

KZVAKTUELL

MITTEILUNGSBLATT DER KASSENZAHNÄRZTLICHEN
VEREINIGUNG RHEINLAND-PFALZ



Fokus

Zahnärztliche Eingriffe bei Patienten unter Antikoagulation

Praxis

Qualitätsprüfung:
Pseudonymisierung ist Pflicht

Abrechnung

Außervertragliche Leistungen
rechtssicher vereinbaren

Politik

Notdienstreform:
Mehr Zeit für medizinische Notfälle

Position

- 3 Notdienst neu denken

Abrechnung

- 4 Außervertragliche Leistungen rechtssicher vereinbaren

Praxis

- 6 Qualitätsprüfung: Pseudonymisierung ist Pflicht
- 8 Erratum

Aktuell

- 9 Stichtag 14. Januar 2020: Windows 7 wird zum Sicherheitsrisiko

Aktuell

- 10 Weisheitszahn-OP: Wann ist sie angebracht?

Fokus

- 12 Dentoalveoläre Chirurgie bei Patienten unter Thrombozytenaggregationshemmern und Antikoagulanzen

Rundschreiben

Wichtige Informationen für Zahnärzte und Praxisteams

Fokus

- 15 Dentoalveoläre Chirurgie bei Patienten unter Thrombozytenaggregationshemmern und Antikoagulanzen (Fortsetzung)

Aktuell

- 18 Herzwochen: Wie schütze ich mich vor dem plötzlichen Herztod?

Politik

- 20 Notdienstreform: Mehr Zeit für medizinische Notfälle
- 23 Interview: „Zentrale Notaufnahmen sind wichtiger Baustein für eine optimale Patientensteuerung“

Praxis

- 26 Gute Reise! So regeln Sie die Praxisvertretung

KZV aktuell

Offizielles Mitteilungsblatt und Rundschreiben der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz

Herausgeber

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

Anschrift der Redaktion

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

Redaktion

Dr. Peter Matovinovic (V. i. S. d. P.)
Dr. Stefan Hannen
Katrin Becker M. A.

Redaktionsassistentz

Stephanie Schweikhard
Alexandra Scheler

Grafik und Produktion

adhoc media gmbh
Obertal 24 d · 56077 Koblenz

Bildnachweis

Titelfoto: Oberstabsarzt Dr. Gabriel Huber,
Bundeswehrzentral Krankenhaus Koblenz

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.

Notdienst neu denken

Gesundheitsminister Jens Spahn präsentiert sich gern als umtriebiger und problemlösender Ressortchef. „Er schafft 'ne Menge weg“ stellte Kanzlerin Merkel unlängst fest. Und tatsächlich legt Spahn eine Reform nach der anderen vor – zuletzt eine Neuorganisation der medizinischen Notfallversorgung. Notfallpatientinnen und -patienten sollen künftig besser in den Versorgungsebenen gesteuert und die Klinikambulanzen dadurch entlastet werden. Ein vernünftiges Ziel, denn so, wie es derzeit läuft, kann es nicht weitergehen: Ob aus Unwissenheit oder schlicht Bequemlichkeit – Patienten mit Bagatellerkrankungen suchen immer häufiger Krankenhäuser auf und blockieren damit wertvolle Kapazitäten für richtige und lebensbedrohliche Notfälle.

Der zahnärztliche Notdienst ist nicht Teil der Spahn'schen Reformpläne. Doch Handlungsdruck besteht allemal. Bereits heute sind die Dienste bei uns im Land ungleich verteilt. Zahnärzte in ländlichen Regionen haben deutlich häufiger Bereitschaft in sprechstundenfreien Zeiten als Kolleginnen und Kollegen in Ballungszentren, wo mehr Zahnärzte auf engerem Raum praktizieren. Diese Belastung wird weiter zunehmen. Denn es ist absehbar, dass die Zahl der Behandler in den nächsten Jahren altersbedingt schrumpft und sich nicht genügend Nachfolger gerade auf dem Land finden werden. Und auf die jungen Zahnmediziner, die doch mit dem Gedanken einer Praxis auf dem Land spielen, kann eine zu hohe Notdienstfrequenz abschreckend wirken. Die Vereinbarkeit der Notdienste mit der Kinderbetreuung und Sorgen vor Übergriffen in der Nacht sind weitere Aspekte, denen eine moderne Notdienstregelung künftig stärker Rechnung tragen muss. Aus diesen Gründen betrachten wir es als unsere Aufgabe als

Selbstverwaltung, gemeinsam mit den ebenfalls verantwortlichen Zahnärztekammern ein tragfähiges Konzept zu entwickeln, das den Bürgerinnen und Bürgern eine gute Notfallversorgung garantiert und Sie, werte Kolleginnen und Kollegen, nicht über Gebühr belastet.

Minister Spahn sieht in seinen Reformplänen Integrierte Notfallzentren an Kliniken vor. Zentrale Einrichtungen anstelle einzelner Praxen könnten auch für uns sinnvoll sein. Zurzeit ermittelt die Versorgungsforschung der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz, an welchen Standorten zahnärztliche Notdienstzentren Sinn ergeben würden und inwiefern im Notfall eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Ärzten unter einem Dach geboten ist. Denn Fakt ist auch: Die Zahl älterer, multimorbider Patienten unter Polymedikation wächst und damit die Herausforderungen und Risiken bei der Behandlung.

Dass Integrierte Notfallzentren ein gangbarer Weg sind, zeigt ein Beispiel in der Kurpfalz. In Mannheim organisiert die KZV Baden-Württemberg den zahnärztlichen Notdienst in einem interdisziplinären Facharztzentrum, an dem auch der Notdienstkreis Ludwigshafen teilnimmt. Davon profitieren Patienten und Zahnärzte gleichermaßen – die Patienten von einem gleichbleibenden notdiensthabenden Ansprechpartner und die Behandler von einer spürbaren Entlastung außerhalb der Sprechstundenzeiten.

Ihr



Marcus Koller

stv. Vorsitzender des Vorstandes



„Wir brauchen ein tragfähiges Konzept, das eine gute Notfallversorgung garantiert und die Zahnärzte nicht über Gebühr belastet.“

Außervertragliche Leistungen rechtssicher vereinbaren

Mehrkostenvereinbarungen in der Füllungstherapie sind gang und gäbe. Tatsächlich kommt es hierbei immer wieder zu formalen Fehlern. Wie vereinbaren Sie außervertragliche Leistungen richtig?

Text: Marita Gablonsky und Jochen Kromeier, Geschäftsbereichsleitung Abrechnung

Gesetzlich krankenversicherte Patienten können vom zahnmedizinischen Fortschritt profitieren, ohne den (Sachleistungs-)Anspruch der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu verlieren: Regelungen im Sozialgesetzbuch sorgen dafür, dass sie zum Beispiel bei Füllungen oder Zahnersatz entscheiden können, welche Behandlungsalternative für sie in Frage kommt. Doch damit Zahnarzt und Patient das Spektrum außervertraglicher Leistungen nutzen können, sind formale Vorgaben zu beachten. Und die beginnen bereits vor der Behandlung.

Die Form muss stimmen

Ganz gleich ob im Falle einer Füllung, eines Zahnersatzes oder einer anderweitigen Leistung außerhalb des GKV-Leistungskataloges: Der Zahnarzt hat seinen Patienten ausführlich über die ihm zustehende Vertragsleistung und über mögliche Behandlungsalternativen aufzuklären. Die Aufklärung umfasst auch die Kosten, die dem Patienten durch eine außervertragliche Versorgung entstehen können. Leistungen, die nicht von den gesetzlichen Krankenkassen abgedeckt werden, sind zudem immer schriftlich in einer privatrechtlichen Vereinbarung zu fixieren. Das klingt nach Bürokratie, schafft aber Rechtssicherheit für die Leistungserbringung – und unter Umständen in Streitfällen vor Gericht. Geregelt ist die wirtschaftliche Aufklärungspflicht in Schriftform im Zivilrecht. In § 630c Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) heißt es: „Weiß der Behandelnde, dass eine vollständige Übernahme der Behandlungskosten

durch einen Dritten nicht gesichert ist oder ergeben sich nach den Umständen hierfür hinreichende Anhaltspunkte, muss er den Patienten vor Beginn der Behandlung über die voraussichtlichen Kosten der Behandlung in Textform informieren.“

Mehrkostenvereinbarung bei Füllungen

In der Füllungstherapie kann der Zahnarzt mit dem Patienten eine Mehrkostenvereinbarung treffen, wenn sich dieser für eine Füllung entscheidet, die über die vertragszahnärztliche Versorgung hinausgeht, also das Maß des Ausreichenden, Zweckmäßigen und Wirtschaftlichen übersteigt. Gesetzliche Grundlage hierfür ist § 28 Abs. 2 SGB V.

Eine Mehrkostenvereinbarung über eine Füllung muss vor Behandlungsbeginn schriftlich getroffen werden. Darin erklärt sich der Patient bereit, die Kosten für den anfallenden Mehraufwand selbst zu tragen. Aus der Vereinbarung muss deshalb hervorgehen, welche Kosten dem Patienten voraussichtlich entstehen und für welche Leistungen diese anfallen. Die Vereinbarung muss von Patient und Zahnarzt unterschrieben sein. Ein Muster für eine Mehrkostenvereinbarung findet sich auf der Internetseite der KZV Rheinland-Pfalz unter www.kzvrp.de > Praxis > Formulare. Übrigens: Die Mehrkostenregelung nach § 28 Abs. 2 SGB V gilt nicht für Fälle, in denen intakte Füllungen ausgetauscht werden!

Mit der Mehrkostenvereinbarung lösen sich Zahnarzt und Patient von der vertragszahnärzt-

lichen Gebührenordnung BEMA. Grundlage für die Berechnung der Füllungskosten ist dann die private Gebührenordnung GOZ. Das heißt, dem Patienten wird eine nach GOZ berechnete Füllung in Rechnung gestellt. Er verliert allerdings nicht seinen Anspruch auf die vertragszahnärztliche Leistung. In Abzug wird immer die notwendige und wirtschaftlichste Füllung gebracht und als Sachleistung gegenüber der Krankenkasse abgerechnet.

Vereinbarung über zusätzliche private Kosten bei Zahnersatz

Bei Zahnersatz kann der Versicherte zwischen der Regelversorgung sowie gleich- oder andersartigem Zahnersatz wählen. Unabhängig von der Art der Versorgung bleibt ihm sein Anspruch auf den befundbezogenen Festzuschuss seiner Krankenkasse erhalten. Gleich- und andersartige Versorgungungen werden teilweise oder vollständig nach der GOZ abgerechnet. Die gegenüber der Regelversorgung entstehenden Kosten entsprechend der Bonusberücksichtigung hat der Patient zu zahlen (§ 55 Abs. 4 SGB V).

Auch die Wahl für eine gleich- oder andersartige Versorgung setzt voraus, dass der Patient gut über die Behandlungsvarianten informiert wird. Nach der Aufklärung durch den Zahnarzt muss ihm zudem die Heil- und Kostenplanung schriftlich ausgehändigt werden. Verbindlich hierfür ist das im Bundesmantelvertrag - Zahnärzte (BMV-Z) vereinbarte Formular „Teil 2 des Heil- und Kostenplanes“, das von Patient und Behandler unterzeichnet werden muss.

Vereinbarung einer Privatbehandlung

Entscheidet sich der Patient für eine Versorgung, die keine Vertragsleistung und somit nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse abzurechnen ist, kann er sich hierfür aus seinem Versicherungsverhältnis lösen und als Privatpatient behandeln lassen.

Dies ist dann der Fall, wenn die Leistung

- » ausdrücklich ausgeschlossen ist, zum Beispiel funktionsanalytische Leistungen oder die kieferorthopädische Behandlung eines Erwachsenen.
- » nicht im BEMA enthalten ist, wie zum Beispiel die elektrometrische Längenbestimmung oder die professionelle Zahnreinigung.
- » über das Maß der ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung hinausgeht. Das können Wurzelkanalbehandlungen sein, die nicht von den GKV-Richtlinien gedeckt sind.
- » in der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht indiziert ist, zum Beispiel der Austausch einer intakten Amalgamfüllung auf Wunsch des Patienten.

Auch hierbei ist entscheidend, dass der Patient darüber aufgeklärt wurde und schriftlich bestätigt, dass er als gesetzlich Krankenversicherter das Recht hat, nach den Bedingungen der GKV im Sachleistungsbereich behandelt zu werden, er aber dennoch ausdrücklich eine Behandlung auf der Grundlage eines privaten Behandlungsvertrages wünscht. Behandler müssen zudem beachten, dass sie bei einer solchen Vereinbarung den 3,5-fachen GOZ-Satz nicht überschreiten dürfen. Bei einem höheren Faktor muss eine weitere Vereinbarung mit dem Patienten getroffen werden. Musterformulare für eine Vereinbarung für eine Privatbehandlung und für eine von der GOZ abweichenden Gebührenhöhe finden sich auf www.kzvrlp.de > Praxis > Formulare. ■



Qualitätsprüfung: Pseudonymisierung ist Pflicht

Der Datenschutz hat oberste Priorität bei Qualitätsprüfungen. Personen- und praxisbezogene Daten sind deshalb zu verschlüsseln. Die Kassenzahnärztliche Vereinigung unterstützt die Praxen hierbei.

Text: Katrin Becker

Qualitätsprüfungen haben eine Besonderheit: Anders als bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen müssen alle personenbezogenen Daten der Patienten und die Daten der zu prüfenden Zahnarztpraxis unkenntlich gemacht werden, bevor die Behandlungsdokumentationen vom Prüfungsgremium beurteilt werden.

Die Pseudonymisierung der Patientendaten erfolgt in der Praxis selbst – es sei denn, das würde einen unverhältnismäßigen Aufwand für sie bedeuten. In diesem Fall kann die Praxis die Verschlüsselung auf die „Gesonderte Stelle“ übertragen, die alle Kassenzahnärztlichen Vereinigungen einzurichten haben. Die Gesonderte Stelle ist jene Einrichtung, die auch die Pseudonymisierung der die Praxis identifizierenden Daten übernimmt und die die Unterlagen bis zum Abschluss einer Qualitätsprüfung sicher verwahrt.

Ein unverhältnismäßiger Aufwand liegt laut Qualitätsbeurteilungsrichtlinie immer dann vor,

- » wenn es der Praxis aufgrund ihrer technischen Ausstattung nicht möglich ist, alle Dokumente zu kopieren, zu drucken bzw. zu pseudonymisieren und eine Anschaffung entsprechender Geräte allein zum Zweck des Pseudonymisierens unverhältnismäßig ist,
- » wenn sich eine digitale Röntgenaufnahme mit der technischen Ausstattung der Praxis nicht in einer für die Qualitätsprüfung erforderlichen Qualität ausdrucken lässt oder
- » wenn die Praxis keine ausreichenden personellen Kapazitäten für die Pseudonymisierung hat.

So wird verschlüsselt

Die patientenbezogenen Daten werden nach einem von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung vorgegebenen Verfahren und mithilfe eines 25-stelligen Codes verschlüsselt. Demnach werden in der Behandlungsdokumentation zunächst alle personenidentifizierenden Informationen unkenntlich gemacht, insbesondere der vollständige Name des Patienten, sein Geburtsdatum sowie seine Versicherungsnummer und Kontaktdaten. Bearbeitet werden alle analogen und digitalen Dokumentationstypen: Schriftdokumentationen ebenso wie intraorale und extraorale Röntgenaufnahmen. Ist eine Pseudonymisierung eines Originaldokumentes nicht möglich, ist eine Kopie anzufertigen, auf der die Patientendaten unkenntlich gemacht werden.

Die Behandlungsdokumentationen werden – entweder in der Praxis oder in der Gesonderten Stelle – wie folgt pseudonymisiert:

Neu ab Herbst 2019: Qualitätsprüfungen

Bis zum Jahresende 2019 müssen die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen mit den gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätsprüfungen begonnen haben. Beurteilt werden dann stichprobenartig einzelne Behandlungsdokumentationen von Überkappungsmaßnahmen zur Vitalerhaltung der Pulpa. Informationen zu den neuen Qualitätsprüfungen finden Sie in *KZV aktuell* 4/2019.

i

Dokumenttyp	Pseudonymisierung
a. analoge Schriftdokumentation	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kopie erstellen (Kopie 1) 2. Personenidentifizierende Daten unkenntlich machen bzw. schwärzen 3. Auf der Kopie 1 Dokumentencode anbringen (siehe unten) 4. Kopie 1 erneut kopieren (Kopie 2)
b. analoge intra- und extraorale Röntgenaufnahme	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kopie erstellen (Kopie 1) 2. Personenidentifizierende Daten unkenntlich machen bzw. schwärzen 3. Auf der Kopie 1 Dokumentencode anbringen (siehe unten) 4. Kopie 1 erneut kopieren (Kopie 2)
c. digitale Schriftdokumentation	<p>Variante 1 (analoge Pseudonymisierung)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Datei ausdrucken 2. Personenidentifizierende Daten unkenntlich machen bzw. schwärzen 3. Auf dem Ausdruck Dokumentencode anbringen 4. Ausdruck kopieren <p>Variante 2 (digitale Pseudonymisierung)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Erstellen einer digitalen Kopie 2. Personenidentifizierende Daten aus der digitalen Kopie entfernen 3. Dokumentencode hinzufügen
d. digitale intra- und extraorale Röntgenaufnahme	<p>Variante 1a (analoge Pseudonymisierung - Bilddatei und Textdatei mit den personenidentifizierenden Daten liegen als getrennte Dateien vor)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bilddatei ausdrucken 2. Auf dem Ausdruck Dokumentencode anbringen <p>Variante 1b (analoge Pseudonymisierung - Bilddatei und Textdatei liegen nicht als getrennte Dateien vor)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bilddatei ausdrucken 2. Separaten Abschnitt mit den personenidentifizierenden Daten abtrennen 3. Auf dem Ausdruck Dokumentencode anbringen <p>Variante 2 (digitale Pseudonymisierung)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Erstellen einer digitalen Kopie 2. Personenidentifizierende Daten aus der digitalen Kopie entfernen 3. Dokumentencode hinzufügen

Hinweis: Werden aus den pseudonymisierten Dokumenten digitale Dateien erzeugt, ist ihnen der entsprechende Dokumentencode als Dateiname zuzuordnen.

Was sagt der Dokumentencode aus?

Nachdem die personenbezogenen Daten in der Behandlungsdokumentation unkenntlich gemacht wurden, ist jedes Dokument mit einem Dokumentencode zu versehen. Wie setzt er sich zusammen?

Die ersten drei Stellen werden stets von der Gesonderten Stelle erzeugt und der Praxis vorgegeben:

1. Stelle: Kürzel für die Qualitätsprüfungen gemäß der relevanten Qualitätsbeurteilungsrichtlinie: „Cp“ im aktuellen Fall der Richtlinie zur indikationsgerechten Erbringung von Überkappingsmaßnahmen zur Vitalerhaltung der Pulpa

2. Stelle: Jahr der Stichprobenziehung (vierstellig), zum Beispiel „2019“

3. Stelle: Praxispseudonym (PX-PSN)

Das Praxispseudonym wird von der Gesonderten Stelle durch die Aneinanderreihung einer zufälligen Kombination von Buchstaben und Zahlen (zum Beispiel „19bcg7rp“) generiert. Nur die letzten zwei Buchstaben des Praxispseudonyms sind vordefiniert und ergeben sich aus dem zuständigen KZV-Bereich (rp für eine Praxis in Rheinland-Pfalz).

Die folgenden Stellen vier bis sieben werden von der Praxis (oder in deren Auftrag von der Gesonderten Stelle) ergänzt:

4. Stelle: Patientenspseudonym

Die Namen des zu prüfenden Patienten sind beginnend mit „A“ fortlaufend zu kennzeichnen. Für das Patientenspseudonym sind Großbuchstaben zu verwenden (A, B, C, ...).

5. Stelle: Dokumentationstyp

Die schriftlichen Dokumentationen zum Behandlungsfall sind mit „s“, die Röntgenaufnahmen mit „b“ zu kennzeichnen. Für die Kennzeichnung sind Kleinbuchstaben zu nutzen.

6. Stelle: Fortlaufende Nummer der Dokumente je Dokumentationstyp der Behandlungsdokumentation

Schriftliche und bildliche Dokumentationen zum Behandlungsfall sind beginnend mit „1“ fortlaufend zu nummerieren (1, 2, 3, ...).

7. Stelle: Ggf. Erstellungsdatum des Röntgenbildes

Das Erstellungsdatum eines Röntgenbildes wird als weitere Stelle dem Code achsstellig beigefügt.

Beispiel für einen Dokumentencode

Qualitätsprüfung im Jahr 2019, Praxis XY aus Rheinland-Pfalz beim vierten Patienten „Max Mustermann“ unter Beifügung der vierten Röntgenaufnahme vom 11.12.2018
→ Cp_2019_19bcg7rp_D_b_4_11122018

Tipp: Service der Gesonderten Stelle nutzen

Ausführliche Hinweise zur Pseudonymisierung der Patientendaten erhalten die Zahnarztpraxen gemeinsam mit der Aufforderung, die Behandlungsdokumentationen bei der Gesonderten Stelle einzureichen. Ein Antrag, die Verschlüsselung an die Gesonderte Stelle zu übertragen, liegt dann bei. Die KZV Rheinland-Pfalz empfiehlt, von diesem Serviceangebot Gebrauch zu machen. „Der Aufwand der Pseudonymisierung wird für die Praxen nicht unerheblich sein“, sagt der Vorstandsvorsitzende Dr. Peter Matovinovic. „Mit der Gesonderten Stelle können wir die Zahnärzte deutlich von Bürokratie entlasten.“ ■

Erratum

Trotz gewissenhafter Prüfung – auch wir machen Fehler. In *KZV aktuell* 4/2019 hat der Fehlerteufel gleich zweimal zugeschlagen:

Im Artikel „Aufbissbehelfe und Schienen abrechnen – aber wie?“ (Seite 4 bis 7) muss es in den beiden Abrechnungsbeispielen zur BEMA-Nr. K1 jeweils heißen:

1 x 001-0 (Duplikatsmodell), nur in Verbindung mit 002-1 oder zweimaliger Abdrucknahme (1x 002-1 Doublieren)



Im Artikel „Qualitätsprüfung: Verfahren steht“ heißt es fälschlicherweise auf Seite 11 „BEMA-Nr. 38 (VitE)“. Die Exstirpation der vitalen Pulpa ist natürlich mit der BEMA-Nr. 28 versehen.

Wir bitten, dies zu entschuldigen.

Ihre KZV *aktuell*-Redaktion

Stichtag 14. Januar 2020: Windows 7 wird zum Sicherheitsrisiko

2009 kam Windows 7 auf den Markt. Zehn Jahre später steht das Ende bevor: Microsoft beendet den technischen Support. Nutzern drohen Sicherheitslücken.

Text: Katrin Becker

Am 14. Januar 2020 stellt Microsoft den Support für Windows 7 ein. Software- oder Sicherheitsupdates wird es dann nicht mehr geben. Nutzer, die weiter an dem Betriebssystem festhalten, setzen sich ungeschützt Cyber-Angriffen und Schadsoftware aus.

Sicherheitsexperten wie das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) raten deshalb dringend davon ab, das Betriebssystem weiter zu nutzen und empfehlen, rechtzeitig auf ein aktuelles System umzusteigen. Grundsätzlich haben Nutzer die Wahl zwischen einem Upgrade auf Windows 10 von Microsoft oder einem alternativen System wie macOS (Apple) oder Linux.

Wie können Zahnarztpraxen vorgehen?

Die Kassenzahnärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz rät Zahnarztpraxen, gemeinsam mit dem Computerdienstleister und Hersteller der eingesetzten Praxisverwaltungssoftware (PVS) die Alternativen zu Windows 7 zu prüfen:

1. Welche Rechner in der Praxis arbeiten noch mit dem Betriebssystem Windows 7?
2. Kommt ein Upgrade der betreffenden Rechner in Frage?
 - a) Was empfiehlt der PVS-Hersteller?
 - b) Wie alt ist der betreffende Rechner und erfüllt er die grundlegenden technischen Systemanforderungen des neuen Betriebssystems?

c) Funktionieren weitere in der Praxis genutzte Geräte wie zum Beispiel Drucker oder Lesegeräte mit dem neuen Betriebssystem?

d) Wird auch von anderen Programmen eine neue Version benötigt, zum Beispiel von Microsoft Word oder Excel oder von spezifisch zahnärztlichen Programmen?

3. Gemeinsam mit dem Computerspezialisten der Praxis sollte ein Zeit- und Ablaufplan für die Umstellung des Betriebssystems aufgestellt werden.

4. Nicht zu vergessen: Wichtige Daten sollten vor dem Wechsel auf einer externen Festplatte oder einem anderen Speichermedium gesichert werden. Falls bei dem Umzug Daten verloren gehen, können diese über eine Volldatensicherung wiederhergestellt werden.

Windows Server 2008: Support für alle Versionen endet ebenfalls

Ebenso ab dem 14. Januar 2020 stellt Microsoft die kostenlosen Sicherheitsupdates für Windows Server 2008 ein. Das betrifft alle Versionen. Für Zahnarztpraxen relevant sind dieselben Hinweise, die bereits für das Supportende für Windows 7 gelten. ■



Weisheitszahn-OP: Wann ist sie angebracht?

Wann sollten Weisheitszähne entfernt und wann belassen werden? Die überarbeitete Leitlinie fasst die aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse zusammen.

Text: Katrin Becker

Die S2k-Leitlinie zur operativen Entfernung von Weisheitszähnen ist nach den Regularien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) aktualisiert worden. Unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMMKG) und der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) ist eine wissenschaftlich konsentrierte Handlungshilfe entstanden, die Zahnärzte bei der Therapieentscheidung zwischen dem Belassen und dem Entfernen von Weisheitszähnen unterstützen soll. Übergeordnetes Ziel der Leitlinie ist die Verbesserung der Versorgungsqualität, indem Komplikationen aus dem Belassen oder aus dem Entfernen von Zähnen vermieden werden. Die Leitlinie stammt aus dem Jahr 2006. Die neue Fassung wurde im August 2019 veröffentlicht.

Konkret fasst die Leitlinie die Untersuchungen, die zur Therapieentscheidung führen, zusammen und benennt Faktoren, die ein erhöhtes Risiko beim Belassen wie auch beim Entfernen von Weisheitszähnen darstellen. Ferner skizziert sie mögliche Komplikationen, die eine OP oder der Verzicht auf einen Eingriff nach sich ziehen kann und gibt Empfehlungen zur Indikationsstellung sowie zur Behandlung.

- Eine operative Entfernung ist demnach angezeigt
- » bei akuten oder chronischen Infektionen
 - » bei nicht restaurierfähigen, kariös zerstörten Zähnen oder nicht behandelbarer Pulpitis
 - » wenn sich bei Patienten mit unklarem Gesichtschmerz Hinweise ergeben, dass der Weisheitszahn eine relevante Schmerzursache darstellt
 - » bei nicht behandelbaren periapikalen Veränderungen
 - » bei manifesten pathologischen Strukturen in Zusammenhang mit Zahnfollikeln oder dem Verdacht auf derartige Veränderungen
 - » im Zusammenhang mit der Behandlung von/ und Begrenzung des Fortschreitens von parodontalen Erkrankungen
 - » bei Zähnen, die bei der kieferorthopädischen und/oder rekonstruktiven Chirurgie stören
 - » bei Zähnen im Bruchspalt, die eine Frakturbehandlung erschweren
 - » bei der Verwendung des Zahnes zur Transplantation.

Die Leitlinie empfiehlt Weisheitszähne zu belassen, wenn eine kieferorthopädische Einordnung des Zahnes geplant ist oder wenn die Zähne für eine prothetische Versorgung genutzt werden sollen. Weitere Gründe, die für oder gegen eine Entfernung sprechen, finden sich in der Leitlinie. Sie steht zum Download bereit unter www.dgzmk.de > Zahnärzte > Wissenschaft & Forschung > Leitlinien.

Die Weisheitszahnentfernung zählt zu den häufigsten ambulanten operativen Eingriffen. Nach Angaben der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung wurden im Jahr 2016 bei gesetzlich versicherten Patienten rund 12,6 Millionen Entfernungen verlagertes bzw. retinierter Zähne vorgenommen, wobei es sich meist um Weisheitszähne handelte. ■



CIRS dent – Jeder Zahn zählt!

Das **Online Berichts- und Lernsystem** von Zahnärzten für Zahnärzte. Ein wichtiger Baustein für Ihr Praxis-QM mit mehr als 5600 Mitgliedern und ca. 150 Erfahrungsberichten im System.

Jetzt mitmachen!

Berichtsdatenbank

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

Anonym berichten

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

Feedback-Funktion

- Anonyme Veröffentlichung besonders praxisrelevanter kritischer Ereignisse
- Nutzerkommentare
- Diskussionsforum

www.cirsdent-jzz.de



Dentoalveoläre Chirurgie bei Patienten unter Thrombozytenaggregationshemmern und Antikoagulanzen

Bei Patienten unter Antikoagulation kann bereits eine Zahnextraktion zu Komplikationen führen. Ob und wann sollten gerinnungshemmende Medikamente vor einem dentalchirurgischen Eingriff abgesetzt werden? Eine Übersicht mit Handlungsempfehlungen.

Text: Oberstabsarzt Dr. Anna Meier, Oberstabsarzt Dr. Gabriel Huber, Oberstarzt Prof. Dr. Dr. Richard Werkmeister, Bundeswehrzentral Krankenhaus Koblenz

1. Einführung

Das Berufsbild des Zahnarztes verändert sich in allen entwickelten Ländern mit dem demografischen Wandel in erheblichem Maße. Die Patientenzahl, die mit dentalen Problemen die Praxis aufsucht und daneben multiple medikamentös behandelte Nebendiagnosen aufweist, nimmt stetig zu. Der Zahnarzt wird mit umfassenden Krankengeschichten und langen Medikamentenlisten konfrontiert. Neben der fehlenden Mitarbeit der Patienten aufgrund von Demenz oder Schwerhörigkeit sowie Lagerungsschwierigkeiten auf dem Behandlungsstuhl wird deshalb die wachsende Anzahl an Menschen, die die Blutgerinnung beeinträchtigende Medikamente einnehmen, zur Herausforderung in der zahnärztlichen Behandlung. Dabei handelt es sich entweder um Thrombozytenaggregationshemmer oder um Medikamente, die die Blutgerinnungsfaktoren im Plasma beeinflussen (Antikoagulanzen). Teils ist auch die Kombination beider Medikamentengruppen beim selben Patienten anzutreffen, was als Dualtherapie oder bei Vorliegen von zwei Thrombozytenaggregationshemmern und einem Antikoagulanzen als Tripletherapie bezeichnet wird.

2. Thrombozytenaggregationshemmer

2.1 Indikationen

Die häufigsten Thrombozytenaggregationshemmer sind Acetylsalicylsäure (ASS) sowie die ADP-

Rezeptorblocker Clopidogrel, Prasugrel und Ticagrelor. Sie verhindern das Anlagern von Thrombozyten an atherosklerotisch veränderten Gefäßwänden. Neben Halsschlagadern und Beinarterien sind die Herzkranzgefäße mit einer Prävalenz von etwa 6,4 Prozent aller Frauen und 12,3 Prozent aller Männer zwischen 40 und 79 Jahren von Atherosklerose betroffen (Gößwald, 2013). Daher nehmen mindestens vier Millionen Deutsche Thrombozytenaggregationshemmer ein. Die duale Plättchenhemmung (DAPT) – eine Kombination von ASS und einem ADP-Rezeptorblocker – wird zumeist vorübergehend nach Interventionen an Herzkranzgefäßen, Herzklappen oder peripheren Gefäßen und nach kleineren Schlaganfällen verwendet, da bei diesen Patienten das Risiko für ein ischämisches Ereignis besonders hoch ist (Halbach, 2018).

2.2 Therapeutische Konsequenzen bei dualer Plättchenhemmung

ASS hemmt die Cyclooxygenase der Thrombozyten irreversibel, der ADP-Rezeptor wird durch Ticagrelor reversibel, durch Prasugrel und Clopidogrel irreversibel blockiert. Daher unterscheidet sich der Zeitpunkt, zu dem das Absetzen der Medikamente notwendig ist, vor einem chirurgischen Eingriff (siehe Abb. 1).

Bei Patienten, die bei koronarer Herzkrankheit (KHK) mit einem medikamentös beschichteten Stent versorgt wurden, gilt folgende Empfehlung:

Innerhalb des ersten Monats nach dem Stenting sollte die DAPT dringend fortgesetzt werden. Möglich ist eine Unterbrechung des ADP-Rezeptorblockers ab einem Monat nach erfolgtem Stenting. Nach sechs Monaten DAPT ist eine Reduktion auf eine ASS-Monotherapie meist ohne größeres Risiko möglich. Daher sollten elektive Eingriffe auf sechs Monate nach einem Stenting verschoben werden (Valgimigli, 2017).

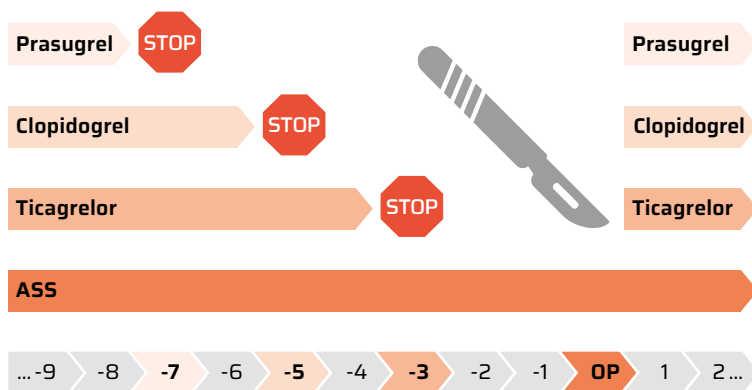


Abb. 1: Perioperativer Umgang mit Thrombozytenaggregationshemmern
Vorgehen bei Operationen mit mittlerem und hohem Blutungsrisiko: Prasugrel wird 7 Tage, Clopidogrel 5 Tage und Ticagrelor 3 Tage vor der geplanten Operation abgesetzt. Die Medikamente werden am ersten postoperativen Tag wieder angesetzt. ASS soll nicht pausiert werden.

3. Antikoagulation

3.1 Indikationen

Antikoagulanzen werden hauptsächlich eingesetzt bei Vorhofflimmern (VHF), Thrombosen inklusive Lungenarterienembolien und bei Patienten mit Herzklappenersatz. In Deutschland nehmen mindestens eine Million Menschen orale Antikoagulanzen ein. Bis zu drei Prozent der Deutschen haben VHF, dessen erhöhtes Risiko für das Erleiden eines Schlaganfalls mit Antikoagulanzen effektiv gesenkt wird (Li, 2019). Die tiefe Beinvenenthrombose zusammen mit der potenziell lebensbedrohlichen Folgeerkrankung der Lungenarterienembolie zeigt eine jährliche Inzidenz von 1-2:1000 mit exponentiellem Anstieg mit steigendem Alter (Rabe, 2009). In Deutschland werden jährlich über 33.000 Eingriffe an Herzklappen durchgeführt (Harringer, 2019). Besonders mechanische Herzklappenprothesen benötigen eine strenge Antikoagulation.

3.2 Blutungsrisiko oralchirurgischer Eingriffe unter oraler Antikoagulation (OAK)

Das Risiko für eine schwere spontane Blutung unter Antikoagulation liegt bei einem Prozent (Skaistis, 2015). Bei einer Kombination mit Thrombozytenaggregationshemmern steigt das Blutungsrisiko nochmals deutlich an (Eikelboom, 2017). Zur Abschätzung des spontanen Blutungsrisikos unter OAK wird der HAS-BLED Score empfohlen, der auch vor geplanten chirurgischen Eingriffen angewendet werden kann (siehe Tab. 1; Pister, 2010; Tafur, 2015). Ab einer Punktzahl von drei oder mehr ist von einem deutlich erhöhten Blutungsrisiko unter Antikoagulation auszugehen.

H	unkontrollierte Hypertonie*	1 Punkt
A	Abnormale Nierenfunktion/Leberfunktion**	je 1 Punkt
S	Z. n. Schlaganfall	1 Punkt
B	Z. n. gravierender Blutung	1 Punkt
L	Labile INR Einstellung	1 Punkt
E	Alter > 65 (Elderly)	1 Punkt
D	Blutgerinnung beeinflussende Medikamente, Alkoholabusus (Drugs)	1 Punkt

Tab. 1 | HAS-BLED Score

*Systolischer Blutdruck > 160mmHg;

**Serumkreatinin > 2 mg/dl / chronische Lebererkrankung

Zusätzlich sollte das Blutungsrisiko je nach Ausmaß des chirurgischen Eingriffs beachtet werden. Die European Society of Cardiology teilt Eingriffe je nach Art als solche mit niedrigem, mittlerem und hohem Risiko für schwere Blutungen ein (Kristensen, 2014). Während Lebertransplantationen, Lungenoperationen oder Gefäßchirurgie mit hohem Blutungsrisiko vergesellschaftet sind, werden chirurgische Zahnbehandlungen und Oberflächenchirurgie in den niedrigen Bereich

eingeorordnet. Kopf-Hals-Chirurgie im Gesamten wird als mit mittlerem Blutungsrisiko behaftet angesehen. Allerdings bleibt es in der Verantwortung des Operateurs, die Blutungsgefahr abzuschätzen. Speziell im zahnärztlichen Bereich müssen Zahnreihenextraktionen, Extraktionen im schlecht komprimierbaren Bereich, ausgedehnte parodontalchirurgische Maßnahmen und Noncompliance des Patienten genannt werden, die zu therapiebedürftigen Blutungen führen können. Das Abwägen des Blutungsrisikos gegen das Thromboembolierisiko ist Grundlage für das Fortsetzen, Anpassen oder Absetzen der Medikation.

3.3 Thromboembolisches Risiko

Je nach Indikation der antikoagulativen Medikation kann das thromboembolische Risiko abgewogen werden. Wird der Patient aufgrund einer tiefen Venenthrombose oder Zustand nach Lungenarterienembolie medikamentös therapiert, hat er bei Absetzen der Medikation ein geringes, mittleres oder hohes Risiko für das Wiederauftreten eines Gefäßverschlusses (siehe Tab. 2; Kristensen, 2014).

Tiefe Venenthrombose (TVT) / Lungenarterienembolie (LAE)	Thromboembolierisiko
TVT/LAE > 12 Monate zurückliegend	gering
TVT 3 - 12 Monate zurückliegend; wiederholte TVT/LAE; Z. n. TVT/LAE bei aktivem Krebsleiden	mittel
TVT in den letzten 3 Monaten; LAE vor bis zu 12 Monaten; erhebliche Thrombophilien*	hoch

Tab. 2 | Risikobewertung bei Zustand nach Venenthrombose oder Lungenarterienembolie

*z. B.: Faktor-V-Leiden-Mutation, Prothrombinmutation

Komplexer wird die Risikoabschätzung bei Patienten mit Herzklappenersatz. Es empfiehlt sich vor einem geplanten oralchirurgischen Eingriff die Rücksprache mit dem behandelnden Kardiologen oder Herzchirurgen. Anhaltspunkte für das Risiko beim Absetzen einer antikoagulativen Therapie je nach Klappenersatz sind in Tabelle 3 aufgeführt (Hoffmeister, 2010).

Herzklappe	Thromboembolierisiko
Doppelflügel-Aortenklappe (> drei Monate postoperativ) bei Sinusrhythmus ohne weitere Risikofaktoren	gering
Doppelflügel-Aortenklappe plus ein Risikofaktor (VHF, arterieller Hypertonus, Diabetes mellitus, > 75 Jahre, Z. n. zerebraler Ischämie); biologische Herzklappe in den ersten drei Monaten unter Sinusrhythmus	mittel
mechanische Mitralklappe, Kipp-scheibenprothesen; Doppelflügel-Aortenklappe plus zwei Risikofaktoren; biologische Mitralklappe mit VHF	hoch

Tab. 3 | Risikobewertung bei vorhandenem Herzklappenersatz

Bei Antikoagulation aufgrund VHF's kann eine eigene Risikoabschätzung mithilfe des CHADS₂-VASc-Scores gelingen. Er wurde ursprünglich zur Risikoabschätzung einer spontanen Thrombose bei VHF entwickelt, kann jedoch ebenfalls für das Absetzungsrisiko verwendet werden (siehe Tab. 4 und 5; Camm, 2010). Zerebrale Ischämien in den letzten drei Monaten sowie Pulmonalvenenisolation in den letzten acht Wochen und Elektrokardioversion in den letzten vier Wochen sind mit hohem Risiko zu bewerten.

CHADS ₂ -VASc-Score-Kriterien	Score
Congestive heart failure*	1
Hypertension**	1
Age > 65 a	1
Diabetes mellitus	1
Stroke / TIA***	2
Vasculare Disease****	1
Age > 75 a	1
Sex category (female > 65)	1

Tab. 4 | CHADS₂-VASC-Score

*Left ventricular ejection fraction < 50 %

**systolischer Blutdruck > 160 mmHg

***TIA: transiente ischämische Attacke

****periphere arterielle Verschlusskrankheit, KHK, Carotisplaques

Thromboembolierisiko	Schlaganfall / TIA / periphere Embolie pro Jahr	CHADS2-VASc-Score: Summe
gering (keinesfalls frühere zerebrale Ischämie)	0,3 %	0
	0,9 %	1
	2,9 %	2
mittel	4,6 %	3
	6,7 %	4
hoch (zerebrale Ischämie in den letzten 3 Monaten)	10,0 %	5
	13,6 %	6
	15,7 %	7
	15,2 %	8
	17,4 %	9

Tab. 5 | Thromboembolisches Risiko unter Vorhofflimmern ohne Antikoagulation (Friberg, 2012)

3.4 Therapeutische Konsequenzen bei Antikoagulationen

Bei Operationen mit hohem Blutungsrisiko kann bei geringem thromboembolischem Risiko eine Antikoagulationspause von bis zu sieben Tagen toleriert werden. Dies gilt bei einer tiefen Venenthrombose oder Lungenarterienembolie, die über 12 Monate zurückliegt, oder bei Vorhofflimmern mit einem CHADS2-VASc-Score von 0 bis 2 (Hoffmeister, 2010).

3.4.1 Kein Bridging bei Vitamin-K-Antagonisten

Das Bridging beschreibt den Ersatz von Vitamin-K-Antagonisten (Phenprocoumon, Warfarin) mit Heparinen. Bis vor wenigen Jahren war es das Standardverfahren vor geplanten chirurgischen Eingriffen. Heute ist die einzige harte Indikation zum Bridging ein hohes operatives Blutungsrisiko mit zugleich sehr hohem Thromboembolierisiko, vor allem nach Herzklappenersatz. Diese Patienten müssen im stationären Setting mittels Heparinperfusor unter Kontrolle der partiellen Thromboplastinzeit behandelt werden (Strotman, 2015). Dentoalveoläre chirurgische Eingriffe erfüllen nicht die Definition eines Eingriffes mit hohem Blutungsrisiko. Die Studienlage zeigt bei allen anderen Indikationen und Risikoklassen ein erhöhtes Risiko für schwere Blutungen unter Bridging ohne Vorteil bezüglich des Thromboembolierisikos (Douketis, 2015). Bridging ist daher bei Patienten vor oralchirurgischen Eingriffen

kontraindiziert. Durchaus sinnvoll ist ein Absenken der International Normalized Ratio (INR) bzw. ein Anheben des Quick-Wertes auf die Grenzbereiche (siehe Tab. 6; Fatori, 2015). Hierbei ist zu beachten, dass ab einer INR von 1,7 und darunter kein Thromboseschutz bei zu antikoagulierenden Patienten besteht!

Erkrankung	Zielwert INR	Zielwert Quick
Normwert	0,9 - 1,3	120 % - 65 %
TVT, Lungenembolie, VHF	2,0 - 3,0	37 % - 22 %
mechanische Herzklappe	2,5 - 3,5	28 % - 18 %
Doppelklappenersatz, rheumatische Mitralklappenerkrankung	3,0 - 4,0	22 % - 16 %

Tab. 6 | Zielwerte INR und Quick (Moll, 1999)

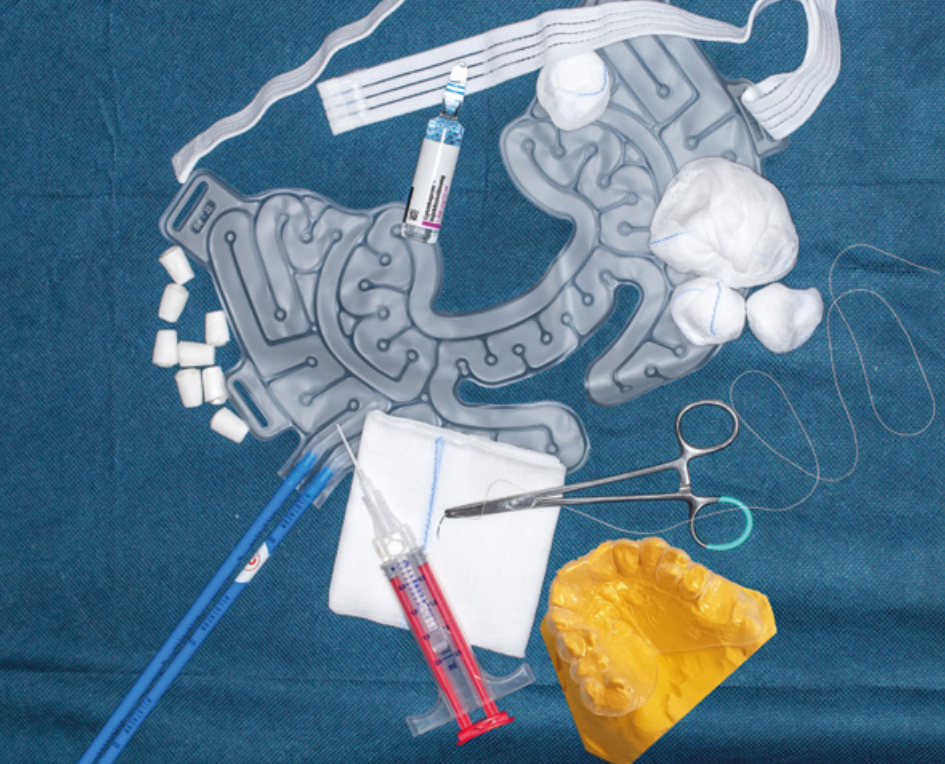
3.4.2 „Stop-and-go“ bei direkten oralen Antikoagulationen (DOAK)

Immer mehr Patienten werden mit direkten oralen Antikoagulationen therapiert. Hierbei ist zu beachten, dass eine Kombination eines DOAK mit anderen Antikoagulationen und damit ein Bridging kontraindiziert ist (Graf, 2017).

Möchte man das Blutungsrisiko vermindern, gilt das Prinzip „Stop-and-go“. Dafür gibt es klare Empfehlungen je nach Halbwertszeit der Präparate: **Bei erhöhtem Blutungsrisiko durch Patientenfaktoren oder Operation sollte die Einnahme ersatzlos pausiert werden: bei Rivaroxaban (Xarelto®) 24 Stunden, bei Apixaban (Eliquis®), Edoxaban (Lixiana®) und Dabigatran (Pradaxa®) 48 Stunden vor geplantem Eingriff. Nach einer Operation sollten die Medikamente bei Blutungsfreiheit nach sechs Stunden wieder eingenommen werden.** Bei eingeschränkter Nierenfunktion mit einer glomerulären Filtrationsrate kleiner 50 ml/min wird präoperativ doppelt so lange pausiert (Lock, 2018).

4. Blutungsmanagement in der dentoalveolären Chirurgie

Bevorzugt anzuwenden sind alle lokalen Maßnahmen, die zur oralen Blutstillung oder auch Blutungsprophylaxe ergriffen werden können.



Verbandsplatten, Fibrinkleber, Tranexamsäure, Kollagenkegel, plastische Deckung sowie Kompression oder Kühlung haben sich zur Blutstillung bewährt.

Aufzuführen sind die plastischen Deckungen nach Zahnextraktion, Verbandsplatten, Fibrinkleber, lokale Verwendung von Tranexamsäure oder die ebenso einfach wie wirksamen Maßnahmen der Kompression und Kühlung.

5. Zusammenfassung der Empfehlungen

a) Vorgehen bei niedrigem Blutungsrisiko (zum Beispiel einfache Zahnextraktion)

- » lokal hämostyptische Maßnahmen
- » Fortführen einer Therapie mit neuen oralen Antikoagulanzen oder Vitamin-K-Antagonisten
- » Fortführen der Therapie mit einfacher oder doppelter Plättchenhemmung

b) Vorgehen bei erhöhtem Blutungsrisiko (zum Beispiel Serienextraktion, hoch entzündetes Operationsgebiet, ausgedehnte parodontalchirurgische Maßnahmen)

- » lokal hämostyptische Maßnahmen

- » Fortführen einer Monotherapie mit ASS, Clopidogrel, Ticagrelor oder Prasugrel ohne Unterbrechung
- » bei ggf. zeitlich begrenzter doppelter Plättchenhemmung Verschiebung elektiver Eingriffe, bis nach Reduktion auf eine einfache Plättchenhemmung durch den behandelnden Internisten
- » bei neuen oralen Antikoagulanzen das Prinzip „Stop-and-go“
- » bei Vitamin-K-Antagonisten Senkung der INR auf den unteren Grenzbereich, kein Bridging
- » bei Patienten mit hohem embolischem oder ischämischem Risiko insbesondere nach Herzklappenersatz vor einer Pausierung eines Medikamentes: Rücksprache mit dem behandelnden Internisten oder Chirurgen
- » bei Vorliegen einer Dual- oder Tripletherapie (Antikoagulans plus Thrombozytenaggregationshemmer) stationäre Behandlung (Kämmerer, 2017)
- » bei erhöhtem Blutungsrisiko und bei Vorliegen einer hohen Morbidität des Patienten ist eine stationäre Behandlung zu erwägen. ■



BWZK Koblenz

Korrespondenzadresse:

Oberstabsarzt Dr. med. Anna Meier
 Bundeswehrzentral Krankenhaus Abt. VII
 Rübenacherstraße 170
 56072 Koblenz
 E-Mail: annameier@bundeswehr.org

Literaturverzeichnis:

- » Camm, A. John; Kirchhof, Paulus; Lip, Gregory Y. H. et al. (2010): Guidelines for the management of atrial fibrillation: the Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). In: *European heart journal* 31 (19), S. 2369-2429. DOI: 10.1093/eurheartj/ehq278.
- » Douketis, James D.; Spyropoulos, Alex C.; Kaatz, Scott et al. (2015): Perioperative Bridging Anticoagulation in Patients with Atrial Fibrillation. In: *The New England journal of medicine* 373 (9), S. 823-833. DOI: 10.1056/NEJMoa1501035.
- » Eikelboom, John W.; Connolly, Stuart J.; Bosch, Jackie et al. (2017): Rivaroxaban with or without Aspirin in Stable Cardiovascular Disease. In: *The New England journal of medicine* 377 (14), S. 1319-1330. DOI: 10.1056/NEJMoa1709118.
- » Fatori Popovic, Sandra: Oralchirurgische Eingriffe bei Patienten unter Antikoagulantientherapie. In: *zwp online*. Online verfügbar unter <https://www.zwp-online.info/fachgebiete/oralchirurgie/grundlagen/oralchirurgische-eingriffe-bei-patienten-unter-antikoagulantientherapie>, zuletzt geprüft am 21.08.2019.
- » Friberg, Leif; Rosenqvist, Mårten; Lip, Gregory Y. H. (2012): Evaluation of risk stratification schemes for ischaemic stroke and bleeding in 182 678 patients with atrial fibrillation: the Swedish Atrial Fibrillation cohort study. In: *European heart journal* 33 (12), S. 1500-1510. DOI: 10.1093/eurheartj/ehr488.
- » Gößwald, A.; Schienkiewitz, A.; Nowossadeck, E. et al (2013): Prävalenz von Herzinfarkt und koronarer Herzkrankheit bei Erwachsenen im Alter von 40 bis 79 Jahren in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 56 (5-6), S. 650-655. DOI: 10.1007/s00103-013-1666-9.
- » Graf, Lukas; Korte, Wolfgang (2016): Perioperatives Management der Antikoagulantien. In: *Therapeutische Umschau. Revue thérapeutique* 73 (10), S. 545-549. DOI: 10.1024/0040-5930/a000835.
- » Halbach, M.; Baldus, S. (2018): Thrombozytenaggregationshemmer bei koronarer, zerebraler und peripherer Makroangiopathie : Was, wann, wie lange? In: *Der Internist* 59 (3), S. 288-303. DOI: 10.1007/s00108-017-0362-5.
- » Harringer, Wolfgang: Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie, Luisenstraße 58/59, 10117 Berlin, www.dgthg.de, 25.08.2019.
- » Hoffmeister, H. M.; Bode, C.; Darius, H. et al. (2010): Unterbrechung antithrombotischer Behandlung (Bridging) bei kardialen Erkrankungen. In: *Kardiologie* 4 (5), S. 365-374. DOI: 10.1007/s12181-010-0294-y.
- » Kämmerer, Peer W.; Al-Nawas, Bilal (2017): Zahnärztliche Chirurgie unter oraler Antikoagulation/Thrombozytenaggregationshemmung. S3-Leitlinie. In: *AWMF (083-018)*.
- » Kristensen, Steen Dalby; Knuuti, Juhani et al. (2014): ESC/ESA Guidelines on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management: In: *European heart journal* 35 (35), S. 2383-2431. DOI: 10.1093/eurheartj/ehu282.
- » Li, Yan-Guang; Lip, Gregory Y. H. (2019): Stroke prevention in atrial fibrillation: State of the art. In: *International journal of cardiology* 287, S. 201-209. DOI: 10.1016/j.ijcard.2018.09.057.
- » Lock, Johann F.; Wagner, Johanna; Lubner, Verena et al. (2018): Perioperativer Umgang mit Antikoagulation. In: *Wien klin Mag* 21 (4), S. 150-157. DOI: 10.1007/s00740-018-0230-5.
- » Moll, Stephan; Dietz, Rainer (1999): Quick-Wert und INR. In: *Dtsch Arztebl* (96(45)), A-2902/B-2466/C-2310.
- » Pisters, Ron; Lane, Deirdre A.; Nieuwlaet, Robby et al (2010): A novel user-friendly score (HAS-BLED) to assess 1-year risk of major bleeding in patients with atrial fibrillation: the Euro Heart Survey. In: *Chest* 138 (5), S. 1093-1100. DOI: 10.1378/chest.10-0134.
- » Rabe, Erberhardt, Bauersachs, Ruppert M. et al.(2009): Venenerkrankungen der Beine. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. In: *Robert-Koch-Institut* (44).
- » Skaistis, Joel; Tagami, Travis (2015): Risk of Fatal Bleeding in Episodes of Major Bleeding with New Oral Anticoagulants and Vitamin K Antagonists: A Systematic Review and Meta-Analysis. In: *PloS one* 10 (9), e0137444. DOI: 10.1371/journal.pone.0137444.
- » Strotmann, C.; Wolpert, C. (2015): Antikoagulation und perioperatives Bridging. In: *coloproctology* 37 (6), S. 413-426. DOI: 10.1007/s00053-015-0041-8.
- » Tafur, Alfonso; Douketis, James D. (2015): Perioperative anticoagulant management in patients with atrial fibrillation: practical implications of recent clinical trials. In: *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej* 125 (9), S. 666-671.
- » Valgimigli, Marco; Bueno, Héctor; Byrne, Robert A. et al. (2018): 2017 ESC focused update on dual antiplatelet therapy in coronary artery disease developed in collaboration with EACTS. In: *European heart journal* 39 (3), S. 213-260. DOI: 10.1093/eurheartj/ehx419.

Herzwochen: Wie schütze ich mich vor dem plötzlichen Herztod?

Im Leben eines Menschen schlägt das Herz rund drei Milliarden Mal. Doch was tun, wenn das Herz außer Takt gerät? Mit der bundesweiten Aufklärungskampagne „Herzwochen“ sensibilisiert die Deutsche Herzstiftung immer im November für Herzkrankheiten und ihre Behandlung.

Text: Katrin Becker

Das Motto der diesjährigen Kampagne ist „Bedrohliche Herzrhythmusstörungen: Wie schütze ich mich vor dem plötzlichen Herztod?“. In Deutschland erleiden Experten zufolge jedes Jahr 65.000 Menschen einen plötzlichen Herztod, etwa 60.000 versterben daran. So weit müsse es nicht kommen, betont der Vorstandsvorsitzende der Deutschen Herzstiftung, Prof. Dr. Dietrich Andresen. „Der plötzliche Herztod ist in aller Regel kein schicksalhafteres Ereignis, von dem es kein Entkommen gibt“, so der Herzspezialist und Notfallmediziner. Die beste Strategie sei es, die Ursachen – meist eine koronare Herzkrankheit – frühzeitig zu erkennen und zu behandeln. Kommt es bei einem Betroffenen zum Herzstillstand, zählt jede Sekunde. Zeugen sollten umgehend einen Notruf absetzen und Wiederbelebungsmaßnahmen ergreifen.

Während des Aktionsmonats vom 1. bis zum 30. November informieren Herzspezialisten in Seminaren, bei Gesundheitstagen sowie bei Telefon- und Online-Aktionen über den plötzlichen Herztod, seine Ursachen, Auslöser und Vorboten, Therapien zur Bekämpfung der Grundkrankheiten sowie über die Wiederbelebung und Akuttherapie. Die Veranstaltungen – bundesweit sind laut Herzstiftung mehr als 1.000 Termine geplant – richten sich an Patienten und Angehörige ebenso wie an Fachkreise. Zudem legt die Stiftung die Broschüre „Bedrohliche Herzrhythmusstörungen: Wie schütze ich mich vor dem plötzlichen Herztod?“ auf. Darin berichten Experten laienverständlich über die Erkrankung, über Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten.

Die Termine der Veranstaltungen und Informationsmaterialien sind abrufbar unter www.herzstiftung.de. ■

Der November steht im Zeichen des Herzens und seiner Gesundheit.



Ihre Daten für die Weiterentwicklung der vertragszahnärztlichen Versorgung!

Das **Zahnärzte Praxis-Panel** – kurz **ZäPP** – ist eine bundesweite Datenerhebung zur wirtschaftlichen Situation und zu den Rahmenbedingungen in Zahnarztpraxen. Mehr als 38.000 Praxen haben dafür einen Fragebogen erhalten.

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

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

Sie haben Fragen zum ZäPP?

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

Für Rückfragen bei Ihrer KZV:

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

Um Rücksendung der Unterlagen wird bis zum **30. November 2019** gebeten.

Ansonsten erreichen Sie bei Bedarf die **Treuhandstelle** des mit ZäPP beauftragten **Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi)** unter der Rufnummer 030 4005-2446 von Montag bis Freitag zwischen 8 und 16 Uhr. Oder E-Mail an kontakt@zi-treuhandstelle.de

Unterstützen Sie das ZäPP – In Ihrem eigenen Interesse!



Notdienstreform: Mehr Zeit für medizinische Notfälle

Die Notaufnahmen an Deutschlands Kliniken sind überfüllt, das Personal überlastet, die Wartezeiten für Patienten lang. Eine Reform des medizinischen Notdienstes soll es richten.

Text: Katrin Becker

Ohne Umweg in die Notaufnahme oder genügt der Besuch beim Arzt? Immer mehr Patienten suchen die Notfallambulanzen eines Krankenhauses auf, obwohl ihnen ein niedergelassener Haus- oder Facharzt sehr gut helfen könnte. Das führt nicht nur zu langen Wartezeiten in den Notaufnahmen. Dadurch werden auch wertvolle Kapazitäten für Ernstfälle blockiert, die dringend stationär versorgt werden müssen. Ein Beispiel aus Rheinland-Pfalz: Waren es 2012 noch etwa 12.000 Patienten, die die Notfallaufnahme der Universitätsmedizin Mainz aufsuchten, werden dort inzwischen jährlich mehr als 16.000 Patienten behandelt. Nach Angaben der Unimedizin seien davon rund 40 Prozent keine echten Notfälle und könnten ohne Weiteres vom Hausarzt versorgt werden. Hinzu kommt: Seit Langem beklagen die Krankenhäuser eine unzureichende Vergütung ambulanter Behandlungsfälle. Je mehr Patienten sie in der Notaufnahme behandeln, desto stärker wird der Kostendruck.

Nun will Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) die Notaufnahmen mit einer Reform der Notfallversorgung entlasten. Seine vorläufigen Pläne, die das Bundeskabinett noch nicht passiert haben und bislang lediglich den Bundesländern zur Diskussion übermittelt worden sind, sehen im Kern eine stärkere Vernetzung von Praxen, Kliniken und Rettungsdiensten und dadurch eine bessere Steuerung der Patienten in die richtige

Versorgungsebene vor. Das soll durch drei zentrale Maßnahmen erreicht werden: Die Bundesländer und die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) sollen gemeinsame Notfallleitstellen einrichten, die rund um die Uhr unter den Rufnummern 112 und 116117 erreichbar sind. Deren Mitarbeiter agieren als Lotsen, indem sie anhand einer Ersteinschätzung (Triage) beurteilen, ob ein Anrufer im Krankenhaus, beim Bereitschaftsdienst oder in der Arztpraxis am besten aufgehoben ist. Ferner soll der Rettungsdienst neu organisiert und zu einem eigenständigen Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung aufgewertet werden.

Bessere Patientensteuerung durch Ein-Tresen-Prinzip

Außerdem sollen an Krankenhäusern Integrierte Notfallzentren (INZ) etabliert werden. Sie dienen jenen Patienten als erste Anlaufstelle, die von sich aus direkt eine Klinik aufsuchen. An einem gemeinsamen Tresen wird entschieden, welcher Art von medizinischer Hilfe sie bedürfen: Entweder werden sie sofort in die Notaufnahme geleitet oder ambulant weiterbehandelt. INZ werden Spahns Plänen zufolge von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Kliniken gemeinsam betrieben. Deren Standorte legen die Länder im Rahmen der Krankenhausplanung fest. Bereits existierende Notfallambulanzen und KV-Portalpraxen werden zu INZ weiterentwickelt.



© Jörg Hüttenhölcher - stock.adobe.com

Es handele sich um eine „Reform, die an der Wurzel ansetzt“, sagte Spahn zu seinen Plänen. Eine Änderung des Grundgesetzes könne notwendig werden, um das Zusammenwirken von Bund und Ländern im Rettungsdienst neu zu regeln. Derzeit sind die Länder zuständig, Spahn will die Kompetenzen des Bundes allerdings ausweiten. Im Gegenzug soll der Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung außerhalb der Sprechstundenzeiten von den Kassenärztlichen Vereinigungen auf die Länder übergehen. Die Ärzteschaft begrüßt grundsätzlich die Reformpläne, warnt aber davor, bewährte Strukturen zu zerstören. Die Bereitschaftsdienstnummer 116117, unter der spätestens ab Beginn des nächsten Jahres sowohl Terminvermittlungen als auch Ersteinschätzungsverfahren stattfinden können, sowie die bestehenden Bereitschafts- und Portalpraxen seien sinnvoll zu integrieren, erklärte der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Andreas Gassen.

Experiment an Mainzer Unimedizin

Integrierte Notfallzentren spielen eine entscheidende Rolle in Spahns Reformpapier. In Rheinland-Pfalz werden bereits erste Erfahrungen mit solchen Einheiten gesammelt. Am 18. März 2019 hat die Allgemeinmedizinische Praxis am Campus, kurz APC, ihre Pforten an der Universitätsmedizin Mainz geöffnet. Sie wird gemeinschaftlich mit der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz

(KV RLP) betrieben, um die konservative Notaufnahme der Unimedizin zu entlasten. Im Unterschied zu den ärztlichen Bereitschaftspraxen, die meist an Kliniken angesiedelt sind und Patienten ausschließlich zu sprechstundensfreien Zeiten versorgen, hat die Campus-Praxis montags bis samstags von 8 bis 20 Uhr geöffnet. Drei Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin, ein Arzt in Weiterbildung sowie vier Medizinische Fachangestellte sind derzeit dort angestellt.

Bei der APC handelt es sich um ein bundesweit einmaliges Modellprojekt für eine sektorenübergreifende Notfallversorgung. Es ist für vier Jahre angesetzt und wird wissenschaftlich begleitet. Die Praxis nimmt all jene Patienten auf, die mit akuten Beschwerden die Unimedizin aufsuchen, die aber keine lebensrettenden oder intensivmedizinischen Sofortmaßnahmen benötigen. An einem gemeinsamen Tresen empfängt geschultes Fachpersonal die Patienten, ermittelt deren Behandlungsbedarf und entscheidet, auf welcher Ebene der Patient am besten versorgt wird - in der Notaufnahme der Unimedizin, vor Ort in der Campus-Praxis oder zu einem späteren Zeitpunkt beim Haus- oder Facharzt. Dafür kommt das softwaregestützte Strukturierte medizinische Ersteinschätzungsverfahren für Deutschland (SmED) zum Einsatz. Mit standardisierten Fragen hilft es, echte medizinische Notfälle von Bagatellerkrankungen zu unterscheiden.

Die KV RLP betritt mit der APC neues Terrain, denn die Praxis ist – mit Ausnahme der Bereitschaftspraxen – die erste Eigeneinrichtung. Den Praxisbetrieb finanzieren die KV RLP und die gesetzlichen Krankenkassen. Die Universitätsmedizin hat nach eigenen Angaben rund eine halbe Million Euro in die Räumlichkeiten und Ausstattung der APC investiert. Bislang sind im Schnitt monatlich 300 Patienten in der APC vorstellig geworden. Zwei Drittel konnten direkt dort behandelt werden. Das übrige Drittel wurde stationär bzw. in der Notaufnahme versorgt. Zwar gelingt es der APC somit, die Notaufnahme der Unimedizin spürbar zu entlasten. Doch die Zahl der Patienten, die die Campus-Praxis aufsuchen, liegt hinter den Annahmen zurück. „Nach dem ersten halben Jahr müssen wir feststellen, dass doch nicht so viele Patienten die APC aufsuchen, wie

wir das erwartet haben“, sagt der Vorstandsvorsitzende der KV RLP, Dr. Peter Heinz, im Interview mit *KZV aktuell*. Täglich würden zwischen 14 und 17 Patienten medizinisch ersteingeschätzt. „Diese Zahl steht in keinem Verhältnis zum betriebenen medizinischen Aufwand und den daraus resultierenden Kosten“, so Heinz. Gleichwohl zieht er wichtige Erkenntnisse aus dem Modellprojekt, die er in die politische Diskussion um INZ einbringen will. Der KV-Chef befürwortet grundsätzlich Integrierte Notfallzentren zur besseren Patientensteuerung. Aufgrund der hohen Kosten sei ein flächendeckender Betrieb allerdings zu überdenken. INZ sollten sich streng am Bedarf orientieren und auf Ballungsräume beschränken, fordert Heinz. Das vollständige Interview lesen Sie ab Seite 23. ■



© Monkey Business - stock.adobe.com

„Zentrale Notaufnahmen sind wichtiger Baustein für eine optimale Patientensteuerung“

Kliniken ächzen unter dem Patientenansturm auf Notaufnahmen. Jetzt gibt es Pläne zur Entlastung. Sind Integrierte Notfallzentren (INZ) die Lösung? Dr. Peter Heinz, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz, im Gespräch.

Interview: Katrin Becker

Herr Dr. Heinz, seit sieben Monaten betreibt die KV RLP gemeinsam mit der Unimedizin Mainz die **Allgemeinmedizinische Praxis am Campus (APC)**. Was waren die Gründe für das Modellprojekt?

Die konservative Notaufnahme der Unimedizin war in der Vergangenheit chronisch überlastet. Viele Patienten haben die konservative Notaufnahme auch tagsüber während der Sprechstundenzeiten der Vertragsärzte aufgesucht – obwohl deren Beschwerden genauso ambulant therapierbar waren. Daher hat die Unimedizin mit uns das Gespräch gesucht und wir haben über Lösungsmöglichkeiten diskutiert, wie die Notaufnahme für medizinische Notfälle entlastet werden könnte. Zugleich haben wir überlegt, wie wir Patienten dafür mehr sensibilisieren können, zunächst ihren Haus- oder Facharzt in der Region zu kontaktieren. Das Problem war, dass wir als KV während der regulären Sprechstundenzeiten keine eigene Bereitschaftspraxis betreiben dürfen. Das ist uns gesetzlich nur in Regionen möglich, für die Unterversorgung festgestellt wurde. So ist die Idee entstanden, die Zulassung einer allgemeinmedizinischen Praxis als Modellprojekt zu beantragen, die in unmittelbarer Nähe der konservativen Notaufnahme der Unimedizin angesiedelt ist. Voraussetzung war, dass nicht nur die Aufsichtsbehörden, sondern auch alle Krankenkassen in Rheinland-Pfalz zustimmen.

Haben sich Ihre Erwartungen bislang erfüllt?

Nach dem ersten halben Jahr müssen wir leider feststellen, dass doch nicht so viele Patienten die APC aufsuchen, wie wir das erwartet haben. Im Durchschnitt werden täglich zwischen 14 und 17 Patienten medizinisch ersteingeschätzt. Diese Zahl steht in keinem Verhältnis zum betriebenen medizinischen Aufwand und den daraus resultierenden Kosten. Wir sind von einer stärkeren Überlastung der Notaufnahme ausgegangen. Ein Teil der Patienten kommt auch direkt mit einer Einweisung ins Krankenhaus. Diese Patienten werden nicht noch mal durch die APC behandelt.

Verglichen mit einer regulären Hausarztpraxis haben die Patienten der APC teilweise eine höhere Fallschwere. Der Behandlungsaufwand je Patient in der APC insgesamt ist um ein dreifaches höher als in einer regulären Hausarztpraxis. Die Ärzte der APC sehen keinen Patienten zweimal, sondern müssen sich ständig auf neue, sogenannte unausgelesene Patienten und verschiedenste Krankheitsbilder einstellen.

Doch auch Positives will ich nicht verschweigen: Zwei Drittel der Patienten, die in die APC kommen, können dort behandelt werden und entlasten damit direkt die Notaufnahme. Lediglich ein Drittel der Patienten der APC bekommt eine Einweisung ins Krankenhaus und wird bei Bedarf an



Dr. Peter Heinz, Vorsitzender
des Vorstandes der KV RLP

Foto: KV RLP

die Notaufnahme weitergeleitet. Die Patienten reagieren auf das neue Modellprojekt sehr positiv und fühlen sich sehr gut aufgehoben und medizinisch versorgt.

Wie funktioniert das Zusammenspiel von Praxisärzten und Ärzten der Notaufnahme?

Die Zusammenarbeit funktioniert sehr gut. Es gibt einen fachlichen Austausch, der für beide Seiten gewinnbringend ist. Diese Form der sektorübergreifenden Zusammenarbeit würde ich mir auch in anderen Fachbereichen wünschen.

Worin liegt der Nutzen der APC für die KV RLP, für die Unimedizin und für die Patienten?

Es profitieren in dem Modellprojekt in der Tat alle Seiten. Wir ermöglichen mit der APC eine bedarfsgerechte Versorgung der Patienten und bringen sie bei nicht lebensbedrohenden Beschwerden zurück in den ambulanten Sektor. Dort gehören sie hin. Nebenbei sammeln wir mit der APC wichtige Erfahrungen mit der Software SmED zur medizinischen Ersteinschätzung von akuten Beschwerden. Diese Software werden die

KVen ab dem nächsten Jahr in der dann ausgebauten Terminservicestelle bei allen Anrufern unter der Nummer 116117 einsetzen. Zudem sammeln wir mit der APC wichtige Erkenntnisse, um diese in die Diskussion über die zukünftige Reform der Notfallversorgung – insbesondere in das Konzept der INZ – einzubringen.

Der Unimedizin zufolge wird zweifellos mit der APC die Notaufnahme der Unimedizin für „echte Notfälle“ entlastet und damit auch das Personal. Für die Patienten verkürzen sich zudem die Wartezeiten. Wie gesagt sind wir jedoch von einer stärkeren Überlastung der Notaufnahme der Unimedizin ausgegangen.

Geht es nach Gesundheitsminister Jens Spahn, werden Einrichtungen wie die APC künftig Standard an Deutschlands Kliniken. Aus Ihren bisherigen Erfahrungen: Eignen sich integrierte Zentren dazu, Patienten besser zu steuern?

Grundsätzlich befürworten wir Integrierte Notfallzentren zur besseren Patientensteuerung. Allerdings ist zu bedenken, dass die Kosten für den Betrieb von INZ sehr hoch sind. Daher ergibt es Sinn, wenn sich diese Einrichtungen streng am Bedarf orientieren und auf Ballungsräume beschränkt bleiben. Angesichts des steigenden Ärztemangels und der relativ niedrigen Fallzahl in der APC ist es für uns schwer vorstellbar, die INZ rund um die Uhr zu besetzen. Vielmehr fällt dem medizinisch geschulten Personal eine besondere Rolle zu. Sie sollen den Patienten den Weg in die richtige Versorgung weisen, sei es in eine haus- oder fachärztliche Praxis, in die Notaufnahme oder sogar zum Rettungsdienst.

Wie müssen INZ aus Ihrer Sicht organisiert sein, um Patienten optimal zu versorgen?

Nachdem wir erste Erfahrungen mit der APC gesammelt haben, sehen wir eine zentrale Notaufnahme als wichtigen Baustein zur Einrichtung

eines Integrierten Notfallzentrums und damit auch für eine optimale Patientensteuerung. Dafür müssen bestimmte Bedingungen erfüllt sein. Beispielsweise sollte es nur einen Eingang für den Patienten geben. Wenn alle über diesen Eingang in das INZ kommen, landen sie zwingend im KV-geführten Bereich des INZ und werden dort ersteingeschätzt. Hier wird dann entschieden, ob der Patient im krankenhausgeführten Teil des INZ oder im KV-geführten Bereich des INZ behandelt wird. Im harmloseren Fall wird an die Sprechstunde der niedergelassenen Haus- oder Fachärzte verwiesen.

Es ist aus unserer Sicht nicht zielführend, einen Dritten Sektor zu schaffen. Vielmehr können die vorhandenen Bereitschaftsdienststrukturen in Trägerschaft der KVen genutzt werden, um solche INZ zu betreiben.

Gravierende Änderungen würde Spahns Reform für den Sicherstellungsauftrag bedeuten. Die Länder sollen die Versorgung in sprechstundenfreien Zeiten gewährleisten. Wie gehen Sie damit um?

Dieser innerhalb des Ministeriums nicht abgestimmte Vorschlag wird definitiv nicht kommen, davon sind wir fest überzeugt. Ich kenne auch kein einziges Bundesland in der Bundesrepublik, das am Sicherstellungsauftrag während der sprechstundenfreien Zeiten ernsthaft interessiert wäre. Hier geht es um politische Wunschvorstellungen über die Gestaltung der Notfallversorgung, die mit der Realität jedoch überhaupt nichts zu tun haben.

Auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft macht Ihnen den Sicherstellungsauftrag strittig. Sie sieht Kliniken als alleinige Betreiber von INZ. Eine realistische Forderung der Krankenhaus-Lobby?

Die Krankenhausgesellschaften haben offenbar ein falsches Verständnis dafür, was ein INZ leisten soll. Bei diesen Einrichtungen handelt es sich

eben gerade nicht um Anlaufstellen für schwerkranke oder unfallverletzte Patienten. Vielmehr soll hier eine Ersteinschätzung für alle auflaufenden Patienten erfolgen, unabhängig davon, welche medizinische Hilfe sie konkret brauchen. Nach den bisherigen Erfahrungen haben die meisten Menschen zwar einen akuten Versorgungsbedarf, aber es sind keine lebensrettenden oder intensivmedizinischen Sofortmaßnahmen nötig.

Tatsächlich arbeiten in den meisten Notaufnahmen seitens der Krankenhäuser Ärzte in Weiterbildung. Sie sind also keine abschließend ausgebildeten Fachärzte, geschweige denn Notfallmediziner. Im Gegensatz dazu sind alle niedergelassenen Ärzte grundsätzlich fertig aus- und weitergebildete Fachärzte für Allgemeinmedizin oder andere Fachgebiete. Die Kolleginnen und Kollegen in den Praxen sind für den Bereitschaftsdienst qualifiziert und eignen sich damit hervorragend für eine Tätigkeit in den INZ.

Die KV RLP hat in den vergangenen Jahren den ärztlichen Bereitschaftsdienst grundlegend neu organisiert. Stehen die Bereitschaftspraxen nun vor dem Aus?

Nein, davon gehen wir nicht aus. Wir sind zurzeit dabei, den Bereitschaftsdienst weiterzuentwickeln. Das wird momentan leider durch ständig neue, sich teils widersprechende Gesetzesvorhaben konterkariert.

Herzlichen Dank für das Gespräch!

Gute Reise!

So regeln Sie die Praxisvertretung

Sie gehen in Urlaub, besuchen Fachtagungen oder werden leider auch mal krank. Dann müssen Sie als Praxisinhaber dafür sorgen, dass ein Kollege für Sie einspringt. Eine Vertretung will gut organisiert sein.

Text: Katrin Becker

Hierbei zu berücksichtigen sind das Berufsrecht und das Vertragszahnarztrecht ebenso wie das Zivilrecht für Haftungsfragen.

Was sagt das Berufsrecht?

Die rheinland-pfälzische Berufsordnung (§ 10 Abs. 1) sieht vor, dass sich ein Zahnarzt vertreten lassen muss, wenn er in seinen Sprechzeiten abwesend ist. Selbst wenn er nur einen Brückentag freinimmt, muss er eine Vertretung organisieren. Häufig geschieht das in kollegialer Absprache. Die Vertretung übernimmt dann ein Zahnarzt in seiner eigenen Praxis. Das muss der Kammer grundsätzlich nicht angezeigt werden, da zwischen dem Vertreter und dem Patienten ein eigener Behandlungsvertrag geschlossen wird und er die durchgeführten Behandlungen als eigene Leistungen abrechnen kann. Der abwesende Zahnarzt hat lediglich „in geeigneter Form“, zum Beispiel per Aushang, auf der Internetseite und als Ansage auf dem Anrufbeantworter, auf den Namen, die Anschrift und die Telefonnummer seines Vertreters hinzuweisen.

Anders verhält es sich, wenn der Zahnarzt einen Vertreter in eigener Praxis beschäftigen möchte. In diesem Fall darf er nach der Berufsordnung nur approbierte Zahnärzte oder diesen nach dem Zahnheilkundegesetz (§ 13) gleichgestellte Personen vertretungsweise beschäftigen. Darüber hinaus muss er sich vergewissern, dass der Vertreter die fachlichen und persönlichen Vorausset-

zungen einer Vertretung erfüllt, zum Beispiel durch Vorlage von Zeugnissen, Urkunden und Fortbildungszertifikaten. Dauert die Beschäftigung eines Vertreters länger als sechs Wochen, muss er die zuständige Zahnärztekammer informieren.

Was sieht das Vertragszahnarztrecht vor?

Für das Vertragszahnarztrecht ist die Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte (Zahnärzte-ZV) maßgeblich. Nach § 32 Abs. 1 Zahnärzte-ZV hat jeder Vertragszahnarzt die vertragszahnärztliche Tätigkeit grundsätzlich persönlich in freier Praxis auszuüben. Bei Krankheit, Urlaub, Besuch einer Fortbildung oder Teilnahme an einer Wehrübung kann er sich innerhalb von zwölf Monaten (gemeint ist nicht das Kalenderjahr!) bis zu einer Dauer von insgesamt drei Monaten vertreten lassen, ohne dass er dafür eine Genehmigung von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung benötigt. Kürzere Abwesenheitszeiten (zum Beispiel einzelne Tage) werden dabei addiert. Eine ergänzende Regelung gilt für Vertragszahnärztinnen: In unmittelbarem Zusammenhang mit einer Entbindung können sie sich insgesamt sechs Monate lang genehmigungsfrei vertreten lassen.

Ein Vertragszahnarzt darf sich nur durch einen anderen Vertragszahnarzt vertreten lassen oder durch einen anderen approbierten Zahnarzt, der mindestens ein Jahr seiner Vorbereitungszeit

absolviert hat. Darunter fallen auch Zahnärzte, die keine vertragszahnärztliche Zulassung mehr besitzen bzw. darauf verzichtet haben. Übernimmt ein selbst zugelassener Zahnarzt die Vertretung, muss er dafür sorgen, dass die Versorgung der eigenen Patienten in seiner Praxis sichergestellt ist.

Dauert die Vertretung insgesamt länger als eine Woche (gemeint ist die Kalenderwoche), ist die zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung über den Abwesenheitsgrund, den Namen des Vertreters und die voraussichtliche Dauer der Vertretung zu informieren. Es genügt eine formlose Anzeige per Telefon, E-Mail oder Brief. Auf Antrag kann die Kassenzahnärztliche Vereinigung eine Vertretung genehmigen, die den Dreimonatszeitraum überschreitet. Eine solche längerfristige Vertretung ist grundsätzlich begrenzt auf maximal zwei Jahre und im Übrigen auch nur dann möglich, wenn damit zu rechnen ist, dass der verhinderte Vertragszahnarzt seine Tätigkeit noch einmal aufnehmen wird. Eine mehr als zweijährige Vertretung ist zurzeit nur in einem einzigen Fall möglich: für und während Kindererziehungszeiten, die gesetzlich bis zu 36 Monate dauern dürfen - wobei dieser Zeitraum auch nicht zusammenhängend genommen werden muss.

Wer haftet?

Nach § 9 Abs. 2 Bundesmantelvertrag - Zahnärzte (BMV-Z) ist der Vertragszahnarzt als Praxisinhaber auch für die Tätigkeit seines Vertreters verantwortlich. Das heißt, ein Praxisinhaber haftet dafür, dass der in seiner Praxis beschäftigte Vertreter die vertragszahnärztlichen Pflichten erfüllt. Fällt dieser zum Beispiel durch unwirtschaftliche Behandlungen auf, kann sich der Praxisinhaber in einer Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht mit dem Argument der Praxisvertretung entlasten. Gleiches gilt für etwaige Behandlungsfehler durch den Vertreter. Auch hier steht er ein für aus dem



© Viacheslav - stock.adobe.com

Behandlungsfehler resultierende Ansprüche des Patienten, da der Behandlungsvertrag mit ihm als abwesendem Praxisinhaber zustande gekommen ist. Der Vertreter ist immer nur als sogenannter Erfüllungsgehilfe tätig, für den der Praxisinhaber auch bei vorsätzlichem und fahrlässigem Fehlverhalten haftet.

Tipp: Die Haftungsrisiken kann ein Praxisinhaber zum einen dadurch minimieren, dass er seinen Vertreter sorgfältig überprüft und auswählt. Zum anderen sollte er sicherstellen, dass seine Berufshaftpflichtversicherung Schäden durch etwaige Behandlungsfehler seines Vertreters abdeckt. Er sollte sich zudem davon überzeugen, dass der Vertreter eine eigene Berufshaftpflichtversicherung abgeschlossen hat. Darüber hinaus bietet sich eine Regelung im Dienstvertrag an, dass der Vertreter für eigene Fehler alleine haftet und der Praxisinhaber von Schadenersatzansprüchen Dritter freigestellt wird. ■



KZVRLP

KASSENZAHNÄRZTLICHE VEREINIGUNG
RHEINLAND-PFALZ

Offizielles Mitteilungsblatt und Rundschreiben der
Kassenzahnärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz