art und Grenzen der Arbeit einer akademisch ausgebildeten DH, den Bedarf an Diplom-DH in Deutschland und Gatermanns eigene Erfahrungen als DH mit ausländischen Diplomen in Deutschland.

DZW: Welche Aufgaben kann eine akademisch ausgebildete DH in der Betreuung der Patienten übernehmen? Wo sind die Grenzen?

Beate Gatermann: Die profunde ausgebildete Diplom-DH kann in der Betreuung in der Praxis die PA „bis zum Exzess“ machen, und gerade dies wird in Deutschland schändlich vernachlässigt. Die „normale“ PA beziehungsweise der in Deutschland als PA eingestufte Level von 3,5 Millimetern Taschentiefe wird eigentlich im Ausland nicht als PA als solche bewertet. Dort ist das ganz einfach „Diplom-DH-Behandlung auf hohem Niveau“. Erst nach ca. 5,5 Millimetern Taschentiefe tritt die eigentliche PA ein, wo der nicht parodontologisch orientierte deutsche Zahnarzt oft ebenfalls an seine Grenzen stößt.

Auf die Taschentiefe kommt es an

Hier kommt uns allerdings der Entwurf für die neue GOZ entgegen, die jetzt zwischen der geschlossenen PA und der offenen PA (für Letztere wird zukünftig eine Begründung verlangt) mehr differenziert als vorher. Eine sorgfältige Reinigung ohne ständig dazwischenpfuschende Vorbehandlungen bringt bei weitem mehr. Es lässt sich der Irritant (Biofilm etc.) viel leichter entfernen, wenn nicht x-mal „vorgearbeitet“ und dabei der Irritant „versehentlich“ hochglanzpoliert anstatt entfernt wird. Die Folge ist oft, dass der Zahnfleischsaum wunderbar abheilt und man auf den Röntgenaufnahmen – oder bei wirklich versiertem Messen durch den einzig wichtigen Kontroll-Messwert für uns DH, den Papillenblutungsindex (PBI) – tief unten noch Irritanten ent-

decken kann. Den polierten Irritanten nachträglich zu entfernen, ist absolute Schwerstarbeit.

Alles, was nicht Chirurgie in der PA bedeutet, ist die Grenze. Diese schwankt also nach oben und nach unten in Bezug zur Taschentiefe und dem Können der Dipl.-DH.

Das für unseren Beruf bislang unglaublich Absurde an der deutschen Arbeitsweise ist, dass die meisten Zahnärzte unsere Arbeit gar nicht leisten. Wir sind also alles andere, nur keine Konkurrenz. Und gerade dies ist der Sektor, in dem unglaublich viel Geld und Gesundheit verloren geht.

Die Parodontologie ist geprägt von ganzheitlichen Aspekten: Auch die DH muss so ausgebildet sein, dass sie nicht nur die Erkrankung, sondern auch die Ursachen therapieren kann. Dazu gehören auch psychologische Aspekte, die bei meinen Kolleginnen und mir meist offener mit dem Patienten angesprochen werden als über den behandelnden Zahnarzt. Diese Tatsache kennen wir DH schon seit vielen Jahren.

DZW: Sie selbst sind als Dentalhygienikerin mit Ausbildung im Ausland in eigener Praxis tätig. Warum haben Sie diesen schwierigen Weg gewählt?

Gatermann: Ein kluger junger Mann meinte vor zehn Jahren, als ich die erste deutsche Praxis für Dentalhygiene eröffnete, dass es zu früh dafür sei. Er hatte Recht. Ich habe jedoch Zeichen gesetzt, die nicht mehr rückgängig gemacht werden können. Eigentlich bin ich da hineingerutscht. Ich war schon mit 49 Jahren Witwe und hatte zwei Kinder alleine zu erziehen. In dieser Situation ist die Arbeitsstelle am besten im Haus untergebracht. Nach der Idee meines Sohnes, die Praxis

doch im neuen Wintergarten zu installieren, hat das seit vielen Jahren zu einem Aha-Effekt geführt: Sie ist mit sieben Quadratmetern eine kleine Praxis und besonders schön und nicht mit einem normalen DH-Raum zu vergleichen. Zudem lag mir immer sehr viel daran, meine Instrumente mit niemandem teilen zu müssen. Heute habe ich den Luxus schlechthin, den eine DH sich als Ausrüstung wünschen kann.

Ich flog damals aus einer renommierten Praxis, in der ich die DH-Abteilung seit 1979 aufgebaut hatte. Ein damals 27-jähriger Zahnarzt wollte mir vorschreiben, wie ich meine Patienten zeitlich zu behandeln hätte – ich hatte 25 Jahre Erfahrung, er gerade mal zwei. Und in 30 Minuten kann nun

mal von einer DH-Behandlung keine Rede sein, egal, was man beim Erstertermin alles zu bewältigen hat. Zusätzlich fehlten ständig die Röntgenaufnahmen. Ohne die kann eine versierte DH nicht arbeiten.

Auch war zum damaligen Zeitpunkt die Petition im Deutschen Bundestag zugunsten unseres Berufsbilds entschieden, die ich (nur 6,7 Prozent schaffen dies) erfolgreich eingebracht hatte. Leider wird diese von einigen, mittlerweile bekannten Stellen bis heute blockiert. Im Übrigen bin ich in meiner Praxis nicht mehr alleine. Eine Kollegin behandelt dort ihre eigenen Patienten.

Heute würde ich es so halten wie alle anderen DH im Ausland und mich nur noch aus einer vollen Praxis heraus selbständig machen. Die deutschen Patienten wis-

sen überhaupt nicht, wie unser Arbeitsgebiet aussieht, das macht es hierzulande noch schwieriger. Es ist auch etwas problematisch, das zu erklären. Meine Internetseite dentalhygienepaxis.de erklärt das jedoch medizinisch korrekt und doch so, dass es jeder verstehen kann.

Aufklärung über das Berufsbild

Das Berufsbild der Physiotherapeutin ist heute allen klar. Dass wir was ganz ähnliches im Mund machen, ist jedoch den wenigsten klar, da das Arbeitsgebiet – für den Patienten sehr verborgen und schlecht einsehbar – sich hinter den Lippen befindet.

DZW: Welche Leistungen erbringen Sie und wie sieht die Abstimmung mit den Zahnärzten aus?

Gatermann: Zu Beginn spielte die Parodontologie noch eine geringere Rolle. Dann legte ich noch zusätzlich mein Diplom in der Schweiz ab, und seither machte ich alles, ohne in die Chirurgie zu gehen. Allerdings nicht in eigener Praxis. Dort sind die Grenzen zur Zahnheilkunde und zur Prävention ganz klar abgesteckt. Mir als Zahnarzttochter und gelernter ZFA fällt es weniger schwer zu wissen, was wo hingehört.

Die Abstimmung mit den Zahnärzten, mit denen ich zusammenarbeite, funktioniert perfekt. Sie sind sogar dankbar für kleine Hinweise, und es herrscht ein problemloses Vertrauensverhältnis. Meine Patienten müssen ja einmal jährlich zum Zahnarzt gehen und uns versierten DH fällt durch die intensive Reinigung halt auch gerne etwas „in die Hände“, das oftmals übersehen wird.

Diagnostizieren darf ich natürlich nicht. Nachdem die bayerische Landeszahnärztekammer mir jedoch bislang nicht erlaubt, einen fehlenden Zahn ins EDV-Programm einzutragen, ist allerdings auch die dringend erforderliche Befundaufnahme massiv behindert. Ich denke mir, dass dies auch noch seine Zeit dauern wird, bis Zertifizierungen an der Tagesordnung sind und die Befundaufnahme dann darin enthalten ist. Klar ist, so lange die Zahnmediziner sich nicht um unser Berufsbild kümmern und sich

weigern, gemeinsam den Rahmen abzustecken, ist nur die selbst auferlegte Grenze gültig.

DZW: Wie gestaltet sich die Abrechnung?

Gatermann: Darüber möchte ich keine Angaben machen. Trotzdem ich maßgeblich seit 35 Jahren bei den gesamten Auslegungen der Abrechnungspositionen Einfluss nehme, ist es mir eigentlich mit meiner Ausbildung nie gelungen, die richtige Position zu unseren Leistungen zu finden. Ich konnte also lediglich Kompromisse schließen.

Jedenfalls war das Verwaltungsgericht in München bei unserer Verhandlung 2007 um meine eigene Praxis der Meinung, dass ich richtig abrechne. Ich offeriere einen fairen Preis, der sich am weltweiten Niveau orientiert. Das Gericht stellte zudem fest, dass sich noch weitere 16 neue Berufsbilder seit vielen Jahren in der ungeklärten Warteschleife befinden.

Anders ist es, wenn Sie hier auf die Abrechnung der DH insgesamt zielen: Hier spricht das Zahnheilkundengesetz andere Worte, wobei es eine Delegation in keiner anderen Berufssparte gibt. Entweder es gibt einen Beruf mit seiner kompletten Beschreibung, oder man wandelt in der Grauzone. Es sollten deshalb dringend eigene Abrechnungspositionen entstehen, die auch unserer Tätigkeit besser angepasst sind. Bei Orthopäden mit Physiotherapeutin rechnet der Arzt hier in seiner Praxis die Physiotherapie-Leistung seiner Physiotherapeutin genauso ab, wie diese sie in eigener Praxis verrechnen kann.

Eigene Abrechnungspositionen erforderlich

Allerdings wurden wir vor geraumer Zeit von Fachleuten darauf hingewiesen, dass wir DH uns nicht in das bestehende Kassensystem einordnen sollen, sondern – so wie es schon im Ausland üblich ist – ein eigener Katalog zu erstellen ist. Das wäre viel übersichtlicher. Beim DDHV ist dieser Katalog schon lange vorhanden; in der Schweiz steht er kurz vor der Umsetzung. Hier hat die konservative Schweiz doch einen Vorsprung von Jahrzehnten. Dort müssen die Zahnärzte ihren Katalog im Wartezimmer sichtbar aushängen. Das wird in Deutschland irgendwann nicht mehr zu verhindern sein.

DZW: Wie hoch schätzen Sie den Bedarf an qualifizierten DH in

Beate Gatermann absolvierte als Tochter eines Zahnarztes Ende der 60er Jahre eine Ausbildung zur Zahnmedizinischen Fachangestellten (ZFA) in Ulm. Im Jahr 1970 arbeitete sie als Assistentin in einer parodontologischen Fachpraxis in Toronto, Kanada, und legte 1973 ihr Staatsexamen als Dentalhygienikerin in Chicago in den USA ab, 1974 erhielt sie die DH-Lizenz für die USA.

Gatermann war die erste in Deutschland tätige Dentalhygienikerin und leitete diverse Seminare, 1980 war sie beim FDI-Kongress in Tokio dabei. Von 1977 bis 1979 war sie zusätzlich als DH in Genf tätig und erwarb auch das Schweizer Diplom.

Im Jahr 1990 begann sie als freie Mitarbeiterin als DH zu arbeiten, damals ein Novum.

Im Jahr 1997 erfolgte die berufsbezogene Petitionseingabe im Deutschen Bundestag, die Petition wurde 1998 angenommen, aber bis heute nicht umgesetzt. Im gleichen Jahr eröffnete Gatermann die erste Praxis für Dentalhygiene in Deutschland.

Im Jahr 1999 erwarb sie die staatliche Anerkennung und Genehmigung zur selbstständigen Tätigkeit des Schweizer Diploms, im Jahr 2000 war sie Absolventin der Nachdiplom-Ausbildung in zahnärztlich verordneter und überwachter Terminalanästhesie für DentalhygienikerInnen (Schweiz).

Nach einer gerichtlichen Auseinandersetzung über ihre Tätigkeit in eigener Praxis erhielt sie 2007 die Bewilligung der ersten vom Verwaltungsgericht in München zugelassenen Praxis für Dentalhygiene in Deutschland.

Im Jahr 1989 wurden von ihr der „Deutsche DentalhygienikerInnen Verband“ (DDHV) und das verbandseigene Journal initiiert. Seit 1999 bis heute leitet Beate Gatermann den DDHV-Vorsitz.



Netzwerken in einem partnerschaftlichen Konzept

DZW-Gespräch mit Marko Prüstel, Geschäftsführer der Quality Smile GmbH, über ein Netzwerkmodell, das allen Partnern Vorteile bringt

Vor Jahren noch belächelt und als überflüssig beurteilt oder gar bekämpft, sind sie heute überall: kommerzielle Netzwerke für Zahnärzte und Dentallabore. Aber nicht immer hält der Inhalt, was das eigentlich positiv besetzte Wort Netzwerk verspricht – gleichberechtigte Zusammenarbeit von Zahnarzt und Labor auf gutem Niveau und Konzepten, von denen alle Seiten profitieren. Oft geht es nur um den preiswerten Zahnersatz „auf Kasse“, häufig aus dem Ausland.

Einen auf langfristigen Erfolg angelegten Ansatz hat vor gut zehn Jahren ein Unternehmen aus Koblenz gewählt. Unter dem Namen Quality Smile – Dentales Netz-

Es geht darum, hochwertige Zahnversorgungen aus Deutschland und einen guten Service zu fairen Konditionen zu vermitteln. Besides zum guten Preis.



Marko Prüstel, Geschäftsführer der Quality Smile GmbH, Koblenz

werk Deutschland GmbH ist daraus inzwischen ein renommiertes Netzwerk mit gut 1.300 Referenzpraxen und 54 Partnerlaboren geworden. Bei diesem Netzwerk steht nicht der schnelle Euro mit Zahnersatz im Mittelpunkt, sondern der Patient – egal ob „Kasse“ oder privat versichert.

„Wir vermitteln Ratsuchenden die leistungsführende zahnmedizinische und zahn technische Versorgungsqualität in ihrer Region. Unsere Aufgabe ist die individuell gute Empfehlung. Damit stärken wir unsere Referenzpraxen und das Labor vor Ort und eröffnen ihnen neue Wege, die

Leistungsfähigkeit und die Besonderheiten ihrer Praxis bekannt zu machen“, so Marko Prüstel, Geschäftsführer der Quality Smile GmbH in Koblenz.

Es bestehen strategische Partnerschaften zu Evident Consulting, dem Fortbildungsinstitut IFG und dem Honorarmanagementanbieter EOS Health AG. Zahnärzte, die sich für das Netzwerk entscheiden, können unter den für sie passenden Leistungen auswählen. Dazu gehören Fortbildungen bei ausgewiesenen Experten zu günstigen Konditionen, die Übergabe des Honorarmanagements an echte Branchenkenner, der Aufbau eines Qualitätsmanagements und die Mitgliedschaft im fachüber-

greifenden Netzwerk für Evidenzbasierte Medizin (DNEbM). Neu ist ein Kinderprophylaxeprogramm, das fachübergreifend Vorsorge organisiert. Dem Partnerzahnarzt wird nichts aufgezungen – er entscheidet, welche Angebote er nutzen möchte (siehe auch das nachfolgende Interview).

„Wir sind inzwischen bundesweit mit Referenzzahnärzten vertreten, wobei uns allerdings Qualität vor Quantität geht. Patienten suchen ihren neuen Zahnarzt bei Quality Smile nicht über eine anonyme Internetsuchmaschine, sondern werden von uns individuell telefonisch beraten. Das erfordert qualifizierte Mitarbeiter an den Telefonen, setzt

aber auch bei den Zahnarztpraxen eine hohe Servicequalität voraus. Das ganze Empfehlungssystem kommt bei den Patienten sehr gut an“, so Prüstel.

„Die Mitgliedschaft in einem Netzwerk ist für eine Praxis, aber auch für ein Dentallabor gerade in wirtschaftlich schwierigeren Zeiten eine gute Chance, sich besser zu positionieren. Aber man sollte bei der Auswahl darauf achten, dass die Qualität stimmt und nicht nur etwas von der Praxis gefordert wird, sondern sie sich auch selbst entwickeln und einbringen kann. Nur preiswerter Zahnersatz ist auf die Dauer kein echter Nutzen“, erklärt Prüstel im Gespräch mit der DZW-Redaktion.

Das Interview:

DZW: Welche Kriterien muss eine Zahnarztpraxis erfüllen, wenn sie Partner bei Quality Smile werden will? Was bekommt sie dann und was kostet das?

Marko Prüstel: In erster Linie sollte sie die Grundgedanken einer unternehmerischen Zusammenarbeit im Netzwerk mittragen. Da stehen für uns vor allem Verantwortung und Vertrauen am Beginn der Partnerschaft ganz oben. Des Weiteren ist es für uns wichtig, dass die Praxis eine präventive Behandlungsphilosophie und hochwertige medizinische Versorgung auf der Grundlage einer effektiven und schonenden Diagnostik und Therapie bietet. Die Patientin und der Patient müssen im Mittelpunkt ihrer Arbeit stehen, und die Praxis muss sich durch eine überdurchschnittliche Servicequalität auszeichnen
(Fortsetzung auf Seite 8)

► Deutschland? Und wie viele so ausgebildete Kolleginnen haben Sie davon bereits heute?

Gatermann: Es wäre „State of Art“, in jeder Praxis eine Diplom-DH und eine Prophylaxeassistentin, die parodontologisch unauffällige Patienten bis zum 18. Lebensjahr behandeln kann, präsent zu haben. Damit wäre der bestmögliche Service für alle Patienten angeboten.

In Schweden, wo es mehr DH als Zahnärzte gibt, wie auch in den USA, wo das Angebot in puncto DH einigermaßen gerecht verteilt ist, nicht jedoch bei Zahnärzten – hier gibt es eine enorme Unterversorgung in bestimmten Gebieten –, spricht jeder nur von seiner DH, keiner vom Zahnarzt. Diesen sucht man nur auf, wenn wirkliche Defekte vorhanden sind.

Wir haben in Deutschland ca. 22.000 zahnärztliche Praxen. Dies erklärt das große Defizit, denn in Deutschland sind lediglich ca. 100 Diplom-DH tätig. Der DDHV hat fast täglich Anfragen von Kolleginnen aus dem Ausland zu bewältigen. Allerdings kommt ein hoher Prozentsatz unbrauchbarer Anfragen von DH, die entweder kein deutsch sprechen oder aus Ländern stammen, die keine

profunde Ausbildung vorweisen können. Als Maßstab dient die Mitgliedschaft in der International Federation of Dental Hygiene (IFDH). Zudem: Warum sollten wir diesen Kolleginnen Arbeitsstellen vermitteln, wo sie wie ZFA bezahlt und behandelt werden und der Zahnarzt zum Teil enorm viel Geld damit verdienen kann, ohne es an die Leistende weiterzugeben?

Andererseits haben es auch viele deutsche Zahnärzte aufgegeben, eine Diplom-DH anzustellen. Zu groß sind die Hürden, die bewältigt werden müssen. Zum Glück gibt es aber immer wieder Fälle, wo sich eine engagierte Diplom-DH auf der Suche nach einem Arbeitsplatz in Deutschland und eine engagierte Praxis durch unsere Vermittlung finden. So ein „Sechser im Lotto“ ist dann auch für uns eine große Freude.

Bezüglich des Berufsbilds „Diplom-Dentalhygieniker(in)“ ist es Zeit für Veränderungen. Die Zahnmediziner sollten diejenigen ihren Beruf nachgehen lassen, die ihn auch ausüben können, schon im eigenen Interesse: Um ihren Patienten eine bessere Zahnheilkunde anbieten zu können. ■