

KZVAKTUELL

MITTEILUNGSBLATT DER KASSENZAHNÄRZTLICHEN
VEREINIGUNG RHEINLAND-PFALZ



Fokus

Anstoß zur Veränderung: Motivierende Gesprächsführung in der Zahnmedizin

Abrechnung

Plausibilitätsprüfungen: Gut begründen
und dokumentieren hilft

Aktuell

Mediziner-mangel:
Forderungen an die Politik

Politik

Frühkindliche Karies:
Vorsorge für Kleinkinder kommt

Position

- 3 Vertrauen nicht verspielen

Abrechnung

- 4 Plausibilitätsprüfungen:
Gut begründen und dokumentieren hilft

Fokus

- 7 Motivational Interviewing
in der Zahnmedizin

KZV Rheinland-Pfalz

- 12 Recht als neuer Geschäftsbereich

Aktuell

- 12 Berufsbild Zahnarzt: IDZ startet dritte Befragungswelle

Rundschreiben

- 13 Wichtige Informationen für Zahnärzte und Praxisteams

Fortbildung

- 21 Absage des Symposiums „Berufliche Selbstverwaltung als demokratisches Freiheitsrecht“
- 21 Aktuelle Fortbildung der KZV Rheinland-Pfalz: Live-Hacking: IT-Sicherheit zum Greifen

Politik

- 22 Erfolg im Kampf gegen Karies: Vorsorge für Kleinkinder kommt
- 25 Interview: „Eine der entscheidenden Fragestellungen war die der Evidenz“

Aktuell

- 28 Medizinerangel: KZV und KV RLP stellen Forderungen an die Politik
- 30 Versorgung von Pflegebedürftigen: „Zahnmobil“ nimmt Fahrt auf

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

Dr. Peter Matovinovic (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: Composing aus @virtua73;
Antonioguillerm - 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.

Vertrauen nicht verspielen

„Ich mach mir die Welt, wie sie mir gefällt.“ Das Lebensmotto von Pippi Langstrumpf, so scheint es, hat manch ein Politiker für sich entdeckt. Damit spiele ich nicht auf Andrea Nahles an. Unvergessen ist ihre Gesangseinlage der Pippi-Langstrumpf-Melodie im Bundestag, mit der sie der Opposition Realitätsferne vorwarf. Ich meine Bundesgesundheitsminister Jens Spahn, der seit seinem Amtsantritt in Pippilotta-Manier selbstbewusst durch die Felder der Gesundheitspolitik reitet. Rückkehr zur paritätischen Beitragssatzfinanzierung, mehr Geld und Ausbildungsplätze für die Pflege, mehr Organspenden, mehr Implantatsicherheit – Spahn hat vieles aus dem Koalitionsvertrag angepackt und umgesetzt.

Entschlossen geht er dabei vor, mitunter provokant. Dabei stößt er nicht selten seiner eigenen Partei und dem Koalitionspartner vor den Kopf. Für Aufsehen sorgte zuletzt seine Androhung, den Krankenkassen per Rechtsverordnung Leistungen vorzuschreiben und somit den Gemeinsamen Bundesausschuss auszuhebeln. Oder sein Vorstoß, das Bundesgesundheitsministerium zum Mehrheitsgesellschafter der gematik zu machen.

Was treibt Spahn an? Geht es ihm tatsächlich um die Patienten und eine bessere medizinische Versorgung? Oder ist es schlicht persönliche Profilierung? Sein politischer Ehrgeiz scheint unermesslich.

Klar ist: Spahn nutzt jede Gelegenheit, um manch lange Entscheidungswege innerhalb der Selbstverwaltung zu kritisieren. In Teilen hat er damit

sogar Recht. Man schaue nur auf den nun endlich gefassten Beschluss, zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen auf Kleinkinder auszuweiten. Dreieinhalb Jahre hat es dafür im Gemeinsamen Bundesausschuss gebraucht. An schnelleren Entscheidungen muss die gemeinsame Selbstverwaltung arbeiten!

Spahns rhetorisch geschickt verpackte Vorstöße sind jedoch nicht geeignet, eine Diskussion über die Legitimation und die Kompetenz der Selbstverwaltung zu führen. Fest steht: Im Gemeinsamen Bundesausschuss herrscht keine Willkür. Entscheidungen spiegeln immer einen breiten Konsens der Partner im Gesundheitswesen wider und werden unabhängig auf Grundlage medizinischer Evidenz und des Wirtschaftlichkeitsgebots getroffen. Würde künftig ein Ministerium entscheiden, welche Behandlungen gewährt werden oder eben nicht, ginge das zu Lasten der Versorgungsqualität.

Öffentliche Angriffe schaden der Glaubwürdigkeit und der Bedeutsamkeit der Selbstverwaltung. Ein Gesundheitsminister sollte deshalb nicht für populistische Schlagzeilen mit dem Vertrauen der Menschen spielen. Denn anders als Pippi Langstrumpf, die in ihrer kleinen Villa Kunterbunt die Hausordnung bestimmt, trägt Spahn Verantwortung für eine Gesellschaft und deren Gesundheit.

Ihr



Dr. Peter Matovinovic
Vorsitzender des Vorstandes



„Ein Gesundheitsminister sollte nicht für Schlagzeilen mit dem Vertrauen der Menschen spielen.“

Plausibilitätsprüfungen: Gut begründen und dokumentieren hilft

Die gesetzlichen Krankenkassen prüfen abgerechnete Leistungen zunehmend auf Plausibilität. Eine saubere Dokumentation einschließlich Begründung ist entscheidend, damit Praxen im Zweifelsfall eine zulässige Abrechnung belegen können.

Text: Marita Gablonsky, Geschäftsbereichsleiterin Abrechnung der KZV Rheinland-Pfalz

Genauso wichtig wie die Dokumentation an sich ist es, die Begründung mit den Abrechnungsdaten an die KZV Rheinland-Pfalz zu übermitteln. Hierfür ist das Bemerkungsfeld oder das Feld „KZV-intern“ in der Abrechnungssoftware vorgesehen. Mithilfe dieser Angaben kann die KZV Plausibilitätsprüfungen oder auch Regressanträge der Krankenkassen umgehend bearbeiten,

ohne Rücksprache mit der Praxis zu halten und den Praxisablauf zu stören.

Folgende Tabelle bietet Ihnen eine Hilfestellung bei der Dokumentation und Begründung konservierend-chirurgischer Leistungen:

Leistungen/ BEMA-Nr.	Prüfansatz	Abrechnungshinweis / erforderliche Dokumentation
Ä1	18-Tage-Frist	Erstreckt sich ein Behandlungsfall über zwei Quartale, so ist nach vorangegangener Leistung nach BEMA-Nr. 01 oder Ä1 die BEMA-Nr. Ä1 im Folgequartal nur abrechnungsfähig, wenn zwischen der Leistung BEMA-Nr. 01 oder Ä1 im Vorquartal und der Leistung nach BEMA-Nr. Ä1 im Folgequartal ein Zeitraum von 18 Kalendertagen überschritten ist, es sei denn, die Behandlung im Folgequartal geht über den nach BEMA-Nr. 01 oder Ä1 erhobenen Befund hinaus, stellt also einen völlig neuen Behandlungsfall dar. Eine Begründung ist im Feld „KZV-intern“ leistungsbezogen einzugeben.
Ä1	Neben einer anderen als der ersten zahnärztlichen Leistung pro Quartal	Eine Leistung nach BEMA-Nr. Ä1 kann als alleinige Leistung oder neben der ersten zahnärztlichen Leistung abgerechnet werden. Sollte eine zweite Sitzung (alleinige Leistung, zum Beispiel telefonische Beratung) am gleichen Tag stattfinden, ist das Sitzungsdatum erneut einzugeben.
IP4	Zweimal in einem Kalenderhalbjahr	Im Feld „KZV-intern“ ist eine Begründung leistungsbezogen einzugeben (zum Beispiel hohes Kariesrisiko). Zwischen den Behandlungen sollten ca. drei Monate liegen.
IP5	IP5 neben BEMA-Nr. 25 (am selben Zahn)	IP5 am selben Zahn ist nicht neben BEMA-Nr. 25 (cp) abrechenbar.
13e-h	Keine Indikation angegeben	Im Feld „KZV-intern“ ist eine Begründung leistungsbezogen einzugeben (schwanger, stillend, Amalgamallergie, Niereninsuffizienz).
13a-h	Innerhalb der zweijährigen Gewährleistung	Im Feld „KZV-intern“ ist eine Begründung leistungsbezogen einzugeben (nach Begründungskatalog zur Vereinfachung der KZV-internen-Mitteilung leistungsbezogen siehe Abrechnungsinformation 1/2012 oder in Textform zum Beispiel inadäquates Kauverhalten, Bruxismus).
13c-d	Mehr als zweiflächige Füllung an zu überkronenden Zähnen nach Erstellung eines HKP oder neben EKR.	Nicht abrechnungsfähig.

Leistungen/ BEMA-Nr.	Prüfansatz	Abrechnungshinweis /erforderliche Dokumentation
40 / 41a	Keine korrespondierende Leistung / Angabe im Bemerkungsfeld fehlt	Im Feld „KZV-intern“ ist eine Begründung leistungsbezogen einzugeben (zum Beispiel ZST, SK) bzw. im Bemerkungsfeld „4“ für PAR oder „5“ für ZE.
40	Intraligamentäre Injektionen	Ob bei einer Sanierung mehrerer benachbarter Zähne im Unterkiefer die intraligamentäre Anästhesie regelhaft eine Behandlungsalternative darstellt, die zu Lasten der GKV im BEMA pro Zahn abgerechnet werden kann, muss im Hinblick auf das dem BEMA zugrunde liegende Wirtschaftlichkeitsgebot (ausreichend, wirtschaftlich, zweckmäßig und den Grad des Notwendigen nicht überschreitend) bezweifelt werden. In diesem Fall wäre die intraligamentäre Anästhesie im Vergleich mit der Leitungsanästhesie unwirtschaftlich. Insofern bleibt die Ausnahmeregelung für die Abrechnung der intraligamentären Anästhesie unter einer wirtschaftlichen Betrachtung auf den Bereich von zwei Zähnen je Unterkieferhälfte beschränkt.
41a	Im Oberkiefer	Im Feld „KZV-intern“ ist eine Begründung leistungsbezogen einzugeben (zum Beispiel großer chirurgischer Eingriff, starke Entzündung).
105 / 107	Während und im Zusammenhang mit einer chirurgischen Parodontal- behandlung	ZST nicht abrechnungsfähig, Mu in Ausnahmefällen. Im Feld „KZV-intern“ ist eine Begründung leistungsbezogen einzugeben, wenn die Leistung unabhängig von der PAR-Behandlung erbracht wurde (zum Beispiel Aphthe).
105 / 106	Nach Eingliederung von ZE	Die Behandlung von Prothesendruckstellen oder das Entfernen störender Stellen an Prothesen ist bis zu drei Monate nach Eingliederung mit der Gebühr für die neue Prothese oder Wiederherstellung abgegolten und darf nicht mit BEMA-Nr. 105/106 zusätzlich berechnet werden.
28 / 32 / 35	Fehlerhafte Anzahl, Mehrfachabrechnung	Die Anzahl der abgerechneten Leistungen muss übereinstimmen. Bei einem Krankheitsfall sind sie nur einmal je Kanal ansatzfähig.
35	Ohne vorherige 32	Die Leistung ist ohne vorherige BEMA-Nr. 32 nicht abrechenbar.
34	Mehr als dreimal je Behandlungsfall	Im Rahmen einer Gangränbehandlung sind mehrere Sitzungen mit medikamentösen Einlagen indiziert. Die Anzahl der Sitzungen ist vertraglich allerdings auf drei beschränkt. In Ausnahmefällen ist eine medizinische Begründung im Feld „KZV-intern“ leistungsbezogen einzugeben. In diesen Ausnahmefällen ist ggf. eine weitere „med“ ansatzfähig.
11	Neben den BEMA-Leistungen zum Beispiel 25, 26, 27, 28, 32, 34 ...	Im Zusammenhang mit Leistungen, wie etwa der indirekten oder direkten Überkappung (BEMA-Nrn. 25, 26) oder endodontischen Maßnahmen (BEMA-Nrn. 27 bis 35), kann BEMA-Nr. 11 nicht zusätzlich abgerechnet werden. Dasselbe gilt, wenn nachfolgend Zahnersatz geplant wird (zum Beispiel Kronen oder Brückenankerkrone).
01	Je Kalenderhalbjahr einmal	Erst nach Ablauf von vier Monaten.
03	Neben BEMA-Nrn. 01, 04, 107, IP ...	Lediglich die BEMA-Nrn. 01 und 107 in Ausnahmefällen. Eine Begründung ist im Feld „KZV-intern“ leistungsbezogen einzugeben (zum Beispiel unklare Schmerzen, starke Gingivitis).
04	Im achten Quartal abrechenbar	Erst nach Ablauf von sieben Leerquartalen.
49	Mehr als viermal	Eine Begründung ist im Feld „KZV-intern“ leistungsbezogen einzugeben. Nicht im Sinne einer PAR-Behandlung ansatzfähig.
50	Mehr als viermal	Eine Begründung ist im Feld „KZV-intern“ leistungsbezogen einzugeben. Die Gebührennummer ist nur in Ausnahmefällen an einzelstehenden Zähnen im Sinne einer PAR-Behandlung ansatzfähig.

Leistungen/ BEMA-Nr.	Prüfansatz	Abrechnungshinweis / erforderliche Dokumentation
51a/b	Neben GOÄ-Nrn. 1467, 1485, 1486	Nur in Ausnahmefällen möglich. Eine Begründung ist im Feld „KZV-intern“ leistungsbezogen einzugeben (zum Beispiel eigenständige Indikation).
Ä 935d	Mehr als einmal in gleicher Sitzung	Eine Begründung ist im Feld „KZV-intern“ leistungsbezogen einzugeben (zum Beispiel postoperativ).
Ä925a	Mehrfach in gleicher Sitzung	Nur möglich bei endodontischer Behandlung oder chirurgischem Eingriff.
7700	Mehrfach in gleicher Sitzung	Eine Begründung ist im Feld „KZV-intern“ leistungsbezogen einzugeben (zum Beispiel AU, kurze Bescheinigung).
	Zahn fehlt / nicht vorhanden	Eine Begründung ist im Feld „KZV-intern“ leistungsbezogen einzugeben (zum Beispiel Wurzelrest, Zahn vorhanden).
Ä2381	Zahnangabe oder Begründung fehlt	Der Zahn ist anzugeben. Ebenso ist eine Begründung im Feld „KZV-intern“ leistungsbezogen einzugeben (zum Beispiel Bluter, Infektionsgefahr).
152a	Besuch je weiteren Patienten in einer häuslichen Gemeinschaft	Nur Hinweis: Die Privatadresse des Patienten (zu Hause) ist maßgebend.
152b	Besuch je weiteren Patienten in derselben Einrichtung	Nur Hinweis: Altenheim oder Pflegeheim.

Weitere Hinweise

7810 - 7841	<p>Wegegeld: Im Falle des Besuchs mehrerer Patienten in einem Heim oder Ähnlichem ist nur einmal Wegegeld berechenbar (anteilige Berechnung pro Patient).</p> <p>Der Divisor ist bei jedem Patienten anzugeben (Privatpatienten werden in diesem Fall mit eingerechnet).</p> <p>Beispiele finden sich im Rundschreiben 4/18.</p>
Sonstige Kostenträger	<p>Originalscheine sind mit dem KZV-Stempel zu versehen und bei der KZV einzureichen.</p> <p>Bitte auf die Zuordnung nach BKV-Nummer achten.</p> <p>Bei Asylbewerbern nach § 4 AsylbLG ist nur eine Akut- und Schmerzbehandlung abrechenbar.</p>
Manuelles Ersatzverfahren	<p>Anwendung nur bei defekten elektronischen Gesundheitskarten oder Lesegeräten, Versicherungsnachweis muss vorliegen.</p> <p>Bitte auf die Zuordnung nach BKV-Nummer achten.</p> <p>Versichertennummer, PLZ und Wohnort sind anzugeben.</p>

Motivational Interviewing in der Zahnmedizin

Motivational Interviewing, zu Deutsch motivierende Gesprächsführung, ist ein vielversprechender Ansatz, um Menschen für Veränderungen zu gewinnen. Auch in der Zahnmedizin?

Text: PD Dr. Johan P. Wölber, Julia Kitzmann, Dipl.-Psych. Paul C. Endrejat

W arum ist Motivation in der Zahnmedizin so wichtig?

Bei Erkrankungen wie Karies und Parodontitis ist die Zahnmedizin auf die Mitarbeit des Patienten angewiesen. Das betrifft die Bereitschaft sowohl zur Therapie als auch zu prophylaktischen Maßnahmen. Neben der behandlungsspezifischen Kommunikation haben Zahnärzte die Aufgabe, ihre Patienten zu motivieren, sei es zu gründlicher Mundhygiene, gesunder Ernährung oder Kontrollterminen. Viele Zahnärzte tun dies direktiv mit metaphorisch erhobenen Zeigefinger (Britt et al., 2004; Crofoot et al., 2010; Hornef, 2017). Patienten reagieren auf Anweisungen oft ablehnend. Einen alternativen, evidenzbasierten Ansatz zur Motivationsförderung bietet das Motivational Interviewing (MI; dt.: motivierende Gesprächsführung) nach Miller und Rollnick (2015). Viele der Handlungsempfehlungen des MI sind im Vergleich zum klassischen Vorgehen weniger direktiv. Statt Vorschriften zu machen und mit Autorität besserwisserisch Empfehlungen auszusprechen, hilft MI den Patienten dabei, herauszufinden, was für ihre Gesundheit am besten ist. In einer Metaanalyse zeigten Rubak et al. (2005), dass MI bei zahlreichen verhaltensassoziierten Erkrankungen dem Erteilen von Ratschlägen überlegen war. In der Mehrzahl der betrachteten randomisierten kontrollierten Studien fanden sich signifikant positive, klinisch relevante Therapieeffekte. Ziel des Artikels ist es, das MI in seiner Grundhaltung, den Gesprächsprozessen und seinen Kommunikationstechniken vorzustellen und seine Effektivität durch psychologische Modelle und Theorien zu erklären.

Definition

Miller und Rollnick (2015) beschreiben MI als einen zielgerichteten Kommunikationsstil, bei dem der Fokus auf der Veränderungssprache der Pa-

tienten liegt. Die Motivation für und die Bindung an ein spezifisches Ziel (zum Beispiel die regelmäßige Nutzung von Interdentalbürsten) sollen gestärkt werden. Dies geschieht, indem die Motive für eine Veränderung in einer partnerschaftlichen und anerkennenden Atmosphäre erkundet und evoziert werden. Hierfür bedarf es einer spezifischen Grundhaltung.

Die MI-Grundhaltung

Die Grundhaltung des MI wird von den vier Elementen Zusammenarbeit, Akzeptanz, Evokation und Mitgefühl getragen (Miller & Rollnick, 2015).

Zusammenarbeit: Um die Veränderungsbereitschaft von Patienten zu erhöhen, arbeitet MI nicht an, sondern mit Patienten. Auch wenn Veränderungen angestrebt sind, braucht ein guter Dialog mindestens zwei Gesprächspartner. Zentral ist die Überzeugung, dass man eine Verhaltensänderung nicht erzwingen kann oder ein solches Vorgehen nur kurzfristig wirken würde. Laut der Selbstbestimmungstheorie (Ryan & Deci, 2000) sind Autonomie und Kompetenzerleben menschliche Grundbedürfnisse. Kompetenz meint die Wahrnehmung der Patienten, dass sie es sind, die herausfordernde Aufgaben lösen und die gewünschten Ziele erreichen. Autonomie beschreibt ein selbstbestimmtes und selbstbegründetes Verhalten, mit dem Aufgaben selbstorganisiert bewältigt werden können. Eine auf Zusammenarbeit basierende Grundhaltung siedelt die Verantwortung bei den Patienten an und entlastet Zahnärzte.

Akzeptanz: Häufig werden nicht veränderungsbereite Patienten als widerständig oder stur wahrgenommen. MI möchte Schuldzuweisungen überwinden und akzeptiert, dass es Gründe für und gegen eine Veränderung gibt und dass eine nachvollziehbare Ambivalenz besteht. Die Aufgabe des Zahnarztes ist es, das Gewicht auf der „Ambivalenz-Waage“ zugunsten der Seite pro Veränderung zu erhöhen. Hilfreich kann das Erfragen und Reflektieren individueller Veränderungsgründe sein. Vorschriften und Ermahnungen bewirken eher ein entgegengesetztes Verhalten, da sich der Patient in seiner Autonomie eingeschränkt sieht. Wird ein Patient ermahnt, auf Zucker zu verzichten, wächst unter Umständen die Motivation, Zucker zu sich zu nehmen. Verbotene Früchte schmecken besonders gut, sie sind interessanter als die erlaubten. Nach der Reaktanztheorie (Brehm & Brehm, 2013) wird Reaktanz ausgelöst, wenn

ein Mensch sich eingeengt fühlt und nun seine Energie darauf verwendet, seine Freiheit zu verteidigen bzw. wiederherzustellen. Wenn zahnärztliche Vorschriften als freiheitseinschränkend wahrgenommen werden, untergraben sie die autonome Motivation des Patienten, sein Verhalten zu ändern. Diese Problematik wird auch vor dem Hintergrund der Selbstwahrnehmungstheorie deutlich. Sie nimmt an, dass Menschen ihre Einstellungen an ihr Verhalten anpassen (Bem, 1972). Wenn Patienten hören, wie sie selbst gegen Mundhygiene argumentieren, dann werden sie ihre Einstellungen dem anpassen. Wenn Patient und Zahnarzt also ein Spiel beginnen (Berne, 1964), dessen Regeln darin bestehen, dass der Zahnarzt Vorschläge macht, auf die der Patient reaktant reagiert, wird die Veränderungsmotivation des Patienten untergraben. Behandler sollten sich im Klaren sein, dass Widerstand ein reaktives und kein proaktives Verhalten ist, das durch die Interaktion entsteht (Brehm & Brehm, 2013). Es geht um eine förderliche ärztliche Grundhaltung, die einen Kampf vermeidet und nachvollzieht, was aus Patientensicht für und gegen eine Veränderung spricht. Empathisch und akzeptierend begleitet wird der Patient zum selbstverantwortlichen Experten bezüglich seiner individuellen Therapie.

Evokation (lat. evocatio = das Hervorrufen): Eine zentrale Überzeugung im MI ist, dass Informationen und Abschreckung nicht hilfreich sind, um eine Verhaltensänderung zu erzielen. Raucher wissen, dass ihr Verhalten schädlich ist, und Patienten sind sich bewusst, dass übermäßiger Zuckerkonsum die Zähne angreift. Der Patient wird nicht als defizitär begriffen, sondern er trägt die für ihn ausschlaggebenden Motive für eine Veränderung schon in sich und die Motivation sollte aus ihm selbst kommen. Der Zahnarzt unterstützt diesen Prozess, indem er die Beweggründe mit Fragen und Reflektionen evoziert, in seiner Grundhaltung aber akzeptierend bleibt. Äußert ein Patient Gründe für eine Veränderung, wird dies im MI als Veränderungssprache verstanden: „Ich würde gerne wieder schlank sein, dafür wäre es sicher auch gut, weniger Zucker zu essen.“ Nach der Selbstbestimmungstheorie erhöht das vermehrte Auftreten solcher Äußerungen die Wahrscheinlichkeit zur Verhaltensänderung. Laut Miller und Rollnick (2015) redet sich der Patient selbst in die Veränderung. Äußerungen, die sich gegen eine Veränderung richten oder für die Aufrechterhaltung der aktuellen Situation sprechen, werden als Status-quo-Sprache bezeichnet: „Ich bin sowieso zu dick, da kommt es auf das bisschen Zucker auch nicht mehr an.“ Eine Metaanalyse von Magill et al.

(2014) zeigte, dass derartige Äußerungen das Ausbleiben von Verhaltensänderungen vorhersagen. Halten sich die Veränderungssprache und Status-quo-Sprache die Waage, so wird dies als Ausdruck einer bestehenden Ambivalenz gewertet: Die Person ist hin- und hergerissen. Für den Zahnarzt kann es ein Teilziel sein, bei veränderungsunwilligen Patienten zunächst eine Ambivalenz zu erzeugen. In nachfolgenden Schritten kann er den Patienten durch weitere evokative Prozesse unterstützen, seine Ambivalenz in Richtung der Veränderung aufzulösen und die Veränderungsmotivation zu steigern.

Mitgefühl: Mitgefühl ist das vierte zentrale Element der MI-Grundhaltung und bringt zum Ausdruck, dass jede Arzt-Patient-Interaktion dem Wohl des Patienten dienen sollte. Miller und Rollnick (2015) fügen dieses Element hinzu, weil jedes der drei zuvor erwähnten Elemente auch eigennützig zum Einsatz kommen kann. Erst durch Mitgefühl wird deutlich, dass das Vertrauen der Patienten nicht dazu genutzt werden darf, Behandlungsmethoden zu verschreiben, von denen primär Ärzte und nicht die Patienten profitieren. Mitgefühl sollte nicht als Mitleid verstanden werden, sondern eine Erinnerungsstütze an das Wohlergehen des Patienten sein.

Die Phasen eines MI-Gesprächs

Miller und Rollnick (2015) beschreiben vier aufeinander aufbauende Phasen eines MI-Gesprächs: Beziehung herstellen, auf ein Thema fokussieren, Motivation evozieren, gemeinsame Planung.

Beziehung herstellen: Eine gute therapeutische Beziehung ist nachweislich ein wesentlicher Faktor in der Verhaltensänderung (Grawe, 2004). Ein guter Rapport in vertrauensvoller Atmosphäre entscheidet maßgeblich darüber, ob Patienten nach der ersten Behandlung wiederkommen oder sich einen anderen Zahnarzt suchen.

Fokussieren: Für ein erfolgreiches Gespräch ist es wichtig, dass beide Parteien sich auf ein gemeinsames Anliegen verständigen. Stellt sich ein Patient mit Kiefergelenksbeschwerden vor, so wird er an diesem Tag wenig bereit sein, über Rauchen oder Mundhygiene zu sprechen. Das kann ihn zwar auch betreffen, ist aber nicht sein aktueller Fokus. Offener wäre er sicher für ein Gespräch über den Umgang mit Stress, Schlafverhalten und andere symptomassoziierte Themen. Fokussieren bedeutet herauszufinden, worum es im Gespräch gehen soll.

Evozieren: Beim Prozess des Evozierens werden die Gründe für eine Verhaltensänderung aus dem Patienten selbst hervorgehoben.

Planen: Ist eine ausreichend hohe Veränderungsmotivation aufgebaut, werden Maßnahmen erarbeitet, wie die Intentionen im Alltag umgesetzt werden können. Auch die Ambivalenz oder der Umgang mit möglichen Rückfällen sollte berücksichtigt werden. Im Idealfall entwickeln die Patienten eigene Ideen der Umsetzung. Der Zahnarzt sollte flexibel bleiben, falls Vorstellungen nicht realisierbar erscheinen oder bestehende Pläne durch bessere ersetzt werden können. Die Autonomie des Patienten bleibt gewahrt, wenn Ratschläge mit Erlaubnis angeboten werden. Fragen des Klienten können bereits als indirekte Erlaubnis verstanden werden.

Kommunikationstechniken	Beschreibung	Beispiele
Offene Fragen	Die Fragen können nicht nur mit Ja oder Nein beantwortet werden. Sie fördern mehr Informationen und geben dem Zahnarzt ein besseres Verständnis über seine Patienten bzw. helfen ihm, die Argumente zu explorieren, die gegen bzw. für eine Verhaltensänderung sprechen.	ZA: Was würde Ihnen dabei helfen, sich häufiger an Ihre Mundhygiene zu erinnern?
Würdigungen	Würdigungen bisherigen Verhaltens oder bestimmter Absichten bauen Reaktanz ab und wollen eine kollaborative Arbeitsatmosphäre etablieren. Das erlaubt den Patienten, sich auf Verhaltensänderungen einzulassen.	ZA: Die Glattflächen ihrer Zähne sind richtig gut gereinigt und ich finde es toll, dass sie die Interdentalbürstchen ab und an versuchen.
Reflektionen	Reflektionen (auch aktives Zuhören) sind eine Schlüsselkompetenz. Sie signalisieren dem Gegenüber, dass man ihn verstanden hat. In diesem Sinne beinhalten Reflektionen oft mehr als nur die Wiederholung dessen, was Patienten sagen. Geübte MI-Praktiker fügen ihren Reflektionen auch Interpretationen hinzu, die entweder die Emotionen der Patienten wiedergeben oder dem Gesagten eine tiefere Bedeutung hinzufügen.	P: Wissen Sie, jetzt ist mir das klar, dass ich mir auch die Rückseite der Zähne putzen muss, aber zu Hause vergesse ich das immer wieder. ZA: Sie möchten Ihre Zähne von allen Seiten reinigen und wünschen sich eine Erinnerungshilfe, damit Sie dieses Vorhaben im Alltag im Auge behalten.
Zusammenfassungen	Im Prinzip handelt es sich bei Zusammenfassungen um lange Reflektionen, die besonders beim Übergang von einem MI-Prozess zum nächsten eingesetzt werden, zum Beispiel beim Planen. Bei Zusammenfassungen hört der Patient noch einmal seine Argumente, die gegen bzw. für mehr Mundhygiene sprechen, und der Zahnarzt kann sicherstellen, dass er den Patienten richtig verstanden hat. Die Gegenargumente sollten dabei möglichst am Anfang der Zusammenfassung stehen. Eine Zusammenfassung sollte mit einer offenen Frage schließen, sodass der Fokus wieder beim Patienten liegt.	ZA: Wenn es für Sie in Ordnung ist, möchte ich an dieser Stelle noch einmal zusammenfassen, was aus Ihrer Sicht für und gegen die Nutzung von Interdentalbürsten spricht. (...) Nachdem Sie dies gehört haben, was denken Sie, werden Sie in Zukunft tun?

Tabelle 1: Erläuterungen und Einsatz der MI-Basiskommunikationstechniken am Beispiel der Mundhygiene (ZA = Zahnarzt, P = Patient)

Kommunikationstechniken des MI

Offene Fragen, Reflektionen, Würdigungen und Zusammenfassungen sind vier Basiskompetenzen der MI-Gesprächsführung (siehe Tabelle 1). Zielgerichtet legen sie den Schwerpunkt auf Argumente für Veränderung. Zur Veranschaulichung geben wir zwei mögliche Reflektionen auf folgende Patientenaussage wieder:

Patient: „Ich denke schon, dass Interdentalbürsten eine gute Idee sind, aber immer wenn ich sie nutze, blutet es. Ich habe Angst, dem Zahnfleisch zu schaden.“

Zahnarzt A: „Sie nutzen keine Interdentalbürsten, weil Sie denken, Ihr Zahnfleisch zu verletzen.“

Zahnarzt B: „Sie halten den Gebrauch von Interdentalbürsten grundsätzlich für eine gute Idee.“

Zahnarzt A zeigt durch seine Reflektion zwar Verständnis, betont aber die negativen Seiten der angestrebten Verhaltensänderung, was wahrscheinlich dazu führen wird, dass der Patient mit Status-quo-Sprache antworten wird: „Ja, es kann

doch nicht gesund sein, wenn das blutet.“ Zahnarzt B hebt die positiven Aspekte der Aussage hervor und reflektiert die Veränderungssprache des Patienten. Er wird wahrscheinlich das Gespräch in die angestrebte Richtung führen können: „Ja, meine Frau ist auch schon vorbildlich damit und irgendwie hat es Sinn, auch die Zahnzwischenräume zu reinigen.“

Die Basiskompetenzen machen die Interaktion mit Patienten konstruktiv, die normalerweise als widerständig und veränderungsresistent wahrgenommen werden. Der verbale Spiegel erlaubt dem Patienten, sein eigenes Verhalten und seine Äußerungen zu hinterfragen und zu relativieren. Wenn beispielsweise ein Patient sagt: „Ach wissen Sie, das ist alles nett gemeint, aber ich habe einfach schlechte Zähne, da kann man nichts machen“, kann der Zahnarzt mit einer überzogenen Reflektion antworten: „Sie glauben, dass Ihr Verhalten überhaupt keinen Einfluss auf den Zustand Ihrer Zähne hat.“ Die Patienten werden in der Regel zurückrudern und ein wenig mehr Veränderungsabsicht zeigen: „Na ja, ganz egal ist es bestimmt nicht, was ich mache.“ Die Techniken umgehen einen verbalen Kampf und vermeiden Widerstand.

Zusammenfassend dienen MI-Techniken dazu, die Motive einer Person zu explorieren und Beweggründe für Verhaltensänderungen

durch gezielte Betonung zu verstärken. Diese Motive können, müssen aber nicht zwangsläufig eng mit dem Ziel Mundhygiene verknüpft sein. So kann sich ein Vater damit identifizieren, ein gutes Vorbild für seine Kinder zu sein. Für ihn wäre es dann eine Maßnahme, Interdentalbürsten zu nutzen, wenn seine Kinder sich ebenfalls die Zähne putzen. So kann das Motiv „ein guter Vater sein“ mit dem Ziel „gesteigerte Mundhygiene“ verknüpft werden, ohne dass der Zahnarzt mahnende Worte bräuchte.

In der Zahnmedizin erfreut sich MI eines zunehmenden Interesses und die Zahl der wissenschaftlichen Publikationen wächst stetig. Erste systematische Untersuchungen betrachteten hauptsächlich Arbeiten aus der konservierenden Zahnheilkunde (Gao et al., 2014; Kopp et al., 2017). Die Studien zeigen sowohl positive als auch heterogene Ergebnisse für die Wirksamkeit von MI. Im Bereich der Kariologie scheint MI besonders für die Kinderzahnheilkunde ein interessanter Ansatz zu sein. MI-Interventionen mit Eltern, deren Kinder ein erhöhtes Kariesrisiko aufwiesen, führten langfristig zu positiven Ergebnissen bezüglich der Neuentwicklung kariöser Läsionen (Harrison, 2014; Weinstein et al., 2004, 2006). In der Parodontologie zeigten sich in einigen Untersuchungen keine nennenswerten Effekte auf Mundhygiene- und parodontale Entzündungsparameter nach Durchführung einer MI-Sitzung (Brand et al., 2013; Stenman et al., 2012). Im Gegensatz dazu beobachteten Woelber et al. (2016) jedoch positive Auswirkungen auf klinische und psychologische Parameter bei mehrfacher Anwendung der Methode im Rahmen der initialen und unterstützenden Parodontitistherapie. Weitere Arbeiten bestätigen derartig positive Effekte wiederholter verhaltenspsychologischer Interventionen (Jönsson et al., 2009, 2010). Das hier angewandte ITOHEP-Verfahren (engl. individually

tailored oral health educational programme) verbindet Prinzipien des MI mit Ansätzen der kognitiven Verhaltenstherapie und zeigt selbst nach den derzeit diskutierten strengen Kriterien des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG, 2017) nachweisbar einen erhöhten therapeutischen Nutzen. Des Weiteren finden verhaltenspsychologische Interventionen wie das MI in den vergangenen Jahren Einzug in die auf Konsenskonferenzen erarbeiteten Empfehlungen für die zahnärztliche Lehre und Praxis (Jepsen et al., 2017; Sanz and Meyle, 2010; Tonetti et al., 2015).

Schlussfolgerungen

Motivational Interviewing ist ein vielversprechender Ansatz für die Kontrolle erkrankungsrelevanter Verhaltensfaktoren in unterschiedlichen Bereichen der Zahnheilkunde. Neben dem nachgewiesenen Nutzen für die Patienten sind das Erlernen und die Anwendung der Methode nach Meinung der Autoren eine freudebringende Bereicherung für den Berufsalltag von Zahnärzten und zahnmedizinischem Fachpersonal. ■

Mit freundlicher Nachdruckgenehmigung
der Deutschen Gesellschaft für
Zahnärztliche Hypnose e. V.
Erstpublikation in der DZzH 2/2017



Foto: privat

PD Dr. Johan P. Wölber

Klinik für Zahnerhaltungskunde
und Parodontologie,
Universitätsklinikum Freiburg
Kontakt: johan.woelber@
uniklinik-freiburg.de



Foto: privat

Julia Kitzmann

Zahnärztin in Hamburg
Kontakt: julia@juliakitzmann.de



Foto: privat

Dipl.-Psych. Paul C. Endrejat

Institut für Psychologie, Lehrstuhl
für Arbeits-, Organisations- und
Sozialpsychologie, Technische
Universität Braunschweig
Kontakt: p.endrejat@tu-bs.de

Literaturverzeichnis:

- » Bem, D. J., 1972. Self-Perception Theory. *Adv. Exp. Soc. Psychol.* 6, 1-62. doi: 10.1016/S0065-2601(08)60024-6.
- » Berne, E., 1964. *Games People Play. The Psychology of Human Relationships.* Harmondsworth (Penguin) 1964.
- » Brand, V. S., Bray, K. K., MacNeill, S., Catley, D., Williams, K., 2013. Impact of single-session motivational interviewing on clinical outcomes following periodontal maintenance therapy. *Int. J. Dent. Hyg.* 11, 134-141. doi:10.1111/idh.12012.
- » Brehm, S. S., Brehm, J. W., 2013. *Psychological reactance: A theory of freedom and control.* Academic Press.
- » Britt, E., Hudson, S. M., Blampied, N. M., 2004. Motivational interviewing in health settings: a review. *Patient Educ. Couns.* 53, 147-155. doi:10.1016/S0738-3991(03)00141-1
- » Croffoot, C., Krust Bray, K., Black, M. A., Koerber, A., 2010. Evaluating the effects of coaching to improve motivational interviewing skills of dental hygiene students. *J. Dent. Hyg. JDH* 84, 57-64.
- » Gao, X., Lo, E. C. M., Kot, S. C. C., Chan, K. C. W., 2014. Motivational interviewing in improving oral health: a systematic review of randomized controlled trials. *J. Periodontol.* 85, 426-437. doi:10.1902/jop.2013.130205.
- » Grawe, K., 2004. *Psychological therapy.* Hogrefe and Huber, Cambridge, Mass.
- » Harrison, R., 2014. Motivational interviewing (MI) compared to conventional education (CE) has potential to improving oral health behaviors. *J. Evid.-Based Dent. Pract.* 14, 124-126. doi:10.1016/j.jebdp.2014.07.012.
- » Hornef, S., 2017. Wie gestalten Zahnmedizin-Studierende die Themen Mundhygiene, Instruktion und Motivation intuitiv? Eine qualitative Inhaltsanalyse akustisch aufgezeichneter Studierenden-Patienten-Gespräche in der Parodontologie. Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i. Br, Freiburg.
- » IQWIG, 2017. iqwig.de – Systematische Behandlung von Parodontopathien: Vorbericht publiziert [WWW Document]. URL <https://www.iqwig.de/de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilungen/systematische-behandlungvon-parodontopathien-vorbericht-publiziert.7748.html> (accessed 6.1.17).
- » Jepsen, S., Blanco, J., Buchalla, W., Carvalho, J. C., Dietrich, T., Dörfer, C., Eaton, K. A., Figuero, E., Frencken, J. E., Graziani, F., Higham, S.M., Kocher, T., Maltz, M., Ortiz-Vigon, A., Schmoekel, J., Sculean, A., Tenuta, L. M. A., van der Veen, M. H., Machiulskiene, V., 2017. Prevention and control of dental caries and periodontal diseases at individual and population level: consensus report of group 3 of joint EFP/ORCA workshop on the boundaries between caries and periodontal diseases. *J. Clin. Periodontol.* 44 Suppl 18, S85-S93. doi:10.1111/jcpe.12687.
- » Jönsson, B., Ohn, K., Lindberg, P., Oscarson, N., 2010. Evaluation of an individually tailored oral health educational programme on periodontal health. *J. Clin. Periodontol.* 37, 912-919. doi:10.1111/j.1600-051X.2010.01590.x.
- » Jönsson, B., Ohn, K., Oscarson, N., Lindberg, P., 2009. The effectiveness of an individually tailored oral health educational programme on oral hygiene behaviour in patients with periodontal disease: a blinded randomized controlled clinical trial (one-year follow-up). *J. Clin. Periodontol.* 36, 1025-1034. doi:10.1111/j.1600-051X.2009.01453.x.
- » Kopp, S.L., Ramseier, C. A., Ratka-Krüger, P., Woelber, J. P., 2017. Motivational Interviewing As an Adjunct to Periodontal Therapy-A Systematic Review. *Front. Psychol.* 8, 279. doi:10.3389/fpsyg.2017.00279.
- » Lewin, K., 1935. *A dynamic theory of personality: selected papers.* New York: McGraw-Hill. Magill, M., Gaume, J., Apodaca, T. R., Walthers, J., Mastroleo, N. R., Borsari, B., Longabaugh, R., 2014. The technical hypothesis of motivational interviewing: a meta-analysis of MI's key causal model. *J. Consult. Clin. Psychol.* 82, 973-983. doi:10.1037/a0036833
- » Miller, W. R., Rollnick, S., 2015. *Motivierende Gesprächsführung, [4. Auflage], Motivational interviewing, 3. Auflage des Standardwerks in Deutsch.* ed. Lambertus, Freiburg im Breisgau.
- » Miller, W. R., Rollnick, S., 2009. Ten things that motivational interviewing is not. *Behav. Cogn. Psychother.* 37, 129-140. doi:10.1017/S1352465809005128.
- » Rubak, S., Sandbæk, A., Lauritzen, T., Christensen, B., 2005. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br. J. Gen. Pract.* 55, 305-312.
- » Ryan, R. M., Deci, E. L., 2000. Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions and new directions. *Contemp. Educ. Psychol.* 25, 54-67. doi: <https://doi.org/10.1006/ceps.1999.1020>.
- » Sanz, M., Meyle, J., 2010. Scope, competences, learning outcomes and methods of periodontal education within the undergraduate dental curriculum: A Consensus report of the 1st European workshop on periodontal education – position paper 2 and consensus view 2. *Eur. J. Dent. Educ.* 14, 25-33. doi:10.1111/j.1600-0579.2010.00621.x.
- » Stenman, J., Lundgren, J., Wennström, J. L., Ericsson, J. S., Abrahamsson, K. H., 2012. A single session of motivational interviewing as an additive means to improve adherence in periodontal infection control: a randomized controlled trial. *J. Clin. Periodontol.* 39, 947-954 doi:10.1111/j.1600-051X.2012.01926.x
- » Tonetti, M. S., Eickholz, P., Loos, B. G., Papapanou, P., van der Velden, U., Armitage, G., Bouchard, P., Deinzer, R., Dietrich, T., Hughes, F., Kocher, T., Lang, N. P., Lopez, R., Needleman, I., Newton, T., Nibali, L., Pretzl, B., Ramseier, C., Sanz-Sanchez, I., Schlegelhauf, U., Suvan, J. E., 2015. Principles in prevention of periodontal diseases: Consensus report of group 1 of the 11th European Workshop on Periodontology on effective prevention of periodontal and peri-implant diseases. *J. Clin. Periodontol.* 42 Suppl 16, S5-11. doi:10.1111/jcpe.12368.
- » Weinstein, P., Harrison, R., Benton, T., 2006. Motivating mothers to prevent caries: confirming the beneficial effect of counseling. *J. Am. Dent. Assoc.* 137, 789-793.
- » Weinstein, P., Harrison, R., Benton, T., 2004. Motivating parents to prevent caries in their young children: one-year findings. *J. Am. Dent. Assoc.* 135, 731-738.
- » Woelber, J. P., Spann-Aloge, N., Hanna, G., Fabry, G., Frick, K., Brueck, R., Jähne, A., Vach, K., Ratka-Krüger, P., 2016. Training of Dental Professionals in Motivational Interviewing can Heighten Interdental Cleaning Self-Efficacy in Periodontal Patients. *Front. Psychol.* 7, 254. doi:10.3389/fpsyg.2016.00254.

Recht als neuer Geschäftsbereich

Die Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) Rheinland-Pfalz bündelt ihre juristischen Aufgaben nun in einem Geschäftsbereich Recht.

Text: Katrin Becker

Zum 1. Januar 2019 wurde die neue organisatorische Einheit installiert. Leiter ist Ass. jur. Erdmann Schott. Der Geschäftsbereich betreut die Angelegenheiten des Vertragszahnarztrechtes und begleitet die entsprechende Rechtsprechung und Gesetzgebung. Für Mitglieder der KZV Rheinland-Pfalz ist er die erste Anlaufstelle für eine vertragszahnärztliche Rechtsberatung. Ferner sind die Widerspruchsstelle und der Disziplinausschuss im Geschäftsbereich Recht angesiedelt. ■



Ihr Kontakt

Sie erreichen Erdmann Schott unter der Telefonnummer 06131/8927-198 oder per E-Mail an erdmann.schott@kzvrlp.de. Bitte beachten Sie, dass für Fragen der Zulassung zur vertragszahnärztlichen Versorgung und der Genehmigung von angestellten Zahnärzten weiterhin Dagmar Silz (Telefon: 06131/8927-206, E-Mail: dagmar.silz@kzvrlp.de) und Ralf Seib (Telefon: 06131/8927-145, E-Mail: ralf.seib@kzvrlp.de) zuständig sind.

Berufsbild Zahnarzt: IDZ startet dritte Befragungswelle

Das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) hat die dritte Befragung im Projekt „Berufsbild angehender und junger Zahnärzte“ gestartet.

Text: Katrin Becker

Seit 2014 befragt das IDZ, eine gemeinsame Forschungseinrichtung der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), junge Zahnärzte in ganz Deutschland zu den Anforderungen, die sie an ihren Beruf stellen, zu ihren beruflichen Plänen und Vorstellungen ebenso wie zu den Erfahrungen, die sie in ihren ersten Berufsjahren gemacht haben. Bei der ersten Erhebung befanden sich die Befragten am Ende des Studiums, bei der Folgebefragung 2017 größtenteils in der Assistenzzeit. Nun, nachdem ihre Assistenzzeit vorüber ist und ihnen alle Möglichkeiten der Berufsausübung offenstehen, möchte das IDZ erneut wissen, wie es um die Wünsche der jungen Zahnärzte bestellt ist. Alle Studienteilnehmer, die sich zu einer Wiederbefragung bereit erklärt hatten, wurden deshalb in den vergangenen Wochen per E-Mail angeschrieben. Über 1.300 Zahnärzte waren bei der ersten Befragung dabei und auch in der aktuellen Befragung hofft das IDZ für aussagekräftige Ergebnisse wieder auf rege Teilnahme.

Datenschutz gewährleistet

Bei der Online-Befragung arbeitet das IDZ mit dem Institut für angewandte Sozialwissenschaft (infas) zusammen. Die Auswertung



der Befragung wird im IDZ pseudonymisiert und ohne jeglichen Namensbezug durchgeführt. Der Datenschutz ist somit weiterhin gewährleistet. Über die Erkenntnisse aus dem Gesamtprojekt berichtet das IDZ regelmäßig. Sie sollen die BZÄK und die KZBV dabei unterstützen, die Rahmenbedingungen der zahnärztlichen Berufsausübung zu gestalten. Fragen zu der Befragung und dem Projekt beantwortet die Projektleiterin Dr. Nele Kettler. Sie ist erreichbar unter der Telefonnummer 0221/4001-141 oder per E-Mail an die Adresse n.kettler@idz.institute. ■

Absage des Symposiums „Berufliche Selbstverwaltung als demokratisches Freiheitsrecht“

In *KZV aktuell* 6/2018 hatten wir Sie zu unserem Symposium „Berufliche Selbstverwaltung als demokratisches Freiheitsrecht“ am 13. März 2019 auf dem Hambacher Schloss eingeladen. Leider müssen wir diese Veranstaltung absagen.

Prof. Dr. Paul Kirchhof, der als Impulsredner vorgesehen war, kann aus persönlichen Gründen leider nicht nach Neustadt/Weinstraße kommen. In der Kürze der Zeit konnte kein Referent mit gleicher verfassungsrechtlicher Expertise über die berufliche Selbstverwaltung gewonnen werden.

Die Entscheidung, das Symposium abzusagen, ist uns nicht leichtgefallen. Wir hoffen jedoch auf Ihr Verständnis und entschuldigen uns für eventuelle Unannehmlichkeiten.

Ihre KZV Rheinland-Pfalz

Aktuelle Fortbildung der KZV Rheinland-Pfalz: Live-Hacking: IT-Sicherheit zum Greifen

Zahnarztpraxen geraten immer häufiger ins Visier von Cyberkriminellen. Aufklärung ist in diesem Fall der beste Schutz. Im Seminar „Live-Hacking: IT-Sicherheit zum Greifen“ zeigt Ihnen der Referent Dr. Jörg Kümmerlen, Geschäftsführer der secopan gmbh, wie Hacker Schwachstellen nutzen, Schutzmaßnahmen umgehen und Daten auslesen.

Dadurch lernen Sie die Gefahren für die Computersysteme in Ihrer Praxis richtig einzuschätzen und erfahren, mit welchen Maßnahmen Sie für einen wirksamen IT-Schutz sorgen. Abschließend erläutert RA Joachim Stöbener, stellvertretender Vorsitzender der KZV Rheinland-Pfalz, kurz die Maßnahmen zum Schutz Ihrer Daten in der KZV Rheinland-Pfalz.

Das Live-Hacking-Seminar findet statt am:

Mittwoch, 10. April 2019
16:00 bis 18:30 Uhr
Zahnärztehaus Mainz
Eppichmauergasse 1
55116 Mainz

Die Veranstaltung wird mit 2 Fortbildungspunkten bewertet. Für die Teilnahme erheben wir einen Kostenbeitrag in Höhe von 15 EUR. Bitte nutzen Sie zur Anmeldung beiliegendes Formular. Aufgrund der begrenzten Teilnehmerzahl werden die Anmeldungen nach ihrem Eingang berücksichtigt. Wir freuen uns auf Sie!

Erfolg im Kampf gegen Karies: Vorsorge für Kleinkinder kommt

Gesetzlich krankenversicherte Kinder zwischen dem 6. und 34. Lebensmonat erhalten künftig drei Früherkennungsuntersuchungen beim Zahnarzt. Mitte Januar gab der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) grünes Licht.

Text: Katrin Becker

Die neuen zahnärztlichen Untersuchungen setzen bei den Ursachen frühkindlicher Karies an. Sie beinhalten unter anderem die eingehende Untersuchung des Kindes, eine Fluoridanamnese sowie die Aufklärung und Beratung der Eltern zur Pflege der Milchzähne. Daneben wird das Auftragen von Fluoridlack zweimal je Kalenderhalbjahr von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert werden. Die neuen Früherkennungsuntersuchungen sind zeitlich auf die U-Untersuchungen beim Kinderarzt abgestimmt. Im Vorgriff dieser neuen Leistungen wurde im vergangenen Jahr bereits das ärztliche Kinderuntersuchungsheft („Gelbes Heft“) um die zahnärztliche Vorsorge und Verweise vom Kinderarzt zum Zahnarzt erweitert. Die Neuerungen ändern nichts an den Präventionsleistungen für Kinder zwischen dem 34. Lebensmonat und dem vollendeten 6. Lebensjahr. Sie erhalten weiterhin drei zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen und haben unverändert einen Anspruch auf Fluoridierung bei hohem Kariesrisiko.

Zerstörte Milchzahngebisse sollen mithilfe der frühkindlichen Untersuchungen der Vergangenheit angehören.



Foto: © Trezvuy / fotolia.de

Meilenstein für eine lebenslange Zahngesundheit

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), die federführend für die Zahnärzteschaft im G-BA verhandelte, begrüßt den Beschluss. „Das ist ein großer Erfolg im Kampf gegen frühkindliche Karies. Zugleich ist es ein wichtiger Meilenstein, um unsere kleinsten Patienten künftig noch besser zu schützen und für sie optimale Voraussetzungen für eine lebenslange Zahn- und Mundgesundheit zu schaffen“, erklärte Dr. Wolfgang Eßer, Vorstandsvorsitzender der KZBV. Seit 2014 hat sich die Zahnärzteschaft in der Politik und bei den Krankenkassen für eine Ausweitung der Früherkennung ins Kleinkindalter stark gemacht. Im damals vorgelegten Versorgungskonzept „Frühkindliche Karies vermeiden“ haben die KZBV, die Bundeszahnärztekammer und die Wissenschaft Maßnahmen zur zahnmedizinischen Prävention bei Kleinkindern beschrieben mit dem Ziel, Versorgungslücken in der Vorsorge und Behandlung der Milchzahnkaries zu schließen. Bis zu 15 Prozent der kleinen Kinder leiden daran, in sozialen Brennpunkten sind es bis zu 40 Prozent. Ursachen sind übermäßiges Trinken von zucker- und säurehaltigen Getränken aus Babyflaschen in Verbindung mit mangelnder Mundhygiene.

Pilotprojekt der KZV Rheinland-Pfalz bestätigt

Großen Einfluss auf das positive Votum des G-BA hatte das wissenschaftlich begleitete Pilotprojekt „Frühkindliche Karies vermeiden“ der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) Rheinland-Pfalz. In der Südwestpfalz wurden die drei Früherkennungsuntersuchungen, die nun in die vertragszahnärztliche Versorgung aufgenommen

werden, zweieinhalb Jahre lang erfolgreich getestet. „Das Pilotprojekt hat Nachweise für den Nutzen frühkindlicher Vorsorgeuntersuchungen erbracht. Zum einen zeigte sich, dass Früherkennungsuntersuchungen bei so jungen Patienten trotz geringer Kooperationsfähigkeit gut durchführbar sind. Zum anderen konnten wir belegen, dass Eltern die zahnärztliche Vorsorge bei Kleinkindern als sehr sinnvoll und hilfreich ansehen“, fasst Dr. Peter Matovinovic, Vorstandsvorsitzender der KZV Rheinland-Pfalz, zwei wesentliche Ergebnisse der Projektevaluation zusammen. Ein Team um Prof. Dr. Christian H. Splieth von der Abteilung für Präventive Zahnmedizin und Kinderzahnheilkunde der Universitätsmedizin Greifswald hat teilnehmende Eltern, Zahnärzte und Kinderärzte zu ihren Erfahrungen und zur Akzeptanz zahnärztlicher Früherkennung bei Kleinkindern befragt. Rechtzeitig zu den finalen Beratungen im G-BA legten sie den Abschlussbericht vor (siehe Seite 28).

Die Befragung ergab ferner, dass Mütter und Väter insbesondere die Aufklärung durch den Zahnarzt über Ursachen von Zahnerkrankungen bei Kleinkindern und dessen Empfehlungen zur Prävention für wichtig und nützlich halten. Matovinovic: „Ich danke allen am Pilotprojekt Beteiligten und insbesondere den Kolleginnen und Kollegen, die mit viel Geduld und Empathie die kleinen Patienten betreut haben und somit den Weg für die bundesweite Ausweitung der frühkindlichen Vorsorgeleistungen mit geebnet haben.“

Beschluss bis zuletzt umstritten

Rund dreieinhalb Jahre rangen die Vertreter der Zahnärzteschaft im Gemeinsamen Bundesausschuss um die neuen vertragszahnärztlichen Leistungen, deren Einführung der Gesetzgeber bereits 2015 mit dem Präventionsgesetz beschlossen hatte. „Bis kurz vor der Abstimmung war nicht klar, ob wir eine Mehrheit bekommen“, sagte Matovinovic, der mit am Verhandlungstisch saß. Die Patientenorganisationen, die im G-BA ein Beratungsrecht haben, hatten sich gegen ergänzende Früherkennungsuntersuchungen ausgesprochen und stattdessen eine Stärkung der

Die eingehende zahnärztliche Untersuchung von Kleinkindern wird eine feste Leistung der gesetzlichen Krankenkassen.

Foto: KZV Rheinland-Pfalz



Gruppenprophylaxe gefordert, um der frühkindlichen Karies zu begegnen. In einer Pressemeldung begründete Prof. Dr. Raimund Geene, ständiger Patientenvertreter im G-BA, das Veto zudem mit Doppelstrukturen. „Mit den Neuregelungen wurden parallele Strukturen aus Vorsorgeuntersuchungen geschaffen, anstatt die Zusammenarbeit zwischen Kinderärzten und Zahnärzten zu fördern“, so der Politikwissenschaftler und Public-Health-Experte von der Alice Salomon Hochschule Berlin. Neben der Gruppenprophylaxe und den kinderärztlichen Untersuchungen sollten Eltern nun auch noch zusätzlich regelmäßig mit ihrem Kind zum Zahnarzt gehen. „Damit wurde leider ein Beispiel für das Präventionsdilemma geschaffen“, kritisierte er.

Die neuen Leistungen sollen ab dem 1. Juli 2019 zur Verfügung stehen. Zunächst muss das Bundesministerium für Gesundheit den Beschluss des G-BA prüfen. Ferner muss der Bewertungsausschuss die Höhe der Vergütung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) festlegen. ■



Pilotprojekt „Frühkindliche Karies vermeiden“ der KZV Rheinland-Pfalz

Seit Juli 2016 führen Zahnärzte in der Region Pirmasens-Zweibrücken bei Kleinkindern drei Früherkennungsuntersuchungen durch mit dem Ziel, Karies an den Milchzähnen vorzubeugen. Diese Untersuchungen sind zeitlich gekoppelt an die ärztlichen Vorsorgetermine U5 bis U7 mit verbindlichem Verweis vom Kinderarzt an den Zahnarzt. Dadurch gelingt es den Zahnärzten, Kinder vom ersten Milchzahn an zu betreuen und den Ursachen frühkindlicher Karies rechtzeitig entgegenzuwirken. Sie klären die Eltern über die Zahnpflege beim Kind auf und sensibilisieren sie für die Gründe der Milchzahnkaries. Zudem haben die Zahnärzte die Chance, erste Zahnschäden unkompliziert zu behandeln und ein Fortschreiten der Erkrankung durch Fluoridierung zu verhindern. Das Pilotprojekt läuft bis zum Inkrafttreten der neuen gesetzlichen Leistungen weiter.

Die Erfahrungen, die Zahnärzte und Kinderärzte sowie Eltern im Projekt gesammelt haben, wurden wissenschaftlich von der Universitätsmedizin Greifswald ausgewertet. Die Ergebnisse sind in die Verhandlungen im G-BA eingeflossen. Wesentliche Ergebnisse der Teilnehmerbefragung sind:

- » Insgesamt wurden bei 1.439 Kindern durch 39 Praxen – das sind 81,3 Prozent aller Praxen im Projektgebiet – Früherkennungsuntersuchungen in den Zeitfenstern von U5, U6 und U7 durchgeführt.
- » 27 Zahnärzte aus 56 Prozent der Praxen beantworteten die Fragebögen. Sie berieten die Eltern zu den Themen Mundhygiene (96,3 Prozent), Ernährung (92,6 Prozent), Kariesätiologie (81,5 Prozent) und die Nutzung fluoridhaltiger Kinderzahnpaste ab dem ersten Zahn (88,9 Prozent).
- » Oft oder immer erfolgte eine Demonstration von Mundhygienemaßnahmen (63 Prozent) und ein diesbezügliches Training der Eltern an ihrem Kind (40,7 Prozent).
- » Kinderärzte (Antwortquote von 56 Prozent) berieten die Eltern ebenfalls zur Kariesprävention – allerdings verstärkt zur Ernäh-

rung und nur in 66,7 Prozent zur Mundhygiene am Kind. Nur ein Drittel empfahl eine fluoridhaltige Zahnpasta vom ersten Zahn an. Mehrheitlich wurde die Fluoridtablette zur Kariesprävention empfohlen.

- » Die Hälfte der Kinderärzte verwies die Kinder zum Zahnarzt. Die andere Hälfte unterließ dies aufgrund mangelnden Interesses der Eltern und eines noch unvollständigen Milchgebisses.
- » Den Elternfragebogen beantworteten 68 Mütter und Väter. 95,5 Prozent der Eltern sahen die zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen als sinnvoll an. Sie empfanden die Empfehlungen des Zahnarztes und das Mundhygienetraining bei ihrem Kind zu 71,1 Prozent als wichtig, die Empfehlungen durch den Kinderarzt aber nur zu 36,8 Prozent.
- » Nur 1,5 Prozent der Eltern lehnten Behandlungen mit Fluoridlack ab. 15 Prozent der Zweijährigen erhielten eine Fluoridierung.
- » 63,4 Prozent der untersuchten Kinder erhielten vom Kinderarzt einen Verweis zum Zahnarzt. Die Autoren schließen daraus, dass Eltern und ihre Kinder konsensual und partnerschaftlich durch Kinderärzte zur Prophylaxe in die zahnärztliche Praxis verwiesen werden können und die Eltern diesem Verweis in einem hohen Maße folgen.
- » Abschließendes Fazit der Autoren: Das Pilotprojekt erfreute sich bei Eltern, Kinderärzten und Zahnärzten einer großen Akzeptanz und die Kariesprävention in der zahnärztlichen Praxis erwies sich im Kleinkindalter als gut machbar. Eine flächendeckende Ausdehnung auf ganz Deutschland im Rahmen des GKV-Systems erscheint damit sinnvoll und umsetzbar.

„Eine der entscheidenden Fragestellungen war die der Evidenz“

Fast vier Jahre lang wurde verhandelt – nun kommen endlich die Früherkennungsuntersuchungen für Kleinkinder. Dr. Wolfgang Eßer, Vorsitzender des Vorstandes der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), im Gespräch über die Verhandlungen im G-BA.

Interview: Katrin Becker

KZV aktuell: Die Verhandlungen im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) waren langwierig. Welche Wege mussten Sie gehen?

Eßer: Neue Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden unterliegen dem sogenannten Methodenvorbehalt, können also vom G-BA nicht einfach als Kassenleistung festgelegt werden. Auch Früherkennungsuntersuchungen fallen darunter. Wir haben daher im März 2015 einen Antrag auf Überprüfung des Nutzens neuer zahnärztlicher Früherkennungsuntersuchungen sowie gezielter Fluoridierungsmaßnahmen im G-BA gestellt, um wesentliche Bausteine unseres Versorgungskonzepts „Frühkindliche Karies vermeiden“ in die Versorgung zu bekommen. Das Beratungsverfahren im G-BA folgte dabei einem verfahrensrechtlich genau vorgegebenen Ablauf. Nach der formalen Annahme des Antrages hat zunächst eine themenspezifische Arbeitsgruppe, die AG „ECC“, den Antrag inhaltlich beraten. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) wurde mit der Bewertung des derzeitigen Wissensstandes zu Fluoridierungsmaßnahmen beauftragt. Die Rechercheergebnisse wurden ausgewertet und beraten. Anschließend wurde den Fachgesellschaften Gelegenheit gegeben, zu den Beratungsergebnissen Stellung zu nehmen. Letztendlich hat das Plenum des G-BA am 17. Januar die neuen Leistungen beschlossen. Aufbauend auf diesen Beschluss werden sich nun die KZBV

und der GKV-Spitzenverband im Bewertungsausschuss auf detaillierte Beschreibungen der Leistungen verständigen und über deren Vergütung beraten. Am Ende wird das ein langer, aber erfolgreicher Weg sein.

KZV aktuell: Für Außenstehende ist die Länge der Verhandlungen schwer nachvollziehbar.

Eßer: Das ist für Außenstehende in der Tat nicht einfach nachzuvollziehen, insbesondere vor dem Hintergrund, dass bei den kleinsten Patienten bislang eine erhebliche Versorgungslücke bei der Kariesprävention bestand.

Die Verfahrensdauer im G-BA hatte in diesem Fall mehrere Ursachen: Zum einen sind das die geschilderten formalen Vorgaben und Verfahrensschritte einer Beratung. Hinzu kommen Diskussionen in Arbeitsgruppen und Unterausschüssen, die zwischen den Beteiligten im G-BA zur Ausgestaltung der Leistungen geführt werden. Je unterschiedlicher die Positionen sind, umso mehr Zeit benötigen die Verhandlungen für einen tragfähigen Kompromiss. Bei der Prävention der frühkindlichen Karies lagen die Positionen sehr lange sehr weit auseinander. Erst am Ende der Beratungen konnten wir das Blatt in weiten Teilen mit guten Sachargumenten zugunsten einer sachgerechten Versorgung wenden.



Dr. Wolfgang Eßer
Vorsitzender des Vorstandes der KZBV
Foto: KZBV/axentis

Zum anderen galt es, zwei besondere Umstände zu berücksichtigen: Kurz nachdem die KZBV den Antrag auf die Einführung neuer Früherkennungsuntersuchungen gestellt hatte, hat der Gesetzgeber mit dem Präventionsgesetz beschlossen, dass der G-BA neue Früherkennungsuntersuchungen für Kleinkinder einführen muss. Dem G-BA wurde damit per Gesetz die Aufgabe übertragen, Zahl und Inhalt sowie Umfang der Untersuchungen festzulegen. Diese Entscheidung hat uns natürlich sehr gefreut, aber sie hatte im G-BA einige verfahrensrechtliche Verwicklungen zur Folge. Zusätzliche Beratungszeit erforderte auch eine Änderung des Auftrags an das IQWiG, das den Nutzen der Fluoridlackapplikation im Milchgebiss bewertet hat. Die Konkretisierung des Auftrags wurde notwendig, um für die Beratung überhaupt verwendbare Ergebnisse bezüglich des Fluorideinsatzes zu erhalten. Durch diese zwischenzeitlichen Änderungen der „Spielregeln“ musste auch das Verfahren im G-BA angepasst werden.

KZV aktuell: Was waren die härtesten Brocken, die es zu überwinden galt?

Eßer: Eine der entscheidenden Fragestellungen in derartigen Verfahren ist sicherlich die der Evidenz, die für die Einführung neuer Leistungen nachgewiesen werden muss. Bei einer unzureichenden Evidenzlage werden Sie im G-BA keine neuen Leistungen begründen können. Allerdings lässt sich darüber streiten, ob eine ausreichende

Evidenz immer mit der höchstmöglichen Evidenzstufe gleichzusetzen ist. Für einzelne Leistungen kann es aus ethischen oder methodischen Gründen manchmal einfach keine Belege auf der höchsten Evidenzstufe geben. Beim ECC-Beschluss gab es bei der Beauftragung des IQWiG die Notwendigkeit, den ursprünglichen Auftrag zu modifizieren. Andernfalls hätte das IQWiG aller Voraussicht nach keine Evidenz für die Fluoridlackapplikation gefunden, obwohl es bei der Literaturrecherche genügend Hinweise auf die Wirksamkeit gab.

Zudem war bis zum Schluss die Anzahl der neuen Früherkennungsuntersuchungen strittig. Hierzu hatte der Gesetzgeber keine dedizierten Vorgaben gemacht. Auch bei den Inhalten der Untersuchungen und zur Fluoridierung lagen bis zum Schluss dissidente Regelungsvorschläge auf dem Tisch. In dieser Situation die notwendige Überzeugungsarbeit zu leisten, um am Ende ein für alle Beteiligten akzeptables Ergebnis zu präsentieren, das einen aktiven Beitrag zur Bekämpfung frühkindlicher Karies leistet, war eine der schwierigsten Aufgaben im Beratungsprozess. Umso zufriedener bin ich mit dem Ergebnis: Unsere kleinsten Patienten werden künftig noch besser geschützt. Ihre Voraussetzungen für eine lebenslang gute Mundgesundheit sind durch den Kraftakt der Zahnärzteschaft im G-BA optimiert worden. Der Aufwand hat sich gelohnt!

KZV aktuell: Was müsste sich im G-BA ändern, um zu schnelleren Entscheidungen im Sinne der Patienten zu kommen?

Eßer: Der G-BA und seine Verfahrensabläufe stehen momentan wieder im Fokus der Diskussion zum Terminservice- und Versorgungsgesetz. Natürlich ist es aus Sicht des Berufsstandes wünschenswert, dass Verfahren beschleunigt und nicht aus taktischen Gründen verschleppt werden können. Allerdings ist dabei zu beachten, dass eine solche Beschleunigung nicht grundlegende Prinzipien der Selbstverwaltung und der evidenzbasierten

Medizin aufweicht. Das wäre genauso wenig im Interesse der Patienten wie eine über Jahre andauernde Verfahrensdauer. Daher begleitet die KZBV die Diskussionen, wie die Beratungsverfahren im G-BA gestrafft werden können, ohne die Qualität der Beratungsergebnisse zu gefährden, ebenso aufmerksam wie konstruktiv-kritisch.

Aus Sicht der KZBV sollten alle Beschleunigungsversuche das Spannungsfeld zwischen möglichst schnellen, aber fundierten und evidenzbasierten Entscheidungen gut austarieren. Es fällt immer wieder auf, wie eminent wichtig das Vorliegen qualitativ guter Evidenz ist. Viele zahnärztliche Verfahren im G-BA haben das Problem, dass es an Studienergebnissen mit höchstmöglicher Evidenz für die beantragten Leistungen fehlt. Aus diesem Grund fordern wir unablässig, auch Studienergebnisse auf der Basis einer bestverfügbaren Evidenz einzubeziehen. Alles andere führt im Ergebnis zu versorgungsfremden Bewertungsergebnissen. Davon unabhängig ist die Wissenschaft gefordert, jede Anstrengung zu unternehmen, die Evidenzlage in der Zahnmedizin stetig weiter zu verbessern.

Aus dem ECC-Verfahren kann die KZBV auch Schlüsse für künftige Verfahren ziehen. Beispielsweise werden wir noch präziser als bisher die Anträge formulieren und bei dissidenten Vorschlägen, bei denen kein Bänke-übergreifender Konsens möglich ist, schneller und fokussierter als bislang auf eine Entscheidung drängen.

KZV aktuell: Welchen Beitrag hat das Pilotprojekt der KZV Rheinland-Pfalz in den Beratungen und für die erfolgreichen Verhandlungen gespielt?

Eßer: Das wissenschaftlich begleitete Modellprojekt der KZV Rheinland-Pfalz hat es uns erlaubt, die jetzt in den GKV-Katalog aufgenommenen Leistungen vorab zu testen. Die Ergebnisse des Evaluationsberichtes belegen zum einen, dass eine ärztliche Früherkennungsuntersuchung den

Besuch beim Zahnarzt nicht ersetzen kann, zum anderen eine gut funktionierende Zusammenarbeit von Eltern, Pädiatern und Zahnärzten. Das Projekt hatte also eine wichtige Vorreiterfunktion, deren Bedeutung wir für die Aktivitäten des Berufsstandes gegen die frühkindliche Karies sehr hoch einschätzen. Ich möchte an dieser Stelle noch einmal allen Beteiligten für die geleistete Unterstützung ausdrücklich und herzlich danken!

Ebenso wichtig ist aber auch eine Vielzahl weiterer regionaler Projekte wie zum Beispiel die Aktion „ZIMkid“ in Mönchengladbach. Im Zuge dieses Modells verordnen die Kinder- und Jugendärzte keine Fluoridtabletten mehr, dafür informieren sie Eltern im sechsten Lebensmonat des Kindes über die frühkindliche Karies. Unterstützend überreichen sie einen von der KZV Nordrhein entwickelten Kinderzahnpass, der mögliche Prophylaxemaßnahmen in den ersten sechs Lebensjahren illustriert – mit der Aufforderung, schon in diesem Alter einen Zahnarzt zu konsultieren. Die Zahnärzte untersuchen das sechs Monate alte Kind und übernehmen die Verantwortung für die Fluoridierungsmaßnahmen. Eine Aktion mit Erfolg: In den vergangenen 25 Jahren hat sich der Anteil primär zahngesunder Kinder in den Kindergärten in Mönchengladbach von knapp 38 auf inzwischen rund 76 Prozent verdoppelt. Auch haben viele Versorgungsverträge zwischen KZVen und Krankenkassen dazu beigetragen, die frühkindliche Karies in das Bewusstsein der Eltern und Zahnärzte zu rücken.

Insgesamt waren all diese Projekte hilfreich und überaus wertvoll, weil so eindrucksvoll gezeigt werden konnte, dass unsere Vorschläge in der Praxis funktionieren. Zudem konnten wir in den Beratungen im G-BA bereits auf publizierte Erfahrungen zurückgreifen, um unsere Positionen mit belastbaren Daten aus der Versorgung zu unterfüttern. An diesen Tatsachen kamen auch Kritiker im G-BA am Ende nicht vorbei.

KZV aktuell: Wir danken für das Gespräch.

Mediziner­mangel: KZV und KV RLP stellen Forderungen an die Politik

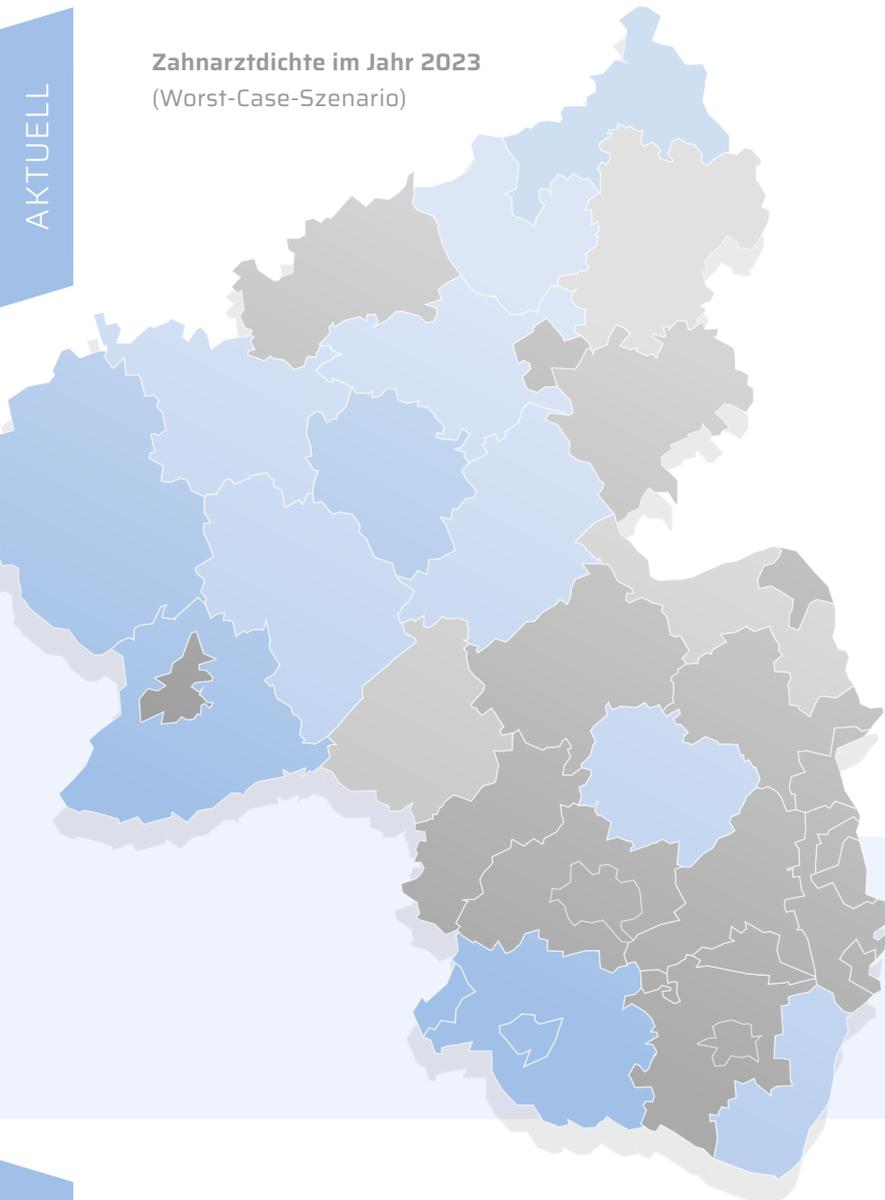
Nicht nur bei den Ärzten, auch bei den Zahnärzten drohen Versorgungsengpässe. Kassenzahnärztliche und Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz fordern mehr Anstrengungen von der Politik, um einem Mediziner­mangel gegen­zusteuern.

Text: Katrin Becker

„Wir wurden konsequent von der Politik ignoriert!“ Dr. Peter Heinz, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz (KV RLP), konnte seinen Unmut nicht verbergen. Seit Jahren warnt die KV RLP vor einer Unterversorgung. Ernstgenommen fühlt sich Heinz jedoch nicht. „Der politische Hori-

zont geht immer nur über vier Jahre“, monierte er gegenüber den Pressevertretern. Auch Dr. Peter Matovinovic, Vorstandsvorsitzender der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) Rheinland-Pfalz, kritisierte den Gesetzgeber, ängstlich am Status quo festzuhalten. „Der Politik fehlt es an Mut, Entscheidungen zu treffen, mit deren Hilfe wir Versorgung sinnvoll gestalten können.“

Zahnarzt­dichte im Jahr 2023
(Worst-Case-Szenario)



Anlass für den Schulterschluss von KZV und KV RLP war ein Pressegespräch zur Vorstellung des gemeinsamen Versorgungsatlas Ende Januar in Mainz. Erstmals schaut der Atlas auf die Entwicklung der zahnärztlichen Versorgung. Die Prognose: Nicht nur bei den Ärzten, auch bei den Zahnärzten drohen Versorgungseinschnitte. Im ungünstigsten Fall könnten bis Ende 2023 landesweit bis zu 1.524 Zahnärzte (57 Prozent der derzeit praktizierenden Zahnmediziner) sowie 3.683 Haus- und Fachärzte (58 Prozent) altersbedingt aus der Versorgung ausscheiden. Nur etwa die Hälfte von ihnen wird voraussichtlich ersetzt werden können. Für die Bevölkerung auf dem Land hieße das weitere Wege bis zur nächsten (Zahn-)Arztpraxis. Sie müssten sich zur Behandlung in Klein-, Mittel- und Oberzentren begeben. Für den wachsenden Anteil immobiler Patienten müssen mobile Lösungen gefunden werden. *KZV aktuell* berichtete ausführlich über die Ergebnisse des Versorgungsatlas in der Ausgabe 6/2018.

Einwohner je Zahnarzt

- deutlich überdurchschnittlich (bis 2.500)
- leicht überdurchschnittlich (2.501–3.250)
- durchschnittlich (3.251–3.750)
- leicht unterdurchschnittlich (3.751–4.500)
- deutlich unterdurchschnittlich (über 4.500)



Dr. Peter Matovinovic (links) und Dr. Peter Heinz forderten die Politik zum Handeln auf, um Versorgungseinschnitten entgegenzutreten.
Foto: KV RLP

Konzertiertes Handeln gefordert

Die beiden Vorstände skizzierten Maßnahmen von KZV und KV, um einem Medizinerangel zu begegnen, darunter eine gezielte Niederlassungs- und Kooperationsberatung junger Ärzte und Zahnärzte oder eine Reform des Notdienstes sowie finanzielle Fördermaßnahmen. Allerdings reiche das nicht aus. Gerichtet an die Politik betonte Matovinovic: „Wir brauchen ein konzertiertes Handeln aller Beteiligten.“

In ihren politischen Forderungen zeigten KZV und KV RLP einige Schnittmengen. Die Maßnahmen müssten bereits bei der universitären Ausbildung ansetzen, um die Zahl der Mediziner zu erhöhen. Das Land sei gefragt, mehr Studienplätze zu schaffen, für eine adäquate finanzielle Ausstattung des Studiums zu sorgen oder ein Aufnahmeverfahren unabhängig vom Numerus clausus einzuführen. Matovinovic ebenso wie Heinz forderte vom Bundesgesetzgeber eine Abschaffung der Budgetierung und der Bedarfsplanung. Der KV-Vorstand dazu: „Ich bin sicher, der Markt regelt sich von allein.“ Es sei eine Illusion zu glauben, mit der Bedarfsplanung ließen sich Medizi-

ner an einen bestimmten Ort lenken, fügte Matovinovic an. Entsprechend kritisch sieht er Niederlassungsverbote in gut versorgten Regionen, so wie es sie bei den Vertragsärzten gibt. „Instrumente, die aus der Überversorgung kommen, lösen keine Probleme der Unterversorgung“, so der KZV-Chef. Vielmehr müsse die Bedarfsplanung flexibler an der Demografie und der Mobilität der Bevölkerung ausgerichtet werden.

Bei der Entscheidung für oder gegen eine Tätigkeit auf dem Land spiele zudem die Situation vor Ort eine Rolle. Auf Kindergärten und Schulen oder einen Arbeitsplatz für den Partner hätten KZV und KV keinen Einfluss. „Eine Stärkung der Versorgung kann letztlich nur im Schulterschluss mit den Kommunen gelingen“, stellte Heinz klar. „Mit den Zahlen aus dem Versorgungsatlas wollen wir keine Angst unter den Bürgern schüren, aber um Lösungen für die Sicherstellung der Versorgung zu finden und gesellschaftlich zu konsentieren, muss uns die Politik unterstützen“, wiederholte Matovinovic abschließend. ■

Versorgung von Pflegebedürftigen: „Zahnmobil“ nimmt Fahrt auf

Die alternde Gesellschaft ist für die zahnärztliche Versorgung im ländlichen Raum eine Herausforderung. Dr. Christoph Blum schlägt nun einen unkonventionellen Weg ein. Er will pflegebedürftige Patienten in einer mobilen Behandlungseinheit betreuen.

Text: Katrin Becker

„Läuft alles nach Plan, will der Oralchirurg aus Bad Ems im März mit seinem Sprechzimmer auf Rädern losrollen; zunächst probeweise, ab April im regulären Betrieb. Sein Zahnmobil – das ist ein rund elf Meter langer LKW mit absetzbarem Container, den Blum derzeit in Eigenregie zu einer voll funktionstüchtigen Behandlungseinheit umrüsten lässt. Damit will er in Zukunft die zahnmedizinische Versorgung von Heimbewohnern gewährleisten und zugleich den Betriebsablauf sowohl für seine Praxis als auch für die Heime besser organisieren.“

Als Vorbild dienen Blum mobile Praxen in Hamburg und Hannover, die zum Beispiel Wohnungslose oder Menschen ohne Versicherung versorgen. Aber statt einem ausgedienten Rettungswagen, wie im Norden der Fall, dient Blum ein gebrauchter LKW mit Abrollkipper künftig als fahrendes Sprechzimmer. Technisch wird das Zahnmobil mit einer herkömmlichen Praxis mithalten können. Es ist ausgerüstet mit einer kompletten Behandlungseinheit, einem mobilen Röntgengerät sowie einem Narkose- und Überwachungsplatz für operative Eingriffe. Ein Anästhesieteam wird Blum tageweise begleiten.

Indem Blum künftig zu den in Teilen stark körperlich und geistig eingeschränkten Patienten kommt, will er deren Belastungen verringern. „Jede größere Behandlung wie eine Präparation oder Zahnextraktion bedarf eines Krankentransports in die Praxis. Eine Fahrt wird aber häufig von Angehörigen und Betreuern unter Verweis auf den damit verbundenen psychischen und physischen Stress abgelehnt“, weiß Blum. Für ihn als Heilberufler ist das nicht tragbar. „Wir wollen



Seine Idee schlägt Wellen: Dr. Christoph Blum wird Patienten künftig in einem umgebauten LKW behandeln.

den Zugang zur Versorgung umkehren und pflegebedürftigen Menschen eine gleichwertige, fachlich korrekte und die Hygieneauflagen erfüllende Versorgung zukommen lassen.“ Blum ist sich sicher, so auch die Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung für Krankentransporte zu senken und das Pflegepersonal in den Heimen zu entlasten.

Zahnmobil als Zweigpraxis genehmigt

Blum betreut derzeit Patienten in vier stationären Pflegeeinrichtungen auf Grundlage eines Kooperationsvertrages nach §119b SGB V. Ausschließlich Bewohner in Heimen, mit denen ein solcher Vertrag besteht, dürfen künftig im Zahnmobil behandelt werden. Das war eine Bedingung, an die die Kassenzahnärztliche Vereini-

gung (KZV) Rheinland-Pfalz die Genehmigung der rollenden Behandlungseinheit für die vertragszahnärztliche Versorgung streng geknüpft hat, erklärt Ass. jur. Erdmann Schott. „Nach sehr intensiver Prüfung des Vorhabens haben wir den Spielraum des Vertragszahnarztes genutzt und die Versorgung von Pflegeheimbewohnern im Zahnmobil ermöglicht. Genauer gesagt haben wir das Zahnmobil als Zweigpraxis der Behandlungsräume in Bad Ems anerkannt“, so der Geschäftsbereichsleiter Recht der KZV Rheinland-Pfalz. § 24 Abs. 3 der Zulassungsverordnung gestattet die vertragszahnärztliche Tätigkeit außerhalb des Vertragszahnarztsitzes, wenn sich dadurch die Versorgung der Versicherten am Ort der geplanten Zweigpraxis verbessert und wenn die Versorgung der Patienten am Vertragszahnarztsitz nicht darunter leidet. Beide Voraussetzungen sah die KZV Rheinland-Pfalz gegeben. Die Genehmigung ist auf Rheinland-Pfalz beschränkt.

Kein Verstoß gegen das Berufsrecht

Entscheidend war ferner, dass die Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz keine Einwände hatte. Laut dem Berufsrecht ist es Zahnärzten grundsätzlich untersagt, ihre Tätigkeit im Umherziehen auszuüben. „Das Heilberufsgesetz und die Berufsordnung schreiben vor, dass die Berufsausübung an einen Praxissitz gebunden ist, um den behandelnden Zahnarzt in Notfällen, aber auch haftungsrechtlich zuverlässig erreichen zu können“, erklärt Dr. Wilfried Woop, Präsident der Landeszahnärztekammer. Dies schließt aber nicht aus, dass der Zahnarzt seinen Beruf in weiteren Praxen oder an anderen Orten ausübt, wie zum Beispiel in Alten- und Pflegeheimen oder eben auch in mobilen Behandlungseinheiten. Woop verweist hierfür auf den Kommentar zur Musterberufsordnung der Bundeszahnärztekammer zu § 9 Abs. 2 MBO und fasst zusammen: „Die Tätigkeit mit mobilen Behandlungseinheiten ist demnach keine Berufsausübung im Umherziehen, wenn daneben ein Praxissitz an einem festen Ort vorhanden ist.“

Freie Fahrt hat Blum zudem vom Gesundheitsamt bekommen; die Hygieneanforderungen werden demnach erfüllt. Das Umwelt- und Energieministerium, die Struktur- und Genehmigungsbehörde Nord sowie der TÜV haben der mobilen Röntgenanlage grünes Licht gegeben.



Hier noch als Montage: Der LKW befindet sich derzeit im Umbau. | Fotos: Dr. Christoph Blum

Förderung durch das Land

Finanziert wird der Umbau des LKW in eine mobile Behandlungseinheit von Dr. Christoph Blum. Die Kosten liegen im sechsstelligen Bereich. Das Land Rheinland-Pfalz unterstützt ihn dabei. Die Gesundheitsministerin hält das Vorhaben für eine innovative und mutige Idee, insbesondere im Hinblick auf den demografischen Wandel. „Künftig werden Zahnärztinnen und Zahnärzte immer mehr ältere Patientinnen und Patienten behandeln müssen, daher ist es sinnvoll, dass sie sich schon heute auf den erhöhten und veränderten zahnmedizinischen Versorgungsbedarf von Senioren einstellen und neue Konzepte erarbeiten. Dr. Christoph Blum geht mit seinem Zahnmobil mit viel Engagement, Herzblut und Pioniergeist der Entwicklung voraus“, sagt Sabine Bätzing-Lichtenthäler. Sie sei zuversichtlich, dass die Bewohnerinnen und Bewohner der Alten- und Pflegeheime durch das Zahnmobil von besserer zahnärztlicher Betreuung und auch von umfangreichen Vorsorgeleistungen profitieren.

Auch bei der KZV Rheinland-Pfalz ist man der Ansicht, dass vor dem Hintergrund der älter werdenden Bevölkerung neuen, mitunter unkonventionellen Konzepten eine Chance gegeben werden muss. „Mit seinem Zahnmobil schlägt Dr. Christoph Blum einen kreativen Weg ein und reagiert auf die lokalen Versorgungsgegebenheiten. Es wird sich zeigen, ob diese Form der Patientenbehandlung die zahnärztliche Versorgung ergänzen kann“, sagt Schott. ■



KZVRLP

KASSENZAHNÄRZTLICHE VEREINIGUNG
RHEINLAND-PFALZ

Offizielles Mitteilungsblatt und Rundschreiben der
Kassenzahnärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz