



Mitteilungsblatt der
Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz

KZV aktuell

März 2016

Mit Rundschreiben 3/16

Titelthema

**Pflegekosten –
Das unterschätzte Risiko**



Praxisführung

Gut vorbereitet in die
Betriebsprüfung

Aktuelles

Gebühren-App – Unterstützung
für die Abrechnung

KZV intern

Qualitätsmanagement –
gelebte Praxis

Leitgedanken

Landtagswahl in Rheinland-Pfalz: Forderung nach mehr Klarheit und Ordnung	3
---	---

KVZ intern

Qualitätsmanagement in den Praxen etabliert	4
--	---

Jugendzahnpflege

Neue Patenzahnärzte gesucht	5
-----------------------------	---

Praxisführung

Wenn das Finanzamt kommt – So bereiten sich Zahnärzte auf eine Betriebsprüfung vor	6
--	---

Titelthema

Pflegeversicherung: Was die Reform bringt	8
Pflegelandschaft Deutschland	10
Vorsorgen für den Pflegefall	17

Rundschreiben

Wichtige Informationen für Kollegenschaft und Praxen	13
---	----

Aktuelles

„Locky“ und Co.: Was tun gegen Verschlüsselungstrojaner?	20
Abrechnung: „Gebühren-App“ unterstützt Praxen	21

Standespolitik

Deutschland und Großbritannien: Indizes für kieferorthopädische Behandlungen im Vergleich	22
---	----

Nachruf

Zum Tod von Sanitätsrat Dr. Herbert Frank	25
--	----

Praxisführung

Der gute Ton am Telefon – Der direkte Draht zum Patienten	26
--	----

KZV aktuell

Offizielles Mitteilungsblatt und Rundschreiben der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz

Herausgeber

Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV)
Rheinland-Pfalz K. d. ö. R.

Anschrift der Redaktion

KZV Rheinland-Pfalz
Eppichmauergasse 1 · 55116 Mainz
Tel.: 06131-8927108 · Fax: 06131-892729053
E-Mail: redaktion.kzvaktuell@kzvrlp.de

Redaktion

San.-Rat Dr. Helmut Stein (V. i. S. d. P.)
Dr. Holger Kerbeck (hk)
Dr. Stefan Hannen (sh)
Katrin Becker M. A. (kb)

Redaktionsassistentz

Stephanie Schweikhard
Alexandra Scheler

KZV aktuell Anzeigenservice

adhoc media gmbh
Obertal 24 d · 56077 Koblenz
Tel.: 0261-973865-0 · Fax: 0261-973865-10

Grafik und Produktion

adhoc media gmbh
Obertal 24 d · 56077 Koblenz

Bildnachweise

Bilder innen: Fotolia
Titelfoto: Ein Pflegefall stellt alle Beteiligten auf eine harte Probe – auch finanziell. Die Kosten für die Betreuung können enorm sein.
Foto: Fotolia

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

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

In diesem Dokument wird bei der Angabe von Personenbezeichnungen überwiegend die männliche Form verwendet. Dies ist einzig dem Ziel einer besseren Lesbarkeit geschuldet. Somit handelt es sich um eine rein sprachliche Beschränkung. Die zentrale Rolle von Geschlecht als wissenschaftliche Kategorie bleibt davon unberührt.

Landtagswahl in Rheinland-Pfalz: Forderung nach mehr Klarheit und Ordnung

Vor zwei Monaten hätte keiner auf ihren Sieg gewettet. Nun hat Rheinland-Pfalz gewählt – und Malu Dreyer ist die strahlende Siegerin. In einem fulminanten Endspurt hat sie die lange Zeit als neue Ministerpräsidentin gehandelte Julia Klöckner noch eingeholt, ja sogar deutlich überholt. Es ist sicher, dass die alte auch die neue Ministerpräsidentin sein wird. Insofern hat sich auch für die Heilberufe nichts geändert.

Die Landtagswahl in Rheinland-Pfalz war, ebenso wie die Wahlen in Baden-Württemberg und Sachsen-Anhalt, der erwartete Stimmungstest für – oder gegen? – die Flüchtlingspolitik von Kanzlerin Angela Merkel. Viele Wähler zeigten sich enttäuscht vom Kurs der etablierten Parteien. Das Ergebnis der AfD ist Beweis dafür. Die Angst vor Überforderung durch den Flüchtlingszustrom und die Frage nach der „richtigen“ Integration der Asylbewerber hat die Rheinland-Pfälzer verängstigt und verunsichert. Die neue Landesregierung wird deshalb gut daran tun, die Sorgen der Bürger sehr viel ernster zu nehmen und sie mit ihren Ängsten nicht alleine zu lassen. Die Zuwanderung stellt das Land vor große Aufgaben und erfordert Kraftanstrengungen auf vielen Ebenen – auch in der Gesundheitsversorgung.

Wir Zahnärzte sind vielfach für unsere Hilfsbereitschaft für die Asylsuchenden gelobt worden. Gleichwohl bauen wir darauf, dass die neue Landesregierung zielstrebig daran arbeiten wird, bürokratische und rechtliche Hindernisse zu beseitigen, damit wir diesen Patientenkreis adäquat behandeln können. Wir fordern die Politik auf, schnellstmöglich Klarheit zu schaffen. Klarheit, welche Leistungen wir bei Flüchtlingen zweifelsfrei erbringen können und auch bezahlt bekommen. Auf Dauer können wir nicht akzeptieren, dass es keine landesweit einheitlichen Regelungen gibt. Wir brauchen einen verlässlichen Rahmen, der die medizinisch notwendigen und sinnvollen Behandlungen für den Kreis der Asylbewerber beschreibt. Eine Therapie, die sich allein auf Schmerzbehandlung durch Trepanation (ohne die notwendige Weiterbehandlung) und auf die Extraktion beschränkt, genügt einfach nicht. Bei Kindern und Jugendlichen sollte dann nicht nur die Sanierung möglich sein, sondern auch die Individualprophylaxe, damit Folgeschäden (und -kosten) vermieden und die Basis für eine bessere Zahngesundheit gelegt werden kann.



Hierfür haben wir unsere Hausaufgaben längst gemacht. Unser Vorschlag für eine sogenannte Positivliste liegt bereits seit Oktober letzten Jahres auf dem Tisch. Sie sieht eine Regelversorgung im konservierend-chirurgischen Bereich inklusive IP-Leistungen für Kinder und Jugendliche vor. Die Entscheidung über eine prothetische und kieferorthopädische Behandlung verbleibt in den Händen der Sozialämter.

Der Streit um die Finanzierung der Gesundheitskosten und damit um die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für Flüchtlinge bremsst die Diskussion darüber. Unser Appell richtet sich deshalb an die Kommunen, das Land und den Bund, auch für die zahnmedizinische Versorgung möglichst bald zu Lösungen zu kommen.

Die Flüchtlingspolitik wird die Landespolitik weiter beschäftigen. Was muss die Landesregierung außerdem anpacken? Umfragen zeigen, dass die Infrastruktur und die Sanierung des Straßennetzes Themen sind, die die Rheinland-Pfälzer bewegen. Die Bürger nehmen die Politik auch beim flächendeckenden Ausbau des schnellen Internets, beim Abbau der Verschuldung und bei Unterrichtsversorgung an Schulen in die Pflicht. Und bei der Gesundheit? Der Erhalt der wohnortnahen medizinischen Versorgung im ländlichen Raum treibt sie um.

Ein grober Aufgabenkatalog der nächsten Landesregierung steht, aber der Wählerauftrag ist kompliziert. Kommt die Große Koalition? Oder die Ampel aus SPD, FDP und Grünen? Fest steht: Malu Dreyer steht vor einer schwierigen Regierungsbildung. Eine Regierung, von der die Bürger Klarheit und Ordnung fordern werden. Nicht nur in der Flüchtlingspolitik.

San.-Rat Dr. Helmut Stein
Vorsitzender

Dr. Matthias Seidel
Stv. Vorsitzender

Qualitätsmanagement in den Praxen etabliert

Qualitätsmanagement ist gelebte Praxis bei den rheinland-pfälzischen Zahnärzten. Das zeigt eine aktuelle Umfrage der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) Rheinland-Pfalz.

Demnach setzen die Vertragszahnärzte im Land Maßnahmen zur Qualitätsförderung nicht nur um, sondern sie stellen diese gemäß dem Qualitätskreislauf (PDCA-Zyklus) auch auf den Prüfstand und entwickeln sie kontinuierlich weiter. Im Juli vergangenen Jahres hatte die KZV Rheinland-Pfalz zufällig ausgewählte Mitglieder zu ihren Aktivitäten im Qualitätsmanagement (QM) befragt.

Instrumente des Qualitätsmanagements gemäß der QM-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

- › Checklisten für organisatorische Abläufe
- › Praxishandbuch
- › Risiko-/ Fehlermanagement
- › Notfallmanagement
- › Hygienemanagement
- › Orientierung am Stand der Wissenschaft
- › Koordinierung zahnärztlicher und zahntechnischer Maßnahmen
- › Fachliche Fortbildung
- › Fortbildung, Weiterbildung des Teams
- › Patienteninformation, -aufklärung, -beratung
- › Patientenmitwirkung
- › Beschwerdemanagement
- › Kooperation mit Partnern im Gesundheitswesen

Die Rücklaufquote betrug 100 Prozent. 75,8 Prozent der Praxen hatten zum Zeitpunkt der Befragung die QM-Instrumente

etabliert. 5,9 Prozent befanden sich eine Stufe weiter und werteten einzelne Maßnahmen aus. Den nächsten Schritt machten 15,7 Prozent und entwickelten ihre Aktivitäten bereits fort. 2,4 Prozent wiederum planten konkrete Änderungen in einzelnen Instrumenten.

„Die rheinland-pfälzischen Vertragszahnärzte liegen voll im Plan“, sagt Dr. Matthias Seidel. Aus Eigenverantwortung und Selbstverpflichtung heraus betrieben Praxen seit jeher Qualitätsmanagement, einer gesetzlichen Verpflichtung hätte es demnach nicht bedurft, kritisiert der stellvertretende Vorsitzende der KZV Rheinland-Pfalz. „Mit großem Engagement haben sich die Zahnärzte im Land dennoch daran gemacht, die bundesweit geltende QM-Richtlinie in ihren Praxen individuell und eigenverantwortlich umzusetzen und als ein Element der Weiterqualifizierung ihrer Arbeit anzunehmen.“

Vertragszahnärzte sind – ebenso wie Vertragsärzte und -psychotherapeuten sowie Krankenhäuser – nach § 135a Absatz 2 Nummer 2 SGB V verpflichtet, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln. Das bedeutet, dass Organisation und Arbeitsabläufe in einer Praxis regelmäßig überprüft, dokumentiert und gegebenenfalls verändert werden. Die grundsätzlichen Anforderungen an das Qualitätsmanagement hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) durch eine Richtlinie festgelegt. Danach haben die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen jährlich Stichproben bei zwei Prozent der Vertragszahnärzte durchzuführen, um einen Überblick über den Stand der QM-Umsetzung zu erhalten. Die Ergebnisse aus den Ländern fließen zusammen in einen Gesamtbericht, den die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung an den G-BA weiterleitet.

kb

Was ist der PDCA-Zyklus?

Der PDCA-Zyklus dient im Qualitätsmanagement als Grundlage für einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess. Dieser Qualitätskreislauf besteht aus vier Phasen:

Plan – Eine verbesserungswürdige Ist-Situation wird festgestellt und analysiert. Daraufhin wird eine Soll-Situation definiert. Darauf aufbauend werden Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung bzw. zur Problemlösung entwickelt.

Do – Die geplanten Maßnahmen werden umgesetzt.

Check – Die Maßnahmen werden hinsichtlich ihrer Wirksamkeit kontrolliert, bewertet und mit dem Soll-Zustand abgeglichen.

Act – Auf Grundlage dieses Ergebnisses werden mögliche Korrekturmaßnahmen eingeleitet. Solche Maßnahmen sind wiederum Ausgangspunkt für ein erneutes Durchlaufen des Zyklus.





Neue Patenzahnärzte gesucht!

Die rheinland-pfälzische Jugendzahnpflege ist ein Erfolgsmodell. 63 Prozent der Erstklässler und 70 Prozent der 12-Jährigen haben heute naturgesunde Zähne. Um die Erfolgsgeschichte fortzuschreiben, braucht es neue Kräfte.

Rund 1.300 Zahnärzte sind es in Rheinland-Pfalz, die sich zum Teil seit mehr als 30 Jahren in der Gruppenprophylaxe engagieren. Doch in einigen Regionen des Landes ist es schwierig, neue Zahnärzte für eine Patenschaft mit einer Kindertagesstätte zu gewinnen.

„Es ist eine wundervolle, kreative Aufgabe, Kinder für Zahnpflege zu begeistern und in ihrer Eigenverantwortung zu stärken“, sagt Sanitätsrat Dr. Helmut Stein, Vorsitzender der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege (LAGZ) Rheinland-Pfalz, für die Patenschaft. Zugleich erinnert er an das politische und öffentliche Ansehen, das die Zahnärzteschaft durch ihr Engagement in der Gruppenprophylaxe erreicht hat. „Aus unserem Selbstverständnis heraus haben wir gemeinsam mit den gesetzlichen Krankenkassen und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst sowie mit Unterstützung des Landes Rheinland-Pfalz die wichtige Präventionsarbeit in Kitas und Schulen übernommen.“ Ziel der LAGZ sei es, diese bewährte und erfolgreiche Kooperation unter Beteiligung der Zahnärzte aufrechtzuerhalten. „Zahnmedizinische Prävention gehört in die Hände des Zahnarztes. Deshalb appelliere ich an Sie, Ihre Kompetenz auch in der Jugendzahnpflege aktiv einzubringen“, wirbt Stein.

Patenzahnärzte betreuen in Zusammenarbeit mit den Erzieherinnen und Erziehern die zahnmedizinischen Prophylaxemaßnahmen in den Kindertagesstätten. Besuche in der Kita, bei denen die Kinder spielerisch an die richtige Zahnpflege herangeführt werden, zählen ebenso zur Patenschaft wie der Besuch der Kinder in der Zahnarztpraxis. Mögliche Hemmungen oder gar Ängste vor dem Zahnarzt und der ungewohnten Umgebung lassen sich so abbauen. Informationsveranstaltungen für Eltern und die Beratung der Erzieher beim Thema Zahnpflege in der Kita runden das rheinland-pfälzische Betreuungskonzept der Gruppenprophylaxe ab.

Die Gruppenprophylaxe in Rheinland-Pfalz ist unter dem Dach der LAGZ dezentral aufgestellt. 23 regionale Arbeitsgemeinschaften Jugendzahnpflege (AGZ) sorgen dafür, dass die Prophylaxemaßnahmen flächendeckend in den Landkreisen durchgeführt werden. Zahnärzte, die sich für ein Engagement als Patenzahnarzt interessieren, erhalten weitere Informationen bei der jeweils zuständigen AGZ. Kontaktdaten finden sich im Internet unter www.lagz-rlp.de.

kb



Max Schrubbel ist bekannt wie ein „bunter Hund“. Das Maskottchen der LAGZ begleitet bereits die zweite Generation der Rheinland-Pfälzer.

Lieber lang statt kurz!

Beim Auftrennen von Kronen zählt jede Minute. Darum haben wir den bewährten C.FD8XL.012.FG mit dem weißen und schwarzen Ring jetzt auch in längerer Kopflänge produziert. Das garantiert Ihnen Arbeitszeiterparnis.



C.FD8XL.012.FG



**Jetzt 6,0 mm
Kopflänge**

Stück

3,99*

zzgl. MwSt.

* zzgl. Mehrwertsteuer und einmalig 5,49 € Versandkosten pro Bestellung. Änderungen vorbehalten.

**Interesse am neuen
Kronentrenner?**

Wir beraten Sie gern unter:
0800/200 23 32

...denn bei uns dreht
sich alles um Sie!

www.frank-dental.de

Wenn das Finanzamt kommt – So bereiten sich Zahnärzte auf eine Betriebsprüfung vor



Bernhard Fuchs ist Steuerberater und Mitinhaber der Kanzlei Fuchs & Martin, Würzburg und Volkach.
Foto: privat

Wer alle steuerlichen Vorschriften einhält, hat von einer Betriebsprüfung durch das Finanzamt nichts zu befürchten. Dennoch gibt es einige Regeln, die der Inhaber einer Zahnarztpraxis und sein Steuerberater beachten sollten, meint Bernhard Fuchs, Steuerberater und Autor dieses Beitrags.

Die Betriebsprüfung heißt so, weil die Prüfung im Betrieb, also in der Praxis stattfinden soll. Dies ist jedoch regelmäßig nicht möglich, da es in den meisten Praxen kein Zimmer gibt, das für den Betriebsprüfer geeignet wäre. Einer Prüfung im Privathaus brauchen und sollten Sie als Praxisinhaber aber auf keinen Fall zustimmen.

Deshalb lassen sich vernünftige Betriebsprüfer recht schnell darauf ein, dass die Prüfung entweder im Finanzamt oder in den Räumen des Steuerberaters stattfindet. Das hat für Sie den Vorteil, dass Sie dem Prüfer nicht ständig über den Weg laufen und nicht mit überraschenden Fragen konfrontiert werden.

Bei persönlichen Begegnungen oder Telefonaten mit dem Prüfer sollten Sie stets freundlich und sachlich bleiben. Der Prüfer hat nichts gegen Sie! Er macht lediglich seine Arbeit, für die er bezahlt wird. Natürlich wird man bei einer Betriebsprüfung dennoch emotional berührt sein. Deshalb ist es sinnvoll, möglichst wenig direkt mit dem Prüfer zu sprechen, sondern – mit dem Hinweis darauf, dass man selbst in der Praxis arbeiten muss – an den Steuerberater zu verweisen. Lediglich bei der obligatorischen Praxisbesichtigung muss der Praxisinhaber anwesend sein und Fragen des Prüfers beantworten. Zu diesem Termin empfiehlt es sich, den Steuerberater hinzuzuziehen, damit dieser rechtzeitig einschreiten und das Gespräch leiten kann.

Welche Unterlagen braucht der Betriebsprüfer?

Zunächst benötigt der Betriebsprüfer die Belege zur Finanzbuchhaltung. Das sind diejenigen Ordner, die Sie dem Steuerberater früher zur Erstellung der Finanzbuchhaltung gegeben haben – nämlich Eingangsrechnungen, Kontoauszüge, Kassenbelege und Kassenbuch. Diese Dokumente müssen

Sie bereitstellen. Vom Steuerberater erhält der Prüfer einen USB-Stick mit den elektronischen Daten Ihrer Finanzbuchhaltung beziehungsweise des elektronischen Kassenbuchs.

Erst auf Anforderung werden dem Prüfer folgende Unterlagen zur Verfügung gestellt: Quartalsabrechnungen der Kassenzahnärztlichen Vereinigung, Fahrtenbücher, Darlehensverträge, Leasingverträge, Kaufverträge, Miet- und Pachtverträge, Verträge mit Angehörigen, Arbeitsverträge mit Mitarbeitern sowie Gesellschaftsverträge und Protokolle der Gesellschafterversammlungen (bei Gemeinschaften).

Was sind die Prüfungsschwerpunkte?

1. Praxiseinnahmen

Der Prüfer wird anhand der KZV-Abrechnungen und privatärztlichen Verrechnungsstellen die verbuchten Praxiseinnahmen prüfen. Das wird er auch stichprobenweise mit Fremdlaborrechnungen für größere Zahnersatzarbeiten bezüglich der Eigenanteile der Patienten machen. Hierbei haben manche Prüfer ein besonderes Augenmerk auf der Behandlung von nahen Angehörigen, zum Beispiel der Schwiegermutter. In diesem Zusammenhang sollten Sie wissen: Wenn Sie zum Beispiel Ihre Schwiegermutter ohne Entgelt behandeln, ist das steuerlich in Ordnung. Sie dürfen aber die Kosten dafür, insbesondere für das Fremdlabor, steuerlich nicht geltend machen.

Ein neuer Trend ist, dass die Prüfer den Datenzugriff auf die Abrechnungssysteme der Praxen verlangen, damit sie bessere Kontrollmöglichkeiten haben. Die Prüfer sind auch mit einem eigenen EDV-Programm namens IDEA ausgestattet, das ihnen hilft, Plausibilitätsprüfungen et cetera vorzunehmen.

Der Internetauftritt einer Zahnarztpraxis ist auch für Betriebsprüfer interessant. Da damit geworben wird, was man alles in der Praxis macht, wird der Prüfer wissen wollen, ob und wo die entsprechenden Einnahmen erfasst wurden.

2. Umsatzsteuer

Insbesondere bei Praxen mit Eigenlabor beziehungsweise Cerec-Gerät ist die Umsatzsteuer ein großes Betätigungsfeld für Betriebsprüfer. Hier wird geprüft, ob die Ausgangs-

rechnungen für den selbst hergestellten Zahnersatz und die entsprechenden Leistungsziffern vollständig als umsatzsteuerpflichtig erfasst sind. Gleiches gilt für einen Prophylaxe-Shop. Neben dem Eigenlabor beziehungsweise Cerec und dem Prophylaxe-Shop sind die Prüfer auf der Suche nach eventuell weiteren umsatzsteuerpflichtigen Umsätzen, zum Beispiel für Gutachtertätigkeiten, Goldbestellung et cetera. Auch wird geprüft, ob sogenannte Ästhetikleistungen vorliegen, die nicht der Heilbehandlung dienen und somit umsatzsteuerpflichtig sind. Dies kann zum Beispiel beim Einkauf von Veneers oder von Bleachingmaterialien der Fall sein.

3. Praxisausgaben

a. Fortbildungs- und Reisekosten

Fortbildungs- und Reisekosten können auch privater Natur sein. Hier wird der Prüfer entsprechende Unterlagen verlangen, aus denen ersichtlich ist, ob die Kosten wirklich betrieblich veranlasst sind. Sie sollten deshalb Informationsmaterial über die Veranstaltungen, Teilnehmerverzeichnisse sowie Bescheinigungen über Ihre Anwesenheit aufbewahren.

Erfreulicherweise können seit einigen Jahren gemischte Reisekosten in einen betrieblich veranlassten und einen privaten Anteil aufgeteilt werden, sodass dieses Thema etwas entschärft ist.

b. Gegenstände, die auch privat genutzt werden können

Ebenfalls näher betrachtet werden häufig Betriebsausgaben für Gegenstände, die auch im privaten Wohnhaus verwendet werden können. Insbesondere handelt es sich hierbei zum Beispiel um Teppiche, Bilder, Lampen sowie IT-Geräte. Bei einer Prüfung müssen Sie dem Prüfer diese Gegenstände in der Praxis vorzeigen und erläutern können, wie diese betrieblich genutzt werden.

c. Kfz-Kosten

Ein Punkt, der praktisch bei jeder Betriebsprüfung diskutiert wird, ist die Ermittlung des betrieblichen beziehungsweise des privaten Kostenanteils für betrieblich genutzte Pkw. Hier sollte man rechtzeitig entsprechende Aufzeichnungen führen, anhand derer argumentiert werden kann.

d. Verträge mit nahen Angehörigen

Oft werden im Rahmen einer Betriebsprüfung Verträge mit nahen Angehörigen unter die Lupe genommen. Darunter fallen zum Beispiel Anstellungsverträge, Darlehensverträge und der Mietvertrag für die der Ehefrau gehörenden Praxisräume. Geprüft wird insbesondere, ob das, was darin vereinbart ist, tatsächlich eingehalten wurde.

Änderungsmöglichkeiten des Prüfers

Kommt es zu Nachzahlungen, sollten Praxisinhaber bedenken, dass noch erhebliche Zinszahlungen hinzukommen können, da die Nachzahlungen mit sechs Prozent pro Jahr verzinst werden. Diese Zinsen sind steuerlich nicht abzugsfähig. Zeichnet sich ab, dass sich für die Vergangenheit höhere Nachzahlungen ergeben, können Sie Nachzahlungszinsen teilweise vermeiden, indem Sie die zu erwartenden Nachzahlungen umgehend freiwillig bezahlen. Bis nämlich der Betriebsprüfungsbericht und die Änderungsbescheide ergehen, können einige Monate vergehen, für die dann pro Monat Zinsen in Höhe von 0,5 Prozent anfallen würden.

Ausgelöst durch den Fall Hoeneß wurden die Regelungen hinsichtlich der steuerlichen Selbstanzeige dramatisch verschärft. So ist es jetzt nicht mehr möglich, Selbstanzeige zu erstatten, nachdem Sie von der bevorstehenden Prüfung Kenntnis erlangt haben – sei es durch einen Anruf des Prüfers oder durch das Ergehen der Prüfungsanordnung.

Bernhard Fuchs

Quelle: Bayerisches Zahnärzteblatt 12/2015
Mit freundlicher Genehmigung der
Bayerischen Landeszahnärztekammer (BLZK)



Pflegeversicherung: Was die Reform bringt

Seit 1995 federt die gesetzliche Pflegeversicherung das finanzielle Risiko bei Pflegebedürftigkeit ab. Mit der jüngsten Pflegereform stellt die Bundesregierung sie auf eine neue Grundlage: Statt vier Pflegestufen gibt es künftig fünf Pflegegrade.

Die Zahl der Pflegebedürftigen wächst. Mehr als 2,6 Millionen Menschen sind es derzeit in Deutschland. Rund 3,4 Millionen werden es im Jahr 2030 sein, schätzt das Statistische Bundesamt. 2040 wird voraussichtlich die Vier-Millionen-Marke durchbrochen werden. Grund dafür ist die steigende Lebenserwartung. Heute lebt ein 60-jähriger Mann in Deutschland statistisch gesehen noch 21 Jahre und 6 Monate, eine gleichaltrige Frau 25 Jahre und 2 Monate – Tendenz steigend. Parallel dazu sinkt die Zahl der Bundesbürger und somit die Zahl derer, die die Pflegeversicherung solidarisch finanzieren.

Gute Pflege kostet – Zeit und Geld. Um die Situation der wachsenden Anzahl Pflegebedürftiger und ihrer Pflegenden zu verbessern, hatte sich die Bundesregierung in ihrem Koalitionsvertrag eine Pflegereform ins Pflichtenheft geschrieben. In zwei Stufen – das erste Pflegestärkungsgesetz trat bereits 2015 in Kraft, das zweite folgte Anfang 2016 – erhöhte sie zum einen die Pflegeleistungen für die häusliche und stationäre Betreuung. Zum anderen sollen Menschen mit kognitiven Einschränkungen künftig leichteren Zugang zu Pflegeleistungen erhalten.

Was ändert das zweite Pflegestärkungsgesetz?

Mit dem Gesetz will die Bundesregierung Patienten gleichstellen: Menschen mit geistigen und psychischen Erkrankungen wie Demenz sollen den gleichen Anspruch auf Pflegeleistungen haben wie körperlich beeinträchtigte Menschen. Dafür brachte sie ein neues Verständnis von Pflegebedürftigkeit ein, mit dem die viel gescholtene Minutenpflege der Vergangenheit angehören soll. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff dient als Grundlage für ein neues Begutachtungssystem und die Einstufung in Pflegegrade.

Das Begutachtungssystem soll die Fähigkeiten und nicht länger die Defizite der Patienten berücksichtigen. Entscheidend soll sein, was der Pflegebedürftige noch kann. Hierzu werden die bisherigen drei Pflegestufen durch fünf Pflegegrade ersetzt, die den Hilfe- und Betreuungsbedarf des Einzelnen besser abbilden. Viele Menschen erhalten mit dem neuen Pflegegrad 1 erstmals Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung. Maßgebliches Kriterium für die Einstufung ist künftig der Grad der Selbstständigkeit der Person in allen relevanten Lebensbereichen.

Müssen heute Pflegebedürftige Nachteile fürchten?

Für die Menschen, die bis Ende 2016 bereits Pflegeleistungen erhalten, soll es Bestandsschutz geben. Das hat Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe zugesichert. Demnach soll auch keiner dieser Patienten durch die Reform schlechter gestellt werden. Sie werden automatisch von ihrer alten Pflegestufe in den nächsthöheren Pflegegrad überführt. So wird beispielsweise die alte Pflegestufe I zu Pflegegrad 2 oder die Pflegestufe III zu Pflegegrad 4. Menschen mit festgestellter eingeschränkter Alltagskompetenz werden dem übernächsten Pflegegrad zugeordnet.

Wann kommen die Pflegegrade?

Die neue Begutachtungssystematik samt Pflegegraden greift ab Januar 2017. Doch bereits zum Jahresbeginn 2016 hat sich durch das zweite Pflegestärkungsgesetz einiges geändert. Mit Blick auf die neuen Pflegegrade müssen Träger der Pflegeeinrichtungen, Sozialhilfeträger und Pflegekassen Personalstruktur und -schlüssel der Pflegeeinrichtungen prüfen und bei Bedarf anpassen. Sie müssen zudem neue Pflegesätze vereinbaren. Pflegenden Angehörige haben seit diesem Jahr einen gesetzlichen Anspruch auf eine Pflegeberatung. Das Gesetz legte zudem fest, dass der sogenannte Pflege-TÜV überarbeitet werden soll. Neuregelungen betreffen auch die Ersatz- und Kurzzeitpflege.

Was kostet die Reform?

Durch das neue Begutachtungssystem erhalten etwa eine halbe Million mehr Menschen Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung. Um die Leistungsausweitungen insgesamt zu finanzieren, steigt der Beitragssatz 2017 um 0,2 Prozentpunkte des Bruttolohns auf 2,55 Prozent. Kinderlose zahlen dann 2,8 Prozent. kb

Hauptleistungsbeträge ab 1.1.2017 (in €)

Thema	PG1	PG2	PG3	PG4	PG5
Geldleistung ambulant	125*	316	545	728	901
Sachleistung ambulant		689	1.298	1.612	1.995
Leistungsbetrag vollstationär	125	770	1.262	1.775	2.005

*Keine Geldleistung, sondern zweckgebundene Kostenerstattung

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit

Das Neue Begutachtungsassessment

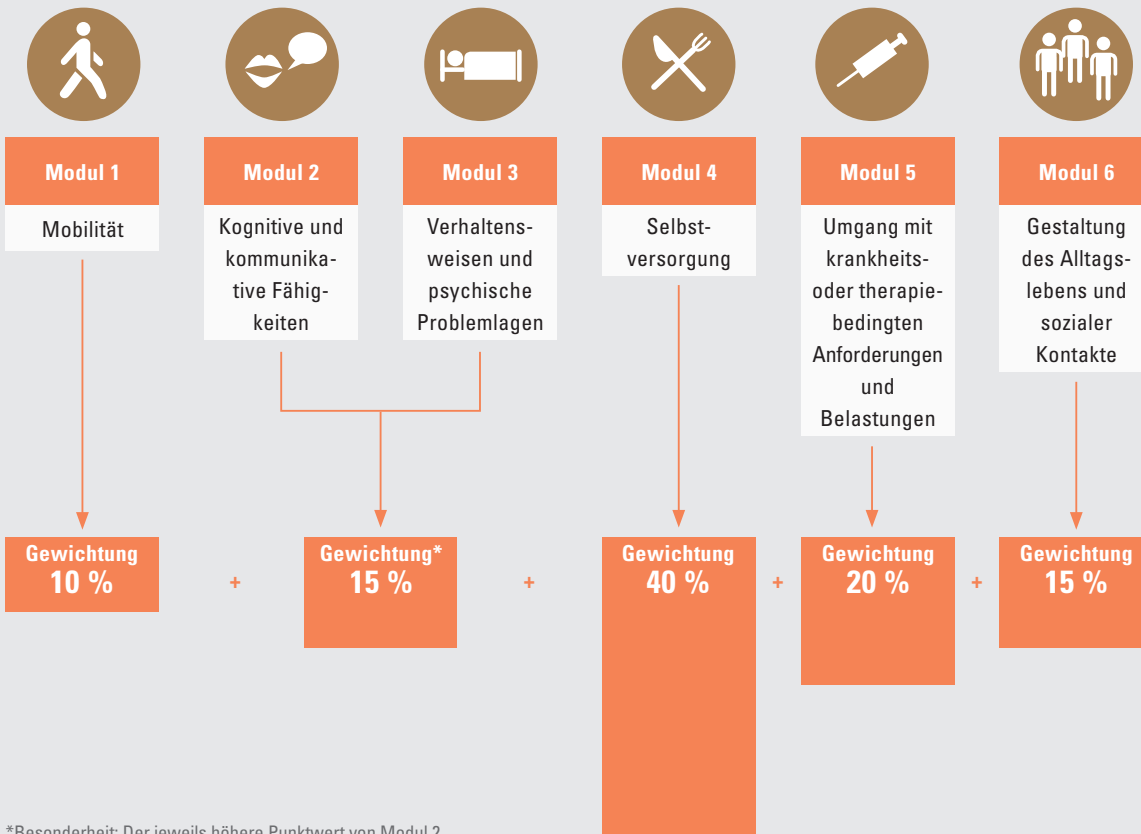
Der Pflegebedarf des Einzelnen wird künftig anhand des Neuen Begutachtungsassessment (NBA) durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) ermittelt. Der Grad der Selbstständigkeit – und nicht länger die erforderliche Pflegezeit – wird das zentrale Kriterium für die Einstufung in die Pflegegrade sein: Körperliche und geistig-seelische Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit stehen dabei gleichwertig nebeneinander. Die bisherige minutengenaue Zeiterfassung wird abgeschafft. Für die Einstufung vergeben die MDK-Gutachter Punkte auf einer Skala von 0 bis 100 in sechs pflegerelevanten Lebensbereichen („Module“):

- › Mobilität (Körperliche Beweglichkeit)
- › Kognitive und kommunikative Fähigkeiten (Verstehen und Reden)
- › Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (unter anderem nächtliche Unruhe, Ängste, Aggressionen)

- › Selbstversorgung (Alltagsverrichtungen wie Essen und Trinken, Anziehen und Waschen)
- › Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (zum Beispiel Einnahme von Medikamenten, Blutzuckermessungen, Umgang mit Prothesen)
- › Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (etwa selbstständige Gestaltung des Tagesablaufs)

Für jeden Pflegegrad existieren innerhalb dieser sechs Module Richtwerte, an denen sich die Gutachter bei der Bewertung des Pflegegrades orientieren. Die Module bzw. die jeweils darin vergebenen Punkte fließen unterschiedlich gewichtet in die Gesamtwertung ein. Auf dieser Basis erfolgt die Einstufung in einen der fünf Pflegegrade.

Einstufung in Pflegegrade: Sechs Lebensbereiche und deren Gewichtung



*Besonderheit: Der jeweils höhere Punktwert von Modul 2 oder 3 fließt gewichtet in die Gesamtwertung ein.

Pflegelandschaft Deutschland

Deutschland wird älter. Im Jahr 2060 wird jeder dritte Deutsche 65 Jahre und älter sein, schätzt das Statistische Bundesamt. Aktuell ist dies nur jeder Fünfte. Besonders deutlich wird die Zahl der Hochbetagten steigen. Leben hierzulande derzeit 4,4 Millionen Menschen

im Alter ab 80 Jahren, wird sich deren Anzahl auf neun Millionen verdoppeln. 2060 werden zwölf Prozent der Deutschen jenseits der 80 sein – und vielfach auf Pflege angewiesen sein. Wie die Pflegelandschaft in Deutschland heute aussieht – hier ein Überblick.

Was bedeutet pflegebedürftig?

Pflegebedürftig ist laut Definition, wer „wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem oder höherem Maße“ der Hilfe bedarf. Je nachdem, wie groß der Pflegebedarf ist, bekommen die Betroffenen eine von vier Pflegestufen anerkannt. Insgesamt sind in Deutschland 3,3 Prozent der Bevölkerung pflegebedürftig.

Weshalb werden Menschen pflegebedürftig?

Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) ermittelt jährlich, welche Ursachen am häufigsten zu Pflegebedürftigkeit führen. Hier die drei häufigsten Diagnosen bei Frauen und Männern:

Frauen

- › 21% der pflegebedürftigen Frauen haben Symptome, die nicht genau klassifiziert werden – am häufigsten sind das laut MDS Störungen der Beweglichkeit sowie allgemein Senilität. Bei Frauen ist dies die häufigste Ursache – wohl auch, weil Frauen älter werden als Männer.
- › 20,9% leiden der Klassifizierung zufolge an psychischen und Verhaltensstörungen. In den meisten Fällen ist das eine Form von Demenz.
- › 18,4% haben Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems; hier ist laut MDS die häufigste Diagnose eine Polyarthrose.

Männer

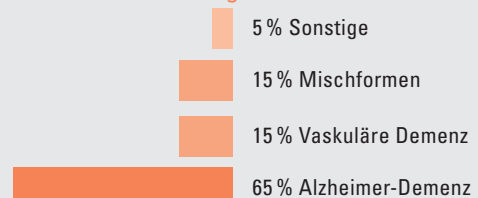
- › 22,3% der Männer werden wegen psychischer und Verhaltensstörungen beziehungsweise Demenz pflegebedürftig.
- › 16% leiden an Krankheiten des Kreislaufsystems: Meistens steht dahinter laut MDS eine Herzinsuffizienz.
- › 15,5% haben nicht genauer klassifizierbare Befunde und Symptome wie Störungen der Beweglichkeit und Senilität.

Was ist Alzheimer, was ist Demenz?

Unter Demenz versteht man eine Beeinträchtigung der geistigen Leistungsfähigkeit, die so schwerwiegend ist, dass die Betroffenen nicht mehr selbstständig leben können.

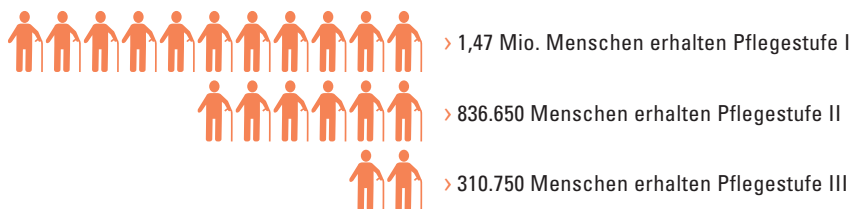
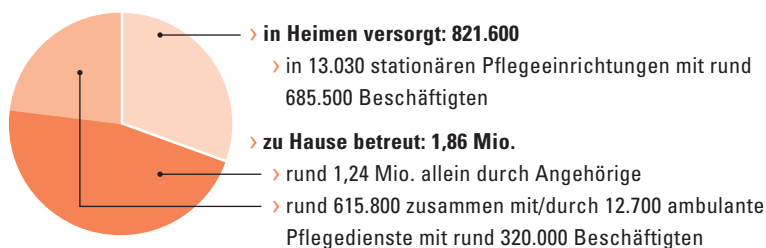
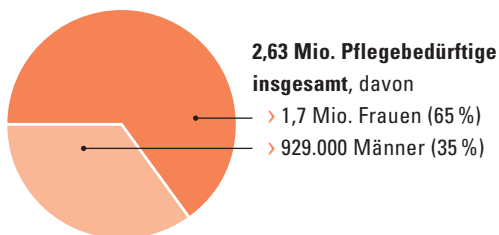
Die Alzheimerkrankheit, benannt nach dem deutschen Psychiater Alois Alzheimer, ist eine Form von Demenz – genau genommen in den westlichen Ländern die häufigste Ursache für eine Demenz.

Prozentualer Anteil der Arten von Demenzerkrankungen



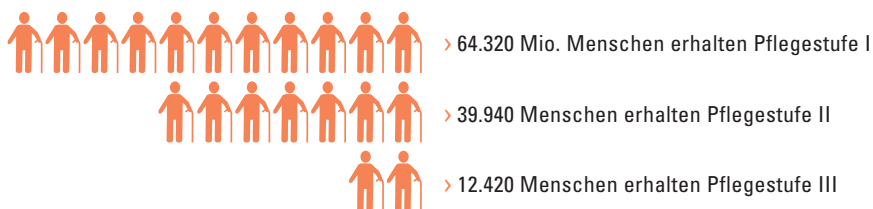
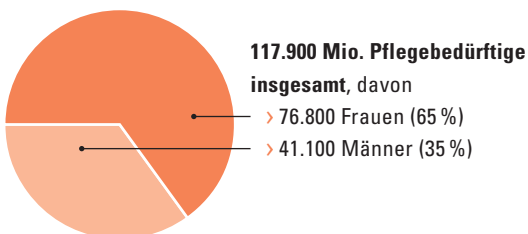
Quelle: Allianz Deutschland

Wie werden Pflegebedürftige in Deutschland versorgt?



Quelle: Statistisches Bundesamt, Stand: 31.12.2013

Wie werden Pflegebedürftige in Rheinland-Pfalz versorgt?



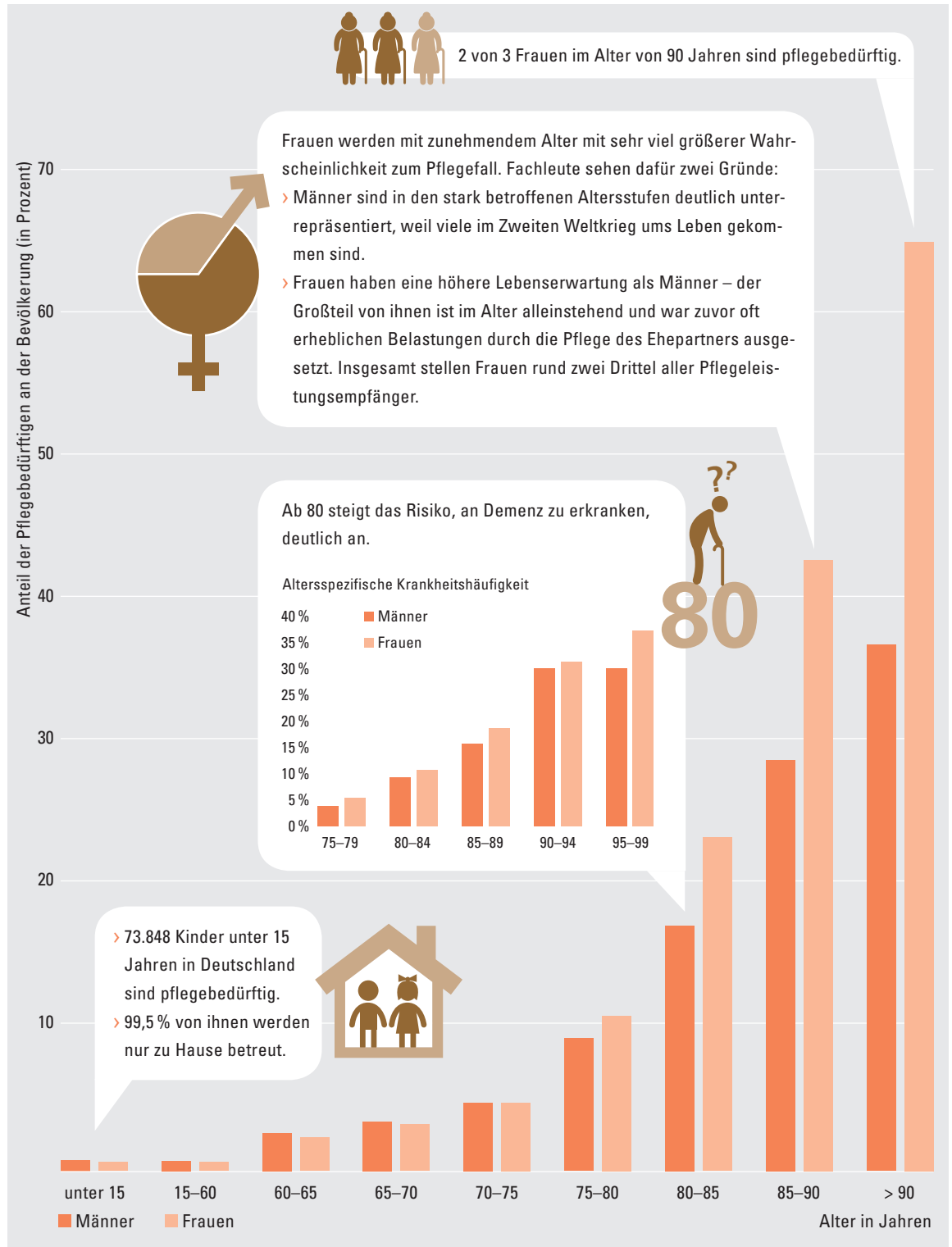
Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz, Pflegestatistik 2013; Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE)



Vertrautes Umfeld bevorzugt: Über 70 Prozent der Pflegebedürftigen werden zu Hause von Angehörigen oder/und ambulanten Pflegediensten betreut.

Steiler Anstieg

Die Grafik zeigt, wie hoch in den verschiedenen Altersstufen der Anteil der Pflegebedürftigen ist – wie wahrscheinlich es also ist, dass eine Person eines bestimmten Alters Pflege benötigt. Während dieser Anteil bis zum Beginn des Rentenalters bei Männern und Frauen deutlich unter 10 Prozent liegt, beträgt er bei Personen jenseits des 90. Lebensjahrs rund 64 Prozent.



Quelle: Allianz Deutschland

Fortsetzung auf Seite 17

Vorsorgen für den Pflegefall

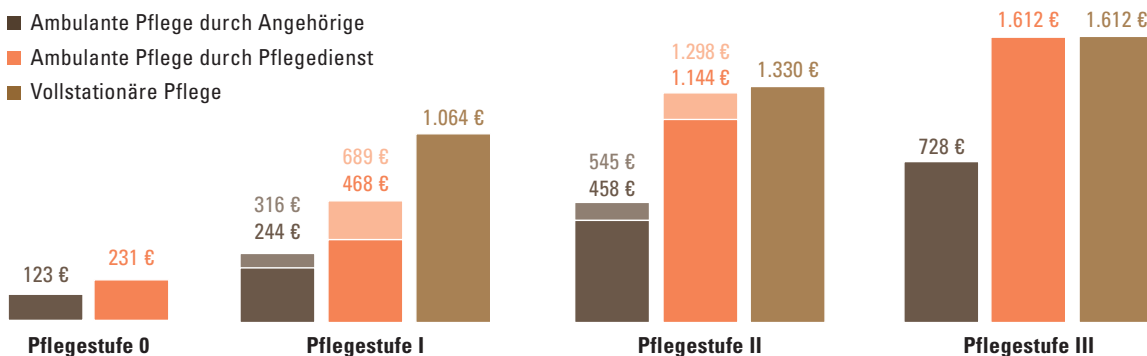
Mit den beiden Pflegestärkungsgesetzen hat die Bundesregierung die staatlichen Pflegeleistungen ausgebaut. Das sind gute Nachrichten für alle Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen, aber kein Grund, die private Vorsorge aus den Augen zu verlieren. Denn weiterhin gilt: Die gesetzliche Pflegeversicherung deckt die Kosten im Pflegefall nur teilweise ab.

Ein Pflegefall stellt alle Beteiligten auf eine harte Probe – auch finanziell. Egal ob ambulanten Pflegedienst oder Pflege-

heim, die Kosten für die Betreuung können enorm sein. Der Zuschuss der gesetzlichen Pflegeversicherung deckt diese in der Regel nicht.

Wer bei Pflegebedürftigkeit nicht auf das Sozialamt oder seine Kinder angewiesen sein möchte, sollte über private Vorsorge nachdenken. Mitglieder der gesetzlichen Pflegekasse können sich über eine private Zusatzversicherung zusätzlich absichern – und damit die Finanzierungslücke schließen.

Status quo: Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung 2016



Für Demenzpatienten gibt es in Pflegestufe I und II bei ambulanter Pflege ggf. eine erhöhte Leistung, bei Pflege durch Angehörige in Pflegestufe I z.B. 316 statt 244 €. | Quelle: Allianz Deutschland

Wann zahlen Kinder für ihre Eltern?

Kinder sind per Gesetz verpflichtet, für den Unterhalt ihrer Eltern zu sorgen, wenn diese bedürftig sind. Sogar dann, wenn über Jahre kein Kontakt mehr bestanden hat – das hat 2014 der Bundesgerichtshof entschieden. Ab wann Kinder für ihre Eltern einspringen und wie viel sie zahlen müssen, hängt von verschiedenen Faktoren ab. Zunächst einmal muss das eigene Einkommen und Vermögen der Eltern aufgebraucht sein – notfalls müssen sie ihr Haus oder ihre Wohnung verkaufen, um ihren Platz im Pflegeheim zu finanzieren. Auch wenn die Immobilie als Erbe für die Kinder gedacht war. Wenn Rente und gesetzliche Pflegeversicherung dann nicht ausreichen, um einen Heimplatz zu bezahlen, trägt die Kosten zunächst die öffentliche Hand.

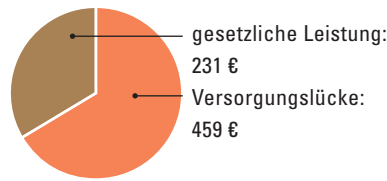
Einen Teil der Kosten verlangen die Sozialämter aber von unterhaltspflichtigen Kindern zurück. Die Höhe des Unterhalts richtet sich nach der sogenannten Düsseldorfer Tabelle, die auch für Unterhaltskosten bei Scheidungen maßgeblich ist.

Gut zu wissen: Ist man als Kind zum Unterhalt verpflichtet, kann man bei der Berechnung bestimmte Aufwendungen wie Miete, Zins- und Tilgungszahlungen für eine Immobilie sowie eigene Altersvorsorge geltend machen.

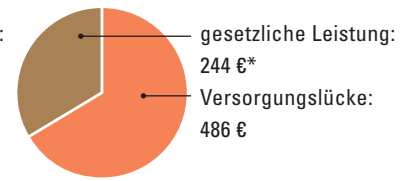
Allianz Deutschland

So entsteht die Versorgungslücke

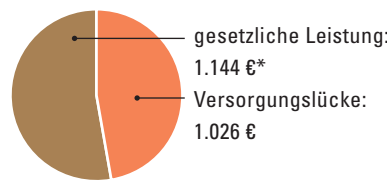
Die Grafik stellt für die Pflegestufen 0 bis III gesetzliche Leistungen und zu erwartende Gesamtkosten gegenüber. Schon bei Pflegestufe 0 entsteht eine monatliche Versorgungslücke von mehreren Hundert Euro.



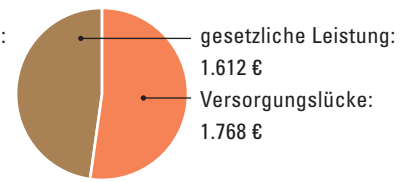
Pflegestufe 0
Gesamtkosten: 690 €
 Ambulante Pflege durch Angehörige



Pflegestufe I
Gesamtkosten: 730 €
 Ambulante Pflege durch Angehörige mit zusätzlicher Unterstützung ehrenamtlicher Hilfen



Pflegestufe II
Gesamtkosten: 2.170 €
 Ambulante Pflege durch Pflegedienst



Pflegestufe III
Gesamtkosten: 3.380 €
 Vollstationäre Pflege

*Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz – das sind vor allem an Demenz erkrankte Personen – erhalten einen höheren Betrag.
 Quelle: Allianz Deutschland

Beispielrechnungen

Pflegestufe 0 Betreuung durch Pflegedienst		Pflegestufe I Betreuung durch Angehörige**		Pflegestufe II Ambulanter Pflegedienst		Pflegestufe III Stationäre Pflege	
Betreuungsgruppe 4x/Monat	108 €	Putz- und Haushaltshilfe (20 Std./Monat)	258 €	Pflegekosten	1.159 €	Durchschnittliche Pflegekosten	2.380 €
Betreuung zu Hause – Entlastung Angehöriger (24 Std./Monat)	586 €	Student (20 Std./Monat)	240 €	Hausbesuche	370 €	Unterkunft und Verpflegung	630 €
		Essen auf Rädern (30 x/Monat)	231 €	Warme und sonstige Mahlzeiten (tgl.)	507 €	Investitionskosten	370 €
Kosten monatlich gesamt gerundet	690 €	Kosten monatlich gesamt gerundet	730 €	Kosten monatlich gesamt	2.170 €	Kosten monatlich gesamt	3.380 €

** Pflegegeld und Tagegeld werden auch ohne Kostennachweis gezahlt. Sollte fremde Hilfe erforderlich sein, kann diese hiermit finanziert werden. | Quelle: Allianz Deutschland

Es gibt Angebote für jeden Bedarf. Grundsätzlich unterscheiden sich vier Versicherungsformen: die Pflegetagegeldversicherung, die Pflegerentenversicherung und die Pflegekostenversicherung sowie der „Pflege-Bahr“.

Pflegetagegeldversicherung

Die Pflegetagegeldversicherung ist das verbreitetste Modell der Vorsorge für Pflege. Sie zahlt für jeden Pflegetag einen

festen Geldbetrag – unabhängig von den tatsächlichen Pflegekosten. Der Versicherungsnehmer wählt die Höhe des Tagessatzes selbst. Der größte Vorteil der Pflegetagegeldversicherungen: Die Geldleistungen sind frei verfügbar. Der Pflegebedürftige kann sie so verwenden, wie er es wünscht – für eine stationäre, teilstationäre oder ambulante Betreuung. Zudem sind die Beiträge im Vergleich zur Pflegerentenversicherung günstig. Von Nachteil ist, dass sich das

Pflegetagegeld in der Regel nicht automatisch an Kostensteigerungen anpasst. Wer die Beitragszahlung unterbricht oder die Versicherung kündigt, verliert das eingezahlte Geld.

Pflegerentenversicherung

Die Pflegerentenversicherung ist eine Lebensversicherung. Die im Vorfeld festgelegte Summe wird im Pflegefall einmalig oder als monatliche Rente ausgezahlt. Auch hierbei kann der Pflegebedürftige frei über das ausgezahlte Geld verfügen. Die Beiträge erhöhen sich nicht; sie sind über die gesamte Laufzeit festgeschrieben. Allerdings sind die zu zahlenden Beiträge höher als bei der Pflegetagegeldversicherung. Zudem weiß der Versicherungsnehmer nicht, wie hoch die Rente tatsächlich ausfallen wird. Die Versicherungen kalkulieren mit fiktiven Überschüssen, die von den Entwicklungen im Kapitalmarkt abhängen. Verlässlich ist nur die garantierte Rente.

Pflegekostenversicherung

Die Pflegekostenversicherung erstattet die Kosten, die nach Vorleistung der Pflegeversicherung noch vom Versicherten zu tragen sind. Hierfür gibt es zwei Möglichkeiten: Entweder wird ein vertraglich festgelegter Prozentsatz der Leistungen der Pflegeversicherung oder die Restkosten bis zu einer festgelegten Höchstgrenze erstattet. Ein Vorteil ist, dass durch die Kombination von gesetzlicher und privater Pflegeversicherung die Pflegekosten komplett abgedeckt werden können. Zudem erhöhen sich Leistungen automatisch, wenn die Kosten für Pflegedienstleistungen steigen. Nachteil dieses Modells ist, dass der Versicherungsnehmer nur Leistungen erhält, wenn tatsächlich Pflegekosten entstanden sind und er diese belegen kann. Er kann also nicht frei über das eingezahlte Geld verfügen, sondern es besteht gegenüber der Versicherung ein Sachleistungsanspruch.

Staatliche Förderung („Pflege-Bahr“)

Seit 2013 fördert der Staat die private Pflegevorsorge. Jeder, der das 18. Lebensjahr vollendet hat, eine gesetzliche oder private Pflegepflichtversicherung besitzt und nicht pflegebedürftig ist, kann von der staatlichen Pflegeförderung („Pflege-Bahr“) profitieren. Wer einen Vertrag mit einem privaten Versicherer nach den gesetzlichen Vorgaben (Geldleistungen in jeder Pflegestufe, Mindestleistung von 600 EUR in Pflegestufe III) abschließt und mindestens zehn Euro monatlich selbst zahlt, bekommt eine Zulage von fünf Euro im Monat. Wie bei den ungeforderten Verträgen unterscheiden sich die Leistungen den einzelnen Versicherern. Der „Pflege-Bahr“ zeichnet sich dadurch aus, dass die Versicherer keinen Antrag ablehnen sowie Risikozuschläge



oder Leistungsausschlüsse vereinbaren dürfen. Es gibt keine Risikoprüfungen; auch Personen mit Vorerkrankungen können die Versicherungen abschließen. Demnach ist die Beitragshöhe nur vom Eintrittsalter und den Leistungen abhängig. Dies führt allerdings dazu, dass die „Pflege-Bahr“-Verträge in der Regel leistungsschwächer sind als Tarife auf dem freien Versicherungsmarkt. Die Versicherer kalkulieren Leistungen und Absicherungshöhe vorsichtiger. Hinzu kommt, dass Leistungen erst nach fünf Jahren Wartezeit in Anspruch genommen werden können.

Individuelle Beratung zählt

Grundsätzlich ist der Abschluss einer privaten Pflegezusatzversicherung für viele Menschen sinnvoll. Wie viel Geld der Mensch im Pflegefall tatsächlich braucht, hängt aber letztendlich von der individuellen Lebenssituation, von Alter und Gesundheitszustand sowie von den eigenen Plänen ab. Lebt man allein, ist etwa die Entscheidung wichtig, ob man im Pflegefall in ein Pflegeheim gehen oder zu Hause durch einen ambulanten Pflegedienst betreut werden möchte. Ein wichtiges Kriterium ist nicht zuletzt auch das persönliche Vermögen.

Private Pflegevorsorge: ja oder nein. Und wenn ja, welche? Die Vielzahl der Versicherungsformen und -tarife sind für die meisten Menschen ein großes Wirrwarr. Eine individuelle Beratung, etwa durch einen unabhängigen Versicherungsberater oder die Verbraucherzentrale, hilft, die passende Absicherung für den Pflegefall zu finden. kb

„Locky“ und Co.:

Was tun gegen Verschlüsselungstrojaner?

Die Schadsoftware „Locky“ verbreitet sich rasant und legt weltweit Computer lahm. Eine wirksame Abwehr gibt es derzeit noch nicht. Nutzer können aber Vorsorge treffen, um Angriffe von „Locky“ und Co. abzuwehren.

„Locky“ ist ein Verschlüsselungstrojaner: Er identifiziert gängige Dateiformate und verschlüsselt die entsprechenden Dokumente und Bilder. Zur Freischaltung der Dateien fordern die Täter Lösegeld. Besonders tückisch: „Locky“ verschlüsselt nicht nur den infizierten Rechner. Der Trojaner verbreitet sich auch über PC-Netzwerke und befällt alle angeschlossenen Rechner. Auch vor Cloud-Speichern macht er nicht halt.

So funktioniert „Locky“

Die Erpresser schleusen „Locky“ über E-Mails mit einer auf den ersten Blick harmlosen Word-, Excel- oder ZIP-Datei im Anhang ein. Dabei handelt es sich meist um fiktive Rechnungen. Wer auf den Anhang klickt, öffnet „Locky“ Tür und Tor: Er dringt in den Rechner ein, verschlüsselt die Dateien und benennt sie um, sodass sie unbrauchbar werden. Die Dokumente enden auf .locky – daher der Name des Trojaners. Sobald die Dateien verschlüsselt sind, erscheint ein Erpresserbrief mit einer Lösegeldforderung. Gefahr bergen aber nicht nur E-Mails. Eine Infektion soll auch über den Internetbrowser möglich sein.

Schutz vor Verschlüsselungstrojanern

„Locky“ ist ein besonders aggressiver Verschlüsselungstrojaner, allerdings kein neues Phänomen. Gerade erst ist es Spezialisten gelungen, den Trojaner „TeslaCrypt“ zu knacken und von ihm verschlüsselte Daten wiederherzustellen. Damit Angriffe von „Locky“ und Co. keinen großen Schaden anrichten können, sollten Nutzer drei grundlegende Schutzmaßnahmen beachten.

1. Vorsicht bei Mail-Anhängen: Bekommt man E-Mails mit Download-Links oder Anhängen, sollte man besondere Vorsicht walten lassen – vor allem dann, wenn die Nachricht unaufgefordert von einem fremden Absender stammt. Es ist daher wichtig, Nutzer für die Gefahr, die von Trojanern und anderer Schadsoftware ausgeht, zu sensibilisieren, damit sie verdächtigen Mails oder Links mit gesundem Misstrauen begegnen können.

2. Daten sichern: Der beste präventive Schutz von Daten ist immer eine möglichst aktuelle Sicherheitskopie. Damit können Daten in Notfällen wiederhergestellt werden. Für eine Datensicherung (Backup) eignet sich am besten ein externes Speichermedium, beispielsweise eine USB-Festplatte. Wichtig ist, dass das Speichermedium nicht dauerhaft mit dem Rechner verbunden ist, da viele Verschlüsselungstrojaner auch Daten auf externen Laufwerken unbrauchbar machen.

3. Aktuelle Software verwenden: Um Sicherheitslücken zu schließen, sollten möglichst alle Programme (Betriebssystem, Internetbrowser, Office-Anwendungen, Flash Player, Adobe Reader etc.) immer auf dem neuesten Stand sein. Regelmäßige Aktualisierungen senken das Risiko, dass Schadsoftware eine Sicherheitslücke ausnutzen kann. Auf den Virens Scanner allein darf man sich übrigens nicht verlassen. Schadsoftware kann so neu sein, dass ein Schutzprogramm sie zunächst nicht erkennt. Trotzdem sollte natürlich auch der Virens Scanner immer aktuell sein.

Betroffene Nutzer sollten die verschlüsselten Dateien aufbewahren. Oftmals gibt es, wie im Fall von „TeslaCrypt“, nach einiger Zeit die Möglichkeit, die Dateien wieder zu öffnen. Das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) rät Opfern von Verschlüsselungstrojanern zudem, nicht auf Lösegeldforderungen einzugehen. Eine Zahlung garantiere keine Entschlüsselung der Daten. kb

Datensicherheit in der Zahnarztpraxis

Regelmäßige Aktualisierungen des Betriebssystems, sichere Passwörter, Einweisungen der Mitarbeiter etc. sind nur einzelne Bausteine in einem umfassenden Sicherheitskonzept. Es gehören viele weitere technische und organisatorische Maßnahmen dazu, um einen möglichst hohen Sicherheitsstandard zu erreichen. Details erhalten Sie im „Datenschutz- und Datensicherheits-Leitfaden für die Zahnarztpraxis-EDV“ von KZBV und BZÄK unter www.kzbv.de oder im BSI-Grundschutzkatalog unter www.bsi.bund.de.

Abrechnung: „Gebühren-App“ unterstützt Praxen

Die „Gebühren-App“ für Vertragszahnärzte und Praxisteams ist da: Sie bietet einen Überblick über alle Gebührenpositionen, die für die vertragszahnärztliche Versorgung relevant sind sowie die Abrechnungsbestimmungen. Die „Gebühren-App“ soll den Teams in den Zahnarztpraxen als wichtiges Handwerkszeug für die tägliche Arbeit dienen.

Die App wurde von der Arbeitsgemeinschaft der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, das sind die KZV Baden-Württemberg, Bayerns, Hessen, Niedersachsen und Schleswig-Holstein, unter Beteiligung der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg entwickelt. Die KZV Rheinland-Pfalz beteiligt sich an der Nutzung und bietet ihren Mitgliedern die App kostenfrei an.

Alle Gebührenpositionen kompakt zusammengeführt

Ob BEMA, GOZ, GOÄ oder BEL II: Die App beinhaltet die Positionen der Gebührenverzeichnisse, die für die Beschreibung der vertragszahnärztlichen Leistungen und deren Abrechnung gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen benötigt werden. Die Nutzer finden darin auch eine Abrechnungshilfe für Zahnersatz-Festzuschüsse. Eine Übersicht regionaler Sondervereinbarungen, die die KZVen in ihren Ländern mit den Krankenkassen geschlossen haben, komplettiert das Angebot.

Eine Suchfunktion ermöglicht den Nutzern – über alle Inhalte der App hinweg – die Suche nach Abrechnungsnummer und separat nach Leistungsbeschreibung. Besonders praktisch ist die Funktion „Notizen“: Hierbei können sie zu jedem Gebühreneintrag individuelle Anmerkungen hinterlegen.

„Für die Kolleginnen und Kollegen und die Praxisteams ist die ‚Gebühren-App‘ ein modernes, multimediales Tool und ein wichtiges Handwerkszeug für die tägliche Arbeit“, betonte die Arbeitsgemeinschaft der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen anlässlich der Veröffentlichung der App im „App Store“ von Apple und im „Google Play Store“. kb

„Gebühren-App“ herunterladen

Einfach den QR-Code für die iOS-Version und die Android-Version mit dem mobilen Endgerät (Smartphone, Tablet) scannen



App Store

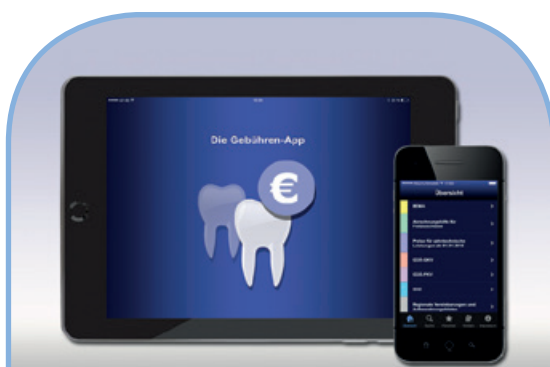


Google Play

Vertragszahnärzte in Rheinland-Pfalz erhalten den Zugangscodex für die App auf der Internetseite der KZV Rheinland-Pfalz (Mitgliederbereich; Anmeldung erforderlich) unter

www.kzv-rheinlandpfalz.de > KZV intern > Gebühren-App

Nähere Informationen zur Registrierung im beiliegenden Rundschreiben 3/16



Die neue „Gebühren-App“ ist ein modernes, multimediales Instrument und gutes Rüstzeug für die tägliche Arbeit in der Zahnarztpraxis.

Foto: KZV Baden-Württemberg

Deutschland und Großbritannien: Indizes für kieferorthopädische Behandlungen im Vergleich

Mit der Einführung kieferorthopädischer Indikationsgruppen (KIG) folgte Deutschland einem internationalen Trend, die Behandlungsbedürftigkeit von Zahn- und Kieferfehlstellungen anhand fester Grade zu messen. Als Vorbild diente der britische Index of Orthodontic Treatment Need (IOTN). Gemeinsamkeiten und Unterschiede der beiden Indizes skizzierte Dr. Nikolas Wilhelm in seiner Abschlussarbeit an der Akademie für freiberufliche Selbstverwaltung und Praxismanagement (AS). In loser Reihenfolge stellt KZV aktuell Zertifikatsarbeiten rheinland-pfälzischer AS-Absolventen vor.



Dr. Nikolas Wilhelm sieht die Möglichkeit kieferorthopädischer Behandlungen im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung durch KIG stark eingeschränkt.
Foto: AS-Akademie/Lopata, 2015

In den frühen 70er Jahren wurde in Deutschland die kieferorthopädische Behandlung von Kindern und Erwachsenen als Kassenleistung eingeführt. Seitdem ist sie fester Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung, unterlag aber im Laufe der Zeit zahlreichen Umbrüchen. Während die Abrechnungsmodalitäten seit Inkrafttreten des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes zahnärztlicher Leistungen (BEMA) 1986 weitestgehend unverändert geblieben sind, wurde der Zugang der gesetzlich Versicherten zu den kieferorthopädischen Leistungen immer weiter eingeschränkt. Bereits 1989 erteilte der Gesetzgeber dem Gemeinsamen Bundesausschuss

– damals Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen – nach § 29 SGB V den Auftrag, in Richtlinien medizinisch begründete Indikationsgruppen für solche Kiefer- oder Zahnfehlstellungen zu definieren, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigen oder zu beeinträchtigen drohen.

1993 wurde schließlich die klassische kieferorthopädische Therapie für Erwachsene (Ausnahme Dysgnathie) aus dem Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ausgegrenzt. Im Einklang mit § 29 Abs. 4 SGB V verständigte sich der Bundesausschuss 2001 auf eine Abkehr vom bis dato angewandten therapiebezogenen Indikationssystem (8-Punkte-Regelung); sie wurde 2002 von

einer befundbezogenen Indikationsregelung abgelöst. Mit Einführung des kieferorthopädischen Indikationsgruppenindex (KIG-Index) wurden erstmals die Zugangskriterien für Jugendliche verschärft und der Versorgungsanspruch an Gesichtspunkten ausgerichtet, die staatlichen Gesundheitssystemen wie dem National Health Service (NHS) in Großbritannien zugrunde liegen. Dieser Schritt stand im krassen Gegensatz zu dem von Politikern oft wiedergegebenen Mantra: „Wir wollen keine englischen Verhältnisse!“

Damit folgte die deutsche Gesundheitspolitik einer internationalen Entwicklung. Die evidenzbasierte Zahnmedizin hatte geraume Zeit nach Methoden gesucht, welche die qualitativen und quantitativen Merkmale einer Zahn- und Kieferfehlstellung nach epidemiologischen Gesichtspunkten ein- und zuordnen können. Daraus folgend haben sich in verschiedenen Ländern und Sozialsystemen, teils unabhängig, teils aufeinander aufbauend, Indikationssysteme entwickelt, die dieser Fragestellung gerecht werden sollen. Die meisten dieser Systeme gehen von Abweichungen der Norm des okklusalen und skelettalen Ideals aus. Hierbei wird ein Ansatz abgeleitet, welcher die graduellen Abweichungen nach ihrem Ausmaß in metrischer Norm einerseits im quantitativen Bereich definiert und andererseits mit der Definition von verschiedenen klinischen Formenkreisen die qualitativen Gruppen beschreibt.

Die Einführung der KIG hatte einen stark limitierenden Charakter für den Zugang zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Dies betraf in hohem Maße die meist minderjährigen Versicherten, die keine alternativen Versorgungs- und Versicherungsmöglichkeiten haben. Da neben der Hauptbehandlung im späten Dentitionswechsel auch die frühe Behandlung und Frühbehandlung an dem KIG-Index ausgerichtet wurden, waren die Versicherten vom 4. bis zum 18. Lebensjahr die Hauptbetroffenen.

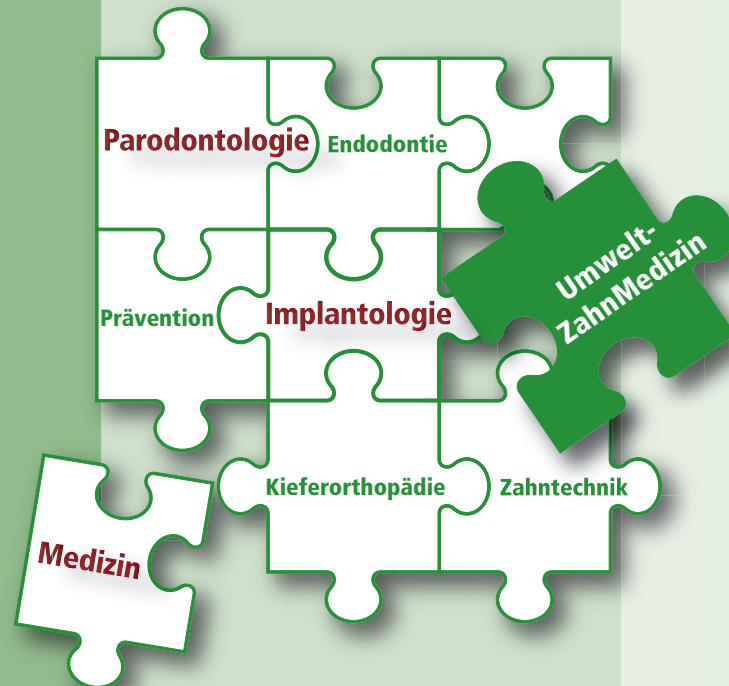
Bei der Einführung der KIG-Regelung zeigte sich die hohe Korrelation mit dem international gebräuchlichen Index of Orthodontic Treatment Need (IOTN), mit dem der Grad des Behandlungsbedarfs befundbezogen ermittelt wird.



8. Jahrestagung der DEGUZ

am 3./4. Juni 2016 in Frankenthal

Materialbedingte Misserfolge in der Implantologie



IOTN und KIG im Vergleich

Der IOTN Score in Großbritannien und der KIG-Index in Deutschland werden seit über 25 bzw. 14 Jahren konsequent angewendet. Die Erfahrungen zeigen, dass die KIG die Behandlungsnotwendigkeit gegenüber dem IOTN stärker einschränken. Bei näherer Betrachtung fällt auch auf, dass der IOTN Score gegenüber dem KIG-Index eine sehr differenziertere Beurteilung des kieferorthopädischen Spektrums der Zahn- und Kieferfehlstellungen erlaubt. Dies vereinfacht jedoch nicht die praktische Anwendung; hierbei müssen mehr Details und zusätzliche Faktoren berücksichtigt werden. Der KIG-Index beschränkt sich auf eine metrische Analyse mit größeren numerischen Abständen in den Klassifikationen der Untergruppen. Diese können meist klinisch schneller erarbeitet werden und erleichtert auch den auf dem Fachgebiet nicht vertrauten Anwendern den Zugang. Auch scheint der KIG-Index von administrativer Seite einige Vorteile zu bieten, da er eine stringenter und kontinuierliche Unterteilung nach Einzelgruppen mit mehreren Ausprägungsgraden bietet, was bei den strikten Anwendungen von limitierten Ressourcen von Vorteil ist. Der IOTN lässt keine linearen Vergleiche innerhalb der Gruppen zu. Somit hat er eher einen epidemiologischen Charakter.

In der alltäglichen Umsetzung dieser Indikationssysteme zeigt sich letzten Endes das Geheimnis ihrer Wirksamkeit und Effektivität. In Großbritannien gleichen nur vier NHS-Systeme (England, Wales, Nordirland und Schottland) zentral für ihre Bürger die Daten ab. Deshalb besteht bei einer abgelehnten Behandlung und der entsprechenden Mitteilung des Behandlers an den NHS für den Patienten keine Möglichkeit zum „Doktorsurfing“ mit dem Ziel, irgendwann durch zu „ungenauem Messen“ doch einen IOTN-Grad mit höherer Relevanz zu erreichen. Die Maßnahme, dass es in Großbritannien keine freie Arztwahl gibt, sondern Patienten am Wohnsitz fest bei einem Zahnarzt bzw. Kieferorthopäden registriert sind, erschwert zusätzlich den Zugang zu Leistungen.

Die Versorgungslandschaft in Deutschland ist eine andere. Mit 17 Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZV) und zurzeit

Zahnmedizin und unerfüllter Kinderwunsch

Die Anmeldung zur Jahrestagung
und weitere Fortbildungen
zum Thema Umwelt-ZahnMedizin
finden Sie auf

www.deguz.de

oder telefonisch:
+49 (0)30 76 90 45 20



Deutsche Gesellschaft für
Umwelt-ZahnMedizin



rund 120 Krankenkassen hat der mobile, ortsungebundene Versicherte 2.091 Möglichkeiten, bevor ein KIG-Ausgrenzungsbescheid vom Behandler bei einer KZV oder Krankenkasse zum zweiten Mal eingeht. Der fehlende digitale Abgleich von KIG-Ausgrenzungen selbst innerhalb einer KZV könnte als Einladung an den Patienten verstanden werden, sich so lange einen Behandler zu suchen, bis der KIG-Index als regulatives Element seine Wirkung verloren hat. Die Krankenkassen, die ihrerseits vom Datenabgleich mit anderen Kassen abgeschnitten sind, ermuntern ihre Patienten gelegentlich, sich dieser orthodontischen Art des ambulanten

„Klinkenputzens“ zu bedienen, bis die vermeintliche Maßnahme zur Kostendämpfung in den Degressionsbescheiden und Budgets der Behandler und KZV abgewickelt worden ist.

Es erfordert demnach ein erhöhtes Maß an Selbstverantwortung bei allen Beteiligten – bei Patienten, Behandlern und Krankenkassen –, Leistungsmissbrauch zu vermeiden und einer grundsätzlich geeigneten Maßnahme somit zur sozialpolitischen Wirksamkeit zu verhelfen.

Dr. Nikolas Wilhelm

Schema zur Einstufung des kieferorthopädischen Behandlungsbedarfs anhand kieferorthopädischer Indikationsgruppen (KIG)

Behandlungsbedarf	Grad	1	2	3	4	5
Kraniofaziale Anomalien	A					Lippen-Kiefer-Gaumenspalte bzw. andere kraniofaziale Anomalien
Zahnunterzahl (Aplasie oder Zahnverlust)	U				Unterzahl (nur wenn präprothetische Kieferorthopädie oder kieferorthopädischer Lückenschluss indiziert)	
Durchbruchsstörungen	S				Retention (außer 8er)	Verlagerung (außer 8er)
Sagittale Stufe (distal)	D	bis 3 mm	über 3 mm, bis 6 mm		über 6 mm, bis 9 mm	über 9 mm
Sagittale Stufe (mesial)	M				0 mm - 3 mm	über 3 mm
Vertikale Stufe (offen) auch seitlich	O	bis 1 mm	über 1 mm, bis 2 mm	über 2 mm, bis 4 mm	über 4 mm habituell offen	über 4 mm skelettal offen
Vertikale Stufe (tief)	T	über 1 mm, bis 3 mm	über 3 mm, mit/ohne Gingivakontakt	über 3 mm, mit traumatischem Gingivakontakt		
	B				Bukkal-/Lingualokklusion	
Transversale Abweichung	K		Kopfbiss	beidseitiger Kreuzbiss	einseitiger Kreuzbiss	
Kontaktpunktabweichung/Engstand	E	unter 1 mm	über 1 mm, bis 3 mm	über 3 mm, bis 5 mm	über 5 mm	
Platzmangel	P		bis 3 mm	über 3 mm, bis 4 mm	über 4 mm	

Die Zahnärzte in Rheinland-Pfalz trauern um ihren Kollegen

Sanitätsrat Dr. Herbert Frank

Zahnarzt aus Bad Kreuznach

**Träger der Ehrennadel der Deutschen Zahnärzteschaft und
der Verdienstmedaille der Rheinland-Pfälzischen Zahnärzte,
Ehrenpräsident der Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz,
Ehrenvorsitzender der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz,
Gründungsmitglied und Träger des Goldenen Ehrenzeichens des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte e.V.,**

der am 26. Februar 2016 im Alter von 92 Jahren verstorben ist.

Schon kurz nach seiner Approbation 1952 war Sanitätsrat Dr. Herbert Frank in den Gremien der zahnärztlichen Selbstverwaltung bei der damaligen Kassenzahnärztlichen Vereinigung Koblenz-Trier, der Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz, der Bezirkszahnärztekammer Koblenz und der Versorgungsanstalt bei der Landeszahnärztekammer tätig. 20 Jahre lang führte er als Vorsitzender die Kassenzahnärztliche Vereinigung Koblenz-Trier und ebenso lange als Präsident die Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz.

Auf Bundesebene war Sanitätsrat Dr. Herbert Frank von 1962 bis 1970 Mitglied der Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, von 1970 bis 1979 Mitglied im Vorstand und von 1979 bis 1982 deren stellvertretender Vorsitzender.

Die Zahngesundheit der Kinder und Jugendlichen am Herzen liegend, wurde er 1984 der erste Vorsitzende der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege (LAGZ).

Als Verfechter des freien Berufsstandes war er 1955 Mitbegründer des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte und des Landesverbandes Rheinland-Pfalz des Verbandes der Nicht-Kassen-Zahnärzte, dessen langjähriger Vorsitzender er war.

Die Zahnärzteschaft in Rheinland-Pfalz hat mit Sanitätsrat Dr. Herbert Frank einen herausragenden

Kollegen ihres Berufsstandes verloren, der in vielen zahnärztlichen Bereichen als Initiator und Wegbereiter galt. Hierfür gilt ihm der Dank aller Zahnärzte in Rheinland-Pfalz, die ihm ein ehrendes Andenken bewahren werden.

Unser tiefes Mitgefühl gilt den Angehörigen.

Kassenzahnärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz
Sanitätsrat Dr. Helmut Stein, Vorsitzender

Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz
Sanitätsrat Dr. Michael Rumpf, Präsident

Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege Rheinland-Pfalz
Sanitätsrat Dr. Helmut Stein, Vorsitzender

Versorgungsanstalt bei der Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz
Dr. Gert Beger, Präsident

Bezirkszahnärztekammer Koblenz
Dr. Margrit Brecht-Hemeyer, Vorsitzende

Freier Verband Deutscher Zahnärzte e.V., Landesverband Rheinland-Pfalz
Dr. Ulrike Stern, Vorsitzende

Der gute Ton am Telefon – Der direkte Draht zum Patienten

Das Telefon ist eines der wichtigsten Marketinginstrumente in der Zahnarztpraxis. Kompetenz, Kundenorientierung sowie Identität und Philosophie der Praxis (Corporate Identity) werden darüber vermittelt.

Unternehmen haben schon längst erkannt: „Das Telefon ist die Visitenkarte!“ In medizinischen Einrichtungen unterschätzt man die Wirkung des Telefons noch vielfach. Dabei ist es die entscheidende Schnittstelle zum Patienten, der wichtigsten Person im Dienstleistungsunternehmen Zahnarztpraxis. Tatsache ist, dass die Servicequalität am Telefon in zu vielen Praxen zu wünschen übrig lässt. Die Geduld des Patienten wird mitunter arg strapaziert; statt sich willkommen zu fühlen, wird er vielmehr abgeschreckt. Anspruch und Wirklichkeit scheinen oft so weit voneinander entfernt zu sein wie die Erde vom Mars. Servicequalität und Patientenorientierung wird dem Zufall überlassen – oder eben dem persönlichen Geschick der jeweiligen Mitarbeiterin.

Lange Wartezeiten, unverständliche Meldungen, fehlgeleitete Verbindungen oder unvollständige Informationen, sind nur einige Negativerlebnisse, die am Praxistelefon entstehen können. Was ist zu tun, damit es nicht so weit kommt?

Stimme macht Stimmung

Anhand von Stimme und Tonfall macht sich der Anrufer am Telefon ein Bild von seinem Gesprächspartner und auch von der Praxis, in der dieser tätig ist. Darum ist es besonders wichtig, dass überwiegend Mitarbeiter das Telefon bedienen, die Sympathie und Kompetenz vermitteln. Angenehm wirken dunklere, ruhige Stimmen.

Zudem drücken negative Formulierungen die Stimmung. Sie wirken nicht nur unprofessionell, sondern machen den Anrufer auch aggressiv. Verzichten Sie darum auf folgende Formulierungen:

- > „Das weiß ich nicht.“
- > „Das geht nicht.“
- > „Wie war Ihr Name?“
- > „Das müssen Sie mir schon buchstabieren.“
- > „Dafür bin ich nicht zuständig.“
- > „Okay.“
- > „Die Chefin ist beschäftigt.“
- > „Das ist gerade schlecht.“
- > „Können Sie später nochmal anrufen?“

Hat der Patient richtig gewählt?

Zunächst möchte jeder Anruf wissen, ob er – auch im doppelten Sinne zu verstehen – „richtig gewählt“ hat. Das erreichen Sie, wenn Sie sich professionell am Telefon melden – das gilt für den Tonfall wie für die Wortwahl.

Gemäßigte Lautstärke sowie angemessener Tonfall und ein angenehmes Sprechtempo tragen ebenfalls dazu bei. Sprechen Sie natürlich, vermeiden Sie einen aggressiven Tonfall ebenso wie einschläfernde Eintönigkeit und „zuckersüße Süße“.

Haben Sie dabei immer im Hinterkopf, dass der Anrufer vom Verhalten am Telefon durchaus auf die Arbeitsweise der gesamten Praxis schließt. Folgende Interpretationen sind typisch:

Monotone und gelangweilte Meldung

Der Patient erwartet eine Praxis, in der mit stoischer Ruhe nach dem Prinzip „Eile mit Weile“ gearbeitet wird. Falls Patienten den Termin wahrnehmen, erscheinen sie eine halbe Stunde später als vereinbart, denn am Telefon wird schon deutlich, dass bei dieser Arbeitshaltung Termine hier wohl nicht pünktlich eingehalten werden.

Schnelle und gehetzte Meldung

Eindeutiges Kennzeichen von „Massenbetrieben“. Der Patient entwickelt Sorge, dass er in der Praxis aufgrund der Überbelastung „abgefertigt“ werden könnte.

Kurzangebundene und unfreundliche Meldung

Der Patient erkennt schon jetzt, dass er mit dieser Mitarbeiterin nie klarkommen wird. Wie wird dann erst der Chef sein?

Zartes Hauchen und Säuseln

haben in der „Geschäftswelt“ nichts zu suchen.

Um ein positives Bild von sich selbst und der Praxis am Telefon entstehen zu lassen, beachten Sie folgende Punkte. Vermitteln Sie jedem Anrufer, dass er an diesem Tag der Erste und Wichtigste ist - und schon gelingt es, ein positives Bild von sich selbst und der Praxis am Telefon entstehen zu lassen.

Lächeln Sie, sobald das Telefon klingelt.

Auch wenn man Sie nicht sieht, kann der Anrufer Sie lächeln hören. Ihre Stimme wirkt dadurch um ein Vielfaches freundlicher und dynamischer.

Melden Sie sich nach dem zweiten Klingeln.

Das ist ein sicheres Zeichen von Interesse. Klingelt es häufiger, entsteht der Eindruck, dass die Praxis unorganisiert und überlastet ist.

Zeitgemäße und verständliche Meldung

„Kieferorthopädische Praxis Dr. Sonnenstein. Sie sprechen mit (Vor- und Nachname der Mitarbeiterin).“

Unverzichtbar ist die Nennung des eigenen Namens. Der Anrufer hat ein Recht darauf, ihn zu erfahren. Schließlich möchten Sie auch wissen, mit wem Sie sprechen.

Sprechen Sie klar und deutlich.

Ist die Meldung unverständlich, weil zu schnell oder geschelt, verliert sie ihren Zweck und führt – noch schlimmer – zu Missverständnissen.

Legen Sie Herzlichkeit in Ihre Stimme.

Auch wenn Sie sich täglich zimal am Telefon melden, bleiben Sie stets freundlich. Der Anrufer weiß nicht, dass er zum Beispiel der Vierzigste an diesem Tag ist. Bestrafen Sie ihn nicht dafür; letztlich bestrafen Sie damit auch sich selbst. („Wie man in den Wald ruft, so schallt es heraus.“)

Ein positives Gesprächsklima herstellen

Nicht nur der Tonfall, auch die Wortwahl schafft Vertrauen zum Patienten. Mit etwas sprachlichem Geschick bauen Sie eine angenehme Gesprächsatmosphäre auf.

Gepflegte, möglichst dialektfreie Umgangssprache

Vermeiden von Dialektbegriffen; mundartliche Färbung wirkt hingegen angenehm.

Verzicht auf **Fachausdrücke, Fremdwörter und Abkürzungen**, deren Verständnis beim Telefonpartner nicht erwartet werden kann.

Vermeiden von **Füllwörtern** wie „äh“ oder Floskeln wie „eben“, „alles klar“, „eigentlich“, „im Prinzip“, „ehrlich gesagt“ etc.

Vermeiden von **Telefonjargon** wie „an die Strippe legen“, „Ich lege Sie um.“ etc.

Vermeiden vom **Konjunktiv** wie „wäre“, „würde“, „hätte“, „müsste“, „könnte“ etc. Das macht Aussagen unkonkret und unbestimmt.

Störfaktoren am Telefon

Rudelbildung am Empfang

Dort sollten sich nur diejenigen aufhalten, die dort gerade etwas zu tun haben. Die Rezeption ist kein Versammlungsort und Hintergrundgespräche sind beim Telefonieren enorm störend.

Die Angst, zu freundlich zu sein,

ist leider sehr weit verbreitet. Tatsächlich beschwerten sich Patienten aber nie über ein zu viel an Freundlichkeit.

Das aufgesetzte Lächeln

betrachten manche Menschen als Tabu. Doch wie sieht das Alternativgesicht aus, wenn die Stimmung mal im Keller ist? Das aufgesetzte Lächeln hilft übrigens auch über Verstimmungen hinweg.

Datenschutz und Freundlichkeit

sind schwer kombinierbar – bei geöffneter Tür zum Wartezimmer oder auch, wenn Patienten direkt im Rezeptionsraum sitzen. Hier muss der Telefonprofi sehr aufmerksam sein und seine Worte mit Bedacht wählen.

„High-Tech“ am Telefon erhöht nicht die Erreichbarkeit

Technische Aufrüstung durch vermehrte Telefonanschlüsse, Handys etc. funktioniert nicht, wenn nicht die Zahl der Mitarbeiter an der Rezeption damit einhergeht. Faustregel: Ein Telefon bzw. eine Rufnummer pro ständigem Mitarbeiter am Empfang.

Der letzte Eindruck ist entscheidend

Genauso wichtig wie die Begrüßung ist die Verabschiedung am Telefon. Bedanken Sie sich für den Anruf, nennen Sie nochmals den Namen des Anrufers und beenden Sie das Gespräch mit einem Gruß.

Karin Namianowski



Foto: privat

Karin Namianowski

- › Dipl.-Germanistin univ., Kommunikationstrainerin, Dipl.-IIP®-Coach/-Psychologische Beraterin sowie qualifizierter Team- und Konfliktcoach (CCC professional)
- › Referentin für Servicemanagement, Kommunikation, Beratung und Marketing bei Kongressen und Tagungen
- › Trainerin unter anderem bei Zahnärztekammern, Universitäten, Kliniken, ZMF-Schulen und Zahnarztpraxen
- › Autorin zahlreicher Fachbeiträge unter anderem in zm – Zahnärztlichen Mitteilungen, DFZ – der Freie Zahnarzt, DZW – Die Zahnarztwoche, ZWP: Zahnarzt – Wirtschaft – Praxis, ZMK – Magazin für Zahnheilkunde, Management und Kultur

Weil ich Ihr Depot
genauso wichtig nehme
wie Sie Ihre Patienten.

Sylvio Jachtner, Spezialist Anlage

apoPur. Über alles reden.
An alles denken.

**Kostenloser
DepotCheck.
Jetzt Termin
vereinbaren!**

Der Aufbau und die Optimierung von Vermögen sind eine persönliche Angelegenheit. Ob beim DepotCheck oder bei unserer ausgezeichneten Anlageberatung: Sie und Ihre Ziele stehen bei uns an erster Stelle. Schließlich sind wir Ihre Bank – die Bank für Heilberufler.

Weil uns mehr verbindet.



deutsche apotheker-
und ärztebank

