

Erfolgreiche Praxisführung
für Ärztinnen und Ärzte

ARZT & WIRTSCHAFT

Warzen

**Kryotherapie richtig
abrechnen** S. 19

Telefonische AU

**Jetzt bleibt sie
endgültig** S. 44

Starkregen, Sturm, Schnee

**Praxisschäden: welche
Versicherung zahlt** S. 58

Genossenschaftsmodelle

**Neue Wege für
Hausärztinnen
und -ärzte** S. 32

AMÜSANTES AUS AUFSÄTZEN

*Butter wird aus
Kühen gemacht.
Sonst heißt es
Margarine.*

*Im Frühjahr
legen
die Hühner
Eier und die
Bauern
Kartoffeln.*

LEBENSWEISHEIT

*Falle siebenmal hin und stehe
achtmal auf.*

Japanisches Sprichwort

WAHNSINNIIG WITZIG

Ein Gast ruft den Kellner,
um zu bezahlen.
Fragt der Kellner: „Was hatten Sie
denn?“ Antwortet der Gast:
„Durst und Hunger.“



Patientin: „Ich brauche eine
Bestätigung, dass ich krank bin.“
Ärztin: „Was fehlt Ihnen denn?“
Patientin: „Die Bestätigung.“



In der U-Bahn-Station
hängt ein Schild. Auf diesem steht:
Auf der Rolltreppe
müssen Hunde getragen werden.
Fragt Maxi:
„Wo bekomme ich jetzt
so schnell einen Hund her?“

ARZT & WIRTSCHAFT

Erscheinungsweise: monatlich
ISSN: 0177-7068

VERLAG

MedTriX GmbH
Justus-von-Liebig-Str. 1, 86899 Landsberg
www.arzt-wirtschaft.de
www.medtrix.group

CEO: Oliver Kramer

Geschäftsführung:
Stephan Kröck, Markus Zobel

Redaktion:

Gesamtreaktionsleitung Deutschland:
Günter Nuber

**Ressortleiter (V.i.S.d.P.) Abrechnung
und Medizin:**

Dr. med. Ulrich Karbach 08191 3055519,
E-Mail: ulrich.karbach@medtrix.group

Ressortleiterin (V.i.S.d.P.) Wirtschaft und

Audio & Videoproduktionen:
Melanie Hurst 08191 3055518,
E-Mail: melanie.hurst@medtrix.group

Redakteure:

Dr. Bettina Brincker, Heiko Fekete,
Nina Grellmann, Ina Reinsch, Ines Schulz-Hanke

Ressortleiterin (V.i.S.d.P.) Online:

Marzena Sicking 08191 3055529,
E-Mail: marzena.sicking@medtrix.group

Corporate Publishing: Sigrid von See-Bredebusch,
Franziska Daschner, Maike Schulz

Verkauf:

Andrea Lottes
E-Mail: andrea.lottes@medtrix.group
Lutz Gey
E-Mail: lutz.hey@medtrix.group
Klaus Schumacher
E-Mail: klaus.schumacher@medtrix.group

Media- und Vertriebsleitung:

Björn Lindenau

Media:

Nicole Brandt, Sylvia Sirch
E-Mail: aw-anzeigen@medtrix.group

Anzeigentarif nach Preisliste Nr. 50,
gültig seit 1.1.2024.

Produktionsleitung Deutschland:

Ninette Grabinger

Teamleitung Layout: Andrea Schmuck
Layout: Laura Carlotti, Christina Mähler,
Jasmin Reutter, Beate Scholz, Mira Vetter

Druck:

Vogel Druck und Medienservice, Höchberg

**VERTRIEBS-
UND ABONNENTENSERVICE**

Leserservice: Fax 08191 3055592,
E-Mail: aw-leserservice@medtrix.group

Abonnement:

<https://www.arzt-wirtschaft.de/aboformular/>

Bezugsbedingungen:

Jahresabonnement € 111,-
Studenten € 72,15
Auslandsbezug € 126,-
(Preise jeweils inkl. Porto und MwSt.)

Erfüllungsort und Gerichtsstand ist Wiesbaden

Registergericht:

Amtsgericht Wiesbaden
HRB 12 808, UST-IdNr.: DE 206 862 684

Bankverbindung:

HVB/UniCredit Bank AG IBAN:
DE12 7002 0270 0015 7644 62
SWIFT (BIC): HYVEDEMMXXX



Mitglied der Informationsgemeinschaft
zur Feststellung der Verbreitung
von Werbeträgern e.V.

Mit der Einsendung eines Manuskriptes erklärt
sich der Urheber damit einverstanden, dass sein
Beitrag ganz oder teilweise in allen Printmedien
und elektronischen Medien der MedTriX GmbH, der
verbundenen Verlage sowie Dritter veröffentlicht
werden kann. Mit Verfasseramen gekennzeichnete
Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der
Redaktion wieder.

Hinweise zum Urheberrecht: Die Nutzung unse-
rer Inhalte (Texte, Fotos, Grafiken etc.), insbeson-
dere die Vervielfältigung, Verbreitung oder öffent-
liche Zugänglichmachung, ist grundsätzlich nur
mit vorheriger schriftlicher Zustimmung erlaubt,
sofern sich aus dem UrhG nichts anderes ergibt.
Des Weiteren behält sich die MedTriX GmbH eine
Nutzung ihrer Inhalte für kommerzielles Text- und
Data Mining (TDM) im Sinne von § 44b UrhG aus-
drücklich vor.

Leseranalysen stehen zur Verfügung



LA-MED Arbeitsgemeinschaft
Leseranalyse medizinischer Fachzeitschriften
Geprüft API-Studie 2023

RSV STARK BEGEGNEN

**HOHE WIRKSAMKEIT
ZUR PRÄVENTION VON
RSV-ASSOZIIERTER LRTD^{1,2}**

**bei Patienten ab 60 Jahren mit mindestens
einer relevanten Grunderkrankung***

94,6%

SEKUNDÄRER ENDPUNKT⁵
(95% KI: 65,88; 99,87)

bei Erwachsenen ab 60 Jahren 82,6%

PRIMÄRER ENDPUNKT⁶
(96,95% KI: 57,89; 94,08)



JETZT VERFÜGBAR
ERFAHREN SIE MEHR AUF GSKPRO.COM

Wie jeder Impfstoff schützt AREXVY möglicherweise nicht alle Geimpften vollständig.⁴

KI = Konfidenzintervall; LRTD = Erkrankungen der unteren Atemwege; RSV = Respiratorisches Synzytial-Virus

¹ Auftreten von RSV-assoziiertes LRTD: 7 Fälle von insgesamt 12.466 Patienten in der AREXVY-Gruppe und 40 Fälle von insgesamt 12.494 Patienten in der Placebo-Gruppe.

* Relevante Grunderkrankungen¹: Chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Asthma, jede chronische respiratorische/pulmonale Erkrankung, chronische Herzinsuffizienz, Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ 2 sowie fortgeschrittene Leber- oder Nierenerkrankungen (endokrin-metabolisch).

² Auftreten von RSV-assoziiertes LRTD: 1 Fall von insgesamt 4.937 Patienten in der AREXVY-Gruppe und 18 Fälle von insgesamt 4.861 Patienten in der Placebo-Gruppe.
Diese Ergebnisse sind deskriptiv.²

³ 1. Arexvy Fachinformation, Stand 06/2023 2. Papi A, et al. Respiratory syncytial virus prefusion F protein vaccine in older adults. *N Engl J Med.* 2023;388:595-608.

Wirkstoff: Arexvy Pulver und Suspension zur Herstellung einer Injektionssuspension, Respiratorischer Synzytial-Virus (RSV)-Impfstoff (rekombinant, adjuvantiert). **Zusammensetzung:** Nach der Rekonstitution enthält eine Dosis (0,5 ml): 120 µg RSVPreF3-Antigen, in der Präfusionskonformation stabilisiertes, rekombinantes Respiratorisches Synzytial-Virus-Glykoprotein F, hergestellt in immortalisierten Ovarialzellen des chinesischen Hamsters (CHO-Zellen) mittels rekombinanter DNA-Technologie; adjuvantiert mit AS01_g, dieses enthält: 25 µg Pflanzenextrakt aus *Quillaja saponaria* Molina, Fraktion 21 (QS-21) und 25 µg 3-O-Desacyl-4'-monophosphoryl-Lipid A (MPL) aus *Salmonella minnesota*. **Sonstige Bestandteile:** Pulver (RSVPreF3-Antigen): Trehalose-Dihydrat, Polysorbat 80 (E 433), Kaliumdihydrogenphosphat (E 340), Kaliummonohydrogenphosphat (E 340), Suspension (AS01-Adjuvanssystem): Colfosceriloleat (E 322), Cholesterin, Natriumchlorid, Natriummonohydrogenphosphat (E 339), Kaliumdihydrogenphosphat (E 340), Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Arexvy ist indiziert zur aktiven Immunisierung von Erwachsenen im Alter von 60 Jahren und älter zur Prävention von durch das Respiratorische Synzytial-Virus verursachten Erkrankungen der unteren Atemwege (lower respiratory tract disease, LRTD). **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der genannten sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** Sehr häufig: Myalgie, Arthralgie, Schmerzen an der Injektionsstelle, Ermüdung, Kopfschmerzen, Häufig: Erythem an der Injektionsstelle, Schwellung an der Injektionsstelle, Fieber, Schüttelfrost. Gelegentlich: Lymphadenopathie, Überempfindlichkeitsreaktionen (wie z. B. Hautausschlag), Übelkeit, Abdominalschmerz, Erbrechen, Jucken an der Injektionsstelle, Schmerz, Unwohlsein. **Verschreibungspflichtig.** Stand: Juni 2023.

GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG, 80700 München, de.gsk.com

Weitere Informationen über das Arzneimittel: Dosierung: Arexvy wird als Einzeldosis zu 0,5 ml ausschließlich intramuskulär, vorzugsweise in den M. deltoideus, injiziert. Die Notwendigkeit einer Auffrischimpfung mit einer weiteren Dosis ist nicht erwiesen. **Wechselwirkungen:** Verabreichung mit anderen Impfstoffen: Arexvy kann gleichzeitig mit einem saisonalen Grippeimpfstoff (quadrivalent, standarddosiert, nicht-adjuvantiert, inaktiviert) verabreicht werden. Bei gleichzeitiger Verabreichung mit anderen Impfstoffen sollte dies an unterschiedlichen Injektionsstellen erfolgen. **Weitere Warnhinweise laut Fachinformation:** Der Impfstoff darf nicht intravasal oder intradermal verabreicht werden. Es kann als psychogene Reaktion auf die Nadelinjektion nach oder sogar vor einer Impfung zu einer Synkope (Ohnmacht) kommen. Die Sicherheit und Wirksamkeit von Arexvy bei Kindern und Jugendlichen sind nicht erwiesen. Bisher liegen keine Erfahrungen mit der Anwendung von Arexvy bei Schwangeren vor. Die Verabreichung während der Schwangerschaft und bei stillenden Frauen wird nicht empfohlen. **Weitere Informationen siehe Fachinformation**

Nebenwirkungen melden Sie bitte ggf. bei der GSK-Hotline: 0800-1223355

Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Dies ermöglicht eine schnelle Identifizierung neuer Erkenntnisse über die Sicherheit. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung dem Bundesinstitut für Impfstoffe und biomedizinische Arzneimittel, Paul-Ehrlich-Institut, Paul-Ehrlich-Str. 51-59, 63225 Langen, Tel: +49 6103 77 0, Fax: +49 6103 77 1234, Website: www.pei.de zu melden.

Auswahl klinisch relevanter Sicherheitsinformationen zu Arexvy, Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der genannten sonstigen Bestandteile. **Warnhinweise:** Der Impfstoff darf nicht intravasal oder intradermal verabreicht werden. Es kann als psychogene Reaktion auf die Nadelinjektion nach oder sogar vor einer Impfung zu einer Synkope (Ohnmacht) kommen. Die Sicherheit und Wirksamkeit von Arexvy bei Kindern und Jugendlichen sind nicht erwiesen. Die Verabreichung während der Schwangerschaft und bei stillenden Frauen wird nicht empfohlen. **Nebenwirkungen:** Lokalreaktionen an der Einstichstelle (Schmerzen, Erythem, Schwellung, Juckreiz) und systemische Symptome wie Kopfschmerzen, gastrointestinale Beschwerden, Muskel- und Gelenkschmerzen, Müdigkeit, Schüttelfrost, Fieber, Unwohlsein, Lymphadenopathien und Überempfindlichkeitsreaktionen. **Für eine vollständige Auflistung der Kontraindikationen, Warnhinweise und Nebenwirkungen siehe Fachinformation**



Dr. med. Ulrich Karbach,
Ressortleiter Abrechnung und Medizin



E-Mail:
ulrich.karbach@medtrix.group

Fehlende Wertschätzung steigert Unzufriedenheit

Mitte Januar erlebten viele von uns die Proteste der Landwirte. Obwohl die geplanten Kürzungen der Subventionen schon weitgehend zurückgenommen wurden, liefen die Proteste weiter. Der Kommentator einer überregionalen Tageszeitung meinte, dass eine generelle Unzufriedenheit der Bauern wegen mangelnder Wertschätzung bestehe. Mindestens vier Ministerpräsidentinnen und -präsidenten der SPD fordern, auch die verbliebene geplante Kürzung der Subvention zurückzunehmen. Wir alle haben die Aussage von Gesundheitsminister Lauterbach zum Streik und den Praxisschließungen zwischen den Jahren in Erinnerung. Nach seiner Meinung bringe der Streik überhaupt nichts nach vorne. Man kann natürlich behaupten, dass diese Situationen nicht vergleichbar seien. Aber dass Ärztinnen und Ärzte anders als Landwirte offenkundig in der Politik nicht die Wertschätzung bekommen, welche die Kollegen nach meiner Meinung verdient haben, ist offenkundig.

Ein ähnliches Bild zeigt sich sowohl in Kliniken wie in Praxen. Da werden, wie kürzlich in Berlin passiert, ein Arzt und ein Pfleger in der Notaufnahme einer Klinik von drei Männern verprügelt, weil ihnen die Wartezeit zu lang war. Die Zahl pöbelnder Patienten hat in Arztpraxen, wie ich höre, zugenommen. Man kann darüber diskutieren, ob die Wertschätzung von Ärztinnen und Ärz-

ten oder ob adäquates Sozialverhalten und eine „gute Kinderstube“ generell abgenommen haben.

Die fehlende Wertschätzung führt zu schlechter Stimmung bei niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen. Dazu kommt, dass eine überbordende Verwaltungstätigkeit die Zeit reduziert, die man für Patienten zur Verfügung hat. Ein Drittel der Ärzte gibt an, dass sie mindestens vier Stunden pro Tag damit zubringen. Zudem findet nicht jeder, der seine Praxis abgeben will, eine Nachfolgerin oder einen Nachfolger, was einen zusätzlichen finanziellen Verlust zur Folge hat.

Mehrfach habe ich von älteren, hausärztlich tätigen Kolleginnen und Kollegen gehört, dass sie gerne aufhören und die Praxis abgegeben wollen. Als Begründung, warum sie trotzdem weiter die Praxis führen, folgte meist, dass sie keine Nachfolgerin oder keinen Nachfolger haben, der die Patienten weiter betreut. Daran sieht man sehr deutlich, dass die entsprechenden Kolleginnen und Kollegen eine Verantwortung für ihre Patienten und ihre Tätigkeit als Berufung und nicht als Job sehen. Überbordende Verwaltung ist mit ein Grund, warum an der Niederlassung wenig Interesse besteht. In der Titelgeschichte ab Seite 32 lesen Sie, wie man sich mehr auf die ärztliche Tätigkeit konzentrieren kann.

Viel Spaß bei der Lektüre

Effektiver als oral je sein kann

MEDIVITAN®

DIE NR. 1 AUFBAUKUR
BEI ERSCHÖPFUNG*
MIT VITAMIN B6, B12
UND FOLSÄURE.†



MEDIVITAN®

 Schnell und effektiv²  Langanhaltender Effekt³  Spürbar revitalisierend⁴

* Erschöpfung, die durch einen kombinierten Mangel an Vitamin B6, B12 und Folsäure, der ernährungsmäßig nicht behoben werden kann, bedingt ist.

¹ Medivitan® ist das führende, parenteral verabreichte B-Vitamin-Präparat in Deutschland; Quelle: Insight Health ApoFusion MAT 12/2023, Apothekenabverkauf Umsatz

² Naurath H. et al., The Lancet 1995; 246: 85-89

³ Henning BF et al. Gerontology. 2001; 47(1): 30-5. 2.

⁴ Engels A et al. MMW Fortschr. Med. 2007; 149(49-50): 162-6. (Anwendungsbeobachtung) n=1359

Medivitan® IV Fertigspritze, Medivitan® IV Ampullen. Zus.setz.: Wirkst.: 4 ml Inj.lsg I enth.: Cyanocobalamin 1 mg; Pyridoxin 4,11 mg, 1 ml Inj.lsg. II enth.: Folsäure 1,05 mg. Sonst. Best.teile: Natriumchlorid, Natriumhydroxid, Wasser f. Injektionszwecke. Anw.geb.: Komb. Mangel an Vit. B6, Vit. B12 und Fols. b. Erw., d. ernähr.mäßig nicht behoben werden kann. Gg.anz.: Überempfindlk. gg. d. Wirkstoffe o. einen d. sonst. Best.teile. Vorl. einer entzündl. Gewebsveränd. i. Appl.gebiet, Verdacht auf Fols.überempfindlk., Megaloblastenanämie infolge eines isol. Vit.-B12-Mangels, isol. Fols.mangel. NW: Sehr selt. wurde b. par. Anw. v. Cyanocobalamin ü. Akne, ekzematöse u. urtikarielle Arzn.m.reakt. sow. ü. anaphylaktische bzw. anaphylaktoide Reakt. berichtet. Sehr selt. können allerg. Überempfindlk.reakt. (Hautreakt., Urtikaria, Schockzust.) auf Fols. auftr. Geleg. kann es z. lok. Unverträglk. kommen. Fols. kann in hohen Dosen gelegentl. zu gastrointest. Stör. führen. Nicht bekannt: Bei Folsäure anaphylaktische Reaktion. Warnhinw.: Enthält Natrium. Apothekenpflichtig. MEDICE Iserlohn; 08/2021

Medivitan® IM mit Lidocain. Zus.setz.: Wirkst.: 4 ml Inj.lsg. I enth.: Hydroxycobalaminhydrochlorid 1 mg; Pyridoxinhydrochlorid 5 mg, 1 ml Inj.-lsg. II enth.: Natriumhydrogenfolat 1,1 mg. Sonst. Best.teile: Natriumhydroxid, Lidocainhydrochlorid, Wasser f. Inj.zw.. Anw.geb.: Komb. Mangel a. Vit. B6, Vit. B12 u. Folsäure, d. ernähr.mäßig nicht behob. werd. kann. Gg.anz.: Überempfindlk. gg. d. Wirkstoffe o. einen d. sonst. Best.teile. Vorl. einer entzündlichen Gewebeeränderung i. Appl.gebiet. Überempfindlk. gg. Lokalanästhes. v. AMID-Typ. Megaloblastenanämie infolge eines isol. Vit. B12-Mangels, isol. Fols.mangel. NW: Sehr selt. wurde b. par. Anw. v. Hydroxycobalamin ü. Akne, ekzematöse u. urtikarielle Arzn.m.reakt. sow. ü. anaphylaktische bzw. anaphylaktoide Reakt. berichtet. Sehr selt. können allerg. Überempfindlk.reakt. (Hautreakt., Urtikaria, Schockzust.) auf Fols. o. auf Lidocain auftr. Gel. kann es zu lok. Unverträglk. kommen. Fols. kann i. hohen Dosen gelegentl. zu gastrointestinalen Stör. führen. Nicht bekannt: Bei Fols. anaphylaktische Reaktion. Verschrf. MEDICE Iserlohn; 11/2021

 **MEDICE**
THE HEALTH FAMILY

ABRECHNUNG 19



Kryotherapie

Warzen können über Vereisen entfernt werden. Entgegen anderslautender Aussagen ist eine Abrechnung mit den Gebührenordnungspositionen zur Kleinchirurgie zulässig.

ABRECHNUNG 22



Hausbesuche

Ob ein Arzt zu einem Hausbesuch fährt oder an einen anderen Ort zu einem Erkrankten ist völlig egal. In der GOÄ regeln die Paragraphen 7 bis 9 genau, was dafür in Rechnung gestellt werden darf.

PRAXIS 40



Exklusivinterview

Dr. Susanne Döpfmer und Doreen Kuschick von der Charité über neue Versorgungsmodelle und die Akzeptanz der Patienten bei der Delegation medizinischer Tätigkeiten an Nicht-Ärzte.

AKTUELLES



06 Nachrichten

16 Gesundheitswesen
Wie Ärztinnen und Ärzte wirklich über Digitalisierung denken

ABRECHNUNG



19 Warzen
Das ist bei der Abrechnung der Kryotherapie zu beachten

20 Notfall
Alkoholvergiftung - ambulant abgerechnet

22 Privatabrechnung
So bleiben Sie nicht auf den Fahrkosten sitzen

24 Präoperative Diagnostik
Das ist bei der Privatabrechnung wichtig

27 Ihre Fragen
Der A&W-Abrechnungsexperte antwortet

PRAXIS



28 Große Ärzteumfrage
Ergebnisse zeichnen düsteres Bild

30 Personalfindung
Was MFA vor der Einstellung alles nachweisen müssen

TITELGESCHICHTE

32



Hausärzte: Neue Wege durch Genossenschaften

Viele Hausärzte sorgen sich um die Zukunft der Versorgung. Genossenschaftliche Modelle wollen diesem Trend entgegensteuern. Kann das gelingen? Zwei Beispiele.

RECHT 47



Die Entbudgetierung kommt

Lauterbach will die ambulante hausärztliche Versorgung verbessern und plant ein größeres Maßnahmenpaket. Die wichtigsten Aspekte hat ARZT & WIRTSCHAFT für Sie zusammengefasst.

32 Hausärztliche Versorgung
**Neue Wege durch
Genossenschaften**

37 Unfallversicherung
**Arbeitsunfälle mit
wenigen Klicks melden**

38 Praxisausgaben
**Wie Sie sofort Heizkosten
sparen**

40 Exklusivinterview
**„Neue Praxismodelle werden
unvermeidlich, bessere
Arbeitsbedingungen auch“**

42 Kondolenzschreiben
**Beileidswünsche
beim Tod von Mitarbeitern**

43 Ihre Fragen
**Die A&W-Praxisexpertin
antwortet**

RECHT



44 Telefonische
Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
**Sie ist wieder da
und dieses Mal bleibt sie**

47 Gesetzesvorhaben
**So sollen Hausärzte
gestärkt werden**

FINANZEN 61



Praxisabgabe oft leichter als gedacht

Früher konnten Ärzte ihre Praxis sehr lukrativ verkaufen. Diese Zeiten sind zwar vorbei – doch Kollegen, die in den letzten zehn Jahren in den Ruhestand gingen, geben neue Hoffnung.

48 Praxisabgabe
**Muss die Neue das Personal
übernehmen?**

50 Inflationsausgleichsprämie
**Sonderzahlung -
aber nicht für alle im Team**

52 Urlaubsanspruch
**Brückentage 2024 -
das gilt arbeitsrechtlich**

53 Ihre Fragen
**Die A&W-Rechtsexpertin
antwortet**

FINANZEN



54 Preisindex
**Verbrauchsmaterial
hat sich nicht verteuert**

57 Betriebskostenabrechnung
**So vermeiden Sie Streit
mit Ihren Mietern**

58 Sturm, Schnee und Starkregen
**Welche Versicherung für Schäden
rund um die Arztpraxis zahlt**

61 Erfahrungswerte
**Praxisabgabe oft
leichter als gedacht**

MEDIZIN 64



Frauen sind keine kleinen Männer

Medizin tickt noch immer männlich. So werden Symptome einer Frau „atypisch“ genannt, obwohl sie nur anders sind. Auch in KI-gestützte Prozesse kann sich die Ungleichbehandlung übertragen.

MEDIZIN



63 Update Onko
**Erblicher Darmkrebs: Ich weiß
jetzt, was soll es bedeuten**

64 **Folgende Themen
werden behandelt:**
Alzheimer-Demenz, Asthma,
Corona-bedingte Erschöpfung,
chronisch entzündliche
Darmerkrankungen,
Gendermedizin, Hals- und
Rachenbeschwerden, Influenza,
Insomnie, Lipidsenkung, Morbus
Crohn, Myalgie, Polyneuropathie,
Rhinosinusitis, Typ-2-Diabetes,
Vitamin-B₁₂-Mangel

78 Pestwurz
**Schützt den Kopf -
nicht nur als Hut**

THERAPIE-MAGAZIN

80 Migräneprophylaxe
**Migräneattacken rasch
und lange abwehren**

RUBRIKEN

01 Editorial
84 Aufgespießt
85 Impressum

HustHustHustHustHustHustHustHust HustHustHustHustHustHustHustHust tHustHustHustHust Hust



- beruhigt den Husten
- löst den Schleim
- bekämpft die Entzündung in den Bronchien

Jetzt auch im



Bronchipret®

Der 3-fach Effekt gegen Husten

S3 DEGAM & S2k DGP leitliniengerechte Zusammensetzung*

*DEGAM S3-Leitlinie Husten, AWMF-Register-Nr.: 053-013, S.35 & 38 | DGP S2k-Leitlinie Husten, AWMF-Register-Nr.: 020-003, S.71

Bronchipret® Tropfen • Zusammensetzung: 1 ml (entsprechend 1 g) Flüssigkeit zum Einnehmen enthält: 0,5 ml Fluidextrakt aus Thymiankraut (1 : 2–2,5), Auszugsmittel: Ammoniaklösung 10% (m/m); Glycerol 85% (m/m); Ethanol 90% (V/V); Wasser (1 : 20 : 70:109), 0,03 ml Auszug aus Efeublättern (1 : 1), Auszugsmittel: Ethanol 70% (V/V). Enthält 24 Vol.-% Alkohol. Sonstige Bestandteile: Citronensäure-Monohydrat, Ethanol 96% (V/V), Gereinigtes Wasser, Hydroxypropylbetadex (MS: 0,65), Saccharin-Natrium Dihydrat. **Anwendungsgebiete:** Zur Besserung der Beschwerden bei akuten entzündlichen Bronchialerkrankungen und akuten Entzündungen der Atemwege mit der Begleiterscheinung „Husten mit zähflüssigem Schleim“. **Gegenanzeigen:** Keine Anwendung bei bekannter Überempfindlichkeit gegenüber Efeu, Thymian oder anderen Lippenblütlern (Lamiaceen), Birke, Beifuß, Sellerie oder einen der sonstigen Bestandteile des Arzneimittels. Keine Anwendung in Schwangerschaft und Stillzeit und bei Kindern unter 6 Jahren wegen nicht ausreichender Untersuchungen. **Nebenwirkungen:** Gelegentlich Magendarmbeschwerden wie Krämpfe, Übelkeit und Erbrechen. Sehr selten Überempfindlichkeitsreaktionen, wie z. B. Luftnot, Hautausschläge, Nesselsucht sowie Schwellungen in Gesicht, Mund und/oder Rachenraum. **Warnhinweise:** Enthält 24 Vol.-% Alkohol. Stand: 10|21

BIONORICA SE | 92308 Neumarkt | Mitvertrieb: PLANTAMED Arzneimittel GmbH | 92308 Neumarkt



Herzlichen Glückwunsch an unsere Gewinner!

Im Fax der Redaktion stapelten sich die Mitmach-Zusendungen, im Online-Postfach wurde die Teilnehmerliste jeden Tag länger und länger. Denn das Interesse am traditionellen Weihnachtsgewinnspiel von ARZT & WIRTSCHAFT war auch dieses Mal wieder groß. Zahlreiche Leserinnen und Leser machten mit und hofften auf einen der exklusiven Preise im Gesamtwert von rund 10.000 Euro. Über die rege Teilnahme haben wir uns sehr gefreut, vielen lieben Dank! Gut 1.600 versuchten ihr Glück und sandten das richtige Lösungswort „Plätzchenduft“ ein. Unter allen richtigen Einsendungen zog die Glücksfee neun Kolleginnen und Kollegen, die sich über jeweils einen der Preise freuen können.

Zu gewinnen gab es zwei Traumurlaube – einmal im 5-Sterne-Hotel Quellenhof Luxury Resort Passeier mit Halbpension sowie im Aldiana Club Side Beach mit all inclusive. Komplettiert wurde das Gewinnpaket mit einem modernen E-Bike von ROSE, einem Gasgrill von Napoleon®, einem Luftbefeuchter und -reiniger von BONECO sowie vier Gutscheinen für den Lampen-LED-Shop. Wir wünschen allen Gewinnern viel Freude mit ihrem Preis.

Aufgrund der Corona-Pandemie sind die Jahre 2022 und 2021 nur eingeschränkt vergleichbar.



Foto: Rochnu_2008 - stock.adobe.com

Finanzlage

Umsätze der Praxen im dritten Quartal 2022 leicht rückläufig

Das dritte Quartal 2022 war von einem leichten Rückgang der Fallzahlen sowie von sinkenden Honorarumsätzen geprägt. Das teilt die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) mit. Honorarumsätze sanken im Durchschnitt um 0,7 Prozent, die Behandlungsfälle um 1,7 Prozent je Praxis. Bei den Hausärztinnen und Hausärzten sank der Honorarumsatz um 0,3 Prozent, die Zahl der Behandlungsfälle um 1,4 Prozent zurück. Der Umsatz je Behandlungsfall stieg allerdings um

1,1 Prozent auf 68,78 Euro im Quartal. Im fachärztlichen und psychotherapeutischen Bereich sank der Honorarumsatz um 0,9 Prozent, während der Umsatz je Behandlungsfall um 1,0 Prozent auf durchschnittlich 78,54 Euro stieg. Die Gesamtvergütung für die ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung nahm indes um 300 Millionen Euro (2,9 %) zu, die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung um 3,6 Prozent und die extra-budgetäre Vergütung um 1,9 Prozent.



Teilnehmen können Erwachsene ab einem Body-Mass-Index von 30.

Foto: Roman - stock.adobe.com

DMP für Adipositas-Patienten auf den Weg gebracht

Der Fokus des neu eingeführten Disease-Management-Programms (DMP) Adipositas liegt auf der konservativen Therapie. Mithilfe von Verhaltensänderungen sollen eine Gewichtsreduktion und dauerhafte Gewichtsstabilisierung erreicht und so das Risiko für Folgeerkrankungen reduziert werden. Dazu erhalten die Teilnehmenden ein multimodales Schulungsangebot sowie individuelle Empfehlungen zu Ernährung und Bewegung. Festgelegt wurde das Programm vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) auf Basis nationaler und internationaler Leitlinien. Derzeit wird es vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geprüft und soll am 1. April 2024 in Kraft treten. Einzelheiten werden dann in regionalen Verträgen festgelegt. Die Koordination obliegt in erster Linie den Hausärztinnen und Hausärzten. In besonderen Fällen können auch internistisch tätige Fachärzte und -ärztinnen die Koordination übernehmen, insbesondere wenn die betroffenen Patienten schon vor Einschreibung in das DMP längerfristig von ihnen betreut wurden oder wenn medizinische Gründe dies erfordern.

WWW.

Noch mehr aktuelle Nachrichten von Abrechnung über Praxisführung bis hin zu Finanzen und Recht in der Arztpraxis finden Sie auf:

arzt-wirtschaft.de

TYP 2 DIABETES:

Wenig Zeit? Viele Patient:innen? Eine Lösung: Jetzt online fortbilden!

**NUR 90 MIN.
PRO MODUL!**

Zwei neue Fortbildungsreihen der novoakademie



Online-Module für Hausärzt:innen



MODUL 1: Krankheitsbild, Diagnostik und leitliniengerechte Therapiekaskade
Patient:innen erkennen und leitliniengerecht therapieren – von Anfang an



MODUL 2: Therapieoptionen im Überblick
Richtig dosieren, Neben- und Wechselwirkungen im Blick haben und Komorbiditäten einbeziehen



MODUL 3: Therapieoption Insulin
Welche Insulinart wann einsetzen? Wirkprofile und Verzögerungsmechanismen im Vergleich



MODUL 4: Praktische Therapieumsetzung
Die richtige Therapie für die richtigen Patient:innen finden



MODUL 5: Kasuistiken – aus der Praxis für die Praxis
Refresher und Vertiefung anhand praktischer Fallbeispiele

Alle Module für Hausärzt:innen als Webcasts eCME-zertifiziert auf novoakademie.de



Direkt zum Seminarangebot für Hausärzt:innen:
www.novo-wissen.de/na-ha

Online-Module für MFA



MODUL 1: Typ 2 Diabetes verstehen
Wie entsteht Diabetes, was sind typische Symptome?



MODUL 2: Praktische Tipps zur Therapie
Wie gelingt die Blutzuckermessung in der Praxis und zu Hause, welche Kontrolluntersuchungen sind wichtig und wie gelingt die Pen-Injektion?



MODUL 3: Patientenschulung – Start in die Basalinsulintherapie
Wie erkläre ich meinen Patient:innen die Erkrankung? Was kann ich tun, um den Start in die Basalinsulintherapie optimal zu begleiten?



MODUL 4: Patientenschulung GLP-1 Therapie
Was kann ich tun, um den Start in die GLP-1 Therapie optimal zu begleiten?



MODUL 5: Insuline, Pens und Insulininjektion
Was muss ich über Insuline wissen und wie funktioniert der Pen?

Alle Module für MFA als Webcasts inkl. Teilnehmerzertifikat zum Download auf novoakademie.de



Direkt zum Seminarangebot für Medizinische Fachangestellte (MFA):
www.novo-wissen.de/na-mfa



Foto: Suriyo - stock.adobe.com

Telematikinfrastruktur

Doch keine Kürzung der TI-Pauschale bei älterer ePA-Version

Es gibt einen Zeitaufschub für alle niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, die eine TI-Pauschale erhalten wollen. Denn bisher hatte das Bundesgesundheitsministerium (BGM) verlangt, dass alle Anwendungen und Dienste in der aktuellen Version in der Praxis installiert sein müssen. Wer dies seiner KV nicht nachweisen konnte, dem drohten 50-Prozent-Abzüge oder erhielt sogar gar keine Pauschale. Zumindest für die elektronische Patientenakte ruderte das BGM jetzt aber zurück. Denn Praxen, die nicht die aktuelle Softwareversion der

ePA vorhalten, drohen vorerst doch keine Sanktionen. Erst wenn die Version 3.0 zur Verfügung steht, ist die aktuelle Ausstattung Pflicht. Bei der Version 3.0 handelt es sich um eine erweiterte ePA, die alle gesetzlich Versicherten automatisch erhalten sollen, sofern sie nicht aktiv widersprechen. Geplant ist sie für Januar 2025. Die Opt-out-Lösung ist aber nicht der einzige Schachzug des BMG. Es möchte Patienten auch ermutigen, die ePA zu nutzen, um Abrechnungen ihrer Ärzte genau zu prüfen und einen Betrugsverdacht zu melden.

STIKO empfiehlt Impfung gegen Dengue

Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt erstmals den Dengue-Impfstoff Qdenga für Personen ab vier Jahren, die labor diagnostisch bestätigt eine Infektion durchgemacht haben, da Zweitinfektionen schwerer verlaufen können. Weil nicht ausgeschlossen werden kann, dass auch Geimpfte ohne vorherige Infektion schwer erkranken könnten, sieht die STIKO derzeit von einer allgemeinen Empfehlung ab. Zwei Dosen werden im Abstand von drei Monaten verabreicht. Der Lebendimpfstoff kommt bei Schwangeren, Stillenden oder Immunschwäche nicht zum Einsatz.

EU-Staaten für Selbstauskunft bei Führerschein

Die EU-Staaten streben eine Erneuerung des Führerscheins alle 10 bis 15 Jahre an. Bei der Verlängerung des Führerscheins sollen Autofahrer künftig eine Selbstauskunft über ihre Fahrtüchtigkeit vorlegen. Darauf haben sich die Verkehrsminister der EU-Staaten geeinigt. Bundesverkehrsminister Volker Wissing lehnte das Vorhaben ab, da er keine Verbesserung der Verkehrssicherheit durch Bürokratie sah. Unklar ist noch, ob die Verlängerungszeiträume für ältere Menschen kürzer ausfallen sollen. Die endgültige Umsetzung bedarf noch eines Kompromisses mit dem Europäischen Parlament.

Auslandsversicherte: Änderungen im Formular

Für im Ausland krankenversicherte Patienten sind Neuerungen in Kraft getreten, darauf weist die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hin. Seit Januar 2024 ist die von ihnen auszufüllende Patientenerklärung vereinfacht und in 21 Fremdsprachen in der Praxisverwaltungssoftware hinterlegt. Für Überweisungen wird ausschließlich der Überweisungsschein Muster 6 verwendet, die Verwendung des Musters 16 ist nicht zulässig.

Vor dem Aufsuchen des weiterbehandelnden Arztes müssen sich Auslandsversicherte mit der Überweisung an die für sie zuständige deutsche Krankenkasse wenden. Die Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erfolgt hier nicht elektronisch an die Kasse. Sie wird zur Weiterleitung an die Krankenkasse und den Arbeitgeber ausgehändigt. Der untere Bereich der Patientenerklärung, mit dem Vermerk „Ab hier von der Praxis auszufüllen“, wird nun vom Arzt oder von der Ärztin ausgefüllt. Zudem gibt es Felder für den Namen und den Stempel des Arztes; Unterschrift und Stempel auf der Kopie des Anspruchsnachweises entfallen. Personen aus Großbritannien und Nordirland müssen ihren Anspruch mit der neuen Global Health Insurance Card (GHIC) statt mit der Europäischen Krankenversicherungskarte (EHIC) nachweisen; die GHIC findet sich nun in der Liste der möglichen Nachweise.



Foto: and.ome - stock.adobe.com

Für das Melden von Sehschwächen oder Herzerkrankungen sollen die Länder eine reine Selbstauskunft akzeptieren können.

Gericht stärkt MVZ-Investoren

Bei der Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes dürfen Zulassungsausschüsse Bewerbungen von investorengetragenen Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) im Falle der Teilentsperrung eines Planungsbereichs nicht benachteiligen. Das hat das Bundessozialgericht entschieden (Az. 6 KA 26/22 R) und damit die Position investorengetragener MVZ gestärkt.

Geklagt hatte eine MVZ-Trägersgesellschaft, deren Antrag auf Zulassung einer Internistin aufgrund der Nachrangregelung abgelehnt worden war. Laut BSG-Urteil war diese Regelung des § 103 Abs. 4c Satz 3 SGB V hier nicht anwendbar. Gemäß dieser Regelung sind MVZ, an denen die Mehrheit der Geschäftsanteile und Stimmrechte nicht von im MVZ tätigen Vertragsärzten gehalten werden, bei der Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes gegenüber anderen Bewerbern nachrangig zu behandeln. Das gelte aber ausschließlich für die Auswahl eines Praxismachfolgers im Rahmen eines Nachbesetzungsverfahrens, nicht jedoch für Auswahlverfahren im Rahmen einer Teilentsperrung eines Planungsbereichs. Die Kasseler Richter bestätigten damit das Bayerische Landesozialgericht (LSG), hoben die Entscheidung des Berufungsausschusses auf und verlangten eine Neubescheidung. Das Urteil ist für die Zulassungsausschüsse nicht bindend, dürfte ihnen aber künftig als Richtschnur dienen.

Gesundheitsumfrage

Diese Krankheiten werden am meisten gefürchtet

Fast jeder Zweite der 14- bis 29-Jährigen (48 %) fürchtet sich laut einer Umfrage der DAK-Gesundheit am meisten vor Burnout und Depressionen. Damit ist diese Sorge der Jüngeren im Vergleich zum Durchschnitt der Bevölkerung überproportional groß: Über alle Altersgruppen hinweg gaben nur 27 Prozent an, Angst vor einer psychischen Erkrankung zu haben. DAK-Vorstandschef Andreas Storm fordert eine verstärkte Aufklärung über psychische Erkrankungen: „Es ist unsere gesamtgesellschaftliche Verantwortung,

Angebote zu schaffen, die die Resilienz stärken und damit auch für Entlastung sorgen können.“ Unterdessen hat die Angst vor Krebs und Demenz in der Allgemeinbevölkerung abgenommen. Gaben 2022 noch 55 Prozent an, sich am meisten vor Demenz oder Alzheimer zu fürchten, waren es 2023 nur noch 45 Prozent. Die Angst vor einem bösartigen Tumor ging von 72 auf 65 Prozent zurück. Leider ist auch die Zahl derer, die Krebsvorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen, gesunken: um fünf Prozent auf 58 Prozent.

In den Sozialen Medien ist die mentale Gesundheit mittlerweile ein großes Thema und beschäftigt die Jüngeren besonders.



Fotos: Yuriy Shevtsov - stock.adobe.com, Maria - stock.adobe.com

Bundesamt warnt vor Radioaktivität in Paranüssen



Täglich zwei Paranüsse erhöhen die durchschnittliche Strahlenbelastung durch Nahrung von rund 300 auf 460 Mikrosievert.

Paranüsse können hohe Mengen an radioaktivem Radium enthalten. Vor allem Kinder, Schwangere und Stillende sollten sie meiden, warnt das Bundesamt für Strahlenschutz (BfS). Paranussbäume in Südamerika nehmen das natürlich enthaltene Radium aus dem Boden auf. Das radioaktive Element wird wie Kalzium in Zähnen und Knochen eingelagert und ist deshalb besonders für Kinder und Ungeborene problematisch, da sie es während des Wachstums aufnehmen. Erwachsene können es in Maßen zu sich nehmen; regelmäßiger Verzehr kann jedoch die jährliche Strahlendosis deutlich erhöhen.

Arztbriefgenerator soll Ende 2024 kommen

Das Fraunhofer-Institut für Intelligente Analyse- und Informationssysteme (IAIS) entwickelt einen „Arztbriefgenerator“ auf Basis von Künstlicher Intelligenz (KI) und Natural Language Processing (NLP). Das Tool verarbeitet alle verfügbaren Dokumente mit dem Ziel, schnell präzise Entlassbriefe zu erstellen. Für Patienten werden leicht verständliche Erklärungen integriert. Bis Ende 2024 soll der Generator auf den Markt kommen. Weitere Funktionen sollen den Arbeitsaufwand reduzieren, indem etwa Patientendaten automatisiert zusammengeführt werden.

Mpox: WHO sieht globale Gefahr

In der Demokratischen Republik Kongo breiten sich Mpox rasant aus. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) warnt vor einem globalen Risiko. Die DR Kongo meldete mehr als 13.000 Verdachtsfälle, doppelt so viele wie beim Höhepunkt 2020. Die Verbreitung wird mit Sexarbeit in Verbindung gebracht. 2022 begann ein weltweiter Ausbruch des mildereren Mpox-Typs II. Im Dezember 2023 meldete die WHO auch die sexuelle Übertragung der virulenteren Klade I. Trotz begrenzter Daten geht die WHO davon aus, dass Klade I in zehn Prozent der Fälle zum Tode führt.

Dürfen sich Mitarbeiter an Karneval verkleiden?

Sogar im Rheinland kann sich nicht jeder Jeck an Karneval frei nehmen, schon gar nicht in der Arztpraxis. Aber ist wenigstens ein bisschen Feierlaune erlaubt? Hygiene und Funktionalität haben bei der Praxisbekleidung oberste Priorität. Die Arbeit am Patienten darf nicht behindert werden. Beim reinen Empfangsdienst können die Regeln etwas lockerer ausgelegt werden. Aber auch aus psychologischen Gründen sollte sich das Personal optisch nicht zum Narren machen. Die Dosis macht hier das Gift: Ein buntes T-Shirt oder Accessoire kann Ängste der Patienten



Seriosität sollte gewahrt bleiben, ebenso Hygiene und Funktionalität.

auflockern, doch nicht jedem Erkrankten ist nach ausgelassenem Frohsinn zumute. Ganzkörperkostüme sind fehl am Platz.



Anfang Januar 2023 empfanden viele niedergelassene Ärztinnen und Ärzte das eRezept eher als Zusatz-Zumutung denn als Entlastung.

Fotos: Zerbor - stock.adobe.com, alejandro - stock.adobe.com

Blitzumfrage

Die meisten Praxen erlebten einen holprigen Start des eRezepts

Bei der Umstellung auf das elektronische Rezept hatte die Mehrheit der Arztpraxen mit technischen Problemen zu kämpfen. Das zeigt eine Blitzumfrage des Ärztenachrichtendienstes (änd), an der sich am 3. und 4. Januar 2024 913 niedergelassene Ärztinnen und Ärzte aus ganz Deutschland beteiligten. Nur ein Viertel der Praxen (26 %) erlebte die Umstellung als reibungslos. 42 Prozent hatten kleinere technische Probleme. Ein Drittel (32 %) hatte allerdings mit erheblichen Schwierigkeiten zu kämpfen, die häufig

im Zusammenhang mit der Telematikinfrastruktur (50 %) und der Praxissoftware (29 %) standen. 73 Prozent der Betroffenen benötigten Unterstützung durch IT-Unternehmen oder Software-Hotlines. Die Umstellung erforderte zudem einen erheblichen Zeitaufwand. Mehr als die Hälfte der Befragten gab an, dass sie viel Zeit aufwenden mussten, um den Patienten das neue System zu erklären. 27 Prozent berichteten, dass die Mehrheit der Patienten nach der Verordnung um einen Papierausdruck des Rezepts gebeten habe.

Rabatte bei Vermittlung ärztlicher Behandlung

Ärztliche Leistungen, etwa im Zusammenhang mit medizinischem Cannabis, dürfen von einer Vermittlungsagentur im Internet mit einem erheblichen Rabatt angeboten werden – vorausgesetzt, die Vermittelnde finanziert den Rabatt aus eigenen Mitteln und die Ärztinnen und Ärzte werden nach der GOÄ voll honoriert. Zu diesem Urteil ist das Oberlandesgericht (OLG) Frankfurt am Main gekommen (Az. 6 U 82/23).

Im hier verhandelten Fall bewarb die Vermittlerin über eine von ihr entwickelte Plattform ärztliche Behandlungsleistungen mit der Aufforderung „Jetzt Termine buchen und 20 % sparen“. Die kooperierenden Ärztinnen und Ärzte übermittelten nach der Behandlung die jeweilige Rechnung über ihre Honorarforderung. Die Vermittlerin zog den Rabatt von 20 Prozent ab und stellte dann im Namen der Kooperationsärzte die Rechnung an die jeweiligen Kunden. Gegen dieses Vorgehen wandte sich ein beim Bundesamt für Justiz eingetragener Wirtschaftsverband. Das OLG stellte jedoch klar, dass die Regelungen der GOÄ nur für Ärzte gelten und Vermittelnde daher nicht gegen diese Regelungen verstoßen können, da sie nicht unmittelbar ärztliche Leistungen erbringen.

www.

Noch mehr aktuelle Nachrichten auf:

arzt-wirtschaft.de

ENERGIEGELADEN DURCH DEN ALLTAG!

BEI VITAMIN-
B12-MANGEL:
Vitaprompt®

LAKTOSE
FREI



Vitaprompt® B12

- Höchste effektive orale Dosis¹: 1000 Mikrogramm
- Orales Vitamin B₁₂-Arzneimittel: Wirksam auch bei Resorptionsstörungen²
- Erstattungsfähig nach OTC-Ausnahmeliste

¹ Eussen SJ et al.: Oral cyanocobalamin supplementation in older people with vitamin B12 deficiency: a dose-finding trial. Arch Intern Med. 2005 May 23;165(10):1167-72. Höchste Wirkung bei Dosierungen oberhalb von ca. 600 Mikrogramm Vitamin B₁₂.

² Andres E et al.: Systematic review and pragmatic clinical approach to oral and nasal vitamin B12 (cobalamin) treatment in patients with vitamin B12 deficiency related to gastrointestinal disorders. J Clin Med 2018 Oct;7(10): 304.

Vitaprompt® 1000 Mikrogramm Filmtabletten. Wirkstoff: Cyanocobalamin. Zusammensetzung: 1 Tablette enthält 1000 µg Cyanocobalamin (Vitamin B₁₂). Sonstige Bestandteile: Tablettkern: Mannitol (Ph.Eur.) (E 421), Mikrokristalline Cellulose, Magnesiumstearat (Ph.Eur.) [pflanzlich], Natriumcarboxymethylstärke (Ph.Eur.) (Typ A), Tablettenüberzug: Hypromellose, Titandioxid (E 171), Hydroxypropylcellulose, Talkum, Mittelkettige Triglyceride. Anwendungsgebiete: Behandlung eines Vitamin-B₁₂-Mangels aufgrund von Fehlernährung, Langzeitbehandlung eines Vitamin-B₁₂-Mangelsyndroms, z. B. aufgrund von Malabsorption, Orale Behandlung der perniziösen Anämie und des Vitamin-B₁₂-Mangels mit neurologischen Symptomen nach rascher Normalisierung der Vitamin-B₁₂-assoziierten Biomarker unter parenteral verabreichtem Vitamin B₁₂.

Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen einen der Bestandteile. Vitaprompt darf nicht zur Behandlung der ausschließlich durch Folsäuremangel verursachten megaloblastären Anämie angewendet werden. Vitaprompt darf nicht bei Patienten angewendet werden, die sich einer Cyanidgiftung unterziehen müssen (z. B. Patienten mit Retrobulbärneuritis bei perniziöser Anämie). In diesen Fällen muss ein anderes Cobalaminderivat verabreicht werden. Patienten mit Vitamin-B₁₂-Mangel und einem Risiko für Lebersche hereditäre Optikusatrophie dürfen zur Behandlung ihres Vitamin-B₁₂-Mangels kein Cyanocobalamin erhalten. Vitaprompt darf nicht bei Patienten mit Tabak- oder Alkohol-Amblyopie angewendet werden. **Nebenwirkungen:** Schwere Überempfindlichkeitsreaktionen, die sich großflächig in Form von Quaddeln, Ausschlag oder Pruritus manifestieren können. Akneiforme Hautreaktionen und Blasenbildung, Anaphylaxie, Fieber. **Apothekenpflichtig.** Stand: 11/2022.

mibe GmbH Arzneimittel, 06796 Brehna.



Entwickelt & hergestellt in
Deutschland

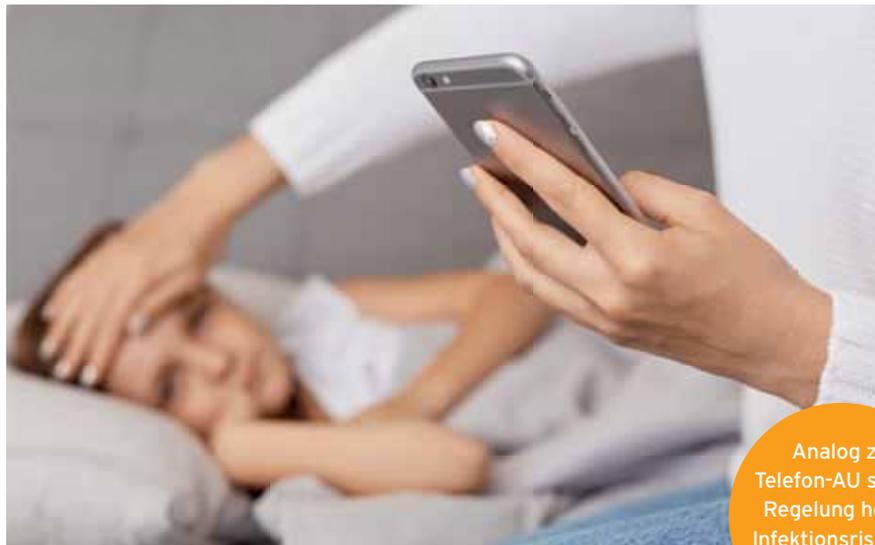


Foto: sementsova321 - stock.adobe.com

Analog zur Telefon-AU soll die Regelung helfen, Infektionsrisiken in Praxen zu senken.

Neuregelung

Kinderkrankmeldung: Jetzt auch nur übers Telefon möglich

Seit dem 18. Dezember 2023 ist es für Eltern mit krankem Kind einfacher, eine Bescheinigung für den Bezug von Kinderkrankengeld zu erhalten. Denn die Kinderkrankmeldung kann nun auch telefonisch erfolgen, was Patienten und Ärzte entlastet und die Ansteckungsgefahr in Arztpraxen verringert. Die Neuregelung ermöglicht es Eltern, für die Pflege kranker Kinder bis zu fünf Tage Kinderkrankengeld telefonisch zu beantragen, sofern das Kind dem Arzt oder der Ärztin bekannt ist. Außerdem wurde die Anzahl

der Kinderkrankentage für die Jahre 2024 und 2025 erhöht. Nach der neuen Regelung haben Eltern nun Anspruch auf 15 Kinderkrankentage pro Kind und Elternteil. Alleinerziehenden stehen 30 Tage zu. In einer Ansprache an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) lobte Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach die schnelle Entscheidung zur telefonischen Krankschreibung. Mehr zur telefonischen AU, die jetzt auch bei kranken Patienten möglich ist, lesen Sie auf Seite 44 in dieser Ausgabe.

mRNA-Technologie ist für viele Patienten ein Begriff

Eine Umfrage im Auftrag von Moderna gibt Aufschluss über die Wahrnehmung und das Wissen der deutschen Bevölkerung zur mRNA-Technologie. So konnten im Mai letzten Jahres 70 Prozent der Menschen in Deutschland etwas mit dem Begriff „mRNA-Technologie“ anfangen. Jüngere Altersgruppen, insbesondere die Generation Z, hatten ein differenzierteres Verständnis der mRNA-Technologie, was zum Teil auf die Schulbildung, zum Teil aber auch auf eigene Informationsbeschaffung zurückzuführen sein dürfte. 81 Prozent der Befragten schrieben der mRNA-Technologie ein großes Potenzial in der zukünftigen Medizin zu, wobei 68 Prozent vor allem große Fortschritte in der Krebstherapie erwarteten. Auch hinsichtlich der Funktionsweise zeigte sich ein vielfältiges Basiswissen. So wussten 56 Prozent, dass mRNA-Impfstoffe dem Immunsystem Anweisungen zur Selbsthilfe geben. 38 Prozent erkannten die Möglichkeit, Krebszellen mit mRNA zu bekämpfen. Dennoch gibt es noch Aufklärungsbedarf, denn 30 Prozent der Befragten konnten mit dem Begriff mRNA-Technologie nichts anfangen oder kannten ihn nur dem Namen nach. Weitere Aufklärungsarbeit sei wichtig, denn Medizin sei Vertrauenssache, so kommentierte Prof. Carsten Watzl, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Immunologie (DGfI) die Ergebnisse.

Nach Wegfall der Preisbremse: Stromvertrag prüfen

Die Energiepreisbremse, die bis zum Frühjahr 2024 gelten sollte, ist bereits im Januar 2024 ausgelaufen. Hintergrund ist ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG), dem eine milliarden schwere Lücke in der Haushaltsplanung folgt, sodass zahlreiche Entlastungsmaßnahmen wegfallen. Das BVerfG hatte die Überführung der Corona-Kredite in den Klima- und Transformationsfonds für nichtig erklärt. Mit dem Auslaufen der Strompreisbremse müssen sich Verbraucherinnen und Verbraucher auf neue Abschlagszahlungen einstellen. Passen die Energieversorger diese nicht rechtzeitig an, drohen hohe Nachzahlungen. Jetzt lohnt es sich besonders, bestehende Verträge zu überprüfen. Denn der Wegfall der Preisbremse und viele Neukundenrabatte führen zu extrem unterschiedlichen Tarifen. Altverträge können um bis zu 20 Cent pro Kilowattstunde über Neuverträgen liegen, hat das Vergleichsportale Verivox ermittelt. „Kunden in älteren Verträgen sollten jetzt dringend prüfen, ob ihr Tarif noch unter die Preisbremse fällt, und gegebenenfalls in einen neuen Tarif wechseln“, empfiehlt Daniel Puschmann, Chef des Vergleichsportals Verivox. „Neukundentarife liegen bereits flächendeckend weit unterhalb der Preisbremse.“ In der Grundversorgung gelten kurze Kündigungsfristen.



Foto: Gina Sanders - stock.adobe.com

Blasenentzündung* ohne Antibiotikum?

Canephron® Uno

mit der 4-fach Wirkung bei

- ☛ Schmerzen
- ☛ Krämpfen
- ☛ Bakterien
- ☛ Entzündung



AUGMENTED REALITY



mit docAR

so funktioniert's:

- 1 „docAR-App“ aus dem App-Store herunterladen
- 2 App öffnen & Anzeige scannen
- 3 Video startet automatisch

Evidenzbasierte Phytotherapie als 5-Minuten-Video

Nach Goldstandard belegt – Phytotherapie auf Augenhöhe mit Antibiotikum. Erfahren Sie in diesem Kurzvideo mehr!



*Canephron® ist ein traditionelles pflanzliches Arzneimittel zur unterstützenden Behandlung und zur Ergänzung spezifischer Maßnahmen bei leichten Beschwerden (wie häufigem Wasserlassen, Brennen beim Wasserlassen und verstärktem Harndrang) im Rahmen entzündlicher Erkrankungen der Harnwege. ¹ Wagenlehner et al. Urol Int. 2018; 101(3):327-336. doi:10.1159/000493368. ² Die Studie wurde mit einer zu Canephron® Uno äquivalenten Wirkstoffmenge durchgeführt.

Canephron® Uno • Zusammensetzung: Wirkstoffe: 1 überzogene Tablette enthält: Tausendgüldenkraut-Pulver (Centaurium erythraea Rafin s.l., herba) 36 mg, Liebstöckelwurzel-Pulver (Levisticum officinale Koch, radix) 36 mg, Rosmarinblätter-Pulver (Rosmarinus officinalis L., folium) 36 mg. Sonstige Bestandteile: Lactose-Monohydrat, Magnesiumstearat (Ph. Eur.) [pflanzlich], Maisstärke, Povidon K 25, Siliciumdioxid (hochdispers), Calciumcarbonat, natives Rizinusöl, Eisen(III)-Oxid (E172), Dextrin (aus Maisstärke), sprühgetrockneter Glucose-Sirup, Montanglycolwachs, Povidon K 30, Saccharose, Schellack (wachsfrei), Riboflavin (E101), Talkum, Titandioxid (E171). **Anwendungsgebiete:** Traditionelles pflanzliches Arzneimittel zur unterstützenden Behandlung und zur Ergänzung spezifischer Maßnahmen bei leichten Beschwerden (wie häufigem Wasserlassen, Brennen beim Wasserlassen und verstärktem Harndrang) im Rahmen von entzündlichen Erkrankungen der ableitenden Harnwege; zur Durchspülung der Harnwege zur Verminderung der Ablagerung von Nierengrieß. Das Arzneimittel ist ein traditionelles pflanzliches Arzneimittel, das ausschließlich aufgrund langjähriger Anwendung für das Anwendungsgebiet registriert ist. **Gegenanzeigen:** Keine Anwendung bei Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe, gegen andere Apiaceen (Umbelliferen, z.B. Anis, Fenchel), gegen Anethol (Bestandteil von ätherischen Ölen) oder einen der sonstigen Bestandteile, bei Kindern unter 12 Jahren, bei peptischem Ulcus, während der Stillzeit und bei der seltenen hereditären Fructose-Intoleranz, Glucose-Galactose-Malabsorption oder Saccharase-Isomaltase-Mangel, Galactose-Intoleranz oder Lactase-Mangel; keine Durchspülungstherapie bei Ödemen infolge eingeschränkter Herz- oder Nierenfunktion und/oder wenn eine reduzierte Flüssigkeitsaufnahme empfohlen wurde. **Nebenwirkungen:** Häufig Magen-Darm-Beschwerden (z.B. Übelkeit, Erbrechen, Durchfall); Überempfindlichkeitsreaktionen (Hautausschlag, Juckreiz, Gesichtssödem), Häufigkeit nicht bekannt. Stand: 11|21

U-Heft nun mit Stuhlfarbkarte

Das Kinderuntersuchungsheft enthält jetzt eine Stuhlfarbkarte zur Früherkennung der Gallengangatresie. Das hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bekannt gegeben. Die Karte soll Eltern helfen, blasse Stuhlfarben zu erkennen und bei Verdacht rechtzeitig ärztlichen Rat einzuholen. Ein Gallengangverschluss betrifft etwa eines von 20.000 Neugeborenen. Unbehandelt kann dies im zweiten oder dritten Lebensjahr zu einem lebensbedrohlichen Leberversagen führen. Eine frühzeitige Operation kann die Funktionsfähigkeit der Leber deutlich verlängern.

Name _____
 Vorname _____
 Geburtsort _____



Gemeinsamer Bundesausschuss

Kinderuntersuchungsheft

Bitte bringen Sie Ihr Kind zur Untersuchung:

U2	3.–10. Lebensstag	vom: _____	bis: _____
U3	4.–5. Lebenswoche	vom: _____	bis: _____
U4	3.–4. Lebensmonat	vom: _____	bis: _____
U5	6.–7. Lebensmonat	vom: _____	bis: _____
U6	10.–12. Lebensmonat	vom: _____	bis: _____
U7	22.–24. Lebensmonat	vom: _____	bis: _____
U7a	34.–36. Lebensmonat	vom: _____	bis: _____
U8	46.–48. Lebensmonat	vom: _____	bis: _____
U9	60.–64. Lebensmonat	vom: _____	bis: _____

Diese Untersuchungstermine sollten Sie im Interesse Ihres Kindes bitte genau einhalten.



Begleittexte zur U2 und U3 geben klare Hinweise an Eltern zur seltenen Erkrankung.

HIV-Prophylaxe weiter extrabudgetär vergütet

Die extrabudgetäre Vergütung der medikamentösen HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP) für Versicherte mit hohem HIV-Risiko wird bis zum 31. Dezember 2025 verlängert. Darauf haben sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband geeinigt. Seit September 2019 tragen die Krankenkassen die Kosten. Ab Januar 2024 ändert sich allerdings die Abrechnung der PrEP-Kontrolle: Sie erfolgt über eine Pauschale mit der Gebührenordnungsposition 01922 von nunmehr 163 Punkten. Sie ist einmal pro Behandlungsfall abrechenbar.

Videosprechstunde: Neue Leistungen abrechenbar

Mehrere Gebührenordnungspositionen (GOP), zum Beispiel die GOP 01611 für die Verordnung medizinischer Rehabilitation, können seit dem 1. Januar 2024 auch in Videosprechstunden abgerechnet werden. Darauf weist die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hin. Die Erweiterung basiert auf einer Regelung aus dem vergangenen Frühjahr, die eine Verordnung von Heilmitteln, häuslicher Krankenpflege oder medizinischer Rehabilitation in der Videosprechstunde ermöglicht, sofern der Patient bereits in der Praxis in Behandlung und daher hinreichend bekannt ist.

Bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege ist die Verordnungsfähigkeit per Video auf Folgeverordnungen beschränkt, wobei in Ausnahmefällen auch telefonische Konsultationen zur Verordnung führen können. Für den Postversand der in der Videosprechstunde ausgestellten Verordnungen können Ärztinnen und Ärzte seit Januar die GOP 40128 für die Versandkostenersatzung nutzen. Die Portokostenpauschale beträgt 86 Cent. Bisher wurde diese GOP nur für den Versand von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen genutzt, die in der Videosprechstunde oder telefonisch ausgestellt wurden.


 Noch mehr aktuelle Nachrichten auf: arzt-wirtschaft.de


Politik

Digitalisierungsgesetze stoßen auf durchwachsene Reaktionen

„Ich habe große Sorge, dass DigiG und GDNG den Frust in den Praxen weiter erhöhen und am Ende noch mehr Kolleginnen und Kollegen über einen vorzeitigen Ausstieg aus der Versorgung nachdenken.“ So kommentierte Dr. Sibylle Steiner, Vorstandsmitglied der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), die verabschiedeten Digitalgesetze. Das Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (DigiG) bringt beispielsweise die Pflicht zum elektronischen Rezept für den ambulanten

Bereich. Weitere Befürchtungen betreffen Belastungen durch Bürokratie und Digitalisierungsberatung. Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) kritisiert die verpflichtende Einführung der elektronischen Gesundheitsakte „auf Biegen und Brechen“ vor dem Hintergrund „fast wöchentlicher Systemabstürze“. Das Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG) sieht eine Gesundheitsdateninfrastruktur vor, die Forschung erleichtert und den Kassen personalisierte Hinweise an ihre Versicherten ermöglicht.



Die Potenziale der Digitalisierung sind groß, doch an Details und Umsetzbarkeit der Gesetze hagelt es Kritik.

Fotos: G-BA, Alexander Limbach - stock.adobe.com

Finanzanalyse

Investitionen in ärztliche Existenzgründungen steigen

Die Investitionen in ärztliche Existenzgründungen nehmen weiter zu. Das zeigt eine Analyse der Deutschen Apotheker- und Ärztebank (apoBank). Demnach lagen die Gesamtkosten für die Übernahme einer Einzelpraxis im hausärztlichen Bereich 2021/2022 bei durchschnittlich 179.100 Euro gegenüber 169.300 Euro im Zeitraum 2019/2020. Mit 49 Prozent blieb die Übernahme einer Einzelpraxis die bevorzugte Option für niederlassungswillige Ärztinnen und Ärzte, wobei eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

deutlich günstiger war. Für eine Kooperation waren durchschnittlich 130.600 Euro zu investieren. Beim Eintritt in eine BAG, also bei Übernahme des Anteils des ausscheidenden Praxisinhabers, beliefen sich die Investitionen für Hausarztpraxen auf 147.200 Euro. Ärztinnen und Ärzte, die mit einer Teilzulassung in eine hausärztliche Berufsausübungsgemeinschaft eintraten, investierten durchschnittlich 107.000 Euro – etwa 80 Prozent der durchschnittlichen Investition für eine Vollzulassung in Höhe von 130.700 Euro.

Ärztinnen bevorzugen kleinere Praxen. Für die Übernahme einer hausärztlichen Einzelpraxis zahlten sie im Schnitt 87.800 Euro.

Fotos: nemetus - stockadobe.com, Tobilander - stockadobe.com



Geschlechtskonkordanz ist für OP-Erfolg unwichtig

Ob Patient und Chirurg das gleiche Geschlecht haben, beeinflusst das Ergebnis größerer Operationen kaum. Das zeigt eine Studie im „British Medical Journal“. Daten von fast drei Millionen Patienten ab 65 Jahren wurden analysiert. 30 Tage nach dem Eingriff unterschieden sich die Sterblichkeitsraten nur geringfügig. Eine Geschlechterkonkordanz war nicht klinisch bedeutsam. Bei elektiven Operationen hatten Chirurginnen eine etwas niedrigere Mortalitätsrate von 0,5 Prozent im Vergleich zu männlichen Chirurgen (0,8 %). Bei Notfalleingriffen gab es keinen signifikanten Unterschied.



Das gleiche Geschlecht bei Patient und Chirurg ist für OP-Erfolge unbedeutend.

Lauterbach plant Streichung der Homöopathie

Angesichts des Milliardendefizits der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hat Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach angekündigt, die Homöopathie als Satzungsleistung der Krankenkassen streichen zu wollen. Nach seinen Schätzungen könnten so 20 bis 50 Millionen Euro eingespart werden. Da der Nachweis der Wirksamkeit fehle, handele es sich nicht um eine Leistungs-, sondern um eine Vergütungskürzung.

Zustimmung zu diesem Vorhaben erhielt Karl Lauterbach von Dr. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Es stehe jedem frei, homöopathische Mittel zu nutzen, jedoch „bitte auf eigene Kosten und nicht zu Lasten der Versicherungsgemeinschaft“, sagte Gassen. Der gesundheitspolitische Sprecher der Unionsfraktion im Bundestag, Tino Sorge, sieht in der geplanten Streichung eher eine Nebelkerze, die von bislang fehlenden echten Reformen für eine Stabilisierung der GKV ablenken soll. Unterdessen startet das Land Bayern eine doppelblinde, randomisierte Studie, die klären soll, ob homöopathische Präparate bei unkomplizierten rezidivierenden Harnwegsinfekten bei erwachsenen Frauen bis 64 Jahre Antibiotika ersetzen können. Die Studie wird an der Technischen Universität München durchgeführt, die Auswertung soll bis Ende 2025 vorliegen.

Register zur Organspende im Aufbau

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) arbeitet an der Einrichtung eines Online-Registers zur Organ- und Gewebespende. So sollen Bürger ihre Zustimmung oder Ablehnung zur Organ- und Gewebespende freiwillig dokumentieren können. Krankenhäusern wird das Register eine verlässliche Informationsquelle bieten. Aufgrund des Datenschutzes ist die Registrierung jedoch komplex und soll eine App sowie einen elektronischen Personalausweis mit PIN erfordern. Der klassische Organspendeausweis bleibt als Alternative erhalten.

Gesundheitswesen

Wie Ärztinnen und Ärzte wirklich über Digitalisierung denken

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte werden in der Öffentlichkeit gern so hingestellt, als ob sie technisch von gestern wären und sich gegen Digitalisierung sperrten. Wie weit diese Behauptung an der Wahrheit vorbeigeht, zeigt nun auch eine Studie.

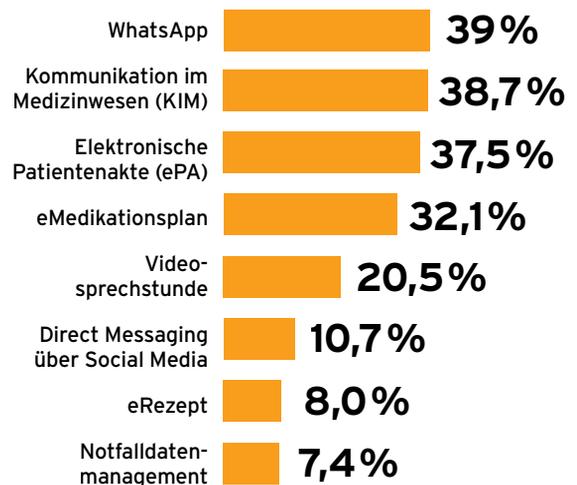


Seit dem 1. Januar ist das eRezept für Praxisinhaber verpflichtend. Entgegen allen Unkenrufen haben viele Kolleginnen und Kollegen es auch schon im Vorfeld eingesetzt. Bis Ende Dezember 2023 wurden über zwölf Millionen eRezepte in Apotheken eingelöst. Der Trend ist eindeutig: Waren es in der ersten Oktoberwoche noch knapp 300.000 eRezepte pro Woche, steigerte sich die Zahl Ende November 2023 bereits auf eine Million. „Viele Praxisteams haben in den vergangenen Wochen die Arbeit mit dem eRezept intensiviert und stellten häufig nach den ersten Erfahrungen komplett um“, meint Hannes Neumann, Produktmanager eRezept bei der gematik.

Praxisinhaber sind offen für digitale Kommunikation

Wie Ärztinnen und Ärzte wirklich über digitale Innovationen denken, beleuchtet auch die aktuelle Untersuchung „Die Zukunft der Medizin – eine Trendstudie zum Mindset von Fachärzt*innen und Allgemeinmediziner*innen“. Im Auftrag des Deutschen Innovationsinstituts für Nachhaltigkeit und Digitalisierung sowie Bayer Vital wurden 336 Ärztinnen und Ärzte befragt. Das Ergebnis: Die Geisteshaltung der Befragten ist von großer Offenheit für digitale Transformation und neue Therapieansätze geprägt. So ist es für 89 Prozent selbstverständlich, im Berufsalltag digitale Kommunikationsformen zu nutzen. Nur jeder Zehnte gibt an, dass Messengerdienste, elektronische Terminvergabe oder moderne Diagnosegeräte bei der täglichen Arbeit nicht im Einsatz sind. Dabei werden der digitale Dienst KIM (Kommunikation im Medizinwesen) als Faxersatz

WELCHE DIGITALEN KOMMUNIKATIONS-TOOLS NUTZEN SIE IM BERUFSALLTAG?



Quelle: Deutsches Innovationsinstitut für Nachhaltigkeit und Digitalisierung sowie Bayer Vital

und die elektronische Patientenakte von jeweils knapp 40 Prozent der Befragten genutzt. Unter den allgemeinen Kommunikationswerkzeugen liegt WhatsApp deutlich vor den Messengern anderer sozialer Netzwerke.

Auch gegenüber dem Thema künstliche Intelligenz (KI) zeigen sich die Teilnehmer offen. Selbst wenn KI im medizinischen Alltag noch kaum verbreitet ist, wird das Potenzial für die Diagnostik erkannt. Ein gutes Jahr nach der Einführung von KI wie ChatGPT nutzen diese schon rund zwölf Prozent. Knapp 60 Prozent sagen, dass sie KI-Diagnosesoftware künftig nutzen werden. Auf die Frage, in welchen Bereichen im Praxisalltag sie den größten Mehrwert von KI sehen, antworteten 50,9 Prozent „zur Unterstützung bei Diagnosen“, während 26,2 Prozent deren Einsatz vor allem bei der Praxisorganisation sehen. Weniger geeignet halten Ärzte KI für den Einsatz bei der Patientenbetreuung (9,8 %).

Ärzte prüfen Sinn und Nutzen von digitalen Tools

Ein Schwerpunkt der Studie untersuchte auch Social Media. Hier zeigt sich das Befragten-Lager gespalten. Die eine Hälfte nutzt Social Media, die andere nicht. Bei den Befürwortern rangieren vor allem das Karrierenetzwerk LinkedIn (26,5 %) und die Videoplattform YouTube (21,1 %) auf den vorderen Plätzen, gefolgt von Facebook (14 %), Instagram (12,8 %), Xing (10,1 %) und X (5,4 %). Wenn Ärzte soziale Netzwerke beruflich nutzen, suchen sie hauptsächlich fachliche Informationen oder den Austausch mit Kollegen. Fort- und Weiterbildung über Social Media ist bei 30,7 Prozent beliebt. Daten und Studien aus der Wissenschaft werden dagegen eher klassisch rezipiert.

Während die grundsätzliche Haltung der Ärztinnen und Ärzte gegenüber digitalen Innovationen positiv ist, differenzieren sie durchaus, was für ihren Berufsalltag sinnvoll und hilfreich ist. So hält sich die Begeisterung für Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs) weiterhin in Grenzen. 72,6 Prozent haben bisher keine DiGA verordnet. „Ja, aber selten“ (bis zu 15) sagen 19,9 Prozent. Nur 4,5 Prozent verschreiben DiGAs häufiger. Die Gründe für die Zurückhaltung liegen im hohen Erklärungsbedarf für die Patienten, in den organisatorischen Hürden, in der Bürokratie zur jeweiligen Code-Aktivierung, in den fehlenden Testmöglichkeiten für Ärzte, am fehlendem Informationsmaterial, in den Kosten für Verschreibung und Abrechnung sowie an Zweifeln bezüglich Wirksamkeit und Nutzen.

Damit die Digitalisierung im Gesundheitswesen schneller vorangeht, formulieren die Befragten auch klare Erwartungen. Denn die Digitalisierung in der eigenen Praxis selbst voranzutreiben, trauen sich wegen der komplexen Thematik die wenigsten zu. Sie fordern vor allem Hilfe bei der Anbindung an die Telematikinfrastruktur sowie eine Übersicht über funktionierende Software/Apps, IT-Schulungen und -Kurse. Als Fazit der Studie lässt sich sagen: Grundsätzlich sind die Ärztinnen und Ärzte offen für die Digitalisierung, sehen aber in der Bürokratie und fehlenden IT-Unterstützung noch Hemmnisse.

Melanie Hurst



Melanie Hurst

Die Ressortleiterin Wirtschaft befragte Praxisinhaber, wie sie die Digitalisierung im Gesundheitswesen bewerten.

Foto: Berit Kessler - stock.adobe.com

„UMFRAGE des Monats“

Was halten Sie von der Digitalisierung



„Ich bin ein großer Befürworter der Digitalisierung“

Die Digitalisierung befürworte ich absolut. In meiner Praxis wurden die eRezepte inzwischen auf fast 100 Prozent hochgefahren. Das läuft gut. Es gab etwas Widerstand von den Apotheken, aber das wird besser. Ich wünsche mir auch eArztbriefe und hoffe in Zukunft auch auf die elektronische Patientenakte. Mein Fazit: Ich bin gegenüber der Digitalisierung voll und ganz positiv eingestellt.

Dr. med. Joachim Küpper
Hausarzt aus Düsseldorf

„Digital heißt nicht automatisch schneller und einfacher“

Wir kommen nicht um die Digitalisierung herum. Allerdings bringt die Digitalisierung im Gesundheitsbereich viele Schwierigkeiten mit sich und ist mit hohen Kosten verbunden. Nur weil etwas digital läuft, bedeutet das noch lange nicht per se eine Vereinfachung und Zeitersparnis. Teilweise benötige ich jetzt viel mehr Klicks, um zum Beispiel einen elektronischen Brief zu öffnen. Da besteht noch Verbesserungsbedarf. Im Privaten nutze ich natürlich WhatsApp, E-Mails und das Internet.

Dipl.-Med. Petra Becher
Hausärztin Bad Klosterlausnitz

„Digitale Funktionsfähigkeit muss dringend optimiert werden“

Privat surfe ich natürlich im Internet oder bestelle auch online. Beruflich habe ich auch nichts gegen Digitalisierung – wenn sie reibungslos funktionieren würde. Bei mir stürzt aber leider regelmäßig das Praxisverwaltungssystem ab, weil es Probleme mit der Anbindung an die Telematikinfrastruktur gibt. Hier sollte der Gesetzgeber dringend nachbessern und auch die IT-Hersteller mehr in die Pflicht nehmen.

Dr. med. Theresa L.
Hausärztin aus Bayern

DIAGNOSE: GÜRTELROSE.

NICHT GEGEN HERPES ZOSTER ZU
IMPFFEN, KANN INS AUGE GEHEN.

ANSPRECHEN. AUFKLÄREN. IMPFFEN.



SHINGRIX

Jetzt
scannen
und mehr
erfahren:



Für eine vollständige Auflistung der Kontraindikation, Warnhinweise und Nebenwirkungen siehe Fachinformation.

SHINGRIX. Wirkstoff: Shingrix Pulver und Suspension zur Herstellung einer Injektionssuspension, Herpes-Zoster-Impfstoff (rekombinant, adjuvantiert). **Zusammensetzung:** Nach der Rekonstitution enthält eine Dosis (0,5 ml): 50 µg Varizella Zoster Virus Glykoprotein-E-Antigen, hergestellt in immortalisierten Ovarialzellen des chinesischen Hamsters (CHO); adjuvantiert mit AS01B, dieses enthält: 50 µg Pflanzenextrakt aus Quillaja saponaria Molina, Fraktion 21 (QS-21) und 50 µg 3-O-Desacetyl-4'-monophosphoryl-Lipid A (MPL) aus Salmonella minnesota. **Sonstige Bestandteile:** Saccharose, Polysorbat 80, Natriumdihydrogenphosphat-Dihydrat, Kaliummonohydrogenphosphat, Colfosceriloleat (DOPC), Cholesterin, Natriumchlorid, wasserfreies Natriummonohydrogenphosphat, Kaliumdihydrogenphosphat, Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Aktive Immunisierung zur Vorbeugung von Herpes Zoster (HZ) und postzosterischer Neuralgie (PZN) bei Erwachsenen im Alter von 50 Jahren und älter und bei Erwachsenen ab 18 Jahren mit erhöhtem Risiko für einen Herpes zoster. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder sonstige Bestandteile des Impfstoffes. Akute, schwere, fiebrige Erkrankung. **Nebenwirkungen:** Sehr häufig: Kopfschmerzen, gastrointestinales Beschwerden (einschließlich Übelkeit, Erbrechen, Durchfall und/oder Bauchschmerzen), Myalgie, Reaktionen an der Injektionsstelle (Schmerzen, Rötung, Schwellung), Müdigkeit, Schüttelfrost, Fieber. Häufig: Pruritus an der Injektionsstelle, Unwohlsein. Gelegentlich: Lymphadenopathie, Arthralgie. Selten: Überempfindlichkeitsreaktionen einschließlich Hautausschlag, Urtikaria, Angioödem. **Verschreibungspflichtig. Stand:** Dezember 2022. **GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG, 80700 München. de.gsk.com**

WEITERE INFORMATIONEN ÜBER DAS ARZNEIMITTEL: Dosierung: Als i.m. Injektion: 2x1 Dosis (0,5 ml) mit einem Abstand von 2 Monaten. Falls erforderlich, kann die zweite Dosis im Abstand von 2 bis 6 Monaten nach der ersten Dosis verabreicht werden. Bei Personen, die krankheitsbedingt oder durch eine Therapie immundefizient oder immunsupprimiert sind oder werden könnten und die von einem kürzeren Impfschema profitieren würden, kann die zweite Dosis 1 bis 2 Monate nach der ersten Dosis verabreicht werden. **Warnhinweise laut Fachinformation:** Der Impfstoff darf nicht intravasal oder intradermal verabreicht werden. Es kann als psychogene Reaktion auf die Nadelinjektion nach oder sogar vor einer Impfung zu einer Synkope (Ohnmacht) kommen. **Weitere Informationen siehe Fachinformation. Nebenwirkungen melden Sie bitte ggf. bei der GSK-Hotline: 0800-1223355**

Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Dies ermöglicht eine schnelle Identifizierung neuer Erkenntnisse über die Sicherheit. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung dem Bundesinstitut für Impfstoffe und biomedizinische Arzneimittel, Paul-Ehrlich-Institut, Paul-Ehrlich-Str. 51-59, 63225 Langen, Tel: +49 6103 77 0, Fax: +49 6103 77 1234, Website: www.pei.de zu melden.

Shingrix ist eine eingetragene Marke oder lizenziert unter der GSK Unternehmensgruppe.

PM-DE-SGX-ADVT-230012 03.2023



Warzen

Das ist bei der Abrechnung der Kryotherapie zu beachten

In jeder Hausarztpraxis werden kleinchirurgische Eingriffe der Körperoberfläche erbracht, je nach Umfang abzurechnen mit den GOP 02300 bis 02302. Nachteil: Lokalanästhesien können nicht berechnet werden, diese sind mit der Versichertenpauschale 03000 abgegolten.

Hinsichtlich der Kryotherapie werden von den KVen unterschiedliche Auffassungen vertreten, unter welchen Voraussetzungen zum Beispiel die Entfernung von Warzen mittels Kryotherapie mit flüssigem Stickstoff berechnungsfähig ist. Vielfach wird angenommen, diese Behandlung sei mit der Versichertenpauschale abgegolten.

Klarstellung

Der Anhang 1 des EBM beinhaltet das Verzeichnis nicht gesondert berechnungsfähige Leistungen, weil die dort genannten Leistungen Bestandteil anderer berechnungsfähiger Gebührenordnungspositionen (GOP) bzw. der Versichertenpauschale sind.

Aufgeführt ist in Anhang 1 unter anderem: „Entfernung und/oder Nachbehandlung von bis zu fünf vulgären Warzen, Molusken oder vergleichbaren Hautveränderungen, zum Beispiel mittels scharfem Löffel, Kauterisation oder chemisch-kaustischer Verfahren“ und „Kryotherapie oder Schleifen und/oder Fräsen der Haut und/oder der Nägel oder Behandlung von Akneknoten, einschließlich Kompressen und dermatologischen Externa.“



Die Präambel zu Anhang 1 des EBM stellt klar: „Die in Anhang 1 des EBM aufgeführten Leistungen sind – sofern sie nicht als GOP im EBM verzeichnet sind – Teilleistungen von GOP des EBM und als solche nicht berechnungsfähig.“

Durch diese Ergänzung ist klar, dass die in Anhang 1 verzeichneten Leistungen dann nach einer GOP des EBM berechnet werden können, wenn es für die Leistungen eine GOP im EBM gibt.

Beispiele

Mit am häufigsten wird Kryotherapie bei der Entfernung von Warzen eingesetzt. Durch Kälteeinwirkung – zumeist mittels flüssigem Stickstoff – entstehen Nekrosen mit Eröffnung der Haut. Kleinchirurgische Eingriffe mit einer Dauer von bis zu fünf Minuten sind für alle Arztgruppen mit der GOP 02300 berechnungsfähig. Gemäß der Präambel zu GOP 02300 setzt die Berechnung operativer Eingriffe die Eröffnung von Haut oder Schleimhaut

voraus. Somit sind auch Hauteröffnungen mittels Kryotherapie mit der GOP 02300 berechnungsfähig. Für die Entfernung von Warzen mittels Kryotherapie ist die GOP 02300 nur einmal am Behandlungstag berechnungsfähig, bei Patienten mit Nävuszellnävussyndrom bis zu fünfmal.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat bereits vor Jahren in verschiedenen Schreiben klargestellt, dass es für die Berechnung operativer Eingriffe unerheblich ist, mit welcher Methode die Eröffnung von Haut oder Schleimhaut erfolgt. Zu unterscheiden davon ist die oberflächige Verschörfung von Hautveränderungen ohne Eröffnung der Haut.

Aspekte zu GOP 02301 und 02302

In den Leistungsbeschreibungen der GOP 02301 und 02302 sind acht bzw. sieben mittels und/oder verbundene obligate Leistungsinhalte genannt, von denen mindestens einer Voraussetzung für deren Berechnung ist. Werden mehrere der genannten Leistungsinhalte erbracht, sind diese GOP nicht mehrfach berechnungsfähig. Außerdem sind die GOP 02300, 02301 und 02302 nicht nebeneinander berechnungsfähig.

Cave Dokumentation

Während bei der GOP 02300 die Art des Eingriffs von bis zu fünf Minute Dauer nicht definiert ist, sind bei den GOP 02301 und 02302 definierte Eingriffe gelistet, von denen mindestens einer zu erbringen und zu dokumentieren ist. Bei Prüfungen wurde festgestellt, dass bei Abrechnung dieser GOP keine der in den Beschreibungen genannten Leistungen dokumentiert wurde. Folge: Streichung.

Dr. med. Heinrich Weichmann

KLEINCHIRURGIE

- Eröffnungen der Haut mittels Kryotherapie sind mit der GOP 02300 berechnungsfähig.
- Die GOP 02300 bis 02302 sind für Hausärzte berechnungsfähig.
- Bei Berechnung der GOP 02301 und 02302 dokumentieren, dass mindestens einer der in den Beschreibungen genannten Eingriffe erbracht wurde.

Notfall

Alkoholvergiftung – ambulant abgerechnet

Jedes Jahr zu Karneval kommt es zu mehr oder weniger ausgeprägten Alkoholintoxikationen, auch häufig bei Jugendlichen. Wann solche Fälle auch ambulant behandelt werden können.

Das klinische Bild einer Alkoholintoxikation (ICD: F10.0) kann sehr unterschiedlich ausgeprägt sein (s. Textkasten). In dieser Übersicht soll es um die „leichteren“ Formen gehen, bei denen auch eine ambulante Behandlung und Betreuung noch vertretbar sind.

Fast immer Notfallbesuch

In aller Regel sind Alkoholvergiftungen Notfallsituationen, die einen Besuch erfordern, wenn nicht aufgrund der Schilderung des Anrufers direkt ein Notarztwagen die sinnvollere Alternative ist. Da solche Situationen oftmals außerhalb der Sprechzeiten der Praxis vorkommen, sind hier zusätzlich zur Versichertenpauschale (03000, 03030) die in Frage kommenden Notfallbesuche (EBM: 01411, 01412) beziehungsweise in der GOÄ neben der Nr. 50 die entsprechenden Zuschläge (E, F, G, H) zu berücksichtigen.

Fremdanamnese

Immer muss durch Befragen des Umfeldes versucht werden, Informationen über Art und Menge des konsumierten Alkohols zu erfahren; dabei spielt natürlich auch

der Zeitraum eine Rolle, in dem der Alkoholgenuß stattgefunden hat. Während im EBM die Fremdanamnese nicht gesondert berechenbar ist, kann sie bei GOÄ-Abrechnung mit der Nr. 4 abgerechnet werden, ebenso wie die Unterweisung von Bezugspersonen, wenn eine Betreuung im häuslichen Umfeld vertretbar ist. Bei EBM-Abrechnung kann für diese Maßnahme bei mindestens zehn Minuten Dauer die 03230 abgerechnet werden.

Untersuchung

Am Anfang stehen immer die Kontrolle der Vitalfunktionen und eine körperliche Untersuchung; zusätzlich ist oft auch eine neurologische Untersuchung angesagt. Während klinische Untersuchungen im EBM Teil der Versichertenpauschale sind, können sie mit der GOÄ immer gesondert in Rechnung gestellt werden. Dabei kommt zumindest die Nr. 7, wenn nicht gar die Nr. 8 in Frage. Bei einer zusätzlichen neurologischen Untersuchung bietet sich die Kombination der Nrn. 7 und 800 an, da die Nr. 800 neben der Nr. 8 verboten ist und die Kombi der Nrn. 7 und 800 höher bewertet ist als die alleinige Nr. 8.

Neben der klinischen Untersuchung stehen technische Untersuchungen hier eindeutig im Hintergrund. Manchmal kann eine Pulsoxymetrie angesagt und auch beim Hausbesuch durchführbar sein.

Therapie

Therapeutisch bietet sich bei den leichteren, noch im häuslichen Umfeld behandelbaren Formen einer Alkoholvergiftung normalerweise nur das Anlegen einer Infusion zur Flüssigkeitszufuhr an.

Fazit

Nicht jede Alkoholvergiftung muss zwingend klinisch behandelt und beobachtet werden. Vor allem die niedrigere Krankheitsstufe ist auch gut ambulant beherrschbar. Voraussetzung hierbei ist aber ein zuverlässiges häusliches Umfeld, auf das sich der Hausarzt nach entsprechend sorgfältiger Unterweisung verlassen kann. Dabei sollten auf jeden Fall die Situationen angesprochen werden, in denen sofort der Hausarzt anzurufen ist oder aber unverzüglich der Notarzt angefordert werden muss.

Dr. med. Heimer Pasch

STADIENEINTEILUNG: F10.0

Schweregrade einer Alkoholvergiftung und führende Symptomatik

- Stadium I: Exzitation (0,2 ‰ - 2,0 ‰): Enthemmung, verminderte Reaktionszeit und Schmerzwahrnehmung, Gleichgewichtsstörungen
- Stadium II: Hypnose (2,0 ‰ - 2,5 ‰): Koordinationsstörungen, Sprachstörungen, Sehstörungen, Amnesie, Übelkeit, Erbrechen
- Stadium III: Narkose (2,5 ‰ - 4,0 ‰): Bewusstlosigkeit, Harn- und Stuhlinkontinenz, aufgehobenes Schmerzempfinden
- Stadium IV: Asphyxie (> 4,0 ‰): aufgehobene Pupillenreflexe, Hypothermie und Koma, Atemversagen



Im Stadium I einer Alkoholvergiftung kann oftmals eine ambulante Behandlung ausreichen.



FreeStyle Libre 3



Einfach für Sie. Einfach für Ihre Patient:innen.

Mit dem FreeStyle Libre 3 Messsystem den Alltag mit Diabetes erleichtern. Ohne routinemaßiges Fingerstechen^{1,2}.



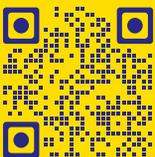
Nachhaltige Therapieerfolge³.
Signifikante Reduktion des HbA_{1c}-Wertes⁴ und weniger Hypoglykämien^{5,6}.



Keine Budgetbelastung.
Kein Arzneimittel: Als Hilfsmittel belastet FreeStyle Libre 3 Ihr Budget nicht.



Zeitsparend und effizient.
Mit unserem umfangreichen Serviceangebot Aufgaben abgeben und Praxisabläufe optimieren.



Einfach Mehr Wissen

Mehr erfahren unter: www.FreeStyle.de

Abbott
life. to the fullest.®

1. Das Setzen eines Sensors erfordert ein Einführen des Sensorfilaments unter die Haut. Der Sensor kann bis zu 14 Tage lang getragen werden. 2. Eine zusätzliche Prüfung der Glukosewerte mittels eines Blutzucker-Messgeräts ist erforderlich, wenn die Symptome nicht mit den Messwerten oder den Alarmen des Systems übereinstimmen. 3. Kröger, J. et al. Diabetes Ther, 2020; 11(1):279-291. 4. Evans, M. et al. Diabetes Ther. 2022. <https://doi.org/10.1007/s13300-022-01253-9>. 5. Bolinder, J. et al. The Lancet. 2016; 388(10057):2254-2263. 6. Haak, T. et al. Diabetes Ther. 2017; 8(1):55-73.

Agenturfoto. Mit Model gestellt. Glukosdaten dienen zur Illustration, keine echten Patientendaten. Das Lesegerät oder die Apps der FreeStyle Libre Messsysteme sind sowohl in mg/dL als auch mmol/L erhältlich.

Das Sensorgehäuse, FreeStyle, Libre und damit verbundene Markennamen sind Marken von Abbott.

© 2023 Abbott. ADC-56178 v5.0

Privatabrechnung

So bleiben Sie nicht auf den Fahrkosten sitzen

Auch bei Privatpatienten sind manchmal Hausbesuche nötig. Dementsprechend können Sie die Kosten dafür abrechnen. Die genauen Regelungen stehen in den Paragraphen 7 bis 9 der Allgemeinen Bestimmungen der Gebührenordnung für Ärzte.

Hausbesuche sind generell ein problematisches Thema. Ob ein Hausbesuch wirklich nötig war oder nicht, kann die ausführende Ärztin oder der ausführende Arzt erst dann endgültig beurteilen, wenn sie/er den Betroffenen aufgesucht hat. Jeder von uns weiß bei Personen, die sie/er häufiger sieht, anhand deren Darstellung zu beurteilen, ob die Person ihre gesundheitlichen Probleme eher diminuiert oder dramatisiert. Das löst aber nicht unser Problem, ob ein angeforderter Hausbesuch dringlich ist, erst am nächsten Tag ausgeführt werden kann oder unnötig ist. In der GKV wird bei der Plausibilitätsprüfung vielfach geprüft, wie viele Hausbesuche ein Vertragsarzt verglichen mit dem Fachgruppendurchschnitt macht. Das soll den Missbrauch bei der Abrechnung verhindern. Das ändert aber nichts daran, dass ein Hausarzt Ärger bekommt, wenn er einen nötigen Hausbesuch nicht ausführt.

Bei der Privatabrechnung ist die oben angeführte Statistik irrelevant. Allerdings gilt auch hier die im ersten Teil der Serie angesprochene Regel aus § 1, dass nur medizinisch nötige Leistungen erbracht und abgerechnet werden dürfen. Es gilt in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) die Besonderheit, dass eine auf Wunsch des Zahlungspflichtigen erbrachte Leistung abgerechnet werden darf. Eine solche muss aber in der Abrechnung als Wunschleistung markiert sein.

➔ Paragraph 7
Für Kosten und Zeitaufwand der Anfahrt und Rückfahrt kann der Arzt eine Entschädigung geltend machen. In den §§ 8 und 9 ist diese allgemeine Regelung aus § 7 genauer ausgeführt.

Aber Achtung: Der Steigerungsfaktor der einzel-



WEGEGELD GEMÄSS § 8	
Radius	Euro
■ bis zu zwei Kilometer ■ bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)	3,58 7,16
■ mehr als zwei Kilometer bis zu fünf Kilometer ■ bei Nacht	6,64 10,23
■ mehr als fünf Kilometer bis zu zehn Kilometer ■ bei Nacht	10,23 15,34
■ mehr als zehn Kilometer bis zu 25 Kilometer ■ bei Nacht	15,34 25,56

nen erbrachten Leistungen kann wegen des erhöhten Zeitbedarfes der Anfahrt als Begründung nicht über den Schwellenwert gesteigert werden. Etwas anderes ist es, wenn Sie zu einem demenzen Patienten gerufen werden. Dann können Sie aufgrund der Kommunikationsprobleme durchaus einen höheren Steigerungsfaktor (z. B. 3,0-fach) für die Anamnese (GOÄ-Nr .1) begründen. Das bedeutet, dass alle Begründungen für einen höheren Steigerungsfaktor, die in § 5 (2) aufgeführt sind, sowohl für Leistungen innerhalb als auch außerhalb der Praxis genutzt werden können. Voraussetzung ist natürlich, dass es kein Verbot einer Steigerung gibt, wie etwa bei den Zuschlägen A bis K2.

➔ Wegegeld oder Reiseentschädigung

In der GOÄ wird zwischen Wegegeld und Reiseentschädigung differenziert. Grundlage dafür ist der Radius von 25 Kilometern zwischen Start und Zielort. Für alle Zielorte, die innerhalb eines Radius von 25 Kilometern vom Startpunkt liegen, gibt es nur ein Wegegeld. Für alles, was nicht innerhalb eines

Radius von 25 Kilometern liegt, kann eine Reiseentschädigung gefordert werden.

Entscheidend ist, in welchem Radius vom Ausgangspunkt (meist Praxis oder Wohnhaus) der Zielpunkt liegt. Dementsprechend sollte man auf einer Karte im Maßstab 1:25.000 einen Radius von acht Zentimetern für zwei Kilometer und 20 Zentimetern für fünf Kilometer einzeichnen. Zehn Kilometer entsprechen 40 Zentimetern und 25 Kilometer einem Radius von einem Meter auf der entsprechenden Karte.

Im § 8 stehen die Bestimmungen zum Wegegeld. In § 9 finden Sie die Bestimmungen zur Reiseentschädigung

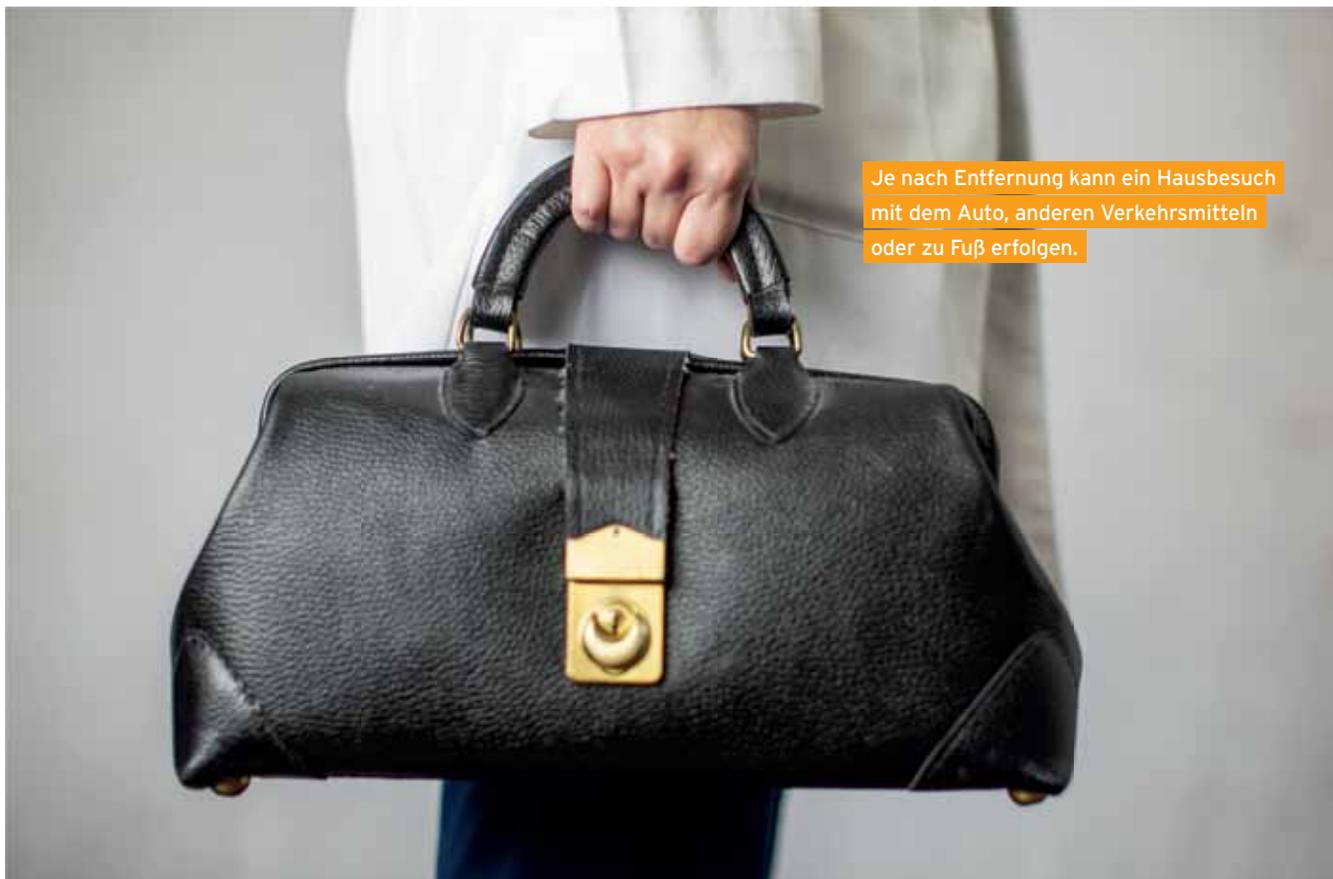
➔ Paragraph 8

Die Regelungen zum Wegegeld in § 8 sind sehr übersichtlich. Es wird differenziert zwischen Tag und Nacht (20 - 8 Uhr) sowie dem Radius ab dem Ausgangspunkt (Praxis bzw. Wohnhaus). Die genauen Eurobeträge finden Sie in der Tabelle.

Ganz wichtig: Die benötigte Zeit für Hin- und Rückweg ist mit dem Wegegeld abgegolten. Es ist also völlig egal, ob man für die vier Kilometer tagsüber bei freier Straße zehn Minuten benötigt oder bei Stau oder Glatteis über eine Stunde unterwegs ist. Anders als bei den ärztlichen Leistungen sind dies Fixbeträge.

Das Wegegeld kann immer berechnet werden, wenn ein Besuch nach GOÄ-Nummer 50 berechnet wird. Wenn also drei Privatpatienten an unterschiedlicher Lokalisation besucht werden, so ist bei jedem von ihnen das volle Wegegeld berechenbar.

Anders ist es bei einem Mitbesuch in häuslicher Gemeinschaft, dann ist das Wegegeld anteilig auf die Rechnungen der Besuchten zu teilen. Das gilt auch bei Besuchen mehrerer Personen in einer Pflegestation. In diesem Fall ist neben der Nummer 48 nur der anteilige Part des Wegegeldes pro Besuchtem abrechenbar.



Je nach Entfernung kann ein Hausbesuch mit dem Auto, anderen Verkehrsmitteln oder zu Fuß erfolgen.

Fotos: Ursula Page - stock.adobe.com, iStock/matejkotula

Wenn nicht dringliche Hausbesuche bei einem GKV-Patienten und einem Privatpatienten hintereinander durchgeführt werden, kann jeweils das entsprechende Wegegeld berechnet werden.

Ein Wegegeld kann nicht berechnet werden, wenn man zu einer Visite ins Krankenhaus fährt. Die dafür abrechenbaren Nummern 45 und 46 erlauben die Abrechnung eines Weggeldes nicht, da das jeweilige Krankenhaus als Arbeitsstätte zählt.

➔ Paragraf 9

Im Gegensatz zum Wegegeld werden bei der Reiseentschädigung die Zeit und eventuelle Übernachtungskosten mit berücksichtigt. Eine Reiseentschädigung kann abgerechnet werden, wenn der Einsatzort in einem Radius über 25 Kilometer vom Startort entfernt liegt. Dann entfällt das Wegegeld.

■ Pro mit dem Fahrzeug gefahrenem Kilometer dürfen 26 Cent in Rechnung gestellt werden. Bei Nutzung anderer Verkehrsmittel werden die realen Kosten abgerechnet.

DER RADIUS IST RELEVANT

Die einfachste Lösung, um Streitigkeiten zu vermeiden, ist die Nutzung des Radius in den §§ 8 und 9 der GOÄ. Denn es ergäben sich fortwährend Diskussionen, wenn die Wegstrecke für die Abrechnung relevant wäre. Dies ist schon daran zu sehen, dass im innerstädtischen Bereich ein Hausbesuch per pedes eventuell nur 100 Meter Wegstrecke bedeutet, während man mit dem Auto einen Kilometer fahren müsste.

■ Bei Abwesenheit bis acht Stunden können 51,13 und bei längerer Abwesenheit 102,26 Euro pro Tag in Rechnung gestellt werden.

■ Eventuelle Übernachtungskosten können abgerechnet werden.

Eine Reiseentschädigung wird eher selten abgerechnet. Das kann unter anderem am Ertrag liegen. Denn natürlich ist die ärztliche Tätigkeit umfassender als das finanzielle Ergebnis, aber folgende Abschätzung spricht gegen eine Besuch mit Untersuchung der Thoraxorgane und einer Dauer von unter acht Stunden: Die Nummern 7 und 50, je 2,3-fach, plus die Pausche ergeben rund 115 Euro. Bei einem gut getakteten Tag mit acht Stunden Arbeitszeit in einer Privatpraxis kommt

man – zurückhaltend geschätzt – auf ein Honorar zwischen 900 und 1.000 Euro.

➔ Fallstricke

Nicht die Wegstrecke ist für das Wegegeld entscheidend, sondern der Radius vom Startort. Das kann unter Umständen, wie etwa am Mittelrhein, bedeuten, dass man in einen Ort am gegenüberliegenden Ufer muss. Bei einem Radius von fünf Kilometern können das 30 Kilometer einfache Fahrt sein, wenn die Fähre nachts nicht fährt. Auch die Uhrzeiten sind bei Wegegeld kritisch. Wer vor 20 Uhr zu einem Hausbesuch fährt und nach 20 Uhr zurück, kann unterschiedliche Wegegelder ansetzen. Das sollte man nicht vergessen.

Dr. med. Ulrich Karbach

Präoperative Diagnostik

Das ist bei der Privatabrechnung wichtig

Während im EBM die präoperative Diagnostik vor ambulanten Operationen klar geregelt ist, liegt die Entscheidung darüber bei GOÄ-Abrechnung allein beim einweisenden Arzt. Was Sie wissen sollten.

Auch wenn es in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) keine Komplexleistungen für eine präoperative Diagnostik gibt, sollte diese Leistung dennoch im hausärztlichen Angebot enthalten sein, und zwar vor ambulant und stationär geplanten Operationen.

Aufgrund der Krankengeschichte des Patienten hat der Arzt die Möglichkeit, den Untersuchungsumfang individuell anzupassen. Allerdings sollte dabei eine gewisse Systematik zugrunde liegen, um nicht bei jedem Patienten neu nachdenken zu müssen. Dabei bietet sich die altersgestaffelte Systematik des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) an, wobei dann auf den Einzelfall bezogene Besonderheiten berücksichtigt werden müssen.

Untersuchungsumfang

Bei Kindern bis zum vollendeten zwölften Lebensjahr reichen meistens eine Beratung und eine Ganzkörperuntersuchung (Nrn. 1 und 8 bzw. 8K1).

Bei Jugendlichen und Erwachsenen gesellen sich Laboruntersuchungen dazu (Blutbild/3550 + 3551, Glukose/Nr. 3560, Kreatinin/Nr. 3585, Gamma-GT/Nr. 3592,

Kalium/Nr. 3557 und INR/Nr. 3530 bzw. 3607) sowie ein Ruhe-EKG (Nr. 651). Immer wenn eine präoperative Diagnostik durchgeführt wird, sollte ein Brief an den Operateur beziehungsweise Anästhesisten gehen, vorzugsweise mit einem Formbrief und individuell einfügbaren Daten – abrechenbar mit der Nr. 75.

Diese Untersuchungsleistungen stellen beispielhaft ein Basisprogramm dar, das bei allen präoperativen Untersuchungen erfüllt werden kann. Zusätzlich dazu können alle anderen erforderlichen Untersuchungen durchgeführt werden, je nach individueller Gefährdung oder bei vorliegenden Vorerkrankungen. Das können zusätzliche Laboruntersuchungen, aber auch kardiologische, pulmologische oder gastroenterologische Untersuchungen sein.

Prästationäre Diagnostik

Alle aufgeführten Untersuchungen sind bei GOÄ-Abrechnung auch vor stationären Eingriffen abrechenbar. Die Möglichkeit dazu kann beispielsweise in das Angebotsspektrum der Praxis aufgenommen werden, dass entweder auf der Internetseite der Praxis und/oder als schriftliche

Patienteninformation in der Praxis für jeden einsehbar ist, damit die Leistung auch aktiv nachgefragt werden kann. Zudem sollten natürlich alle Mitarbeiter des Teams die Patienten konkret über das Angebot informieren können.

Ein Argument gegenüber Patienten ist die frühzeitige Erkennung von Befunden, die noch vor der Operation geklärt werden müssen. Deshalb ist diese Untersuchung so zu terminieren, dass notwendige Abklärungen erfolgen können, aber dennoch zeitnah zur Operation.

Prästationäre Diagnostik GKV

Manchmal wird eine solche prästationäre Diagnostik von Krankenhäusern auch bei GKV-Patienten gewünscht oder erbeten. Dabei ist festzuhalten, dass diese dem Krankenhaus privat in Rechnung gestellt werden muss, und zwar nur nach vorheriger Kostenzusage. Grundlage dafür ist der Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä), der bei den Leistungen, die nicht Teil der vertragsärztlichen Versorgung sind (§ 3), unter der Nr. 8 „Leistungen für Krankenhäuser auf deren Veranlassung“ auflistet.

Dr. med. Heimer Pasch

GOÄ-UNTERSUCHUNGSPROFILE

(analog EBM Nr. 31010 bis 31013)

- 0 - 3 Jahre
Nrn. 1, 8K1, 75 (3530/3607)
- 4 - 11 Jahre
Nrn. 1, 8, 75 (3530/3607)
- 12 - 39 Jahre
Nrn. 1, 8, 250, 3550, 3551, 3560, 3585, 3592, 3557, 3530/3607, 651, 75
- ab 40 Jahre
Nrn. 1, 8, 250, 3550, 3551, 3560, 3585, 3592, 3557, 3530/3607, 651, 605, 605a, 75
- Zusätzlich möglich: erforderliche Zusatzleistungen (Labor; kardiologische, pulmologische oder gastroenterologische Leistungen)



Den Untersuchungsumfang entscheidet der einweisende Arzt in Kenntnis des Patienten.

Foto: Peter Atkins - stock.adobe.com



Ihre Fragen an unseren Abrechnungsexperten

Dr. med. Ulrich Karbach, Ressortleiter Abrechnung



EBM

Chronikerziffer

Beeinträchtigt die bis zu dreimalige Folgeverordnung beim E-Rezept die Abrechenbarkeit der 03220?

Dr. med. Ralf H., Bayern

Das könnte sein. Denn die Gebührenordnungsposition (GOP) 03220 ist ein Zuschlag zur Versichertenpauschale (GOP 03000). Dieser kann nur abgerechnet werden, wenn alle Kriterien der 4-3-2-Regelung erfüllt sind. Das bedeutet eine gesicherte Erkrankung, die kontinuierlicher ärztlicher Behandlung bedarf und bei Abrechnung im vierten Quartal besteht. Außerdem in drei Quartalen ein Arzt-Patienten-Kontakt (APK) und in zwei dieser drei Quartale ein direkter APK. Eine Videosprechstunde kann in einem Quartal den direkten APK ersetzen.

Die übliche N-3-Packung enthält bei vielen Antihypertonika 100 Tabletten. Dementsprechend benötigen Betroffene meist im Quartal nach der Verordnung ein Folgerezept und im Quartal darauf nach direktem APK ein neues Rezept. Von den Kontakten her ist die Chronikerziffer möglich. Bei drei Folgerezepten beim E-Rezept fallen Versichertenpauschale und Chronikerziffer weg.



EBM

Quartalsprofil

In IV/2023 hatte ich extrem viel Patienten mit Atemwegsinfekten. Ich habe dementsprechend eine Warnung wegen Überschreitung des Quartalsprofils von meinem System bekommen. Was kann ich tun?

Max E., Hausarzt, Bayern

Die Prüfzeit, die für Tages- und Quartalsprofil genutzt wird, ist meist geringer als die Kalkulationszeit, die erfahrene Kollegen benötigen. Wenn die Zahl der Behandlungsfälle mit den Diagnosen J00 bis J06 deutlich höher liegt als in den Vorquartalen, so kann man damit argumentieren, dass diese Patienten bei einem Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal deutlich weniger Zeit benötigen als die Prüfzeit veranschlagt.



A&W-Kontakt

Schicken Sie uns Ihre Fragen:

Sie erreichen uns per E-Mail unter ulrich.karbach@medtrix.group

und per Fax unter 08191 3055591

EBM

Hausärztliches Gespräch

Nach einer Diskussion mit Kollegen frage ich mich, was bei der Abrechnung des problemorientierten ärztlichen Gesprächs zu beachten ist. Denn ich will Probleme vermeiden.

Simone O., Hausärztin, Sachsen

Die von Ihnen angesprochene Gebührenordnungsposition (GOP) 03230 hat einige elementar wichtige Aspekte. So muss das Gespräch aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung notwendig sein. Neben einer entsprechend kodierten Behandlungsdiagnose in der Abrechnung sollte daher auch in der Patientenakte ein Vermerk sein, der bei einer Abrechnungsprüfung erkennen lässt, warum das Gespräch geführt wurde. Gesprächspartner ist der Patient und/oder eine Bezugsperson. Das Gespräch kann je vollendete zehn Minuten, also auch mehrfach pro Sitzung, abgerechnet werden. Wichtig ist, dass die Abrechnung der GOP 03230 auf die Hälfte der Behandlungsfälle begrenzt ist. Bei häufigerer Abrechnung als durch die Begrenzung vorgesehen, wird die begrenzte Honorarsumme auf die Anzahl der 03230 verteilt, sodass Sie pro 03230 weniger Honorar erhalten.

GOÄ

Wegegeld

Wenn ich bei einem Hausbesuch auch Wunschleistungen (IGeL) erbringe, wie sieht es mit dem Wegegeld aus?

Dr. med. Manuel R., Hessen

Korrekterweise müssen Sie das Wegegeld jeweils zur Hälfte dem kurativ besuchten Patienten und dem IGeL-Patienten in Rechnung stellen. Nach den gängigen Abrechnungskommentaren dürfen Sie, wenn Sie nacheinander einen GKV-Patienten und einen Privatpatienten besuchen, jedem Patienten das entsprechende Wegegeld in Rechnung stellen beziehungsweise mit der KV abrechnen. Im angefragten Fall ist es aber so, dass der Rechnungsempfänger für die IGeL selbst aufkommen muss, während er die Rechnung aus kurativem Grund zur Erstattung weiterreicht.



Große Ärzteumfrage

Ergebnisse zeichnen düsteres Bild

Die Mehrheit der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte geht laut einer aktuellen Befragung auf dem Zahnfleisch. Viele von ihnen überlegen sogar, den Beruf an den Nagel zu hängen. Ärztevertreter sprechen von einem deutlichen Alarmsignal – und betonen erneut ihre Forderungen an die Politik.

Praxisärzte in ganz Deutschland waren dazu aufgerufen, ihre Stifte zu zücken: Am Ende haben rund 32.000 Niedergelassene an einer repräsentativen Befragung zur Lage in den Praxen teilgenommen – initiiert vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Es war nach eigenen Angaben die größte Ärztebefragung seit über zehn Jahren. Die Ergebnisse sind ernüchternd: Obwohl fast alle Befragten ihre Arbeit als nützlich und sinnvoll erachten, fühlen sich 61,9 Prozent durch ihre Arbeit ausgebrannt, die Vielzahl an bürokratischen Aufgaben überlastet 90,6 Prozent der Befragten.

Defizite sehen die teilnehmenden Ärzte auch bei der Patientenversorgung. Personalmangel und drohende Regresse schränken die Versorgung bei 62,3 beziehungsweise 65,6 Prozent der Vertragsärzte ein, und nur 13,3 Prozent sind der Meinung, dass ihre Leistungen in der Patientenversorgung angemessen honoriert werden. Die unbefriedigenden Rahmenbedingungen hinterlassen bei 60,5 Prozent Spuren: So viele überlegen, aus der Patientenversorgung vorzeitig auszusteigen.

Schnelles Handeln gefordert, um Lage zu verbessern

Ärzteverbände sind nach der Auswertung alarmiert: „Diese Zahlen sprechen eine eindeutige Sprache. Vereinfacht gesagt: Ärzte und Psychotherapeuten wollen schlichtweg ihren Job machen – und das so gut wie möglich. Aber miserable Rahmenbedingungen bremsen sie an allen Ecken und Enden aus“, sagt zum Beispiel Dr. Petra Reis-Berkowicz, Vorsitzende der KBV-Vertreterversammlung. Zuvorstandsvorsitzender Dr. Dominik von Stillfried sorgt sich darüber hinaus um die zukünftige Versorgungssituation: „Schon jetzt sind bundesweit fast 6.000 Arztsitze unbesetzt, weil die Niederlassung im Ver-



Praxisärzte sind unentbehrlich für die Versorgung. Was aber, wenn sie ausgebrannt sind?
Foto: fabio - stock.adobe.com

➔ KOMMENTAR

Umfrage ist ein Weckruf für die Gesundheitspolitik

Auch der stellvertretende KBV-Vorstandsvorsitzende Dr. Stephan Hofmeister bringt es auf den Punkt: Die Ergebnisse der Umfrage zeigten, dass die Forderungen der KBV kein „Lobbyisten-Geschrei von Funktionären“ seien, sondern dass die Praxen in einer „veritablen Krise“ steckten. Gesundheitsminister Karl Lauterbach kann sich nach den Umfrageergebnissen nicht länger wegdrücken: Er muss jetzt beweisen, dass er die Nöte der Niedergelassenen ernst nimmt und an den richtigen Stellschrauben ansetzt. Den Werkzeugkoffer dazu haben Ärzteverbände wie das Zi und die KBV gebetsmühlenartig vorgelegt. Jetzt sind Taten gefragt, damit aus der veritablen Krise in den Praxen keine landesweite Gesundheitskrise wird. (hf)

gleich zu anderen Formen der ärztlichen Berufsausübung an Attraktivität eingebüßt hat. (...) Wer aufhört, findet immer seltener einen Nachfolger für die Praxis. Wenn aber die Praxen zunehmend ausfallen, werden Lücken in das bislang noch engmaschige Versorgungsnetz gerissen, die die jetzt schon völlig überforderten Krankenhäuser niemals werden füllen können. Die Leidtragenden werden die Patientinnen und Patienten sein.“

Die KBV bekräftigt daher nochmal ihre Kernforderungen vom vergangenen August an Gesundheitsminister Karl Lauterbach, um Abhilfe zu schaffen. Dazu gehören unter anderem Bürokratieabbau, eine tragfähige Finanzierung, die Entbudgierung ärztlicher Leistungen, eine zielgerichtete und sinnvolle Digitalisierung und die Abschaffung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen.

Heiko Fekete



RÜCKENWIND FÜR IHRE PRAXIS

Mit unserem Business-Kredit

- Einfacher Antrag mit wenigen Unterlagen
- Schnelle Kreditentscheidung
- Freie Verwendung
- Darlehensbetrag bis 100.000,- EUR möglich



**BESTER
KMU-KREDIT**

**TARJOBANK
BUSINESS-KREDIT**



Ausgabe 35/2023

#chefsein

targobank.de/geschaeftskunden

TARGO  BANK
GESCHÄFTSKUNDEN

Personalfindung

Was MFA vor der Einstellung alles nachweisen müssen

Viele niedergelassene Ärztinnen und Ärzte suchen nach MFA. Bevor ein Arbeitsvertrag unterschrieben wird, sind aber bestimmte Unterlagen ratsam oder gar erforderlich – auch um negative Beispiele aus der Praxis nach Möglichkeit zu vermeiden.

Bei Bewerbungen auf eine ausgeschriebene Stelle kommt einiges an Unterlagen zusammen: Lebenslauf, Anschreiben, Ausbildungsnachweise, Arbeitszeugnisse. Für medizinische Fachangestellte (MFA) gibt es darüber hinaus noch weitere Dokumente, die sie bei einem möglichen Jobwechsel unbedingt parat haben sollten.

Dazu zählt unter anderem eine aktuelle Erste-Hilfe-Bescheinigung. Laut der Berufsordnung für MFA sind Fachangestellte dazu verpflichtet, sich regelmäßig weiter- und fortzubilden – das gilt auch für die Auffrischung von Erste-Hilfe-Maßnahmen. Eine genaue Vorgabe gibt es dafür aber nicht. Darum empfiehlt es sich für Praxisinhaber, bei einer Neueinstellung auch ein Auge auf die entsprechenden Kenntnisse der MFA zu werfen: Denn Ärzte können für deren Fehler haften, wenn diese daraus resultieren, dass sie die Fähigkeit ihrer Mitarbeiter bei übertragenen Aufgaben nicht richtig eingeschätzt haben.

Niedergelassene können von MFA, die sie neu einstellen, außerdem ein polizeiliches Führungszeugnis verlangen. Zwar schreibt der Gesetzgeber vor, dass Arbeitgeber nicht ohne Weiteres ein Führungszeugnis vom Arbeitnehmer verlangen dürfen, da der Datenschutz in diesem Fall besonders streng ist. Eine Ausnahme ist jedoch in § 30a des Bundeszentralregistergesetzes (BZRG) geregelt: Demnach werden Führungszeugnisse für Tätigkeiten benötigt, in denen es zum Kontakt mit Minderjährigen kommt – was bei Arztpraxen in der Regel der Fall ist. Bei der Ausbildung zur MFA ist ein solcher Nachweis auch häufig erforderlich.

Unterlagen können böse Überraschungen verhindern

Dass Praxischefs mit diesem Dokument gut beraten sind, zeigen auch einige Fälle, bei denen Medizinische Fachangestellte straffällig geworden sind: In Oberbayern hatte eine MFA, die privat hochschul-

det war, 15.000 Euro aus dem Praxistresor ihres Arbeitgebers unterschlagen – das Vergehen hatte eine elfmonatige Bewährungsstrafe zur Folge. Haft auf Bewährung gab es auch für eine Praxismitarbeiterin in Mecklenburg-Vorpommern, die mit gefälschten Rezepten größere Mengen des Wachstumshormons Genotropin verkauft hatte. Ein ähnlicher Fall ereignete sich in Hamburg.

Wer als Praxisinhaber auf einem Führungszeugnis besteht, sollte dies nichtsdestotrotz rechtlich gut begründen, um nicht selbst in juristische Schwierigkeiten zu geraten. Eindeutig ist die Gesetzeslage hingegen beim Masernschutzgesetz, das seit 2020 in Kraft ist. Das verpflichtet Mitarbeiter im Gesundheitswesen, ihre Immunität gegen Masern nachzuweisen. Praxisärztinnen und -ärzte stehen somit in der Pflicht, die Masernimmunität ihres Personals zu überprüfen, auch bei neuen Mitarbeitern.

Heiko Fekete

CHECKLISTE



An diese Unterlagen sollten MFA beim Jobwechsel denken:

- Lebenslauf und dazugehöriges Anschreiben
- Ausbildungsnachweise
- Arbeitszeugnisse
- aktuelle Erste-Hilfe-Bescheinigung
- Führungszeugnis
- Immunitätsnachweis gegen Masern

Eventuell:

- ärztliche Bescheinigungen
- Nachweise zu Fortbildungen



Foto: ronstik - stock.adobe.com

Zu den genauen Vorgaben für MFA-Nachweise gibt es oft Fragezeichen.

BLUTDRUCK RUNTER. LEBENSFREUDE RAUF.

Hygroton®

- ▲ Hervorragende Evidenzlage¹
- ▲ 2–3x stärkere Blutdrucksenkung als HCT^{2,3}
- ▲ Langanhaltende Wirksamkeit⁴

Ihre HCT-
Alternative¹ &
1A Leitlinien-
empfehlung⁵

Jetzt Patienten einstellen/umstellen!



1 KBV / Medikationskatalog 2022: Hypertonie, Version 1.0

2 Sommerauer C et al.: Chlortalidon versus Hydrochlorothiazid zur Behandlung der primären arteriellen Hypertonie; Z Allg Med 2015; 91 (1)

3 Carter B. L. et al.: Hydrochlorothiazide Versus Chlortalidone: Evidence Supporting Their Interchangeability; Hypertension 2004; 43(1)

4 Aktuelle Fachinformationen

5 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension <https://leitlinien.dgk.org/2018/2018-esc-esh-guidelines-for-the-management-of-arterial-hypertension/>

Hygroton® 25 mg/ 50 mg Wirkstoff: Chlortalidon. **Zusammensetzung:** 1 Tablette enthält 25 mg/ 50 mg Chlortalidon. Sonstige Bestandteile: Carboxymethylstärke-Natrium, Farbstoff E 172, Lactose-Monohydrat, Magnesiumstearat, Povidon, hochdisperses Siliciumdioxid, mikrokristalline Cellulose. **Anwendungsgebiete:** kardiale, hepatische und nephrogene Ödeme; Hypertonie; manifeste Herzinsuffizienz; renaler Diabetes insipidus. **Gegenanzeigen:** Anurie, schwere Nierenfunktionsstörungen, Glomerulonephritis, schwere Leberfunktionsstörungen, Hyperkalzämie, therapieresistente Hypokalzämie oder Zustände mit erhöhten Kaliumverlusten, symptomatische Hyperurikämie, Überempfindlichkeit gegen Chlortalidon, Thiazide, Sulfonamidderivate oder einen der sonstigen Bestandteile; Schwangerschaft und Stillzeit. Vorsicht bei Patienten mit Diabetes mellitus oder Gicht. Achtung: Therapie abbrechen bei therapieresistenter Entgleisung des Elektrolythaushalts, Pankreatitis, Blutbildungsveränderungen

(Anämie, Leukopenie, Thrombozytopenie), akuter Cholezystitis, Auftreten einer Vaskulitis, Verschlimmerung einer bestehenden Kurzsichtigkeit. **Nebenwirkungen:** Hypokalzämie, Hyperurikämie, Erhöhung der Cholesterin- und Triglyceridspiegel, Hyponatriämie, Hypomagnesiämie, Hyperglykämie, Anstieg stickstoffhaltiger Stoffe vor allem zu Behandlungsbeginn, Urtikaria, Pruritus, Exantheme, Hypotonie der Skelettmuskulatur, Muskelkrämpfe, lageabhängige Hypotonie, Palpationen, Schwindel- und Schwächegefühl, Appetitlosigkeit, Mundtrockenheit, gastrointestinale Beschwerden, Übelkeit, Erbrechen, Oberbauchbeschwerden, krampfartige Beschwerden im Bauchraum, Obstipation, Diarrhö, Impotenz, Hyperkalzämie, Glukosurie, Verschlechterung einer diabetischen Stoffwechsellaage, Gicht, Photosensibilität, intrahepatische Cholestase oder Gelbsucht, kardiale Arrhythmien, Parästhesien, Kopfschmerzen, Thrombozytopenie, Leukopenie, Agranulozytose, Eosinophilie, Sehstörungen, Einschränkung der Bildung von Tränenflüssigkeit, hypochlorämische Alkalose, Pankreatitis, idiosynkratische Lungenödeme, allergische interstitielle Nephritis und Vaskulitis, Aderhauterguss. **Warnhinweis:** Enthält Lactose. Dopinghinweis. **Verschreibungspflichtig.** Stand: Januar 2023. Trommsdorff GmbH & Co. KG, 52475 Alsdorf.

Entwickelt & hergestellt in
Deutschland



An illustration on a light blue background showing four hands holding yellow gears of various sizes. The hands are white with black outlines. The gears are also yellow with black outlines. In the center, there is a large, irregularly shaped yellow gear. The overall theme is mechanical and interconnectedness.

Hausärztliche Versorgung

Neue Wege durch Genossenschaften

Wachsende Bürokratie, immer weniger Zeit für Patienten und kein Nachfolger in Sicht: Durch viele aktuelle Herausforderungen sorgen sich niedergelassene Hausärzte um die Zukunft der Versorgung. Genossenschaftliche Modelle wollen diesem Trend entgegensteuern. Kann das gelingen? Zwei Beispiele machen Hoffnung.

Ärzteverbände haben die Situation der Niedergelassenen zuletzt als besonders dramatisch skizziert. Vom „Praxenkollaps“ ist zum Beispiel bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) die Rede, der Virchowbund wirft Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach vor, den Weg in die Staatsmedizin zu ebnet. Ob das politisch so gewollt ist, darüber lässt sich ausführlich streiten. Die Kernaussage ist jedoch eindeutig: Die Lage der ambulanten Versorgung ist derzeit sehr angespannt. Das zeigt auch das jüngste Stimmungsbarometer des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung. Demnach haben 55 Prozent der befragten Praxisinhaber ihre Situation als „schlecht“ oder gar „sehr schlecht“ bewertet.

Als Gründe dafür werden unter anderem eine hohe Bürokratielast, steigende Kosten und fehlende Wertschätzung genannt. Zudem haben Praxisärztinnen und -ärzte, die kurz vor der Rente stehen, oft Schwierigkeiten, einen Nachfolger zu finden – das könnte in naher Zukunft die angespannte Situation noch weiter verschärfen. Die Ärzteschaft ringt daher um Lösungen, um die Lage nachhaltig zu verbessern.

Neue Konzepte im Südwesten Deutschlands

Ein Ansatz ist die Idee der genossenschaftlich organisierten Hausarztversorgung. Auf dieses Modell greifen zum Beispiel mehrere Niedergelassene in ländlichen Gegenden in Baden-Württemberg zurück: Das MVZ Rothauser Land im Hochschwarzwald ist seit April 2022 in Betrieb und ein genossenschaftliches Versorgungszentrum unter Beteiligung von zwei Ärzten und drei Kommunen

(Bonndorf im Schwarzwald, Grafenhau- sen und Ühlingen-Birkendorf). Im Ost- albkreis gründete sich die Medwald eG, die ähnlich organisiert ist und das MVZ Durlangen betreibt. Die dazugehörige Planungsregion „Ostalb 3 Schwäbischer Wald“ ist laut Zahlen der KBV die Re- gion mit dem deutschlandweit niedrigsten Versorgungsgrad an Hausärzten (siehe Infografik unten).

In der Region Calw sieht die Versor- gung auf dem Papier besser aus, den- noch spricht André Saliger auch hier von einer angespannten Situation: Er ist Geschäftsführer der MEDNOS eG, ei- ner Genossenschaft, die insgesamt sechs Hausarztpraxen im Raum Calw betreibt. „Die Gründung der Genossenschaft kam 2019 zustande, als niedergelassene Kolle- ginnen und Kollegen einen Brandbrief an den Bundesgesundheitsminister, an Land- tagsabgeordnete, Bundestagsabgeordnete und den Landrat geschrieben haben“, sagt Saliger im Gespräch mit ARZT & WIRTSCHAFT. „Der Landrat hat die Nöte der Niedergelassenen ernst genom- en und nach Lösungsansätzen gesucht. Vom Landkreis wurde dann die DIOME- DES GmbH (Beratungsunternehmen mit Schwerpunkt im Gesundheitswesen, Anm. d. Red.) beauftragt, ein gemeinwohlorien- tiertes genossenschaftliches Modell zur Si- cherung der hausärztlichen Versorgung zu realisieren.“ Neben dem Landkreis Calw sind fünf niedergelassene Vertragsärzte

Mitglied in der Genossenschaft – drei von ihnen haben ihre Praxis in die Genossen- schaft eingebracht und sind angestellte Ärzte innerhalb des Modells. Sie können sich voll auf ihre medizinische Arbeit konzentrieren, ebenso wie die ärztlichen Leiter. „Die rein operative Tätigkeit wird von der Geschäftsführung übernommen. Wir kümmern uns um kaufmännische und personaltechnische Aufgaben. Dabei wer- den wir von einer speziell ausgebildeten MFA unterstützt, die über alle Standorte hinweg die Praxistätigkeiten koordiniert und organisiert und versucht, das auch zu vereinheitlichen.“ Bei der MEDNOS fal- len sowohl Gewerbesteuer als auch Lohn- steuer an, von der Umsatzsteuer ist die ge- nossenschaftliche Organisation dagegen befreit. Sie ist wie andere Arztpraxen oder MVZ auch darauf bedacht, solide zu wirt- schaften. Erzielte Gewinne bleiben dabei innerhalb der Genossenschaft (siehe dazu auch Infokasten auf Seite 34).

Schulungen für Ärzte als Teil der Genossenschaftsidee

Die Ärzte von der Bürokratie zu entlas- ten, ist für die Genossenschaft dabei nur ein Baustein, um ihr selbst gestecktes Ziel zu verwirklichen: die Sicherung der haus- ärztlichen Versorgung in der Region durch attraktivere Arbeitsbedingungen, getreu dem Motto „Was einer nicht schafft, das schaffen viele zusammen“. Mit diesem Slogan wirbt die hausärztliche Genos-

➔ NÜTZLICH ZUR VERNETZUNG

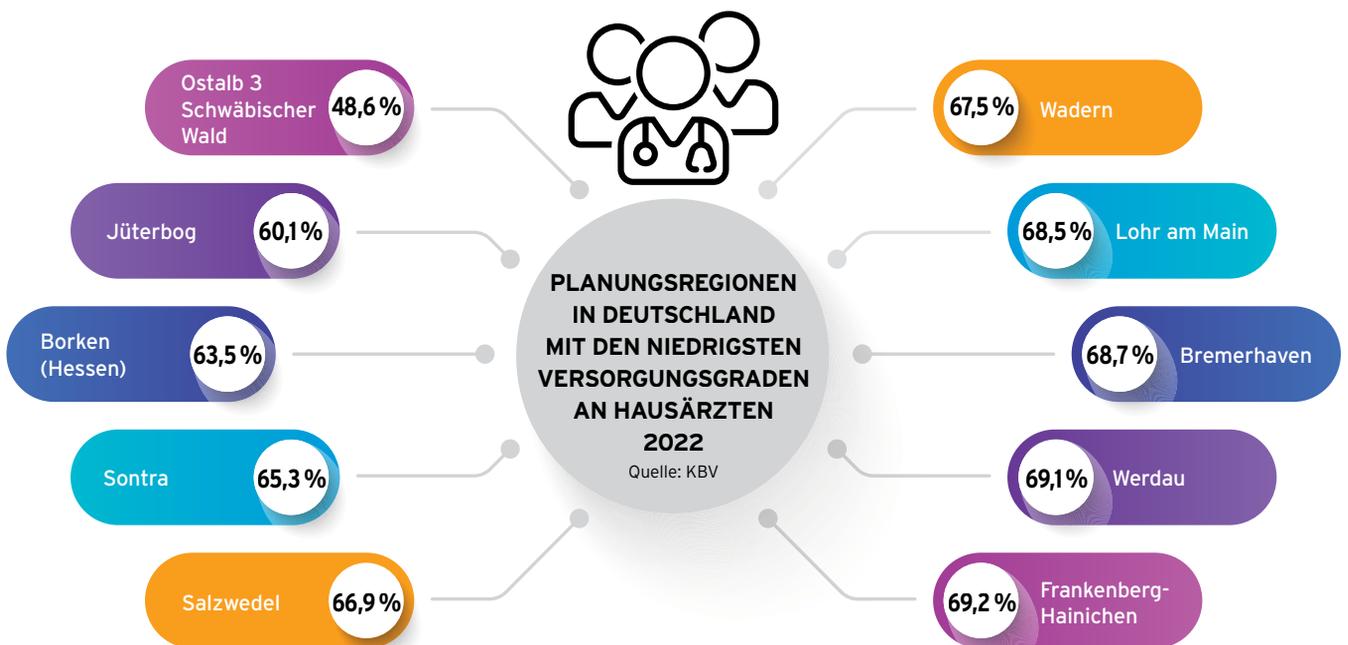
Ein Verzeichnis für ärztliche Organisationen und Vereinigungen

Der Bundesverband der Arzt-, Praxis- und Gesundheitsnetze listet auf seiner Website (arztnetze.info) verschiedene Vereinigungen für nie- dergelassene Ärzte auf – darunter auch mehrere Ärzte- genossenschaften. Die Liste wird nach eigenen Angaben permanent aktu- alisiert. Sie stellt für Praxisinhaber eine gute Übersicht dar, um sich gege- benenfalls mit anderen Kollegen zu vernetzen oder auch einer genossen- schaftlichen Struktur beizutreten.



senschaft HV PLUS, die ebenfalls neue Wege beschreitet, um den Status quo zu ändern. Dr. Oliver Funken ist Hausarzt in Rheinbach in Nordrhein-Westfalen und gleichzeitig Vorsitzender der HV PLUS sowie des Hausärzterverbandes Nordrhein.

Gemeinsam mit zwei anderen Haus- ärzten im Vorstand hat er ein Konzept entwickelt, das unter anderem niederge- lassene Kollegen aktiv bei ihrer Praxis- führung unterstützen soll. „Wir bie- »



Fotos: Prostock-studio - stock.adobe.com, abert184 - stock.adobe.com, 13ree_design/gettyimages

Ob Genossenschaften
wegweisend für die
zukünftige Versorgung
sind, wird sich zeigen.

➔ DIE RECHTSFORM DER „EINGETRAGENEN GENOSSENSCHAFT“ ERKLÄRT

Um eine eingetragene Genossenschaft (eG) zu gründen, braucht es mindestens **drei Gründungsmitglieder**, eine **Satzung** sowie einen **Geschäftsplan**, der die unternehmerischen Ziele veranschaulicht. Zur Verwaltung einer Genossenschaft zählt der **Aufsichtsrat**, der den **Vorstand** bestellt und kontrolliert und von der **Generalversammlung** gewählt wird (hierbei hat jedes Genossenschaftsmitglied eine Stimme). Genossenschaften mit maximal 20 Mitgliedern können auf den Aufsichtsrat auch verzichten. Jedes Mitglied entrichtet einen Mitgliedsbeitrag, der je nach Größe der Genossenschaft variiert und unter anderem dazu dient, betriebswirtschaftliche Kosten zu decken. Anders als beispielsweise bei Aktiengesellschaften fließen Gewinne innerhalb einer Genossenschaft in Form von **Dividenden** an die Mitglieder – damit ist Gewinnmaximierung bei dieser Rechtsform nicht die oberste Maxime. Genossenschaften unterliegen der Aufsicht durch **genossenschaftliche Prüfungsverbände**: Sie haben die Aufgabe, die betreffenden Unternehmen jährlich bis zweijährlich auf ihre wirtschaftlichen Verhältnisse und Rechtmäßigkeit zu prüfen. Außerdem können sie zu betriebswirtschaftlichen, rechtlichen und steuerlichen Themen beraten.

ten den Praxen Schulungen an und setzen auch auf ein gutes Qualitätsmanagement, sodass bestimmte Prozesse sauberer und schlanker werden und die Praxen effektiver und wirtschaftlicher laufen können“, so Funken. Wer der Genossenschaft beitreten will, braucht eine Kassenzulassung und muss Teil der hausarztzentrierten Versorgung sein – nur so könne eine Praxis auch in Zukunft wirtschaftlich betrieben werden, meint Funken.

Die HV PLUS will auch Praxen selbst betreiben, das ist für Funken und seine Mitinitiatoren Teil ihrer genossenschaftlichen Strategie: „Wir gehen davon aus, dass wir im ersten Quartal 2024 mit den ersten Praxen in Eigenregie laufen. Im zweiten und dritten Quartal hoffen wir, dann richtig Fahrt aufzunehmen, dass wir bis Ende des Jahres ein deutliches Stück nach vorne kommen und 15 bis 20 Praxen betreiben.“ Die Initiative beschränkt sich bisher auf Ärzte im Bereich der KV

Nordrhein. „Wir haben aber auch Anfragen aus anderen Bundesländern, wie zum Beispiel Hessen, Rheinland-Pfalz und dem Saarland“, erklärt Funken.

Genossenschaft kooperiert auch mit anderen Heilberufen

Sowohl die HV PLUS als auch die MEDNOS eG haben eines gemeinsam: Ihre Konzepte sollen Niedergelassenen auch bei der regelten Praxisübergabe unter die Arme greifen. „Wir helfen zum Beispiel langjährigen Ärztinnen und Ärzten beim Übergang in den Ruhestand, indem sie ihre Praxis an die Genossenschaft überführen und dann als angestellter Arzt ihre Arbeitszeit schrittweise bis zur Rententage reduzieren“, erklärt MEDNOS-Geschäftsführer Saliger. Dabei denkt er auch an die Nachwuchsförderung: „Wir möchten auch unterstützen, wenn ein Arzt sich übergangsweise anstellen lässt, aber langfristig nach Selbstständigkeit strebt –

eventuell kann er dann eine unserer Praxen übernehmen, nachdem er bei uns ‚gelernt‘ hat.“ Entscheidend sei, dass die Lösungsansätze die hausärztliche Versorgung vor allem in ländlichen Gegenden nachhaltig verbessern sollen.

Aber es geht nicht von heute auf morgen, räumt Saliger ein: „Im Moment stoppen wir damit vor allem Lücken, die sich woanders aufgetan haben. Da steht uns ein sehr langer Weg bevor, um die Lage zu verbessern. Das können wir allein als Genossenschaft nicht stemmen.“ Darum ist laut Saliger aktuell geplant, zehn Genossenschaften, die das Modell der MEDNOS eG übernommen haben, in einer Dachgenossenschaft zusammenzuschließen, um Synergien besser zu nutzen. Auch die Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern wie Physiotherapeuten und Krankenkassen soll noch weiter ausgebaut werden. Die dafür vorgesehene Einrichtung in der Region nennt sich „Gesundheitscampus Calw“.

Allen Herausforderungen zum Trotz hat André Saliger auch positive Nachrichten für die hausärztliche Versorgung im Raum Calw: „Die Patienten sind in erster Linie froh, dass unsere Ärzte noch für sie da sind. Und ich denke, wir werden inzwischen als wichtiger Akteur im Landkreis wahrgenommen, auch wenn wir noch teilweise kritisch beäugt werden.“ Die Überzeugungsarbeit, die er bei der KV und beim Hausärzterverband geleistet hat, zahlt sich am Ende hoffentlich aus. Und wird dann vielleicht ein Paradebeispiel dafür, wie die ärztliche Versorgung der Zukunft gelingen kann.

Heiko Fekete



Unfallversicherung

Arbeitsunfälle mit wenigen Klicks melden

Foto: NongAsimo - stockadobe.com

Durch eine Neuregelung können Arbeitgeber Arbeits- und Wegeunfälle auch digital anzeigen, ab 2028 geht es nur noch auf elektronischem Weg. Bis dahin gewährt der Gesetzgeber eine großzügige Übergangsfrist. Das müssen Praxisinhaber zum neuen Prozedere wissen.

Die Gefahr lauert statistisch gesehen sowohl in der Arbeit als auch auf dem Weg dorthin: Nach vorläufigen Zahlen der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen gab es im ersten Halbjahr 2023 90.647 meldepflichtige Wegeunfälle – eine Zunahme um 14,4 Prozent im Vergleich zum Vorjahreszeitraum. Gemeldet wurden außerdem 390.567 Arbeitsunfälle, hier gab es im Vergleich zu 2022 einen leichten Rückgang. Die Bearbeitung dieser Fälle nimmt bei den Berufsgenossenschaften und Unfallkassen viel Zeit in Anspruch. Und die Unfallversicherungsträger mussten fürs neue Jahr ihre Prozesse anpassen.

Denn die Neuregelung der Unfallversicherungs-Anzeigeverordnung (UVAV) verpflichtet Arbeitgeber, Arbeits- und Wegeunfälle ab 2028 nur auf digitalem Weg zu melden. Das Gesetz ist zum 1. Januar 2024 in Kraft getreten, ab dann soll die Datenübertragung vorzugsweise elektronisch stattfinden. Meldungen auf dem Postweg sind noch möglich – hier gilt eine Übergangsfrist bis 31. Dezember 2027.

Unfallversicherung stellt neue Formulare bereit

Die neue Verordnung beinhaltet zudem Neuerungen, was die Meldeinhalte betrifft. Niedergelassene können bei Unfällen ihrer Mitarbeiter auch angeben, ob

eine geringfügige Beschäftigung vorliegt und ob ein Gewaltereignis ursächlich ist. Entsprechende Formulare, um einen Schadensfall zu melden, haben die Unfallversicherungsträger inzwischen online bereitgestellt (s. Infokasten). Auf dem Internetauftritt der gesetzlichen Unfallversicherung gibt es dazu ein umfangreiches Serviceportal, welches die Dienstleistungen aller Unfallkassen und Berufsgenossenschaften ein Stück weit bündeln soll.

AUF EINEN BLICK

Webseiten und Online-Angebote der Unfallversicherungsträger

- Das Serviceportal der gesetzlichen Unfallversicherung – mit Formularen für Arbeits- und Wegeunfälle, Berufskrankheiten, Unternehmensanmeldungen und weiteren Auskunftsfeldern für Unfallversicherungsträger: **serviceportal-uv.dguv.de**
- Für niedergelassene Ärzte und Personen, die in anderen Heilberufen tätig sind, steht das Online-Angebot der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege bereit – auf **bgw-online.de** unter dem Link **Formulare**.

Auch die für Praxisinhaber zuständige Stelle, die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, bietet ein Online-Formular, das dem neuen gesetzlichen Stand entspricht.

Online-Plattformen sollen Meldeprozess vereinfachen

Die Meldung auf den jeweiligen Plattformen kann entweder mit oder ohne Registrierung erfolgen. Registrieren sich Ärztinnen und Ärzte, haben sie beispielsweise den Vorteil, dass sie Angaben zum Unternehmen nicht dauernd neu eingeben müssen: Die Daten werden bei einer Unfallmeldung aus dem Nutzerkonto übernommen. Darüber hinaus stellen die Verantwortlichen sicher, dass die Daten verschlüsselt und DSGVO-konform übertragen werden. Der neue Ablauf soll das Prozedere vereinfachen, da für die Meldung Fristen zu beachten sind: Binnen drei Tagen nach dem Unfall muss die Unfallanzeige bei der zuständigen Berufsgenossenschaft eingehen – vorausgesetzt, der Arbeitnehmer ist durch den Unfall mehr als drei Kalendertage arbeitsunfähig. Mit der großzügigen Übergangsfrist ist es für Praxisärzte bereits heute sinnvoll, die Anzeige auf den digitalen Weg umzustellen, um dann im Ernstfall gewappnet zu sein.

Heiko Fekete

Praxisausgaben

Wie Sie sofort Heizkosten sparen

Viele Wärmeverluste sind leicht vermeidbar. Mit wenigen Handgriffen lässt sich dieser Ausgabenposten reduzieren, auch noch mitten in der Heizperiode. Machen Sie jetzt den Check: Wurde an alles gedacht?

Gesundheitlich zuträgliche Temperaturen werden auch im Jahr 2024 teuer erkaufte. Selbst wenn nach Schätzung der gemeinnützigen Beratungsfirma Co2online die Heizkosten 2023 gegenüber dem Vorjahr um elf Prozent sanken: Das Niveau von 2021 haben sie noch lange nicht erreicht – und werden es wohl auch nicht mehr (s. Infokasten). Die gute Nachricht: Einsparpotentiale sieht Co2online bei 90 Prozent der Haushalte (www.heizspiegel.de). Da viele Energiesparmaßnahmen auch in Arztpraxen schnell umgesetzt werden können, lohnt sich auch jetzt gegen Ende des Winters ein kurzer Check in den eigenen Räumlichkeiten.

Eine der wichtigsten Maßnahmen ist das richtige Lüften. Die Fenster auf Kipp zu stellen, ist für den Luftaustausch ineffizient. Dafür kühlen die Wände umso mehr aus. In schlecht gedämmten Gebäuden droht so Schimmelbildung. Besser ist regelmäßiges Stoß- und Querlüften. Gerade in der Teeküche sollte zum Beispiel nach dem Öffnen der Spülmaschinentür

sofort ein Fenster geöffnet werden, um die feuchte Luft auszutauschen. Im Winter genügen drei bis fünf Minuten Stoßlüften. Mindestens drei- bis viermal am Tag sollte die Luft aus hygienischen Gründen komplett ausgetauscht werden, rät die Verbraucherzentrale. Häufigeres Lüften kann je nach Patientenaufkommen und Infektionslage angemessen sein.

Eine weitere Schimmelfalle ist das Heizen von einem Raum zum anderen. Türen zu kühleren Bereichen wie Fluren sollten geschlossen bleiben. Denn sonst gelangt warme, feuchte Luft dorthin, was insbesondere bei Temperaturunterschieden von fünf Grad oder mehr Schimmel fördert.

Kleine Tricks mit großer Wirkung

Vor den Heizkörpern sollte die Raumluft frei zirkulieren. Können die Stühle im Wartezimmer nicht anders aufgestellt werden, sollten sie einen Mindestabstand von 30 Zentimetern haben. Ein sauberer Heizkörper heizt zudem effizienter und sorgt für hygienische Raumluft. Staub und

Schmutz verringern die Wärmeabgabe um bis zu 30 Prozent, deshalb sollte er regelmäßig innen und außen gereinigt werden. Ältere Heizungsanlagen müssen häufiger entlüftet werden als neuere Modelle, die in der Regel nur einmal vor der Heizsaison entlüftet werden müssen. Bei älteren Anlagen können wenige Monate oder Wochen nach dem Entlüften Geräusche und teilerwärmte Heizkörper auftreten, was zu einer ineffizienten Heizleistung und höheren Kosten führt. Ein kleiner Plastikstift (auch Sparclip oder Behördenstopper) begrenzt, wie weit der Thermostat aufgedreht werden kann, und verhindert so zusätzlich Energieverbrauch.

Etwa 20 Minuten vor Praxischluss kann die Nachtabsenkung aktiviert werden. Zusätzlich sollten bei Einbruch der Dunkelheit die Rollläden geschlossen werden, um den Wärmeverlust über die Fenster um rund 20 Prozent zu reduzieren. Zugezogene Vorhänge verstärken diesen Effekt.

Deborah Weinbuch

➔ UN-BESCHLUSS RÜCKT SANIERUNG IN DEN FOKUS

Auf der UN-Klimakonferenz COP28 in Dubai hat sich die Weltgemeinschaft auf einen globalen Ausstieg aus den fossilen Energien geeinigt. Der Co-Direktor des Potsdam-Instituts für Klimafolgenforschung (PIK), Prof. Johan Rockström, sieht darin den „Anfang vom Ende“ der fossilen Weltwirtschaft – acht Jahre nach dem Zeitplan von Paris. Das Ende des Zeitalters der fossilen Brennstoffe bedeutet aber wahrscheinlich auch, dass diese Brennstoffe teuer bleiben werden. Neben dem Thema Heizungsaustausch rücken damit Maßnahmen zur weiteren Steigerung der Energieeffizienz weiter in den Fokus. Beispielsweise entweicht bei unsanierten Gebäuden, die vor 1978 errichtet wurden, laut Verbraucherzentrale etwa ein Drittel der Heizwärme über die Außenwände. Eine Fassadendämmung kann diese Verluste deutlich reduzieren. Ob sie sich im Einzelfall rechnet, sollten Eigentümer von Fachleuten individuell berechnen lassen.

Die Verluste über die Gebäudehülle sind bei Altbauten oft enorm. Große Schwachstellen sind oft Wände, Dach, Fenster und Keller.



Krätze?



Antiscabiosum® mit Benzylbenzoat!

Die zuverlässige und sichere Therapie
für die **ganze Familie!**

Ihre **Verordnung**
für Babys ab 1 Jahr
und Kinder bis 12 Jahre:



Antiscabiosum® 10 %
Emulsion für Kinder



Ihre **Empfehlung**
für ältere
Familienmitglieder:



Antiscabiosum® 25 %
Emulsion für Erwachsene

Rezeptfrei
in der
Apotheke

Hinweis: Die Emulsion muss während der 3-tägigen Anwendungsdauer kontinuierlich auf der Haut bleiben. Deshalb z. B. nach dem Händewaschen die Emulsion sofort wieder auftragen.
Empfohlene Anwendung: 1 x täglich an 3 aufeinander folgenden Tagen.

Entwickelt & hergestellt in
Deutschland

Antiscabiosum® 10 % für Kinder. Emulsion. **Wirkstoff:** Benzylbenzoat; 10g/100g. **Antiscabiosum® 25 % für Erwachsene.** Emulsion. **Wirkstoff:** Benzylbenzoat; 25g/100g. Sonstige Bestandteile: emulgierender Cetylstearylalkohol (Typ A), gereinigtes Wasser, Propylenglykol, Sorbitol 70 %. **Anwendungsgebiet Antiscabiosum 10 %:** Behandlung von Scabies bei Kindern über 6 Jahren, als weniger toxisches Mittel, alternativ zu ausreichend untersuchten Antiscabiosa. Kinder von 1 bis 6 Jahren dürfen nur behandelt werden, wenn keine zusätzlichen Hautschäden bestehen, welche die Aufnahme des Wirkstoffs begünstigen könnten und wenn die Behandlung unter sorgfältiger ärztlicher Kontrolle erfolgt. **Anwendungsgebiet Antiscabiosum 25 %:** Zur Behandlung von Scabies bei Erwachsenen, als weniger toxisches Mittel alternativ zu ausreichend untersuchten Antiscabiosa. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gg. Benzylbenzoat, Benzoesäure, Benzylalkohol o. einen der sonstigen Bestandteile. Stillzeit. Zusätzlich bei 10 %: Säuglinge. Kinder mit großflächigen Hauterkrankungen wie Psoriasis, Neurodermitis, Ekzeme. Bei Neugeborenen mit Zeichen der Unreife Gasping-Syndrom möglich. Zusätzlich bei 25 %: Kinder unter 12 Jahren. **Nebenwirkungen:** Selten: Reizungen von Haut u. Schleimhäuten, postscabiöses Ekzem. **Nicht bekannt:** Überempfindlichkeitsreaktionen (Unwohlsein, Urticaria, Angioödem, Kontaktdermatitis), epileptische Anfälle bei Kindern. **Vorsichtsmaßnahmen u. Warnhinweise:** Nicht an Augen, Schleimhäuten oder auf stark irritierter Haut anwenden. Bei epileptischen Anfällen in der Vorgeschichte Krampfanfälle möglich. Während der Behandlung intensive Sonnenbestrahlung vermeiden. Farbveränderungen bei empfindl. Oberflächen möglich. Vorsicht in der Schwangerschaft. Vorsicht bei Kindern zwischen 1 u. 6 Jahren. Enthält Cetylstearylalkohol und Propylenglykol. Packungsbeilage beachten. **Stand:** 02.2021. **Strathmann GmbH & Co. KG, Postfach 610425, 22424 Hamburg.**

Ärztliche Delegation

„Neue Praxismodelle werden unvermeidlich, bessere Arbeitsbedingungen auch“

Der demografische Wandel trifft auf einen zunehmenden Ärztemangel. Das macht eine ernsthafte Auseinandersetzung mit neuen Versorgungsmodellen notwendig. Wie die Akzeptanz der Patienten bei der Delegation medizinischer Tätigkeiten an nichtärztliches Personal ist, haben Dr. Susanne Döpfmer und Doreen Kuschick vom Forschungspraxennetz RESPoNsE am Institut für Allgemeinmedizin der Charité untersucht.

Bei Routine-Angelegenheiten sind Patientinnen und Patienten für eine erweiterte Delegation in hausärztlichen Arztpraxen vielfach offen, wie die Studie des Teams um die Forschungs Koordinatorin Dr. med. Susanne Döpfmer von der Berliner Charité zeigt. Erschienen ist die quantitative Erhebung im Journal „BMC Primary Care“. Ihre Beobachtungen und Einordnung schildert Dr. Döpfmer gemeinsam mit Erstautorin Doreen Kuschick (M.Sc. Public Health) in ARZT & WIRTSCHAFT.

? Welche Erfahrungen gibt es bereits mit der erweiterten Delegation?

Doreen Kuschick: Die erweiterte Delegation ist ein international bereits vielfach etabliertes Konzept. In den USA und Kanada wird es seit den 1960er Jahren praktiziert. Im Bereich des „Advanced Practice Nursing“ gibt es dort hochqualifizierte Rollen, ebenso in Großbritannien oder den Niederlanden. Deutschland folgt diesem Trend mit spezialisierten Weiterbildungen für Medizinische Fachangestellte (MFA) und nun auch akademischen Studiengängen. Noch müssen sich solche Rollen hierzulande allerdings im Rahmen der gegebenen Delegationsvereinbarungen bewegen.

? Ihre Studie untersucht erstmals konkret die Akzeptanz der Übertragung weiterer ärztlicher Leistungen an medizinisches Fachpersonal aus Perspektive der Patienten und Patientinnen in deutschen hausärztlichen Praxen. Was ist die Quintessenz?

Doreen Kuschick: In unserer Studie konnten sich 30 Prozent der Befragten eine teil-



Foto: DEGAM / Antje Boysen

Wissenschaft ist Teamarbeit: Doreen Kuschick, Susanne Döpfmer, Kahina Toutaoui, Lisa Kümpel (v.l.n.r.) vom RESPoNsE-Team Berlin am Institut für Allgemeinmedizin - Charité

weise Versorgung durch nichtärztliches Personal grundsätzlich vorstellen.

Wie unsere Studie gezeigt hat, ist die Bereitschaft geringer, wenn man sie im Zusammenhang mit dem aktuellen Beratungsanlass in der Arztpraxis erfragt, als wenn man eher theoretisch nach der Akzeptanz von Delegation fragt. Doch insbesondere bei Routineangelegenheiten wie Rezepten und Folgeverordnungen oder Impfungen sind viele Patienten und Patientinnen offen dafür, sich ausschließlich von medizinischen Fachangestellten betreuen zu lassen.

? Welche Faktoren tragen zu einer erhöhten Akzeptanz bei?

Doreen Kuschick: Tendenziell sind es eher die jüngeren Patientinnen und Patienten

sowie solche, die ihr Anliegen als nicht sehr kompliziert einschätzen, die einer erweiterten Delegation positiv gegenüberstehen. Wir haben auch festgestellt, dass sich das Antwortverhalten zwischen Patienten verschiedener Praxen unterschiedet, es also sogenannte Praxiseffekte gab. Das könnte daran liegen, dass Abläufe und die Organisation in den Praxen unterschiedlich sind und entsprechend ein anderes Maß an Gewöhnung mit Delegation bereits eingetreten ist.

? Leider ist die Personalfuktuation oft hoch...

Dr. Susanne Döpfmer: Das ist Folge der schwierigen Arbeitsbedingungen. MFA müssen einen sehr „lebendigen“ Arbeitsplatz, ständige Unterbrechungen und die

parallele Bewältigung komplexer Aufgaben meistern. Um die Fluktuation zu verringern, ist es auf Dauer notwendig, die Arbeitslast zu reduzieren und in zusätzliches, qualifiziertes Personal zu investieren. Dafür müssen allerdings auch die notwendigen finanziellen Mittel fließen – von allein werden die Praxen diese nicht ohne Weiteres aufbringen können.

? Also muss bei der Delegation die Entlastung mitgedacht werden?

Dr. Susanne Döpfmer: Ja, zumal die MFA oft an ihrer Belastungsgrenze arbeiten. Ohne zusätzliche Ressourcen ist eine Aufgabenerweiterung nicht realisierbar.

? Was trägt dazu bei, dass sich Patienten und Patientinnen von den MFA gut versorgt fühlen?

Dr. Susanne Döpfmer: Transparente Prozesse, eine gute Kommunikation und die Betonung des Werts des Teams. Auch die Soft Skills spielen eine wichtige Rolle:

Wie ist das Auftreten der medizinischen Fachangestellten, wie kommuniziert sie?

? Leidet nicht die Arzt-Patienten-Beziehung, wenn delegiert wird?

Dr. Susanne Döpfmer: Der Arzt oder die Ärztin wird durch die Delegation nicht ersetzt. Die Verantwortung für Anamnese, für Diagnostik und Therapie sowie für alle Entscheidungen bleibt eine ärztliche Verantwortung, und natürlich würde er oder sie die Patienten in regelmäßigen Abständen selbst sehen.

? Wo liegen die Grenzen der Delegation?

Dr. Susanne Döpfmer: Diese Frage ist auf zwei Ebenen zu beantworten. Zum einen gibt es die gesetzlichen Regelungen, die einzuhalten sind. Auf der anderen Ebene geht es um die Qualifikation des Personals. In England hat mir zum Beispiel ein Hausarzt gesagt, dass er keine Diabetes-einstellung macht, weil seine „diabetic

nurse“ das besser kann. Sobald sich allerdings der Zustand eines Patienten verschlechtert oder komplexere medizinische Entscheidungen getroffen werden müssen, ist die Hinzuziehung eines Arztes oder einer Ärztin unerlässlich.

? Wie kann der Übergang zu neuen Praxismodellen wie Teampraxen erfolgreich gestaltet werden?

Doreen Kuschick: Zunächst mithilfe von Interventionsstudien neuer Versorgungsmodelle, die Outcomes und Zufriedenheit aller Beteiligten evaluieren. Des Weiteren liegt der Schlüssel in einer guten Kommunikation und in positiven Erfahrungen der Patienten und Patientinnen mit gut organisierten Teampraxen. Einige Vorteile werden schnell sichtbar, wie etwa kürzere Wartezeiten.

Dr. Döpfmer: Ein Wandel der Praxismodelle ist unvermeidlich, auch wenn er einen Gewöhnungsprozess erfordert.

Die Fragen stellte Deborah Weinbuch

Wenn Patienten nicht zur Ruhe kommen ...

Lasea® bei innerer Unruhe und Ängsten



Keine Sedierung / kein Hangover
Kein Abhängigkeits- oder Gewöhnungspotenzial
Keine Wechselwirkungen bekannt

Lasea® Wirkstoff: Lavendelöl. 1 Weichkapsel enthält: 80 mg Lavendelöl (Lavandula angustifolia Mill., aetheroleum). Sonstige Bestandteile: Gelatinepolysuccinat; Glycerol 85%; raffiniertes Rapsöl; Sorbitol-Lösung 70% (nicht kristallisierend) (Ph. Eur.), Trockensubstanz. **Anwendungsgebiete:** Unruhezustände bei ängstlicher Verstimmung. **Gegenanzeigen:** Leberfunktionsstörung; Überempfindlichkeit gegenüber Lavendelöl oder einem der sonstigen Bestandteile; Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren. **Nebenwirkungen:** Häufigkeit nicht bekannt: schwerwiegende Überempfindlichkeitsreaktionen mit Schwellungen, Kreislaufbeschwerden und / oder Atemwegsbeschwerden. In einem solchen Fall unverzüglich Arzt informieren und Lasea® nicht mehr einnehmen. Häufig: Aufstoßen. Häufigkeit nicht bekannt: Allergische Hautreaktionen; andere gastrointestinale Beschwerden. Dr. Willmar Schwabe GmbH & Co. KG - Karlsruhe www.lasea.de





Foto: Iryna - stock.adobe.com

DAS TEAM INFORMIEREN

Der richtige Ton ist sensibel und bietet gleichzeitig Orientierung...

Das enge Arbeitsumfeld sollte sofort und mündlich informiert werden, wenn ein Mitarbeitender verstorben ist. Eine authentische Ansprache unterstreicht den Teamgeist der Praxis. Nach der Betonung der Betroffenheit sollte der Zusammenhalt im Vordergrund stehen, da es auch um die Aufrechterhaltung des Praxisbetriebes geht. Die kurzfristige Umverteilung der Aufgaben kann per E-Mail festgehalten werden. Längerfristige Rollenverteilungen werden in Einzelgesprächen erörtert. Emotional stark betroffene Teammitglieder können in **Einzelgesprächen aufgefangen** werden.

Kondolenzschreiben

Beileidswünsche beim Tod von Mitarbeitern

In Zeiten der Trauer kann aufrichtige Anteilnahme eine große Stütze sein. Feste Regeln für das Verfassen von Beileidsbekundungen gibt es nicht. Doch einige Formulierungen sind hilfreicher als andere.

Der Tod einer Mitarbeiterin oder eines Mitarbeiters erschüttert und hinterlässt in der Praxis und natürlich bei den Angehörigen eine große Lücke. Beileidsbekundungen sind hier mehr als eine Herzensangelegenheit; sie sind Ausdruck guter Umgangsformen und Menschlichkeit. Ein Kondolenzschreiben sollte daher so schnell wie möglich, am besten sofort nach Erhalt der Todesnachricht, verschickt werden. Dabei unterstreicht ein handgeschriebener Brief mit gut leserlicher Handschrift den persönlichen Bezug zur Person. Wird der Brief am Computer geschrieben, sollten zumindest die Anrede, Grußformel und Unterschrift handschriftlich erfolgen. Kondolenzbriefe werden auf hochwertigem weißen Papier geschrieben; ein schwarzer Trauerrand ist den Angehörigen vorbehalten. Zudem sollte dieses Schreiben ohne Fensterbriefumschlag und ohne Adressaufkleber versandt werden.

Persönlichen Bezug schildern

Das Kondolenzschreiben soll den Angehörigen Trost spenden und die Persönlichkeit und die Verdienste des verstorbenen Menschen würdigen. Allzu theatralische

Formulierungen könnten den Hinterbliebenen sauer aufstoßen – ebenso wie sehr knappe, standardisierte Floskeln. Angemessen ist ein kurzer persönlicher und positiver Bezug: „Viele Jahre durften wir vertrauensvoll zusammenarbeiten.“ Gab es prägende, positive Momente oder Besonderheiten, an die Sie sich gerne erinnern? Bei jahrzehntelanger Zusammenarbeit ist über das Schreiben hinaus ein Telefonanruf oder ein persönlicher Besuch bei den Hinterbliebenen angemessen. Unterstützungsangebote, und sei es nur ein finanzieller Beitrag zum Grabschmuck, sollten möglichst auf diesem Wege erfolgen.

Positive Attribute hervorheben

Die einleitenden Worte eines Kondolenzschreibens sollten mitfühlend sein: „Mit Bestürzung haben wir vom unerwarteten Tod Ihrer Frau erfahren“ oder „Wir sind tief betroffen über den schmerzlichen Verlust von *Vorname, Nachname*“. Das formelle „Frau X“ oder „Herr Y“ entfällt bei dem Bezug auf die verstorbene Person. Taktvoll ist es, das Mitgefühl für die Angehörigen immer vor die eigene Trauer zu stellen. Es folgen positive Attribute, mit

denen die Mitarbeiterin oder der Mitarbeiter den Praxisalltag bereichert hat, zum Beispiel die charmante und herzliche Art dieser Person oder die Art, wie sie immer freundlich und hilfsbereit war. Hier passt ein Satz zum persönlichen Verlust: „Sie hinterlässt eine große Lücke. Wir werden sie als Mensch und Mitarbeitende schmerzlich vermissen.“ Schließen Sie mit Ihrer aufrichtigen Anteilnahme und wünschen Sie den Angehörigen die notwendige Kraft in dieser schweren Zeit.

Aufrichtige Wertschätzung zeigen

Unpassend sind Floskeln wie „Die Zeit heilt alle Wunden“ oder „Nun hat sie es endlich geschafft“ nach einem langen Kampf mit einer schweren Erkrankung. Verharmlosung kann verletzen. Eine Karte mit vorgefertigten Formulierungen ist zudem für die Angehörigen nicht annähernd so wertvoll wie ein persönliches Schreiben. Denn Letzteres betont den aufrichtigen Respekt für die verstorbene Person. Ein starkes Zeichen der Wertschätzung kann darüber hinaus auch durch eine Traueranzeige in der Zeitung gesetzt werden.

Deborah Weinbuch



Ihre Fragen an unsere Praxisexpertin

Melanie Hurst, Ressortleiterin Wirtschaft



Telematikinfrastruktur

Welche Rezepttypen kann ich jetzt elektronisch verschreiben?

Das eRezept lässt sich nicht mehr vermeiden. Für was kann ich es anwenden?

Dr. med. Margarethe B. aus Bayern

Seit dem 1. Januar sind eRezepte für verschreibungspflichtige Arzneimittel Pflicht. Dies betrifft alle gesetzlich Versicherten. eRezepte können Sie auch für Versicherte einer Unfallkasse, der Berufsgenossenschaften sowie für GKV-Selbstzahler ausstellen. Bei Privatversicherten hängt es davon ab, wie weit das jeweilige Krankenversicherungsunternehmen ist. Die Umsetzung in die ersten Arztsysteme startete im



vierten Quartal 2023. Kein eRezept gibt es bisher für Beihilfempfänger und Versicherte von anderen Kostenträgern wie Postbeamtenkrankenkasse oder Bundes-

wehr. Grundsätzlich sind jetzt folgende Rezepttypen verschreibbar: das rosa Rezept für apothekenpflichtige Arzneimittel, das blaue Rezept – also Privatrezepte für GKV-Patienten, das grüne Rezept für Arztempfehlungen und nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel für Kinder unter zwölf Jahren.

Vom eRezept sind auch noch einige Verordnungsinhalte ausgenommen wie beispielsweise Betäubungsmittel, digitale Gesundheitsanwendungen, Medizinprodukte, Sprechstundenbedarf oder Hilfsmittel.

Personalführung

Was sollten Zielvereinbarungen für Mitarbeitende beinhalten?

Für meine angestellten Ärzte möchte ich dieses Jahr Zielvereinbarungen festlegen. Gibt es dafür Leitfäden?

Dr. med. Gerald N. aus Hessen

Die Zielvereinbarungen für Ihre angestellten Ärzte sollten klar, messbar, erreichbar, relevant und zeitlich definiert sein. Folgende Punkte können Sie daher bei der Gestaltung von Zielvereinbarungen berücksichtigen:

■ Klarheit

Formulieren Sie die Ziele eindeutig, um Missverständnisse zu vermeiden, und halten Sie sie schriftlich fest. So wissen Ihre Mitarbeitenden genau, was erwartet wird.

■ Messbarkeit

Stellen Sie sicher, dass die Ziele messbar sind, damit Sie und die Mitarbeitenden den Fortschritt überprüfen können. Hilfreich sind auch Kennzahlen, mit denen der Erfolg gemessen werden kann.

■ Erreichbarkeit

Setzen Sie realistische Ziele, die von Ihren angestellten Ärzten tatsächlich erreicht werden können. Berücksichtigen Sie dafür auch Ressourcen und Zeit.

■ Relevanz

Die individuellen Ziele sollten mit den Zielen, die Sie sich für Ihre Praxis vorstellen, in Einklang stehen. Definieren Sie zudem eine leistungsbezogene Prämie, um die Motivation zu steigern.

■ Fristsetzung

Legen Sie eine Frist für die Erreichung der Ziele fest. Langfristige Ziele können Sie auch in kleinere Etappen aufteilen, um den Fortschritt besser zu verfolgen.

■ Rückmeldung und Bewertung

Planen Sie regelmäßige Überprüfungen ein, um sicherzustellen, dass die Ziele noch relevant sind und bei Bedarf angepasst werden können.

■ Partizipation

Beteiligen Sie die Mitarbeiter aktiv am Zielsetzungsprozess, um ihre Akzeptanz und Motivation zu fördern.

Wenn Sie diese Grundsätze berücksichtigen, tragen die Zielvereinbarungen dazu bei, die Leistung und Motivation der Mitarbeiter zu steigern.



Fotos: login2002 - stock.adobe.com, M.Dörr & M.Frommherz - stock.adobe.com



Jetzt archivieren!

PDF-Download unter:
AuW.de/Praxisexpertin



A&W-Kontakt

Schicken Sie uns Ihre Fragen:
Sie erreichen uns per E-Mail unter
melanie.hurst@medtrix.group

und per Fax unter 08191 3055591



Telefonische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Sie ist wieder da und dieses Mal bleibt sie

Ärzte können Patienten unter bestimmten Voraussetzungen wieder telefonisch krankschreiben. Was sich während der Pandemie bewährt hat, hält nun dauerhaft Einzug in die Praxis. Wir sagen Ihnen, wie es geht.

Seit dem 7. Dezember 2023 können Ärztinnen und Ärzte Patienten wieder telefonisch krankschreiben. Die Ende März 2023 ausgelaufene Möglichkeit wurde nun dauerhaft in der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie (AU-Richtlinie) implementiert. Die Regelung ist nicht befristet und soll Praxen und Patienten dauerhaft entlasten. Die telefonische AU gilt aber nur unter bestimmten Voraussetzungen.

Telefonische AU nur bei bekannten Patienten möglich

Sie ist nur bei Patienten möglich, die der Praxis bekannt sind. Das bedeutet, dass der Patient früher schon einmal in der Praxis oder per Hausbesuch behandelt wurde. Unbekannten Patienten dürfen Ärzte auf telephonischem Weg keine AU-Bescheinigung ausstellen. Der Bestandspatient muss sich am Telefon authentifizieren. Die Praxis kann dazu etwa die Patientendaten abfragen und mit den Daten der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) abgleichen. Ein Einlesen der Karte ist nicht notwendig. Bei Patienten, die im betreffenden Quartal persönlich in der Praxis waren, liegt die eGK ohnehin vor. Bei anderen Patienten kann die Praxis die Versichertendaten für die Abrechnung im Ersatzverfahren aus der Patientenakte übernehmen.

Eine weitere Voraussetzung für die telefonische AU ist, dass der Patient eine Videosprechstunde nicht wahrnehmen kann, weil es ihm zum Beispiel aus technischen oder persönlichen Gründen nicht möglich ist.

Die telefonische AU ist zudem nur bei Patienten möglich, deren Erkrankung keine schwere Symptomatik aufweist, wobei sie auch ausdrücklich nicht nur auf leichte Atemwegsinfekte beschränkt ist. Die Entscheidung, ob es medizinisch vertretbar ist, jemanden nach telefonischer Konsultation krankschreiben, trifft daher immer der Arzt. Patienten haben keinen Anspruch darauf.

Eine Erstbescheinigung dürfen Ärzte auf telephonischem Wege für maximal fünf Tage ausstellen. Eine telefonische Verlängerung ist nicht möglich. Ist der Patient weiterhin krank, muss er persönlich in die Praxis kommen und sich untersuchen lassen.

Eine Folgebescheinigung dürfen Ärzte nach telefonischer Anamnese ausstellen, wenn sie den Patienten zuvor persönlich in der Praxis oder per Hausbesuch untersucht und eine Arbeitsunfähigkeit wegen



Für eine AU müssen Patienten mit Schniefnase nicht mehr zwangsläufig in die Praxis kommen. Es geht auch telefonisch.

derselben Krankheit festgestellt haben. Für den Versand der AU-Bescheinigung an den Patienten können Vertragsärzte das Porto über die Kostenpauschale 40128 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs abrechnen (86 Cent).

Neu: Seit 18. Dezember 2023 können Ärztinnen und Ärzte auch die Bescheinigungen für den Bezug von Kinderkrankengeld unter den genannten Voraussetzungen für maximal fünf Tage telefonisch ausstellen.

Ina Reinsch

KRANKSCHREIBUNG: DREI, FÜNF ODER SIEBEN TAGE - WER BLICKT DA NOCH DURCH?

Wie lange dürfen Ärzte krankschreiben?

Wie viele Tage Ärztinnen und Ärzte arbeitsunfähig erkrankte Patienten laut Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie krankschreiben dürfen, ist inzwischen ziemlich verwirrend und hängt von der Art der Anamnese ab. Das sollten Sie wissen:

- **Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt:** Ärztinnen und Ärzte sollen einen Patienten laut AU-Richtlinie in diesem Fall nicht für mehr als **zwei Wochen** im Voraus krankschreiben. Ist es auf Grund der Erkrankung oder eines besonderen Krankheitsverlaufs sachgerecht, darf die Arbeitsunfähigkeit bis zur voraussichtlichen Dauer von **einem Monat** bescheinigt werden.
- **Videosprechstunde:** Ist der Patient dem Arzt oder anderen Ärzten der Praxis nicht unmittelbar persönlich bekannt, soll

die Erstbescheinigung der Arbeitsunfähigkeit nicht über einen Zeitraum von **drei Kalendertagen** hinausgehen. Bei bekannten Patienten kann die Erstbescheinigung für bis zu **sieben Kalendertage** erfolgen. Eine Folge-AU sollen Ärzte nur ausstellen, wenn zuvor eine unmittelbare persönliche Untersuchung mit dem Ergebnis stattgefunden hat, dass der Patient aufgrund derselben Erkrankung weiterhin arbeitsunfähig ist.

- **Telefonische Anamnese:** Die Bescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit über einen telefonischen Arzt-Patienten-Kontakt ist nur bei bekannten Patienten möglich und soll nicht über einen Zeitraum von **fünf Kalendertagen** hinausgehen. Für eine Folgebescheinigung nach telefonischer AU muss der Patient in die Praxis kommen.

Gesetzesvorhaben

So sollen Hausärzte gestärkt werden

Das Bundesgesundheitsministerium will die ambulante hausärztliche Versorgung verbessern und plant dazu ein größeres Maßnahmenpaket. Dazu stehen mehrere Punkte auf der Agenda. Die wichtigsten Ankündigungen hat ARZT & WIRTSCHAFT für Sie zusammengefasst.

Gleich zu Beginn des Jahres hatte Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach Vertreter der Ärzteschaft zum sogenannten Krisengipfel eingeladen: Gemeinsam mit Verbänden wie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) sollte die ambulante Versorgung nachhaltig gestärkt werden. Denn die Probleme, mit denen Niedergelassene zu kämpfen haben, sind vielseitig: Überbordende Bürokratie, ein starres Vergütungssystem, das inflationsbedingte Kostensteigerungen nicht berücksichtigt, oder auch die fehleranfällige Digitalisierung. Als Reaktion darauf hat das Bundesgesundheitsministerium (BMG) Maßnahmen angekündigt, die noch in diesem Jahr auf den Weg gebracht werden sollen. Das ist alles geplant:

Hausärztliche Honorierung

Sämtliche hausärztliche Leistungen sollen nach Lauterbachs Plänen vergütet werden. Ähnlich wie bei Kinder- und Jugendärzten ist eine Entbudgetierung vorgesehen, zudem soll es Ausgleichszahlungen durch die Krankenkassen geben, falls die Hausarzt-

Morbiditätsbedingte-Gesamtvergütung (MGV) nicht ausreicht. Für die Behandlung chronisch kranker Patienten in der Hausarztpraxis ist eine jahresbezogene Versorgungspauschale geplant. Dieses Vorhaben soll vermeidbare Praxisbesuche senken und den Hausärzten mehr Behandlungszeit ermöglichen.

Zudem beinhaltet das Maßnahmenpaket eine hausärztliche Vorhaltepauschale: Sie soll laut Definition des Ministeriums für sogenannte Versorgerpraxen greifen, die sich besonders für die hausärztliche Versorgung einsetzen und dahingehend bestimmte Kriterien erfüllen (zum Beispiel Hausbesuche, Mindestanzahl an Versicherten in Behandlung).

Entbürokratisierung

Eine Bagatellgrenze bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen von ärztlich verordneten Leistungen soll für weniger Arzneimittelregresse sorgen. Bei ärztlichen Überweisungen an Psychotherapeuten sieht der Entwurf vor, dass es einfacher werden soll, einen Konsiliarbericht einzuholen.

Außerdem plant das Maßnahmenpaket, die Präqualifizierungspflicht für Vertragsärztinnen und -ärzte abzuschaffen, wenn sie Hilfsmittel an Patienten abgeben. Dieser Ablauf soll damit auch unbürokratischer werden.

Digitalisierung

Hier verweist das BMG auf einen auf Eckpunkte aus dem bereits verabschiedeten Digitalgesetz. Dazu zähle beispielsweise die Möglichkeit, eRezepte bei praxisbekannten Patienten telefonisch auszustellen, oder ein einfacherer Umgang mit Videosprechstunden sowie die Ermöglichung von Home-Office. Neu angekündigt ist ein Maßnahmenbündel, das Praxisverwaltungssysteme leistungsfähiger machen soll. Details sind dazu noch nicht bekannt. Die genannten Punkte sollen mit dem „Versorgungsgesetz I“ und „Versorgungsgesetz II“ umgesetzt werden. Zum Redaktionsschluss (15.01.2024) stellte Lauterbach den ersten Referentenentwurf noch für den Januar in Aussicht.

Heiko Fekete

ZUSTIMMUNG UND KRITIK

Das sagt die Ärzteschaft zu den angekündigten Maßnahmen

- Die KBV begrüßt die Maßnahmen und spricht gleichzeitig davon, dass dies nur der Anfang sei. Als einer der nächsten Schritte müsse auch die Entbudgetierung der Fachärzte folgen.
- Positiv bewertet auch der Hausärztinnen- und Hausärzteverband die geplanten Reformen. Er hofft auf eine zeitnahe Umsetzung.
- Scharfe Kritik kommt hingegen vom Virchowbund: Dessen Vorsitzender Dr. Dirk Heinrich bemängelt, dass der Krisengipfel „auf halbem Weg stehen geblieben“ sei, da Lauterbach die Fachärzte ignoriere.



Mit den geplanten Gesetzen sollen Ärzte wieder mehr Zeit für ihre Patienten haben.

Praxisabgabe

Muss die Neue das Personal übernehmen?

Wer seine Praxis verkauft, möchte auch seinem Personal einen guten Übergang zum Erwerber sichern. Doch was, wenn der die Mitarbeitenden nicht übernehmen will? Eine aktuelle Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs könnte für klare Verhältnisse sorgen.

Die Abgabe der eigenen Praxis an einen Nachfolger ist mit vielen Emotionen verbunden. Eine Sorge gilt den angestammten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Wird der Erwerber sie weiter beschäftigen? Verhindern zu hohe Personalkosten gar einen rentablen Verkauf der Praxis? Der Europäische Gerichtshof (EuGH) hat nun eine Entscheidung gefällt, die auch Auswirkungen auf die Abgabe von Arztpraxen haben könnte.

Bei einer Praxisabgabe stellt sich immer die Frage, ob darin arbeitsrechtlich ein Betriebsübergang zu sehen ist. Das hätte zur Folge, dass der Erwerber in alle Rechte und Pflichten des Verkäufers eintritt. Kurz gesagt: Der Käufer erwirbt die Praxis dann samt Personal.

Hängt die Identität einer Arztpraxis vom Arzt ab?

Geregelt ist der Betriebsübergang in § 613a des Bürgerlichen Gesetzbuchs. Er liegt vereinfacht gesagt dann vor, wenn ein Betrieb – das kann auch eine Arztpraxis sein – durch einen Verkauf einen anderen

BETRIEBSÜBERGANG

Praxispersonal richtig informieren

Steht eine Praxisabgabe an, müssen der alte oder der neue Inhaber das Praxispersonal zuvor über den Betriebsübergang schriftlich informieren. So sieht es das Gesetz vor. Sie müssen den Mitarbeitenden dabei den Zeitpunkt oder den geplanten Zeitpunkt, den Grund des Betriebsübergangs (Praxisverkauf), die rechtlichen, wirtschaftlichen und sozialen Folgen für die Arbeitnehmer sowie die in Aussicht genommenen Maßnahmen mitteilen. Wichtig: Kündigungen aus Anlass des Betriebsübergangs sind unwirksam. Der Erwerber darf aber aus anderen Gründen kündigen, etwa weil er umstrukturiert und dabei Arbeitsplätze wegfallen.

Eigentümer erhält und die Identität des Betriebes dabei gewahrt bleibt. Gerade bei der letzten Bedingung, der Wahrung der Identität, gibt es häufig Diskussionen.

Denn hängt das Unverwechselbare einer Arztpraxis nicht ganz entscheidend vom Inhaber ab? Schließlich kommen die Patienten gerade zu diesem Arzt, weil sie seine Expertise besonders schätzen und ein Vertrauensverhältnis zu ihm aufgebaut haben. Praxispersonal und Ausstattung der Praxis könnten da eher eine unterge-

ordnete Rolle spielen, zumindest bei Allgemeinärzten und Internisten. In Praxen mit viel Apparatemedizin wie etwa in der Radiologie mag das anders aussehen. Hier könnten die Patienten die Praxis weniger wegen der Ärzte als vielmehr wegen der guten technischen Diagnostik aufsuchen.

Hier lohnt ein Blick auf die Rechtsprechung zu ähnlichen Berufen wie beispielsweise zu Notaren. Das Bundesarbeitsgericht (BAG) hatte 1999 beim Verkauf eines Notariats einen Betriebsübergang verneint. Das Wesentliche des Notariats



Wer kann bleiben, wer muss gehen?

Eine Praxisabgabe löst bei der Belegschaft große Unsicherheit aus.

sei der Notar selbst. Mit seinem Ausscheiden sei das bisherige Notariat aufgelöst. Aus der Übernahme des gesamten Personals mit Ausnahme einer Mitarbeiterin könne kein Betriebsübergang hergeleitet werden. 2001 urteilte das BAG im Falle einer Einzelarztpraxis ähnlich. Allerdings hatte das Gericht damals offengelassen, ob die Übernahme eines Großteils des Personals zu einem anderen Ergebnis führt, weil das Personal die Identität einer Praxis ebenfalls stark prägt.

Betriebsübergang könnte Praxisabgabe erschweren

Nun hat sich der EuGH mit dem Fall eines spanischen Notars beschäftigt, der eine Kanzlei samt Geschäftsräumen und Personal übernommen hatte (16.11.2023, Rechtssachen C-583/21 bis C-586/21). Es stellte sich wieder die Frage, ob ein Betriebsübergang vorliegt und der Erwerber alle Mitarbeitenden übernehmen muss. Mit den Beschäftigten hatte der Erwerber neue Arbeitsverträge geschlossen, vier Mitarbeitende hatte er in der Probezeit entlassen.

Laut EuGH führt der Wechsel des Inhabers einer Notarstelle aber nicht zwangsläufig zu einer Änderung der Identität des Notariats. Der Schwerpunkt liege nicht so sehr auf dem Notar selbst als auf den Mitarbeitenden. Folglich bejahten die Richter einen Betriebsübergang. Das bedeutet, dass der Erwerber das gesamte Personal übernehmen muss. Auch für

Einzelarztpraxen könnte daher nun gelten, dass ein Nachfolger, der einen Großteil der Beschäftigten übernehmen will, keine Ausnahme machen darf und das gesamte Personal behält.

Für Ärzte, die ihre Praxis abgeben möchten, sind das zum einen gute, zum anderen schlechte Nachrichten. Zu den positiven Aspekten gehört, dass sie sich um das Fortkommen ihrer Praxismitarbeitenden wenig Gedanken machen müssen, für diese geht es mit dem neuen Kollegen weiter. Allerdings könnte genau das eine Praxisabgabe erschweren, vor allem dann, wenn der abgebende Arzt zu viel Personal beschäftigt.

Hier ist es wichtig zu wissen: Wenn ein Betriebsübergang vorliegt, gehen die bestehenden Arbeitsverhältnisse automatisch auf den Erwerber über. Die mit dem Verkäufer geschlossenen Arbeitsverträge gelten weiter. Sowohl dem abgebenden Arzt als auch dem Erwerber ist es gesetzlich untersagt, Mitarbeitenden wegen des Betriebsübergangs zu kündigen. Eine solche Kündigung wäre unwirksam.

Es ist aber nicht verboten, dass der Erwerber die Praxis genau unter die Lupe nimmt. Er kann dann die unternehmerische Entscheidung treffen, umzustrukturieren und in diesem Rahmen Mitarbeitende zu entlassen. Solche betriebsbedingten Kündigungen erfolgen dann nicht „wegen“ des Betriebsübergangs und sind grundsätzlich zulässig.

Ina Reinsch



Foto: Guido Khoury - stock.adobe.com



Ihre Patienten sind...

- infektanfällig?
- erschöpft?
- chronisch müde?

Mögliche Ursache:
Vitamin-C-Mangel

Pascorbin® 7,5 g

- die Nr. 1 Vitamin-C-Hochdosisinfusion in Deutschland*
- direkt und gut verträglich

* In Bezug auf die verkauften Packungen - IH Galaxy NPI DE Jan. 2023

Pascorbin® 7,5 g - Wirkstoff: Ascorbinsäure 150 mg/ml Injektionslösung. 1 Injektionsflasche (50 ml) enthält: Ascorbinsäure 7,5 g. Sonst. Bestandteile: Natriumhydrogencarbonat, Wasser für Injektionszwecke. Zur Therapie von klinischen Vitamin-C-Mangelzuständen, die ernährungsmäßig nicht behoben oder oral substituiert werden können. Methämoglobinämie im Kindesalter. Gegenanzeigen: Oxalat-Urolithiasis u. Eisenspeichererkrankungen (Thalassämie, Hämochromatose, sideroblastische Anämie). Kindern unter 12 J.: nicht mehr als 5-7 mg Ascorbinsäure/kg KG tgl. i.v. Bei Methämoglobinämie im Kindesalter: nicht mehr als 100 mg Ascorbinsäure/kg KG tgl. **Besondere Vorsicht:** Bei Pat. mit eingeschränkter Nierenfunktion. In Schwangerschaft u. Stillzeit u. beim Glucose-6-Phosphat-Dehydrogenase-Mangel nicht mehr als 100-500 mg Ascorbinsäure tgl. Konservierungsmittelfrei, nur zur einmaligen Entnahme u. sofortigen Anwendung! Nicht verbrauchte Reste verwerfen. Besonderer Hinweis für Diabetiker: Nach parenteraler Gabe von Ascorbinsäure wird die Nachweisreaktion von Glucose im Blut gestört. **Nebenwirkungen:** Sehr selten: Überempfindlichkeitsreaktionen (z. B. Atembeschwerden, allergische Hautreaktionen), gastrointestinale Störungen (z. B. Übelkeit, Erbrechen, Durchfall), Schüttelfrost und Temperaturanstieg bei akuten Infekten; in Einzelfällen kurzfristige Kreislaufstörungen (z. B. Schwindel, Übelkeit, Sehstörungen). **Bitte beachten Sie bei allen invasiven Eingriffen die Hygienerichtlinien des Robert Koch-Institutes.** Pascoe pharmazeutische Präparate GmbH, D-35383 Gießen



Inflationsausgleichsprämie

Sonderzahlung – aber nicht für alle im Team

Eigentlich müssen Praxischefs ihre Mitarbeitenden gleichbehandeln. Doch bei der Inflationsausgleichsprämie gibt es Ausnahmen. Denn sie kann auch selektiv verteilt werden. Was Ärztinnen und Ärzte dabei beachten müssen, konkretisierte das Amtsgericht Paderborn.

Die Zeiten zweistelliger Inflationsraten sind zwar vorüber. Dennoch ist das Leben deutlich teurer als früher. Der Gesetzgeber erlaubt es Praxischefs daher noch bis zum 31. Dezember 2024, ihren Mitarbeitenden eine steuer- und sozialabgabenfreie Inflationsausgleichsprämie von bis zu 3.000 Euro zu zahlen. Doch müssen Niedergelassene, die von diesem Instrument Gebrauch machen, wirklich die gesamte Belegschaft mit Extra-Geld bedenken? Oder können sie einzelnen Mitarbeitern die Zahlung verweigern?

Diese Frage beschäftigte auch das Amtsgericht Paderborn (06.07.2023, Az. 1 Ca 54/23). Im konkreten Fall ging es um ein Unternehmen, das während der Corona-Pandemie in Schieflage geraten war und seinen Mitarbeitern daher neue Arbeitsverträge angeboten hatte – ohne das bisher übliche Urlaubs- und Weihnachtsgeld. Jenen Arbeitnehmern, die die Offerte damals angenommen und zugunsten des Unternehmens auf Geld verzichtet hatten, stellte der Arbeitgeber für Dezember 2022 eine Inflationsausgleichsprämie von bis zu 1.000 Euro in Aussicht.

Wer hingegen weiterhin Urlaubs- und Weihnachtsgeld bezogen hatte, sollte bei der neuen Sonderzahlung leer ausgehen. Diese Arbeitnehmer seien nicht in vergleichbarem Maße von den inflationsbedingten finanziellen Einbußen betroffen wie die übrige Belegschaft, so das Argument. Gegen diese Ungleichbehandlung klagte eine Arbeitnehmerin – allerdings ohne Erfolg.

Das Gericht betonte zwar, der arbeitsrechtliche Gleichbehandlungsgrundsatz gebiete es, dass Praxischefs ihre Arbeit-

nehmer bei Anwendung einer selbst gegebenen Regelung gleichbehandeln (vgl. BAG, Az. 5 AZR 244/87). Vorliegend gebe es aber nachvollziehbare Gründe dafür, dem einen Mitarbeiter eine Prämie zu zahlen und dem anderen nicht. Die Differenzierung nach Kollegen, die auf Gratifikationen verzichtet, und solchen, die auf ihrem Recht beharrt hatten, sei legitim. Da die klagende Mitarbeiterin zur zweiten Gruppe gehöre, könne sie folglich keine Inflationsausgleichsprämie verlangen.

Fazit: Kein Arzt und keine Ärztin ist verpflichtet, dem gesamten Praxisteam eine Inflationsausgleichsprämie zu zahlen. Wird eine Unterscheidung getroffen, müssen aber nachvollziehbare Gründe vorhanden sein. Denkbar ist etwa, nach der Einkommenshöhe zu unterscheiden und nur MFA eine Prämie zu gewähren, während angestellte Kollegen wegen ihres höheren Gehalts leer ausgehen. Zudem muss klar sein, dass die Zahlung im Zusammenhang mit den erhöhten Lebenshaltungskosten steht und zusätzlich zum ohnehin geschuldeten Salär gewährt wird.

Judith Meister

VORAUSSETZUNGEN FÜR PRÄMIE

Damit eine Inflationsausgleichsprämie steuerfrei ist, muss sie

- zusätzlich zum Arbeitslohn fließen,
- in der Zeit vom 26. Oktober 2022 bis zum 31. Dezember 2024 geleistet werden,
- insgesamt die Summe von 3.000 Euro nicht übersteigen und
- ausdrücklich zur Abfederung der hohen Verbraucherpreise fließen.



NEUE STIKO-EMPFEHLUNG PNEUMOKOKKEN FÜR ERWACHSENE¹

APEXXNAR®: DER **EINZIGE** VON DER **STIKO EMPFOHLENE**
PNEUMOKOKKEN-IMPfstOFF FÜR ERWACHSENE.

1 IMPfstOFF DOSIS BESUCH

Nur mit APEXXNAR® können Sie Ihre
Patient:innen mit 1 Impfung STIKO-konform
vor Pneumokokken schützen.

**APEXXNAR® IST ALS STANDARD- UND
INDIKATIONSIMPfung EMPFOHLEN^{1,a,b}**

- a) Mit relevanter Grunderkrankung, wie angeborene oder erworbene Immundefekte, chronische Krankheiten und anatomische und fremd-körperassoziierte Risiken für Pneumokokken-Meningitis.
- b) Zusätzlich als Impfung in der beruflichen Indikation empfohlen: Berufliche Tätigkeiten wie Schweißen und Trennen von Metallen, die zu einer Exposition gegenüber Metallrauchen einschließlich metalloxidischen Schweißrauchen führen.
- 1) Robert Koch-Institut. STIKO: Aktualisierung der Empfehlungen zur Pneumokokken-Impfung. Epidemiologisches Bulletin 39/2023.

▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Dies ermöglicht eine schnelle Identifizierung neuer Erkenntnisse über die Sicherheit. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung zu melden. Hinweise zur Meldung von Nebenwirkungen, siehe Abschnitt 4.8 der Fachinformation.

Apexxnar® Injektionssuspension in einer Fertigspritze

Pneumokokkenpolysaccharid-Konjugatimpfstoff (20-valent, adsorbiert)

Zusammensetzung: Wirkstoffe: 1 Dosis (0,5 ml) enth.: Pneumokokkenpolysaccharid, Serotypen 1, 3, 4, 5, 6A, 7F, 8, 9V, 10A, 11A, 12F, 14, 15B, 18C, 19A, 19F, 22F, 23F, 33F: je 2,2 µg; Serotyp 6B: 4,4 µg; jeweils konjugiert an CRM197-Trägerprotein (ca. 51 µg pro Dosis) und adsorbiert an Aluminiumphosphat (0,125 mg Aluminium pro Dosis). Sonst. Bestandteile: Natriumchlorid, Bernsteinsäure, Polysorbat 80, Wasser f. Inj.-zwecke. Anwendungsgebiete: Aktive Immunisierung z. Prävention v. invasiven Erkrank. u. Pneumonie, d. durch *S. pneumoniae* verursacht werden, b. Personen ab e. Alter v. 18 Jahren. Die Anwend. v. Apexxnar® sollte gemäß offiziellen Empfehl. erfolgen. Gegenanzeigen: Überempfindlichk. gg. d. Wirkstoffe, gg. e.d. sonstigen Bestandteile od. gg. Diphtherie-Toxoid. Nebenwirkungen: Sehr häufig: Kopfschmerzen; Gelenkschmerz, Muskelschmerz; Schmerzen/Druckempfindlichk. an d. Impfstelle, Ermüd. Häufig: Induration/ Schwell. an d. Impfstelle, Erythem an d. Impfstelle, Fieber. Gelegentlich: Überempfindlichkeitsreakt., einschl. Gesichtssödem, Dyspnoe, Bronchospasmus; Diarrhoe, Übelkeit, Erbrechen; Ausschlag, Angioödem; Pruritus an d. Impfstelle, Lymphadenopathie, Urtikaria an d. Impfstelle, Schüttelfrost. Häufigkeit nicht bekannt: Vermind. Appetit; eingeschränkte Beweglichk. d. Arms. Nebenw. die auch b. Apexxnar® auftreten könnten: Anaphylaktische/anaphylaktoide Reakt., einschl. Schock; Erythema multiforme; Dermatitis an der Impfstelle. Bei gleichz. Gabe mit COVID-19-mRNA-Impfst.: zusätzl. Schwindelgefühl (gelegentlich).

Weitere Informationen s. Fach- u. Gebrauchsinformation. Abgabestatus: Verschreibungspflichtig. Pharmazeutischer Unternehmer: Pfizer Europe MA EEIG, Boulevard de la Plaine 17, 1050 Brüssel, Belgien. Repräsentant in Deutschland: PFIZER PHARMA GmbH, Linkstr. 10, 10785 Berlin. Stand: Dezember 2022.

b-3v2pv20-sui-0



Urlaubsanspruch

Brückentage 2024 – das gilt arbeitsrechtlich

Viele MFA möchten gerne an Brückentagen frei nehmen und mit wenig Urlaub möglichst viele freie Tage herausholen. Doch müssen Praxisinhaber das genehmigen? Und können Chefs umgekehrt Urlaub an Brückentagen anordnen, wenn sie selbst die Praxis für ein verlängertes Wochenende schließen wollen?

Mit Beiträgen wie „So verdoppeln Sie Ihren Urlaub“ oder „Wie Sie Urlaubstage 2024 geschickt nutzen“ warben zum Jahreswechsel viele Zeitungen, Magazine und Onlineportale um die Gunst ihrer angestellten Leser. Wer in der Fünf-Tage-Woche arbeitet, soll 2024 beispielsweise aus 27 Urlaubstagen 58 freie Tage machen können. Das Problem ist nur: Irgendjemand muss an Brückentagen den Praxisbetrieb aufrechterhalten. Praxisinhaberinnen und -inhaber finden sich dabei schnell in der undankbaren Rolle wieder, die Wünsche ihrer MFA nach Brückentagen ablehnen zu müssen. Das stößt nicht immer auf Verständnis. Bei Verhandlungen um die Urlaubsmaximierung sollten Ärzte daher den Durchblick behalten und arbeitsrechtlich korrekt entscheiden.

Urlaub an Brückentagen ist gesetzlich nicht geregelt

Eine gesetzliche Regelung speziell für Brückentage gibt es nicht, sie sind ganz normale Urlaubstage. Allgemeine Regelungen zur Verteilung des Urlaubs finden sich im Bundesurlaubsgesetz. Aber auch Tarifverträge oder Arbeitsverträge können den Urlaub regeln.

Nach § 7 Bundesurlaubsgesetz muss der Arbeitgeber bei der zeitlichen Festlegung des Urlaubs die Urlaubswünsche des Arbeitnehmers berücksichtigen, es sei denn, es stehen dringende betriebliche Belange oder vorrangige Urlaubswünsche anderer Arbeitnehmer entgegen. Außerdem muss der Urlaub grundsätzlich zusammenhängend gewährt werden. Damit wollte der Gesetzgeber sicherstellen, dass Mitarbeitende wenigstens einmal im Jahr eine längere Zeit am Stück frei haben. Urlaub ist nämlich aus Sicht des Gesetzgebers kein Selbstzweck, sondern dient dazu, die Arbeitskraft zu erhalten.

Einen grundsätzlichen Anspruch auf Urlaub an Brückentagen haben Mitarbeitende nicht. Damit es nicht zum Streit



DIESE TAGE BIETEN SICH 2024 ALS BRÜCKENTAGE AN

- **Tag der Arbeit**
Mittwoch, 1. Mai 2024
- **Christi Himmelfahrt**
Donnerstag, 9. Mai 2024
- **Fronleichnam**
Donnerstag, 30. Mai 2024
- **Mariä Himmelfahrt**
Donnerstag, 15. August 2024
- **Tag der Deutschen Einheit**
Donnerstag, 3. Oktober 2024
- **Reformationstag**
Donnerstag, 31. Oktober 2024

Foto: Ralf Geithe - stock.adobe.com

kommt, ist es für Praxisinhaber sinnvoll, die Mitarbeitenden zu Beginn des Jahres um ihre Urlaubswünsche zu bitten und einen Urlaubsplan für die Praxis aufzustellen. In einer Teambesprechung kann dieser dann diskutiert werden. Dabei muss der Arbeitgeber das Kunststück vollbringen, die Urlaubswünsche der MFA zu berücksichtigen, gleichzeitig aber auch zu entscheiden, wer bei kollidierenden Wünschen Vorrang hat. Eine Rolle kann dabei die Verteilung von Brückentagen im vergangenen Jahr spielen. So sind alle Mitarbeitenden eingebunden und die Urlaubsplanung läuft transparent ab. Klar ist aber auch: Am Ende entscheidet der Chef. Er muss die Urlaubsanträge genehmigen.

Ein Widerruf ist nur in absoluten Ausnahmefällen möglich

Ist der Urlaubsantrag für einen Brückentag einmal abgesegnet, kann der Urlaub nicht ohne weiteres einseitig verschoben werden. Dazu bedarf es einer einvernehmlichen Lösung. Nur in absoluten Ausnahmefällen darf der Chef den Urlaub wi-

derrufen. Etwa dann, wenn er aufgrund von Erkrankungen im Team an einem Brückentag allein in der Praxis stünde.

Nicht nur MFA möchten gerne an Brückentagen frei nehmen – auch Ärztinnen und Ärzte nutzen Brückentage gern, um ein verlängertes Wochenende mit der Familie oder Freunden zu verbringen. Patienten haben meist Verständnis dafür, wenn die Praxis an Brückentagen geschlossen bleibt. Dürfen Ärzte Urlaub an Brückentagen anordnen?

Der Arbeitgeber darf tatsächlich an Brückentagen den Betrieb schließen und für diese Tage Betriebsferien anordnen. Erforderlich dafür ist, dass dringende betriebliche Belange Vorrang vor den individuellen Urlaubswünschen der Arbeitnehmer haben. Solche dringenden betrieblichen Belange sind zum Beispiel eine ärztliche Weiterbildung an einem verlängerten Wochenende. Es genügt aber auch, dass die Ärzte der Praxis wegen ihres eigenen Urlaubs nicht in der Praxis anwesend sein werden.

Ina Reinsch



Ihre Fragen an unsere Rechtsexpertin

Ina Reinsch, Rechtsanwältin und A&W-Redakteurin



Foto: Christoph Vöhler

Ärzte-Zulassungsverordnung

Kann sich eine angestellte Kollegin selbst vertreten?

Eine angestellte Kollegin hat gekündigt, aber wir haben noch immer keine geeignete Nachfolge für sie gefunden. Kann sich die ausscheidende Kollegin übergangsweise selbst vertreten?

Dr. Beatrice A. aus Rheinland-Pfalz

Es besteht die Gefahr, dass die Kassenärztliche Vereinigung die Vertretung ablehnt (falls sie überhaupt genehmigt und nicht nur angezeigt werden muss, was von der Dauer der Vertretung abhängt). Dann könnten die Leistungen der Kollegin von



der KV nicht vergütet werden mit dem Argument, dass sich ein Arzt nicht selbst vertreten könne. Höchststrichterlich geklärt

ist diese Rechtsfrage nicht. Die Ärzte-Zulassungsverordnung ermöglicht die Beschäftigung eines Vertreters für einen angestellten Arzt für die Dauer von sechs Monaten, wenn der angestellte Arzt freigestellt ist oder das Anstellungsverhältnis durch Tod, Kündigung oder andere Gründe beendet ist (§ 32b Absatz 6 Satz 2). Dies sind aber nur Beispiele. Dem Wortlaut nach wäre demnach eine Vertretung nicht ausgeschlossen. Das Sozialgericht Marburg hat 2022 in einem ähnlichen Fall auch genau so entschieden.

Krankschreibung

Bahnfahren trotz AU?

Eine MFA hat sich an einem Freitag mit einer AU-Bescheinigung krankgemeldet, war aber offensichtlich nicht zu krank, um sechs Stunden mit der Bahn zu ihrer Mutter zu fahren, wie ich erfahren habe. Kann ich sie deswegen abmahnen?

Holger G. aus Schleswig-Holstein

Für Sie liegt der Verdacht nahe, dass Ihre Mitarbeiterin nicht arbeitsunfähig war, sondern ein verlängertes Wochenende zu Hause verbringen wollte? Einer AU-Bescheinigung kommt ein hoher Beweiswert zu. Wenn ein Arzt eine Arbeitsunfähigkeit attestiert hat, kann man davon ausgehen, dass er dabei sorgfältig vorgegangen ist, so wie Sie das bei Ihren Patienten auch tun. Ob eine mehrstündige Bahnfahrt den Beweiswert einer AU-Bescheinigung erschüttert, ist eine Frage des

Einzelfalls. Man muss festhalten: Ein paar Stunden in der Bahn sind wahrscheinlich weniger anstrengend als ein Arbeitstag in der Praxis. Zudem erfordert nicht jede Erkrankung Bettruhe. Eine Abmahnung stünde nur mit diesen Informationen auf wackeligen Beinen.



Jetzt archivieren!

PDF-Download unter:
AuW.de/Rechtsexpertin



A&W-Kontakt

Schicken Sie uns Ihre Fragen:
Sie erreichen uns per E-Mail unter
ina.reinsch@medtrix.group

und per Fax unter
08191 3055591

Jobsharing

Honorarkürzung rechtmäßig?

Meine Kollegin und ich arbeiten im Jobsharing. Nun wurde uns das Honorar gekürzt, weil wir die Leistungsobergrenzen überschritten hätten – die wir aber vorher gar nicht kannten. Wie kann das sein?

Dr. Marlene S. aus Baden-Württemberg

Die Leistungsobergrenzen sind an die Entwicklung des Fachgruppenniveaus gekoppelt. Sinkt dieser, sinken auch die Leistungsobergrenzen. Bei Überschreitung der Leistungsobergrenzen kürzt die Kassenärztliche Vereinigung (KV) das Honorar. Das Problem ist, dass die KVen die konkreten Leistungsobergrenzen sowie die dafür maßgeblichen Fachgruppenniveaus gar nicht veröffentlichten. Da stellt sich natürlich die Frage, wie sich Ärztinnen und Ärzte danach richten sollen? Das Landessozialgericht Hamburg hat in einem ähnlichen Fall entschieden, dass solche Honorarkürzungen dennoch rechtmäßig seien, auch wenn die betroffenen Ärzte die entsprechenden Kennzahlen erst mit dem Kürzungsbescheid mitgeteilt bekommen. Wer von einer höheren Leistungsobergrenze profitieren könne, müsse eben auch mit einer Kürzung rechnen. Eine höchstrichterliche Entscheidung gibt es zu der Frage nicht. Mein Rat für die Zukunft: Den Fachgruppenniveaus beobachten und bei der KV aktiv nachfragen.

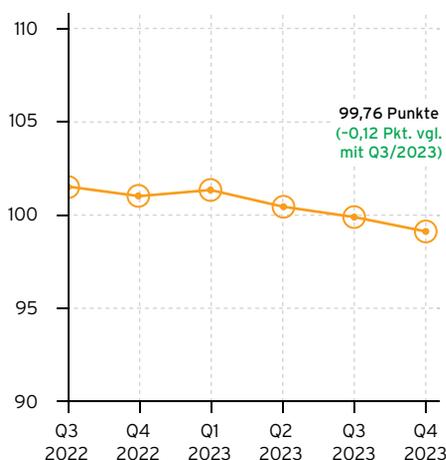


Preisindex

Verbrauchsmaterial hat sich nicht verteuert

Auch im letzten Quartal 2023 stehen die Zeichen auf Entspannung: Die Kosten für ärztliches Zubehör gehen insgesamt wieder leicht zurück, einen Rückgang gab es zuvor schon im zweiten und dritten Quartal. Trotzdem ist der Blick in die Zukunft von Unsicherheiten geprägt.

ZEITLICHER VERLAUF



Quelle: Praxisdienst

Übersicht Einzelkategorien	
Desinfektion	97,13 Pkt. (-0,74 Pkt.)
Infusion & Injektion	101,95 Pkt. (+1,42 Pkt.)
Laborbedarf	101,57 Pkt. (+1,29 Pkt.)
OP-Bedarf (Einmalinstrumente und Sets)	101,13 Pkt. (-0,35 Pkt.)
OP-Bedarf (Sonstiges)	101,68 Pkt. (+0,93 Pkt.)
Papierprodukte (Hygiene)	100,47 Pkt. (-0,17 Pkt.)
Schutzkleidung	95,36 Pkt. (-2,01 Pkt.)
Wund- & Verbandstoffe	98,80 Pkt. (-1,38 Pkt.)

SO FUNKTIONIERT DER PRAXISDIENST-PREISINDEX

- Der Onlineshop Praxisdienst beobachtet permanent die Änderung der Marktpreise und passt seine Verkaufspreise daran. Da niedergelassene Ärzte die Ausgaben für Verbrauchsmaterial selbst tragen müssen, ist die systematische Erfassung und Darstellung dieser Kostenposition nützlich für eine effiziente Praxisplanung.
- Der Preisindex bildet quartalsweise die durchschnittlichen Verkaufspreise im Praxisdienst-Onlineshop ab. Er setzt sich aus acht gleichgewichteten Produktkategorien zusammen. Darin erfasst sind jeweils die 25 meistverkauften Artikel. Basis, um die Entwicklung im Zeitverlauf bestimmen zu können, ist das erste Quartal 2021 mit einem Ausgangswert von 100 Punkten.
- In jeder Kategorie werden die beiden Artikel mit den stärksten Abweichungen zum letzten Quartal - positiv wie negativ - nicht zur Berechnung herangezogen. Damit möchte Praxisdienst ausschließen, dass extreme Preisveränderungen bei Einzelartikeln den Index verzerren, zum Beispiel aufgrund von Lieferproblemen eines Herstellers oder stark erhöhter Nachfrage.

Das Auf und Ab scheint erstmal vorbei zu sein: Der Preisindex stabilisiert sich nachhaltig.

Die Kurve geht erfreulicherweise weiter nach unten: In Q4/2023 liegt der Preisindex des Onlineshops „Praxisdienst.de“ (siehe Kasten rechts) bei 99,76 Punkten und ist damit um 0,12 Punkte im Vergleich zum dritten Quartal gesunken. Bereits in Q2 und Q3 hat der führende Onlinehändler für Praxismaterial einen insgesamt sinkenden Preisindex verzeichnet. Zuvor hatten Ärztinnen und Ärzte bei den Waren mit erheblichen Preissteigerungen zu kämpfen, vor allem im dritten Quartal 2022 und im ersten Quartal 2023.

In den Einzelkategorien (siehe Tabelle) gibt es zum Teil aber noch Unterschiede: Während die Preise vor allem für Schutzkleidung sowie Wund- und Verbandmaterial zurückgegangen sind, mussten Niedergelassene bei Infusionszubehör etwas tiefer in die Tasche greifen. Gestiegen sind im vierten Quartal unter anderem auch die Kosten für Laborbedarf. Trotz einzelner Schwankungen hat sich die Lage nachhaltig gebessert: „Wir würden vorerst von einer Stabilisierung der Preise ausgehen“, kommentiert Praxisdienst-Preismanager

Christian Nieder die jüngsten Zahlen gegenüber ARZT & WIRTSCHAFT.

Nach wie vor hohe Energie- und Personalkosten bleiben ein Faktor und machen es schwer, eine genaue Prognose für die Preisentwicklung im bevorstehenden Jahr zu treffen, wenngleich Nieder betont: „Allerdings hat uns die Vergangenheit gelehrt, dass dies sich nicht immer direkt mit steigenden Preisen bemerkbar macht. Dies ist dem Wettbewerb und dem damit verbundenen Konkurrenzdruck geschuldet. Der Markt kalkuliert dann lieber mit geringeren Margen.“

Preise können auch von Handelswegen abhängen

Zudem könnten weltweite Konflikte die Lieferung von Verbrauchsmaterial erschweren. Große Reedereien hatten zuletzt den Suezkanal gemieden, aus Angst, dass ihre Schiffe von jemenitischen Huthi-Rebellen im Roten Meer angegriffen werden. Sie nehmen deshalb lange Umwege in Kauf, um ihre Fracht sicher zu verschiffen.

Auch darauf hat Nieder ein Auge: „Wer weiß, welche Kosten noch bezüglich

der Suezkanal-Thematik und steigenden Frachtraten für Container auf uns zukommen. Wir werden sehen, wie sich das ganze im ersten Quartal 2024 entwickelt.“ Durch diese Unsicherheitsfaktoren bleibt es für Praxisinhaber empfehlenswert, beim Zubehör auf Rabatte zu achten und dann das entsprechende Material auf Vorrat zu bestellen.

Heiko Fekete

Betriebskostenabrechnung

So vermeiden Sie Streit mit Ihren Mietern

Gesetzliche Änderungen, stark steigende Nebenkosten und hohe Nachzahlungen lassen nun viele Mieter ganz genau hinschauen. Möglichst transparente Abrechnungsverfahren beugen dabei Konflikten vor.

Der Anstieg der Mietnebenkosten dürfte auch in diesem Jahr in vielen Mietverhältnissen für Zündstoff sorgen. So beträgt der durchschnittliche Anstieg für das Jahr 2022 satte 120 Prozent im Vergleich zu 2019. Das hat die Plattform Mineko.de auf Basis von mehr als 2.500 Vorabrechnungen ermittelt. Pro Quadratmeter werden im Jahr 2022 rund 6,40 Euro an Nebenkosten fällig. Treiber dieser Entwicklung sind unter anderem die Inflation, die neu berechnete Grundsteuer sowie anteilig umgelegte Kosten für energetische Sanierungen. Zudem steigen die Kosten für Heizung und Warmwasser um bis zu 300 Prozent. Eine hohe Belastung, die Mietende häufiger als sonst zu einer genauen Prüfung veranlassen dürfte.

Aufteilungen detailliert ausweisen

Sowohl für Vermieter als auch für Mieter bietet der Betriebskostenspiegel einen ersten Anhaltspunkt, ob alles rechtens ist. Insbesondere, wenn die veranschlagten Kosten über diesem Spiegel liegen, sollte genau hingeschaut werden: Sind die Belege korrekt? Wurden auch Kosten ausgewiesen, die gar nicht umlagefähig

sind? Sind Entlastungen und der CO₂-Kostenanteil ausgewiesen?

Grundsätzlich mussten die Nebenkostenabrechnung für den Zeitraum 1. Januar bis 31. Dezember 2022 bis spätestens 31. Dezember 2023 bei den Mietenden eingegangen sein. Da der 31. Dezember auf einen Sonntag fiel, verschob sich die Frist auf den nächsten Werktag, also auf den 2. Januar 2024.

Entlastungsbeträge bei den Heiz- und Stromkosten sind auszuweisen, sodass Marktpreis und Energiepreisbremse erkennbar sind. Für die Nebenkostenabrechnung 2023 wird auch die Aufteilung der CO₂-Abgabe relevant. Das Aufteilungsverhältnis richtet sich nach den Treibhausgasemissionen des Gebäudes. Je höher der CO₂-Ausstoß, desto mehr muss der Vermieter zahlen. Die Brennstofflieferanten müssen die CO₂-Emissionen und die Abgabe in ihren Rechnungen an die Vermieter ausweisen. Ein Online-Tool zur Berechnung des umlagefähigen Anteils stellt das Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz zur Verfügung (co2kostenaufteilung.bmwk.de). Achtung: Wird der Anteil der CO₂-Kosten in der

Nebenkostenabrechnung nicht ausgewiesen, so können Mietende die Heizkosten um drei Prozent kürzen (§ 7 Abs. 4 CO₂KostAufG). Bei Einfamilienhäusern und Wohnungen mit Gasetagenheizungen müssen Mietende mit selbst geschlossenen Verträgen persönlich aktiv werden. Sie können ihren Erstattungsanspruch innerhalb von zwölf Monaten nach Erhalt der Rechnung schriftlich geltend machen.

Monatliche Informationspflichten

Eine weitere Stolperfalle ist die monatliche Informationspflicht über den Heiz- und Warmwasserverbrauch, die seit Januar 2022 für Wohnungen mit fernablesbaren Messgeräten gilt. Dazu gehören der Verbrauch des letzten Monats in Kilowattstunden sowie ein Vergleich mit dem Vormonat und dem Vorjahresmonat. Fehlt diese Information, die digital übermittelt werden kann, sollten Mietende sie einfordern. Wird sie dann immer noch nicht zur Verfügung gestellt, dürfen Mietende ihren Heizkostenanteil um drei Prozent kürzen. Im Wiederholungsfall können diese Minderungsrechte kumulieren.

Deborah Weinbuch

WAS DARF UMGELEGT WERDEN?

Bei den zulässigen Abrechnungspositionen lohnt der genaue Blick

Heizungsnebenkosten dürfen abgerechnet werden: so etwa die Reinigung und Wartung der Anlage oder die Miete von Erfassungsgeräten. Reparaturkosten dürfen dagegen nicht umgelegt werden. Auch Instandhaltungen, wie ein Fassadenanstrich, sind nicht umlagefähig; ebenso wenig Verwaltungskosten (Gebühren, Zinsen, Porto- und Telefonkosten). Eine einmalige, anlassbezogene oder saisonale Schädlingsbekämpfung darf Mietenden ebenfalls nicht in Rechnung gestellt werden. Nicht umlagefähige Kosten können jedoch in der Regel steuerlich geltend gemacht werden.



Es spart Ärger, wenn man bei der Erstellung der Nebenkostenabrechnung sorgfältig ist.



Sturm, Schnee und Starkregen

Welche Versicherung für Schäden rund um die Arztpraxis zahlt

Wenn der Ernstfall eintritt, geht es oft sehr schnell: Ein Feuer verwüstet die Praxis oder Starkregen setzt die Räume unter Wasser. Damit es im Nachhinein nicht noch eine böse Überraschung gibt, sollten Praxisinhaber bei ihrem Versicherungsschutz genau hinsehen.

Um den Jahreswechsel herum, kam es in einigen Regionen Deutschlands zu Hochwasser und Überschwemmungen durch Dauerregen. Wer als Immobilienbesitzer einer Praxis nur eine **Gebäudeversicherung** abgeschlossen hat, kann in so einem Fall eine böse Überraschung erleben. Denn diese Policen bieten nur Schutz bei Schäden durch Feuer, Leitungswasser sowie Sturm und Hagel.

- **Feuer:** Das umfasst Schäden, die durch Brand, Blitzschlag, Explosionen oder Implosionen entstehen, sowie Folgeschäden durch Rauch, Ruß und Löschen.

- **Leitungswasser:** Die Schäden müssen – wie es im schönsten Versicherungsdeutsch heißt – durch bestimmungswidrig ausge-

tretenes Leitungswasser verursacht worden sein. Im Klartext bedeutet das: wenn zum Beispiel Leitungswasser aus Schläuchen zu Wasch- und Geschirrspülmaschinen oder zu Heizungs- und Klimaanlage austritt. Auch Rohrbrüche, Frost- und Nässeschäden sind hier einzuordnen.

- **Sturm und Hagel:** Darunter fallen Schäden, die ab Windstärke 8 verursacht werden. Bei Hagelschäden zahlt der Versicherer unabhängig von der Windstärke. Doch Vorsicht! Bestimmte Unwetterschäden wie Überschwemmungsschäden durch Starkregen gehören meist nicht zur Wohngebäudeversicherung.

Wer auf der sicheren Seite sein will, muss daher aufstocken und einen Zu-

satzschutz abschließen: **eine Elementarschadenversicherung** (auch Naturgefahrenversicherung genannt). Nur damit schützen Ärztinnen und Ärzte ihre Praxisimmobilie gegen Überschwemmungen und Rückstauschäden. Aber auch Schäden durch Erdbeben, Erdsenkung, Erdbeben, Schneedruck, Lawinen und Vulkanausbruch sind mit einer Elementarschadenversicherung abgedeckt.

Praxisinhaber sollten außerdem darauf achten, dass ausdrücklich auch Schäden durch Starkregenfälle mitversichert werden. Denn dieses Risiko besteht nicht nur für jede Praxis, Starkregen gehört in Deutschland auch zu den häufigsten Naturkatastrophen. »

Eine Elementarversicherung deckt jedoch keine Schäden ab, die entstehen, wenn Grundwasser unterirdisch ins Gebäude eindringt. Hier lässt sich über die Details jedoch oft trefflich streiten, sodass es empfehlenswert sein kann, einen Fachanwalt zurate zu ziehen.

Was das Praxisinventar angeht, müssen Ärzte, um auf dem Schaden nicht sitzen zu bleiben, allerdings noch eine gesonderte Police haben: Die **Praxisinventarversicherung** ist zuständig, wenn die kaufmännische und technische Betriebseinrichtung einer Praxis zu Schaden kommt.

Was Versicherer zahlen müssen

Versicherungen, die Elementarschäden umfassen, kommen sowohl für die Feststellung des Schadens auf als auch für die Wiederherstellung des vorherigen Zustands. Aufräum- und etwaige Abbrucharbeiten sind daher ebenso von der Leistungspflicht eingeschlossen wie Reparatur- beziehungsweise Renovierungskosten oder gar der Neubau der Immobilie.

Beitragshöhe hängt auch vom Ort ab

Günstig ist ein optimaler Unwetterschutz allerdings nicht. Das liegt nicht nur daran, dass für eine gut ausgestattete Praxis oft auch die Versicherungssumme entsprechend hoch sein muss. Je nachdem, wo die Immobilie liegt, können die Prämien extrem unterschiedlich ausfallen.

Wer in einer Region praktiziert, die regelmäßig unter Wasser steht, muss für seinen Schutz deutlich tiefer in die Tasche greifen als Praxisinhaber in Gebieten, die eher von Dürren als von Überschwemmungen heimgesucht werden.

Die Versicherungsbranche hat abhängig von der Lage eines Ortes Gefährdungsklassen entwickelt. Dieses Zonierungssystem für Überschwemmung, Rückstau und Starkregen (kurz ZÜRS) fasst dafür versicherungsrelevante Geodaten zusammen.

➔ WARUM SIE IHRE ZÜRS-ZONE KENNEN SOLLTEN

Der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) hat ein Zonierungssystem für Überschwemmung, Rückstau und Starkregen (ZÜRS) eingeführt. Es gibt vier Zonen beziehungsweise Gefährdungsklassen (GK), die das statistische Hochwasserrisiko angeben. Je höher das Risiko ist, desto teurer wird der Versicherungsschutz. Die gute Nachricht: Laut GDV liegen in Deutschland über 90 Prozent der Immobilien in der Gefährdungsklasse 1 und können ohne Probleme gegen Elementarschäden versichert werden. Nur rund zwei Prozent liegen in GK 3 oder 4. In diesen Fällen kann es allerdings sein, dass der Versicherungsschutz verweigert wird.

- GK 1: Hochwasser seltener als 1 x alle 200 Jahre
- GK 2: Hochwasser 1 x in 100 bis 200 Jahren
- GK 3: Hochwasser 1 x in 10 bis 100 Jahren
- GK 4: Hochwasser mindestens 1 x in 10 Jahren

Auf diese Weise können Allianz & Co. das Risiko besser kategorisieren. Um möglichst genaue Vorhersagen treffen zu können, erfassen die Statistiker Jahr für Jahr die Überschwemmungsdaten sämtlicher Wasserwirtschaftsämter und integrieren diese in regelmäßigen Abständen in ihre Datenbank. Derzeit gibt es in Deutschland vier ZÜRS-Zonen, in die die Versicherer Gebäude einordnen (siehe Kasten oben). Mithilfe dieser Gefährdungsklassen werden dann die Versicherungsbeiträge berechnet.

Bedeutung der Starkregengefährdung

ZÜRS definiert überdies nicht nur, wie häufig es an einem bestimmten Standort zu Überschwemmungen kommt. Es zeigt auch, wie hoch das Risiko jeder einzelnen Immobilie ist, durch Starkregen beschädigt zu werden. Hierfür hat die Branche drei Starkregengefährdungsklassen (SGK) entwickelt.

- SGK 1 (geringere Gefährdung) umfasst Gebäude auf einer Kuppe oder oberhalb eines Hangs.
- SGK 2 (mittlere Gefährdung) gilt für Gebäude, die in der Ebene oder im unteren beziehungsweise mittleren Bereich eines Hangs, aber nicht in Bachnähe stehen.

ren beziehungsweise mittleren Bereich eines Hangs, aber nicht in Bachnähe stehen.

- SGK 3 (hohe Gefährdung) umfasst Immobilien in Tälern oder in der Nähe eines Bachs beziehungsweise Flusslaufs.

Vorgehen im Schadensfall

Versicherte müssen versuchen, den Schaden so gering wie möglich zu halten. Bei einem Brand müssen sie sofort die Feuerwehr rufen, bei einem eingefrorenen Rohr eine Fachkraft, die es wieder auftaut. Tritt Leitungswasser aus einem Schlauch, muss schnellstmöglich der Haupthahn abgedreht werden.

Als nächsten Schritt sollten Ärzte den Schaden dokumentieren und Beweise sichern, idealerweise auch mit Bildern und Videos, auf denen zu erkennen ist, wann genau die Aufnahmen erstellt wurden. Zudem sollten sie mit den Aufräumarbeiten so lange warten, bis der Versicherer die Stätte des Geschehens selbst besichtigt hat. Der Schaden sollte der Versicherung dann sofort gemeldet werden – viele Versicherer ermöglichen dies inzwischen auch durch eine Onlinemeldung.

Judith Meister

4 Nächte im XL-Zimmer inkl. à-la-carte-BIO-Frühstück für 2 Personen zu gewinnen!

Ein Wiener Hotel mit ganz besonderem Flair

Im ersten Bezirk in Wien, Downtown vom Feinsten, ist das gute Leben zu Hause. Die Hollmann Beletage ist ein einzigartiges Boutiquehotel. Die moderne Interpretation von Leben in Wien in einem Gründerzeithaus.



Fotos: heldentheater/J. Gleiter/C. Sauper/Hollmann Beletage

Normale Hotelzimmer gibt es in Wien an jeder Ecke. Die Hollmann Beletage gibt es nur einmal. Der charmanten Gemütlichkeit des Hotels mit 25 Zimmern und einer Suite hinter historischen Fassaden kann man sich nicht entziehen.

Die Séparée Suite muss man gesehen haben: Auf 95 m² lassen Hotelgäste ihren Träumen dort freien Lauf – vom Himmelbett über das „Tröpferbad“, vom Badezimmer mit frei stehender Badewanne bis zu einem Kamin und vielem mehr. Was ist ein Tröpferbad? Ein zeitgemäß interpretierter Erholungsraum mit einem ganz besonderem Esprit.

Am Abend ins Kino

An kurzen Wintertagen kommt man abends gerne in das Kino in der Hollmann-Beletage mit Popcorn zur freien Entnahme. Oder in das Spa – liebevoll Spa´scherl genannt. Es bietet eine traumhafte Sauna mit Ruheraum – eine Wohltat, wenn es draußen kalt ist. Im Wohnzimmer warten Brettspiele für entspannte offline-time. In der Minibar steht der Abendtrunk bereit. Die Gäste sind begeistert.

Ein perfekter Start in den Tag

Ein Start in einen Wien-Tag könnte nicht besser sein als in der Beletage. Zum Frühstück – von 7.00 bis 11.30 Uhr – gibt es regionale Käse- und Wurstspezialitäten, regionales Gebäck, frische Palatschinken, Hendlsuppe mit Frittaten, das „Ei des Tages“, ein Wiener Fiakergulasch, frisch gepressten Saft und noch viel mehr. Fortsetzung folgt von 15 bis 17 Uhr mit der Altwiener Leberkäse Jausenstation, bei der es Bier zum selber Zapfen gibt. Die Hollmann Beletage bietet ein „Crazy Winter Package“ vom 7.01. - 21.03.24: Drei Nächte buchen und 25 % sparen, inklusive à la carte BIO-Frühstück (ausgenommen 20.02.–02.03.24).

➔ Weitere Informationen zum Hotel unter: www.hollmann-beletage.at

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Dann machen Sie gleich bei der Verlosung mit.

GEWINNFRAGE

Bis wie viel Uhr gibt es Frühstück im Hotel?



Die Antwort finden Sie im Text. Tragen Sie die Antwort gleich in das Teilnahmeformular auf www.auw.de/beletage ein und Sie nehmen automatisch an der Verlosung teil.

Einsendeschluss ist der 25.02.2024.

Der Gewinner wird via Losziehungsverfahren unter Ausschluss des Rechtswegs ermittelt und von uns benachrichtigt. Teilnahmebedingungen und Datenschutzbestimmungen finden Sie auf www.arzt-wirtschaft.de/beletage

Jeden Monat eine Reise zu gewinnen!

ARZT & WIRTSCHAFT
arzt-wirtschaft.de



Erfahrungswerte

Praxisabgabe oft leichter als gedacht

Früher konnten Ärztinnen und Ärzte ihre Praxis so lukrativ verkaufen, dass der Erlös den gewohnten Lebensstandard auch im Alter sicherte. Diese Zeiten sind zwar vorbei – trotzdem machen jetzt Kollegen, die in den letzten zehn Jahren in den Ruhestand gingen, neue Hoffnung.

Für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte stellt der Erlös aus der Praxisabgabe eine wichtige Säule ihrer Altersvorsorge dar. Doch viele sorgen sich mittlerweile, ob sie ihre Praxis noch so einfach verkaufen können wie die Kollegen aus früheren Zeiten. Die gute Nachricht vorweg: Tatsächlich verläuft die Praxisabgabe einfacher als viele denken, wie eine aktuelle Befragung der apoBank zeigt.



So lange dauert der Praxisabgabeprozess

Für die Studie wurden 400 selbstständige Heilberufler und Heilberuflerinnen befragt. Die eine Hälfte ging innerhalb der letzten zehn Jahre in den Ruhestand, die andere Hälfte möchte die Praxis in den nächsten sechs Jahren abgeben. Bei den Ergebnissen war vor allem die Diskrepanz zwischen Vorstellung und Wirklichkeit interessant. Denn diese klappt häufig ganz schön auseinander. So befürchteten die noch tätigen Ärzte, dass der gesamte Praxisabgabeprozess 28 Monate dauern wird. In der Realität benötigten ihre Ruhestands-Kollegen aber nur 20 Monate. Ganz anders als gedacht entwickelte sich auch die Praxisübergabe. Nur 31 Prozent planen einen sofortigen Ausstieg, doch 55 Prozent der Ruheständler sind sofort ausgestiegen. Vor allem die Frauen fackelten nicht lange. 63 Prozent hörten sofort auf, während es bei den Männern 49 Prozent waren.



Auslöser für die Praxisabgabe

52 Prozent der Berufstätigen nennen als Hauptgrund für die geplante Praxisabgabe, dass sie mehr Zeit haben und das Leben genießen wollen. Tatsächlich sind es genauso viele, die aus einem ganz anderen Grund den Arztberuf an den Nagel hängten. Denn 52 Prozent der Ex-Praxisinhaber hörten auf, weil sie schlicht das Rentenalter erreicht hatten. Als zweithäufigster Grund wurde mehr Zeit haben und das Leben genießen genannt (46 %). Auch bei den anderen genannten Gründen gab es Abweichungen. „Veränderung in der Berufsausübung“ (37 % der noch Aktiven versus 34 % der Ruheständler), „weniger Arbeit und Verantwortung haben“ (32 % versus 39 %).



Die größten Herausforderungen bei der Abgabe

Auch hier malen sich die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte die Zukunft schwärzer aus, als sie teilweise ist. Die meisten (69 %) befürchten große Schwierigkeiten, um einen Interessenten für ihre Praxis zu finden, nur 17 Prozent erwarten geringe Probleme. Zum Glück können die Ruhestands-Kollegen etwas Entwarnung geben. Denn ihre Erfahrung war eine andere. 37 Prozent hatten zwar große Schwierigkeiten, einen Interessenten zu finden, doch bei 52 Prozent klappte es gut.

Allerdings findet auch jeder zehnte Niedergelassene keinen Nachfolger. „Die Gründe sind vielfältig“, sagt Daniel Zehnick, Bereichsleiter Gesundheitsmarkt und Beteiligungen bei der apoBank. „Mal handelt es sich um eine Praxis auf dem Dorf, mal um eine mit zu geringem Ertrag. Aus diesem Grund ist es besonders wichtig, sich rechtzeitig mit dem Thema Abgabe zu beschäftigen und diese aktiv vorzubereiten.“

Die Berufstätigen sorgen sich zudem darum, keinen guten Erlös zu erzielen (53 %), tatsächlich konnten immerhin 55 Prozent der Ex-Praxisinhaber eine zufriedenstellende Summe aushandeln. Auch bei den Punkten „Planung und Organisation“ sowie „Praxiswert marktgerecht einschätzen“ sieht die Wirklichkeit rosiger aus als befürchtet. 64 Prozent beziehungsweise 67 Prozent hatten damit keine Schwierigkeiten.



An wen die Praxis übergeben wird

Für viele Niedergelassene ist es ein Herzenswunsch, ihr Lebenswerk und ihre Patienten in gute Hände zu übergeben. Und doch ist es für 63 Prozent noch nicht absehbar, an wen sie ihre Praxis abgeben werden. Auch die meisten nicht mehr Aktiven (53 %) wussten vorher nicht, wer der Nachfolger wird. Bei 31 Prozent der Hausärzte und 26 Prozent der Fachärzte war es eine Kollegin oder ein Kollege, bei sieben bzw. zwei Prozent ein Familienmitglied. Auch das persönliche Netzwerk war hilfreich und führte bei 17 Prozent beziehungsweise 23 Prozent zum Erfolg.

» Fotos: UKRAINIJA/N - stock.adobe.com



Wie viele Ärztinnen und Ärzte ihren Wunscherlös erhalten

Schaut man in die Statistik, dann erhalten Ärzte beim Praxisverkauf grundsätzlich in den Großstädten am meisten. Eine hausärztliche Einzelpraxis kostet dort im Schnitt 114.300 Euro, auf dem Land sind es mit rund 81.300 Euro deutlich weniger. „Die Kaufpreise von Arztpraxen hängen ähnlich wie bei Immobilien eng mit der Lage zusammen“, erklärt Daniel Zehnich. Die fachärztlichen Kolleginnen und Kollegen dürfen sich dagegen über mehr Erlös freuen. Für eine gynäkologische Praxis wird zum Beispiel im Schnitt über 250.000 Euro bezahlt, für eine orthopädische sogar rund 507.000 Euro.

Aber können die Abgabewilligen auch immer den Erlös realisieren, den sie sich wünschen? In der aktuellen Umfrage sagten nur 36 Prozent der Hausärzte, dass sie ihren Wunschpreis durchgesetzt hatten. 58 Prozent mussten ihn reduzieren, vier Prozent konnten ihn erhöhen. Bei den Fachärzten erzielten 50 Prozent den genannten Preis, 40 Prozent weniger und zehn Prozent mehr.



Praxismodernisierung wirkt sich positiv auf späteren Verkaufspreis aus

Die Hälfte der Befragten modernisierte ihre Praxis im Vorfeld, um später einen besseren Verkaufspreis zu erreichen. Rückblickend sagen die meisten, dass sich diese Investitionen gelohnt haben. Auf einer Skala von eins bis fünf – gar nicht gelohnt bis äußerst gelohnt – lagen 20 Prozent der Hausärzte und 27 Prozent der Fachärzte im Bereich äußerst gelohnt, dicht gefolgt von 40 Prozent der Hausärzte und 32 Prozent der Fachärzte, die sich auf Platz vier dieser Skala einordneten. Für nur

fünf Prozent der Hausärzte und neun Prozent der Fachärzte war die Modernisierung nutzlos.



Welche Modernisierungsmaßnahmen Praxisinhaber vor der Abgabe durchführten

Auf Platz eins der Maßnahmen zur Rentabilitätssteigerung landeten Digitalisierungsmaßnahmen. Aber auch die Senkung der Betriebskosten, Personalentwicklung, Renovierung der Praxis und Energieeffizienzmaßnahmen sowie neu angeschaffte Geräte standen hoch im Kurs.



Was Ärzte mit dem Käuferlös machen

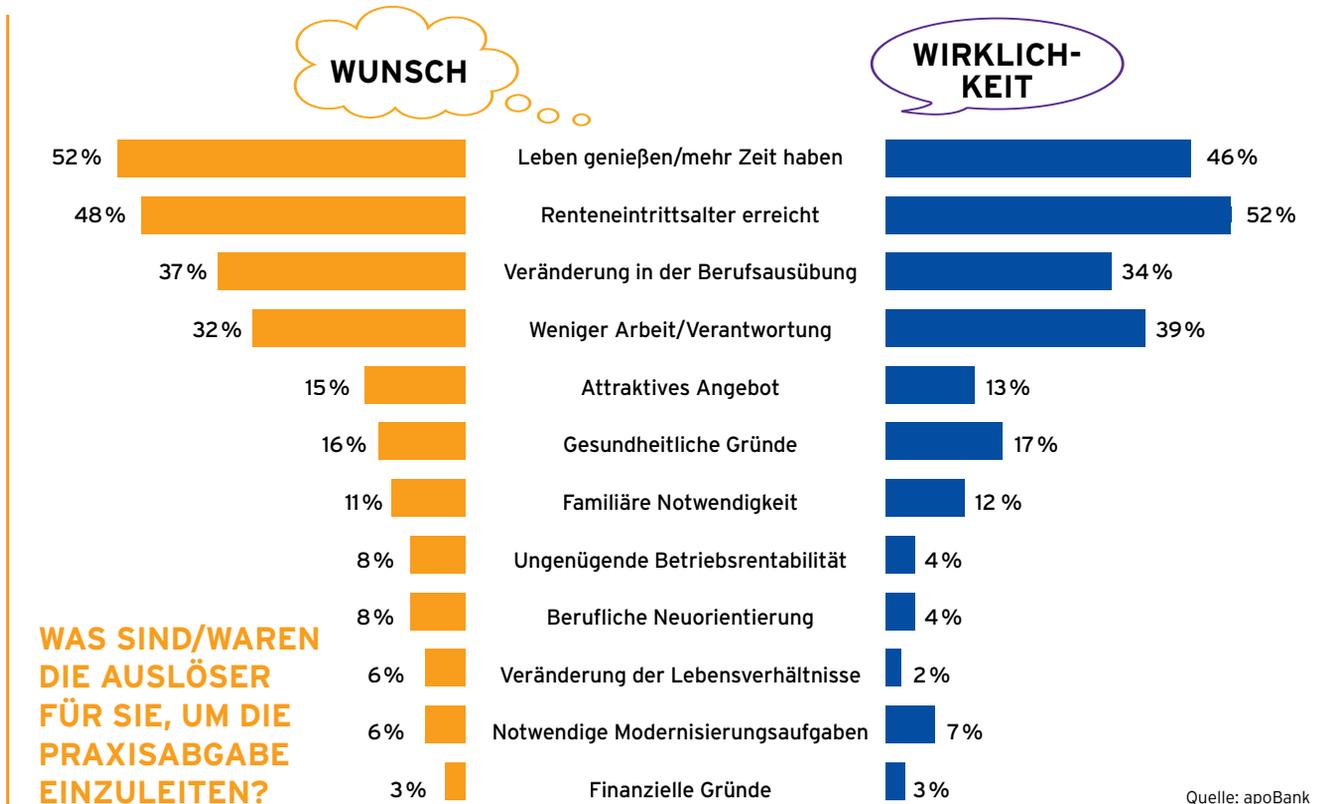
Die meisten finanzieren sich ihren Ruhestand mit dem Erlös aus ihrem Praxisverkauf. Viele nehmen das Geld auch, um langfristig ihr Vermögen damit weiter aufzubauen. Außerdem wird es für schlechte Zeiten zurückgelegt, in Immobilien investiert oder verschenkt, vererbt und verliehen.



Käuferlös ist zu wenig für die Altersvorsorge

Auch wenn die Realität nicht so düster aussieht, wie von vielen befürchtet: Allein durch den Praxisverkauf kann der gewohnte Lebensstandard nicht gewährleistet werden. So stellten 57 Prozent fest, dass sie aus dem Verkaufserlös ihre Altersvorsorge nur zum Teil decken konnten. „Daher sollte die Altersvorsorge idealerweise nach mehreren Seiten hin erfolgen“, rät Reinhard Pffingsten, Chief Investment Officer der apoBank. „Die Rente aus dem Versorgungswerk ist eine wichtige Basis, aber die private Altersvorsorge und Vermögensbildung sind wichtige Ergänzungen – und je früher sie beginnen, desto besser.“

Melanie Hurst



Fotos: Wise ant - stock.adobe.com, UKRAINIAN - stock.adobe.com



Erblicher Darmkrebs

Ich weiß jetzt, was soll es bedeuten

Seltene Varianten des Tumorsuppressor-Gens APC, die zu erblichem Darmkrebs führen können, lassen sich jetzt besser beurteilen. Empfehlungen eines Expertenpanels unter Bonner Führung ermöglichen dies.

Bei einem nennenswerten Anteil bisher unklarer Genvarianten lässt sich jetzt die medizinische Relevanz für das Darmkrebsrisiko neu bewerten. Die Grundlage hierfür legte ein internationales Forscherteam, das genspezifische Klassifikationskriterien erarbeitet hat. Federführend bei der Forschung war das Nationale Zentrum für erbliche Tumorerkrankungen des Instituts für Humangenetik am Universitätsklinikum Bonn.

Die Forschung ist klinisch besonders relevant, weil durch die zunehmend umfangreicheren genetischen Untersuchungen bei erblichen Tumorerkrankungen neben genetischen Varianten mit nachgewiesener Verbindung zum Krebsrisiko auch immer mehr seltene genetische Varianten gefunden werden, deren Bedeutung für die Tumorentstehung unklar ist. Man spricht hier von Varianten unklarer Signifikanz (VUS). Bei manchen Genen sind über 50 Prozent der in öffentlichen internationalen Datenbanken (insbesondere ClinVar) gelisteten Varianten solche von unklarer Signifikanz, also VUS, das stellte das Forscherteam fest. „Diese Varianten können nicht zur Diagnosestellung und auch nicht zur Testung gesunder Risikopersonen verwendet werden; andererseits erzeugen sie aber oft große Unsicherheit, da Träger einer VUS möglicherweise ein erhöhtes Tumorrisiko tragen“, erklärt Erstautorin Dr. Isabel Spier vom Institut für Humangenetik.

DAS IST CLINVAR

ClinVar ist ein frei zugängliches Archiv des US-amerikanischen National Center for Biotechnology Information, Teil der National Institutes of Health (NIH). Die Datenbank sammelt Berichte und Interpretationen, die von Forschenden eingereicht werden und sich mit der klinischen oder funktionellen Signifikanz von humanen Genvarianten für bestimmte Krankheiten beschäftigen.



Foto: gopixa - stock.adobe.com

Von den 25 Varianten des APC-Gens mit unklarer Signifikanz konnten 14 einer klinisch relevanten Pathogenitätsklasse neu zugeordnet werden. Das ist bedeutsam für Betroffene.

Die Forschergruppe um den Bonner Humangenetiker Prof. Stefan Aretz entwickelte und validierte spezifische Klassifikationskriterien zur Beurteilung von Varianten im Adenomatöse-Polyposis-coli (APC)-Gen. Erbliche genetische Veränderungen dieses Tumorsuppressor-Gens sind ursächlich für die familiäre adenomatöse Polyposis (FAP), die ihrerseits eine der häufigsten Ursachen für den erblichen Darmkrebs und erbliche Polypen-Erkrankungen des Magendarmtrakts ist.

56 Prozent der VUS reklassifiziert

Die Expertengruppe nutzte die Leitlinie des American College of Medical Genetics and Genomics (ACMG) und der Association for Molecular Pathology (AMP) zur Variantenklassifikation als Grundlage. Hiervon leiteten sie mithilfe von Datenbankanalysen und Literaturreviews spezifische Modifikationen für das APC-Gen ab. Die neu definierten Kriterien validierten sie an einem ausgewogenen Spektrum von 58 APC-Varianten aus der ClinVar-Datenbank mit bereits bekannter gutartiger oder pathogener Wirkung. Die Klassifizierung anhand der neuen Kriterien erwies sich als weitestgehend konsistent. Von den

25 Varianten, denen in ClinVar bisher eine unklare Signifikanz zugeschrieben worden war, konnten mit den APC-spezifischen Kriterien 14 reklassifiziert werden, entsprechend 56 Prozent. Jeweils fünf Varianten wurden als benigne beziehungsweise wahrscheinlich benigne eingeordnet, vier Varianten als wahrscheinlich pathogen.

„Die entwickelten Gen-spezifischen Klassifikationskriterien erlauben es zukünftig, einen deutlichen Anteil von VUS des APC-Gens in eine medizinisch relevante Kategorie zu reklassifizieren“, erläutert Spier. „Wir gehen davon aus, dass ein großer Teil der VUS als harmlose, seltene Normvarianten bewertet wird. Hierdurch können dann weltweit alle Träger dieser Varianten entlastet werden.“

Im Anschluss an die aktuelle Arbeit planen die Bonner Wissenschaftler eine umfangreiche Reklassifizierungsstudie, um möglichst alle bisher bekannten VUS im APC-Gen bezüglich ihrer Relevanz neu zu bewerten. Die Arbeiten sollen auch als Modellprojekte für ähnliche Ansätze bei anderen Krebsgenen dienen.

Marcus Seifrin

Quelle: Spier I et al. Genetics in Medicine 2023;doi:10.1016/j.gim.2023.100992.

Gendermedizin

Frauen sind keine kleinen Männer

Medizin tickt noch immer sehr männlich. Symptome einer Frau werden als „atypisch“ bezeichnet, wo sie einfach nur anders sind – eine ausnahmsweise ungewollte Gleichbehandlung. Auch KI droht keine Hilfe zu sein.

Die Botschaft in der Überschrift kommt Ihnen bekannt vor? Vielleicht aus der Pädiatrie, in der die Aussage „Kinder sind keine kleinen Erwachsenen“ zu den elementaren Grundlagen zählt. Eventuell haben Sie aber auch „Das Geschlecht macht den Unterschied: eine Einführung in die Gender-Medizin“ der Berliner Anästhesiologin Prof. Gabriele Kaczmarczyk aus dem Jahr 2014 gelesen. Oder Sie haben einmal einen Vortrag der Kardiologin Prof. Vera Regitz-Zagrosek gehört, die 2003 das Institut für Geschlechterforschung an der Charité gegründet hat und für ihren Einsatz rund um die Gendermedizin 2018 mit dem Bundesverdienstkreuz ausgezeichnet worden ist. Das leicht redundante Statement „Frauen sind keine kleinen Männer“ gehört tatsächlich seit über 20 Jahren zu den prägnanten Argumenten für eine geschlechtsspezifische Medizin.

Das Ringen darum, die offensichtlichen Unterschiede zwischen Mann und Frau im Gesundheitssystem zu berücksichtigen, ist aber bei Weitem noch nicht vorbei. So hat zum Beispiel der Runde Tisch „Frauen im Gesundheitswesen“, ein Zusammenschluss von zwölf Trägerorganisationen, im Oktober in einem Positionspapier gefordert, vorhandene Wissenslücken in der geschlechtersensiblen Medizin zu schließen und Gender-Bias in der künstlichen Intelligenz (KI) auszuschließen. Das sei nötig, um eine Fehlversorgung von Frauen im Gesundheitssystem zu verhindern. Der Runde Tisch veranstaltete zu dem Thema seinen zweiten Parlamentarischen Abend;



Fotos: vectorfusionart - stock.adobe.com, Brad Pict - stock.adobe.com

Algorithmen sind nicht zwangsläufig neutral. Sie könnten geschlechterbezogene Verzerrungseffekte der Medizin in Zukunft digital zementieren.

anwesend waren Bundesfamilienministerin Lisa Paus, Abgeordnete des Deutschen Bundestages sowie Vertreter aus dem Gesundheitssystem, aus der Wissenschaft und aus der Wirtschaft. Insgesamt rund 150 weitere Gäste verfolgten in der Landesvertretung Saarland die intensiv geführte Podiumsdiskussion.

Das Positionspapier mit dem Titel „Gender-Bias bei Künstlicher Intelligenz ausschließen – Versorgungsqualität erhöhen“ beschäftigt sich mit der fehlenden Berücksichtigung geschlechterspezifischer Unterschiede bei Datenerhebungen, die für die Frauengesundheit fatale Folgen haben könne. Weil die Bedeutung von Algorithmen und KI in der Gesundheitsversorgung stetig zunimmt, müssten die zugrunde liegenden wissenschaftlichen Daten vollständig sein. In der Realität sehe es allerdings noch anders aus, mahnt das Bündnis. Frauen seien in klinischen Studien nach wie vor unterrepräsentiert. Dies führe dazu, dass die Datengrundlagen, auf die sich KI-Analysen beziehen, unzureichend sind und somit ein Gender-Bias besteht. Hinzu komme, dass bei der automatisierten Auswertung von Daten häufig keine ausreichende Berücksichti-

gung geschlechtsspezifischer Aspekte gewährleistet sei. Eine in diesem Maße nicht gendergerechte Versorgung, heißt es im Positionspapier weiter, könne bereits als Fehlversorgung verstanden werden. Vorhandene Wissensdefizite der geschlechtersensiblen Medizin dürften nicht in die digitale Welt übertragen werden, verlangte der Runde Tisch.

Das medizinische Forschung und das Gesundheitssystem weitgehend am männlichen Teil der Bevölkerung ausgerichtet sind, wird historisch auch damit begründet, dass früher die meisten Ärzte männlich waren. Während in der Medizin mittlerweile der Anteil der Frauen an den Studierenden bei 64 Prozent liegt, ist das beispielsweise bei der Informatik noch anders. Der Runde Tisch „Frauen im Gesundheitswesen“ verweist auf diesen Umstand und drängt auf eine geschlechtersensible (Weiter-)Entwicklung digitaler Technologien sowie eine paritätische Besetzung mit Frauen und Männern in Gestaltungspositionen der Digitalisierung.

Marcus Sefrin

Quelle: u. a. Positionspapier „Gender-Bias bei Künstlicher Intelligenz ausschließen – Versorgungsqualität erhöhen“, www.healthcare-frauen.de

Auf die Tagesordnung

Die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. will mit dem Projekt „Geschlecht in der Medizin“ den „Gender Health Gap“ schließen, z.B. durch mehr Präsenz in Lehrplänen/Kongressen.

Influenza

Gegen den viralen Steigbügel

Eine Forschungsgruppe aus Wien fand heraus, dass Grippe-Impfungen helfen, die bakteriellen Sekundärinfektionen nach Influenza in Schach zu halten.

„VLPs zur Prävention bakterieller Post-Influenza-Infektionen“ hieß das Projekt, das eine Forschungsgruppe um Reingard Grabherr und Projektleiterin Miriam Klausberger durchführte. Sie untersuchten an Mäusen, inwieweit ein eigens entwickelter Influenza-Impfstoff, der auf virusähnlichen Partikeln (virus-like particles [VLPs]) basiert, bakterielle Komplikationen verhindern kann. Bei allen Tieren erfolgte im ersten Schritt eine primäre Infektion mit einem Influenzavirus. Fünf Tage später wurden die Mäuse zusätzlich mit *S. aureus* oder *S. pneumoniae* infiziert. Nach insgesamt 18 Tagen hatten nur zehn Prozent der ungeimpften Kontrolltiere die Sekundärinfektion mit *S. aureus* überlebt. Im Gegensatz dazu lag die Überlebensrate bei denjenigen Tieren, die eine an die In-



Foto: FastHorsePhotography - stock.adobe.com

fluenzavariante angepasste Impfung erhalten hatten, bei 100 Prozent. Im Fall von *S. pneumoniae* überlebte keines der ungeimpften Versuchstiere beide Infektionen, wohingegen es bei den geimpften Tieren 60 bis 70 Prozent waren. „VLPs sind ein Phänomen, das bei vielen Viren natürlicherweise vorkommt“, erläutert Klausberger. „Es handelt sich um defekte Partikel, die bei der Virusvermehrung entstehen.“

Äußerlich sind sie von ihrem infektiösen Gegenstück nicht zu unterscheiden. Aber da ihnen das genetische Material im Inneren fehlt, können sie sich nicht weiter vermehren. „Das macht VLPs zu einem relativ sicheren und sehr effektiven Impfstoffformat“, erklärt die Projektleiterin.

Marcus Sefrin

Quelle: u. a. Klausberger M et al. *Vaccine* 2020; 38(4):859-867.

Lipidsenkung

Das Ziel ist noch nicht erreicht

Ein hoher LDL-Cholesterin-Spiegel ist der Hauptrisikofaktor für die kardiovaskuläre Mortalität. Wie man ihn effektiv senken kann, wurde auf der Highlights-Presskonferenz von Sanofi erläutert.

„Dyslipidämie ist ein wesentlicher modifizierbarer Faktor für ein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko“, erklärte PD Dr. Ksenija Stach, die Leiterin der Ambulanz für kardiovaskuläre Prävention, Mannheim. Das sieht man auch, wenn man die Daten von Betroffenen mit und ohne familiäre Hypercholesterinämie sowie mit und ohne Behandlung vergleicht. Obwohl der Zusammenhang zwischen LDL-C-Werten und kardiovaskulärem Risiko bekannt ist, erreichen 60 Prozent der Patientinnen und Patienten auch 20 Wochen nach einem akuten Koronarsyndrom (ACS) die Zielwerte nicht. Mit der Initiative „pulse° – Partners for Progress“ von Sanofi soll die Situation Betroffener verbessert werden.

Die Fachinformation sowie die Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie definieren



Foto: LIGHTFIELD STUDIOS - stock.adobe.com

genau, wann und von wem eine Behandlung mit Alirocumab (Praluent®) zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung eingeleitet und überwacht werden darf. „Mit dem vollständig humanen monoklonalen Antikörper Alirocumab können die ambitionierten Zielwerte der aktuellen Leitlinie zur Behandlung von Dyslipidämien der European Society of Cardiology (ESC) und der European Atherosclerosis Society (EAS) erreicht werden“, erklärte Dr. Christiane Look, Medizinische Leiterin des Bereichs Herz-Kreislauf bei Sanofi, Berlin. Eine Post-hoc-Analyse der ODYSSEY-OUTCOMES-Studie zeigte zudem, dass die PCSK9-Hemmung mit Alirocumab einem Placebo über einen Zeitraum von drei bis fünf Jahren überlegen war. Für schwere kardiovaskuläre Ereignisse (major adverse cardiovascular events) ergab sich eine „number needed to treat“ (NNT) von 41.

Dr. med. Ulrich Karbach

Quelle: Highlights-Presskonferenz am 1. Dezember 2023 in Berlin (Sanofi)

Engelhard

Schnupfensymptome spürbar lindern

Etwa sechs bis 15 Prozent der deutschen Bevölkerung erkranken pro Jahr an einer akuten Rhinosinusitis und plagen sich mit verstopfter Nase, Druckgefühl sowie Kopf- und Gesichtsschmerzen. Die Symptome der entzündlichen Atemwegserkrankung werden oft als ausgesprochen lästig empfunden und obwohl eine Rhinosinusitis typischerweise selbstlimitierend verläuft, kann sie die Lebensqualität der Betroffenen erheblich beeinträchtigen. Eine prospektive Patientenbefragung unter Alltagsbedingungen konnte zeigen, dass sich durch die Einnahme des Cineol-haltigen Präparats Sinolpan® forte 200 mg die mittlere Häufigkeit aller bewerteten Symptome signifikant verringert. So verbesserten sich die Symptome verstopfte Nase und Druckkopfschmerz unter dem Präparat um 52 Prozent, unter der Anwendung von Nasenspray jedoch lediglich um 39 Prozent. Zudem gingen die symptombedingten Alltagsbeeinträchtigungen in der Cineol-Gruppe signifikant um 54 Prozent zurück. In der Nasenspray-Gruppe waren es 45 Prozent. 98 Prozent der mit Sinolpan® behandelten Patienten berichteten keinerlei Nebenwirkungen unter der Anwendung und knapp 90 Prozent würden die Therapie weiterempfehlen. (red)

Pfizer

Diagnostik ist essenziell für kausale Therapie

Hereditäre Polyneuropathien (PN) kommen häufiger vor als allgemein angenommen, so ein Expertenkonsensus bei einem Symposium im Rahmen des DGN-Kongresses im Dezember. Doch nur, wenn die Ursache einer solchen PN bekannt sei, könne auch eine eventuell vorhandene Therapie – wie beispielsweise bei der Transthyretin-Amyloidose (ATTR) – wirksam eingesetzt werden. Eine sorgfältige und individuell abgestimmte Diagnostik ist deshalb unverzichtbar. „Ich persönlich teste niederschwellig auch auf die hereditäre Transthyretin-Amyloidose“, so Prof. Helmar C. Lehmann, Direktor der Klinik für Neurologie am Klinikum Leverkusen, „denn sie ist die einzige kausal behandelbare erbliche PN.“ Für die Therapie erwachsener Menschen, die an ATTR-Amyloidose mit symptomatischer PN leiden, ist der Transthyretin-Stabilisator Tafamidis (Vyndaqel® 20 mg Weichkapseln) zugelassen. Die Zulassung gilt im Stadium 1 sowohl für die hereditäre (ATTRv) als auch für die Wildtyp-Form (ATTRwt) der Erkrankung. (red)

Morbus Crohn

Endoskopisch klare Vorteile

Risankizumab war in der SEQUENCE-Studie gegenüber Ustekinumab bei endoskopischen Morbus-Crohn-Endpunkten signifikant überlegen.

SEQUENCE ist eine Phase-IIIb-Direktvergleichsstudie des selektiven IL-23-Inhibitors Risankizumab (Skyrizi®) mit dem IL-12-/23-Inhibitor Ustekinumab. Eingeschlossen waren 520 Erwachsene mit mittelschwerem bis schwerem aktivem Morbus Crohn, die auf mindestens eine Anti-TNF- α -Therapie inadäquat angesprochen oder sie nicht toleriert hatten. In der Studie wurde Risankizumab 600 mg intravenös in Woche 0, 4 und 8 sowie 360 mg subkutan ab Woche 12 und alle 8 Wochen danach verabreicht.

Risankizumab erreichte beide primäre Endpunkte: eine Nichtunterlegenheit bei der klinischen Remission zu Woche 24 (59 % vs. 40 %) und eine Überlegenheit bei der endoskopischen Remission zu Woche 48 gegenüber Ustekinumab



Foto: lezkeglasner – stock.adobe.com

(32 % vs. 16 %). Bei allen sekundären Endpunkten war Risankizumab signifikant überlegen. Das Sicherheitsprofil von Risankizumab wurde durch die Studie bestätigt; schwere unerwünschte Ereignisse traten bei 10 Prozent der mit Risankizumab und 17 Prozent der mit Ustekinumab behandelten Patienten auf.

Marcus Sefrin

Quelle: Pressemitteilung von Abbvie Deutschland

Chronische Insomnie

Langzeittherapie möglich

Seit einem Jahr ist Daridorexant in Deutschland zur Behandlung der chronischen Insomnie von Erwachsenen verfügbar. Nun gibt es Neuigkeiten.

Seit 11. November 2023 ist eine wirkstoffspezifische Ausnahmeregelung in Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie in Kraft getreten, der zufolge Daridorexant (QUVIVIQ) als derzeit einziges Arzneimittel bei chronischer Insomnie ohne zeitliche Einschränkung zulasten der

gesetzlichen Krankenkassen verordnet werden kann. Basis der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) waren die fehlenden Abhängigkeitsanzeichen, selbst bei längerer Einnahme. Der durch Daridorexant verbesserte Schlaf blieb in einer 40-wöchigen Verlängerungsstudie stabil. Die Behandlungsdauer sollte aber so kurz wie möglich sein, und die Zweckmäßigkeit der Weiterbehandlung sollte regelmäßig beurteilt werden.

Indiziert ist Daridorexant zur Behandlung der chronischen Insomnie von Erwachsenen mit Schlafstörungen, deren Symptome seit mindestens drei Monaten anhalten und eine beträchtliche Auswirkung auf die Tagesaktivität haben. Die Rückmeldungen aus dem Praxisalltag sind positiv, berichtete der Neurologe Dr. Stefan Ries, Odenwald, auf einer Pressekonferenz.

Marcus Sefrin

Quelle: Pressemitteilung von Idorsia



Foto: New Africa – stock.adobe.com

STIKO-Empfehlung:
Hochdosis-Influenza-Impfung
für alle ab 60 Jahren¹

Efluelda®

DER EINZIGE HOCHDOSIS-
INFLUENZA-IMPfstoff²

+24% bessere Wirksamkeit
(rVE) beim **Schutz vor laborbestätigter Influenza**
in RCT vs. konventionellem, standarddosiertem Influenza-Impfstoff^{#,*,3,4}

Reduktion influenzabedingter Hospitalisierungen laut Metaanalyse:

-17% Kardiorespiratorische^{+,*,5}
(95 %-KI: 13,8%–19,5%; 9 Saisons)

-28% Pneumonie-bedingte^{+,*,5}
(95 %-KI: 12,5%–40,5%; 5 Saisons)

HD = Hochdosis; KI = Konfidenzintervall; QIV = quadrivalenter Influenza-Impfstoff; rVE = relative Vakzine-Effektivität; RCT = randomisiert kontrollierte Studie; SD = Standarddosis; TIV = trivalenter Influenza-Impfstoff.

Limitationen: Die Studie wurde über zwei Influenza-Saisons (2011/2012 und 2012/2013) durchgeführt. * Die Ergebnisse der Wirksamkeit und Effektivität von TIV-HD werden auf Efluelda® übertragen, da der Nachweis einer statistisch vergleichbaren Immunogenität zwischen TIV-HD und Efluelda® bei Erwachsenen ab 65 Jahren und ähnlichen Immunreaktionen bei Erwachsenen im Alter von 60 bis 64 Jahren und bei Erwachsenen ab 65 Jahren beobachtet wurden. † * Wirksamkeitsdaten des trivalenten und tetravalenten hochdosierten Influenza-Impfstoffs (TIV-HD, QIV-HD) im Vergleich zu standarddosierten, trivalenten und tetravalenten Impfstoffen (TIV-SD, QIV-SD) (rVE) zusammengefasst in einer Meta-analyse aus insgesamt 21 Studien (RCT, RWE oder randomisiert kontrollierte Beobachtungsstudien) mit Daten aus 12 Influenza-Saisons bei Personen ab 65 Jahren. Die Daten wurden hauptsächlich in den USA erhoben. Allerdings kann der Einfluss des Impfstoffs je nach Saison variieren. Es gibt mehrere Einschränkungen für die Daten in der Studie. Darunter das hohe Maß an statistischer Heterogenität, das in mehreren der gepoolten rVE-Schätzungen beobachtet wurde, und die Einbeziehung nicht gemessener Störfaktoren, wie z. B. gesundheitsorientiertes Verhalten oder Selektionsverzerrungen, die die Ergebnisse der Beobachtungsstudien beeinflussen haben könnten.²

1. Robert Koch-Institut (RKI). Epi Bull 2023;4:1–68. 2. Paul-Ehrlich-Institut (PEI). Saisonale Influenzaimpfstoffe 2023/2024. <https://www.pei.de/DE/arzneimittel/impfstoffe/influenza-grippe/influenzanode.html>. Abgerufen am 11.09.2023. 3. Fachinformation Efluelda®, Stand August 2023. 4. Diaz-Granados CA, et al. N Engl J Med 2014;371(7):635–45. 5. Lee JKH, et al. Vaccine X. 2023;14: 100327.

Pflichttext/Fachkurzinformation

▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Dies ermöglicht eine schnelle Identifizierung neuer Erkenntnisse über die Sicherheit. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung zu melden. Hinweise zur Meldung von Nebenwirkungen siehe Abschnitt 4.8 der Fachinformation.

Efluelda® Injektionssuspension in einer Fertigspritze. Wirkstoffe / Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Tetravalenter Influenza-Spaltimpfstoff (inaktiviert), 60 Mikrogramm HA/Stamm, Saison 2023/2024. Influenza-Viren (inaktiviert, gespalten) der folgenden Stämme: A/Victoria/4897/2022 (H1N1)pdm09-ähnlicher Stamm (A/Victoria/4897/2022, IVR-238) 60 Mikrogramm HA**, A/Darwin/9/2021 (H3N2)-ähnlicher Stamm (A/Darwin/9/2021, SAN-010) 60 Mikrogramm HA**, B/Austria/1359417/2021-ähnlicher Stamm (B/Michigan/01/2021, Wildtyp) 60 Mikrogramm HA**, B/Phuket/3073/2013-ähnlicher Stamm (B/Phuket/3073/2013, Wildtyp) 60 Mikrogramm HA**, Pro Dosis zu 0,7 ml, * gezüchtet in befruchteten Hühnereiern, ** Hämagglutinin. Dieser Impfstoff entspricht den Empfehlungen der WHO (nördliche Hemisphäre) und der EU-Entscheidung für die Saison 2023/2024. Efluelda kann Spuren von Eibestandteilen, wie z. B. Ovalbumin, sowie Formaldehyd enthalten, die während des Herstellungsprozesses verwendet werden (siehe Abschnitt 4.3 der Fachinformation). **Liste der sonstigen Bestandteile:** Natriumphosphat-gepufferte isotonische Kochsalzlösung, Natriumchlorid, Natriumhydrogenphosphat, Dinatriumhydrogenphosphat, Wasser für Injektionszwecke, Octoxinol-9. **Anwendungsgebiete:** Efluelda ist indiziert für die aktive Immunisierung von Erwachsenen ab 60 Jahren zur Prävention einer Influenza-Erkrankung. Die Anwendung von Efluelda sollte gemäß den offiziellen Impfempfehlungen für Influenza erfolgen. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile oder gegen andere Komponenten, von denen möglicherweise Spuren enthalten sind, wie z. B. Eibestandteile (Ovalbumin, Hühnereierweiß) und Formaldehyd. **Nebenw.:** *Allgem./Beschw. d. Verabreichungsort:* Sehr häufig: Schm. a. d. Injekt.-stelle, Erythem a. d. Injekt.-stelle, Unwohlsein; häufig: Schwellung, Verhärt. u. blauer Fleck a. d. Injekt.-stelle, Fieber (≥ 37,5 °C), Schüttelfrost; gelegentl.: Juckreiz a. d. Injekt.-stelle, Ermüdung; selten: Asthenie; nicht bek.: Brustkorbschm. *Skelettmusk./Knochen:* Sehr häufig: Myalgie; gelegentl.: Mskl.-schwäche; selten: Arthralgie, Schm. i. d. Extremitäten. *Nerven:* Sehr häufig: Kopfschm.; gelegentl.: Lethargie; selten: Schwindelgefühl, Parästhesie; nicht bek.: Guillain-Barré-Syndrom (GBS), Krampfanfälle, Fieberkrämpfe, Myelitis (einschl. Enzephalomyelitis u. Myelitis transversa), Fazialislähmung (Bell-Paralyse), Optikusneuritis/Neuropathie d. Nervus opticus, Brachial-Neuritis, Synkope (unmittelb. n. Impf.). *Blut- u. Lymphsyst.:* Nicht bek.: Thrombozytopenie, Lymphadenopathie. *Atemw., Brust-, Mediastinum:* Gelegentl.: Husten, Schm. i. Oropharynx; selten: Rhinorrhö, nicht bek.: Atemnot, Giemen, Engegefühl i. Hals. *GI:* Gelegentl.: Diarrhö, Erbrechen, Übelk., Dyspepsie. *Immunsys.:* Selten: Pruritus, Urtikaria, nächtl. Schweißausbrüche, Ausschlag; nicht bek.: Anaphylaxie, and. allerg. Reakt./Überempf.-reakt. (einschl. Angioödem). *Gefäße:* Selten: Flush; nicht bek.: Vaskulitis, Vasodilatation. *Ohr u. Labyrinth:* Selten: Vertigo. *Augen:* Selten: Augenhypertonie. **Abgabe/Verschreibungspflicht:** Deutschland: Verschreibungspflichtig, Österreich: Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Influenzaimpfstoff, ATC-Code: J078B02

Pharmazeutischer Unternehmer/Zulassungsinhaber: Sanofi Pasteur, 14 Espace Henry Vallee, 69007 Lyon, Frankreich.

Örtlicher Vertreter d. Zulassungsinhabers: Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, 65926 Frankfurt am Main, Deutschland, sanofi-aventis GmbH, 1100 Wien, Österreich.

Stand der Information: August 2023

Weitere Angaben zu den besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen sowie ggf. Gewöhnungseffekten sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.

www.efluelda.de

Sanofi-Aventis Deutschland GmbH | Lützowstraße 107 | 10785 Berlin | www.sanofi.de



sanofi

Muskelschmerzen

Neue Fach-Website zu Myalgien

Mit der richtigen Diagnose und Behandlung können Myalgie-Patienten wieder aktiv am Leben teilnehmen. Eine Internetplattform bietet dazu Ressourcen.

Unter www.muskelschmerzen-behandeln.de bietet eine neue Website kompakt und dennoch detailliert Informationen zur Diagnose und Therapie muskulär bedingter Schmerzen für Ärzte und medizinisches Fachpersonal. Sie liefert wissenschaftliche Erkenntnisse mit praxisrelevanten Lösungen rund um Rückenschmerzen, muskulär bedingte Verspannungen und den effektiven Einsatz von Muskelrelaxanzien wie Pridinol. Die Informationen werden in einer Vielzahl unterschiedlicher Formate präsentiert: Ärztliches Fachpersonal kann sich in umfassenden Artikeln, wissenschaftlichen Publikationen sowie Videos von Diskussionsrunden und Vorträgen renommierter Experten in der Mediathek zu aktuellen Entwicklungen informieren. Im Servicebereich werden die häufigsten



Foto: sorapop - stock.adobe.com

Fragen zum Thema Muskelschmerzen beantwortet. Mit der Kombination aus theoretischem Wissen und praxisrelevanten Einblicken will die Website Ärzte dabei unterstützen, die Lebensqualität der Myalgie-Patienten nachhaltig positiv zu beeinflussen.

Pridinol (z. B. Myditin®) ist ein zentral wirksames Muskelrelaxans und zugelassen zur Anwendung bei zentralen und pe-

ripheren Muskelspasmen, Lumbalgie, Torticollis und allgemeinen Muskelschmerzen bei Erwachsenen. Seine primäre Wirkung entfaltet sich durch die Blockade des muskarinischen Acetylcholinrezeptors. Polysynaptische Reflexe, die den Muskeltonus erhöhen, werden reduziert, ohne die normale Muskelaktivität zu beeinträchtigen.

Marcus Sefrin

Quelle: Presseinformation von Trommsdorff

Hals- und Rachenbeschwerden

Neue Erkenntnisse zur Reduktion von Biofilmen

Eine aktuelle Studie hat gezeigt, dass Octenidin in vitro den Biofilm von Bakterien und Pilzen vermindert.

Biofilme haften einer Oberfläche an und sind komplexe Zusammenschlüsse von Mikroorganismen, die untereinander Informationen austauschen und durch eine eigenproduzierte Matrix geschützt sind – beispielsweise vor mechanischem Stress oder chemischen Stoffen.

Für eine 2023 publizierte In-vitro-Untersuchung wurden Biofilme von fünf Erregern in Monokulturen auf Agar oder Hydroxylapatit kultiviert: *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*, *Candida albicans*, *Pseudomonas aeruginosa* und *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*. Die gewachsenen Biofilme wurden anschließend mit Octenidin behandelt und deren Reduktion mittels Zellfärbung gemessen. Es zeigte sich eine hohe Wirksamkeit von Octenidin gegen die untersuchten Mikroorganismen in Biofilmen. Durchgeführt wurde die Studie sowohl



Foto: luchschenF - stock.adobe.com

mit Octenidin-haltiger Lösung als auch mit Octenidin-haltigen Lutschtabletten, die in künstlichem Speichel gelöst waren. Dass Octenidin-haltige Lutschtabletten Bakterien (auch Methicillin-resistente *S. aureus*, MRSA), behüllte Viren und Pilze in vitro bekämpfen können, ist bereits bekannt und findet Anwendung bei Entzündungen der Mund- und Rachenschleimhaut. Allerdings liegen für den Wirkstoff bislang hauptsächlich Daten vor, die Mikroorganismen in Lösung berücksichtigen. Neu ist nun die Erkenntnis, dass Octenidin die Erreger auch in Biofilmen vermindern kann.

Laryngomedin® Octenidin Antisept Lutschtabletten sind in Deutschland die einzigen, die den Wirkstoff Octenidindihydrochlorid enthalten. Sie können bei Erwachsenen und Kindern ab zwölf Jahren gegen Entzündungen im Mund- und Rachenraum eingesetzt werden.

Marcus Sefrin

Quelle: u. a. Dudek B et al. Appl Sci 2023;13:2974
Informationen von Klosterfrau Healthcare



Klarer Fall: Foster® Das Original



Für viele Ihrer Patient*innen# gar keine Frage, was sie wählen würden: das **Foster®** Dosieraerosol. In 2 Wirkstärken verfügbar und mit Dosiszählwerk, das jeden Sprühstoß einzeln zählt.

Foster® 100/6 für die Indikationen Asthma und COPD, Foster® 200/6 für die Indikation Asthma; für Patienten ab 18 Jahren

Foster® 100/6 Mikrogramm Druckgasinhalation, Lösung. **Foster® 200 Mikrogramm/6 Mikrogramm pro Inhalation Druckgasinhalation, Lösung.** **Zus.:** Foster® 100/6: Jeder Aerosolstoß aus dem Inhalator enthält 100 µg Beclometasondipropionat (Ph. Eur.) u. 6 µg Formoterolfumaratdihydrat (Ph. Eur.) Foster® 200/6: Jede abgemessene Menge (aus dem Ventil) enthält 200 µg Beclometasondipropionat (Ph. Eur.) u. 6 µg Formoterolfumarat-Dihydrat (Ph. Eur.). **Sonst. Bestandteile:** Norfluran (HFA-134a), Ethanol, Salzsäure; **Anw.:** Regelmäßige Behandlung v. Asthma bei Erwachsenen, bei denen das Asthma m. inhalativen Kortikosteroiden u. kurzwirksamen Bronchodilatoren zur bedarfsweisen Inhalation nicht ausreichend beherrscht werden kann od. das Asthma auf d. Behandlung m. Kortikosteroiden u. langwirksamen Bronchodilatoren gut anspricht. **Zusätzl. Foster® 100/6:** Behandlung der Symptome einer schweren chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) bei Erwachsenen. **Gegenanz.:** Überempfindlichkeit gegen einen d. Bestandteile. Nicht bei Kindern u. Jugendlichen unter 18 J. anwenden. **Nebenw.:** Risiko eines paradoxen Bronchospasmus. Überempf.-Reaktionen (Hautallergien, -jucken, -ausschlag, -rötungen, Schwellung d. Haut od. Schleimhaut (Augen-, Gesichts-, Lippen- u. Rachenbereich)); Pilzinfektionen (Mund, Rachen, nur Foster® 100/6: Speiseröhre), Kopfschmerzen, Heiserkeit, Rachenentzündung, nur Foster® 100/6: Pneumonie bei COPD-Patienten: m. Fieber od. Schüttelfrost, vermehrter Schleimbildung u. -farbveränderung, stärkerer Husten od. verstärkte Atembeschwerden; Herzklopfen, ungewöhl. schneller Herzschlag u. Herzrhythmusstörungen, EKG-Veränderungen, nur Foster® 200/6: Blutdruckerhöhung; grippeäbnl. Symptome u. Grippesymptome, Pilzinfektionen (vaginal); Nasennebenhöhlenentzündung, Schnupfen, Ohrenentzündung, Rachenreizung, Husten u. produkt. Husten, Asthma-Anfall, Übelkeit, Veränderungen od. Beeinträchtigung d. Geschmackssinns, Brennen der Lippen, Mundtrockenheit, Schluckbeschwerden, Verdauungsstörungen, Magenverstopfung, Durchfall, Muskelschmerzen u. krämpfe, Gesichtsrötung, nur Foster® 200/6: Rachenrötung; vermehrte Durchblutung best. Körpergewebe, Urtikaria, übermäßiges Schwitzen, Zittern, Ruhelosigkeit, Schwindel, Verringer. d. Leukozyten, Thrombozytenanstieg, erniedrigte Kaliumwerte, erhöhte Zucker- u. Insulinwerte, erhöhte freie Fettsäuren u. Ketonkörper i. Blut; bei Patienten mit COPD: Abnahme des Kortisolwerts im Blut, unregelmäßiger Herzschlag, nur Foster® 200/6: Pneumonie (m. veränd. Speichelproduktion u. -farbe, Fieber, verstärkter Husten u. Atembeschwerden); Engegefühl i. d. Brust, Aussetzen des Herzschlags, Blutdruckerhöhung (nur Foster® 100/6) od. -senkung, Nierenentzündung, Schwellung der (Schleim-) Haut über mehrere Tage; Atembeschwerden, Kurzatmigkeit, Asthmaverschlimmerung, Verringerung d. Blutplättchenanzahl, Anschwellen v. Händen u. Füßen; verschwommenes Sehen. Systemische Effekte bei längerer Anwendung inhalativer Kortikosteroide in hohen Dosen: Nebennierenrindensuppression, Abnahme d. Knochenmineraldichte, Wachstumsverzögerungen bei Kindern u. Jugendl., Glaukom, Katarakt. Diese Nebenwirkungen treten eher bei Kindern auf: Schlafprobleme, nur Foster® 200/6: Angstzustände, Gefühl von Besorgtheit, nur Foster® 100/6: Ruhelosigkeit, Depression, Nervosität, Übererregung od. Reizbarkeit. **Verschreibungspflichtig.** Chiesi GmbH, Hamburg. **Stand:** September 2019

Zertifizierte



Corporation

Foster®

Alzheimer-Demenz

Reduzieren Routine-Impfungen nicht nur Infektionen?

Etliche Untersuchungen haben gezeigt, dass Impfungen bei Erwachsenen das Alzheimer-Risiko verringern.

Eine retrospektive Kohortenstudie hat anhand von Daten der anonymisierten Clinformatics®-Patientendatenbank für drei Impfungen je zwei Kohorten verglichen, eine geimpfte und eine ungeimpfte. Die Patienten waren zu Beginn der achtjährigen Nachbeobachtungszeit mindestens 65 Jahre alt und während der ersten zwei Jahre frei von Demenz.

Laut der Analyse kam es bei Menschen, die eine der Impfungen erhalten hatten, signifikant seltener zur Erstmanifestation einer Alzheimer-Erkrankung. Bei den gegen Tetanus-Diphtherie-Perussis Geimpften waren es 7,2 (n=8.370) gegenüber 10,2 Prozent (n=11.857), bei der Impfung gegen Herpes zoster waren es 8,1 (n=16.106) versus 10,7 Prozent (n=21.273) und bei der Impfung gegen Pneumokokken 7,92 (n=20.583) versus



Foto: Jacob Lund - stock.adobe.com

10,9 Prozent (n=28.558). Eine ähnlich hohe Risikoreduzierung hatte die Autoren schon für die Grippe-Impfung gezeigt.

„Das entspricht einer Risikoreduzierung von 25 bis 30 Prozent, was wirklich viel ist“, kommentierte Prof. Peter Berlit, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Neurologie. Zwar handle es sich um eine retrospektive Auswertung, angesichts der Größe der Kohorte und der

Tatsache, dass bereits andere Studien auf eine Risikoreduzierung durch Impfungen hindeuteten, liefere die aktuelle Erhebung ein ernst zu nehmendes Signal. Da diese Impfungen älteren Menschen ohnehin angeraten werden, ermutigt die Fachgesellschaft, dieses Angebot zu nutzen.

Marcus Sefrin

Quelle: Harris K et al. *Alzheimers Dis* 2023; doi:10.3233/JAD-221231

Diabetische Polyneuropathie

Symptome lindern, Nervenschädigung bremsen

Die Therapie der distal symmetrischen Polyneuropathie (DSPN) bei Diabetes ist herausfordernd. Ein aktueller Überblick.

Auf einer Hot Topic Session beim Kongress der Europäischen Gesellschaft für Diabetesforschung (EASD) Anfang Oktober in Hamburg plädierte Prof. Dan Ziegler für eine multimodale Therapie der DSPN. Diese ist am individuellen Risikoprofil der Patienten ausgerichtet und basiert auf drei Grundpfeilern: optimierte Blutzuckereinstellung, pathogenetisch wirksame Therapie und symptomatische Pharmakotherapie. Dabei sollten bei Bedarf auch Kombinationen verschiedener Pharmakotherapien und nicht pharmakologische Optionen, wie Psycho- oder Physiotherapie, in Betracht gezogen werden.

Neuropathische Schmerzen und Parästhesien wie Kribbeln oder Taubheitsgefühl in den Füßen können die Lebensqualität von Diabetes-Patienten erheblich beeinträchtigen. Auch Verläufe ohne Schmerzsymptomatik sind laut Ziegler nicht zu



Foto: koszivu - stock.adobe.com

unterschätzen, da Wahrnehmungsstörungen das Risiko für das diabetische Fußsyndrom erhöhen.

Als pathogenetisch orientierte Therapien der diabetischen Neuropathie nannte Ziegler Benfotiamin und Alpha-Liponsäure. „Beide Substanzen konnten in klinischen Studien Symptome der DSPN verbessern und haben auch in der Langzeittherapie ein gutes Sicherheitsprofil“, so der Düsseldorfer Experte. In einer klinischen Studie konnten durch eine Behandlung mit Benfotiamin (enthalten in milgamma® protekt) neuropathische Symptome bei Diabetes-Patienten innerhalb von sechs Wochen im Vergleich zu Placebo verbessert werden. Das Antioxidans Alpha-Liponsäure (z. B. Thiogamma®) zeigte in verschiedenen Metaanalysen randomisierter placebokontrollierter Studien klinisch relevante Effekte bei intravenöser und oraler Therapie.

Marcus Sefrin

Quelle: Presseinformation von Wörwag Pharma

Pneumologie

Asthma symptompräventiv behandeln

Dauertherapie-Konzepte zur kurzfristigen Beschwerdelinderung sind bei Asthma nicht mehr zeitgemäß. Vielmehr geht es in der modernen Behandlung darum, Symptome nachhaltig zu vermeiden.

War es früher nahezu undenkbar, dass Menschen mit Asthma ohne Notfallspray das Haus verließen, so sollte es heutzutage zur Normalität gehören. „Seit mehreren Jahrzehnten haben wir Medikamente, mit denen Asthma in Remission geführt werden kann. Der Patient kann ohne Spray ausgehen oder in den Urlaub fahren. Das ist möglich, das ist der symptompräventive Ansatz“, weiß Prof. Marek Lommatzsch, leitender Oberarzt der Abteilung Pneumologie der Universitätsmedizin Rostock. Lommatzsch ist Koordinator der im März 2023 erschienenen S2k-Leitlinie Asthma. Experten wie die pädiatrische Allergologin und Pneumologin Prof. Erika von Mutius aus München schätzen die umfassend überarbeitete und ergänzte Leitlinie als eine kompetente Stellungnahme ein, welche die Entwicklung der letzten Jahre berücksichtigt.

Antientzündliche Therapie ist zentraler Baustein in der medikamentösen Behandlung

Die Leitlinien-Empfehlungen zur medikamentösen Therapie basieren auf dem Verständnis der Pathologie und Pathophysiologie von Asthma. Antiinflammatorische Therapieoptionen, die gezielt und nebenwirkungsarm in die Pathophysiologie der Erkrankung eingreifen, stehen an erster Stelle. Die wichtigste Säule stellen dabei inhalative Glukokortikosteroide (ICS) dar. Diese können beispielsweise als Dauertherapie zum Einsatz kommen oder auch in fester Kombination mit dem



Fotos: PixelShot - stock.adobe.com, Brad Pict - stock.adobe.com

Asthma ist unter anderem charakterisiert durch Luftnot und Brustenge. Dabei können Intensität und Häufigkeit variieren.

rasch atemwegserweiternden Formoterol als Bedarfstherapie.

Die Wahl des ICS sollte mit großer Sorgfalt erfolgen. Um das Risiko unerwünschter lokaler und systemischer Wirkungen zu minimieren, ist die jeweils niedrigste Dosis der Substanz mit dem geringsten Risiko für systemische Wirkungen zu bevorzugen.

Ziel ist, eine bestmögliche Asthma-Kontrolle oder eventuell sogar eine Asthma-Remission mit so wenigen Medikamenten und so wenigen Nebenwirkungen wie möglich zu erreichen.

Das generelle Therapiekonzept besteht nicht mehr in der Reaktion auf Symptome, sondern in der nachhaltigen Prävention ihres Auftretens. „Wir drehen die Medaille um: Erst die Entzündung der Atemwege behandeln, Salbutamol ist nur noch in Ausnahmefällen bei Bedarf zu geben“, so Lommatzsch.

Hausärzte können in vielen Fällen die Behandlung selbst in die Hand nehmen

Leichte bis mittelschwere Asthma-Formen können laut dem Experten problemlos beim Hausarzt behandelt werden. Dazu

sei lediglich eine Basisdiagnostik in Form einer Blutabnahme erforderlich. Hinzu komme eine etwas umfangreichere Anamnese.

Biologika als wertvolle Therapieoption bei schwerem Asthma

Schweres Asthma lässt sich jedoch trotz der etablierten Therapien nicht immer ausreichend kontrollieren. In solchen Fällen können Biologika eine hochwirksame Behandlungsmöglichkeit darstellen.

Aktuell sind sechs Biologika aus vier Biologika-Klassen zur Behandlung von schwerem Asthma in Europa zugelassen, davon fünf Biologika zur Selbstapplikation. Lommatzsch fordert die Ärzte zu einer gezielten Auswahl auf: „Formell kommen fast alle Biologika für die Patienten infrage, da die Zulassungen überlappend sind. Wir wissen aber, dass bestimmte Patienten von bestimmten Biologika sehr gut profitieren.“

Nina Grellmann

Die Prävalenz von Asthma ...
... ist in den hochentwickeltesten westlichen Ländern höher als in den sogenannten Entwicklungs- und Schwellenländern. In den letzten Jahren näherten sich die Prävalenzraten jedoch einander an.

Quelle: www.medscape.de
S2k-Leitlinie zur fachärztlichen Diagnostik und Therapie von Asthma 2023; AWMF-Registernr.: 020-009

Typ-2-Diabetes

Gewicht normalisieren bis zur Remission

Anders als bei Typ-1-Diabetes ist beim Typ 2 für manche Patienten eine Remission der Erkrankung in Reichweite.

Der Zusammenhang zwischen Adipositas und dem aus dieser Erkrankung resultierenden erhöhten Risiko für Typ-2-Diabetes ist in den letzten Jahren besser verstanden worden.

Bisher war eine Remission des Typ-2-Diabetes eher Thema für die chirurgische Diabetes-Therapie, da mit konservativen Methoden wie kalorienreduzierter Kost und Intensivierung der Bewegungsaktivität, aber auch durch Medikamenten das Ausmaß der Gewichtsreduktion zu gering war, um in den Bereich einer Diabetes-Remission zu gelangen. Nun legen aktuelle Daten zu Ernährungsinterventionen wie die DiRECT-Studie oder zu Pharmakotherapien wie mit dem GLP-1-Rezeptor-Agonisten Semaglutid oder dem dualen Inkretin-Agonisten Tirzepatid nahe, dass auch mit nicht chirurgischen



Foto: mojo_cp - stock.adobe.com

Therapien eine Remission des Typ-2-Diabetes möglich sein kann, berichtete Prof. Matthias Blüher auf dem Diabetes Kongress 2023, dessen Präsidentschaft er innehatte. Zusammen mit den Daten zu Effekten der metabolischen Chirurgie würden aktuelle Daten zum unimolekularen GIPR/GLP-1R-Co-Agonisten Tirzepatid nahelegen, dass eine Gewichtsreduktion von mehr als 15 Prozent vom Ausgangs-

gewicht wesentlich für eine Remission des Typ-2-Diabetes ist. Blüher verwies auch auf gut belegte positive Effekte einer Gewichtsreduktion auf kardiovaskuläre Erkrankungen und Risikofaktoren sowie zum Beispiel bei Fettlebererkrankung und obstruktivem Schlafapnoe-Syndrom.

Marcus Sefrin

Quelle: Pressekonferenz der Deutschen Diabetes Gesellschaft am 19. Mai 2023 in Berlin

Vitamin-B₁₂-Mangel

Risikofaktoren erkennen

Ein Defizit an Vitamin B₁₂ manifestiert sich häufig in Form einer Anämie, die sich durch eine Reihe charakteristischer Symptome bemerkbar macht.

Die Symptome einer Anämie können von intensiver Müdigkeit und Erschöpfung über Blässe, verminderter Leistungsfähigkeit bis hin zu beschleunigter Atmung und Herzrasen reichen. Auch kann ein Mangel an Cobalamin zu neurologischen Komplikationen führen, darunter Parästhesien, Muskelschwäche und Störungen des Gleichgewichtssinns. Kognitive Beeinträchtigungen, Kopfschmerzen und depressive Verstimmungen können ebenfalls Anzeichen des Mangels sein.

Die Vitamin-B₁₂-Aufnahme aus Lebensmitteln hängt maßgeblich von der Magensäureproduktion ab. Medikamente wie Protonenpumpenhemmer oder Metformin können das Risiko für einen Mangel erhöhen. Auch H₂-Rezeptor-Antagonisten wurden im Zusammenhang mit Vitamin-B₁₂-Mangel diskutiert.



Foto: Jeanette Dietl - stock.adobe.com

Krankheiten wie atrophische Gastritis oder entzündliche Darmerkrankungen, aber auch eine altersbedingt nachlassende Magensaftproduktion und eine über die Jahre unzureichende Vitamin-B₁₂-Zufuhr erhöhen die Wahrscheinlichkeit, einen Vitamin-B₁₂-Mangel zu entwickeln.

Nicht zuletzt spielt die Ernährungsweise eine zentrale Rolle. Insbesondere bei Vegetariern und Veganern kann der tägliche Bedarf an Vitamin B₁₂ oft nicht gedeckt werden. Darüber hinaus besteht in der Schwangerschaft und Stillzeit ein erhöhter Bedarf an Vitamin B₁₂.

Der Hersteller Mibe hat zur Behandlung des Vitamin-B₁₂-Mangels das Produkt Vitaprompt® neu auf den Markt gebracht. Es zeichnet sich durch seinen hohen Gehalt von 1.000 µg Cyanocobalamin pro Tablette aus. Dies sichert eine effiziente Aufnahme des Vitamins, selbst bei bestehenden Resorptionsstörungen.

Marcus Sefrin

Quelle: Informationen von Mibe

Corona-bedingte Erschöpfungszustände

Blockaden mit B-Vitaminen lösen

Eine parenterale Vitamin-B-Aufbaukur ist eine Therapieoption bei Long-/Post-COVID-Fatigue.

Fatigue zählt unter den mehr als 200 bisher identifizierten Symptomen von Long/Post COVID zu den mit Abstand häufigsten. Ihre genauen Ursachen sind nicht bekannt. Diskutiert werden persistierende Viren oder Virenbestandteile, postinfektiöse Gewebeschäden, chronische Entzündungen, Mikrothromben, Autoimmunprozesse sowie Vitamin-B-Defizite und damit korrelierende partielle Blockaden des Methylierungszyklus. Forscher vermuten, dass der infektionsbedingte oxidative Stress zu einer Inaktivierung von Vitamin B₁₂ führt und von diesem Vitamin abhängige Methylierungsvorgänge stört. Bestätigt wird diese Theorie durch eine aktuelle Übersichtsarbeit, der zufolge bei COVID-19-Betroffenen der Spiegel eines der stärksten körpereigenen Antioxidantien, Glutathion, reduziert ist.



Foto: Евгения Рубцова - stock.adobe.com

Bislang gibt es keine gesicherten therapeutischen Interventionen beim Long-/Post-COVID-Syndrom. In der vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Therapiestudie PreVitaCOV werden derzeit unter anderem Wirksamkeit und Sicherheit einer Behandlung von COVID-19-Langzeitfolgen mit B-Vitaminen im hausärztlichen Setting untersucht. Besonders schnell und langanhaltend gelingt

die B-Vitamin-basierte Optimierung der Glutathionproduktion mit der Medivitan Aufbaukur. Durch die Applikation per Injektion ist die auf den Bedarf des Methylierungszyklus abgestimmte Kombination der Vitamine B₆, B₁₂ und Folsäure, anders als orale Supplemente, zu 100 Prozent bioverfügbar.

Marcus Sefrin

Quelle: Information von Medice

Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

Zielgerichtete, indikationsgenaue Therapie

Orales Budesonid mit spezieller Freisetzungstechnologie ermöglicht die zielgerichtete Therapie von Morbus Crohn und mikroskopischer Kolitis.

Die orale Formulierung des synthetischen Glukokortikoids Budesonid (Entocort®) ist magensaftresistent; eine säurestabile Eudragit-Beschichtung sorgt dafür, dass sich die Hülle erst ab einem pH-Wert $\geq 5,5$ auflöst, in der Regel ab dem Duodenum. Jede Kapsel enthält rund 300 Mikrogranulate, die daraufhin anfangen, sich zu verteilen.

Die ECX™-Technologie, bei der Budesonid (3 mg) in eine Matrix aus Ethylcellulose eingebettet ist, steuert die kontinuierliche Freisetzung des Wirkstoffs in das Darmlumen. Pharmakoszintigraphische Daten zeigen, dass so 60 bis 80 Prozent der Dosis im distalen Ileum und proximalen Kolon abgegeben werden. Hinzu kommt ein hoher First-Pass-Metabolismus in der Leber von 90 Prozent. Die systemischen Effekte von Budesonid sind so erheblich geringer als bei systemisch wirkenden



Foto: Jamrooferpix - stock.adobe.com

Kortikoiden: Bei Patienten mit leichter bis mittelschwerer Crohn-Erkrankung im Ileozökalbereich traten in einer Studie unter 9 mg Budesonid pro Tag (1 \times täglich 3 Entocort® Kapseln) circa 50 Prozent weniger Steroid-assoziierte Nebenwirkungen auf als unter 40 mg Prednisolon pro Tag, bei ebenso effektiver Remissionsinduktion.

Dasselbe Budesonid-Regime reduziert zudem die wässrigen Durchfälle bei mikroskopischer Kolitis deutlich, und zwar meist innerhalb von zwei Wochen. Die Remissionsraten liegen bei bis zu 80 Prozent. Bei beiden Subtypen der mikroskopischen Kolitis (kollagene sowie lymphozytäre Form) ist orales Budesonid der Behandlungsstandard und die einzige zugelassene medikamentöse Therapie. Dies basiert auf einer breiten und positiven Evidenz und dem guten Sicherheitsprofil.

Marcus Sefrin

Quelle: Presseinformationen von Tillotts Pharma
Fachinformation Entocort® Kapseln

Pestwurz

Schützt den Kopf – nicht nur als Hut

Die Pestwurz ist als Heilpflanze in den meisten Kräuterbüchern des Mittelalters und der Renaissance zu finden. Heutige Arbeiten haben eine Wirkung zur Migräne-Vorbeugung und bei Heuschnupfen gezeigt.

Vielleicht waren die antiken Pflanzkundigen etwas vorsichtiger bei der Benennung potenzieller Heilpflanzen als ihre mittelalterlichen Kollegen. Griechen und Römer bezogen den Namen von *Petasites hybridus* auf eine augenfällige Eigenschaft der Pflanze, nämlich ihre riesigen rhabarberartigen Blätter. Ein Blattdurchmesser von 60 Zentimetern ist bei der Pestwurz keine Seltenheit. „pétasos“ ist ein altgriechisches Wort für einen breitkrempigen Regenhut. Der antike Name blieb über Jahrhunderte passend: Auch Berichte aus Ostpreußen aus dem 16. Jahrhundert beschreiben, dass Landarbeiter zur Erntezeit die Blätter zum Schutz vor Sonnenstrahlen auf dem Kopf trugen. Im Gegensatz zu dieser ganz praktischen Anwendung hat sich der heilkundliche Einsatz der Pflanze über die Jahrhunderte öfter gewandelt.

Der deutsche Name Pestwurz leitet sich davon ab, dass die Pflanze gegen die Pest verwendet wurde; als Begründung werden ihre schweißtreibende Wirkung und der unangenehme Geruch ihrer ätherischen Öle genannt. Als Mittel gegen die Pest wird die Heilpflanze heute nicht mehr eingesetzt – nicht nur weil die Pest hierzulande keine Rolle mehr spielt, sondern auch wegen ihrer Wirkungslosigkeit in dieser Indikation.

Im Altertum wurden aus den Blättern der Pestwurz Wundauflagen für Entzündungen und Geschwüre hergestellt; auch diese Anwendung fand sich bei der Pest. In den meisten Kräuterbüchern des Mittelalters und der Renaissance ist die Pflanze zu finden, ein Erbe der Schriften von Dioskurides und von Galenos. Hildegard von Bingen empfahl sie bei Atemwegserkrankungen. Im 19. Jahrhundert wurde erstmals ihre spasmolytische und analgetische Wirkung beschrieben, es gab Anwendungen bei Krämpfen im Magen-Darm-Bereich sowie im Urogenitaltrakt. Extrakte der Pestwurz lindern Muskelkrämpfe an der glatten Muskulatur und greifen in den Entzündungsstoffwechsel ein, indem sie die Produktion entzündlicher Botenstoffe

ZWEIHÄUSIGER HYBRID

- Die Blüten von *Petasites hybridus* sind dem Anschein nach zwittrig. Es sind aber nur die Staubgefäße oder die Griffel und Fruchtknoten funktionstüchtig - die Art ist funktionell zweihäusig.
- Die männlichen Blütenkörbchen sind mit einer Länge von 7 bis 12 Millimetern etwa doppelt so lang wie die weiblichen.
- Die Pestwurz wird von Bienen bestäubt und ist für sie ein früher, wertvoller Nektar- und Pollenlieferant.



Ab Februar schiebt sich zuerst ein Stängel mit Blütenköpfen aus der Erde, die Blättern folgen erst zum Ende der Blütezeit.





BEFESTIGER DER BÄCHE

Die Pestwurz gehört zur typischen Bachbegleitflora und gilt als Schwemmlandbefestiger in Ufergebieten: Sie hat ein ausgeprägtes Rhizom mit bis zu 1,5 Metern langen Ausläufern und kommt häufig in großen Beständen vor.

wie Leukotriene und Prostaglandin E2 hemmen. Wirksamkeitsbestimmend sind die in der Pestwurz enthaltenen Petasine, Sesquiterpenester vom Eremophilan-Typ.

Eine Monografie des Committee on Herbal Medicinal Products (HMPC) der europäischen Arzneimittel-Agentur gibt es zur Pestwurz nicht, wohl aber eine aus dem Jahr 1990 der Kommission E des damaligen Bundesgesundheitsamts zur Untersuchung von Wirksamkeit und Unbedenklichkeit pflanzlicher Arzneidro- gen. In dieser wurden die Wirkungen der Pestwurz-Wurzel gegen Steinleiden und Krämpfe der ableitenden Harnwege anerkannt. Dazu liegen nur Beobachtungen vor, klinische Studien fehlen. Die Anwendung von Zubereitungen aus der ganzen Pflanze oder aus ihren Blättern erhielt im Gegen- satz dazu im selben Jahr eine sogenannte Negativ-Monografie, bescheinigte also ein ungünstiges Nutzen-Risiko-Verhältnis.

Gegen Migräne und Heuschnupfen?

Moderne Evidenz aus mehreren klei- neren klinischen Studien gibt es für den Einsatz von Pestwurz-Extrakten in den Indikationen Migräne und Heuschnup- fen. Pestwurz-Extrakt wurde in den Be- handlungsleitlinien 2008 der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG) und der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) positiv bewertet und zur Migräne-Vorbeugung empfohlen. In den Leitlinien der American Academy of Neurology (AAN) wurde Pestwurz- Extrakt 2012 zur Migräne-Prävention empfohlen, 2015 allerdings wegen mög- licher Lebertoxizität wieder gestrichen. In

kontrollierten klinischen Studien bei Pa- tienten mit chronischen Kopfschmerzen und Migräne konnte die Anfallshäufigkeit um 40 bis 60 Prozent gesenkt werden. Bei allergischem Schnupfen war ein Pestwurz- Extrakt in kontrollierten Studien ähnlich wirksam wie synthetische H1-Antihista- minika (Cetirizin, Fexofenadin).

Vorsicht vor Pyrrolizidinalkaloiden

Wer ein Beispiel dafür braucht, dass Heilpflanzen nicht automatisch gut und verträglich sind, ist bei Pestwurz an der richtigen Adresse. Ihre Blätter und Wur- zeln enthalten Pyrrolizidinalkaloide vom Necin-Typ, die lebertoxische, mutagene und möglicherweise krebserregende Wir- kung haben. Von einer Anwendung der Pestwurz selbst zu Heilzwecken wird heu- te abgeraten, Pyrrolizidinalkaloid-haltige Extrakte wurden vom Markt genommen.

Seit den 60er-Jahren weiß man, dass es Varietäten von *Petasites hybridus* gibt, die sich hinsichtlich ihrer Inhaltsstoffe unter- scheiden. Die Petasin-Varietät etwa enthält Petasin, Neopetasin und Isopetasin. Für standardisierte Pestwurz-Fertigpräparate werden heute nur Pflanzenexemplare aus kontrolliertem Anbau dieser Petasin- reichen Varietät verwendet. Außerdem werden durch die Extraktion mit dem sehr lipophilen unterkritischen CO₂ die lipophilen Petasine angereichert, die toxi- schen polaren Pyrrolizidinalkaloide jedoch reduziert und durch Adsorption quantita- tiv nahezu entfernt.

Ein wiederum sehr praktischer Nut- zen der Pestwurz hat sich offenbar sogar über Jahrtausende erhalten: Da man im Hallstätter Salzberg gebündelte Laubblät- ter der Pflanze fand, gehen Archäologen davon aus, dass die Blätter bereits vor mehr als 4.000 Jahren als Toilettenpapier benutzt wurden. Und auch heute noch ist in Bayern der volkstümliche Name „Arschwurzen“ für die Pestwurz üblich.

Marcus Sefrin

Quelle: u. a. Schapowal A et al. BMJ 2002;324:144-146.

Der englische Name der Pestwurz, Butterbur, geht auf die Verwendung der Blätter zum Einwickeln von Butter zurück.

NEOPHYT IN SKANDINAVIEN

- Die Pestwurz gehört zur Pflanzenfamilie der Asteraceae.
- Natürliches Verbreitungsgebiet ist Zentraleuropa bis in die Türkei und den Kaukasus. Nördlich kommt sie ursprünglich bis Schottland vor, in Skandinavien ist die Pestwurz ein Neophyt.
- Literarischer Funfact: Die Entenkinder in Hans Christian Andersens „Das hässliche Entlein“ wurden unter Pestwurz-Blättern geboren.

Migräneprophylaxe

Migräneattacken rasch und lange abwehren

Der moderne Anti-CGRP-Antikörper Eptinezumab hat das AMNOG-Verfahren abgeschlossen.⁽¹⁾ Eptinezumab ist für Erwachsene mit mindestens vier Migränetagen im Monat zugelassen und eine starke, schnelle und lang wirksame Therapieoption,⁽²⁻⁶⁾ wenn eine Behandlung mit einem Antikörper in Frage kommt.

Migräne ist weltweit verbreitet. Sie betrifft vorwiegend Frauen jungen bis mittleren Alters, aber auch Männer können betroffen sein. Die Erkrankung wird von nicht Betroffenen oft unterschätzt, kann aber die Lebensqualität und den Alltag der Patient:innen stark beeinträchtigen.⁽⁷⁾ In Deutschland leiden gemäß der Krankheitslast-Studie BURDEN 2020 knapp 15 Prozent der Frauen und sechs Prozent der Männer an Migräne.⁽⁸⁾ Die oft starken Kopfschmerzen werden begleitet von Symptomen wie Übelkeit, Erbrechen sowie Licht- oder Geräuschempfindlichkeit. Oft greifen Patient:innen zu Akutmedikation, die bei Medikamentenübergebrauch zusätzliche Kopfschmerzen (MOH; medication overuse headache) provozieren kann. Der übermäßige Gebrauch bezieht sich hierbei auf einen Zeitraum von drei Monaten in dem mind. 15 Tage pro Monat einfache Analgetika oder mind. 10 Tage pro Monat Triptane oder eine Kombination von Analgetika und Triptanen eingenommen wurden.⁽⁹⁾

Die Migräne verursacht jedoch nicht nur schwere Einzelschicksale, sondern sie ist auch mit erheblichen gesellschaftlichen Belastungen verbunden. Und selbst außerhalb der akuten Krankheitsphasen beeinträchtigt die Migräne die Beziehungen zu Familie und Freund:innen, Freizeitaktivitäten, Haushaltsführung und die Arbeitsproduktivität z.B. durch die ständige Angst vor der nächsten Attacke. Migräneattacken führen in Deutschland jährlich zu einem Ausfall von 1,9 Milliarden Arbeitsstunden.⁽¹⁰⁾ In der Summe entspricht dieser Wert ca. 650.000 Arbeitstagen im Jahr und macht 3,2 Prozent der insgesamt geleisteten Arbeitsstunden aus.⁽¹¹⁾

Intravenöser Antikörper ergänzt Migräneprophylaxe

Aus der Therapie der Migräne sind heute die spezifischen monoklonalen Antikörper gegen das Calcitonin Gene-Related Pep-



Foto: peterschreiber.media - stock.adobe.com

tide (CGRP) oder den CGRP-Rezeptor nicht mehr wegzudenken. Die Zielstruktur der Wirkstoffe, das Neuropeptid CGRP, spielt eine zentrale Rolle in der Pathogenese der Migräne.

Als neuester Vertreter dieser Substanzklasse hat sich der humanisierte monoklonale Antikörper Eptinezumab (VYEPTI®) etabliert, der selektiv an das CGRP bindet und dieses inhibiert.

Eptinezumab, das speziell für die intravenöse Applikation entwickelt wurde, ist zugelassen für Erwachsene mit mindestens vier Migränetagen pro Monat.^(2,11)

Wirksame und günstige Therapieoption

Das AMNOG-Verfahren für VYEPTI® inklusive der Erstattungsbetragsverhandlung ist abgeschlossen.⁽¹⁾ Die Apothekenverkaufspreise gemäß Lauer-Taxe zeigen, dass VYEPTI® eine preisgünstige Behandlungsoption ist.* Mit dem GKV-Spitzenverband wurden keine definierten Anforderungen an die Zweckmäßigkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit (z.B. zu Vortherapien) vereinbart.⁽¹⁾ Bei Verordnung ist – wie bei jeder Verordnung – das allgemeine Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten. Für VYEPTI® bestehen Rabattverträge, die bereits etwa zwei Drittel aller gesetzlich Versicherten einschließen.⁽¹²⁾

Intravenöses Eptinezumab: stark, schnell und lang wirksam

Eptinezumab wurde 2022 seitens der Europäischen Kommission zugelassen und im selben Jahr im deutschen Markt als der erste Migräne-Antikörper zur intravenösen Anwendung eingeführt.

Die Zulassung basierte auf den Ergebnissen zweier klinischer Phase-III-Studien zur Wirksamkeit und Verträglichkeit von Eptinezumab: der PROMISE-1-Studie, die Patient:innen mit episodischer Migräne einschloss, und der PROMISE-2-Studie, deren Teilnehmende an chronischer Migräne litten.^(3,4)

Eptinezumab verringerte in den beiden geprüften Dosierungen die mittleren monatlichen Migränetage, die als primärer Endpunkt festgelegt waren. Dabei zeigte sich ein signifikanter Behandlungsvorteil gegenüber Placebo.⁽³⁾ Laut aktueller Fachinformation wird eine Dosierung von 100 mg empfohlen. Einige Patienten können von einer 300 mg Dosierung profitieren.⁽²⁾

Durch die intravenöse Applikation verfügt Eptinezumab über eine hundertprozentige Bioverfügbarkeit, was zu einem raschen Anstieg des therapeutischen Plasmaspiegels führt.⁽¹³⁾ Dadurch ist die maximale Plasmakonzentration bereits am Ende der Infusion (30 Min.) erreicht.⁽²⁾ Wirksamkeit und Sicherheit von

Eptinezumab in der Migräneprophylaxe wurden in weiteren klinischen Studien nachgewiesen.⁽¹⁴⁻¹⁶⁾

Eptinezumab ist im Allgemeinen gut verträglich.⁽²⁾ Als häufigste unerwünschte Wirkungen wurden Infektionen der oberen Atemwege und Nasopharyngitis (häufig, $\geq 1/100$ bis $< 1/10$) beobachtet.⁽¹⁷⁾

DELIVER-Studie: Eptinezumab auch nach Prophylaxeversagen

Die Reduktion der Häufigkeit und des Schweregrads der Migräneattacken unter Eptinezumab im Vergleich zu Placebo wurde in der DELIVER-Studie auch bei therapierefraktären Patient:innen bestätigt.⁽¹⁴⁾

Die multizentrische, randomisierte, doppelblinde, placebokontrollierte Phase-IIIb-Studie umfasste eine 24-wöchige doppelblinde, placebokontrollierte Phase und eine 48-wöchige dosisverblindete Verlängerung.⁽¹⁴⁾

Bei den 891 Proband:innen mit episodischer oder chronischer Migräne und mindestens vier Migränetagen im Monat hatten im Vorfeld bereits zwei bis vier prophylaktische Behandlungen versagt (orale Migräneprophylaktika, Botulinum Toxin A bei chronischer Migräne).

Die Teilnehmenden erhielten nach dem Zufallsprinzip (1:1:1) entweder Eptinezumab 100 mg, Eptinezumab 300 mg oder Placebo. 865 Patient:innen schlossen die placebokontrollierte Phase ab. Als primärer Wirksamkeitsendpunkt galt die Veränderung der durchschnittlichen monatlichen Migränetage in den Wochen eins bis zwölf im Vergleich zum Ausgangswert, erfasst anhand eines elektronischen Tagebuchs.

Die DELIVER-Studie kam zu folgenden Ergebnissen: Die Reduktion der mittleren monatlichen Migränetage gegenüber dem Basiswert betrug unter Eptinezumab 100 mg 4,8 Tage, unter Eptinezumab 300 mg 5,3 Tage und in der Placebogruppe 2,1 Tage (jeweils $p < 0,0001$ vs. Placebo). Auch nach der zweiten Infusion in den Wochen 13 bis 24 reduzierten sich die monatlichen Migränetage.

In dieser Kohorte mit therapierefraktärer Migräne erzielte Eptinezumab bei mehr als 40 Prozent der Patient:innen (42 % unter 100 mg Eptinezumab, 49 % unter 300 mg) innerhalb des ersten Therapieintervalls eine Reduktion der Migränetage pro Monat um mindestens 50 Prozent.⁽²⁾

Auch die im Headache Impact Test (HIT-6TM) untersuchten Auswirkungen migränebedingter Kopfschmerzen auf den Alltag wurden in der DELIVER-Studie untersucht. So verringerte sich die HIT-6TM-Gesamtwertung nach 12 Wochen im Durchschnitt um -6,9 und -8,5 Punkte bei Patient:innen, die 100 mg bzw. 300 mg Eptinezumab erhalten hatten, verglichen mit einer Verringerung um -3,1 Punkte unter Placebo ($p < 0,0001$ vs. Placebo für beide Dosierungen).⁽¹⁴⁾

Migräneprophylaxe für ein breites Patientenspektrum

Eine Subgruppenanalyse der DELIVER-Studie belegte zudem, dass Eptinezumab bei Patient:innen mit unterschiedlichen demographischen und klinischen Merkmalen migräneprophylaktisch wirkte.⁽¹⁶⁾

Die Gruppen waren nach Geschlecht, Alter, Migränehäufigkeit (chronische Migräne, episodische Migräne, hochfrequente episodische Migräne, niedrigfrequente episodische Migräne), Medikamentenübergabe sowie vorherigem Versagen der prophylaktischen Behandlung (2, >2) unterteilt.⁽¹⁸⁾

Eptinezumab führte in den definierten Subgruppenvergleichen zu einer stärkeren Reduktion der monatlichen Migränetage und zu einer höheren Ansprechraten als Placebo.

Zu den in der DELIVER-Studie untersuchten Patient:innen, die ebenfalls von einer Prophylaxe mit Eptinezumab profitieren, gehören auch solche mit chronischer Migräne, die durch übermäßige Einnahme von Akuttherapie einen MOH entwickelt haben.^(3,4,14,18)

Insgesamt zeichnet sich die Migräneprophylaxe mit Eptinezumab durch eine starke und schnelle Wirkung aus, die lang anhält und im Allgemeinen gut verträglich ist⁽²⁾ und ergänzt so die CGRP-Antikörper zur Migräneprophylaxe bei Erwachsenen um eine preisgünstige* Therapieoption.

A&W-LITERATUR

1. Erstattungsbeitragsverhandlungen nach § 130b SGB V zu Eptinezumab. GKV Spitzenverband, https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/arzneimittel/verhandlungen_nach_amnog/ebv_130b/wirkstoff_1718145.jsp (aufgerufen am 21.12.2023)
2. Aktuelle Fachinformation Vyepti[®]
3. Ashina M et al. Cephalalgia 2020;40(3):241-254
4. Lipton RB et al. Neurology 2020;94(13):e1365-e1377
5. Dodick DW et al. Headache. 2020;60(10):2220-2231

PRAXIS-TIPP



Migräneprophylaxe auf einen Blick

- Die Migräne betrifft vor allem Menschen in der produktivsten Lebensphase (im Alter von 18 bis 44 Jahren).⁽⁷⁾
- Aufgrund von Migräneattacken gehen in Deutschland jährlich etwa 1,9 Milliarden Arbeitsstunden verloren.⁽¹⁰⁾
- Der CGRP-Antikörper Eptinezumab ist zugelassen für die Migräneprophylaxe bei Erwachsenen mit mindestens vier Migränetagen im Monat.⁽²⁾
- Durch die Migräneprophylaxe mit Eptinezumab können Häufigkeit, Dauer, Schwere der Symptome reduziert und Lebens- und Leistungsqualität gesteigert werden.^(2-4,11,14,18)
- Von der Therapie können unter anderem Betroffene profitieren, die eine starke und schnelle Wirkung benötigen.⁽¹³⁾
- Eptinezumab ist durch die intravenöse Gabe zu 100 Prozent bioverfügbar⁽²⁾ und die maximale Plasmakonzentration wird schon am Ende der 30-Minütigen i.v. Infusion erreicht.⁽¹³⁾

6. Winner PK et al. JAMA 2021;325(23):2348-2356
 7. Peters GL et al. Am J Manag Care 2019;25:S23-S34
 8. Porst M et al. J Health Monit 2020;5:6
 9. Diener HC et al. Eur J Neurol 2020;27:1102-1116
 10. www.handelsblatt.com/unternehmen/industrie/krankheitskosten-migraene-kostet-deutsche-wirtschaft-jaehrlich-fast-150-milliarden-euro/23678444.html (aufgerufen am 19.12.23)
 11. Diener HC et al. S1-Leitlinie: Therapie und Prophylaxe der Migräne 2022; www.dgn.org/leitlinien (abgerufen am 19.12.2023)
 12. DeutschesArztPortal, Rabattverträge zu Vyepti: www.deutschesarztportal.de/wirtschaftlichkeit/aktuelle-rabattvertraege/rabattvertraege-zubiologika/detail/abfrage/306 (aufgerufen am 19.12.2023)
 13. Baker DW et al. Cephalalgia Reports 2022;5
 14. Ashina M et al. Lancet Neurol 2022;21:597-607
 15. Lipton RB et al. J Headache and Pain 2022;23:23
 16. Blumenfeld A et al. BMC Neurol 2022;22:251
 17. Smith TR et al. J Headache Pain 2021;22:16
 18. Ashina M et al. Cephalalgia 2023;43(5):3331024231170807
- * Für die Berechnung der Jahrestherapiekosten wird der jeweilige Verbrauch pro Jahr des CGRP-Antikörpers auf Grundlage des G-BA-Beschlusses nach § 35a Abs. 3 SGB V für Eptinezumab vom 16.02.2023 berücksichtigt. Die Berechnung erfolgt, wie in den Tragenden Gründen zum Beschluss des G-BA für Eptinezumab erläutert. Der Preisstand ist der Lauer-Taxe vom 01.01.2024 entnommen. Die angegebenen Lauer-Taxen-Preise können durch vertraulich vereinbarte Rabatte zusätzlich günstiger ausfallen.

Impressum für Sonderredaktion:

Verantwortlicher Redakteur (V.i.S.d.P.):
Dr. med. Ulrich Karbach, Telefon: 08191 3055519
Anschrift: MedTriX GmbH, Justus-von-Liebig-Straße 1,
86899 Landsberg

Alles andere als **Allgemein**

der Podcast für Ärzt:innen

**NEUE
FOLGEN!**



**Spannende Geschichten zu den (außer)gewöhnlichen
Situationen des Praxisalltags mit
wertvollen Tipps direkt aufs Ohr**

Jetzt Reinhören & abonnieren:



[qr.medical-tribune.de/
o-ton-allgemeinmedizin2](https://qr.medical-tribune.de/o-ton-allgemeinmedizin2)

MedTriX Group
we care for media solutions

Ein gutes Neues und: good vibes!

Weihnachten ist herrlich. Mit Plätzchen, Stollen, (Glüh-) Wein und insgesamt mit viel leiblichem Wohl. Silvester: überschäumende Fortsetzung dessen und zur Krönung werden um Mitternacht mit reichlich Knall und Rauch die bösen Geister vertrieben. Am nächsten, spätestens übernächsten Morgen stellt man mit geschwollenen Augen und kniefendem Hosenbund fest: Hat nicht geklappt. Die bösen Geister hocken – getarnt als gute Vorsätze – auf dem taufrischen Jahr. Etwas verkniffen winken dry January, Veganuary und/oder das Jetzt-aber-konsequente-Training im Fitness-Studio.

Die medizinische Forschung belegt den Nutzen solcher Maßnahmen leider hartnäckig und hält daher das leibliche Wohl für das Gegenteil dessen, was der Volksmund genussvoll träge liebt. Konkret könnten bereits 75 Minuten moderate Bewegung wöchentlich das Risiko für Krebs, Herzerkrankungen und vorzeitigen Tod senken. Für Alkohol gebe es keine harmlose Untergrenze, insbesondere rotes Fleisch sei der Gesundheit abträglich und ein hoher BMI sowieso. Wenigstens liefert dieselbe Forschung gelegentlich kreative Lösungen für das Dilemma, das aus sitzendem Lebensstil und jagdfrei zugänglicher Nahrung entstanden ist. Damit das Jahr nicht gar zu jämmerlich anfängt, hier eine verblüffende Idee, die noch nicht anwendungsreif ist, aber vielleicht die Patientenberatung zur Gewichtsreduktion ab Januar 2025, 2026, ... einmal hoffnungsvoller gestalten könnte. Und unterhaltsamer.

Eine völlige Illusion

Am 22. Dezember 2023, also mitten in der Zeit des leiblichen Wohls gemäß Volksmund, meldete das Massachusetts Institute of Technology (MIT) eine potenziell bahnbrechende Entwicklung: eine Kapsel mit klitzekleiner Batterie und winzigem Motor, deren Hülle sich unter der Säurewirkung im Magen auflöst und die dann vibriert. Und damit der Völlerei zuverlässig Einhalt gebietet, zumindest bei zum Testlauf herangezogenen Schweinen. Normalerweise verläuft Sättigung so: Nach einer großen Mahlzeit – beispielsweise einem Weihnachtessen – melden die Dehnungsrezeptoren des Magens, dieser sei gefüllt und der



Ines Schulz-Hanke hat aus Studien herausgelesen, dass auch ein Glas Wasser vor jeder Mahlzeit dem Sättigungsgefühl zuträglich sein soll. Wie langweilig.

Anfang des Verdauungstrakts könne und möge aufhören Nahrung aufzunehmen. Die Dehnungsrezeptoren werden dabei umfangreich hormonell unterstützt. Die Forschenden am MIT haben nun gezeigt, dass auch ihre vibrierende Kapsel Dehnungsrezeptoren und Hormonausschüttung aktiviert. Schweine, die das Vitaminkapsel-große Gerät 20 Minuten vor der Fütterung geschluckt hatten, fraßen daraufhin rund 40 Prozent weniger. Imaginieren Sie an dieser Stelle bitte ein Weihnachtsmenü für den Versuch am Menschen. Da die Schweine sich nicht beschwerten und normal verhielten, gehen die Forschenden davon aus, dass der Kapsel-Buzzer, anders als verschiedene medikamentöse Interventionen, nebenwirkungsfrei arbeitet und ausgeschieden wird. Als Festkörper würde er in der Kläranlage herausgefiltert. (Zumindest Vibrationsneurosen bei Bachforellen und Molchen dürften somit ausgeschlossen sein.)

Nicht länger beraten – fernsteuern

Für den Fall, dass Askese-Unfähige mit Unterstützungswunsch das wiederholte Kapselschlucken lieber vermeiden würden, stellt sich die Entwicklergruppe ein nachhaltigeres Kapselmodell vor. Es soll länger im Magen verbleiben und nicht nach saurer Lyse, sondern bei Bedarf ferngesteuert vibrieren. Dieser Ansatz hat besonderen Reiz: Eine meiner Freundinnen hat letztes Jahr eine elektrische ferngesteuerte Weihnachtsbaumbeleuchtung installiert. Ihre Nachbarn ebenfalls. Nach einigem unerklärlichen An-und-Aus und scheinbar magischen Blink-Rhythmus-Wechseln in beiden Wohnzimmern stellte man fest, dass die Fern-Steuerungen ihren Namen verdienten und auch den Nachbarsbaum erreichten. Stellen Sie sich das Potenzial ferngesteuerter vibrierender Du-bist-satt-Kapseln vor!



Sagen Sie uns gerne Ihre freundliche Meinung:
ines.schulz-hanke@medtrix.group



LEBENSWEISHEIT

*Es gibt nur einen Weg,
um Kritik zu vermeiden:
Nichts tun, nichts sagen, nichts sein.*

Aristoteles

ZITATE VON FRANZ BECKENBAUER

*„Die Schweden
sind keine
Holländer, das
hat man ganz
genau gesehen.“*

*„Das Beste an der ersten
Halbzeit war,
dass Mario Basler nicht
erfroren ist.“*

*„Erfolg ist ein scheues
Reh. Der Wind muss stimmen,
die Witterung, die
Sterne und der Mond.“*

VERRÜCKTES BEAMTENDEUTSCH

Hinter der sogenannten Lebensberechtigungsbescheinigung verbirgt sich nicht etwa eine Erlaubnis zum Leben, sondern das klassische Familienstammbuch.

Ein „raumübergreifendes Großgrün“ bezeichnet im Beamtendeutsch einen Baum.

Unter „Gelegenheitsverkehr“ versteht das Personenbeförderungsgesetz das Gegenteil von Linienverkehr. Es meint also unter anderem Taxis und Mietwagen.

Unter „Beelterung“ versteht man rechtlich die Vermittlung einer Pflegefamilie für ein Kind.

WAHNSINNIIG WITZIG

Ein Mann geht im Einkaufszentrum in ein Geschäft. Er stellt sich an den Tresen und sagt: „Guten Tag, ich bräuchte bitte eine neue Brille.“ Darauf antwortet die Frau hinter dem Tresen: „Ja, das stimmt. Sie sind hier beim Bäcker.“



Eine schwangere Frau geht zum Metzger: „Ich bekomme drei Kilo Gehacktes.“ Darauf der Metzger: „Sachen gibt's!“



Eine alte Dame schenkt dem Busfahrer jeden Tag eine kleine Tüte Erdnüsse. Nach fünf Tagen fragt der Busfahrer: „Wollen Sie die nicht selber essen?“ Daraufhin die Dame: „Meine Zähne sind nicht mehr so gut, ich mag nur die Schokolade drum herum.“



Ein Ehepaar sitzt vorm Fernseher und schaut sich eine Tiersendung an. Sie: „Du Schatz, findest du nicht auch, dass Nagetiere grässlich sind?“ Er: „Ja, mein Mäuschen!“