

# KZVAKTUELL

MITTEILUNGSBLATT DER KASSENZAHNÄRZTLICHEN  
VEREINIGUNG RHEINLAND-PFALZ

Fokus

## Aufsuchende Versorgung von Pflegebedürftigen

Praxis

Stichtag 1. Januar 2024:  
Das E-Rezept kommt

Fortbildung

Der antikoagulierte ältere Patient

Aktuell

Krebsgesellschaft Rheinland-Pfalz:  
Begleitung auf dem Weg zum Leben mit der Krankheit

**EINREICHUNGS-  
UND  
AUSZAHLUNGS-  
TERMINE 2024**

in der Heftmitte

## Position

---

- 3 Lohnende Herausforderung

## Abrechnung

---

- 4 Korrekt abrechnen: Leistungen für Menschen mit Pflegebedarf

## Fokus

---

- 8 Versorgung von Pflegebedürftigen: Kooperationsverträge fördern Betreuung
- 10 Kooperationsverträge mit Pflegeheimen: Die freie Zahnarztwahl bleibt unberührt
- 14 Interview: „Die Versorgung muss zu dem Patienten passen“

## KZV Rheinland-Pfalz

---

- 16 Was macht eigentlich ...  
... der Ausschuss für die Versorgung von Senioren und Menschen mit Behinderung?

## Personalie

---

- 16 Neu im Amt:  
Dr. Steffi Beckmann ist  
DAJ-Geschäftsführerin

## Rundschreiben

---

Wichtige Informationen für  
Zahnärzte und Praxisteams

## Aktuell

---

- 17 Kampagne „Zähne zeigen“:  
Austausch mit der Politik

## Fortbildung

---

- 18 Der antikoagulierte ältere  
Patient – Fallberichte aus der  
allgemeinzahnärztlichen Praxis

## Aktuell

---

- 23 Destatis-Erhebung: Praxen  
haben Auskunftspflicht
- 23 Stellenbörse: BFB-Jobportal  
wird erweitert

## Praxis

---

- 24 Stichtag 1. Januar 2024:  
Das E-Rezept kommt

## Aktuell

---

- 28 Krebsgesellschaft Rheinland-  
Pfalz: Begleitung auf dem Weg  
zum Leben mit der Krankheit

### 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  
Isaac-Fulda-Allee 2 · 55124 Mainz  
T 06131 / 89270 · F 06131 / 8927222  
redaktion.kzvaktuell@kzvrlp.de

### Redaktion

Dr. Christine Ehrhardt (V. i. S. d. P.)  
Dr. Stefan Hannen  
Katrin Becker M. A.  
Kathrin Kromeier

### Redaktionsassistentz

Michaela Merz

### Grafik und Produktion

Köllen Druck+Verlag GmbH · 53117 Bonn  
www.koellen.de

### Bildnachweis

Titelfoto: Monkey Business Images/  
shutterstock.com

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

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

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit verwenden wir in einigen Texten bei Personenbezeichnungen oder personenbezogenen Hauptwörtern die männliche Form. Diese Begriffe gelten für alle Geschlechter und enthalten unsererseits keine Wertung. Für den Nachdruck von Texten und Grafiken ist das schriftliche Einverständnis der KZV Rheinland-Pfalz Voraussetzung.

Erscheinungstermin der nächsten Ausgabe:  
11.12.2023

# Lohnende Herausforderung

Rheinland-Pfalz wird älter. Im Jahr 2040 wird mehr als ein Viertel der Bevölkerung zur Generation 65+ zählen. Allein jeder zehnte Bürger wird dann 80 Jahre oder älter sein und ein höheres Risiko haben, zum Pflegefall zu werden. In Rheinland-Pfalz gab es Ende 2021 bereits über 241.000 pflegebedürftige Menschen - 71 Prozent mehr als sechs Jahre zuvor. Der demografische Wandel stellt uns Zahnärztinnen und Zahnärzte vor besondere Herausforderungen: Wie können wir die zunehmende Anzahl an Senioren und Pflegebedürftigen bis ins hohe Alter angemessen versorgen?

Der Prozess des Alterns bringt früher oder später Funktionseinbußen mit sich. Sie kennen die Problematiken Ihrer älteren Patienten. Die körperliche und geistige Beweglichkeit lassen nach. Hören, Sehen, Greifen, Tasten - alles fällt schwer(er). Was heißt das für die Zahngesundheit? Die Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie zeigt, dass sich die Krankheitslasten in das höhere Alter verschieben. Das führt zwar zu mehr mundgesunden Lebensjahren: Nur noch jeder achte jüngere Senior ist Zahnlos, 1997 war es noch jeder vierte. Dennoch bleiben Zahn- und Zahnfleischprobleme nicht aus. Neben Parodontalerkrankungen und Karies ist die richtige Zahn- und Zahnersatzpflege das Thema der Älteren. Durch das Nachlassen der Sehkraft und der manuellen Geschicklichkeit wird im Alter (nicht erst bei Pflegebedürftigkeit!) die Reinigung erschwert. Hinzu kommen Faktoren wie veränderte Ernährungsgewohnheiten, ein Verlust an Kaukraft und häufig auch Multimedikation, die sich nachteilig auf die Mundgesundheit auswirken. Mit zunehmender Immobilität werden zudem die Praxisbesuche seltener.

Die aufsuchende Versorgung wurde deshalb zu Recht deutlich aufgewertet. Neue Leistungspositionen haben Eingang in die gesetzliche Krankenversicherung gefunden. Prophylaxe und telemedizinische Behandlungen, eine verkürzte PAR-Versorgungsstrecke oder Kooperationsverträge zwischen Pflegeheimen und Zahnarztpraxen helfen uns, unseren Versorgungsauftrag und unsere gesellschaftliche Verantwortung zu erfüllen. Inzwischen werden 62 Prozent der Pflegeheime im Land über Kooperationsverträge betreut - ein im Bundesvergleich überdurchschnittlicher Wert. Gleichwohl wissen wir, dass es hier noch Luft nach oben gibt.

Sei es zu Hause - das Gros der Pflegebedürftigen wird nach wie vor dort betreut - oder in Pflegeheimen, sei es mit oder ohne Kooperationsvertrag, allen Kolleginnen und Kollegen, die Patienten in ihrem vertrauten Umfeld aufsuchen, danke ich! Mit viel zeitintensivem Engagement, Flexibilität, Ausdauer und Empathie kümmern Sie sich um jene hilfebedürftigen Menschen, die von sich aus nicht mehr den Weg in die Zahnarztpraxis finden.

Und all diejenigen unter Ihnen, die Heim- und Hausbesuche bislang scheuen, möchte ich dazu ermuntern. Altersbedingte Veränderungen der Patienten sind eine fachliche, kommunikative und menschliche Herausforderung. Aber es ist eine Herausforderung, der zu stellen es sich lohnt.

Ihre



**San.-Rätin Dr. Kerstin Bienroth**  
stv. Vorsitzende des Vorstandes



„Altersbedingte Veränderungen der Patienten sind eine Herausforderung.“

# Korrekt abrechnen: Leistungen für Menschen mit Pflegebedarf

Vertragszahnärzte können Prophylaxeleistungen bei Patienten mit Pflegebedarf erbringen – unabhängig davon, ob diese zu Hause oder in einer Pflegeeinrichtung betreut werden. Wie werden Behandlungen korrekt abgerechnet? Einige Beispiele.

Text: Geschäftsbereich Abrechnung der KZV Rheinland-Pfalz

## Abrechnungsbeispiel zu BEMA-Nr. 151

Besuch eines Ehepaars in dessen Privatwohnung. Beide sind einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet oder erhalten Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII. Der Besuch erfolgt an einem Wochentag. Die gefahrene Strecke beträgt 4 km.

### Ehefrau:

Datum	BEMA-Abrechnungsnummer (Kurzbezeichnung)	Leistungen	Punkte
03.07.2023	151 (Bs1)	Besuch eines Versicherten, einschließlich Beratung und eingehender Untersuchung	38
	171a (PBA1a)	Zuschlag für Besuche nach BEMA-Nr. 151 Zuschlag für das Aufsuchen von Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten	37
	174a (PBa)	Mundgesundheitsstatus und individueller Mundgesundheitsplan	20
	174b (PBb)	Mundgesundheitsaufklärung	26
	107a (PBZst)	Entfernen harter Zahnbeläge	16
	7820 Divisor = 2 (2 Patienten besucht)	Wegegeld (Radius mehr als 2 Kilometer bis zu 5 Kilometer)	4 EUR (anteilig von 8 EUR)

### Ehemann:

03.07.2023	152a (Bs2)	Besuch je weiterem Versicherten in <u>derselben häuslichen Gemeinschaft in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach BEMA-Nr. 151</u> – einschließlich Beratung und eingehender Untersuchung	34
	171b (PBA1b)	Zuschlag für Besuche nach BEMA-Nr. 152a/b Zuschlag für das Aufsuchen je weiteren Versicherten, der einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet ist oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhält, in derselben häuslichen Gemeinschaft oder Einrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang	30
	174a (PBa)	Mundgesundheitsstatus und individueller Mundgesundheitsplan	20
	174b (PBb)	Mundgesundheitsaufklärung	26
	107a (PBZst)	Entfernen harter Zahnbeläge	16
	7820 Divisor = 2 (2 Patienten besucht)	Wegegeld (Radius mehr als 2 Kilometer bis zu 5 Kilometer)	4 EUR (anteilig von 8 EUR)

## Abrechnungsbeispiel zu BEMA-Nr. 152b

Besuch dreier Patienten in einer betreuten Wohngemeinschaft. Alle sind einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet oder erhalten Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII. Der Besuch erfolgt an einem Wochentag. Die gefahrene Strecke beträgt 2 km.

### Patient 1: Untersuchung, Mundhygienestatus, Mundgesundheitsaufklärung, Entfernung harter Zahnbeläge

Datum	BEMA-Abrechnungsnummer (Kurzbezeichnung)	Leistungen	Punkte
06.07.2023	151 (Bs1)	Besuch eines Versicherten, einschließlich Beratung und eingehender Untersuchung	38
	171a (PBA1a)	Zuschlag für Besuche nach BEMA-Nr. 151 Zuschlag für das Aufsuchen von Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten	37
	174a (PBa)	Mundgesundheitsstatus und individueller Mundgesundheitsplan	20
	174b (PBb)	Mundgesundheitsaufklärung	26
	107a (PBZst)	Entfernen <u>harter</u> Zahnbeläge	16
	7810 Divisor = 3 (3 Patienten besucht)	Wegegeld (Radius 2 km)	1,43 EUR (anteilig v. 4,30 EUR)

### Patient 2: Untersuchung, Entfernung harter Zahnbeläge, Aphthe Regio 16, Konsil mit Hausarzt bzgl. Marcumar

06.07.2023 (Aphthe Regio 16)	152b (Bs2)	Besuch je weiterem Versicherten in <u>derselben</u> Einrichtung in <u>unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang</u> mit einer Leistung nach BEMA-Nr. 151 - einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung	26
	171b (PBA1b)	Zuschlag für Besuche nach BEMA-Nr. 152a/b Zuschlag für das Aufsuchen je weiteren Versicherten, der einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet ist oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhält, in derselben häuslichen Gemeinschaft oder Einrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang	30
	107a (PBZst)	Entfernen <u>harter</u> Zahnbeläge	16
	105 (Mu)	Lokale medikamentöse Behandlung von Schleimhauterkrankungen	8
	181a	Konsiliarische Erörterung mit Ärzten und Zahnärzten	16
	7810 Divisor = 3 (3 Patienten besucht)	Wegegeld (Radius 2 km)	1,43 EUR (anteilig v. 4,30 EUR)

### Patient 3: Untersuchung, Entfernung harter Zahnbeläge, Zahn 14 Infiltrationsanästhesie und Entfernung Wurzelrest

06.07.2023 (Zahn 14 Wurzelrest)	152b (Bs2)	Besuch je weiterem Versicherten in <u>derselben</u> Einrichtung in <u>unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang</u> mit einer Leistung nach BEMA-Nr. 151 - einschließlich Beratung und eingehender Untersuchung	26
	171b (PBA1b)	Zuschlag für Besuche nach BEMA-Nr. 152a/b Zuschlag für das Aufsuchen je weiteren Versicherten, der einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet ist oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhält, in derselben häuslichen Gemeinschaft oder Einrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang	30
	107a (PBZst)	Entfernen <u>harter</u> Zahnbeläge	16
	40 (I)	Infiltrationsanästhesie	8
	44 (X2)	Entfernen eines mehrwurzeligen Zahnes einschließlich Wundversorgung	15
	7810 Divisor = 3 (3 Patienten besucht)	Wegegeld (Radius 2 km)	1,43 EUR (anteilig v. 4,30 EUR)

## Abrechnungsbeispiel zu BEMA-Nr. 153

Besuch dreier Patienten in einer Einrichtung zu vorher vereinbarten Zeiten und bei regelmäßiger Tätigkeit in der Einrichtung. Alle sind einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet oder erhalten Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII. Der Besuch erfolgt an einem Wochentag. Die gefahrene Strecke beträgt 9 km.

**Patient 1:** Untersuchung, Mundhygienestatus, Mundgesundheitsaufklärung, Entfernung harter Zahnbeläge, Mundschleimhautbehandlung

Datum	BEMA-Abrechnungsnummer (Kurzbezeichnung)	Leistungen	Punkte
17.08.2023 (Aphthe im Unterkiefer)	153a (Bs3)	Besuch eines Versicherten in einer Einrichtung zu vorher vereinbarten Zeiten, einschließlich Beratung und eingehender Untersuchung	30
	173a (ZBs3)	Zuschlag für Besuche nach BEMA-Nr. 153a Zuschlag für das Aufsuchen von Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten	32
	174a (PBa)	Mundgesundheitsstatus und individueller Mundgesundheitsplan	20
	174b (PBb)	Mundgesundheitsaufklärung	26
	107a (PBZst)	Entfernen <u>harter</u> Zahnbeläge	16
	105 (Mu)	Lokale medikamentöse Mundschleimhautbehandlung	8
	7830 Divisor = 3 (3 Patienten besucht)	Wegegeld (Radius mehr als 5 Kilometer bis zu 10 Kilometer)	4,10 EUR (anteilig v. 12,30 EUR)

**Patient 2:** Untersuchung, Mundhygienestatus, Mundgesundheitsaufklärung, Entfernung harter Zahnbeläge

17.08.2023	153b (Bs3)	Besuch je weiterem Versicherten in einer Einrichtung zu vorher vereinbarten Zeiten, einschließlich Beratung und eingehender Untersuchung	26
	173b (ZBs3)	Zuschlag für Besuche nach BEMA-Nr. 153b Zuschlag für das Aufsuchen je weiteren Versicherten, der einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet ist oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhält, in derselben Einrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach BEMA-Nr. 173a	24
	174a (PBa)	Mundgesundheitsstatus und individueller Mundgesundheitsplan	20
	174b (PBb)	Mundgesundheitsaufklärung	26
	107a (PBZst)	Entfernen <u>harter</u> Zahnbeläge	16
	7830 Divisor = 3 (3 Patienten besucht)	Wegegeld (Radius mehr als 5 Kilometer bis zu 10 Kilometer)	4,10 EUR (anteilig v. 12,30 EUR)

**Patient 3:** Untersuchung, Mundhygienestatus, Mundgesundheitsaufklärung, Entfernung harter Zahnbeläge, Infiltrationsanästhesie und Extraktion (Zahn 15)

17.08.2023 (Extraktion Zahn 15)	153b (Bs3)	Besuch je weiterem Versicherten in einer Einrichtung zu vorher vereinbarten Zeiten, einschließlich Beratung und eingehender Untersuchung	26
	173b (ZBs3)	Zuschlag für Besuche nach BEMA-Nr. 153b Zuschlag für das Aufsuchen je weiteren Versicherten, der einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet ist oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhält, in derselben Einrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach BEMA-Nr. 173a	24
	174a (PBa)	Mundgesundheitsstatus und individueller Mundgesundheitsplan	20
	174b (PBb)	Mundgesundheitsaufklärung	26
	40 (I)	Infiltrationsanästhesie	8
	43 (X1)	Entfernung eines einwurzeligen Zahnes	10
	7830 Divisor = 3 (3 Patienten besucht)	Wegegeld (Radius mehr als 5 Kilometer bis zu 10 Kilometer)	4,10 EUR (anteilig v. 12,30 EUR)

## Abrechnungsbeispiel zu BEMA-Nr. 154

Besuch dreier pflegebedürftiger Versicherter in einer stationären Pflegeeinrichtung im Rahmen eines Kooperationsvertrags nach § 119b Abs. 1 SGB V. Alle sind einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet oder erhalten Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII. Der Besuch erfolgt an einem Wochentag. Die gefahrene Strecke beträgt 2 km.

### Patient 1: Untersuchung, Mundhygienestatus, Mundgesundheitsaufklärung, Entfernung harter Zahnbeläge

Datum	BEMA-Abrechnungsnummer (Kurzbezeichnung)	Leistungen	Punkte
21.08.2023	154 (Bs4)	Besuch eines pflegebedürftigen Versicherten in einer stationären Pflegeeinrichtung, einschließlich Beratung und eingehender Untersuchung	30
	172a (SP1a)	Zuschlag für Besuche nach BEMA-Nr. 154 Zuschlag für das Aufsuchen eines pflegebedürftigen Versicherten	40
	174a (PBa)	Mundgesundheitsstatus und individueller Mundgesundheitsplan	20
	174b (PBb)	Mundgesundheitsaufklärung	26
	107a (PBZst)	Entfernen <u>harter</u> Zahnbeläge	16
	7810 Divisor = 3 (3 Patienten besucht)	Wegegeld (Radius 2 km)	1,43 EUR (anteilig v. 4,30 EUR)

### Patient 2: Untersuchung, Entfernung harter Zahnbeläge, Entfernung einer Druckstelle, Konsil mit Hausarzt bzgl. Marcumar

21.08.2023 (Druck stelle)	155 (Bs5)	Besuch je <u>weiterem pflegebedürftigen</u> Versicherten in <u>derselben</u> stationären Pflegeeinrichtung in <u>unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang</u> mit einer Leistung nach BEMA-Nr. 154 – einschließlich Beratung und eingehender Untersuchung	26
	172b (SP1b)	Zuschlag für Besuche nach BEMA-Nr. 155 Zuschlag für das Aufsuchen je weiteren pflegebedürftigen Versicherten in derselben stationären Pflegeeinrichtung im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach BEMA-Nr. 172a	32
	107a (PBZst)	Entfernen <u>harter</u> Zahnbeläge	16
	105 (Mu) 106	Lokale medikamentöse Behandlung von Schleimhauterkrankungen	8 10
	182 a+b	Konsiliarische Erörterung mit Ärzten und Zahnärzten	14
	7810 Divisor = 3 (3 Patienten besucht)	Wegegeld (Radius 2 km)	1,43 EUR (anteilig v. 4,30 EUR)

### Patient 3: Untersuchung, Entfernung harter Zahnbeläge, Infiltrationsanästhesie und Exzision einer Schleimhautwucherung (Zahn 26)

21.08.2023 (Zahn 26 Exzision)	155 (Bs5)	Besuch je <u>weiterem pflegebedürftigen</u> Versicherten in <u>derselben</u> stationären Pflegeeinrichtung in <u>unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang</u> mit einer Leistung nach BEMA-Nr. 154 – einschließlich Beratung und eingehender Untersuchung	26
	172b (SP1b)	Zuschlag für Besuche nach BEMA-Nr. 155 Zuschlag für das Aufsuchen je weiteren pflegebedürftigen Versicherten in derselben stationären Pflegeeinrichtung im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach BEMA-Nr. 172a	32
	107a (PBZst)	Entfernen <u>harter</u> Zahnbeläge	16
	40 (I)	Infiltrationsanästhesie	8
	50 (Exz2)	Exzision einer Schleimhautwucherung	37
	7810 Divisor = 3 (3 Patienten besucht)	Wegegeld (Radius 2 km)	1,43 EUR (anteilig v. 4,30 EUR)

# Versorgung von Pflegebedürftigen: Kooperationsverträge fördern Betreuung

Die Dritten ins Glas – das war einmal. Heute haben ältere und pflegebedürftige Menschen immer mehr eigene Zähne, Implantate oder technisch aufwendigen Zahnersatz im Mund. Damit sind die Anforderungen an die Pflege und die zahnmedizinische Versorgung gestiegen. Kooperationsverträge zwischen Zahnarztpraxen und Pflegeheimen fördern eine systematische Behandlung.

Text: Katrin Becker

Seit 2014 können Vertragszahnärzte und -zahnärztinnen Kooperationsverträge mit stationären Pflegeeinrichtungen schließen. Das Ziel: die bis dahin meist anlassbezogene (Schmerz-)Behandlung pflegebedürftiger Patienten in Heimen in eine präventive, kontinuierliche Betreuung zu überführen, sodass Zahnerkrankungen möglichst vermieden bzw. frühzeitig erkannt und behandelt werden können. Regelmäßige Untersuchungen sollen die Gefahr von Akuterkrankungen, Notfällen und Folgeerkrankungen verringern. Neben der Mundgesundheit soll die Lebensqualität der älteren, vielfach immobilen und eingeschränkt kooperationsfähigen Patienten verbessert werden. Dazu zählen schmerzfreies Essen, Trinken und Sprechen sowie soziale Teilhabe.

Den Weg für Kooperationsverträge frei machte eine damals neu geschaffene gesetzliche Regelung in § 119b SGB V. Daraufhin wurde auf Bundesebene zwischen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband ein Rahmenvertrag geschlossen, der verbindliche Mindestanforderungen und somit Abrechnungsvoraussetzungen für Kooperationsverträge festlegt. Auf Basis dieses Rahmenvertrages hat die KZV Rheinland-Pfalz mit der PflegeGesellschaft Rheinland-Pfalz eine detailliertere Vereinbarung getroffen, mit der sie ihren Mitgliedern landesweit einheitliche und rechtssichere Empfehlungen für den Abschluss von Kooperationsverträgen an die Hand gibt. Diese sogenannte Umsetzungsempfehlung enthält

neben allgemeinen Kooperationsregeln einen Musterkooperationsvertrag, der den gesetzlichen Anforderungen entspricht und grundlegende zahnärztliche Leistungen beschreibt.

## Inhalte der Umsetzungsempfehlung

- » Das Recht der Patienten auf freie Zahnarztwahl wird durch Kooperationsverträge nicht eingeschränkt.
- » Zugelassene und ermächtigte Zahnärzte dürfen als Kooperationspartner auftreten und Verträge schließen, nicht aber angestellte Zahnärzte. Dies schließt jedoch nicht aus, dass diese die Behandlung im Heim übernehmen. Dies erfordert eine gesonderte vertragliche Regelung. In Medizinischen Versorgungszentren schließt ein zahnärztlicher Leiter die Verträge ab.
- » Eine Zahnarztpraxis und eine Pflegeeinrichtung können mit mehreren Partnern kooperieren; beide Seiten sollen sich im Sinne der Transparenz darüber informieren. Zudem sind parallele Behandlungen eines Pflegebedürftigen durch verschiedene Zahnarztpraxen auszuschließen.
- » Zahnarztpraxen müssen Vertragsabschlüsse der KZV Rheinland-Pfalz melden, um festzustellen, ob der Vertrag den Anforderungen der Bundesrahmenvereinbarung und den gesetzlichen Vorgaben nachkommt.

## Inhalte des Musterkooperationsvertrages

- » Die Pflegeheime informieren die Praxen zeitnah über neue Bewohner.
- » Aufgabe der Kooperationspraxen sind die Eingangsuntersuchung und regelmäßige Kontrolluntersuchungen zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, das Entfernen von Zahnstein sowie die individuelle Anleitung des Patienten und/oder Pflegepersonals zur Mund- und Zahnersatzpflege. Bei Bedarf veranlassen sie eine weiterführende Behandlung bzw. wirken auf diese hin.
- » Kooperationspraxen sind nicht verpflichtet, eine Notfallbereitschaft für das Pflegeheim zu übernehmen.
- » Kooperationszahnärzte sollen vorrangig die Möglichkeiten der Untersuchung oder Behandlung in der Pflegeeinrichtung nutzen, da der Transport in die Praxis häufig mit erheblichen Belastungen für die Patienten verbunden ist.
- » Die Pflegeeinrichtung kann für nicht einwilligungsfähige Patienten im Vorfeld einer geplanten oder notwendigen Behandlung die erforderliche Einwilligung eines Betreuers einholen.
- » Die Pflegeeinrichtung verwahrt auf Wunsch der Bewohner relevante Unterlagen, etwa das Bonusheft, und stellt sie den Kooperationspraxen zur Verfügung.
- » Kooperationsverträge erlöschen mit dem Ende der Zulassung zur vertragszahnärztlichen Versorgung.

## Vorteile für Zahnarztpraxen

Für Zahnarztpraxen besteht keine Pflicht, Kooperationsverträge zu schließen. Auch ohne Vereinbarung können Zahnärzte Heime aufsuchen. Allerdings erleichtern ihnen Kooperationsverträge den Heimbesuch, indem sie die Pflegeeinrichtungen stärker in die Pflicht nehmen. Das Heim hat die Kooperationspraxis zum Beispiel zeitnah über neue Bewohner zu informieren, es wirkt koordinierend gegenüber den Angehörigen und stellt alle behandlungsrelevanten medizinischen Unterlagen bereit. Ein Kooperationsvertrag ist zudem Voraussetzung dafür, dass Leistungszuschläge – konkret die BEMA-Nummern 172a und b – abgerechnet werden dürfen. In Betracht kom-



Foto: Africa Studio/shutterstock.com

men darüber hinaus telemedizinische Leistungen wie Videosprechstunden oder Telekonsile, die ausdrücklich auch bei Patienten, die im Rahmen von Kooperationsverträgen behandelt werden, erbracht und abgerechnet werden können. Hilfreich können telemedizinische Leistungen bei der Information, Beratung und Aufklärung sowohl von Patienten als auch von Pflegepersonal sein. Mit der Videosprechstunde können beispielsweise bei Pflegebedürftigen im Vorfeld eines Zahnarzttermins Symptome abgeklärt werden. In einer Videofallkonferenz lassen sich der Heilungsverlauf einer Extraktionswunde oder Befunde mit dem Pflegepersonal besprechen und weitere Hinweise zur Therapie geben.

## Potenzial nicht ausgeschöpft

146 Zahnarztpraxen in Rheinland-Pfalz setzen derzeit auf Kooperationsverträge in der aufsuchenden Versorgung. Insgesamt haben sie 313 Vereinbarungen geschlossen. Diese decken 62 Prozent aller stationären Pflegeeinrichtungen im Land ab. Bei 467 Heimen mit rund 37.000 Pflegebedürftigen (Quelle: Statistisches Landesamt, Pflegestatistik 2022) gibt es somit weiter Bedarf an Verträgen.

Sie interessieren sich für eine Zusammenarbeit mit einer Pflegeeinrichtung? Allgemeine Informationen, die Umsetzungsempfehlung und der Musterkooperationsvertrag sind abrufbar auf [www.kzvrlp.de](http://www.kzvrlp.de) - Webcode 0435. Darüber hinaus findet sich auf den folgenden Seiten ein Katalog mit Antworten auf die häufigsten Fragen zu Kooperationsverträgen. Darüber hinausgehende Fragen beantwortet Monika Kunz, Geschäftsbereich Recht der KZV Rheinland-Pfalz, ☎ 06131 / 8927-107, ✉ [monika.kunz@kzvrlp.de](mailto:monika.kunz@kzvrlp.de). ■



Foto: Andrii Yalanskyi/shutterstock.com

# Kooperationsverträge mit Pflegeheimen: Die freie Zahnarztwahl bleibt unberührt

Was hat es mit den Kooperationsverträgen auf sich? Was ist beim Abschluss zu beachten? Und welchen Nutzen haben sie? Hier finden Sie Antworten.

Text: Katrin Becker

## Auf welcher Grundlage beruhen Kooperationsverträge zwischen Zahnärzten und Pflegeheimen?

Seit April 2014 können Pflegeeinrichtungen Kooperationsverträge mit Zahnärzten schließen. Gesetzliche Grundlage bildet § 119b SGB V. Ziel der Verträge ist es, eine systematische Betreuung pflegebedürftiger Patienten vor Ort in den Heimen zu ermöglichen, um Zahnerkrankungen zu vermeiden oder um sie frühzeitig zu erkennen und zu behandeln. Auf Bundesebene haben die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband einen Rahmenvertrag geschlossen, der Mindestanforderungen und somit Abrechnungsvoraussetzungen für Kooperationsverträge beinhaltet. Auf Basis dieses Rahmenvertrages hat die KZV Rheinland-Pfalz mit der PflegeGesellschaft Rheinland-Pfalz eine Vereinbarung getroffen, mit der sie ihren Mitgliedern rechtssichere Empfehlungen für Verträge an die Hand gibt. Neben Kooperationsregeln für den Zahnarzt und die Pflegeeinrichtung enthält die Vereinbarung einen Musterkooperationsvertrag,

der den gesetzlichen Anforderungen entspricht und grundlegende zahnärztliche Leistungen beschreibt. Dazu zählen eine routinemäßige Eingangsuntersuchung und weitere regelmäßige Kontrolluntersuchungen zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten sowie die individuelle Anleitung des Pflegepersonals zur Mund- und Zahnersatzpflege beim Patienten. Die Vereinbarung zwischen KZV Rheinland-Pfalz und PflegeGesellschaft hat empfehlenden Charakter.

## Welchen Nutzen haben Kooperationsverträge?

Kooperationsverträge bieten Vorteile für alle Beteiligten. Heime und vor allem ihre Bewohner profitieren von einer präventiv ausgerichteten, koordinierten Betreuung und geregelten Abläufen. Regelmäßige Vor-Ort-Untersuchungen, einfache Behandlungen sowie Schulungen des Pflegepersonals tragen dazu bei, die Mundgesundheit und die Lebensqualität der Patienten zu erhalten bzw. zu verbessern. Akute Schmerz- oder gar Notfallbehandlungen, gegebenenfalls verbun-

den mit Krankentransporten in eine Praxis, können vermieden werden. Für Zahnärzte sind Kooperationsverträge Türöffner. Sie erleichtern ihnen den Zugang in Heime und entlasten von bürokratischen Aufgaben wie dem Einholen von Behandlungseinwilligungen. Gleichwohl bleiben Kooperationszahnärzte in ihren zahnärztlichen Entscheidungen frei und unabhängig. Letztlich gibt es auch finanzielle Anreize, indem Kooperationspraxen Leistungszuschläge abrechnen können.

### Wie viele Kooperationsverträge darf ein Vertragszahnarzt schließen?

Praxisinhaber können beliebig viele Kooperationsverträge schließen. Dasselbe gilt für Pflegeheime; auch sie können mit mehr als einem Zahnarzt auf Grundlage des § 119b SGB V zusammenarbeiten. Beide Seiten sollten sich über weitere Kooperationsverträge informieren.

### Können angestellte Zahnärzte Kooperationsverträge schließen?

Angestellte Zahnärzte können selbst keine Kooperationsverträge schließen. Vertragspartner muss immer der Praxisinhaber sein. Dieser kann die Betreuung des Heimes allerdings an einen angestellten Zahnarzt delegieren. In Medizinischen Versorgungszentren schließt ein zahnärztlicher Leiter die Verträge.

### Sind grenzüberschreitende Verträge möglich?

Hier bestehen keine Einschränkungen. Vertragszahnärzte aus Rheinland-Pfalz können Kooperationsverträge auch mit Pflegeheimen in anderen Bundesländern schließen. Auch diese Verträge sind der KZV Rheinland-Pfalz anzuzeigen, da die Abrechnung der Leistungspositionen über die KZV erfolgt.

### Haben Kooperationsverträge eine Laufzeit?

Kooperationsverträge haben grundsätzlich keine Laufzeit. In jedem Fall erlischt der Vertrag mit dem Ende der vertragszahnärztlichen Zulassung. Unbenommen davon steht es den Vertragspartnern frei, eine Laufzeit zu vereinbaren. Zu beachten ist, dass jede Änderung an einem Vertrag – auch eine Beendigung – der KZV Rheinland-Pfalz mitzuteilen ist.

### Gelten die Kooperationsverträge nach § 119b SGB V auch für stationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe?

Kooperationsverträge nach § 119b SGB V regeln ausschließlich die ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen. Behinderteneinrichtungen sind außen vor.

### Welcher Grundsatz gilt für die Einwilligung des Patienten in die Behandlung?

Hierbei verhält es sich dem Grunde nach wie bei einer Behandlung in der Zahnarztpraxis. Der Zahnarzt muss die Einwilligungsfähigkeit des Patienten im Einzelfall unter Berücksichtigung seiner Kommunikations- und Verständnissfähigkeit feststellen. Gewinnt der Zahnarzt den Eindruck, dass der Patient nicht in der Lage ist, die Erläuterungen bzw. Aufklärung aufzunehmen und zu verstehen, muss der Betreuer oder Vorsorgebevollmächtigte eingeschaltet werden. Es bietet sich an, im kooperierenden Pflegeheim für jeden neu aufgenommenen Patienten eine Einverständniserklärung zu hinterlegen und diese von dem Patienten bzw. von dessen Betreuer vor der ersten Untersuchung unterzeichnen zu lassen. Willigt der Patient oder sein Betreuer ein, ist der Zahnarzt rechtlich immer auf der sicheren Seite. Zudem lassen sich die Besuche im Heim besser planen und organisieren (Anzahl der zu untersuchenden Bewohner, Ablauf etc.). Ein Muster für eine Patienteneinwilligung gibt es unter [www.kzvrlp.de](http://www.kzvrlp.de) – Webcode 0435.

### Ein Patient im Heim weigert sich, vom Kooperationszahnarzt behandelt zu werden. Was ist zu tun?

Die freie Zahnarztwahl bleibt durch einen Kooperationsvertrag unberührt. Das heißt: Ein Patient kann nicht gezwungen werden, sich vom Kooperationszahnarzt behandeln zu lassen. Er hat das Recht, weiter seinen Hauszahnarzt zu konsultieren.

### Der Zahnarzt stellt während der Eingangs- oder einer Kontrolluntersuchung eine Behandlungsbedürftigkeit fest. Wie geht es weiter?

Die Kooperationsverträge zielen zunächst darauf, den Mundgesundheitsstatus zu erheben und einen möglichen Behandlungsbedarf festzustellen. Beides wird auf dem Dokumentationsbogen, der

dem Musterkooperationsvertrag der KZV Rheinland-Pfalz beiliegt, festgehalten. Aufgrund der Verpflichtung aus dem Kooperationsvertrag, auf eine Behandlung hinzuwirken, sind weitere Therapieschritte mit dem Heimbewohner bzw. mit einem Angehörigen/Betreuer zu besprechen und abzustimmen. Das ist vor allem auch die Frage, wer den Patienten weiter behandelt – der Kooperationszahnarzt oder der Hauszahnarzt.

### Wie ist mit dem Dokumentationsbogen zu verfahren?

Der Dokumentationsbogen ist Bestandteil des Kooperationsvertrages und muss ausgefüllt werden, um die Leistungen gegenüber der KZV abrechnen zu können. Es ist sinnvoll, den ausgefüllten Bogen dem Pflegeheim für die Patientenakte zu überlassen. Zum einen führt er den Pflegekräften den Pflegebedarf des Patienten leicht verständlich auf. Zum anderen dokumentiert er den Pflegeheimen einen möglichen weiteren Behandlungsbedarf. Verbleibt der Bogen im Heim, sollte der Kooperationszahnarzt eine Kopie in seine Unterlagen legen.

### Erfüllt die Kontrolluntersuchung im Rahmen der Kooperationsverträge die Bonusregelung bei Zahnersatz?

Die Kontrolluntersuchung erfüllt die Bonusregelung für Zahnersatz und sollte im Bonusheft eingetragen werden. Zu beachten ist aber, dass die BEMA-Nummer 01 nicht zusätzlich abgerechnet werden kann.

### Wie ist mit der elektronischen Gesundheitskarte zu verfahren?

Die Karte des Patienten muss eingelesen werden. Hierfür eignet sich am besten ein mobiles Kartenlesegerät.

### Welche Hygienestandards muss der Kooperationszahnarzt beachten?

Grundsätzlich ist das Pflegeheim für die Hygiene in seinen Räumen verantwortlich. Gleichwohl hat der Zahnarzt grundlegende, für die Untersuchung relevante Hygienemaßnahmen zu ergreifen, zum Beispiel die Verwendung medizinischen Einwegbestecks, von Einmalhandschuhen etc.

### Welches Instrumentarium wird für einen Heimb Besuch benötigt?

Die Kooperationsverträge zielen zunächst nur auf die Erhebung des Mundgesundheitsstatus und die Feststellung eines Behandlungsbedarfs. Hierfür genügen in der Regel die üblichen Instrumente für die Erhebung eines Befundes sowie geeignete Instrumente zur Abnahme von Kombinationsprothesen. Um den organisatorischen Aufwand für das zahnärztliche Team und das Pflegeheim so gering wie möglich zu halten, sollten pro Heimb Besuch immer mehrere Patienten untersucht werden. Das Instrumentarium ist selbstredend auf die Anzahl der Patienten abzustimmen.

### Wie viele Mitarbeiter sollte ein Zahnarzt zum Heimb Besuch mitbringen?

Aus organisatorischen Gründen empfiehlt es sich, einen bis zwei Beschäftigte mit ins Heim zu nehmen.

### Kann ein Zahnarzt den Transport eines Patienten in eine Zahnarztpraxis veranlassen?

Nach der Krankentransport-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses ist es Vertragszahnärzten gestattet, einen Krankentransport zu verordnen (Formular Muster 4). Voraussetzung ist, dass die zu transportierenden Patienten dauerhaft immobil sind. Dies sind Versicherte mit dem Pflegegrad 3, 4 oder 5 sowie schwerbehinderte Menschen, die einen Behindertenausweis mit dem Merkzeichen aG (außergewöhnlich gehbehindert), BI (blind) oder H (hilflos) besitzen oder vergleichbare Beeinträchtigungen aufweisen. Nach wie vor gilt die Maßgabe der KZV Rheinland-Pfalz, dass ein Zahnarzt eine Verordnung ausstellen kann, wenn wegen der zahnärztlichen Behandlung an sich ein Krankentransport notwendig wird. Für die hier aufgeführten immobilen Patienten ist diese Verordnung genehmigungsfrei. Sie muss also vorab nicht bei der Krankenkasse eingereicht werden.

### Gibt es noch Bedarf für neue Verträge?

Seit 2014 nimmt die Zahl der Kooperationsverträge stetig zu. In Rheinland-Pfalz gibt es aktuell 313 Verträge, die 146 Praxen mit 290 stationären Pflegeeinrichtungen geschlossen haben. Laut der Pflegestatistik 2022 des Statistischen Landesamtes gibt es mehr als 460 Heime im Land. Das bietet genügend Raum für weitere bzw. neue Kooperationen.

### An wen wenden sich interessierte Zahnärzte?

Die KZV Rheinland-Pfalz bringt interessierte Zahnarztpraxen mit Pflegeeinrichtungen zusammen. Bitte wenden Sie sich an Monika Kunz, Geschäftsbereich Recht, ☎ 06131 / 8927-107, ✉ [monika.kunz@kzvrlp.de](mailto:monika.kunz@kzvrlp.de). Allgemeine Informationen, die Umsetzungsempfehlung und der Musterkooperationsvertrag sind abrufbar unter [www.kzvrlp.de](http://www.kzvrlp.de) – Webcode 0435. ■

# Da vergeht einem das Lächeln.

## Zähne zeigen gegen Kürzungen, Budgetierung und Praxissterben

Die Finanzlöcher in der gesetzlichen Krankenversicherung werden immer größer, doch statt mutig anzupacken und das System wirksam zu reformieren, begrenzt die Bundesregierung die Mittel für zahnärztliche Leistungen durch eine strikte Budgetierung.

Am Ende sind auch die Patientinnen und Patienten die Verlierer: Begrenzungen der Mittel für die dringend notwendige Parodontistherapie können zu Gesundheitsschäden bei Patientinnen und Patienten führen. Mittelbegrenzungen beschleunigen zudem das Praxissterben auf dem Land.

↳ Zeigen Sie Zähne gegen diese Politik und unterstützen Sie uns mit Ihrer Stimme:



[zaehnezeigen.info](http://zaehnezeigen.info)

**ZÄHNE ZEIGEN.**

# „Die Versorgung muss zu dem Patienten passen“

Als Kooperationszahnarzt betreut Karl-Josef Wilbertz Patienten in einem Pflegeheim in Saarburg. Der Zahnarzt über seine Rolle, seine Aufgaben und Grenzen in der Versorgung.

Interview: Dr. Stefan Hannen

## Herr Wilbertz, Sie sind Kooperationszahnarzt. Was hat Sie bewogen, diese Aufgabe zu übernehmen?

Die zahnmedizinische Versorgung in Pflegeheimen gestaltet sich häufig schwierig. Viele Patienten verlieren ihre Hauszahnärzte, da nicht alle Kolleginnen und Kollegen in die Heime kommen können bzw. möchten. Aber auch die Bewohner des Pflegeheims haben einen Anspruch auf zahnmedizinische Versorgung, selbst wenn ihnen ein Besuch in der Praxis nicht oder nur unter sehr schwierigen Bedingungen möglich ist.

Um diesem Versorgungsauftrag gerecht zu werden, habe ich mich entschlossen, Kooperationszahnarzt zu werden. So können die Einrichtungen ihr Pflegeangebot erweitern, die Bewohner haben einen unkomplizierten Zugang zur zahnmedizinischen Versorgung. Nicht zuletzt kann oft eine Verbesserung des Allgemeinzustandes der Patienten beobachtet werden. Eine Verbesserung der Mundhygiene und das Sicherstellen der Hygienefähigkeit seitens des Patienten bzw. des Pflegepersonals können sich beispielsweise positiv auf einen ggf. vorhandenen Diabetes auswirken.

## Wie sehen Sie Ihre Rolle als Kooperationszahnarzt? Welches sind Ihre Aufgaben?

Meine Aufgabe als Kooperationszahnarzt ist die Sicherstellung einer zahnmedizinischen Grundversorgung der Pflegeheimbewohner. Sowohl die in regelmäßigen Abständen durchzuführenden Routineuntersuchungen und die Akutbehandlung von Schmerzen als auch die Reparatur und Neuanfertigung von Zahnersatz gehören hier zum Aufgaben-



Karl-Josef Wilbertz

Foto: privat

gebiet. So unterscheiden sich die Aufgaben des Behandlers nicht grundsätzlich von denen in der Praxis. Nur die Belastbarkeit der Patienten ist in Pflegeheimen häufig sehr viel geringer. So sollte die Behandlung meines Erachtens immer auf die Bedürfnisse, die manuellen Fähigkeiten und auf den Allgemeinzustand des jeweiligen Bewohners abgestimmt sein. Nicht immer ist die prothetische Versorgung oder eine aufwendige konservierende Behandlung zielführend. Oft kann den Bewohnern besser mit einer reduzierten Therapie geholfen werden. Die Sicherstellung der Funktion des Kauorgans und eine gesunde Mundflora sind das Ziel.



Foto: An Mazhor/shutterstock.com

## Wie planen und gestalten Sie Ihren Heimb Besuch? Wie sollten sich Praxen auf einen Heimb Besuch vorbereiten?

Die Routineuntersuchungen müssen vorher mit dem Pflegeheim abgestimmt werden. Das Pflegepersonal ist hier ebenso eingebunden wie das Team der Praxis. Für viele Bewohner, gerade solche mit neurologischen Erkrankungen, ist es wichtig, vertraute Personen in ihrer Nähe zu haben. Auch wenn es für die meisten Patienten sogar eine willkommene Abwechslung im Alltag darstellt, ist es zugleich eine Belastung. Also sollte das Pflegeheim Personal zur Unterstützung stellen, was natürlich einer Vorplanung bedarf, da dies in den Pflegealltag eingreift.

Der Heimb Besuch zur Reihenuntersuchung beeinflusst natürlich den Ablauf in der Praxis. Meist sind wir dazu an mehreren Nachmittagen mit dem kompletten Team in der Pflegeeinrichtung, sodass wir am Vormittag die Versorgung der Patienten in der Praxis sicherstellen können. Dieses Vorgehen hat sich für uns sowohl im Pflegeheim als auch in der Praxis bewährt.

In den Koffer gehören das zahnärztliche Grundbesteck, eine geeignete Lichtquelle sowie das Instrumentarium zur Entfernung von Zahnstein und Belägen. Optimal wären natürlich mobile Behandlungseinheiten, diese sind jedoch nicht in allen Fällen vorhanden. Desinfizierende Salben oder Gele zur Akutbehandlung sind mit dabei.

## Auf welche Barrieren stoßen Sie trotz Kooperationsvertrag?

Die Compliance der Patienten stellt hier meist die Grenze dar. Durch eine angepasste Therapie und einen Verzicht auf die Maximalversorgung versuche ich die Belastung für die Patienten so gering als möglich zu halten. Meines Erachtens ist die zahnmedizinische Versorgung zwar ein essenzieller Bau-

stein in der Pflege, sie muss jedoch immer im Verhältnis zum Allgemeinzustand und zu den Bedürfnissen und Wünschen des Patienten stehen.

## Wie versuchen Sie, diese Barrieren abzubauen, und welche Grenzen muss man akzeptieren?

Sollte die Compliance des Patienten nicht ausreichen oder kann eine adäquate Versorgung ambulant nicht sichergestellt werden, kann eine Behandlung unter stationären Bedingungen notwendig sein. Hier wäre dann die Überweisung in eine Klinik angebracht. Dies stellt jedoch meist ein großes Problem dar. Schon der Transport zur Klinik ist nicht immer unproblematisch. Aber auch eine angespannte Terminalsituation in den Kliniken selbst stellt uns vor eine Herausforderung.

## Welche zahnärztlichen Maßnahmen sind im Rahmen Ihres Besuchs möglich und wie ist Ihr Vorgehen, wenn darüber hinaus Maßnahmen erforderlich sind?

Außerhalb der Reihenuntersuchungen sind die Schmerzbehandlung und die Behandlung anderer akuter Fälle notwendig. Da meine Praxis glücklicherweise in unmittelbarer Nähe zur Pflegeeinrichtung liegt, ist dies meist unkompliziert möglich. Eine erste Untersuchung, bei der die weitere Behandlung festgelegt wird, findet so oft durch mich allein statt. Die folgende Behandlung kann dann meist in den Praxisalltag eingeplant werden. An dieser Stelle möchte ich ganz besonders das tolle und außergewöhnliche Engagement meines Teams hervorheben, welches die dann oft außerplanmäßige Behandlung erst möglich macht. Kleinere chirurgische Eingriffe sowie Reparaturen sind meist problemlos in der Pflegeeinrichtung möglich. Größere Behandlungen werden jedoch, soweit möglich, in der Praxis durchgeführt.

## Warum lohnt es sich, einen Vertrag abzuschließen?

Meines Erachtens ist der Abschluss eines Kooperationsvertrages sowohl nötig als auch lohnenswert. Nötig, da wir nur so den Patienten die zahnmedizinische Versorgung zukommen lassen können, die ihnen zusteht. Ob es lohnenswert ist, muss jeder für sich selbst herausfinden. Für mich sind der größte Lohn die Zufriedenheit und Dankbarkeit der Patienten. Ich kann nur an alle Kollegen appellieren, an eine Pflegeeinrichtung in ihrer Umgebung heranzutreten und mit der Heimleitung über den eventuellen Abschluss eines Kooperationsvertrages zu sprechen. ■

**Herzlichen Dank für Ihr Engagement und für das Gespräch!**

# Was macht eigentlich ... ... der Ausschuss für die Versorgung von Senioren und Menschen mit Behinderung?

Die Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) Rheinland-Pfalz lebt von der Mitarbeit ihrer Mitglieder, der Zahnärztinnen und Zahnärzte im Land. Sie bringen ihr individuelles Wissen und ihre Erfahrungen in diversen Gremien und Ausschüssen ein, zum Beispiel im Ausschuss für die zahnärztliche Versorgung von Senioren und Menschen mit Behinderung.

Text: Katrin Becker

Für alte Menschen, Pflegebedürftige und Menschen mit Handicap ist die zahnmedizinische Versorgung besonders anspruchsvoll. Bei der KZV Rheinland-Pfalz kümmert sich der Ausschuss für die zahnärztliche Versorgung von Senioren und Menschen mit Behinderung um die besonderen Belange dieser vulnerablen Patientengruppen. Sein Ziel ist es insbesondere, die aufsuchende Versorgung zu fördern. Der Ausschuss wurde auf Antrag des Vorstandes von der Vertreterversammlung besetzt. Aktuelle Mitglieder sind Dr. Christoph Blum, Dr. Sandra Goedecke, Andreas Ressel, Dr. Heike Wickop-Karber und Karl-Josef Wilbertz. ■

## Facharbeit in Ausschüssen

Die KZV Rheinland-Pfalz erfüllt eine Vielzahl von Aufgaben für die Vertragszahnärzteschaft. Das Zusammenwirken mit den gesetzlichen Krankenkassen bei Vertrags- und Honorarverhandlungen, die Abrechnung vertragszahnärztlicher Leistungen oder die Zulassung zur vertragszahnärztlichen Versorgung stehen im Vordergrund. Darüber hinaus obliegen ihr Aufgaben, die geräuschlos im Hintergrund laufen, zum Beispiel die Bearbeitung von Beschwerden und Widersprüchen. Für viele dieser Arbeiten hat sie Fachausschüsse gebildet. Darin bearbeiten die ehrenamtlichen Mitglieder gezielt Fragestellungen oder bereiten Entscheidungen der Vertreterversammlung und des Vorstandes vor. Einige Ausschüsse sind gesetzlich oder vertraglich vorgegeben, andere beruhen auf der Satzung der KZV.

## Neu im Amt: Dr. Steffi Beckmann ist DAJ-Geschäftsführerin

Von Ludwigshafen nach Bonn: Dr. Steffi Beckmann leitet seit August die Geschäfte der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ). Zuvor war sie viele Jahre für die Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege (LAGZ) Rheinland-Pfalz aktiv.

Text: Katrin Becker

Dr. Steffi Beckmann ist ausgewiesene Expertin der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe. Seit fast 30 Jahren engagiert sie sich für die Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen.

Als Schul- und Patenzahnärztin sowie als Ausbilderin von Multiplikatoren, darunter pädagogische Fachkräfte, Tagespflegepersonen und

Hebammen, kennt sie die vielfältigen Herausforderungen und Aufgaben der Gruppenprophylaxe. Für die LAGZ Rheinland-Pfalz verantwortete Beckmann zuletzt als Leiterin des Geschäftsbereichs Zahnmedizin die (Weiter-)Entwicklung, Organisation und Umsetzung der landesweiten Präventionsprogramme in Zusammenarbeit mit den verschiedenen Akteuren der Gruppenprophylaxe, beispielsweise den zahnärztlichen Körperschaften, den zuständigen Landesministerien sowie den Gesundheits- und Jugendämtern. ■

# Kampagne „Zähne zeigen“: Austausch mit der Politik

Mit der Kampagne „Zähne zeigen“ warnt der Berufsstand vor den negativen Folgen der Budgetierung für die zahnärztliche Versorgung. Der Vorstand der KZV Rheinland-Pfalz sucht dabei das persönliche Gespräch mit der Politik.

Text: Katrin Becker

In den Gesprächen ist die Position von Dr. Christine Ehrhardt und Sanitätsrätin Dr. Kerstin Bienroth klar: Der Gesetzgeber muss den Sparkurs zulasten der Gesundheit der Patienten beenden. Konkret fordern sie die Abschaffung der Budgetierung. Zumindest müssten die neuen Parodontisleistungen unbudgetiert erbracht werden können.

Auf offene Ohren stieß der Vorstand bei Dr. Christoph Gensch, gesundheitspolitischer Sprecher der CDU-Landtagsfraktion, und Torsten Welling, ebenfalls CDU und Mitglied im Gesundheitsausschuss des Landtages Rheinland-Pfalz. Gensch, von Haus aus Internist und nebenberuflich in einer Gemeinschaftspraxis beschäftigt, erlebt nicht nur den massiven Kostendruck in einem budgetierten System, sondern er weiß auch um die gravierenden medizinischen Folgen einer nicht (ausreichend) therapierten Parodontitis auf die Allgemeingesundheit. Bleibt eine Parodontitis unbehandelt, führt dies nicht nur zu Zahnverlust. Darüber hinaus steht sie in enger Wechselwirkung unter anderem mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes.

Mit der neuen mehrjährigen und präventiv orientierten Behandlungstrecke hätte die Zahnärzteschaft ein differenziertes Therapiesystem an die Hand bekommen, um eine Parodontitis wirksam zu behandeln, Folgeerkrankungen und somit Kosten zu vermeiden, erklärte der Vorstand den Landtagsabgeordneten. Mit der Einführung der Budgetierung durch das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz sei dieses System und insbesondere die therapiestützende Nachsorge ausgehebelt worden. Die Mehrausgaben, die hierfür benötigt werden, würden in den Ausgaben der Krankenkassen nicht voll berücksichtigt. Die unzureichende Finanzierung schränke die Behandlungskapazitäten in den Praxen ein.



Guter Austausch: Dr. Christoph Gensch, Torsten Welling, Dr. Christine Ehrhardt und Sanitätsrätin Dr. Kerstin Bienroth (v. l.) diskutierten über die gesundheitlichen und versorgungspolitischen Folgen der Budgetierung in der vertragszahnärztlichen Versorgung. Foto: KZV RLP

Nach ausgiebiger, fachlich vertiefender Diskussion sagten Gensch und Welling zu, die Kritik der Zahnärzteschaft aufzugreifen und in die politische Diskussion einzubringen.

Der Austausch reihte sich ein in weitere gesundheitspolitische Gespräche: Über die negativen Folgen der Budgetierung in der vertragszahnärztlichen Versorgung sprach der Vorstand der KZV Rheinland-Pfalz zuletzt auch mit Daniel Baldy, SPD-Bundestagsabgeordneter aus Mainz, und mit dem rheinland-pfälzischen Gesundheitsminister Clemens Hoch (SPD). Dieser setzte sich daraufhin in einem Brief an Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) für das Anliegen der Zahnärzteschaft ein. ■

 **ZÄHNE ZEIGEN**  
zaehnezeigen.info

# Der antikoagulierte ältere Patient

## Fallberichte aus der allgemein Zahnärztlichen Praxis

Der antikoagulierte ältere Patient stellt für den Zahnarzt täglich eine Herausforderung dar, da postoperative Blutungen besonders bei chirurgischen Eingriffen zu ernsthaften Problemen führen können. Kenntnisse über Art, Wirkungsweise und Einflüsse von Antikoagulantien sind für den Zahnarzt deshalb unabdingbar. Anhand von Fallbeispielen aus einer Praxis in einer thüringischen Kleinstadt soll diese Herausforderung beleuchtet werden.

Text: Grit Wulf (Arnstadt) und Petra Heidler (Krems, Österreich)

Aufgrund des demografischen Wandels steigt die Zahl älterer Menschen in Europa stetig an. Fortschritte in der Medizin und der Pharmakologie bedingen eine höhere Lebenserwartung. Auch die Fortschritte in der Zahnmedizin haben in den letzten Jahrzehnten dazu geführt, dass selbst hochbetagte Menschen über genügend eigene Zähne verfügen oder auf Pfeilerzähnen und Implantaten hervorragend prothetisch versorgt sind.

Dennoch tragen diese Patienten oft kardiovaskuläre Risikofaktoren, welche meistens eine lebenslange Einnahme oraler Antikoagulantien und Thrombozytenaggregationshemmer erfordern. Schätzungsweise werden in Deutschland mehr als eine Million Menschen mit antikoagulierenden Medikamenten behandelt.

Der ältere, antikoagulierte, vorerkrankte, oft verunsicherte und ängstliche Patient erfordert einen

### Patientenfall 1: Phenprocoumon (Falithrom®)

Bei einem 83-jährigen Patienten, der wegen Herzklappenersatz mit Phenprocoumon (Falithrom®) antikoaguliert wird, musste der endodontisch behandelte, längsfrakturierte Zahn 36 durch eine relativ schwierige Extraktion mit mehrfacher Wurzeltrennung entfernt werden. Die Behandlung erfolgte nach Gabe von Cefuroxim 500 zur Antibiotikaprophylaxe und Bridging mit Clexane in Absprache mit dem Hausarzt bei einem INR-Wert von 1,4.

Nach sorgfältiger Kürettage der Alveole erfolgten die Einlage von Gelaspon und die Fixierung der Wundränder mittels Matratzennaht. Bei Kontrollen am nächsten und übernächsten Tag zeigten sich ein großflächiges Wangenhämatom und ein regelrechtes Koagulum. Der Patient hatte keine Schmerzen. Sieben Tage postoperativ stellte sich der Patient zur Nahtentfernung vor und berichtete über eine „größer werdende Blase“ im Wundbereich und nächtliche Blutungen seit zwei Tagen. Es zeigte sich ein massives, überschießendes, infiziertes Koagulum im Bereich der Alveole 36.

Nach erneuter Antibiotikaprophylaxe mit Cefuroxim 500, Anfertigung einer Bluterplatte und Leitungsanästhesie wurden das Koagulum entfernt, die Alveole kürettiert, die Wundränder angefrischt und mit einer Matratzennaht verschlossen. Der Patient wurde angehalten, die Platte bis zur Nahtentfernung zehn Tage postoperativ zu tragen.

Danach gestaltete sich die Wundheilung komplikationslos, sodass am zehnten Tag postoperativ das Nahtmaterial entfernt werden konnte.



noch sensibleren Umgang hinsichtlich Anamnese und Behandlung. Damit stellt er für den Zahnarzt tagtäglich eine große Herausforderung dar, da besonders bei dentalchirurgischen Eingriffen postoperative Blutungen zu ernsthaften Problemen führen können. Somit ist der Zahnarzt gefordert, die Patienten zum einen vor thrombembolischen Komplikationen zu schützen und zum anderen bedrohliche Blutungen zu vermeiden.

Grundvoraussetzung dafür sind Kenntnisse über die Art und Wirkungsweise verschiedener Antikoagulantien, über deren Einfluss auf dentalchirurgische Eingriffe und über die sorgfältige Anamnese und Aufklärung des Patienten.

### Risiko der Thrombembolie gegen Blutung abwägen

Die Problematik des oral antikoagulierten Patienten mit erhöhtem Risiko, bei chirurgischen Eingriffen eine klinisch relevante Nachblutung zu erleiden, wird derzeit wissenschaftlich kontrovers

diskutiert. Die aktuelle Literatur ergibt ein heterogenes Bild. Generell muss jedes Mal das Risiko eines neu auftretenden thrombembolischen Ereignisses beim Pausieren der Medikation mit dem Risiko einer unkontrollierbaren Blutung als Folge des Eingriffs unter bestehender Antikoagulation abgewogen werden. Diese individuelle Risikoabschätzung erfährt bei elektiven zahnärztlichen Prozeduren eine besondere Bedeutung.

Die Autorin ist seit Erlangen der Approbation 1993 an der Friedrich-Schiller-Universität Jena und darauffolgender Assistenzzeit in der Zahnarztpraxis van der Veen (Emlichheim/Niedersachsen) seit 1996 als Zahnärztin in eigener Praxis tätig. Sie beschäftigt sich seit Oktober 2019 im Rahmen ihres PhD-Studiums an der St.-Elisabeth-Universität Bratislava eingehend mit der Thematik. Sie vergleicht in einer wissenschaftlichen Studie das prä- und postoperative Management dentalchirurgischer Eingriffe bei Patienten mit Vitamin-K-Antagonisten und Thrombozytenaggregationshemmern TAH (Kontrollgruppe) und Patienten mit Neuen oralen Antikoagulantien (NOAKs) (Vergleichsgruppe).

Alle Patienten wurden mittels eines Informationsblattes über die anonyme Erhebung der Daten aufgeklärt. Sie zeigten sich stets einverstanden und oft sogar erfreut, Teil einer wissenschaftlichen Studie zu sein. Deshalb gaben sie bereitwillig ihr Einverständnis zur fotografi-

Wirkstoff	Handelsname	Indikation	Wirkmechanismus	Kontrolle, Antidot
Phenprocoumon, Warfarin	Marcumar®, Falithrom®, Coumadin®	Thromboseprophylaxe, VHF, KHK, Embolien, HI	Bindung an das Enzym „Vitamin-K-Epoxid-Reduktase“ und Hemmung der Carboxylierung von Glutamat	Quick-Wert, INR, Vitamin K
Acetylsalicylsäure	Aspirin®, ASS®	KHK, APVK, Thromboseprophylaxe	COX-1-Hemmung und Inhibition Thromboxan-A <sub>2</sub> -Synthese	keine
Thienopyridine (Clopidogrel, Prasugel)	Iscover®, Plavix®, Efigent®	PVAK, akutes Koronarsyndrom, Prävention atherothrombotischer Ereignisse (HI, Apoplex), oft in Kombination mit ASS nach Fibrinolyse, Koronarstent-OP bzw. VHF	Irreversible Inhibition des thrombozytären ADP-P2Y <sub>12</sub> -Rezeptors	keine
Ticagrelor	Brilique®	Duale Therapie in Kombination mit ASS zur Prävention atherothrombotischer Ereignisse	Irreversible Inhibition des thrombozytären ADP-P2Y <sub>12</sub> -Rezeptors	keine
Dabigatran (NOAK)	Pradaxa®	Prävention venöser thrombembolischer Ereignisse und von Apoplex, Lungenembolien, tiefe Beinvenenthrombose	Kompetitive und reversible Bindung an Thrombin, Blockade der Umwandlung von Fibrinogen zu Fibrin	Idarucizumab (seit 2016)
Rivaroxaban (NOAK)	Xarelto®	Prävention venöser thrombembolischer Ereignisse und Apoplex, Lungenembolien, tiefe Beinvenenthrombose	Direkte, reversible und selektive Inhibition des Faktors Xa	Andexanet alfa (Testphase seit 2019)
Edoxaban (NOAK)	Lixiana®	Prävention Apoplex, systemische Embolien, Therapie tiefer Venenthrombosen und von Lungenembolien	Direkte und reversible Inhibition des Faktors Xa	Andexanet alfa (Testphase seit 2019)
Apixaban (NOAK)	Eliquis®	Prävention venöser thrombembolischer Ereignisse und Apoplex, Lungenembolien, tiefe Beinvenenthrombose	Direkte und reversible Inhibition des Faktors Xa	Andexanet alfa (Testphase seit 2019)

schen Dokumentation. Erfasst wurden zudem Geschlecht, Alter, Grunderkrankungen, Medikation, Art des Eingriffs, prä- und postoperatives Vorgehen und der Heilungsverlauf.

Im Rahmen dieser Studie wurden unter anderem die folgenden interessanten Fälle dokumentiert, die den Alltag in der Zahnarztpraxis widerspiegeln.

## Gerinnungshemmende Medikamente

### Antikoagulantien und Thrombozytenaggregationshemmer (TAH)

Einen Überblick über die aktuellen oralen Medikamente zur Hemmung der Blutgerinnung zeigt die vorstehende modifizierte Tabelle.<sup>22,9</sup> Für den Zahnarzt ist besonders wichtig, das Blutungsrisiko bereits vor dem Eingriff einzuschätzen und zu bewerten, um ein sicheres Management für die Wundversorgung zu entwickeln.

### Neue orale Antikoagulantien (NOAKs)

Die im letzten Jahrzehnt neu hinzugekommenen NOAKs (in englischsprachigen Publikationen auch als DOAKs = Direkte orale Antikoagulantien bezeichnet) ersetzen zunehmend die Therapien mit Phenprocoumon und Warfarin, da bei ihnen ein geringeres Risiko für intrakranielle Blutungen besteht, die Wirkung rasch einsetzt, die Halbwertszeit verkürzt ist und eine Kontrolle des INR-Wertes entfällt.

Für den Patienten ergeben sich somit erhebliche Vorteile. NOAKs wirken selektiv auf einen Gerinnungsfaktor (II bzw. X a), sind mindestens gleich effektiv bei geringeren Blutungskomplikationen, haben weniger Interaktionen mit Pharmaka oder Nahrungsmitteln und erfordern keine regelmäßigen Gerinnungskontrollen.<sup>18</sup>

### Geringe Studienlage führt zu großer Verunsicherung

Dem Zahnarzt dagegen fehlen der Parameter zum Einschätzen des Blutungsrisikos und die klinischen Erfahrungen mit diesen Medikamenten. Eine neuere klinische Studie untersuchte nur einfache Extraktionen und kam zu dem Ergebnis, dass im Vergleich zu Warfarin

bei den NOAKs ein geringeres Blutungsrisiko besteht.<sup>7</sup>

Die Studienlage zu diesen Medikamenten ist nach wie vor gering. Die S3-Leitlinien der DGZMK basieren auf wenigen klinischen Studien und geben deshalb auch teils widersprüchliche Empfehlungen, beispielsweise:

*„Bei einfachen zahnärztlich-chirurgischen Eingriffen im komprimierbaren Bereich sollte die Therapie weitergeführt werden.“*

oder

*„Bei einfachen zahnärztlich-chirurgischen Eingriffen im komprimierbaren Bereich kann die Therapie entweder für einen Tag unterbrochen oder auch weitergeführt werden.“<sup>9</sup>*

Die Verunsicherung ist entsprechend groß.

### Diskussion der fünf Patientenfälle

Wie bereits erwähnt, stellen ältere antikoagulierte Patientinnen und Patienten den zahnärztlichen Behandler tagtäglich vor große Herausforderungen. Sind der Patient und die Anamnese in der Praxis jedoch bekannt und liegt eine gute Zusammenarbeit mit dem Hausarzt zugrunde, kann das Risiko einer Nachblutung nach dentalchirurgischen Eingriffen gut eingeschätzt und entsprechend gehandelt werden.

Besonders die dargestellten Patientenfälle 1 und 3 zeigen allerdings, dass es trotz sorgfältiger Einhaltung der medizinischen Richtlinien und lege artis durchgeführter Behandlung zu Komplikationen

### Patientenfall 2: Rivaroxaban (Xarelto®)

Eine 75-jährige Patientin, die wegen Zustand nach Lungenembolie Xarelto einnimmt, stellte sich mit tief frakturierten Zähnen 24 und 27 vor. Am Vorstellungstag hatte sie das Medikament noch nicht eingenommen. Es wurde ein Termin am Folgetag vereinbart und die Patientin angewiesen, auch an diesem Tag kein Xarelto einzunehmen. Das Prozedere war von vorausgegangenen Behandlungen bekannt.

Nach schonender Entfernung der frakturierten Zähne wurden die Wunden mit Gelaspon und einer Matratzennaht versorgt. Der Heilungsverlauf gestaltete sich komplikationslos. Am siebten Tag postoperativ wurde das Nahtmaterial entfernt.

Lediglich ein ausgedehntes Hämatom der Wange bereitete der Patientin bei subjektivem Wohlbefinden einige Sorgen. Diese konnten aber im aufklärenden Gespräch schnell beseitigt werden.



### Patientenfall 3: Apixaban (Eliquis®)

Eine 87-jährige Patientin, welche aufgrund eines zurückliegenden Apoplexes mit Eliquis behandelt wird, suchte mit Schmerzen im rechten Unterkiefer die Praxis auf. Der erhobene Befund machte die Entfernung der letzten, teils tief zerstörten Zähne 42, 43 und 44 nötig.

Der vorhandene Zahnersatz wurde immediat erweitert und zur Wundplatte umgearbeitet. Nach Rücksprache mit der behandelnden Hausärztin wurde Eliquis für 24 Stunden abgesetzt und ein Extraktionstermin vereinbart.

Die Entfernung der Zähne verlief unproblematisch. Die Alveolen wurden mit Matratzennähten versorgt und die erweiterte Prothese eingegliedert. Die Patientin wurde angewiesen, diese bis zum Folge- und Wiedervorstellungstag zu tragen.

Die nunmehr totale, schlecht haltende Prothese im Unterkiefer stellte für die Patientin jedoch ein großes Problem dar. Zungen- und Fingerspiel manipulierten den Wundbereich derart, dass die Patientin zwei Stunden postoperativ mit Nachblutungen erneut die Praxis aufsuchte. Nach Anästhesie wurden die Wunden nochmals exkochleiert, genäht und Gelaspon wurde eingebracht. Die Patientin wurde noch einmal aufgeklärt, die Prothese unbedingt zu tragen.

Sieben Stunden postoperativ erschien die Patientin zum nunmehr dritten Mal in der Sprechstunde: ohne Prothese, mit den Fingern und Zellstoff im Mund, welcher das sich bildende Fibrin sofort wieder ablöste. Eine wirkliche Nachblutung konnte nicht festgestellt werden. Trotzdem wurde eine Bluterplatte mittels Minioplastschiene angefertigt und der Patientin eine Prothesenkarenz verordnet. Die Platte deckte den gesamten Unterkiefer ab und verhinderte so weiteres Zungen- und Fingerspiel sowie Einflüsse durch die Nahrungsaufnahme.

Der weitere Heilungsverlauf war regelrecht. Nach Entfernung des Nahtmaterials wurde die Prothese wieder eingegliedert.



### Patientenfall 4: Edoxaban (Lixiana®)

Ein bis dahin unbekannter 83-jähriger Patient in deutlich reduziertem Allgemeinzustand mit seit Tagen anhaltend starken Schmerzen im Bereich des rechten Unterkiefers stellte sich zwischen den Feiertagen zum Jahreswechsel im Rahmen der Vertretung vor. Er hatte seit vier Tagen nahezu keine Nahrung zu sich genommen. Die wechselnden Kollegen im zahnärztlichen Notdienst über die Weihnachtsfeiertage führten leider keine suffiziente Behandlung durch.

Die Anamnese ergab die Medikation mittels Lixiana aufgrund koronarer Herzerkrankung. Der behandelnde Hausarzt sowie kieferchirurgische Praxen waren nicht erreichbar. Ein sofortiges couragiertes Handeln war jedoch unabdingbar. Gemeinsam mit der Ehefrau und dem Patienten wurden aufgrund des akuten Schmerzgeschehens das 24 Stunden präoperative Absetzen von Lixiana und die Anfertigung einer Bluterplatte sowie ein Extraktionstermin des stark periapikal entzündeten Zahnes 46 vereinbart.

Am Folgetag erfolgten die Extraktion, die sorgfältige Kürettage der Alveole, die Einlage von Gelaspon, eine Matratzennaht und die Eingliederung der Bluterplatte. Am ersten Tag postoperativ zeigten sich reizlose, regelrechte Wundverhältnisse. Der Patient war schmerzfrei und in einem zufriedenstellenden Allgemeinzustand. Die Entfernung des Nahtmaterials übernahm der Hauszahnarzt.



## Patientenfall 5: Dabigatran (Pradaxa®)

Bei einer 72-jährigen Patientin, welche aufgrund einer tiefen Beinvenenthrombose mit Pradaxa behandelt wird, mussten die parodontal zerstörten Zähne 32 bis 42 entfernt werden.

Da es sich um eine leichte Serienextraktion mit geringem Blutungsrisiko handelte, konnte auf das Absetzen von Pradaxa verzichtet werden. Nach intraligamentärer Anästhesie erfolgte die Entfernung der stark gelockerten Zähne. Der vorhandene Zahnersatz wurde immediat erweitert und diente so als Wundplatte. Der anschließende Heilungsverlauf war völlig komplikationslos.



kommen kann. Beide Fälle haben das gesamte Praxisteam fünf bzw. sieben Stunden lang beschäftigt und so den Sprechstundenablauf erheblich durcheinandergebracht.

Bei Fall 1 stellte sich im Nachhinein heraus, dass der Patient am Folgetag der Extraktion eigenmächtig wieder mit der Einnahme von Falithrom begonnen hatte, gleichzeitig aber weiterhin Clexane spritzte. Ein gründlicheres Gespräch zum vereinbarten Kontrolltermin hätte dies ans Licht bringen müssen.

Im Fall 3 war die hochbetagte, allein lebende Patientin mit der Gesamtsituation völlig überfordert und erst nach Einsetzen der Blutertablette beruhigt. Das Erweitern und Umarbeiten des vorhandenen Zahnersatzes im Rahmen von Zahnextraktionen stellt die übliche Vorgehensweise dar. Sie führt in den meisten Fällen zum Erfolg, wie Fall 5 zeigt. Fall 4 zeigt die große Unsicherheit, die immer noch unter den Zahnärzten herrscht, wenn es sich um ältere antikoagulierte Patienten handelt und der Hausarzt nicht erreichbar ist. Das Nichthandeln hätte den Patienten durchaus in eine ernste Situation bringen können.

### Fazit und Empfehlungen für die zahnärztliche Praxis

Eine gründliche Anamnese sowie Aufklärung des Patienten und Kenntnisse des Behandlers über die verschiedenen Antikoagulantien sind im Vorfeld einer Extraktion unabdingbar. Ein guter Kontakt zum multiprofessionellen Behandlungsteam (insbesondere dem Hausarzt) ist wichtig. Gerade bei älteren Patienten sind die Einbeziehung von Begleitpersonen und die vorliegenden Lebensumstände von Bedeutung.

Die Extraktionen sollten schonend erfolgen, auf Osteotomien sollte verzichtet und die Alveole stets gründlich kürettiert werden. Dem Zahnarzt stehen postoperativ mit Gelaspon- oder Kollageneinla-

gen, adaptiven Nahttechniken und den Blutertabletten bzw. umgearbeiteten Prothesen gute Mittel zur Verfügung, um das Risiko einer Nachblutung und Wundheilungsstörungen zu minimieren.

Nach erfolgter Behandlung ist es wichtig, den Patienten mögliche Notfallkontakte der behandelnden Personen (zum Beispiel Telefonnummer) zu übermitteln.

Eine multiprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit unterstützt Patienten sowie Angehörige, reduziert Komplikationen und Kosten und trägt zum allgemeinen Wohlbefinden der Patienten bei. ■

Das Literaturverzeichnis ist bei der Redaktion erhältlich.  
Dieser Beitrag ist im Thüringer Zahnärzteblatt 04/2022 erschienen. Wir danken für die Nachdruckerlaubnis.

### Autorinnen

Grit Wulf ist niedergelassene Zahnärztin in Arnstadt. Kontakt: [www.grit-wulf.de](http://www.grit-wulf.de)

Petra Heidler ist Leiterin des Zentrums für Management in den Bereichen Gesundheit und Soziales der Universität für Weiterbildung Krems (Österreich).

# Destatis-Erhebung: Praxen haben Auskunftspflicht

Das Statistische Bundesamt führt diesen Herbst eine repräsentative Untersuchung zur Kostenstruktur in Arzt- und Zahnarztpraxen durch. Angeschriebene Praxen sind auskunftspflichtig.

Text: Katrin Becker

Die Praxen werden für die Erhebung per Zufallsstichprobe ausgewählt. Um die Belastung möglichst gering zu halten, werden nach Angaben des Bundesamtes bundesweit höchstens sieben Prozent aller Praxen befragt. Anschließend wird das Ergebnis auf die Gesamtheit aller Praxen hochgerechnet. Die Abfrage bezieht sich auf das Jahr 2022. Die Zugangsdaten zum Online-Fragebogen werden Anfang Oktober dieses Jahres versendet. Der Fragebogen ist dann innerhalb einer Frist von vier Wochen auszufüllen. Die Ergebnisse sollen im Sommer 2024 vorliegen.

Ziel der Erhebung ist es, die in den Praxen erzielten Einnahmen und die dafür erforderlichen Aufwendungen sowie deren Zusammensetzung darzustellen. Die Ergebnisse sollen unter anderem dazu dienen, die volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen zu erstellen. Sie sollen aber auch den

Praxen die Möglichkeit eröffnen, betriebswirtschaftliche Vergleiche durchzuführen und damit Ansatzpunkte für Verbesserungsmaßnahmen zu erkennen.

## Weitere Informationen

Informationen zur Methodik der Kostenstrukturerhebung einschließlich Direktlinks auf Ergebnisse der letzten Erhebung finden sich unter [www.destatis.de/kme](http://www.destatis.de/kme). Mit dem Erhebungsstart im Oktober werden Informationen zur aktuellen Umfrage und ein Fragen-Antworten-Katalog unter [www.destatis.de/kme-portal](http://www.destatis.de/kme-portal) veröffentlicht.

Die Kostenstrukturerhebung im medizinischen Bereich von Destatis ist eine jährliche Statistik. Sie wird auf Grundlage des Gesetzes über Kostenstrukturstatistik (KoStrukStatG) durchgeführt. ■

# Stellenbörse: BfB-Jobportal wird erweitert

Das 2022 vom Bundesverband der Freien Berufe (BfB) für ukrainische Geflüchtete initiierte Jobportal wird zur allgemeinen Stellenbörse für die Freien Berufe. Es richtet sich auch an Zahnarztpraxen.

Text: Katrin Becker

Unter [www.freieberufe-jobportal.de](http://www.freieberufe-jobportal.de) können niedergelassene Zahnärztinnen und Zahnärzte kostenfrei Stellengesuche aufgeben und selbst nach Bewerbern suchen. Hierfür gibt es drei Kategorien: Job, Ausbildung und Praktikum. Darüber hinaus kann die Suche nach Branche, Region und Beschäftigungsumfang gefiltert werden.

Der BfB betreibt das Jobportal nun nicht mehr in Eigenregie, sondern in Kooperation mit dem Bun-

desverband Deutscher Unternehmensberatungen (BDU). Insbesondere der Fachkräftemangel in den Freien Berufen mache strategische Allianzen erforderlich, so der BfB in einer Pressemitteilung. Aktuell fehlten den Freien Berufen laut der Fachkräfte-Studie des BfB rund 46.000 Auszubildende, 236.000 Fachkräfte und 60.000 Freiberuflerinnen sowie Freiberufler.

# Stichtag 1. Januar 2024: Das E-Rezept kommt

Nun also doch: Nach dem Willen der Gematik und des Bundesgesundheitsministeriums soll das elektronische Rezept (E-Rezept) bundesweit verbindlich eingeführt werden. Startschuss ist der 1. Januar 2024.

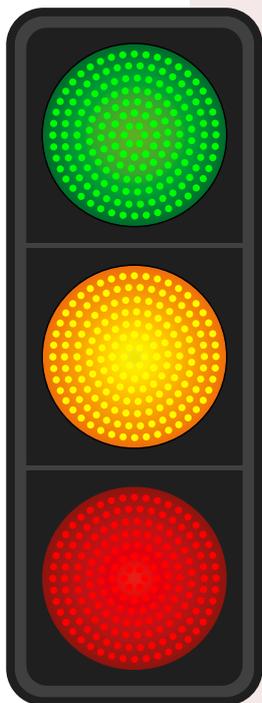
Text: Katrin Becker

Ab Januar nächsten Jahres dürfen Medikamente zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ausschließlich elektronisch verordnet werden. Das E-Rezept löst somit das rosa Papierrezept (Muster 16) ab. Damit können Fertigarzneimittel, Freitextverordnungen und Wirkstoffverordnungen elektronisch verschrieben werden. Perspektivisch sollen alle veranlassten Leistungen, darunter auch Heilmittel und Hilfsmittel, hinzukommen (Abb. 1). Das Muster 16 verschwindet aber nicht komplett aus der Versorgung. Es kommt bei Störfällen, zum Beispiel bei einem Ausfall der Telematikinfrastruktur, oder als Ersatzverfahren sowie bei Haus- und Heimbisuchen zum Einsatz. Praxen,

die bislang noch keinerlei Erfahrungen mit dem E-Rezept gesammelt haben, sollten deshalb schnellstmöglich das benötigte Softwareupdate bei ihrem Softwarehersteller oder IT-Dienstleister bestellen und sich mit der Anwendung vertraut machen.

Dies ist auch deshalb wichtig, da das Bundesgesundheitsministerium plant, die Einführung des E-Rezeptes mit Sanktionen zu verknüpfen. Das heißt: Praxen, die ab Januar keine E-Rezepte ausstellen, wird die Vergütung pauschal um ein Prozent gekürzt, bis sie den Nachweis erbringen, dazu technisch in der Lage zu sein. Diese Regelung sieht der Entwurf des Digital-Gesetzes vor.

## Abb. 1: Wann ist das E-Rezept Pflicht?



### Das E-Rezept ist verpflichtend für:

- » apothekenpflichtige Medikamente zulasten der GKV
- » Fertigarzneimittel
- » Freitextverordnungen
- » Wirkstoffverordnungen
- » Mehrfachverordnungen

### Das E-Rezept kann optional genutzt werden für:

- » Empfehlung apothekenpflichtiger Medikamente („grünes Rezept“)
- » Empfehlung apothekenpflichtiger Medikamente für Selbstzahler in der GKV („blaues Rezept“)
- » apothekenpflichtige Medikamente zulasten der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen
- » privat Versicherte (voraussichtlich im Laufe des Jahres 2023)

### Das E-Rezept ist noch nicht zulässig für:

- » Betäubungsmittel
- » T-Rezepte
- » Sprechstundenbedarf
- » sonstige Hilfsmittel nach § 31 SGBV
- » Verordnungen zulasten Sonstiger Kostenträger (Bundeswehr, Sozialämter etc.)

Außerdem wird einer Praxis die monatliche Pauschale zur Refinanzierung der Telematikinfrastruktur um 50 Prozent gekürzt, wenn sie die Anwendung „E-Rezept“ nicht unterstützt.

### Wie funktioniert das E-Rezept?

E-Rezepte werden, wie ihre analogen Vorgänger, im Praxisverwaltungssystem (PVS) erzeugt. Die elektronische Gesundheitskarte (eGK) des Patienten muss dafür nicht im Kartenterminal stecken. Neu ist, dass die Verordnungen nicht mehr per Hand unterzeichnet, sondern mithilfe des elektronischen Heilberufsausweises (eHBA) und unter Eingabe einer PIN am Kartenterminal elektronisch fälschungssicher signiert werden. Es gibt verschiedene Signaturtypen: Neben der Einzelsignatur (eine PIN-Eingabe zur Signatur eines Dokuments) und der Stapelsignatur (gleichzeitige Signatur von bis zu 250 Rezepten nach einmaliger PIN-Eingabe) kann die Komfortsignatur genutzt werden. Damit können nach der PIN-Eingabe bis zu 250 Dokumente über einen Zeitraum von bis zu 24 Stunden signiert werden. Die Komfortsignatur setzt die Nutzung eines PTV4+-Konnektors und eines eHBA 2.0 voraus.

Nach der Signatur wird die Verordnung automatisch im E-Rezept-Fachdienst der Telematikinfrastruktur verschlüsselt gespeichert. Zugriff auf das E-Rezept haben ausschließlich der Patient, die ausstellende Praxis und die vom Patienten ausgewählte Apotheke. Der Zugriff wird über die eGK oder einen Rezeptcode gesteuert, der automatisch zu jedem E-Rezept erzeugt wird. Dieser „Token“ – ein Zugangsschlüssel in Form eines 2D-Codes – wird dem Patienten in der E-Rezept-App der gematik bereitgestellt. Alternativ kann der Patient auf Wunsch einen Ausdruck in der Praxis

### Technische Voraussetzungen in der Praxis

Das E-Rezept ist eine Pflichtanwendung der Telematikinfrastruktur. Um ein E-Rezept ausstellen zu können, benötigen Praxen folgende Komponenten und Dienste:

- » einen elektronischen Heilberufsausweis (eHBA) je Verordner,
- » einen elektronischen Praxisausweis (SMC-B),
- » ein stationäres E-Health-Kartenterminal,
- » ein PVS-Update,
- » mindestens einen PTV4-fähigen Konnektor,
- » einen Tintenstrahl- oder Laserdrucker (Mindestauflösung 300 dpi) zum Ausdrucken des Rezeptcodes/Tokens (Format A5 oder A4) sowie
- » optional ein zweites Kartenterminal zum Signieren der E-Rezepte.

erhalten. Vor- und Nachteile der Einlösewege finden sich in Abb. 2.

Zum Einlösen müssen die Patienten den Ausdruck in der Apotheke vorlegen oder den Rezeptcode/Token der Apotheke per App zuweisen. Beim Einlöseweg „eGK“, der seit Juli dieses Jahres möglich ist, ruft die Apotheke die Verordnung im E-Rezept-Fachdienst über die eGK des Patienten ab. Die eGK dient dabei nicht als Speicher,

Abb. 2: Einlösewege im Vergleich

	E-Rezept-App	Ausdruck	Gesundheitskarte
Digitaler Empfang (ohne Praxisbesuch)	✓	X	✓
Digitales Einlösen (ohne Apothekenbesuch)	✓	✓	X
Einlösen durch Vertreter	✓	✓	✓
Rezeptdetails einsehbar	✓	✓	X
Voraussetzungen für die Einlösung	NFC-fähiges Handy, NFC-fähige eGK + PIN	keine	Gesundheitskarte (ohne NFC und PIN)

Quelle: KZBV, gematik

## Die E-Rezept-App



Die E-Rezept-App der gematik kann in den bekannten App-Stores kostenfrei heruntergeladen werden. Die App ermöglicht das Empfangen, Verwalten und Einlösen der E-Rezepte. Um diese Funktionen vollständig nutzen zu können, müssen sich die Patienten in der App anmelden. Hierzu wird eine eGK mit kontaktloser Schnittstelle (NFC) benötigt. Eine NFC-fähige Gesundheitskarte – erkennbar an einem kleinen Satellitensymbol und einer sechsstelligen Nummer oben rechts – kann zusammen mit der dazugehörigen PIN bei der Krankenkasse angefragt werden. Das Prinzip funktioniert wie beim kontaktlosen Bezahlen: Der Versicherte hält seine eGK an sein Smartphone und gibt die PIN und die Kartenummer der eGK ein. Nach der Anmeldung greift der Patient auf den TI-Fachdienst zu und generiert selbst den Rezeptcode/Token. Ohne Anmeldung ist der Funktionsumfang der App eingeschränkt. Der Patient benötigt in diesem Fall einen Ausdruck des Tokens, den er mit der App scannen und darin weiterverwenden kann.

Im Entwurf zum Digital-Gesetz sieht der Gesetzgeber vor, dass künftig auch Krankenkassen Apps anbieten dürfen, mit denen Patienten E-Rezepte digital an Apotheken verweisen können.

sondern als Schlüssel, mit dem die Apotheke auf die einlösbaren E-Rezepte des Patienten zugreifen kann. Hierfür muss der Patient seine eGK in der Apotheke in ein Kartenterminal ohne Eingabe einer PIN stecken.

### Ein eHBA pro Verordner

Übrigens: Beim Verordnen bleibt für die Zahnärztinnen und Zahnärzte alles beim Alten. Die Person, die das Medikament verschreibt, muss auch diejenige sein, die das Rezept elektronisch signiert – mit einem eigenen und freigeschalteten eHBA. Stimmen die Namen nicht überein, darf die Apotheke das Rezept nicht beliefern. Zahnärztinnen und Zahnärzte, die künftig E-Rezepte erstellen möchten und noch keinen persönlichen eHBA besitzen, sollten diesen deshalb online bei der Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz ([www.lzk.de/zahnaerzte/ehba-formular](http://www.lzk.de/zahnaerzte/ehba-formular)) bestellen. Spätestens zum 1. Januar 2024 ist die Verordnung apothekenpflichtiger Arzneimittel anderenfalls nicht mehr möglich. Eine Signatur des E-Rezeptes mit dem Praxisausweis ist ausgeschlossen und auch nicht als Ersatzverfahren vorgesehen.

### Korrigieren oder löschen?

Für jedes Medikament wird ein E-Rezept erstellt. Auf dem Tokenausdruck können jedoch bis zu drei Verordnungen in einem Sammelcode zusammengefasst werden. Ein E-Rezept kann aufgrund der elektronischen Signatur nachträglich nicht verändert werden. Eine fehlerhafte oder fälschli-

cherweise ausgestellte Verordnung kann aber im Nachhinein über das PVS storniert bzw. aus dem Fachdienst gelöscht werden. Voraussetzung ist, dass die Verordnung noch nicht in einer Apotheke verarbeitet wurde. Alle Rezepte werden, ob eingelöst oder nicht, automatisch nach 100 Tagen aus dem Fachdienst gelöscht.

### Finanzierung

Zum 1. Juli 2023 haben sich die Refinanzierungsmodalitäten der Telematikinfrastruktur geändert. Die Kosten für die Anschaffung und den Betrieb der Anwendung „E-Rezept“ werden mit der monatlichen Pauschale abgegolten (vgl. Rundschreiben 4/23).

### Weitere Informationen

Informationen zum E-Rezept bietet die KZV Rheinland-Pfalz auf ihrer Internetseite unter [www.kzvrlp.de](http://www.kzvrlp.de) – Webcode 0602. Die TI-Hotline ist erreichbar unter ☎ 06131 / 8927-333 oder ✉ [egk@kzvrlp.de](mailto:egk@kzvrlp.de).

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung bietet unter [www.kzbv.de/e-rezept](http://www.kzbv.de/e-rezept) eine Themenseite an. Neben allgemeinen Informationen sind dort ein Leitfaden, ein Erklärvideo und ein Fragen-Antworten-Katalog zu finden.

Die gematik hat Informationen für Zahnarztpraxen unter [www.gematik.de/anwendungen/e-rezept](http://www.gematik.de/anwendungen/e-rezept) zusammengestellt. ■

## E-Rezept: Inhalte einer Freitextverordnung

Grundsätzlich sollen Zahnärztinnen und Zahnärzte Wirkstoffe verordnen. Falls dies nicht möglich ist, können sie auf eine Freitextverordnung ausweichen.

In diesen Fällen sind im Freitextverordnungsfield anzugeben:

- » der Wirkstoff
- » die Wirkstärke und die Wirkstärkeneinheit
- » die Darreichungsform
- » die Packungsgröße nach abgeteilter Menge und Einheit

### Beispiele

Clindamycin	600 mg	Tabletten	12 Stück
Amoxicillin	250 mg/5 ml	Trockensaft	100 ml

Sofern aus Gründen der Praktikabilität ausnahmsweise ein Handelsname verordnet werden soll, wird das Freitextverordnungsfield gefüllt mit:

- » dem Handelsnamen inklusive der Wirkstärke und dem Hersteller (sofern Bestandteile des Handelsnamens)
- » der Darreichungsform
- » der Packungsgröße nach abgeteilter Menge und Einheit

### Beispiele

Dolomo TN	Tabletten	10 Stück
Amoclav 400 + 57 mg/5 ml	Trockensaft	70 ml

Bei einer Freitextverordnung wird die Darreichungsform **nicht** zusätzlich im Feld „Darreichungsform Freitext“ angegeben.

Und: Im Freitextverordnungsfield dürfen insbesondere **nicht** angegeben werden:

- » die Pharmazentralnummern, die Wirkstoffnummern oder andere Codes
- » die Packungsgröße nach N-Bezeichnung
- » die Dosierung (Die Dosierung muss ausschließlich in den dafür vorgesehenen Feldern angegeben werden [„Kennzeichen Dosierung“ und ggf. „Dosieranweisung“].)
- » die Anzahl der verordneten Packungen (Die Angabe muss im dafür vorgesehenen Feld „Anzahl der verordneten Packungen“ erfolgen.)
- » Informationen, für die bereits andere Felder vorgesehen sind, wie zum Beispiel ein Abgabehinweis

Auch bei einer Freitextverordnung darf pro E-Rezept **nicht mehr als ein Arzneimittel** verordnet werden.

Praxistipp: Es empfiehlt sich, sofern dies technisch in der Praxissoftware möglich ist, für regelmäßig verwendete Verordnungen Vorlagen mit den relevanten Informationen zu erstellen. Bei der Nutzung von Vorlagen ist regelmäßig – gegebenenfalls unter Rücksprache mit einer Apotheke – zu prüfen, ob Arzneimittel mit den hinterlegten Wirkstoffen inklusive Wirkstärken bzw. mit den hinterlegten Handelsnamen in der gespeicherten Darreichungsform und Packungsgröße noch auf dem Markt sind und die E-Rezepte entsprechend verarbeitet werden können.

# Krebsgesellschaft Rheinland-Pfalz: Begleitung auf dem Weg zum Leben mit der Krankheit

Tumore im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich sind mit weniger als drei Prozent aller Malignome eher selten. Doch kaum eine andere Krebsart wirkt sich so offenkundig auf das Leben der Betroffenen aus und ist für sie so schwer zu akzeptieren. Die Krebsgesellschaft Rheinland-Pfalz hilft ihnen und anderen Krebserkrankten.

Text: Prof. Dr. Dr. Richard Werkmeister und Dr. Thomas Schopperth, Krebsgesellschaft Rheinland-Pfalz

Nach Angaben des Robert Koch-Institutes erkranken jährlich rund 260.000 Männer und 230.000 Frauen neu an Krebs, darunter waren zuletzt etwa 14.000 Frauen und Männer, die ein Malignom im Mundhöhlen- und Rachenbereich entwickelten. Explizit angemerkt sei, dass es sich bei diesen Zahlen um die jährlich neu hinzukommenden Krebspatientinnen und -patienten handelt und sich die Gesamtzahl der Erkrankten durch die Menschen, die sich in einer Tumorbehandlung oder in der Nachsorge befinden, deutlich erhöht. Somit ist davon auszugehen, dass nahezu jede Familie mit der Schreckensdiagnose „Krebs“ konfrontiert ist.

Es ist unverkennbar, dass durch Früherkennungsmaßnahmen und besonders die Screeningverfahren für einige Tumorentitäten, zum Beispiel für das Mammakarzinom und Hauttumoren, die Behandlungsmöglichkeiten deutlich verbessert werden konnten. Auch bei der Tumorthherapie ergaben sich einige fast schon revolutionär zu nennende Veränderungen. Dennoch fallen die meisten Patientinnen und Patienten bei Diagnosestellung zunächst in ein tiefes Loch. Bisher Tragfähiges wird brüchig, Sicherheiten lösen sich auf, der als dunkler Punkt in ferne Zukunft verbannte Tod kommt plötzlich näher.

In der Regel wird nach der Diagnosestellung und nach erfolgter Tumorkonferenz die Therapie eingeleitet. Die Krebserkrankten werden durch Operationen, Bestrahlungen und Chemotherapie intensiv in Anspruch genommen. Nach Abschluss der Akuttherapie folgt zu Hause oft die Phase, in

der die Tragweite der Erkrankung erkannt wird, in der Verunsicherung und Angst zunehmen. Die Patientinnen und Patienten kommen zur Besinnung und merken, dass sie ihr Leben nicht wie bisher weiterführen können. Besonders aufwühlend sind häufig die Tage vor und nach Nachsorgeterminen. Die Sorge vor einem Rezidiv, vor nochmaligen Behandlungen, vor einer Prognoseverschlechterung führt bei einigen Menschen zu tiefgreifenden Verunsicherungen.

Genau an diesem Punkt setzt die Arbeit der Krebsgesellschaft Rheinland-Pfalz seit mehr als 70 Jahren an. Die Krebsgesellschaft engagiert sich dafür, dass an Krebs erkrankte Menschen über die bestmögliche medizinische Versorgung hinaus auf ihrem Weg der Krankheitsverarbeitung psychoonkologisch betreut werden. Angehörige erhalten bei Bedarf ebenfalls Unterstützung.

## Krebsberatung schließt Lücke im Versorgungssystem

Schon der Koblenzer Arzt Dr. Alexander von Esen (1908-1989), einer der Gründerväter der Krebsgesellschaft Rheinland-Pfalz, war der Überzeugung, dass der Körper nicht gesunden kann, wenn die Seele leidet. Dieser Auffassung trug er bereits 1974 mit der Beschäftigung einer Beraterin in seinem Radiologischen Institut in Koblenz Rechnung. Nur vier Jahre später entstand daraus die erste eigenständige Beratungsstelle. Inzwischen ist die Krebsgesellschaft auf ein multiprofessionelles Team mit derzeit 35 Mitarbeiterin-

nen und Mitarbeitern angewachsen. Neben den fünf zentralen Beratungszentren in Koblenz, Trier, Ludwigshafen, Kaiserslautern und Mainz stehen den Ratsuchenden weitere 51 Außenstellen in ganz Rheinland-Pfalz wohnortnah und kostenfrei zur Verfügung.

### Anlaufstelle in jeder Krankheitsphase

Wenn Menschen die Beratungsstelle der Krebsgesellschaft aufsuchen und mit einer psychoonkologisch und psychosozial ausgebildeten Fachkraft ins Gespräch kommen, sind ihre Anliegen so unterschiedlich wie die Vielfalt an Sorgen und Problemen, die mit der Diagnose und/oder der Therapie einhergehen können. Es gibt unter den ratsuchenden Menschen einige, die nur ein Gespräch benötigen, um weiterführende Informationen oder eine Orientierungshilfe zu erhalten. Sie erfahren, wie sie sich künftig selbst weiterhelfen können. Es gibt aber auch Krebserkrankte und Angehörige, die über Wochen, Monate und Jahre regelmäßig begleitet werden, weil sie fachkundige Hilfe brauchen, die ihnen ihr privates Umfeld nicht bieten kann. Das Angebot der Krebsgesellschaft richtet sich zudem an sogenannte Langzeitüberlebende – Menschen, die ihre Krebserkrankung schon lange hinter sich gelassen haben, allerdings nach wie vor an gesundheitlichen Folgeproblemen leiden.

Die Ratsuchenden wünschen Antworten auf konkrete Fragen wie „Welches Krankenhaus ist für die Behandlung geeignet?“, „Welche finanzielle Unterstützung gibt es?“, „Wie verhalte ich mich meinem Partner gegenüber?“, „Werde ich meinen Beruf wieder ausüben können?“. Oder sie haben das Bedürfnis, über Angst vor Leiden und Tod zu sprechen. Junge Menschen und junge Familien fragen zum Beispiel, wie die Erkrankung mit den

Kindern altersangemessen besprochen werden kann. Das ist meist der Moment, in dem das Familienprojekt der Krebsgesellschaft „Mama/Papa hat Krebs“ zum Tragen kommt. Hierbei werden Kinder krebskranker Eltern zusammengeführt. Gemeinsame Aktivitäten und Gesprächsrunden geben den Kindern, aber auch den Eltern jeweils den Raum, um Erfahrungen auszutauschen und auf andere Gedanken zu kommen. Das Projekt hat sich vor allem in Kaiserslautern aufgrund ehrenamtlichen Engagements sehr erfreulich entwickelt, aber auch in den anderen Beratungsstellen wird durch eine großzügige Förderung der „Else-Schütz-Stiftung“ die Betreuung der Kinder und Jugendlichen ausgebaut.

### Spenden sind wichtige Säule der Finanzierung

Bis 2020 sind sämtliche Aktivitäten der Krebsgesellschaft und insbesondere die Personalkosten durch Mitgliedsbeiträge, private Spenden sowie Hilfen der Krankenkassen, der Rentenversicherungsträger und des Landes Rheinland-Pfalz getragen worden. Eine gesetzliche Neuregelung führte dazu, dass seit 2020 die gesetzlichen und privaten Krankenkassen (zu 80 Prozent) und das Land (zu 15 Prozent) zumindest die Bruttopersonalkosten für die ambulante psychosoziale Krebsberatung weitgehend übernehmen. Die nicht abgedeckten sonstigen Kosten zur Leistungserbringung sowie zahlreiche andere Aktivitäten müssen weiter aus Mitgliedsbeiträgen, Spenden oder Erlösen von Benefizaktionen finanziert werden. Diese Einnahmen bilden somit nach wie vor eine tragende Säule, um Aufgaben wie den Auf- und Ausbau regionaler Infrastrukturen, die Begleitung von Angehörigen, insbesondere von Kindern krebskranker Eltern, oder ergänzende An-



Mit dem Projekt „Mama/Papa hat Krebs“ adressiert die Krebsgesellschaft Kinder krebskranker Eltern.

Foto: Krebsgesellschaft Rheinland-Pfalz e.V.



In Informationsveranstaltungen, hier anlässlich des diesjährigen Krebstages Rheinland-Pfalz an der Universitätsmedizin Mainz, informiert die Krebsgesellschaft über Erkrankungen und klärt über Prävention und Früherkennung auf.

Foto: Krebsgesellschaft Rheinland-Pfalz e.V.

gebote wie Informationsveranstaltungen und Ratgeberbroschüren stemmen zu können.

Neben der Kernaufgabe der Beratung setzt sich die Krebsgesellschaft auch intensiv für die Prävention und Früherkennung von Krebserkrankungen ein. Dazu werden beispielsweise regelmäßig Informationsveranstaltungen in Zusammenarbeit mit Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen an-

geboten. Zuletzt hat die Krebsgesellschaft – gemeinsam mit dem Universitären Zentrum für Tumorerkrankungen der Universitätsmedizin Mainz – den von ihr 2012 ins Leben gerufenen, inzwischen fünften Rheinland-Pfälzischen Krebstag organisiert und durchgeführt, bei dem sich rund 300 Menschen zu den unterschiedlichsten Themen rund um Krebs informieren konnten.

Während der COVID-19-Pandemie hat die Krebsgesellschaft schnell umgestellt und ihre persönlichen Beratungen, Vorträge und Gruppenveranstaltungen online angeboten. Das war ein großer Erfolg und hat die Kontakte zu den Ratsuchenden nicht abbrechen lassen. Wie viele andere Institutionen hat die Krebsgesellschaft gelernt, dass Online-Formate bei Interessierten aus dem ganzen Bundesland und darüber hinaus sehr gut angenommen werden. Gerade für Krebserkrankte ist es oft sehr viel einfacher, sich zum Beispiel einen Informationsvortrag von zu Hause aus anzuhören. Sie sind für sich und ersparen sich die Anreise zum Vortragsort. Gelegentlich möchten Teilnehmende ungern ihr Interesse an mitunter sehr intimen Themen öffentlich bekunden. So nahmen beispielsweise an einer Online-Veranstaltung über das Prostatakarzinom sehr viel mehr Männer teil als an Präsenzterminen in der Zeit vor Corona. Die Krebsgesellschaft möchte Online-Informationsver-

**So können Sie die Arbeit der Krebsgesellschaft Rheinland-Pfalz unterstützen:**

- » Fordern Sie kostenfrei Informationsmaterial zur Weitergabe an Ihre Patientinnen und Patienten an.
- » Werden Sie Kooperationspartner und erhalten Sie den praktischen Empfehlungsbroschüre kostenfrei zum Einsatz in Ihrer Praxis.
- » Geben Sie Ihr Wissen rund um Zahnheilkunde und Krebs weiter und beteiligen Sie sich als Referentin oder Referent an Online-Vorträgen oder anderen Veranstaltungsformaten der Krebsgesellschaft Rheinland-Pfalz.
- » Werden Sie Mitglied der Krebsgesellschaft Rheinland-Pfalz.



Bei der zahnärztlichen Untersuchung muss sorgfältig jeder Bereich der Mundhöhle untersucht werden. Auf diese Weise können die hier dargestellten sublingualen Karzinome festgestellt werden.

Fotos: Krebsgesellschaft Rheinland-Pfalz e.V.

staltungen deshalb beibehalten und diese durch Präsenzveranstaltungen ergänzen.

### Zahnmedizin und Krebs

Jede Zahnärztin und jeder Zahnarzt wird im Laufe seines Berufslebens zwischen fünf und zehn Patientinnen und Patienten untersuchen und das Vorliegen eines Plattenepithelkarzinoms vermuten. Sehr viel häufiger kommen Patientinnen und Patienten mit einer veränderten Mundschleimhaut, die eine Krebsvorstufe ist, in die Zahnarztpraxis. Dazu gehören weißliche, rötliche und braune Veränderungen der Mundschleimhaut. Die Zahnmedizin bzw. die Zahnarztpraxen spielen somit eine sehr wichtige Rolle bei der Prävention und Früherkennung von Krebserkrankungen im Mundraum. Darüber hinaus fallen Krebserkrankungen der (Gesichts-)Haut oft bei einer zahnärztlichen Untersuchung auf. Angehende Zahnärztinnen und Zahnärzte werden daher bereits im Studium für Themen wie Krebsvorstufen der Mundschleimhaut, Manifestation des Karzinoms oder anderer bösartiger Erkrankungen der Mundhöhle sensibilisiert.

Vielen Patientinnen und Patienten ist nicht bewusst, dass es sich bei einer zahnärztlichen Untersuchung zugleich um eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung handelt. Dieser Aspekt sollte in der Öffentlichkeit stärker betont werden, da das rechtzeitige Erkennen einer Krankheit für deren weiteren Verlauf, für die Prognose und für die Lebensqualität der Betroffenen von entscheidender Bedeutung ist.

Nicht selten berichten Patientinnen und Patienten im Behandlungsstuhl über ihre stattgehabte oder laufende Tumorthherapie, erzählen von ihren Sorgen und Nöten. Oft ist der Zahnarzt oder die Zahnärztin langjährig bekannt und so vertraut,

dass selbst schlimmste Ängste offenbart werden. Ein Hinweis auf das Unterstützungsangebot der Krebsgesellschaft Rheinland-Pfalz kann in diesen Fällen sehr hilfreich sein. Entsprechendes Infomaterial ist kostenfrei in den Beratungszentren erhältlich oder kann online bestellt werden (siehe Infokasten).

Alternativ bzw. ergänzend steht ein spezieller Empfehlungsblock zur Verfügung, den die Krebsgesellschaft im Austausch mit Ärzten entwickelt hat, um ihren Kooperationspartnern die Informationsvermittlung zu erleichtern. Mit diesem Instrument können auch Zahnarztpraxen ihre Patientinnen und Patienten unbürokratisch auf die Möglichkeit der kostenfreien ambulanten Krebsberatung hinweisen.



Empfehlungsbogen zur kostenfreien ambulanten Beratung für Menschen mit Krebs und ihre Angehörigen (Version für die Region Trier)

#### Kontakt

Krebsgesellschaft Rheinland-Pfalz e. V.  
Löhrstraße 119, 56068 Koblenz  
Telefon: 02 61 / 96 38 87 22  
Fax: 02 61 / 9 88 65 29  
geschaeftsstelle@krebbsgesellschaft-rlp.de  
www.krebbsgesellschaft-rlp.de

Spendenkonto:  
IBAN: DE08 5705 0120 0000 0698 80  
BIC: MALADE51KOB

Folgen Sie uns:  
Facebook: krebbsgesellschaft.rlp  
Instagram: krebbsgesellschaft\_rlp



**Zi** Zentralinstitut  
kassenärztliche  
Versorgung

**KZBV**  
Kassenzahnärztliche  
Bundesvereinigung

**KZVR**LP  
Kassenzahnärztliche Vereinigung  
Rheinland-Pfalz

## 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. Rund 34.000 Praxen haben dafür die Zugangsdaten zur Befragung 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!** Kostenloses Online-Berichtsportal mit interessanten Kennzahlen und vielfältigen Vergleichsmöglichkeiten für Ihre Praxis.
- Wir garantieren **Vertraulichkeit und Schutz Ihrer Daten!**



### Sie haben Fragen zum ZäPP?

Weitere Informationen im Internet unter  
**[www.kzvrlp.de](http://www.kzvrlp.de) · [www.kzbv.de/zaepp](http://www.kzbv.de/zaepp) · [www.zaep.de](http://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](mailto:kontakt@kzvrlp.de)  
Ansprechpartner: Jochen Kromeier



Ansonsten erreichen Sie bei Bedarf die **Treuhandstelle** des mit ZäPP beauftragten **Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi)** unter der Rufnummer 0800 4005-2444 von Montag bis Freitag zwischen 8 und 16 Uhr. Oder E-Mail an [kontakt@zi-ths.de](mailto:kontakt@zi-ths.de)

**Unterstützen Sie das ZäPP – In Ihrem eigenen Interesse!**