



Mitteilungsblatt der
Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz

KZV aktuell

Januar 2016

Mit Rundschreiben 1/16

Titelthema

**Organspende: Eine
Entscheidung fürs Leben**



Praxisführung

Berichten und Lernen:
CIRS dent – Jeder Zahn zählt!

Aktuelles

Sinnvolle
Schutzimpfungen

Standespolitik

EU-Deregulierung:
Folgen für die Heilberufe

Leitgedanken

- Flüchtlingskrise:
Es braucht Ordnung und Steuerung 3

Praxisführung

- Gewährleistung und Nachbesserung
bei Zahnersatz: Was ist zu beachten? 4
- Fehlermanagement: Berichtssystem
CIRS dent – Jeder Zahn zählt!
unterstützt Zahnärzte 7
- CIRS dent – Jeder Zahn zählt!
Aus Erfahrungen lernen 8

Titelthema

- Organ- und Gewebespende:
Eine Entscheidung für das Leben 10

Rundschreiben

- Wichtige Informationen für
Kollegenschaft und Praxen 13

Mit dieser Ausgabe erhalten Sie das 4x jährlich erscheinende Patientenmagazin „Lückenlos“, das über zahnmedizinische Themen aus Patientensicht berichtet. Die KZV Rheinland-Pfalz gehört zu den Herausgebern dieser Zeitschrift.

Titelthema

- Die wichtigsten Antworten zur
Organspende 18

Aktuelles

- Grippe, Masern und Co:
Sinnvolle Schutzimpfungen 20

Standespolitik

- Freie Heilberufe in Europa –
Deregulierung und mögliche Folgen 22

Aktuelles

- Erste Hilfe: Neue Leitlinien zur
Wiederbelebung erschienen 25

KVZ intern

- Fortbildung der KZV Rheinland-Pfalz:
Rechtssichere Aufklärung
und Dokumentation 26
- Fortbildung der KZV Rheinland-Pfalz
und der apoBank: 10 Erfolgsregeln für
nachhaltiges Praxiswachstum 27

KZV aktuell

Offizielles Mitteilungsblatt und Rundschreiben der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz

Herausgeber

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

Anschrift der Redaktion

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

Redaktion

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

Redaktionsassistentz

Stephanie Schweikhard
Alexandra Scheler

KZV aktuell Anzeigenservice

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

Grafik und Produktion

adhoc media gmbh
Obertal 24 d · 56077 Koblenz

Bildnachweise

Bilder innen: Fotolia
Titelfoto: Entscheidung für das Leben:
Herz, Lunge, Leber, Bauchspeicheldrüse,
Dünndarm und Nieren – ein Organspen-
der kann bis zu sieben Menschenleben
retten.
Foto: Fotolia

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

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

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

Flüchtlingskrise: Es braucht Ordnung und Steuerung

Schaut man dieser Tage Fernsehnachrichten oder liest Zeitung, mag man kaum glauben, dass Merkels „Wir schaffen das!“ und die eindrucksvollen Begrüßungsbilder von Deutschlands Bahnhöfen erst wenige Monate alt sind. Im ganzen Land hießen die Menschen die Flüchtlinge willkommen. Die Welle der Solidarität war riesig.

Die Silvesternacht von Köln hat vieles verändert. Zunehmend hegen Menschen Zweifel an der Flüchtlingspolitik der Kanzlerin. Nicht nur die Rechtspopulisten, die die Übergriffe von Köln für ihre Zwecke instrumentalisieren. Die Stimmung kippt selbst bei Bürgern, die die Hilfesuchenden bisher mit offenen Armen empfangen.

Wir befinden uns in einer höchst kritischen Phase, die Deutschland auf die Probe stellt. Die Politik ist mehr denn je gefordert, klare Zeichen zu setzen und möglichst bald allgemein akzeptierte Lösungen für die verschiedensten Problemlagen der Flüchtlingskrise zu finden. Es bedarf weitreichender Maßnahmen, um das fragile Klima in der Bevölkerung zu stabilisieren. Die Botschaft muss eindeutig sein: Niemand darf die so viel gelobte Willkommenskultur ausnutzen. Niemand darf unseren freiheitlichen Werten und demokratischen Prinzipien Schaden zufügen. Und niemand darf Angst haben müssen, sich frei in Deutschland zu bewegen. Dies machte auch Bundeskanzlerin Merkel beim Neujahrsempfang der Wirtschaft in Mainz klar. Gleichzeitig bekannte sie, dass die Ordnung und Steuerung des Flüchtlingsstroms noch nicht so funktioniere, wie es notwendig sei. Dies mache Deutschland verwundbar.

Verbindliche Zeichen mit tragfähigen Lösungen muss endlich auch die internationale Gemeinschaft setzen. Gefragt ist vor allem die Solidarität Europas. Die Menschen hierzulande werden es auf Dauer nicht goutieren, dass Deutschland den Flüchtlingszuzug maßgeblich alleine schultert. Die Belastungsgrenze ist vielerorts erreicht, der Spagat zwischen Hilfsbereitschaft und Überforderung zerreißt die Kommunen.

Auch verlangen die offenen Fragestellungen in der Gesundheitsversorgung der Asylbegehrenden eine möglichst rasche Klärung. Es ist auf Dauer nicht akzeptabel, dass es keine einheitlichen Regelungen gibt. Deutschland, auch Rheinland-Pfalz, ist in dieser Hinsicht ein Flickenteppich. Die Sozialämter legen den Leistungsumfang nach dem Asylbe-



werberleistungsgesetz nicht nur unterschiedlich aus, sondern sie handhaben auch die Bezahlung der erbrachten Leistungen unterschiedlich. Zumindest auf Landesebene müssen Ärzte und insbesondere auch wir Zahnärzte zweifelsfrei wissen, welche Leistungen wir erbringen können und auch bezahlt bekommen. Vor diesem Hintergrund haben wir die frühe Initiative der Landesregierung begrüßt. Bereits im Frühherbst vergangenen Jahres haben Gesundheitsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler und Integrationsministerin Irene Alt alle Beteiligten – Kommunen, Krankenkassen, Ärzte und Zahnärzte – an einen Tisch geholt.

Es ist zweifellos als Erfolg anzusehen, dass sich das Land Rheinland-Pfalz und die Krankenkassen unter Beteiligung der Ärzte und Zahnärzte auf eine Rahmenvereinbarung zur Übernahme der Gesundheitsversorgung verständigt haben. Ziel der Vereinbarung ist es, die elektronische Gesundheitskarte mit besonderem Statuskennzeichen für die Flüchtlinge und Asylbewerber einzuführen, die bereits in den Kommunen leben. Es bleibt nicht nur zu hoffen, sondern es ist dringend erforderlich, dass nun möglichst alle Städte und Landkreise der Vereinbarung beitreten, damit der Flickenteppich in der Gesundheitsversorgung ein Ende hat. Leider muss auch der von der KZV Rheinland-Pfalz vorgeschlagene zahnärztliche Leistungskatalog die bürokratischen Mühlen der Kommunen durchlaufen. Dadurch ist noch nicht absehbar, wann wir Ihnen endgültig grünes Licht für weitere notwendige und sinnvolle Behandlungen des genannten Patientenkreises geben können. Nur Trepanation und Exzision reichen auf jeden Fall nicht aus.

Die Bewältigung der Flüchtlingskrise erfordert eine Kraftanstrengung auf vielen Ebenen. Unser Berufsstand ist sich seiner Verantwortung seit Beginn an bewusst. Für Ihren unbürokratischen und tatkräftigen Einsatz in der zahnärztlichen Versorgung der Asylbegehrenden möchten wir Ihnen an dieser Stelle herzlich danken.

San.-Rat Dr. Helmut Stein
Vorsitzender

Dr. Matthias Seidel
Stv. Vorsitzender

Gewährleistung und Nachbesserung bei Zahnersatz: Was ist zu beachten?

Die Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) Rheinland-Pfalz erreichen immer wieder Fragen, die sich um die Gewährleistung bei Zahnersatz drehen. KZV aktuell fasst die gesetzlichen Regelungen zusammen.

Anders als in den meisten Industriestaaten existiert in Deutschland für die zahnmedizinische Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung ein Gutachterwesen. Auch der hiesige ärztliche Sektor besitzt kein vergleichbares Instrument. Im Gutachterverfahren können die Krankenkassen einen gutachterlich tätigen Zahnarzt einschalten. Eine seiner Aufgaben ist es festzustellen, ob eine bereits durchgeführte prothetische Versorgung unter Umständen Mängel aufweist. Das Gutachterwesen dient also dazu, die Behandlungsqualität zu überprüfen und zu fördern.

Dass es in Rheinland-Pfalz eine sehr gute prothetische Versorgung gibt, unterstreichen die Auswertungen der KZV Rheinland-Pfalz: 2014 gab es 168.239 Neuversorgungen. Nur 0,29 Prozent der Behandlungen bzw. 485 Neuversorgungen gaben den Krankenkassen Anlass, eine Begutachtung einzuleiten. Ähnlich sehen die Zahlen auf Bundesebene aus, wie der Geschäftsbericht der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung zeigt: 2014 lag der Anteil gutachterlich beanstandeter Therapien an den 10,3 Millionen Zahnersatzbehandlungen im Promillebereich. Dies ist ein Indikator für eine insgesamt qualitativ gute Zahnersatzversorgung. Treten jedoch – wenn auch in seltenen Fällen – Mängel auf, so gilt es bei der Beurteilung der Frage nach Gewährleistung und Nachbesserung bei Zahnersatz Fristen und Regeln zu beachten. Hier treffen verschiedene Rechtskreise aufeinander.

Gewährleistung bei Zahnersatz

Nach § 137 Absatz 4 SGB V übernimmt der Zahnarzt eine zweijährige Gewähr auf die Versorgung mit Zahnersatz:

„Der Zahnarzt übernimmt für Füllungen und die Versorgung mit Zahnersatz eine zweijährige Gewähr. Identische und Teil-

wiederholungen von Füllungen sowie die Erneuerung und Wiederherstellung von Zahnersatz einschließlich Zahnkronen sind in diesem Zeitraum vom Zahnarzt kostenfrei vorzunehmen. Der Eigenanteil der Versicherten bei Zahnersatz bleibt unberührt.“

Aber Vorsicht: Die Krankenkasse kann in begründeten Einzelfällen bei andersartigen Versorgungen und so genannten Mischfällen prothetische Leistungen innerhalb von 36 Monaten nach der definitiven Eingliederung bei vermuteten Planungs- und/oder Ausführungsmängeln überprüfen lassen.

Es gilt also bei der Gewährleistung Folgendes zu beachten: Grundsätzlich beträgt die sozialrechtliche Gewährleistungsfrist bei Zahnersatz zwei Jahre (Kasse und privat). Davon zu unterscheiden sind die Ansprüche eines Patienten aufgrund eines Behandlungsfehlers im Rahmen der Eingliederung des Zahnersatzes, die inzwischen grundsätzlich erst nach drei Jahren verjähren. Rein rechtlich gesehen sind dies keine Gewährleistungs-, sondern Schadensersatzansprüche.

Dienstvertrag und Werkvertrag

Und es gilt eine weitere Unterscheidung zu treffen: Grundsätzlich ist der Behandlungsvertrag zwischen Patient und Zahnarzt ein Dienstvertrag (§ 611 BGB). Während beim Werkvertrag der Ausführende seinem Vertragspartner einen bestimmten Erfolg schuldet, muss er beim Dienstvertrag nur eine bestimmte Leistung erbringen (keine Erfolgspflicht). Der Zahnarzt schuldet jedoch eine Behandlung, die nach den Grundsätzen der zahnärztlichen Kunst durchgeführt wurde. Insbesondere Zahnextraktionen, Zystenoperationen, Zahnreimplantationen, die Behandlung von Kieferbrüchen, die Einpassung von Zahnkronen und die zahnprothetische Versorgung unterliegen den Bestimmungen des Dienstvertragsrechts. Nach ganz überwiegender Auffassung in Rechtsprechung und Literatur tritt das werkvertragliche Element (zum Beispiel bei der prothetischen Zahnbehandlung oder bei der Eingliederung von Zahnkronen), also die (zahn-)medizinische Technik gegenüber der dienstvertraglichen Leistung zurück.





Nachbesserungsrecht bei Gewährleistung für Zahnersatz

Oft gibt es Missverständnisse, wie weit das Nachbesserungsrecht des Zahnarztes bei der Gewährleistung für Zahnersatz geht. Wie bereits aufgeführt übernimmt der Zahnarzt nach § 137 Abs. 4 SGB V für Füllungen und die Versorgung mit Zahnersatz eine zweijährige Gewähr. Grundsätzlich impliziert dies nicht nur eine Nachbesserungspflicht, sondern auch ein Nachbesserungsrecht. Diesem hat das Bundessozialgericht allerdings in ständiger Rechtsprechung aus folgendem Grund Grenzen gesetzt:

Die Rechtsprechung sieht den Behandlungsvertrag über die Versorgung mit Zahnersatz als einen Dienstvertrag im Sinne des § 611 BGB an, der – da es sich um Dienstleistungen höherer Art handelt – gemäß § 627 BGB jederzeit gekündigt werden kann.

Nachbesserungsrechte sehen die Vorschriften zum Dienstvertrag nicht vor – im Gegensatz zum Werkvertrag, der zwar bei der (zahn-)technischen Herstellung des Zahnersatzes, nicht aber bei dessen Eingliederung Anwendung findet.

HOW TO CREATE BEAUTIFUL SMILES



SWIP 2016



Kieferorthopädie für Zahnärzte

SWIP ist ein 4-teiliger KFO-Grundkurs für Zahnärzte. Diese Kursreihe bietet Ihnen eine evidenzbasierte Grundlage, um in der eigenen Praxis sicher und effektiv kieferorthopädisch zu arbeiten.

Bei uns lernen Sie:

Diagnostik und Behandlungsplanung, Praxis und Theorie von Straight Wire Bracketssystemen, selbstligierende Systeme und den Umgang mit verschiedenen kieferorthopädischen Geräten. Diese Kursreihe ist sowohl für Anfänger, als auch für Kollegen mit Erfahrung geeignet. *Sie erhalten ein Zertifikat, mit dem Sie Ihre qualifizierte KFO-Fortbildung nachweisen können.*

Termine

Teil 1: 12. und 13. Februar 2016
Teil 2: 15. und 16. April 2016
Teil 3: 20. und 21. Mai 2016
Teil 4: 9. und 10. September 2016

Referenten

Drs. Jan Cleynert
Drs. Nico van der Werff

Ortho Academy ist der offizielle Partner von Ortho Organizers in den Niederlanden und Deutschland.



Ort

Köln Marriott Hotel
www.marriott.com/hotels/travel/cgnmc-cologne-marriott-hotel/

Preis/Teil

€ 695,- netto für Zahnärzte/Assistenten
€ 495,- netto für Zahnmedizinische Fachangestellte
(Komplettpreis für 2 Tage inkl. Verpflegung)

Fortbildungspunkte

Fortbildungspunkte gemäß BZÄK und DGZMK: 16 Punkte pro Teil

Information und Anmeldung



Ortho Academy
We create beautiful smiles

Sieringhoeker Weg 17
48455 Bad Bentheim
Tel. + 49 (0) 59 24 / 7 85 92 – 0
Fax + 49 (0) 59 24 / 7 85 92 – 90
E-mail info@ortho-academy.de
www.ortho-academy.de



Maßgeblich für die Feststellung eines Nachbesserungsrechts bzw. sich eventuell anschließender Rückabwicklungsansprüche (also keine Schadensersatzansprüche) seitens der Kasse oder des Patienten ist daher die Frage, ob der Zahnarzt ihm nach Vertragsrecht obliegende Pflichten schuldhaft verletzt hat. Hierfür reicht die Tatsache, dass eine im Rahmen der Dienstleitung erbrachte Leistung mit Mängeln behaftet ist, nicht aus. Ein schuldhaft vertragswidriges Verhalten des Zahnarztes ist erst dann gegeben, wenn dessen Arbeitsergebnis vollständig unbrauchbar und eine Nachbesserung nicht möglich oder dem Versicherten nicht zumutbar ist (zum Beispiel mehrfache erfolglose Nachbesserungsversuche). Wenn also der Zahnersatz – insbesondere nach der Feststellung des Gutachtens – nicht nachgebessert werden kann, sondern neu anzufertigen wäre, darf der Patient grundsätzlich den Behandlungsvertrag kündigen und eine Weiterbehandlung verweigern.

Fazit: Der Zahnarzt hat allein ein Recht auf Nachbesserung des Zahnersatzes; ein Recht auf Neuanfertigung gegen den Willen des Patienten steht ihm nicht zu.

Zahnlabortechnischer Fehler: Eigen- oder Fremdlabor?

Liegt hingegen ein rein zahnlabortechnischer Verarbeitungsfehler vor, bestimmt sich die Haftung des Zahnarztes nach werkvertraglichem Gewährleistungsrecht. Zu unterscheiden wäre im Einzelfall zunächst noch, ob der Verarbeitungsfehler im eigenen Labor des Zahnarztes oder in einem Fremdlabor entstanden ist. In letzterem Fall haftet der Zahnarzt, sofern er den Fehler nicht erkennen konnte oder musste, ebenfalls primär nach werkvertraglichem Gewährleistungsrecht gegenüber seinem Patienten. Er kann sich dann allerdings zum Ausgleich seiner Inanspruchnahme aufgrund des mit dem Zahntechniker bestehenden Werkvertrages an

diesen halten. Es ist also stets zu prüfen, auf welcher vertraglichen Grundlage (Behandlungs- oder/und Werkvertrag) die Haftungsverpflichtung beruht. Wenn schließlich der Zahnersatz im Eigenlabor des Zahnarztes hergestellt und von diesem eingegliedert wurde, obwohl er einen Mangel erkennen konnte oder musste, so ergibt sich die Haftung sowohl aus dem Behandlungs- als auch aus dem Werkvertrag.

Gewährleistungsrecht unterliegt der Verjährung

Im Eigen- oder Fremdlabor hergestellter Zahnersatz unterliegt dem werkvertraglichen Gewährleistungsrecht (§§ 633 ff. BGB). Die gesetzlich vorgesehenen Mängelrechte (in der Regel Nacherfüllung, Rücktritt, Schadens- und Aufwendungsersatz) können wirksam nur zeitlich begrenzt ausgeübt werden, da sie der Verjährung unterliegen: Die Verjährungsfrist beträgt nach § 634a Abs. 1 Nr. 1 BGB zwei Jahre; für den Fall eines arglistigen Verschweigens des Mangels drei Jahre (§ 634a Abs. 3 Satz 1 BGB i. V. m. § 195 BGB). Die Verjährungsfrist beginnt mit der Abnahme, die sich auf den Zeitpunkt der Eingliederung des Zahnersatzes bezieht.

Bei der Begutachtung eingegliedert prothetischer Versorgung spielen unterschiedliche Rechtskreise eine Rolle. In den Qualitätszirkeln der KZV Rheinland-Pfalz wird mit den vertragszahnärztlichen Gutachtern die Problematik der verschiedenen Rechtskreise immer wieder diskutiert. Die Beantwortung der häufig von den Kostenträgern im Begutachtungsauftrag gestellten Fragen nach Gewährleistungsansprüchen und der Nachbesserungspflicht bzw. dem Nachbesserungsrecht obliegt keinesfalls den Gutachtern und ist auch nicht Teil der Gutachtervereinbarung. Diese Fragen werden von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung bearbeitet und gemeinsam mit den Kostenträgern entschieden.

hk

Mit freundlicher Unterstützung der KZV Berlin

Fehlermanagement: Berichtssystem CIRS dent – Jeder Zahn zählt! unterstützt Zahnärzte



Foto: KZBV|BZÄK

CIRS dent – Jeder Zahn zählt! ist da. Im Berichtssystem von Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung (KZBV) und Bundeszahnärztekammer (BZÄK) können Zahnärzte ab sofort anonym kritische Ereignisse aus ihrem Behandlungsalltag schildern sowie Ursachen und insbesondere Maßnahmen zur Vermeidung diskutieren. Das System leistet einen wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung und zur Patientensicherheit in der zahnärztlichen Versorgung.

In dem Onlinesystem können Zahnärzte von unerwünschten Zwischenfällen berichten, Meldungen von Kollegen kommentieren und sich mit anderen Nutzern unkompliziert austauschen. Ziel von CIRS („critical incident reporting system“) ist es, aus den eigenen Erfahrungen mit kritischen Ereignissen sowie aus den Erfahrungen anderer zu lernen – um diese im Idealfall von vornherein zu vermeiden.

Meldungen sind anonym, freiwillig und sanktionsfrei

CIRS dent – Jeder Zahn zählt! kommt einem Auftrag aus dem Patientenrechtegesetz nach. Der Gesetzgeber hatte darin den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) verpflichtet, in der vertragszahnärztlichen Qualitätsmanagement-Richtlinie Mindeststandards für Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme zu definieren. CIRS dent – Jeder Zahn zählt! erfüllt die mittlerweile beschlossenen Anforderungen des G-BA vollständig und bietet den Zahnarztpraxen eine pragmatische Hilfestellung, diese Standards so unbürokratisch wie möglich einzuhalten. Die Praxen unterliegen dabei aber keinem Zwang, sondern sie können freiwillig kritische Ereignisse melden. Zudem sieht das Berichtssystem vor, dass Zahnarztpraxen Meldungen anonym und sanktionsfrei abgeben können.

Datenschutz wird großgeschrieben

Der Datenschutz spielt bei CIRS dent deshalb eine entscheidende Rolle. Eine Identifizierung der Nutzer ist ausgeschlossen, da das System keine IP-Adressen speichert und Daten nur verschlüsselt übertragen werden. Zudem werden alle Berichte zunächst von einem Fachberatungsgremium von KZBV und BZÄK gelesen. Dabei werden – falls nötig – Details wie Namen, Ortsangaben oder andere identifizierende Hinweise verändert oder gelöscht, so dass Rückschlüsse auf die jeweilige Praxis nicht möglich sind. Im Sinne eines Qualitätskreislaufes ergänzt das Gremium jeden eingegangenen Bericht zudem um Lösungsvorschläge, wie das geschilderte Ereignis künftig vermieden werden kann. Erst dann wird der Bericht veröffentlicht und zur Kommentierung freigegeben. Und nicht zuletzt ist CIRS dent – Jeder Zahn zählt! ein geschlossenes System. Eine Praxis kann sich nur mit einem Registrierungsschlüssel, den der Praxisinhaber erhält, Zugang zu den Berichten verschaffen.

Die Vertreterversammlung der KZBV hatte im Juli 2014 die Einführung eines Fehlerberichts- und Lernsystems für die zahnärztliche Praxis beschlossen. Als Grundlage diente das Fehlermanagementsystem Jeder Zahn zählt!, das die BZÄK seit 2011 als Modellprojekt betrieben hatte. kb

Wo findet sich CIRS dent – Jeder Zahn zählt!?

CIRS dent – Jeder Zahn zählt! wird im Internet unter www.cirsdent-jzz.de als geschlossenes System für Praxisinhaber und Leiter zahnärztlicher Einrichtungen betrieben. Zur Anmeldung erhalten sie einen individuellen, anonymen Registrierungsschlüssel. Die KZV Rheinland-Pfalz hat ihren Mitgliedern die Zugangsschlüssel sowie Informationsmaterialien für die Nutzung des Systems Mitte Januar per Post geschickt. Mit diesem Schlüssel kann sich jede Praxis einmalig anonym im System anmelden und sich für die weitere Nutzung einen eigenen Benutzernamen nebst Passwort geben. Es obliegt dem Praxisinhaber, ob und an wen er das selbst gewählte Passwort weitergibt.

CIRS dent – Jeder Zahn zählt! Aus Erfahrungen lernen

Man muss nicht jeden Fehler selbst machen, um daraus zu lernen. Das ist das Motto von CIRS dent – Jeder Zahn zählt! KZV aktuell beantwortet wichtige Fragen rund um das Berichts- und Lernsystem für Zahnarztpraxen.

Was ist ein Berichtssystem von kritischen Ereignissen?

Berichtssysteme dienen der Identifikation und dem Erkennen von kritischen Ereignissen. Berichte werden von denjenigen beigetragen, die direkt in den Prozess – hier die zahnärztliche Versorgung – eingebunden sind.

Fehlerberichtssysteme entstanden zunächst im Bereich der Luftfahrt und in anderen Industriezweigen, in denen vermeintlich kleine Fehler große Auswirkungen haben können (Atomindustrie, chemische Industrie). Inzwischen gibt es einige Staaten, in denen Berichtssysteme von kritischen Ereignissen auch in der Medizin genutzt werden.

Alle Systeme folgen dem gleichen Grundgedanken: Man muss nicht alle Fehler selbst gemacht haben, um aus ihnen lernen zu können. Berichten ist sinnvoll, vor allem, wenn es zu einer konstruktiven Reaktion führt.

Ziel ist es, Erkenntnisse über Fehlerarten, -häufigkeiten und ihre Ursachen zu gewinnen. Besonderes Augenmerk soll dabei auf verursachende Bedingungen gerichtet werden. Auch CIRS dent – Jeder Zahn zählt! hat das Ziel, Strategien zur Vermeidung von kritischen Ereignissen und zur Verbesserung der Patientensicherheit in Zahnarztpraxen zu entwickeln.

Wichtige Informationen, die sonst nur in einem kleinen Kreis verfügbar sind – in der Praxis, in einem Qualitätszirkel, unter Kollegen – können einem großen Publikum zur Verfügung gestellt werden.

- › Berichte über kritische Ereignisse werden anonym und in einem geschlossenen Forum auf www.cirsdent-jzz.de veröffentlicht. Damit werden andere Zahnärzte auf diese Fehlermöglichkeiten aufmerksam gemacht. Hinweise zur Fehlervermeidung werden als Kommentare ebenfalls veröffentlicht.

- › Zu bestimmten Fehlertypen aus der Zahnarztpraxis werden regelmäßig Tipps zur Fehlervermeidung („aus der Praxis für die Praxis“) veröffentlicht.
- › Alle Berichte werden in einer Datenbank gespeichert. Diese Datenbank ist als Berichtsdatenbank recherchierbar.
- › Aus den Analysen gewonnene Erkenntnisse über Wege der Fehlervermeidung werden veröffentlicht.

Was ist ein kritisches Ereignis?

Diese Frage ist einfach gestellt und schwer zu beantworten. Das Projektteam von CIRS dent – Jeder Zahn zählt! hat sich deswegen für eine pragmatische und weitreichende Definition entschieden:

Ein kritisches Ereignis ist das, was die potenziell berichtende Person als kritisches Ereignis empfindet. Das ist jeder Vorfall, von dem sie behaupten kann:

„Das war eine vermeidbare Bedrohung für das Wohlergehen des Patienten und sollte nicht passieren.“

Es muss kein Patientenschaden entstanden sein, um ein kritisches Ereignis zu berichten. Kein kritisches Ereignis ist zu unwichtig oder zu schwerwiegend, um nicht gemeldet werden zu können.

Die Bandbreite umfasst

- › administrative Vorfälle, die „nur“ Zeit kosten und banal erscheinen
- › zahnmedizinische Fehleinschätzungen, die zu unzureichenden Behandlungsmaßnahmen führen
- › Abstimmungs- und Kommunikationsprobleme in der Praxis
- › Verständigungsprobleme mit Patienten
- › Fehler auf Seiten der beteiligten Patienten

Kritische Ereignisse können unter anderem auftreten

- › in der Praxisadministration
- › bei der Führung der Patientendokumentation
- › mit zahnmedizinischer Ausrüstung
- › bei Laboruntersuchungen
- › bei der Verschreibung und der Gabe von Medikamenten
- › bei der körperlichen Untersuchung oder der Interpretation der Befunde

- › bei der Durchführung von Untersuchungs- oder Behandlungsmaßnahmen
- › bei der Diagnosestellung
- › bei der Überweisung von Patienten an Fach(zahn)ärzte

Wie funktioniert CIRS dent?

Zur Eingabe eines Berichts steht ausschließlich ein Onlineformular auf www.cirsdent-jzz.de zur Verfügung. Nutzer benötigen etwa fünf bis zehn Minuten, um einen Bericht einzugeben. Das Formular besteht aus einer Reihe vorgegebener Fragen, deren Beantwortung besonders wichtig für die Auswertung zahnärztlicher Berichte von kritischen Ereignissen ist.

Dieser Bericht wird verschlüsselt und bei der Datenübertragung nicht lesbar (SSL-Protokoll) an die Datenbank geschickt. Dabei wird die IP-Adresse des Absendenden „abgeschnitten“, so dass eine Rückverfolgung nicht möglich ist. Die Datenbank von CIRS dent – Jeder Zahn zählt! liegt auf einem von außen nicht zugänglichen Server, der im hoch abgesicherten Bereich eines deutschen Rechenzentrums betrieben und administriert wird.

Das Team von CIRS dent – Jeder Zahn zählt! entschlüsselt den Bericht nach seinem Eingang und überprüft ihn auf Anonymität. Bei Bedarf werden personenbezogene Daten gelöscht. Anschließend werden die Berichte zur Veröffentlichung auf der Internetseite freigegeben. Nutzer können die Berichte dann kommentieren. Sie können Hinweise zur Vermeidung geben, zum Management des dargestellten Problems und mitteilen, wie sie ähnliche Situationen in ihrer Praxis handhaben. Diese Kommentare gelangen in eine separate Datenbank, werden dort ebenfalls vom Projektteam auf Anonymität und Validität hin überprüft.

Das System arbeitet anonym. Deshalb ist eine möglichst detaillierte Beschreibung wichtig, damit andere Nutzer besser verstehen können, was genau passiert ist. Bei der Berichtseingabe werden Nutzer zudem gebeten, aktiv zur vollständigen Anonymität des Systems beizutragen: Sie sollten keine Personen- oder Ortsnamen nennen und jegliche Hinweise vermeiden, die eine Identifikation ermöglichen könnten.

In unregelmäßigen Abständen werden alle vorhandenen Berichte in Abstimmung mit der BZÄK und KZBV wissenschaftlich ausgewertet.

Welche Daten werden erhoben?

- › Alter und Geschlecht des Patienten
- › beteiligte Medikamente
- › Datum und Ort des Vorfalles (Praxis, Notdienst, Pflegeheim, Hausbesuch)
- › Was ist passiert?
- › Was war das Ergebnis?
- › mögliche Gründe
- › Wie hätte man das Ereignis verhindern können?
- › Auswahl von Faktoren, die zu dem Ereignis beigetragen haben können
- › Wie oft tritt dieses Ereignis auf?
- › Schweregrad der Folgen des kritischen Ereignisses

Was ist die Berichtsdatenbank?

In der Berichtsdatenbank finden sich alle Berichte, die auf www.cirsdent-jzz.de eingegeben wurden – mit Ausnahme der Berichte, bei denen die Berichtenden lediglich eine Verwendung zu wissenschaftlichen Zwecken gewünscht haben.

In einer Berichtssuche kann zudem gezielt nach folgenden Kategorien gesucht werden:

- › Typ des kritischen Ereignisses
- › Diagnose: Beratungsanlass bzw. Krankheit, die den Patienten in die Praxis geführt hat
- › Medikamente: Medikamentengruppe, die bei dem Ereignis beteiligt war
- › Beitragende Faktoren: Welche Faktoren haben dazu beigetragen, dass das kritische Ereignis auftreten konnte?

Weitere Informationen zum Berichts- und Lernsystem für Zahnarztpraxen unter www.cirsdent-jzz.de.

BZÄK und KZBV
www.cirsdent-jzz.de



Organ- und Gewebespende: Eine Entscheidung für das Leben

Im Sommer 2012 wurde Deutschland von einem Organspendeskandal erschüttert. Laborwerte von Patienten wurden so manipuliert, dass sie auf den Wartelisten für eine lebensrettende Spenderleber nach oben rückten – und dadurch ein Organ bekamen, das eigentlich ein anderer Patient hätte bekommen sollen. Der Skandal in Göttingen, nach dem weitere Manipulationen in Regensburg, München und Leip-

zig ans Licht kamen, hat potenzielle Organspender massiv verunsichert und zu einem drastischen Einbruch der Spenden geführt. Während die Zahl der Organspender (ohne Lebendspende) bundesweit 2010 noch bei fast 1.300 lag, registrierte die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) für das Jahr 2015 insgesamt 877 Spender (siehe Diagramm 1) – das entspricht einem Rückgang von rund 30 Prozent.

Organspender in Deutschland

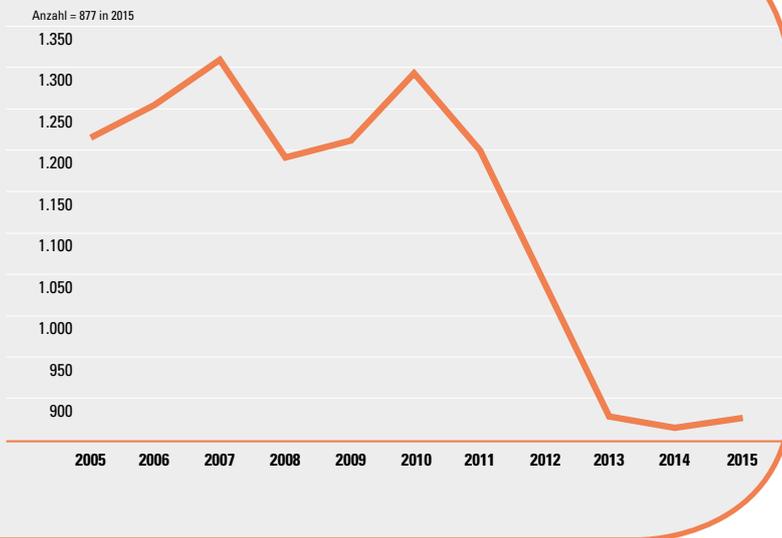


Diagramm 1: Zahl der bundesweiten Organspender (ohne Lebendspende) von 2008–2015 | Quelle: DSO

Nach Angaben von Eurotransplant warten derzeit rund 10.000 Menschen in Deutschland auf ein Spenderorgan. Pro Tag kommen 14 schwer kranke Menschen neu hinzu, dem stehen zehn durchgeführte Transplantationen (inklusive Lebendspende) täglich gegenüber. Gleichzeitig versterben pro Tag drei Menschen, denen mit einer Organspende hätte geholfen werden können. So warteten zum Beispiel 2015 rund 7.780 Patienten auf eine Spenderniere, dreimal so viele Patienten wie durchgeführte Transplantationen (2.194 inklusive Lebendspende). Die Anzahl transplantierter Organe im Vergleich zur Anzahl der Patienten auf der Warteliste für Deutschland zeigt, dass dringender Handlungsbedarf besteht (siehe Diagramm 2). Viele Menschen haben noch keine Entscheidung zur Organ- und Gewebespende getroffen. Organ- und Gewebespende bedeutet, dass funktionstüchtige Organe oder Gewebe einer Person auf einen schwer kranken oder beeinträchtigten Menschen übertragen werden. Es ist zwischen postmortaler Organ- und Gewebespende und Lebendorganspende zu unterscheiden: Die postmortale Organspende hat Vorrang vor der Lebendorganspende, das heißt eine Lebendorganspende darf nur durchgeführt werden, wenn kein postmortales Spenderorgan zur Verfügung steht.

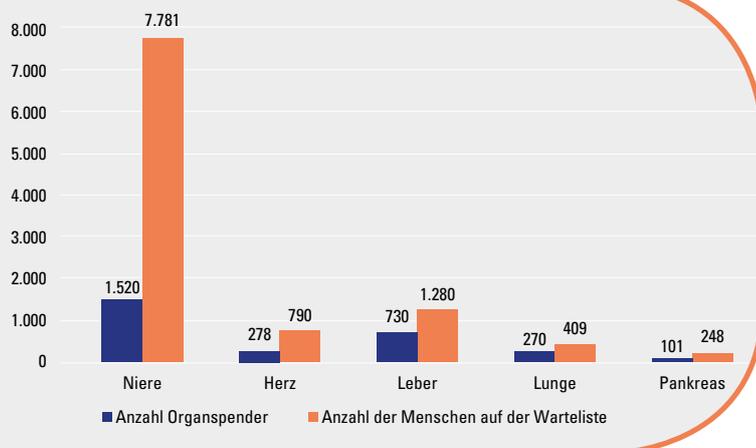


Diagramm 2: Anzahl der Organspender (ohne Lebendspende) im Vergleich zur Anzahl der Menschen auf den Wartelisten 2015 | Quelle: Eurotransplant und DSO

Gesetzliche Grundlage

Seit dem 01.12.1997 regelt das Transplantationsgesetz (TPG) die Voraussetzungen und Abläufe der Organ- und Gewebespende – sowohl für die postmortale Spende als auch für die Lebendorganspende. Dabei sieht das TPG eine organisatorische und personelle Trennung folgender Bereiche vor:

- > Entnahme
- > Vermittlung
- > Transplantation

Erst wenn keine der intensivmedizinischen Maßnahmen mehr eine Lebensrettung ermöglichen und der unumkehrbare Hirnfunktionsausfall („Hirntod“) eines potenziellen Spenders festgestellt wurde, wird die Frage nach einer Or-

gan- und Gewebespende relevant. Als weitere Voraussetzung gilt die Zustimmung der verstorbenen Person oder der Angehörigen.

Das TPG verpflichtet in § 16 die Bundesärztekammer, Richtlinien zu einzelnen Bereichen der Transplantationsmedizin zu erstellen, die sich am Stand der medizinischen Wissenschaft orientieren. Diese werden von der Ständigen Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer erarbeitet. Die Richtlinien umfassen alle relevanten Bereiche: Feststellung des endgültigen Hirnfunktionsausfalls, Aufnahme in die Warteliste, Organvermittlung, erforderliche Maßnahmen zum Schutz des Organempfängers (Untersuchung des Spenders und der entnommenen Organe sowie Konservierung, Aufbereitung, Aufbewahrung und Beförderung der Organe), Maßnahmen der Qualitätssicherung.

Richtlinie zur Feststellung des Hirnfunktionsausfalls

2015 hat die Bundesärztekammer die Richtlinie zur Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls vorgelegt. Sie präzisiert die medizinischen Voraussetzungen für die Diagnostik, die apparativen Untersuchungsmethoden und die Qualifikationsanforderungen der an der Diagnostik beteiligten Ärzte.

Die Richtlinie, die bewusst nicht mehr vom Hirntod, sondern vom unumkehrbaren Hirnfunktionsausfall spricht, löste ihre Vorgängerversion aus dem Jahr 1998 ab.

Seit Anfang 2010 wurde über eine Novellierung des TPG beraten. Konkreter Anlass war die im Juli 2010 verabschiedete EU-Richtlinie über „Qualitäts- und Sicherheitsstandards für zur Transplantation bestimmte menschliche Organe“. Daneben wurden allerdings auch andere Gründe für möglichen weiteren Änderungsbedarf diskutiert: Die Erwartungen, die Zahl der Organspender mit der Einführung des TPG zu erhöhen, haben sich nur teilweise erfüllt. Der Grund hierfür wurde auch in der damals geltenden „erweiterten Zustimmungslösung“ zur Organspende gesehen. Seit November 2012 gilt nun die Entscheidungslösung. Alle Bürger ab 16 Jahre werden alle zwei Jahre zu einer Entscheidung zur Organ- und Gewebespende aufgerufen. Diese kann für oder gegen eine Organ- und Gewebespende ausfallen oder auf eine im Organspendeausweis benannte Person übertragen werden. Krankenversicherer sowie Pass- und Meldeämter sind seither zur Aushändigung der Organspendeausweise

an die Bürger verpflichtet. Bereits ab dem vollendeten 14. Lebensjahr ist es möglich, einer Organ- und Gewebespende zu widersprechen. Wichtig: Für eine Organspende gibt es keine Altersgrenze! Nicht das tatsächliche Alter des Spenders ist ausschlaggebend, sondern der allgemeine Gesundheitszustand, das „biologische Alter“ seiner Organe und Gewebe. Seit der Novellierung überwachen unabhängige Transplantationsbeauftragte die Handlungsabläufe in den Entnahmekrankenhäusern und es wurde ein Straftatbestand eingeführt, der Falschangaben bei Patientendaten unter Strafe stellt. Darüber hinaus hat der behandelnde Arzt nach § 13 Abs. 3 TPG Patienten, bei denen die Übertragung vermittlungspflichtiger Organe medizinisch angezeigt ist, mit deren schriftlicher Einwilligung unverzüglich an das Transplantationszentrum zu melden, in dem die Organübertragung vorgenommen werden soll. Des Weiteren unterliegen die Richtlinien der Bundesärztekammer einer Begründungspflicht und werden unter Genehmigungsvorbehalt des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) gestellt – eine Folge aus dem Manipulationsskandal.

Voraussetzungen der postmortalen Organ- und Gewebespende

- › Feststellung des Hirntodes
- › Zustimmung zur Organ- und Gewebespende

Diese erfolgt entweder durch Zustimmung der verstorbenen Person zu Lebzeiten (durch schriftliche Dokumentation der Entscheidung zum Beispiel im Organspendeausweis) oder durch Mitteilung der Entscheidung an die Angehörigen. Liegt weder eine schriftliche noch mündliche Entscheidung zur Organ- und Gewebespende einer verstorbenen Person vor, müssen die nächsten Angehörigen eine Entscheidung treffen, basierend auf dem mutmaßlichen Willen der verstorbenen Person. Ist der mutmaßliche Wille der verstorbenen Person nicht feststellbar, müssen die Angehörigen nach ihrem Willen entscheiden.

Voraussetzungen für die Lebendorganspende

- › Lebendorganspende ist definiert als die Übertragung eines Organs oder eines Teils eines Organs von einem lebenden Menschen.
- › In Deutschland ist ausschließlich die Transplantation einer Niere oder von Teilen der Leber erlaubt; Teileber-Transplantationen sind nur in seltenen Fällen medizinisch möglich.
- › Sie wird durch das TPG geregelt.
- › Sie ist nur zwischen nahen Verwandten, Ehe- oder Lebenspartnern und sich nahestehenden Personen möglich.
- › Freiwilligkeit der Spende wird durch die Lebendspendekommission geprüft.

Ablauf einer Organspende



Organtransplantationen werden seit rund 50 Jahren durchgeführt und sind inzwischen ein bewährtes Verfahren der medizinischen Versorgung. Die vorausgehende Organspende ist jedoch für die meisten Krankenhäuser eine nicht alltägliche Aufgabe. Um die Kliniken bei dieser Herausforderung effektiv zu beraten und zu entlasten, wurde im Zuge des TPG eine bundesweite Koordinierungsstelle für Organspende eingerichtet. Diese Funktion hat die DSO seit Mitte 2000 übernommen. Sie unterstützt mehr als 1.300 Krankenhäuser, die über eine Intensivstation mit Beatmungsplätzen verfügen, sowie rund 50 Transplantationszentren bei allen Schritten im Organspendeprozess (mit Ausnahme der Organvermittlung):

- > Organisatorische Unterstützung zur Durchführung der Todesfeststellung
- > Intensivmedizinische Betreuung eines potenziellen Spenders
- > Meldung eines möglichen Spenders an die Vermittlungsstelle Eurotransplant
- > Organentnahme und -transport

Das Bundesgebiet ist in sieben organisatorische Regionen unterteilt mit je einer Organisationszentrale und zum Teil mehreren Organisationsschwerpunkten. Die Krankenhausmitarbeiter können zu allen Fragen der Organspende Kontakt mit der zuständigen DSO-Region aufnehmen. Ihre Unterstützungsarbeit reicht von der ersten telefonischen Beratung bis hin zur Organisation einer Organspende. Insgesamt verzeichnete die DSO 2015 bundesweit 2.244 organspendebezogene Kontakte, von denen die meisten in Krankenhäusern mit Neurochirurgie stattfanden. Von den 2.244 geführten Gesprächen wurden letztlich 877 Organspenden

realisiert. Medizinische Kontraindikationen, keine Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls oder die Ablehnung der Angehörigen sind einige der Gründe, warum keine Organspende stattfinden konnte.

Ablauf einer Organspende im Krankenhaus

Sobald eine Zustimmung vorliegt, veranlasst der Koordinator, den Spender auf mögliche Erkrankungen und Infektionen zu untersuchen. Die Ergebnisse zu Blutgruppe und Gewebemerkmalen leitet der Koordinator an die Organvermittlungsstelle Eurotransplant weiter, die mit Hilfe der Daten der Patienten auf der Warteliste die passenden Empfänger ermittelt und die zuständigen Transplantationszentren informiert. Die Zentren verständigen den Patienten und klären mit dem DSO-Koordinator alle weiteren medizinischen und organisatorischen Fragen. Die Vergabe von Spenderorganen erfolgt nach festgelegten Kriterien unter Berücksichtigung von:

- > Dringlichkeit
- > Gewebeübereinstimmung
- > Erfolgsaussicht

Die Chancengleichheit in der Organvergabe kommt in der bundesweit einheitlichen Warteliste zum Ausdruck. Die gemeinnützige Stiftung Eurotransplant mit Sitz im niederländischen Leiden ist die zentrale Vermittlungsstelle für die Organtransplantation nach § 12 TPG – finanziell und organisatorisch unabhängig. Der Zusammenschluss von acht Ländern und die zentrale Registrierung von Wartepatienten erhöhen die Chance auf ein passendes Organ und eine schnelle Transplantation.

Was hat sich nach den Wartelisten-Manipulationen geändert?

Infolge der Manipulationen wurde bereits eine Reihe von Maßnahmen durch die Bundesärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und den Gesetzgeber umgesetzt. So sollen die Transparenz erhöht, die Kontrollgremien gestärkt und gleichzeitig Fehlanreize vermieden werden. Zum Beispiel werden alle Transplantationszentren mindestens einmal in drei Jahren unangekündigt vor Ort geprüft. Zudem sind Vertreter der Länder, in denen das jeweilige Transplantationszentrum seinen Sitz hat, an den Prüfungen beteiligt. Damit soll ein nahtloser Informationstransfer zu den zuständigen Überwachungsbehörden realisiert werden. Darüber hinaus wurde im November 2012 eine unabhängige Vertrauensstelle „Transplantationsmedizin“ zur (auch anonymen) Meldung von Auffälligkeiten und Verstößen gegen das Transplantationsrecht eingerichtet.

Fortsetzung auf Seite 17

Die Bundesärztekammer hat ihre Richtlinien zur Wartelistenführung geändert. Nunmehr entscheidet eine Transplantationskonferenz unter Gewährleistung eines mindestens Sechs-Augen-Prinzips über die Aufnahme auf die Warteliste. Die dafür verantwortlichen Ärzte werden gegenüber Eurotransplant benannt. Droht der Verlust eines Spenderorgans, ist Eurotransplant berechtigt, das Vermittlungsverfahren zu beschleunigen und von der strikt patientengerichteten Vermittlung zur zentrumsgerichteten Vermittlung zu wechseln. Konnte bisher das Zentrum, das ein Organangebot durch Eurotransplant erhielt, in diesen Fällen selbst aus seinen Patienten auswählen, so entscheidet im beschleunigten Verfahren Eurotransplant über die Vergabe des Organs.

Wartelisten-Manipulationen sind nun strafbar und können mit einer Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder mit einer Geldstrafe belegt werden. Zur Errichtung eines nationalen Transplantationsregisters hat ein Gutachten des BQS-Instituts für Qualität und Patientensicherheit GmbH ergeben, dass eine einheitliche Datenerhebung und Datenerfassung im Transplantationswesen den Patienten nützt. Dieses Gutachten, das Ende Oktober 2014 vom BMG vorgelegt wurde, zeigt, dass die Zusammenführung der transplantationsmedizinischen Daten und deren Auswertung – von der Organentnahme bis hin zur Nachbetreuung – ein wichtiger Schritt für eine weitere Verbesserung der Versorgungsqualität in der Transplantationsmedizin ist. Bundesminister für Gesundheit Hermann Gröhe plant, Gespräche mit allen Beteiligten aufzunehmen, um die Errichtung eines Registers zügig voranzutreiben. Dies könne auch dazu beitragen, das Vertrauen in die Transplantationsmedizin zu stärken, so Gröhe. Das künftige Transplantationsregister soll eine wesentliche Grundlage für die Weiterentwicklung der Wartelistenkriterien bilden und damit zu einer größtmöglichen Transparenz bei der Vergabe von Spenderorganen führen.

Um Fehlanreize zu vermeiden, haben die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Bundesärztekammer bereits vor fast zwei Jahren Empfehlungen ausgesprochen. Diese sollen sicherstellen, dass finanzielle Anreize für einzelne Operationen nicht vereinbart werden dürfen. Das gilt auch für die Transplantationsmedizin. Damit soll die Unabhängigkeit der medizinischen Entscheidung sichergestellt werden. Die Krankenhäuser müssen in ihren Qualitätsberichten angeben, ob sie sich an die Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft halten. Werden in einem Krankenhaus Zielvereinbarungen getroffen, die von den Empfehlungen abweichen, muss das Krankenhaus in seinem Qualitätsbericht



angeben, in welchen Leistungsbereichen dies geschieht. Die Angaben in den Qualitätsberichten sollen die Transparenz über kritische Zielvereinbarungen deutlich erhöhen.

Was kann jeder zum Leben beitragen?

Eine Aufklärungskampagne der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) will dabei helfen, das sich wieder mehr Menschen mit dem sensiblen Thema auseinandersetzen. Alle Vertragszahnärzte können ihre Patienten ab sofort mit ausführlichen Materialien über die Möglichkeit einer Organ- und Gewebespende informieren (siehe Textkasten).

Ziel der Kampagne ist es, die Patienten dabei zu unterstützen, einen persönlichen Entschluss für oder gegen eine Organspende zu treffen. Denn nur wer gut informiert ist, kann die für sich richtige Entscheidung treffen – und erspart unter Umständen seinen Angehörigen eine große Belastung. Wenn weder eine schriftliche noch eine mündliche Entscheidung zur Organ- und Gewebespende einer verstorbenen Person vorliegt, müssen die nächsten Angehörigen eine Entscheidung treffen – basierend auf dem mutmaßlichen Willen der verstorbenen Person. Ist dieser nicht feststellbar, müssen die Angehörigen entscheiden.

Vanessa Hönighaus / kb

Mit freundlicher Nachdruckgenehmigung der KZV Berlin

Zahnärzte als Multiplikatoren

Unter dem Motto „Organspende – Ihre Zahnärzte informieren, Sie entscheiden!“ erhalten auch alle vertragszahnärztlichen Praxen in Rheinland-Pfalz kostenfrei Flyer und Broschüren zum Thema Organspende sowie Spendeausweise zur Auslage im Wartezimmer oder auf dem Empfangstresen. Die Materialien liegen dieser *KZV aktuell* bei.

Weitere Informationen, ein Praxisplakat für das Wartezimmer in zwei Größen finden interessierte Praxen auf der Internetseite der KZBV unter www.kzbv.de.

kb

Die wichtigsten Antworten zur Organspende

Gibt es eine Altersgrenze für die Organspende?

Für die Organspende gibt es keine feststehende Altersgrenze. Entscheidend ist der Zustand der Organe. Dieser hängt jedoch nur bedingt vom kalendarischen Alter ab. Über die Frage, ob ein Organ transplantiert werden kann, entscheiden medizinische Tests nach dem Tod – und letztlich der Arzt, der die Organe transplantiert.

Welche (Vor-)Erkrankungen schließen eine Organspende aus?

Eine Organentnahme wird grundsätzlich ausgeschlossen, wenn beim Verstorbenen eine akute Krebserkrankung oder ein positiver HIV-Befund vorliegen. Bei allen anderen Erkrankungen entscheiden die Ärzte nach den vorliegenden Befunden, ob Organe für eine Entnahme in Frage kommen.

Muss oder kann ich mich als Organspender registrieren lassen?

Eine Registrierung von Daten im Zusammenhang mit der Bereitschaft zur Organspende findet nicht statt. Es existiert in Deutschland auch kein Widerspruchsregister (Eintragung der Ablehnung). Deshalb ist es wichtig, die eigene Entscheidung auf einem Organspendeausweis festzuhalten und mit der Familie darüber zu sprechen. Genauso wenig ist es notwendig, sich ärztlich untersuchen zu lassen, bevor man sich zur Organspende bereit erklärt. Die medizinische Eignung der Organe für eine Transplantation wird geprüft, nachdem der Tod nach den Richtlinien der Bundesärztekammer festgestellt worden ist.

Genügt der Organspendeausweis als Rechtsgrundlage für eine Organentnahme? Werden die Angehörigen trotz Organspendeausweis um ihre Zustimmung gebeten?

Ist das Einverständnis des Verstorbenen dokumentiert, so ist eine Organentnahme rechtlich zulässig. Der Wille des Verstorbenen hat Vorrang. Bei vorliegendem Organspendeausweis werden die Angehörigen also nicht um eine Entscheidung zur Organspende gebeten, sie müssen jedoch darüber informiert werden.

Unter welchen Bedingungen ist eine Lebendspende möglich?

Die Bedingungen für die Lebendspende regelt das Transplantationsgesetz. Dabei räumt der Gesetzgeber der Organspende nach dem Tode grundsätzlich Vorrang vor der Lebendspende ein. In Deutschland ist eine Organspende zu Lebzeiten nur unter Verwandten ersten oder zweiten Grades, unter Ehepartnern, Verlobten und unter Menschen möglich, die sich in besonderer persönlicher Verbundenheit nahestehen. Eine unabhängige Gutachterkommission prüft, ob die Spende freiwillig und ohne finanzielle Interessen geschieht. Es muss außerdem sichergestellt sein, dass für den Empfänger zum Zeitpunkt der geplanten Übertragung kein Organ aus einer postmortalen Organspende zur Verfügung steht. Spender und Empfänger müssen sich zur ärztlichen Nachbetreuung bereit erklären.

Welche Voraussetzungen müssen für eine postmortale Organspende erfüllt sein?

Bevor Organe für eine Transplantation entnommen werden können, müssen zwei grundlegende Voraussetzungen erfüllt sein: Der Tod des Spenders muss durch Feststellung des irreversiblen Ausfalls der Gesamtfunktion des Gehirns nach den Richtlinien der Bundesärztekammer festgestellt worden sein. Zweitens muss für die Entnahme eine Einwilligung vorliegen, entweder in Form einer schriftlichen Einverständniserklärung des Verstorbenen (Organspendeausweis) oder indem eine vom Verstorbenen dazu bestimmte Person oder Angehörige im Sinne des Verstorbenen einer Entnahme zustimmen.

Ich habe bereits einen Organspendeausweis. Wird auf einer Intensivstation trotzdem alles medizinisch Mögliche für mich getan, wenn ich lebensbedrohlich erkrankte?

Ziel aller medizinischen Maßnahmen im Falle eines Unfalls oder einer schweren Erkrankung ist es, das Leben des Patienten zu retten. Die Bemühungen der Notärzte, Rettungsteams und der Intensivmediziner sind allein auf dieses Ziel ausgerichtet. Manchmal kann der Patient trotz aller Bemühungen nicht mehr gerettet werden, Krankheit oder Unfallfolgen sind zu weit fortgeschritten. Mitunter tritt der Tod dabei durch den unumkehrbaren Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms ein; Kreislauf und Atmung können nur noch künstlich durch Beatmung und Medikament aufrechterhalten werden. Nur bei dieser kleinen Gruppe von Verstorbenen stellt sich die Frage einer Organspende: Voraussetzung dafür ist immer, dass der Tod des Organspenders gemäß dem Transplantationsgesetz von zwei dafür qualifizierten Ärzten unabhängig voneinander nach den Richtlinien der Bundesärztekammer festgestellt worden ist. Diese Ärzte dürfen weder an der Entnahme noch an der Übertragung der Organe beteiligt sein, noch der Weisung eines beteiligten Arztes unterstehen.

Ich bin noch nicht volljährig. Kann ich trotzdem einen eigenen Organspendeausweis ausfüllen?

Minderjährige können ab dem vollendeten 16. Lebensjahr ihre Bereitschaft zur Organspende auf einem Ausweis dokumentieren. Der Widerspruch kann bereits ab dem vollendeten 14. Lebensjahr erklärt werden. Den Organspendeausweis gibt es u. a. beim Infotelefon Organspende unter der kostenlosen Rufnummer 0800 - 90 40 400.

Kann die Familie den Verstorbenen nach der Organentnahme nochmals sehen?

Die Familie kann in der von ihr gewünschten Weise Abschied von dem Verstorbenen nehmen. Nach der Entnahmeoperation wird die Operationswunde mit der gebührenden Sorgfalt verschlossen. Der Leichnam kann aufgebahrt werden und die Bestattung wie gewünscht stattfinden.

Ist eine Organspende möglich, wenn gleichzeitig eine Patientenverfügung existiert?

Ja. Man kann die Verfügung so verfassen, dass die Möglichkeit zur Organspende erhalten bleibt. Um Unsicherheiten und Konflikte zu vermeiden, ist es wichtig, gerade zu diesen Punkten eindeutige Angaben zu machen und die Angehörigen darüber zu informieren. Eine Formulierung wäre beispielsweise: „Grundsätzlich bin ich zur Spende meiner Organe/Gewebe bereit. Es ist mir bewusst, dass Organe nur nach Feststellung des unumkehrbaren Ausfalls der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms bei aufrechterhaltenem Kreislauf entnommen werden können. Deshalb gestatte ich ausnahmsweise für den Fall, dass bei mir eine Organspende medizinisch in Frage kommt, die kurzfristige (Stunden bis höchstens wenige Tage umfassende) Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen zur Feststellung des Todes nach den Richtlinien der Bundesärztekammer und zur anschließenden Entnahme der Organe.“

Welche gesetzliche Regelung gilt in Deutschland?

Seit November 2012 gilt in Deutschland die Entscheidungslösung. Sie schreibt vor, dass jeder Bürger regelmäßig in die Lage versetzt werden soll, sich mit der Frage der eigenen Entscheidung zur Organspende ernsthaft zu befassen und eine Erklärung zu dokumentieren. Seit Inkrafttreten des deutschen Transplantationsgesetzes im Dezember 1997 gilt in Deutschland außerdem: Der Wille des Verstorbenen zu Lebzeiten hat Vorrang. Liegt keine Entscheidung vor, zum Beispiel in Form eines Organspendeausweises, werden die Angehörigen gebeten, eine Entscheidung nach dem mutmaßlichen Willen des Verstorbenen zu treffen. Hat der mögliche Organspender die Entscheidung auf eine bestimmte Person übertragen, tritt diese an die Stelle der nächsten Angehörigen.

Welche Regelungen gelten im europäischen Ausland?

Die Organspende ist in den europäischen Staaten unterschiedlich geregelt. In Deutschland gilt seit November 2012 die Entscheidungslösung. Beispielsweise in Dänemark,

Großbritannien und den Niederlanden gilt die erweiterte Zustimmungslösung. Das bedeutet, dass jeder Einzelne für sich entscheidet, ob er nach seinem Tod Organe spenden möchte. Der persönliche Wille wird in jedem Fall akzeptiert. Für den Fall, dass keine Entscheidung bekannt ist, entscheiden die Angehörigen nach dem mutmaßlichen Willen des Verstorbenen.

In anderen Ländern wie Frankreich, Italien, Österreich und Spanien gilt die Widerspruchslösung. Hier wird erwartet, dass jeder, der eine Organspende für sich ablehnt, zu Lebzeiten seinen Widerspruch dokumentiert. Ist dies nicht geschehen, kann nach Feststellung des Todes eine Organentnahme durchgeführt werden. Wie die Organspende auch geregelt ist: Um sicherzustellen, dass der eigene Wille berücksichtigt wird, ist es sinnvoll, seine persönliche Entscheidung in einem Organspendeausweis zu dokumentieren und den Angehörigen mitzuteilen. Damit die eigene Entscheidung auch im fremdsprachigen Ausland verstanden und beachtet wird, empfiehlt es sich, ein übersetztes Beiblatt zum Organspendeausweis mitzuführen. Es kann von der Homepage der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung heruntergeladen werden. Dort ist auch ein Organspendeausweis in Türkisch zu finden.

DSO

Weitere Informationen

Weitere Informationen erhalten Sie bei der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) unter www.dso.de und bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) unter www.bzga.de.

Die BZgA ist eine Fachbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit. Sie ist nach § 2 TPG neben den nach Landesrecht zuständigen Stellen, den gesetzlichen Krankenkassen und den privaten Krankenversicherungsunternehmen mit der Aufklärung der Bevölkerung über die Möglichkeiten, Voraussetzungen und Bedeutung der Organ- und Gewebeübertragung beauftragt. Die BZgA möchte die Menschen dazu anregen, eine eigene Entscheidung für oder gegen die Organspende zu Lebzeiten zu treffen und diese Entscheidung (auf dem Organspendeausweis oder einer Patientenverfügung) zu dokumentieren.

Grippe, Masern und Co: Sinnvolle Schutzimpfungen

Ein ausreichender Impfschutz ist wichtig – nicht nur, aber ganz besonders für medizinisches Personal. KZV aktuell fasst die aktuellen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert-Koch-Institut zusammen.

Impfungen zählen zu den wirksamsten Maßnahmen, um Krankheiten vorzubeugen. Moderne Impfstoffe sind gut verträglich und unerwünschte Nebenwirkungen werden nur selten beobachtet. Vorrangiges Ziel von Impfungen ist es, die Geimpften vor einer ansteckenden Krankheit zu schützen. Zugleich helfen sie, Infektionskrankheiten einzudämmen.

Mit der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut (RKI) gibt es ein unabhängiges Expertengremium, das regelmäßig Impfempfehlungen für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene ausspricht. In Deutschland besteht grundsätzlich keine Impfpflicht. Die von der STIKO empfohlenen Standardimpfungen (siehe Impfkalender) werden in der Regel von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt.

Aktuelle Impfempfehlungen

Aktuell empfiehlt die STIKO Erwachsenen insbesondere Impfungen zum Schutz vor:

Impfkalender – Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO), Stand: August 2015

Impfung	Alter in Wochen	Alter in Monaten					Alter in Jahren						
	6	2	3	4	11–14	15–23	2–4	5–6	9–14	15–17	ab 18	ab 60	
Tetanus		G1	G2	G3	G4	N	N	A1	A2		A (ggf. N) ^e		
Diphtherie		G1	G2	G3	G4	N	N	A1	A2		A (ggf. N) ^e		
Pertussis		G1	G2	G3	G4	N	N	A1	A2		A (ggf. N) ^e		
Hib <i>H. influenzae</i> Typ b		G1	G2 ^c	G3	G4	N	N						
Poliomyelitis		G1	G2 ^c	G3	G4	N	N		A1		ggf. N		
Hepatitis B		G1	G2 ^c	G3	G4	N	N						
Pneumokokken ^a		G1		G2	G3	N						S ^g	
Rotaviren	G1 ^b	G2	(G3)										
Meningokokken C						G1 (ab 12 Monaten)		N					
Masern						G1	G2	N		S ^f			
Mumps, Röteln						G1	G2	N					
Varizellen						G1	G2	N					
Influenza												S (jährlich)	
HPV Humane Papillomviren								G1 ^d	G2 ^d	N ^d			

Erläuterungen

- G Grundimmunisierung (in bis zu 4 Teilimpfungen G1–G4)
- A Auffrischimpfung
- S Standardimpfung
- N Nachholimpfung (Grundimmunisierung aller noch nicht Geimpften bzw. Komplettierung einer unvollständigen Impfserie)

- a Frühgeborene erhalten eine zusätzliche Impfstoffdosis im Alter von 3 Monaten, d. h. insgesamt 4 Dosen
- b Die 1. Impfung sollte bereits ab dem Alter von 6 Wochen erfolgen, je nach verwendetem Impfstoff sind 2 bzw. 3 Dosen im Abstand von mindestens 4 Wochen erforderlich.
- c Bei Anwendung eines monovalenten Impfstoffes kann diese Dosis entfallen.
- d Standardimpfung für Mädchen im Alter von 9–13 bzw. 9–14 Jahren (je nach verwendetem Impfstoff) mit 2 Dosen im Abstand von 6 Monaten, bei Nachholimpfung im Alter > 13 bzw. > 14 Jahren oder bei einem Impfabstand von < 6 Monaten zwischen 1. und 2. Dosis ist eine 3. Dosis erforderlich (Fachinformation beachten).
- e Td-Auffrischimpfung alle 10 Jahre. Die nächste fällige Td-Impfung einmalig als Tdap- bzw. bei entsprechender Indikation als Tdap-IPV-Kombinationsimpfung.
- f Einmalige Impfung für alle nach 1970 geborenen Personen ≥ 18 Jahre mit unklarem Impfstatus, ohne Impfung oder mit nur einer Impfung in der Kindheit, mit einem MMR-Impfstoff
- g Einmalige Impfung mit Polysaccharid-Impfstoff

Quelle: Epidemiologisches Bulletin Nr. 34 des Robert-Koch-Instituts



› **Diphtherie**

Die STIKO rät allen Personen zur Impfung. Aufgefrischt werden sollte der Schutz alle zehn Jahre.

› **Hepatitis B**

Die STIKO empfiehlt vor allem auch Beschäftigten in medizinischen Einrichtungen, die bei ihren Tätigkeiten regelmäßig Kontakt mit Körperflüssigkeiten von Patienten haben, eine Hepatitis-B-Impfung.

› **Influenza (Grippe)**

Die Schutzimpfung sollten Erwachsene ab 60 Jahren, chronisch erkrankte Menschen und Schwangere jährlich im Herbst mit dem von der WHO empfohlenen aktuellen Impfstoff durchführen lassen. Die STIKO empfiehlt vor allem auch medizinischem Personal, sich impfen zu lassen.

› **Masern**

Eine Impfung ist laut STIKO für alle Erwachsenen sinnvoll, die nach 1970 geboren sind und nicht oder in der Kindheit nur einmal gegen Masern geimpft wurden.

› **Mumps**

Erwachsene, die nach 1970 geboren sind und nicht oder in der Kindheit nur einmal gegen Mumps geimpft wurden, sollten sich impfen lassen.

› **Pertussis (Keuchhusten)**

Die STIKO rät allen Personen zur Impfung und alle zehn Jahre zur Auffrischung.

› **Poliomyelitis (Kinderlähmung)**

Impfen lassen sollten sich laut STIKO nicht grundimmunisierte Erwachsene und Personen ohne einmalige Auffrischung.

› **Röteln**

Insbesondere bei Frauen im gebärfähigen Alter, die nicht geimpft sind oder einen unklaren Impfstatus haben, ist eine Impfung ratsam.

› **Tetanus (Wundstarrkrampf)**

Die STIKO rät allen Personen zur Impfung samt Auffrischung alle zehn Jahre.

› **Varizellen (Windpocken)**

Die Varizellen-Impfung empfiehlt die STIKO empfänglichen Personen, das heißt Personen, die nicht geimpft sind, anamnestisch keine Varizellen haben oder bei denen keine Antikörper im Blut nachgewiesen werden können.

kb

Versorgung von Asylsuchenden in Gemeinschaftseinrichtungen

Der Zustrom an Flüchtlingen schürt bei vielen Menschen die Angst vor der Ausbreitung von Infektionskrankheiten. Doch das Robert-Koch-Institut (RKI) gibt Entwarnung: Asylsuchende bringen nur selten Infektionen mit nach Deutschland. Im Gegenteil: Über 90 Prozent der Erkrankten hätten sich in Deutschland angesteckt. Asylsuchende seien eher eine gefährdete Gruppe als eine Gruppe, von der für andere eine Gefahr ausgeht, schlussfolgert das RKI auf seiner Internetseite. Dort gibt das Institut auch Impfhinweise für Helfer und Ärzte in Einrichtungen für Asylsuchende.

Haben Helfer in Einrichtungen ein erhöhtes Infektionsrisiko?

Bei Helfern in engem Kontakt ist von einem etwas erhöhten Risiko auszugehen, sagt das RKI. Deshalb sollte besonders bei Helfern der Impfschutz überprüft und sichergestellt werden, bevor sie ihren Einsatz beginnen.

Welche Impfungen werden Mitarbeitern in Einrichtungen empfohlen?

Grundsätzlich gilt: Alle Mitarbeiter und Helfer sollten die Standardimpfungen nach den Empfehlungen der STIKO erhalten haben. Weiterhin ist die Arbeitsmedizinische Vorsorgeverordnung (ArbmedVV) zu beachten. Zudem rät die STIKO die folgenden Impfungen bei beruflicher Indikation, die bei Mitarbeitern und Helfern in den Einrichtungen vorliegt:

› Hepatitis A

› Hepatitis B

› Auffrischimpfung gegen Polio, falls letzte Impfung vor mehr als 10 Jahren

› Influenza

kb

Freie Heilberufe in Europa – Deregulierung und mögliche Folgen

Die Europäische Union bedroht die freien Berufe. Mit vielfältigen Initiativen zur Liberalisierung der Märkte greift sie auch die Heilberufe an. Welche Folgen die Deregulierung für sie haben könnte, skizziert Dr. Kai-Peter Zimmermann in seiner Abschlussarbeit an der Akademie für freiberufliche Selbstverwaltung und Praxismanagement (AS). In loser Reihenfolge stellt KZV aktuell Zertifikatsarbeiten rheinland-pfälzischer AS-Absolventen vor.

Freie Berufe und freie Heilberufe stellen in der Europäischen Union (EU) keinen eigenständigen Rechtsbegriff dar. Die Definitionen der freien Berufe variieren unter den EU-Mitgliedsstaaten, sofern freie Berufe, wie sie Deutschland kennt, in den jeweiligen Ländern überhaupt existieren. Dennoch lassen sich Eigenschaften identifizieren, die immer wieder zur Beschreibung der freien Berufe herangezogen werden. Unter anderem sind dies die Gemeinwohlbindung

der erbrachten Dienstleistungen, die fachlich und wirtschaftlich unabhängige Aufgabenwahrnehmung, die selbstständige und persönliche Leistungserbringung sowie die Zurückstellung des Interesses maximaler Gewinnerzielung.

Heilberufe rücken zunehmend in den europäischen Fokus

Die freien (Heil-)Berufe stellen einen wichtigen Wirtschaftsfaktor im europäischen Binnenmarkt dar. Deshalb rückten sie in den Fokus der Aufmerksamkeit, als im Zuge der Finanz- und Wirtschaftskrise 2008 Ansätze gesucht wurden, um das Wirtschaftswachstum und die Beschäftigungssituation in Europa zu stärken. Im Rechtsrahmen des Lissaboner Reformvertrages, der 2009 in Kraft trat, hat es sich die Kommission zur Aufgabe gemacht, dem europäischen Binnenmarkt mehr Geltung zu verschaffen und somit die Wirtschaft innerhalb der Europäischen Union zu beleben.

AS-Akademie: Neue Köpfe für die Selbstverwaltung

Mit Dr. Sandra Chmieleck, Dr. Andreas Martin, Dr. Nicolas Wilhelm und Dr. Kai-Peter Zimmermann reihen sich vier weitere rheinland-pfälzische Zahnärzte in die Riege der Absolventen der Akademie für freiberufliche Selbstverwaltung und Praxismanagement (AS) ein. Anfang Dezember haben sie in einer feierlichen Zeremonie ihr Abschlusszertifikat erhalten. Das zweijährige berufsbegleitende Kompaktstudium will Zahnärzte fit machen für Aufgaben in der Selbstverwaltung des Gesundheitswesens und den Gremien der zahnärztlichen Berufspolitik.



Sanitätsrat Dr. Helmut Stein, Vorstandsvorsitzender der Kassenzahnärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz, gratuliert den Absolventen: „Die zahnärztliche Selbstverwaltung steht vor immer neuen Herausforderungen. Es ist wichtig, die Kollegen frühzeitig an die Anforderungen einer qualifizierten Selbstverwaltung heranzuführen.“ Mit ihrem fachübergreifenden Lehransatz aus ökonomischen, juristischen, sozialmedizinischen sowie gesundheitspolitischen Inhalten leiste die Akademie einen wertvollen Beitrag, befand Stein.

Am Studiengang 2016/2017, der im Februar beginnt, nehmen mit Dr. Boris Brehmer, Dr. Christoph Schirmer und Dr. Walter Schülin erneut Zahnärzte aus Rheinland-Pfalz teil. kb

Sanitätsrat Dr. Helmut Stein (links) und Prof. Dr. Burkhard Tiemann (rechts) gratulieren den rheinland-pfälzischen Akademieabsolventen Dr. Andreas Martin, Dr. Nicolas Wilhelm, Dr. Kai-Peter Zimmermann und Dr. Sandra Chmieleck. | Foto: AS-Akademie/Lopata, 2015



Dabei beruft sie sich auf die so genannten vier Grundfreiheiten der EU. Diese sind im „Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union“ (AEUV), der Bestandteil des Lissabon-Vertrages ist, beschrieben. Im Einzelnen handelt es sich hierbei um die Freiheit des Warenverkehrs, den freien Personenverkehr, die Dienstleistungsfreiheit sowie den freien Kapital- und Zahlungsverkehr. Der zweite Vertragsteil des Lissabon-Vertrages, der „Vertrag über die Europäische Union“ (EUV), definiert dabei die Zuständigkeiten innerhalb der EU.

Prinzipiell gilt der Grundsatz der begrenzten Einzelermächtigung. Dies bedeutet, die Organe der Europäischen Union dürfen nur innerhalb der Grenzen tätig werden, die die Mitgliedsstaaten in den Verträgen vorher festgelegt haben. Hierbei ist zu beachten, dass – mit Ausnahme der gemeinsamen Zuständigkeit in Teilbereichen der Sozialpolitik – die Gesetzgebungskompetenz für die Heilberufe formal bei den Mitgliedsstaaten liegt.

EU auf Deregulierungskurs: Berufsreglementierungen vs. Wirtschaftswachstum

Wichtige Instrumente europäischen Gestaltungswillens innerhalb des Binnenmarktes sind die „Richtlinie über Dienstleistungen im Binnenmarkt“ (kurz: Dienstleistungsrichtlinie) und die „Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen“ (Berufsanerkennungsrichtlinie oder Berufsqualifikationsrichtlinie). Die Dienstleistungsrichtlinie wurde 2006 mit dem Ziel verabschiedet, bürokratische Hindernisse, die der grenzüberschreitenden Erbringung von Dienstleistungen entgegenstehen, abzubauen. Dies soll den Bereich der Dienstleistungen innerhalb der EU fördern und vertiefen. Sind in einem Mitgliedsstaat rechtliche Anforderungen an die Erbringung von Dienstleistungen geknüpft, werden diesen klare Grenzen gesetzt: Sie müssen diskriminierungsfrei sein und stets die Grundsätze der Erforderlichkeit und der Verhältnismäßigkeit beachten. Als Rahmenrichtlinie umfasst die Dienstleistungsrichtlinie alle Dienstleistungen, die nicht ausdrücklich ausgenommen sind. Obwohl Gesundheitsdienstleistungen nicht in den Wirkungsbereich der Richtlinie fallen, gewinnt sie durch den Wandel und die angestrebte Akademisierung verschiedener Berufsfelder zunehmend Bedeutung für die freien Heilberufe.

Die Berufsanerkennungsrichtlinie fasst 15 sektorale, allgemeine und koordinierende Richtlinien zur Berufsanerkennung zusammen. Dadurch sollen einheitliche Verfahren zur Anerkennung von Berufsqualifikationen innerhalb der Europäischen Union geschaffen werden. Dies schließt die verkammerten Berufe ebenso wie die erlaubnispflichtigen freien Heilberufe ein. Ausgenommen hiervon ist seit Beginn an lediglich der Beruf des Notars. Die Anerkennung der Berufsqualifikation für Ärzte, Zahnärzte, Hebammen, Gesundheits- und Krankenpfleger, Tierärzte, Apotheker und Architekten („sektorische Berufe“) erfolgt quasi automatisch auf Grundlage gemeinsamer europäischer Standards bei Ausbildungsdauer und -inhalten. Im Zuge der Stärkung des Binnenmarktes kam es 2014 zur Weiterentwicklung der Berufsanerkennungsrichtlinie. Der von der Kommission hierfür ausformulierte Vorschlag enthielt einige für die freien Heilberufe interessante Überlegungen. Hierzu gehörten neben der Reform der allgemeinen Regeln für die Niederlassung oder die vorübergehende Beschäftigung in einem anderen Mitgliedsstaat die Modernisierung des Systems der automatischen Anerkennung, insbesondere für Krankenschwestern und Krankenpfleger, Hebammen, Apotheker und Architekten und – hinsichtlich der Intention europäischer Überlegungen – die „Einbindung von teilweise qualifizierten Berufsangehörigen und Notaren in einen Rechtsrahmen“. Damit stellte die Kommission klar, dass einmal ausgenommene Bereiche nicht für alle Zeiten außerhalb der Zuständigkeit europäischer Institutionen bleiben müssen.

Eine Konsequenz der weiterentwickelten Berufsanerkennungsrichtlinie ist die Transparenzinitiative. Hiermit will die EU-Kommission alle reglementierten Berufe innerhalb der Europäischen Union evaluieren, um so mehr Transparenz und gleiche Zugangschancen für Arbeitskräfte im europäischen Binnenmarkt zu schaffen. Der Definition für reglementierte Berufe folgend werden nicht nur berufliche Tätigkeiten, sondern auch das Führen einer Berufsbezeichnung untersucht, die durch Rechts- und Verwaltungsvorschriften auf Personen beschränkt ist, die über eine festgelegte Ausbildung verfügen. Die Datenbank der reglementierten Berufe der Europäischen Kommission liefert für die Mitgliedsstaaten eine durchschnittliche Zahl von etwa 157 reglementierten Berufen pro Land, wobei die Spanne von weniger als 50



AS-Absolvent

Dr. Kai-Peter Zimmermann (links),
hier bei der Zeugnisübergabe
durch den wissenschaftlichen

Leiter der Akademie

Prof. Dr. Burkhard Tiemann, sieht
die Freiberuflichkeit durch den De-
regulierungskurs der EU bedroht.

Foto: AS-Akademie/Lopata, 2015

bis zu mehr als 400 reicht. Mehr als 40 Prozent aller reglementierten Berufe innerhalb der EU fallen dabei in den Gesundheitssektor.

Aus Sicht der Kommission sollte sich die Regelung zum Berufszugang an folgenden Kriterien orientieren: Sie sollte vereinbar sein mit dem Grundsatz der Nichtdiskriminierung aufgrund der Staatsangehörigkeit. Zudem sollte die Reglementierung durch einen zwingenden Grund des Allgemeininteresses gerechtfertigt sein und auf die Verhältnismäßigkeit zum angestrebten Ziel überprüft werden.

Für die Evaluierung reglementierter Berufe im Rahmen der Transparenzinitiative wurden im Gesundheitssektor Physiotherapeuten, Psychologen und Dentalhygieniker (DH) als so genannte Referenzberufe ausgewählt. Dabei ist zu beachten, dass das Berufsbild des Dentalhygienikers bzw. der Dentalhygienikerin europaweit sehr unterschiedlich geregelt ist. In den Niederlanden oder Dänemark geht das Aufgabenfeld weit über die Zahnreinigung hinaus. In England und anderen EU-Staaten werden Bachelor-Studiengänge in Dentalhygiene angeboten und die Diagnostik teilweise durch DH durchgeführt. In manchen Ländern dürfen DH ohne Aufsicht arbeiten, in den Niederlanden ist sogar eine Niederlassung in eigener Praxis nach dem Bachelor-Abschluss möglich. Dagegen dürfen Dentalhygieniker beispielsweise in Irland, Spanien und Italien nur weisungsgebunden arbeiten. Außerdem ist für den außenstehenden Betrachter nicht nachvollziehbar, warum die Kommission die Zahl der EU-weit tätigen Dentalhygieniker mit 120.000 beziffert, während

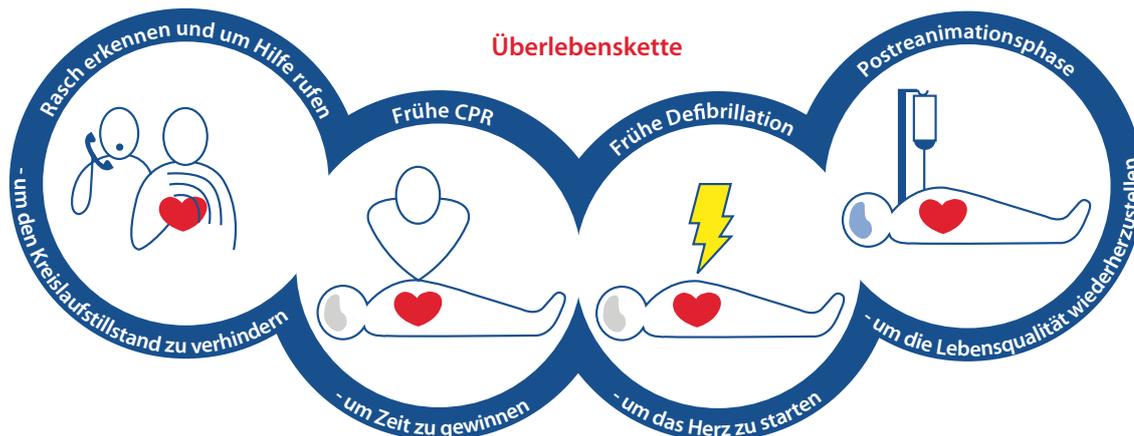
der europäische Dachverband nationaler zahnärztlicher Organisationen, der Council of European Dentists (CED), nur eine Zahl von 45.000 ausweist.

Transparenzinitiative: Angriff auf Freiberuflichkeit und Selbstverwaltung

Die Bundeszahnärztekammer, die eng mit den Vertretern der anderen Heilberufe auf europäischer Ebene kooperiert, hat die aktuellen Entwicklungen zum Thema ihres 10. Europatages gemacht, der in Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer, der ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, dem Bundesverband der Freien Berufe und dem Verband Beratender Ingenieure (VBI) stattfand. Dort machten die zahnärztlichen Vertreter der Freiberuflichkeit ihre Position deutlich, dass die Transparenzinitiative der Europäischen Kommission die bewährten Strukturen der freiberuflichen Selbstverwaltung zur Disposition stellt, um „einmalige Beschäftigungseffekte“ zu erreichen. Forderungen nach einem Abbau berufsrechtlicher Regulierungen durch länderspezifische Empfehlungen werden eindeutig als Angriff auf die Selbstverwaltungsstrukturen interpretiert und vehement zurückgewiesen.

Die Angehörigen der freien Heilberufe haben deshalb die wichtige Aufgabe, den Beitrag freiberuflicher Dienstleistungen zum Gemeinwohl zu verdeutlichen. In Kooperationen auf nationaler, internationaler und fachübergreifender Ebene ist es von immenser Bedeutung, bewährte Strukturen der Selbstverwaltung zu verteidigen, den hohen Qualitätsstandard der erbrachten Dienstleistungen zu erhalten und Tendenzen zur rein ökonomisch orientierten Politikgestaltung ein starkes und überzeugendes Gegenkonzept der eigenverantwortlichen und vertrauensbasierten Freiberuflichkeit gegenüberzustellen.

Dr. Kai-Peter Zimmermann



Die entscheidenden Schritte lebensrettender Maßnahmen:

1. Frühes Erkennen und Notruf
2. Frühe Wiederbelebung durch Notfallzeugen
3. Frühe Defibrillation
4. Frühe erweiterte Maßnahmen und standardisierte Behandlung nach der Reanimation

Grafik: ERC

Erste Hilfe: Neue Leitlinien zur Wiederbelebung erschienen

Die europäischen Leitlinien zur Wiederbelebung wurden aktualisiert. Sie stellen für die nächsten fünf Jahren den Standard für lebensrettende Maßnahmen außerhalb und im Krankenhaus dar. Bei der Basisreanimation setzen die neuen Empfehlungen auf bewährte Standards.

Nach wie vor gilt für die erste Hilfe im Notfall: Fest und schnell drücken ohne Pausen. Beatmen, wenn möglich, auch durch Laien. Frühe Defibrillation.

Herzdruckmassage (Thoraxkompression, CPR)

- › 30 Kompressionen mit zwei Beatmungen im Wechsel
- › Frequenz: 100 bis 120 Kompressionen pro Minute, Unterbrechung der Herzdruckmassage so selten wie möglich
- › Drucktiefe: mindestens 5 cm, maximal 6 cm
 - › Schnelleres oder tieferes Drücken verbessert nicht das Ergebnis für den Patienten.

Beatmung

- › Zwei Beatmungen nach 30 Thoraxkompressionen
- › Dauer: eine Sekunde für eine Beatmung
- › Unterbrechung der Kompression für zwei Beatmungen: maximal zehn Sekunden

Defibrillation

- › Möglichst frühzeitige Defibrillation innerhalb der ersten drei bis fünf Minuten. Das kann die Überlebenschance auf 50 bis 70 Prozent erhöhen.
- › Notfallzeugen sollten öffentliche oder hauseigene Defibrillatoren (automatisierter externer Defibrillator – AED) verwenden.

Die Wiederbelebensmaßnahmen für Erwachsene eignen sich laut der Leitlinien auch für Kinder, die nicht ansprechbar sind und nicht normal atmen. Die Herzdruckmassage sollte ein Drittel des Brustkorbes – bei Kleinkindern 4 cm, bei Schulkindern 5 cm – betragen.

Die englische Originalfassung der neuen europäischen Leitlinien zur Wiederbelebung stellt der European Resuscitation Council (ERC) auf seiner Internetseite www.erc.edu zur Verfügung. Die deutsche Übersetzung und eine Kurzfassung finden sich auf der Seite des Deutschen Rates für Wiederbelebung unter www.grc-org.de/leitlinien. Solange der Vorrat reicht, kann die Kurzfassung als Taschenbuch über die Internetseite kostenfrei bestellt werden.

kb

REANIMATION 2015 LEITLINIEN KOMPAKT



GERMAN RESUSCITATION COUNCIL
DEUTSCHER RAT FÜR WIEDERBELEBUNG

Fortbildung der KZV Rheinland-Pfalz: Rechtssichere Aufklärung und Dokumentation



Zahnärzte sind grundsätzlich zur sorgfältigen und umfassenden Aufklärung der Patienten über die geplante Behandlung, die damit verbundenen Risiken sowie über die Auswirkungen einer unterlassenen Behandlung bzw. eventuelle Alternativen verpflichtet. Diese Aufklärung ist schriftlich zu dokumentieren. Spätestens im Arzthaftungsprozess können die Dokumentationen prozessentscheidend sein, denn eine schlechte oder gar fehlende Dokumentation führt zu gravierenden Beweisschwierigkeiten, die der Zahnarzt unbedingt vermeiden sollte.

Das Seminar „**Richtig aufklären und dokumentieren nach den Vorgaben des Patientenrechtegesetzes**“ informiert anschaulich und anhand der aktuellen Rechtsprechung über die Pflichten der Zahnärzte und hat hierbei insbesondere das seit 2013 geltende Patientenrechtegesetz im Blick.

Die KZV Rheinland-Pfalz bietet Ihnen das Seminar an folgendem Termin an:

Freitag, 15. April 2016, 15:00 – 19:00 Uhr
Erbacher Hof
Grebenstraße 24
55116 Mainz

Das Seminar ist mit vier Fortbildungspunkten zertifiziert. Die Seminargebühr beträgt 89 EUR pro Person. Bitte beachten Sie, dass die Teilnehmerzahl begrenzt ist. Anmeldungen mit beiliegendem Formular werden in der Reihenfolge ihres Eingangs berücksichtigt.

Wir freuen uns auf Sie!



Foto: privat

Beate Bahner

Beate Bahner ist Fachanwältin für Medizinrecht mit eigener Kanzlei in Heidelberg. Die Kanzlei vertritt seit über 20 Jahren insbesondere Ärzte, Zahnärzte und Kliniken bei Themen rund um die Arztpraxis. Beate Bahner ist darüber hinaus Autorin mehrerer Standardwerke im Arzt- und Medizinrecht.

Fortbildung der KZV Rheinland-Pfalz und der apoBank: 10 Erfolgsregeln für nachhaltiges Praxiswachstum

Sie möchten mit Ihrer erfolgreichen Praxis wachsen? Oder fragen sich vielleicht, warum andere mehr Erfolg haben als Sie? Dann gibt Ihnen dieses Seminar Einblicke in moderne Konzepte der Praxisführung und interessante Inspirationen für den nächsten Entwicklungsschritt. So bleibt der Praxiserfolg nicht mehr dem Zufall überlassen, sondern beruht auf einer nachhaltigen Strategie und professionellen Denkansätzen.

Themenschwerpunkte:

- › Wie wird meine Praxis erfolgreich?
- › Der Weg zur richtigen Strategie
- › Welche 10 Konzepte haben erfolgreiche Praxen gemeinsam?

In Kooperation mit der apoBank bietet Ihnen die KZV Rheinland-Pfalz das Seminar an:

Mittwoch, 13. April 2016, 15.00 – 19.00 Uhr
Zahnärztehaus Ludwigshafen
Brunhildenstraße 1
67059 Ludwigshafen

Das Seminar ist für Sie kostenfrei. Bitte beachten Sie, dass die Teilnehmerzahl begrenzt ist. Anmeldungen mit beigefügtem Formular werden in der Reihenfolge ihres Eingangs berücksichtigt.

Wir freuen uns auf Sie!



Jens Pätzold

Rechtsanwalt Jens Pätzold ist Gründungspartner der Kanzlei Lyck & Pätzold und spezialisiert auf die Beratung von Medizinern. Seine Beratungsschwerpunkte sind das ärztliche Werbe- und Berufsrecht sowie das Gesellschaftsrecht. Jens Pätzold ist Autor arbeits- und medizinrechtlicher Artikel für Zeitungen und Fachzeitschriften.

Foto: Lyck + Pätzold. healthcare . recht

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

Sylvio Jachtner, Spezialist Anlage

apoPur. Über alles reden.
An alles denken.

**Kostenloser
DepotCheck.
Jetzt Termin
vereinbaren!**

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

Weil uns mehr verbindet.



deutsche apotheker-
und ärztebank

