



Bezirksgeschäftsstelleninformation 04/2010

Inhalt	Seite
1 Informationen aus dem Bereich Abrechnung	2
<i>Organisation, Mitteilungen und Festlegungen</i>	2
2 Informationen aus dem Bereich Sicherstellung	2
2.1 <i>Sicherstellung der Versorgung der Patienten bei Praxisschließungen im Fall von Urlaub oder Krankheit</i>	2
2.2 <i>Kardiologisch-angiologischer Qualitätszirkel vom 31. März 2010</i>	4

KVS - BEZIRKSGESCHÄFTSSTELLE DRESDEN

Anschrift:	Schützenhöhe 12 01099 Dresden	Telefon:	0351 8828-0
		Telefax:	0351 8828-199
Postadresse:	PF 10 06 41 01076 Dresden	E-Mail:	dresden@kvs-sachsen.de
		Internet:	www.kvs-sachsen.de

Bezirksgeschäftsstellenleiter:
Dr. med. Johannes Baumann

Vorsitzender Regionalausschuss:
Dr. med. Frank Eisenkrätzer

1 Informationen aus dem Bereich Abrechnung

Organisation, Mitteilungen und Festlegungen

Die Annahme der Abrechnungen für das II. Quartal 2010 erfolgt in unserem Haus – **Schützenhöhe 12, 01099 Dresden.**

Die Abrechnungen werden in den dafür gekennzeichneten Räumen entgegengenommen.

Die Annahmezeiten sind:

Donnerstag	1. Juli 2010	07:30 - 18:00 Uhr
Freitag	2. Juli 2010	07:30 – 18:00 Uhr
Samstag	3. Juli 2010	07:00 – 14:00 Uhr
Montag	5. Juli 2010	07:30 – 18:00 Uhr
Dienstag	6. Juli 2010	07:30 - 18:00 Uhr
Mittwoch	7. Juli 2010	07:30 – 19:00 Uhr
Donnerstag	8. Juli 2010	07:30 - 18:00 Uhr

Sollte eine Abgabe der Abrechnung zu den offiziellen Terminen nicht möglich sein, bitten wir Sie, im Einzelfall individuelle Termine unter ☎ 0351 8828-410/411 abzustimmen.

Selbstverständlich ist das Mitgliederportal zur Abgabe der Online-Abrechnungen für Sie während dieser Zeit geöffnet.

2 Informationen aus dem Bereich Sicherstellung

2.1 Sicherstellung der Versorgung der Patienten bei Praxisschließungen im Fall von Urlaub oder Krankheit

Der Sommer und damit die Urlaubszeit nähern sich und es steht wieder die Zeit bevor, in der die eigene Praxis für den verdienten Erholungsurlaub vorübergehend geschlossen wird. Dies ist zur Erholung vom Praxisalltag zweifellos notwendig, allerdings sind in diesem Zusammenhang einige kleinere Regelungen zu beachten, auf die wir nochmals eindrücklich hinweisen möchten.

Hintergrund dieser Hinweise ist, dass wir durch Patienten, Notfallambulanzen der Kliniken, Rettungsleitstellen, Krankenkassen und auch Kolleginnen und Kollegen wiederholt darüber informiert werden, dass zu bestimmten Zeiten, besonders in Verbindung mit Feiertagen und in der Urlaubszeit, einige Praxen nicht erreichbar sind und die Vertretung nicht bzw. nur unzureichend geregelt ist. In diesem Zusammenhang erreichen uns auch gehäuft Mitteilungen, dass Praxen auch während der angegebenen Sprechzeiten, weder persönlich noch telefonisch erreichbar sind.

Wir möchten dies zum Anlass nehmen, nochmals auf einige Pflichten bei der vorübergehenden Schließung der Praxis hinzuweisen.

Wird die Praxis wegen Urlaub, Krankheit oder aus einem anderen Grund vorübergehend geschlossen, so **ist ein entsprechender Vertreter zwingend zu benennen**. Gegenüber den Patienten sollte dies durch einen gut sichtbaren Aushang an der Praxistür sowie auch durch Schaltung eines Anrufbeantworters erfolgen. **Diese Verpflichtung ist auch bei einer Praxisschließung von unter einer Woche, also z. B. auch nur an einzelnen Tagen, unbedingt einzuhalten**. Dauert die vorübergehende Praxisschließung länger als eine Woche, so ist dies, unter Nennung der Praxisvertretung unverzüglich auch der KV Sachsen mitzuteilen. (Sicherstellungsstatut der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, Pkt. 1.3).

Wir sehen es als selbstverständlich an, dass im Vorfeld unter Kollegen eine entsprechende Absprache zwischen dem zu vertretenden Arzt und dem benannten Vertreter erfolgt. Die Vertretung kann auch durch Ärzte anderer Vertragsarztpraxen oder durch in MVZ angestellte Ärzte erfolgen. Ebenso ist es möglich, dass ein Nichtvertragsarzt die Vertretung in der Praxis des zu vertretenden Arztes übernimmt. Ein Verweis auf die Rettungsleitstellen bzw. in Dresden auf die Einsatzzentrale der KVS, auf die Krankenhäuser oder auf die KV Sachsen selbst als Vertretung, ist unzulässig! Ein derartiges Verhalten ist durch uns nicht zu akzeptieren. Wir möchten gern vermeiden, aus diesem Grund gegen Kollegen disziplinarrechtlich vorgehen zu müssen.

An dieser Stelle ausdrücklich ausgenommen sind die Praxen mit einer durch die KV Sachsen ausgesprochenen Sonderregelung zur Praxisvertretung durch die benachbarten Krankenhäuser.

Bei Rückfragen zur Vertreterregelung können Sie sich gern an Frau Schwarz, Tel.: 0351 8828-315, in unserem Haus wenden.

Sollten Sie für die Zeit Ihrer Abwesenheit zum Kassenärztlichen Bereitschaftsdienst eingeteilt worden sein, können Sie nicht davon ausgehen, dass Ihr Praxisvertreter den Bereitschaftsdienst automatisch mit übernimmt. In diesem Fall muss eine separate Klärung der Vertretung bzw. Diensttausch oder Dienstübernahme erfolgen.

Fragen zur Vertretung im Bereitschaftsdienst beantworten Ihnen die Mitarbeiter Frau Heimann und Herr König, Tel.: 0351 8828-371 bzw. -370.

Selbstverständlich gibt es Zeiten, in denen viele von uns den Wunsch haben, ihre Praxis zu schließen. Dies betrifft insbesondere den Urlaub in den Sommermonaten zur Zeit der Schulferien, oder es besteht der Wunsch, Wochenenden in Verbindung mit Feiertagen „zu verlängern“. Dies alles ist verständlich. Dennoch ist aber auch zu diesen Zeiten unsere Pflicht, die ärztliche Versorgung sicherzustellen. Gerade in der Urlaubszeit sind es dann Ihre Kolleginnen und Kollegen, die in dieser Zeit die Versorgung Ihrer Patienten mit übernehmen. Eine kollegiale Absprache zur Vertretung sollte dabei einfach selbstverständlich sein. Erfolgt dies nicht leiden Ärzte und Patienten darunter gleichermaßen.

2.2 Kardiologisch-angiologischer Qualitätszirkel vom 31. März 2010

Ort: Praxis-Klinik Herz und Gefäße, Forststr. 3, 01099 Dresden
Moderator: Herr Dr. med. S. G. Spitzer

Thema: Die aktuelle ESC-Synkopen-Guideline – Konsequenzen für die klinische Praxis.

Referent: Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Volkmann, Erzgebirgsklinikum
 Annaberg gGmbH, Klinik für Innere Medizin,
 Chemnitzer Str. 15, 09456 Annaberg-Buchholz

Eine Synkope wird als vorübergehender Bewusstseinsverlust definiert, der durch eine passagere zerebrale Minderperfusion verursacht wird und durch plötzliches Einsetzen, kurze Dauer und spontane vollständige Erholung charakterisiert ist. Die klinische Bedeutung der Synkopen ergibt sich aus den Tatsachen, dass derartige Ereignisse häufig sind, Auswirkungen auf Lebenswandel bzw. Lebensqualität haben, Ursachen für Verletzungen darstellen, die Synkopenagnostik oft schwierig und teuer ist und Synkopen mögliche Vorboten eines plötzlichen Herztodes darstellen können. Ausgehend von den bereits existierenden Leitlinien zur Diagnostik und zur Behandlung von Synkopen wurden in den aktuellen Guidelines („Guidelines for the diagnosis and management of syncope“, version 2009), publiziert in European Heart Journal 30 (2009), 2631 – 2671, werden nachfolgend die wichtigsten Neuerungen dargestellt.

Update der Synkopenklassifikation im Kontext eines passageren Bewusstseinsverlustes

Zur Differenzierung zwischen Synkope und eines nicht-transitorischen Bewusstseinsverlustes (Non-TLOC) sind die folgenden Fragestellungen heranzuziehen:

- War der Bewusstseinsverlust komplett?
- War der Bewusstseinsverlust vorübergehend, mit schnellem Beginn und von kurzer Dauer?
- Hat sich der Patient spontan, komplett und ohne Folgen erholt?
- Gabe es einen Tonusverlust im Stehen?

Die Synkopenklassifikation im engeren Sinne umfasst Reflexsynkopen, orthostatische Synkopen, kardiale Synkopen und zerebrovaskulär bedingte Synkopen. Zu den Reflexsynkopen (neurokardiogene Synkopen) zählen vasovagale, situationsbedingte, Karotis-Sinus-Synkopen sowie atypische Formen. Zu den orthostatischen Synkopen gehören kurzdauernde Bewusstlosigkeiten infolge primärer oder sekundärer autonomer Dysregulation, Medikamenten-induzierte orthostatische Synkopen sowie Synkopen infolge Volumenmangel. Kardiale Synkopen werden differenziert in rhythmogene Synkopen und Synkopen infolge struktureller Herz- und Gefäßerkrankungen. Zu den rhythmogenen Synkopen zählen bradykarde Herzrhythmusstörungen einschließlich Herzschrittmacher/ICD-Fehlfunktionen, tachykarde Arrhythmien (supraventrikuläre und ventrikuläre Tachykardien einschließlich Kanalopathien und andere rhythmogene Syndrome) sowie Medikamenten-induzierte Bradykardien und Tachyarrhythmien. Mechanische Ursachen einer Synkope können sowohl auf kardiale Erkrankungen (u. a. Klappenfehler, akute myokardiale Ischämie, hypertrophische obstruktive Kardiomyopathie, Vorhoftumore, Perikarderkrankungen) sowie auf vaskuläre Ursachen, insbesondere Lungenembolie, pulmonale Hypertonie und akute Aortendissektion zurückgeführt werden.

Neue Daten zur Epidemiologie der Synkopen

Während Reflexsynkopen die häufigste Synkopenursache darstellen, sind kardiovaskulär bedingte Synkopen die zweithäufigste Ursache. Reflexsynkopen treten häufiger bei jüngeren Patienten (< 40 Jahre), kardiovaskulär bedingte Synkopen bevorzugt bei älteren Patienten (> 60 – 75 Jahre) auf. Bei jünger als 40-Jährigen ist die orthostatische Hypotonie eine seltene Synkopenursache, bei sehr alten Patienten (> 75 Jahre) dagegen häufig. Insgesamt lassen sich zwei Altersgipfel der Synkopenhäufigkeit nachweisen. Die Altersgipfel liegen im 2. Lebensjahrzehnt sowie jenseits des 70. Lebensjahres. Die in allen Statistiken und Registern hohe Rate ungeklärter Synkopen (ca. 9 – 41 % aller Synkopen) rechtfertigt neue Strategien der Evaluierung und Diagnostik.

Neues diagnostisches Vorgehen, orientiert an Risikostratifikation des plötzlichen Herztodes und kardiovaskulärer Ereignisse

Die initiale Synkopen Diagnostik umfasst nach wie vor Anamnese, klinisch-physikalische Untersuchung, Orthostase-Blutdrucktest und EKG (12-Kanal-EKG). In einer Reihe von Fällen lässt sich durch diese initiale Evaluierung die Synkopenursache sichern. So ist entsprechend der aktuellen Guidelines eine vasovagale Synkope beispielsweise dann gesichert, wenn dem Bewusstseinsverlust emotionale Ereignisse wie Angst, Schmerzen, interventioneller Eingriff oder auch längeres Stehen vorausgegangen sind. Eine Situationssynkope gilt als gesichert, wenn der Bewusstseinsverlust während oder unmittelbar nach Niesen, Husten, Erbrechen, Defikation, Miktion, postprandial oder auch bei anderen Ereignissen wie Lachen, Gewichtheben, Blasmusikspielen u. Ä. auftritt. Eine orthostatische Synkope ist gesichert, wenn die Synkope nach dem Aufstehen auftritt und die orthostatische Hypotension dokumentiert ist (Abfall des systolischen Blutdrucks ≥ 20 mmHg, des diastolischen Blutdrucks ≥ 10 mmHg oder des systolischen Blutdruck auf einen Absolutwert ≤ 90 mmHg). Arrhythmiebedingte Synkopen gelten als diagnostiziert, wenn im EKG eine persistierende Sinusbradykardie < 40 /min im Wachzustand oder wiederholte Pausen ≥ 3 sec. beobachtet werden, ein AV-Block II.° Typ Mobitz oder ein AV-Block III.° detektiert werden, ein Alternieren von Linksschenkelblock und Rechtsschenkelblock auftritt, eine ventrikuläre Tachykardie oder eine schnelle supraventrikuläre Tachykardie erfasst werden, eine nichtanhaltende Episode einer polymorphen Kammertachykardie verbunden mit einer verlängerten oder verkürzten QT-Zeit dokumentiert werden können bzw. wenn Herzschrittmacher- oder ICD-Funktionsstörungen mit Pausen nachweisbar sind. Eine kardiovaskuläre Synkope gilt als gesichert, wenn der Bewusstseinsverlust mit einem prolabierenden Vorhofmyxom, einer schweren Aortenstenose, einer ausgeprägten pulmonalen Hypertonie, einer Lungenembolie oder einer akuten Aortendissektion einhergeht.

In den aktuellen Guidelines werden darüber hinaus Risikofaktoren angeführt, die eine prompte Krankenhausaufnahme und eine intensive Abklärung der Synkope erfordern:

- Schwere strukturelle oder koronare Herzkrankheit (Herzinsuffizienz, niedrige LVEF, früherer Myokardinfarkt).
- Klinische oder EKG-Veränderungen, die auf eine arrhythmogene Synkope hinweisen.
 - * Synkope während Belastung oder im Liegen
 - * Palpitationen im zeitlichen Zusammenhang der Synkope
 - * Familienanamnese eines plötzlichen Herztodes
 - * Nichtanhaltende Kammertachykardien (auch ohne QT-Verlängerung oder -Verkürzung)
 - * Bifaszikulärer Block oder andere intraventrikuläre Leitungsstörungen mit QRS-Dauer ≥ 120 ms
 - * Inadäquate Sinusbradykardie (Frequenz < 50 /min) oder SA-Blockierung

- * Präexitation des QRS-Komplexes
- * Langes oder kurzes QT-Intervall
- * RSB-Muster mit ST-Hebung in Ableitung V1 bis V3 (Brugada-Muster)
- * Negative T-Wellen in V1 bis V3, Epsilon-Welle und ventrikuläre Spätpotentiale
- Schwere Komorbiditäten
- * wie schwere Anämie oder ausgeprägte Elektrolytstörungen

Betonung des prolongierten EKG-Monitoring im Vergleich zu konventioneller Strategie

Während die früheren Synkopen-Guidelines in der Regel ein differenzialdiagnostisches Vorgehen unter Einschluss von Karotissinus-Massage, Echokardiographie, Kipptischtest, EKG-Monitoring einschließlich implantierbarem EKG-Loop-Rekorder sowie elektro-physiologischer Untersuchung vorsahen, werden in den aktuellen Guidelines die Methoden eines prolongierten nichtinvasiven oder invasiven EKG-Monitoring in den Vordergrund gestellt. Eine Klasse I-Indikation zur Implantation eines EKG-Loop-Rekorders wird bereits in der frühen Phase der Diagnostik rezidivierender Synkopen gesehen, wenn nach der initialen Evaluierung die Synkopenursache unklar geblieben ist. Auch bei Hochrisikopatienten ohne gesicherte Synkopenursache und ohne unmittelbare therapeutische Konsequenz (zur Implantation eines Schrittmachers bzw. eines ICD) wird der implantierbare EKG-Loop-Rekorder als eine Klasse I-Indikation angesehen.

Update der Evidenz-basierten Therapiemöglichkeiten

Bei Reflex-Synkopen und orthostatisch bedingten Synkopen ist im Falle seltener Ereignisse oder mit Vorboten einhergehender Synkopen nach wie vor Aufklärung, Beruhigung und Vermeidung von Auslösetriggern vordergründig. Bei Fehlen von Vorboten oder bei häufigen Ereignissen sollte die spezifische Therapie entsprechend der EKG-Dokumentation (externer oder implantierbarer EKG-Loop-Rekorder) ausgerichtet werden. Eine Herzschrittmacherimplantation ist bei dominierendem kardioinhibitorischem Karotissinus-Syndrom indiziert (Klasse IIa-Indikation). Auch bei häufig rezidivierenden Reflex-Synkopen bei älteren Patienten (über 40 Jahre) und dokumentiertem spontanem kardioinhibitorischem Reflex während des Monitorings besteht eine Klasse IIa-Herzschrittmacherindikation. Dagegen wird bei Fehlen eines dokumentierten kardioinhibitorischen Reflexes die Schrittmacherimplantation nicht empfohlen (Klasse III-Indikation). Ebenso werden Betablocker für die Behandlung der Reflex-Synkopen als nicht geeignet angesehen (Klasse III-Indikation).

Im Falle kardialer Synkopen hat eine spezifische Therapie der führenden Arrhythmie durch Schrittmacherimplantation, ICD-Therapie, Katheterablation oder Antiarrhythmika zu erfolgen. In den aktuellen Guidelines werden die derzeitigen Empfehlungen zusammengefasst und klassifiziert. Bei strukturell kardialer oder kardiopulmonal bedingter Synkopenursache steht die Therapie der zugrunde liegenden Erkrankungen im Vordergrund.

Bei ungeklärten Synkopen und Hochrisikokonstellation für das Auftreten eines plötzlichen Herztodes bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit, DCM, hypertrophischer Kardiomyopathie, ARVCM oder Kanalopathien soll die ICD-Implantation entsprechend der aktuellen Leitlinien erwogen werden. So besteht eine Klasse I-Indikation zur ICD-Therapie bei Patienten mit ischämischer und nicht ischämischer Kardiomyopathie mit schwer reduzierter EF und/oder Herzinsuffizienz.