

KZVAKTUELL

MITTEILUNGSBLATT DER KASSENZAHNÄRZTLICHEN
VEREINIGUNG RHEINLAND-PFALZ



Fokus

Der „Problempatient“: Wo liegt das Problem?

Praxis

Neue PAR-Richtlinie:
Delegationsrahmen gilt weiterhin

Abrechnung

KFO kompakt:
Hinweise zur Abrechnung kieferorthopädischer Leistungen

Praxis

Künstlersozialabgabe:
Auch Zahnarztpraxen sind betroffen

Position

- 3 Weiterentwickeln statt abwickeln

Abrechnung

- 4 KFO kompakt: Hinweise zur Abrechnung kieferorthopädischer Leistungen

Praxis

- 6 Neue PAR-Richtlinie: Keine Änderung bei Delegation zahnärztlicher Tätigkeiten

Politik

- 7 Bundestagswahl: 36 Abgeordnete aus Rheinland-Pfalz

Praxis

- 8 Vertragszahnärztliche Gutachten: Herausgabe der Behandlungsunterlagen

Fokus

- 10 Der „Problempatient“: Wo liegt das Problem?

Rundschreiben

Wichtige Informationen für Zahnärzte und Praxisteams

Fokus

- 15 Der „Problempatient“: Wo liegt das Problem? (Fortsetzung)

Aktuell

- 18 IDZ-Studie zum Berufsbild: Was junge Zahnmediziner wollen

Fortbildung

- 20 Fortbildung der KZV Rheinland-Pfalz: Einsteigerkurse „Zahnersatz/Festzuschüsse“
- 21 Fortbildung der KZV Rheinland-Pfalz: TI kompakt für die Zahnarztpraxis

Aktuell

- 21 Zähneputzen in Kitas? Aber sicher!
- 22 Zahnärztliches Patiententelefon: Kompetente Hilfe für Ratsuchende

Praxis

- 24 Künstlersozialabgabe betrifft auch Zahnarztpraxen

Aktuell

- 27 Erste Auswertung des Patientenservice 116 117: Deutschland hat „Rücken“

KZV aktuell

Offizielles Mitteilungsblatt und Rundschreiben der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz

Herausgeber

Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) Rheinland-Pfalz
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Anschrift der Redaktion

KZV Rheinland-Pfalz
Isaac-Fulda-Allee 2 · 55124 Mainz
T 06131 / 89270 · F 06131 / 8927222
redaktion.kzvaktuell@kzvrlp.de

Redaktion

Marcus Koller (V. i. S. d. P.)
Dr. Stefan Hannen
Katrin Becker M. A.
Hannah Müller

Redaktionsassistentz

Heike Imhof

Grafik und Produktion

adhoc media gmbh
Obertal 24 d · 56077 Koblenz

Bildnachweis

Titelfoto: © istock.com/id-work

Alle Zahnärztinnen und Zahnärzte in Rheinland-Pfalz erhalten diese Zeitschrift im Rahmen ihrer Mitgliedschaft bei der KZV Rheinland-Pfalz. Der Bezugspreis ist mit dem Mitgliedsbeitrag abgegolten.

Die Redaktion behält sich vor, Manuskripte und Leserbriefe sinnwährend zu bearbeiten.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in einigen Texten auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Die männliche Form schließt die weibliche mit ein. Für den Nachdruck von Texten und Grafiken ist das schriftliche Einverständnis der KZV Rheinland-Pfalz Voraussetzung.

Erscheinungstermin der nächsten Ausgabe:
13.12.2021

Weiterentwickeln statt abwickeln

Die Zeichen stehen auf Ampel. Stand heute – am 12. Oktober 2021 geht diese KZV *aktuell* in Druck – spricht vieles dafür, dass ein Bündnis aus SPD, Grünen und FDP die neue Bundesregierung formieren wird.

Insbesondere Grüne und FDP demonstrieren Harmonie und betonen die Tragweite ihrer Gespräche. Eine Zusammenarbeit böte in herausfordernden Zeiten die Chance auf einen „wirklichen Aufbruch“ für Deutschland. Und tatsächlich: Tiefgreifende Veränderungen sind nötig, um die großen Aufgaben anzugehen: der Klimawandel, die Finanzierung von Rentenversicherung und Gesundheitswesen oder die Digitalisierung. Doch bei aller zur Schau gestellten Eintracht wäre es naiv zu glauben, dass es zwischen den Koalitionen in spe immer reibungslos zugehen kann. Zu gegensätzlich sind die Interessen in der Klima-, Finanz- und auch Gesundheitspolitik.

Die nächste Bundesregierung hat sicherzustellen, dass das Gesundheitssystem dauerhaft leistungsfähig bleibt. Die Parteien sind sich einig, dass eine verlässliche Finanzierung auf der Agenda stehen muss. Doch die Wege dorthin driften auseinander: Während SPD und Grüne die Basis für Versicherungsbeiträge in einer Bürgerversicherung verbreitern wollen, setzt die FDP auf den Erhalt des Systems aus gesetzlicher und privater Krankenversicherung. Ein System, das trotz bekannter Baustellen entscheidenden Anteil daran hatte, dass Deutschland vergleichsweise glimpflich durch die Corona-Pandemie gekommen ist.

Aus diesem Grund erwarten wir von den Koalitionen, dass sie das duale System weiterentwickeln werden, statt es aus rein ideologischen Gründen abzuwickeln. Hierbei darf es nicht um simple Kostendämpfung, Leistungseinschnitte und Überregulierung gehen. Vielmehr sollte es um die Förderung intelligenter, sozial ausgewogener Eigenbeteiligungsmodelle gehen, die freie, solidarisch abgesicherte Entscheidungen der Patienten zulassen. Denn Eigenbeteiligung schafft Eigenverantwortung. Die vertragszahnärztliche Versorgung mit ihrem Festzuschussystem und den Mehrkostenvereinbarungen eignet sich als Vorbild. Zudem muss das Gesundheitssystem von Bürokratie entlastet werden. Hierfür gilt es, die Chancen einer konsequenten und praxisnahen Digitalisierung zu nutzen, die die Versorgung verbessern, Praxen entlasten und Verwaltungskosten senken kann.

Die neue Regierung muss sich überdies im Klaren sein, dass ein leistungsfähiges Gesundheitswesen auch Ergebnis einer engagierten, gestaltungswilligen Selbstverwaltung ist. Reformen dürfen uns Heilberuflern deshalb nicht aufoktroziert werden, sondern die Politik muss sie gemeinsam mit uns anpacken. Nur im Dialog wird es uns gelingen, das Gesundheitssystem weiterzuentwickeln – im Interesse und zum Wohle aller Bürgerinnen und Bürger.

Ihr



Marcus Koller
Vorsitzender des Vorstandes



„Ein leistungsfähiges
Gesundheitswesen ist auch
Ergebnis einer engagierten
Selbstverwaltung“

KFO kompakt: Hinweise zur Abrechnung kieferorthopädischer Leistungen

Es gibt einige Fallstricke bei der Abrechnung kieferorthopädischer Leistungen. Um nicht zu stolpern, finden Sie auf diesen Seiten Hinweise zu zentralen Gebührennummern.

Text: Sabrina Gessner, Geschäftsbereich Abrechnung

Frühbehandlung

Eine Frühbehandlung ist für höchstens sechs Quartale berechenbar. Nach dem sechsten Abschlag sind keine Leistungen mehr abrechnungsfähig. Sollte die Behandlung vorzeitig beendet werden, können die restlichen genehmigten Abschläge aufgerechnet werden.

BEMA-Nr. 121 – Beseitigung von Habits bei einem habituellen Distalbiss oder bei einem habituell offenen Biss, je Sitzung

Die Leistung ist bis zu **sechsmal** während eines Zeitraums von **sechs** Monaten abrechnungsfähig. Wird eine konfektionierte Mundvorhofplatte als Hilfsmittel verwendet, werden nur die dafür entstandenen Kosten als Materialkosten abgerechnet.

KFO-Behandlungspläne

KFO-Pläne, die ab dem **01.07.2018** ausgestellt werden, müssen online übermittelt werden, für die Portalerfasser ist dies nun ebenfalls möglich. Sollten Pläne online nicht übermittelbar sein, können sie auch über das Portal erfasst und gesendet werden.

BEMA-Nr. 130 – Eingliederung ergänzender fest-sitzender Apparaturen einschließlich Material- und Laborkosten

Zur Gebührennummer 130 sind weder Modelle noch Abformpauschalen ansatzfähig.

Die Leistung ist nur für folgende Apparaturen ansatzfähig:

- » Palatinal- oder Transversalbogen
- » Quadhelix
- » Lingualbogen
- » Lipbumper
- » Headgear über je zwei Ankerbändern

Bei der Abrechnung unterschiedlicher Apparaturen bitten wir um eine Dokumentation im Feld „KZV-intern“.

Abformpauschalen

Bitte beachten Sie, dass die Abformpauschalen (2,80 EUR je Abformung) zusammen mit den Modellen abgerechnet werden.

BEMA-Nr. 131a, 131b, 131c

Die zusätzlichen Material- und Laborkosten sind immer zusammenhängend mit den oben genannten BEMA-Nummern abzurechnen.

Doublieren von Modellen

Die BEL-Nr. 002-1 (Doublieren eines Modells) kann zu Diagnostik- und Arbeitsmodellen nicht abgerechnet werden.

Sonstige Kostenträger

Bei der Abrechnung der „Sonstigen Kostenträger“ (zum Beispiel Kreis-, Stadt-, Verbandsgemeindeverwaltungen, Bundeswehr) benötigt die KZV Rheinland-Pfalz immer die Behandlungsscheine im Original. Nur für die Bundespolizei St. Augustin benötigen wir keine Behandlungsscheine.

Sockeln (BEL 013-0)

Das Sockeln ist nur in Verbindung mit der BEMA-Nr. 7a, 117 abzurechnen.

Individualprophylaxe

Individualprophylaktische Leistungen (IP) sollen vom behandelnden Zahnarzt durchgeführt werden. Zwar können IP-Leistungen auch vom Facharzt für Kieferorthopädie erbracht werden – doch nur, wenn im Voraus abgeklärt wurde, dass nicht

durch den behandelnden Zahnarzt bereits IP-Leistungen durchgeführt werden. Sollten Individualprophylaxe-Programme bei einem Versicherten parallel durchgeführt werden, stellen die Krankenkassen häufig Regressanträge, denen in der Regel nachgekommen werden muss.

Fehlende AP-Kennzeichnung

Bei den Gebührennummern 125, 126c und 129 ist grundsätzlich das Kennzeichen „AP“ für außerplanmäßige Leistungen anzugeben. Sollten die KFO-Planleistungen 126a, 126b, 126d, 127a, 128a, 128b, 130 oder 131a bis c außerplanmäßig abgerechnet werden, ist hier ebenfalls das Kennzeichen „AP“ anzugeben. Die Kennzeichnung „AP“ entbindet jedoch nicht von der Erstellung eines Nachantrags. Für die Softwarehersteller: „AP“ gehört in Parameter: Feld 4 „Char“ *Zahn/Gebiet.

Vorschubstäbchen nach „SUS“ (Sabbagh Universal Spring)

Diese Apparaturen sind **keine vertragszahnärztlichen Leistungen** und können daher nicht über die BEMA-Nr. 131b (Herbstscharnier) oder 130 (Eingliederung ergänzender festsitzender Apparaturen) abgerechnet werden.

Verlängerungsanträge

Die auf dem erstellten KFO-Behandlungsplan beantragten und genehmigten – jedoch noch nicht „verbrauchten“ – Leistungen können nicht mit in die Verlängerung übernommen werden. Das heißt, alle möglicherweise in der Verlängerung erforderlichen Leistungen sowie anfallenden Material- und Laborkosten müssen erneut beantragt werden.

Dokumentation bzw. Begründungen

Bitte übermitteln Sie keine Dokumentation oder Begründung zum Behandlungsfall im Eigen- oder Fremdlabor. Diese Mitteilungen sind für die KZV Rheinland-Pfalz nicht lesbar. Übermitteln Sie diese bitte nur im Feld „KZV intern“ oder als Angabe hinter einer BEMA-Leistung.

Sie vermeiden Rückfragen, wenn Sie uns folgende Angaben machen:

Sachverhalt	Angabe
Änderungen/Nacherfassungen von Behandlungsfällen per Fax	Datum jeder BEMA-Leistung (auf Rechnung an Versicherten nicht ersichtlich)
Fall von anderer Praxis übernommen	„Übernahmefall“
BEMA-Nr. 7a und/oder 117 zweimal in einem Quartal abgerechnet	Begründung
IP4 mehr als einmal im Halbjahr abgerechnet	Begründung
BEMA-Nr. 130 oder Material- und Laborkosten	verschiedene Geräte
Mehrfachberechnung der BEMA-Nr. 126b (unterschiedliche Geräte)	Begründung und Zahnangabe
Patient über 18 Jahre und Diagnostik zu 100 Prozent abgerechnet	Begründung
Aktive KFO-Behandlung zu 100 Prozent genehmigt und abgerechnet	„100-Prozent-Fall genehmigt“ (in jedem Quartal erforderlich)
Fremdpatient/Vertretung	Patienten über 18 Jahre müssen sich (für den Ansatz der BEMA-Nr. 122a) noch in einer vertragszahnärztlichen KFO-Behandlung befinden
Bei BEMA-Nr. 123a oder b immer Kieferangabe erforderlich	Eingabe zweimal getrennt, wenn es sich um OK und UK handelt

Kieferorthopädische Leistungen, die ohne Therapieänderung über die ursprünglich geplanten Leistungen hinausgehen, sind der Krankenkasse anzuzeigen (Nachanträge). Die Krankenkasse kann diese innerhalb von vier Wochen begutachten lassen, was nach unseren Informationen in der Regel nicht gemacht wird. Auch wenn die Nachanträge nicht genehmigungspflichtig sind, muss die nachstehende Richtlinie eingehalten werden:

Maßnahmen zur Retention sind bis zu zwei Jahren nach dem Ende des Kalendervierteljahres, für das die letzte Abschlagszahlung nach den BEMA-Nrn. 119, 120 geleistet worden ist, Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung, längstens bis zum Abschluss der Behandlung einschließlich der Retention. Weitere Behandlungen, in diesem Fall über diesen Zeitraum hinaus, müssen privat berechnet werden.

Stellen Sie somit keine Nachanträge an die Krankenkassen, die über diesen Zeitraum hinausgehen. Diese sind keine vertragszahnärztlichen Leistungen mehr. Die Krankenkassen prüfen diese Fälle und stellen dann gegebenenfalls Regressanträge, die die KZV umsetzen muss. Eine nachträgliche Privatrechnung an den Patienten ist in solchen Fällen nicht möglich. ■

Neue PAR-Richtlinie: Keine Änderung bei Delegation zahnärztlicher Tätigkeiten

Hat sich mit der neuen Richtlinie zur Behandlung parodontaler Erkrankungen der Rahmen für die Delegation zahnärztlicher Tätigkeiten an zahnmedizinisches Fachpersonal geändert? Die klare Antwort: Nein.

Text: Dr. Stefan Hannen

Zahnärztliche Leistungen sind in BEMA und GOZ beschrieben. Zu deren Erbringung, also zur Ausübung der Zahnheilkunde, bedarf es der Approbation als Zahnarzt. Jede Zahnärztin und jeder Zahnarzt ist für durchgeführte Behandlungen selbst verantwortlich und grundsätzlich zur persönlichen Leistungserbringung verpflichtet.

Es gibt aber Tätigkeiten, die unter bestimmten Voraussetzungen delegiert werden können. Dies regelt das Gesetz über die Ausübung

der Zahnheilkunde (Zahnheilkundengesetz – ZHG) und ergänzend der Delegationsrahmen für Zahnmedizinische Fachangestellte der Bundeszahnärztekammer (BZÄK). Delegationsfähige Tätigkeiten dürfen demnach nur von Mitarbeitenden mit abgeschlossener Ausbildung zur/zum Zahnmedizinischen Fachangestellten ausgeführt werden. Zusätzlich muss die spezifische Qualifikation gegeben sein, wovon sich die Zahnärztin

§1 Zahnheilkundengesetz

(5) Approbierte Zahnärzte können insbesondere folgende Tätigkeiten an dafür qualifiziertes Prophylaxe-Personal mit abgeschlossener Ausbildung wie zahnmedizinische Fachhelferin, weitergebildete Zahnarzhelferin, Prophylaxehelferin oder Dental-Hygienikerin delegieren: Herstellung von Röntgenaufnahmen, Entfernung von weichen und harten sowie klinisch erreichbaren subgingivalen Belägen, Füllungspolituren, Legen und Entfernen provisorischer Verschlüsse, Herstellung provisorischer Kronen und Brücken, Herstellung von Situationsabdrücken, Trockenlegen des Arbeitsfeldes relativ und absolut, Erklärung der Ursache von Karies und Parodontopathien, Hinweise zu zahngesunder Ernährung, Hinweise zu häuslichen Fluoridierungsmaßnahmen, Motivation zu zweckmäßiger Mundhygiene, Demonstration und praktische Übungen zur Mundhygiene, Remotivation, Einfärben der Zähne, Erstellen von Plaque-Indizes, Erstellung von Blutungsindizes, Kariesrisikobestimmung, lokale Fluoridierung zum Beispiel mit Lack oder Gel, Versiegelung von kariesfreien Fissuren.

(6) In der Kieferorthopädie können insbesondere folgende Tätigkeiten an zahnmedizinische Fachhelferinnen, weitergebildete Zahnarzhelferinnen oder Dental-Hygienikerinnen delegiert werden: Ausligieren von Bögen, Einligieren von Bögen im ausgeformten Zahnbogen, Auswahl und Anprobe von Bändern an Patienten, Entfernen von Kunststoffresten und Zahnpolitur auch mit rotierenden Instrumenten nach Bracketentfernung durch den Zahnarzt.



oder der Zahnarzt persönlich überzeugt hat. Auch müssen die Situation des Patienten und sein Krankheitsbild eine Delegation zulassen. Stets ordnet ein Zahnarzt die Tätigkeit an, er hat die Aufsichtspflicht und bleibt vollumfänglich verantwortlich. Für Rückfragen oder bei eventuellen Komplikationen muss er zur Verfügung stehen.

Niemals delegierbar sind Leistungen wie Untersuchung, Diagnosestellung, Therapieentscheidungen sowie alle invasiven Maßnahmen. Eine Missachtung der Delegationsregeln kann arbeits-, haftungs- und sogar strafrechtliche Konsequenzen haben.

Die Leitplanken zur Delegation zahnärztlicher Leistungen des ZHG und der BZÄK haben auch bei der Versorgung parodontaler Erkrankungen unter der neuen Richtlinie Bestand. Die PAR-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) sowie der Einheitliche Bewertungsmaßstab (BEMA) regeln ausschließlich die vertragszahnärztlichen Leistungen. Der G-BA, der Bewertungsausschuss sowie die Bundesmantelvertragspartner haben hierbei keine Aussagen zur Delegation zahnärztlicher Tätigkeiten getroffen. ■

Delegationsrahmen für Zahnmedizinische Fachangestellte der BZÄK



Abrufbar unter www.bzaek.de
> Service > Positionen und
Statements



Bundestagswahl: 36 Abgeordnete aus Rheinland-Pfalz

Im neuen Bundestag sitzen 36 Abgeordnete aus Rheinland-Pfalz – einer weniger als bisher. Die SPD stellt künftig die meisten Abgeordneten. Die größten Verluste verbucht die CDU.

Text: Katrin Becker

Zwölf statt bisher neun Abgeordnete kommen aus den Reihen der SPD. Die CDU entsendet insgesamt nur noch neun Abgeordnete in den neuen Bundestag, fünf weniger als bisher. Für die rheinland-pfälzische FDP und die Grünen gehen jeweils fünf Mandatsträger nach Berlin (plus eins bzw. plus zwei). Die AfD zählt weiterhin vier Abgeordnete. Die Linke entsendet einen Abgeordneten, zwei Köpfe weniger.

Unter den Abgeordneten sind zwölf neue Gesichter, darunter Dr. Marlon Bröhr (CDU). Bröhr ist Landrat des Rhein-Hunsrück-Kreises und „von Haus aus“ Zahnarzt. Erstmals in den Bundestag ist zudem Prof. Dr. Armin Grau (Bündnis 90/Die Grünen) eingezogen. Er ist Chefarzt der Neurologischen Klinik am Klinikum Ludwigshafen. Weiterhin im Bundestag sitzt Gesundheitspolitiker Erwin Rüdell (CDU). Der Abgeordnete aus Neuwied leitete zuletzt den Gesundheitsausschuss des Bundestages. Auch Dr. Thomas Gebhart (CDU)

bleibt Mitglied des Parlaments. Der Abgeordnete aus dem pfälzischen Jockgrim war in der nun endenden Legislaturperiode Parlamentarischer Staatssekretär beim Bundesminister für Gesundheit.

Rekord bei Briefwählern

Die Wahlbeteiligung in Rheinland-Pfalz lag bei 77,2 Prozent und damit um 0,5 Prozentpunkte niedriger als bei der Bundestagswahl 2017. Knapp 2,36 Millionen Wahlberechtigte gaben ihre Stimme ab – rund 35 200 weniger als vier Jahre zuvor. Der Briefwahlanteil lag bei 61,3 Prozent. Nie zuvor wurden bei einer Bundestagswahl in Rheinland-Pfalz so viele Briefwahlstimmen gezählt. ■

Vertragszahnärztliche Gutachten: Herausgabe der Behandlungsunterlagen

Im vertragszahnärztlichen Gutachterverfahren sind Zahnärzte verpflichtet, dem Gutachter die benötigten Behandlungsunterlagen zuzuleiten – vollständig und unverzüglich. Was heißt das?

Text: Jochen Kromeier, Geschäftsbereich Recht

Aufgrund gesetzlicher Vorgaben (§ 13 Abs. 3a SGB V) sind vertragszahnärztliche Gutachter grundsätzlich verpflichtet, innerhalb von vier Wochen nach Eingang des Auftrages der Krankenkasse ihre Stellungnahme abzugeben.

Diese knappe Frist duldet kaum Aufschub: Bereits in der Mitteilung über ein eingeleitetes Gutachterverfahren fordern die Krankenkassen den behandelnden Zahnarzt deshalb auf, die Behandlungsunterlagen vollständig und unverzüglich an den Gutachter zu senden. Unverzüglich heißt: Innerhalb einer Woche nach Erhalt der Information über das eingeleitete Gutachterverfahren sollten die Unterlagen auf den Weg gebracht werden.

Aussagekräftige und aktuelle Röntgenbilder sind Grundlage eines Gutachtens. Sie müssen eine befundungsfähige und auswertbare Qualität haben. Für digitale Aufnahmen bedeutet dies eine ausreichende Größe bzw. Auflösung. Bei einem OPG sollten 1 MB und bei einem Zahnfilm 300 KB nicht unterschritten werden. Ferner sind die Röntgenbilder eindeutig zu beschriften mit Urheber, Entstehungsort und -zeitpunkt sowie Namen des Patienten.

Bei Planungsgutachten in der prothetischen Versorgung ist auch die Anlage 2 des Heil- und Kos-

tenplans (Mehrkostenvereinbarung) beizufügen. Der Gutachter ist laut Bundesmantelvertrag – Zahnärzte vertraglich verpflichtet, diese ebenfalls zu sichten, da sie der Krankenkasse mit als Grundlage dient, einen Festzuschuss festzusetzen.

Die Bestimmungen des Datenschutzes und der Datensicherheit sind insbesondere beim Versand der Behandlungsunterlagen per E-Mail zu beachten.

Bei alledem bedarf es keiner Entbindung der Schweigepflicht durch den Patienten, da vertragszahnärztliche Gutachter einen gesetzlichen Auftrag erfüllen.

Verzögerungen vermeiden

Wird ein vertragszahnärztliches Gutachterverfahren eingeleitet, sollten Zahnärzte die geschilderten Fristen beachten und die Behandlungsunterlagen vollständig an den Gutachter senden. Sie dürfen nicht davon ausgehen, daran erinnert zu werden; Gutachter sind nicht verpflichtet, Unterlagen anzumahnen. Fehlen befundungsfähige Unterlagen für Planungsgutachten, ist aufgrund der Vier-Wochen-Frist damit zu rechnen, dass ein Heil- und Kostenplan vom Gutachter abgelehnt werden muss und es zu – vermeidbaren – Verzögerungen in der Behandlung des Patienten kommt. ■



Ihre Daten für die Weiterentwicklung der vertragszahnärztlichen Versorgung!

Das **Zahnärzte Praxis-Panel** – kurz **ZäPP** – ist eine bundesweite Datenerhebung zur wirtschaftlichen Situation und zu den Rahmenbedingungen in Zahnarztpraxen. Etwa 35.000 Praxen haben dafür einen Fragebogen erhalten.

Sie haben auch Post bekommen? – Dann machen Sie mit!

- **Für den Berufsstand!** Das ZäPP dient Ihrer Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) als Datenbasis für Verhandlungen mit Krankenkassen.
- **Vorteil für Sie!** Finanzielle Anerkennung für Ihre Mitarbeit
- **Vorteil für Sie!** Kostenloser Praxisbericht für einen Vergleich Ihrer Praxis mit dem bundesdeutschen Durchschnitt
- **Vorteil für Sie!** Kostenlose Chefübersicht für Ihre Finanzplanung
- Wir garantieren **Vertraulichkeit und Schutz Ihrer Daten!**

Sie haben Fragen zum ZäPP?

Weitere Informationen im Internet unter www.kzvrlp.de · www.kzbv.de/zaepp · www.zaep.de
Oder einfach QR-Code mit dem Smartphone scannen.

Für Rückfragen bei Ihrer KZV:

Telefon: 06131 8927-133
E-Mail: kontakt@kzvrlp.de
Ansprechpartner: Jochen Kromeier



Ansonsten erreichen Sie bei Bedarf die **Treuhandstelle** des mit ZäPP beauftragten **Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi)** unter der Rufnummer 0800 4005-2444 von Montag bis Freitag zwischen 8 und 16 Uhr. Oder E-Mail an kontakt@zi-ths.de

Unterstützen Sie das ZäPP – In Ihrem eigenen Interesse!

Der „Problempatient“: Wo liegt das Problem?

Warum Sie diesen Beitrag lesen sollten? Dieser Beitrag legt nahe, dass es sich bei der Bezeichnung „Problempatient“ oder „schwieriger Patient“ oftmals um eine Etikettierung eines fachlich und kommunikativ überforderten Behandlers handelt.

Text: Prof. Dr. Jens C. Türp, Klinik für Oral Health & Medicine, Universitäres Zentrum für Zahnmedizin, Basel, Schweiz

Problem: Wenn ein Patient über ausgeprägte körperliche Beschwerden klagt, ohne dass hinreichende somatische Befunde als Erklärung dienen können, wird dieser von Seiten des Behandlers bisweilen als „Problempatient“ oder „schwieriger Patient“ bezeichnet. Jedoch handelt es sich bei einer solchen Zuschreibung meist um eine schwierige interpersonale Beziehung zwischen Behandler und Patient, die durch fachliche, kommunikative und gebührenordnungsspezifische Defizite verstärkt werden kann.

Diskussion/Schlussfolgerung: Am Beispiel der persistierenden Funktionsstörungen/orofazialen Schmerzen wird nahegelegt, dass jeder professionell agierende Behandler seiner Verantwortung und dem vom Patienten entgegengebrachten Vertrauen gerecht werden muss. Dazu müssen Zahnärzte ihre Kompetenzgrenzen kennen und sich vor Selbstüberschätzung hüten. Es gibt nicht nur „schwierige Patienten“; es gibt auch „schwierige Zahnärzte“.

1. Einleitung

Im Verhältnis zwischen Arzt¹ und Patient können nach Donner-Banzhoff^[9] vier grundlegende, schichtenartige ärztliche Funktionen unterschieden werden:

- » Der Arzt als Heiler: der patriarchalisch agierende Experte mit exklusivem Wissen.
- » Der Arzt als Detektiv: der Fahnder nach scheinbar nebensächlichen Befunden.
- » Der Arzt als Gatekeeper: der Erkenner einer Indikationsstellung für medizinisch wirksame Maßnahmen und berechtigter Ansprüche in einem solidarischen Gesundheitssystem.
- » Der Arzt als transparenter, patientenzentrierter Therapeut: Partner in einer gleichberechtigten Beziehung.

Angesichts der damit verbundenen Aufgaben und gegenseitigen Erwartungen ist es nachvollziehbar, dass nicht jede Patientenbegegnung frei von Problemen ist. Hoefert^[25] bemerkt: „Der ‚glückliche‘ Fall für Patienten und Ärzte ist immer derjenige, bei dem ein bestimmter (organischer) Verursacher für ein Leiden gefunden wird und entsprechende Therapiemöglichkeiten zur Verfügung stehen.“ Diese Voraussetzung ist aber nicht immer gegeben. Vor allem im Rahmen von Begegnungen, in denen ein offensichtliches Missverhältnis vorliegt zwischen dem gestörten subjektiven Befinden des Patienten und einem keine Besonderheiten aufweisenden klinischen und radiologischen Befund, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass von (zahn-)ärztlicher Seite das Schlagwort „Problempatient“ fällt. Aufgrund seiner unscharfen Definition und inhaltlichen Weite kann

**Halden nahm den Hörer ...
„Ja - die Gräfin soll dann - ,
wie, - aber das geht doch auch ohne mich, Schwester...
Gut, ich komme...“
Und zu uns: „Sie müssen mich schon ein paar Minuten entschuldigen ... Eine etwas schwierige Patientin ...“**

Max Schraut (Pseudonym von Walther August Gottfried Kabel (1878-1935)): Harald Harst. Aus meinem Leben. Band 196 der Romanreihe „Harald Harst“: Doktor Haldens Patient. Verlag Moderner Lektüre, Berlin 1925

¹ In diesem Artikel wird bei Personenbezeichnungen aus Gründen der besseren Lesbarkeit das grammatische Geschlecht (Genus) und nicht das biologische Geschlecht (Sexus) verwendet.

dieser Begriff eine ansehnliche Zahl von Personen umfassen. Da eine Zuschreibung mit dem Etikett „Problempatient“ negativ konnotiert ist, ist die Bezeichnung „schwieriger Patient“ [34,40-41,50] womöglich die bessere Wahl.

Dunkelberg et al. [10] äußern, dass als schwierig erlebte Patienten für den Behandler „offenbar ein Problem erheblichen Ausmaßes“ darstellen. Von ärztlicher Seite werden 15 bis 18 von 100 Patienten als „schwierig“ angesehen [27]. Vergleichbare Daten aus der Zahnmedizin liegen nicht vor; dessen ungeachtet sind solche Patienten in zahnärztlichen Praxen nicht unbekannt: Auf der Grundlage der Ergebnisse einer landesweiten Erhebung in Österreich (n=145) berichtete Kreyer [36], dass neben beruflichem Stress (permanenter Zeit-, Termin-, Leistungs- und Qualitätsdruck) die Konfrontation mit „Problempatienten“ Zahnärzte besonders belastet, ja dass es eine regelrechte „Angst des Zahnarztes vor seinem schwierigen Patienten“ gibt. Auf jeden Fall sind diese Patienten für den Zahnarzt und das beteiligte zahnärztliche Personal in der Regel „merkwürdig“ [8] und bleiben lange in Erinnerung. Tabelle 1 fasst häufige Fremdbeschreibungen für solche Personen zusammen. Als „schwierig“ bezeichnete Patienten sind bezüglich ihrer Beschwerden, ihres Verhaltens und ihres Hintergrunds außerordentlich heterogen. So wird beispielsweise oftmals die Behandlung von Kindern, Angstpatienten und behinderten Menschen als „schwierig“ empfunden [36]. Wenn man jedoch von „schwierigen Patienten“ im engeren Sinne spricht, sind im Allgemeinen andere Personen gemeint. Hoefert und Härter [27] definieren „schwieriges“ Patientenverhalten „als eine wahrgenommene Abweichung



Abb. 1: Schwieriger Patient oder schwieriger Arzt? Unterschiedliche Erwartungshaltung von Patient und Arzt, gepaart mit unvoreilhaftiger Kommunikation. (Auf der Grundlage eines Holzstichs von Henry Matthew Brock, erschienen in der Satirezeitschrift „Punch“, or „The London Charivari“ am 20. Oktober 1909, S. 277: A doctor angry with his patient for trying quack medicine as well as his own prescription. URL: <A doctor angry with his patient for trying quack medicine as Wellcome V0011480.jpg>)

vom Bild des ‚wünschbaren‘ oder zumindest ‚normalen‘ Patienten“. In der Regel hat man es mit nicht hinreichend geklärten bzw. mit unerklärlichen Körperbeschwerden und Beschwerdeverläufen zu tun, gepaart mit patienteneigenen verhaltensbezogenen („Besserwisser“ [36]) und weiteren psychosozialen Besonderheiten. Bei einer Bewertung dieses Phänomens ist zu klären, worin die grundsätzliche Schwierigkeit – oder „das Problem“ – liegt und ob diese allein auf Patientenseite zu suchen ist.

2. Der schwierige Patient?

Die Charakterisierung eines Patienten als „schwierig“ oder „problemmatisch“ ist eine Zuschreibung von (zahn-)ärztlicher Seite [55]. Verschiedene Autoren [10,40] weisen korrigierend darauf hin, dass es sich bei einer solchen Wahrnehmung um ein Beziehungs- und Kommunikationsproblem handelt, also um eine schwierige Interaktion zwischen Arzt und Patient. Diese Aussage wird unterstützt durch die Erkenntnis, dass der Umgang mit zahnärztlichen „Problempatienten“ mit einem gestörten Arzt-Patient-Verhältnis einhergeht, beispielsweise in Form von persönlicher Antipathie, Emotionalität und Äußerungen von Aggressivität [36]. Kowarowsky [35] merkt daher an: „Den schwierigen Patienten gibt es nicht. Es gehören immer zwei dazu.“ (Abb. 1). Dementsprechend schlägt Kreyer [38] folgende Definition vor: „Als Problempatienten, deren Behandlung

Adjektiv

anspruchlich	herausfordernd	uneinsichtig
belastend	klagefreudig	unfair
besserwisserisch	lästig	unkooperativ
enttäuscht	narzisstisch	unzufrieden
empfindlich	nervig	zahlungsunwillig
fordernd	nörgelnd	zeitraubend
gekränkt	renitent	
hartnäckig	schwafelnd	

Tabelle 1: Einige adjektivische Beschreibungen aus der Fachliteratur (u. a. [28]) für Patienten, die von (zahn-)ärztlicher Seite als „schwierig“ qualifiziert werden.

zu einer psychischen, teilweise auch physischen Belastung für den Zahnbehandler werden kann, werden in erster Linie solche gesehen, bei denen es sich als nicht möglich erweist, eine tragfähige Arzt-Patient-Beziehung aufzubauen.“ Lange-witz^[40] gibt zu bedenken, „dass die kommunikativen Fähigkeiten von ÄrztInnen eine entscheidende Rolle spielen bei der Wahrnehmung einer Konsultation als schwierig.“ Dabei betrifft die Kommunikation nicht nur diejenige zwischen (Zahn-)Arzt und Patient^[11-12,22,53,54,67], sondern auch die zwischen Behandlern untereinander^[7]. Merkmale der interpersonalen Beziehung zwischen Patient und (Zahn-)Arzt sind in Tabelle 2 zusammengefasst.

3. Umgang mit schwierigen Patienten

Als „schwierig“ titulierte Patienten erwarten von ihren Behandlern vor allem emotionale Unterstützung, also das Eingehen auf ihre Klagen und Beschwerden, und zwar in einem stärkeren Ausmaß, als dies bei Patienten mit somatisch erklär-baren Beschwerden gewöhnlich der Fall ist^[52]. Die Patienten – viele von ihnen haben zuvor erfolglos andere Therapeuten aufgesucht – sind in erster Linie Ratsuchende. Dem (Zahn-)Arzt kommt daher eine besondere Verantwortung zu. Von ausschlaggebender Bedeutung ist die Bildung und Aufrechterhaltung eines Vertrauensverhältnisses. Um dies zu erreichen, ist es geboten, den Patienten (nicht nur bei der Erstkonsultation) ausreichend Zeit einzuräumen, damit sie ihre Beschwerden, Anliegen, Erwartungen und Krankheits- bzw. Erklärungsmodelle darlegen können^[14,17]. Dies ist in einem Beruf, in welchem das (gut bezahlte) Machen gegenüber dem (kaum honorierten) Zuhören, Sprechen und Erklären dominiert, ungewohnt^[43]. Einige Strategien für den Umgang mit gemeinhin als schwierig erlebten Patienten finden sich in Tabelle 3.

4. Interpretation

Klinisch und radiologisch lässt sich nur das verlässlich erkennen, was man vorher bereits kennengelernt hat. Auf der Grundlage einzelner oder multipler früherer Erfahrungen werden im Gehirn Muster gespeichert, auf die in vergleichbaren künftigen Situationen zurückgegriffen wird (Mustererkennung^[18,33]). Fachliche Experten mit langjähriger Berufserfahrung haben diese Fähigkeit in besonderem Maße entwickelt^[13]. Sie fühlen sich daher auf ihrem Gebiet sicher. Das erwor-

bene Können lässt sich jedoch nicht auf Themen übertragen, in denen man nur wenige Fachkenntnisse aufzuweisen hat. Vergisst man diesen Grundsatz, können Patienten genauso gefährdet werden, wie wenn man die Fortschritte im eigenen Fachgebiet ignoriert.

Der Mustererkennung (Feststellung) als erster Schritt einer Interpretation folgen die Erklärung und die (Be-)Wertung und (gegebenenfalls) die Normierung^[4]. Änderungen in der wissenschaftlichen Einschätzung klinischer Befunde, wie etwa die Frage „Normvariante oder Pathologie?“ (z. B. im Falle einer anterioren Verlagerung des Discus articularis^[58]) setzen auf der Stufe der Erklärung an und finden eine Fortsetzung bei der (z. B. klinischen, ethisch-moralischen oder ästhetischen) Wertung bzw. Bewertung des beobachteten Phänomens, für welches, besonders wenn es häufiger vorkommt, in der Regel handlungsbezogene Vorschläge bzw. Empfehlungen, zum Beispiel Leitlinien von Fachgesellschaften, erarbeitet werden bzw. bereits existieren (Normierung).

Gültige Interpretationen klinischer Sachverhalte müssen stets auf dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse erfolgen. Daher ist es unabdingbar, sich regelmäßig über die Entwicklung im Fachgebiet auf dem Laufenden zu halten. Geschieht dies nicht, so erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, eine klinische Situation und den darin involvierten Patienten als „schwierig“ oder „problematisch“ einzuschätzen.

5. Sind Patienten mit kranio-mandibulären Dysfunktionen „schwierig“?

Patienten mit kranio-mandibulären Dysfunktionen (CMD) bzw. Myoarthropathien (MAP) und/oder anhaltenden orofazialen Schmerzen (OFS) sind einem besonderen Risiko unterworfen, als „schwierig“ wahrgenommen zu werden, denn sie unterscheiden sich grundsätzlich von denjenigen Menschen, die üblicherweise in einer zahnärztlichen Umgebung behandelt werden^[62]. Bei diesen in ihrer Kieferfunktion gestörten Patienten wird man bei Rückgriff auf das traditionelle „Handwerkermodell“^[23] rasch an seine Grenzen stoßen. Andererseits bereitet die Einführung einer biopsychosozialen Sichtweise^[11] im Rahmen der Diagnostik und Therapie^[64] offenbar weiterhin erhebliche Schwierigkeiten^[56]. Es lässt sich leider immer wieder beobachten, dass Zahnärzte mit wenig Erfahrung auf dem Gebiet der Funktions-

Patientenseite

Angaben vielfältiger, vager, unklarer, zum Teil variabler somatischer Beschwerden

Übermäßige Beschäftigung mit den (bisweilen geringfügigen) Symptomen

Lange Vorgeschichten

Hohes Maß an Beunruhigung

Erhöhter psychosozialer Stress, Vorliegen sozialer Belastungen bzw. auffälliger biografischer Ereignisse (z. B. Trennungskonflikte, pflegebedürftige Angehörige)

Hohe Prävalenz psychischer Störungen bzw. psychiatrischer Diagnosen

Ausschweifende Erläuterungen

Ausgeprägte, aber unvoreteilhafte Ursachenüberzeugungen

Subjektiv genaue Kenntnis darüber, was fehlt, woran es liegt und wie man am besten vorzugehen hat, teilweise akribisch auf einem Zettel, Briefumschlag o. Ä. notiert (la maladie du petit papier^[5,49])

Vermehrte Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens (heavy user)

Aufmerksamkeitsforderndes, klammerndes, manipulatives, forderndes Verhalten gegenüber dem (Zahn-)Arzt

Vorinformiert (häufig desinformiert) durch das Internet

Unrealistische Erwartungen an die Behandler und die Behandlung

Unkooperatives Verhalten, mangelnde Therapietreue (Therapieunwilligkeit), Resistenz gegenüber (zahn-)ärztlichen Empfehlungen

Häufiger (Zahn-)Arztwechsel („Doktor-Shopping“, „Arztnomaden“, „Hospital-Hopping“)^[7]

Schlechtes oder kein Ansprechen auf übliche Behandlungsmethoden

Unzufriedenheit

Laufende Verfahren mit anderen Behandlern

Arztseite

Hoher Zeitbedarf (bis Zeitnot)

Schwierige Kommunikation mit dem Patienten

Ausschließliche Fokussierung auf somatische, organmedizinische Aspekte

Abweisendes, dominantes Kommunikationsverhalten

Starke Betonung bildgebender Verfahren

Keine Berücksichtigung psychosozialer Faktoren in Diagnostik und Therapie

Schlecht oder nicht erklärbares Symptom des Patienten: trotz großer Anstrengungen keine Ursachen für die Beschwerden erkennbar (Diskrepanz zwischen Befinden und Befund)

In Konflikt mit den eigenen professionellen Standards

Überschätzung der eigenen Kenntnisse und Fähigkeiten

Probleme bei der Entscheidungsfindung unter Unsicherheit

Enttäuschende Behandlungsergebnisse (cave: iatrogene Schädigungen durch Über- und Fehltherapie^[39,59,61])

Hohe Belastung, Gefühl von Ausweglosigkeit, Hilflosigkeit, Enttäuschung, Ärger, Frustration, Aversion

Gefühl, vom Patienten ausgenutzt zu werden

Unzufriedenheit, Ratlosigkeit, Desillusionierung, Selbstzweifel an der eigenen Kompetenz

Patient-Arzt-Beziehung

Starke Verschiedenheit der „individuellen Wirklichkeiten“ (Krankheitstheorien) von Patient und (Zahn-)Arzt^[8,26]

Fehlen eines von beiden Seiten gemeinsam getragenen Erklärungsmodells (Krankheitstheorie) für die Beschwerden^[46]

Fehlen einer gemeinsamen Grundlage zur Einleitung sinnvoller diagnostischer und therapeutischer Schritte, diskrepante Erwartungen zu Wegen und Zielen der Therapie

Auftreten neuer Probleme am Ende der Konsultation

Patient als „Koryphäen-Killer“^[36-37,47]

Tabelle 2: Merkmale einer schwierigen Arzt-Patient-Beziehung (erweitert nach^[10,15,27,34,40,63])

Strategien

Bestätigung der Glaubhaftigkeit der Beschwerden: diese sind weder eingebildet noch werden sie absichtlich vorgetäuscht

Respekt und Bemühen um Offenheit; Empathie und Wertschätzung gegenüber dem Patienten

Sachlichkeit; Vermeidung emotionaler Reaktionen

Eigene Erwartungen realistischer gestalten

Einsatz bewährter Kommunikationstechniken:

- » geduldiges, nicht wertendes Zuhören
- » Schaffen eines klaren zeitlichen und strukturierten Rahmens für die Konsultation
- » Direktheit; Vermeiden missverständlicher Aussagen
- » Einsetzen von Humor als Mittel im Gespräch
- » gezielte Exploration der subjektiven Krankheitskonzepte (Krankheitstheorien); Ursachenüberzeugungen und Wünsche des Patienten
- » Einbezug des Patienten in die Entscheidungsprozesse (partizipatorische Entscheidungsfindung)

Atmosphären- bzw. situationsspezifische Strategie der vagen Rückmeldungen ohne Begründungen ^[40], wie

- » „Offenkundig kommen wir an diesem Punkt nicht weiter.“
- » „Ich merke, dass ich nicht weiß, wie ich Ihnen jetzt an dieser Stelle weiterhelfen kann.“

Beziehung persönlicher gestalten durch Selbstoffenbarung, z. B. „Danke, dass Sie mir das so deutlich sagen.“ ^[41]

Grenzen setzen und weitere Hilfe mobilisieren:

- » Schwierigkeiten ansprechen; Konfrontation des Patienten mit unangemessenem Verhalten
- » Überweisung des Patienten
- » In aussichtslosen Fällen: kollegialen Rat einholen; (Zahn-)Arztwechsel empfehlen

Vermeidung des Heranziehens von Bagatell- und Zufallsbefunden als Erklärung für die Beschwerden

Vermeidung unnötiger und redundanter Untersuchungen

Verzicht auf nicht indizierte Therapien

Aktuelle, vertrauenswürdige und bei Nachfragen belastbare Aufklärung ^[1]

Berücksichtigung aktueller Handlungsempfehlungen (Leitlinien etc.)

Tabelle 3: Einige Strategien für den Umgang mit als schwierig erlebten Patienten (in Anlehnung an ^[7,10,40])

störungen dazu neigen, CMD/MAP- und OFS-Patienten als „psychosomatisch“, „psychisch überlagert“ oder gar „psychisch alteriert“ zu bezeichnen. Eine solche Ad-hoc-Einschätzung offenbart nicht nur mangelnde Fachkenntnis, sondern verstößt darüber hinaus gegen grundlegende ethisch-moralische Prinzipien der (zahn-)ärztlichen Profession ^[vgl.17,44]. Die überwältigende Mehrheit der Patienten ist nicht „schwieriger“ als Personen, die zum Zwecke des Erhalts, des Ersatzes oder der Stellungsänderung von Zähnen behandelt werden möchten. Wenn pauschal ein verbaler Abschied in eine „Psycho-Ecke“ erfolgt, liegt die „Schwierigkeit“ – oder treffender: das Problem – auf Seiten des Zahnarztes. Man muss sich als Behandler seiner fachlichen Grenzen bewusst sein und sich über Sachverhalte aus Gebieten außerhalb seiner erworbenen Expertise mit gebotener Vorsicht äußern. Eine besondere Herausforderung stellen

Patienten mit persistierenden bzw. chronischen OFS jenseits gewöhnlicher Zahnschmerzen dar, insbesondere dann, wenn die Schmerzen nicht durch strukturelle Läsionen nachweis- und erklärbar sind, so wie dies sonst in der Zahnmedizin fast regelhaft der Fall ist.

Mit einem Leidensgefühl und funktionellen Beeinträchtigungen einhergehende unspezifische Beschwerden kommen in der Medizin relativ häufig vor (z. B. Globussyndrom; chronisches Erschöpfungssyndrom) ^[57] und werden gesamthaft als „funktionelle Körperbeschwerden“ bezeichnet ^[51]. Bei vorhandenen syndromal ausgeprägten Schmerzen (z. B. Fibromyalgie-Syndrom; Reizdarm-Syndrom) spricht man von „syndromalen schmerzdominanten funktionellen Körperbeschwerden“ oder „funktionellen somatischen Schmerzsyndromen“ ^[21,24]. Darunter fallen auch

Anbieter Fortbildung	Fortbildung
Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe	Curriculum Funktion und Schmerz [URL: https://www.za-karlsruhe.de/de/akademie/fortbildungsangebot/curriculum.html?curriculum=Funktion_und_Schmerz_2021.html]
Akademie Praxis und Wissenschaft	Curriculum Bruxismus [URL: https://www.apw.de/iw/curricula/curriculum-bruxismus]
Akademie Praxis und Wissenschaft/Deutsche Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und Therapie	Curriculum Funktion, Dysfunktion, CMD und Schmerz [URL: https://www.apw.de/curricula/curriculum-funktionsdiagnostik-und-therapie]
Akademie Praxis und Wissenschaft	Curriculum Psychosomatische Grundkompetenz [URL: https://www.apw.de/curricula/curriculum-psychosomatische-grundkompetenz]
Universität Greifswald	Masterstudiengang Zahnmedizinische Funktionsanalyse und -therapie [URL: http://www2.medizin.uni-greifswald.de/dental/master/index.php?id=451]
Fachgesellschaft	Arbeitskreis
Deutsche Schmerzgesellschaft	Interdisziplinärer Arbeitskreis für Mund- und Gesichtsschmerzen [URL: https://www.schmerzgesellschaft.de/topnavi/die-gesellschaft/arbeitskreise/mund-und-gesichtsschmerzen]
Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	Arbeitskreis für Psychologie und Psychosomatik in der DGZMK [URL: https://www.akpp-online.de/]

Tabelle 4: Fortbildungsmöglichkeiten sowie Arbeitskreise auf den Gebieten Funktionsstörungen, orofazialer Schmerz und Psychosomatik in Deutschland (Tab. 1–4: J. C. Türp)

Patienten mit chronischen CMD/MAP^[21]. Beim Kontakt mit diesen Patienten ist der Zahnarzt bisweilen Situationen ausgesetzt, wie sie aus der Medizin bekannt sind. So hat man es beispielsweise mit Patienten zu tun,

- » die bei der Erstkonsultation mit Ordnern (fat folder)^[16,32], gefüllt mit schriftlichen Dokumenten (Befundberichte, Ergebnisse aus bildgebenden Untersuchungen, Schriftwechsel mit Kostenerstatern etc.), erscheinen;
- » die zu ihren Terminen gerne mit (meist kleinen) Zetteln erscheinen^[42], auf denen sie akribisch neue Fragen zu ihrem Beschwerdebild notiert haben, die es zunächst einmal geduldig abzuarbeiten gilt (la maladie du petit papier)^[5,49];
- » deren (zahn-)ärztliche Dokumentation überproportional ausführlich ist – und die Patientenakte entsprechend dick (thick-file case)^[14].

Zusammenkünfte in dieser ausgeprägten Form

sind jedoch selbst in universitären Abteilungen oder Spezialsprechstunden, in denen sich ausschließlich funktionsgestörten Patienten gewidmet wird, die Ausnahme.

Niedergelassene Kollegen sollten sich daher frühzeitig entscheiden, wie sie mit solchen Patienten umgehen möchten. Im Falle einer fachlichen Überforderung ist eine frühzeitige Überweisung an geeignete Einrichtungen an Universitätszahnkliniken oder an spezialisierte Kollegen empfehlenswert. Allerdings ist es je nach Wohnort nicht einfach, eine kompetente Anlaufstelle zu finden. Dies trifft selbst auf universitäre Standorte zu. Die Funktionsstörungen sind kein Gebiet, an dem übermäßig viele Zahnärzte Interesse zeigen. Dies reflektiert sich auch in der universitären Lehre. So ergab eine vor rund 10 Jahren durchgeführte Erhebung von Hugger et al.^[29], dass an nur 2 von

30 zahnmedizinischen Universitätsstandorten in Deutschland das Thema CMD in einer eigenen Veranstaltungsreihe unterrichtet wird. An dieser Situation hat sich bis heute nichts Wesentliches geändert.

Angesicht der Tatsache, dass

- » sich das Gebiet „Funktionsstörungen/OFS“ thematisch von den anderen zahnmedizinischen Fachgebieten fundamental unterscheidet^[56];
- » dieses Gebiet offensichtlich nicht in ausreichendem Maße in die zahnärztliche Ausbildung eingebunden ist^[29];
- » die Zahl neuer wissenschaftlicher Belege^[66] jährlich in Form qualitativ hochstehender Fachartikel, die zum Beispiel über Ergebnisse aus randomisierten kontrollierten Studien^[65] berichten, zunimmt^[30];
- » der Erwerb profunder Fachkenntnis nur möglich ist durch
 - a. eine fundierte Aus- und Weiterbildung,
 - b. zeitnahes Lesen relevanter Fachliteratur^[60],
 - c. den regelmäßigen Besuch qualitativ hochwertiger Fortbildungsveranstaltungen und
 - d. regelmäßige (tägliche) Kontakte mit betroffenen Patienten über viele Jahre hinweg²,

ist zu folgern, dass ein großer Teil der als „schwierig“ charakterisierten CMD/MAP/OFS-Patienten deshalb so tituliert wird, weil es auf Behandlerseite häufig an entsprechender Expertise mangelt^[56] und die Patienten nicht angemessen diagnostiziert und behandelt werden. Diese Sicht wird durch Daten von Kreyer^[36] bestätigt: Ein wesentlicher Grund der Angst eines Zahnarztes vor einem als „schwierig“ eingeschätzten Patienten liegt demnach in einer als mangelhaft wahrgenommenen eigenen Fachkompetenz. Beschränkte Kenntnisse auf dem Gebiet der Funktionsstörungen geben viele Kollegen im persönlichen Gespräch auch unumwunden zu. Man kann nicht für alle Arten von Beschwerden im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich ein ausreichendes Maß an Kompetenz besitzen. Vorwiegend handwerklich und

klinisch-operativ orientierte Zahnärzte sind aber keine empfehlenswerte Adresse für diese Patienten^[50].

Eine Lege-artis-Durchführung der Befunderhebung bei Patienten mit Funktionsstörungen und/oder OFS wird erschwert durch abrechnungsbedingte Einschränkungen, insbesondere hinsichtlich des teilweise erheblichen Zeitbedarfs einer ausführlichen Anamnese. Die mangelnde Honorierung der Erhebung der individuellen Patientengeschichte ist weltweit ein gravierendes Problem, das den Patienten zum Nachteil gereicht. Eine löbliche Ausnahme findet sich in der Tarifordnung der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft (SSO): Sie erlaubt eine Honorierung der MAP-Anamnese im Fünf-Minuten-Takt. Nur auf diese Weise ist sichergestellt, dass die Patienten in ausreichendem Maße zu Wort kommen. Dabei fällt der Anamnese sowohl in der Allgemeinmedizin^[19] als auch in der Schmerzmedizin^[48] eine Schlüsselfunktion zu bei der Beurteilung eines klinischen Falls.

Die Kombination aus

- » unzulänglicher Aus-, Weiter- bzw. Fortbildung,
 - » unvollständigen anamnestischen Patientinformationen und
 - » möglichen kommunikativen Defiziten
- macht komplexe Fälle nicht nur „schwierig“ und „problematisch“, sondern führt zwangsläufig zu einem Misserfolg (selbst wenn man diesen als Behandler nicht immer erkennt).³

6. Diskussion

Dem Etikett „Problempatient“ mag für manchen Zahnarzt die Funktion einer „Entlastung“ zukommen, indem er sich dadurch eines Teils seiner Verantwortung entziehen zu können glaubt. Mit einer solchen Strategie beraubt sich der Behandler aber eines der kostbarsten Güter, welche ihm

² Der kanadische Arzt Sir William Osler (1849-1919) bemerkte: „To study the phenomena of disease without books is to sail an uncharted sea, while to study books without patients is not to go to sea at all.“ (Die Phänomene der Krankheit ohne Bücher zu studieren, bedeutet, ein unbekanntes Meer zu befahren, während das Studium von Büchern ohne Patienten bedeutet, überhaupt nicht zur See zu fahren.)^[2]

³ Entsprechende postgraduale Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten sind in Tabelle 4 zusammengefasst

im Umgang mit Patienten zur Verfügung stehen: Vertrauen, das – wie der Freiburger Medizinethiker Giovanni Maio anmerkte – „Bindemittel“ in der Zahnarzt-Patienten-Beziehung: „Die Notwendigkeit des Vertrauens tritt [...] dort auf den Plan, wo der Patient gar nicht mehr beurteilen kann, ob das, was der Arzt empfiehlt, tatsächlich ein guter Rat ist oder nicht.“^[45]

Seit Jahren zeigen repräsentative Befragungen in Deutschland, dass nach den Feuerwehrleuten (2019: zu 94 %) die Berufsgruppe der Ärzte (2019: zu 87 %) das höchste Ansehen in der Bevölkerung genießt^[6]. Dies zeigt: Zahnarzt zu sein bedeutet, einem Vertrauensberuf nachzugehen^[45]. Dieser Vertrauensvorsprung darf nicht durch unprofessionelles – unwissenschaftliches und/oder unethisches – Handeln gefährdet werden. Dies kann allein schon dadurch geschehen, dass man in kritischen Situationen, die aus dem Rahmen des für den Behandler Üblichen fallen, Begriffe wie „Problempatient“ verwendet. Boland^[3] rät: „Bevor wir einen Patienten als Problem brandmarken, sollten wir uns selbst und unsere Reaktionen auf den Patienten analysieren und überlegen, warum wir diese Reaktion haben.“ Bei der Charakterisierung von Personen als „schwierige Patienten“ handelt es sich um eine Interpretation, die in einem Teil der Fälle eine Fehlbeschreibung darstellt und fachliche sowie kommunikative zahnärztliche Defizite offenlegt. Es gibt auch „schwierige“ (Zahn-)Ärzte^[31].

7. Fazit

Den aktuellen Stand in seinem Fach- bzw. Spezialisierungsgebiet und zugleich die Grenzen seiner fachlichen und kommunikativen Kompetenz zu kennen, ist eine Eigenschaft, die einen professionell agierenden und eine „gute Zahnmedizin“^[20] praktizierenden Zahnarzt auszeichnet. Selbstüberschätzung ist eine der größten Gefahren für beruflichen Misserfolg und ein Risikofaktor für die Schaffung „schwieriger“ Patienten.

Interessenkonflikte

Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt im Sinne der Richtlinien des International Committee of Medical Journal Editors besteht. ■

Das Literaturverzeichnis ist bei der Redaktion erhältlich.

Mit freundlicher Nachdruckgenehmigung des Deutschen Ärzteverlags, Erstveröffentlichung Dtsch Zahnärztl Z 2021; 76: 22–31

Kontakt zum Autor

Prof. Dr. Jens C. Türp
Universitäres Zentrum für Zahnmedizin Basel (UZB)
Klinik für Oral Health & Medicine
Mattenstrasse 40, CH-4058 Basel, Schweiz
jens.tuerp@unibas.ch



Prof. Dr. Jens C. Türp

Foto: Basilisk, Basel

IDZ-Studie zum Berufsbild: Was junge Zahnmediziner wollen

Niederlassung oder Anstellung. Voll- oder Teilzeit. Stadt oder Land. Zahnärztinnen und Zahnärzte haben vielfältige berufliche Optionen. Welche Ziele die junge Generation verfolgt, weiß eine neue Langzeit-Studie des IDZ.

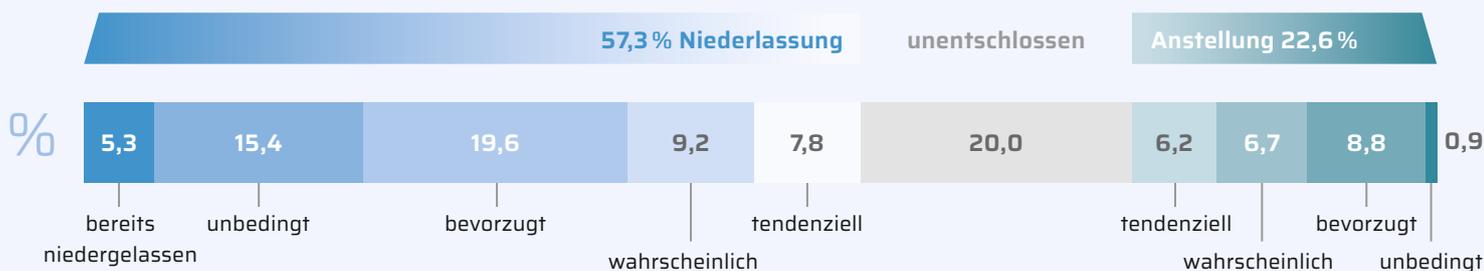
Text: Katrin Becker

Eine gute Botschaft: Nahezu 90 Prozent der jungen Zahnärztinnen und Zahnärzte kommen nach ihrem Studium auch in der Patientenversorgung an. Nur ein Bruchteil sucht sich Betätigungsfelder abseits der erlernten Profession. Zum Vergleich: Bei den berufstätigen Humanmedizinern sind lediglich 70 Prozent ärztlich tätig. Das ist ein Ergebnis der Berufsbild-Studie des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ). Über mehrere Jahre hinweg befragte das IDZ wiederholt junge Zahnärztinnen und Zahnärzte der „Generation Y“ (ab dem Jahr 1980 Geborene) zu ihren beruflichen Wünschen, Zielen und Erfahrungen. Die erste Befragung in den Jahren 2014 und 2015 richtete sich zunächst an Studierende. Zwei Jahre später, als sie sich größtenteils in der Assistenzzeit befanden, wurden sie erneut befragt. Die abschließende dritte Befragung wurde 2019 durchgeführt; zu diesem Zeitpunkt waren die an der Studie Teilnehmenden mehrheitlich im Angestelltenverhältnis.

Häufig auf dem Wunschzettel: die Niederlassung

Die Niederlassung in eigener Praxis streben weiterhin viele Zahnmediziner an. Zum Zeitpunkt der letzten Befragung im Jahr 2019 war dies für mehr als die Hälfte (57 Prozent) das berufliche Ziel, ein knappes Viertel (23 Prozent) bevorzugte die Anstellung, das übrige Fünftel (20 Prozent) war unentschlossen (Abb. 1). Den Wunsch, ihr eigener Chef zu sein, entwickeln eher Männer als Frauen: Während jeder dritte Zahnarzt eine Niederlassung anpeilt, plant dies nur etwa jede zehnte Zahnärztin. Die Aussagen der Befragten könnten, so die Studienautoren, ein Indiz dafür sein, dass sich die Anzahl Niedergelassener bundesweit weiter reduzieren wird. Zum Zeitpunkt der Befragung waren noch 67,3 Prozent aller Zahnärztinnen und Zahnärzte in eigener Praxis niedergelassen. Dabei unterstellen sie, dass ein passives Abwarten des recht hohen Anteils der „Unentschlossenen“ die Zahl der Angestellten weiter erhöhen könnte. Diese hätten keinen Druck, sich nach ihrer Assistenzzeit aktiv für oder gegen eine Niederlassung zu entscheiden, sondern sie könnten zunächst als angestellt tätige Zahnmediziner ihre berufliche Zukunft planen.

Abb. 1: Gewünschte Form der Berufsausübung



Quelle: Dr. Nele Kettler: Junge Zahnärztinnen und -ärzte. Berufsbild - Patientenversorgung - Standespolitik. Hrsg.: Institut der Deutschen Zahnärzte, Köln 2021, Seite 113.

Die befragten Zahnärztinnen und Zahnärzte, die eine Anstellung ins Auge fassen, können sich eher eine Teilzeittätigkeit vorstellen als diejenigen, die in die Niederlassung gehen möchten (31,4 Prozent vs. 14,4 Prozent). Der Wunsch, die Arbeitszeit zu reduzieren, ist bei Zahnärztinnen sowie bei Befragten mit Kindern oder Kinderwunsch stärker ausgeprägt. Vor allem die jungen Zahnärztinnen gaben an, dass sich in Teilzeit die Familie und der Beruf besser miteinander vereinbaren ließen.

Mehr Teamplayer als Einzelkämpfer

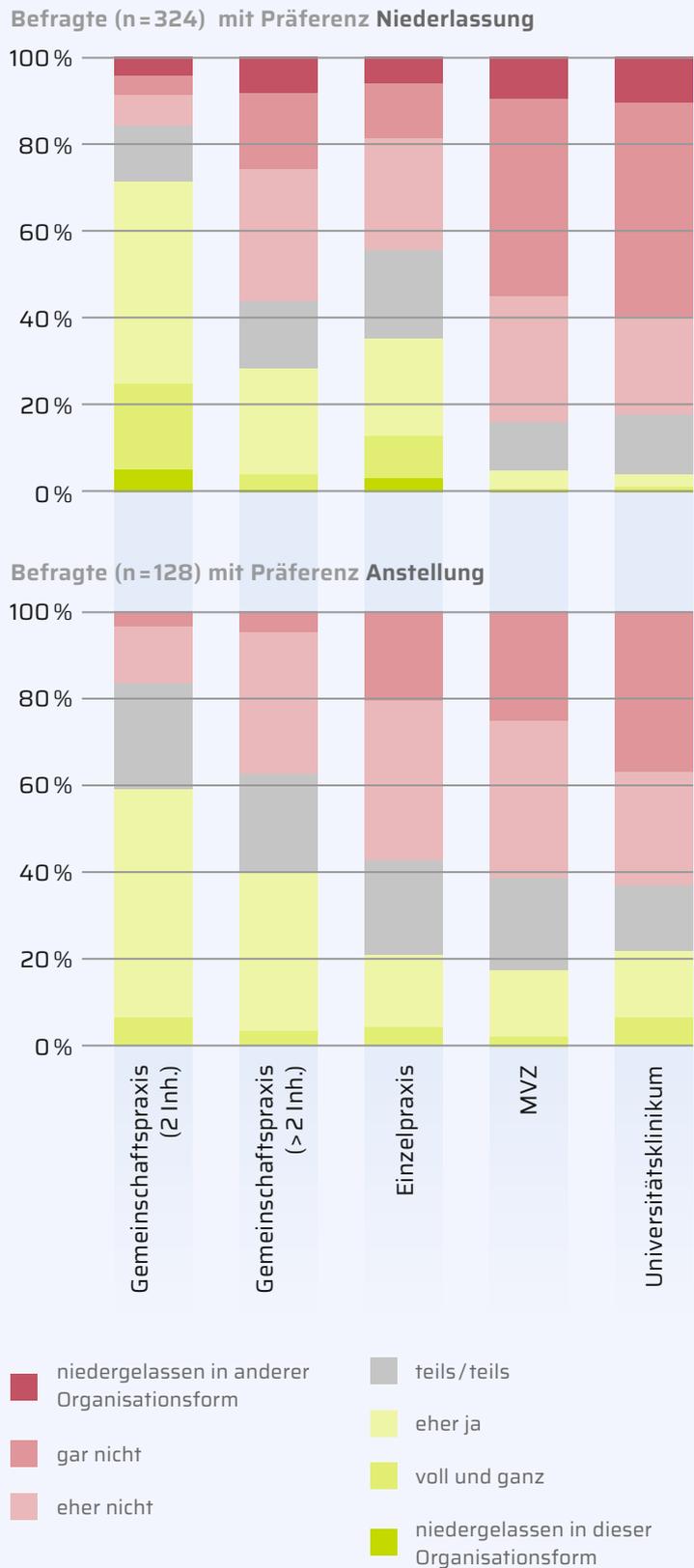
Viele Befragte sehen ihre berufliche Zukunft zudem in gemeinschaftlichen Praxisformen. Die Tendenz geht aber nicht zu Großpraxen, sondern eher zu kleineren, überschaubaren Einheiten. Hoch im Kurs steht die klassische Gemeinschaftspraxis mit zwei Inhabern – sowohl bei den Zahnärztinnen und Zahnärzten, die zur Niederlassung tendieren, als auch bei denjenigen, für die ein Angestelltenverhältnis attraktiv erscheint. Insbesondere bei den Niederlassungswilligen sind Großeinheiten wie Medizinische Versorgungszentren und Universitätskliniken weniger gefragt.

Der Heimat verbunden

Ein weiteres Ergebnis der Untersuchung: Grundsätzlich zieht es junge Zahnärztinnen und Zahnärzte in den Süden oder Westen Deutschlands. Bayern, Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen nannten die Studienteilnehmer als die favorisierten Regionen für eine spätere Beschäftigung. Kleinere und ländlich geprägte Regionen, darunter Rheinland-Pfalz, gaben sie seltener als mögliche Option an. Zudem geben sie kleineren Großstädten und Mittelstädten den Vorzug vor ländlichen Gemeinden und Kleinstädten. Darüber hinaus sind viele junge Zahnärztinnen und Zahnärzte verbunden mit ihrer Heimat und möchten dort ihre berufliche Existenz aufbauen. Noch größer ist die Verbundenheit mit der KZV oder Kammer, deren Mitglied sie in der Vergangenheit oder zum Zeitpunkt der Befragung waren. Nur jeder Fünfte kann sich einen Wechsel für eine zukünftige Tätigkeit vorstellen – und wenn, dann in der Regel in einem benachbarten KZV- bzw. Kammerbereich.

Die Studie wurde von Dr. Nele Kettler, Referatsleiterin für Zahnärztliche Professionsforschung am IDZ, geleitet. Die Ergebnisse liegen nun als Buchpublikation mit dem Titel „Junge Zahnärztinnen und -ärzte. Berufsbild – Patientenversorgung –

Abb. 2: Präferierte Praxisform



Standespolitik“ vor. Die Veröffentlichung legt den Schwerpunkt sowohl auf Fortschreibungen bisheriger Berufsbilder als auch auf den Wandel durch künftig veränderte Versorgungsstrukturen. Sie fasst die Ergebnisse mehrerer Befragungen und Analysen in Schlussfolgerungen und Empfehlungen zusammen. Die Publikation kann über den Deutschen Ärzteverlag bestellt werden. ■

Fortbildung der KZV Rheinland-Pfalz: Einsteigerkurse „Zahnersatz/Fest- zuschüsse“

Der Einsteigerkurs „Zahnersatz/Festzuschüsse“ ist wieder da – auf vielfachen Wunsch in zwei aufeinander aufbauenden Teilen.

Der Kurs richtet sich an Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die mit den Zahnersatz-Positionen aus dem BEMA vertraut sind. Schritt für Schritt erlernen Sie die Abrechnung der Festzuschüsse von Anfang an und erlangen Kenntnisse der Richtlinien.

Inhalte Kursteil 1

- » Befundbezogene Festzuschüsse für gesetzlich Versicherte
- » Leistungsanspruch und Festsetzung der Regelversorgung
- » Festzuschuss- und Zahnersatzrichtlinien
- » **Befundklassen 1 bis 5**
- » Abrechnung von Begleitleistungen
- » Fallbeispiele

Inhalte Kursteil 2

- » Befundbezogene Festzuschüsse für gesetzlich Versicherte
- » Leistungsanspruch und Festsetzung der Regelversorgung
- » Festzuschuss- und Zahnersatzrichtlinien
- » **Befundklassen 6 bis 8 (Grundkenntnisse)**
- » Fallbeispiele

Beide Kursteile bauen inhaltlich aufeinander auf und können nur zusammen gebucht werden.

Kursnummer: **5-2021**

Referentinnen: **Sabrina Gessner (ZFA)**

Suzi Paula de Jesus Rodrigues (ZMF/ZMV)

Geschäftsbereich Abrechnung der KZV Rheinland-Pfalz

Termine:

Kursteil 1: Mittwoch, 10. November 2021, 13:30 – 17:00 Uhr

Kursteil 2: Freitag, 12. November 2021, 13:30 – 17:00 Uhr

Zielgruppe: **Zahnärzte/Zahnärztinnen und Praxispersonal**

Fortbildungspunkte: **3 Punkte je Kurs für Zahnärztinnen/
Zahnärzte**

Gebühr: **50 EUR**

Teilnahmevoraussetzungen: Die Fortbildung wird als Online-Seminar mit der Videokonferenztechnik von Lifesize durchgeführt. Ein Programm hierfür ist nicht zu installieren. Für die Teilnahme wird eine stabile Internetverbindung und ein maximal fünf Jahre altes internetfähiges Endgerät (PC, Laptop, Tablet) mit Lautsprecher/Kopfhörer/Headset und Kamera benötigt. Für eine reibungslose Übertragung empfehlen wir die Browser Chrome oder Edge. Die Zugangsdaten zur Online-Sitzung erhalten Sie etwa zwei Tage vor der Veranstaltung per E-Mail.

Anmeldung: Die Anmeldung zum Seminar erfolgt über unser Fortbildungsportal unter www.kzvrlp.de – Webcode 0111. Die Teilnehmerzahl ist begrenzt. Es können daher maximal zwei Personen je Praxis teilnehmen. Die Anmeldungen werden in der Reihenfolge ihres Eingangs berücksichtigt. ■



Fortbildung der KZV Rheinland-Pfalz: TI kompakt für die Zahnarztpraxis

Die Bundespolitik treibt den Ausbau der Telematikinfrastruktur (TI) rasend schnell voran. Neue Anwendungen wie die elektronische Patientenakte, die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung oder das elektronische Rezept werden derzeit eng getaktet eingeführt. Dies erfordert mitunter Anpassungen in Ihrer Praxis-IT. Im Online-Seminar „TI kompakt für die Zahnarztpraxis“ möchten wir Sie auf den neuesten Stand bringen und bei der Einführung der neuen Funktionen unterstützen. Hierbei bleibt genügend Raum für Ihre Fragen.

Folgende Aspekte sollen berücksichtigt werden:

- » Welche Anwendungen sind jetzt oder in Kürze verfügbar?
- » Welche Komponenten werden benötigt?
- » Wie erhalte ich die finanzielle Förderung für meine Investitionen in die TI?

Wir weisen vorsorglich darauf hin, dass Fragen zur Installation der TI-Komponenten sowie die Integration der Anwendungen in Ihre Praxisinfrastruktur in diesem Seminar nicht beantwortet werden. Zu sehr unterscheiden sich die IT-Sys-

teme der Praxen voneinander. Bitte kontaktieren Sie hierfür Ihren IT-Dienstleister.

Kursnummer: **6-2021**

Referent: **Marcus Koller, Stefan Roth, KZV Rheinland-Pfalz**

Termine: **Mittwoch, 08. Dezember 2021, 15:00 - 17:00 Uhr**

Mittwoch, 26. Januar 2022, 15:00 - 17:00 Uhr

Fortbildungspunkte: **2**

Zielgruppe: **Zahnärztinnen/Zahnärzte**

Gebühr: **kostenfrei**

Teilnahmevoraussetzungen: Die Fortbildung wird als Online-Seminar mit der Videokonferenztechnik von Lifesize durchgeführt. Ein Programm hierfür ist nicht zu installieren. Für die Teilnahme wird eine stabile Internetverbindung und ein maximal fünf Jahre altes internetfähiges Endgerät (PC, Laptop, Tablet) mit Lautsprecher, Kopfhörer oder Headset benötigt. Für eine reibungslose Übertragung empfehlen wir die Browser Chrome oder Edge. Die Zugangsdaten zur Online-Sitzung erhalten Sie etwa zwei Tage vor der Veranstaltung per E-Mail.

Anmeldung: Die Anmeldung zum Seminar erfolgt über unser Fortbildungsportal unter www.kzvrlp.de - Webcode 0111. ■

Zähneputzen in Kitas? Aber sicher!

Hygieneexperten haben ihre Empfehlung zum Zähneputzen in Kitas und Schulen aktualisiert. Ihr Appell: Trotz Corona-Pandemie ist das Zähneputzen unbedenklich möglich.

Text: Hannah Müller

Das Zähneputzen genauso wichtig ist wie Händewaschen, das weiß jedes Kind. Oder? Auch und gerade in Zeiten der Pandemie sollte die Antwort auf diese Frage ein eindeutiges „Ja!“ sein. Um das Zähneputzen in Gemeinschaftseinrichtungen wie Kitas und Schulen weiterhin sicher zu gewährleisten, liegt jetzt eine aktualisierte Checkliste mit Hygienemaßnahmen vor. Auch in der Gruppenprophylaxe Tätige können so in den Einrichtungen wieder ohne Bedenken aktiv werden. Grundvoraussetzung für das Zähneputzen in Kitas und Schulen ist demnach ein

aktuelles Hygienekonzept der Einrichtung, nach dessen Vorgaben das tägliche Zähneputzen durchgeführt wird. Zudem wird eine Bezugsperson als Verantwortliche bestimmt. Alle Kinder sollten nach eigenem Vermögen selbstständig putzen und beim Zähneputzen nicht körperlich unterstützt werden.

Die Hygieneempfehlungen wurden vom Institut für Hygiene und Öffentliche Gesundheit am Universitätsklinikum Bonn, dem Bundesverband der Zahnärztinnen und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege entwickelt und stehen auf deren jeweiliger Website als PDF zum Download zur Verfügung. ■

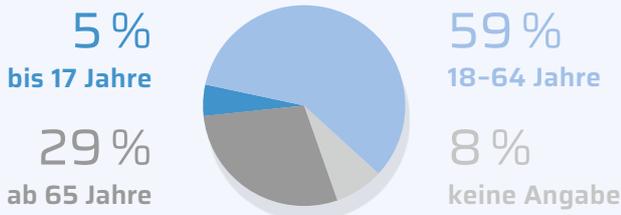
Zahnärztliches Patiententelefon: Kompetente Hilfe für Ratsuchende

Ob Fragen zu Zahnersatz, zu Heil- und Kostenplänen oder zum Bonusheft – das Patiententelefon der zahnärztlichen Organisationen in Rheinland-Pfalz hilft Ratsuchenden schnell und kompetent weiter. Im vergangenen Jahr wurde in 780 Gesprächen individuelle Hilfe bei Fragen zur zahnärztlichen Versorgung geleistet.

Text: Hannah Müller

Demografische Merkmale der Ratsuchenden

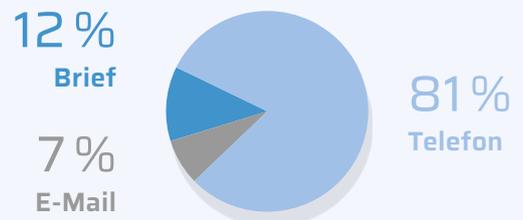
Altersgruppe



Geschlecht



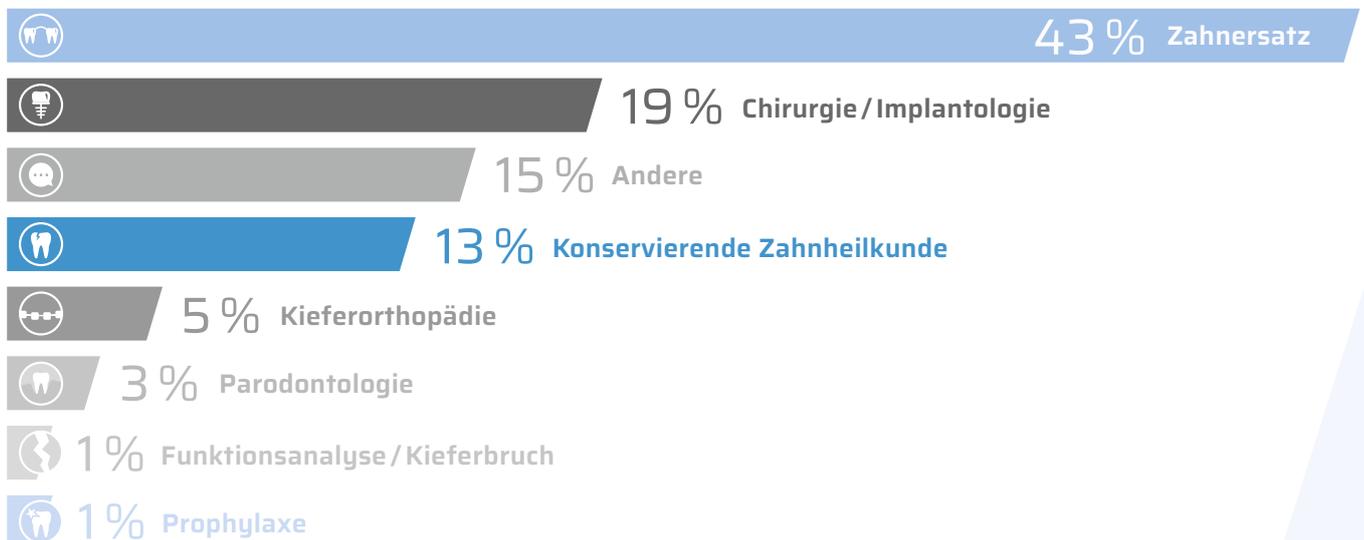
Form des Kontakts



780

Gespräche insgesamt
(erfasster Zeitraum Januar
bis September)

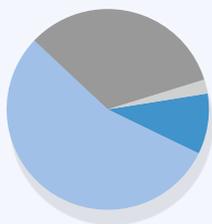
Anliegen der Ratsuchenden nach Leistungsbereichen



Anlässe der Gespräche

33 %

Service-/Verbraucherinformationen
(Praxisadressen / Bonusheft)



2 %

Zahnmedizinische
Verfahren / Maßnahmen

10 %

Allgemeine grundlegende
gesundheitlich-medizinische
Informationen

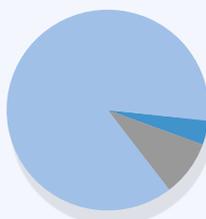
55 %

Kosten / Rechtsthemen
(Prüfung von Geldforderungen / Gutachten /
Patientenrechte / Berufspflichten)

Ergebnis der Gespräche

88 %

Unmittelbare Klärung des Anliegens
durch Wissensvermittlung

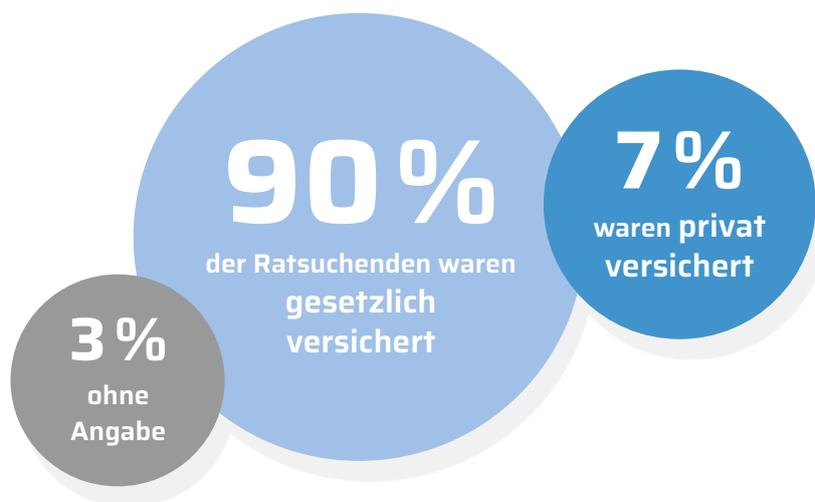


4 %

Klärung erforderte
zusätzliche Unterstützung

9 %

Unterstützung seitens Dritter
(Kammer, KZV, Zahnarzt, Krankenkasse)



Hintergrund

Das Patiententelefon richtet sich an gesetzlich und privat versicherte Patienten. Das Angebot ist kostenfrei und umfasst alle Aspekte rund um Zähne und die zahnärztliche Versorgung, zum Beispiel allgemeine Informationen zu Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie zu Heil- und Kostenplänen. Informiert wird ferner zu Kosten und Gebühren sowie zur Kostenübernahme durch die Krankenkassen und zu zahnärztli-

chen Rechnungen. Ratsuchende finden dort auch einen Ansprechpartner bei Problemen mit einer zahnärztlichen Behandlung. Die Auskünfte der Informationsstelle sind neutral, unabhängig und vertraulich. Das Patiententelefon wird gemeinsam von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung sowie der Landes Zahnärztekammer und den Bezirks Zahnärztekammern in Rheinland-Pfalz betrieben. Erreichbar ist es unter der Rufnummer 06131/8927-29040, montags bis donnerstags von 10:00 bis 12:00 Uhr und 14:00 bis 15:30 Uhr, oder auch per E-Mail: patienteninformationsstelle@kzvrlp.de. Weitere Informationen unter www.zahnarzt-patiententelefon-rlp.info.

Künstlersozialabgabe betrifft auch Zahnarztpraxen

Ein selbstständiger Webdesigner gestaltet Ihren Internetauftritt? Oder eine freischaffende Grafikerin entwirft Ihre neue Praxisbroschüre? Dann aufgepasst: Für selbstständige Kreative müssen Sie Abgaben in die Künstlersozialversicherung zahlen.

Text: Katrin Becker

Die Künstlersozialversicherung soll freischaffende Kreative sozial absichern und ihnen den Schutz bieten, den angestellte Arbeitnehmer über die Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung erhalten. Anders als andere Selbstständige zahlen Mitglieder der Künstlersozialkasse allerdings nur die Hälfte ihrer Versicherungsbeiträge selbst. Die andere Hälfte trägt die Künstlersozialversicherung. Diese speist sich aus einem Bundeszuschuss (20 Prozent) und der so genannten Künstlersozialabgabe (30 Prozent).

Die Künstlersozialabgabe müssen die Unternehmen leisten, die künstlerische und publizistische Leistungen von freischaffenden Künstlern und Selbstständigen in kreativen Berufen in Anspruch nehmen und verwerten. Klassische Verwerter sind etwa Rundfunk- und Fernsehanstalten, Verlage, Galerien und Museen. Dass auch sie abgabepflichtig sind, ist vielen Zahnärztinnen und Zahnärzten allerdings nicht bewusst. Denn die Sozialabgabe ist nicht nur bei klassischen Künstlern wie Musikerinnen oder Schauspielern fällig, sondern auch bei selbstständigen Dienstleistern aus Werbung und Öffentlichkeitsarbeit. Dazu gehören Webdesigner oder Grafikerinnen, Fotografen oder Journalistinnen und Texter. Auch Alleinunterhalter und Clowns zählen im Sinne der Künstlersozialversicherung als Künstler. Engagiert ein Zahnarzt beispielsweise eine freischaffende Grafikerin für das Design der Praxiswebseite, kann die Künstlersozialabgabe anfallen.



Künstlersozialabgabe: Bei welchen selbstständig erbrachten Dienstleistungen wird sie fällig?

- » Design von Praxislogo und -schildern
- » Aufbau und Pflege der Praxisinternetseite
- » Gestaltung von Briefbogen, Informationsbroschüren, Newslettern etc.
- » Gestaltung von Werbeanzeigen und Plakaten
- » Text für Pressemeldungen und Informationsbroschüren
- » Fotos für Internetseiten, Informationsbroschüren etc.
- » Auftritt eines Clowns, Jongleurs usw. bei einem Tag der offenen Tür, bei Festen und Ausstellungen etc.

Gelegentliche Auftragserteilung

Abgabepflichtig sind also Zahnarztpraxen, die unabhängig von ihrem eigentlichen Zweck – der zahnmedizinischen Behandlung von Patienten – Werbung in eigener Sache machen. Voraussetzung ist, dass sie Selbstständigen nicht nur gelegentlich Aufträge erteilen. Doch was bedeutet



© Andrey Popov - stock.adobe.com

„nicht nur gelegentlich“? Wenn die Summe der Entgelte aller erteilten Aufträge 450 EUR im Kalenderjahr übersteigt, dann entsteht eine Abgabepflicht. Bei einem geringeren Auftragsvolumen muss demnach keine Abgabe gezahlt werden. Allerdings: Auch ein einmaliger Auftrag über 450 EUR ist abgabepflichtig.

Zudem gilt diese Regelung nur für Aufträge im Rahmen der Eigenwerbung bzw. Öffentlichkeitsarbeit (Internetseite, Flyer, Zeitungsannoncen etc.), nicht aber für Veranstaltungen. Abgabefrei sind bis zu drei öffentliche Veranstaltungen pro

Kalenderjahr – gleichgültig, ob die 450-EUR-Grenze überschritten wird. Erst wenn mehr als drei Veranstaltungen durchgeführt werden, müssen sämtliche Entgelte für alle Veranstaltungen gemeldet werden. Betriebsfeiern, zu denen nur Mitarbeitende mit Partnern eingeladen sind, werden hier nicht angerechnet.

Höhe der Abgabe

Die Höhe der Abgabe legt die Künstlersozialkasse jährlich neu fest. Für 2021 liegt sie, wie in den Jahren zuvor, bei 4,2 Prozent. Sie wird auf alle Netto-Entgelte (Gagen, Honorare, Lizenzen und Tantiemen samt Nebenkosten und Auslagen für Material oder Telefon) fällig, die die Zahnarztpraxis innerhalb eines Jahres an Künstler und Publizisten gezahlt hat und die über der Geringfügigkeitsgrenze von 450 EUR liegen. Zahlungen an juristische Personen und Kapitalgesellschaften, gesondert ausgewiesene Umsatzsteuer, steuerfreie Aufwandsentschädigungen wie Reise- und Bewirtungskosten unterliegen nicht der Abgabepflicht.

Wichtig: Die Abgabepflicht gilt auch, wenn der beauftragte Künstler selbst gar nicht über die Künstlersozialkasse versichert ist. Entscheidend ist ausschließlich der Leistungsgegenstand. Irrelevant

Die Abgabe wird fällig, wenn:

- » Aufträge regelmäßig erteilt werden,
- » entgeltliche Aufträge an selbstständige Künstler oder Publizisten erteilt werden, sofern sie einen jährlichen Gesamtbetrag von 450 EUR überschreiten oder
- » der Auftraggeber durch die Dienstleistung unmittelbar oder mittelbar Einnahmen erzielen will.



ist zudem, ob die Dienstleistung hauptberuflich bzw. erwerbsmäßig erbracht wird. Demnach können auch nebenberufliche Arbeiten etwa von Studenten unter die Abgabepflicht fallen. Zudem darf die Künstlersozialabgabe dem Dienstleister nicht in Rechnung gestellt werden.

Das Meldeverfahren

Ist eine Zahnarztpraxis abgabepflichtig oder vermutet sie, abgabepflichtig zu sein, muss sie von sich aus aktiv werden und das Meldeverfahren anstoßen („Erstanmeldung“). Das heißt, der Zahnarzt hat der Künstlersozialkasse unaufgefordert die Berechnungsgrundlagen für eine Abgabe zuzuleiten. Ein Formular ist bei der Künstlersozialkasse unter www.kuenstlersozialkasse.de abrufbar oder telefonisch, per Fax oder E-Mail anzufordern. Die Sozialkasse prüft daraufhin die Abgabepflicht. Sollte sie diese tatsächlich feststellen, erhält die Zahnarztpraxis einen Bescheid mit der Aufforderung, der Künstlersozialkasse alle meldepflichtigen Entgelte bis zum 31. März des Folgejahres mitzuteilen. In einem nächsten Schritt prüft die Kasse die konkrete Höhe der Abgabe und legt monatliche Vorauszahlungen für das laufende Kalenderjahr fest. Diese entsprechen einem Zwölftel des Vorjahresentgeltes. Mit der endgültigen Jahresabrechnung und Abgabe der Jahresmeldung werden Überzahlungen und Fehlbeträge, die sich eventuell durch die pauschalen Vorauszahlungen ergeben haben, ausgeglichen.

Die Zahnarztpraxis hat fortlaufend alle Zahlungen an kreative Dienstleister aufzuzeichnen und die Unterlagen mindestens fünf Jahre lang aufzubewahren, sodass Melde- und Abgabepflichten jederzeit geprüft werden können. Diese Prüfung obliegt der Deutschen Rentenversicherung Bund. Im Rahmen von Betriebsprüfungen nimmt sie Unternehmen, die abgabepflichtig sind oder die mehr als 19 Beschäftigte haben, mindestens

Meldung an die Künstlersozialkasse

Vordrucke und Meldebogen sowie die Möglichkeit zum Online-Meldeverfahren finden sich im Internet unter www.kuenstlersozialkasse.de.

alle vier Jahre unter die Lupe. Unternehmen mit unter 20 Beschäftigten hingegen werden beraten. Sie erhalten dazu mit der Prüfanfordern Hinweisse zur Künstlersozialversicherung und müssen schriftlich bestätigen, dass sie unterrichtet wurden und abgabepflichtige Sachverhalte melden werden. Bestätigt ein Unternehmen dies nicht, wird es unverzüglich geprüft. Zusätzlich hat die Künstlersozialkasse das Recht, in branchenspezifischen Schwerpunktprüfungen anlassbezogene Prüfungen vorzunehmen.

Kommt ein Unternehmen seiner Meldepflicht trotz Aufforderung nicht bzw. nicht rechtzeitig nach oder macht es unvollständige oder falsche Angaben, droht eine Schätzung nach branchenspezifischen Durchschnittswerten durch die Künstlersozialkasse. Zudem drohen Nachzahlungen – der Anspruch auf Zahlung der Künstlersozialabgabe verjährt erst nach fünf Jahren, sodass Gelder für die vergangenen fünf Jahre eingefordert werden können –, Säumniszuschläge und sogar Geldbußen von bis zu 50.000 EUR.

Jede Zahnarztpraxis sollte sich Klarheit darüber verschaffen, ob sie von den Regelungen der Künstlersozialversicherung betroffen ist und ob Auftragsarbeiten abgabepflichtig sind. Dieser Artikel soll und kann nur erste Hinweise geben; er erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Es empfiehlt sich immer das individuelle Gespräch mit dem Steuerberater. ■

Weitere Information

Die Künstlersozialkasse bietet unter www.kuenstlersozialkasse.de umfangreiche Informationen zur Künstlersozialabgabe an. Hinweise zur Abgabepflicht fasst auch die Deutsche Rentenversicherung unter www.deutsche-rentenversicherung.de zusammen.



Erste Auswertung des Patientenservice 116 117: Deutschland hat „Rücken“

Welche Beschwerden haben Patienten, die die „116 117“ anrufen? Eine Auswertung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) gibt erstmals Auskunft.

Text: Hannah Müller

Hierfür wurden die Daten von knapp einer Million Personen genutzt, die von Mai 2020 bis Mai 2021 die Servicenummer des ärztlichen Bereitschaftsdienstes 116 117 kontaktiert haben. Insgesamt verzeichnete das Institut 105 unterschiedliche Beschwerdebilder. Wie zu erwarten, spielten Informationen zu COVID-19 und damit einhergehende typische gesundheitliche Beschwerden mit rund 110.000 Anfragen eine große Rolle.

Über 850.000 Anrufende meldeten sich mit anderen Krankheitsbildern, am häufigsten wegen Rückenschmerzen (81.546) oder auch Bauchschmerzen (73.540). Übrige Beschwerdebilder

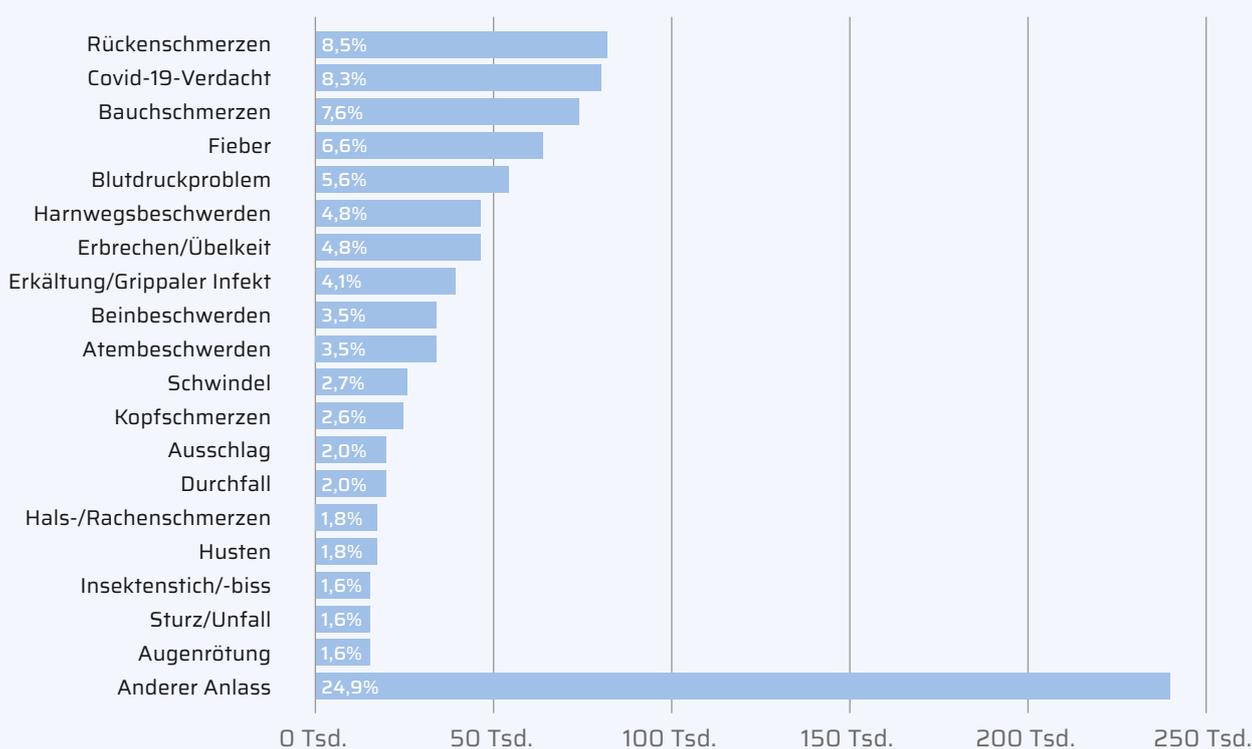
waren Blutdruckprobleme, Übelkeit und Durchfall.

Ersteinschätzung mit SmED

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz wurde im Mai 2019 festgelegt, dass die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen ab 2020 unter der Nummer 116 117 für Patienten rund um die Uhr erreichbar sein müssen. Das dort tätige medizinische Fachpersonal wird hierbei von der Software SmED (Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland) unterstützt. Sie hilft bei der Abfrage und Einschätzung von Symptomen – unter Berücksichtigung von allgemeinen und symptom-spezifischen Risikofaktoren wie Alter, Geschlecht und Begleitbeschwerden – sowie bei der Entscheidung, welches die passende Versorgungsebene für den Anrufenden ist: Arztpraxis, Bereitschaftsdienst oder Notaufnahme. ■

Fast 1 Million medizinische Ersteinschätzungen über die Rufnummer 116 117

Anzahl Behandlungsanlässe in Tsd. (Mai 2020 bis Mai 2021)



Datenbasis: SmED-Einsatz in den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen v.a. im Rahmen der 116 117.
Hinweis: Unter „anderer Anlass“ sind weitere 86 seltene Beschwerden subsumiert.
Quelle: Zi/www.zi.de/presse/grafik-des-monats



KZVRLP

KASSENZAHNÄRZTLICHE VEREINIGUNG
RHEINLAND-PFALZ

Offizielles Mitteilungsblatt und Rundschreiben der
Kassenzahnärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz