

KZVAKTUELL

MITTEILUNGSBLATT DER KASSENZAHNÄRZTLICHEN
VEREINIGUNG RHEINLAND-PFALZ

Fokus

Update der zahnärztlichen Pharmakologie

Abrechnung

Richtig abrechnen: neue Pflege-
leistungen und Füllungsgebühren

Praxis

Behandlung von Pflegebedürftigen:
Zahnärzte und Pflegeheime kooperieren

KZV Rheinland-Pfalz

Gemeinsam stark: AG KZVen



Position

- 3 Nicht verhandelbar

Abrechnung

- 4 Neue Pflegeleistungen und Füllungsgebühren richtig abrechnen

Aktuell

- 7 Ministerpräsidentin zeichnet rheinland-pfälzische Zahnärzte aus

Fokus

- 8 Update der zahnärztlichen Pharmakologie

Rundschreiben

- 11 Wichtige Informationen für Zahnärzte und Praxisteams

Fokus

- 19 Update der zahnärztlichen Pharmakologie (Fortsetzung)

KZV Rheinland-Pfalz

- 22 Gemeinsam stark: AG KZVen

Praxis

- 24 Behandlung von Pflegebedürftigen: Zahnärzte und Pflegeheime sollen kooperieren

Mit dieser Ausgabe erhalten Sie letztmalig das Patientenmagazin „Lückenlos“, das über zahnmedizinische Themen aus Patientensicht berichtet. Die Herausgeber, darunter die KZV Rheinland-Pfalz, haben sich entschlossen, das Magazin einzustellen.

KZV aktuell

Offizielles Mitteilungsblatt und Rundschreiben der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz

Herausgeber

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

Anschrift der Redaktion

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

Redaktion

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

Redaktionsassistentz

Stephanie Schweikhard
Alexandra Scheler

Grafik und Produktion

adhoc media gmbh
Obertal 24 d · 56077 Koblenz

Bildnachweis

Titelfoto: @ pavelkubarkov / fotolia.de

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

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

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in den Texten auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen überwiegend verzichtet. Die männliche Form schließt die weibliche mit ein. Für den Nachdruck von Texten und Grafiken ist das schriftliche Einverständnis der KZV Rheinland-Pfalz Voraussetzung.

Nicht verhandelbar

Haben Sie schon geZäPPt? Bundesweit sind rund 38.000 Zahnarztpraxen aufgerufen, beim Zahnärzte-Praxis-Panel - kurz ZäPP - mitzumachen und anonymisiert Auskunft über die Kosten- und Leistungsstruktur ihrer Praxis zu geben. Unser Dank geht an alle Kolleginnen und Kollegen, die sich bereits an der gemeinsamen Befragung der KZBV und der KZV Rheinland-Pfalz beteiligt haben. Zugleich bitten wir herzlich all diejenigen mitzumachen, die das noch nicht getan haben. Die Frist zur Teilnahme endet am 16. November.

Warum das Ganze? Nun, mit ZäPP erhalten wir exaktere Daten zu Kostenentwicklungen und Morbiditätsveränderungen, um die von Ihnen geleistete Arbeit gegenüber den Krankenkassen transparent zu machen und um auch in Zukunft angemessene Honorare für Sie verhandeln zu können. Aufgrund der Gesetzgebung und der Rechtsprechung sind wir gefordert, dies auf Basis wissenschaftlich valider Zahlen zu tun, die uns ZäPP liefern wird.

Die Vertragsverhandlungen gestalten sich ohnehin zunehmend langatmiger und komplizierter. Selbstständige Entscheidungen der regionalen Krankenkassen sind kaum noch möglich. Am Verhandlungstisch sitzen, wenn auch imaginär, nun ihre Bundesorganisationen. Sie halten ihre Landesvertretungen an, deutschlandweit einheitliche Vertragsstrukturen zu vereinbaren. Vertragliche Sonderwege auf Landesebene, so wie wir sie in Rheinland-Pfalz kennen, sind kaum noch gangbar. Selbst die volle Steigerung der Bruttogrundlohnsumme ist nicht mehr durch-

setzbar. Das stellt nicht nur die Idee der Selbstverwaltung in Frage, sondern führt den gesetzlich verankerten Grundsatz, Gesundheit regional zu gestalten, ad absurdum!

Schwer bei den Vertragsverhandlungen wiegen zudem neue Leistungen - konkret die Erweiterung der BEMA-Nummer 13 infolge der EU-Quecksilberverordnung -, die nicht extrabudgetär von den Krankenkassen finanziert werden. Schon jetzt können wir absehen, dass wir mit den erweiterten Füllungsleistungen für Kinder, schwangere und stillende Frauen auf Mehrausgaben in Millionenhöhe zusteuern, die nicht von unserer Gesamtvergütung gedeckt werden. Das birgt die Gefahr, dass wir anders als in den Vorjahren den Honorarverteilungsmaßstab künftig anwenden müssen. Wir bitten Sie deshalb: Gehen Sie umsichtig mit den Möglichkeiten der BEMA-Nummern 13e bis h um.

Die Zeiten, in denen ein Telefonanruf bei den Krankenkassen genügte, um die Honorarverträge zu besiegeln, sind passé. Das ist Fakt. Gleich bleibt aber unsere Position, dass die von Ihnen geleistete Arbeit adäquat von den Krankenkassen bezahlt werden muss. Diese Position ist nicht verhandelbar, dafür stehen wir ein.

Ihr



Dr. Peter Matovinovic
Vorsitzender des Vorstandes



„Die Krankenkassen müssen die geleistete Arbeit adäquat bezahlen.“

Neue Pflegeleistungen und Füllungsgebühren richtig abrechnen

Seit dem 1. Juli gibt es neue BEMA-Positionen. Patienten mit Pflegebedarf haben nun Anspruch auf Prophylaxeleistungen. Zudem darf Amalgam nicht mehr uneingeschränkt für Füllungen genutzt werden. Worauf ist bei der Abrechnung zu achten?

Text: Marita Gablonsky, Geschäftsbereichsleiterin Abrechnung

Neue Prophylaxeleistungen nach § 22a SGB V

1. Hat sich der Kreis der Anspruchsberechtigten geändert bzw. welche Patienten können die Leistungen erhalten?

Anspruchsberechtigt sind Versicherte, die in einen Pflegegrad nach § 15 SGB XI eingestuft worden sind, sowie Versicherte, die Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten.

Menschen mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz werden in der Neuregelung nicht mehr explizit genannt, da der Begriff der „eingeschränkten Alltagskompetenz“ mit der Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade entfallen ist. Diese Patienten werden nun unmittelbar bei der Feststellung eines Pflegegrades 1 bis 5 berücksichtigt.

2. Ab welchem Pflegegrad besteht ein Anspruch auf die neuen Leistungen?

Anspruch besteht bereits ab Pflegegrad 1.

3. Wie prüfe ich die Anspruchsberechtigung?

Der Nachweis über einen Pflegegrad oder Eingliederungshilfe muss der Patient bzw. der Betreuer in der Praxis zur Einsicht vorlegen. Bitte dokumentieren Sie dies in der Patientenakte.

4. Welche Richtlinie muss beachtet werden?

Die neuen Leistungen nach § 22a SGB V sind konkretisiert in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen

und Menschen mit Behinderungen (kurz: Richtlinie nach § 22a SGB V). Die Richtlinie dient als Grundlage zur Abrechnung folgender BEMA-Positionen:

BEMA-Nr. 174a: Erhebung eines Mundgesundheitsstatus (§ 4 der Richtlinie) und Erstellung eines individuellen Mundgesundheitsplans (§ 5 der Richtlinie)

Leistungsinhalte:

- » Beurteilung des Pflegezustands der Zähne, des Zahnfleisches, der Mundschleimhäute sowie des Zahnersatzes; der erhobene Mundgesundheitsstatus ist in den Vordruck nach § 8 der Richtlinie einzutragen
- » Erstellung/Überprüfung des Mundgesundheitsplans auf Grundlage des Mundgesundheitsstatus; wird in Vordruck nach § 8 eingetragen

BEMA-Nr. 174b: Mundgesundheitsaufklärung (§ 6 der Richtlinie)

Leistungsinhalte:

- » Informationen zu den Maßnahmen, Demonstration und praktische Anleitung zur Pflege sowie Empfehlungen zur praktischen Umsetzung der Maßnahmen

BEMA-Nr. 107a: Entfernung harter Zahnbeläge (§ 7 der Richtlinie)

Leistungsinhalt:

- » Entfernung harter Zahnbeläge

Dokumentationsbogen für Besuchsleistungen ohne Kooperationsvertrag

Für Praxen, die Patienten in Pflegeheimen ohne Kooperationsvertrag betreuen, hat die KZV Rheinland-Pfalz einen Bogen zur Dokumentation von Besuchsleistungen und den neuen Leistungen nach § 22a SGB V entwickelt. Das Formular ist ein Service und dient ausschließlich als Dokumentationshilfe. Der Bogen liegt dieser Ausgabe *KZV aktuell* bei und findet sich zum Download auf der KZV-Internetseite unter www.kzvrlp.de > Praxis > Formulare > Sonstige Formulare.

Komposite-Füllungen im Seitenzahnbereich in Adhäsivtechnik nach BEMA-Nrn. 13e bis h

1. Welche Personen haben einen Anspruch auf Füllungen nach BEMA-Nrn. 13e bis h?

Anspruchsberechtigt sind

- » Kinder bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres
- » Schwangere
- » Stillende
- » Patienten mit einer Amalgamkontraindikation aufgrund einer Allergie
- » Patienten mit einer schweren Niereninsuffizienz

2. Wie soll die Anspruchsberechtigung dokumentiert werden?

Bei Kindern bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres ergibt sich das aus den Geburtsdaten.

Schwangere geben die Schwangerschaft im Anamnese-Bogen an oder teilen dies vor Beginn der Behandlung mit. Die Schwangerschaft sollte in der Patientenakte vermerkt werden.

Stillt eine Frau, sollte dies ggf. im Anamnese-Bogen aufgenommen werden bzw. in der Behandlungsdokumentation eingetragen werden.

Bei einer Amalgamallergie und einer Niereninsuffizienz muss der Nachweis vom Facharzt vorliegen. Dies ist in der Patientenakte zu dokumentieren.

3. Kann ich bei diesem Personenkreis immer Füllungen nach BEMA-Nrn. 13e bis h erbringen und abrechnen?

Grundsätzlich ja, jedoch muss immer die Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit beachtet werden.

4. Ist eine Mehrkostenberechnung bei Anwendung der Mehrschichttechnik möglich?

Nein, mit dem Ansatz der BEMA-Nrn. 13e bis h ist die Mehrschichttechnik abgegolten.

5. Ist die Mehrkostenberechnung bei Anwendung der Mehrfarbtechnik möglich?

Ja, dann muss eine schriftliche Mehrkostenvereinbarung gemäß § 28 Abs. 2 S. 2 SGB V mit dem Patienten geschlossen werden. In Abzug wird die jeweilige preisgünstige plastische Füllung gebracht.

6. Ist bei Kindern bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres grundsätzlich eine dentinadhäsive Komposite-Füllung zu legen?

Nein, dies entscheidet der Behandler. Er kann auch eine Füllung mit einem alternativen Füllungsmaterial wählen.

7. Können auch Milchzähne mit Füllungen nach BEMA-Nrn. 13e bis h versorgt werden?

Ja, wenn eine der Ausnahmeindikationen (siehe unter 1.) vorliegt und die Notwendigkeit und medizinische Indikation für eine solche Füllung gegeben sind, kann auch ein Milchzahn mit einer Füllung nach BEMA-Nrn. 13e bis h versorgt und abgerechnet werden. Das Wirtschaftlichkeitsgebot ist zu beachten. ■

Ministerpräsidentin zeichnet rheinland-pfälzische Zahnärzte aus

Gleich vier Zahnärzte hat Ministerpräsidentin Malu Dreyer zu Sanitätsräten ernannt. Sie wurden für ihr gesellschaftliches und berufspolitisches Engagement ausgezeichnet.

Text: Katrin Becker

In die Riege der Ehrentitelträger reihen sich Dr. Kerstin Bienroth, Dr. Margrit Brecht-Hemeyer, Dr. Peter Mohr und Dr. Dr. Michael Neuner ein. Den Titel Sanitätsrat erhalten Ärzte und Zahnärzte, die sich besondere Verdienste um ihren Berufsstand und die Gesellschaft erworben haben.

„Engagement wird oftmals als selbstverständlich vorausgesetzt, gerade auch, wenn es im beruflichen Umfeld erbracht wird. In Rheinland-Pfalz gibt es jedoch Menschen, die sich in besonderer Weise als niedergelassene Ärzte, Zahnärzte, Rechtsanwälte, Notare, Winzer und Landwirte besondere Wertschätzung in ihrem beruflichen Umfeld und darüber hinaus erworben haben“, sagte die Ministerpräsidentin anlässlich der Feierstunde in der Mainzer Staatskanzlei.

Dieses bürgerschaftliche Engagement sei ein Grundelement für gesellschaftlichen Zusammenhalt, der gerade in diesen Tagen so wichtig sei. „Sie alle haben im Berufsleben und darüber hin-

Ministerpräsidentin Malu Dreyer ernannte elf Rheinland-Pfälzer zu Justiz-, Ökonomie- und Sanitätsräten. | Foto: Staatskanzlei RLP/Stephan Dinges



aus Verantwortung für andere Menschen, den Zusammenhalt und ein lebendiges Miteinander bewiesen. Mit der Verleihung der berufsbezogenen Titel würdigt die Landesregierung diese besondere Leistung“, so Dreyer weiter. Insgesamt hat die Ministerpräsidentin Ehrentitel an elf Rheinland-Pfälzer vergeben. Traditionell werden alle zwei Jahre verdiente Persönlichkeiten zu Justiz-, Ökonomie- und Sanitätsräten ernannt. ■

Die Geehrten

Dr. Kerstin Bienroth betreut im Rahmen der Gruppenprophylaxe fünf Grundschulen und eine Kindertagesstätte in der Verbandsgemeinde Lingenfeld. Die Zahnärztin aus Schwegenheim ist seit 1997 Vorsitzende der Kreisvereinigung der Zahnärzte Germersheim-Kandel-Wörth. Seit dem Jahr 2000 ist sie als ehrenamtliche Richterin am Landessozialgericht tätig. Dr. Kerstin Bienroth ist Mitglied der Vertreterversammlung, des Zulassungsausschusses und des Landesverwaltungsbeirates der KZV Rheinland-Pfalz. Zudem ist sie Mitglied im Vorstand der Bezirkszahnärztekammer Pfalz.

Dr. Margrit Brecht-Hemeyer ist als Zahnärztin seit 1985 mit eigener Praxis in Koblenz tätig und als Fachlehrerin an der berufsbildenden Schule für Wirtschaft in Koblenz für die Aus- und Fortbildung der zahnmedizinischen Fachangestell-

ten zuständig. Seit 2007 ist sie Vorsitzende der Bezirkszahnärztekammer Koblenz. Sie gehört ferner der Vertreterversammlung der KZV Rheinland-Pfalz sowie dem Vorstand der Landes Zahnärztekammer Rheinland-Pfalz an und ist Vorsitzende des Berufsbildungsausschusses.

Dr. Peter Mohr, Fachzahnarzt für Oralchirurgie mit Praxis in Bitburg, ist bereits seit 1990 als Schulzahnarzt für die Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege Bitburg-Prüm tätig. Seit 2007 ist er Vorstand und Vizepräsident der Landes Zahnärztekammer Rheinland-Pfalz und unter anderem auch Delegierter der Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer. Bei der KZV Rheinland-Pfalz gehört Dr. Peter Mohr der Vertreterversammlung an.

Dr. Dr. Michael Neuner, Zahnarzt und Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie in Landau, ist neben seinem umfangreichen beruflichen Wirken in vielfältiger Weise für seinen Berufsstand ehrenamtlich aktiv. So war er viele Jahre für den Deutschen Sportärztebund ehrenamtlicher Ringarzt im Boxsport. Unter anderem gibt er im Landesjagdverband Unterricht in Erste-Hilfe-Maßnahmen für Jäger.

Update der zahnärztlichen Pharmakologie

Der Text fasst den aktuellen Stand der zahnärztlichen Pharmakotherapie zusammen und zeigt die Relevanz verschiedener Arzneimittelgruppen für den klinischen Alltag in der Zahnarztpraxis auf.

Text: Dr. Dr. Frank Halling

Die zahnärztliche Pharmakologie unterscheidet sich in wichtigen Punkten von der allgemeinmedizinischen Pharmakotherapie. Es wird fast ausschließlich akut behandelt und die Anzahl der eingesetzten Pharmaka ist überschaubar. Gleichzeitig besteht bei den meisten Dentalpharmaka eine große therapeutische Breite, wobei durch die langsame Resorption der Wirkstoffe bei der oralen Gabe bedrohliche Nebenwirkungen eher selten auftreten. Andererseits werden zahnärztliche Eingriffe/Behandlungen zunehmend komplexer, das Durchschnittsalter der Patienten steigt kontinuierlich und die Multimorbidität zahnärztlicher Patienten liegt mittlerweile auch in allgemeinärztlichen Praxen in einem Bereich von 50% (Radfar u. Suresh, 2007). Der niedergelassene Zahnarzt wird also zunehmend mit Patienten konfrontiert, die aufgrund einer allgemeinen Erkrankung und/oder einer bestimmten Medikation als risikobehaftet angesehen werden müssen. Diese Risiken muss er erkennen und bei seiner (medikamentösen) Be-

handlungsplanung berücksichtigen. Regelmäßig aktualisierte Arzneimitteldatenbanken (z. B. MMI Pharmindex, Neu-Isenburg), die in das bestehende Praxisprogramm implementiert werden können, bieten dabei eine wertvolle Hilfe.

Analgetika

In der Zahnmedizin kommen überwiegend nicht opioide Analgetika zum Einsatz (Tab. 1). Hier muss zwischen den nicht selektiven Hemmern der Cyclooxygenasen-1 und -2 (saure Analgetika bzw. NSAR) wie Acetylsalicylsäure (ASS) oder Ibuprofen sowie den nicht sauren Analgetika Paracetamol oder Metamizol und als eigene Gruppe die selektiven Hemmer der Cyclooxygenase-2 (z. B. Celecoxib) unterschieden werden. Während die NSAR im Gastrointestinaltrakt immer mehr oder weniger stark ulcerogen wirken, ist Paracetamol vor allem wegen seiner Lebertoxizität bei höheren Dosierungen problematisch. Metamizol muss aufgrund der seltenen, aber gravierenden Nebenwirkung Agranulozytose als Mittel der zweiten Wahl angesehen werden. ASS löst bereits in Dosierungen von 100 mg/Tag eine irreversible Thrombozytenaggregationshemmung aus, die bei ausgedehnteren chirurgischen Eingriffen das Risiko einer Nachblutung erhöht. Besonders bei Asthmatikern ist Vorsicht geboten, da NSAR-induzierte Asthmaanfälle erst 30 Minuten bis 3 Stunden nach Einnahme auftreten. Die Prävalenz für diese Reaktion liegt bei 10% (Randerath u. Galetke, 2007). COX-2-Hemmer zeigen gegenüber den NSAR ein höheres koronares Risiko. Durch die zusätzliche antiphlogistische Wirkung und die geringe Gerinnungshemmung ist Ibuprofen bei fehlender Kontraindikation als Mittel der ersten Wahl bei oralchirurgischen Ein-

Saure Analgetika (NSAR) „klassische COX-1 + 2 Hemmer“		
Salicylate Acetylsalicylsäure	Essigsäurederivate Diclofenac Indometacin	Propionsäurederivate Ibuprofen Ketaprogen Naproxen
Nicht saure Analgetika		Selektive COX-2-Hemmer
Anilinderivate Paracetamol	Pyrazolone Metamizol	Celecoxib Etoricoxib

Tab. 1 | Einteilung der nicht opioiden Analgetika

Wirkprofil	ASS	Ibuprofen	Paracetamol	Metamizol
Analgetisch	++	++	+	+++
Antiphlogistisch	+	++	-	-
Antipyretisch	+(+)	++	++	+++
UAW*	++	+	+	+

Tab. 2 | Übersicht des Wirkprofils der wichtigsten dentalen Analgetika

griffen anzusehen (Tab. 2). In einer Metaanalyse randomisierter Studien zeigte sich für alle bekannten NSAR ein signifikant höheres relatives Risiko für Komplikationen des oberen Gastrointestinaltraktes sowie für koronare Ereignisse (z. B. Myokardinfarkt) (Coxib and traditional NSAID Trialists' (CNT) Collaboration 2013). Bei Risikopatienten (Asthmatiker, Senioren, Niereninsuffizienz, Ulkusanamnese, Cortisontherapie) sollten NSAR gemieden werden und es sollte ganz auf nicht saure Analgetika umgestellt werden. NSAR zeigen eine Vielzahl von Arzneimittelinteraktionen und können somit besonders bei multimedikamentierten Patienten nur sehr bedingt eingesetzt werden (Halling; 2013, Thieme u. Wille, 2013).

Tramadolol als zentral wirksames Opioid ist in Tropfenform eine kurzfristige Option bei sehr starken Schmerzzuständen. Kombinationspräparate sind im Bereich der Selbstmedikation der Patienten sehr beliebt, aber aufgrund der Potenzierung der Nebenwirkungen, der ungleichen Wirkdauer der Arzneistoffe und des höheren Preises aus pharmakologischer Sicht eher abzulehnen. Während die gemeinsame Gabe von Paracetamol und Codein eine sinnvolle Kombination darstellt, ist das in der Zahnmedizin immer noch (zu) häufig verordnete Kombipräparat Dolomo® aufgrund des Coffein-Zusatzes und des Wirkstoffes ASS eher abzulehnen (Halling, 2013).

Bei der Behandlung chronischer Schmerzen, die nicht durch einen Tumor hervorgerufen werden, sollte ein multidisziplinärer Ansatz im Vordergrund stehen, also einer, der nicht nur die medizinischen, sondern auch die psychosozialen und physiotherapeutischen Aspekte berücksichtigt. Starke Schmerzmittel, die über einen längeren Zeitraum gegen chronische Schmerzen eingenommen werden, haben den gleichen Effekt wie eine Behandlung ohne Medikamente. Dies ist das Ergebnis einer umfangreichen Metaanalyse (Reinecke et al., 2014).

Generell sollte bei jedem Patienten vor einer Schmerzmedikation erfragt werden, wie oft frei verkäufliche Analgetika eingenommen werden. In Deutschland lag der Umsatz mit rezeptfreien Schmerzmitteln 2011 bei rund 1,1 Milliarden Euro. Rund 2.000 Menschen sterben jährlich nach Schätzungen in Deutschland durch Nebenwirkungen rezeptfreier Schmerzmittel (Spiegel-Online, 2012).

Antibiotika

Circa 18 Millionen Patienten benutzten 2009 in Deutschland durchschnittlich 2,5 Packungen Antibiotika. 38% aller Kinder und Jugendlichen und sogar 51% aller Kleinkinder erhielten 2009 ein Antibiotikum. Während in der Humanmedizin ca. 630 t Antibiotika pro Jahr verbraucht werden, sind es in der Veterinärmedizin etwa 740 t. Betrachtet man das Problem der Resistenzentwicklungen, so muss auch die Veterinärmedizin in die Verantwortung genommen werden (Al-Nawas, 2010).

Über das Keimspektrum bei odontogenen Abszessen liegen im deutschsprachigen Raum nur relativ wenige Publikationen vor. Eine klinische Studie ergab, dass im Durchschnitt nur zwei Erreger/Infektion nachzuweisen waren, wobei sich die aeroben und anaeroben Keime etwa die Waage hielten (Eckert et al., 2012). Generell nimmt die Keimpopulation bei bakteriziden Antibiotika rascher und weitergehend ab als bei bakteriostatischen Antibiotika (Al-Nawas u. Ziegler, 2009) (Abb. 1).

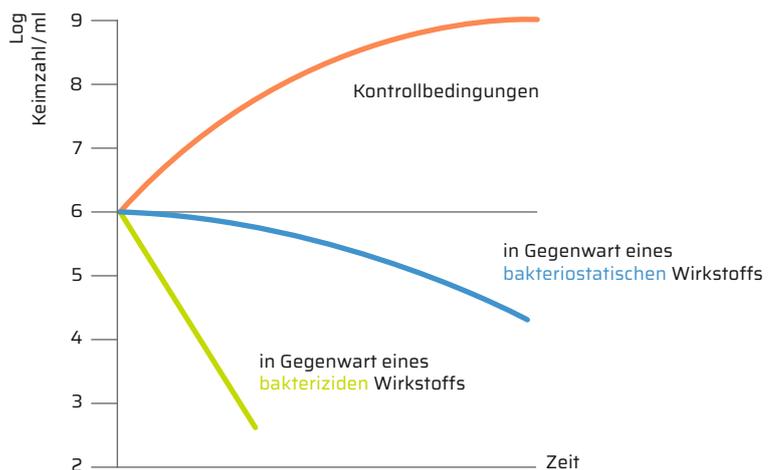


Abb. 1 | Hemmkinetik bakteriostatischer und bakterizider Antibiotika (mod. nach Al-Nawas u. Ziegler, 2009)

Die Indikationsstellung für Antibiotika in der Zahnmedizin ist nicht eindeutig definiert. Sie bilden bei odontogenen Infektionen eine Säule der Behandlung. Im Vordergrund der Therapie stehen aber immer die Abklärung der Infektionsursache und die Sanierung des Infektionsherdes. Keine Indikation für eine Antibiotikaverordnung stellen dar:

- » bakterielle Infektionen, bei denen eine lokale Behandlung ausreicht (z. B. Inzision bei submukösem Abszess)
- » lokalisierte Virusinfektion ohne Gefahr einer bakteriellen Superinfektion
- » Schmerz- und Schwellungszustände unklarer Genese

In zahlreichen zahnärztlichen Studien zeigt sich eine Kombination aus einem Aminopenicillin (z. B. Amoxicillin) und einem Betalaktamaseinhibitor (z. B. Clavulansäure) auch bei schwereren Infektio-



Dr. med. Dr. med. dent. Frank Halling
 Gesundheitszentrum Fulda, Praxis für MKG-Chirurgie/Plast. OP
 Kontakt: Dr. Halling@t-online.de
 Foto: privat

nen als besonders wirksam (Eckert et al., 2005, Al-Nawas, 2010, Halling, 2014). Allerdings muss auf eine erhöhte Lebertoxizität und eine schlechtere gastrointestinale Verträglichkeit geachtet werden (Gresser, 2001). Bei den Patienten mit einer verifizierten Penicillinunverträglichkeit stehen die bakteriostatischen Antibiotika Clindamycin und an zweiter Stelle die Makrolide (z. B. Roxithromycin) als Ausweichpräparate zur Verfügung (Al-Nawas u. Ziegler, 2009). Echte Penicillinallergien sind mit 3 bis 10 % der Patienten noch relativ selten, müssen aber beachtet werden. Generell haben Penicilline eine absolut ausreichende Knochengängigkeit, die dem Clindamycin nicht nachsteht (Al-Nawas, 2010). Die erhöhte Gefahr einer pseudomembranösen Colitis beim Reserveantibiotikum Clindamycin schränkt die Anwendungsempfehlungen weiter ein (Halling, 2014). Makrolide sind eine weitere Option, zeigen aber mittlerweile eine problematische Resistenzentwicklung. Der Trend, dass die Antibiotikaresistenzen deutlich zunehmen, betrifft auch die meisten in der Zahnmedizin gebräuchlichen Antibiotika. Dies zeigt ein Vergleich zweier Studien von Eckert und Mitarbeiter (Eckert et al., 2005 u. 2012). Hier zeigten Clindamycin, Doxycyclin und Erythromycin im Vergleich zu 2005 deutliche Resistenzsteigerungen, während sich die Penicilline und Aminopenicilline mit Clavulansäure noch als sehr gut wirksam gegen alle wichtigen odontogenen Erreger erweisen (Abb. 2). Cephalosporine spielen für die Zahnmedizin keine wesentliche Rolle, da Penicilline wirksamer, kostengünstiger und nebenwirkungsärmer sind.

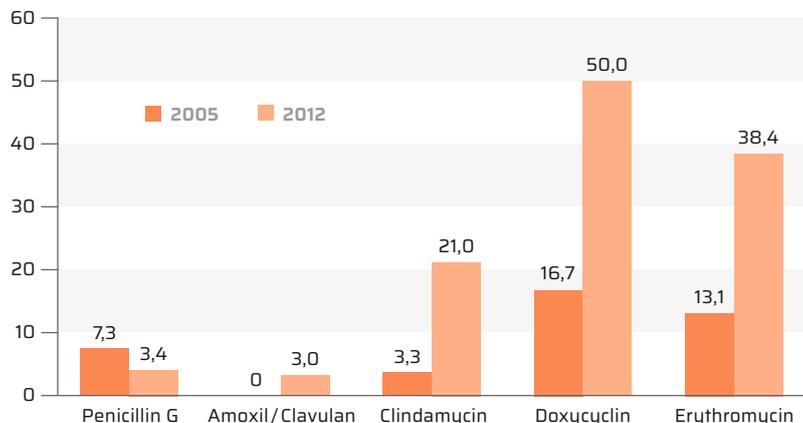


Abb. 2 | Resistenzraten (in %) gängiger oraler Antibiotika bei odontogenen Infektionen (nach Eckert et al., 2005 u. 2012)

Die bekanntesten Wege der Resistenzbildung bei Bakterien sind der Austausch von Resistenzgenen und die Adaptation der Bakterien an das Antibiotikum mit Entwicklung von Abwehrmechanismen (z. B. Produktion eines Betalaktamase-Enzyms). Da sich besonders viele, auch multiresistente Bakterien im Bereich des Naseneingangs nachweisen lassen, ist es bei größeren operativen Eingriffen (Knochenaugmentationen) sinnvoll, neben der einmaligen präoperativen Antibiotikaphylaxe mit 2 g Amoxicillin, die Naseneingänge mit einem Schleimhautdesinfektionsmittel zu desinfizieren. Auch die zusätzliche präoperative Schleimhautdesinfektion mit Chlorhexamed 0,2%ig ist effektiv und kostengünstig (Roberts u. Addy, 1981).

Mit einer perioperativen Antibiotikaphylaxe, die 30 bis 60 Minuten vor Beginn des Eingriffs gegeben werden sollte, können bei umfangreichen Operationen (z. B. Knochenaugmentationen im Rahmen implantologischer Eingriffe) oder bei Risikopatienten (z. B. Diabetiker), postoperative infektiöse Komplikationen verhindert oder das Risiko ihres Auftretens reduziert werden (Übersicht bei Halling, 2014).

In Deutschland verordnen Zahnärzte durchschnittlich einmal Antibiotika pro Woche. Erstaunlicherweise ergibt die Analyse der Verschreibungshäufigkeiten, dass der Anteil von Clindamycin mit mehr als 30 % in Deutschland sehr hoch ist (Halling et al., 2017). Das widerspricht den Empfehlungen der DGZMK (Al-Nawas, 2002), wobei der Anteil der dort primär empfohlenen Aminopenicilline bei den zahnärztlichen Verordnungen bei etwa 45 % liegt (Halling et al., 2017). In vergleichbaren Untersuchungen in den USA, England und Norwegen sowie generell im humanmedizinischen Bereich spielt Clindamycin praktisch keine Rolle. Die hohen Verordnungszahlen sind sehr auffällig und ggf. auf gezielte Werbestrategien der Industrie zurückzuführen.

Medikation bei Risikopatienten

Die zahnärztliche Behandlung beginnt mit der Beurteilung des allgemeinen Gesundheitszustandes. Hierbei ist schon oft zu erkennen, ob es sich um einen Risikopatienten handelt. Bei

Fortsetzung auf Seite 19

diesen Patienten ist das Komplikationsrisiko unter der Behandlung gegenüber der gesunden Normalbevölkerung erhöht. Neben den besonderen Patientengruppen Kinder und Jugendliche sowie schwangere und stillende Frauen finden wir Risikopatienten besonders häufig bei älteren Patienten mit chronischen Krankheiten. In Deutschland berichten 42 % der Frauen und 35 % der Männer, dass sie an einer chronischen Krankheit leiden. Die Häufigkeit chronischer Erkrankungen nimmt mit dem Alter zu. 53 % der über 65-jährigen Männer und knapp 60 % der Frauen dieser Altersgruppe geben an, an mindestens einer chronischen Krankheit erkrankt zu sein (Robert-Koch-Institut, 2012) (Abb. 3). Zwei Drittel aller über 80-Jährigen leiden an mindestens zwei, fast ein Viertel der Patienten dieser Altersgruppe an mindestens fünf chronischen Krankheiten. Im Durchschnitt nimmt ein über 65-Jähriger in Deutschland pro Tag sieben Wirkstoffe ein. Etwa ein Drittel aller über 65-Jährigen ist multimedikamentiert (Schiemann u. Hoffmann, 2013). Bei einer Polypharmakotherapie kommt es leicht zu Medikationsfehlern, das Risiko für unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) und das Interaktionspotenzial mit anderen (z. B. zahnärztlichen) Arzneimittelverordnungen steigt (Jahde et al., 2008). Die **Osteoporose**, an der in Deutschland etwa 8 bis 10 Millionen Menschen leiden, hat durch die zunehmende Medikation mit Bisphosphonaten für die Zahnmedizin eine besondere Bedeutung. Die bisphosphonatinduzierte Osteonekrose des Kiefers (BP-ONJ) tritt bei intravenöser, hoch dosierter Gabe nach unterschiedlichen Studien bei 1 bis 19 % der Behandlungsfälle auf (Grötz et al., 2012). Eine prolongierte Antibiose über 10 Tage und eine Deckung der Alveolen bei Zahnextraktionen werden zur Prophylaxe der BP-ONJ empfohlen (Grötz et al., 2012).

Die Prävalenz der **Niereninsuffizienz** mit einer glomerulären Filtrationsrate unter 60 ml/min wird mit 11 bis 13 % angegeben (Levey et al., 2009). Für den chirurgisch tätigen Zahnarzt sind Strukturveränderungen des Kieferknochens (renale Osteopathie) zu beachten, die z. B. eine Kontraindikation für Implantate darstellen. Patienten unter einer immunsuppressiven Therapie nach Nierentransplantation (z. B. Ciclosporin A) zeigen häufiger Gingivawucherungen. „Hauptfeinde“ der Niere sind die NSAR oder Mischanalgetika, deshalb hat Paracetamol die erste Priorität. Bei Penicillinen sollten die Dosisintervalle

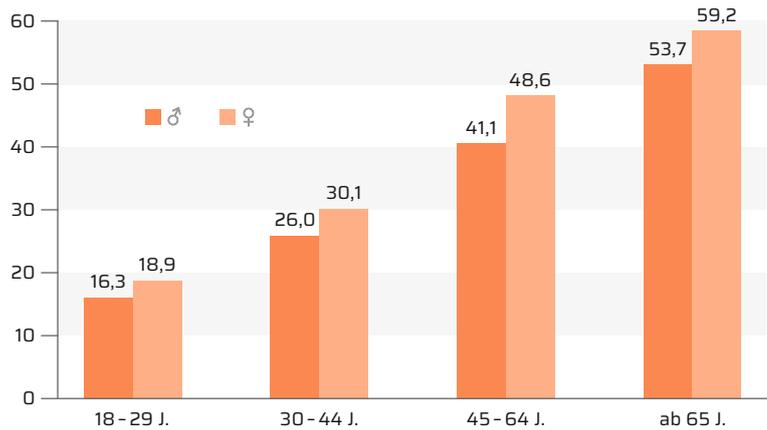


Abb. 3 | Prozentuale Häufigkeitsverteilung chronischer Krankheiten in Deutschland 2010 in verschiedenen Altersgruppen (Robert-Koch-Institut, 2012)

verlängert werden, die Startdosis ist jedoch beizubehalten. Clindamycin benötigt keine Dosisanpassung. **Erkrankungen der Leber**, dem zentralen „Entgiftungsorgan“ des Körpers, haben vielfältige Auswirkungen. Bei Abnahme der Leberperfusion durch Alterungsprozesse, Stoffwechselerkrankungen und Alkoholmissbrauch wird die hepatische Elimination vieler Medikamente beeinflusst. Es besteht das Risiko einer Verzögerung der Ausscheidung und/oder einer Verlängerung der pharmakologischen Wirkung. In der Leber metabolisierte Analgetika, wie Paracetamol und ASS, sollten vermieden werden. Während bei Clindamycin eine Dosisanpassung nötig ist, muss bei Penicillinen die Dosis erst bei ausgeprägter Leberschädigung reduziert werden. Die Dosis von Articain als häufigstem Lokalanästhetikum in der Zahnmedizin muss weder bei Nieren- noch bei Leberschädigungen reduziert werden, da dieser Wirkstoff zu fast 90 % durch unspezifische Esterasen im Gewebe und Blut abgebaut wird (Isen, 2000).

Etwa 7,2 % der Erwachsenen im Alter von 18 bis 79 Jahre bzw. 4,6 Millionen Deutsche leiden unter einem ärztlich diagnostizierten **Diabetes mellitus** (Rathmann et al., 2013). Neben einer höheren Infektionsrate nach chirurgischen Eingriffen muss die erhöhte Nachblutungsgefahr bei länger bestehendem Diabetes beachtet werden. Auf einen Adrenalinzusatz beim Lokalanästhetikum sollte aufgrund der möglichen kurzfristigen Blutzuckererhöhung möglichst verzichtet werden. HbA1c ist Hämoglobin, das an Glukose gebunden ist. Es repräsentiert die Stoffwechsellage des Patienten in den vorherigen vier bis acht Wochen. Ein gut eingestellter Diabetiker weist einen HbA1c-Zielkorridor von 6,5 bis 7,5 % auf (Pfeiffer u. Klein, 2014),

schlecht eingestellte Diabetiker liegen deutlich darüber. Jeder Diabetiker sollte heutzutage seinen HbA1c-Wert kennen. Gerade für die Planung von Implantaten sollte dieser Wert stets abgefragt werden. Von verschiedenen Autoren wird bei Diabetikern eine Antibiotikaphylaxe in Form einer präoperativen Einmalgabe empfohlen.

Patienten mit **Herzfehlern und Herzklappenersatz** rufen für den Zahnarzt besondere Probleme hervor. Zum einen sind sie einem hohen Endokarditisrisiko ausgesetzt, zum anderen sind sie zumeist dauerantikoaguliert. Die Endokarditisprophylaxe wird seit 2007 nur noch auf Patienten mit einem

- » prothetischen Klappenersatz,
- » Zustand nach bakterieller Endokarditis,
- » angeborenen Herzfehler (CHD),
- » Zustand nach Herztransplantation mit anschließender Valvulopathie

in Form einer Einmalgabe von 2 g (< 70 kg Gewicht) bzw. 3 g (> 70 kg Gewicht) Amoxicillin oral angewendet. Bei einer Penicillinallergie sind 600 mg Clindamycin die Alternative. Wichtig ist die Gabe 30 bis 60 min vor der Behandlung (Naber et al., 2007) (Tab. 3). Da Bakteriämien nicht länger als 15 min andauern, gewährt die Einmalgabe mit einem ausreichenden Wirkspiegel von durchschnittlich vier Stunden sicheren Schutz.

Wirkstoffklasse	Wirkstoffbeispiel	Applikationszeitpunkt und -art	Dosierung bei Erwachsenen	Dosierung bei Kindern (KG)
Penicilline mit erweitertem Wirkungsspektrum	Amoxicillin	60 min vor dem Eingriff oral oder i.v. direkt vor dem Eingriff	< 70 kg 2 g oral > 70 kg 3 g oral	< 15 kg 0,75 g oral 15 - 30 kg 1,5 g oral > 30 kg 2 g oral
Cephalosporine	Cefalexin	wie oben	2 g oral	50 mg/kg Körpergew.
bei Allergie → Lincosamide	Clindamycin	wie oben	600 mg oral	20 mg/kg Körpergew.

Tab. 3 | Empfehlungen zur Endokarditisprophylaxe (Naber et al., 2007)

Art des Wirkstoffes	Präoperative Karenz in Tagen (bei Niereninsuffizienz)	Postoperative Karenz in Stunden
Dabigatran (Pradaxa®)	1 (2)	12-24
Rivaroxaban (Xarelto®)	1 (1,5)	12-24
Apixaban (Eliquis®)	1 (1,5)	12-24
Edoxaban (Lixiana®)	1 (1,5)	12-24

Tab. 4 | Präoperative und postoperative Karenz bei den NOAK bei oralchirurgischen Eingriffen kleineren Umfangs

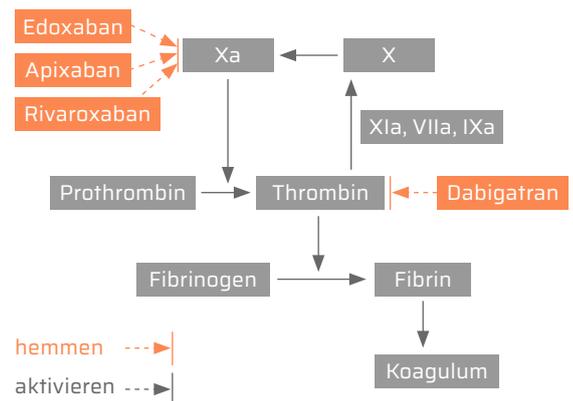


Abb. 4 | Die neuen direkten oralen Antikoagulantien (NOAK) und deren Wirkmechanismus

Durch die Einführung der neuen direkten Antikoagulantien (NOAK) Dabigatran (Pradaxa®), Rivaroxaban (Xarelto®), Apixaban (Eliquis®) und Edoxaban (Lixiana®) haben sich in den vergangenen Jahren auch für Zahnärzte einige Veränderungen ergeben (Abb. 4). Da diese neuen Wirkstoffe relativ teuer sind, erfolgt die Antikoagulation in Deutschland zurzeit noch überwiegend mit Cumarinderivaten. NOAK wirken über die direkte Hemmung eines Gerinnungsfaktors (z. B. Thrombin beim Dabigatran) anstelle einer indirekten Hemmung über die Vitamin-K-abhängigen Gerinnungsfaktoren bei den Cumarinderivaten. Die Substanzen werden in fester Tagesdosis täglich gegeben, ein Gerinnungsmonitoring ist nicht notwendig. Allerdings ist außer bei Dabigatran kein Gegenmittel bei einer Überdosierung verfügbar! Das perioperative Prozedere vereinfacht sich beim Absetzen dieser Präparate. Anstelle des umständlichen „Bridging“ mit Heparin bei Cumarinderivaten ist die Gerinnungshemmung bei den NOAK aufgrund der kurzen Halbwertszeit relativ schnell aufgehoben. Die höchsten Spiegel im Blut (Peak) werden bei den drei Substanzen nach etwa zwei bis vier Stunden erreicht. Ihre Elimination erfolgt in unterschiedlichem Ausmaß renal, dies führt zu substanzspezifisch unterschiedlichen Empfehlungen bezüglich der Anwendung bei Niereninsuffizienz (Steiner, 2012) (Tab. 4). Folgende Fragen müssen bei der Einnahme von NOAK präoperativ abgeklärt sein:

- » Wann hat der Patient die letzte Dosis genommen?
- » Wie hoch ist das Blutungsrisiko bei dem beabsichtigten Eingriff?
- » Wie steht es um die Nierenfunktion?
- » Wie hoch ist die Kreatininclearance?

Jede operative Intervention bei Patienten unter Antikoagulation sollte mit sorgfältigster Blutstillung erfolgen. In der Praxis des Verfassers hat sich dabei besonders die bipolare Koagulation mit der Kauterpinzette bewährt.

Die ambulante Behandlung von Patienten unter Cumarintherapie (Marcumar®, Falithrom®) bzw. NDAK sollte jedoch nur bei Patienten durchgeführt werden, die aufgrund ihres ausreichenden Allgemeinzustandes in der Lage sind, im Falle einer Nachblutung die Praxis oder Klinik aufzusuchen. Auch sollte die Erreichbarkeit des verantwortlichen Zahnarztes für Notfälle gegeben sein (Scheer et al., 2006).

Häufig verordnete Medikamente mit oralen UAW

In einer jüngst publizierten Studie zum Nebenwirkungsprofil der meistverordneten Medikamente in Deutschland ergab sich, dass fast die Hälfte der 50 untersuchten Arzneimittel unerwünschte orale Nebenwirkungen zeigte (Halling, 2013). 24 von 50 untersuchten Arzneimitteln wiesen orale Nebenwirkungen auf. Am häufigsten werden Geschmacksstörungen und Mundtrockenheit als UAW in den Fachinformationen genannt (Abb. 5).

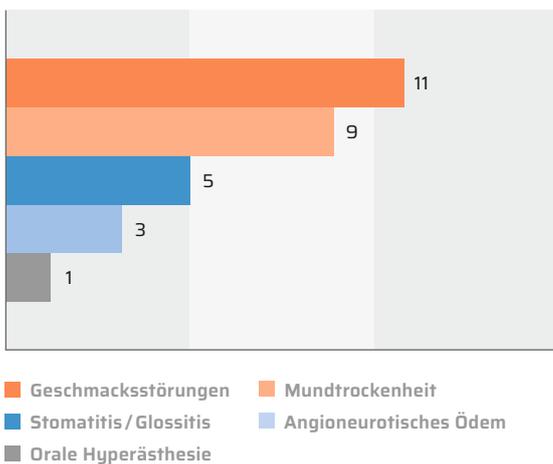


Abb. 5 | Anzahl der häufig verordneten Arzneimittel mit zugehörigen unerwünschten oralen Arzneimittelwirkungen

Gerade diese Nebenwirkungen belasten ältere Patienten besonders stark. In ausgeprägten Fällen sollte die Medikation in Absprache mit dem behandelnden Hausarzt überprüft und eventuell



Abb. 6 a (links) | Ausgeprägtes angioneurotisches Ödem des Unter- und Mittelgesichtes als Folge der Einnahme eines ACE-Hemmers

Abb. 6 b (rechts) | Derselbe Patient wie in Abb. 6 a nach Abklingen des Ödems

umgestellt werden. Eine potenziell lebensbedrohliche Komplikation stellt das (rezidivierende) angioneurotische Ödem dar, dass bei 0,1 bis 2,2 % der mit ACE-Hemmern oder Sartanen behandelten Hypertonikern auftreten kann. Klinisch kann das Ödem über eine Schwellung der Lippen und des Gesichtes bis zur lebensbedrohlichen Obstruktion der oberen Atemwege reichen (Abb. 6 a und b; Halling 2015).

Die Zeitdauer zwischen dem Medikationsbeginn und dem ersten Auftreten der Ödeme kann Monate bis Jahre betragen. Im Falle rezidivierender Schwellungen im Gesichtsbereich sollte jeder Zahnarzt nach Ausschluss möglicher dentogener Ursachen auch an diese Arzneimittelnebenwirkung denken. Liegt diese UAW vor, muss das auslösende Medikament sofort abgesetzt und auf eine andere antihypertone Arzneimittelgruppe umgestellt werden. Generell gilt laut § 2 Abs. 6 Musterberufsordnung der Bundeszahnärztekammer die Verpflichtung für alle Zahnärzte, „die ihm aus seiner zahnärztlichen Behandlungstätigkeit bekannt werdenden unerwünschten Arzneimittelwirkungen der Arzneimittelkommission der deutschen Zahnärzteschaft mitzuteilen“. ■

Mit freundlicher Nachdruckgenehmigung der Landeszahnärztekammer Sachsen.

Die Erstpublikation ist erschienen in „Zahnärzteblatt Sachsen 04/15 und 05/15“.

Das aktualisierte Literaturverzeichnis ist bei der Redaktion erhältlich.

Gemeinsam stark: AG KZVen

Mitgestalten statt mitlaufen lautet die Devise der „AG KZVen“. Sieben Kassenzahnärztliche Vereinigungen bündeln in der Arbeitsgemeinschaft ihre Kräfte zum Wohl ihrer Mitglieder. Und sie verschaffen sich Gehör – im Bund und in den Ländern.

Text: Katrin Becker

Sie spricht für rund 40.000 Zahnärzte: die AG KZVen. Inzwischen sind es sieben Kassenzahnärztliche Vereinigungen, die sich in der Arbeitsgemeinschaft zusammengetan haben. Sie bilden eine starke Stimme der Vertragszahnärzte, die in der Berufs- und Gesundheitspolitik gehört wird. Seit Frühjahr vergangenen Jahres ist auch die KZV Rheinland-Pfalz mit dabei.

„In der Vergangenheit war es häufiger so, dass kleinere KZVen wie die aus Rheinland-Pfalz auf Bundesebene kaum Gehör gefunden haben. Mit Partnern an der Seite ist es für uns leichter, regionale Perspektiven in die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) zu tragen und dort im Interesse unserer Mitglieder Einfluss zu nehmen“, sagt Dr. Peter Matovinovic, Vorstandsvorsitzender der KZV Rheinland-Pfalz. Die AG KZVen repräsentiert nicht nur rund zwei Drittel der Zahnärzte in Deutschland, sondern sie hat auch in der Vertreterversammlung der KZBV mit 31 Delegierten ein großes Gewicht. Sie redet mit, wenn wichtige Ausschüsse besetzt werden, bringt Themen aufs Tapet und gemeinsame, gut ausgearbeitete Anträge ein – zuletzt etwa zur Problematik von Fremdinvestoren im zahnmedizinischen Markt. Kurzum: Sie bestimmt die politische Richtung der KZBV entscheidend mit.

Keine Opposition

Was die AG KZVen auf keinen Fall sein will: eine Opposition zur Bundesebene. „Wir sind kein politisches Gegengewicht zur KZBV“, betont Matovinovic. „Wir haben den Vorstand gewählt und unterstützen ihn voll und ganz.“ Man zeige nicht nur Probleme auf, sondern suche zusammen mit der KZBV nach guten Lösungen, von denen möglichst alle KZVen und Praxen in Deutschland profitie-

ren, so der KZV-Vorstand. Beispiel EU: Die Arbeitsgemeinschaft hat ein eigenes Strategiepapier auf Bundesebene zur Diskussion gestellt, wie den Deregulierungsbemühungen der EU-Kommission, die auch in die freie Berufsausübung der Heilberufler eingreifen, entschieden entgegengewirkt werden kann.

Gegründet wurde die AG KZVen bereits 2005 auf Initiative der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen aus Bayern, Baden-Württemberg und Niedersachsen. Im selben Jahr trat die KZV Schleswig-Holstein bei, die KZV Hessen folgte 2011. Im März 2017 wurde die KZV Rheinland-Pfalz ein Teil der Arbeitsgemeinschaft. Jüngstes Mitglied ist die KZV Westfalen-Lippe, die in diesem Jahr eingetreten ist. Gemeinsam mit ihren Mitgliedern stellen die sieben KZVen die zahnärztliche Versorgung von mehr als 46 Millionen gesetzlich versicherten Patienten sicher.

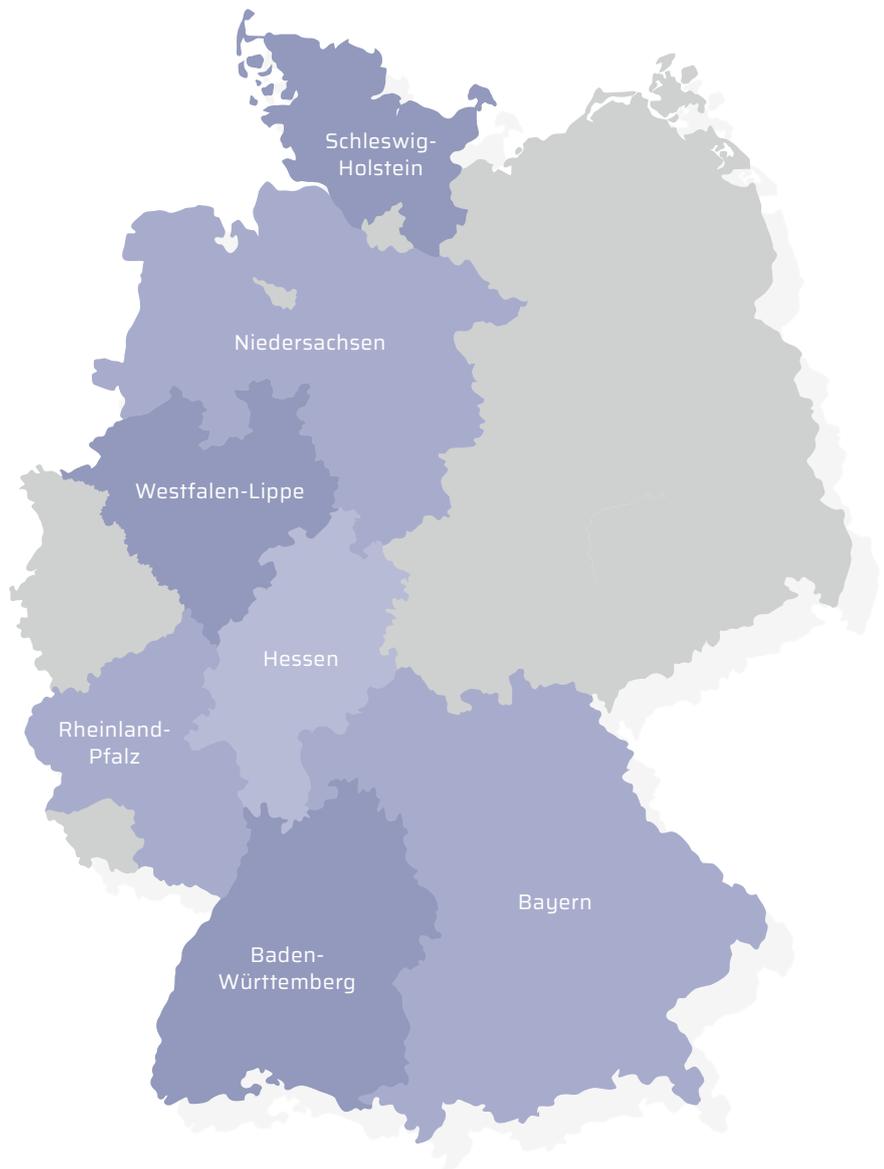
Übereinstimmende Interessen

Die Zusammenarbeit in der Arbeitsgemeinschaft funktioniert. Und das, obwohl Länder wie Rheinland-Pfalz oder Schleswig-Holstein kaum vergleichbar sind mit Bayern oder Baden-Württemberg. Unterschiedliche regionale Strukturen erfordern Kompromisse. Und: „Wir müssen zu einen Themen finden, bei denen wir uns einig sind, und zum anderen übereinstimmende Interessen herausarbeiten. Das klappt sehr gut“, sagt Matovinovic. Als Beispiel nennt er die Kampagne „Versorgungssicherheit statt Bürgerversicherung“ im Vorfeld der Bundestagswahl 2017. Mithilfe regionaler Gutachten legten die Vereinigungen dar, welche negativen Folgen die Einführung der Bürgerversicherung für die Versorgungssicherheit in den einzelnen Ländern haben könnte.

In ihrer politischen Arbeit stehen für die KZVen der Erhalt der Freiberuflichkeit und eine adäquate Weiterentwicklung der vertragszahnärztlichen Vergütung an oberster Stelle. Zudem eint sie das Ziel, die zahnärztliche Selbstverwaltung auf Landesebene zu stärken. Das stammt aus der Überzeugung, dass Gesundheitsversorgung nur vor Ort organisiert werden kann. In Zeiten, in denen Gesundheitspolitik überwiegend von Berlin aus gesteuert wird und regionale Besonderheiten häufig außer Acht gelassen werden, wiegt das für Matovinovic besonders schwer. „Schema x funktioniert in der Gestaltung der medizinischen Versorgung nicht. Aus diesem Grund lehnen wir eine Gleichmacherei ab und setzen uns für flexible, regionale Entscheidungs- und Gestaltungsspielräume ein.“ Thema im Kreis der KZVen sind deshalb auch die Vergütungsverhandlungen mit den Krankenkassen. Die Bundesorganisationen der Krankenkassen greifen immer stärker in die Länder durch und forcieren eine zentrale Ausgestaltung der Honorarverträge. „Wir bündeln unsere Erfahrungen und Kompetenzen, um Strategien zu entwickeln, wie wir unsere regionalen Versorgungsstrukturen in Zukunft in den Verträgen abbilden können“, sagt der KZV-Vorstand. Die AG KZVen denkt aber nicht nur im Großen. Sie stimmt sich auch ganz pragmatisch in konkreten Sachfragen ab, von denen die Zahnarztpraxen umgehend profitieren. Aktuelles Beispiel: Die Erweiterung der BEMA-Nummer 13 infolge der EU-Quecksilberverordnung. Da deren Abrechenbarkeit Fragen aufwirft, hat die Arbeitsgemeinschaft eine verlässliche, richtlinienkonforme Sprachregelung erarbeitet, die den Praxen Sicherheit bei der Abrechnung der geänderten Leistungsposition gibt.

Starker Verbund

Die aktuelle Gesundheitspolitik stellt die Kompetenz und Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung im Bund und in den Ländern zunehmend in Frage. Die Berufsvertretungen sind gefordert, die Politik vom Gegenteil zu überzeugen. Dazu braucht es auch im zahnärztlichen Berufsstand geschlossene Reihen und starke Verbände wie die AG KZVen, denen es gelingt, gemeinsame Positionen zum Wohl der Zahnärzte selbstbewusst und deutlich wahrnehmbar zu artikulieren. ■



Mitglieder der AG KZVen

AG KZVen zu Gast in Speyer

Am 11. und 12. September 2018 tagte die Arbeitsgemeinschaft der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen in Speyer. Auf der Tagesordnung der Vorstände der KZVen Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und Westfalen-Lippe standen unter anderem der Umgang mit der erweiterten BEMA-Nr. 13, die Entwicklung und Gründung von Medizinischen Versorgungszentren durch Fremdkapitalgeber, die Anbindung der Praxen an die Telematikinfrastruktur und die Rolle des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen im Gutachterverfahren.

Behandlung von Pflegebedürftigen: Zahnärzte und Pflegeheime sollen kooperieren

Noch sind sie freiwillig, ab nächstem Jahr sollen sie für Pflegeheime zur Pflicht werden: Kooperationsverträge mit Zahnärzten. Das sieht der Entwurf des neuen Pflegegesetzes („Pflegepersonal-Stärkungsgesetz“) vor. Was hat es mit den Kooperationsverträgen auf sich?

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 wurde zwischen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband ein Rahmenvertrag geschlossen, der verbindliche Mindestanforderungen und somit Abrechnungsvoraussetzungen für solch einen Kooperationsvertrag 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 etwa 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 Pa-

tienten. Die Vereinbarung zwischen KZV Rheinland-Pfalz und PflegeGesellschaft hat empfehlenden Charakter.

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.

Sind grenzüberschreitende Verträge möglich?

Hier bestehen keine Einschränkungen. Vertragszahnärzte aus Rheinland-Pfalz können Kooperationsverträge auch mit Pflegeeinrichtungen in anderen Bundesländern, etwa Hessen, Baden-Württemberg oder Nordrhein-Westfalen, schließen. Auch diese Verträge sind der KZV Rheinland-Pfalz anzuzeigen, da die Abrechnung der Leistungspositionen über diese erfolgt.



Foto: © Robert Kneschke / fotolia.de

Haben Kooperationsverträge eine Laufzeit?

Kooperationsverträge haben grundsätzlich keine Laufzeit. In jedem Fall erlischt der Vertrag mit dem Ende der Zulassung zur vertragszahnärztlichen Versorgung. 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 bzw. 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 findet sich im Mitgliederbereich der Internetseite der KZV Rheinland-Pfalz unter www.kzvrlp.de > KZV intern > KZV-Handbuch > Sonstiges.

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 festgehalten, der dem Musterkooperationsvertrag der KZV Rheinland-Pfalz beiliegt. 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 weiterbehandelt – der Kooperationszahnarzt oder der Hauszahnarzt.

Wie ist mit dem Dokumentationsbogen zu verfahren?

Der Dokumentationsbogen ist fester Bestandteil des Kooperationsvertrages und muss, um die Leistungen gegenüber der KZV abrechnen zu können, ausgefüllt werden. 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. Hierfür kann der Bogen unter Beachtung der Datensicherheit abfotografiert werden.

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-Nr. 01 nicht zusätzlich abgerechnet werden kann.

Wie ist mit der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) zu verfahren?

Die eGK des Patienten muss eingelesen werden. Hierfür eignet sich am besten ein mobiles Gerät. Im Rahmen der Anbindung der Praxen an die Telematikinfrastruktur sind inzwischen erste mobile Kartenterminals zugelassen. Eine Übersicht gibt es unter <https://fachportal.gematik.de/zulassungen>.

Welche Hygienestandards muss der Kooperationszahnarzt beachten?

Grundsätzlich ist das Pflegeheim für die Hygiene in seinen Räumen verantwortlich. Gleichwohl hat der Zahnarzt selbstverständlich grundlegende, für die Untersuchung relevante Hygienemaßnahmen zu ergreifen, zum Beispiel die Verwendung von medizinischem Einweg-Besteck, Einmal-Handschuhen etc.

Welches Instrumentarium wird für einen Heimb Besuch benötigt?

Die Kooperationsverträge zielen zunächst nur auf die Erhebung des Mundgesundheitsstatus und 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, eine oder zwei Mitarbeiterinnen 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. 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 natürlich weiter die Maßgabe der KZV Rheinland-Pfalz, dass ein Zahnarzt eine Verordnung ausstellen kann, wenn wegen der zahnärztlichen Behandlung an sich ein Krankentransport notwendig wird. Dabei ist zu beachten, dass die Übernahme der Fahrtkosten grundsätzlich nur nach vorheriger Genehmigung durch die Krankenkasse erfolgt. Das heißt, der Patient muss – außer in Notfällen – die Verordnung zunächst von seiner Krankenkasse genehmigen lassen. Krankenfahrten werden mit dem Muster 4 (Verordnung einer Krankenförderung) verordnet. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung bemüht sich derzeit im Verfahren zum neuen Pflegegesetz, dass Krankenfahrten künftig ohne Vorabgenehmigung der Krankenkassen verordnet werden dürfen. ■

Weitere Information

Sie wünschen weitere Informationen zu den Kooperationsverträgen nach § 119b SGB V oder haben ein konkretes Anliegen?

Rechtliche und vertragliche Fragen beantwortet Maxim Hasselwander, Vorstandsbeauftragter der KZV Rheinland-Pfalz, unter Telefon 06131 / 8927-107.

Für Abrechnungsfragen wenden Sie sich bitte an Marita Gablonsky, Geschäftsbereichsleiterin Abrechnung, unter Telefon 06131 / 8927-239 oder per E-Mail an marita.gablonsky@kzvrlp.de.

Die Vereinbarung von KZV Rheinland-Pfalz und Pflege-Gesellschaft Rheinland-Pfalz samt Musterkooperationsvertrag steht im Mitgliederbereich der KZV-Internetseite unter www.kzvrlp.de > KZV intern > KZV-Handbuch > Sonstiges zur Verfügung.





Ihre Daten für die Weiterentwicklung der vertragszahnärztlichen Versorgung!

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

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

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

Verlängerter Einsendeschluss für die ausgefüllten Unterlagen: **16. November 2018**

Sie haben Fragen zum ZäPP?

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



Für Rückfragen bei Ihrer KZV:

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

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

Unterstützen Sie das ZäPP – In Ihrem eigenen Interesse!

KZVRLP

KASSENZAHNÄRZTLICHE VEREINIGUNG
RHEINLAND-PFALZ

Offizielles Mitteilungsblatt und Rundschreiben der
Kassenzahnärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz