

KZVAKTUELL

MITTEILUNGSBLATT DER KASSENZAHNÄRZTLICHEN
VEREINIGUNG RHEINLAND-PFALZ

Fokus

Krankhafte Angstphänomene in der Zahnarztpraxis

Praxis

Statt mehr Geld:
Steuerfreie Vorteile für Mitarbeiter

Abrechnung

Patienten ohne eGK:
Was tun bei fehlendem Versicherungsnachweis?

Praxis

Migranten als Patienten:
Tipps für eine kultursensible Kommunikation



Position

- 3 Endlich Mehrwert

Abrechnung

- 4 Patienten ohne eGK: Was tun bei fehlendem Versicherungsnachweis?

Fortbildung

- 9 Aktuelle Fortbildung: Einsteigerkurse „Zahnersatz/Festzuschüsse“

Aktuell

- 10 AS-Akademie: Zwei Absolventen aus Rheinland-Pfalz
- 10 DGI: Günter Dhom ist Ehrenmitglied

Fokus

- 12 Fokus Phobie: Krankhafte Angstphänomene in der Zahnarztpraxis – Aspekte zu Intervention und Prävention (Teil 1)

Rundschreiben

Wichtige Informationen für Zahnärzte und Praxisteams

Fokus

- 15 Fokus Phobie: Krankhafte Angstphänomene in der Zahnarztpraxis – Aspekte zu Intervention und Prävention (Teil 1) (Fortsetzung)

Praxis

- 18 Statt mehr Geld: Steuerfreie Vorteile für Mitarbeiter
- 20 Steuerjahr 2020: Das ist neu für Arbeitgeber

Aktuell

- 21 Studienteilnehmer gesucht: Wie wirken Online-Bewertungen auf Zahnärzte?

Praxis

- 22 Migranten als Patienten: Was der Zahnarzt und sein Team wissen sollten

Aktuell

- 25 E-Health: Patienten offen für digitale Helfer
- 26 Patient Gesundheitssystem: Welche Diagnosen stellen Heilberufler?

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
Eppichmauergasse 1 · 55116 Mainz
T 06131-8927108 · F 06131-892729053
redaktion.kzvaktuell@kzvrlp.de

Redaktion

RA Joachim Stöbener (V. i. S. d. P.)
Dr. Stefan Hannen
Katrin Becker M. A.

Redaktionsassistentz

Stephanie Schweikhard
Alexandra Scheler

Grafik und Produktion

adhoc media gmbh
Obertal 24 d · 56077 Koblenz

Bildnachweis

Titelfoto: © studiostoks - stock.adobe.com

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 den Texten auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen überwiegend 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:
27.04.2020

Endlich Mehrwert

Nein, es ist nicht das Unwort des Jahres 2019 geworden, aber es hätte aus Sicht vieler Zahnärzte und Ärzte gewiss sehr gute Chancen gehabt: Telematikinfrastruktur (TI).

Die digitale Vernetzung von Patienten, Zahnärzten und Ärzten, Krankenhäusern, Apotheken und Krankenkassen über die TI und die elektronische Gesundheitskarte (eGK) ist das derzeit anspruchsvollste und umstrittenste Projekt im deutschen Gesundheitswesen. Es hat Ihnen in den zahnärztlichen Praxen bislang viel abverlangt. Die Grundsatzdiskussion um Datenschutz und -sicherheit und wiederkehrend auftretende Sicherheitslücken, Fragen der Funktionalität und unzureichenden Refinanzierung sowie ungerechtfertigte Sanktionierungen des Gesetzgebers bei fehlendem TI-Anschluss – das alles hat Bedenken weiter geschürt und für sehr viel Ärger und Kopfschütteln gesorgt. Welchen Sinn und Nutzen hat die eGK überhaupt? Kann sie mehr als nur teuer sein?

Umso erfreulicher ist es, dass bei aller – auch berechtigten – Kritik nun rund 95 Prozent aller Praxen in Rheinland-Pfalz an die TI angeschlossen sind bzw. in Kürze angebunden sein werden.

Die Zahnärzteschaft ist ihrer Verpflichtung zum TI-Anschluss also nachgekommen. Unsere Forderung haben wir daher längst klar formuliert: Die eGK muss nun endlich einen konkreten, spürbaren Mehrwert für die Patienten und für die Praxen liefern. Entbürokratisierung ist hierbei das

entscheidende Stichwort. Mit KOM-LE, einer Lösung für eine sichere Kommunikation zwischen allen Akteuren des Gesundheitssystems, der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, dem elektronischen Rezept sowie der elektronischen Patientenakte steht die Einführung der ersten wirklich nutzbringenden Funktionen bevor. Eine kurze Erprobungsphase startet noch im ersten Quartal dieses Jahres. An KOM-LE anknüpfend haben die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband zudem einen Vertrag zum papierlosen Antrags- und Genehmigungsverfahren bei Zahnersatz geschlossen.

Bei aller Zuversicht, dass es nun endlich vorangeht, darf die Datensicherheit nicht aus dem Blick geraten. Gesundheitsdaten sind höchstpersönliche Informationen, die nicht in falsche Hände gelangen dürfen. Für einen effektiven Schutz vor Missbrauch braucht es auch unmissverständliche gesetzliche Regelungen zu Zuständigkeits- und Haftungsfragen. Wir stehen unverrückbar zu unserer Verpflichtung, für Datensicherheit und Datenschutz in der Praxis zu sorgen. Genauso eindeutig muss nun der Gesetzgeber regeln, dass unsere Verantwortung nur bis zum Konnektor reichen kann – und keinen Zentimeter weiter.

Ihr



Marcus Koller

stv. Vorsitzender des Vorstandes



„TI und eGK müssen endlich einen konkreten, spürbaren Mehrwert für die Patienten und Praxen liefern.“

Patienten ohne eGK: Was tun bei fehlendem Versicherungsnachweis?

Defekt, ungültig oder schlicht vergessen – immer wieder stehen Patienten ohne gültige elektronische Gesundheitskarte (eGK) am Empfangstresen. Wie sollten Zahnarztpraxen reagieren, um ihren Honoraranspruch nicht zu verlieren?

Text: Marita Gablonsky und Jochen Kromeier, Geschäftsbereichsleitung Abrechnung

Jeder gesetzlich Versicherte ist verpflichtet, vor Beginn der ersten Behandlung in einem Quartal seine eGK vorzulegen. Doch die Praxis zeigt: Nicht jeder Patient führt seine Karte stets mit sich.

Karte vergessen: nachreichen möglich

Aussetzen oder verschieben muss der Vertragszahnarzt die Behandlung nicht; auch ohne Versicherungsnachweis kann er seinen Patienten versorgen. Dieser hat bis zum Quartalsende die Möglichkeit, eine gültige eGK (oder einen gültigen Anspruchsnachweis) vorzulegen. Allerdings

darf ihm der Vertragszahnarzt sofort nach der Behandlung die Leistungen privat in Rechnung stellen. Die Privatvergütung ist zurückzuzahlen bzw. die Privatrechnung ist zu stornieren, wenn der Patient innerhalb von zehn Tagen nach der Behandlung eine gültige eGK oder einen anderen gültigen Anspruchsnachweis vorlegt.

Arzneimittel werden Patienten ohne gültigen Versicherungsnachweis auf einem Privatrezept verordnet. Anstelle des Kassennamens wird darauf vermerkt: „ohne Versicherungsnachweis“. Der Patient trägt die Kosten in diesem Fall selbst, kann aber versuchen, sich das Geld von seiner Krankenkasse erstatten zu lassen.

Tipp: Privatrechnung ankündigen

Patienten sollten schriftlich darüber informiert werden, dass sie bei Nichtvorlage eines gültigen Versichertennachweises innerhalb von zehn Tagen nach der Behandlung die Behandlungskosten selbst zu tragen haben. Auf unserer Internetseite www.kzvrlp.de > Webcode 0042 stellen wir Ihnen ein Formular zur Verfügung, auf dem der Patient bei Nichtvorlage der eGK die Behandlung bestätigt. Dies dient zum einen zur Motivation des Patienten, die Karte umgehend nachzureichen, zum anderen als Grundlage einer möglichen späteren Privatrechnung.

Ungültige Karte

Durch den Online-Abgleich der Versichertenstammdaten werden elektronische Gesundheitskarten beim Einlesen auf ihre Gültigkeit geprüft. Meldet das Praxisverwaltungssystem eine ungültige eGK, sollte der Patient zunächst gefragt werden, ob er von seiner Krankenkasse bereits eine neue Karte erhalten hat und – falls ja – geben werden, diese vorzulegen. Ist ihm keine neue eGK zugegangen, sollte er an seine Krankenkasse verwiesen werden und eine Karte anfordern. Auch in diesen Fällen kann der Vertragszahnarzt nach der Behandlung eine Privatrechnung über die Behandlung stellen.

Eine eGK verliert in der Regel ihre Gültigkeit, weil sie insgesamt veraltet ist, das auf der Karte hinterlegte Zertifikat abgelaufen ist (die maximale



© Elnur - stock.adobe.com

Laufzeit liegt aus Sicherheitsgründen bei fünf Jahren) oder weil sie gesperrt wurde. Sperrgründe sind eine Verlust- oder Diebstahlmeldung der eGK durch den Patienten bei seiner Krankenkasse, das Ende seines Versicherungsschutzes etwa aufgrund eines Kassenwechsels oder wenn sich der Aufdruck auf der eGK ändert, zum Beispiel der Name des Patienten aufgrund einer Heirat.

Ersatzverfahren - nur bei Technikproblemen

Wichtig ist, dass sowohl bei einer fehlenden als auch bei einer ungültigen eGK kein Ersatzverfahren zum Einsatz kommen darf. Hierfür sind klare Grenzen gesteckt: Praxen können nur dann auf das Ersatzverfahren zurückgreifen, wenn die eGK aus technischen Gründen nicht eingelezen werden kann, etwa weil die Karte oder das Kartenterminal defekt ist, oder wenn bei einem Hausbesuch kein mobiles Terminal zur Verfügung steht. Im Ersatzverfahren haben die Praxen die Bezeichnung der Krankenkasse, den Namen des Patienten und sein Geburtsdatum, die Krankenversicherungsnummer sowie nach Möglichkeit die Postleitzahl des Patienten in das Praxisverwaltungssystem zu übernehmen und bei der Abrechnung anzugeben.

Fehlercodes und ihre Auslöser

Ungültige bzw. gesperrte eGK generieren beim Einlesen unterschiedliche Fehlercodes. Sie beruhen nicht auf technischen Fehlern, sondern die Fehlermeldungen dienen dazu, der Praxis ungültige eGK zuverlässig anzuzeigen sowie dem Versicherten und seiner Krankenkasse einen Hinweis auf den Sperrgrund zu geben.

Fehlercode	Auslöser
106	Das Zertifikat des Versicherten auf der eGK wurde nach der Online-Prüfung gesperrt.
107	Das Zertifikat des Versicherten der eGK wurde durch die Offline-Prüfung als ungültig erkannt. Es handelt sich hierbei um das Ergebnis aller Zertifikatsprüfungen, die offline ausgeführt werden können, wie zum Beispiel der Ablauf der Gültigkeit des Authentifizierungszertifikates.
113	Die eGK ist veraltet.
114	Gesundheitsanwendungen auf der eGK sind gesperrt. Die Sperrung der Gesundheitsanwendung der eGK wird ausgeführt, wenn das Online-Zertifikat gesperrt ist.

Aus Gründen der Rechtssicherheit und insbesondere zur Absicherung der Praxis sollte der Patient mit seiner Unterschrift die Angaben bestätigen. Es empfiehlt sich darüber hinaus, eine Kopie der eGK zu fertigen und diese zusammen mit dem Ersatzverfahren in der Praxis aufzubewahren und den Grund für das Ersatzverfahren in der Patientenakte zu dokumentieren.

Anspruchsnachweis statt eGK

Es kommt vor, dass ein Patient anstatt mit einer elektronischen Gesundheitskarte mit einem vorübergehenden Anspruchsnachweis seiner Krankenkasse in die Praxis kommt. Dieser Nachweis in Papierform bescheinigt die Mitgliedschaft in einer Krankenkasse und wird zur Überbrückung von Übergangszeiten (zum Beispiel bei Kassenwechsel oder Verlust der eGK) ausgestellt, bis der Patient eine eGK erhält. Da Anspruchsnachweise zeitlich befristet sind, sollten Praxen vor Behandlungsbeginn auf die Gültigkeit achten.

Patienten mit eingeschränktem Leistungsanspruch („Besondere Personengruppe 5“) führen ebenfalls einen Ersatznachweis mit sich. Betroffene Patienten haben einen begrenzten gesetzlichen Leistungsanspruch, der ausschließlich Früherkennungsuntersuchungen sowie die Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände abdeckt.

Für beide Patientengruppen gilt: Die auf dem Anspruchsnachweis befindlichen Angaben des Patienten (Name und Geburtsdatum, Name der Krankenkasse, Krankenversicherungsnummer und nach Möglichkeit die Postleitzahl des Patienten sowie gegebenenfalls die Befristungsdaten des Versicherungsnachweises) müssen manuell in das Praxisverwaltungssystem übernommen werden. Zusätzlich sollte die Praxis den Nachweis kopieren und ihn vom Patienten gegenzeichnen lassen. Die unterschriebene Kopie wird in der Praxis aufbewahrt. Darüber hinaus sollte in der Patientenakte dokumentiert werden, warum keine eGK vorlag bzw. eingelesen wurde.

Behandlung von Asylbewerbern

Gemäß dem Asylbewerberleistungsgesetz haben Asylbewerber Anspruch auf eine Schmerz- und Notfallbehandlung. Das heißt, die über die Kassen-

zahnärztliche Vereinigung abrechenbaren Leistungen können sich immer nur auf akute Erkrankungen und Schmerzzustände beziehen. Voraussetzung zur Abrechnung ist, dass der Praxis für jeden Behandlungsfall ein Versicherungsnachweis vorliegt. Dies kann ein Krankenbehandlungsschein ausgestellt vom Sozialamt als Kostenträger oder eine eGK versehen mit der Kennziffer „9“ sein.

Legt ein Patient eine eGK vor, wird diese wie üblich eingelesen.

Leistungen, die über die Versorgung akuter Erkrankungen und Schmerzen hinausgehen, bedürfen immer der vorherigen Genehmigung durch die Sozialämter.

Unfallpatienten - Kranken- oder Unfallversicherung?

Die Zahnarztpraxis ist häufig die erste Anlaufstelle nach einem Unfall. Patienten, die einen Zahnschaden durch einen Freizeitunfall erleiden, werden im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung versorgt. Die Behandlung wird mittels der eGK über die Kassenzahnärztliche Vereinigung abgerechnet.

Die Kosten für die Behandlung von Arbeits-, Schul- und Wegeunfällen sowie Berufskrankheiten rechnen Vertragszahnärzte hingegen direkt mit dem Unfallversicherungsträger bzw. der Berufsgenossenschaft ab. Die Rechnung muss die Personaldaten des Unfallverletzten, den Unfalltag, den Unfallbetrieb bzw. die Schule, das Datum der Behandlung, die Gebührennummern des BEMA und des Gebührenverzeichnisses für die prothetische Behandlung (Anlage des Abkommens zwischen der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forst und Gartenbau und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung; Abkommen abrufbar unter www.kzvrplp.de), den Betrag für die Material- und Laborkosten bzw. der baren Auslagen sowie den Gesamtrechnungsbetrag enthalten.

Bei der Behandlung eines Unfallpatienten ist die ausführliche Dokumentation des Unfallherganges zwingend erforderlich. Diese Informationen sind wichtig, wenn ein Unfallversicherungsträger zur Bearbeitung des Versicherungsfalles auf wei-

tere Informationen angewiesen ist. Für das Ausfüllen des „Berichts Zahnschaden“ (Anlage des genannten Abkommens), erhält der Zahnarzt eine Gebühr zuzüglich der Portokosten. Eine Schweigepflichtentbindung gegenüber der Berufsgenossenschaft ist nicht notwendig, da der Zahnarzt in diesen Fällen auskunftspflichtig ist.

Patienten mit EHIC

Personen, die im Ausland krankenversichert sind, haben in Deutschland unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf medizinisch notwendige Sachleistungen zulasten einer von ihnen gewählten deutschen Krankenkasse. Grundlage hierfür sind Rechtsvorschriften auf europäischer Ebene und bilaterale Abkommen, die Deutschland mit anderen Staaten geschlossen hat.

Dokumentiert wird dieser Anspruch mit der europäischen Krankenversicherungskarte, kurz EHIC. Die EHIC wird als separate Karte ausgegeben oder sie befindet sich, wie in Deutschland, auf der Rückseite der Krankenversicherungskarte.

Da die EHIC anders als die eGK nicht von einem Kartenterminal lesbar ist und nicht von der Praxis einbehalten werden darf, muss der Patient seinen Nachweis anderweitig bestätigen. Hierfür werden der Anspruchsnachweis (die EHIC oder

alternativ eine provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) einer deutschen Krankenkasse) und ein Identitätsnachweis jeweils zweifach kopiert. Ersatzweise können die Daten in das Formular „Muster 80“ eingetragen werden. Darüber hinaus vermerkt der Patient auf dem Formular „Muster 81“, wie lange er beabsichtigt, in Deutschland zu bleiben, und erklärt gleichzeitig, nicht zum Zwecke der Behandlung eingereist zu sein. Außerdem hat er die gewählte gesetzliche deutsche Krankenkasse anzugeben.

Eine Kopie von Vorder- und Rückseite der EHIC bzw. der PEB oder ersatzweise das Original des Musters 80, eine Kopie des Identitätsnachweises sowie das Original des Musters 81 müssen umgehend an die Krankenkasse gesendet werden. Die zweiten Ausfertigungen der EHIC oder PEB und des Identitätsnachweises sowie Kopien der Muster 80/81 werden für zwei Jahre in der Praxis aufbewahrt.

Die Kosten werden zulasten und zu den Bedingungen (Leistungsumfang und Punktwert) der gewählten deutschen Krankenkasse über die zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung abgerechnet. Die Abrechnung erfolgt nach dem Ersatzverfahren. Folgende Angaben sind hierfür manuell in die Praxissoftware zu übernehmen: die Patientendaten, die Kassenummer und im Feld „Besondere Personengruppe“ die Ziffer „7“. Behandlungsfälle sind mit einer zusätzlichen Bemerkung im Feld „KZV-interne-Mitteilung“ zu kennzeichnen, zum Beispiel Formular 80/81. Außerdem ist darauf zu achten, dass die vorübergehende Aufenthaltsadresse des Patienten in Deutschland eingetragen wird.

Für Patienten aus dem Ausland, die weder eine EHIC noch eine PEB vorlegen können, gelten die Grundsätze der GOZ. ■



© coldwaterman - stock.adobe.com

Patienten und ihre Versicherungsnachweise: Überblick und Handlungshinweise

Versicherungsstatus	Versicherungsnachweis	Hinweise	(Rechts-)Grundlage
gesetzlich Versicherte	gültige eGK	räumt vollständigen Anspruch auf GKV-Leistungen ein	§ 28 Abs. 2 SGB V §§ 55-57 SGB V i. V. m. BMV-Z und BEMA-Z
	fehlende eGK	kein Ersatzverfahren möglich; Option zur Privatrechnung, jedoch Rückzahlung, wenn Nachweis innerhalb von zehn Tagen erfolgt	§ 18 Abs. 2 BMV-Z
	eGK aus technischen Gründen nicht einlesbar	Ersatzverfahren möglich	Anlage 10 BMV-Z: Vereinbarung zum Inhalt und zur Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte
	schriftlicher Anspruchsnachweis	Ersatzverfahren möglich	§ 18 Abs. 1 BMV-Z i. V. m. Anlage 10 BMV-Z
gesetzlich versicherte Unfallverletzte	eGK	Freizeitunfälle sind über die KZV abzurechnen. Arbeits-, Schul- und Wegeunfälle sowie Berufskrankheiten sind über die Berufsgenossenschaft bzw. Unfallkasse abzurechnen.	Abkommen über die Durchführung der zahnärztlichen Versorgung von Unfallverletzten und Berufserkrankten
Soldatinnen/Soldaten der Bundeswehr	Zahnarztüberweisungsschein der Bundeswehr	Überweisungsauftrag der Bundeswehr beachten, Personenkennziffer übernehmen, Abrechnung über KZV, Originalschein verbleibt in Praxis	Richtlinien für die zahnärztliche Versorgung von Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr
Polizeibeamte der Bundespolizei	KVK	entspricht GKV-Leistungsanspruch	Bundespolizei-Heilfürsorgeverordnung
Polizei RLP	Zahnbehandlungsschein	entspricht GKV-Leistungsanspruch Originalschein an KZV senden	Heilfürsorgeverordnung Rheinland-Pfalz
gesetzlich Versicherte nach Bundesversorgungs-/Bundesentschädigungsgesetz	eGK	eGK enthält Personenkennzeichen „6“	Bundesversorgungsgesetz Bundesentschädigungsgesetz
privat Versicherte		Liquidation nach GOZ	§ 1 Abs. 1 GOZ
privat Versicherte im Basis-tarif	Ausweis über Versicherung im Basis-tarif	Liquidation nach GOZ, maximal 2-facher Satz; bei GOÄ niedrigere Sätze (vgl. Rundschreiben 6/19) Die Leistungen müssen in Art und Umfang mit den entsprechenden GKV-Leistungen übereinstimmen.	§ 75 Abs. 3a SGB V
gesetzlich Versicherte mit ruhendem Leistungsanspruch	schriftlicher Anspruchsausweis der Krankenkasse für verbleibende Leistungen	Das Ruhen der Leistungen erfasst nicht Früherkennungsuntersuchungen gemäß §§ 25 und 26 SGB V und die Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft. Im PVS ist im Feld „Besondere Personengruppen“ die Ziffer „5“ einzutragen.	§ 16 Abs. 3a SGB V
Asylbewerber	Zahnbehandlungsschein der Sozialämter	Abrechnung über die KZV; Originalschein an KZV senden	§§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz
Versicherte des EU-Auslands	EHIC oder Ersatznachweis	Im PVS ist im Feld „Besondere Personengruppe“ die Ziffer „7“ anzugeben. Die Muster 80/81 sind vollständig auszufüllen. Die Originale sind an die Krankenkasse zu senden. Kopien verbleiben in der Praxis.	Hinweise zur vertragszahnärztlichen Versorgung von Patienten, die im Ausland krankenversichert sind
Versicherte des Nicht-EU-Auslands		Liquidation nach GOZ	§ 1 Abs. 1 GOZ

Aktuelle Fortbildung: Einsteigerkurse „Zahnersatz / Festzuschüsse“

Die Einsteigerkurse „Zahnersatz/Festzuschüsse“ sind wieder da. Aufgrund der großen Nachfrage und auf vielfachen Wunsch haben wir den Kurs zweigeteilt.

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 und 7 (Grundkenntnisse)**
- » Abrechnung von Begleitleistungen und Mischfällen
- » Fallbeispiele

Voraussetzung für die Teilnahme an Kursteil 2 sind **Vorkenntnisse der Befundklassen 1 bis 5**. Die Kurse können einzeln oder zusammen gebucht werden. Bitte beachten Sie: Teilnehmer, die beide Kurse belegen, werden in der Anmeldung bevorzugt.

Die Seminargebühr beträgt 70 Euro pro Person und Kursteil.

Für Ihre Teilnahme erhalten Sie 3 Fortbildungspunkte je Kurs. Bitte melden Sie sich mit dem beigefügten Formular an. Es sind maximal zwei Anmeldungen pro KZV-Abrechnungsnummer möglich. Weitere Informationen finden Sie auch auf unserer Internetseite www.kzvrhp.de > Webcode 0111. Wir freuen uns auf Sie!

Hinweis: Die Fortgeschrittenenkurse finden ab August 2020 statt. Weitere Informationen erhalten Sie in einem unserer nächsten Rundschreiben.

Seminartermine:

Zahnärztehaus Koblenz

Bahnhofstraße 32, 56068 Koblenz

Kursteil 1 Mittwoch, 25. März 2020

14:00 bis 17:00 Uhr

Kursteil 2 Freitag, 27. März 2020

14:00 bis 17:00 Uhr

Zahnärztehaus Mainz

Eppichmauergasse 1, 55116 Mainz

Kursteil 1 Mittwoch, 1. April 2020

14:00 bis 17:00 Uhr

Kursteil 2 Freitag, 3. April 2020

14:00 bis 17:00 Uhr

Zahnärztehaus Ludwigshafen

Brunhildenstraße 1, 67059 Ludwigshafen

Kursteil 1 Mittwoch, 13. Mai 2020

14:00 bis 17:00 Uhr

Kursteil 2 Mittwoch, 27. Mai 2020

14:00 bis 17:00 Uhr

Referentinnen:

Sabrina Gessner (ZFA)

Suzi Paula de Jesus Rodrigues (ZMF/ZMV)

Geschäftsbereich Abrechnung der

KZV Rheinland-Pfalz

AS Akademie: Zwei Absolventen aus Rheinland-Pfalz

Mit Dr. Markus Esch und Dr. Gerrit Meyer reihen sich zwei weitere rheinland-pfälzische Zahnärzte in die Riege der Absolventen der Akademie für freiberufliche Selbstverwaltung und Praxismanagement (AS) ein.

Text: Katrin Becker

Zwei Jahre lang studierten Esch und Meyer berufsbegleitend an der AS Akademie, um sich das notwendige Wissen für Ämter in den Gremien der zahnärztlichen Berufspolitik und Selbstverwaltung zuzulegen. Anfang Dezember vergangenen Jahres erhielten sie in einer feierlichen Zeremonie ihr Abschlusszertifikat und den Titel „Manager in Health Care Systems“. In seiner Zertifikatsarbeit analysierte Dr. Markus Esch „Zahnmedizinische Versorgungszentren: Entstehung, Entwicklung und Bedeutung für die zahnmedizinische Versorgung in Deutschland“. Dr. Gerrit Meyer verfasste einen Leitfaden für die Zahnarztpraxis zu „Datenschutzkonforme Verschlüsselung und Versand von Nachrichten und Dateien in der Zahnarztpraxis am Beispiel der Cryptshare-Software“.

Marcus Koller, stellvertretender Vorsitzender des Vorstands der KZV Rheinland-Pfalz, weiß um den Wert qualifizierter Nachwuchskräfte für die Berufspolitik. Er betont: „Unser Gesundheitssystem ist komplex und sehr dynamisch. Wir sind in der Verantwortung, junge, berufspolitisch interessierte und motivierte Kollegen zu fördern und ihnen Wissen über dessen Strukturen und Funktionsweise zu vermitteln. Das versetzt die Zahnärzteschaft in die Lage, auf Augenhöhe mit der Politik und den Krankenkassen zu agieren.“ Mit ihrem fachübergreifenden Lehransatz aus ökonomischen, juristischen, sozialmedizinischen sowie gesundheitspolitischen Inhalten sei die Akademie ein wertvolles Instrument des Berufsstandes, die zahnärztliche Selbstverwaltung zu stärken.

Das Konzept, den eigenen professionspolitischen Nachwuchs auszubilden, geht auf: Die meisten der inzwischen 28 Absolventen aus Rheinland-Pfalz sind heute in den Vertreterversammlungen und Vorständen der zahnärztlichen Organisationen im Land sowie in Bundesgremien aktiv. Am Studiengang 2020/2021, der im März beginnt, nimmt mit Dr. Jens Vaterrodt erneut ein hiesiger Zahnarzt teil.

Die AS Akademie wird von mehreren Landes-zahnärztekammern und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, darunter die KZV Rheinland-Pfalz, getragen. Sie steht unter der Schirmherrschaft der Bundeszahnärztekammer und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung. ■



Marcus Koller gratuliert den rheinland-pfälzischen Akademieabsolventen Dr. Gerrit Meyer und Dr. Markus Esch (v. r. n. l.).
Foto: © Jürgen Schulzki

DGI: Günter Dhom ist Ehrenmitglied

Auszeichnung für den Vorsitzenden der Vertreterversammlung der KZV Rheinland-Pfalz: San.-Rat Prof. Dr. Günter Dhom wurde zum Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Implantologie (DGI) ernannt.

Text: Katrin Becker

Der Ludwigshafener Zahnarzt wurde für 20 Jahre des „außerordentlichen und engagierten Wirkens“ im Vorstand der DGI geehrt, davon viele Jahre als Fortbildungsreferent und von 2006 bis 2009 als ihr Präsident, heißt es in einer Pressemeldung. Die Ehrung wurde ihm im Rahmen des Jahreskongresses der Fachgesellschaft im November 2019 zuteil.

Viele Neuerungen habe sein Kollege gegen deutliche Widerstände durchsetzen müssen, sagte Laudator Prof. Dr. Dr. Hendrik Terheyden, Dhoms Nachfolger als DGI-Präsident. Doch der Erfolg habe ihm Recht gegeben: Die Gesellschaft habe während Dhoms aktiver Zeit enorm an Mitgliedern gewonnen; dies nicht zuletzt wegen der zertifizierten und strukturierten Fortbildungsangebote, die er auf den Weg gebracht habe. Es sei auch Dhoms Verdienst und seinem Kommunikationsgeschick zu verdanken, dass die DGI kein angestaubtes Image habe. „Ich war vielleicht manchmal der, der anderen auf den Geist gegangen ist, weil er dauernd neue Ideen hat. Geschafft haben wir aber alles nur zusammen“, dankte der Geehrte. ■



San.-Rat Prof. Dr. Günter Dhom (Mitte) erhielt die Urkunde für die Ehrenmitgliedschaft vom amtierenden DGI-Präsidenten Prof. Dr. Dr. Knut A. Grötz (links) und Laudator Prof. Dr. Dr. Hendrik Terheyden.
Foto: DGI_David Knipping



CIRS dent – Jeder Zahn zählt!

Das **Online Berichts- und Lernsystem** von Zahnärzten für Zahnärzte. Ein wichtiger Baustein für Ihr Praxis-QM mit mehr als 5400 Mitgliedern und ca. 150 Erfahrungsberichten im System.

Auf einen Blick:

Berichtsdatenbank

- Alle Berichte zu kritischen Ereignissen anonymisiert einsehbar
- Gezielte Suche nach einzelnen Berichten möglich

Anonym berichten

- Sichere, vollständig anonyme Berichtsfunktion
- Verschlüsselte Datenübertragung und -speicherung
- Unabhängig von Interessen Dritter

Feedback-Funktion

- Anonyme Veröffentlichung besonders praxisrelevanter kritischer Ereignisse
- Nutzerkommentare
- Diskussionsforum

www.cirsdent-jzz.de



Fokus Phobie: Krankhafte Angstphänomene in der Zahnarztpraxis - Aspekte zu Intervention und Prävention (Teil 1)

Unter dem diffusen Begriff der „Problempatienten“ in der Zahnarztpraxis nehmen solche, die krankhafte Angstphänomene präsentieren, einen besonderen Platz ein. Viele Kollegen nähern sich diesen Patienten mit einer situativ-unplanmäßigen Vorgehensweise „nach Gefühl“. Strukturierte Strategien wären eine Erleichterung für Patienten und Zahnärzte.

Text: Dr. med. dent. Torsten Glas, Leipzig

Eine nachhaltig normalisierte Einstellung gegenüber Zahnarztbesuchen sollte das Ziel solcher Strategien sein, die als Interventionsmuster abrufbar sind. Folgende Überlegungen sind als Anregung gedacht, tiefer in die Thematik einzudringen. Vielleicht kann eine breitere, sachbezogene Diskussion zu Prävention und Intervention von derartigen Phobien angestoßen werden. Was nützt der Anspruch, dem aktuellen, zahnmedizinischen Standard entsprechend indizierte Kontrollmaßnahmen, Aufklärungen und Behandlungen durchführen zu wollen, wenn sie der Patient aus krankhafter Furcht davor gar nicht erst zulässt? In der Literatur^{1,22} und aus eigener Erfahrung findet sich bei einem Viertel der jugendlichen und erwachsenen Patienten eine nicht normale Furcht vor Zahnbehandlungen. Auch diese Menschen bewusst führen zu können, sollte Anliegen jedes Zahnmediziners sein. Ein Konzept zum Umgang mit Behandlungsphobien in der Zahnmedizin wurde bislang nicht ausdrücklich formuliert. Am meisten findet sich dieser Aspekt in der Kinderzahnheilkunde berücksichtigt. Prävention krankhafter Angstphänomene und deren Interventionsansätze dazu gehen ineinander über. Deshalb werden sie im Folgenden nicht strikt getrennt.

Definition der krankhaften Angst sowie Zahnbehandlungsangst

Ein Gefühl unspezifischer Besorgnis vor der (zahn-)medizinischen Behandlung kann solange

als normal angesehen werden, als der Patient die Zahnarztpraxis aufsuchen und indizierte Diagnostik und Therapie zulassen kann. Liegt ein Vermeidungsverhalten mit Selbstschädigungsgefahr vor, besteht Krankheitswert. Zahnbehandlungsphobie ist im ICD 10 unter F40.2 verschlüsselt, wird als spezifische Phobie beschrieben und einer Höhen- oder Tierphobie gleichgestellt. Der Übergang in eine Panik ICD 10 F41.0 ist möglich. Dennoch findet sich bei erster Beschäftigung mit dem Phänomen unter dem Aspekt des Praxisalltages bereits Verwirrung in den Termini und Definitionen. Die Begriffe Angst, Furcht, Phobie und Panik beschreiben mentale Verfasstheiten, bei denen sich psychophysiologische Parameter verändern. Grundsätzlich werden sie personal als Gefühle erlebt, die nicht immer verbalisierbar sind. Zunächst kann angenommen werden, dass ein zuversichtliches Leben biologisch angelegt ist. Angst - nicht Phobie - ist eine evolutionäre Grundempfindung, die in einer existenziellen Gefahrensituation quasi-reflektorisch lebenserhaltende Handlungsreaktionen ermöglicht⁵. Normalen wie krankhaften Ängsten liegt ein existenzielles Bedrohungsgefühl des eigenen Lebens zugrunde¹⁰. Die nachfolgend im Gedächtnis abgespeicherte durchlebte Angstsituation bedingt durch Antizipation ähnlicher Konstellationen eine Sorge, dass sich erneut eine solche Gefahr wiederholt - es entsteht Furcht. Dennoch muss eine ähnliche Situation wie die schon erlebte normalerweise nicht unter allen Umständen vermieden werden, da neben der Furcht auch eine Zuversicht



Wie begegnet man dem Patienten mit dringlichem Behandlungsbedarf, der sich erst in der Praxis vorstellt, wenn es gar nicht mehr zu vermeiden geht? Wird er die Behandlung zulassen und Folgebehandlungen wahrnehmen wollen?
Foto: Dr. Torsten Glas

zur erneuten Bewältigung besteht. Entwickeln sich hingegen durch falsche Lernleistungen irrationale Antizipationsverknüpfungen, kann sich aus der Furcht eine Phobie (φοβος griech. „Furcht“) entwickeln. Phobien finden sich sowohl bei Jugendlichen als auch bei Erwachsenen und können in einer Panik münden. Bei der phobischen Störung wird Angst ausschließlich durch eindeutig definierte, im allgemeinen ungefährliche Situationen/Objekte – außerhalb der betreffenden Person – hervorgerufen. Diese Situationen werden charakteristischerweise gemieden oder voller Angst gerade noch ertragen. Angst, Furcht und Phobie sind nach innen gerichtet und werden nur im Selbst erlebt. Sie können ein erkennbares Sozialsignal, die Emotion (vgl. lat. emovere = herauswühlen), bedingen²³, das sich auch in einer Panik äußern kann. Spezifische Phobien, wie eine Zahnbehandlungsphobie, entstehen gewöhnlicherweise in der Kindheit oder im frühen Erwachsenenalter. Aufgrund einer noch fehlenden abstrakten Antizipationsfähigkeit gibt es echte Phobien nicht bei kleineren Kindern¹⁵. Hier dominieren solitär-situative Panikreaktionen. Das Ausmaß einer perspektivischen, tatsächlich eintretenden Behinderung hängt davon ab, wie leicht die betreffende Person die phobische Situation vermeiden kann. Die Furcht vor der Phobie kann – ungeachtet zwischenzeitlich positiver Erfahrungen – jahrzehntelang bestehen, ja in einer Panikstörung enden – wenn nicht gezielt interveniert wird.

Grundlegende Ansätze zu Interventionsmöglichkeiten

All dies lässt sich auch auf die zahnärztliche Klientel extrapolieren. Phobien bei der zahnärztlichen Klientel führen häufig zu langanhaltender Behandlungsvermeidung. Die Betroffenen nehmen dabei gesundheitliche, kosmetische und soziale Folgen billigend in Kauf, sind aber häufig paradoxerweise sehr unzufrieden mit diesem Umstand. Unter wissenschaftlichem Aspekt ist es sinnvoll, die Ätiologie sowie verschiedene Schweregrade der Zahnbehandlungsphobie, auch als Analogon zur posttraumatischen Belastungsstörung, zu differenzieren¹⁹. Im klinischen Alltag ist es wichtig, therapiefähige Phobiker zu erkennen und schnell adäquat sowie praktikabel intervenieren zu können.

Schlüsselüberlegung: Was soll erreicht werden? Gibt es ein Gegenteil von krankhafter Angst und Furcht?

Hier liegt der Kern des gesamten Themas. Ein therapeutisches Ziel, also etwa die krankhafte Angst „besiegen“, führt zu kämpferischer Anspannung bei Patienten und Therapeut. Die weit verbreitete Ansicht, dass man „Mut“ zur Behandlung erzeugen müsse, ist nach Meinung des Autors ebenso falsch. Mut und „Sich-Mühe-Geben“ implementieren stets den billigend in Kauf genommenen

Miss- oder Teilerfolg. Eine Haltung, die das Aufgeben und Verlieren von vornherein einschließt. Da der krankhaften Zahnbehandlungsfurcht und -panik ein unnötiger, irrationaler, der Situation nicht angemessener Überlebenssicherungsreflex zugrunde liegt, der das Ergebnis einer falschen Lernleistung ist, sind therapeutische Interventionen zur Veränderung der Selbstwahrnehmung des Patienten in der Situation hilfreicher. Eine Phobie kann dabei zunächst als ein konstruktives Signal aufgefasst werden, das eine Veränderungsnotwendigkeit signalisiert. Unter der Annahme, dass im Grunde ein phobiefreies Leben genetisch determiniert ist, erscheint eine Phobie als Blockade der normalen psychischen Verfasstheit im Neocortex. Nach Auflösung der Blockade kann sich schnell wieder die zuversichtliche, furchtfreie Grundstimmung einstellen. Das heißt, im Selbst des Patienten befindet sich immer (!) die Information zu dieser Normalverfassung. Sie ist im Rahmen einer Phobie jedoch passager subjektiv nicht wahrnehmbar. Ziel ist das Wiedererreichen einer nachhaltig normalen Behandlungsbereitschaft. Hierzu werden üblicherweise Interventionen wie Stressimpfung, Konfrontationstherapie, Hypnose etc. empfohlen²⁹. Der Patient muss ein Mindestmaß an Zulassungswillen aufbringen.

Ziel ist, die unterbewusst vorhandene „unbesorgt-gelassene Zuversicht“ freizulegen, die eine Behandlungsbereitschaft automatisch bedingt.

Bewusstsein, Unterbewusstsein und das Unbewusste im Interventionsfokus

Normale Angst, aber auch deren krankhafte Phänomene, werden auf unterschiedlichen Ebenen des Selbst empfunden. Hier spielen Bewusstsein, Unterbewusstsein und das Unbewusste eine Rolle. Im Gegensatz zum Begriff „Bewusstsein“ sind wissenschaftliche Definitionen von Unterbewusstsein bzw. des Unbewussten diffus und werden von den psychologischen, neurobiologischen und philosophischen Wissenschaften unterschiedlich gefasst. Aus didaktischen Gründen versieht der Autor im Folgenden die beiden letzteren Begriffe mit Bedeutungsauslegungen, die vorliegendes

Interventionskonzept verständlicher machen. Dabei stützt er sich auf die Topographie Freuds⁹ (1923), jedoch ohne dessen Begriff des „Vorbewussten“ zu übernehmen.

Das **Bewusstsein** wird derzeit dem präfrontalen (Neo-)Cortex zugeordnet und als zentraler Bestandteil der personalintegralen Selbstwahrnehmung angesehen. Es ist ein Produkt zahlreicher ICH-Bereiche¹⁸, die bei bestimmten Krankheitsbildern sogar separat ausfallen können. Mit diesem Bewusstsein interpretiert der Mensch die Eindrücke der Sinnesorgane und modelliert sie abstrakt zur persönlichen Wahrnehmung der Wirklichkeit und schafft sich so sein Weltbild, in dem er seine Position einnimmt. Die hierfür nötigen Erinnerungen bestehen aus dem stattgefundenen Ereignis bzw. der erlebten Tatsache und einem angekoppelten Gefühl. Gefühle sind teilweise „versprachlichbare“ Verfasstheiten. Erst durch den Gefühlsanteil entsteht eine Ereignis-Bedeutung (vgl. Modell des „episodischen Gedächtnisses“²⁸). Je eindrucksvoller der Gefühlsanteil, umso lebhafter wird sie bewusst oder unterbewusst gespeichert⁴.

Das **Unterbewusste** ist eine Abspeicherung von individuellen Erinnerungen mit deren Bedeutung, jedoch ohne permanente rationale Reflexion. Von hier aus kann dieses Konstrukt die abstrakte Verallgemeinerung bestimmter, wiederkehrender Situationen von der Person unbemerkt beeinflussen²⁵. Derartige Verknüpfungen bilden die Grundlage für eine rein empirische Abschätzung anstehender Prozessverläufe. Das Unterbewusste ist dennoch partiell beim bewussten Denkprozess aktivierbar, um bestimmte abgespeicherte Erinnerungen in das wache Bewusstsein hineinzuprojizieren und zu nutzen.

Unter dem **Unbewussten** hingegen kann eine angeborene, vom Willen weitgehend unabhängige, autarke Verknüpfungsfähigkeit verschiedenster mentaler Zustände und Prozesse verstanden werden. Soweit man es rational überhaupt erklären kann, werden primäre Elemente des „Instinktes“ im biografischen Verlauf mit unterbewussten Erfahrungen kombiniert. Das Ergebnis kann sich dem Bewusstsein spontan präsentieren, was häufig als „Intuition“ erlebt wird. Integriert man in die Struktur des Unbewussten noch die physiologisch-biochemischen und informationsvermittel-

ten Regulationen des Organismus, wird der Begriff noch weiter gesteckt.

Hierarchisch könnte man demnach das Unbewusste als zentralen, umfassendsten Begriff sehen, in dem die unterbewussten Verknüpfungen und das bewusste, verstandesmäßige Denken integriert sind. Ein Konzept der Intervention und auch Prophylaxe von krankhafter Zahnbehandlungsfurcht sollte alle drei Aspekte einbeziehen.

Dabei ist das Wachbewusstsein die Pforte zu den anderen beiden Ebenen. Im Unbewussten befinden sich nach diesem Modell die angelegten „Urkompetenzen“. Im unterbewussten Episodengedächtnis kann die Sichtweise auf abgespeicherte Ereignisse durch Interventionen entsprechend moduliert werden. Eine neuroanatomische Zuordnung aller drei Bereiche ist komplex. Das morphologische Äquivalent ist das Organsystem Gehirn. Eine wichtige Rolle bei der Gefühlsinterpretation hat hier das limbische System¹⁷, das nach neueren Erkenntnissen auch Teile des vorderen Großhirns (orbitofrontal, ventromedial und präfrontal) sowie Kleinhirnannteile umfasst und weitgehend unbewusst und unterbewusst agiert. Die Neurowissenschaften postulieren seit einiger Zeit eine Dominanz des Gefühlsanteils über das rationale Denken^{6,13}, allerdings nur unter bestimmten Umständen, die von Entscheidungszusammenhängen abhängen¹¹. Die hierbei wichtigen Theorien um die Phänomene des limbischen Systems als Modell liefern einen interessanten Ansatz hinsichtlich der kognitiven Verstehbarkeit von Kommunikationsstrategien mit Phobiepatienten.

Phobiepatienten erkennen, Behandlungsfähigkeit einschätzen

Der jugendliche und erwachsene Phobiepatient signalisiert entweder verbal oder nonverbal seine phobische Verfasstheit und drückt so einen Anspruch nach besonders individualisierter Wertschätzung und Herangehensweise aus. Zur Erfassung „versteckter“ Phobiephänomene ist das einfühlsame ärztliche Gespräch mit gestraffter Allgemein-Anamnese wichtig. Über das zusätzli-

che Erfragen persönlicher Umstände, wie Beruf und gegebenenfalls auch Hobbys, lässt sich meistens schnell eine persönliche Ebene finden. Obwohl die Präsentationsmuster von Phobiepatienten differenzierter sind, hat sich in der Praxis des Autors die Einteilung in nebenstehender Tabelle (siehe Seite 16) als didaktisch-hilfreich zur Entscheidungsfindung erwiesen. Ausdrücklich sei angemerkt, dass diese Zusammenfassung auch außerphobische Gründe für eine Behandlungsverweigerung/-erschwerung (etwa Wahn-/Zwangsgedanken etc.) beinhaltet. Ab Gruppe 2 beginnt eine pathologische Entwicklung. Innerhalb der Gruppen 3 und 4 findet sich ein geringer Prozentsatz von Phobiepatienten, die den später vorgeschlagenen Interventionen nicht zugänglich sind. Ab Gruppe 5 ist eine Behandlung ohne Medikamente regelhaft nur schwer oder gar nicht möglich. Eine sehr gute Möglichkeit zur Herausfilterung von Patienten, die tatsächlich an der Lösung des Problems mitarbeiten wollen, sei beispielhaft die Strategie analog zur modifizierten „Wunderfrage“ nach Steve de Shazer⁷ (siehe Teil II dieses Artikels) genannt.

Pharmakologische Interventionen

Bei extremer Phobiesymptomatik und gleichzeitig starkem Behandlungsbedarf können Narkose- und Sedierungsverfahren initial zur perspektivischen Normalbehandlung sinnvoll, ja eine Ultima Ratio sein. Eine Vollnarkose bei kleinen Kindern kann eine prägende Angst-Schlüsselsituation prophylaktisch vermeiden und phobische Entwicklungen verhindern. Immer ist dabei das grundsätzlich höhere Komplikationsrisiko bei zentral wirkenden Sedativa und Narkotika kritisch abzuwägen.

Grundsätzlich wird das irrationale Sozialphänomen Zahnbehandlungsphobie durch Sedierungs- oder Narkoseverfahren lediglich umgangen, aber nicht nachhaltig aufgelöst.

Nichtpharmakologische Therapieansätze bei Jugendlichen und Erwachsenen

Es gibt kein allgemein gültiges, universell anwendbares Interventionsmodell. Zum Beispiel sind verschiedene Aspekte im Rahmen des „Neurolinguistischen Programmierens“ (NLP)² sehr

Gruppe 1	Patient mit normaler Furcht	„gesunde Furcht“, keine Behandlungsvermeidung
Gruppe 2	Patient mit leicht übersteigter, krankhafter Furcht	Tendenz zur Behandlungsvermeidung, kommunikativ gut zugänglich
Gruppe 3	Phobiepatient, auch mit Paniksymptomen	Behandlungsvermeidung, Handlungskontrollverlust, deutliche Selbstschädigungsfolgen, kooperativ
Gruppe 4	Patient mit bewusst demonstrierter Phobie	„kultivierte“ Behandlungsverweigerung als Ausdruck einer Persönlichkeitsbesonderheit nicht kooperativ
Gruppe 5	psychotischer Patient	Entfremdung vom Selbst, Gefühl des Gesteuertseins von außen, meist nicht kooperativ
Gruppe 6	erhebliche intellektuelle Beeinträchtigung	diverse Gründe, häufig absolute Kooperationsunfähigkeit

Einteilung der Patienten mit Behandlungszulassungsproblemen in Gruppen in Bezug auf Interventionsmöglichkeiten durch den Zahnarzt. Hierbei sind Phobien, aber auch Wahn-/Zwangs- und morphologische Ursachen gemeinsam dargestellt.

interessant, aber wissenschaftlich anerkannt ist das Konglomerat der angewandten Techniken keineswegs¹². Es gibt zahlreiche ähnliche Kommunikationsmethoden-Vorschläge, die aber alle letztlich fragmentarisch bleiben.

Phobien und Panikreaktionen sind Ausdrucksformen des Episodenrepertoires, bei dem im individuellen systemischen Netzwerk eine bestimmte Situation unterbewusst als schwere Bedrohung interpretiert wird. Gelingt es, die Interpretation im Unterbewusstsein so zu verändern, dass die unbewusst „angeborene“ Zuversicht wieder freigelegt wird, ist die Phobie verschwunden. Um in die Schaltstellen der unterbewussten Strukturen zu gelangen, muss das Wachbewusstsein umgangen werden. Das funktioniert über eine geeignete kommunikative Interaktion zwischen Patient und Zahnarzt, wobei verbale und nonverbale Signale bewusst im Zentrum stehen. Der Therapeut muss ein Vertrauen beim Patienten erlangen, authentisch sein sowie wie strukturiert und flexibel vorgehen. Die Arbeit mit Kommunikation, einschließlich analoger Markierung bedeutungsvoller Wörter in Verbindung mit Körpersprache, kann jedoch nur dann nachhaltig gelingen, wenn sie auf einem hilfreichen, möglichst philanthropischen Weltbild basiert („*medicina soror philosophiae*“ - Tertullian aus „*De anima*“, 209 n. Chr.²⁷). Dabei kommt auch eine Wertschätzung des Patienten zum Ausdruck, die, möglichst mit viel Lob kommentiert, bei weiteren Behandlungen ihre Fortsetzung findet.

Fasst man die Zahnbehandlungsphobie als Folge einer unbewusst-falschen Selbsthypnose mit permanent kontraproduktiver Wirklichkeitsinterpretation auf und setzt man das grundsätzliche Vorhandensein einer genetischen Zuversichtsverfasstheit voraus, wird ein überraschender Therapieansatz offenbar: Der Patient hat bereits eine hohe Phantasieleistung erbracht, um sich in eine falsche (Dys-)Trance zu führen, die ihn annehmen lässt, er sei zu einer normalen Zahnbehandlung nicht fähig. Eine Tranceinduktion im Sinne der formalen Hypnose ist somit vielfach gar nicht notwendig, sondern es muss ein „trancetransformierender“ Weg gewiesen werden, auf dem sich der Patient aus eigener Kraft in eine richtige, also „Eu-Trance“, bewegen kann. Die moderne Psychotherapie nennt das „ressourcenorientierte Therapie“. Dem Patienten müssen hierbei seine eigenen Lösungspotenzen („Ressourcen“) aufgezeigt werden. In jedem Fall muss sich der Zahnarzt bei allen therapeutischen Handlungen offensiv selbst in einem veränderten Bewusstseinszustand befinden, der als „Ziel-erreichungstrance“ bezeichnet werden könnte. Dieser Zustand sendet dem Patienten die notwendige Information über die hohe Durchsetzungskompetenz seines Zahnarztes als „Subtext“. Denn Phobiker und Kinder können meist besser als der Normalpatient „Hellssehen“ bzw. „Gedankenlesen“. Man kann grundsätzlich Interventionen in der akuten Situation von Vorgehensweisen mit bereits konditionierten Patienten unterscheiden.

Akutvorgehen Phobie und Panikreaktion:

Hier kann die Methode der formal induzierten, hypnotischen Trance zur entkoppelnden Musterunterbrechung mit Erfolg genutzt werden. Zurzeit hat eine Metaanalyse die hohe Wirksamkeit der Hypnose, besonders im Moment der Anwendung, bestätigt³. Im Grunde ist die Tranceinduktion bei „willigen“ Angstpatienten sehr einfach. Aber abgesehen von der Tatsache, dass nicht jeder Zahnarzt gleich gut hypnotisieren lernen will bzw. kann, bleibt beim alleinigen Vertrauen auf moderne, partnerschaftliche oder auch klassisch-autoritäre Vorgehensweisen eine lang anhaltende, normale Behandlungswilligkeit in vielen Fällen offenbar aus¹⁴. Die kreative Nutzung von Trancephänomenen zur nachhaltigen Veränderung von Verhaltensmustern übersteigt oftmals die Kompetenz eines Zahnmediziners. Das erklärt sicher auch die relativ hohe Abbruchrate²². Deshalb sind suggestive Sprachmuster, gegebenenfalls mit „Konfusionselementen“, ebenfalls hoch wirksam. Dieses nicht formale Suggestivvorgehen im Sinne psychotherapeutischer Kurzzeitinterventionen (z.B. nach Milton Erickson⁸;

1901-1980) ist ebenso zielführend und für einen wesentlich größeren Teil der Zahnärzte leichter anwendbar. Der Patient selbst sollte die zum Einsatz kommenden Strategien im Rahmen der Akutintervention in der Regel nicht bewusst wahrnehmen, sonst könnte es zum Aufbau innerer Widerstände kommen.

Arbeit mit Vorab-Konditionierungstermin:

Wenn ein vorbereitender Beratungstermin vereinbart wurde, können die Patienten in einer Sinnumdeutungstechnik (Reframing) zur Veränderung der Koppelung von antizipierten Gefühlen in Verbindung mit einer anstehenden Maßnahme aktiv unterwiesen werden. Das erfolgt meist ähnlich dem autogenen Training. Dabei ist das motivierende Element ein ganz zentraler Bestandteil. Ohne „Grund“ wird in der Regel nichts verändert. Die Basis nachhaltiger Interventionen ist immer eine systemändernde Neukontextuierung. ■

Fortsetzung folgt.

Literaturverzeichnis bei der Redaktion erhältlich.

Dieser Beitrag ist erstmals im Zahnärzteblatt Sachsen 12/18 erschienen. Wir bedanken uns für die Nachdruckerlaubnis.



Zahnbehandlungsangst beim Erwachsenen: S3-Leitlinie erschienen

Zum professionellen Umgang mit erwachsenen Patienten, die unter massiver Angst vor einer Zahnbehandlung leiden, ist im Dezember 2019 eine S3-Leitlinie erschienen. Ziel der neuen Leitlinie ist es, „die zahnmedizinische Betreuung und Versorgung von Patientinnen und Patienten, die unter Zahnbehandlungsangst mit Krankheitswert leiden, zu optimieren. Dies bedeutet, dass die Vorbehandlungs-Therapieoptionen und die während der zahnärztlichen Therapie ablaufenden Begleitbehandlungsmöglichkeiten auf ihre Effektivität hinsichtlich der Reduktion der Zahnbehandlungsangst (kurz- und langfristig) und der Herstellung der Behandlungsfähigkeit und der zukünftigen Adhärenz zur Zahnbehandlung evaluiert werden.“

Die Leitlinie zur Epidemiologie, Diagnostik und Therapie der Zahnbehandlungsangst mit Krankheitswert bei Erwachsenen ist federführend durch die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) und den Arbeitskreis Psychologie und Psychosomatik in der DGZMK (AKPP) in Zusammenarbeit mit 23 weiteren Fachgesellschaften und Institutionen entwickelt worden. Sie stellt eine evidenz- und konsensbasierte Orientierungshilfe sowohl hinsichtlich eines interdisziplinären Therapieansatzes von Zahnarzt und Psychotherapeut als auch für die Akuttherapie in Notfallsituationen dar.

Die S3-Leitlinie „Zahnbehandlungsangst beim Erwachsenen“ ist gültig bis Oktober 2024. Sie kann im Internet unter www.dgzmk.de > Zahnärzte > Wissenschaft & Forschung > Leitlinien heruntergeladen werden.

Statt mehr Geld: Steuerfreie Vorteile für Mitarbeiter

Gehaltserhöhung, Urlaubs- oder Weihnachtsgeld – viele Arbeitgeber zahlen ihren Mitarbeitern Boni. Doch daran verdient der Fiskus mit. Es gibt Alternativen, die sich für beide Seiten lohnen.

Text: Katrin Becker

Viele Gehaltsextras, sogenannte Sachzuwendungen oder Sachbezüge, sind für Mitarbeiter steuer- und sozialabgabenfrei.

Auch Praxisinhaber profitieren von geringeren Lohnnebenkosten und zufriedeneren Angestellten. Welche Alternativen lohnen sich für Arbeitgeber und Arbeitnehmer?

Dienstrad



Ein betriebliches (Elektro-)Fahrrad, das der Arbeitgeber zusätzlich zum regulären Gehalt spendiert, ist seit 2019 steuer- und sozialabgabenfrei. Die Befreiung gilt derzeit bis Ende 2030. Bei der Steuererklärung des Mitarbeiters wird das Dienstrad nicht auf die Entfernungspauschale angerechnet. Das Rad darf privat genutzt werden.

Gesundheitsförderung



Gesundheitsfördernde Maßnahmen, die zusätzlich zum Gehalt gezahlt werden, sind steuer- und sozialversicherungsfrei, solange die Kosten von 600 Euro pro Mitarbeiter und Jahr nicht überschritten werden. Voraussetzung ist, dass die Maßnahme den Anforderungen der §§ 20 und 20a SGB V entsprechen. Das können zum Beispiel Rückenschulen, Ernährungsseminare, Kurse zur Raucherentwöhnung oder Stressbewältigung sein.

Mobilität

Bereits seit 2019 ist das Jobticket steuer- und sozialabgabenfrei. Das betrifft alle Fahrten – auch private – im öffentlichen Nahverkehr, wenn der Arbeitgeber das Jobticket zusätzlich zum Gehalt anbietet. Neu ab 2020: Es werden nun ebenfalls jene Jobtickets steuerlich begünstigt, die in Form einer Gehaltsumwandlung, also nicht zusätzlich zum Arbeitslohn, gewährt werden. Führt der Arbeitgeber pauschal 25 Prozent Lohnsteuer für das Jobticket ab, bleibt dies für den Mitarbeiter ohne Folgen für die Entfernungspauschale. Die Pendlerpauschale erhält er zusätzlich. Wird das Ticket mit 15 Prozent versteuert, wird dies auf die Werbungskosten des Mitarbeiters angerechnet.



Betriebsveranstaltungen

Gemeinsame Unternehmungen wie eine Weihnachtsfeier oder ein Betriebsausflug stärken den Zusammenhalt und fördern das Arbeitsklima. Pro Mitarbeiter und Veranstaltung – maximal zwei Events im Jahr – gilt ein Freibetrag von 110 Euro. Nur darüber hinausgehende Ausgaben sind steuer- und sozialversicherungspflichtig. Wird der Freibetrag überschritten, liegt ein steuerpflichtiger Arbeitslohn vor. Der darüber hinausgehende Restbetrag kann jedoch pauschal mit 25 Prozent besteuert werden.





Gutscheine

Arbeitgeber überlassen ihren Mitarbeitern gern Gutscheine oder Geldkarten bis zu einem Wert von 44 Euro monatlich als steuer- und sozialabgabenfreie Zuwendung. Das ist weiterhin möglich. Allerdings hat der Gesetzgeber diese steuerfreien Sachbezüge zum 1. Januar eingeschränkt. Jetzt gilt: Begünstigt werden nur noch Gutscheine/Geldkarten, die beim Herausgeber selbst eingelöst werden. Das können bereits bezahlte Gutscheine einer Parfümerie, eines Kaufhauses oder einer Tankstelle sein. Auch eine 10er-Karte für das örtliche Fitnessstudio oder Centergutscheine zählen dazu. Hauptsache ist, dass mit Gutscheinen/Geldkarten ausschließlich Waren oder Dienstleistungen bezogen werden können, sie nicht in Bargeld umtauschbar sind und sie darüber hinaus nur zusätzlich zum Arbeitslohn vom Arbeitgeber ausgegeben werden. Zweckgebundene Geldleistungen und nachträgliche Kostenerstattungen werden nicht mehr als Sachbezüge anerkannt. Sie sind nun vom ersten Euro an steuerpflichtig. Gleiches gilt für Geldkarten/Prepaid-Karten mit eigener IBAN sowie mit Barauszahlung- oder Überweisungsfunktion (zum Beispiel Paypal).

Wichtig: Bei dem Betrag von 44 Euro handelt es sich um eine Freigrenze, nicht um einen Freibetrag. Würde diese monatliche Freigrenze nur um einen Cent überschritten, wäre der gesamte Betrag und nicht nur der übersteigende Betrag steuer- und sozialabgabenpflichtig. In einem Monat nicht genutzte Beträge der Freigrenze dürfen nicht auf andere Zeiträume verteilt und nicht auf einen Jahresbetrag hochgerechnet werden.

Kinderbetreuung

Der Praxisinhaber kann für Angestellte die Kosten für die Betreuung (einschließlich Unterkunft und Verpflegung) nicht schulpflichtiger Kinder bezuschussen, ohne dass der Mitarbeiter auf dieses Geld Steuern und Sozialabgaben zahlen muss. Das gilt für die Betreuung sowohl bei Tageseltern als auch in Krippe, Kita und Kindergarten. Der Zuschuss muss zusätzlich zum Gehalt gezahlt werden.



Fort- und Weiterbildung

Fördern Arbeitgeber das berufliche Fortkommen ihrer Angestellten, ist das immer auch Ausdruck der Wertschätzung und ein wichtiges Instrument der Mitarbeitermotivation und -bindung. Für Praxisinhaber sind die Kosten für die Fortbildung der Angestellten steuer- und sozialabgabenfrei. Dies gilt nicht mehr nur für Weiterbildungsangebote mit Bezug zur konkreten Tätigkeit, sondern seit 2020 ebenfalls für Maßnahmen, die allgemeine Kenntnisse vermitteln und die beruflichen Kompetenzen der Mitarbeiter insgesamt erweitern, zum Beispiel Computer- oder Sprachkurse.

Hinweis

Es gibt weitere Alternativen zu finanziellen Boni, von denen Praxisinhaber und Praxismitarbeiter profitieren können. Welche Möglichkeiten sich am besten eignen, hängt mitunter von der persönlichen Situation des Mitarbeiters ab. Ihr Steuerberater berät Sie gern - auch zu Details der hier genannten Gehaltsextras.



Steuerjahr 2020: Das ist neu für Arbeitgeber

Der Jahreswechsel hat wieder zahlreiche Steueränderungen für Arbeitgeber mit sich gebracht. Neuerungen, die für Praxisinhaber relevant sind.

Text: Katrin Becker

Kleinunternehmer: Umsatzgrenze erhöht

Zum 1. Januar 2020 wurde die Kleinunternehmergrenze von 17.500 Euro auf 22.000 Euro angehoben. Wer also im Jahr 2019 nicht mehr als 22.000 Euro steuerpflichtige Umsätze erzielte und 2020 den Betrag von 50.000 Euro voraussichtlich nicht übersteigen wird, gilt als Kleinunternehmer. In diesem Fall muss er aus seinen Rechnungen keine Umsatzsteuer an den Fiskus abführen und keine regelmäßigen Umsatzsteuerermeldungen an das Finanzamt geben.

Leistungen der zahnärztlichen Heilbehandlung werden nicht besteuert. Gleichwohl spielt die Kleinunternehmergrenze für fast alle Zahnarztpraxen eine Rolle. Leistungen, die im Eigenlabor erbracht werden, der Verkauf von Prophylaxeartikeln oder rein kosmetische Behandlungen wie Bleaching sind nicht von der Umsatzsteuer befreit. Gleiches gilt für Lehrtätigkeiten, Vorträge und Veröffentlichungen.

Mindestlohn hinaufgesetzt

Angehoben wurde auch der gesetzliche Mindestlohn. Nun gilt für alle Branchen eine Lohnuntergrenze von 9,35 Euro brutto pro Stunde – statt wie bisher 9,19 Euro. Ausnahmen vom gesetzlichen Mindestlohn gibt es weiterhin für bestimmte Personengruppen. Dazu zählen Jugendliche unter 18 Jahren ohne abgeschlossene Berufsausbildung, Auszubildende und Pflichtpraktikanten.

Kurzfristig Beschäftigte: höhere Grenze für Pauschalbesteuerung

Arbeitgeber können das Gehalt für kurzfristig Beschäftigte mit 25 Prozent Lohnsteuer pauschalieren, wenn der durchschnittliche Tageslohn 120 Euro (bisher 72 Euro) nicht übersteigt. Dazu wurde mit dem Jahreswechsel der pauschalierungsfähige durchschnittliche Stundenlohn von 12 Euro auf 15 Euro angehoben.

Bonpflicht für Zahnärzte?

Seit Januar ist der Handel gesetzlich verpflichtet, Kunden bei jedem Kauf einen Kassenbon auszuhandigen. Obwohl sie keine Händler sind, betrifft die Bonpflicht auch Zahnärzte – aber eher theoretisch. Das berichtet [zm-online](#). Nach Auskunft des Bundesfinanzministeriums unterlägen durchweg alle Unternehmer, die eine elektronische Registrierkasse haben, der Bonpflicht. Verkäufe, so die [zm](#), ein Zahnarzt in seiner Praxis zum Beispiel Mundwasser oder eine elektrische Zahnbürste, sei er nun verpflichtet, dem Patienten einen Bon auszuhandigen. Allerdings nur dann, wenn er bereits vor dem 1. Januar 2020 eine Registrierkasse betrieben hätte. Eine Abschaffung der Registrierkasse entlasse ihn nicht aus der Bonpflicht: Jeder, der zum 1. Januar 2020 damit gearbeitet habe, müsse dies auch künftig tun, heißt es auf [zm-online](#). Wer allerdings seine Buchhaltung bisher händisch erledigt habe, dürfe dies weiterhin so machen – ohne Weitergabe eines Kassenbons. ■

Studienteilnehmer gesucht: Wie wirken Online-Bewertungen auf Zahnärzte?

Jameda, Google oder Sanego - auf Internetportalen werden auch Zahnärztinnen und Zahnärzte beurteilt. Welchen psychologischen Effekt hat die Notenvergabe durch Patienten? Mainzer Forscher möchten das herausfinden - und bitten um Teilnahme.

Text: Katrin Becker

Bereits bekannt ist, dass Online-Bewertungen den wirtschaftlichen Erfolg von (Zahn-) Arztpraxen positiv wie negativ beeinflussen können. Das Leibniz-Institut für Resilienzforschung (ehemals Deutsches Resilienz Zentrum) und die Johannes Gutenberg-Universität widmen sich den Folgen nun aus psychologischer Sicht.

In der Studie „Der Effekt von Online-Bewertungen auf Personen in medizinischen Berufen“ untersuchen die Mainzer Forscher, unter welchen Umständen sich Beurteilungen auf das Wohlbefinden und das Leistungspotenzial der Betroffenen auswirken. Dadurch möchten sie ein Bewusstsein für die Folgen destruktiver bzw. unfairer Bewertungen in der Bevölkerung schaffen sowie Maßnahmen ableiten, die unfairen Urteilen entgegenwirken und den Umgang damit erleichtert.

Mithilfe ist gefragt

Die Initiatoren bitten die Zahnärztinnen und Zahnärzte in Rheinland-Pfalz um Teilnahme an der Studie. Voraussetzung ist, dass sie im Durchschnitt monatlich mindestens eine Online-Bewertung erhalten und diese auch lesen.

Nach Abschluss des Projekts erhalten die Teilnehmenden einen ausführlichen Bericht zu den Ergebnissen und Erkenntnissen, die aus der Studie gewonnen wurden, inklusive Tipps für den Umgang mit Online-Bewertungen. ■



Fragen zu den Inhalten, den Zielen und dem Ablauf der Studie sowie zum Datenschutz beantwortet Luna Fiedler, B.Sc. Psychologie, telefonisch unter der Rufnummer 0175/7901111 oder per E-Mail an studie.onlinebewertungen@uni-mainz.de. Weitere Informationen und die Möglichkeit zur Anmeldung finden Interessierte auch im Internet unter



[https://
www.aow.psychologie.
uni-mainz.de/
onlinebewertungen](https://www.aow.psychologie.uni-mainz.de/onlinebewertungen)



Migranten als Patienten: Was der Zahnarzt und sein Team wissen sollten

Deutschland wird bunter. Das erfordert von Zahnärzten Wissen über unterschiedliche kulturelle Besonderheiten. Erste Tipps für eine gelingende kultursensible Patientenkommunikation.

Text: Dr. Hermann Hagemann

Deutschlands Zahnärzte stehen vor einer großen Herausforderung. Heute hat bereits jeder Fünfte in Deutschland eine Migrationsgeschichte. Im Jahr 2050 wird dies schon jeden Zweiten betreffen, sagen die Statistiker. Zurzeit suchen sich viele Patienten mit Migrationsgeschichte eher die Praxen aus, in denen man ihre Kultur und – besser noch – auch ihre Sprache versteht. Auf Dauer kann das nicht funktionieren, weil es immer mehr Patienten mit Migrationsgeschichte geben wird.

Gewinner der Veränderungen und Patienten-Check

Gewinner der Veränderungen wird das Zahnarztteam sein, das das Handwerk der interkulturellen Kommunikation beherrscht. Der Einsatz: bereit sein zu lernen. Der Gewinn: mehr soziale Kompetenz, weniger Ängste, mehr Patienten. Die Stationen der Veränderung sind: die Terminvereinbarung, der Empfang in der Praxis, die Begrüßung, der Umgang mit Schmerzpatienten, die Verhandlung von Leistungen, die Verabschiedung. Das Ziel: Jeder im Team kann ein individuelles Patientenprofil für jeden Patienten entwickeln. Mit dem richtigen Profil entscheidet das Team dann über die richtige Herangehensweise (Approach) an den Patienten. Wer möchte wie angesprochen werden, wer möchte eine Lokalanästhesie, wagt es aber nicht zu sagen, wer hat wirklich Schmerzen und wer glaubt, übertreiben zu müssen? Wer meint Nein, wenn er vielleicht Ja sagt und bei wem ist ein Nein ein deutliches Nein? Wer möchte bei Leistungen des Zahnarztes verhandeln, wer möchte vertrauen? Wem ist die Harmonie wichtiger als die klare Ansprache?

Der Gewinn: mehr soziale Kompetenz, weniger Ängste, mehr Patienten

Was am Anfang schwer erscheint, wird in kurzer Zeit Routine, ob in der Klinik oder in der Praxis. Mit zahlreichen Kliniken erarbeite ich seit einiger Zeit erfolgreich Patientenprofile. Doch auch die Justiz, der Kundenservice von Banken und Energieunternehmen arbeiten orientiert am Einzelkunden.

Interkulturelle Kommunikation erfordert den Handwerker mit Herz!

Interkulturelle Kommunikation ist ein Handwerk! Wer das Handwerkszeug erlernt und beherrscht, kann gut damit arbeiten. Zwei Voraussetzungen müssen gegeben sein: erstens die Bereitschaft zu lernen und zweitens eine positive innere Einstellung. Im Folgenden werde ich einige Handwerkszeuge kurz vorstellen. Klar ist, die Handhabung erfordert mehr Zeit als das Lesen des Artikels, nämlich ein Seminar. Voraussetzung für die Beherrschung des Handwerkszeuges ist die Bereitschaft, andere kulturelle Mentalitäten kennenzulernen, wie zum Beispiel deren Art mit Schmerzen umzugehen oder die Erwartungen vieler Migranten an den „guten“ Zahnarzt und sein Team.

Wichtig ist dabei auch die positive Einstellung des Teams. Ablehnung oder gar Wut gegenüber bestimmten Migrantengruppen können Patienten blitzschnell über die Augen (die Pupille) feststellen und an der Mimik ablesen (facial decoding). Doch auch hier gibt es gutes Handwerkszeug, eine innere positive Einstellung zu erarbeiten.



© pablobenii - stock.adobe.com

Diese festigt sich im Laufe der Zeit bei guten Erfahrungen und wird zu einer „echten“ Grundeinstellung.

Der Empfang: Sagt es mit einem Lächeln?

Gehe ich zu meinem Zahnarzt, empfangen mich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter am Tresen mit einem Lächeln und einem Blick in die Augen. Soweit die gute westliche Schule, der Knigge der Konventionen. Unsere Körpersprache wird aber von den wenigsten migrantischen Kulturen in Deutschland geteilt. In den meisten Ursprungskulturen der Migranten gilt der intensive Blickkontakt als aufdringlich. Das Lächeln hat eine völlig andere Bedeutung. So gilt zum Beispiel in russischen Behörden, Praxen und Kliniken das Lächeln der Bediensteten gar als Ausdruck unprofessionellen Verhaltens. Lernen Sie, wer welches Lächeln sehen möchte und wer welchen Blickkontakt mag!

Der mündige Patient – der glücklich gelenkte Patient

Es gibt Kulturen, in denen der Patient vom Arzt das Gespräch auf Augenhöhe erwartet. Der Patient möchte eingebunden sein in die Analyse und Therapie. Diese Kultur der Aufklärung, des rationalen Mitdenkens, ist ein spätes westliches Ideal. Je höher der Bildungsgrad, je höher die gesellschaftliche Belohnung für Selbstentwicklung, umso mehr wird der Patient dieser Gruppe (individualistisch strukturiert) angehören. Viele migrantische Kulturen kennen Ärzte und deren Helfer als Autoritätspersonen, denen der Patient sich gerne überantwortet. „Großer Bruder“ nennen türkische Männer gerne den Arzt und erwarten Schutz und Geborgenheit, aber keine Mitsprache. Migran-

ten aus Russland kennen und schätzen die klare Ansprache. Alles soll klar geregelt sein, der Arzt ist der Chef (Zeichen der kollektivistischen Kultur). Das Gewinnerteam weiß, wie es die Erwartungshaltung jedes einzelnen Patienten herausfindet und anspricht.

Beim Schmerz scheiden sich die Geister

Viktor Wagner ist stolz auf seinen Sohn. „Der hat keine Miene verzogen beim Zahnarzt“, erklärt er seinen Freunden. Die Familie Wagner gehört zur größten Migrantengruppe in Deutschland. Rund fünf Millionen einstige Sowjetbürger leben heute in Deutschland – und alle ticken unterschiedlich. Für Männer aber gilt (meist): Ein Indianer kennt keinen Schmerz (neutrales Schmerzverhalten).

Memmed Yusüf ist auch stolz auf seinen Sohn. Aber wenn der kleine Kemal zum Zahnarzt geht, dann leidet er laut und seine Mutter scheint die Schmerzen mitzuempfinden, auch sie leidet laut mit. Memmed Yusüf findet das völlig okay. Rund drei Millionen Migranten aus der Türkei leben heute in Deutschland – und alle empfinden unterschiedlich. Für den mediterranen Raum gilt (meist) die Devise: Wer Schmerzen zeigt, steht unter dem besonderen Schutz der Familie (affektives Schmerzverhalten).

In neutralen Kulturen gilt es als cool, keine Gefühle zu zeigen. Die russische Körpersprache ist im Bereich der Mimik eher starr. Wenn zum Beispiel Wladimir Putin emotional bewegt ist, sieht man das kaum und das ist das Ideal. Es gilt als männlich, Schmerzen auszuhalten, ohne eine Miene zu verziehen. Anthropologen sprechen hier von Kennzeichen einer maskulinen Gesellschaft.

In affektiven Kulturen hingegen ist das emotionale Denken normal. Gefühle deutlich zu leben und zu zeigen gilt als natürlich. Der italienische Politiker Silvio Berlusconi zum Beispiel lebt Triumphe und Niederlagen deutlich und sichtbar aus. Kann man sich unterschiedlichere Politiker als Putin und Berlusconi vorstellen? Konkret: Der neutrale Patient erwartet vom Arzt, dass er die Schmerzgrenzen an kleinen körpersprachlichen Signalen erkennt. Der geschulte Zahnarzt/sein Team können die kulturell geprägten Reaktionen ihrer Schmerzpatienten unterscheiden und sich darauf einstellen.

Signal	Westliche Welt	Islamische Welt	Asien	Russland
Augen	Blickkontakt zeigt Interesse	Blickkontakt zwischen Mann und Frau reglementiert, gilt gegenüber Frauen als „Aggressivität“	wenig Blickkontakt	mittlerer bis langer Blickkontakt
Mund	Lächeln + Blick = Sympathie	Lächeln zwischen Fremden: Respektlosigkeit	Lächeln = Höflichkeit / Unsicherheit	Lächeln: der Mächtige lächelt nicht
Arme	offen = Bewegung von innen nach außen	offen = Bewegung von außen nach innen	eng am Körper	eng am Körper
Hände	offen = willkommen	offen = willkommen	geschlossen	geschlossen
Stand	fest	fest	fest	fest
Sitz	Beine überschlagen	Beine überschlagen	Beine überschlagen	Beine überschlagen / offen
Füße	egal	Keine Fußsohle zeigen!	Keine Fußsohle zeigen!	-
Stimme	Ideal: freundlich / klar	Ideal: lebhaft / deutlich	Ideal: leise / beherrscht	Ideal: klar und deutlich
Paralinguistik	Gespräch dient dem Austausch von Information / Wissen	Gespräche um ihrer selbst willen / Stimmungsinstrument	Gespräche dienen dem „Respektzollen“ und der Information	-
Distanz	bei Fremden: 1,5 Armeslängen	je bekannter, desto geringer Distanz	näher als im Westen	näher als im Westen

Abbildung: Nationen/Regionen und ihr präferenzielles Verhalten (Grobraster)

Die Begrüßung

Mein Zahnarzt gibt mir zur Begrüßung die Hand. Der Druck ist kräftig. Er schaut mir dabei kurz in die Augen, er lächelt. Dann bittet er mich, Platz zu nehmen. Daraufhin fragt er mich kurz, wie es mir geht und was mich zu ihm führt. Diese Begrüßung ist – mit Varianten – die klassische westliche Form und kann im mediterranen/osteuropäischen Raum zu heftigen Missverständnissen führen. Der kulturell geschulte Arzt weiß zum Beispiel, dass in manchen mediterranen Räumen der Händedruck völlig fehl am Platze ist, während er in Russland zwischen Männern eher kräftig ausfallen sollte. Das informierte Praxisteam weiß für jeden Patienten die richtige Begrüßung zu finden.

Terminvereinbarung

Auch die Terminvereinbarung ist kein einfaches „Geschäft“. Ich erwarte von meinem Zahnarzt für die Terminvereinbarung ein kurzes freundliches Gespräch mit dem Team. Nach einer freundlichen Begrüßung möchte ich in optimaler Geschwindigkeit Ort und Zeitpunkt bestimmen, kurz und trocken (neutraler Approach). Andere Patienten möchten einen empathischeren Empfang, der Mitgefühl und Harmonie in der Gesprächsführung einschließt. Gewünscht ist das tadellose Aussprechen des Namens – inklusive aller Titel – und Flexibilität bei der Termingestaltung. Mann/Frau möchte schon hier emotional umsorgt werden. Das kundige Team findet für jeden Patienten den richtigen Ton. Das kann man lernen. ■

Mit freundlicher Nachdruckgenehmigung
Spitta GmbH, Plaque N Care 4 (7) S. 219-221



Foto: privat

Kontakt zum Autor

Dr. Hermann Hagemann
Staufenstr. 27
48145 Münster
E-Mail: hagemann-muenster@t-online.de

E-Health: Patienten offen für digitale Helfer

Am Thema „E-Health“ scheiden sich die Geister: Während sich die Politik klar dazu bekennt, streiten Mediziner und Krankenkassen über die Ausgestaltung. Doch was meinen die Patienten?

Text: Katrin Becker

Patienten sind gegenüber digitalen medizinischen Angeboten grundsätzlich aufgeschlossen. Eine Umfrage eines Anbieters von Terminbuchungssoftware unter rund 1.000 erwachsenen gesetzlich Versicherten ergab nun, dass 73 Prozent bereit wären, ihre Termine online zu buchen. Erinnerungen an Termine oder Vorsorgeuntersuchungen per E-Mail oder SMS würden 60 Prozent nutzen. Die Nutzung des elektronischen Rezepts ziehen 58 Prozent in Erwägung, die elektronische Patientenakte, die die Krankenkassen ab 2021 verbindlich anbieten müssen, immerhin 48 Prozent. Das Digitale-Versorgung-Gesetz hat Gesundheits-Apps den Weg in den gesetzlichen Leistungskatalog geebnet. Bereits im Laufe dieses Jahres können die ersten Apps möglicherweise auf Kassenrezept verordnet werden. Laut Umfrage können sich 33 Prozent vorstellen, diese zu nutzen – vor allem zur Kontrolle, Prävention und Dokumentation wie zum Beispiel ein Diabetiker-Tagebuch oder ein Medikationsplan.

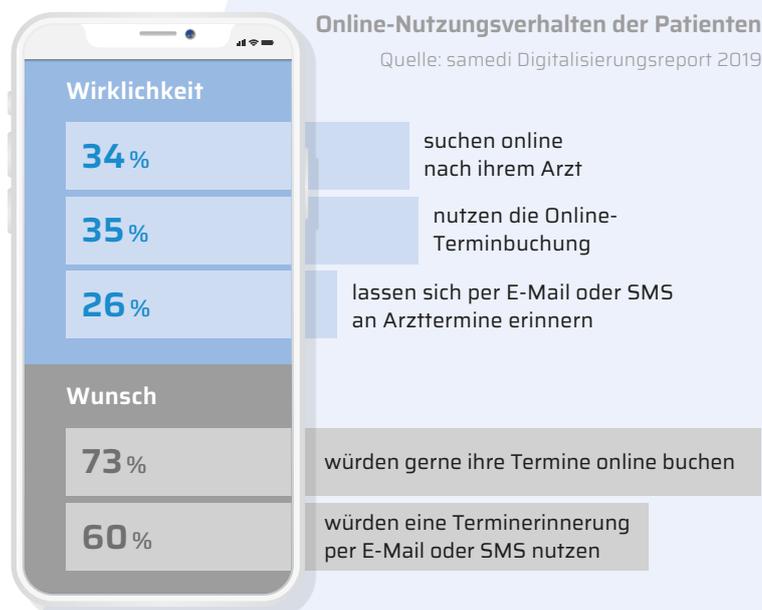
Gesundheits-Apps werden schon heute von 15 Prozent der Befragten verwendet. Für mehr als ein Drittel der Umfrageteilnehmer ist es inzwischen selbstverständlich, Arzttermine online zu buchen (35 Prozent) und im Internet nach einem Behandler zu suchen (34 Prozent). Jeder Vierte lässt sich per E-Mail oder SMS an den Arztbesuch erinnern (26 Prozent).

Furcht vorm gläsernen Patienten

Datenschutz und Datensicherheit sind Dreh- und Angelpunkt der Digitalisierung im Gesundheitswesen. Nahezu alle Befragten (87 Prozent) legen deshalb größten Wert darauf, selbst über ihre persönlichen Daten bestimmen zu können. Rund

zwei Drittel (65 Prozent) äußerten Angst vor Datenmissbrauch und die Hälfte (50 Prozent) fürchtet sich davor, zum „gläsernen Patienten“ zu werden. Uneins sind sich die befragten Patienten, ob derzeit genug für den Datenschutz getan wird.

Entsprechend bedacht gehen Patienten mit ihren Daten um. 86 Prozent erwägen, Gesundheitsdaten mit ihrem Arzt zu teilen. Knapp zwei Drittel würden ihren Impfstatus, Basisdaten wie Gewicht, Größe oder Blutgruppe und Befunde anderer Behandler digital bereitstellen. Immerhin 61 Prozent können sich vorstellen, den Krankenkassen Informationen digital zur Verfügung zu stellen. Für Forschungszwecke wären 32 Prozent dazu bereit. Zurückhaltender sind die Befragten bei nicht mit dem Gesundheitswesen verbundenen Unternehmen. 66 Prozent gaben an, ihre persönlichen Gesundheitsdaten nicht mit dem Arbeitgeber teilen zu wollen. 78 bzw. 83 Prozent schlossen dies aus für Gerätehersteller und Internetkonzerne. ■



Patient Gesundheitssystem: Welche Diagnosen stellen Heilberufler?

Nach der Reform ist vor der Reform: Am deutschen Gesundheitssystem doktert die Politik seit Jahrzehnten herum. Wo sehen Heilberufler Handlungsbedarf? Antworten gibt eine Umfrage der apoBank.

Text: Katrin Becker

Zahnärzte, Ärzte und Apotheker sehen die Bürokratie als die größte Herausforderung im Gesundheitswesen. Fast zwei Drittel (62 Prozent) der Befragten geben an, dass Dokumentationspflichten und Verwaltungsarbeit den Berufsalltag stark vereinnahmen. Nahezu die Hälfte (46 Prozent) sieht die staatliche Regulierung und die Budgetierung der Patientenversorgung kritisch.

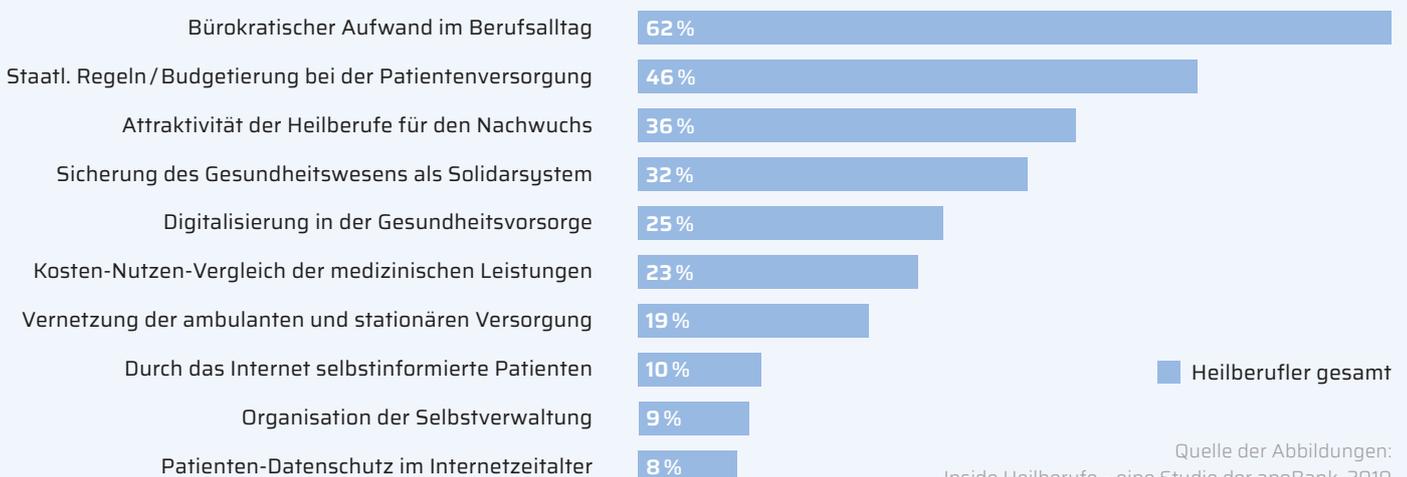
Entsprechend fallen die Wünsche der Heilberufler für den Berufsalltag aus: Mit 90 Prozent sprechen sich nahezu alle Befragten für weniger administrative Tätigkeiten aus. 70 Prozent wünschen sich weniger Vorgaben durch die Politik. Folglich haben sie ein großes Bedürfnis nach mehr Entscheidungsfreiheit im Job. Rund zwei Drittel der Befragten sehnen sich nach mehr Zeit für den Patienten, mehr Unabhängigkeit bei beruflichen Entscheidungen und mehr Flexibilität bei der Arbeitszeitgestaltung (Abb. 1).

Die Deutsche Apotheker- und Ärztebank (apoBank) hat die Studie „Inside Heilberufe“ nach 2016 zum zweiten Mal aufgelegt. In ihrem Auftrag hat das Institut DocCheck Research im vergangenen Jahr 500 Heilberufler befragt, darunter Apotheker, Ärzte, Zahnärzte sowie Medizin-, Zahn- und Pharmaziestudenten.

Trotz TI-Debatte: Digitalisierung weniger relevant

Darüber hinaus treiben die Heilberufler Sorgen um den Nachwuchs um. Für mehr als ein Drittel (36 Prozent) ist es eine wichtige Aufgabe, die Heilberufe für die nachrückende Generation attraktiv zu halten. Ebenfalls ein Drittel (32 Prozent) zählt ferner den Erhalt des Gesundheitswesens als Solidarsystem zu den vorrangigen Herausforderungen. Die Digitalisierung der Gesundheitsversorgung gehört – angesichts der Debatte um die Sicherheit der Telematikinfrastruktur (TI) und den Gesetzesplänen für ein digitales Gesundheitswesen durchaus überraschend – nur für ein Viertel der Heilberufler (25 Prozent) dazu (Abb. 2).

Abb. 1: Gesundheitswesen – Wo gibt es Handlungsbedarf?

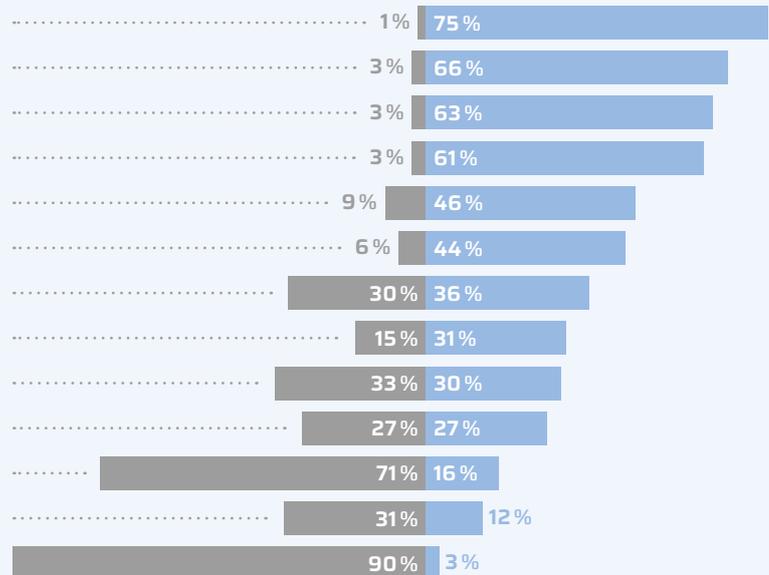


Quelle der Abbildungen:
Inside Heilberufe – eine Studie der apoBank, 2019

Abb. 2: Wünsche für den beruflichen Alltag

Einkommen
 Zeit für Patienten/Kunden
 Freie und flexible Arbeitszeitgestaltung
 Unabhängigkeit für die beruflichen Entscheidungen
 Fort- und Weiterbildung/stets up to date sein
 Austausch mit Kollegen
 Innovative digitale Gesundheitsleistungen
 Anzahl der Patienten/Kunden
 Digitales Datenmanagement
 Internationaler Austausch
 Gesundheitspolitik/staatliche Regulierungen
 Eigenes Engagement in Standesorganisationen
 Dokumentation/Verwaltungsarbeit

Davon hätte ich gerne... ■ (viel) weniger ■ (viel) mehr



Zahnärzte hadern mit Bürokratie und Fremdbestimmung

Interessant ist der Blick in die einzelnen Berufsgruppen. Deutlich kritischer als Humanmediziner sehen Zahnärzte die Bürokratie und die Eingriffe der Politik in ihre Tätigkeit. Halten hier rund 70 Prozent der Zahnmediziner eine Wende für notwendig, sind es bei den Ärzten etwa 50 Prozent.

Um die Attraktivität ihres Berufes sorgen sich am stärksten die Apotheker. Eine knappe Mehrheit (56 Prozent) äußerte sich entsprechend in der Umfrage. Für sie wiegt zudem der Erhalt des Solidarsystems schwerer (45 Prozent vs. 27 Prozent bei den Zahnärzten). Der Digitalisierung messen die Apotheker und Fachärzte unter den Befragten die größte Bedeutung bei (27 bzw. 26. Prozent). Für nur 14 Prozent der Zahnmediziner ist das Thema akut (Abb. 3). Auffällig: Vor allem auch die befragten Studenten, die „Digital Natives“, sehen Nachholbedarf bei der Digitalisierung im Gesundheitswesen.

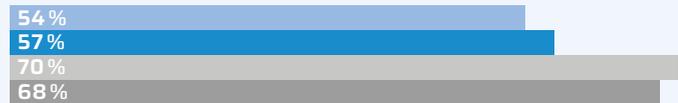
Schwindende Zufriedenheit im Job

Insgesamt, so ein weiteres Ergebnis der Umfrage, nimmt die Zufriedenheit der Heilberufler mit ihrer beruflichen Situation ab. Waren bei der ersten Befragung 2016 noch knapp zwei Drittel (62 Prozent) zufrieden, fühlten sich 2019 nur noch gut die Hälfte (55 Prozent) rundum wohl. Auffällig ist der Stimmungswandel unter den Studierenden. Sie blicken heute verhaltener in die Zukunft als noch vor wenigen Jahren. Während 2016 noch 71 Prozent mit ihren beruflichen Aussichten zufrieden waren, sind es 2019 nur noch 56 Prozent.

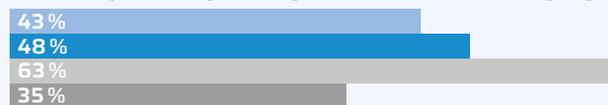
Abb. 3: Handlungsbedarf nach Berufsgruppen

■ Allgemeinärzte ■ Fachärzte ■ Zahnärzte ■ Apotheker

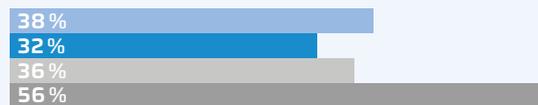
Bürokratischer Aufwand im Berufsalltag



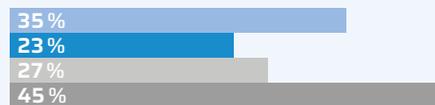
Staatl. Regeln/Budgetierung bei der Patientenversorgung



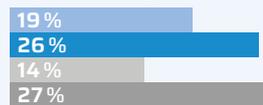
Attraktivität der Heilberufe für den Nachwuchs



Sicherung des Gesundheitswesens als Solidarsystem



Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung



Ein weiteres Indiz für eine geringere Zufriedenheit ist, dass viele der Befragten ihren Beruf heute seltener jungen Menschen empfehlen würden. Das trifft besonders auf die Zahnärzte zu. Warben 2016 noch 50 Prozent für eine zahnmedizinische Tätigkeit, sind es 2019 nur noch 41 Prozent. 30 Prozent der Zahnärzte würden sogar von ihrem Beruf abraten - 6 Prozent mehr als 2016. ■



KZVRLP

KASSENZAHNÄRZTLICHE VEREINIGUNG
RHEINLAND-PFALZ

Offizielles Mitteilungsblatt und Rundschreiben der
Kassenzahnärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz