

KZVAKTUELL

MITTEILUNGSBLATT DER KASSENZAHNÄRZTLICHEN
VEREINIGUNG RHEINLAND-PFALZ

BEFUND

EIN-
WILLIGUNG

AUF-
KLÄRUNG

DIAGNOSE

Fokus

Mehr als eine Gedächtnisstütze: Die lückenlose Dokumentation

Abrechnung

Corona-Virus:
Was gilt für die Abrechnung?

Aktuell

Interview: „Wir müssen lernen,
mit dem Virus zu leben“

Fortbildung

Phobie: Krankhafte Angstphänomene
in der Zahnarztpraxis (Teil 3)

Position

- 3 Goldene Regel

Abrechnung

- 4 Corona-Virus: Was gilt für die Abrechnung?

Aktuell

- 6 Interview: „Wir müssen lernen, mit dem Virus zu leben“

Fokus

- 10 Mehr als eine Gedächtnisstütze: Die lückenlose Dokumentation

Praxis

- 14 Überkappung der Pulpa: Erste Runde der Qualitätsprüfungen beendet

Rundschreiben

Wichtige Informationen für Zahnärzte und Praxisteams

Aktuell

- 15 Wie gesund sind Kinderzähne? Zwei Studien, zwei Ergebnisse

Fortbildung

- 16 Fokus Phobie: Angstphänomene in der Zahnarztpraxis – Umgang mit Kindern und Jugendlichen (Teil 3)

Aktuell

- 26 S2k-Leitlinie zur Einwilligung in die Behandlung – Was hilft im Umgang mit dementen Patienten?
- 27 Konjunkturpaket: Hilfen für Zahnärzte

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
Eppichmaergasse 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.
Kathrin Kromeier

Redaktionsassistentz

Stephanie Schweikhard
Alexandra Scheler

Grafik und Produktion

adhoc media gmbh
Obertal 24 d · 56077 Koblenz

Bildnachweis

Titelfoto: ©Markus Mainka – 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:
24.08.2020

Goldene Regel

„Abstand halten“ und „Hände waschen“ sind goldene Regeln der Corona-Pandemie. „Abstand halten“ gilt auch als Kompass fürs Autofahren, ebenso das „vorausschauende Fahren“. Und in der vertragszahnärztlichen Versorgung? Nun, die goldene Regel könnte heißen: „Eine Leistung, die nicht dokumentiert ist, wurde nicht erbracht“.

Auch wenn Gerichte diesen Grundsatz in Streitfällen nicht mehr dogmatisch auslegen, steckt viel Wahres in ihm. In der Qualitätsprüfung beispielsweise ist eine saubere Dokumentation ausschlaggebend für die Beurteilung eines Behandlungsfalles.

Die erste Runde der vom Gesetzgeber neu eingeführten Qualitätsprüfungen wurde Anfang Juni beendet. 20 per Stichprobe ermittelte Praxen waren gefordert, ihre Dokumentationen zu Cp-/P-Behandlungen bei der Gesonderten Stelle bei der KZV Rheinland-Pfalz einzureichen. Im Anschluss wurden diese strikt anonymisiert von zahnärztlichen Kolleginnen und Kollegen auf Vollständigkeit und Sinnhaftigkeit beurteilt. Das Prüfprozedere haben wir ausführlich in *KZV aktuell* 4/2019 beschrieben, die Ergebnisse lesen Sie in dieser Ausgabe. Folgendes vorneweg: Auf der Ergebnisskala von A bis C wurden die Praxen überwiegend mit einem „B“ bewertet. „B“ – also alles gut? Ich bin zwiegespalten.

Natürlich ist „B“ ein gutes Ergebnis. Die goldene Mitte eben. Laut Qualitätsprüfungsrichtlinie heißt das jedoch auch, dass die eingereichten Behandlungsdokumentationen Mängel aufweisen. Die Qualitätskriterien sind demnach nicht vollständig erfüllt, qualitätsfördernde Maßnahmen sind von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung zu ergrei-

fen. In diesem Jahr bleiben die Ergebnisse noch ohne Folgen für die Praxen, da die erste Runde der Qualitätsprüfungen eine Art Testlauf war. Aber sie zeigen: Es gibt Luft nach oben.

Qualität ist eines unserer ureigenen Anliegen. Es ist in unserem Eigeninteresse, die Qualität der Versorgung zu sichern und zu fördern. Genauso sollte es unser Anspruch sein, unsere geleistete Arbeit so exakt wie möglich zu dokumentieren. Denn losgelöst vom Aspekt der Qualitätsförderung unterstützt Sie eine saubere Dokumentation in der Wirtschaftlichkeitsprüfung und bei möglichen Regressforderungen und sie gibt Ihnen noch mehr (Rechts-)Sicherheit im Behandlungsalltag.

Daher, liebe Kolleginnen und Kollegen, verdient die Behandlungsdokumentation im Wust der oft zu Recht kritisierten steigenden Bürokratielasten besondere Beachtung. Einen ersten Aufschlag machen wir in dieser *KZV aktuell* mit dem Titelthema zu einer lückenlosen Dokumentation samt Beispiel-Checkliste für die Cp-Behandlung. Und auf Basis der diesjährigen Ergebnisse entwickeln wir bereits ein Fortbildungsformat zur Dokumentation mit Augenmerk auf Qualitätsprüfungen. Damit Sie nicht nur diesen Prüfungen selbstbewusst entgegensehen, sondern auch die goldene Regel der vertragszahnärztlichen Versorgung gelassen nehmen und gut umsetzen können.

Ihr



Marcus Koller

stv. Vorsitzender des Vorstandes



„Es sollte unser Anspruch sein, unsere geleistete Arbeit exakt zu dokumentieren.“

Corona-Virus: Was gilt für die Abrechnung?

Die Zahnarztpraxen kehren zwar schrittweise in die Normalität zurück, doch noch immer sorgt das Corona-Virus für Verunsicherung. Antworten auf wiederkehrende Abrechnungs- und Behandlungsfragen.

Text: Katrin Becker

Kann der Kauf von Schutzkleidung als Sprechstundenbedarf abgerechnet werden?

Persönliche Schutzausrüstung (PSA) kann nicht als Sprechstundenbedarf (SSB) auf Rezept verordnet werden. Dies unterscheidet die vertragszahnärztliche Versorgung vom vertragsärztlichen Bereich.

Die Vereinbarungen zum SSB sind zudem je nach Bundesland zum Teil sehr unterschiedlich. In Rheinland-Pfalz wurde ab dem Jahr 2007 der rechnungsbezogene SSB in eine pauschalierte SSB-Vergütung umgewandelt. Diese Pauschale richtet sich praxisindividuell nach der Anzahl der SSB-auslösenden Leistungsziffern. Die allgemeinen Praxiskosten, zu denen Schutzausrüstung und Hygienematerial gehören, sind gemäß Nr. 5 der Allgemeinen Bestimmungen des BEMA mit dem abzurechnenden Punktwert abgegolten.

Über den SSB hinausgehend übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen befristet bis 30. Juni 2020 die Kosten für die Beschaffung von PSA, die für die zahnärztliche Notfallbehandlung von COVID-19-Patienten **in den Corona-Schwerpunktpraxen** erforderlich ist. Grundlage hierfür ist eine Regelung zwischen den Bundesmantelvertragspartnern, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und dem GKV-Spitzenverband.

Lässt sich der erhöhte Hygieneaufwand zusätzlich abrechnen?

Für die Behandlung von gesetzlich versicherten Patienten können Zahnarztpraxen **keine** zusätzlichen Hygienekosten abrechnen. Die Pauschale

in Höhe von 14,23 Euro pro Sitzung (GOZ-Nr. 3010 a), auf die sich die Bundeszahnärztekammer und der PKV-Verband für die Versorgung privat versicherter Patienten temporär bis 31. Juli 2020 verständigt haben, ist bei **gesetzlich versicherten Patienten nur für reine Privatbehandlungen ansetzbar**.

Verschiedene Veröffentlichungen empfehlen als Schutzmaßnahme vor der Behandlung eines COVID-19-Patienten die Spülung mit einer desinfizierenden Mundspüllösung. Ist dies über die BEMA-Nr. 105 abrechenbar?

Die BEMA-Nr. 105 (Mu) ist für die prophylaktische Spülung mit einer desinfizierenden Mundspüllösung nicht abrechnungsfähig. Leistungsbeschreibung und Abrechnungsbestimmungen sprechen dagegen: Die BEMA-Nr. 105 beinhaltet die lokale medikamentöse Behandlung von Schleimhauterkrankungen, das Aufbringen von auf der Mundschleimhaut haftenden Medikamenten oder die Behandlung von Prothesendruckstellen je Sitzung. Voraussetzung für die Abrechenbarkeit dieser Leistung ist das Vorliegen einer Schleimhauterkrankung oder einer Prothesendruckstelle und deren lokale medikamentöse Behandlung durch das Aufbringen von auf der Mundschleimhaut haftenden Salben, Lösungen, Cremes oder Ähnliches. Die Kosten für die genutzten Arzneimittel sind mit der BEMA-Nr. 105 abgegolten. Die Verordnung eines Arzneimittels zur häuslichen Anwendung bzw. zur vorsorglichen Spülung oder Spülung im Rahmen von Desinfektionsmaßnahmen erfüllen nicht den Leistungsinhalt der BEMA-Nr. 105 und sind somit nicht abrechenbar.

Die Erbringung und Abrechnung einer desinfizierenden Mundspülung vor Behandlungsbeginn auf Grundlage einer privaten Behandlungsvereinbarung ist ebenfalls unzulässig, da die Vereinbarung einer solchen Zusatzleistung davon abhängig ist, dass eine Behandlung auch ohne diese Zusatzleistung lege artis durchgeführt werden kann. Diese Voraussetzung ist für eine Hygienemaßnahme nicht erfüllbar.

Gleichwohl wird sich die KZV Rheinland-Pfalz dafür einsetzen, dass die gesetzlichen Krankenkassen den diesbezüglichen Mehraufwand mittels einer neuen BEMA-Gebühr künftig angemessen vergüten, zumal die Kosten für desinfizierende Lösungen nicht unerheblich sind.

Aufgrund der Corona-Pandemie lässt sich eine genehmigte prothetische Versorgung nicht innerhalb der bundesmantelvertraglich vorgesehenen Frist von sechs Monaten eingliedern. Was ist zu tun?

Die KZBV und der GKV-Spitzenverband haben vereinbart, dass Heil- und Kostenpläne, die in dem Zeitraum vom 30.09.2019 bis zum 31.03.2020 genehmigt wurden, ihre Gültigkeit bis einschließlich 30.09.2020 behalten. Für Versorgungen, die nicht bis zum 30.09.2020 durchgeführt werden können, ist ein neuer Heil- und Kostenplan zu erstellen.

Ein Patient ist an COVID-19 erkrankt und bedarf dringend einer (zahn-)ärztlichen Weiterbehandlung. Gelten in diesen Fällen die üblichen Regelungen für Überweisungen?

Für Überweisungen bei an COVID-19-Erkrankten oder von Patienten, die behördlich angeordnet unter Quarantäne stehen, gelten grundsätzlich die bundesvertraglichen Bestimmungen zu Überweisungen (§ 11 BMV-Z nebst Anlagen). Überweisungen zu einer ambulanten (zahn-)ärztlichen Behandlung dieser Patienten in einer Corona-Schwerpunktpraxis können entsprechend Anla-

ge 1, Nr. 2.3 auf dem Arzneiverordnungsblatt (Muster 16) vorgenommen werden. Der Grund der Überweisung, der Name des Versicherten einschließlich des Geburtsdatums und die Versichertennummer, der Name des Vertragszahnarztes und seine Anschrift einschließlich der Telefonnummer der Praxis sind anzugeben. Überweisungen können auch individuell mittels EDV erstellt werden.

Während der Corona-Krise soll ein Mindestabstand von 1,5 Metern zu anderen Personen eingehalten werden. Gilt dies auch für Begutachtungen?

Die KZBV und der GKV-Spitzenverband gehen in einer gemeinsamen Erklärung davon aus, dass bei Planungsgutachten erforderliche körperliche Untersuchungen für die BEMA-Teile 2, 3, 4 und 5 grundsätzlich durchgeführt werden können. In geeigneten Fällen kann das Gutachten auch nach Aktenlage erstellt werden. In diesen Fällen sollten dem Gutachter, soweit möglich, neben Röntgenaufnahmen und Modellen auch Fotos der Bissituation bereitgestellt werden.

Bei Zahnersatz-Mängelgutachten kann auf die körperliche Untersuchung nicht verzichtet werden. KZBV und GKV-Spitzenverband sind der Auffassung, dass eine solche unter Beachtung der empfohlenen Hygiene- und Vorsichtsmaßnahmen regelhaft durchführbar ist. Kann eine Untersuchung nicht stattfinden, ist im Einzelfall in Abstimmung mit dem Gutachter zu entscheiden, ob nach Problemschilderung durch den Patienten der Auftrag verschoben werden muss. Ist eine Verschiebung erforderlich und kann die Begutachtung aus diesem Grund nicht rechtzeitig innerhalb der bundesmantelvertraglichen Frist von 24 Monaten bzw. bei andersartigen Versorgungen und sogenannten Mischfällen nicht innerhalb der Frist von 36 Monaten eingeleitet werden, gilt der Gutachtenauftrag nicht als verfristet. ■

„Wir müssen lernen, mit dem Virus zu leben“

Die Corona-Pandemie war und ist eine Belastungsprobe für die Zahnärzteschaft und die zahnmedizinische Versorgung. Wie hat die KZV Rheinland-Pfalz die Krise bislang erlebt? Die Vorstandsmitglieder Marcus Koller und Joachim Stöbener über Systemrelevanz, Infodemie und Japan als Vorbild.

Interview: Dr. Stefan Hannen, Katrin Becker

Herr Koller, wann stand für Sie fest, dass Deutschland vom Corona-Virus nicht verschont bleiben würde?

Marcus Koller: Ein sehr ungutes Gefühl beschlich mich Ende Januar, als die ersten Corona-Fälle in Bayern publik wurden. Es folgte der große Ausbruch in Italien. Spätestens da war klar: Das Virus ist in Europa angekommen. Insbesondere die erschütternden Bilder aus der Lombardei haben mir Angst gemacht: Mit dem Virus kommt etwas auf uns zu, das wir nicht kennen und von dem wir nicht wissen, wozu es in der Lage ist. Ich bin dankbar, dass innerhalb kurzer Zeit viel Wissen über den unbekannteten Erreger gesammelt wurde. Auch wenn er noch nicht voll entschlüsselt ist, hoffe ich, dass sich mit den wissenschaftlichen Erkenntnissen eine zweite Infektionswelle vermeiden lässt. Vorausgesetzt, die Bevölkerung zieht mit. Mit unserem Verhalten haben wir dies selbst in der Hand.

Herr Stöbener, wie haben Sie bzw. die KZV Rheinland-Pfalz auf diese Erkenntnis „Das Virus ist da“ reagiert?

Joachim Stöbener: Oberste Priorität hatte und hat, dass die KZV für ihre Mitglieder auch während der Pandemie voll funktionsfähig ist und dass die Mitarbeiter geschützt werden. Davon haben wir uns in unseren Entscheidungen leiten lassen. Erste Maßnahmen waren, die Reisetätigkeiten zwischen den Zahnärzتهäusern einzustellen und die Häuser für die Öffentlichkeit zu schließen. Die Geschäftsbereiche wurden auf alle drei Zahnärzتهäuser verteilt, sodass im Falle einer Infek-

tion an einem Standort die Arbeit von den anderen Häusern hätte aufgefangen werden können. Selbstredend haben wir die vom RKI empfohlenen Hygiene- und Sicherheitsregeln eingeführt, an die wir uns bis heute halten. Parallel wurde ein Krisenstab eingesetzt, der die Schutzmaßnahmen fortwährend prüft und an die jeweils aktuelle Situation und die geltenden Verordnungen anpasst. Damit sind wir gut gefahren; glücklicherweise sind alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bislang gesund durch die Pandemie gekommen.

Gleich zu Beginn der Pandemie haben wir eine Hotline als erste Anlaufstelle für die Praxen eingerichtet. Die Kolleginnen und Kollegen an der Hotline haben einen Topjob gemacht. Auch wenn nicht jede Frage ad hoc beantwortet werden konnte – die Pandemie ist auch für uns etwas völlig Neues – haben sie vielfach Druck aus dem Kessel nehmen und Unsicherheiten abbauen können. Die Hotline gibt es natürlich noch immer, wird aber inzwischen weniger frequentiert.

Stichwort Schutzausrüstung. Der Mangel an hochwertigem Material war über viele Wochen das ganz große Problem.

Koller: Das war in der Tat ein riesiges Problem auch für die Zahnärzteschaft. Als sich das Ausmaß der Corona-Welle abzeichnete, ist die Nachfrage nach Schutzausrüstung weltweit explodiert. Das hat schnell zu Lieferengpässen geführt. Schon bevor erste Hilferufe der Praxen bei der Hotline eingingen, dass Schutzmasken und Desinfektionsmittel zur Neige gehen, haben wir sämt-



Im Interview: Marcus Koller (links) und Joachim Stöbener

Fotos: KZV Rheinland-Pfalz

liche Kanäle genutzt, um an Material zu gelangen. Es stand außer Frage: Die KZV muss einspringen, wenn die Praxen dazu selbst keine Chance mehr haben. Das ist Teil unserer Sicherstellungsverpflichtung. Doch dass zeitweise ganze Staaten um Schutzausrüstung kämpften und Großkunden bei der Lieferung aus Asien bevorzugt wurden, haben auch wir erfahren müssen. Mehrfach wurden fest zugesagte Liefertermine verschoben. Wir sind froh, dass inzwischen alle Praxen mit zusätzlichen FFP2-Schutzmasken und Desinfektionslösungen versorgt sind und einen Vorrat für eine mögliche zweite Infektionswelle anlegen können. Deshalb ist unsere klare Forderung: Schutzausrüstung muss zumindest in Teilen in Deutschland hergestellt werden, um schnell verfügbar zu sein. Wir dürfen nicht weiter derart abhängig sein vom Weltmarkt.

Welche weiteren Lehren ziehen Sie für die Zahnärzteschaft und die KZV aus der Corona-Pandemie?

Koller: Eine ganz bittere Erkenntnis ist, dass die Politik die Bedeutung und die Systemrelevanz der Zahnärzte ignoriert. Ein Beispiel ist die fehlende Unterstützung der Landesregierung, Schutzausrüstung zu organisieren. Viel gravierender ist jedoch, dass die Zahnärzte - anders als Ärzte und Krankenhäuser - keine spürbaren finanziellen Hilfen zugesprochen bekommen haben. Die Zahnärzte müssen die Krise aus eigener Kraft stemmen. Ich bin mir sicher, dass wir das schaffen. Doch es bleibt der bittere Nachgeschmack der Ungleichbehandlung gegenüber anderen Gesundheitsberufen, was überhaupt nicht nachvollzieh-

bar ist. Das „A“ in ZahnArzt und die Bedeutung der Zahn- und Mundgesundheit für die allgemeine Gesundheit wurden schlicht verkannt. Gesellschaftlich gesehen muss allen bewusst sein, dass eine zweite Infektionswelle oder gar eine neue Pandemie zu jeder Zeit kommen kann. Darauf müssen wir vorbereitet sein.

Medienberichten zufolge gab es während der Hochphase der Pandemie bis zu 80 Prozent weniger Zahnarztbesuche. Teilen Sie diese Einschätzung?

Stöbener: Eine gesicherte Aussage dazu ist frühestens mit Abschluss des zweiten Abrechnungsquartals möglich. Fakt ist, dass ab dem 16. März, der ersten Stufe des Lockdowns, viele Patientinnen und Patienten ihre Termine abgesagt haben. In den ersten unübersichtlichen Pandemie-Wochen und angesichts der dynamischen Entwicklung hatten die zahnärztlichen Organisationen zu diesem Zeitpunkt empfohlen, sich in den Praxen auf nicht aufschiebbare Behandlungen zu konzentrieren. Dies geschah auch vor dem Hintergrund der unsicheren Versorgung mit Schutzausrüstung. Anfang Mai haben die Zahnärztinnen und Zahnärzte begonnen, den Betrieb wieder hochzufahren. Einen ersten Eindruck verschafft die KCH-Probeabrechnung für die Monate April bis Mitte Mai, um die wir die Praxen gebeten hatten. Rund zwei Drittel der Praxen sind der Bitte nachgekommen mit dem Ergebnis, dass es insgesamt 20 Prozent weniger Behandlungsfälle im Vergleich zum Vorjahreszeitraum gab. Das vertragszahnärztliche Honorar lag im Schnitt um 14 Prozent niedriger.

Welche wirtschaftlichen Folgen hat die Pandemie für die Praxen und die flächen-deckende Versorgung?

Koller: Auch hier ist es schwer, eine Prognose zu stellen. Das hängt stark davon ab, wie sich die Pandemie weiter entwickeln wird und wie schnell die Praxen wieder voll ausgelastet sein werden. Im besten Falle erreichen die Praxen bis Ende dieses Quartals wieder normale Patientenzahlen. Der Behandlungsbedarf ist natürlich unverändert vorhanden. Hinzu kommen die ohnehin schon hohen Hygienekosten, die aufgrund der erweiterten Maßnahmen infolge der Corona-Pandemie noch weiter steigen. Es ist jedenfalls damit zu rechnen, dass die Gewinnentwicklung der meisten Praxen in diesem Jahr einen scharfen Knick nach unten machen wird.

Sie haben sich entschieden, die Liquiditätshilfe der COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung nicht in Anspruch zu nehmen. Warum?

Stöbener: Grund hierfür ist die spezielle Vertragsstruktur, die die KZV Rheinland-Pfalz mit den gesetzlichen Krankenkassen im Land verhandelt hat. Die sogenannten Überstellungsverträge gewährleisten, dass die bereits für das Jahr 2020 vereinbarte Gesamtvergütung zu 100 Prozent ausgezahlt wird – trotz des rückläufigen Arbeitsaufkommens in vielen Praxen. Die Liquiditätshilfe, die im Übrigen nichts anderes ist als ein zinsloses Darlehen, sieht lediglich 90 Prozent der im Jahr 2019 ausgezahlten Gesamtvergütung vor und hätte für die Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte in Rheinland-Pfalz daher Nachteile gebracht. Eine Aufstockung der „Liquiditätshilfe“ auf die bereits vereinbarte Gesamtvergütung 2020 schließt die Verordnung des Bundes aus. Einen Schutz, wie es ihr Name verspricht, bietet die Verordnung schlichtweg nicht.

Die Pandemie ist eine Extremsituation. Auch Zahnärzte und Praxismitarbeiter fielen in Panik und teilten gegen die Körperschaften aus. Wie ordnen Sie die teils persönlichen Beleidigungen, die auch die KZV Rheinland-Pfalz erreichten, ein?

Koller: Wir alle machen derzeit eine Ausnahmesituation durch. Das Corona-Virus hat uns überfal-

len, es macht uns große Sorgen. Die einen haben Angst vor einer Erkrankung, die anderen vor dem Verlust der Existenz. Angst lässt Menschen sehr emotional werden. Sie lässt nicht immer eine rationale Reaktion zu. Dafür haben wir Verständnis. Jedoch wurden in den vergangenen Wochen auch Grenzen überschritten. Einige Vorwürfe waren in der Sache nicht nur unberechtigt, sondern im Ton auch persönlich verletzend. Die Wucht und die Wut, mit der einige beispielsweise die Versorgung mit Schutzausrüstung oder eine Anordnung von Praxisschließungen einforderten, haben uns schockiert. Bei allem Respekt und bei allem Verständnis für individuelle Sorgen und Nöte: Eine Krise wird nicht dadurch besser bewältigt, indem man sein Gegenüber verbal angreift. Uns ist klar, dass es schwer und fordernd ist, Unsicherheiten auszuhalten, aber genau das war und ist derzeit gefordert.

Was würden Sie rückblickend im Umgang mit der Pandemie anders machen?

Stöbener: Weitere Pandemien sind wahrscheinlich. Auch wenn diese vermutlich neue und andere Herausforderungen an uns stellen werden, sind wir gut darauf vorbereitet. Mit der Hotline, dem Krisenstab oder den Online-Serviceseiten haben wir positive Erfahrungen gemacht. Dadurch waren wir flexibel und stets auf der Höhe des Geschehens. Was in den vergangenen Wochen deutlich wurde, ist die Bedeutung von guten Kontakten zu anderen Entscheidungsträgern und Institutionen. Daran werden wir weiterhin arbeiten.

Gewiss hätten wir das eine oder andere Mal etwas schneller handeln können. Sicherheit ging jedoch vor Schnelligkeit. Uns war es wichtig, nicht der Infodemie zu verfallen und Halbwahrheiten bzw. nicht gesicherte Informationen zu verbreiten, zum Beispiel die Fehlinformationen zum Kurzarbeitergeld. Das hätte nur noch mehr Verunsicherung geschürt. Wir können immer nur das kommunizieren, was wir sicher wissen.

Unsere Erfahrungen haben wir in einem Pandemie-Plan zusammengeführt. Er zeigt sowohl für die Pandemie-Planung als auch für den Ereignisfall vorhandene Strukturen und notwendige Maßnahmen auf, die wir ergreifen sollten, um eine Pandemie gut im Sinne der Zahnärzteschaft durchzustehen. Eine Kurzfassung des Plans wird in Kürze auf unserer Internetseite abrufbar sein.

In der Informationspolitik setzte die KZV auf das Internet und eine Hotline, um so die Flut an Neuigkeiten schnellstmöglich an die Praxen zu geben. Wie wurde das Angebot angenommen?

Koller: Als sich Anfang März die Informationen überschlugen, fiel die Entscheidung, dass wir am effizientesten über eine Hotline und die Internetseite kommunizieren und helfen können. Die geringe Halbwertszeit der Informationen und die Vielzahl an Nutzern, die wir zeitgleich schnell erreichen mussten, ließen uns keine Wahl. Wir haben die Zahl der Anrufer an der Hotline nicht gezählt, das Aufkommen war jedoch immens hoch. Drei Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter waren abgestellt. Sie wurden punktuell von weiteren Kolleginnen und Kollegen unterstützt. Positive Resonanz von Zahnärztinnen und Zahnärzten und anderen zahnärztlichen Organisationen gab es für den kontinuierlich erweiterten Fragen-Antworten-Katalog auf der Internetseite. Herzlichen Dank an alle Praxen, die uns hierfür immer wieder wertvolle Hinweise gegeben haben.

An der Akzeptanz der Internetseite als Informationsplattform müssen wir gemeinsam arbeiten. Es braucht unsere Bereitschaft, Informationen dort aktuell anzubieten, genauso braucht es die Bereitschaft und die Eigenverantwortung beim Nutzer, die Informationen dort aktiv abzurufen. Nicht für alle Praxen war und ist es selbstverständlich, unsere Internetseite zur Informationsgewinnung heranzuziehen. Wir sehen es als Aufgabe der nächsten Zeit, die Online-Kommunikation stärker zu fördern.

Wie sieht die zahnmedizinische Versorgungslandschaft „nach Corona“ aus?

Stöbener: Wir hoffen, dass alle Praxen ohne existenzbedrohende Einbußen durch die Krise gehen. Es ist allerdings kein ganz unrealistisches Szenario, dass es zu einem pandemiebedingten Rückgang von Praxen kommen könnte. Vor allem könnte die eine oder andere „Altpraxis“ früher als ursprünglich geplant vom Netz gehen. Um wirtschaftlich ernste Blessuren zu vermeiden, ist es entscheidend, dass sich die Praxen schnell wieder füllen und dass das Infektionsgeschehen unter Kontrolle bleibt.

Koller: Wir müssen lernen, mit dem Virus zu leben und den neuen Praxisalltag anzunehmen und zu gestalten. Vorstellbar ist, dass über die Pandemie hinaus die erweiterten Hygieneregeln in den Praxen Bestand haben werden: mehr Abstand im Wartezimmer, häufigeres und längeres Lüften aller Räume, die Möglichkeit der Handdesinfektion für Patienten. Darüber hinaus bin ich der Ansicht, dass es einer neuen Infektionsschutzkultur in Deutschland bedarf, um Infektionskrankheiten zu vermeiden. Die Corona-Pandemie hat gezeigt, dass wir gut auf das Händeschütteln verzichten können. Zudem sollte die Frage diskutiert werden, ob etwa Erkältungspatienten grundsätzlich im öffentlichen Raum einen Mund-Nasen-Schutz tragen sollten. In anderen Kulturen ist das schon lange eine Selbstverständlichkeit. Japan ist hier ein Vorbild. Und in den Praxen sollten wir uns fragen, ob Erkältungspatienten künftig gebeten werden sollten, zunächst Schnupfen und Husten vor der Behandlung auszukurieren. Natürlich nur, wenn es die Mundsituation zulässt.

Was nach diesen aufreibenden Wochen bleibt, ist, dass Zahnärzte auch in der größten Krise Verantwortung übernehmen und für ihre Patienten da sind. Sie haben bewiesen: Gemeinwohlpflichtung ist für die Zahnärzteschaft keine hohle Floskel. Die KZV Rheinland-Pfalz dankt Ihnen und all Ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die täglich Großartiges leisten – nicht nur in Krisenzeiten.

Vielen Dank für das Gespräch.

Mehr als eine Gedächtnisstütze: Die lückenlose Dokumentation

Da war doch was ... Die Dokumentation einer Behandlung diente dem Behandler früher meist als Gedächtnisstütze und Abrechnungshilfe. Doch diese Zeiten sind längst vorbei. Heute besteht eine gesetzliche Pflicht zur vollständigen Dokumentation. Was heißt das?

Text: Dr. Stefan Hannen, Katrin Becker

i

§ 630f BGB - Dokumentation der Behandlung

(1) Der Behandelnde ist verpflichtet, zum Zweck der Dokumentation in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen. Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen in der Patientenakte sind nur zulässig, wenn der ursprüngliche Inhalt erkennbar bleibt.

(2) Der Behandelnde ist verpflichtet, in der Patientenakte sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen. Arztbriefe sind in die Patientenakte aufzunehmen.

(3) Der Behandelnde hat die Patientenakte für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht nach anderen Vorschriften andere Aufbewahrungsfristen bestehen.

Spätestens seit Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes und der Aufnahme des Behandlungsvertrages in das Bürgerliche Gesetzbuch (§ 630a-h BGB) im Jahr 2013 geht an einer lückenlosen Behandlungsdokumentation kein Weg vorbei.

Wo steht's?

Verankert ist die zahnärztliche Dokumentationspflicht inzwischen in unterschiedlichen Rechtsvorschriften. Zivilrechtlich gilt § 630f BGB (siehe Textkasten). Berufsrechtlich verpflichten die Berufsordnungen der Landeszahnärztekammern zur Dokumentation (zum Beispiel § 12 der Berufsordnung der LZK Rheinland-Pfalz). Im Vertragsarztrecht ergibt sie sich aus § 294 Sozialgesetzbuch V (SGB V) und aus § 295 Abs. 1, Nr. 2 und 3 SGB V. Hinzu kommen § 8 Abs. 3 Bundesmantelvertrag Zahnärzte (BMV-Z) sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, zum Beispiel für die Behandlung von Parodontopathien oder für die Versorgung mit Zahnersatz.

Warum dokumentieren?

Die Dokumentation hat vorrangig den Zweck, das Behandlungsgeschehen aufzuzeichnen und den Therapieverlauf mit allen Untersuchungen und Behandlungsmaßnahmen nachvollziehbar zu protokollieren. Ohne eine saubere Dokumentation besteht die Gefahr, dass für die weitere Therapie wichtige Informationen und Untersuchungsergeb-



nisse abhandenkommen oder in Vergessenheit geraten. Das dient auch dem Schutz des Patienten: Doppeluntersuchungen lassen sich vermeiden und körperliche Belastungen, etwa durch Röntgendiagnostik, gering halten. Darüber hinaus stellt eine vollständige Dokumentation sicher, dass hinzugezogene Behandler oder Gutachter die Therapie nachvollziehen können.

Darüber hinaus kommt den zahnärztlichen Aufzeichnungen seit Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes eine wichtige Funktion im Streitfall zu. Eine ordentliche, plausible und nachweislich während oder kurz nach der Behandlung erstellte Dokumentation hat den Beweiswert einer Urkunde und wird vor Gericht in der Regel nicht angezweifelt. Hat allerdings der Zahnarzt eine Maßnahme einschließlich der Aufklärung und Einwilligung des Patienten nicht oder nicht vollständig dokumentiert, greift zu seinen Lasten die gesetzliche Vermutung, dass er die Maßnahme nicht durchgeführt hat (§ 630h Abs. 3 BGB). In einem Haftungsprozess verbleibt dem Zahnarzt dann zwar noch die Möglichkeit, das Gegenteil zu beweisen. Dies dürfte in der Regel jedoch schwierig sein. Es gilt also der Grundsatz: „Was nicht dokumentiert ist, wurde nicht erbracht.“ Allerdings wurde dieser Grundsatz nun durch ein neues Urteil des Bundesgerichtshofes vom 22. Oktober 2019 (Az.: VI ZR 71/17) relativiert: Die Vermutung, dass eine (zahn-)medizinisch gebotene Befunderhebung, die nicht dokumentiert ist, auch tatsächlich nicht durchgeführt wurde, lässt sich nur dann aufrechterhalten, wenn dadurch der Eintritt des vom Patienten behaupteten Schadens „hinreichend wahrscheinlich“ geworden ist.

Eine weitere wesentliche Rolle spielt eine ordnungsgemäße Dokumentation bei der Abrechnung mit den gesetzlichen Krankenkassen über die Kassenzahnärztliche Vereinigung. Die Dokumentation ist zum einen Grundlage und Nachweis für die Abrechnung der Honorare. Eine saubere Aufzeichnung aller Schritte einer Behandlung hilft zum anderen auch in Verfahren der Qualitätsprüfung und der Wirtschaftlichkeitsprüfung, in denen die abgerechneten Leistungen insbesondere im Hinblick auf Dokumentation und Plausibilität überprüft werden.

Wie dokumentieren?

Handschriftlich oder elektronisch – der Zahnarzt ist in seiner Entscheidung frei, ob er Behandlungsinformationen per Hand in eine Karteikarte einträgt oder im Computer erfasst. Eine doppelte Erfassung – analog und digital – ist jedoch nicht notwendig. Ganz gleich, für welche Form sich der Zahnarzt entscheidet, die Dokumentation muss leserlich und verständlich sein. Zulässig sind Abkürzungen, Stichworte und Zeichen, die zumindest für Nach- oder Mitbehandler nachvollziehbar sind. Eine stenografische Dokumentation reicht hingegen ebenso wenig aus wie die bloße Nennung von Gebührenpositionen, da von einer Leistungsnummer nicht zwingend auf eine Indikation und eine durchgeführte Maßnahme geschlossen werden kann. Medizinische Selbstverständlichkeiten, Routinemaßnahmen oder Kontrollen müssen nicht protokolliert werden, wie zum Beispiel Einzelheiten einer Kontrolluntersuchung ohne Befund. Grundsätzlich gilt: Je komplexer oder untypischer eine Behandlung verläuft, desto detaillierter sollte ein Zahnarzt dokumentieren.

Der Zahnarzt kann Einträge in der Dokumentation ändern, korrigieren und ergänzen – vorausgesetzt, dass der ursprüngliche Text deutlich lesbar bleibt und die nachträgliche Änderung mit Datum und Namenskürzel versehen wird. Das gilt für handschriftlich ebenso wie für elektronisch geführte Patientenakten. Wer mit Tipp-Ex oder Klebeetiketten hantiert, Textpassagen schwärzt oder löscht, gefährdet den Urkundencharakter der Patientendokumentation. Im Streitfall muss der Zahnarzt mit dem Vorwurf der versuchten Manipulation rechnen; zumindest droht ihm und seinen Aufzeichnungen ein gravierender Glaubwürdigkeitsverlust.

Wann dokumentieren?

Konkrete Fristen, bis wann eine Behandlung dokumentiert werden muss, gibt es nicht. In § 630f BGB heißt es dazu lediglich, eine Dokumentation muss in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang zu

Checkliste für eine Basisdokumentation

Die Aufzeichnungen sind zeitnah zu erstellen. Eine sorgfältige Dokumentation hilft – auch fachkundigen Dritten –, Therapieentscheidungen und die Umstände einer Behandlung jederzeit nachzuvollziehen.

- » Behandlungsdatum, eventuell mit Uhrzeit
- » Behandler, eventuell Assistenz
- » Anamnese (allgemeine Anamnese meist als Fragebogen, spezielle Anamnese als Notiz)
- » klinischer Befund
- » Röntgenaufnahmen, Aufzeichnungspflichten gemäß Strahlenschutzgesetz
- » sonstige Befunde
- » Diagnose(n)
- » Patientenaufklärung (Befunde, Diagnose, Therapieoptionen, Risiken, Kosten, Dauer etc.)
- » Therapieentscheidung und Einwilligung des Patienten („Patient wünscht...“)
- » falls erforderlich: Mehrkostenvereinbarung, Kostenplan für ZE, KFO, KBR, PAR, Zusatzleistungen
- » konkrete Behandlungsmaßnahme („Was wurde wann wie womit gemacht?“)
- » verwendete Medikamente und Materialien
- » Abweichungen vom regulären Behandlungsverlauf, Besonderheiten, Komplikationen inklusive Aufklärung des Patienten
- » Rezepte, Verordnungen, Überweisungen, besondere Hinweise und Empfehlungen
- » wichtige Äußerungen des Patienten (Wünsche, Ängste, sonstige Kommentare)

Darüber hinaus als Teil der Patientenakte

- » Anamnesebogen
- » Datenschutzerklärung
- » Einverständnis der Abrechnung über Praxisverwaltungssystem
- » alle Röntgenaufnahmen
- » Kostenvoranschläge
- » Korrespondenz und Telefonate mit dem Patienten und Kostenträgern
- » Arztbriefe
- » Fremdkostenbelege
- » Rechnungen



einer Behandlung erfolgen. Demnach sollte eine Dokumentation nach Möglichkeit während der Behandlung oder unmittelbar im Anschluss daran erfolgen, um Informationsverluste oder Fehlinformationen, deren Wahrscheinlichkeit mit wachsendem zeitlichem Abstand zur Behandlung steigt, zu vermeiden. Kann eine Dokumentation aus gutem Grund nicht sofort vorgenommen werden, zum Beispiel weil ein Notfall in die Praxis kommt, sollte sie zum nächstmöglichen Zeitpunkt nachgeholt werden.

Was dokumentieren?

Gesetzlich vorgegeben ist, dass der Zahnarzt alle für die Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse protokollieren muss. Darunter fallen insbesondere Anamnese, Befunde, Untersuchungen und deren Ergebnisse, Diagnosen, Therapien und ihre Wirkungen sowie Patienteneinwilligungen und -aufklärungen. Die Aufzählung im Gesetz ist allerdings nicht abschließend. Neben Arztbriefen sollte zum Beispiel die Korrespondenz mit Patienten und Kostenträgern, Verordnungen, Überweisungen, Kostenvoranschläge und Rechnungen dokumentiert bzw. in die Patientenakte aufgenommen werden.

Zusammenfassend gilt: Eine lückenlose und nachvollziehbare Dokumentation ist mit Aufwand verbunden. Doch es ist ein Aufwand, der sich lohnt. Die Aufzeichnungen sind nicht nur gesetzliche Pflicht, sondern fördern die Behandlungsqualität und dienen dem Schutz des Patienten. Außerdem sind sie Grundlage von Honorarforderungen und belegen deren Berechtigung. Relevant ist die Dokumentation auch in zivilrechtlichen Auseinandersetzungen zwischen Zahnarzt und Patient. In diesen Fällen dient sie der Beweisführung.

Aus all diesen Gründen sollten eine Behandlung, die Patientenaufklärung und -einwilligung sowie mögliche Besonderheiten zeitnah und sorgfältig protokolliert werden. Besser ein Satz zu viel als zu wenig notieren. Hilfreich hierfür sind übrigens auch Schulungen der Mitarbeiter, damit sie sattelfest und routiniert in der Behandlungsdokumentation werden. ■

Einsicht in die Dokumentation

Eine Dokumentation ist im Besitz des behandelnden Zahnarztes. Auf die Herausgabe der Originalunterlagen darf der Patient deshalb nicht bestehen. Allerdings steht es ihm zu, seine eigenen Behandlungsunterlagen einzusehen oder Kopien davon zu bekommen (§ 630g BGB). Wünscht ein Patient Kopien, kann sich der Zahnarzt die Kosten dafür erstatten lassen. Je Kopie sind bis zu 0,50 Euro angemessen. (Anmerkung: Von dieser Praxis der Kostenerstattung weicht der rheinland-pfälzische Landesdatenschutzbeauftragte ab. Nach seiner Auffassung muss der Zahnarzt dem Patienten zumindest die erste Kopie der Behandlungsunterlagen kostenlos überlassen. Dies ergebe sich aus Artikel 15 Abs. 3 Satz 1 der Datenschutzgrundverordnung). Dem Wunsch des Patienten, ihm Einsicht in seine Akte zu gewähren,

kann nur dann abgelehnt werden, wenn erhebliche Persönlichkeitsrechte Dritter dagegen sprechen oder wenn aus therapeutischen Gründen eine Einsichtnahme für den Patienten zu einer erheblichen Gesundheitsgefahr führen würde.

Der Patient kann sein Einsichtsrecht auf Dritte übertragen. Hierzu bedarf es einer schriftlichen Vollmacht. Nach dem Tod des Patienten geht dieses Recht auf die Erben bzw. nächste Angehörige über, sofern dies nicht dem Willen des Patienten widerspricht.

Vom Einsichtsrecht des Patienten zu unterscheiden ist die nur vorübergehende Weitergabe der Dokumentation an (zahn-)ärztliche Kollegen. So hat ein Zahnarzt einem vor-, mit- oder nachbehandelnden Zahn(-Arzt) sowie einem begutachtenden (Zahn-)Arzt auf Verlangen seine zahnärztlichen Dokumentationen vorübergehend zu überlassen und ihn über die bisherige Behandlung zu informieren – vorausgesetzt, der Patient ist damit einverstanden (§ 12 Abs. 4 der rheinland-pfälzischen Berufsordnung für Zahnärzte).

Beispiel-Checkliste für die Cp-Behandlung

Befund

- » bei „01“ Karies an Zahn 16 distal festgestellt
- » im Befundschema mit „c“ eingetragen
- » ggf. Notiz: Zahn 16 klinisch beschwerdefrei
- » Sensibilität +

Röntgen

- » Bissflügelaufnahme oder Zahnfilm
- » Befund: profunde Aufhellung Krone 16 distal, pulpanah

Diagnose

- » 16 Caries profunda distal

Therapie

- » bevorzugte Therapie: Kariesentfernung und definitive Füllung mit Komposit
- » alternative Therapie: Kariesentfernung und Amalgamfüllung oder Kariesentfernung mit provisorischem Verschluss und Versorgung mit einer Einlagefüllung

Aufklärung

- » Aufklärung über unterschiedliche Therapien: Patient wünscht Kompositfüllung
- » Aufklärung über Kosten
- » Aufklärung über Risiken: eventuell Schmerzen nach Cp-Behandlung; bei bleibenden Beschwerden: VitE und Wurzelkanalfüllung

Erstellung eines Heil- und Kostenplanes/Behandlungsplanes

- » Mehrkostenvereinbarung mit Unterschrift des Patienten

Vorbehandlung

- » entfällt

Behandlung

- » Lokalanästhesie mit 1,2 ml UDS
- » Pulpanahe Karies entfernt mit Excavator
- » Abdeckung des pulpanahen Bereichs mit Calciumhydroxidpräparat (Handelsname)
- » besondere Maßnahmen bei der Füllungstherapie (Blutungsstillung, Kofferdam, andere)
- » Kompositfüllung (Handelsname)
- » dentinadhäsive Befestigung (Handelsname)
- » Farbangabe
- » Flächenangabe

Überkappung der Pulpa: Erste Runde der Qualitätsprüfungen beendet

Die Qualität zahnärztlicher Leistungen wird seit diesem Jahr nach einem bundesweit einheitlichen Verfahren geprüft. In Rheinland-Pfalz wurden demzufolge die Dokumentationen von 200 CP-/P-Behandlungsfällen aus 20 Praxen geprüft. Hier die Ergebnisse.

Text: Katrin Becker

Auf einer Bewertungsskala von A bis C schnitt die große Mehrheit der Praxen (zehn) mit B ab. Deren Behandlungsdokumentationen wiesen demnach geringe Auffälligkeiten bzw. Mängel auf. Dokumentationen von sechs Praxen waren nicht zu beanstanden. Bei vier Praxen stellte das Prüfungsgremium hingegen erhebliche Dokumentationsmängel fest.

den nicht beliebige Leistungen in Augenschein genommen, sondern es werden Behandlungsfälle beurteilt, bei denen die BEMA-Nr. 25 (Cp; indirekte Überkappung der Pulpa) oder die BEMA-Nr. 26 (P; direkte Überkappung der Pulpa) in Verbindung mit mindestens einer dieser Folgeleistun-

Anzahl der Praxen		Gesamtbewertung der Praxen		
mit relevanten Aufgreifkriterien	in der Stichprobe	A (keine Auffälligkeiten)	B (geringe Auffälligkeiten)	C (erhebliche Auffälligkeiten)
667	20 (mit 200 Behandlungsfällen)	6	10	4
		Die Qualitätskriterien sind erfüllt.	Die Qualitätskriterien sind nicht vollständig erfüllt.	Die Qualitätskriterien sind nicht erfüllt.

Alle Praxen haben, obwohl sie kurz vor Weihnachten angesprochen wurden, ihre Behandlungsdokumentationen ohne erneute Aufforderung fristgerecht eingereicht.

Schwächen, die dem Prüfungsgremium wiederholt auffielen, waren eine nicht dokumentierte Sensibilitätsprüfung samt Ergebnis sowie die Qualität der Röntgenbilder. Ferner entsprach ein Teil der eingereichten Unterlagen nicht den Anforderungen einer weiterführenden Dokumentation. Es fehlten zum Beispiel Hinweise zur Indikationsstellung der Cp/P wie Taschentiefe und Lockerungsgrad oder Perkussionstest. Da die Qualitätsprüfungen nun erstmals für das Jahr 2019 durchgeführt wurden, haben die Dokumentationsmängel in diesem Jahr keine Konsequenz. Dies ändert sich mit der nächsten Prüfrunde. Die Kassenzahnärztliche Vereinigung ist dann verpflichtet, qualitätsfördernde Maßnahmen, zum Beispiel schriftliche Hinweise, Beratungen oder Fortbildungen, bei allen Praxen bzw. Zahnärzten zu ergreifen, deren Dokumentationen die Qualitätskriterien nicht vollständig bzw. nicht erfüllen.

Hintergrund

Qualitätsprüfungen sind, ebenso wie Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung, Vorgaben des Gesetzgebers an den zahnärztlichen Berufsstand. In den Prüfungen wer-

gen am selben Zahn abgerechnet wurde: BEMA-Nr. 28 (VitE), 31 (Trep1), 32 (WK), 34 (Med), 35 (WF), 43 (X1), 44 (X2) oder 45 (X3). Wichtig dabei: Die Behandlungsdokumentationen werden stichprobenartig von einem Qualitätsgremium beurteilt, dem mindestens drei qualifizierte Zahnärzte angehören. Sie werden von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung benannt und nehmen ihre Aufgabe unabhängig wahr. Das Qualitätsgremium sichtet ausschließlich die von den – per Zufallslos ermittelten – Praxen eingereichten und von der Gesonderten Stelle pseudonymisierten Dokumentationen anhand bundesweit einheitlicher Prüfkriterien. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen leiten ihre jeweiligen Ergebnisse an die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung zur Berichterstattung an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) weiter.

Die Vorgaben zur Qualitätsprüfung und -beurteilung machen Richtlinien des G-BA. *KZV aktuell* berichtete ausführlich in den Ausgaben 4 und 5/2019. Weiterführende Informationen sind auch online abrufbar auf www.kzvrlp.de > Webcode 0802. ■

Wie gesund sind Kinderzähne? Zwei Studien, zwei Ergebnisse

Die Zahngesundheit bei Kindern in Deutschland ist nicht so gut wie bisher angenommen. Dieses Fazit zieht der neue BARMER Zahnreport und untergräbt somit Ergebnisse der Deutschen Mundgesundheitsstudie. Welche Studie hat Recht?

Text: Katrin Becker

Laut BARMER hat bereits ein Drittel der 12-Jährigen Karies im bleibenden Gebiss. 33 Prozent mussten im Jahr 2018 behandelt werden. 67 Prozent sind im Umkehrschluss kariesfrei. Das sind deutlich weniger Kinder, als die Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V) im Jahr 2014 zutage gebracht hatte. Sie kam zu dem Schluss, dass lediglich 19 Prozent der 12-Jährigen Karieserfahrung bzw. 81 Prozent kariesfreie bleibende Zähne haben. Ein ähnliches Ergebnis (79 Prozent) ermittelte die Begleituntersuchung zur Gruppenprophylaxe im Jahr 2016. Was ist der Grund für diese Differenz?

Kariesfrei ist nicht versorgungsfrei

Die BARMER ebenso wie das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ), das die DMS durchführt, sehen in den unterschiedlichen Ergebnissen keinen Widerspruch. Vielmehr machen sie methodisch unterschiedliche Ansätze dafür verantwortlich. Während die epidemiologischen Mundgesundheitsstudien das Ziel verfolgten, ein repräsentatives Abbild der Mundgesundheit der Bevölkerung in Deutschland zu zeichnen, zeige der Zahnreport das Leistungsgeschehen für eine umschriebene Gruppe Versicherter auf, heißt es in einer IDZ-Stellungnahme. Welche Studie - epidemiologische Untersuchung oder Analyse von Krankenkassendaten - näher an der Realität liege, könne im Einzelfall nur vermutet werden, sagt der Autor des Zahnreports, Prof. Dr. Michael Walter von der Technischen Universität Dresden. Unschärfen könnte es in beiden Studientypen geben.

Notwendig sei es, meint das IDZ, sinnvolle Erklärungen für diese Unterschiede herauszuarbeiten. Eine wesentliche Erklärung ist laut den Wissenschaftlern, dass im Zahnreport nur die abgerechneten Leistungen erfasst werden, aber nicht die dahinter stehende Erkrankung. Ein erheblicher Teil der 12-Jährigen bekomme Zahnfüllungen nicht wegen Karies, sondern nach Zahnunfällen (Trauma), infolge von Zahnhartsubstanzdefekten (Molaren-Inzisiv-Hypomineralisation, Erosionen) oder als erweiterte Fissurenversiegelun-

gen. Das Fazit des IDZ: „Kariesfrei ist nicht gleichzusetzen mit versorgungsfrei.“ Daher sei es verfehlt anzunehmen, das Problem der Karies bei 12-Jährigen werde in epidemiologischen Studien in Deutschland unterschätzt.

Nicht nachlassen

Marcus Koller, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz, sieht die Diskrepanz ebenfalls gelassen. „Zahnärzteschaft und BARMER sind im Kern eng beieinander. Wir alle wissen um die Präventionserfolge bei Kindern und Jugendlichen, die wir durch die Individual- und die Gruppenprophylaxe erreicht haben. Genauso ist uns allen bewusst, dass wir im Bemühen um gesunde Zähne nicht nachlassen dürfen. Karies ist noch immer eine der weltweit häufigsten chronischen Erkrankungen.“

Der neue BARMER Zahnreport bestätigt Untersuchungen der Zahnärzteschaft, dass Kinder oft bereits im Milchgebiss Karies haben. Ursachen der frühkindlichen Karies sind übermäßiges Trinken von zucker- und säurehaltigen Getränken aus Babyflaschen in Verbindung mit mangelnder Mundhygiene. Entscheidend sei es deshalb, so Koller, Eltern für die Zahngesundheit und -pflege vom ersten Milchzahn an zu sensibilisieren. Seit Juli vergangenen Jahres stünden dazu gesetzliche Früherkennungsuntersuchungen für Kinder ab dem 6. Lebensmonat zur Verfügung. Koller: „Das Fundament für dauerhaft gesunde Zähne wird im Kleinkindalter gelegt.“ ■

Fokus Phobie: Angstphänomene in der Zahnarztpraxis – Umgang mit Kindern und Jugendlichen (Teil 3)

Der dritte und letzte Teil der „Phobie“-Serie widmet sich Besonderheiten im Umgang mit Kindern und Jugendlichen. Ein wohlüberlegtes Handeln ist wichtig, bei dem reflektiert werden sollte, was jeder Behandlungsschritt für die kindliche/jugendliche Psyche bedeuten könnte. Im Vordergrund stehen sowohl Überlegungen zur Vermeidung negativ-prägender Erlebnisse als auch Interventionsvorschläge.

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

Entwicklungsbesonderheiten bei Kindern und Jugendlichen

Im Gegensatz zur Erwachsenenbehandlung müssen beim Kind vielfältigere altersgemäße und situativ-angepasste Interventionswege besprochen werden. Jede biografische Entwicklungsstufe sollte dabei als jeweils ausgereift angesehen werden, in die man sich hineinversetzen muss. Kenntnisse über entwicklungspsychologische Zusammenhänge^{4,15,27} sind hierfür Voraussetzung.

Adoleszenz-Reifestadien im Zusammenhang mit Zahnbehandlungen:

Kleinkinder (bis 2. Lebensjahr)

Sie sind in der Zahnarztpraxis zunehmend häufiger als noch vor zehn Jahren anzutreffen. Sie präsentieren durchaus schon vielfältige Anlagen, die erst künftig zum individuellen Persönlichkeitsmerkmal werden könnten. Es kommt zu zielgerichteter Lautäußerung, Bindungsverhalten und Gefühlskontrolle. Man findet hier die genetische Anlage des zuversichtlichen „Urvertrauens“ besonders deutlich. Bei einem Zahnarztbesuch ist ein äußerst behutsames, dabei zügiges Vorgehen angezeigt.

Vorschulkinder (3. bis 5. Lebensjahr)

Sie leben vorrangig in der Welt des Augenblicks

und nehmen die Wirklichkeit staunend wahr. Handlungen sind noch weitgehend impulsgeleitet, wurzeln also eher im emotionsverarbeitenden Anteil des Gehirns. Ein Erfahrungsschatz, auch als Referenz für planmäßiges Handeln, muss erst entstehen. Erkennen und Begreifen erfolgen spielerisch, abstraktes Denken ist weitgehend noch unmöglich, weshalb Argumentationen aus der Erwachsenen-Logik häufig scheitern. Kinder dieses Alters können sich noch nicht in andere Personen hineinversetzen, sie brauchen klare Regeln und achten sehr auf deren Einhaltung im Sinne von richtig/wahr und falsch. Persönliche Zuwendung ist sehr wichtig. Geruchsassoziationen sind vordergründiger als in späteren Lebensphasen. Der allererste Zahnarzttermin hat eine besonders vertrauensbildende Schlüsselfunktion und es sollte absolut stressfrei stattfinden. Da Arztbesuche in diversen Zusammenhängen schon erfolgt sind, können dort erlebte, unangenehme Maßnahmen (zum Beispiel Impfungen) transitorisch den allerersten Zahnarztbesuch störend beeinflussen. Die Kinder reagieren dann, auch beim Erstbesuch, mitunter unerwartet unverhältnismäßig heftig im Sprechzimmer. Manche Kinder verweigern die Behandlung introvertiert-passiv, andere sind extrovertiert-schreiend schwer zu führen. Da eine echte Phobie in dieser Lebensphase in der Regel nicht vorliegen kann¹², sind diese Non-Compliance-Verhaltensweisen als Si-

tuationspanik einzustufen. Derartige Reaktionen treten meist kurz vor dem oder unmittelbar im Sprechzimmer auf und sind in der Regel nach Verlassen des Sprechzimmers wieder völlig verschwunden.

Eine ungünstige Konditionierung durch Verwandte oder Freunde kann ebenfalls vorliegen. Das „Elternmanagement“ ist von großer Bedeutung⁹. Es ist häufig erschreckend, wie Eltern ihr Kind auf eine anstehende Zahnbehandlung vorbereiten. Sie begehen – im guten Glauben – oft mehrere Kommunikationsfehler auf einmal. Dabei wird dem Kind von Angehörigen beispielsweise plastisch geschildert, wie zunächst „gebohrt“ wird. Gleichzeitig folgen meist unglaubliche Erläuterungen, dass „alles gar nicht so schlimm“ sei. Schließlich kommt ein völlig verunsichertes Kind mit unnötig falscher Konditionierung erstmalig in die Sprechstunde. Es fürchtet sich einerseits, andererseits möchte es die Eltern nicht enttäuschen. Das ist ein sehr spezielles, psychologisches „Setting“, dessen sich jeder Zahnarzt bewusst sein muss. Die Eltern sollten daher zuvor instruiert werden, den anstehenden Zahnarztbesuch hinsichtlich der zu erwartenden Maßnahmen am besten gar nicht zu kommentieren. Vielmehr sollte der Zahnarztbesuch als notwendige Tatsache eher beiläufig kommuniziert werden. Etwaige eigene Phobien sollten die Eltern dem Kind nicht mitteilen.

Das Kind wird von der Assistenz oder dem Zahnarzt persönlich im Wartezimmer abgeholt und begrüßt. Führt es ein Spielzeug mit sich, kann dies in eine kurze Unterhaltung, auch während diagnostischer/therapeutischer Maßnahmen, mit einbezogen werden. Im Zentrum der Kommunikation steht die einfühlsame, verbale und bewusst nonverbale Interaktion. Blickkontakt, verbunden mit einem Lächeln, ist als expressive Körpersprache in Verbindung mit respektvoller Berührung unabdingbar. In der Regel finden Diagnostik und ggf. Therapie auf dem Schoß der Vertrauensperson (Elternteil) statt. Der Befund wird spielerisch, aber dennoch stringent aufgenommen und ggf. mit scherzhaften Formulierungen durchsetzt: „Hast Du überhaupt schon Zähne?“, „Sind die an den Füßen? Ach so ... im Mund ... zeig mal bitte.“ „Sind das Jungs- oder Mädchenzähne?“²⁶ usw. Paryab und Arab¹³ belegten erneut den Nutzen der bekannten Vorgehensweise nach

dem Prinzip „Tell-Show-Do“²². Der Autor entscheidet von Fall zu Fall, ob er behandlungserklärend oder zu einem völlig anderen, kindgemäßen Thema (Geschichten, Film, Buch) kommuniziert. Im letzteren Fall werden Diagnostik sowie Behandlungsmaßnahmen scheinbar „nebenbei“ durchgeführt.

Das zahnärztliche Instrumentarium wird mit harmlosen Assoziativnamen belegt. Ist eine therapeutische Maßnahme notwendig, soll sie schmerzarm und sehr zügig erfolgen. Denn ein Erinnerungs- und Lernvermögen beim Kind ist aktiv und kann ungünstig prägende psychische Verfasstheiten ankern. Je länger eine Behandlung dauert, umso lebhafter wird sie erinnert. Die Faustregel „Lebensalter des Kindes mal drei = maximale Behandlungsdauer in Minuten“² ist eine gute Orientierung. Bewusst unvollständige Kariesexkavation sowie die nicht restaurative Karieskontrolle sind, wenn klinisch vertretbar, daher in dieser Lebensphase auch empfohlen¹⁷. Immer ist eine nonverbale Vermittlung von unbedingtem und stringentem Vorgehen unerlässlich. Mit Lokalanästhesie sollte nicht gespart werden. Sie kann nach vorheriger Oberflächenanästhesie



Das persönliche Abholen aus dem Wartebereich schafft erstes Vertrauen.
Fotos: Dr. Torsten Glas



Eine gute Kommunikationsbasis ist der Blickkontakt, verbunden mit respektvoller Berührung.

und zusätzlich geschickter, suggestiver „Verbalberieselung“ meist leicht erfolgen¹. Kurze Missfallensäußerungen („Au!“) sind generell in allen Lebensphasen Teil der Bewältigungsstrategie²⁴ und müssen nicht unterdrückt werden. Dies sollte den Eltern aber gegenüber entsprechend angekündigt werden. Es hat sich in der Praxis bewährt, zu erwartende, unangenehme Empfindungen dem Kind vorsorglich umzudeuten („Wenn es kitzeln sollte, darfst du auch lachen“ usw.), jedoch ohne dass der Eindruck einer Lüge beim Kind entsteht. Jede Sitzung sollte dem Kind gegenüber immer als Erfolg dargestellt werden. Dabei wird selbstverständlich ganz viel gelobt. So, wie Gefühle scheinbar rationale Körperreaktionen mit Körpersprache dominieren, ist das in gewissem Umfang auch umgekehrt möglich und kann bewusst genutzt werden. Eine willentlich erzeugte, körperliche Entspannung führt zu einer beruhigten, mentalen Einstellung. Initiiertes, stimuliertes Lachen entkrampft körperlich und seelisch. „Wenn du jetzt rausgehst, darfst du ganz laut lachen und so allen zeigen, dass alles ganz in Ordnung ist.“ Über das nach der Sitzung äußerlich angeregte „Fröhlich-Sein“ entsteht parallel eine entspannte Gemütsverfassung.

Eine deutlich demonstrierte Behandlungsunwilligkeit beim Kind ist in jedem Fall eine Herausforderung. Wer es beherrscht, kann hypnotische Techniken adjuvant zum Einsatz bringen^{2, 3, 18}. Die fast immer vorhandene hohe kindliche Phantasiebereitschaft ist dafür eine günstige Voraussetzung. Allerdings gelingt eine Tranceinduktion bei Kindern ebenso schnell, wie sie auch wieder verloren geht. Insgesamt kann Kinderhypnose als

etwas für Fortgeschrittene angesehen werden. Eine adjuvante Lachgas-Sedierung erfordert neben der Beherrschung von Methodik und Indikationsstellung eine parallele, individuell abgestimmte psychische Führung beim Kind sowie das Zulassen der Nasenmaske. Bei absoluter Non-Compliance und ausgeprägter Behandlungsbedürftigkeit erscheint die Behandlung in Intubationsnarkose indiziert, weil hierbei viele Therapiemaßnahmen ohne psychische Traumatisierung auf einmal erfolgen können. Die Vertrauensbildung kann danach über anschließende harmlose Prophylaxesitzungen erfolgen.

Schulkinder (ca. 6. bis 17. Lebensjahr)

Die meisten Kulturen der Welt erkennen ein biografisches Wende-Phänomen etwa um das 6. Lebensjahr⁸. Die Kinder erleben gewaltige, intellektuelle Fortschritte mit der Entwicklung bewusster Eigenwahrnehmung. Der jeweils vorherrschende Kultur-Kodex wird assimiliert²⁵. Es entsteht zunehmend zielorientiertes Denken nach Belohnungsprinzipien im Rahmen vorgefundener Vorbild-Konzept-Konstrukte. Es bildet sich die Zeitempfindung, durch die viele zyklische und chronobiologische Abläufe vektorieell-linear erlebt werden.

Die allmählich verankerten Ideen, Überzeugungen und Verhaltensmuster der Umgebung werden auch als „Meme“⁶ zusammengefasst. In diesem Lebensabschnitt können die wichtigsten Ursachen für spätere Phobien gesucht werden⁷. Die Frage, wie stark die Langzeitverankerung solcher Prägungen im Kindes- und Jugendalter ist, wird unterschiedlich gesehen²¹. Ganz entscheidend ist, dass sich jetzt das Selbstwertgefühl bildet – eine wesentliche Voraussetzung für das Einordnen der eigenen Persönlichkeit in den Kontext der Sozialumgebung. Jede interpersonelle Aktion ist grundsätzlich von Wertschätzung bzw. Akzeptanz oder Verletzung der jeweiligen Selbstwertgefühle gekennzeichnet²³. Das lässt auch das Empfinden in Bezug auf entwicklungssoziologische Statusbegriffe entstehen⁵. Hoch-, Tief- und Gleichstellungsstatus sind Grundlage jeder dramaturgischen Theateridee¹⁰ und somit (überhöhter) Ausdruck der Rolle auf der tatsächlichen Lebensbühne, in der sich jeder Heranwachsende allmählich sieht. Man kann die Phasen 6.-12. (kindlicher Jugendlicher) und 13.-17. Lebensjahr (älterer Jugendlicher) unterscheiden.

Bei der ersten Gruppe (6.-12. Lebensjahr) sind üblicherweise aus zahnmedizinischer Sicht die Wechselgebissphase und ggf. kariöse Läsionen von Bedeutung. Die Rollenverteilung während Untersuchung und Behandlung muss für das Kind immer klar erkennbar sein: Der Zahnarzt hat im Sprechzimmer die Führung. In die Kommunikation können vorsichtig, allmählich rational, argumentative Elemente eingeflochten werden. Vertrauensbildende Gesprächsthemen können sich auf Schule, Freunde, Hobbys beziehen. Teilweise hat man es bereits frühzeitig mit sehr verständigen Kindern zu tun, manchmal zeigt sich im Gespräch mit dem Kind, dass eine langsamere Entwicklung vorliegt. Entsprechend flexibel muss der Umgang gestaltet werden.

Es ist empfehlenswert, nur einen Elternteil im Sprechzimmer zuzulassen. Hat man das Gefühl, dass der mitanwesende Elternteil einen ungünstigen Einfluss im Sprechzimmer ausübt, ist ein sanftes Hinausbitten – auch gegen den Willen des Kindes – hilfreich. Denn auf diese Weise wird der emotionale Rückzugsweg zum „vertrauten, mitfühlenden Angehörigen“, von dem das Kind vielleicht sogar die Einleitung eines Behandlungsabbruchs von außen ersehnt, rigoros abgeschnitten. Die Aufmerksamkeit des Kindes muss sich dann allein auf den Zahnarzt richten. Es wird immer sehr viel mit Lob gearbeitet. Den Ehrgeiz anstachelnd, kann man dem Kind ankündigen: „Mal sehen, ob du heute auf meiner Liste der besten Patienten den Platz 3 erreichen kannst. Ein Kind hat vorhin den zweiten Platz errungen.“ Nach der (erfolgreichen) Sitzung verkündet man: „Du bist sogar auf Platz 1 gelangt!“²⁰.

Blickkontakt hat Schlüsselfunktion

Immer ist es äußerst wichtig, auf dem direkten Blickkontakt zu bestehen und eine Kommunikation aufzubauen, die von einer sanft-dominanten Durchsetzungshaltung des Zahnarztes gekennzeichnet sein muss. Dieses nonverbale „Dominanz-Signal“ wird vom „gedankenlesenden“ Kind wahrgenommen. Verweigert das Kind den Blickkontakt, wird umso nachdrücklicher darauf gedrungen. Wenn der Blickkontakt trotz mehrmaliger Bitte vom Kind nicht erwidert wird, sollte die Sitzung abgebrochen werden. Wird beim nächsten Termin ein ähnliches Verhalten deutlich, muss nach einer Alternative gesucht werden. Eine adju-

vante Lachgassedierung setzt, wie schon erwähnt, ein gewisses Mindestmaß an Kooperationsfähigkeit (Akzeptieren der Nasenmaske) und einen psychischen Rapportaufbau voraus. Erhärtet sich der Eindruck, dass der junge Patient einfach noch nicht „über seinen Schatten springen“ kann oder will, ist bei umfangreichem Behandlungsbedarf ein Eingriff in Allgemeinnarkose angezeigt. Anschließend wird dann über Prophylaxesitzungen versucht, eine normale Behandlungsbereitschaft herzustellen. In jedem Fall erzeugt eine aus der Perspektive des Kindes erfolgreich verlaufende Zahnarztsitzung ein Stolz-Sein- und Glücksgefühl. Ein abschließendes Geschenk in genau diesem Augenblick kann zu einer sehr starken Verankerung der positiven Erinnerung beitragen. Hier kommt eine Analogie zum posthypnotischen Befehl zum Tragen.

Zwar wird eine Vielzahl von Standardgeschenksammlungen kommerziell angeboten, doch sind sie wegen ihres gleichermaßen geringen materiellen und emotionalen Wertes meist nur sehr kurzlebige Anker.

Viel besser ist ein individualisiertes Geschenk. Weil gerade das Staunen dazu beiträgt, den Moment der Glücksempfindung als zeitloses, frohes „Dasein im Jetzt“ zu konservieren, sind Wertschätzungen mit Überraschungseffekt besonders nachhaltig. Sie können materiell und immateriell sein. Die zweite Gruppe dieses Altersabschnitts, vom 13. Lebensjahr an, kann als Beginn des Jugendalters mit allmählichem Übergang in das Erwachsenenalter angesehen werden. Der Zahnwechsel ist jetzt fast abgeschlossen. Es gibt auch hier unterschiedlich führbare Patienten. Die Kommunikation ist immer mehr wie bei Erwachsenen möglich. Dennoch ist die Besonderheit der Pubertät zu beachten. Obwohl gerade in dieser Lebensphase viel Wert auf das äußere Wirkungs- und Erscheinungsbild gelegt wird, überwiegt die Abneigung vor der zahnärztlichen Behandlung manchmal so stark, dass kariös-entstellte Frontzahnsituationen paradoxerweise akzeptiert werden. Gegen den Willen des Patienten ist eine Behandlung nicht möglich. Erkennt man den Status der trotzigen Non-Compliance und hat gleichzeitig den Eindruck, dass rationale

Verständigkeit vorhanden ist, ist es nach der Erfahrung des Autors durchaus legitim, auch mit Zwickmühlen zu arbeiten. So darf durchaus versucht werden, ein „konstruktives Schamgefühl“ beim jungen Patienten zu installieren. Damit ist gemeint, dass man eine souveräne Haltung als Zahnarzt bewahrt und deutlich zu verstehen gibt, dass der Patient sich mit Unvernunft zweifellos selbst einen Schaden zufügen wird, der ihm möglicherweise zu unpassender Gelegenheit Probleme bereiten kann. Auf diese Weise wird der jugendliche Patient letztlich in die Rolle des selbstverantwortlichen Entscheiders geführt.

Einsatz besonderer Effekte bei der Kinderbehandlung in der Zahnarztpraxis

Es gibt Publikationen^{11,14}, die Zauberkunststücke als Schlüssel zu einer primären Vertrauensbildung empfehlen. Das ist möglich. Der Autor vorliegender Publikation tut das nicht und nutzt derartige Effekte auch nicht als Element der Konfusion oder Faszination im hypnotherapeutischen Sinne. Der Autor ist der Auffassung, dass ein nachhaltiges Zutrauen über das Vorführen eines Zauberkunststücks in der vorbereitenden oder akuten Behandlungssituation nicht erreicht werden kann. Kinder durchschauen taktische Bemühungen der Erwachsenen erfahrungsgemäß recht schnell. Sie wollen gern Handpuppen sehen sowie Zauberkunststücke vorgeführt bekommen. Bei dieser „Eisbrecher“-Taktik besteht die Gefahr, dass sich der Zahnarzt durchaus manipulierbar macht, weil der junge Patient geschickt, um weitere Effekte bittend, den eigentlichen Behandlungsbeginn hinauszögern kann. Respektspersonen, die auch mit Vertrauen arbeiten (Lehrer, Erzieher...), müssen auch ohne Tricks und „Hokuspokus“ eine akzeptierte Autorität erreichen, auch wenn es um unangenehmere Aufgaben geht. Deshalb ist grundsätzlich zu vermitteln, dass, wie neben anderen wichtigen, aber manchmal wenig beliebten Dingen im Leben, auch Zahnbehandlungen zum Alltag gehören.

Ein Zahnarzt muss daher auf die Wirkung seiner Persönlichkeit mit echter Zuwendung vertrauen. Die absolute Intention, in den nächsten Minuten zweifelsfrei eine Diagnostik und ggf. Behandlung durchzuführen, sollte immer unmissverständlich

verbal und nonverbal kommuniziert werden. Der Zahnarzt befindet sich auch während der Kinderprechstunde in der schon erwähnten „Verwirklichungs- oder Durchsetzungstrance“. Sie ist bestimmt von einer Ausstrahlung, die Freundlichkeit mit Bestimmtheit verbindet. Aus seiner Erfahrung heraus verwendet der Autor demonstrativ externalisierte Behandlungsmotivationen als Hilfsmittel zur sekundären Vertrauensfestigung ausschließlich nach erfolgter Behandlung. Sie erfüllen dabei vordergründig eine Belohnungsfunktion, ähnlich der üblichen Standard-Geschenke. Sekundär werden sie zusätzlich zum positiven „Anker“ des durch gelungenes Zulassen der Behandlung eingetretenen Stolz-Sein-Gefühls. Damit wird indirekt das Selbstwertgefühl des kleinen Patienten gestärkt. Es entsteht so ein länger anhaltender „Post-Rapport“.

Das ausdrückliche Verwenden des schon in Folge 2 erwähnten „postsessonalen Momentes“ will dramaturgisch gut durchdacht sein und muss schnell zu einem unvergesslichen, verblüffenden Augenblick des Besonderen werden. Zur positiven Verankerung eines Zahnarztbesuchs nach Behandlungsabschluss empfiehlt der Autor bei Kindern das Mitgeben von außergewöhnlichen Belohnungen, zum Beispiel Verbalrätsel, Bilderrätsel (Doodles), Bastelvexierspiele und Zauberkunststücke. Eine wirkungsvolle Präsentation erfordert jedoch genaue Überlegungen hinsichtlich des Effekts und praktikabler Anwendbarkeit sowie Übung. Eine Münze „mit Zauberkraft“ wird so zum einzigartigen Talisman. Gerade Rätsel, Scherzfragen und Kunststücke, die man erklärt, kann das Kind zu Hause oder in der Schule selbst vorführen, das verschafft ihm ein Anerkennungsgefühl durch das Besitzen einer einzigartigen Fähigkeit – die es von seinem Zahnarzt erhalten hat!

Das Kind wird dadurch auf mehreren Ebenen „stärker“ gemacht und gleichzeitig phobieprotektiv konditioniert. Der Autor bittet nachdrücklich darum, diese kleinen Rätsel und Kunststücke auch als durchaus wertvolle „Perlen“ zu betrachten. Sie sollten – trotz aller scheinbaren Einfachheit – gut einstudiert werden und mit einer sinnvoll wirkenden Geschichte dramaturgisch unterlegt präsentiert werden.

Rätsel, Vexierspiele, Kunststücke schaffen Vertrauen, Ablenkung und Kommunikation

Möglichkeit 1: Wortspiele/Scherzfragen

In guten Büchern zum Thema wie auch im Internet gibt es zahlreiche mathematische Rätsel oder Wortspiele sowie Scherzfragen, die letztlich intelligente Unterhaltung bedeuten können und nichts kosten. Meistens ist allerdings die Fähigkeit zum Zeichnen, Rechnen, Lesen und Schreiben Voraussetzung.

Stellvertretend sei ein originelles Beispiel gebracht, das weitgehend unbekannt ist. Es stammt aus dem älteren Buch „Der Señor und die Punkte“¹⁹. Die Aufgabe lautet: Mache aus dem Satz „Auf dem Tisch liegt ein Stock“ einen Reim. Und zwar so, dass sich die Worte in diesem Satz reimen. Es soll kein neuer Teil dazu gedichtet werden. Also nicht: „Auf dem Tisch liegt ein Stock und am Stuhl hängt ein Rock.“ Nein, der Satz soll „in sich“ gereimt werden. Die möglicherweise anwesenden Eltern sind oft genauso ratlos wie das Kind und können bei diesem Spaß gut mit einbezogen werden. Der Autor macht es häufig so, dass er die Aufgabe in derselben Sitzung immer und immer wieder erneut stellt und dann nebenbei die Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen durchführt. Denn das Nachdenken über die Lösung ist eine hervorragende Ablenkung.

Am Ende erfolgt schließlich die Auflösung (denn in fast allen Fällen kommt niemand auf die Lösung): Man muss beide Substantive buchstabieren: „Auf dem Te - i - es - ce - ha liegt ein Es - te - o - ce - ka.“ Für Kinder ist es eine totale Überraschung. Sie können am nächsten Tag Mitschüler und auch Lehrer beeindrucken - und sich positiv an den Zahnarztbesuch erinnern.

Möglichkeit 2: Bilderrätsel - Doodles

Einfache Bilderrätsel sind eine ebenso geniale Variante, mit ganz simplen Mitteln einen eindrücklichen Effekt zu erreichen. Dem Autor imponieren dabei besonders die sogenannten Doodles (Kunstwort aus d. Engl.: „doodle“ für Skizze und „riddle“ für Rätsel) des amerikanischen Komikers Roger Price aus den 1950er Jahren. Er druckte sie auf Servietten und verkaufte diese

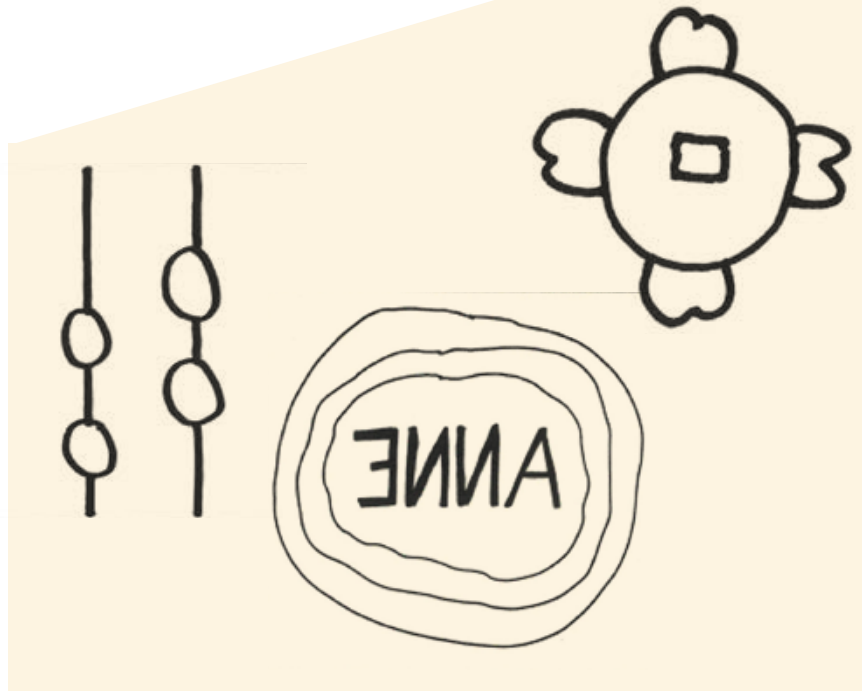


Abb. 1 - (v.l.n.r.): Pandabär am Baum - man sieht nur die Tatzen, Anne „verkehrt“ in schlechten Kreisen, vier Herren beim Kartenspiel - eine Karte fällt unter den Tisch und alle vier bücken sich, um sie aufzuheben.

Sets an Restaurants, die damit ihren Gästen die Wartezeit auf die geordneten Gerichte verkürzten. Die Doodles bestehen durch klare, einfache Linien und bieten meistens eine überraschende Auflösung.

Man kann sie auf einem kleinen Block mit einem dickeren Faserschreiber sehr einfach zeichnen. Auch hier kann das Kind das Rätsel anderen Familienmitgliedern oder Schulfreunden stellen und sich somit im positiven Sinne mit einer Sache produzieren, die es bei seinem Zahnarzt „erlernt“ hat. Drei Beispiele für Doodles sind in Abbildung 1 dargestellt.

Möglichkeit 3: Denksportaufgaben

Beispiel „Die verrückte Papierfigur“

Man zeigt ein dachähnliches, speziell zugeschnittenes und gefaltetes Papier, etwa von Spielkartengröße, auf dem Tisch stehend. Der Ratende soll nun mit einem gleich großen, aber ungefalteten und nicht eingeschnittenen Papier sowie einer Schere das Objekt nachbasteln. Dazu darf er das Vorbild von allen Seiten genau betrachten. Nur Berühren ist ausdrücklich nicht gestattet. Die Lösung scheint den meisten Menschen vollkommen unmöglich, weil ein gutes dreidimensionales Vorstellungsvermögen benötigt wird.

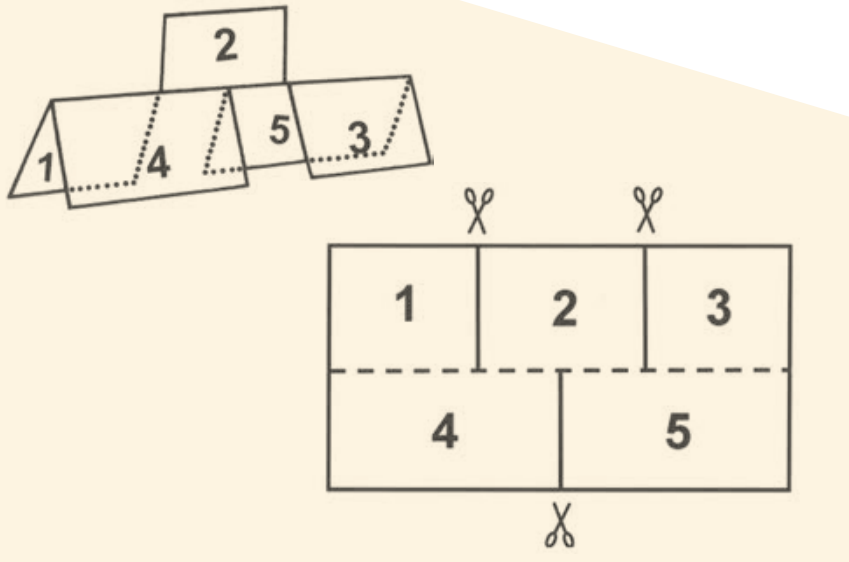


Abb. 2 – Nach dem Einschneiden und Falten des Rechtecks müssen nur das Feld 3 und 5 „verdreht“ zurückgeklappt und das Fenster 2 aufgeklappt werden.

Man sehe sich die Abbildung 2 an. Das Papier wird zunächst mittig gefaltet. Dann mit einer Schere wie angegeben dreimal bis zum Falz eingeschnitten. Es entstehen fünf Areale, die nun – verdreht – gefaltet werden. Bei richtiger Ausführung erscheint es wie ein Dach, auf dem auf unerklärliche Weise ein langes, durchgehendes Feld auf dem First aufrecht steht.

Möglichkeit 4: Geschicklichkeitskunststücke

1. Korkentrick

Das ist ein alter, aber weitgehend unbekannter Effekt. Manche führen den Trick mit Streichhölzern, manche mit kleinen Batterien vom AA-Typ vor. Mit Korken geht es am besten. Es lässt sich auch hervorragend mit den dickeren Watterollen in der Zahnarztpraxis ausführen. Der Spaß liegt darin, dass es dem Zuschauer trotz mehrmaligen Betrachtens der Bewegungsabfolge schwer gelingt, den Effekt überhaupt nachzumachen. Am Ende steht die Erklärung und die Weitergabe der Lösung ist durchaus erlaubt.



Abb. 3 – Korkentrick mit Watterollen

Die Präsentation haben wir in einem kleinen Film festgehalten, der abrufbar ist unter dem Homepage-Link (siehe unten).

Man führt das Ganze ein- bis zweimal vor, sodass der Zuschauer, frontal gegenüber stehend, alles genau verfolgen kann. Das Geheimnis liegt in der Art und Weise, wie die Watterollen ergriffen werden.

Aus der Sicht des Vorführenden muss die linke Hand in der Supinationsstellung liegen. Die rechte Hand nähert sich in der Pronationsstellung von oben. Daumen und Zeigefinger der rechten Hand ergreifen die linke Watterolle so, wie es sich hierbei natürlicherweise ergibt. Entscheidend ist nun der Griff mit der linken Hand. Der Daumen der linken Hand ergreift die Watterolle der rechten Hand an dem Ende, das in die Handfläche der rechten Hand gerichtet ist! Die Richtung des Daumens ergibt sich im Prinzip auch ganz von allein. Der Zeigefinger der linken Hand muss nun außen um den rechten Daumen herumgeführt werden, um die rechte Watterolle an der Fläche zu erfassen, die man als Vorführender sieht. Es ist hierfür meistens sehr hilfreich, wenn beide Ellenbogen leicht angehoben werden und sich beide Hände ein wenig drehen. Es sollten auf jeden Fall Daumen und Zeigefinger benutzt werden. Nicht auf die Mittelfinger ausweichen! Am Anfang scheint es etwas schwierig, hat man die Sache aber erst einmal verstanden, geht es ganz leicht. Die Bewegungen sollen in jeder Phase flüssig, aber entspannt und langsam erfolgen.

2. Bogumil beugt die Burgzinne

Das ist ein sehr, sehr einfaches Kunststück, das aufgrund seiner Tricktechnik nur für junge Patienten im Vorschulalter oder maximal bis zur zweiten Klasse geeignet ist. Dort jedoch verfehlt es seine Wirkung sehr selten.

Auch dieses Kunststück haben wir verfilmt und ist als Tutorial anzusehen auf unten genannter Homepage.

Homepage-Link für alle Video-Tutorials:



https://www.zahnaerzte-in-sachsen.de/zahnaerzte/publikation/fachbeitraege_krankhafte_angstphaenomene/

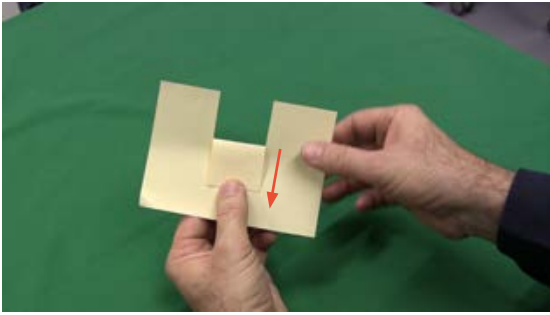


Abb. 4 - Mit zwei Schnitten und einem Falz wird aus einem Notizzettel die Burgzinne.

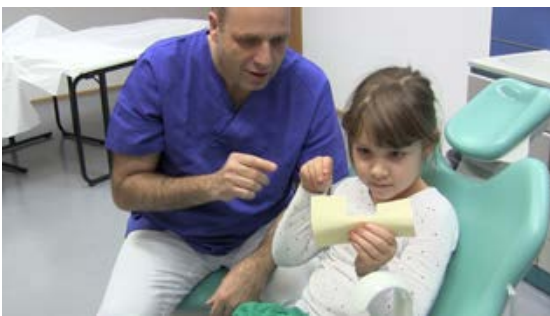


Abb. 5 - Der Zahnarzt zeigt, wie jedes Kind zum starken Bogumil wird und den Trick selbst vorführen kann.

Ein etwa quadratförmiges Stück Papier wird **vor der Vorführung** zweimal von oben bis zur Mitte eingerissen/ingeschnitten und die so entstandene Zunge nach hinten unten (das heißt zum Vorführenden) geklappt. Hält man das Papierstück nun so in der Hand, wie in der Abbildung zu erkennen, kann man durch ein heimliches Nachunten-Ziehen des Daumens die Lasche nach unten in Pfeilrichtung (s. Abb. 4) bewegen, was den oberen Teil des Papieres (also die beiden „Zinnen“) zu einer Rückwärtsbewegung bringt.

Der Zuschauer muss frontal auf das Papier sehen, so, dass der eingeklappte Zungenteil nicht wahrgenommen wird. Man erklärt hierzu, dass man einen unsichtbaren Faden (oder ein unsichtbares Haar) in der anderen Hand habe, mit dem man die beiden Papier-Ohren nach hinten ziehen könne. Die simultane Bewegung der rechten Hand mit dem angeblichen Faden in synchroner Bewegung des linken Daumens nach unten, wobei die Zunge nach unten gezogen wird, bewirkt eine lustige Illusion. Die Erklärung wird natürlich anschließend unbedingt gegeben, damit das Kind dann später den Trick selbst vorführen kann.

Die ganze Sache kann durch Erzählen einer Geschichte erheblich aufgewertet werden. Etwa vom starken Burgwächter Bogumil, der mit einem einzigen Haar die steinerne Burgzinnen verbiegen konnte, um sich so bei Regen darunter zu stellen.

3. Die Zaubermappe

Hier wandert ein flacher Zettel in einer kleinen Mappe hin und her. Obwohl die Mappe selbst nicht als Give-away geeignet ist (hoher Herstellungsaufwand bzw. Kaufpreis), kann sie als scheinbar nebensächliches Objekt die Bestellkarte bzw. die Visitenkarte zum magischen Gegenstand werden lassen. Das seitenwechselnde, eingelegte Objekt wird durch die begleitende Geschichte zur „Hauptperson“ gemacht und anschließend verschenkt. Das Prinzip dieses Zauberhilfsmittels ist sehr alt. Zurzeit wird es auch unter „Bus Drivers Wallet“ (Busfahrer-Brieftasche) vertrieben. Es handelt sich um eine brieftaschenähnliche Mappe, die auf beiden Innenseiten Bänder hat und die sich heimlich von beiden Seiten öffnen lässt. Die Mappe lässt sich auch selbst herstellen (Video siehe Homepage-Link Seite 22).

Die Funktionsweise ist auch in einem kurzen Film abzuschaun und ebenso, wie man sich die geheime Trickhandlung aneignet (Video siehe Homepage-Link Seite 22).



Abb. 6 - Die Zaubermappe ist doppelt öffnend und hat besonders angeordnete Gummibänder.

Wichtig ist, dass das Öffnen der Mappe von der anderen Seite her absolut unauffällig geschieht, also gut kaschiert wird. Zum wirklichen Wunder wird es nur, wenn die Handhabung so erfolgt, wie im Link beschrieben. Wer den Effekt sicher beherrscht, kann auch das „Einfädeln“ des Papieres, wie im Link gezeigt, hinzufügen.

4. Die Zaubermünze

Dieses Kunststück ist das wirkungsvollste, aber auch schwierigste. Noch komplexer fiel die Beschreibung aus, deshalb haben wir auch zu diesem Trick eine filmische „Lehrunterweisung“ produziert (Video siehe Homepage-Link Seite 22).

Unter Mitwirkung des Kindes erscheint und verschwindet eine Münze in freier Hand. Die Münze wird dadurch zu einem ganz besonderen Objekt, sie wird anschließend dem Kind als Talisman geschenkt. Dem Autor sind viele Fälle bekannt, in denen die Beschenkten diese Münze viele Jahre lang, bis hin in das Erwachsenenalter, im Portemonnaie aufbewahren.

Der Effekt beruht technisch auf reiner Handfertigkeit und erfordert einige Übung. Wer sich die Zeit von etwa zwei Monaten zum Einstudieren nimmt, wird für viele Jahre ein sehr verblüffendes Kunststück parat haben.

Die Münze sollte einen Durchmesser von ca. 3 bis 3,5 cm aufweisen. Derartige Münzen bekommt man kostengünstig als Kiloware im Internet. Sehr geeignet sind zum Beispiel alte englische 1-Penny-Münzen, die nicht mehr zirkulieren. Metrisch kleinere Münzen, wie 2-Euro-Stücke, sind ungeeignet. Sie sind nicht nur technisch schwieriger (!) zu handhaben, sondern auch optisch nicht so schön. Das Grundprinzip besteht in der sogenannten falschen Übergabe der Münze von einer in die andere Hand. Das Wiedererscheinen erfolgt durch ein heimliches „Laden“ der eigentlich leeren Hand. Man übe alle Handbewegungen am besten vor einem Spiegel. Dabei schaut man sowohl direkt auf seine Hände als auch indirekt auf das Spiegelbild. Vor dem eigentlichen Trick wird für das Kind gut sichtbar die Münze mehrmals von einer Hand in die andere gegeben. Der Zuschauer wird unterbewusst so konditioniert, dass die Münze immer tatsächlich von einer in die andere Hand gegeben wird. Nun erfolgt die Trickhandlung – mit vollkommen identischem Bewegungsablauf, aber mit dem Unterschied, dass die Münze heimlich in der rechten Hand verbleibt. Hierzu wird die Münze mit einer ganz leichten Anspannung des Daumenballens gegen den Kleinfingerballen (Mondberg) gehalten. In der Fachsprache der Zauberkunst wird ein geheimes Verbergen in der Hand als „Palmage“ bezeichnet. Die



Abb. 7 - Die Zaubermünze mit mindestens 3 cm Durchmesser befindet sich in der rechten Hand.



Sie wird bei der scheinbaren Übergabe zunächst versteckt in der rechten Hand festgehalten...



...und erst nach einer wiederholten „nahen“ Begegnung der Hände in die leere linke Hand fallengelassen.

beiden Finger, die die Münze scheinbar festhalten, werden ohne Hektik zur linken Hand geführt, die sich um die beiden Finger schließt und die Münze offensichtlich nun übernommen haben. (Das muss einige Wochen geübt werden.) Dabei ist es wichtig, sowohl die Handbewegungen als auch die gesamte Körpersprache genauso wirken zu lassen, als würde die Münze richtig übergeben. Auch die Finger der linken Hand (Fingernägel) sollten so liegen wie bei der tatsächlichen Übergabe.

Die Situation ist nun, dass der Zuschauer glaubt, die Münze befinde sich in der linken, geschlossenen Hand. Die Konzentration des Zahnarztes richtet sich nun auf die linke Hand. Man könnte nun die linke Hand öffnen und als leer präsentieren, aber besser ist, die Finger der linken Hand aneinander zu reiben. Danach öffnen sich die Finger nacheinander und zuletzt werden Zeigefinger und Daumen aneinander gerieben. Erst zum Schluss wird die gesamte Hand als leer gezeigt. Es ist wichtig, dass die rechte Hand, die ja heimlich die Münze verbirgt, vollkommen entspannt, nebensächlich leicht das Blickfeld verlässt. Ein anschließendes Aneinanderreiben beider Hände, wie beim Händewaschen, ist eine zusätzliche Finesse zur Demonstration der Leere, wobei die rechte Hand (in der ja die Münze verborgen ist) immer den Handrücken zum Zuschauer hält. Das Wiedererscheinen der Münze ist ebenfalls nicht ganz leicht. Vom Prinzip her wird die Münze aus der rechten Hand unbemerkt in die linke fallen gelassen, während diese sich dreht. Die Trickhandlung besteht darin, dass sich beide Hände bei dieser Bewegungsabfolge so nahe kommen, dass die rechte Hand die Münze einfach in die noch offene Handfläche der linken Hand fallen lassen kann, die sich danach sofort schließt. Der Zuschauer darf das natürlich nicht bemerken. Jetzt verlässt die rechte Hand das Blickfeld und man fordert den Zuschauer auf, an der Stelle zu klopfen/zu reiben, wo es ihm gerade vorgemacht worden ist.

Nachdem der Zuschauer dies tat, wird die linke Hand nach oben gedreht und ganz langsam geöffnet. Die begleitende Geschichte bzw. Erläuterung könnte sein, dass man behauptet, im Herkunftsland der Münze gäbe es keine Portemonnaies. Vielmehr beherrschten die Menschen dort noch die Kunst des sogenannten Zer-Faltens. Das heißt, man faltet die Münze in der Hand so lange „in sich selbst zusammen“, dass sie schließlich unsichtbar ist und schwebend um den Besitzer ihn überall hinbegleitet. Bei Bedarf wird über ein Klopfen auf den Handrücken ein „Ent-Falten“ eingeleitet, was die Münze schließlich wieder sichtbar und verwendbar macht. Die Münze wird nun dem Zuschauer bzw. dem Kind als Geschenk übergeben. Es wird ihm gesagt, dass die Münze bei ihm auch verschwinden würde, allerdings erst, wenn es den 18. Geburtstag gefeiert habe. Bis

dahin erfülle sie jedoch eine wirksame Funktion als Talisman in diversen Lebenslagen.

Zusammenfassung

Mir ist bewusst, dass ich mich weit in psychologisches Terrain gewagt habe. Die Artikelfolge ist in einem Zusammenhang zu sehen, weil nur so das Verständnis für die Phobieproblematik als Ganzes möglich werden konnte. Seit 30 Jahren bin ich approbiert und bis heute als Fachzahnarzt für Oralchirurgie tätig. Ich habe seit dieser Zeit mit besonderer Hingabe auch Kinder und Phobiepatienten gern betreut. Es würde mich freuen, wenn Sie den einen oder anderen Gedanken aufnehmen oder auch diskutierten. Ein ganz wichtiger Punkt ist für mich, ein Verständnis dafür zu entwickeln, dass wir als Zahnärzte eine Schlüssel-funktion beim Entstehen von Behandlungsphobien haben. Dabei spielt die Lebensphase der Kindheit und Jugend eine prägende Rolle. Deshalb sollte der Aspekt der Phobieprävention in das gängige Prophylaxekonzept der Kinder- und Jugendzahnmedizin ausdrücklich integriert werden. ■

Literaturverzeichnis bei der Redaktion erhältlich.

Dieser Beitrag ist erstmals im Zahnärzteblatt Sachsen 02/19 erschienen. Wir bedanken uns für die Nachdruckerlaubnis.

S2k-Leitlinie zur Einwilligung in die Behandlung – Was hilft im Umgang mit dementen Patienten?

Patienten müssen einer medizinischen Behandlung zustimmen. Alles andere ist ein Eingriff in die körperliche Unversehrtheit und rechtlich gesehen Körperverletzung. Doch wie kann ein wirksames Einverständnis bei Menschen mit Demenz eingeholt werden? Eine neue Leitlinie soll Hilfestellung geben.

Text: Katrin Becker

Die interdisziplinäre S2k-Leitlinie „Einwilligung von Menschen mit Demenz in medizinische Maßnahmen“ richtet sich an Ärzte, Psychologen, Pflegekräfte und Organisationen, die Demenzpatienten behandeln und betreuen. Sie soll sie im Umgang mit potenziell einwilligungsunfähigen Menschen unterstützen und deren Fähigkeit stärken, über medizinische Maßnahmen zu entscheiden. Ziel ist es, die Autonomie und das Wohl der Patienten zu fördern und gleichzeitig den handelnden Berufsgruppen eine ethisch reflektierte und rechtmäßige (Stichworte: informierte Einwilligung, Aufklärung und Einwilligung nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch) Entscheidungsfindung zu ermöglichen. Hierfür werden Verfahren skizziert, mit denen sich die individuelle Einwilligungsfähigkeit in eine konkrete medizinische Maßnahme beurteilen lässt. Relevante Kriterien hierfür sind nach der Leitlinie Informationsverständnis, Einsicht, Urteilsvermögen und Kommunizieren einer Entscheidung. Des Weiteren wird ein förderliches Setting (räumliche Umgebung, soziale Interaktion, Zeitpunkt/Zeitrahmen) für eine informierte Einwilligung sowie unterstützende Maßnahmen – zum Beispiel eine wertschätzende Ansprache, schriftliche und visuelle Hilfsmittel – beschrieben. Thematisiert wird auch der Umgang mit Patientenverfügungen sowie mit rechtlichen Betreuern bzw. Vorsorgebevollmächtigten.

Große Bedeutung misst die Leitlinie der Aufklärung eines dementen Patienten zu. Ein Aufklärungsgespräch sollte über die medizinischen Maßnahmen und die Behandlungsalternativen informieren sowie Nutzen und Risiken und die häufigsten und gravierendsten Nebenwirkungen benennen. Für Menschen mit Demenz sollte die Aufklärung an die kognitiven Ressourcen und Defizite angepasst werden. Anhand eines Gesprächs zu einer Lumbalpunktion stellt die Leitlinie wesentliche Aspekte der Aufklärung heraus, zum Beispiel eine einfache, klare, langsame Sprache, kurze Informationseinheiten, Zeigegesten und Visualisierungen.

Die Leitlinie wurde federführend von der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie, der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde sowie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie entwickelt. Die Deutsche Gesellschaft für Alterszahnmedizin, die Deutsche Gesellschaft für Zahnerhaltung, die Deutsche Gesellschaft für Implantologie, der Interdisziplinäre Arbeitskreis für Zahnärztliche Anästhesie sowie der Arbeitskreis Ethik der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde haben zahnmedizinische Expertise eingebracht. Die Leitlinienautoren geben insgesamt 33 praxisrelevante Empfehlungen, die den Anspruch erheben, medizinische, medizinrechtliche, medizinethische, pflegewissenschaftliche und gerontopsychologische Anforderungen zu erfüllen. Die Leitlinie gilt bis Oktober 2024.

Abrufbar ist die Leitlinie „Einwilligung von Menschen mit Demenz in medizinische Maßnahmen“ auf der Internetseite der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) unter www.awmf.org/leitlinien/detail/II/108-001.html. ■



Neue S3-Leitlinie: Ersatz fehlender Zähne mit Verbundbrücken

Die Versorgung mit Zahnimplantaten ist ein Standardverfahren zur kaufunktionellen Rehabilitation. Nach den Regularien der AWMF wurde federführend durch die Deutsche Gesellschaft für Implantologie im Zahn-, Mund- und Kieferbereich und die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) eine S3-Leitlinie entwickelt, mit dem Ziel, die Therapieform des festsitzenden Zahn-Implantat-getragenen Zahnersatzes mit Verbundbrücken

wissenschaftlich systematisch darzulegen und Entscheidungshilfen zur Indikationsstellung im Versorgungsalltag zu geben. Die Leitlinie ist verfügbar auf der Internetseite der DGZMK unter www.dgzmk.de > Zahnärzte > Wissenschaft und Forschung > Leitlinien.

Konjunkturpaket: Hilfen für Zahnärzte

Mit einem 130 Milliarden Euro schweren Konjunkturpaket will die Bundesregierung die Folgen der Corona-Pandemie bekämpfen. Im Gesundheitswesen sollen vor allem der Öffentliche Gesundheitsdienst und Kliniken profitieren. Was ist für Zahnärzte interessant?

Text: Katrin Becker

Prämien für Azubis

Der Lernerfolg von Auszubildenden soll auch in der Pandemie nicht gefährdet werden. Deshalb sollen klein- und mittelständische Unternehmen (KMU), die die Anzahl der Ausbildungsplätze 2020 im Vergleich zu den drei Vorjahren nicht verringern, für jeden neu geschlossenen Ausbildungsvertrag eine einmalige Prämie in Höhe von 2.000 Euro erhalten. Unternehmen, die das Angebot erhöhen, erhalten pro zusätzlichem Ausbildungsvertrag 3.000 Euro. KMU, die trotz Corona-Krise ihre Auszubildenden nicht in Kurzarbeit bringen, können eine Förderung erhalten. Auszubildende, deren Vertrag aufgrund der Pandemie gekündigt wird, sollen eine vorübergehend geförderte betriebliche Verbund- oder Auftragsausbildung erhalten.

Kurzarbeitergeld

Die aktuelle Kurzarbeitergeld-Regelung läuft bis zum Jahresende 2020. Die Bundesregierung plant, im September eine Nachfolgeregelung vorzulegen.

Kinderbonus für Familien

Einmalig erhalten Eltern 300 Euro pro Kind. Dieser Bonus wird allerdings mit dem Kinderfreibetrag verrechnet. Für Alleinerziehende werden die Freibeträge verdoppelt.

Sozialgarantie 2021

Durch die Folgen der Pandemie steigen die Ausgaben der Sozialversicherungen. Um die Lohnnebenkosten stabil zu halten, sollen die Sozialabgaben bei maximal 40 Prozent gedeckelt werden. Das soll die Nettoeinkommen der Arbeitnehmer schützen und den Arbeitgebern Verlässlichkeit geben.

Entlastung für Alleinerziehende

Der Entlastungsbeitrag für Alleinerziehende wird für die Jahre 2020 und 2021 von derzeit 1.908 Euro auf 4.000 Euro angehoben und damit mehr als verdoppelt. ■

AUF-
KLÄRUNG

BEFUND

EIN-
WILLIGUNG

DIAGNOSE

KZVRLP

KASSENZAHNÄRZTLICHE VEREINIGUNG
RHEINLAND-PFALZ

Offizielles Mitteilungsblatt und Rundschreiben der
Kassenzahnärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz