

Erfolgreiche Praxisführung
für Ärztinnen und Ärzte

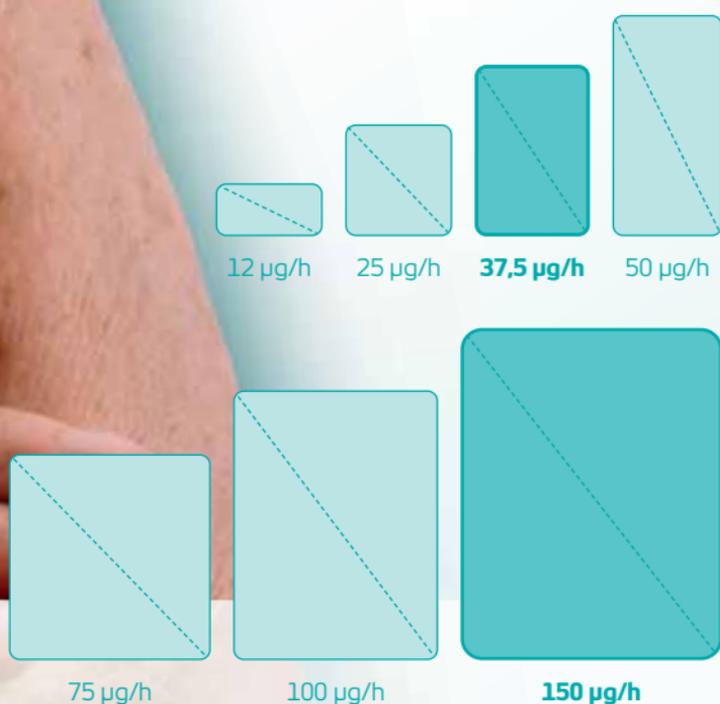
WIRTSCHAFTS

Fentanyl -
1 A Pharma® Matrixpflaster

DAS DETAIL MACHT DEN UNTERSCHIED.

ZUSÄTZLICHE WIRKSTÄRKEN*

Wir sorgen mit der größten Anzahl an
Wirkstärken für eine individuellere
Therapie.



Schematische Darstellung; Aussehen und Größe der Pflaster weichen in der Realität ab.

* Fentanyl - 1 A Pharma® Matrixpflaster stehen in den folgenden Wirkstärken zur Verfügung: 12/- 25/- 37,5/- 50/- 75/- 100/- 150 µg/h. Die zusätzlichen Wirkstärken im Portfolio der 1 A Pharma® Matrixpflaster sind die 37,5 µg/h und die 150 µg/h. Zusätzlich stehen Fentanyl - 1 A Pharma® S Matrixpflaster mit Freisetzungsraten von 12,5/- 25/- 50/- 75/- 100 µg/h zur Verfügung. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte der aktuellen Fachinformation.

www.1apharma.de

Einfach verstehen.

SANDOZ



Fentanyl - 1 A Pharma® Matrixpflaster



Fentanyl - 1 A Pharma® 12/- 25/- 37,5/- 50/- 75/- 100/- 150 µg/h Matrixpflaster, transdermales Pflaster; Fentanyl - 1 A Pharma® S 12/- 25/- 50/- 75/- 100 µg/h Matrixpflaster, transdermales Pflaster:

Wirkstoff: Fentanyl. **Zusammensetzung:** Fentanyl - 1 A Pharma: Jedes transderm. Pflaster (5,25/10,5/15,75/21/31,5/42/63 cm² Resorptionsfläche) enth. 2,89/5,78/8,66/11,56/17,34/23,12/34,65 mg Fentanyl entspr. einer Freisetz. von 12,5/25/37,5/50/75/100/150 µg Fentanyl/h. Sonstige Bestandteile: Poly(ethylenterephthalat), silikonisiert, hydr. Kolophonium, Poly[(2-ethylhexyl)acrylat-co-vinylacetat] (1:1), raffin. Sojaöl (Ph.Eur.), Poly(ethylenterephthalat), Drucktinte. Fentanyl - 1 A Pharma S: Jedes transderm. Pflaster (5,25/10,5/21/31,5/42 cm² Resorptionsfläche) enth. 2,1/4,2/8,4/12,6/16,8 mg Fentanyl entspr. einer Freisetz. von 12,5/25/50/75/100 µg Fentanyl/h. Sonstige Bestandteile: Poly(ethylenterephthalat), silikon., Acryl-Vinylacetat-Copolymer, Poly(ethylenterephthalat), Drucktinte. **Anwendungsgeb.:** Erw.: Behandl. starker chron. Schmerzen, d. eine kontinuierl. Langzeitanwend. von Opioiden erfordern. Kdr.: Langzeitbehandl. starker chron. Schmerzen b. Kdr. ab 2 J., d. bereits eine Opioid-Therapie erhalten. **Gegenanz.:** Überempf.-keit geg. Inhaltsst.; akute od. postoperat. Schmerzzust., da eine Dosisstirat. b. kurzzeit. Anwend. nicht mögl. ist u. dies zu einer schweren od. lebensbedrohl. Hypoventilat. führen kann; schwere Atemdepress.; Kdr. < 2 J.; Stillz. währ. d. Behandl. u. bis 72 h nach entfernen des Pflaster. Zusätzl. f. Fentanyl - 1 A Pharma: Überempf.-keit geg. hydr. Kolophonium, Soja, Erdnuss. **Nebenwirk.:** Überempf.-keit, anaphylakt. Schock/Reakt., anaphylaktoide Reakt., Androgenmangel, Appetitlosigk., Schlaflosigk., Depress., Angstzustände, Verwirrth.-zustand, Halluzinat., Agitiert., Desorientier., Euphorie, Delirium, Arzneim.-toleranz und -abhängigk., Somnolenz, Schwindel, Kopfschmerzen, Tremor, Parästhesie, Hypästhesie, Krampfanf. (einschl. klon. u. Grand-mal-Anf.), Amnesie, vermind. Bewusstseinsgrad, Bewusstlosigk., verschwomm. Sehen, Miosis, Vertigo, Palpitat., Tachyk., Bradyk., Zyanose, Hypertonie, Hypotonie, Dyspnoe, Atemdepress., Atemnot, Apnoe, Hypoventilat., Bradyppnoe, Übelk., Erbrechen, Obstipat., Diarrhö, Mundtrockenh., abdom. Schmerzen, Oberbauchschmerzen, Dyspepsie, Ileus, Subileus, Hyperhidrose, Pruritus, Hautausschlag, Erythem, Ekzem, allerg. Dermatitis, Hauterkrank., Dermatitis, Kontaktdermatitis, Muskelkrämpfe, Muskelzucken, Harnverh., erektile/sex. Dysfunkt., Erschöpf., periph. Ödeme, Asthenie, Unpässlichk., Kältegef., Reakt. an d. Applikat.-stelle, grippeäbnl. Erkrank., Gef. von Körpertemp.-schwank., Überempf.-keit an d. Applikat.-stelle, Entzugserschein., Pyrexie, Dermatitis/Ekzem an d. Applikat.-stelle. Zusätzl. f. Fentanyl - 1 A Pharma: allerg. Reakt. durch Sojaöl. Warnhinw.: Versehentl. Anwend. od. Einnahme kann tödl. sein. Dop! Versehentl. Pflasterübertrag! Zusätzl. f. Fentanyl - 1 A Pharma: Enth. hydr. Kolophonium u. Sojaöl. Weit. Einzelh. u. Hinw. s. Fach- u. Gebrauchsinfo. Verschreibungspflichtig (BTM). **Mat.-Nr.:** 3/51015850-02 /-51015829 **Stand:** März 2023

1 A Pharma GmbH, 83607 Holzkirchen

MLR-427327-04/2024

www.1apharma.de

Einfach verstehen.

SANDOZ



Erfolgreiche Praxisführung
für Ärztinnen und Ärzte

ARZT & WIRTSCHAFT



IGeL-Monitor
**Antwort auf Fragen
der Patienten** S. 24

Cannabis-Legalisierung
**Was sie für Ärzte
bedeutet** S. 52

Neues Gesetz
**Verschlechterung
für Hausärzte** S. 64

Geriatrie
**Senioren:
Korrektes
Honorar** S. 18

In dieser
Ausgabe:
„Care – das
Impfmagazin
für MFA“

Tromcardin® complex

Herz im Takt. Leben im Rhythmus.

Seit 60
Jahren



Tromcardin® complex – Ihre Nr. 1 Empfehlung bei tachykarden Herzrhythmusstörungen*

- Etablierte Elektrolyt-Kombination mit den herzwichtigen Mikronährstoffen **Kalium & Magnesium**, Vitaminen und Q10
- Wirksamkeit belegt**
- Gute Verträglichkeit – zur Dauereinnahme geeignet
- Budgetneutrale Empfehlung auf Grünem Rezept
- 2×2 Tabletten täglich

* Arztempfehlungen bei tachykarden Herzrhythmusstörungen (nach Verordnungen MAT 6/23)

** MAGICA-Studie (Zehender et al., Annual Congress of ESC 2001)



Entwickelt & hergestellt in
Deutschland

www.tromcardin.de
Lebensmittel für besondere medizinische
Zwecke (bilanzierte Diät)

Mehr über Elektrolyte und einen stabilen
Herzrhythmus erfahren:
www.aerztezeitung.de



KINDERMUND

Das Wasch-
becken geht nicht
kaputt. Ich wiege
20 Grad.

Ich kann nicht
so schnell
rennen, sonst
rutscht mein
Gehirn aus den
Ohren.

LEBENSWEISHEIT

*Neue Wege entstehen dadurch, dass
man sie geht.*

Franz Kafka

WAHNSINNICG WITZIG

Ein Schüler hat heute bei seinem
Mathelehrer angerufen. Damit hat
er nun wirklich nicht gerechnet!



Zwei Schnecken stehen an einer
Straßenkreuzung. Die eine möchte
die Straße überqueren, da sagt die
andere: „Vorsicht! In zwei Stunden
kommt der Bus.“



Was macht ein Keks, der keine Lust
auf etwas hat?
Er verkrümelt sich.

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

Stellvertretende Ressortleiterin Abrechnung

und Medizin: Nina Grellmann 08191 3055515
E-Mail: nina.grellmann@medtrix.group

**Ressortleiterin (V.i.S.d.P.) Wirtschaft und
Audio & Videoproduktionen:**

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

Stellvertretende Ressortleiterin Wirtschaft:

Ina Reinsch 08191 3055524
E-Mail: ina.reinsch@medtrix.group

Redakteure: Heiko Fekete, 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-Bredibusch,
Franziska Daschner, Maïke 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: Ramona Achhammer, 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 € 116,-
Studenten € 75,50
Auslandsbezug € 132,-
(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

FÜR IHRE PATIENT:INNEN
MIT TYP-2-DIABETES GEHT'S

HOCH HINAUS

DANK ÜBERRAGENDER ERGEBNISSE.



1 x wöchentlich

mounjaro[®]

Tirzepatid

Jetzt auch zur Behandlung von
Adipositas zugelassen.¹



Ein einzelnes Molekül,
das sowohl

GIP-
als auch
GLP-1-

Rezeptoren aktiviert¹



Überlegene
HbA_{1c}-Reduktion¹

Bis zu
-2,5%

HbA_{1c}-Reduktion mit Mounjaro[®]
15 mg nach 40 Wochen^{1,a}



Überlegene
Gewichtsreduktion^{1,b}

Bis zu
-13%

Gewichtsreduktion mit Mounjaro[®]
15 mg nach 40 Wochen^{2,c}



Jetzt mit Mounjaro[®] starten.

Mehr Informationen zur Dosierung und Anwendung.

Mounjaro[®] ist angezeigt zur Behandlung von Erwachsenen mit unzureichend eingestelltem Typ-2-Diabetes mellitus als Ergänzung zu Diät und Bewegung • als Monotherapie, wenn die Einnahme von Metformin wegen Unverträglichkeiten oder Kontraindikationen nicht angezeigt ist, • zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung von Diabetes mellitus.¹

a) Bezogen auf den Ausgangswert.¹ Mittlere HbA_{1c}-Reduktion im Vergleich zum Ausgangswert. b) Die Veränderung des Körpergewichts war ein sekundärer Endpunkt in den SURPASS-Studien.¹ c) Bezogen auf den Ausgangswert.² Mittlere Gewichtsreduktion im Vergleich zum Ausgangswert.³

1. Fachinformation Mounjaro[®] (aktueller Stand). 2. Frias JP, et al. N Engl J Med. 2021 Aug 5; 385(6): 503–515.

Bezeichnung der/s Arzneimittel/s: Mounjaro[®] 2,5 mg Injektionslösung in einer Durchstechflasche, Mounjaro[®] 5 mg Injektionslösung in einer Durchstechflasche, Mounjaro[®] 7,5 mg Injektionslösung in einer Durchstechflasche, Mounjaro[®] 10 mg Injektionslösung in einer Durchstechflasche, Mounjaro[®] 12,5 mg Injektionslösung in einer Durchstechflasche, Mounjaro[®] 15 mg Injektionslösung in einer Durchstechflasche. **Zusammensetzung:** *arzneilich wirksamer Bestandteil:* Jede Durchstechflasche enthält 2,5 mg, 5 mg, 7,5 mg, 10 mg, 12,5 mg oder 15 mg Tirzepatid in 0,5 ml Lösung; *sonstige Bestandteile:* Dinatriumhydrogenphosphat 7 H₂O, Natriumchlorid, Konzentrierte Salzsäure (zur pH-Wert Einstellung), Natriumhydroxid (zur pH-Wert Einstellung), Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** **Typ-2-Diabetes mellitus:** Mounjaro ist angezeigt zur Behandlung von Erwachsenen mit unzureichend eingestelltem Typ-2-Diabetes mellitus als Ergänzung zu Diät und Bewegung • als Monotherapie, wenn die Einnahme von Metformin wegen Unverträglichkeiten oder Kontraindikationen nicht angezeigt ist, • zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung von Diabetes mellitus. Studienergebnisse hinsichtlich Kombinationen, Auswirkungen auf die glykämische Kontrolle, sowie auf die untersuchten Populationen, sind in den Abschnitten 4.4, 4.5 und 5.1 der Fachinformation zu finden. **Gewichtsmangement:** Mounjaro ist angezeigt als Ergänzung zu einer kalorienreduzierten Diät und erhöhter körperlicher Aktivität zum Gewichtsmanagement, einschließlich Gewichtsabnahme und Gewichtserhaltung, bei Erwachsenen mit einem Ausgangs-Body-Mass-Index (BMI) von • ≥ 30 kg/m² (Adipositas) oder • ≥ 27 kg/m² bis < 30 kg/m² (Übergewicht) bei Vorliegen mindestens einer gewichtsbedingten Begleiterkrankung (z. B. Hypertonie, Dyslipidämie, obstruktive Schlafapnoe, Herz-Kreislauf-Erkrankung, Prädiabetes oder Typ-2-Diabetes mellitus). **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeitsreaktionen; Hypoglykämie¹ bei Anwendung mit Metformin und SGLT2-Inhibitoren, verminderter Appetit¹; Schwindel¹, Hypotonie¹, Bauchschmerzen, Erbrechen, Dyspepsie, Verstopfung, Blähungen, Aufstoßen, Flatulenz, gastroösophageale Refluxkrankheit; Haarausfall²; Fatigue (umfasst die Begriffe Müdigkeit, Asthenie, Unwohlsein und Lethargie), Reaktionen an der Injektionsstelle; erhöhte Herzfrequenz, erhöhte Lipase- und Amylasewerte. **Gelagenlich:** Hypoglykämie¹ bei Anwendung mit Metformin, Gewichtsverlust¹; Cholelithiasis, Cholezystitis, akute Pankreatitis; Schmerzen an der Injektionsstelle; erhöhter Calcitonin-Wert. **Salten:** Anaphylaktische Reaktion³, Angioödem³. [* Klinisch signifikante Hypoglykämien (Blutzucker $< 3,0$ mmol/l (< 54 mg/dl)) oder schwere Hypoglykämien (die Hilfe einer anderen Person erfordern); ¹ Nebenwirkung, die nur auf Patienten mit Typ-2-Diabetes mellitus (T2DM) zutrifft; ² Nebenwirkung, die hauptsächlich auf Patienten mit Übergewicht oder Adipositas mit oder ohne T2DM zutrifft. ³ Über Berichte nach Markteinführung.]. **Warnhinweise:** Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren, weitere Warnhinweise siehe Fachinformation. **Verschreibungspflichtig. Zulassungsinhaber:** Eli Lilly Nederland B.V., Papendorpseweg 83, 3528 BJ Utrecht, Niederlande; **Ansprechpartner in Deutschland:** Lilly Deutschland GmbH, Werner-Reimers-Str. 2–4, D-61352 Bad Homburg. **Stand der Information: Dezember 2023.**

Lilly



Dr. med. Ulrich Karbach,
Ressortleiter Abrechnung und Medizin



E-Mail:
ulrich.karbach@medtrix.group

Wie gehen wir mit Senioren richtig um?

Älter werden ist nichts für Feiglinge. Plötzlich stellt man fest, dass andere wesentlich schneller die Treppe oder den Berg hinaufgehen können. Oder als Operateur merkt man, dass die Fingerfertigkeit nachlässt. Wer ehrlich zu sich selbst ist, muss sich eingestehen, dass früher zwar nicht alles besser, man selbst aber leistungsfähiger war. Das ist der Preis des Alters.

Gerade als Hausärztinnen und -ärzte erleben Sie das Altern mehrfach. Zum einen bei Ihren Patientinnen, dann bei Ihren Eltern und Schwiegereltern und letztlich bei sich selbst.

Auch wenn der Altersdiabetes mittlerweile teilweise schon bei Jugendlichen auftritt, haben Sie es in den Hausarztpraxen überwiegend mit älteren Patienten zu tun. Die Titelgeschichte ab Seite 18 befasst sich damit, was bei dieser Altersgruppe in der Abrechnung besonders ist. Natürlich ist jedem von uns klar, dass mit fortschreitendem Alter die Beweglichkeit abnimmt. Schon am Gang in den Behandlungsraum und am nach Corona wieder möglichen Händedruck zur Begrüßung kann man neurologische Auffälligkeiten oder einen Kraftverlust erkennen. Da meist eine chronische Erkrankung vorliegt, gibt es im hausärztlichen Versorgungsbereich die Chronikerziffer. Dabei bestehen offensichtlich erhebliche Unsicherheiten, wann diese abgerechnet werden darf. Denn einer-

seits beklagen sich viele niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen darüber, dass diese ihnen aus der Abrechnung gestrichen wird. Andererseits weiß ich von Abrechnungsexperten aus KVen, dass die Chronikerziffer seltener abgerechnet wird als erwartet.

Bei den eigenen Eltern oder Schwiegereltern wird es meist dann kompliziert, wenn diese bislang alleine leben, aber das geliebte Umfeld verlassen müssen, weil sie dort nicht versorgt werden können. Oder man dafür sorgen muss, dass diese nicht mehr Auto fahren, weil eine schwere Demenz dies nicht erlaubt.

Für Sie als Praxisinhaberin oder -inhaber bedeutet das Alter irgendwann, dass Sie sich Gedanken darüber machen müssen, wann und wie Sie Ihre Praxis hoffentlich an eine Nachfolgerin oder einen Nachfolger übergeben oder wie es sonst weitergehen soll. Je nachdem, wo die Praxis gelegen ist, ist es relativ leicht einen Nachfolger zu finden oder fast unmöglich. In solch einem Fall kommt die Sorge dazu, wer dann die Patienten versorgen soll, wenn es im Ort keinen Arzt mehr gibt. Wie gesagt, alt werden ist nicht leicht.

Natürlich kann der Hausarzt darauf hinweisen, dass man sich um einen Platz im Alters- oder Pflegeheim kümmern sollte. Aber primär sollten das Betroffene oder Angehörige tun.

Viel Spaß bei der Lektüre

Blasenentzündung* ohne Antibiotikum?

Canephron® Uno

mit der 4-fach Wirkung bei

-  Schmerzen
-  Krämpfen
-  Bakterien
-  Entzündung

5 von 6 Frauen benötigten
kein Antibiotikum^{1,2}



*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

ABRECHNUNG 24



IGeL-Monitor

Keine einzige IGeL von den 62 im IGeL-Monitor gelisteten ist positiv bewertet. Wenn man selbst IGeL erbringt, sollte man bei Nachfragen erklären können, warum diese trotzdem sinnvoll ist.

ABRECHNUNG 30



Schutzimpfungen GOÄ

Die GOÄ enthält viele einzelne Nummern. Beim Impfen muss man sehr genau wissen, wann die Beratung nicht mit in der Impfnummer enthalten ist, sonst verliert man Honorar.

PRAXIS 44



Notfälle im ärztlichen Alltag

Ein Patient wird in der Praxis ohnmächtig. Wie Ärzte sowie MFA in diesem Notfall richtig handeln, erklärt Notfallsanitäter Tobias Hock im Interview mit ARZT & WIRTSCHAFT.

AKTUELLES



06 Nachrichten

16 Farbpsychologie
Mit welcher Kleiderfarbe Sie am kompetentesten wirken

ABRECHNUNG



18 Geriatrie
Das können Sie bei Senioren abrechnen

22 Abrechnungsguide
Jardiance®: Kardiorenale Prävention bei T2D

24 IGeL-Monitor
So sind Sie gewappnet bei kritischen Fragen von Patienten

27 A&W-Hotline
Was gilt bei der Chronikerziffer

28 Ambulante Versorgung
Unfälle beim Sport

30 Privatabrechnung
Impfungen „nicht verschlucken“ - nach GOÄ vollständig abrechnen!

32 Privatabrechnung
Das bedeutet eine GOÄ-Nummer

34 Ihre Fragen
Der A&W-Abrechnungsexperte antwortet

TITELGESCHICHTE

18



Abrechnung bei Senioren

Ein Großteil der Patienten in Hausarztpraxen ist in fortgeschrittenem Alter. Das bedeutet, dass es sich im eigenen Honorar niederschlägt, wenn man bei der Abrechnung Fehler macht.

RECHT

52



Cannabis-Legalisierung

Seit dem 1. April ist Cannabisbesitz und -konsum in Deutschland in bestimmten Mengen legal. Für Niedergelassene ändert sich damit die Verordnung von Medizinalcannabis.

FINANZEN

70



Steuerregelungen bei Photovoltaik

Neue, attraktivere Regelungen sollen den Ausbau der Solarenergie fördern. Für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte lauert hier allerdings eine böse Falle. Ein einfacher Kniff beugt vor.

MEDIZIN

76



DGIM-Tagung

Die Plenarsitzung der DGIM-Tagung betrachtete drei besondere Aspekte: Staub und Lungenkrebs, Klimawandel sowie KI. Weiter Themen der Tagung lesen Sie auf den Folgeseiten.

PRAXIS



- 37 Ambulante Versorgung
Große Engpässe befürchtet
- 38 KBV-Arztzahlstatistik
Klare Trends erkennbar
- 40 eArztbrief
Empfangsbereitschaft wird verpflichtend
- 42 Qualitätsmanagement
Aus Fehlern in der Arztpraxis lernen
- 44 Interview
Wie richtig handeln bei Notfällen im Praxisalltag?
- 47 IT-Sicherheit
Studien decken großen Handlungsbedarf auf
- 48 Digitale Gesundheitsanwendungen
Apps bleiben hinter der Erwartung zurück
- 50 Ihre Fragen
Die A&W-Praxisexpertin antwortet

RECHT



- 52 Cannabis-Legalisierung
Was sie für Ärzte und Patienten bedeutet
- 54 Ärztlich assistierter Suizid
Dürfen Ärzte den Sterbewunsch psychisch kranker Patienten unterstützen?
- 58 Folgen des BSG-Urteils
Im Bereitschaftsdienst fehlen zahlreiche Ärztinnen und Ärzte
- 60 Gebührenrecht
Manche MVZ sind nicht an GOÄ gebunden
- 62 Arbeitsrecht
Kündigung schwerbehinderter Mitarbeiter: Das ist zu beachten
- 63 Ihre Fragen
Die A&W-Rechtsexpertin antwortet

FINANZEN



- 67 KBV-Honorarbericht
Umsätze bei Vertragsärzten stagnieren
- 68 Kosten für Praxiszubehör
Preisindex geht wieder nach oben
- 70 Photovoltaikanlagen
Steuerbesonderheiten bei Freiberuflern

MEDIZIN



- 72 Darmkrebsprävention
Screening mit hohem Potenzial
- 73 **Folgende Themen werden behandelt:**
COPD, DGIM-Tagung, Hepatitis-B-Impfung, Hidradenitis supportiva, HPV-Impfung, Hyperhidrose, Hypertonie, Magen-Darm-Beschwerden, Menopause, Reflux, Schmerzen, Vitamin-B12-Mangel, Vitamin D
- 84 Hedera helix
Efeu - ein durchaus giftiger Heiler
- 87 Chemische Umweltverschmutzung
Gekommen, um zu bleiben

THERAPIE-MAGAZIN

- 88 Spastik-Plus-Komplex bei Multipler Sklerose
Mit Sativex® Therapieziele erreichen
- 89 Vitamin-C-Mangel
Häufiger als gedacht, aber gut zu behandeln

RUBRIKEN

- 01 Editorial
- 90 Aufgespießt
- 91 Impressum



Nerven? Keltican®!

Keltican® forte unterstützt die körpereigene Regeneration der peripheren Nerven.*



- Mit drei wertvollen Nervenbausteinen: Uridinmonophosphat, Vitamin B₁₂ und Folsäure*
- Die Zusatzempfehlung zu klassischen Therapieformen
- Gut verträglich und nur 1 Kapsel täglich

* Vitamin B₁₂ trägt zu einer normalen Funktion des Nervensystems bei. Folsäure hat eine Funktion bei der Zellteilung.

Nahrungsergänzungsmittel sind kein Ersatz für eine ausgewogene und abwechslungsreiche Ernährung und eine gesunde Lebensweise.

Entwickelt & hergestellt in
Deutschland



Trommsdorff

Mehr Informationen unter keltican-forte.de



Weiterhin Engpässe bei Kinderarzneimitteln

Der Mangel an Kinderarzneimitteln hält an. Das zeigt eine Umfrage des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzt*innen e. V. (BVKJ) unter mehr als 1.300 teilnehmenden Mitgliedern. Angeführt wird die Liste der Engpässe von Antibiotika: 99 Prozent der Befragten sehen hier einen Mangel, vor allem bei Penicillin V (79,7%) und Amoxicillin (51,3%). Auch beim Bronchodilatator Salbutamol (67,8%), bei inhalativen Steroiden (58,2%) und ADHS-Medikamenten (25%) sehen die Kinder- und Jugendärzte Engpässe.

Mehr als ein Drittel der Teilnehmenden (35%) befürchtet, dass der Mangel die Behandlungsqualität stark beeinträchtigt. Fünf Prozent sehen sogar schwerwiegende Risiken für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Das Europaparlament hat im April Position zur von der EU-Kommission geplanten EU-Pharmareform bezogen. Mit großer Mehrheit stimmten die Abgeordneten den Vorschlägen zur Überarbeitung des EU-Arzneimittelrechts zu. Diese sollen unter anderem die Versorgungssicherheit, Zugänglichkeit und Erschwinglichkeit von Arzneimitteln verbessern. Zum Beispiel ist vorgesehen, dass Pharmaunternehmen Vorsorgepläne gegen Lieferengpässe erstellen.

In der Ärzteschaft ist wegen der aktuellen Politik eine große Unsicherheit feststellbar.



Foto: lissbetha - stock.adobe.com

Stimmungsbarometer

Praxisinhaber und -inhaberinnen blicken etwas optimistischer in die Zukunft

Die wirtschaftliche Stimmung unter den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten hat sich im 1. Quartal 2024 verbessert, so die jüngste Umfrage der Stiftung Gesundheit. Insgesamt stieg das Stimmungsbarometer um 5,7 Punkte. Der erreichte Wert liegt aber immer noch im Keller: bei -32,8. Laut Forschungsleiter Prof. Konrad Obermann handelt es sich nicht um einen klaren Trend, sondern eher um eine der kleineren Auf- und Abwärtsbewegungen, die in den letzten Jahren zu beobachten

waren. „Die Werte der letzten zwei Jahre sind niedriger als alles, was wir zuvor gemessen haben – mit Ausnahme der Stimmung zu Beginn der Corona-Pandemie“, so Obermann. Die Unsicherheit im Gesundheitswesen und politische Spannungen würden dazu beitragen. Immerhin hat sich die Stimmung bei den Hausärzten um 10,2 Punkte verbessert. Bei den Psychotherapeuten waren es 8,4 Punkte, bei den Fachärzten 7,1 Punkte. Bei den Zahnärzten sank die Stimmung um 3,5 Punkte.

Lebenserwartung sank während Pandemie weltweit

Während der COVID-19-Pandemieperiode 2020 und 2021 ist die weltweite Lebenserwartung erstmals seit 70 Jahren gesunken – um 1,6 Jahre, wie eine Analyse der GBD-Studie (Global Burden of Disease) in der Fachzeitschrift „The Lancet“ zeigt. Jüngere Altersgruppen waren nur minimal betroffen, Kinder blieben von der Pandemie weitgehend verschont. Tatsächlich sank die Sterblichkeitsrate bei Kindern unter fünf Jahren sogar zwischen 2019 und 2021 um sieben Prozent. Doch die Gesamtmortalität bei Erwachsenen stieg 2020 und 2021 an und kehrte damit den zuvor rückläufigen Trend um. Die Forschenden des Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) schätzen, dass es im Zuge der Pandemie im Jahr 2020 zu weltweit 5,89 Millionen und im Jahr 2021 zu 9,97 Millionen zusätzlichen Todesfällen kam. In sieben Ländern und Gebieten gab es hingegen eine negative Übersterblichkeit: In Taiwan, in der Mongolei, Japan, Neuseeland, Island, Antigua und Barbuda/Barbados kam es zwischen 2020 und 2021 zu weniger Sterbefällen, als aufgrund der langfristigen Trends zu erwarten gewesen wäre.



Foto: tiero - stock.adobe.com

WWW.

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

arzt-wirtschaft.de

Warum Finnen am glücklichsten sind

Zum siebten Mal in Folge ist Finnland laut dem World Happiness Report der Vereinten Nationen das Land mit der glücklichsten Bevölkerung der Welt. Was genau die Menschen dort glücklich macht, hat das Finnish Happiness Institute (FHI) nun erfragt. Immer wieder genannt wurden die Nähe zur Natur und die damit verbundenen Erholungsmöglichkeiten. Hinzu kommen ein großes Vertrauen in andere Menschen und Institutionen sowie ein tief verwurzeltes Freiheitsgefühl. In den Unternehmen herrschen überwiegend flache Hierarchien und eine gute Work-



Eine eher geringe Stressbelastung und viel Vertrauen ist typisch für die Bevölkerung.

Life-Balance. Hinzu kommt Sisu: ein finnisches Konzept, das Mut, Belastbarkeit und Entschlossenheit vereint.

Erster TI-Messenger-Anbieter zugelassen

Kurznachrichten, Bild- und Audiodateien sicher versenden und empfangen – die gematik hat den ersten Messenger für den digitalen Austausch im Gesundheitswesen zugelassen. Der TI-Messenger des Anbieters Famedly erleichtert nun die Echtzeitkommunikation zwischen Praxisteams, Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen. Weitere Unternehmen sollen folgen. Dabei sollen alle TI-Messenger interoperabel sein, sodass alle Nutzerinnen und Nutzer auf Basis eines gemeinsamen Standards miteinander kommunizieren können, erklärt die gematik.

Selbstbestimmungsgesetz verabschiedet

Der Bundestag hat am 12. April das neue Selbstbestimmungsgesetz (SBGG) verabschiedet. Es löst das bisher geltende Transsexuellengesetz (TSG) ab und senkt die Hürden für eine Änderung des Geschlechtseintrags beim Standesamt. Ab dem 1. November soll die Änderung des Vornamens und des Geschlechts durch eine einfache Erklärung möglich sein.

Nach dem bisherigen TSG waren zwei psychologische Gutachten erforderlich, die mit intimen und zum Teil als entwürdigend empfundenen Fragen verbunden waren. Die Erklärung und Änderung des Vornamens müssen nun drei Monate vorher beim Standesamt angemeldet werden. Dies soll „nicht ernst gemeinte Erklärungen verhindern“. Minderjährige ab 14 Jahren können die Änderungserklärung mit Zustimmung der Eltern selbst abgeben, im Konfliktfall entscheidet das Familiengericht. Eine Beratungspflicht für Volljährige besteht nicht. Minderjährige müssen versichern, dass sie eine therapeutische Beratung oder eine Beratung durch die Kinder- und Jugendhilfe in Anspruch genommen haben; ein Nachweis wird aber nicht verlangt. Im Bereich des Wehrdienstes soll Missbrauch verhindert werden. Deshalb sind Änderungen des Geschlechtseintrages im Spannungs- und Verteidigungsfall sowie in den zwei Monaten davor unbeachtlich. Hier zählt das bei der Geburt zugewiesene Geschlecht.

Bundesdatenschutzbeauftragter

Prof. Kelber warnt vor Schutzlücken und Diskriminierung im Gesundheitswesen

In der deutschen und der europäischen Gesundheitsdateninfrastruktur sieht der Bundesdatenschutzbeauftragte Prof. Ulrich Kelber noch Nachbesserungsbedarf. Bei der Vorstellung seines jährlichen Tätigkeitsberichts in Berlin äußerte er sich besorgt über die Befugnis der Krankenkassen, Daten von Versicherten ohne deren Einwilligung auszuwerten und auf dieser Grundlage Empfehlungen auszusprechen. Kelber warnte vor Diskriminierungspotenzialen. Besonders schutzwürdige, höchstpersönliche Daten aus der infor-

mationellen Intimsphäre der Versicherten sollten seiner Meinung nach von der Pflichtbefüllung der elektronischen Patientenakte (ePA) ausgenommen und unter einen Einwilligungsvorbehalt gestellt werden: so etwa Daten über psychische Erkrankungen, Schwangerschaftsabbrüche oder HIV-Infektionen. Hinsichtlich der Sekundärnutzung von Daten durch die Wissenschaft im Europäischen Gesundheitsdatenraum forderte er mehr Schutzmechanismen, damit sensible Daten nicht unkontrolliert weiterverwendet werden.



Höchstpersönliche Daten sollen bei der europäischen Sekundärnutzung automatisch übertragen werden.

Fotos: A Stock Studio - stock.adobe.com, VideoFlow - stock.adobe.com

Japan: Mehr Fälle von tödlichen Streptokokken

Das durch Streptokokken verursachte toxische Syndrom (STSS) breitet sich in Japan aus. In den ersten beiden Monaten des Jahres 2024 registrierte das National Institute of Infectious Diseases (NIID) bereits 378 Fälle von STSS, verglichen mit 941 Fällen im gesamten Jahr 2023. Da hochansteckende Stämme identifiziert wurden, wird ein weiterer Anstieg befürchtet. Besonders gefährlich scheinen die Streptokokken der Gruppe A für Menschen unter 50 Jahren zu sein. So starb im zweiten Halbjahr 2023 etwa ein Drittel der Infizierten in dieser Altersgruppe.

Wiederbelebung wider Patientenwillen

Bei einem außerklinischen Herzstillstand ist oft unklar, ob eine Do-not-resuscitate-Verfügung (DNR) vorliegt. Wie eine Analyse von Rettungsdienstprotokollen aus Mittelhessen zeigt, vergessen Angehörige in dieser Stresssituation häufig den Rettungsdienst zu informieren oder versuchen, selbst den Patienten oder die Patientin wiederzubeleben. So kommt es oft vor, dass trotz vorliegender DNR-Verfügung eine kardiopulmonale Reanimation (CPR) durchgeführt wird. Das Team um den Notfallsanitäter Dennis Rupp empfiehlt im Journal „Resuscitation“ eine stärkere



In Stresssituationen wird der Wille des Patienten oft nicht erfragt.

Sensibilisierung in Schulungen und eine klarere Formulierung der Verfügung, um Fehlinterpretationen zu vermeiden.

Bundesgerichtshof

Arzt muss Versorgungsansprüche mit vermögnder Ex-Frau teilen

Trotz erheblichen Vermögens der Ex-Frau muss der Ex-Mann einen Teil seiner Versorgungsansprüche abgeben. Das hat der Bundesgerichtshof (BGH) im Fall eines ehemaligen Arztheopaares entschieden (Az. XII ZB 259/23). Die Vorinstanz hatte dem Mann wegen eines erheblichen wirtschaftlichen Ungleichgewichts noch Recht gegeben. Die Frau verfügte über ein geerbtes Vermögen von vier Millionen Euro. Außerdem hatte sie bereits einen Ausgleichsanspruch in Höhe von 342.500 Euro aus dem ehelichen Zu-

gewinn erhalten, den der Mann allein erwirtschaftet hatte. Hinzu kamen eigene Ansprüche aus der Ärzteversorgung sowie monatliche Mieteinnahmen in Höhe von 16.500 Euro. Der Ehemann verfügte nur über eine Lebensversicherung mit einem Rückkaufswert von 60.000 Euro sowie einen möglichen Verkaufspreis für seine Arztpraxis. Nach Aufhebung der Zugewinnsgemeinschaft zahlte er rund sieben Jahre lang monatlich 5.000 Euro an seine Ex-Frau. Der BGH hielt den Versorgungsausgleich dennoch für zumutbar.

Warum erkranken so viele Jüngere an Krebs?

Krebserkrankungen bei Erwachsenen unter 50 Jahren nehmen weltweit zu. Ein Feature im Journal „Nature“ diskutiert mögliche Gründe für diesen Trend, Tenor: Wir wissen es nicht. Zwar zeigen die Statistiken bei mehr als einem Dutzend Krebsarten einen deutlichen Anstieg. Modellrechnungen auf Basis globaler Daten deuten darauf hin, dass die Zahl der frühen Krebserkrankungen bis 2030 um rund 30 Prozent zunehmen wird. Doch die Gründe für die Entwicklung sind unklar.

Vermutlich sind die Ursachen vielfältig. Allein auf bekannte Faktoren wie Übergewicht und verbesserte Früherkennung lässt sich der Anstieg nämlich nicht zurückführen. Jüngere Menschen erkranken häufiger an aggressiven Tumoren, die sich möglicherweise von denen älterer Patienten unterscheiden. Es gibt Hinweise darauf, dass Veränderungen des Mikrobioms, etwa durch Antibiotika, sowie pränatale Belastungen eine Rolle spielen könnten. Weitere Forschung ist notwendig, aber keine der großen Datenbanken scheint alle benötigten Faktoren zu enthalten – und Studien, die jetzt beginnen, werden erst in Jahrzehnten aussagekräftige Ergebnisse liefern. Die Behandlung junger Krebspatienten birgt Herausforderungen. Auswirkungen auf Herz-Kreislauf, Fruchtbarkeit und die Arbeitsfähigkeit sind Aspekte, die beachtet werden müssen – zumal letztere Familien in Existenznöte bringen kann.



Zugewinn bleibt Zugewinn, auch wenn sich die Vermögensverhältnisse grob unterscheiden.

Blasenentzündung?

Bewährte
Rezeptur
in neuem
Design



Cystinol akut® - unser pflanzliches Anti-Bakterium¹

S3-Leitlinien-Empfehlung²:

Bärentraubenblätterextrakt - auch in
Cystinol akut® enthalten

- Lindert die Beschwerden
- Antibakteriell¹
- Antiphlogistisch

cystinol.de

¹Nicken et al., Z für Phytotherapie, 38 (Suppl. 1), S39, (2017), Hinweis: Eine antibakterielle Wirkung ist in Laboruntersuchungen für verschiedene Bakterien belegt.

²Interdisziplinäre S3 Leitlinie, AWMF-Register-Nr. 043/044, Aktualisierung 04/2017

Cystinol akut® Dragees, Wirkstoff: Bärentraubenblätter-Trockenextrakt. **Zusammens.:** 1 überzogen. Tabl. enth. 238,7-297,5 mg Trockenextr. aus Bärentraubenblättern (3,5-5,5 : 1) entsprechend 70 mg Hydrochinonderivate, berechnet als wasserfreies Arbutin (Photometrie Ph. Eur. 1998), Auszugsmittel: Ethanol 60% (V/V). Sonst. Best.-teile: mikrokristalline Cellulose, langkettige Partialglyceride, Hypromellose, Lactose-Monohydrat, Macrogol 6000, Magnesiumstearat (Ph.Eur.), hochdisperses Siliciumdioxid, Chinolingelb E 104, Indigocarmin E 132, Aluminiumhydroxid, Titandioxid E 171. **Anw.-geb.:** entzündliche Erkrankungen der ableitenden Harnwege. **Gg.-anz.:** bekannte Überempfindlichkeit gg. Bärentraubenblätter oder einen der sonst. Best.-teile des Arzneimittels. Schwangerschaft und Stillzeit. **Kinder** unter 12 Jahren. **Nebenw.:** selten bei magenempfindlichen Personen Magen-Darm-Beschwerden (Übelkeit und Erbrechen). Sehr selten allergische Reaktionen. **Warnhinweis:** enthält Lactose. Packungsbeilage beachten. Stand 03/2021. Schaper & Brümmer GmbH & Co. KG, Bahnhofstr. 35, 38259 Salzgitter

SCHAPER & BRÜMMER

a member of



MEDICE
THE HEALTH FAMILY

Riskante Sicherheitslücken in Medizingeräten

Jedes vierte medizinische Gerät (23 %) wies im vergangenen Jahr bekannte IT-Sicherheitslücken auf. Zu diesem Ergebnis kommt eine Studie des New Yorker IT-Sicherheitsunternehmens Claroty. Für den Bericht „Healthcare 2023“ wurden Schwachstellen in Medizingeräten anhand von Daten aus vertrauenswürdigen Quellen wie der National Vulnerability Database (NVD) und der CISA analysiert. Dabei zeigte sich, dass 14 Prozent der vernetzten Medizingeräte Betriebssysteme verwenden, die nicht mehr unterstützt werden oder sich am Ende ihres Lebenszyklus befinden, etwa Windows-basierende Systeme, aber auch Linux, Solaris und mobile Plattformen. Dies erhöht das Risiko von Cyberangriffen. 22 Prozent der untersuchten Krankenhäuser setzen zudem Router mit WLAN-Hotspots für Patienten und Besucher ein, die potenzielle Einfallstore für Cyber-Angriffe darstellen. 66 Prozent der bildgebenden Geräte, 54 Prozent der chirurgischen Utensilien und 40 Prozent der am Patienten eingesetzten Geräte waren fernzugreifbar. Vor dem Hintergrund zunehmender Ransomware-Angriffe auf Gesundheitseinrichtungen werden widerstandsfähige medizinische Geräte und Systeme dringend benötigt.

WWW.

Noch mehr aktuelle
Nachrichten auf:
[arzt-wirtschaft.de](https://www.arzt-wirtschaft.de)

Von Rauschzustand bis Entzugerscheinungen

Hoher Anstieg von Patienten, die unter den Folgen ihres Cannabiskonsums leiden

Die Zahl der ambulanten Behandlungen wegen akuter Rauschzustände, Abhängigkeit, Entzugerscheinungen oder psychischen Problemen durch Cannabinoide hat sich zwischen 2012 und 2022 verdreifacht: von knapp 1.300 auf rund 4.000. Das berichtet die Kaufmännische Krankenkasse (KKH). Hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung entspricht das einem Anstieg von 65.400 auf 209.000 Fälle. Bei den 15- bis 19-Jährigen haben sich die Fälle sogar verdoppelt: von rund 5.600 auf rund 11.300. Eine frühzeitige

Aufklärung ist im Zuge der Legalisierung wichtiger denn je, da sie derzeit in der Bevölkerung oft als Anerkennung der Harmlosigkeit von Cannabis missverstanden wird. „Je jünger die Konsumenten sind, desto höher ist das Risiko beispielsweise für Hirnentwicklungsstörungen oder Abhängigkeit“, betont Justin Onyechi vom Präventionsteam der KKH. Ein neues Programm „HöhenRausch“ mit dem Schwerpunkt Cannabis-Prävention richtet sich an Jugendliche ab 14 Jahren aus Schulen sowie aus Einrichtungen der Jugendarbeit.

Seit April ist der Konsum für Erwachsene unter bestimmten Auflagen legal. Das bedeutet aber nicht ohne Risiko.



Fotos: Inna Dodor - stock.adobe.com, Jiri Prochazka - stock.adobe.com

Neue Zeckenart breitet sich in Deutschland aus



Immerhin: Im Gegensatz zum Holzbock überträgt die Auwaldzecke keine Borrelien, wohl aber FSME-Viren.

In Deutschland vermehren sich verschiedene Zeckenarten, darunter der bekannte Holzbock und die aus Polen eingewanderte Auwaldzecke, die auch im Winter aktiv ist. Beide können FSME-Viren übertragen, erklärt Prof. Gerhard Dobler vom Deutschen Zentrum für Infektionsforschung in einem Interview mit FAZ. Studien zeigen aktuell eine weite Verbreitung von FSME-Viren in Zecken und eine steigende Zahl von Infektionen beim Menschen. Dies unterstreiche die Bedeutung der Impfung. Drei Impfdosen bieten etwa 95 bis 97 Prozent Schutz vor einer schweren Erkrankung.

85 Prozent der Kinder haben Masernimpfschutz

85 Prozent der im Jahr 2020 geborenen Kinder wurden in den ersten beiden Lebensjahren vollständig gegen Masern geimpft. Sie erhielten also beide Teilimpfungen. Allerdings sind 4,7 Prozent der betrachteten Kohorte überhaupt nicht gegen Masern geimpft, wie eine Auswertung der Techniker Krankenkasse (TK) zeigt. Im Vergleich zu den vorherigen Jahrgängen ist dieser Anteil aber gesunken: Im Geburtsjahrgang 2018 waren 5,8 Prozent der Kinder in den ersten beiden Lebensjahren nicht gegen Masern geimpft, bei den 2017ern waren es 6,5 Prozent.

Verfügbar



Krankhaftes Schwitzen?

AXHIDROX®

2,2 mg/Hub Creme | (RS,SR)-Glycopyrronium

Creme gegen schwere primäre axilläre Hyperhidrose

- topische, nicht invasive Applikation¹
- einfaches Selbstmanagement¹
- signifikante Reduktion der Schweißmenge und Verbesserung der Lebensqualität³⁻⁵

Mit nur wenigen Fragen zur Diagnose:



PZN 18186347
ICD Code: R61.0

Ab 18 Jahren
Verschreibungspflichtig

¹ AXHIDROX® Fachinformation (Stand: Nov 2023)
² S1 Leitlinie zur Definition und Therapie der primären Hyperhidrose AWMF, 2023.
³ Abels C et al., British Journal of Dermatology 2021; 185(2):315-322.
⁴ Masur C et al., British Journal of Dermatology 2020; 182(1):229-231.
⁵ Szeimies et al., J Eur Acad Dermatol Venerol, 2023;00:1-8.

Axhidrox 2,2 mg/Hub Creme, Wirkstoff: (RS,SR)-Glycopyrronium **Zusammensetzung:** 1 g Creme enthält Glycopyrroniumbromid entsprechend 8 mg (RS,SR)-Glycopyrronium. Ein Hub liefert 270 mg Creme und enthält 2,2 mg (RS,SR)-Glycopyrronium. Sonstige Bestandteile: Benzylalkohol, Propylenglykol, Cetylstearylalkohol, Citronensäure, Glycerolmonostearat 40-55, Macrogol-20-Glycerolmonostearat, Natriumcitrat, Octyldodecanol, gereinigtes Wasser. **Anwendungsgebiete:** Topische Behandlung schwerer primärer axillärer Hyperhidrose bei Erwachsenen. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Wirkstoff, oder einen der sonstigen Bestandteile. Akute oder ehemalige Erkrankungen, die durch die anticholinerge Wirkung von Axhidrox verschlimmert werden können (z.B. Glaukom, paralytischer Ileus, instabiler kardiovaskulärer Status bei akuter Blutung, schwere ulcerative Colitis, durch ein toxisches Megakolon verkomplizierte ulcerative Colitis, Myasthenia gravis, Sjögren-Syndrom). Entzündete oder verletzte Haut in den Achseln. **Nur nach Nutzen-Risiko-Abwägung:** Schwere Prostatahyperplasie, Blasenhalsobstruktion, Harnverhalt, schwere Nierenfunktionsstörungen, koronäre Herzkrankheit, Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen, Bluthochdruck, Funktionsstörungen der Blut-Hirn-Schranke, Schwangerschaft, Stillzeit. **Nebenwirkungen:** **Sehr häufig:** Trockener Mund. **Häufig:** Reizung, Schmerzen, Juckreiz, Dermatitis, Ekzemen in behandelter Achsel, trockene Nase, Augen, Haut, verschwommenes Sehen, Kopfschmerzen, Verstopfung. **Gelegentlich:** Trockenheit, Hautausschlag, Ekzeme, Akne, Schwellungen u./o. Entzündung, Narbenbildung oder Wunde, Follikulitis oder Pustel in behandelter Achsel, Ekzem, Ödem, Juckreiz, Hautausschlag, Hautrötung, Neurodermitis, Hautreizung, Hautplaque, abnormaler Körpergeruch, Parapsoriasis, trockene Lippen, Hände, u./o. Schleimhaut, juckende, gerötete u./o. gereizte Augen, Mydriasis, Sehschwäche, aufgetriebener Bauch, harter Stuhl, Schmerzen im Mund, im Rachen u./o. in der Brust. Engegefühl im Hals, verstopfte Nase, Schläfrigkeit, Müdigkeit, Aufmerksamkeitsstörungen, Kopfbeschwerden, gestörter Schlaf, schlechte Schlafqualität, Schwindel, übermäßiges Schwitzen, Störungen bei Entleerung der Harnblase, verringerte Anzahl von Blutplättchen, zu schneller Herzschlag, verlängertes QT-Intervall, erhöhte Leberenzyme, mittleres Erythrozytenzellvolumen erhöht, mittlere korpuskuläre Hämoglobinkonzentration erniedrigt. **Nicht bekannt:** Überempfindlichkeit, Angioödem Warnhinweise: Enthält Benzylalkohol und Cetylstearylalkohol; Verschreibungspflichtig, Stand 11/2023. Dr. August Wolff GmbH & Co. KG Arzneimittel, Sudbrackstr. 56, 33611 Bielefeld.

DR-WOLFF

Spiritualität kann hohen Blutdruck senken

Kurze Botschaften mit spirituellem Inhalt können mit einer Senkung des Blutdrucks einhergehen, so das Ergebnis einer kleinen Studie des American College of Cardiology. 50 Teilnehmende erhielten täglich Smartphone-Nachrichten, die Optimismus, Dankbarkeit und Vergebung förderten. Bei Menschen mit Bluthochdruck sank der systolische Blutdruck um durchschnittlich 7 mmHg, was zum Schutz ihrer Herzgesundheit beiträgt. Die Forschenden heben insbesondere die Erschwinglichkeit dieser Intervention hervor, die keine bestimmte religiöse Tradition voraussetzt.

Viele glauben, sie sehen jünger aus als andere

Die meisten Menschen zwischen 55 und 80 Jahren (59 %) glauben, dass sie jünger aussehen als ihre Altersgenossen, so eine Studie der Universität Oklahoma im Journal „Psychology and Ageing“. Diese Wahrnehmung liegt nur bedingt daran, dass ab der Lebensmitte oft noch einmal alle Register gezogen werden – von Pilates bis zu dermatologischen Behandlungen. Der Hauptgrund scheint vielmehr eine Art Altersbrille zu sein, die uns uns selbst milder sehen lässt. Frauen und Personen mit höherem Einkommen gaben etwas häufiger an, jünger auszusehen als ihre Al-



Anti-Aging im Geiste: Viele Über-50-Jährige halten sich optisch für jünger, als sie sind.

tersgenossen. Nur sechs Prozent glaubten (oder erkannten), dass sie älter aussahen als andere in ihrem Alter.

ChatGPT

Neue KI-Smartwatch überwacht Medikamenteneinnahme

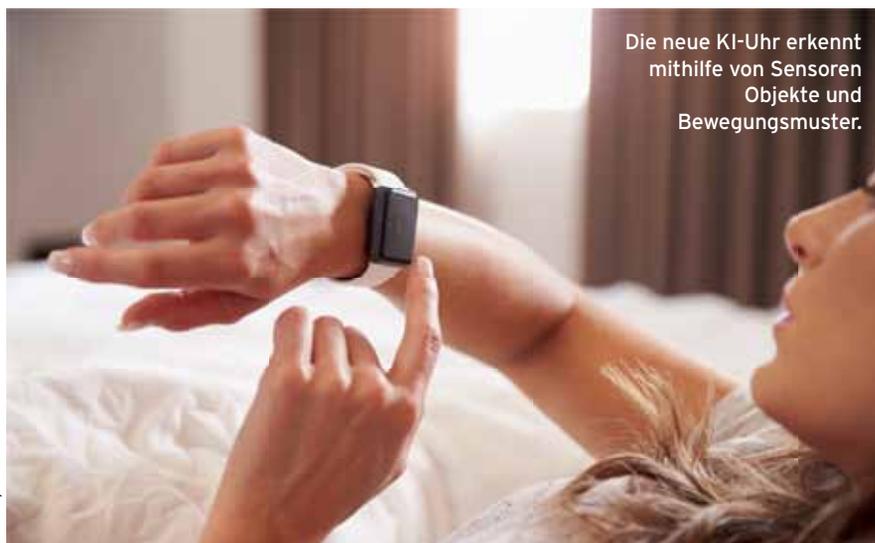
Auf der Mobilfunkmesse MWC in Barcelona hat das Startup InHand Plus eine Smartwatch mit Künstlicher Intelligenz (KI) vorgestellt. Diese überwacht die korrekte Einnahme von Medikamenten mithilfe von ChatGPT und fortschrittlicher Objekterkennung. Über integrierte Sensoren und eine Kamera erkennt die Uhr, ob der Nutzer oder die Nutzerin beispielsweise eine Pillendose öffnet oder Augentropfen verwendet. Sie kann sogar zwischen verschiedenen Arzneimitteln unterscheiden. Die Daten werden über

einen Webdienst zugänglich sein und so dabei helfen sicherzustellen, dass der Medikationsplan eingehalten wird. Das Unternehmen hebt auch das Potenzial der Uhr hervor, eine Ernährungsumstellung zu unterstützen, da die Uhr auch unterschiedliche Lebensmittel wie etwa Donuts erkennen kann. Derzeit wird die KI-Smartwatch für medizinische Tests in Korea verwendet, das Unternehmen sucht nach Vertriebspartnern für den europäischen Markt. Geplant ist eine Markteinführung in der zweiten Jahreshälfte.

PFAS-Belastung in Obst und Gemüse steigt

15,5 Prozent des in Deutschland erhältlichen Obstes und Gemüses sind durch per- und polyfluorierte Alkylsubstanzen (PFAS) belastet. Das entspricht einem Anstieg dieser Ewigkeitschemikalien um fast das Dreifache innerhalb eines Jahrzehnts, wie aus einem Bericht des Europäischen Pestizid-Aktions-Netzwerks (PAN Europe) und der Umweltschutzorganisation GLOBAL 2000 hervorgeht. Dieser basiert auf mehr als 270.000 Pestiziddatensätzen, die das EU-Pestizidmonitoring zwischen 2011 und 2021 erfasst hat.

PFAS sind heute vielen Menschen als Teil von Antihafbeschichtungen in Pfannen oder Outdoor-Kleidung bekannt. Tatsächlich sind sie aber zum Teil auch in Pestiziden enthalten. Laut Bericht sind 16 Prozent der in der EU zugelassenen chemisch-synthetischen Pestizidwirkstoffe PFAS. In Österreich stieg die Belastung bei Obst um das Siebenfache, bei Gemüse um das Dreiunddreißigfache. In Deutschland waren Erdbeeren mit 60 Prozent am stärksten belastet, Paprika mit 49 Prozent, Bananen mit 48 Prozent, Aprikosen mit 44 Prozent, Auberginen mit 42 Prozent, Salate mit 39 Prozent und Trauben mit 37 Prozent. Bei Trauben wurden zudem bis zu fünf verschiedene PFAS nachgewiesen.



Fotos: WavebreakMediaMicro - stock.adobe.com, Monkey Business - stock.adobe.com

www.  Noch mehr aktuelle Nachrichten auf: arzt-wirtschaft.de

Zahl der Beschäftigten bleibt stabil

Die Zahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen blieb 2022 mit einem leichten Plus von 0,6 Prozent gegenüber dem Vorjahr nahezu stabil – trotz des teilweisen Abbaus von während der Pandemie zusätzlich eingesetztem Personal. Das meldet das Statistische Bundesamt.

Insgesamt waren zum Jahresende gut sechs Millionen Menschen im Gesundheitswesen beschäftigt. Deutlich war der Beschäftigungszuwachs in der Pharmaindustrie (3,6%). Ein leichtes Plus gab es auch bei den Pflegekräften in Krankenhäusern (1,1%), deren Zahl um 6.000 auf 515.000 stieg, während es in ambulanten und (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen kaum Veränderungen gab. Auch in Arztpraxen blieb die Zahl der Beschäftigten nahezu unverändert. Ende 2022 waren 734.000 Personen in Praxen beschäftigt, 1.000 oder 0,1 Prozent mehr als zuvor.

Dengue-Fieber

STIKO veröffentlicht aktualisierte Reiseimpfempfehlungen

Die Ständige Impfkommission (STIKO) hat im Epidemiologischen Bulletin neue Empfehlungen zu Reiseimpfungen veröffentlicht. Insbesondere wurde ein Kapitel zum Dengue-Fieber ergänzt. Für Personen, die noch nie Kontakt mit Dengue-Viren hatten, empfiehlt die STIKO aufgrund der begrenzten Datenlage weiterhin keine generelle Impfung. Erstkontakte mit Dengue verlaufen meist mild, können aber bei einer erneuten Infektion durch infektionsverstärkende Antikörper lebensbedrohlich werden. Seit November 2023 empfiehlt die STIKO die Impfung mit dem Impfstoff Qdenga für Personen ab vier Jahren, die eine labordiagnostisch bestätigte Infektion mit dem Dengue-Virus hatten und in Dengue-Endemiegebiete reisen. Die vollständige Impfserie sollte vor Reiseantritt

abgeschlossen sein. Die Notwendigkeit und der Zeitpunkt von Auffrischimpfungen sind derzeit noch Gegenstand laufender Studien. Weitere Aktualisierungen betreffen COVID-19, Cholera, Hepatitis A und B, Meningokokken und Typhus.

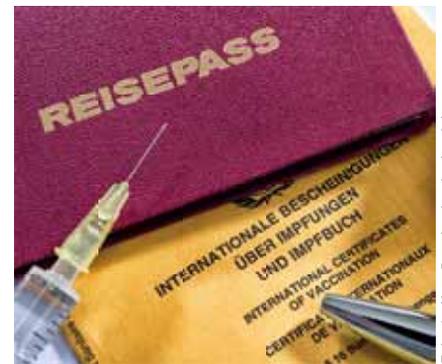


Foto: Lothar Drechsel - stock.adobe.com

FreeStyle Libre 3 

Einfach für Sie. Einfach für Ihre Patient:innen.

Mit dem FreeStyle Libre 3 Messsystem den Alltag mit Diabetes erleichtern. Ohne routinemäßiges 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

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. Glukosendaten 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-57999 v4.0





Foto: Gorodenkoff - stock.adobe.com

Die anvisierte Widerspruchslösung steht im Kontrast zum Wunsch der Bevölkerung.

Elektronische Patientenakte

Bürger bevorzugen aktive Zustimmung zur Datenspende

Bürgerinnen und Bürger würden eine aktive Zustimmung zur Weitergabe von Daten aus der elektronischen Patientenakte (ePA) zu Forschungszwecken der Widerspruchslösung vorziehen. Dies geht aus einer Studie der Ernst-Abbe-Hochschule Jena hervor. Grundsätzlich waren 47,35 Prozent der Befragten bereit, ihre Daten anonymisiert für die medizinische Forschung zur Verfügung zu stellen. 24,62 Prozent lehnten dies ab, 28,03 Prozent äußerten sich teils-teils. Eine große Mehrheit von 88 Prozent sprach sich jedoch nur

für eine aktive Einwilligung aus. Lediglich rund 15 Prozent befürworteten die Aussage: „Meine Daten können ohne meine Zustimmung geteilt werden“. Personen mit hohem Bildungsniveau bejahten die passive Einwilligung zu rund 13 Prozent, Personen mit niedrigem Bildungsniveau zu rund 17 Prozent. Eine recht hohe Akzeptanz des Opt-out-Verfahrens findet sich bei chronisch Kranken (47,7%). Diese Gruppe erhofft sich von der Nutzung ihrer Daten für Forschungszwecke Vorteile für die eigene Gesundheit.

Nähe zu Fast Food erhöht Risiko für Herzinsuffizienz

Die Nähe zu Kneipen, Bars und Fast-Food-Restaurants ist mit einem erhöhten Risiko für Herzinsuffizienz verbunden. Das zeigt eine Studie in der Fachzeitschrift „Circulation: Heart Failure“. Forschende unter der Leitung von Prof. Lu Qi analysierten die Daten von mehr als 500.000 Erwachsenen aus der UK Biobank. Personen, die weniger als 500 Meter von Kneipen und Bars entfernt wohnten, hatten demnach ein um 13 Prozent höheres Risiko, an Herzinsuffizienz zu erkranken, während Personen, die in der Nähe von Fast-Food-Restaurants lebten, ein um zehn Prozent höheres Risiko aufwiesen. Dieser Zusammenhang war umso ausgeprägter, je höher die Dichte an Kneipen und Fast-Food-Restaurants in der Nachbarschaft war. Maßnahmen zur Verbesserung des Zugangs zu gesünderen Ernährungsgewohnheiten in städtischen Gebieten könnten also dazu beitragen, das Risiko für Herzinsuffizienz in der Bevölkerung zu verringern.

WWW.
➔
 Noch mehr aktuelle Nachrichten von Abrechnung über Praxisführung bis hin zu Finanzen und Recht in der Arztpraxis finden Sie auf: arzt-wirtschaft.de

Mehrheit ist für eine Vier-Tage-Woche

Die Mehrheit der Besucherinnen und Besucher von Jobmessen spricht sich für die Einführung der Vier-Tage-Woche aus. Das hat eine Umfrage unter 500 Personen im Rahmen des Trendbarometers von karrieretag.org ergeben. Demnach liegt die „ideale Arbeitswoche“ für die meisten Wechselwilligen bei 33 Stunden. Besonders deutlich ist die Präferenz für eine verkürzte Arbeitswoche bei den Jüngeren: 86 Prozent der 18- bis 20-Jährigen und 87 Prozent der 21- bis 39-Jährigen sprechen sich dafür aus. Bei den 50- bis 59-Jährigen sind es 62 Prozent und bei den Über-65-Jährigen 56 Prozent. Die Vier-Tage-Woche wird neben Faktoren wie einem höheren Gehalt und mehr Urlaubstagen auch als Anreiz gesehen, von Teilzeit auf Vollzeit zu wechseln. Insgesamt sind rund 54 Prozent der Befragten der Meinung, dass eine Verkürzung der Wochenarbeitszeit dazu beitragen könnte, die Attraktivität der Arbeit zu erhöhen und dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken. Ein weiteres Ergebnis der Umfrage: Über alle Altersgruppen hinweg planen 26 Prozent, auch im Ruhestand zu arbeiten. Je nach Alter gibt es große Unterschiede: Während 60 Prozent der Über-60-Jährigen dies wollen, sind es bei den 21- bis 29-Jährigen nur 32 Prozent. Insgesamt 31 Prozent wollen hingegen nicht bis zum regulären Renteneintrittsalter arbeiten, trotz Abschlagen.



Das Ernährungsumfeld beeinflusst die täglichen Entscheidungen.

Foto: bodinaphoto - stock.adobe.com

Tennis ist ein wahres Wunderelixier für ein langes Leben

Sport mit sozialer Komponente wirkt besonders lebensverlängernd. So kann Tennis die Lebensdauer um beeindruckende 9,7 Jahre verlängern. Auch Sportarten wie Badminton (6,2 Jahre) und Fußball (5 Jahre) haben besonders lebensverlängernde Effekte, wie die Studie Copenhagen City Heart in den „Mayo Clinic Proceedings“ zeigt. Diese Studie wurde zwar bereits 2018 veröffentlicht, wird aber aktuell im Zuge des gestiegenen Interesses an Longevity, also gesunder Langlebigkeit, vermehrt von Publikumsmedien wieder aufgegriffen. Die Forschenden um Dr. Peter Schnohr betonen die Bedeutung der sozialen Interaktion beim Sport. So könnten psychologische und physiologische Effekte des gemeinsamen Spielens positiv zusammenwirken. Eine Rolle könnte aber auch spielen, dass bestimmte Sportarten verstärkt von einkommensstärkeren Bevölkerungsgruppen ausgeübt werden, die sich unter Umständen eher gesund ernähren. Potenziell allein ausgeübte Sportarten wie Radfahren, Schwimmen oder Joggen verlängern laut Studie das Leben um etwa drei bis vier Jahre.

Foto: NDABCREATIVITY - stock.adobe.com



Tennis und Badminton waren die Sportarten der Kopenhagener Herzstudie, die das Leben am häufigsten verlängerten.

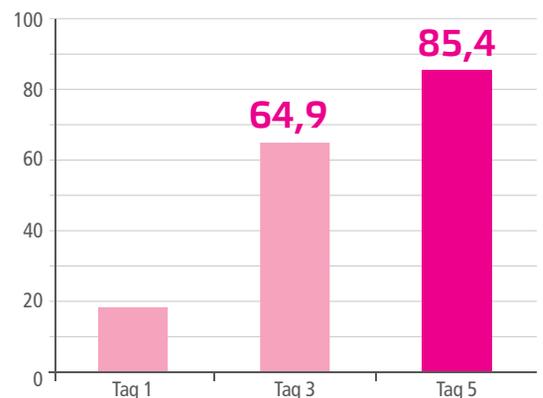
Ohne Praxis und Klinik müssen Ärzte Privatanschrift auf Rezept angeben

Ärztinnen und Ärzte, die nicht in einer Praxis oder Klinik tätig sind, sollen künftig auf Rezepten ihre Privatanschrift und Telefonnummer angeben müssen. So sieht es ein Entwurf zur Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV) vor, der derzeit dem Bundesrat vorliegt. Bisher verlangte § 2 der AMVV nur die Angabe von Name, Berufsbezeichnung und Anschrift im Rahmen der Praxis- oder Klinikangaben. Das Fehlen eines Praxis- oder Klinikstempels stellt die Apotheken jedoch vor Probleme, da sie im Zweifelsfall keine Rückfragemöglichkeit haben. Die vorgeschlagene Änderung soll also die Kommunikation zwischen Ärzten und Apotheken verbessern. Darüber hinaus soll auf Rezepten auch die Adresse und Telefonnummer einer anderen Einrichtung des Gesundheitswesens zur Kontaktaufnahme angegeben werden können, etwa die des Gesundheitsamtes.



FEMANNOSE® N – Unterstützend bei Blasenentzündung – kann bereits in den ersten Tagen helfen¹

Patientinnen ohne bzw. fast ohne Brennen und Schmerzen (%):¹



- D-Mannose blockiert E. coli-Bakterien in der Blase
- Antibiotikafrei und sehr gut verträglich
- Keine bekannten Wechselwirkungen

¹ Wagenlehner F et al., Nicht-interventionelle Studie mit FEMANNOSE® N zur Untersuchung von Verträglichkeit, Lebensqualität und Symptomverlauf bei akuter unkomplizierter Harnwegsinfektion. Journal Pharmakol u. Ther. 1/2020, 29. Jahrgang.

Farbpsychologie

Mit welcher Kleiderfarbe Sie am kompetentesten wirken

Es ist nicht egal, welche Farbe Ihre Arbeitskleidung hat. Denn sie beeinflusst auch, wie Patienten Sie wahrnehmen. So viel sei schon mal verraten: auf Schwarz sollten Sie besser verzichten.



Farben wirken sogar auf uns, wenn unsere Augen geschlossen sind. Denn über lichtempfindliche Hautsensoren nehmen wir sie auch ohne Augen wahr. Dabei beeinflussen sie für uns unbewusst biochemische und biophysikalische Prozesse des Körpers, den Herzschlag, den Puls sowie die Atemfrequenz und erhöhen oder senken den Blutdruck.

Welche Bedeutung Farben für Menschen haben, untersuchten bereits zahlreiche Studien. Im Mittelpunkt der For-

schung stand auch immer wieder die ärztliche Berufskleidung. Ein US-Forscherteam um die Assistenzärztin Casey A. Hribar der University of North Carolina Medical Center in Chapel Hill legte vor Kurzem einen Schwerpunkt auf die Farbwirkung von Kasacks.

Platz Eins für die Blautöne

Das Team ging der Frage nach, ob es einen Zusammenhang gibt, wie Chirurgen wahrgenommen werden und der

Farbe ihrer OP-Kasacks. Die Ergebnisse lassen sich auch auf die Farbwirkung von Praxiskleidung übertragen.

Den Umfrageteilnehmern wurden jeweils vier Bilder eines Arztes sowie einer Ärztin in verschiedenfarbiger Berufskleidung vorgelegt: in hellblau, marineblau, grün und schwarz. Die Befragten sollten daraufhin die Männer und Frauen identifizieren, die sie am stärksten mit dem Beruf des Chirurgen assoziierten, und welche sie als besonders fachkundig, qualifiziert,

LICHT UND FARBEN SIND IM GESUNDHEITSBEREICH BESONDERS WICHTIG

Nicht nur bei der Berufskleidung spielt die Farbwahl eine Rolle. Der renommierte Farbexperte und Professor für Didaktik der visuellen Kommunikation an der Bergischen Universität Wuppertal, Prof. Axel Buether, veröffentlichte im März 2020 die vielbeachtete Studie „Farbe und Gesundheit“. Im Fokus standen die psychologischen und medizinischen Wirkungen der Umweltfaktoren Farbe und Licht auf Patienten und Personal im Bereich der Intensivmedizin.

Dafür wurden im Helios Universitätsklinikum Wuppertal im Zuge einer Renovierung Räumlichkeiten optisch ansprechender umgestaltet. Zum Beispiel wurden die vorhandenen Neon-Leuchtmittel mit LED-Leuchten ausgetauscht, bei denen die Raumfarben relativ natürlich erscheinen. Dabei wurde die Farbtemperatur des Lichts

in den Patientenzimmern und Aufenthaltsräumen des Personals in Warmweiß (3.000 K) gehalten, in den Fluren und Funktionsräume kam hingegen Kaltweiß (4.000 K) zum Einsatz. Der Kontrast erzeugte einen Atmosphärenwechsel, der die Aufenthaltsräume spürbar wohnlicher, wärmer und geborgener wirken ließ.

Die Ergebnisse dieser optischen Umgestaltung sind beeindruckend: Sowohl Patienten als auch Personal fühlen sich nach der Renovierung signifikant wohler und zufriedener. Es zeigten sich sogar positive Effekte auf den Medikamentenverbrauch. So sank der Verbrauch an Neuroleptika um durchschnittlich 30,1 Prozent. Nur bei den Benzodiazepinen wurden keine signifikanten Veränderungen festgestellt.

vertrauenswürdig und fürsorglich einschätzten. Insgesamt flossen die Antworten von 113 Patienten und Besucher ab 18 Jahre in die Umfrage mit ein. Das Ergebnis: Am besten schnitten die Farben Hell- und Marineblau ab, am schlechtesten Schwarz – das mit Abstand in allen abgefragten Kriterien weit hinter allen anderen Farben auf dem letzten Platz landete.

Denn eine schwarze Berufskleidung bewerteten die Befragten sowohl bei den männlichen als auch bei den weiblichen Modellen am häufigsten mit negativen Merkmalen. Dazu gehören:

- die geringsten Fachkenntnisse (Männer: 44,3 %; Frauen: 40,7 %)
- am geringsten qualifiziert (Männer: 40,7 %; Frauen: 45,1 %)
- an wenigsten vertrauenswürdig (Männer: 44,3 %; Frauen: 54,9 %)
- am wenigsten fürsorglich (Männer: 55,8 %; Frauen: 58,4 %)

Für den Mitgewinner „Hellblau“ sah die Bilanz deutlich besser aus: Die Ärztinnen und Ärzte in hellblauer Kleidung wurden in allen Altersgruppen am häufigsten als die fürsorglichsten identifiziert (Männer: 56,6 %; Frauen: 48,7 %). Betrachtet man die Ergebnisse für Ärzte und Ärztinnen getrennt, stach bei den weiblichen Modellen noch ein Wert heraus: Im hellblauen Kasack wurden sie am häufigsten auch als vertrauenswürdigste Person bezeichnet (38,9 %).

Noch besser schnitt nur noch Marineblau ab, das in der Gesamtwertung in drei Kategorien auf Platz Eins kam. Alle gezeigten Modelle wirkten insgesamt betrachtet in Marineblau also am fachkundigsten, qualifiziertesten und vertrauenswürdigsten.

Für chirurgische Kollegen eignen sich auch grüne Kasacks

Die grüne Berufskleidung nahmen die Befragten zwar viel positiver wahr als die schwarze. Die Spitzenpositionen der beiden Blautöne konnte sie allerdings nicht einholen. Nur bei der Frage, wer eindeutig als Chirurg oder Chirurgin identifiziert werden kann, wählten die Probanden am häufigsten die Farbe Grün aus.

Die Forscher wiesen noch auf zwei bemerkenswerte Aussagen ihrer Studie hin. So gaben fünf Teilnehmer an, dass sie die grünen Kasacks als Hausmeisterkittel empfanden. Und fünf Befragte assoziierten den schwarzen Kasack mit der Kleidung von Leichenbestattern oder Totengräbern.

Aus den Studienergebnissen lässt sich also schließen, dass Ärztinnen und Ärzte von einer schwarzen Praxiskleidung besser Abstand nehmen sollten, während sie mit Blautönen ihre fachliche und soziale Kompetenz unterstreichen können.

Melanie Hurst



Melanie Hurst

Die Ressortleiterin Wirtschaft befragte Praxisinhaber, ob sie in ihrer Praxis eine Berufskleidung vorschreiben.

Foto: tadamichi - stock.adobe.com

„UMFRAGE des Monats“

Verwenden Sie spezielle Praxiskleidung



„Wir sind ganz entspannt und tragen normale Alltagskleidung“

In meiner Praxis gibt es keine einheitliche Praxiskleidung. Ich sehe das ganz entspannt. Ich selbst trage zu einer normalen Hose ein weißes Shirt. Da ich auch Kinder mitbetreue, ist es deutlich entspannter, in Alltagskleidung aufzutreten. Nach meiner Erfahrung verursacht ein einheitlicher Dresscode bei Kindern eher Angst und Stress.

Peter Franz

Hausarzt aus Ehringshausen

„Ein freundliches Zitronengelb ist unser Praxismotto“

Für unsere Gemeinschaftspraxis haben wir ein Marketingkonzept. Als Maskottchen suchten wir uns die Zitrone aus. Sie ist sauer, sauer macht lustig, die Zitrone ist gesund und Gelb ist eine freundliche Farbe. In der Praxis hängen Zitronenbilder und es sind überdimensionale Zitronen aufgestellt. Die Farbe Gelb spiegelt sich auch in der Praxiskleidung wider und wird mit Blau und Weiß kombiniert, weil das gut passt.

Dr. med. Uwe Stolz

Hausarzt aus Geringswalde

„Mitarbeiter und Patienten loben unseren einheitlichen Look“

Wir sind drei Ärzte und sechs MFA in der Praxis. Als wir unsere Praxiskleidung einführten, gab es anfangs von manchen Bedenken: wegen der Figur oder der Stoffqualität. Das hat sich aber schnell gelegt und die blauen Poloshirts kommen gut an. Dazu tragen wir weiße Hosen. Auch von den Patienten erhalten wir viel Lob für unseren einheitlichen Look.

Dr. med. Kerstin Hartig

Hausärztin aus Naunhof



Fotos: zihkevych - stock.adobe.com, Kindlena - stock.adobe.com

Geriatric

Das können Sie bei Senioren abrechnen

Natürlich verheißt die Werbung ewige Jugendlichkeit. Es gibt 75-Jährige, die noch Marathon laufen, während andere in diesem Alter kaum noch den Rollator schieben können. Daher sind die Anforderungen und Abrechnungsmöglichkeiten bei Senioren auch sehr unterschiedlich.

Kalendarisches und biologisches Alter passen oft nicht zusammen. Das weiß jede Hausärztin und jeder Hausarzt. In der Regel wird die identische Versicherungspauschale nach Gebührenordnungsposition (GOP) 03000 abgerechnet. Natürlich macht es für das Honorar einen Unterschied, ob die Kassenärztliche Vereinigung (KV) dieser GOP ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr 148 Punkte oder ab dem 76. Lebensjahr 200 Punkte zuweist.

Da Hausärzte das Umfeld der Patienten kennen, wissen sie, worauf sie besonders achten müssen. Leider hat die entsprechende Beratung im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung nach GOP 01732 vielfach nicht den erhofften Effekt.

Das biologische Alter ist auch für die Abrechnungsprüfung relevant. Der 75-jährige Marathonläufer kommt, wenn

überhaupt, einmal im Jahr in die Praxis. Damit benötigt man für den Arzt-Patienten-Kontakt (APK) deutlich weniger Zeit als die Prüfzeit von elf Minuten. Natürlich beruhen die Prüfzeiten mit etwas Abzug auf sogenannten Kalkulationszeiten, die ein routinierter Vertragsarzt für die ordnungsgemäße Erbringung der Leistung benötigt. In der Regel gleicht sich der Zeitbedarf von betreuungsintensiven und zeitsparenden Patienten aus.

Wenn aber zum Beispiel bedingt durch eine Erkältungswelle die Patientenzahl der Praxis steigt und gleichzeitig meist nur ein kurzer APK erfolgt, kann es sein, dass man Ärger mit den Zeitprofilen bekommt. Für solche Fälle kann man mit dem entsprechenden ICD-10-Kode begründen, warum man mehr abgerechnet hat, als nach der Prüfzeit theoretisch möglich wäre. »

WICHTIGES ZUR CHRONIKERZIFFER

- Die chronische Krankheit muss bei der ersten Abrechnung der Chronikerziffer in den drei vorangegangenen Quartalen bestanden haben.
- In insgesamt drei Quartalen (inklusive dem Quartal der Abrechnung) muss also eine passende gesicherte Diagnose kodiert worden sein.
- Wer etwa in einem Quartal Hypertonie und im Folgequartal Typ-2-Diabetes kodiert, erfüllt für beide lebensverändernden Erkrankungen nicht die Vorgaben zu Abrechnung der Chronikerziffer, die in der 4-3-2-Regel zusammengefasst sind.
- Wenn sich die Kodierung von E11.9 Typ-2-Diabetes mellitus ohne Komplikationen auf E11.4 + G99.0* ändert, also auf T2D mit neurologischen Komplikationen in Form einer autonomen Polyneuropathie, so ist das für die Abrechnung der Chronikerziffer völlig egal.
- Wenn ein Versicherter in einem Quartal nicht in die Praxis kommt, aber anhand der Arzneiverordnung klar ist, dass er ausreichend Medikamente hat, kann die Chronikerziffer abgerechnet werden, wenn die Bedingungen erfüllt sind.

➔ CHRONISCH KRANKE

Schon Kleinkinder können chronisch krank sein. Aber die Chronikerziffer, die es sowohl mit GOP 04220 in der Pädiatrie wie mit 03220 für Hausarztpraxen gibt, wird von hausärztlichen Praxen wesentlich häufiger abgerechnet. Denn mit steigendem Alter sind chronische Krankheiten häufiger. Jetzt ist es ein Leichtes, nicht nur den Anteil der abgerechneten Chronikerziffern des einzelnen Vertragsarztes oder der einzelnen Vertragsärztin mit der Fachgruppe zu vergleichen. Wer auffällt, weil er die Chronikerziffer häufiger abrechnet, kann ebenso geprüft werden wie jemand, der bei jüngeren Patienten die Chronikerziffer sehr häufig abrechnet. Aus dem Vorgesagten wird klar, dass es im EBM genaue Vorgaben gibt, die bei der Abrechnung zu beachten sind. In der Einleitung von Abschnitt 3.2.2 steht, dass die Chronikerpauschale nur als Zuschlag zur Versichertenpauschale abrechenbar ist, wenn mindestens eine lang andauernde, lebensverändernde Erkrankung vorliegt, die eine kontinuierliche ärztliche Behandlung und Betreuung notwendig macht. Manche Senioren sind multimorbide. Darin liegt auch das Problem bei der Abrechnung der Chronikerziffer. Denn wenn nicht in vier Quartalen eine identische Behandlungsdiagnose kodiert wird, ist die Chronikerziffer nicht abrechenbar. Die erste

Ziffer der 4-3-2-Regel besagt, dass die Chronikerziffer erstmals abgerechnet werden darf, wenn die chronische Erkrankung schon in den drei vorhergehenden Quartalen bestand. In drei Quartalen muss ein Arzt-Patienten-Kontakt (APK) bestanden haben und in zwei Quartalen muss dieser APK persönlich gewesen sein. Seit Corona ist es möglich, dass in einem Quartal eine Videosprechstunde den persönlichen APK ersetzt.

Zurück zu unserem multimorbiden Senioren. Er hat neben Adipositas einen Typ-2-Diabetes und essenzielle Hypertonie. Es versteht sich eigentlich von selbst, dass mindestens einmal im Halbjahr bei einem persönlichen APK der Blutdruck gemessen, das Herz auskultiert und nach der Verträglichkeit der Medikamente gefragt wird. Auch bei gut eingestellten Diabetikern sollte der HbA_{1c} regelmäßig bestimmt werden. Wenn mehrere Diagnosen im Quartal relevant waren, müssen diese auch komplett kodiert werden. Anderenfalls verliert man vermutlich die Chronikerpauschale.

Wenn chronisch Kranke mehr als einmal im Quartal zur Behandlung kommen, so ist zusätzlich der Zuschlag zur Chronikerziffer (03220) nach GOP 03221 für die intensive Behandlung und Betreuung abrechenbar.

➔ ÄRZTLICHES GESPRÄCH

Für Hausärzte und Pädiater gibt es mit GOP 03230/04230 eine extra Abrechnungsposition für das problemorientierte ärztliche Gespräch. Dieses kann je vollendete zehn Minuten abgerechnet werden. Zwei Dinge sind dabei relevant:

- In der Patientenakte muss in Stichpunkten der Grund für das Gespräch dokumentiert sein. Wenn bei der Plausibilitätsprüfung die kodierte Behandlungsdiagnose nicht zur Abrechnung der GOP 03230 passt, kommt sicher eine Nachfrage. Ein einfaches Beispiel: Wird im 1. Quartal des Jahres als alleinige Behandlungsdiagnose die J00 für die akute Rhinopharyngitis kodiert, so ist kaum zu verstehen, warum ein problemorientiertes ärztliches Gespräch notwendig ist.
- Der zweite relevante Aspekt ist die Begrenzung. Damit die Leistung bezahlt, missbräuchliche Abrechnung aber verhindert wird, ist die Abrechnung der GOP 03230 im Quartal auf die Hälfte der Behandlungsfälle begrenzt. Sprich: Bei 1.800 Behandlungsfällen im Quartal, kann die 03230 900-mal abgerechnet werden. Wenn ich zum Beispiel mit

einem Patienten die Diagnose eines Prostatakarzinoms samt den möglichen Optionen bespreche, so kann das durchaus mehr als 20 Minuten dauern. Damit ist die 03230 für dieses Gespräch zweimal abrechenbar. Wenn ich die 03230 aber häufiger abrechne, als die Begrenzung im EBM erlaubt, ist das Prozedere folgendermaßen: Pro Behandlungsfall werden 64 Punkte auf ein virtuelles Gesprächskonto aufsummiert. Jede GOP 03230 ist mit 128 Punkten bewertet. Sofern man unter der Beschränkung bleibt, erhält man je abgerechnete 03230 das Honorar für 128 Punkte, vorausgesetzt, die KV zahlt zu 100 Prozent aus. Wenn man aber die 03230 häufiger abrechnet, als die Begrenzung im EBM vorsieht, so werden die Punkte des virtuellen Gesprächskontos auf die abgerechneten GOP 03230 verteilt. Man erhält also dann pro abgerechnete GOP 03230 weniger Honorar. Dabei muss man darauf aufpassen, dass jede abgerechnete GOP unabhängig vom ausgezahlten Honorar mit der Prüfzeit voll in das Tages- und Quartalsprofil eingeht.



➔ DEMENZTEST

Mit steigendem Lebensalter nimmt auch das Risiko zu, eine Demenz zu entwickeln. Aktuell funktioniert der orientierende Uhrentest noch ganz gut, bei dem die Untersuchten ein Ziffernblatt zum Beispiel mit der Uhrzeit 15:20 zeichnen sollen. Wenn dieser orientierende Test den Untersuchten Probleme bereitet, kann man einen etablierten Demenztest wie die Minimal Mental Status Examination (MMSE) durchführen. Diesen Test rechnen Hausärzte mit GOP 03242 ab.

➔ PSYCHOSOMATISCHE GRUNDVERSORGUNG

Sofern man von der zuständigen KV auf Antrag die Genehmigung erhalten hat, kann man die Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung nach GOP 35100 und 35110 erbringen. Beide GOP haben eine Mindestzeit von je 15 Minuten. Aber ganz wichtig: Anders als die GOP 03230, die je vollendete zehn Minuten abgerechnet werden darf, ist bei diesen beiden GOP nur eine Mindestzeit von 15 Minuten festgelegt. Wenn eine verbale Intervention bei psychosomatischem Krankheitsbild über eine Stunde dauert, so ist die GOP 35110 nur einmal abrechenbar. Und für die ver-

bale Intervention muss eine gesicherte psychosomatische Erkrankung vorliegen. Erst wenn diese abgeklärt ist, was mit GOP 35100 abgerechnet werden kann, kann die Intervention überhaupt abgerechnet werden. Zudem muss die psychosomatische Erkrankung als solche in der Abrechnung kodiert sein. Wenn nur Rückenschmerzen mit M54.9- kodiert sind, wird die Abrechnung der Psychosomatik-GOP generell nicht akzeptiert. Etwas anderes ist es, wenn die Ätiologie geklärt und dann eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit F45.40G kodiert wird.

➔ GERIATRISCHE BETREUUNG

Die Abrechnung der geriatrischen Betreuung nach GOP 03362 setzt ein Basisassessment voraus, das den Inhalten von GOP 03360 entspricht. Es kann aber auch zum Beispiel von einer geriatrischen Klinik stammen, darf aber maximal vier Quartale alt sein. Wie beim Basisassessment ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt nötig. Achtung: Für die Abrechnung der 03362 neben der Versichertenpauschale sind zwei persönliche APK im Quartal nötig. Der obligate Inhalt der GOP 03362 ist kurz zusammenzufassen. Die im Basisassessment festgestellten geriatrischen Syndrome sollen behandelt werden, zudem sollen die medikamentösen Behandlungsmaßnahmen priorisiert und ein Medikationsplan erstellt beziehungsweise aktualisiert werden.

➔ PALLIATIVMEDIZIN

Die Palliativmedizin ist im Hausarztkapitel des EBM unter 3.2.5 abgebildet. Anhang 30 des Bundesmantelvertrages für Ärzte (BMV-Ä) enthält die Vereinbarung nach § 87 Abs.1b SGB V zur Palliativmedizin. Die Regelungen sind so komplex, dass diese in einer der folgenden Ausgaben genauer besprochen werden.

➔ GERIATRISCHES BASISASSESSMENT

In der Einleitung zu EBM-Kapitel 3.2.4 zur hausärztlich geriatrischen Versorgung wird auf das biologische Alter abgehoben. Denn die entsprechenden Gebührenordnungspositionen sind nur abrechenbar, wenn ein geriatritypischer Behandlungsbedarf vorliegt. Dabei wird differenziert zwischen:

- Personen ab dem vollendeten 70. Lebensjahr mit Pflegegrad und geriatritypischer Morbidität wie:
 - Multifaktoriell bedingte Mobilitätsstörung einschließlich Fallneigung und Altersschwindel
 - Komplexe Beeinträchtigung kognitiver, emotionaler oder verhaltensbezogener Art
 - Frailty-Syndrom (Kombinationen von unbeabsichtigtem Gewichtsverlust, körperlicher und/oder geistiger Erschöpfung, muskulärer Schwäche, verringerter Ganggeschwindigkeit und verminderter körperlicher Aktivität)
 - Dysphagie
 - Inkontinenz(en)
 - Therapierefraktäres chronisches Schmerzsyndrom
- Personen mit dementiellen Erkrankungen (F00-F02), mit Alzheimer-Erkrankung (G30), mit primärem Parkinson-Syndrom

mit mäßiger bis schwerer (G20.1) und schwerster Beeinträchtigung (G20.2). Bei diesen Personen ist das Alter irrelevant. Allerdings muss in beiden Fällen entweder die geriatritypische Morbidität aus der Kodierung der Behandlungsdiagnosen hervorgehen oder die unter dem zweiten Punkt genannten Diagnosen aufgeführt sein.

Das hausärztlich-geriatrische Basisassessment nach GOP 03360 kann bei diesen Personen im Krankheitsfall maximal zweimal und nur einmal im Behandlungsfall abgerechnet werden. Neben palliativmedizinischen Leistungen und einigen anderen GOP ist das Basisassessment ausgeschlossen. Beim persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt werden motorische, emotionelle und kognitive Funktionseinschränkungen erfasst. Zudem werden die Selbstversorgungsfähigkeit mit standardisierten Test wie Barthelindex und die Mobilität und Sturzgefahr durch standardisierte Testverfahren (wie Timed „up & go“) erfasst. Als fakultativer Inhalt werden zum Beispiel Demenztests genannt. Dementsprechend kann die GOP 03242 für den Demenztest nicht neben dem geriatrischen Basisassessment abgerechnet werden.

Dr. med. Ulrich Karbach

C. difficile-Infektion

Dificlir® macht den Unterschied.

- 45 % weniger Rezidive vs. Vancomycin¹
- Schnelles Sistieren der Diarrhö^{*,2}
- Wirkt selektiv und bakterizid^{3,4}

**First-Line-Therapie jetzt
auch laut DGVS-Leitlinie⁵**

DIFICLIR™
fidaxomicin

*n=452 Patienten; im Median 54 Stunden bis zum Sistieren der Diarrhö

1. Louie TJ et al. N Engl J Med 2011;364: 422-431 2. Cornely OA et al. J Clin Oncol 2013; 31: 2493-2499 3. Aktuelle Fachinformation Dificlir® 4. Goldstein EJC et al. Clin Infect Dis 2012; 55 (Suppl 2): 143-148
5. Manthey CF et al. S2k-Leitlinie Gastrointestinale Infektionen der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS). Version 2.0 – November 2023. AWMF-Registernummer: 021 – 024.

DIFICLIR® 200 mg Filmtabletten. Wirkstoff: Fidaxomicin. **Zusammensetzung:** Jede Filmtablette enthält: 200 mg Fidaxomicin. **Sonstige Bestandteile:** Tablettenkern: Mikrokristalline Cellulose, vorverkleisterte Stärke (Mais), Hyprolose, Butylhydroxytoluol (Ph.Eur.), Carboxymethylstärke-Natrium, Magnesiumstearat. Umhüllung: Polyvinylalkohol, Titandioxid (E171), Talkum, Macrogol, Lecithin (Soja). **Anwendungsgebiete:** DIFICLIR® Filmtabletten werden bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen mit einem Körpergewicht von mindestens 12,5 kg angewendet zur Behandlung von Infektionen der Dickdarmschleimhaut (Kolon) mit bestimmten Bakterien, die Clostridioides difficile genannt werden. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** Häufig ($\geq 1/100$ bis $< 1/10$): Erbrechen, Übelkeit, Verstopfung. Gelegentlich ($\geq 1/1.000$ bis $< 1/100$): Appetitlosigkeit, Benommenheit, Kopfschmerzen, Mundtrockenheit, Veränderungen des Geschmacksempfindens (Dysgeusie), Völlegefühl, Blähungen (Flatulenz), Hautausschlag, Juckreiz (Pruritus). Nebenwirkungen nicht bekannter Häufigkeit: Schwellungen des Gesichts oder des Rachens (Angioödem), Atemnot (Dyspnoe). Zusätzliche Nebenwirkungen bei Kindern und Jugendlichen: Quaddeln. **Warnhinweis:** Für Kinder unzugänglich aufbewahren. **Verschreibungspflichtig. Stand der Information:** Februar 2021. Pharmazeutischer Unternehmer: Tillotts Pharma GmbH, Warmbacher Str. 80, DE-79618 Rheinfelden, www.tillotts.de

PN-DT-DE-00089



TILLOTTS PHARMA

ZERIA GROUP

GI-health is our passion™

ABRECHNUNGSGUIDE

Jardiance®

Kardiorenale Prävention bei T2D

Kasuistik (fiktive Kasuistik)

Anamnese

Bei dem 62-jährigen Patienten wurde vor fünf Jahren im Rahmen eines akuten Herzinfarktes ein Typ-2-Diabetes (T2D) als Zufallsbefund festgestellt. Nach perkutaner Dilatation der Eingefäßkrankung mit Stenteinlage erfolgte die Weiterbehandlung gemäß den damaligen Leitlinien. Der Diabetes wurde mit Metformin 2x 500 mg eingestellt. Jetzt kommt der Patient zur regelmäßigen Gesundheitskontrolle.

Diagnose

Gut genährter Patient (1,79 m, 85 kg, BMI 26,5 kg/m²) in gutem Allgemeinzustand. RR 120/80 mmHg, Hf 80/min, rhythmisch, HbA_{1c} 7,2 %, Krea 1,0 mg/dl, eGFR 94,91 ml/min/1,73 m² (MDRD).

Neue Medikation

■ Empagliflozin 10 mg	1	-	0	-	0	-	0
■ Metformin 500 mg	1	-	0	-	1	-	0
■ ASS 100 mg	0	-	0	-	1	-	0
■ Rosuvastatin 10 mg	0	-	0	-	1	-	0
■ Ramipril 10 mg	1	-	0	-	0	-	0

Weiterer Verlauf

Der Patient wurde aufgrund der kardiovaskulären Vorgeschichte auf die leitlinienkonforme Medikation mit Empagliflozin umgestellt.^(1,2) Für diesen Wirkstoff konnte die kardiorenale Protektion gezeigt werden.⁽³⁾

ICD-10-Auswahl: T2D und KHK

Relevante Kodierungen zur Kasuistik

ICD-10-Kodierung	Diagnose	Kommentar
E11.90	Diabetes mellitus, Typ 2, ohne Komplikationen, nicht entgleist	Bei mindestens fünf Jahren Krankheitsdauer seit Diagnose des Typ-2-Diabetes ist es überraschend, dass noch keine diabetischen Folgeschäden diagnostizierbar sind. Diese müssten an vierter Stelle anders kodiert werden.
I10.00	Benigne essentielle Hypertonie, ohne hypertensive Krise	
I25.0	Atherosklerotische Herz-Kreislauf-Krankheit, so beschrieben	Der Herzinfarkt ohne Folgeschäden wird nicht als Behandlungsdiagnose kodiert. Auch Zustand nach altem Herzinfarkt (I25.22Z) passt nicht.

A&W-Wirtschaftstipp

Prävention

Nach der Nationalen VersorgungsLeitlinie Typ-2-Diabetes oder dem entsprechenden DMP sollten die Nüchternblutglukose und der HbA_{1c} jedes Quartal bestimmt werden,^(2,4) eGFR und die Mikroalbuminurie mindestens einmal im Jahr. Die genannten Parameter belasten das „Laborbudget“ nicht. Voraussetzung dafür ist die kodierte gesicherte Diagnose eines T2D sowie die Angabe der Kennnummer 32022 in der Abrechnung und auf dem Laborauftrag. Im DMP wird das Screening dezidiert gefordert, aber es gibt keine eigene Abrechnungsposition dafür.



Foto: Chutipon - stock.adobe.com

Verordnungssicherheit

Wenn im AMNOG-Verfahren ein Einsatzgebiet eines Präparates als Praxisbesonderheit anerkannt wurde, haben Ärzt:innen bei der Durchschnittsprüfung für die Verordnung dieses Präparats keinen Regress zu fürchten, solange sie sich an die definierten Vorgaben der Praxisbesonderheit halten. Diese umfasst die Verordnung von Empagliflozin bei T2D:^{**,**(5)}

- in Kombination mit einem anderen blutzuckersenkenden Arzneimittel (außer Insulin),
- in Kombination mit mindestens zwei anderen blutzuckersenkenden Arzneimitteln,
- in Kombination mit Insulin (mit oder ohne orales Antidiabetikum).

Weitere Praxisbesonderheit: symptomatische chronische HI.⁽⁵⁾

Literatur

1. Fachinformation Jardiance® (Empagliflozin), aktueller Stand
2. NVL Typ-2-Diabetes 2023; 3. Auflage. Abrufbar unter: <https://www.leitlinien.de/themen/diabetes/version-3>. Letzter Abruf: März 2024
3. Landgraf R et al. Diabetologie 2023;18(Suppl 2):162-217
4. DMP-Anforderungen-Richtlinie. Abrufbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3267/DMP-A-RL_2023-07-20_iK-2023-10-01.pdf
5. GKV-Spitzenverband: Anlage 1 zur Vereinbarung nach § 130b Abs. 1 Satz 1 SGB V zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG zum Arzneimittel Jardiance® (Wirkstoff: Empagliflozin) bezüglich der Anerkennung als Praxisbesonderheit und den Einzelheiten zur antidiabetischen Begleitmedikation. Abrufbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/arzneimittel/amnog_praxisbesonderheiten/14034pb20170301.pdf

* Für Erwachsene mit Typ-2-Diabetes und antidiabetischer Begleitmedikation sowie einer der folgenden kardiovaskulären Begleiterkrankungen: bestätigter Myokardinfarkt, KHK (koronare Eingefäßkrankung mit ≥ 50% Stenose oder Mehrgefäßkrankung), instabile Angina pectoris (mit Nachweis einer KHK), ischämischer oder hämorrhagischer Schlaganfall oder pAVK (periphere arterielle Verschlusskrankung mit klinisch relevanter Durchblutungsstörung); wenn die antidiabetische Begleitmedikation den Blutzucker zusammen mit einer Diät und Bewegung nicht ausreichend kontrolliert.

** Es gelten die allgemeinen Grundsätze einer wirtschaftlichen Verordnung nach § 12 Sozialgesetzbuch V und der Arzneimittel-Richtlinie, insbesondere § 9.

Abrechnung GKV

GOP	Leistung	Punkte	Honorar*	Kommentar
03000	Versichertenpauschale	148	17,66 €	Altersabhängig, Bewertung setzt KV zu.
03040	Zusatzpauschale zu GOP 03000 und 03030 für den hausärztlichen Versorgungsauftrag	138	16,47 €	
03220	Chronikerpauschale als Zuschlag zu 03000	130	15,51 €	Vorgaben beachten, ggf. Zuschlag 03221 bei intensiver Betreuung
03230	Problemorientiertes ärztliches Gespräch	128	15,28 €	Je vollendete zehn Minuten
13212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	196	23,39 €	
13250	Fachinternistische Behandlung	151	18,02 €	Ganzkörperstatus reicht z.B. aus.
13342	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	207	24,70 €	
13350	Diagnostik / Behandlung bei Störung von Hormondrüsen	139	16,59 €	
32022	Kennnummer Manifesten Diabetes mellitus	-	-	Die GOP 32025; 32057; 32066; 32094; 32135 fallen nicht ins Laborbudget.
32025	Glukose		1,60 €	Praxisbestimmung
32057	Glukose		0,25 €	
32066	Kreatinin (Jaffé-Methode)		0,25 €	
32094	Quantitative Bestimmung von HbA _{1c}		4,00 €	
32135	Mikroalbuminurie-Nachweis		1,55 €	
Legende:				
				Hausärzte
				Fachärztlich tätige Internisten ohne Schwerpunkt
				Internisten mit SP Endokrinologie
				Viele Vertragsärzte

* Punktzahl multipliziert mit Orientierungspunktwert 11,9339 Cent
Den kompletten EBM finden Sie unter: www.kbv.de

A&W-Kommentar

Personen mit T2D haben ein hohes Risiko, Folgeschäden zu erleiden. Dementsprechend sollen individuelle Zielwerte für den HbA_{1c} mit den Patient:innen vereinbart werden. Die aktuellen Leitlinien fordern eine möglichst normnahe Einstellung unter Vermeidung von Hypoglykämien, um Folgeschäden möglichst zu reduzieren. Mittlerweile differenziert die NVL Diabetes zwischen Patient:innen mit und ohne kardiovaskuläre Erkrankungen sowie mit und ohne hohem Risiko für z. B. relevante renale Erkrankungen. Wenn z. B. ein

Herzinfarkt oder eine Herzinsuffizienz vorliegt und Diät sowie Bewegung nicht ausreichend wirken, soll Metformin direkt mit einem SGLT2-Inhibitor oder einem GLP1-Rezeptoragonisten kombiniert werden.⁽²⁾ Ganz wichtig ist, dass die Zulassung von Empagliflozin mehr Indikationen umfasst als solche, die als Praxisbesonderheiten anerkannt sind. Daher sollte man in der Praxis griffbereit dokumentiert haben, wann man Jardiance® als Praxisbesonderheit verordnet hat, damit diese Fälle auch wirklich herausgerechnet werden.



Dr. med. Ulrich Karbach

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

Abrechnung GOÄ

GOÄ-Nummer	Leistung	einfacher Satz	Kommentar
1	Beratung - auch mittels Fernsprecher	4,66 €	
3	Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung - auch mittels Fernsprecher	8,74 €	Nur alleine oder neben den Nrn. 5-8, 800, 801 abrechenbar!
8	Erhebung des Ganzkörperstatus	15,15 €	
15	Einleitung und Koordination flankierender therapeutischer und sozialer Maßnahmen während der kontinuierlichen Betreuung eines chronisch Kranken	17,49 €	Wichtig: Neben therapeutischen müssen auch soziale Maßnahmen eingeleitet und koordiniert werden.
33	Strukturierte Schulung einer Einzelperson mit einer Mindestdauer von 20 Minuten	17,49 €	Betrifft Diabetiker, maximal dreimal im Jahr abrechenbar. Im DMP über Sonderziffern abrechenbar.
34	Erörterung bei Diagnose oder Verschlechterung einer lebensverändernden Erkrankung mit einer Mindestdauer von 20 Minuten	17,49 €	Maximal zweimal in sechs Monaten abrechenbar.
3514	Glukose	4,08 €	Praxislabor
3520	Kreatinin	4,08 €	
3560	Glukose	2,33 €	Basislabor
3561	Glykierte Hämoglobine (HbA _{1c})	11,66 €	
3585.HI	Kreatinin	2,33 €	
3736	Albumin, mit Reagenzträgern	6,99 €	Speziallabor

Zu einzelnen Leistungen der GOÄ aus Kapitel B (Ziffer 1 bis 8 und 45 bis 62) gibt es Zuschläge, die jeweils im Anschluss an diese Ziffern aufgelistet sind. Die komplette GOÄ finden Sie unter: <https://gbh.medical-tribune.de/header/home.html>

IGeL-Monitor

So sind Sie gewappnet, wenn Patienten kritische Fragen stellen

Mit dem IGeL-Monitor sollen gesetzlich Versicherte über das Angebot von IGeL in den Vertragsarztpraxen informiert werden. Von derzeit insgesamt 62 IGeL ist der Nutzen laut Monitor bei 28 unklar und bei 24 tendenziell negativ. Nur eine wurde dort tendenziell als positiv bewertet. Eine positive Bewertung erhielt keine Individuelle Gesundheitsleistung.

Auch Hausärzte müssen damit rechnen, dass sich ihre Patienten im IGeL-Monitor informieren und die angebotenen IGeL kritisch hinterfragen. Nachfolgend Bewertungen von IGeL, die von Hausärzten erbracht werden.

Akupunktur bei Migräne

Studien haben gezeigt, dass Akupunktur Migräneschmerzen ebenso gut lindern können wie Medikamente. Nachdem früher Akupunktur bei Migräne als tendenziell negativ bewertet wurde, wird sie jetzt als tendenziell positiv eingestuft.

Colon-Hydro-Therapie

Ein Hinweis auf Nutzen konnte nicht gefunden werden. Es finden sich aber Berichte über einzelne gravierende Schäden, die unmittelbar mit der Anwendung der Hydro-Colon-Therapie zusammenhängen können, so zum Beispiel Blutungen im Darm. Bewertung: Negativ.

IGEL MONITOR

- Im IGeL-Monitor finden sich überwiegend negative, tendenziell negative oder als unklar eingestufte Bewertungen.
- Insbesondere bei negativ oder tendenziell negativ bewerteten IGeL Argumente parat haben, warum diese IGeL dennoch in der Praxis angeboten werden.
- Positiv bewertete IGeL finden sich im IGeL-Monitor nicht. Bei tendenziell positiv bewerteten IGeL (nur einer) den Patienten vermitteln, dass diese IGeL von den Krankenkassen positiv bewertet werden.

HbA_{1c} Bestimmung zur Früherkennung eines Diabetes

Der IGeL-Monitor kommt zu der Beurteilung, dass der HbA_{1c}-Test etwa gleiche Ergebnisse ergibt wie die direkte Glukosebestimmung. Nicht beantworten lässt sich die Frage, ob der Test eine sinnvolle Ergänzung ist, da nicht absehbar ist, wie sich Nutzen und Schaden verhalten, wenn man beide Tests kombiniert anwendet. Bewertung: Unklar.

Protein C-Bestimmung zur Einschätzung des Thrombose-Risikos

Gemäß dem IGeL-Monitor lässt die insgesamt schwache Datenlage keine Hinweise auf einen Nutzen bei gesunden Menschen ohne zusätzliche Risikofaktoren erkennen. Da durch falsche Befunde unnötige Diagnosen und Therapien zu Schäden führen können, wird von Hinweisen auf einen geringen Schaden ausgegangen. Bewertung: Tendenziell Negativ.

Immunglobulin G-Bestimmung zur Diagnose einer Nahrungsmittelallergie

Nach dem IGeL-Monitor ist ein Nutzen als Allergie-Check aus immunbiologischer Sicht nicht zu erwarten, da für Allergien ein anderer Typ von Immunglobulinen verantwortlich ist. Werden aufgrund eines positiven Testergebnisses bestimmte Nahrungsmittel gemieden, kann die Lebensqualität stark leiden. Im Extremfall kann der Verzicht sogar zu einer Mangelernährung führen. Bewertung: Negativ.

PSA-Test

Insbesondere weil bei einem positiven PSA-Test häufig eine unnötige weitere Diagnostik oder gar Behandlung durchgeführt wird, werden nur geringe Hinweise auf einen Nutzen, aber mehr Belege für



Die Akupunktur zur Schmerzbehandlung kann nach der GOÄ abgerechnet werden.

einen Schaden gesehen und das, obwohl inzwischen jeder Arzt belegen kann, dass zahlreiche Prostatakarzinome primär durch einen erhöhten PSA-Wert festgestellt werden. Im Rahmen der Betreuung ihrer Patienten ist der PSA-Test die mit am häufigsten von Hausärzten erbetene und als IGeL zu liquidierende Untersuchung. Kritischen Nachfragen der Patienten sollte man entgegenen, dass der PSA-Test eine sinnvolle zusätzliche Vorsorgeuntersuchung ist, mit der häufig Prostatakarzinome entdeckt werden, die bei der üblichen Vorsorgeuntersuchung (rektale Untersuchung) unentdeckt bleiben. Dennoch bleibt der IGeL-Monitor bei der Bewertung: Tendenziell negativ.

TSH-Bestimmung als Schilddrüsen-Check

Früherkennungsuntersuchungen bergen die Gefahr, dass Menschen unnötig verunsichert und gegebenenfalls auch behandelt werden. Auch bei der TSH-Bestimmung wird diese Gefahr gesehen: Nur ein Bruchteil der Menschen mit auffälligen TSH-Werten bekommt später Beschwerden, bei einer Behandlung muss aber mit Nebenwirkungen gerechnet werden. Bewertung: Tendenziell negativ.

Dr. med. Heinrich Weichmann

A&W-Hotline

Was gilt bei der Chronikerziffer

Immer wieder sorgt die Chronikerziffer für Irritationen. Ein Aspekt dabei ist, was überhaupt eine lebensverändernde chronische Erkrankung ist. Das sorgt für erhebliche Diskussionen.

Vermehrt wird geprüft, ob bei Abrechnung der Chronikerziffer nach Gebührenordnungsposition (GOP) 03220/04220 die Bedingungen erfüllt sind. Die Folge: zunehmend wird die abgerechnete Chronikerziffer gestrichen.

Vermehrt wurde angefragt, ob es eine Auflistung der Diagnosen gäbe, bei deren Kodierung man sicher sein könne, dass man die Chronikerziffer abrechnen kann, sofern die übrigen Bedingungen erfüllt sind. Bislang habe ich bei allen Nachfragen bei unterschiedlichen Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) die Antwort erhalten, dass es keine solche Liste gäbe. Dementsprechend wird bei der Plausibilitätsprüfung individuell entschieden.

Die Bedingungen

Unter 3.2.2 steht als Anforderung:

- Vorliegen mindestens einer lang andauernden, lebensverändernden Erkrankung,
 - Notwendigkeit einer kontinuierlichen ärztlichen Behandlung und Betreuung.
- Aus dem oben genannten leitet sich die 4-3-2-Regel ab. Die 4 steht dafür, dass die Chronikerziffer erstmalig abgerech-

net werden kann, wenn eine! lebensverändernde Erkrankung im vierten Quartal nacheinander als gesicherte Diagnose kodiert wurde. Die 3 steht dafür, dass in drei dieser vier Quartale deswegen ein Arzt-Patienten-Kontakt (APK) stattgefunden hat. Die 2 fordert in zwei dieser drei Quartale einen persönlichen APK; dabei kann in einem Quartal eine Videosprechstunde als persönlicher APK gewertet werden.

Fallstricke

Wenn die Chronikerziffer gestrichen wird stellt sich üblicherweise bei der Kontrolle der eingereichten Abrechnungen heraus, dass es sich um einen multimorbiden Patienten handelt. Dann ist zweimal zum Beispiel ein Typ-2-Diabetes kodiert worden und einmal ein Harnwegsinfekt. Die behandelte Hypertonie wurde – aus welchen Gründen auch immer – nicht kodiert.

Damit wird die Chronikerziffer im Rahmen der sachlich-rechnerischen Prüfung aus der Abrechnung gestrichen, da die Bedingungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) nicht erfüllt sind. Dass mehrere chronische Erkrankungen vorliegen, dies aber – obwohl wahrschein-

lich – in den Quartalen als Behandlungsdiagnose nicht kodiert worden, fällt dem Vertragsarzt dann mit Honorareinbuße auf die Füße.

Problematische Diagnosen

Von den vorhin aufgeführten Diagnosen sind zwei lebensverändernd, nämlich der Typ-2-Diabetes und die Hypertonie. Kniffliger wird es bei anderen Diagnosen. Wenn nur episodisch Attacken vorkommen, wie etwa bei der Migräne, wird es schwierig. Dann ist nämlich die kontinuierliche ärztliche Behandlung nur selten gegeben. In diesem Fall wird die Chronikerziffer gestrichen, was zur Nachfrage einer Kollegin führte. Sprich, wenn Migräneattacken so häufig sind, dass eine Prophylaxe notwendig ist, so wird die Chronikerziffer in der Regel akzeptiert. In allen anderen Fällen in der Regel nicht.

In solchen Fällen wissen regionale Kollegen oder auch die Abrechnungsberatung der jeweiligen KV wie im Normalfall gehandelt wird. Ganz wichtig: Eine COPD liegt auch außerhalb der Exazerbationen vor, eine Migräne eigentlich nicht.

Dr. med. Ulrich Karbach

A&W-Telefonhotline

Fragen Sie uns, wir antworten Ihnen. Dazu gibt es folgende Möglichkeit:



Wir stellen die A&W-Hotline zur Abrechnung auf den Mailkontakt um. Ich bin per E-Mail erreichbar unter ulrich.karbach@medtrix.group.

Bitte geben Sie beim Mailkontakt eine Telefonnummer an, unter der Sie erreichbar sind. Denn manchmal ist ein direktes Telefonat erforderlich.

Wir können allgemeine Fragen zur Abrechnung beantworten, dürfen aber als Nichtjuristen keine Rechtsberatung machen. In solchen Fällen verweisen wir an Medizinerjuristen.



Dr. med. Ulrich Karbach bei einer telefonischen Abrechnungsberatung.

Foto: M. Hurst

Ambulante Versorgung

Unfälle beim Sport

Bei traumhaftem Wetter sind nicht nur viele Motorradfahrer unterwegs. Ganz viele Personen setzen sich aufs Rennrad, sonstige Fahrräder oder nutzen Rollerblades. Da bleiben Unfälle oder Stürze nicht aus. Abgesehen von schweren Verletzungen wird meist ein Hausarzt aufgesucht oder gerufen. Der kann abhängig von der Situation folgende Leistungen abrechnen.

Der Sturz beim Radfahren oder Rollerbladen wird oft durch den Asphalt abgebremst. Die Folge sind mehr oder weniger große Schürfwunden und gegebenenfalls auch Platzwunden. Natürlich können Handschuhe, Protektoren für Knie und Ellenbogen sowie Schutzhelme einen Teil der Energie abfangen. Generell muss man zwischen Stürzen oder Unfällen unterscheiden, zu denen man gerufen wird, und solchen, bei denen Betroffene selbst in die Praxis kommen. In diesem Beitrag werden Schul- und Wegeunfälle, die zu Lasten der gesetzlichen Unfallversicherung gehen, nicht betrachtet.

Unfallopfer sucht Praxis auf

Im Regelfall wird die Versichertenpauschale nach GOP 03000 abgerechnet, wenn es der erste persönliche Arzt-Patienten-Kontakt (APK) im Quartal ist. Dann wird zusätzlich die GOP 03040 von der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) zugesetzt, sofern keine über den hausärztlichen Versorgungsauftrag hinausgehenden Leistungen erbracht werden.

Wenn ein unvorhergesehener APK erfolgt, ist die Abrechnung eine andere. Dann wird je nach Zeit die GOP 03030 abgerechnet. Diese kann aber nur zusammen mit der GOP 01100 oder 01101 abgerechnet werden, wenn die unvorhergesehene Inanspruchnahme zwischen 19:00 und 22:00 oder 22:00 und 7:00 erfolgt. Für Sams-, Sonn- und Feiertage gelten beide GOP auch, wobei die 01100 tagsüber und die 01101 nachts gilt. Ganz wichtig: Sofern in den genannten Zeiten noch Sprechstunde ist, wird beim ersten APK im Quartal die Versichertenpauschale abgerechnet.

Unfallopfer wird aufgesucht

Egal, ob man zum Hausbesuch oder zu einem Unfall auf der Straße gerufen wird, in beiden Fällen wird die GOP 03030 ab-

gerechnet, zusammen mit den GOP für den dringlichen Besuch (01411). Ganz wichtig ist in diesem Fall, auch an das Wegegeld zu denken. Wichtig ist zudem, dass für den organisierten Notdienst eigene Regeln gelten. So kann man, wenn man aus dem regulären Praxisbetrieb zu einem Fahrradunfall gerufen wird, die Inflation nicht abrechnen, im organisierten Notdienst aber sehr wohl.

Weitere Leistungen

Natürlich erfolgen, egal ob in der Praxis oder am Unfallort, eine Anamnese und orientierende Untersuchung. Die entscheiden darüber, ob eine stationäre Behandlung notwendig ist oder eine ambulante Behandlung ausreicht. In Kurzfassung: Jede Fraktur oder begründeter Verdacht darauf gehört in die Klinik. Da bei Schädel-Hirn-Traumen auch epidurale Hämatome, teilweise mit einer Latenz von Stunden, auftreten können, ist auch hier Vorsicht geboten.

Deutlich einfacher ist es mit der Versorgung von Platz- und Schürfwunden. Dabei kommen die GOP 02300 bis 02302 zum Ansatz. Zur 02300 gehört die primäre Wundversorgung. GOP 02301 beinhaltet unter anderem die primäre Wundversorgung entsprechend GOP 02300 bei Säuglingen bis Kindern oder bei den anderen Altersklassen die primäre Wundversorgung mit Naht oder Gewebekleber. Bei GOP 02302 ist es ähnlich. Im Rahmen eines Unfalles gehört im wesentlichen die primäre Wundversorgung mit Naht oder Gewebekleber bei Säuglingen bis Kindern dazu.

Meist haben mit Fahrrad oder Rollerbladern Gestürzte mehrere offene Wunden. Dem trägt der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) Rechnung, indem bei mehreren offenen Wunden (ICD-10-GM: T01.-) mehrfach in einer Sitzung – auch nebeneinander, jedoch insgesamt höchstens fünfmal am Behandlungstag – die GOP 02300 bis 02302 abgerechnet werden können.

Fallstricke

Natürlich sollte bei allen offenen Wunden der Tetanusimpfschutz kontrolliert und gegebenenfalls aufgefrischt werden. In diesem Fall geht das nicht über die regionalen Impfvereinbarungen, sondern gehört zur Wundversorgung. Der Impfstoff darf daher nicht aus dem über die Impfvereinbarung bezogenen Vorrat stammen.

Dr. med. Ulrich Karbach



Eltern wissen es aus Erfahrung:

Schreien oder Weinen gibt

allenfalls eine geringe Orientierung.

Foto: SENTELLO - stock.adobe.com

RAUS AUS DEN FESSELN DER VERSPANNUNG

Myditin® ist ein zentral wirkendes Muskelrelaxans mit dem Wirkstoff Pridinol, der in der Praxis überzeugt:

- Wirkt kausal bei verspannungsbedingten Rückenbeschwerden
- Reduziert Schmerzen & verbessert die Funktion
- Gut verträglich, ohne bekanntes Suchtpotenzial



Erfahren Sie mehr
über Pridinol



www.muskelschmerzen-behandeln.de

¹ Pridinol ist eine der Pharmakotherapien zur zeitnahen Linderung der Schmerzursache. Quelle: DGS-Praxisleitfaden zur Behandlung akuter Kreuz-/Rückenschmerzen (V1.0; Oktober 2021)

Myditin® 3 mg Tabletten. **Wirkstoff:** Pridinol. **Zusammensetzung:** 3,02 mg Pridinol (4 mg Pridinolmesilat) / Tablette. Sonstige Bestandteile: Lactose-Monohydrat, Mikrokrystalline Cellulose, Hydriertes Rizinusöl, Talkum, Povidon K30, Hochdisperses Siliciumdioxid, Magnesiumstearat (Ph.Eur) [pflanzlich]. **Anwendungsgebiete:** Zentrale und periphere Muskelspasmen, Lumbalgie, Torticollis, allgemeine Muskelschmerzen bei Erwachsenen. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile, Glaukom, Prostatahypertrophie, Syndrome mit Harnverhalt, Obstruktionen im Bereich des Magen-Darm-Kanals, Herzrhythmusstörungen, erstes Trimenon der Schwangerschaft. **Wechselwirkungen:** verstärkt Wirkung von Anticholinergika. **Nebenwirkungen:** Gelegentlich: Unruhe; Schwindel, Kopfschmerzen, Sprachstörung; Tachykardie; Kreislaufreaktion, Hypotonie; Übelkeit, Bauchschmerzen, Mundtrockenheit; Müdigkeit, Asthenie. Selten: Überempfindlichkeitsreaktionen (Juckreiz, Hautrötung, Schwellung, Luftnot); Angstgefühl, Depression; Aufmerksamkeits-, Koordinations-, Geschmacksstörung; Akkomodationsstörung, Sehstörung; Durchfall, Erbrechen. Nicht bekannt: Halluzinationen; Tremor, Parästhesie; Glaukomanfall bei Engwinkelglaukom; Herzrhythmusstörung, Bradykardie; Muskelschwäche; Miktionsstörung, akuter Harnverhalt bei BPH; Wärmestau. **Warnhinweis:** enthält Lactose. Packungsbeilage beachten. Verschreibungspflichtig. **Stand:** Februar 2023. **Trommsdorff GmbH & Co. KG, 52475 Alsdorf.**



Entwickelt & hergestellt in
Deutschland

Privatabrechnung

Impfungen „nicht verschlucken“ – nach GOÄ vollständig abrechnen!

In der GOÄ sind nur vier Nummern für Impfungen vorgesehen. Die Allgemeinen Bestimmungen der GOÄ unter „V Impfungen und Testungen“ legen unter Punkt 3 fest, dass drei dieser Nummern nicht gemeinsam mit den Nummern 1 und 2 berechnet werden können, die vierte Nummer aber schon. Das ist für die Privatabrechnung wichtig, um kein Honorar zu verschenken.

Oft wird übersehen, dass dieser Leistungsausschluss für die öfter vorkommenden „allgemeinen“ Schutzimpfungen nach Nr. 375 nicht gilt. Vielfach wird vermutet, neben Schutzimpfungen sei Nr. 1 nicht berechenbar. Nur der Eintrag in den Impfpass ist – siehe Leistungstext – auch bei Nr. 375 nicht extra abrechnungsfähig.

Individueller Impfschutz

Immer mehr Patienten wünschen einen optimalen Impfschutz. Gerade vor Reisen in andere Erdteile oder Klimazonen werden gezielte Impfungen immer häufiger nachgefragt. Auch innerhalb Deutschlands und Europas, wo sich allein durch den Klimawandel bestimmte Krankheitserreger anders als gewohnt verbreiten, fragen Patienten ihre Ärztinnen und Ärzte öfter nach einem individuell abgestimmten Impfschutz. Deswegen lohnt es sich, auch die üblicherweise erbrachten begleitenden Leistungen näher zu betrachten. Impfungen auf Wunsch der Patienten sind IGeL und eine Möglichkeit, sie außerhalb der GOÄ zu berechnen, gibt es nicht.

Beratung

Zunächst beraten Ärztinnen und Ärzte ihre Patienten zu medizinisch angezeigten oder empfohlenen Impfungen und legen nötigenfalls eine Reihenfolge fest. Das geschieht im Rahmen einer oder mehrerer Gespräche, die als Beratungen berechnet werden können.

Diese Beratungen, ggfs. auch körperliche Untersuchungen (Nr. 5 bis 8) sind ausschließlich ärztliche Aufgabe. Deren Delegation an nichtärztliches Praxispersonal ist nicht möglich. Wird wegen der Impfungen länger als zehn Minuten lang beraten, kann Nr. 3 angesetzt werden. Auch für diese ärztlichen Gespräche mit



Fotos: Talia Mdlungu/peopleimages.com - stock.adobe.com, Brad Pict - stock.adobe.com

Bei Impfung kann vieles delegiert, aber trotzdem abgerechnet werden.

den Patienten gelten die Kriterien des § 5GOÄ. Sind sie besonders zeitaufwändig oder medizinisch schwierig, können Honorare bis hinauf zum 3,5-fachen Satz mit Begründung berechnet werden.

Impfung

Die eigentliche Schutzimpfung (intramuskulär, subkutan) ist delegationsfähig. Gleiches gilt für die GOÄ-Nrn. 376 bis 378. Alle denkbaren Schutzimpfungen, sei es gegen COVID-19, über HPV bis hin zur

Grippe oder FSME, können über Nr. 375 GOÄ berechnet werden.

In der GOÄ steht noch eine orale Schutzimpfung nach Nr. 376. Noch zum Zeitpunkt der GOÄ-Einführung wurde meist oral gegen Polio geimpft. Nr. 376 ist in gleicher Höhe bewertet wie eine ärztliche Beratung nach Nr. 1 GOÄ. Wird also eine Schluckimpfung im Zuge einer Beratung verabreicht, bildet die GOÄ Nr. 1 das in den meisten Fällen zeitgleiche Arzt/Patientengespräch ab. Dann kann Nr. 376 nicht zusätzlich berechnet werden. Eine orale Impfung durch Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter der Praxis kann zeitlich und räumlich getrennt von der o.g. Beratung nach Nr. 376 berechnet werden.

Manche Patienten müssen erst auf ihre Impffähigkeit hin untersucht werden. Dann kommen die GOÄ-Untersuchungspositionen nach den Nr.n 5 bis 7, sehr selten GOÄ 8, hinzu.

Kosten für Impfstoffe

Impfstoffe aus dem Praxisbestand sind Auslagen, die nach § 10 GOÄ zusätzlich berechnet werden können. Beachten Sie, dass bei Auslagen über 25,56 € Belege beigefügt werden müssen

Dieter Jentsch
GOÄ-Referent für Büdingen Med



Wir rollen
die Zungen
aus für



Ebastin Aristo® SCHMELZTABLETTEN



Bei allergischer Rhinitis und bei Urtikaria



Geringere sedierende Wirkung
im Vergleich zur Wirkung
von Cetirizin und Loratadin¹

Lange Halbwertszeit
des aktiven Metaboliten
von 15–19 Stunden²

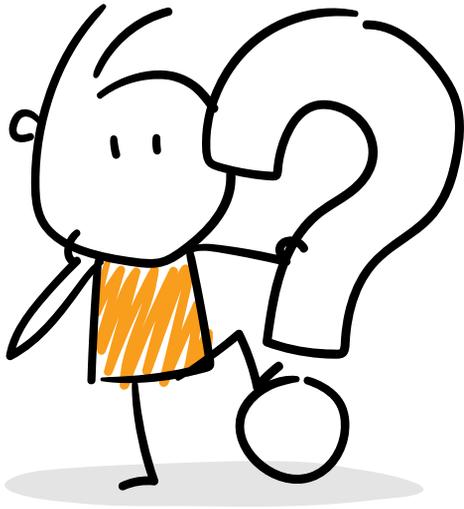
Hohe H₁-Rezeptor
Selektivität und anti-
inflammatorische Wirkung³

Die meistverordnete Schmelztablette auf dem deutschen Antihistaminika-Markt.⁴

¹ Kawachi, H., Yanai, K., Wang, D.-Y., Itahashi, K., & Okubo, K. (2019). Antihistamines for allergic rhinitis treatment from the viewpoint of nonsedative properties. *International Journal of Molecular Sciences*, 20(1), 213. <https://doi.org/10.3390/ijms20010213> ² Fachinformation Ebastin Aristo® SCHMELZTABLETTEN, Stand 03.2022 ³ Campbell A et al. Overview of allergic mechanisms. Ebastine has more than an antihistamine effect. *Drugs*. 1996; 52 Suppl 1: 15–9 ⁴ INSIGHT Health GmbH- GKV-Abrechnungsdaten (NVI-KT) - Stand September 2023, Ebastin Schmelztablettten 10 mg und 20 mg

Ebastin Aristo® 10/20 mg Filmtabletten / Ebastin Aristo® 10/20 mg Schmelztabletten (Rp). Wirkstoff: Ebastin. **Zus.:** 1 Filmtbl./Schmelztbl. enth. 10/20 mg Ebastin. Sonst. Bestandt. Filmtbl.: Tbl.Kern: Mikrokrist. Cellulose, Carboxymethylstärke-Natrium (Typ A) [Ph. Eur.], hochdisp. Siliciumdioxid, Magnesiumstearat [Ph. Eur.] [pflanzlich], Tbl.film: Hygromellose, Titandioxid (E171), Macrogol 400; Schmelztbl.: Mannitol (E421) [Ph. Eur.], Maisstärke, Pfefferminzaroma, Aspartam (E951), hochdisp. Siliciumdioxid, Natriumstearylumarat [Ph. Eur.]. **Anw.:** -10 mg Filmtbl./-10 mg/20 mg Schmelztbl.: Zur symptomat. Behandl. d. saisonalen u. perennialen allerg. Rhinitis mit od. ohne allerg. Bindehautentzünd., Urtikaria, -20 mg Filmtbl.: Zur symptomatischen Behandlung der schweren saisonalen und perennialen allergischen Rhinitis bzw. Rhinokonjunktivitis. **Gegenanz:** Überempfindlichk. gegen den Wirkstoff od. e. d. sonst. Bestandt., Menthol (Schmelztbl.); auf Anw. v. Ebastin b. Jugendl. <18 J. soll b. Urtikaria verzichtet werden, da z. Z. nur wenig Erfahr. b. dieser Altersgr. bzw. keine Erfahr. b. Kdrn. <12 J. vorliegen. **Schwangersch./Stillzeit:** Anwendung sollte vermieden werden. **Nebenw.:** Sehr häufig: Kopfschmerzen. Häufig: Schläfrigkeit; Mundtrockenheit. Gelegentlich: Epistaxis, Pharyngitis, Rhinitis; Schwindel, Insomnie. Selten: Überempfindlichkeitsreaktionen (wie z. B. Anaphylaxie u. Angioödem); Nervosität, Schlaflosigkeit; Schwindel, Hypästhesie, Dysgeusie; Palpitationen, Tachykardie; Übelkeit, abdominaler Schmerz, Dyspepsie, Erbrechen; Hepatitis, Cholestase, Leberfunktionsstest abnormal (Transaminasen, gamma-GT, alkalische Phosphatase und Bilirubin erhöht); Urtikaria, Hautausschlag, Dermatitis; Menstruationsstörungen; Ödem, Asthenie. Sehr selten: Dysästhesie; Sinusitis; Exanthem, Ekzem; Dysmenorrhö. Nicht bek.: Appetitsteigerung; Gewichtszunahme. -nur Schmelztbl.: Enthält Menthol. Bei entsprechend sensibilisierten Patienten können durch Menthol Überempfindlichkeitsreaktionen (einschließlich Atemnot) ausgelöst werden. Enthält Aspartam und Pfefferminz-Aroma. Packungsbeilage beachten. (verschreibungspflichtig). (Stand November 2022).
Aristo Pharma GmbH, Wallenroder Straße 8 - 10, 13435 Berlin.





Privatabrechnung

Das bedeutet eine GOÄ-Nummer

Die GOÄ enthält - anders als der EBM - nahezu keine komplexen Abrechnungsnummern. Damit wird die Privatabrechnung komplizierter, wie Sie in Teil sechs dieser Serie gelesen haben. Zu jeder GOÄ-Nummer gehören eine Legende, eine Bewertung in Punkten und ein Einzelsatz. Auch die weitere Information dazu ist relevant.

Die Gliederung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in die Abschnitte A bis P täuscht. Die einzelnen Leistungen samt Nummer sind zur besseren Orientierung Kapiteln zugeordnet. So steht die Nr. 800 für die eingehende neurologische Untersuchung in Kapitel G für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie. Es ist aber ganz klar, dass jede Ärztin und jeder Arzt diese Leistung abrechnen kann, sofern er sie korrekt erbracht hat.

➔ Struktur der GOÄ-Nummern

Jede Nummer der Gebührenordnung für Ärzte enthält zusätzlich die Leistung, die Punktzahl sowie den Eurobetrag beim einfachen Steigerungsfaktor. Ebenfalls relevant sind die weiteren Informationen, die unter anderem den Umfang der Leistung genau beschreiben, erläutern, wie oft eine Leistung im Behandlungsfall oder einem bestimmten Zeitraum abgerechnet werden darf, und vor allem, welche Leistungen

nicht neben dieser GOÄ-Nummer abgerechnet werden dürfen.

Betrachten wir als Beispiel die GOÄ-Nr. 7. Im Kasten ist ein Auszug aus der Legende aufgelistet. Diese GOÄ-Nummer ist mit 160 Punkten bewertet, was 9,33 € beim einfachen Satz ergibt. Sofern keine besonderen Verträge mit Kostenträgern bestehen, wird üblicherweise mit 2,3-fachem Steigerungsfaktor liquidiert, was 21,46 € bedeutet. Mit individueller



Die Untersuchung des Abdomens kann als symptomorientierte Untersuchung nach Nr. 5, als Organuntersuchung nach Nr. 7 oder im Ganzkörperstatus nach Nr. 8 abgerechnet werden.

Begründung kann bis zum maximal 3,5fachen Steigerungsfaktor abgerechnet werden. Als Gründe sind nach § 5 (2) nur die Zeitaufwand oder die Schwierigkeit der einzelnen Leistung sowie Besonderheiten bei der Ausführung zulässig. Nehmen wir die komplette Untersuchung der Bauchorgane. Zusätzlich wird der Blutdruck gemessen und das Herz auskultiert. Mit dieser Begründung kann man zum Beispiel einen dreifachen Steigerungsfaktor verargumentieren und abrechnen. Betrachten wir die Untersuchung des gesamten weiblichen Genitaltraktes. Theoretisch dürfen Hausärztinnen und -ärzte diese durchführen und abrechnen, da die Gebietsgrenzen für Hausärzte deutlich weiter gezogen sind als für spezialisierte Fachärzte. In der Regel werden die Untersuchung und deren Abrechnung aber daran scheitern, dass Hausarztpraxen nicht über das dafür nötige Equipment verfügen. Für Gynäkologen ist in diesem Zusammenhang wichtig, dass die digitale Untersuchung des Enddarms zu den obligaten Inhalten gehört. Dementsprechend kann die Nr. 11 nicht neben der Nr. 7 abgerechnet werden, wenn die sich auf das weibliche Genital bezieht.

➡ Abrechnungsausschlüsse

Wie im vorigen Absatz erwähnt, gibt es Abrechnungsausschlüsse. Nach der Legende von Nr. 7 sind nur die Untersuchungen nach Nr. 5, 6 und 8 ausgeschlossen. Aber nicht immer stehen die Ausschlüsse direkt bei der jeweiligen Nummer. Ein Grundsatz in der GOÄ ist, dass eine Leistung nicht doppelt abgerechnet werden kann. Dementsprechend steht weder in der Legende von Nr. 7 noch in der von Nr. 11 ein Ausschluss für die Nebeneinanderberechnung. In guten Kommentaren zur EBM-Abrechnung (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) findet sich aber der Hinweis, dass die Nr. 11 weder neben der Nr. 7, wenn diese das weibliche Genital betrifft, noch neben der Nr. 6, wenn diese die Nieren und ableitenden Harnwege betrifft, abgerechnet werden darf.

➡ Komplexleistungen

In der GOÄ gibt es relativ wenige Komplexleistungen. Ganz wichtig in diesem Zusammenhang ist die Vorgabe aus § 4 (2a). Danach kann eine selbstständige ärztliche Leistung, die Teilleistung einer

anderen GOÄ-Nummer ist, nur dann berechnet werden, wenn die Nummer, deren Bestandteil diese ist, nicht berechnet wird. Aus betriebswirtschaftlicher Sicht ist relativ klar, wie man vorgeht. Denn beim einfachen Satz ergibt die Nr. 11 3,50 €, die Nr. 7 aber 9,33 €.

Etwa komplizierter ist es bei operativen Leistungen. Jeder weiß, dass ein operativer Eingriff erst dann beendet ist, wenn ein Wundverschluss erfolgt und ein Verband angelegt wurde. Damit ist der Verband nicht eigens abrechenbar. Etwas anderes ist es, wenn nach einer akuten Wundversorgung einige Tage später die Naht inspiziert und dann ein neuer Verband angelegt wird. In diesem Fall kann Nr. 200 für den Verband abgerechnet werden, weil die operative Leistung zu diesem Zeitpunkt nicht mehr abgerechnet wird.

Der Ganzkörperstatus nach GOÄ-Nr. 8 listet auf, was alles dazugehört. Interessanterweise gehört die rektal-digitale Untersuchung nicht dazu. Sprich, die Nr. 11 kann, so medizinisch notwendig, extra abgerechnet werden. Das sorgt natürlich für Irritationen, da die digital-rektale Untersuchung für viele zum Ganzkörperstatus gehört. Es gibt aber durchaus praktische Gründe, warum diese nicht in Nr. 8 enthalten ist. Denn in den meisten Fällen wäre die Nr. 8 nicht abrechenbar, da keine rektal-digitale Untersuchung durchgeführt wird. Ein weiteres Problem stellt die orientierende neurologische Untersuchung dar, die in Nr. 8 obligat enthalten ist. Daneben ist die eingehende neurologische Untersuchung nach Nr. 800 nicht abrechenbar.

➡ Dokumentation

Wer schreibt der bleibt. Juristen sehen es eher anders herum: Was nicht dokumentiert ist, wurde auch nicht durchgeführt. Bleiben wir beim Ganzkörperstatus nach Nr. 8. Manche Kostenträger zweifeln an, dass dieser medizinisch notwendig sei, und erstatten dann diesen Betrag in der Rechnung nicht. Natürlich kann die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt besser beurteilen, ob ein Ganzkörperstatus beim individuellen Patienten medizinisch notwendig ist. Wenn sich im Streitfall aber in der Patientenakte nur der Vermerk „Ganzkörperstatus o. p. B.“ findet, scheint es sehr wahrscheinlich, dass die Nr. 8 nicht wirklich nötig war.

➡ GOÄ-NUMMER 7

Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines der folgenden Organsysteme: das gesamte Hautorgan, die Stütz- und Bewegungsorgane, alle Brustorgane, alle Bauchorgane, der gesamte weibliche Genitaltrakt (ggf. einschließl. Nieren und ableitende Harnwege) - gegebenenfalls einschließlich Dokumentation -, 160 Pkte, 9,33 € einfacher Satz

- ... (Definiton des Leistungsumfangs bei Organsystemen)
 - bei den Bauchorganen: Palpation, Perkussion und Auskultation der Bauchorgane einschließlich palpatorischer Prüfung der Bruchpforten und der Nierenlager;
 - bei dem weiblichen Genitaltrakt: bimanuelle Untersuchung der Gebärmutter und der Adnexe, Inspektion des äußeren Genitals, der Vagina und der Portio uteri, Digitaluntersuchung des Enddarms, gegebenenfalls Palpation der Nierenlager und des Unterbauchs.
- Die Leistung nach Nummer 7 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5, 6 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.

In jedem Fall kann man bei einem Neupatienten die Notwendigkeit eines Ganzkörperstatus verargumentieren, es sei denn, er bringt umfangreiche Unterlagen vom vorher behandelnden Kollegen mit.

Ein Hausarzt erklärte letztes Jahr auf der DGIM-Tagung, dass er mit Wahrscheinlichkeiten arbeite. Er wisse schon nach der Anamnese, worauf er bei der Untersuchung besonders achten müsse. Abgesehen von den wenigen Fällen, die sofortiges Handeln erfordern, könne er durchaus mit der Verdachtsdiagnose arbeiten und, wenn die Probleme nach zwei Wochen weiter bestehen, genauer diagnostizieren. Unabhängig davon, ob eine symptomorientierte Untersuchung oder sogar ein Ganzkörperstatus erhoben wurde, wird dann die Auffälligkeit diagnostiziert. Dann kann etwa in der Akte stehen: Untersuchung des Abd. bis auf sehr rege Peristaltik unauffällig, keine Abwehrspannung, Bruchpforten unauffällig.

Dr. med. Ulrich Karbach



Ihre Fragen an unseren Abrechnungsexperten

Dr. med. Ulrich Karbach, Ressortleiter Abrechnung



EBM

Sekundär heilende Wunden

Ich habe von Kollegen gehört, dass es bei der Abrechnung der 02310 Probleme gibt. Was ist zu beachten, um keinen Ärger zu bekommen?

Dr. med. Simone H., NRW

Man kann bekanntlich Läuse und Flöhe haben. Das trifft im übertragenen Sinn auch auf Typ-2-Diabetiker zu. Wenn sowohl ein behandlungsbedürftiger diabetischer Fuß als auch eine sekundär heilende Platzwunde am Unterarm bestehen, wird es knifflig. Die Gebührenordnungsposition (GOP) 02310, die Sie ansprechen, ist bei sekundär heilenden Wunden abrechenbar, wenn drei Arzt-Patienten-Kontakte (APK) im Behandlungsfall und zum Beispiel ein Wunddebridement erfolgen. Dabei ist eine Behandlung der sekundär heilenden Wunde nur bei einem APK nötig. Ausgeschlossen ist die Abrechnung unter anderem beim diabetischen Fuß. Dann kommt die GOP 02311 in Frage. Diese GOP setzt für Hausärzte u. a. die Kompetenz zur Schulung sowie eine KV-Genehmigung voraus. Nekrosen abtragen und Schuhe überprüfen sind obligater Inhalt. Die Abrechnung erfolgt je Sitzung und Bein. Wer keine Genehmigung für die GOP 02311 hat, kann bei diabetischem Fuß nicht auf die 02310 ausweichen!

EBM

Infusion

Ich habe im ärztlichen Notdienst eine Infusion problemlos abgerechnet. Warum geht das nicht in der Praxis?

Markus F., Hausarzt, Berlin

Über diese Regelung stolpern Hausärzte immer wieder. Nach Anhang 1 des EBM ist die Infusion in der Versichertenpauschale enthalten. Deshalb wird diese Gebührenordnungsposition (GOP) auch nicht in der Präambel des Hausarztkapitels genannt. Etwas anderes ist der organisierte ärztliche Bereitschaftsdienst. Da dürfen Sie alle medizinisch notwendigen Leistungen erbringen und abrechnen. Dementsprechend ist die GOP 02100 dann abrechenbar.



EBM

Spirografie

Darf ich die Durchführung einer Spirografie an nichtärztliche Praxismitarbeiter delegieren oder ist das ausgeschlossen?

Dr. med. Falk G., Hamburg

Der definitiv ärztliche Teil der Spirografie nach Gebührenordnungsposition (GOP) 03330 besteht in der Feststellung, dass diese Untersuchung notwendig ist und der Auswertung der Aufzeichnung. Alles andere kann durchaus delegiert werden. Erfahrungsgemäß ist es so, dass man in seltenen Fällen dazukommen muss, wenn Patientinnen oder Patienten nicht richtig schnaufen. Immer wieder für Irritation sorgt die Frage, wie eine zweite Spirografie zum Beispiel nach Medikamentenapplikation abgerechnet wird. Auch wenn aus Testgründen fünf Medikamente appliziert werden, so ist die Spirografie nur einmal abrechenbar. Auf der diesjährigen DGP-Tagung wurde kritisiert, dass viele Patienten mit Verdacht auf Atemwegsobstruktion nie spirometrisch untersucht wurden.

GOÄ/IGeL

Apparatgemeinschaft

Ihr Beitrag zur Abrechnung von Speziallaborleistungen in Apparatgemeinschaft führt Kollegen in die Irre. Kollegen werden kriminalisiert, wenn sie dies umsetzen.

Dr. med. Lothar W., NRW

Zur Umsetzung von Laboruntersuchungen vom Speziallabor in Apparatgemeinschaften gibt es sehr unterschiedliche Einschätzungen. Es gibt dazu Urteile, welche sowohl die eine wie auch die andere Einschätzung stützen, und das, obwohl die Ausgangssituation vergleichbar war. Im individuellen Einzelfall sollte man deshalb, wie der Autor des Beitrages und weitere externe Abrechnungsexperten nach der Kritik am Beitrag betonen, immer einen Fachanwalt für Medizinrecht zu Rate ziehen und sich auf dessen schriftlich geäußerte Aussage verlassen. Für die allgemeine Information in unserem Beitrag hatte der Autor ebenfalls einen Juristen kontaktiert.



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



Foto: Iryna - stock.adobe.com

Ambulante Versorgung

Große Engpässe befürchtet

Nach aktuellen Berechnungen könnten in den kommenden Jahren zehntausende Ärztinnen und Ärzte fehlen, was die in Teilen bereits angespannte Versorgungslage noch weiter verschärfen würde. Ob die geplante Reform des Medizinstudiums zu Verbesserungen führt, ist zweifelhaft.

Es fehlen 3.000 bis 6.000 Studienplätze im Fach Humanmedizin – vorausgesetzt, die Versorgungsleistung des Jahres 2018 soll bis 2035 aufrechterhalten werden. So hatte das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) 2019 erstmals den Bedarf an Studienplätzen analysiert. Schon damals war klar, dass der demografische Wandel und die Altersstruktur der Ärzteschaft große Herausforderungen im Hinblick auf die Versorgung mit sich bringen.

Laut der neuesten Zi-Analyse, die das Versorgungsniveau bis 2040 unter die Lupe nimmt, fehlen in Deutschland jährlich im Schnitt fast 2.500 ärztliche Nachbesetzungen. Insgesamt würden damit von 2022 bis 2040 rund 50.000 Ärztinnen und Ärzte fehlen. Dies hätte zur Folge, dass der vertragsärztliche Versorgungsgrad bis 2040 auf nur noch 75 Prozent des heutigen Niveaus sinken würde – sofern die Zuwanderung von ausländischen Ärzten nicht berücksichtigt wird.

Mehr Studienplätze lösen das Problem auch nicht von heute auf morgen, so das Zi. Denn selbst wenn mehr Kapazitäten geschaffen würden, kämen die Auswirkungen aufgrund der Ausbildungslänge erst nach etwa 15 Jahren in der ambulan-

ten haus- und fachärztlichen Versorgung an. Diese Einschätzung deckt sich auch mit dem Status quo vom „Masterplan Medizinstudium 2020“.

Reform des Medizinstudiums geht nur schleppend voran

Der 2017 noch von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe beschlossene Plan sollte das Studium der Humanmedizin modernisieren und die Gesundheitsversorgung durch gezielte Maßnahmen verbessern. Medizinstudierende sollten zum Beispiel während des Praktischen Jahrs ein Quartal in der ambulanten Versorgung verbringen. Außerdem sollte die Landarztquote für die einzelnen Bundesländer Anreize schaffen, um mehr Nachwuchs in den ländlichen Bereich zu bringen.

Passiert ist seitdem wenig, der Masterplan hängt in der Luft, ebenso wie die Reform der Approbationsordnung. Beide Vorhaben entwickelten sich zu einem zähen Ringen zwischen Bund und Ländern sowie Ärzteverbänden. Dabei drängt die Zeit, um Lösungen für eine bessere ärztliche Versorgung zu finden. Ansätze, um Engpässe teilweise zu kompensieren, nennt das Zi auch gleich beim Namen: Es müssten einerseits finanzielle Anreize für

berufstätige Ärztinnen und Ärzte geschaffen werden, damit sie sich möglichst lange und mit voller Arbeitskraft in der medizinischen Versorgung engagieren. Vor allem die Budgetierung ist den Verantwortlichen ein Dorn im Auge.

Ärztevertreter fordern wirksame Entlastungen

„Diese Leistungsbegrenzungen stammen aus einer Zeit, als man meinte, zu viele niedergelassene Ärztinnen und Ärzte zu haben. Heute sind diese Vorgaben einfach aus der Zeit gefallen. Wir müssen es unterstützen, wenn junge Ärztinnen und Ärzte sich niederlassen und ältere ihre Praxen länger betreiben wollen“, kommentiert der Zi-Vorsitzende Dr. Dominik von Stillfried.

Zum anderen spricht sich das Zentralinstitut dafür aus, die ärztliche Delegation zu fördern und Niedergelassene von arztfremden Verwaltungsarbeiten zu entlasten. Es müsse auch darum gehen, das medizinische Leistungsangebot in Zeiten eines europaweiten Fachkräftemangels im Gesundheitswesen nachhaltig zu stabilisieren und Risiken für Patienten zu minimieren, resümiert von Stillfried.

Heiko Fekete

Arztstatistik

Klare Trends erkennbar

Auf dem Papier sehen die Zahlen zwar gut aus: Vergangenes Jahr ist die Zahl der Niedergelassenen in Deutschland weiter gestiegen. Doch immer mehr von ihnen arbeiten in Anstellung oder Teilzeit. Was bedeutet das für die Versorgungssituation?

Seit 2014 geht die Kurve stetig nach oben: Waren damals noch 164.947 niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeuten im Bundesärzteregeister eingetragen, sind es im vergangenen Jahr 187.441. Die Zahl der Ärzte ist somit auch im Vergleich zu 2022 um 1,2 Prozent gestiegen. Selbstständige in eigener Praxis sind noch in der Mehrheit, allerdings waren im Jahr 2023 erstmals mehr als 50.000 Ärzte in einer Anstellung und viele darunter auch in Teilzeit beschäftigt. Die Zahl der Anstellungen hat sich inner-

halb der letzten zehn Jahre verdoppelt. Ähnlich groß ist der Zuwachs bei Ärztinnen und Ärzten, die in Teilzeit arbeiten (s. Infografik auf der nächsten Seite). Das geht aus der aktuellen Arztzahlstatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) hervor.

Mehrere Probleme erkennbar

Flexiblere Arbeitsformen gewinnen bei Vertragsärzten damit immer mehr an Bedeutung. Durch diesen Trend ist der Zuwachs der vertragsärztlichen Kapazitäten



sehr gering und beträgt nur 0,2 Prozent. Als Folge dessen konstatiert die KBV, dass die Arztzeit als Ressource weiterhin knapp bleibt, insbesondere da auch die Zahl der Behandlungsfälle nach der Corona-Pandemie nach oben gegangen ist. Erschwerende Rahmenbedingungen schreckten zusätzlich vor einer selbstständigen Tätigkeit in eigener Praxis ab. Das

Bis zu 4 von 10 COPD-Patient:innen versterben an kardiovaskulären Ereignissen.¹

* TRIXEO AEROSPHERE® ist angezeigt zur Erhaltungstherapie bei erwachsenen Patient:innen mit moderater bis schwerer COPD, die mit einer dualen Inhalationstherapie (LAMA/LABA oder ICS/LABA) nicht ausreichend eingestellt sind.⁴

** Das Gesamtmortalitätsrisiko im TRIXEO AEROSPHERE® (5/7,2/160 µg, 2 x 2) Arm war niedriger vs. LAMA/LABA (GLY/FORM) (absolute Todesrate 1,4 % vs. 2,6 %; HR = 0,51; (95 %-KI: 0,33–0,80); **nicht adjustierter p-Wert = 0,0035**)³; finaler Datensatz inklusive weiterer Daten zum Vitalstatus. p-Werte gelten als nicht adjustiert, wenn ein Endpunkt der Typ-I-Fehlerkontrollprüfung keine Signifikanz erreicht.³

ETHOS-Studie: 52-wöch., random., multizentrische Phase-III-Studie, > 8.500 Patient:innen mit moderater bis sehr schwerer COPD: CAT ≥ 10 ; FEV₁ 25 % bis 65 % des voraussichtlichen Normalwertes; ≥ 2 inhalative Erhaltungstherapien, Exazerbationen in den letzten 12 Monaten: FEV₁ < 50 %: ≥ 1 mittelschwere/schwere Exazerbation; FEV₁ ≥ 50 %: ≥ 2 moderate oder ≥ 1 schwere Exazerbation. Primärer Endpunkt: Rate mittelschwerer/schwerer Exazerbationen. Sekundärer Endpunkt: u. a. Gesamtmortalitätsrate.⁵

1. Berry CE, Wise RA. COPD. 2010;7:375–382. **2.** GOLD Report 2024. https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2023/11/GOLD-2024_v1.0-30Oct23_WMV.pdf (letzter Zugriff am 27.02.2024). **3.** Martinez FJ et al. Am J Respir Crit Care Med. 2021; 203(5): 553–564. **4.** TRIXEO AEROSPHERE® Fachinformation, AstraZeneca GmbH, August 2023. **5.** Rabe KF et al. N Engl J Med. 2020; 383: 35–48.

Trixeo Aerosphere® 5 Mikrogramm/7,2 Mikrogramm/160 Mikrogramm Druckgasinhalation, Suspension

Wirkstoffe: Formoterolfumarat-Dihydrat (Ph.Eur.), Glycopyrroniumbromid (Ph.Eur.), Budesonid. Verschreibungspflichtig. **Zusammensetzung:** Jeder Sprühstoß (über das Mundstück abgegebene Menge) enthält 5 Mikrogramm Formoterolfumarat-Dihydrat (Ph.Eur.), 9 Mikrogramm Glycopyrroniumbromid (Ph.Eur.), entsprechend 7,2 Mikrogramm Glycopyrronium, und 160 Mikrogramm Budesonid. Dies entspricht einer abgemessenen Menge von 5,3 Mikrogramm Formoterolfumarat-Dihydrat (Ph.Eur.), 9,6 Mikrogramm Glycopyrroniumbromid (Ph.Eur.), entsprechend 7,7 Mikrogramm Glycopyrronium, und 170 Mikrogramm Budesonid. **Sonstige Bestandteile:** Norfuran, Colfoscerilstearat, Calciumchlorid. **Anwendungsgebiet:** Zur Erhaltungstherapie bei erwachsenen Patienten mit moderater bis schwerer chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD), die mit einer Kombination aus einem inhalativen Kortikosteroid und einem langwirksamen Beta2-Agonisten oder einer Kombination aus einem langwirksamen Beta2-Agonisten und einem langwirksamen Muskarinrezeptor-Antagonisten nicht ausreichend eingestellt sind. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** *Häufig:* Oropharyngeale Candida-Infektionen, Pneumonie, Hyperglykämie, Angstzustände, Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Palpitationen, Dysphonie, Husten, Übelkeit, Muskelkrämpfe, Harnwegsinfektionen. *Gelegentlich:* Überempfindlichkeitsreaktionen, Depression, Agitiertheit, Unruhe, Nervosität, Schwindelgefühl, Tremor, Angina pectoris, Tachykardie, Herzrhythmusstörungen (Vorhofflimmern, supraventrikuläre Tachykardie, Extrasystolen), Reizungen im Rachenraum, Bronchospasmus, Mundtrockenheit, Bluterüßse, Harnverhalt, Brustschmerz. *Sehr selten:* Anzeichen und Symptome glukokortikoidbühler Wirkungen (z. B. Unterfunktion der Nebennierenrinde), Verhaltensstörungen. *Nicht bekannt:* Angioödem, verschwommenes Sehen, Katarakt, Glaukom. **Weitere Hinweise:** siehe Fachinformation. **Pharmazeutischer Unternehmer:** AstraZeneca GmbH, Friesenweg 26, 22763 Hamburg, E-Mail: azinfo@astrazeneca.com, www.astrazeneca.de, Servicehotline für Produktanfragen: 0800 2288660. **Stand:** August 2023, DE-62059/2023

oberste Organ der ärztlichen Selbstverwaltung sieht dadurch die ambulante Versorgung in den Praxen in Gefahr.

„Ohne politische Verlässlichkeit lässt sich deren Betrieb nur noch unter höchsten persönlichen Anstrengungen aufrechterhalten“, so die Einschätzung von KBV-Vorstandsmitglied Dr. Sibylle Steiner. Darum seien verlässliche Strukturen für Haus- und Facharztpraxen anstelle von Zusatzangeboten wie Gesundheitskiosken entscheidend, resümiert die KBV.

Ärzterschaft wird weiblicher

Der Anstieg bei den Arztzahlen macht sich auch innerhalb der einzelnen Arztgruppen bemerkbar: 55.327 Hausärzte verzeichnet das Bundesärzteregister für das Jahr 2023, und damit 215 mehr als im Vorjahr. Der Frauenanteil bei Ärzten und Psychotherapeuten steigt unterdessen kontinuierlich, erstmals stellen Frauen zum Beispiel in Hausarztpraxen die Mehrheit (s. Infografik rechts). Die Zahlen der KBV decken

sich hierbei mit Analysen der Deutschen Apotheker- und Ärztebank (apoBank), wonach der Frauenanteil bei Praxisgründungen im Jahr 2022 61 Prozent betrug. Die Niederlassung in eigener Praxis bleibt trotz der oft als überbordend empfundenen Bürokratie ein attraktives Versorgungsmodell.

Um gleichzeitig auch die Versorgung durch angestellte oder in Teilzeit arbeitende Ärzte sicherzustellen, sind neue Wege gefragt. Eine Chance könnte sich hier durch genossenschaftlich organisierte Arztpraxen ergeben (wir berichteten in A&W 01/2024, S. 32-34), da hier der Kerngedanke die Stärkung der hausärztlichen Versorgung durch weniger Verwaltungsaufwand ist. Auch ähnliche Modelle, die auf Synergien bei knappen Personalressourcen setzen, sollten besser gefördert werden. Hier wäre zusätzliche Unterstützung durch die KBV und die Länder-KVen wünschenswert.

Heiko Fekete

DEUTSCHLANDS ÄRZTE IN ZAHLEN



50,5 %

der Hausarztpraxen werden mittlerweile von Ärztinnen geführt

54,1 Jahre

ist zurzeit das Durchschnittsalter bei niedergelassenen Ärzten

um 175,3 %

stieg seit 2014 die Zahl der angestellten Teilzeitärzte (20 - 30 Std./Woche) in Praxen

Quelle: KBV

Fotos: FlorianTM - stock.adobe.com, 13ree_design/gettyimages

Als einziges Triple-Dosieraerosol im GOLD REPORT gewürdigt²

DIE DREIFACH-KRAFT
AB MODERATER COPD*



TRIXEO
AEROSPHERE®
(Formoterol/Glycopyrronium/
Budesonid) Druckgasinhalation

TRIXEO AEROSPHERE® reduziert die Gesamtmortalität um 49%, maßgeblich über die Senkung der kardiovaskulären Mortalität.

VS. LAMA/LABA (GLY/FORM)**-3

2x2 Gabe

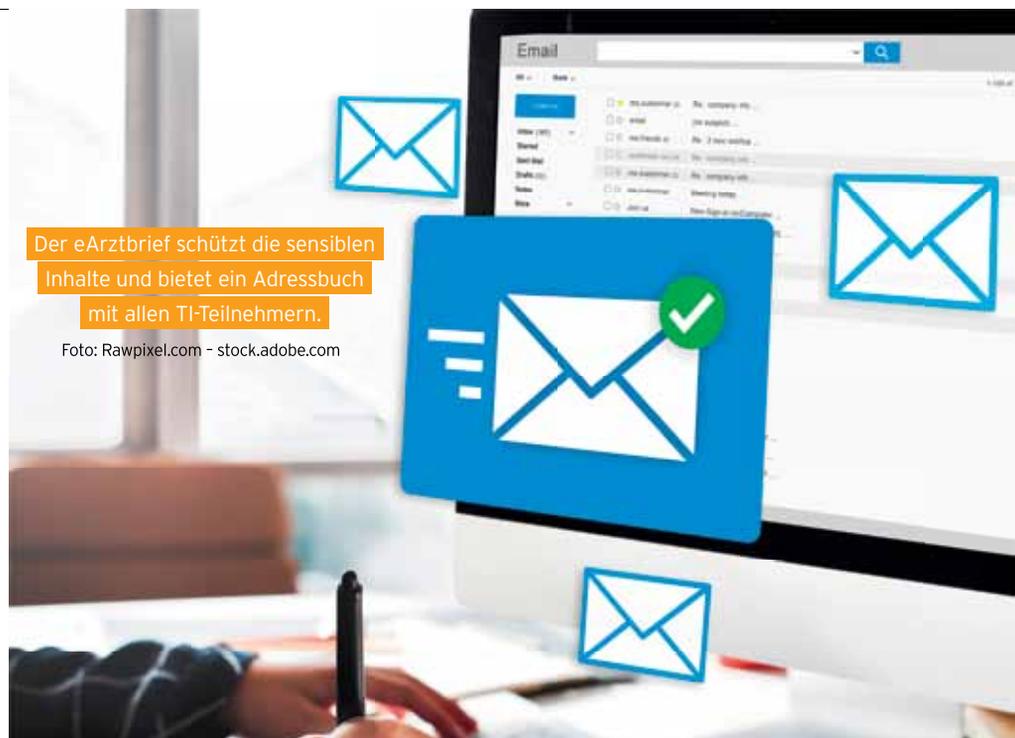


EFFIZIENTER AUSTAUSCH

Direkt aus dem eigenen Praxisverwaltungssystem in ein anderes

Der eArztbrief wird direkt aus dem Praxisverwaltungssystem (PVS) erstellt und versendet, Ausdrucken und Einscannen entfallen. Auch den Empfänger oder die Empfängerin erreicht der eArztbrief direkt im PVS, unabhängig vom verwendeten System. Die Informationen können dann sofort der Patientenakte zugeordnet und gespeichert werden.

- Jeder eArztbrief ist mit dem elektronischen Heilberufsausweis des Arztes rechtssicher qualifiziert elektronisch signiert. Der Versand erfolgt sicher verschlüsselt über den Kommunikationsdienst KIM.



Der eArztbrief schützt die sensiblen Inhalte und bietet ein Adressbuch mit allen TI-Teilnehmern.

Foto: Rawpixel.com - stock.adobe.com

eArztbrief

Empfangsbereitschaft wird verpflichtend

Das neue Digital-Gesetz will den eArztbrief als Standard bei der Kommunikation zwischen Praxen etablieren. Bis es eine neue Regelung für die Vergütung des Versands gibt, gilt die gleiche Pauschale wie bisher.

Mit dem eArztbrief können Ärztinnen und Ärzte wichtige Behandlungsinformationen für ihre Patienten einfach und schnell austauschen. Durch die Nutzung des Kommunikationsdienstes KIM (Kommunikation im Medizinwesen) ist das Übertragungsverfahren sicher, da es eine verschlüsselte Datenübertragung ermöglicht. Gleichzeitig soll der Versand eines eArztbriefs so einfach sein wie der einer normalen E-Mail. Die beschleunigte Kommunikation kommt am Ende auch den Patientinnen und Patienten zugute.

Neue Verpflichtung für Ärzte

Bislang war die Nutzung des eArztbriefs in der Telematikinfrastruktur (TI) freiwillig. Doch mit dem Inkrafttreten des Digital-Gesetzes (DigiG) zur Beschleunigung der Digitalisierung im Gesundheitswesen ändert sich das ab Juni 2024. Praxen sind dann verpflichtet, zumindest eArztbriefe empfangen zu können. Die allgemeine Empfangsbereitschaft soll gleichzeitig die Motivation stärken, eArztbriefe überhaupt zu versenden. Bereits seit dem 1. März 2024 müssen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -the-

rapeuten über ein aktuelles eArztbrief-Softwaremodul verfügen, um die volle monatliche Pauschale für die Telematikinfrastruktur gemäß den Bestimmungen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zu erhalten. Fehlt einer Praxis dieses Modul, wird die Pauschale um 50 Prozent gekürzt – es sei denn, der Software-Anbieter kann es noch nicht bereitstellen.

Vergütung läuft erstmal wie bisher

Die Kosten für die TI-Ausstattung werden über eine monatliche Pauschale finanziert, die auch die Nutzung des eArztbriefes beinhaltet. Die zusätzliche Vergütung für den Versand und Empfang von eArztbriefen über KIM hatte zu Irritationen geführt. Aufgrund einer missverständlichen Formulierung des BMG war der GKV-Spitzenverband zunächst nicht bereit, die eArztbrief-Übermittlungspauschale zusammen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) neu festzulegen.

Die KBV leitete ein einstweiliges Verfahren ein, um die alten Pauschalen wieder inkraft zu setzen. Mit Erfolg: Die Übermittlungspauschale für eArztbriefe bleibt bis zu einer Neuregelung unverän-

dert, wie das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg feststellte. Das Gericht betonte, dass die TI-Pauschale gesondert zu betrachten sei. Die KBV hatte Praxen empfohlen, die entsprechenden Gebührenordnungspositionen bis zur Entscheidung weiter zu erfassen, um Ansprüche zu sichern.

Diese Ausstattung ist notwendig

Um mit dem eArztbrief zu starten, sind mehrere Komponenten erforderlich: ein TI-Anschluss, ein zertifiziertes eArztbrief-Modul für das Praxisverwaltungssystem (PVS), ein Zugang zu KIM, ein für die Signatur freigeschalteter elektronischer Heilberufsausweis (eHBA) und ein eHealth-Kartenterminal.

Die technische Einrichtung des Moduls erfolgt in der Regel durch den Hersteller des PVS. Empfehlenswert ist es, die Komfortsignatur zum Unterzeichnen zu nutzen. Bei eingestecktem eHBA können damit innerhalb von 24 Stunden bis zu 250 Dokumente per Mausklick signiert werden, ohne immer wieder die PIN neu eingeben zu müssen.

Deborah Weinbuch

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, Palpitationen, 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



Qualitätsmanagement

Aus Fehlern in der Arztpraxis lernen

Im stressigen Praxisalltag können Fehler passieren – sowohl bei Ärztinnen und Ärzten als auch ihren MFA. Sie nicht einzugestehen oder gar zu vertuschen, macht die Sache aber oft noch schlimmer. Eine offene Fehlerkultur hilft dabei, mit Missgeschicken besser umzugehen.

Zwei Rezepte liegen auf dem Empfangstresen bereit, um sie in der Apotheke einlösen zu lassen. Die MFA händigt allerdings versehentlich die falschen Rezepte an die jeweiligen Patienten aus. Die Betroffenen merken den Irrtum erst in der Apotheke, als sie nicht ihre verschriebenen Medikamente in den Händen halten. Beide suchen anschließend die Praxis wieder auf und beschweren sich. Das Praxisteam fällt aus allen Wolken, da die zuständige MFA den Vorfall verheimlicht hat.

Vertuschen kann Konsequenzen nach sich ziehen

Solche Situationen können im Praxisalltag vorkommen – gerade, wenn es besonders stressig zugeht.

Etwa weil große Patientenströme zu bewältigen sind, während das Telefon weiter unaufhaltsam klingelt oder das Praxisverwaltungssystem nicht reibungslos funktioniert. Im vorhin genannten Beispiel hat die MFA durch ihr Vertuschen der Praxis zusätzli-

chen Schaden zugefügt: Den Patienten bleibt der Fehler negativ im Gedächtnis haften, während es wahrscheinlich anders verlaufen wäre, wenn sie für ihr Versehen sofort eingestanden wäre.

Mit Fehlern arbeiten ist Teil des Fehlermanagements

Hier gilt es auch zu reflektieren, was dazu geführt hat, dass die MFA den Fehler verheimlicht hat. Hatte sie Angst vor den Konsequenzen? War der Arzt vielleicht selbst nachlässig und hat nicht genau erläutert, für wen welches Rezept bestimmt war? Oder sind die Praxisabläufe insgesamt verbesserungsfähig? Die Gründe dafür, wie Fehler entstehen, sind vielfältig. Oft ist es auch eine Kette von Ereignissen, die am Ende dazu führt, dass eine Handlung nicht richtig ausgeführt wird. Fehler offen und vertraulich kommunizieren zu können, ist daher der erste Schritt, um eine offeneren Fehlerkultur auch in Arztpraxen zu etablieren.

Wie das gelingen kann, beschreibt Dr. Nils Löber, der unter anderem jahrelang im klinischen Qualitäts- und Risikomanagement der Charité in Berlin tätig war, in seiner Publikation „Konstruktive Fehlerkultur in Krankenhaus

FEHLERMANAGEMENT IM NETZ

Links zu den genannten Online-Plattformen

- www.cirsmedical.de
- www.jeder-fehler-zaehlt.de
- www.cirsforte.de





und Praxis“. Bezogen auf Praxisstrukturen sollte die Praxisführung ein Augenmerk darauf richten, der Handlungskompetenz ihrer Mitarbeiter zu vertrauen, und so die Möglichkeit eröffnen, kreativ und flexibel mit Fehlern umzugehen und aus ihnen zu lernen.

Dazu nennt Löber drei Stufen des Fehlermanagements:

➡ Wissen

Erfolgreiche Anwendung von Maßnahmen des Qualitäts-, Risiko- und Fehlermanagements

➡ Können

Bereitstellung der notwendigen Ressourcen für ein professionelles Fehlermanagement und Sicherstellung der entsprechenden Handlungskompetenzen aller Mitarbeiter

➡ Wollen

Einstellungsorientierte Ausrichtung der Mitarbeiter auf Patientensicherheit

Eine vertrauenswürdige Fehlerkultur beruht hierbei auf Gegenseitigkeit: Auch Praxisinhaber sollten lernen, sich Fehler einzugestehen und an ihnen zu arbeiten. Das ist nicht immer einfach – denn zum ärztlichen Selbstverständnis zählt auch, der Qualität und Sicherheit der Patientenbehandlung höchste Priorität einzuräumen und Patienten so vor vermeidbarem Leid zu schützen. Fehler können deshalb an

eben diesem Selbstverständnis nagen. Inzwischen kommt die gewünschte offenere Fehlerkultur mehr und mehr bei der Ärzteschaft an. Das wird auch an Meldeplattformen für das Gesundheitswesen deutlich, die sich dieser Thematik annehmen.

CIRS bündelt Akteure im Gesundheitswesen

Um Fehler systematisch aufzuarbeiten, empfiehlt sich zum einen die Nutzung von CIRS. Die Abkürzung steht für „Critical Incident Reporting System“ und beschreibt ein Meldesystem, um Fehler, Beinahe-Fehler oder weitere Schadensfälle anonymisiert zu dokumentieren. Das Sicherheitskonzept kommt in Hochsicherheitsbranchen wie zum Beispiel der Luftfahrt zum Einsatz und seit geraumer Zeit unter dem Titel „CIRSmedical“ auch im Gesundheitswesen – betrieben von der Bundesärztekammer (Link siehe Infokasten auf vorheriger Seite).

So helfen Meldeplattformen bei der Fehlerbearbeitung

Während CIRSmedical den ambulanten und stationären Sektor gleichermaßen abdeckt, gibt es weitere Internetangebote zum strukturierten Fehlermanagement, die ihren Schwerpunkt auf Arztpraxen legen. Die Plattform „Jeder Fehler zählt“ ist als offenes Fehlerberichts- und Lernsystem für Hausarztpraxen konzipiert. Praxis-

inhaberinnen und -inhaber können Fehler anonym melden und auch andere gemeldete Fehlerberichte lesen. Das Konzept will so eine offenere Fehlerkultur im Praxisbetrieb fördern, da es auch Patientinnen und Patienten transparent zeigt, wie Praxen mit Fehlern umgehen und diese bewältigt haben. Erfahrungsberichte der Kollegen helfen somit bei Bedarf auch, die eigenen praxisinternen Abläufe anzupassen, um Fehler zu minimieren.

Hier befindet sich ein zusätzliches Ziel von „Jeder Fehler zählt“: Das Tool gibt Hausarztpraxen Strategien zur Fehlervermeidung an die Hand. Konkret beinhalten sie Tipps für reibungslosere Impfungen und Medikationen sowie Hinweise für telefonische Anfragen und zur Patientenidentifikation. Außerdem werden mögliche Fehlerquellen bei Rezepten genannt. Ähnlich wie „Jeder Fehler zählt“ ist auch die Plattform „CIRSforte“ aufgebaut. E-Learning-Angebote, unterteilt in drei Online-Module, unterstützen die Praxen bei der Einrichtung eines Fehlermanagements. Außerdem finden Praxischefs Handlungsempfehlungen sowie Vorlagen und Formulare zum Download. Die zwei genannten Systeme werden jeweils von einem breiten Netzwerk aus dem Gesundheitswesen unterstützt, sowohl vonseiten der Ärzteschaft als auch der Patientenvertretungen.

Heiko Fekete

Notfälle im ärztlichen Alltag

„Regelmäßiges Üben hilft sehr viel“

Mitten im Praxisgeschehen wird ein Patient plötzlich ohnmächtig. Wie handeln Ärztinnen und Ärzte sowie ihre MFA in diesem Notfall? Notfallsanitäter und Ausbilder Tobias Hock erklärt im Interview mit ARZT & WIRTSCHAFT, wie Praxisteams sich vorbereiten können.



? Herr Hock, was ist das Ziel Ihrer Fortbildungen? Welche Inhalte vermitteln Sie?

Die Fortbildungen zielen darauf ab zu vermitteln, dass gerade auch in einer Arztpraxis ein Notfall passieren kann. Arztpraxen sind in diesem Sinne kein ge-

„Ich möchte auch vermitteln, wie sich eine Praxis sinnvoll strukturiert.“

schützter Bereich, das Praxisteam muss sich auch für medizinische Notfälle wappnen. Die Schulungen sollen dem Team einen Leitfaden an die Hand geben, damit sie im Alltag darauf vorbereitet sind.

? Sind auch innerhalb einer Praxis Auffrischungen bei Erste-Hilfe-Schulungen nötig?

Ja, denn es ist wie im normalen Leben: Die Aufgaben, die man täglich macht, die gehen ganz locker und einfach von der Hand. Bei Dingen, die man seltener macht, muss man mehr überlegen und nachdenken. Ein Patient mit Herzinfarkt gehört beim Rettungsdienst zum Beispiel zum Alltag, anders als in Hausarztpraxen. Trotzdem, oder gerade deswegen müssen Ärzte und ihre Mitarbeiter auch dafür gerüstet sein.

? Wie gelingt es dem Praxisteam, sich dafür zu rüsten?

Zuallererst ist es entscheidend, Ruhe zu bewahren. Das mag banal klingen, aber wenn wir in so einem Stressmoment in Angst und Panik verfallen, funktionieren wir nicht so, wie wir sollten. Dann braucht es einen gut ausgestatteten Notfallkoffer, den müssen alle Mitarbeiter aus dem Effeff kennen. Jeder muss wissen: Welches Material habe ich wo und wie benutze ich es, wenn ich es brauche? Wenn ein Team das weiß, dann gibt es Sicherheit, und je sicherer die Abläufe sind, desto besser können Patienten im Notfall versorgt werden.

? Haben Medizinische Fachangestellte dabei eine besondere Verantwortung, da sie näher am Patientengeschehen sind?

Ja, auf jeden Fall. Sie entscheiden häufig schon bei der Ankunft des Patienten, ob es sich um einen Notfall handeln könnte oder nicht. Und sie treffen je nachdem dann auch die Ersteinschätzung, ob der



Tobias Hock

- Notfallsanitäter in Augsburg
- Dozent für das Institut für Hausärztliche Fortbildung e. V., hält dort Notfallseminare für VERAH
- bietet über den Hausärzterverband Bayern auch Fortbildungen zum Thema „Notfall in der Hausarztpraxis“ an

Foto: Bäuerle Ambulanz

Arzt schnell dazu gezogen werden muss. Aber eine Kette ist immer nur so stark wie das schwächste Glied. Das heißt: Wenn jeder im Team in die Abläufe involviert ist, wird der Patient im Notfall besser versorgt. Funktionierende Teamarbeit ist deswegen das A und O.

? Was sollten Praxisinhaberinnen und -inhaber aus Ihren Fortbildungen mitnehmen?

Mir geht es bei den Seminaren in erster Linie nicht um reine Wissensvermittlung. Die Theorie muss ich einem Arzt in aller Regel nicht neu erklären. Wichtiger ist aus meiner Sicht zu vermitteln: Wie kann ich meine Praxis sinnvoll strukturieren? Wie gehe ich dieses ganze Thema an? Ich bin zum Beispiel auch ein Freund davon, wenn Praxisteams sich selbst in kleinerem Rahmen fortbilden. Nehmen wir an, ein Arzt hat zum Beispiel eine ärztliche Fortbildung zu Reanimationen besucht, dann kann er seinen Mitarbeitern das Wissen weitergeben. Oder man nimmt eine Reanimationspuppe und übt damit regelmäßig. Dazu braucht es theoretisch keinen Seminarleiter, der einen anleitet – das könnte auch der Arzt oder die gut ausgebildete MFA übernehmen. Ich will die Praxen auch ein Stück weit dahin steuern und die Eigeninitiative fördern.

Das Interview führte Heiko Fekete

Foto: Talaj - stock.adobe.com

IT-Sicherheit in Arztpraxen

Studien decken großen Handlungsbedarf auf

Cyberangriffe werden zur wachsenden Bedrohung im Gesundheitswesen. Auch für Praxisinhaberinnen und -inhaber ist es wichtig, ihre digitale Infrastruktur zu schützen. Doch genau hier gibt es laut zwei aktuellen Erhebungen noch Defizite.

Die Telematikinfrastruktur (TI) als Kommunikationsnetzwerk wird regelmäßig kontrolliert und orientiert sich an strengen Spezifikationen. Das ist auch für die IT in Praxen entscheidend, da sie an die TI angeschlossen ist. Ob die besagte IT-Infrastruktur die hohen Sicherheitsanforderungen erfüllt, dieser Frage ist das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) mit zwei Studien nachgegangen.

Die Studie SiRiPrax befragte rund 1.600 Arztpraxen deutschlandweit zur Umsetzung der IT-Sicherheitsrichtlinie nach § 75b Fünftes Sozialgesetzbuch (s. Infokasten). Dagegen stellt CyberPraxMed eine qualitative Stichprobe dar: Das Projekt untersuchte 16 Arztpraxen aus unterschiedlichen Fachbereichen mit durchschnittlich 21,8 Mitarbeitern und 4,4 Ärztinnen und Ärzten – und hat dazu die Netzwerkstruktur, bereits getätigte Sicherheitsvorkehrungen sowie den „Faktor Mensch“ unter die Lupe genommen.

Studie entdeckt verschiedene Sicherheitsrisiken

Der Faktor Mensch führt dabei zu vermeidbaren Fehlern. So waren laut CyberPraxMed PC oft eingeschaltet und noch mit aktivem Benutzerkonto angemeldet, selbst wenn sie nicht in Gebrauch waren. Dadurch könnten Unbefugte mit physischem Zugang auf sensible Praxisdaten zugreifen. Weitere festgestellte Sicherheitsmängel waren nicht richtig durchgeführte Backups oder ein unzureichender Virenschutz. Auffällig war auch, dass alle untersuchten Praxen den TI-Konnektor parallel zu einem gewöhnlichen Router betrieben haben, was die Schutzwirkung minimiert.

13 der 16 Praxen arbeiten mit externen Dienstleistern, während bei den anderen Teilnehmern entweder Mitarbeiter oder Bekannte die IT eingerichtet haben. Insgesamt spricht das BSI von teils gravie-

ERGEBNISSE DER SIRIPRAX-STUDIE

Ein Drittel der Befragten gab an, die mit der Richtlinie vorgegebenen Schutzmaßnahmen vollständig umgesetzt zu haben. Zugleich haben knapp die Hälfte Schwierigkeiten, die IT-Sicherheitsrichtlinie in ihrer aktuellen Fassung vollumfassend zu verstehen und anzuwenden. Hier sieht das BSI noch Optimierungsbedarf, zumal zehn Prozent der befragten Arztpraxen mindestens einmal von einem IT-Sicherheitsvorfall betroffen waren. Von den rund 1.600 Teilnehmern hatte fast jede Praxis einen IT-Sicherheitsbeauftragten. Dessen Einsatz wirkt sich positiv auf die Gesamtsicherheit der Infrastruktur aus, so eine weitere Zusammenfassung der Studie.

renden Schwachstellen in Bezug auf die Cybersicherheit. Zwar sind die Ergebnisse von CyberPraxMed aufgrund der niedrigen Teilnehmerzahl nicht repräsentativ. Dennoch zeigten die Resultate, dass Arztpraxen ihre digitale Infrastruktur besser schützen müssen, so das BSI.

Aus diesem Grund gibt die Sicherheitsbehörde Praxisinhabern auch Empfehlungen an die Hand, um die eigene IT-Sicherheit nachhaltig zu verbessern. So kann eine gemeinsame Checkliste von Praxen und Dienstleistern dabei helfen, mögliche Schwachstellen zu adressieren. Die Liste sollte vor allem Benutzerkonten

und Zugriffe sowie Netzwerksicherheit und Datenschutz berücksichtigen. Auch Schulungen, um sich IT-Grundwissen anzueignen, empfehlen die Studienautoren. Darüber hinaus können auch schon kleinere Maßnahmen die Sicherheit digitaler Anwendungen erhöhen. Kennwörter mit Sonderzeichen, die um die zwölf Zeichen lang sind und mindestens jährlich geändert werden, senken bereits das Risiko für Cyberangriffe. Das Gleiche gilt für die Nutzung einer Zwei-Faktor-Authentifizierung bei Accounts oder für Bildschirmsperren bei unbeaufsichtigten Rechnern.

Heiko Fekete



Da sie mit sensiblen Daten arbeiten, müssen Praxen ihre IT-Sicherheit stets im Blick haben.

Bilanz

Gesundheitsapps bleiben hinter der Erwartung zurück

Seit dreieinhalb Jahren erstatten die gesetzlichen Kassen die Kosten für Digitale Gesundheitsanwendungen. Von einem Durchbruch in der medizinischen Versorgung kann bislang aber keine Rede sein.

Seit Oktober 2020 gibt es die ersten Zulassungen – die Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) sind also noch relativ neu im Gesundheitswesen. Bisher kam es zu 600.000 Beantragungen von DiGA in Deutschland, mit steigender Tendenz. Der bisherige Spitzenwert mit 37.800 DiGA-Anwendungen pro Monat wurde im November 2023 erreicht, wie aus dem aktuellen Arztreport der BARMER hervorgeht. Eine in diesem Rahmen durchgeführte Befragung von rund 1.000 Ärztinnen und Ärzten zeigt jedoch, dass rund die Hälfte noch nie eine solche Gesundheitsapp verordnet hat. 44 Prozent hatten im Jahr vor der Befragung keine DiGA verordnet.

Mehr Studien gewünscht

Die zurückhaltende Verschreibungspraxis deutet auf eine gewisse Skepsis der Behandelnden hin. Ein Drittel der Ärztinnen und Ärzte gab an, sich nicht ausreichend informiert zu fühlen. „Es braucht mehr Transparenz und eine bessere Studien-

lage zu den Potenzialen dieser Gesundheitsapps“, resümiert der Autor des Arztreports, Prof. Joachim Szecsenyi. Aber auch die digitale Affinität der Ärztinnen und Ärzte spielt laut Report eine entscheidende Rolle. So neigen insbesondere Jüngere, die privat häufiger Apps nutzen, dazu, DiGA auch im beruflichen Kontext öfter zu verordnen. Grundsätzlich besteht eine recht große Offenheit: Rund 47 Prozent der Ärztinnen und Ärzte sind der Meinung, dass DiGA eine Behandlung häufig sinnvoll unterstützen können.

Vorzeitige Abbrüche sind häufig

DiGA werden vor allem jüngeren Erwachsenen verschrieben, das Mindestalter liegt bei 18 Jahren. Bei Menschen über 70 Jahren finden die Apps eher weniger Anklang. Zudem werden Langzeitverordnungen, die in der Regel mindestens drei Monate dauern sollten, von einem Drittel der Patienten vorzeitig abgebrochen – oft schon nach zwei bis drei Wochen. Denn für viele seien DiGA eine Black Box,



erklärt der BARMER-Vorstandsvorsitzende Prof. Christoph Straub. Fehlendes Detailwissen und missverständliche Erwartungen führen zu diesen häufigen Abbrüchen der Anwendung. Am Ende steht dann oft eine teure Intervention ohne nennenswerten Nutzen.

Anwendungshürden senken

Verwerfen will Prof. Joachim Szecsenyi die DiGA aber nicht, im Gegenteil: „Wir stehen noch am Anfang, aber langfristig können digitale Anwendungen einen wertvollen Beitrag zur Patientenversorgung leisten“, so sein Fazit. Dazu sei es aber wichtig, die Rahmenbedingungen für eine breitere Nutzung zu schaffen. Konkret empfiehlt die Studie, den Testzeitraum für DiGA auf 14 Tage zu verkürzen. Zudem könnte eine klarere und einheitlichere Darstellung der DiGA-Inhalte im Bundesregister die Anwendungshürden für alle Beteiligten senken und die DiGA in der Versorgung wirklich ankommen lassen.

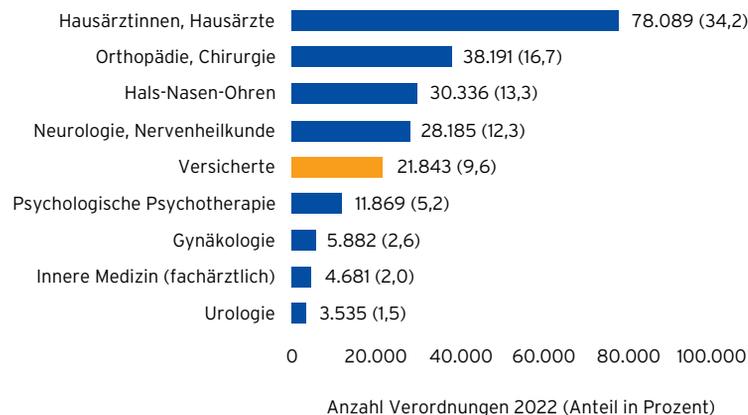
Deborah Weinbuch

LANGFRISTIG SINNVOLL

Eine steigende Nutzung ist zu erwarten

Junge Menschen finden tendenziell eher den Zugang zu Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA), weil Apps bereits von früh auf zu ihrem Alltag gehören und meist mehrere ganz selbstverständlich genutzt werden. Wenn nun eine neue Patientengeneration in den kommenden Jahren nachrückt, dürften sowohl die Nachfrage als auch die Akzeptanz nach DiGA spürbar zunehmen. Bisher stehen DiGA nur für wenige Erkrankungen zur Verfügung. Dazu gehören Depression, Adipositas, Tinnitus und Erkrankungen des Bewegungsapparates.

DIGA - HOCHRECHNUNG VERORDNUNGEN NACH FACHGRUPPEN 2022



Stand: BARMER Arztreport 2024

Die Star Clipper

Während Ihrer Segelkreuzfahrt sind Sie auf dem Großsegler Star Clipper untergebracht. Das Schiff bietet in 83 Kabinen Platz für maximal 166 Gäste. Der Viermaster verfügt über eine Segelfläche von 3365 m². Zwischen den Landausflügen und an Seetagen entspannen Sie sich auf dem einladenden Hauptdeck mit zwei Pools und bequemen Liegen. Für Ihr leibliches Wohl sorgt das Restaurant auf dem Clipperdeck. Die Atmosphäre an Bord ist entspannt, die Kleiderordnung leger.



13 Reisetage

ab € 5695,-

Termine von Dezember 2024 – März 2025

Garantierte Durchführung ab 2 Personen!



Unter weißen Segeln im Pazifik

Costa Rica

Das kleine Land zwischen Karibik und Pazifik erwartet Sie mit unvergleichlichen Naturschauspielen und einer Artenvielfalt, die ihresgleichen sucht. Mit dem Großsegler Star Clipper kreuzen Sie eine Woche vor der Pazifikküste Costas Ricas und entdecken einsame Inseln, lange Sandstrände, Kapuzineräffchen und Kolibris. Je nach Reisetminus führt die Fahrt in Richtung Norden nach Nicaragua oder nach Süden in Richtung Panama. Wer möchte, verlängert am Ende für ein paar Tage am Strand von Manuel Antonio.

Im Reisepreis enthalten

- Bahnreise zum/vom Abflugsort in der 2. Klasse von jedem Bahnhof in Deutschland und Österreich
- Linienflug mit Iberia (Economy, Tarifklasse Q) von Frankfurt nach San José und zurück, nach Verfügbarkeit
- Flug-/Sicherheitsgebühren (ca. 180 €)
- Transfers und Rundreise in guten, landesüblichen Bussen
- 4 Übernachtungen im Doppelzimmer
- 7 Übernachtungen in Doppelkabinen in der gewählten Kabinenkategorie an Bord des Großseglers Star Clipper
- Frühstück im Hotel
- Vollpension mit Nachmittags- und Mitternachtsnack sowie gantztägig Kaffee, Tee und Wasser an Bord der Star Clipper
- Imbiss auf der Kaffeeplantage am 3. Tag und Mittagessen am 12. Tag
- Deutsch sprechende Marco Polo Reiseleitung in Costa Rica (1.–5. Tag)
- Englisch sprechende Reiseleitung an Bord der Star Clipper (5.–12. Tag)
- Transfer zum Flughafen mit Englisch sprechendem Fahrer am 12. Tag
- Eintrittsgelder (ca. 260 €)
- Reiseliteratur (ca. 23 €)



Weitere Informationen, Beratung und Buchung

www.sgr-tours.de/mtg-reisen Hotline: 089 50060-471

E-Mail: mail@marco-polo-reisen.com. Reiseveranstalter: Marco Polo Reisen GmbH, Riesstraße 25, 80992 München. Es gelten die Reise- und Zahlungsbedingungen des Veranstalters, die Sie unter www.agb-mp.com einsehen können.



Unsere Entdeckung.



Ihre Fragen an unsere Praxisexpertin

Melanie Hurst, Ressortleiterin Wirtschaft



Bewerbung

Welche Fragen kann ich im Vorstellungsgespräch stellen?

Ich bin zurzeit dabei, eine MFA-Stelle neu zu besetzen. Welche Fragen kann ich im Vorstellungsgespräch stellen?

Dr. med. Carl Z. aus Thüringen

Um sich ein umfassendes Bild von der Bewerberin zu machen, helfen Fragen, die verschiedene Bereiche beleuchten. Sie können zum Beispiel mit Fragen zur Motivation und Persönlichkeit starten:

- Können Sie mir etwas über Ihren bisherigen beruflichen Werdegang erzählen?
- Was hat Sie dazu motiviert, sich auf diese Stelle zu bewerben?



- Welche Eigenschaften und Fähigkeiten sehen Sie als wichtig für diese Position an? Erhellend sind aber auch Fragen zur Teamarbeit und Problemlösungsfähigkeit:

- Wie würden Sie Ihre Fähigkeit zur Zusammenarbeit in einem Praxisteam beschreiben?
- Wie gehen Sie mit Meinungsverschiedenheiten oder Konflikten innerhalb eines Teams um? Können Sie mir ein Beispiel geben, wie Sie zur Lösung eines solchen Konflikts beigetragen haben?

Abrunden können Sie das Gespräch, indem Sie abklopfen, ob sich die Bewerberin im Vorfeld mit Ihrer Praxis und Ihren Leistungsschwerpunkten beschäftigt hat.

- Wie stellen Sie sich Ihren Beitrag in unserer Praxis vor?

Arbeitsschutz

Muss ich den privaten Wasserkocher einer MFA technisch prüfen lassen?

Eine meiner MFA verwendet seit Kurzem einen eigenen Wasserkocher in der Praxis, um sich Tee zu machen. Muss ich dabei etwas beachten?

Dr. med. Martha B. aus Bayern

Sie als Praxischefin sind dafür verantwortlich, dass alle elektrischen Betriebsmittel und Anlagen Ihrer Praxis ordnungsgemäß laufen. Das gilt auch für alle Privatgeräte wie Wasserkocher, Kaffeemaschinen

oder Radios, die Sie dulden. Vor der ersten Inbetriebnahme solcher Geräte muss allerdings eine Prüfung durchgeführt werden. Wie diese abläuft, können Sie selbst festlegen. Sie können zum Beispiel eine Elektrofachkraft beauftragen. Es genügt aber auch, wenn Sie prüfen, ob der Hersteller die Gerätesicherheit nachweist und Sie den Wasserkocher zumindest auch optisch auf offensichtliche Mängel wie Transportschäden oder ein kaputtes Kabel kontrollieren.

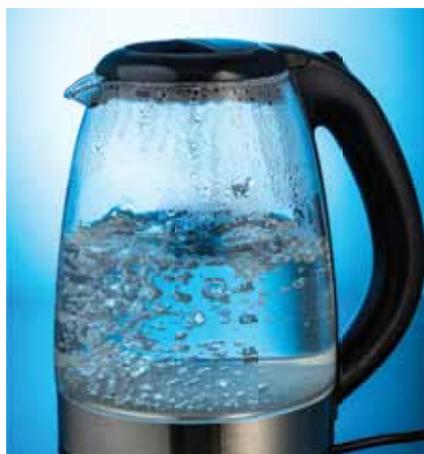
Grundsätzlich müssen alle elektrischen Betriebsmittel regelmäßig auf ihre sichere Funktionsfähigkeit geprüft werden. Dafür sollten Sie eine Gefährdungsbeurteilung erstellen, in der zum Beispiel auch die Prüffristen festgelegt sind. Die Gefährdungsbeurteilung ist ein wichtiges Instrument, um Ihren Aufgaben bei der Arbeitssicherheit nachzukommen.

Bestimmte Prüffristen der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) geben den zeitlichen Rahmen vor, in dem die sogenannte VDE-Prüfung durchgeführt werden sollte. Ortsveränderliche Betriebsmittel wie zum Beispiel Wasser-

kocher, Monitore oder Kaffeemaschinen sollten mindestens alle zwei Jahre geprüft werden. Elektrische Anlagen wie Steckdosen oder Leuchten sowie ortsfeste Betriebsmittel wie Klimaanlage sollten alle vier Jahre einer Prüfung unterzogen werden.

Auch bei der Wahl der Prüfperson gibt es einiges zu beachten: Sie muss eine abgeschlossene elektrotechnische Fachausbildung haben, mindestens eine einjährige Berufserfahrung vorweisen sowie die aktuellen Vorschriften von VDE-Prüfungen kennen.

Nach der Prüfung und gegebenenfalls einer Mängelbehebung sollten Sie daran denken, die Ergebnisse schriftlich in einem Prüfprotokoll zu dokumentieren.



Fotos: contrastwerkstatt - stock.adobe.com, Vasily Popov - stock.adobe.com



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

NEUE STANDARDS SETZEN. FORXIGA®.

Einfache Therapie. Dreifacher Nutzen.¹



Typ-2-Diabetes



Chronische
Herzinsuffizienz



Chronische
Nierenkrankheit

¹ Vgl. FORXIGA® Fachinformation, Stand Januar 2024.

Forxiga® 5 mg Filmtabletten, Forxiga® 10 mg Filmtabletten.

Wirkstoff: Dapagliflozin. Verschreibungspflichtig. **Zusammensetzung:** 1 Filmtablette Forxiga® 5 mg enthält Dapagliflozin-(2S)-Propan-1,2-diol (1:1) (1 H₂O), entsprechend 5 mg Dapagliflozin. 1 Filmtablette Forxiga® 10 mg enthält Dapagliflozin-(2S)-Propan-1,2-diol (1:1) (1 H₂O), entsprechend 10 mg Dapagliflozin. **Sonstige Bestandteile:** Tablettkern: Mikrokristalline Cellulose, Lactose, Crospovidon, Siliciumdioxid, Magnesiumstearat. Filmüberzug: Poly(vinylalkohol), Titandioxid, Macrogol 3350, Talkum, Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O. **Anwendungsgebiete:** Indiziert bei Erwachsenen und Kindern im Alter von 10 Jahren und älter zur Behandlung von unzureichend kontrolliertem Typ-2-Diabetes mellitus in Ergänzung zu einer Diät und Bewegung als Monotherapie, wenn Metformin aufgrund einer Unverträglichkeit als ungeeignet erachtet wird; zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung des Typ-2-Diabetes. Zu Studienergebnissen im Hinblick auf Kombinationen von Behandlungen, die Wirkung auf die Blutzuckerkontrolle, kardiovaskuläre und renale Ereignisse sowie die untersuchten Populationen, siehe Abschnitte 4.4, 4.5 und 5.1 der Fachinformation. Patienten mit schwerer Leberfunktionsstörung: Es wird eine Anfangsdosis von 5 mg empfohlen. Wenn diese gut vertragen wird, kann die Dosis auf 10 mg erhöht werden. Herzinsuffizienz: Indiziert bei erwachsenen Patienten zur Behandlung der symptomatischen, chronischen Herzinsuffizienz. Chronische Niereninsuffizienz: Indiziert bei erwachsenen Patienten zur Behandlung der chronischen Niereninsuffizienz. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** *Sehr häufig:* Hypoglykämie (bei Anwendung mit einem Sulfonylharnstoff oder Insulin). *Häufig:* Vulvovaginitis, Balanitis und verwandte Infektionen des Genitalbereichs, Harnwegsinfektionen, Schwindel, Hautausschlag, Rückenschmerzen, Dysurie, Polyurie, erhöhter Hämatokrit, verminderte renale Kreatinin-Clearance zu Behandlungsbeginn, Dyslipidämie. *Gelegentlich:* Pilzinfektionen, Volumenmangel, Durst, Verstopfung, Mundtrockenheit, Nykturie, vulvovaginaler Pruritus, Pruritus genitalis, erhöhtes Kreatinin im Blut zu Behandlungsbeginn, erhöhter Harnstoff im Blut, Gewichtsreduktion. *Selten:* diabetische Ketoazidose (bei Typ-2-Diabetes). *Sehr selten:* nekrotisierende Faszitis des Perineums (Fournier-Gangrän), Angioödem, tubulointerstitielle Nephritis. **Weitere Hinweise:** siehe Fachinformationen. **Pharmazeutischer Unternehmer:** AstraZeneca GmbH, Friesenweg 26, 22763 Hamburg, E-Mail: azinfo@astrazeneca.com, www.astrazeneca.de, Servicehotline für Produktanfragen: 0800 22 88 660. Stand: Januar 2024.



Drogenpolitik

Was die Cannabis-Legalisierung für Ärzte und Patienten bedeutet

Die einen jubeln, die anderen warnen: Seit dem 1. April ist Cannabisbesitz und -konsum in Deutschland in bestimmten Mengen legal. Für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte bedeutet dies Veränderungen in der Verordnung von Medizinalcannabis. Was Sie dazu wissen sollten

Am 1. April 2024 ist das Cannabisgesetz in Kraft getreten, das eine Zäsur in der deutschen Drogenpolitik darstellt. Durch das Gesetz wird der Besitz von 25 Gramm getrocknetem Cannabis im öffentlichen Raum straffrei. Über sogenannte Anbauvereine sollen der Anbau und die Abgabe der Droge ermöglicht werden. Im Eigenanbau zu Hause sind bis zu 50 Gramm sowie drei Pflanzen erlaubt. Doch das Gesetz tangiert nicht nur Menschen, die gerne kiffen. Es ragt bis in den Praxisalltag von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten hinein. Denn mit der Teillegalisierung der Droge verändert sich auch die ärztliche Verordnung von Cannabis zur Schmerzmedikation.

Bis zuletzt war nicht klar, ob das umstrittene Gesetz den Bundesrat passieren würde. Doch dieser stimmte zu, es konnte Ende März im Bundesgesetzblatt verkündet werden. Es sieht unter anderem folgende Regelungen vor:

 Erwachsene dürfen pro Person zu Hause straffrei bis zu 50 Gramm getrocknetes Cannabis besitzen und bis zu drei weibliche Pflanzen im Eigenanbau anbauen.

 Außerhalb der Wohnung sind 25 Gramm Cannabis erlaubt.

 Anbauvereinigungen (sogenannte Cannabis Social Clubs) können Cannabis anbauen und an ihre erwachsenen Mitglieder abgeben. Auch Samen und Pflanzen dürfen an die Mitglieder abgegeben werden. Für die Abgabe gelten Höchstgrenzen von 25 Gramm pro Tag und 50 Gramm pro Monat beziehungsweise sieben Samen oder fünf Stecklinge pro Monat. Für Erwachsene unter 21 Jahren gibt es abgesenkte THC-Grenzen und Abgabemengen. Kinder und Jugendliche haben keinen Zutritt.

 Cannabiskonsum oder -besitz ohne Bezug zum Straßenverkehr führt nicht mehr zu einer medizinisch-psychologischen Untersuchung (MPU). Die Regelungen zur allgemeinen Fahreignung sollen denen bei Alkohol angeglichen werden. Eine Expertenkommission hat Ende März eine Konzentration von 3,5 Nanogramm THC je Milliliter Blutserum als Obergrenze vorgeschlagen (bisher 1 ng). Das ist vergleichbar mit einer Blutalkoholkonzentration von 0,2 Promille.

 Cannabiskonsum im Umkreis von 100 Metern oder in Sichtweite von Schulen, Kitas, Spielplätzen, Jugendeinrichtungen und Sportstätten ist verboten.

Medizinische Fachverbände kritisieren das Gesetz

Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) möchte mit der Teillegalisierung vor allem den Schwarzmarkt zurückdrängen und Menschen aus der Kriminalität holen. Befürworter des Gesetzes, darunter auch Bundesjustizminister Marco Buschmann (FDP), sehen die bisherige Drogenpolitik als gescheitert an. Doch von Seiten der Justiz, Medizin und Politik gibt es teils heftige Kritik. Juristen befürchten, dass sich etwa die Anbauvorschriften schwer kontrollieren lassen und die neuen Regelungen Gerichte mit zahlreichen Zweifels- und Streitfragen konfrontieren. Medizinische Fachverbände kritisieren eine zu niedrige Altersgrenze, zu hohe Abgabemengen und zu wenig Prävention. So kann Cannabiskonsum nachweislich zu Schäden in der Entwicklung des Gehirns von Jugendlichen und jungen Erwachsenen führen. Auch die Justiz- und Innenminister der Länder äußerten Kritik.



Für Menschen mit chronischen Schmerzen könnte die Entkriminalisierung dagegen ein Segen sein. Sie waren bislang darauf angewiesen, dass ein Arzt ihnen ein Cannabisprodukt auf Rezept verordnet, was mit hohen Hürden verbunden war. Nun können sie Cannabis legal erwerben und konsumieren. Damit dürften die Selbstmedikationen zunehmen, sich gleichzeitig aber auch der ärztlichen Kontrolle entziehen – das ist die Kehrseite.

Kein BtM-Rezept mehr erforderlich

Nach wie vor können aber auch Ärzte Cannabis zu Therapiezwecken verordnen. Mit dem neuen Cannabisgesetz wird nun aus einem Betäubungsmittel ein uneingeschränkt verschreibungsfähiges Arzneimittel. § 3 des Medizinal-Cannabisgesetzes besagt, dass die Abgabe von Cannabis zu medizinischen Zwecken nur gegen Vorlage einer ärztlichen Verordnung erfolgen darf. Eines Betäubungsmittelrezeptes bedarf es aber nicht mehr. Damit entfällt auch die hohe Hürde des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG), nach der es zu einer Behandlung mit Cannabis oder einem THC-Wirkstoff keine Alternative geben darf. Sowohl Cannabis (Marihuana, Pflanzen und Pflanzenteile der zur Gattung Cannabis gehörenden Pflanzen) als auch der THC-Wirkstoff Dronabinol zu medizinischen Zwecken wurden nun aus der Anlage III des Betäubungsmittelgesetzes entfernt. Einzig der Wirkstoff Nabilon (Handelsname Canemes) muss weiterhin auf einem BtM-Rezept verordnet werden, da Nabilon als Betäubungsmittel in Anlage III des BtMG aufgeführt bleibt.

An den Voraussetzungen für die Kostenübernahme von Cannabis zu medi-

zinischen Zwecken ändert sich vorerst nichts. Nach § 31 Abs. 6 Satz 1 des Fünften Sozialgesetzbuchs (SGB V) haben Versicherte Anspruch auf Versorgung mit Cannabis in Form von getrockneten Blüten oder Extrakten in standardisierter Qualität und auf Versorgung mit Arzneimitteln mit den Wirkstoffen Dronabinol oder Nabilon zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn eine schwerwiegende Erkrankung vorliegt und nach der begründeten Einschätzung des behandelnden Vertragsarztes unter Abwägung von Nebenwirkungen und Krankheitszustand des Versicherten eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Therapie im Einzelfall nicht zur Anwendung kommen kann. Außerdem muss die Aussicht auf eine positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder die Symptome bestehen. Allerdings

sind nach der Rechtsprechung keine allzu hohen Anforderungen an die Erfolgsaussichten zu stellen. Die Erstverordnung bedarf, außer im Rahmen der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung, einer Genehmigung durch die Krankenkasse. Krankenkassen dürfen die Genehmigung einer Therapie nur in begründeten Ausnahmefällen verweigern. Doch Anträge wurden in der Vergangenheit nicht selten abgelehnt, etwa dann, wenn Patienten früher bereits Drogen konsumiert hatten.

§ 31 SGB V betrifft aber nur Verordnungen, bei denen die gesetzliche Krankenkasse die Kosten übernehmen soll. Ärzte können Cannabis auch auf einem Privat Rezept verordnen. Ob private Versicherer zahlen, ist derzeit noch unklar, es kommt auf die Versicherungsbedingungen an. Durch die gesetzlichen Änderungen sind Ärztinnen und Ärzte bei der Verordnung von Cannabis aber rechtlich entlastet. Sie dürfen Cannabis verordnen, auch wenn es möglicherweise noch andere Therapieoptionen gibt.

Ina Reinsch

Ein durchschnittlicher Joint
enthält rund **0,3 Gramm** Cannabis.
Die öffentlich erlaubten 25 Gramm
entsprechen demnach etwa 80 Joints.

Die in Cannabis-Clubs
maximal erlaubte Menge von

50 Gramm pro Mitglied
monatlich wären demnach etwa

165 Joints, also etwa
fünf pro Tag.



ERSTATTUNG VON MEDIZINALCANNABIS

Das sagt die aktuelle Rechtsprechung

Das Bundessozialgericht (BSG) hat in einem aktuellen Urteil bestätigt, dass die GKV die Verordnung von Medizinalcannabis nur dann erstatten muss, wenn zuvor andere Therapieoptionen ausgeschöpft wurden. Im vorliegenden Fall litt die Patientin unter anderem an einem chronischen Schmerzsyndrom und chronischer spinaler Spastik. Der Internist hatte die Kostenübernahme beantragt, eine Verordnung selbst aber noch nicht ausgestellt. Die Krankenkasse und das Bayerische Landessozialgericht lehnten die

Kostenübernahme ab. Das BSG bestätigte dies nun. Denn für die Behandlung stehe die allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende multimodale Schmerztherapie zur Verfügung. Es bedürfe daher einer begründeten Einschätzung des behandelnden Vertragsarztes, warum diese Leistung nicht zur Anwendung kommen kann. Das Gericht stellte aber auch klar, dass eine Verordnung für das Genehmigungsverfahren noch nicht ausgestellt sein muss (20.03.2024, Az. B 1 KR 24/22 R).



Ärztlich assistierter Suizid

Dürfen Ärzte den Sterbewunsch psychisch kranker Patienten unterstützen?

Zwei aktuelle Gerichtsprozesse befassen sich mit der Frage, ob Ärztinnen und Ärzte sich strafbar machen, wenn sie psychisch kranke Menschen bei deren Suizidwunsch unterstützen. Die Ärzte haben es in den beiden Fällen getan. Doch die Rechtsprechung ist restriktiv. Gesetzliche Vorgaben fehlen.

Immer wieder werden Hausärztinnen und Hausärzte in ihrem Praxisalltag mit dem Wunsch nach assistiertem Suizid konfrontiert. Nach einem Urteil des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) aus dem Jahr 2020 ist dies nicht mehr per se strafbar. Voraussetzung ist aber, dass der Patient aus freien Stücken aus dem Leben scheiden will – das bedeutet auch: unbeeinflusst von einer akuten psychischen Erkrankung. Zwei Gerichte mussten sich aktuell mit der Frage befassen, ob eine psychische Erkrankung die freie Willensbildung ausschließt und Ärztinnen und Ärzte sich strafbar machen, wenn sie Patienten mit einem psychischen Leiden beim Suizid helfen.

➔ Fall 1

Eine 37-jährige Studentin der Tiermedizin litt seit 16 Jahren an Depressionen. Sie suchte 2021 einen Berliner Hausarzt auf und erklärte, dass sie sterben wolle. Sie hatte zu diesem Zeitpunkt bereits drei Suizidversuche hinter sich und einen vierten geplant. Der Arzt führte ein längeres Gespräch und

erwog auch, einen psychiatrischen Gutachter hinzuzuziehen. Die 1.000 Euro dafür hatte die junge Frau jedoch nicht. An der Einsichts- und Urteilsfähigkeit der Frau hatte der Arzt nach eigenen Angaben letztlich keine Zweifel. In einem Hotel stellte er ihr einen tödlichen Medikamentencocktail zur Verfügung, den sie jedoch erbrach. Der Arzt legte ihr daraufhin einige Tage später eine tödliche Infusion, die sie selbst in Gang setzte und starb.

Vom Landgericht Berlin wurde er nun wegen Totschlags in mittelbarer Täterschaft zu drei Jahren Haft verurteilt (08.04.2024, Az. 540 Ks 2/23). Die schwierige Frage, die das Gericht klären musste: War die Frau aufgrund einer schweren depressiven Episode nicht zur freien Willensbildung in der Lage? Diese ist Voraussetzung für eine straflose Suizidbeihilfe. Eine freie Suizidentscheidung setzt laut BVerfG voraus, dass der Betroffene seinen Willen „frei und unbeeinflusst von einer akuten psychischen Störung“ bilden kann. Das Gericht sah das aufgrund der Erkrankung nicht als gegeben

an. Das Urteil ist noch nicht rechtskräftig. Sogar der Richter sagte, er würde es begrüßen, wenn der Verurteilte in Revision gehen würde, damit die Rechtsfragen höchstrichterlich geklärt werden können. Bereits 2018 war der Arzt angeklagt, aber vom Vorwurf der Tötung auf Verlangen freigesprochen worden. Damals hatte er eine 44-jährige Arzthelferin, die an einer chronischen Reizdarmkrankung litt, bei deren Selbsttötung unterstützt, indem er ihr Pentobarbital verschrieb.

➔ Fall 2

Ein 42-jähriger Mann hatte in den vergangenen Jahren zahlreiche Psychiatrieaufenthalte hinter sich, inklusive dreier Suizidversuche, als er einen Neurologen und Psychiater kontaktierte. Der Arzt erstellte ein psychiatrisches Gutachten. Es kam zu dem Ergebnis, dass der Sterbewillige unter einer Residualsymptomatik nach mehrfachen paranoid-schizophrenen Erkrankungen, einer depressiven Störung sowie einer Sehinderung leide, ohne Aussicht auf Verbesserung. Der Arzt »

war dennoch der Meinung, dass die Ein- sichts- und Urteilsfähigkeit und damit auch die Freiverantwortlichkeit seines Pa- tienten erhalten war. Der Arzt legte dem Mann 2020 im Beisein von dessen Mutter eine Infusion mit Natrium-Thiopental, die der Suizidwillige selbst in Gang setzte und starb.

Das Landgericht Essen verurteilte den 81-jährigen Arzt zu drei Jahren Haft wegen Totschlags in mittelbarer Täterschaft (02.02.2024, Az. 32 Ks 5/23). Das Gericht kam zu dem Schluss, dass der Sterbewillige an einer akuten paranoiden Schizo- phrenie sowie einer mittelgradigen depres- siven Episode gelitten habe. Diese hätten seine Einsichtsfähigkeit zum Tatzeitpunkt derart gestört, dass er zu einer realitäts- bezogenen Abwägung des Für und Wider der Suizidentscheidung nicht mehr in der Lage gewesen sei.

Daher habe der Suizidwunsch nicht auf einer freien Willensentscheidung beruht, sondern auf einer erkrankungsbedingt nicht realistisch begründeten Annahme, dass es für seine psychische Symptomatik keine Besserungsaussichten gebe. Der Arzt hat angekündigt, in Revision zu gehen.

Freie Willensbildung bei psychischen Erkrankungen

Die Grenze zu strafbarem Verhalten ist für Ärzte dort erreicht, wo die Entsch- eidung zum Suizid durch den Sterbewilligen nicht freiverantwortlich gebildet werden kann. Menschen mit psychischen Erkran- kungen müssen wegen des extrem hohen Rechtsgutes des Lebens vor irreversiblen Fehlentscheidungen bewahrt werden.

Ärzte müssen also positiv feststellen, dass die Suizidentscheidung eines Patienten mit hinrei- chender Sicherheit freiver- antwortlich getroffen wurde und dass keine Gründe für ernsthafte Zweifel an der Freiverantwortlichkeit vorlie- gen. Bei psychischen Erkran- kungen erscheint das derzeit kaum rechtssicher möglich zu sein. Hier kommt negativ zum Tragen, dass es nach der Ent- scheidung des BVerfG 2020, die das Verbot der geschäftsmäßi- gen Förderung der Selbsttötung kippte, in Deutschland keine gesetzliche geregelte Suizidhilfe

WELCHEN EINFLUSS HABEN PSYCHIATRISCHE ERKRANKUNGEN WIE SCHWERE ANGST UND CHRONISCH DEPRESSIVE STÖRUNGEN AUF IHRE ENTSCHEIDUNG, DIESE PATIENTEN AUF IHREN WUNSCH HIN ÄRZTLICH ASSISTIERT IM SUIZID ZU UNTERSTÜTZEN?

49,3 %

Hat keinen Einfluss auf mich, unterstütze hier nicht den ärztlich assistierten Suizid.

40,1 %

In Ausnahmefällen wäre ich bereit, den Suizid zu unterstützen.

Quelle: Presseinformation der Deutschen Gesellschaft für Schmerzmedizin vom 02.05.2023, DGS-Umfrage: Zwischenergebnis zeigt hohe Bereitschaft bei Ärztinnen und Ärzten zu Suizidassistenten

7,5 %

In den meisten Fällen, über 50 %, wäre ich bereit, den Suizid zu unterstützen.

3,1 %

Wäre immer dazu bereit, den Suizid bei chronischen psychiatrischen Erkrankungen zu unterstützen.



und damit keine klare Linie gibt. Der ge- naue Maßstab, wann ein psychisch Kran- ker noch einen freien Willen hat, muss nun von der Rechtsprechung entwickelt werden. Gänzlich ausgeschlossen ist der freie Wille auch bei psychisch Kranken jedenfalls nicht. Das sorgt für erhebliche Rechtsunsicherheit bei Ärztinnen und Ärzten. Nach den beiden Urteilen dürfte kaum noch ein Arzt bereit sein, in solchen Fällen Hilfe zur Selbsttötung zu leisten.

82 Prozent der Ärzte befürworten Suizidhilfe

Ärzte sind bei ihrer Arbeit immer wieder mit dem Wunsch von Patienten konfrontiert, aus dem Leben scheiden zu wollen.

Rund 82 Prozent der Ärztinnen und Ärzte befürworten nach einer Umfrage der Deut- schen Gesellschaft für Schmerzmedizin aus dem Jahr 2023 den ärztlich assistierten Suizid, knapp 16 Prozent sogar bei gesunden Menschen. Besonders nach erfolgloser Pal- liativversorgung wären viele bereit, beim Suizid zu unterstützen. Auch bei chronisch erkrankten Patienten wäre ein Großteil der befragten Ärzte zum ärztlich assistier- ten Suizid bereit. Selbst bei psychiatrischen Erkrankungen würden sie in Ausnahmefällen unterstützen (s. Grafik oben).

Sterbewillige Patienten sind auf de- ren Hilfe angewiesen. Doch das Mittel Natrium-Pentobarbital zur Selbsttötung erhalten sie nicht, wie das Bundesver- waltungsgericht entschieden hat. In sei- ner Urteilsbegründung verwies das Gericht auf Alternativen, zum Beispiel Sterbehilfevereine und einen Mix anderer Medikamente (07.11.2023, Az. 3 C 8.22 und 3 C 9.22). Das Gericht hat aber erst- mals höchstrichterlich klargestellt, dass eine ärztliche Verschreibung oder Überlassung von Arzneimit- teln zum Zweck der Selbsttötung arzneimittelrechtlich zulässig ist. „Eine Anwendung von Arznei- mitteln außerhalb der zugelassenen Indikation und empfohlenen Dosierung (off-label use) wird durch das Arzneimittelgesetz nicht verboten.“

Ina Reinsch

➔ WANN IST EIN SUIZIDWUNSCH FREIVERANTWORTLICH?

- Als notwendige Voraussetzungen für eine freie Suizident- scheidung hat das Bundesverfassungsgericht in seiner Entscheidung 2020 vier Voraussetzungen genannt:
- die Fähigkeit, seinen Willen frei und unbeeinflusst von einer akuten psychischen Störung zu bilden und nach dieser Einsicht zu handeln,
 - die tatsächliche Informiertheit über alle entschei- dungserheblichen Gesichtspunkte,
 - die Freiheit von unzulässiger Einflussnahme oder Druck,
 - die Dauerhaftigkeit und innere Festigkeit des Ent- schlusses.

Nach dem BSG-Urteil

Nun fehlen im Bereitschaftsdienst zahlreiche Ärztinnen und Ärzte

Nachdem das Bundessozialgericht einem Poolarzt aus Baden-Württemberg die Selbstständigkeit seiner Bereitschaftsdienst-Tätigkeit abgesprochen hat, gibt es in einigen Bundesländern harte Einschnitte im Notdienst. Manches muss neu gedacht werden.

Nachdem das Bundessozialgericht (BSG) einen Poolzahnarzt in Baden-Württemberg als abhängig beschäftigt eingestuft hat, nehmen viele Kassenärztliche Vereinigungen (KV) ihre rechtlichen Regelungen zum Ärztlichen Bereitschaftsdienst genauer unter die Lupe. Denn was in dem südwestlichen Bundesland passiert ist, soll sich nicht wiederholen (24.10.2023, Az. B 12 R 9/21 R).

In Baden-Württemberg wurden als direkte Folge des Urteils acht Standorte von Notfallpraxen geschlossen und alle Poolarztvereinbarungen formal beendet. Das bedeutet, dass die dortige KV nun ausschließlich zugelassene Vertragsärzte oder vom MVZ zur Dienstübernahme bestimmte, angestellte Ärzte zum Dienst einteilt. Poolärzte sind dagegen Ärzte, die freiwillig am Bereitschaftsdienst teilnehmen, zum Beispiel Privatärzte oder Ruheständler. Ihre Eingliederung in den Notdienst ist in verschiedenen KVen unterschiedlich geregelt. Manche erhalten einen Stundenlohn, andere erstellen eine eigene Abrechnung

Unterschiedliche Modelle sorgen für Flickenteppich

Auch die KV Schleswig-Holstein hatte Ende 2023 insgesamt 400 Poolärzten – ein Drittel der Ärzte im Bereitschaftsdienst – gekündigt. Seit Januar kommen auch dort nur noch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte für den Notdienst in Frage. Sie müssen diesen nun mit verringerter Teilnehmerzahl stemmen. In Niedersachsen ist die Zusammenarbeit mit Poolärzten derzeit ausgesetzt. Dort soll die Deutsche Rentenversicherung zunächst bestätigen, dass die 160 Poolärzte einer rein selbstständigen Tätigkeit nachgehen. In Hessen dagegen sind die Poolärzte anders in den Bereitschaftsdienst integriert als beispielsweise



In einigen Bundesländern fehlen Ärzte und Ärztinnen im Bereitschaftsdienst. Das bedeutet mehr Dienste für die Verbleibenden.

Foto: Ralf Geithe - stock.adobe.com

in Baden-Württemberg. Sie erhalten für ihre Arbeit keinen Stundensatz, sondern rechnen selbst ab. Auch in Bayern werden Poolärzte weiter beschäftigt.

Die KVen möchten nun erreichen, dass die Poolärzte dem Bereitschaftsdienst erhalten bleiben. Sie fordern vom Gesetzgeber, Poolärzte von der Sozialversicherungspflicht auszunehmen. Doch im Bundesministerium für Arbeit scheint man sich vehement dagegen zu sperren.

In Baden-Württemberg krepelt man derzeit den Bereitschaftsdienst um. Die geschlossenen Notfallpraxen sollen auch weiterhin geschlossen bleiben. Außerdem will man mit „bedarfsorientierten Öffnungszeiten“ arbeiten. Auch der Fahrdienst soll neu geordnet werden. Aus den Poolärzten sollen sogenannte Kooperationsärzte werden, für die Sozialversicherungsbeiträge abgeführt werden.

Fahrtkostenbeteiligung für Poolärzte rechtmäßig

Die Arbeit als Poolarzt verliert allerdings weiter an Attraktivität. Ende 2023 hatte das Landessozialgericht Berlin Brandenburg entschieden, dass einem Nichtvertragsarzt, der den Fahrdienst in Anspruch nimmt, um zu Patienten zu fahren, eine sogenannte Fuhrkostenbeteiligung in Höhe von 30 Prozent abgezogen werden darf. Das Gericht wies damit die Klage einer Allgemeinärztin aus Berlin ab. Sie hatte sich dagegen gewehrt, 30 Prozent ihres Honorars für die abgerechneten EBM-Besuchsziffern für den Fahrdienst abgeben zu müssen. Gegen die Höhe sei jedoch rechtlich nichts einzuwenden, sagte das Gericht (06.12.2023, Az. L 7 KA 24/21).

Ina Reinsch

BEREITSCHAFTSDIENST

Wer nicht antritt, muss drastische Strafe zahlen

Sächsische Ärztinnen und Ärzte müssen seit Januar dieses Jahres hohe Strafen zahlen, wenn sie ihren Bereitschaftsdienst nicht antreten und auch keinen Vertreter benannt haben. Das gleiche gilt, wenn sie während ihres Bereitschaftsdienstes nicht erreichbar sind. Diese Nachlässigkeiten schlagen mit 100 Euro pro Stunde zu Buche, bezeichnet als Aufwandsersatz. Auch die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns geht gegen Bummelanten vor. Wer dort den Bereitschaftsdienst nicht antritt und keine Vertretung organisiert, wird mit pauschal 800 Euro zur Kasse gebeten. Das gilt unabhängig vom Verschulden. Unglücksfälle oder höhere Gewalt sollen aber ausgeschlossen sein.



Mehr ist
möglich

Investieren Sie Geld – nicht Ihre Zeit.

Kümmern Sie sich um das, was Ihnen wichtig ist.
Und wir uns um Ihre Geldanlage.

▷ apobank.de/vermoegensverwaltung

 apoBank

Bank der Gesundheit



Auch wenn es Ausnahmen gibt:
Die meisten Privatärzte
werden weiter nach GOÄ abrechnen.

FÜR NATÜRLICHE PERSONEN

- Adressaten der GOÄ sind ausschließlich Ärztinnen und Ärzte, die mit ihren Patienten einen Behandlungsvertrag schließen.
- Nicht bindend ist die Gebührenordnung für Ärzte hingegen im Verhältnis des Patienten zu einer Kapitalgesellschaft als Leistungserbringer und Behandelnder.
- Ärzte-GmbHs oder MVZ-GmbHs sind nicht verpflichtet, ihre Leistungen für Selbstzahler nach GOÄ abzurechnen. Stattdessen können sie, anders als niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, die Preise frei vereinbaren, Rabatte gewähren oder Pauschalhonorare ansetzen.

Gebührenrecht

Manche MVZ sind nicht an GOÄ gebunden

Müssen privatärztliche Leistungen immer auf Basis der GOÄ abgerechnet werden? Nicht unbedingt. Eine aktuelle Gerichtsentscheidung zeigt, dass es von dieser Regel durchaus Ausnahmen geben kann.

Was dem Vertragsarzt der EBM, ist dem privat behandelnden Mediziner die GOÄ. Sie steckt einen verbindlichen Rahmen für privatärztliche Honorare ab. Individuelle Absprachen mit den Patienten sind zwar möglich, müssen sich aber innerhalb der von der GOÄ vorgesehenen Abweichungskorridore bewegen. Anpassungen der GOÄ-Vergütung – etwa durch Vereinbarung eines höheren Steigerungssatzes – sind folglich erlaubt, Pauschalpreise für medizinische Leistungen verboten. Das gilt selbst bei elektiven oder ästhetischen Eingriffen ohne medizinische Indikation. Ärzte, die mit ihrem Patienten dennoch ein Pauschalhonorar vereinbaren, riskieren, dass ein Gericht den Vertrag im Streitfall als unwirksam einstuft. Die Folge ist, dass der Arzt den Anspruch auf die so berechnete Vergütung verliert.

Wie fast immer in der Juristerei gibt es von dieser Regel allerdings eine Ausnahme. Das Oberlandesgericht (OLG) Frankfurt hat in einer aktuellen Entscheidung festgestellt, dass die GOÄ sich nur an natürliche Personen richtet. Normadressaten sind also nur niedergelassene Ärztinnen und Ärzte. Für sogenannte juristische Personen hin-

gegen ist die GOÄ nicht einschlägig (Urteil vom 21.09.2023, Az. 6 W 69/23). Ist also eine Praxis als Kapitalgesellschaft, etwa als GmbH organisiert, erwirbt sie dadurch eine eigene Rechtspersönlichkeit. Damit ist es nicht mehr der Arzt, der den Vertrag mit den Patienten schließt, sondern die Gesellschaft. Und diese unterfällt eben nicht dem Regelungsregime der GOÄ. Entsprechend dürfen zum Beispiel MVZ-GmbHs die Preise für ihre Leistungen frei vereinbaren. Die Bindung an GOÄ-Gebührensätze und Steigerungssätze entfällt ebenso wie das Verbot von Pauschalhonoraren.

Konsequenter Beschluss

Experten sind von der Entscheidung wenig überrascht, da auch Privatkliniken unabhängig von der GOÄ abrechnen dürfen. Dass dieselben Regeln auch für juristische Personen in der ambulanten Versorgung gelten, sei daher nur logisch, sagt etwa Tim Müller, Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht bei Ecovis in München. Dennoch wird sich das Preismodell in der Fläche wohl nicht durchsetzen, da die privaten Krankenversicherer regelmäßig nur die Kosten für Leistungen erstatten, die

nach der GOÄ abgerechnet werden. Auch der Sachverhalt, mit dem sich das OLG Frankfurt im konkreten Fall auseinanderzusetzen hatte, gehört nicht zum klassischen privatärztlichen Brot- und Butter-Geschäft: In der verhandelten Sache ging es um eine GmbH, die über eine von ihr entwickelte Internetplattform ärztliche Leistungen im Zusammenhang mit einer medizinischen Cannabis-Therapie anbot.

Online warb das Unternehmen damit, dass bei ihr die Behandlungsleistungen der kooperierenden Ärzte zeitlich befristet zu extrem günstigen Sonderpreisen zu haben seien. Zum Beispiel wurde Patienten, die zwischen dem 1. und 7. Mai 2023 über die Plattform einen Arzttermin buchten, laut Ankündigung Rabatte auf die ärztlichen Gebührenforderungen für alle Videotermine in Höhe von 25 Prozent angeboten, für das ärztliche Folgegespräch wurde ein Discount von 20 Prozent versprochen (80 statt 100 €). Weitere Folgetermine wurden mit 25 Prozent rabattiert und kosteten statt 80 nur 60 Euro.

Gegen diese Geschäftspraxis klagte ein Wettbewerber – hatte aber keinen Erfolg.

Judith Meister



DOPPELT ERFOLGREICH MIT LOKELMA®^{1,2}



ERMÖGLICHT EINE OPTIMALE BASISTHERAPIE MIT RAASi

9/10 Patient:innen setzten die RAASi-Therapie mit LOKELMA® fort.*²



LANGFRISTIGE KALIUMKONTROLLE

Unter LOKELMA® kann die Normkaliämie **langfristig aufrechterhalten** werden.**¹



GESTÜTZT DURCH ESC-LEITLINIEN

Bei Patient:innen mit **chronischer oder wiederkehrender Hyperkaliämie** unter RAASi-Therapie kann ein Kaliumbinder wie LOKELMA® initiiert werden.³



EINFACH ANWENDBAR UND GUT VERTRÄGLICH

LOKELMA® kann **ohne zeitlichen Abstand zu den meisten anderen Arzneimitteln oral** angewendet werden und wurde in Studien im Allgemeinen gut vertragen.^{#,1}



Pulver zur Herstellung einer Suspension zum Einnehmen.
Natriumzirconiumcyclosilicat

ENTDECKEN SIE HIER
MEHR ZU LOKELMA®



LOKELMA® bindet hochselektiv Kalium und kann nachweislich den Kaliumspiegel bereits nach einer Stunde senken sowie die Normkaliämie unter Erhaltungstherapie bis zu einem Jahr aufrechterhalten. Die mediane Zeit bis zur Normkaliämie betrug 2,2 Stunden (Interquartilbereich 1,0 bis 22,3 Stunden).^{1,4} LOKELMA® ist indiziert zur Behandlung einer Hyperkaliämie bei erwachsenen Patient:innen.¹

ESC = European Society of Cardiology; RAASi = Renin-Angiotensin-Aldosteron-System-Inhibitor.

* Basierend auf einer prospektiven Analyse der Veränderung des Einsatzes von RAASi während der Erhaltungsphase einer 12-monatigen, offenen Studie. 63 % der Patient:innen schlossen die Studie vollständig ab und 74 % der Patient:innen unter RAASi-Therapie zur Baseline führten diese mit der gleichen Dosierung fort.² ** Ergebnisse der Erhaltungsphase unter LOKELMA®-Titration (unverblindet): 123 Patient:innen wurden in die 11-monatige, unverblindete Phase aufgenommen. Der Anteil von Teilnehmer:innen mit einem durchschnittlichen Serumkaliumspiegel < 5,1 mmol/l betrug 88 %.¹ # Ausnahme: Einnahmeintervall von ± 2h bei Arzneimitteln, die eine pH-Wert-abhängige Bioverfügbarkeit aufweisen; das sind: Azol-Antimykotika (Ketoconazol, Itraconazol und Posaconazol), Arzneimittel gegen HIV (Atazanavir, Nelfinavir, Indinavir, Ritonavir, Saquinavir, Raltegravir, Ledipasvir und Rilpivirin), Tyrosinkinase-Inhibitoren (Erlotinib, Dasatinib und Nilotinib). Ein Einnahmeintervall von ± 2 h gilt auch bei Einnahme von Tacrolimus.¹

1 LOKELMA® Fachinformation (Stand Dezember 2023). 2 Spinowitz BS, Fishbane S, Pergola PE, et al. Clin J Am Soc Nephrol. 2019; 14: 798–809. 3 McDonagh TA, Metra M, Adamo M, et al. Eur Heart J. 2021 Sep 21; 42(36): 3599–3726 (incl. suppl.). 4 Kosiborod M, Rasmussen HS, Lavin P, et al. JAMA. 2014; 312(21): 2223–2233.

Lokelma® 5 g Pulver zur Herstellung einer Suspension zum Einnehmen / Lokelma® 10 g Pulver zur Herstellung einer Suspension zum Einnehmen

Wirkstoff: Natriumzirconiumhydrogencyclohexasilicat-Hydrat (3:2:1:1:x). Verschreibungspflichtig. **Zusammensetzung:** Lokelma® 5 g Pulver zur Herstellung einer Suspension zum Einnehmen: 1 Beutel enthält 5 g Natriumzirconiumhydrogencyclohexasilicat-Hydrat (3:2:1:1:x). Lokelma® 10 g Pulver zur Herstellung einer Suspension zum Einnehmen: 1 Beutel enthält 10 g Natriumzirconiumhydrogencyclohexasilicat-Hydrat (3:2:1:1:x). **Sonstige Bestandteile:** keine. **Anwendungsgebiet:** Zur Behandlung einer Hyperkaliämie bei erwachsenen Patienten. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff. **Nebenwirkungen:** Häufig: Hypokaliämie, Obstipation, Ereignisse im Zusammenhang mit Ödemen. **Weitere Hinweise:** siehe Fachinformation. **Pharmazeutischer Unternehmer:** AstraZeneca GmbH, Friesenweg 26, 22763 Hamburg, E-Mail: azinfo@astrazeneca.com, www.astrazeneca.de, Servicehotline für Produktanfragen: 0800 22 88 660. **Stand:** Dezember 2023.



Fairness im Fokus

Was bei der Kündigung schwerbehinderter Mitarbeiter zu beachten ist

Migräne, Diabetes oder Tinnitus – die Gründe für eine Schwerbehinderung sind vielfältig. Ist ein Mitarbeiter schwerbehindert, gilt für ihn auch ein besonderer Kündigungsschutz. Ein aktuelles Urteil weitet diesen nun aus.



Um einen respektvollen und fairen Umgang mit schwerbehinderten Mitarbeitern – gerade in Kündigungssituationen – zu gewährleisten, ist es wichtig, die besonderen rechtlichen Rahmenbedingungen zu verstehen und zu berücksichtigen. Aber ab wann gilt ein Mitarbeitender überhaupt als schwerbehindert?

Definition von Schwerbehinderung

Eine Schwerbehinderung setzt einen Grad der Behinderung von mindestens 50 voraus (§ 2 Abs. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) IX). Über den Grad der Behinderung sowie die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft entscheidet das Versorgungsamt.

Bei einem geringeren Grad der Behinderung als 50, aber mindestens 30, kann der Arbeitnehmer beantragen, einem Schwerbehinderten gleichgestellt zu werden. Mit der Gleichstellung durch die Agentur für Arbeit genießt der Mitarbeitende dann grundsätzlich den gleichen „Status“ wie ein Schwerbehinderter.

Sonderkündigungsschutz für Mitarbeiter mit Schwerbehinderung

Abgesehen von den allgemeinen kündigungsschutzrechtlichen Aspekten, muss eine Schwerbehindertenvertretung, soweit eine solche in der Arztpraxis besteht, zwingend zur beabsichtigten Kündigung angehört werden. Unterlässt der niedergelassene Arzt oder die Ärztin diese Anhö-

rung, ist die Kündigung unwirksam (§ 178 Abs. 2 SGB IX).

Darüber hinaus bedarf die ordentliche oder außerordentliche Kündigung eines schwerbehinderten Mitarbeiters grundsätzlich immer der vorherigen Zustimmung des zuständigen Integrationsamts (§ 168 SGB IX). Anderenfalls ist die Kündigung allein aus diesem Grund ebenso unwirksam.

Das Integrationsamt muss nur dann nicht beteiligt werden, wenn das Arbeitsverhältnis zum Zeitpunkt des Zugangs der Kündigungserklärung ohne Unterbrechung noch nicht länger als sechs Monate bestanden hat. Übrigens: Auch in einem Kleinbetrieb ist dieser besondere Kündigungsschutz zu beachten (vgl. Artikel 11/2021 – Kündigung in Arztpraxen).

Vor diesem Hintergrund hat die bisherige arbeitsgerichtliche Rechtsprechung angenommen, dass ein Arbeitgeber auch nicht verpflichtet ist, innerhalb dieser sechsmonatigen Wartezeit das sogenannte Präventionsverfahren (§ 167 Abs. 1 SGB IX) durchzuführen.

Gegenstand des Präventionsverfahrens

§ 167 Abs. 1 SGB IX verpflichtet den Arbeitgeber oder die Arbeitgeberin bei Eintreten von personen-, verhaltens- oder betriebsbedingten Schwierigkeiten im Arbeitsverhältnis möglichst frühzeitig zu klären, ob und welche Maßnahmen zu

ergreifen sind, mit denen die Schwierigkeiten beseitigt werden können und das Arbeitsverhältnis möglichst dauerhaft fortgesetzt werden kann.

Neue Rechtsprechung

Nun hat das Arbeitsgericht Köln im Dezember 2023 entgegen der bisherigen Rechtsprechung jedoch angenommen, dass eine Kündigung in der Wartezeit unwirksam ist, wenn ein Präventionsverfahren nach § 167 Abs. 1 SGB IX nicht durchgeführt wurde (Urteil vom 20.12.2023 – Az. 18 Ca 3954/23).

Das Arbeitsgericht hat seine Entscheidung damit begründet, dass eine verbotene Diskriminierung von Schwerbehinderten anzunehmen ist, wenn der Betrieb gegen die Verpflichtung aus § 167 Abs. 1 SGB IX verstößt. Und eine Kündigung, die dieses in § 164 Abs. 2 SGB IX normierte Diskriminierungsverbot außer Acht lässt, ist unwirksam.

Fazit

Praxisinhaber sollten bei einem unbefristeten Arbeitsverhältnis vorsorglich auch außerhalb des Kündigungsschutzgesetzes das Präventionsverfahren durchführen. Alternativ kann zur Beendigung des Arbeitsverhältnisses an den Abschluss eines Aufhebungsvertrages gedacht werden.

*Dr. Julia Friemel
Fachanwältin für Arbeitsrecht und
Systemischer Coach*



Ihre Fragen an unsere Rechtsexpertin

Ina Reinsch, Rechtsanwältin und A&W-Redakteurin



Foto: Christoph Vöhler

Apotheken

Schweigepflichtentbindung für Rückfragen?

Benötige ich für Rückfragen der Apotheke zu einem ausgestellten Rezept eine Schweigepflichtentbindung des Patienten?

Julia G. aus Berlin

Es kommt immer wieder vor, dass Apotheken bezüglich eines Rezepts Rückfragen an den ausstellenden Arzt haben. Noch in Papierform ausgestellte Kassenrezepte oder Privatrezepte können unleserlich sein oder die Apotheke hat Bedenken wegen Wechselwirkungen oder der Dosierung.



Gemäß § 17 Abs. 5 Apothekenbetriebsordnung müssen die abgegebenen Verschreibungen den damit verbundenen

Vorschriften des Fünften Sozialgesetzbuchs (SGB V) zur Arzneimittelversorgung entsprechen. Der Apotheker darf das Arzneimittel nicht abgeben, wenn die Verordnung einen erkennbaren Irrtum enthält oder sich sonstige Bedenken ergeben.

Die Apotheke ruft dann in der Regel in der Arztpraxis an. Einer Schweigepflichtentbindung des Patienten bedarf es für eine Antwort nicht. Allerdings muss der Arzt sicherstellen, dass es sich tatsächlich um einen Anruf der Apotheke handelt, in der der Patient das Rezept einlösen will.

Datenschutz

Unterschrift erforderlich?

Kann ich die Behandlung eines Patienten ablehnen, wenn er nicht bereit ist, die Praxisinformation zum Datenschutz, die wir jedem Patienten vorlegen, zu unterschreiben?

Dr. Andreas K. aus Bayern

Die Informationspflicht nach Art. 13 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) verfolgt lediglich den Zweck, dem Patienten die Gelegenheit zu geben die Datenschutzinformationen zu erhalten. Er ist jedoch nicht gezwungen, diese zur Kenntnis zu nehmen, wenn er nicht möchte. Für die Datenschutzbehörde ist die Bestätigung der Kenntnisnahme der Information durch die Unterschrift des Patienten nicht erforderlich, auch wenn viele das glauben. Ärztinnen und Ärzte können ihren Nachweispflichten gegenüber der Datenschutzbehörde auch dadurch nachkommen, dass sie die Aushän-

gung der Unterlagen vermerken, zum Beispiel in der Patientenakte. Verweigern Patienten die Unterschrift, ist das also kein Grund, den Patienten nicht zu behandeln. Denn nach der DSGVO ist der Patient nicht zur Unterschrift verpflichtet.



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

Befristetes Arbeitsverhältnis

Probezeit angemessen?

Kann ich bei einer Mitarbeiterin, die ich für ein Jahr befristet einstelle, eine Probezeit vereinbaren und wenn ja, wie lange?

Dr. Gudrun P. aus Thüringen

In § 15 Abs. 3 des Teilzeit- und Befristungsgesetzes (TzBfG) ist festgeschrieben, dass die Probezeit in einem befristeten Arbeitsverhältnis im Verhältnis zu der erwarteten Dauer der Befristung und der Art der Tätigkeit stehen muss. Die Vorschrift wurde aufgrund der Europäischen Arbeitsbedingungen-Richtlinie 2022 in das Deutsche Recht aufgenommen. Wann die Probezeit verhältnismäßig ist, verrät das TzBfG jedoch nicht. Es besteht noch immer Rechtsunsicherheit. Ein Richtwert kann sich aus den Erwägungsgründen der EU-Richtlinie ergeben. Dort ist festgelegt, dass die Probezeit bei einer Befristung von bis zu zwölf Monaten ein Viertel der Dauer des Arbeitsverhältnisses nicht übersteigen sollte. Diese Vorgabe wurde zwar nicht ins deutsche Recht übernommen, bietet aber einen Anhaltspunkt. Danach könnte bei einem auf zwölf Monate befristeten Arbeitsvertrag eine Probezeit von maximal drei Monaten vereinbart werden. Bei der Frage der Verhältnismäßigkeit spielen aber unter anderem auch der Schwierigkeits- und Verantwortungsgrad der Tätigkeit sowie die Berufserfahrung eine Rolle.



Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz

„Es könnte zur Abrissbirne der hausärztlichen Versorgung werden“

Statt den Ärztemangel zu bekämpfen, birgt die vom Bundesgesundheitsministerium anvisierte Honorarreform Sprengstoff. Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung schlägt Alarm.

Wir stehen vor einem gravierenden Ärztemangel“, das hat Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach erkannt. Derzeit sind in Deutschland bereits über 5.000 Hausarztsitze unbesetzt. Abhilfe soll das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GSVG) schaffen, das mittlerweile im dritten inoffiziellen Referentenentwurf vorliegt. Doch was darin steht, scheint dem eigentlichen Ziel diametral entgegengestehen. Denn die inzwischen hinzugekommene, lang ersehnte Honorarreform für Hausärzte scheint nach einer Analyse des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) gründlich misslungen zu sein. Die Auswirkungen der nun geplanten Regelungen kämen faktisch sogar einem Abriss der hausärztlichen Versorgung gleich, warnt der Zi-Vorstandsvorsitzende Dr. Dominik von Stillfried. Vor allem die Versorgung der betreuungsintensiven chronisch Kranken würde ins Wanken geraten.

Unsichere Chronikerpauschale

Vorgesehen ist unter anderem die Einführung einer jahresbezogenen Pauschale für die Versorgung chronisch kranker Patientinnen und Patienten. Diese soll die bisherige quartalsbezogene Versichertenpauschale ersetzen und die Praxisteams von unnötiger Bürokratie und Versichertenkontakten wie dem Ausstellen von Folgeprescriptionen entlasten.

Doch der Teufel steckt im Detail. Denn das Ministerium plant, dass die Versorgungspauschale nur von einer Hausarztpraxis pro Versicherten abgerechnet werden darf. Sollte also ein chronisch Kranker künftig mehr als eine Hausarztpraxis aufsuchen, würde die zweite und gegebenenfalls dritte Praxis trotz

erbrachter Leistung keine entsprechende Vergütung erhalten, warnt das Zi. Dass diese Patientinnen und Patienten mehrere Praxen aufsuchen, ist gängige Realität. Dies geschieht beispielsweise aufgrund von Vertretungsregelungen, durch das Pendeln zwischen Wohn- und Arbeitsort oder infolge von Urlaub oder Umzug.

Nur 65 Prozent der chronisch Kranken werden ausschließlich in einer Hausarztpraxis behandelt. Bei etwa einem Drittel der behandelten Patienten müssten Hausarztpraxen also mit ungewissen, hohen Vergütungsausfällen rechnen. Welche Praxis die Vergütung erhält, würde erst später offenbart – bis zu 15 bis 18 Monate nach der Behandlung.

Herber Einnahmenverlust

Weitere potenziell existenzgefährdende Elemente des geplanten „Versorgungsstärkungsgesetzes“: Die quartalsbezogenen Vorhaltepauschalen sollen die Versorgungspauschale ergänzen und jahresbezogen abgerechnet werden. Damit würden aber auch sie der Abrechnungsunsicherheit der Versorgungspauschale unterliegen, warnt das Zi. Zudem soll die Vorhaltepauschale nur von Praxen abgerechnet werden können, die bestimmte Strukturmerkmale erfüllen. Nachzeitigem Stand erfüllen jedoch nach Zi-Analyse zwischen 2.000 und 22.000 Praxen mindestens eines der im Referentenentwurf genannten Kriterien nicht. Praxen, die keine Vorhaltepauschale abrechnen dürfen, dürften aber auch keine Jahresversorgungspauschale abrechnen. Dies würde bedeuten, dass sie kaum noch Geld für die Behandlung chronisch Kranker erhalten würden. Der zu erwartende Einnahmenverlust einer nicht mehr berücksichtigten

EXISTENZGEFÄHRDEND

Jährlich rechnen Hausarztpraxen in Deutschland Leistungen im Wert von rund 13,7 Milliarden Euro mit der gesetzlichen Krankenversicherung ab. Davon entfallen 8,6 Milliarden Euro (63 %) auf die Behandlung chronisch kranker Patientinnen und Patienten, so die Daten des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi).

- Chronisch kranke gesetzlich Versicherte nehmen im Schnitt rund 1,45 Hausarztpraxen pro Jahr in Anspruch.
- Geplante Umverteilungen könnten laut Zi für einige Praxen einen Einnahmenverlust von etwa 18.000 bis 100.000 Euro pro Jahr bedeuten.

Praxis dürfte für viele existenzgefährdende Ausmaße annehmen.

Chaotisierung befürchtet

Von einer Stärkung der Praxisstrukturen und einer Attraktivitätssteigerung der Niederlassung kann also keine Rede sein. Insgesamt habe die geplante Veränderung der Vergütungsstruktur vielmehr „das Potenzial, die medizinische Versorgung chronisch Kranker massiv zu beeinträchtigen“, so von Stillfried. Er befürchtet eine „Chaotisierung der hausärztlichen Versorgung“. Statt Abrechnungsunsicherheiten zu schaffen, sollten zusätzliche Mittel in die zu stärkenden Leistungsschwerpunkte fließen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) appellierte unterdessen an die Ampel-Regierung, der Selbstverwaltung die notwendigen Freiräume zu geben, um sachgerechte Anpassungen im Vergütungssystem vornehmen zu können.

Deborah Weinbuch

Honorarbericht

Umsätze bei Vertragsärzten stagnieren

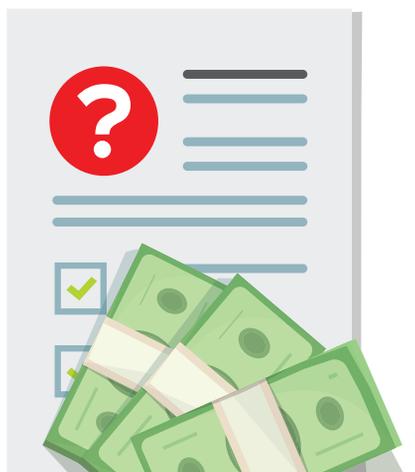
Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat in ihrem jüngsten Bericht die Honorarentwicklung für das Jahr 2022 beleuchtet. Insgesamt hat sich bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten wenig verändert, doch manche schnitten besser ab als andere.

Große Sprünge bei den Zahlen gibt es im aktuellen Bericht nicht, weder nach oben noch nach unten: Wie die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) mitteilt, beläuft sich der durchschnittliche Honorarumsatz je Arzt im Jahr 2022 auf 242.670 Euro – im Vorjahr lag er bei 242.169 Euro, was einem geringfügigen Anstieg um 0,2 Prozent entspricht. Der Honorarumsatz je Behandlungsfall ist hingegen leicht rückläufig und sinkt um 0,62 Euro auf durchschnittlich 75,25 Euro.

Diese Zahlen befassen sich mit der bundesweiten Honorarentwicklung aller Kassenärzte, sowohl aus dem hausärztlichen als auch aus dem fachärztlichen Bereich. Innerhalb der Kassenärztlichen Ländervereinigungen gibt es Unterschiede bei den Umsätzen. So verzeichnen zum Beispiel die KVen in Thüringen (+1,9%), Sachsen-Anhalt (+1,6%) und im Saarland (+1,5%) einen höheren Anstieg des Honorarumsatzes pro Arzt – ein Minus gibt es dagegen unter anderem in Hessen und Hamburg (jeweils -1,0%).

Warum die Daten nicht immer vergleichbar sind

Die Honorare im hausärztlichen Bereich heben sich zudem zusätzlich vom Rest ab: 250.144 Euro pro Arzt beträgt hier



Der KBV-Honorarbericht ist ein wichtiger Indikator für die finanzielle Situation der niedergelassenen Ärzte.

der Umsatz, womit Allgemeinmediziner 1,9 Prozent mehr Vergütung als im Jahr 2021 verbuchen. Fachärztlich tätige Kolleginnen und Kollegen müssen dagegen Einbußen hinnehmen, für sie ist der durchschnittliche Honorarumsatz je Arzt gegenüber dem Vorjahr um 1.856 Euro gesunken (-0,8%).

Gleichzeitig betont die KBV, dass die Zahlen für das Jahr 2022 aufgrund der Corona-Pandemie und ihrer Auswir-

kungen nur eingeschränkt mit denen des Vorjahres vergleichbar sind. Zum einen haben sich Kontaktbeschränkungen im ersten Quartal 2021 auf die Zahl der Behandlungsfälle ausgewirkt, zum anderen sind im vorliegenden Bericht bestimmte Leistungen nicht berücksichtigt worden. Dazu zählen insbesondere Umsätze aus der Coronavirus-Testverordnung sowie der Coronavirus-Impfverordnung.

Wie sich die Zahlen voraussichtlich weiterentwickeln

Mit Blick auf gesundheitspolitische Entscheidungen könnte die Honorarentwicklung für das vergangene Jahr 2023 insgesamt mehr Veränderung bereithalten. Die abgeschaffte Neupatientenregelung dürfte sich zum Beispiel auf die extrabudgetäre Vergütungsstruktur der Vertragsärzte auswirken. Inwieweit Zuschläge zur Terminvermittlung den Wegfall kompensieren, ist schwer vorauszusehen. Bewegung kommt wahrscheinlich auch in den pädiatrischen Bereich. Hier gab es bereits 2022 ein Plus von 4,7 Prozent beim Honorarumsatz im Vergleich zum Vorjahr. 2023 könnte es weiter nach oben gehen, nachdem kinder- und jugendärztliche Leistungen seit 1. April 2023 entbudgetiert sind.

Heiko Fekete

SO SETZT SICH DER HONORARUMSATZ ZUSAMMEN

Der Honorarumsatz aus vertragsärztlicher Tätigkeit ist die Zahlung an den Arzt oder Psychotherapeuten für den Betrieb der Praxis und die Versorgung von gesetzlich Krankenversicherten und nicht mit dem Nettoeinkommen gleichzusetzen: Das beträgt durchschnittlich nur 25,5 Prozent des Honorarumsatzes. Die anderen 74,5 Prozent des Honorarumsatzes wenden Vertragsärzte zur Finanzierung folgender Kostenpunkte auf:

- Praxiskosten für Personal, Miete, Energie, Versicherungen und medizinische Geräte
- Steuerzahlungen
- berufsständische Altersversorgung
- Beiträge für Kranken- und Pflegeversicherungen

Quelle: KBV



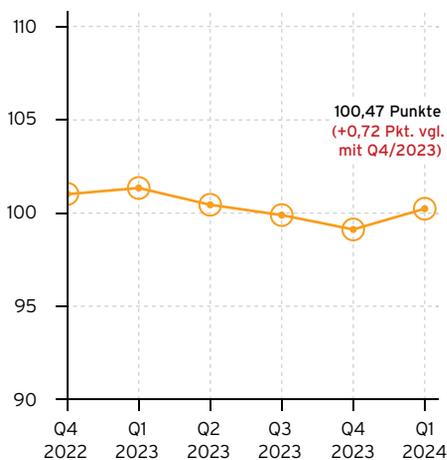
Fotos: viadwel - stockadobe.com

Kosten für Praxiszubehör

Preisindex geht wieder nach oben

Nach drei Preisrückgängen in Folge zeigt die Kurve für das erste Quartal 2024 wieder nach oben. Ärztliches Verbrauchsmaterial kostet unterm Strich wieder mehr. Doch es gibt innerhalb der Produktkategorien Unterschiede.

ZEITLICHER VERLAUF



Quelle: Praxisdienst

Der Preisindex steigt, damit verzeichnen auch die meisten Einzelkategorien höhere Werte.

Die Marke von 100 Punkten wurde im vierten Quartal 2023 unterschritten, jetzt liegt der Preisindex des Onlineshops „Praxisdienst.de“ (siehe Kasten rechts) wieder über der Marke: In Q1/2024 beträgt er 100,47 Punkte, was einem Plus von 0,72 Punkten im Vergleich zum Vorquartal entspricht. Die zuletzt sinkende Preiskurve ist damit zum neuen Jahr wieder ein Stück gestiegen.

Auf dem Papier sieht es nach einem höheren Preisanstieg aus, der Blick auf einen früheren Index relativiert das Ganze: „Der Indexwert von 100,47 lässt sich ungefähr mit dem des zweiten Quartals 2023 (100,39) einordnen, somit können wir nicht von extremen Preissteigerungen sprechen“, so die Analyse von Praxisdienst-Preismanager Christian Nieder. „In den vergangenen Monaten kalkulierte der Markt lieber mit geringen Margen, als die Kostensteigerungen eins zu eins weiterzugeben. Und langsam machen sich auch die erhöhten Einkaufspreise bei jedem Händler bemerkbar.“ Auch, dass einige Altbestände möglicherweise abverkauft sind und Händler ihre neuen Chargen teurer

anbieten müssen, spielt für den Preismanager eine Rolle. Gleichzeitig variieren die Werte für die einzelnen Produktkategorien (siehe Tabelle). Wund- und Verbandsmaterial sowie Einmalinstrumente für den OP-Bedarf sind im Vergleich zu Q4/2023 preislich wieder nach oben gegangen, während es zum Beispiel bei Laborbedarf kaum Veränderung gibt.

Einen spürbaren Rückgang verzeichnet der Preisindex für Schutzkleidung. Das ist der entspannteren Corona-Situation geschuldet, sagt Nieder. „Masken, Handschuhe oder Schutzanzüge finden keinen großen Absatz mehr (...). Gepaart mit hohem Lagerbestand und immer weniger Absatz in diesem Bereich sinken dementsprechend die Preise.“

Prognose sieht wenig Änderung

Wie könnte sich der Preisindex im Laufe des weiteren Jahres entwickeln? „Grundsätzlich würde ich nicht davon ausgehen, dass wir jetzt jedes Quartal mit weiteren Preissteigerungen zu rechnen haben“, sagt Nieder. Allerdings geht der Preismanager davon aus, dass sich das preisliche Niveau

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 Onlineshop Praxisdienst 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.

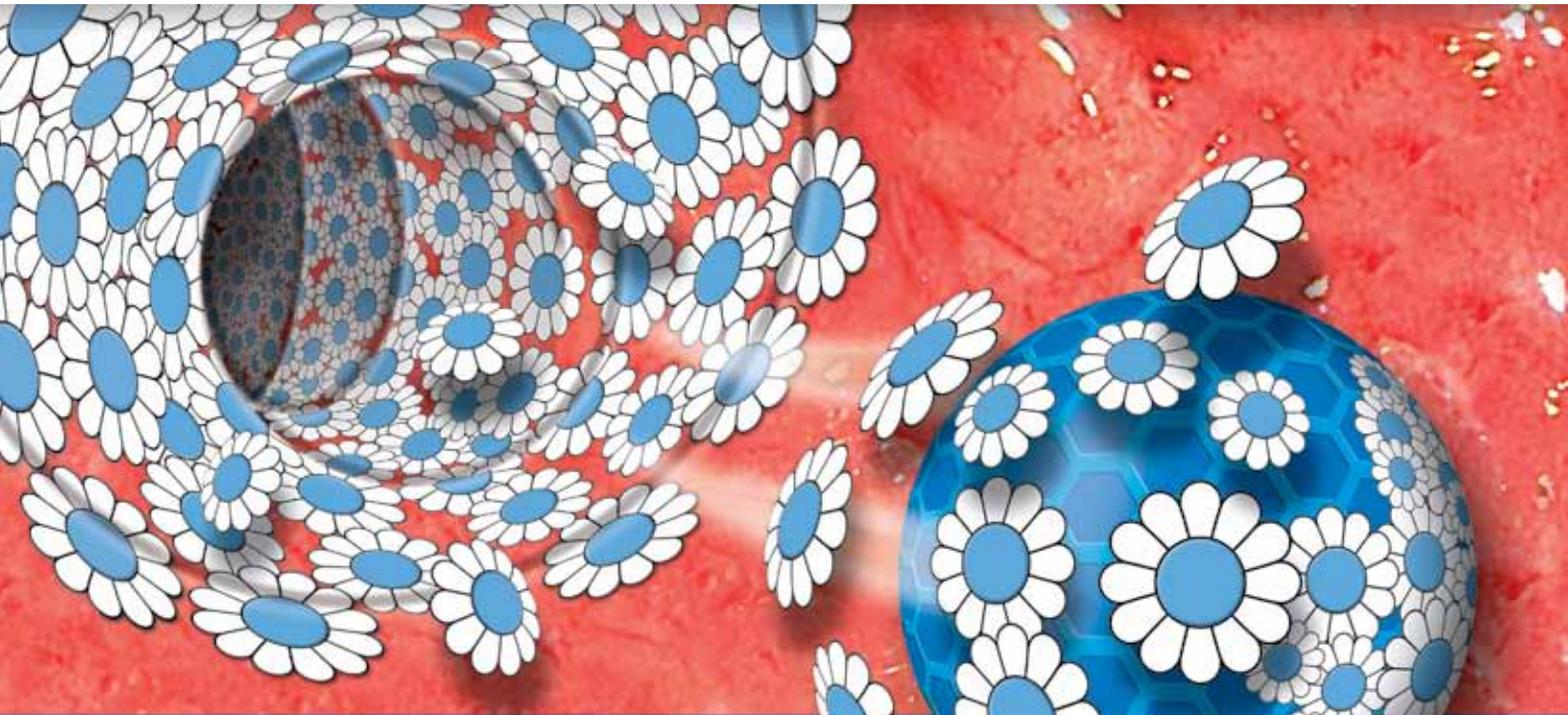
in etwa halten wird. Hinzu kommt, dass sich die Preise wieder den gestiegenen Fracht- und Personalkosten sowie generell höheren Energiepreisen angepasst haben. Deshalb sind Praxisinhaberinnen und -inhaber nach wie vor gut beraten, bei Neubestellungen auf Angebote zu achten und sich in solchen Fällen mit Vorräten einzudecken.

Heiko Fekete

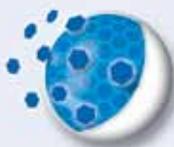
Colitis ulcerosa

Salofalk® Granu-Stix® 3g

macht den Unterschied



Einziges Mesalazin-Granulat mit 2-Komponenten-Galenik mit Matrix-Kern



- Zuverlässige Freisetzung im gesamten Kolon bis zum Rektum¹
- Hohe Wirksamkeit auch bei Proktosigmoiditis: 86 % in Remission²
- 3 g-Beutel für die komfortable Therapie: 1x täglich 1 Beutel

1x täglich 3g

1 Brunner et al. Aliment Pharmacol Ther. 2003;17(9):1163-9. 2 Kruis et al. Gut. 2009;58(2):233-40.

Salofalk® Granu-Stix® 500mg/1000mg/1,5g/3g; Salofalk® 250mg/500mg/1g magensaftresistente Tabletten; Salofalk® 250mg/500mg/1g Suppositorien; Salofalk® 2g/30ml bzw. 4g/60ml Klysmen; Salofalk® 1g Rektalschaum. Wirkstoff: Mesalazin. **Zusammensetzung:** 1 Btl. Salofalk® Granu-Stix® 500mg/1000mg/1,5g/3g enthält: Arzneil. wirks. Bestandteile: 500 mg/1000 mg/1,5 g/3 g Mesalazin. Sonstige Bestandteile: Aspartam (E 951), Carmellose-Natrium (Ph.Eur.), Citronensäure, hochdisp. Siliciumdioxid, Hypromellose, Magnesiumstearat (Ph.Eur.) [pflanzlich], Methacrylsäure-Methylmethacrylat-Copolymer (1:1) (Ph.Eur.) (MW: ca. 135000) (Eudragit L 100), Methylcellulose, mikrokr. Cellulose, Polyacrylat-Dispersion 40 % (Eudragit NE 40 D; enthält 2 % Nonoxinol 100), Povidon K 25, Simecon, Sorbinsäure (Ph.Eur.), Talkum, Titandioxid (E 171), Triethylcitrat, Vanille-Custard-Aroma (enthält Saccharose). 1 Btl. Salofalk® 250mg/500mg/1g enthält: Arzneil. wirks. Bestandteile: 250 mg/500 mg/1 g Mesalazin. Sonstige Bestandteile: Calciumstearat (Ph.Eur.) [pflanzlich], Eisen(III)-hydroxid-oxid (E 172), hochdisp. Siliciumdioxid, Hypromellose, Macrogol 6000, Methacrylsäure-Methylmethacrylat-Copolymer (1:1) (Ph.Eur.) (= Eudragit L), mikrokr. Cellulose, Povidon K 25, Talkum, Titandioxid (E 171); zusätzl. Salofalk® 250mg/500mg Tbl.: basisches Butylmethacrylat-Copolymer (Ph.Eur.) (= Eudragit E), Glycerin, Natriumcarbonat; zusätzl. Salofalk® 500mg/1g Tbl.: Croscarmellose-Natrium; zusätzl. Salofalk® 1g Tbl.: Methacrylsäure-Methylmethacrylat-Copolymer (1:2) (Ph.Eur.). 1 Supp. Salofalk® 250mg/500mg/1g enthält: Arzneil. wirks. Bestandteile: 250 mg/500 mg/1 g Mesalazin. Sonstige Bestandteile: Hartfett; zusätzl. Salofalk® 500mg Supp.: Cetylalkohol (Ph.Eur.), Docusat-Natrium. 1 Klysm Salofalk® 2g/30ml bzw. 4g/60ml enthält: Arzneil. wirks. Bestandteile: 2 g bzw. 4 g Mesalazin. Sonstige Bestandteile: Carborer 35000, Kaliumacetat, Kaliummetabisulfit (Ph.Eur.) (E 224), Natriumbenzoat (E 211), Natriummetadat (Ph.Eur.), ger. Wasser, Xanthangummi. 1 Sprühstoß Salofalk® 1g Rektalschaum enthält: Arzneil. wirks. Bestandteile: 1 g Mesalazin. Sonstige Bestandteile: Cetylstearylalkohol (Ph.Eur.), Natriummetadat (Ph.Eur.), Natriummetabisulfit (Ph.Eur.) (E 223), Polysorbat 60, Propylenglycol, Treibgase: Butan, Propan, 2-Methylpropan. **Anwendungsgebiete:** Salofalk® Granu-Stix® 500mg/1000mg/1,5g/3g: Akutbeh. u. Rezidivprophylaxe leichter bis mittelschwerer Colitis ulcerosa. Salofalk® 250mg/500mg Tbl.: Akutbeh. u. Rezidivprophylaxe Colitis ulcerosa. Akutbeh. Morbus Crohn. Salofalk® 1g Tbl.: Akutbeh. milder bis mittelschwerer Colitis ulcerosa. Salofalk® 250mg/500mg/1g Supp.: Akutbeh. (1g: leichter bis mittelschwerer) Colitis ulcerosa, die auf das Rektum beschränkt ist. Zusatzl. Salofalk® 250mg Supp.: Rezidivprophylaxe Colitis ulcerosa. Salofalk® 2g/30ml Klysmen: Akutbeh. leichter bis mittelschwerer entzündl. Erkrank. des Dickdarms (Colitis ulcerosa), die auf das Rektum u. Colon sigmoideum beschränkt sind. Salofalk® 4g/60ml Klysmen: Akutbeh. Colitis ulcerosa. Salofalk® 1g Rektalschaum: Beh. von leichter aktiver Colitis ulcerosa des Sigmoids u. Rektums. **Gegenanzeigen:** Pat. mit bekannter Überempfindlichkeit gg. den Wirkstoff, Salicylate oder einen der sonstigen Bestandteile, schwere Leber- u. Nierenfunktionsstörungen. **Warnhinweise:** Salofalk® Granu-Stix®: enthalten Aspartam und Saccharose. Salofalk® 250mg/500mg Tbl.: enthalten Natrium. Salofalk® 500mg Supp.: enthalten Cetylalkohol. Salofalk® Klysmen u. Rektalschaum: enthält Sulfid und Natriumbenzoat. Angaben gekürzt – weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte der Fach- bzw. Gebrauchsinformation. **Schwangerschaft u. Stillzeit:** Nutzen-Risiko-Abwägung erforderlich. **Nebenwirkungen:** Blutbildveränderungen (aplastische Anämie, Agranulozytose, Panzytopenie, Neutropenie, Leukopenie, Thrombozytopenie) | Überempfindlichkeitsreaktionen wie allergisches Exanthem, Medikamentenieber, Lupus-erythematoses-Syndrom, Pankolitis | Kopfschmerzen. Schwindel. Periphere Neuropathie | Myo- u. Perikarditis | Allergische u. fibrotische Lungenreaktionen (einschl. Dyspnoe, Husten, Bronchospasmus, Alveolitis, pulmonale Eosinophilie, Lungeninfiltrat, Pneumonitis) | Abdominalschmerzen, Diarrhö, Flatulenz, Übelkeit, Erbrechen, akute Pankreatitis | Cholestatische Hepatitis. Hepatitis | Ausschlag, Pruritus. Lichtempfindlichkeit. Alopezie. Arzneimittelreaktion mit Eosinophilie u. systemischen Symptomen (DRESS-Syndrom), Stevens-Johnson-Syndrom (SJS), toxische epidermale Nekrolyse (TEN) | Arthralgie. Myalgie | Nierenfunktionsstörungen einschl. akuter u. chron. interstieller Nephritis u. Niereninsuffizienz. Nephrolithiasis | Oligospermie (reversibel) | veränderte Leberfunktionsparameter (Transaminasen erhöht) | Zusatzl.: Salofalk® Granu-Stix® u. Salofalk® Tbl.: Dyspepsie | Kraftlosigkeit, Müdigkeit | veränderte Pankreasenzyme (Lipase u. Amylase erhöht), Eosinophilenzahl erhöht. Salofalk® Rektalschaum: Abdominales Spannungsgefühl. Analbeschwerden, Reizung am Verabreichungsort, schmerzhafter Stuhldrang. Salofalk® 1g Supp.: Verstopfung. **Verschreibungspflichtig.**

Stand: 10/2023

DR. FALK PHARMA GmbH



Leinenweberstr. 5
79108 Freiburg
Germany

www.dr-falk-pharma.de



Früher war die Anmeldung einer kleinen Photovoltaikanlage beim Finanzamt teils ziemlich umständlich. Inzwischen wurden aber Bürokratien abgebaut.

Photovoltaikanlagen

Steuerbesonderheiten bei Freiberuflern



Neue, im allgemeinen attraktivere steuerliche Regelungen sollen den Ausbau der Solarenergie fördern. Für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte lauert hier allerdings eine böse Falle. Ein einfacher Kniff beugt vor.

Klimaschutz ist Gesundheitsschutz – und so mancher fragt sich vielleicht, ob er oder sie mit einer eigenen Photovoltaikanlage (PV) einen aktiven Beitrag dazu leisten möchte. Die gute Nachricht: Was früher zum Teil recht kompliziert war, ist heute einfacher und günstiger geworden. Denn private Photovoltaikanlagen sind jetzt in vielen Fällen steuerbefreit.

Mit dem Jahressteuergesetz 2022 wurden einige der früheren bürokratischen Hürden abgeschafft. So gilt für PV-Anlagen bis 30 Kilowattpeak (kWp = Spitzenleistung der Anlage), die für den privaten Eigenverbrauch und zur Überschusseinspeisung genutzt werden, der Nullsteuersatz. Zur Orientierung: Eine typische PV-Anlage auf einem Einfamilienhaus liegt zwischen fünf und 15 kWp. „Sowohl der geldwerte Vorteil der solaren Eigenversorgung als auch die Einnahmen aus der Einspeisevergütung müssen nicht mehr in der Jahressteuererklärung ausgewiesen werden“, erklärt der Solarenergie Förderverein Deutschland e. V. (SFV). „Die Ermittlung des Gewinns fällt weg und die Anlage EÜR der Steuererklärung muss nicht mehr ausgefüllt werden.“

Auch mehrere Anlagen möglich

Es können auch mehrere Anlagen parallel betrieben werden. Diese bleiben steuerbefreit, wenn sie einzeln jeweils unter 30 kWp liegen und zusammen die Grenze

von maximal 100 kWp nicht überschreiten. Hier gibt es Spielraum, denn ein Steuerpflichtiger kann nicht nur eine natürliche Person sein, sondern beispielsweise auch eine Ehegatten-GbR, die automatisch entsteht, wenn Eheleute gemeinsam eine Photovoltaikanlage erwerben und betreiben.

Gewerbliche Infizierung vermeiden

Ein Anwendungserlass des Bundesfinanzministeriums (BMF) vom 12. Juni 2023 bringt für viele neue Betreiber und Betreiberinnen eine zeitliche und nervliche Entlastung: Die PV-Anlage mit einer Leistung von weniger als 30 kWp braucht nicht

mehr beim Finanzamt angemeldet werden, sofern sich die gewerbliche Tätigkeit auf die PV-Anlage beschränkt und die umsatzsteuerliche Kleinunternehmerregelung zur Anwendung kommt. Für niedergelassene Ärzte und Ärztinnen lauert hier allerdings eine Falle, warnt der Leipziger Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht Maximilian Schwanenberger: „Wenn Freiberufler sich eine Photovoltaikanlage auf das Praxisdach montieren lassen, auch wenn sie nur wenig einspeist, wird der freiberufliche Betrieb mit dem Gewerbebetrieb infiziert. Damit ist man steuerlich schlechter gestellt.“ Doch davon müssen sich Klimaschützer nicht abschrecken lassen. „Man kann das Problem recht einfach umgehen“, erklärt Schwanenberger.

➔ NEUE ANLAGEN UMSATZSTEUERFREI

Über eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) beim Kauf und Betrieb einer PV-Anlage kann diese bei Vorliegen der Voraussetzungen unter die Kleinunternehmerregelung fallen. Die Umsatzgrenze von 22.000 Euro kann mit einer typischen Anlage auf dem Hausdach nicht überschritten werden. Dennoch sollte die individuelle Situation mit dem eigenen Steuerberater besprochen werden, da im Einzelfall andere Wege günstiger sein können.

Gemeinsam kein Problem

Der Trick besteht darin, sich mit anderen zusammenzuschließen und die so entstandene Gesellschaft bürgerlichen Rechts bei der Abrechnung anzugeben. „Wenn Dr. Müller freiberuflich eine Praxis führt, kann die PV-Anlage auf dem Dach beispielsweise von der Dr. Müller Familien GbR geführt werden. Dann handelt es sich um zwei getrennte Unternehmen, die Infizierung ist damit umgangen“, so Schwanenberger. Unterm Strich ist eine PV-Anlage auf dem Dach also eine gute Idee – solange sie clever abgerechnet wird.

Deborah Weinbuch



Was müssen wir tun, um die Injektionsfrequenz zu reduzieren?

DAS BASALINSULIN NEU ERFINDEN.



Jetzt mehr erfahren auf
novo-wissen.de/insulinnovation

Insulin:
schlauer denn je,
einfach wie nie.





Darmkrebsprävention

Screening mit hohem Potenzial

Die NordICC-Studie ergab, dass die Vorsorge-Koloskopie die Darmkrebsfälle (nur) um 18 Prozent reduziert. Forschende des DKFZ zeigten nun mithilfe eines mathematischen Simulationsansatzes: Die Lage ist besser.

Zur Wirksamkeit von Vorsorge-Darmspiegelungen wurde bislang nur eine randomisierte Studie publiziert, die NordICC-Studie im Jahr 2022. Sie berichtete in der Intention-to-screen-Population eine vergleichsweise bescheidene Reduktion der Darmkrebsfälle von nur 18 Prozent. Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ) haben auf Schwachstellen des Studiendesigns, der Auswertung und der Dateninterpretation aufmerksam gemacht – auch wenn die Studie alles andere als zweitrangig im New England Journal of Medicine publiziert wurde. „Die in dieser Arbeit ermittelte Risikoreduktion von 18 Prozent innerhalb von zehn Jahren wirkt auf den ersten Blick enttäuschend. Doch bei genauerer Betrachtung wird klar, dass das Ergebnis eher die Studienbedingungen reflektiert als die Situation im wirklichen Leben“, erklärt Hermann Brenner, Epidemiologe am DKFZ. In einer aktuellen Publikation beschreiben seine Mitarbeitenden und er eine mögliche Ursache für eine Verzerrung der Ergebnisse: In die Risikoschätzungen der NordICC-Studie floss ein erheblicher Anteil von Darmkrebs-Fällen ein, die schon bei Studieneintritt vorhanden waren und durch das Screening „nur“ früh gefunden wurden. Trotzdem wurden sie wie neu aufgetretene Fälle gewertet. Biostatistiker sprechen bei diesem Phänomen von einer Prävalenzverzerrung. „Das verletzt



Foto: Kiattisak - stock.adobe.com

Das Screening findet nicht nur behandelbare Darmkrebs-Vorstufen, sondern auch bereits prävalente subklinische Fälle. Das verzerrt die Ergebnisse von randomisierten Studien.

einen zentralen Grundsatz randomisierter Präventionsstudien, wonach nur Personen, die noch nicht an der Krankheit leiden, die man verhindern will, in die Messung des Präventionseffekts einbezogen werden sollten“, kritisiert Brenner.

Das Team um Erstautor Thomas Heisser ermittelte, wie stark die tatsächliche Schutzwirkung durch die Prävalenzverzerrung unterschätzt wird. Dazu bildeten die Forschenden in einem Simulationsansatz die NordICC-Studie mit und ohne präklinische Krebserkrankungen bei Studieneintritt nach. Dafür nutzten sie COSIMO, ein mathematisches Modell, das den natürlichen Verlauf von Darmkrebs auf der Grundlage der Entwicklung von Adenomen zu präklinischem und klinischem Krebs simuliert. Die Ergebnisse waren eindeutig: Betrachtete man ausschließlich die neu auftretenden Darmkrebs-Fälle, so zeigte sich über den gesamten Zehnjahreszeitraum ein erheblicher Schutzeffekt des Screenings. „Unsere Modellrechnungen bestätigen das hohe präventive Potenzial der Darmspiegelung, das bei methodisch angemessener Analyse auch in der NordICC-Studie gefunden worden wäre“, sagt Brenner. Die Modell-

rechnungen zeigen eine Screening-bedingte Reduktion der Darmkrebs-Neuerkrankungen um 30 Prozent in der Intention-to-Screen- und um 70 Prozent in der Per-Protokoll-Analyse.

Inzidenz-Rückgang um 30 Prozent

Auf Bevölkerungsebene kann die Inzidenz des Darmkrebses auf die in der Simulation gefundenen Werte gesenkt werden, wenn das Screening begonnen und auch perfekt angenommen würde, bevor sich ein prävalenter Darmkrebs entwickelt. Das wäre ein Alter von 45 Jahren, wie die US-Leitlinien auch empfehlen, und nicht das Alter von 55 bis 64 Jahren wie bei den Teilnehmern der NordICC-Studie, geben die Autoren zu bedenken. „In Deutschland ist die Darmkrebs-Inzidenz seit Einführung der Vorsorge-Koloskopie im Jahr 2002 bereits um etwa 30 Prozent zurückgegangen. Dennoch erkrankten pro Jahr immer noch circa 55.000 Menschen an Darmkrebs. Bei einer besseren Nutzung der Darmkrebs-Vorsorge könnten wir noch sehr viel mehr Darmkrebs-Fälle verhindern“, betonen die DKFZ-Forscher.

Marcus Sefrin

Quelle: Heisser T et al. Gut 2024;73(3):556-558.

DOKUMENTATION LÄUFT

Die Inhalte des Programms zur Früherkennung von Darmkrebs regelt der Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in der Richtlinie über die Durchführung der organisierten Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL). Um die Wirksamkeit, Qualität und Sicherheit des Programms zu überwachen, ist zum 1. Oktober 2020 eine verpflichtende Dokumentation nach §25a SGB V gestartet.

Refluxerkrankung

Akkurate Diagnose bei chronischem Husten

Epidemiologische und physiologische Studien legen einen Zusammenhang zwischen gastroösophagealer Refluxkrankheit (GERD) und chronischem Husten nahe.

Eine retrospektive Studie aus Spanien ergab 2023, dass bei 46 Prozent der Menschen mit Husten eine GERD als Ursache angesehen wurde, vor Asthma (32 %) und dem Postnasal-Drip-Syndrom (15 %). Studien mit automatischer Hustenerkennung zur Zählung von Hustenereignissen haben gezeigt, dass eine GERD bei 48 Prozent der Untersuchten einem chronischen Husten definitiv vorausging, in 56 Prozent der Fälle kam der Husten vor der GERD. Bei einem Drittel der Patienten waren beide Mechanismen vorhanden.

Patienten mit chronischem Husten sollten umfassend auf eine GERD getestet werden, bevor eine langfristige Verschreibung von Protonenpumpeninhibitoren (PPIs) erwogen wird, zum Beispiel mit En-



Foto: DimaBerlin - stock.adobe.com

doskopie, Überwachung des pH-Werts der Speiseröhre oder Impedanz-pH-Messung.

Ein systematisches Review hat gezeigt, dass bei Patienten mit nachgewiesener pathologischer ösophagealer Säureexposition die Verbesserung durch PPIs im Vergleich zu Placebo zwischen 12 und 35 Prozent lag, bei Hustenpatienten ohne diesen Nachweis bei 0 bis 8,6 Prozent. In den 2023 veröffentlichten Praxisempfeh-

lungen der American Gastroenterological Association wird betont, dass das Ausbleiben einer Reaktion auf die medikamentöse Behandlung mit einem PPI ein wichtiger Faktor für das Scheitern einer Anti-Reflux-Operation ist.

Marcus Sefrin

Quelle: Roman S. Reflux and chronic cough; United European Gastroenterology Week 2023, Kopenhagen, 14.-17.10.2023 (Vortrag IP364)

Hypertonie

Messen und Bekämpfen

Zum Welthypertonietag am 17. Mai unterstreicht die World Hypertension League die zentrale Bedeutung der Blutdruckmessung als Schlüsselement im Kampf gegen Hypertonie.

Der 2005 eingeführte Aktionstag steht auch in diesem Jahr unter dem Motto „Messen Sie Ihren Blutdruck richtig, kontrollieren Sie ihn und leben Sie dadurch länger“. Wie wichtig dieser Appell ist, zeigen Prävalenz und Konsequenzen der Erkrankung: Fast jeder dritte Deutsche hat Bluthochdruck. Und mehr als die Hälfte aller Schlaganfälle und 47 Prozent der ischämischen Herzerkrankungen lassen sich auf erhöhten Blutdruck zurückführen. Eine Hypertonie ist zudem an jedem zweiten Fall von Niereninsuffizienz beteiligt.

Neben Anpassungen des Lebensstils benötigen viele Menschen mit Hypertonie eine medikamentöse Therapie, um ihren Blutdruck wirksam zu senken. Die Nationale VersorgungsLeitlinie Hypertonie 2023 empfiehlt unter ande-



Foto: Gina Sanders - stock.adobe.com

rem Diuretika wie Chlortalidon (CTN; Hygroton®) oder Hydrochlorothiazid (HCT) für die Erstlinientherapie der Hypertonie, wobei die thiazidartigen Diuretika in den üblichen niedrigen Dosierungen, wenn möglich, bevorzugt eingesetzt werden sollen. CTN erreicht eine zwei- bis dreifach stärkere Blutdrucksenkung im Vergleich zu HCT, wobei 12,5 mg CTN dem Effekt von 25 bis 37,5 mg HCT entsprechen. Chlortalidon hat zudem mit rund 50 Stunden eine signifikant längere Halbwertszeit im Vergleich zu HCT mit sechs bis acht Stunden.

Eine Metaanalyse von Dineva et al. mit Daten von insgesamt 51.789 Patienten hat 2019 gezeigt, dass CTN mit einer höheren medianen Reduktion des Blutdrucks um 3,26 mmHg systolisch und 2,41 mmHg diastolisch HCT übertrifft. Die Rate an unerwünschten Wirkungen wurde als nicht signifikant verschieden beurteilt.

Marcus Sefrin

Quelle: Presseinformation von Trommsdorff

Schmerzmedizin

Geschlechteraspekte stärker berücksichtigen

Frauen und Männer empfinden Schmerzen unterschiedlich; auch Schmerzmedikamente wirken geschlechtsabhängig.

Etwa 70 Prozent der Menschen mit chronischen Schmerzen sind Frauen. „In Studien zur Untersuchung von Schmerzmitteln spiegelt sich dieses Geschlechterverhältnis jedoch noch nicht wider, was zu verzerrten Ergebnissen führt“, kritisierte Prof. Bettina Pfeleiderer, ehemalige Präsidentin des Weltärztinnenbundes, in ihrem Vortrag zum Auftakt des Deutschen Schmerz- und Palliativtages. Frauen empfinden beispielsweise Druckschmerz stärker als Männer, unter anderem aufgrund ihrer dünneren Haut. Östrogen erhöht ebenfalls die Schmerzempfindlichkeit, während Testosteron Schmerzreize eher dämpft. Selbst vielen Schmerzmedizinern ist laut Pfeleiderer nicht bewusst, dass die in die Schmerzverarbeitung involvierten Strukturen des Gehirns auch Östrogenrezeptoren aufweisen. Auch Wirkungen und Nebenwirkungen



Foto: NPS Studio - stock.adobe.com

gen von Schmerzmitteln sind geschlechtsabhängig. Für lipophile Opioide sind zum Beispiel der höhere Körperfettanteil und das deutlich größere Bindungspotenzial bei Frauen klinisch relevant, erläuterte Pfeleiderer. Die Ausscheidung von Paracetamol ist bei ihnen um etwa 30 Prozent reduziert, Überdosierungen oder langfristige Anwendungen führen schneller zu irreversiblen Leberschäden als bei Männern.

Doch in einer Umfrage unter mehr als 2.000 Studenten und wissenschaftlichen Mitarbeitern der medizinischen Fakultäten der Universitäten Münster und Duisburg-Essen konnten nur 30 Prozent die Fragen zu geschlechtsspezifischen Unterschieden in der Schmerzmedizin richtig beantworten.

Marcus Sefrin

Quelle: Pressemitteilung der Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin

Vitamin-B₁₂-Mangel

Risiken im Blick haben, frühzeitig reagieren

Ein Vitamin-B₁₂-Mangel wird aufgrund seiner vielfältigen Symptome bei über der Hälfte der Betroffenen oft erst nach Jahren diagnostiziert.

Ein Vitamin-B₁₂-Mangel kann viele unterschiedliche klinische Symptome auslösen, darunter hämatologische und neuropsychiatrische Störungen. Und erste unspezifische Anzeichen wie Müdigkeit und Erschöpfung werden leicht übersehen. Verzögert sich jedoch die Diagnose, dann beginnt auch die Therapie verspätet und das Risiko irreversibler Folgeschäden steigt.

Grundsätzlich sollte sich die Diagnose und Behandlung eines B₁₂- Mangels auf das Vorhandensein klinischer Symptome (primär), positive Hinweise aus der Probanden-Anamnese (sekundär) und ergänzend dazu auf Labortests der vier relevanten Biomarker stützen, empfehlen Fachleute. Und sie raten dazu, auch Risikofaktoren für einen B₁₂-Mangel zu berücksichtigen. Mögliche Ursachen für einen solchen Mangel seien beispielsweise



Foto: aamulya - stock.adobe.com

eine zu geringe Vitamin-B₁₂-Zufuhr mit der Nahrung bei vegetarischer oder veganer Ernährung und eine gestörte Absorption durch eine Behandlung mit Protonenpumpenhemmern oder Metformin. Auch chronisch entzündliche Darmerkrankungen oder eine atrophische Gastritis verursachen oft einen Vitamin-B₁₂-Mangel. Ein krankheits- oder medikamentös bedingter Mangel kann sich innerhalb weniger Monate entwickeln, warnen Expertinnen und Experten. Bei älteren Menschen über 65 Jahre kann eine Malabsorption auch ohne offensichtliche Ursachen auftreten.

In der Therapie hat sich selbst bei Resorptionsstörungen, etwa durch Medikamenteneinnahme, eine hoch dosierte orale Supplementation mit 1.000 µg Vitamin B₁₂ als effektiv erwiesen (z. B. enthalten in B12 »Ankermann®« 1000 µg).

Marcus Sefrin

Quelle: Informationen von Würwag Pharma
Obeid R et al. Trillium Diagnostik 2023;21 (3), 168-171.

MIT ALGINATEN RAUS AUS DER PPI-DAUER THERAPIE

ÜBER 80% DER GERD-PATIENTEN ÜBERSCHREITEN DIE EMPFOHLENE PPI-THERAPIEDAUER¹

**AB SOFORT
WIEDER VERFÜGBAR**



Die aktuelle GERD-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) empfiehlt eine PPI-Behandlungsdauer von 4–8 Wochen², doch einer aktuellen Analyse zufolge werden 80% der Reflux-Patienten in Deutschland übertherapiert¹ – und das, obwohl mit Alginaten, Antazida oder H₂-Blockern wirksame, leitlinienkonforme Alternativen zur Verfügung stehen.

Bei GERD-Patienten mit typischen Refluxbeschwerden ohne Risikofaktoren* steht die Symptomkontrolle als alleiniges Therapieziel im Fokus der aktuellen GERD-Leitlinie – diese Gruppe macht ca. 90% der Reflux-Patienten aus. Hier eignen sich Alginat laut den Experten ebenso wie PPI für die probatorische Therapie und stellen bei aus Patientensicht genügender Symptomkontrolle hier eine gleichwertige Alternative zu PPI dar. Eine nicht (mehr) notwendige PPI-Therapie soll ausdrücklich beendet werden, d.h. es soll ein Auslassversuch erfolgen, welcher durch Alginat unterstützt werden kann.² So konnten in einer Studie 3 von 4 Patienten PPI nach 12 Monaten mit Alginaten erfolgreich absetzen.³

Alginat sind laut einer Metaanalyse den Antazida überlegen⁴

Antazida neutralisieren lediglich die Magensäure. Alginat hingegen reduzieren die Anzahl der Refluxereignisse durch die Ausbildung einer mechanischen Schutzbarriere.⁵ Im Vergleich zu Antazida konnten auch länger anhaltende symptomfreie Perioden von bis zu vier Stunden durch Alginat festgestellt werden.⁶ Für die bestmögliche Wirksamkeit spielt die genaue Formulierung eine Rolle. Im Vergleich zu anderen Alginat-Produkten enthält GAVISCON einen signifikant höheren Anteil an Alginat und bildet somit eine wirksame Alginat-Schutzbarriere bei Refluxsymptomen. Denn: einen maßgeblichen Anteil zur effektiven Symptomlinderung trägt die Umwandlung von Alginat in Alginsäure bei.⁷

Vielältige Einsatzmöglichkeiten von GAVISCON

GAVISCON ist das einzige Arzneimittel mit Alginat gegen Reflux und ein Großteil der in der Leitlinie zitierten Studien zur Wirksamkeit von Alginaten bei Reflux wurden mit GAVISCON durchgeführt. Laut GERD-Leitlinie sind Alginat zur probatorischen Behandlung von Refluxsymptomen bei Patienten ohne Alarmsymptome geeignet und können bei nächtlichen Säuredurchbrüchen auch unmittelbar vor dem Schlafengehen sowie bei Bedarf nach dem Essen eingenommen werden. Zudem wird eine Anwendung als Add-on bei unzureichendem Ansprechen unter PPI empfohlen.²

* ohne positive Familienanamnese für Malignome des oberen Verdauungstrakts und ohne Risikofaktoren für Komplikationen

1. Plehova et al, Journal of Primary Care & Community Health, 2023;14:1–9. 2. Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e. V. (DGVS; Hrsg.). S2k-Leitlinie: Gastroösophageale Refluxkrankheit, AWMF Register Nr. 021-013, März 2023. 3. Coyle et al, BJGP Open 2019;3:bjgpopen19X101651. 4. Leiman et al. Dis Esophagus. 2017 May 1;30(5):1–9. 5. Rohof et al. Clin Gastroenterol Hepatol. 2013;11(12):1585–e90. 6. Mandel et al. Aliment Pharmacol Ther. 2000 Jun;14(6):669–90. 7. Dettmar et al. Drug Dev Ind Pharm 2018 Jan;44(1):30–39.

Gaviscon Dual 250 mg / 106,5 mg / 187,5 mg Kautabletten

Gaviscon Dual 500 mg / 213 mg / 325 mg Suspension zum Einnehmen im Beutel

Zus.: Dual 1 Kautbl. enth.: Wirkst.: 250 mg Natriumalginat, 106,5 mg Natriumhydrogencarbonat u. 187,5 mg Calciumcarbonat. Sonst. Best: Macrogol 20 000, Mannitol (Ph.Eur.), Copovidon, Acesulfam-Kalium, Aspartam (E 951), Pfefferminzaroma, Azorubin (E 122), Magnesiumstearat (Ph.Eur.), Xylitol (enth. Carmellose-Natrium). Dual 10 ml Susp. enth.: Wirkst.: 500 mg Natriumalginat, 213 mg Natriumhydrogencarbonat, 325 mg Calciumcarbonat. Sonst. Best: Carbomer 974 P, Methyl-4-hydroxybenzoat (E 218), Propyl-4-hydroxybenzoat (E 216), Saccharin-Natrium, Pfefferminzaroma, Natriumhydroxid, ger. Wasser. **Anw.:** Behandl. d. säurebed. Sympt. d. gastroösophag. Reflux w. Sodbrennen, saures Aufstoßen, Verdauungsstörungen (Dyspepsie) z.B. nach d. Mahl., währ. d. Schwang. **Gegenanz.:** Überempf. gg. d. Wirkst., Menthol od. e. d. sonst. Best. **Kautbl. zusätzl.:** Überempf. gg. Azorubin. **Susp. zusätzl.:** Überempf. gg. Methyl-4-hydroxybenzoat (E 218) u. Propyl-4-hydroxybenzoat (E 216). **NW.:** Sehr selt.: anaphylakt. od. anaphylaktoide Reakt., allerg. Reakt. wie Urtik., Überempf.-reakt. durch Menthol b. sensibilis. Pat. mögl. (einschl. Atemnot). Sehr selt.: Bauchschm., Säure-Rebound, Durchfall, Übelk., Erbrechen; juckend. Hautausschlag. Nicht bek.: Alkalose, Hyperkalzämie, Milch-Alkali-Syndrom; respir. Effekte wie Bronchospasmus; Obstipation. **Kautbl. zusätzl.:** allerg. Reakt. durch Azorubin mögl. **Susp. zusätzl.:** Überempf.-reakt., auch Spätreakt., durch Methyl-4-hydroxybenzoat u. Propyl-4-hydroxybenzoat mögl. **Warnhinw.:** Hoher Natriumgehalt, Menthol. **Susp. zusätzl.:** Methyl-4-hydroxybenzoat (E 218), Propyl-4-hydroxybenzoat (E 216). **Kautbl. zusätzl.:** Aspartam (E 951), Azorubin (E 122), Sucrose. Angaben gekürzt – Fachinformation beachten. **GAVID0084. Reckitt Benckiser Deutschland GmbH – 69067 Heidelberg**

GAVISCON

DGIM

Unangenehme Wahrheit kann schmerzen

Über 8.000 Teilnehmer hatte der 130. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) in Wiesbaden. Es ging um individualisierte Therapie, die alle betrifft - aber auch um den Klimawandel.

Eine Plenarsitzung gab es am Sonntag, den 14. April, als Novum auf der DGIM-Tagung.

Feinstaub und Lungentumoren

Stäube sind immer ein Thema. So weiß man seit einiger Zeit, dass Nichtraucher, die an großen städtischen Straßen wohnen, ebenfalls ein deutlich erhöhtes Risiko haben, an COPD zu erkranken. Dr. William Hill vom Francis Crick Institute in London berichtete von seiner Forschung. Seine Kernaussage lautete, dass Stäube Lungentumoren mit Mutationen des EGF-Rezeptors fördern.

Klimawandel verändert die Erde

Um sich entspannt zurückzulegen, waren die Daten des Physikers Prof. Stefan Rahmstorf vom Potsdam-Institut für Klimafolgenforschung (PIK) viel zu brisant. Er ist einer der weltweit renommiertesten Klimaforscher und gehört zu den Leitautoren des 2007 veröffentlichten Vierten Sachstandsberichtes des Weltklimarates. Rahmstorf zeigte in einem mit Daten gut fundiertem Vortrag unter anderem, welche Regionen der Erde bei der aktuellen und zu erwartenden Entwicklung der Temperatur nicht mehr bewohnbar sein werden. Dass daraus eine Migration folgen wird, brauchte er gar nicht weiter auszuführen. Ebenso klar wie die von ihm vorgelegten Daten waren seine Forderungen, was man tun müsse, um die steigende Erderwärmung und deren massive Folgen zu begrenzen. In der folgenden Diskussi-



Fotos: neenawat555 - stock.adobe.com, Brad Pict - stock.adobe.com

on attackierte ihn ein älterer Teilnehmer mit Aussagen unter der Gürtellinie. Offensichtlich kannte Rahmstorf ihn schon, denn er entgegnete nur, dass dieser persönlich werde, wenn ihm die fachlichen Argumente ausgehen.

on attackierte ihn ein älterer Teilnehmer mit Aussagen unter der Gürtellinie. Offensichtlich kannte Rahmstorf ihn schon, denn er entgegnete nur, dass dieser persönlich werde, wenn ihm die fachlichen Argumente ausgehen.

Nutzen und Gefahren von KI

Nicht ganz so emotional ging es beim dritten Vortrag der Plenarsitzung zu. Prof. Martin C. Hirsch, Marburg, erläuterte die Möglichkeiten und Chancen, aber auch die Gefahren von künstlicher Intelligenz (KI).

Als Beispiel nutzte er die Dermatologie. Kaum ein Kollege dieser Fachrichtung wird bestreiten, dass er in einem Fachgebiet arbeitet, in dem der optischen Erkennungen von Auffälligkeiten so viel Bedeutung zukommt. Dementsprechend sind Systeme, welche Verdachtsdiagnosen etwa von Melanomen stellen, mittlerweile weit entwickelt.

KI als lernendes System steigert seine Präzision im Einsatz deutlich. Und im Gegensatz zu Dermatologen werden die Systeme nicht müde. Allerdings hänge die Entscheidung, was bei solch einer Diagnose gemacht werde, immer noch vom

Gespräch zwischen dem Arzt und dem Patienten ab.

Auf absehbare Zeit könne KI auch das Schreiben der Arztbriefe übernehmen, betonte Hirsch. Da alle Befunde sowie in der Patientenakte abgelegt und die ärztliche Tätigkeit dort dokumentiert sein muss, ist es nicht unrealistisch, dass ein KI-System mit Zugriff auf diese Daten einen kardiologischen Arztbrief an den überweisenden Hausarzt schreiben wird.

Alles in allem ist zu erwarten, dass die KI der Ärzteschaft einige Aufgaben abnimmt, diese aber keinesfalls ersetzt.

Doch wo Chancen sind, da gibt es auch erhebliche Risiken. Die Entwicklung in den USA zeige, dass die Entscheidung ganz klar für die wirtschaftliche Nutzung der KI gefallen sei. Man könne sich als Beispiel durchaus vorstellen, dass medizinische Information mit Information über das Einkommen oder das Vermögen zusammengeführt und danach berechnet wird, ob sich eine ärztliche Leistung für den individuellen Patienten im Sinne des Kostenträgers rentiert.

Dr. med. Ulrich Karbach

Quelle: Plenarsitzung anlässlich der DGIM-Tagung am 14. März 2024 in Wiesbaden

Veränderung erzeugt Ängste ...

Als die ersten Eisenbahnen führen, glaubte man, dass der Körper die Geschwindigkeit nicht verkraften könne. Heute sind andere Themen relevant. Dazu gehören Tote durch Hitze bei uns.

DGIM/HPV-Impfung

Tumore und mehr durch Impfung vermeiden

Dass eine Impfung gegen HPV in zwanzig oder mehr Jahren einen Tumor verhindert, motiviere Jugendliche nicht zur Impfung, betonte Dr. Sven Schellberg, Berlin.

Anders sehe es bei Warzen aus, die durch das humane Papillomvirus (HPV) verursacht werden. Diese finde man im Genitoanalbereich, aber auch im Nasenrachenraum – insbesondere auf den Stimmbändern. Da diese trotz Behandlung häufig rezidivieren, könne er nicht verstehen, dass die verfügbare Schutzimpfung in Deutschland so selten genutzt wird. Immer dann, wenn es in der Kommunikation um Sexualität gehe, werde es schwierig. Nach seiner Erfahrung klappe die Kommunikation zu diesem Thema besser, wenn man nicht im weißen Kittel hinter dem Schreibtisch sitzt. Zudem seien Genitalwarzen in der Kommunikation mit Jugendlichen besser geeignet, für eine präventive Impfung zu werben.



Foto: Kay Abrahams/peopleimages.com - stock.adobe.com

Die Zulassung von GARDASIL®9 nennt keine Altersgrenze, obwohl nach der STIKO-Empfehlung möglichst im Alter von neun bis 14 Jahren geimpft werden sollte. Auch im Alter von 18 Jahren und älter kann nach der Zulassung noch gegen HPV geimpft werden. Allerdings muss der Arzt den Nutzen abschätzen. Zudem hängt es von der Krankenversicherung ab, bis wann die Impfung gegen HPV

bezahlt wird. Über MSD ist eine Liste erhältlich, die angibt, welche Krankenkasse die Kosten für die Impfung bis zu welchem Alter übernimmt. Mit dem Verweis auf eine andere Krankenkasse im Antrag auf Bezahlung in höherem Alter erfolge meist eine Genehmigung, so Schellberg.

Dr. med. Ulrich Karbach

Quelle: Satellitensymposium anlässlich der DGIM-Tagung am 14. April 2024 in Wiesbaden (MSD)

DGIM/Vitamin D

Viel hilft viel, stimmt so nicht

Vitamin D ist nicht nur für die Knochen wichtig. Was man wissen sollte und wann man substituieren muss, berichtete der Orthopäde Dr. Thomas Maurer aus Oberotterbach im Rahmen der diesjährigen DGIM-Tagung.

Vitamin D wird bei Sonnenbestrahlung in der Haut gebildet. 25-Hydroxy-Colecalciferol (25[OH]D) wird in der Niere zu 25(OH)₂D umgewandelt. Normalerweise wird das 25(OH)₂D gemessen, so Maurer. Serumwerte unter 50 nmol/l (20 ng/ml) zeigen suboptimale bis mangelhafte Versorgung mit Vitamin D. Nach Daten des Robert Koch-Institutes von 2019 sind nur 44 Prozent der Erwachsenen in Deutschland gut mit Vitamin D versorgt.

Etliche Gründe führen zu einem Mangel an Vitamin D. So bildet die Haut mit steigendem Alter weniger Vitamin D. Zudem gehen Ältere seltener raus. Übergewicht – wie oft bei Typ-2-Diabetes – bremst die Bildung von Vitamin D ebenfalls und bestimmte Medikamente sorgen



Foto: Judith - stock.adobe.com

für einen schnelleren Abbau des Vitamins. Allerdings gibt es ebenfalls Probleme, wenn die Vitamin-D-Spiegel zu hoch sind. So berichtete Maurer von einem Patienten, der einen Serumwert von über 100 nmol/l aufwies. Ab einem Wert von 40 ng/ml, was 100 nmol/l entspricht, steigt die Sturzgefahr, wie eine Studie belegt hat.

Die Risikogruppen hatte Maurer schon eingangs beschrieben. Wichtig ist, dass Colecalciferol Aristo® 20.000 I.E. Weichkapseln alleine nicht ausreichen. Da Colecalciferol fettlöslich ist, sollte es immer zu einer Mahlzeit eingenommen werden. Die aktuelle Empfehlung sind 800 bis 1.000 I.E. Colecalciferol pro Tag und 1.000 mg Kalzium pro Tag. Natürlich kann man auch mit Sonnenlicht und Ernährung etwas erreichen. So enthalte Sprudelwasser mehr Kalzium als stilles Mineralwasser.

Dr. med. Ulrich Karbach

Quelle: Pressegespräch anlässlich der DGIM-Tagung am 15. April 2024 in Wiesbaden (Aristo)

DGIM/Hidradenitis suppurativa

Neue Leitlinie empfiehlt Biologika

Die alte Bezeichnung Akne inversa führe zu Verwirrung. Denn vielfach heiße es dann, das ist ja nur eine Akne, so die Experten bei einem Pressegespräch.

Die korrekte Diagnose müsse frühzeitig gestellt werden, um den hohen Leidensdruck der Betroffenen senken zu können. Bislang seien die medikamentösen Optionen bei Hidradenitis suppurativa (HS) begrenzt gewesen, betonte PD Andreas Pinter, Frankfurt, und führte fort: „Secukinumab wurde in der neuen HS-Leitlinie unter Konsens mit starker Empfehlung versehen und bietet Patient*innen mit aktiver, entzündlicher HS eine sichere und wirksame Option zur Therapie.“ Der vor einem Jahr für mittelschwere bis schwere HS zugelassene IL-17-Inhibitor Secukinumab (Cosentyx®) sei sehr gut wirksam, wenn eine konventionelle systemische Therapie der HS nicht ausreichend angegangen hat. Weiter führte er aus: „Die Leitlinien-Empfehlung des International



Foto: Teri Hofford - stock.adobe.com

Hidradenitis suppurativa Severity Score System (IHS4) bietet die Möglichkeit, den Schweregrad sowie Therapieoptionen für Patient*innen mit aktiver, entzündlicher HS besser einzuschätzen.“

Zusammen mit PD Maurizio Podda, Darmstadt, erörterte er, warum der IHS4 besser sei als der bislang übliche Hurley-Score. Er betonte: „Im Gegensatz zum Hurley-Score bezieht das International Hi-

dradenitis suppurativa Severity Score System auch die Entzündungsaktivität bei der Bewertung mit ein. Gerade bei der aktiven HS ist das entscheidend.“ Gegebenenfalls müsse man mit einem Schmerztherapeuten zusammenarbeiten, weil Schmerzen Betroffene mit HS stark belasten.

Dr. med. Ulrich Karbach

Quelle: Pressegespräch im Rahmen der DGIM-Tagung am 15. April 2024 in Wiesbaden (Novartis)

DGIM/Funktionelle Magen-Darm-Beschwerden

Ganzheitliche Therapieoptionen

Neue Erkenntnisse dazu, wie die Mikrobiom-Darm-Hirn-Achse die Gesundheit beeinflusst, eröffnen ganzheitliche Therapieoptionen bei funktionellen Magen-Darm-Beschwerden. Das zeigte ein DGIM-Symposium.

Der Begriff Mikrobiom-Darm-Hirn-Achse fasst die Funktionen und Interaktionen zwischen Bauch und Hirn zusammen. Im Rahmen des Symposiums wurde deutlich, dass die Funktion des enterischen Nervensystems und die des Magen-Darm-Traktes an die Bedürfnisse des Gesamtorganismus angepasst werden können und die Interaktion mit dem peripheren Nervensystem eine wichtige Rolle spielt. Das Darmmikrobiom könne über diese Verbindung die Wahrnehmung und Signalverarbeitung sowie die Entwicklung des Immunsystems und der Verdauung beeinflussen.

Die Mikrobiom-Darm-Hirn-Achse werde etwa durch ungesunde Ernährung und Medikamente beeinflusst, erklärte Prof. Stephan C. Bischoff, Universität

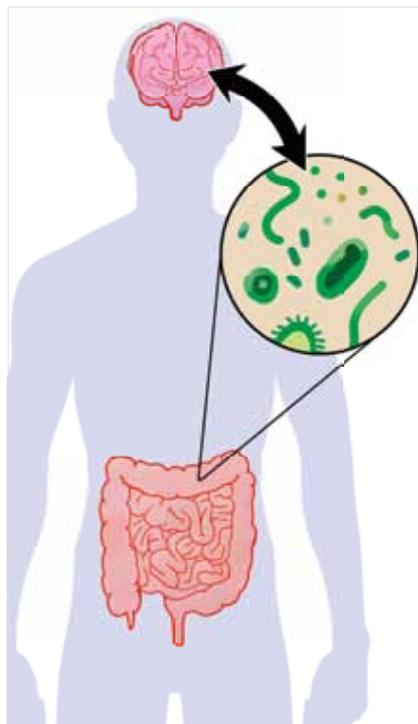


Foto: Steven - stock.adobe.com

Hohenheim. Risikofaktoren für Mikrobiomveränderungen (Dysbiose) seien wiederholte Antibiotika-Einnahmen, schwere oder rezidivierende gastrointestinale Infekte, die zum postinfektiösen Reizdarmsyndrom führen könnten, außerdem Helicobacter-Infektionen, Stress und Alter. Die Symptome entsprechen jenen funktioneller Magen-Darm-Beschwerden wie etwa dem Reizdarmsyndrom.

Die S3-Leitlinie Reizdarmsyndrom empfiehlt neben Ernährungsanpassung und Stressreduktion medikamentöse Interventionen mit Iberogast® Classic (STW 5) und mit Iberogast® ADVANCE (STW 5-II). Pharmakologische Untersuchungen zeigten, dass STW 5-II das Mikrobiom beeinflussen und Störungen der Darmbarriere entgegenwirken kann. Eine solche multimodale Therapie bietet Betroffenen eine ganzheitliche Unterstützung.

Manuela Ruttko

Quelle: Symposium im Rahmen der DGIM-Tagung am 15. April 2024 in Wiesbaden (Bayer)

Starke Technik einfach zum Verlieben



Foster® NEXThaler®

Der extrafeine Pulverinhalator von Foster®.

Foster® ist beliebt bei Patient*innen# und made in Europe.

- Einfache Anwendung in nur 3 Schritten
- Mit 3-Fach-Feedback zur Dosisfreisetzung
- Zugelassen bei Asthma und COPD

bezogen auf die Gesamtmarke Foster.

Foster® NEXThaler® 100 Mikrogramm/6 Mikrogramm pro Inhalation Pulver zur Inhalation. Foster® NEXThaler® 200 Mikrogramm/6 Mikrogramm pro Inhalation Pulver zur Inhalation. **Zus.:** Foster® NEXThaler 100/6: Jede Einzeldosis enthält 100 µg Beclometasondipropionat (Ph. Eur.) u. 6 µg Formoterolfumarat-Dihydrat (Ph. Eur.) Foster® NEXThaler 200/6: Jede Einzeldosis enthält 200 µg Beclometasondipropionat (Ph. Eur.) u. 6 µg Formoterolfumarat-Dihydrat (Ph. Eur.). **Sonst. Bestandteile:** α-Lactose-Monohydrat, Magnesiumstearat (Ph. Eur.). **Anw.:** Regelmäßige Behandlung v. Asthma bei Erwachsenen, bei denen das Asthma m. inhalativen Kortikosteroiden u. kurzwirksamen Bronchodilatoren zur bedarfsweisen Inhalation nicht ausreichend kontrolliert werden kann od. das Asthma auf die Behandlung m. Kortikosteroiden u. langwirksamen Bronchodilatoren gut anspricht. **Zusätzl. Foster® NEXThaler® 100/6:** Behandlung der Symptome einer schweren chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) bei Erwachsenen. **Gegenanz.:** Überempfindlichkeit gegen einen der Bestandteile. Nicht bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren anwenden. **Nebenw.:** Risiko eines paradoxen Bronchospasmus. Allerg. Reaktionen (Hautallergien, Hautjucken, Hautausschlag, Hautrötungen, Schwellung der Haut od. Schleimhaut (Augen-, Gesichts-, Lippen- u. Rachenbereich)); Zittern, *Nur Foster® NEXThaler 100/6: zusätzl. Pneumonie bei COPD-Patienten mit Fieber od. Schüttelfrost, vermehrte Bildung von Schleim, Farbänderung des Schleims, stärkerer Husten od. verstärkte Atembeschwerden;* grippeart. Beschwerden, Rachenentzündung, Pilzinfektionen (Mund, Rachen), Verschlimmerung d. Asthmaprobleme, Atembeschwerden, Heiserkeit, Husten, ungewöhnl. schneller od. langsamer Herzschlag, Engegefühl i. d. Brust, Kopfschmerzen, Unwohlsein, Müdigkeitsgefühl od. Nervosität, Veränd. d. Elektrokardiogramms (EKG), zu niedriger Kortisolwert i. Urin od. i. Blut, erhöhter Kaliumspiegel i. Blut, erhöhter Glukosewert i. Blut, erhöhte Blutfettwerte, verschwommenes Sehen; **Nebenw. vergleichbarer Arzneimittel:** Herzklappen, unregelmäß. Herzschlag, Veränd. od. Beeinträchtigungen d. Geschmackssinns, Muskelschmerzen u. Muskelkrämpfe, Ruhelosigkeit, Schwindel, Angstgefühl, *Nur Foster® NEXThaler 200/6: zusätzl. Angstzustände; Schlafstörungen, Abfall des Kaliumspiegels i. Blut, Anstieg od. Abfall d. Blutdrucks.* **Systemische Effekte bei längerer Anwendung inhalativer Kortikosteroide in hohen Dosen:** Funktionsstörungen d. Nebennieren (Nebennierenrindensuppression), Abnahme d. Knochenmineraldichte, Wachstumsverzögerungen bei Kindern und Jugendlichen, erhöhter Augeninnendruck (Glaukom), grauer Star (Katarakt), schnelle Gewichtszunahme (Gesicht/Oberkörper). Diese Nebenwirkungen treten eher bei Kindern auf; Schlafprobleme, Depressionen od. Gefühl v. Besorgtheit, Ruhelosigkeit, Nervosität, Übererregung od. Reizbarkeit; Verhaltensauffälligkeiten. **Verschreibungspflichtig.** Chiesi GmbH, Hamburg. **Stand:** August 2019.

Foster®
NEXThaler®

Parlamentarischer Abend

Deutschland braucht eine Menopause-Strategie

Über neun Millionen Frauen in der Bundesrepublik Deutschland sind zwischen 40 und 55 Jahre alt. Sie stecken mitten im Leben und demnach wohl auch irgendwo zwischen Perimenopause und Postmenopause. Dass diese Phase im Leben einer Frau extrem belastend sein kann, wird bestenfalls hinter vorgehaltener Hand kommuniziert. Höchste Zeit, dass sich das ändert und dass Frauen endlich die Hilfe und Unterstützung bekommen, die sie benötigen. Wie das aussehen kann, war Thema eines parlamentarischen Abends in Berlin.

Unter der Moderation von Susann Atwell (Fernsehjournalistin, im Bild mittig) diskutierten Dr. Katrin Schaudig (Gynäkologin, Präsidentin der Deutschen Menopause Gesellschaft), André Kindling (Geschäftsführer Besins Healthcare Germany), Ildikó von Kürthy (Autorin), Georg Kippels (MdB), Diana Stöcker (MdB) und Heike Engelhardt (MdB) (v.l.n.r).

Zu Beginn der Veranstaltung wurde eine Videobotschaft von Carolyn Harris (Mitglied des britischen Unterhauses) aus England eingespielt. Die Menopause-Aktivistin berichtete, wie die britische Politik auf den gesellschaftlichen und parlamentarischen Druck, Frauen in den Wechseljahren besser zu unterstützen, reagiert hat. So definiert beispielsweise die 2022 in Kraft getretene Women's Health Strategy zentrale Felder der Frauengesundheitspolitik, darunter auch die Wechseljahre.

Anschließend setzte Dr. Katrin Schaudig mit einem Vortrag zum weiblichen Zyklus, zu Wechseljahressymptomen und ihren Folgen sowie über Behandlungsmöglichkeiten einen wichtigen Impuls zum Auftakt der Podiumsdiskussion.

Unwissenheit ist groß

Der Mangel an Wissen über das Klimakterium ist groß. Da die Wechseljahre nach wie vor ein großes Tabuthema sind, ist die Mehrzahl der Frauen dementsprechend schlecht über die Menopause, potenzielle Symptome und deren Behandlungsmöglichkeiten informiert.

Aber auch innerhalb der Ärzteschaft herrscht Unwissenheit. Oft sind Hausärztinnen und Hausärzte die ersten Ansprechpartner, wenn Frauen unspezifische Gesundheitsprobleme haben. Doch die Wechseljahre sind im Grundstudium

Medizin kein Thema und auch in der fachärztlichen Ausbildung bleiben sie ein Stiefkind der Gynäkologie. Hausärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte können also in der Regel häufig gar keine entsprechende Differenzialdiagnose stellen.

Diagnosetools, wie die international verwendete Menopause Rating Scale, sind unvollständig. Sie enthalten keine frühen Symptome (z.B. Kopfschmerzen, Gewichtszunahme am Bauch) und erschweren auch Gynäkologinnen und Gynäkologen die korrekte Diagnose.

Viele Beschwerden in der frühen Menopause sind völlig unspezifisch, sodass sie – Schaudig zufolge – weder von Hausärztinnen und -ärzten noch von Gynäkologinnen und Gynäkologen als Menopause-bedingt wahrgenommen würden. In der Folge erleben viele Patientinnen eine Odyssee an Facharztbesuchen und Therapieversuchen ohne nennenswerten Erfolg. Viele Frauen bekommen aber auch

dann keine adäquate Behandlung angeboten, wenn Symptome wie Hitzewallungen, Brainfog und Scheidentrockenheit eindeutig dem Klimakterium zuzuordnen sind. Zu sehr sei laut Schaudig noch bei vielen Ärztinnen und Ärzten die Einstellung im Kopf verankert, dass die Wechseljahre ein natürlicher Prozess seien und Frauen einfach da durch müssten.

Doch für ein Drittel der Frauen ist das leichter gesagt als getan. Sie fühlen sich aufgrund klimakterischer Beschwerden massiv in ihrer Lebensqualität eingeschränkt. So fasste Ildikó von Kürthy ihre eigenen Erfahrungen sinngemäß zusammen: Hitzewallungen sind wie Schmerzen. Sie tun zwar nicht weh, aber sie beherrschen das gesamte Denken und Handeln.

Mehr als Schwarz und Weiß

Wechseljahresbeschwerden können durch eine Vielzahl von Maßnahmen gelindert werden. Dazu zählen unter anderem Yoga,

Nicht nur auf dem Podium wurde angeregt diskutiert – auch die anschließende offene Debatte wurde lebhaft fortgeführt.



Akupunktur, pflanzliche Arzneimittel und Antidepressiva sowie die Hormonersatztherapie (HET). Dabei gilt es, für jede Patientin die für sie am besten geeignete(n) Behandlungsoption(en) herauszufiltern. Schwarz-Weiß-Denken sei an dieser Stelle nicht angebracht, so Schaudig. Man könne nicht pauschal sagen, alle Patientinnen bräuchten eine HRT. Aber genauso wenig könne man behaupten, keine Frau benötige eine Behandlung mit Hormonen.

Gute Beratung wird nicht honoriert

Diagnose, Therapieauswahl, Gespräche und Aufklärung benötigen jedoch Zeit – ein rares Gut in der Arztpraxis. Obendrein können Frauenärztinnen und -ärzte für die Beratung von Patientinnen mit Wechseljahresbeschwerden weniger als 20 Euro pro Quartal abrechnen. Das ist viel zu wenig, um gut zu informieren.

Gesamte Gesellschaft ist betroffen

Wie weitreichend die Auswirkungen von menopausal bedingten Symptomen sind, zeigen die Ergebnisse der deutschen MenoSupport-Studie. Demnach beeinflussen sie massiv die Karriereentscheidungen betroffener Frauen. Mehr als ein Viertel der Frauen über 55 Jahre spielt aufgrund klimakterischer Beschwerden mit dem Gedanken, die Arbeitszeit zu reduzieren, fast jede fünfte über 55-Jährige zieht einen vorzeitigen Ruhestand in Betracht. Und das, obwohl viele dieser Frauen grundsätzlich gerne arbeiten, betonte Schaudig.

So verliert die US-amerikanische Wirtschaft einer Studie der renommierten

FORDERUNGEN AN DIE GESUNDHEITSPOLITIK

So könnte die Situation von Frauen in den Wechseljahren verbessert werden

- Breite Aufklärung für alle Frauen auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse, darunter beispielsweise ein Brief, der automatisch an alle Frauen ab 35 ausgesandt wird
- Aufnahme von Frauengesundheit mit Schwerpunkt auf Wechseljahre in den Präventionskatalog des Gesundheitsministeriums
- Regelmäßige Gesundheitsuntersuchungen, unkomplizierter Zugang zu Fachärztinnen und -ärzten
- Beratungsgespräch für alle Frauen ab 35 durch eine geschulte medizinische Person
- Unterstützung für Frauen in den Wechseljahren am Arbeitsplatz
- Umfangreichere Forschung
- Bessere Ausbildung über die Wechseljahre im Medizinstudium, Vertiefung endokrinologischer Inhalte in der Facharztzubereitung
- Eigene Abrechnungsziffer für die Beratung und Therapie von Frauen in den Wechseljahren

Mayo Clinic zufolge jährlich 1,8 Milliarden US-Dollar allein durch den Ausfall von Arbeitsstunden aufgrund von Wechseljahresbeschwerden.

Für Deutschland gibt es noch keine vergleichbaren Zahlen; sie werden gerade erhoben. Es ist jedoch davon auszugehen, dass auch hierzulande der Schaden massiv ist. Denn Frauen arbeiten überwiegend in den Bereichen, die am stärksten vom Fachkräftemangel betroffen sind.

Erste Arbeitgeber reagieren bereits

Um erfahrene, engagierte Frauen mit großem Fachwissen während der Wechseljahre nicht zu verlieren, müssen Unternehmen aktiv entsprechende Maßnahmen ergreifen. So erklärte André Kindling, dass Besins Healthcare genau aus diesem Grund eine Menopause-Strategie etabliert

habe. Dazu gehören neben einer Menopause-Beauftragten, die sich innerhalb des Unternehmens für die Belange der betroffenen Frauen einsetzt, auch Informations- und Beratungsangebote durch externe Expertinnen. Darüber hinaus bietet das Unternehmen Ruheräume, Homeoffice-Möglichkeiten und flexible Fristen bei Projektarbeit an.

Insgesamt handelt es sich bei solchen Angeboten jedoch um einzelne Initiativen. Hier müssten, so Georg Kippels, die Kräfte aus Politik und zivilgesellschaftlichen Initiativen gebündelt werden.

Jetzt muss auch die Politik ran

Von einer Menopause-Strategie kann in Deutschland nicht einmal ansatzweise die Rede sein. Um Frauen in den Wechseljahren die notwendige Unterstützung zukommen zu lassen, ist ein umfassendes, von der Bundesregierung gefördertes Programm zur Unterstützung von Frauen in den Wechseljahren notwendig, vergleichbar mit den auf die Wechseljahre bezogenen Aspekten der Women's Health Strategy in Großbritannien. Deshalb soll der begonnene Dialog mit der Politik ausgebaut und zeitnah ein gemeinsamer Aktionsplan zur Verbesserung der aktuellen Situation erarbeitet werden. Alle drei anwesenden Mitglieder des Bundestages waren sich einig, dass Frauengesundheit ein wichtiges Fraktions- und Ressort-übergreifendes Thema ist und mehr Beachtung verdient.

Nina Grellmann

Quelle: Parlamentarischer Abend am 19. März 2024 in Berlin (Besins)



Foto: Thomas Rathay

Chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen

Wohnortswechsel, Wetter, Klima – was zählt

Viele COPD-Patienten und -Patientinnen haben Fragen zum Einfluss des Klimas auf Lungenfunktion und Wohlbefinden. Was Behandelnde raten können.

Ob Kuraufenthalt oder Urlaub am Meer oder in den Bergen – Menschen mit einer chronisch obstruktiven Atemwegserkrankung (COPD) können nach einer erholenden Reise erwägen, aus Gesundheitsgründen ihren Wohnsitz in eine andere Klimazone zu verlagern.

Prof. Helmut Fabel, Hannover, Ehrenvorstand der Deutschen Lungenstiftung, rät zur Vorsicht: „Urlaub und ständiger Wohnsitz sind zwei verschiedene Paar Schuhe!“ Fabel verweist auf mögliche jahreszeitliche Unterschiede bei den klimatischen Bedingungen und vor allem auf die Folgen für das Sozialleben. Bei Zielorten im Ausland seien hinsichtlich der medizinischen Versorgung Infrastruktur, Sprachbarrieren und Erstattungsfragen zu bedenken. Bei einem Aufenthalt in den



Foto: uilkloes - stock.adobe.com

Bergen kann sich die Reinheit der Luft positiv auswirken, ungünstig hingegen der reduzierte Sauerstoffdruck in der Höhe. An der See kann zusätzlich zur Luftreinheit der höhere Salzgehalt der Luft die Expektoration erleichtern. Fabel weist darauf hin, dass sich diese günstigen Einflüsse aber bereits wenige Kilometer hinter der Brandungszone deutlich vermindern. Zudem würden rund 80 Prozent der Zeit

in geschlossenen Räumen verbracht, die ihr eigenes Mikroklima haben.

Eine spanische Arbeit ergab jüngst, dass Luftverschmutzung die körperliche Aktivität von COPD-Betroffenen am nächsten Tag beeinflusst, das Wetter hingegen die Aktivität am selben Tag.

Marcus Sefrin

Quelle: Dt. Lungenstiftung; Josa-Culleré A et al. Environ Res. 2024;doi:10.1016/j.envres.2024.118195.

Hyperhidrose

Wenn die Lebensqualität wegläuft

Wer übermäßig schwitzt, für den sind die warmen Frühlingstage nicht nur erfreulich. Doch dem lässt sich abhelfen.

Weltweit leiden circa fünf Prozent der Menschen an primärer Hyperhidrose, also übermäßigem Schwitzen ohne erkennbare Ursache. Wenn eine Person ohne körperliche Anstrengung erheblich mehr schwitzt, als es für die Abkühlung des Körpers nötig wäre und dadurch eine spürbare Belastung im Alltag entsteht, sollte sie sich einer Ärztin oder einem Arzt vorstellen. Anzeichen für eine axilläre Hyperhidrose ist vermehrte Schweißproduktion unter den Achseln, die über mehr als sechs Monaten besteht und mindestens einmal pro Woche symmetrisch auf beiden Seiten des Körpers auftritt, allerdings meist nicht nachts. Die verminderte Lebensqualität – beruflich oder privat, körperlich oder mental – sollte bei der Diagnose besonders im Fokus stehen.

Wird eine axilläre Hyperhidrose diagnostiziert, gibt es verschiedene Möglich-



Foto: kulkann - stock.adobe.com

keiten, sie zu behandeln: von starken Deos mit Aluminiumsalzen über Tabletten bis hin zu Botox-Injektionen und operativer Schweißdrüsenentfernung. Seit 2022 gibt es außerdem eine Creme in einem Dosierspender mit dem Anticholinergikum Glycopyrroniumbromid (GPB; Axhidrox). Sie wird unter den Achseln aufgetragen und hemmt den Nervenreiz, der die Schweißdrüsen aktiviert.

In einer Phase-IIIb-Studie mit 518 Patientinnen und Patienten mit schwerer axillärer Hyperhidrose reduzierte die Behandlung mit GPB die Schweißproduktion nach zwölf Wochen um 65,6 Prozent. Die Lebensqualität verbesserte sich verglichen mit dem Ausgangswert zu jedem Studienzeitpunkt der 72-wöchigen Studie. Axhidrox ist verschreibungspflichtig und wird von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet.

Marcus Sefrin

Quelle: Informationen von Dr. Wolff
Fachinformation Axhidrox

Hepatitis B

Grundimmunisierung jetzt noch flexibler möglich

Der rekombinante, adjuvantierte Impfstoff HEPLISAV B ist nun auch in der Einzelpackung erhältlich.

Die Ständige Impfkommission empfiehlt den Impfschutz gegen Hepatitis B im Erwachsenenalter unter anderem für Personen mit Immundefizienz oder anderen Erkrankungen, die einen ungünstigen Verlauf begünstigen, für Personen mit erhöhten Expositionsrisiken sowie je nach Gefährdungsbeurteilung für Reisende.

Der Impfstoff HEPLISAV B ermöglicht eine kurzfristige Grundimmunisierung nach einem Monat. Das kann zum Beispiel vor Fernreisen oder im Arbeitsschutz nötig sein. Die Grundimmunisierung besteht in der Regel aus zwei Dosen von jeweils 0,5 ml, die im Abstand von einem Monat intramuskulär injiziert werden. Traditionelle Impfschemata umfas-



Foto: gopixa - stock.adobe.com

sen zur Grundimmunisierung die Gabe von drei oder vier Impfstoffdosen in der Regel innerhalb von sechs Monaten. US-amerikanischen Studien zufolge beenden jedoch bis zu 50 Prozent der Erwachsenen die Impfserie nicht. HEPLISAV B wurde bisher in einer Packungsgröße mit fünf

Dosen vertrieben. Die neu verfügbare Einzelpackung soll Arztpraxen sowie Patientinnen und Patienten mehr Flexibilität in der Planung von Impfterminen ermöglichen.

Marcus Sefrin

Quelle: Presseinformation von Bavarian Nordic

Wir gehen in die **NEU 36 Monate** Haltbarkeit

Verlängerung!

**Colecalciferol ARISTO®
20.000 I.E.**

- ✱ Einnahme 1× wöchentlich 1 Weichkapsel
- ✱ Weichkapsel enthält ausschließlich Rindergelatine
- ✱ Auch bei Erdnuss- und Soja-Allergie geeignet



Colecalciferol Aristo® 20.000 I.E. Weichkapseln (Rp). Wirkstoff: Colecalciferol (entsprechend 20.000 I.E. Vitamin D3). **Zus.:** 1 Weichkps. enth. 500 µg Colecalciferol (entsprechend 20.000 I.E. Vitamin D3). Sonst. Bestandt. Kps.-inhalt: Mittelkettige Triglyceride, all-rac-alpha-tocopherolacetat (Ph. Eur.); Kps.-hülle: Gelatine, Glycerol, Lösung von partiell dehydratisiertem Sorbitol (Ph. Eur.) [E 420], Gereinigtes Wasser. **Anw.:** Initialbehandlung eines symptomatischen Vitamin D-Mangelzustands bei Erwachsenen. **Gegenanz.:** Überempfindlichk. gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile; Krankheiten oder Zustände, die zu einer Hyperkalzämie und/oder Hyperkalzurie führen; Pseudohypoparathyreoidismus; Hypervitaminose D; Nierensteine; Nephrokalzinose; schwere Nierenfunktionsstörung. **Schwangersch./Stillzeit:** Anwendung nicht empfohlen (sondern ein niedriger dosiertes Präparat). **Nebenw.:** Gelegentlich: Hyperkalzämie und Hyperkalzurie. Seltener: Pruritus, Exanthem und Urticaria. Nicht bek.: Obstipation, Flatulenz, Übelkeit, Abdominalschmerzen, Diarrhö. Abhängig von Dosis und Behandlungsdauer kann eine schwerwiegende und lang anhaltende Hyperkalzämie mit ihren akuten (Herzrhythmusstörungen, Übelkeit, Erbrechen, psychische Symptome, Bewusstseinsstörungen) und chronischen (vermehrter Harndrang, verstärktes Durstgefühl, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, Nierensteine, Nierenverkalkung, Verkalzung in Geweben außerhalb des Knochens) Folgen auftreten (sehr selten sind tödliche Verläufe beschrieben worden). Enthält Sorbitol. Packungsbeilage beachten. (verschreibungspflichtig). (Stand Juli 2023). Aristo Pharma GmbH, Wallenroder Straße 8-10, 13435 Berlin.





Hedera helix

Efeu – ein durchaus giftiger Heiler

Junge Efeuranken sind negativ phototrop, wenn es sowieso schon schummerig ist. Auf ihrem Weg ins ganz Dunkle können sie auf Entfernung Bäume lokalisieren – und nutzen sie als Steighilfe zum Licht. Die Saponine aus ihren Blättern helfen nicht nur gegen Flecken im Hemd, sondern auch gegen Husten.

Der in West-, Mittel- und Südeuropa heimische Efeu (*Hedera helix*) trägt zwar den Beinamen Gemein oder Gewöhnlich, tatsächlich ist er jedoch in verschiedener Hinsicht alles andere als das. Sein wissenschaftlicher Name leitet sich vermutlich von dem griechischen Wort „hedra“ ab, das sitzen bedeutet. Das ist nachvollziehbar, nicht allerdings, woher der Namensbestandteil „helix“ kommt, denn Efeu windet sich gar nicht spiralförmig, anders als beispielsweise der Hopfen. Als einziger heimischer Vertreter der Araliengewächse klettert Efeu mittels seiner Haftwurzeln bis zu 30 Meter hoch und kann unterdessen mehrere hundert Jahre alt werden. Sein Stamm erreicht einen Durchmesser von zehn bis 30 Zentimetern.

Geht es nicht mehr höher, entwickelt der Efeu in einem Alter von zehn bis 20 Jahren seine Altersform. Die Ranken verholzen und die zunächst fünf- oder dreilappigen Blätter werden schließlich herz- oder birnenförmig. Diese späte Blattform bleibt erhalten, wenn man Efeu mithilfe

GIFTIGE BLAUSCHWARZE BEEREN

Efeu blüht und fruchtet bevorzugt in der Altersform und in größeren Höhen. Die Beeren sind extrem bitter und laden nicht zum Verzehr ein. Kindliche Neugier ist trotzdem gefährlich: Bereits wenige Beeren können Vergiftungserscheinungen auslösen. Typisch sind Übelkeit, Erbrechen, Kopfschmerzen sowie ein scharlachartiger Ausschlag (Beine, Gesicht, Rücken), bei höherer Dosis Benommenheit, Delirium, Atemstillstand.

von Trieben alter Pflanzen vermehrt. In diesen Fällen kann Efeu bereits als Bodendecker oder Strauch blühen und Beeren ausbilden. Dann gilt es, gut auf Kinder und Haustiere aufzupassen oder bereits die (abgeblühten) Blüten zu entfernen. Beim Gärtnern empfiehlt es sich, Handschuhe und lange Ärmel zu tragen, da Falcarinol aus Efeu mit Proteinen der Haut reagieren und Kontaktdermatitiden auslösen kann. Manchmal auch erst nach langer friedlicher Co-Existenz von Gärtnerin oder Gärtnerin und Efeu.

Lange bekannt, aber nicht sonderlich geschätzt

In der Antike hatte man den Efeu den Göttern des Weins – Osiris, Dionysos, Bacchus – geweiht. Und man hoffte, ein Efeukranz könne dem Kopf trotz Alkoholgenusses Klarheit schenken. Weil er diese Erwartung trotz zunehmend ausufernder Trinkgelage nicht erfüllte, geriet der Efeukranz aus der Mode. Als immergrüne Pflanze galt er aber als Symbol des ewigen Lebens, der Freundschaft und der Treue. Wegen seiner vermeintlichen Anlehnungsbedürftigkeit auch insbesondere als Zeichen der weiblichen Treue.

In der Volksmedizin galt Tee aus getrockneten Efeublättern als Heilmittel gegen ganz unterschiedliche Gebrechen wie zum Beispiel Kopfschmerzen oder Hautkrankheiten und Kopfschuppen. Auch gegen Läuse und Krätze sowie Gallenbeschwerden, Rheuma und Gicht sollte Efeu helfen. Efeu-

Umschläge sollten Nervenschmerzen lindern. Lange machte der Efeu keine ganz große Karriere als Heilpflanze. In der wissenschaftlichen Forschung mehrten sich erst seit den 1950er-Jahren Studien zu seinen möglichen pharmakologischen Eigenschaften, insbesondere gegen Keuchhusten.

Welche Inhaltsstoffe drin sind und wie sie wirken

Efeublätter enthalten die zu den sekundären Pflanzenstoffen gehörenden Triterpensaponine sowie Flavonoide, Kaffee-

KEIN DIY-HUSTENSAFT!

- Alle Teile der Efeupflanze – Blätter, Stiele, Blüten und Beeren – sind giftig für den Menschen und auch für Haustiere.
- Es empfiehlt sich daher keinesfalls, Husten-Präparate im Do-it-yourself-Verfahren, also DIY, herzustellen.
- Gegen hausgemachte Wasch- oder Spülmittel spricht jedoch nichts (s. Kasten rechts), sie verderben nur rasch.





Efeu ist kein Schmarotzer und schädigt seine (größeren) Stützbäume nicht. Lichtkonkurrenz scheint bei kleineren möglich.

säurederivate und ätherisches Öl. Unter den Triterpensaponinen sind besonders α -Hederin sowie Hederacosid C und B pharmakologisch wichtig. Sie begünstigen die Produktion von dünnflüssigerem Schleim und dessen Abtransport in der Bronchialschleimhaut und erleichtern das Abhusten des Sekrets. α -Hederin sorgt außerdem für Entspannung in der Bronchialmuskulatur und damit auch in den Atemwegen. Von diesen Mechanismen geht auch das Committee on Herbal Medicinal Products (HMPC) der EMA (European Medical Agency) in seiner 2018 aktualisierte Monografie aus.

Mukolytisch, spasmolytisch und expektorierend

Efeu-Extrakte werden üblicherweise in flüssiger oder fester Form oral eingenommen. Gemäß HMPC-Monografie können diese Extrakte als Expektorantien bei produktivem Husten eingesetzt werden. Die Anwendung sollte ausschließlich bei Erwachsenen, Heranwachsenden und Kindern ab zwei Jahren erfolgen. Die Therapie soll

ÖKOLOGISCH WERTVOLL

Efeu ist ökologisch sehr wertvoll. Er blüht im September und Oktober und bietet Nahrung vor allem für eine Reihe von Fliegen, aber auch für Schmetterlinge, Wanzen, Bienen und Wespen. Im Frühjahr sind die Beeren Nahrungsquelle für Stare, Amseln, Rotkehlchen, Mönchsgrasmücken und Gartenrotschwänzen. Das Efeugeflecht bietet Nistmöglichkeiten für Vögel.

gemäß der Packungsbeilage erfolgen. Verschlimmern sich die Symptome dabei oder bleiben sie länger als eine Woche bestehen, sollen Patientinnen und Patienten der Monografie zufolge medizinischen Rat einholen.

Das HMPC stützt sich bei seinen Empfehlungen auf den gut etablierten Gebrauch von Efeu-Extrakten für diese Indikation. Das heißt, die Sicherheit und Wirksamkeit der Extrakte sind für einen mindestens zehnjährigen Gebrauch in der Europäischen Union wissenschaftlich belegt. Hierfür wurden eine Reihe von Studien berücksichtigt, von denen eine

gezeigt hat, dass Efeu-Extrakt, verglichen mit einer Scheinbehandlung, die Schwere des Hustens reduzieren konnte. Studien an Kindern belegten zudem, dass Efeublätter-Extrakte die Symptome einer akuten Bronchitis vergleichbar gut linderten wie Acetylcystein-Präparate.

Unerwünschte Wirkungen und wer besser verzichtet

Nebenwirkungen können den Magen-Darm-Trakt betreffen. Beobachtet wurden Übelkeit, Erbrechen und Diarrhö. Darüber hinaus können nach Behandlung mit Efeublätter-Extrakten allergische Reaktionen auftreten, darunter Nesselausschläge, Hautausschläge sowie Atemprobleme, wobei deren Häufigkeit zum Zeitpunkt der Monografie-Aktualisierung nicht bekannt war.

Patientinnen und Patienten, die allergisch auf Efeublätter reagieren, dürfen keine Präparate aus Efeublättern oder anderen Pflanzen der Efeufamilie (Araliaceae) einnehmen, warnt das HMPC. Auch bei Kindern im Alter unter zwei Jahren dürfen laut Monografie keine Medikamente aus Efeublättern eingesetzt werden, da das Risiko bestehe, dass sich die respiratorischen Symptome unter einer derartigen Therapie verschlimmern würden.

Ines Schulz-Hanke

AUCH ALS WASCH- UND SPÜLMITTEL GEEIGNET

- Für Faule: 30 bis 40 Efeublätter pflücken, zerschneiden oder zerreißen und in einem Waschbeutel oder einer zugeknöteten Socke mitwaschen. Dies funktioniert bei Waschttemperaturen ab 40°C ohne Kurzwaschprogramm.
- Für Wasch- oder Spülmittel können ebenso viele Blätter mit 200 ml kochendem Wasser übergossen werden. Ziehen lassen über Nacht, abseihen und zum Waschen verwenden - auch bei niedrigeren Temperaturen. Im Kühlschrank aufbewahren und innerhalb weniger Tage verbrauchen.

Quellen: u.a. www.ema.europa.eu/en/medicines/herbal/hederae-helicis-folium#overview

Fotos: kanea - stock.adobe.com, emberiza - stock.adobe.com, Comuignero Silvana - stock.adobe.com

4 Nächte für 2 Personen in der Suite zu gewinnen!

Posthotel Achenkirch: Reise zum Ich

Im Herzen des wildromantischen Naturschutzgebiets Karwendel und unweit vom zauberhaften Achensee gelegen, präsentiert sich das Posthotel Achenkirch als außergewöhnliches Adults-Only-Hotel.



Das Fünf-Sterne-Wellnesshotel bietet auf 36.000 Quadratmetern nur für Erwachsene viel Raum, um für sich Neues zu entdecken. Der Familienbetrieb wird in der vierten Generation der Familie Reiter geführt und ist ein wahrhaftiger Kraftplatz mit großzügiger Spa-Landschaft, exklusiven Wohlfühl- und Beautybehandlungen, vielfältigen Wellnessangeboten und einer ausgezeichneten Gourmetküche.

Die innere Mitte finden

Entspannung und Ruhe bietet die 7.000 Quadratmeter große Wasser- und Saunawelt mit Yin-Yang Pool und dem Versunkenen Tempel. Die Gäste können Qi-Gong und Tai Chi mit dem eigenen Shaolin-Meister lernen oder im Dojo-Raum Yoga und Meditation praktizieren. Im Atrium Spa, dem Refugium für Schönheit und Gesundheit, bringt die Ärztin für Traditionelle Chinesische Medizin (TCM) den Energiefluss wieder ins Gleichgewicht. Ergänzend stehen täglich TCM-Gerichte wie auch das Beste der Alpenküche

aus der eigenen Landwirtschaft zur Wahl, denn das Haus verbindet gekonnt Tiroler Tradition mit fernöstlicher Heilkunde.

Sich auspowern und Kraft tanken

Die Gäste erwartet ein umfassendes Sportangebot: Die Lipizzaner der privaten Zucht des Hauses stehen den Gästen für Reitstunden zur Verfügung. In den Indoor- und Outdooranlagen lässt sich Tennis und Squash spielen, auf der eigenen Golfanlage Bälle schlagen oder in den geräumigen Fitnessräumen trainieren.

Die wunderschöne umliegende Natur lässt sich beim Wandern und Fahrradfahren rund um den Achensee erkunden.

➔ Mehr Informationen zum Hotel: www.posthotel.at

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

GEWINNFRAGE

Wie heißt die Gastgeberfamilie?



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

Einsendeschluss ist der 25.06.2024.

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

Fotos: ©Posthotel Achenkirch

Jeden Monat eine Reise zu gewinnen!

ARZT & WIRTSCHAFT
arzt-wirtschaft.de

Chemische Umweltverschmutzung

Gekommen, um zu bleiben

Viele Umweltchemikalien leiten sich von fossilen Brennstoffen ab und können auch in unser endokrines System eingreifen. Gerade Ärztinnen und Ärzte sollten die Expositions- und Gesundheitsrisiken kennen, um sie reduzieren oder verhindern zu können.



Wir verbrauchen heute weltweit 15-mal mehr fossile Brennstoffe als noch in den 1950er-Jahren, unter anderem für die Herstellung petrochemischer Produkte. In diesen vergangenen sieben Dekaden ist die Prävalenz zahlreicher chronischer Krankheiten und der durch sie verursachten Todesfälle global steil angestiegen. Allein zwischen 1990 und 2019 kletterten die Raten für neurologische Entwicklungsstörungen, Diabetes, chronische Atemwegserkrankungen und Krebs in den USA um 28 bis 150 Prozent nach oben, schreibt Tracey J. Woodruff in einer aktuellen Übersichtsarbeit im *New England Journal of Medicine*.



Zahlreiche medizinische Fachgesellschaften und Regierungsbehörden, wie etwa das Umweltbundesamt oder die European Environment Agency, gehen davon aus, dass eine Exposition gegenüber solchen Umweltchemikalien einschließlich sogenannter endokriner Disruptoren ein wichtiger Risikofaktor für eine Vielzahl von Erkrankungen ist und vermutlich zu den Inzidenzanstiegen beiträgt – wenn auch die zeitliche Assoziation nicht als Kausalzusammenhang gelten kann.

Die Masse an Plastik übertrifft jene aller lebenden Säugetiere

Das stellten Forschende um Bethanie Carney Almroth, Gothenburg, 2022 fest. Wie im Rahmen der Fifth World Chemicals Conference (ICCM5) 2023 in Bonn deutlich wurde, ist die weltweite Produktion von Chemikalien seit 1950 um den Faktor 50 angestiegen. Von geschätzt 350.000 chemischen Substanzen wurde bisher

nur ein winziger Bruchteil auf die Risiken für Mensch und Umwelt untersucht. Viele der petrochemisch gewonnenen Produkte interferieren mit dem endokrinen System, sind also endokrine Disruptoren. Sie stecken unter anderem in Kunst- und Baustoffen, Kinderspielzeug, Textilien, Waschmitteln, Kosmetika, Arzneimitteln sowie Pestiziden und gelangen von dort in die Umwelt. Perfluoralkyle und Polyfluoralkyle (PFAS) finden sich in Lebensmittelverpackungen und Textilien, Phthalate in Kunststoffen und Konsumprodukten. Die Risiken steigen, wenn eine Exposition während der fetalen oder kindlichen Entwicklung erfolgt, wenn mehrere endokrine Disruptoren und bereits niedrige Expositionslevel im Spiel sind. Insgesamt sind sozial und/oder finanziell benachteiligte Gruppen stärker exponiert und tragen so ein höheres Gesundheitsrisiko, wie das Review zeigt.

Was zu tun ist gegen die führende Ursache vorzeitiger Todesfälle

Ärztinnen und Ärzte können in ihren Sprechzimmern dazu beraten, wie sich Expositionsrisiken reduzieren lassen, schreibt Woodruff in ihrem Review. Im Bereich Ernährung rät sie:

- Weniger Fleisch und mehr Früchte, Gemüse und Vollkornprodukte verzehren, denn verschiedene Chemikalien akkumulieren in tierischem Fett.
- Frisches Gemüse und Obst verzehren, wenn möglich Bioqualität. Waschen, um Pestizidexposition zu reduzieren.
- Belastete Lebensmittel meiden oder reduzieren (z. B. Schwertfisch oder Blau-

flossenthunfisch wegen hoher Quecksilberbelastungen).

- Um die Exposition gegenüber Phthalaten und PFAS gering zu halten, verpackte und hoch verarbeitete Lebensmittel meiden.
- Lebensmittel in Glas-, Keramik- oder Stahlbehältern aufbewahren. Keine Plastikgefäße in der Mikrowelle nutzen.

Auch in Haushalt und Freizeit bieten sich Stellschrauben, die persönliche Risiken senken können, zeigt das Review.

- Ungiftige Reinigungsprodukte nutzen, z. B. Backsoda, Essig oder Zitronen.
- Böden und Oberflächen feucht wischen, um keinen chemikalienhaltigen Staub in der Luft zu verteilen.
- Schuhe ausziehen vor dem Betreten der Wohnung und sie außerhalb der Wohnung aufbewahren.
- Insektenschutz möglichst mit physikalischen Methoden: Insektengitter und lange Kleidung. Stehende Gewässer als Brutstätten eliminieren.
- Nasse Reinigung der chemischen Trockenreinigung vorziehen.
- Bei Heimwerkerartikeln und Wohnungseinrichtung auf Materialien achten, die frei von flüchtigen organischen Komponenten und Flammschutzmitteln sind.
- Paraben- und Parfüm-freie Körperpflegeprodukte nutzen.
- Kunstrasen: möglichst meiden, am besten nicht darauf essen und nach Kontakt duschen.

Letztlich sind diese individuellen Schritte unleugbar klein, weshalb, so Woodruff, ein Politikwechsel unabdingbar sei. Und der könne (ärztliche) Fürsprache gebrauchen.

Ines Schulz-Hanke

Quelle: u. a. Woodruff TJ et al. *N Engl J Med* 2024;390:922-933.
www.umweltbundesamt.de/en/topics/the-world-chemicals-conference-why-we-need-it

Spastik-Plus-Komplex bei Multipler Sklerose

Mit Sativex® Therapieziele erreichen

Auch wenn durch Disease Modifying Therapies (DMTs) große Fortschritte in der Therapie der Multiplen Sklerose (MS) erzielt wurden, gelingt es bislang nicht, das Fortschreiten der Erkrankung aufzuhalten. Eine besondere Herausforderung ist die MS-Spastik. Hier kann das cannabinoidhaltige Fertigarzneimittel Nabiximols eine wertvolle Option darstellen.

Sativex® (Nabiximols) enthält pro Milliliter 27 mg Delta-9-Tetrahydrocannabinol (THC) und 25 mg Cannabidiol (CBD). Das Oromukosalspray wird eingesetzt zur Symptomverbesserung bei erwachsenen Patient:innen mit mittelschwerer bis schwerer Spastik aufgrund von MS, die auf andere antispastische Behandlung nicht ausreichend angesprochen haben.⁽¹⁾

Etwa 80 Prozent der MS-Patient:innen leiden an Spastik, die ihre Lebensqualität zunehmend beeinträchtigt.^(2,3) Umso wichtiger ist eine symptomatische Therapie, um Krankheitssymptome zu reduzieren, sekundäre Schäden und Funktionsstörungen zu vermeiden sowie funktionelle Einschränkungen und die Lebensqualität zu verbessern.⁽²⁾ Nach wie vor erhalten jedoch nur 36 Prozent der Betroffenen eine medikamentöse antispastische Behandlung.⁽⁴⁾

Der Spastik-Plus-Komplex

Zu den vielfältigen mit der MS-Spastik assoziierten Symptomen gehören unter anderem Muskelkrämpfe, Gangstörungen mit eingeschränkter Mobilität, Schmerzen, Schlafstörungen und Blasenstörungen.^(2,3,5) Da diese teilweise auch gleichzeitig auftreten können, spricht man von einem Spastik-Plus-Komplex. Dieser kann Betroffene sehr stark belasten.^(2,6)

Sativex® als einfache Therapie

Um eine Polymedikation zu reduzieren, sollten möglichst viele Symptome des Spastik-Plus-Komplexes mit einer Medikation gleichzeitig adressiert werden. Denn ein Viertel der MS-Patient:innen nimmt sowieso schon mindestens fünf Medikamente ein.⁽⁶⁾

Das THC-CBD-Spray Sativex® kann hierbei eine wertvolle Hilfe sein. Denn es lindert nicht nur Spastik und MS-Schmerzen sowie Muskelschmerzen. Auch kann es Mobilität, Schlafstörungen und Blasenprobleme bessern.^(7,8,9)

Sativex® ist das einzige in Deutschland zugelassene cannabisbasierte Fertigarzneimittel zur Add-on-Behandlung der mittelschweren bis schweren Spastik bei MS sowie der damit verbundenen Symptome.

Neue Daten zu Therapiezielen

Die kürzlich veröffentlichte GAIMS (Goal Attainment in MS Spasticity)-Studie, eine prospektive, multizentrische, offene, nicht-interventionelle Studie, untersuchte über zwölf Wochen hinweg die Wirksamkeit und Verträglichkeit von Nabiximols als Zusatztherapie bei 51 erwachsenen Patient:innen mit MS-Spastik anhand zuvor festgelegter Therapieziele.⁽¹⁰⁾

Der primäre Endpunkt war die Veränderung des mittleren Zielerreichungsgesamtwertes. Dieser wurde mit dem Goal Attainment Scale (GAS)-Score ermittelt, der sowohl die Grade der Zielerreichung als auch deren Gewichtung berücksichtigt.⁽¹⁰⁾

Sekundäre Endpunkte waren die klinisch gemessene MS-Spastik sowie die damit verbundenen Schmerzen, Schlaf- und Blasenfunktionsstörungen.⁽¹⁰⁾

Als Therapieziele im Zusammenhang mit der MS-Spastik wurden initial am häufigsten weniger Schmerzen (68,6%), bessere Gehfähigkeit (52,9%) und besserer Schlaf (49%) genannt.⁽¹⁰⁾

Der mittlere Zielerreichungsgesamtwert gemessen mit dem GAS-Score besserte sich von 35,2 auf 51,4 ($p < 0,001$). Das entspricht einem klinisch signifikanten Anstieg von 46 Prozent. 62 Prozent der Ziele wurden „wie erwartet“ oder „besser als erwartet“ erreicht. Die Spastik auf der numerischen Rating-Skala (NRS) sank um 52,7 Prozent. Das Sicherheitsprofil entsprach den bekannten Daten.⁽¹⁰⁾



Prof. Dr. Mathias Mäurer,
Chefarzt der Fach-
abteilung Neurologie,
Juliuspital, Klinikum
Würzburg Mitte

„Die in der GAIMS-Studie ausgewählten Patientenziele haben eine hohe praktische Relevanz, wodurch sich die Ergebnisse sehr gut auf den realen Alltag übertragen lassen. Denn weniger Schmerzen, eine bessere Beweglichkeit, weniger Steifigkeit und weniger Müdigkeit sind die klassischen Therapieziele von MS-Patientinnen und -Patienten. Ein interessanter Erfolg der Studie ist: Bereits nach vier Wochen Nabiximols-Behandlung wurden etwa 50 Prozent der Ziele mit ‚wie erwartet‘ oder ‚besser als erwartet‘ erreicht. Nach zwölf Wochen waren es sogar mehr als 60 Prozent der Ziele. Dies bestätigt erneut die überzeugende Wirksamkeit des Fertigarzneimittels.“

Foto: Prof. Dr. M. Mäurer

A&W-LITERATUR

1. Fachinformation Sativex®, Stand: Juni 2023
2. Rizzo MA et al. *Mult Scler* 2004;10:589-595
3. Fernández Ó et al. *Front Neurol* 2021;12:722801
4. Rommer PS et al. *Mult Scler* 2019;25(12):1641-1652
5. Fernández Ó et al. *Front Neurol* 2020;11:152
6. Oreja-Guevara C et al. *Int J Neurosci* 2013;123:400-408
7. Marková J et al. *Int J Neurosci* 2019;129:119-128
8. Coghe G et al. *J Neurol* 2015;262:2472-2477
9. Vermersch P & Trojano M. *Eur Neurol* 2016;76:216-226
10. Haupts RM et al. *Neurodegener Dis Manag* 2024 Feb 6.; doi: 10.2217/nmt-2023-0040. Online ahead of print

Impressum für Sonderredaktion:

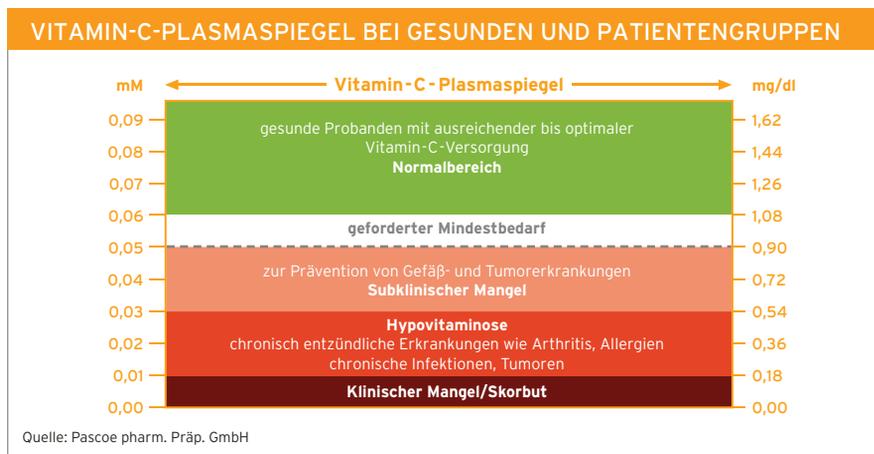
Verantwortlicher Redakteur (V.i.S.d.P.):
Dr. med. Ulrich Karbach, Telefon: 08191 3055519
Anschrift: MedTriX GmbH, Justus-von-Liebig-Straße 1,
86899 Landsberg

Mit freundlicher Unterstützung der Almiral Hermal GmbH, Reinbek

Vitamin-C-Mangel

Häufiger als gedacht, aber gut zu behandeln

Die Vielfalt und Qualität der verfügbaren Nahrungsmittel ermöglicht eigentlich eine suffiziente Vitamin-C-Versorgung. Gerade bei Menschen mit Infektionen, Entzündungen, Verletzungen und anderen Erkrankungen gelingt sie jedoch bisweilen nicht. Wann es sich lohnt, genauer hinzusehen und was man tun könnte.



Ein Vitamin-C-Defizit kann u.a. die kardiovaskuläre Funktion, Wundheilung und Immunfunktion beeinträchtigen sowie die Infektanfälligkeit erhöhen und die Stresstoleranz mindern.

Die Annahme, Vitamin-C-Mangelzustände seien heute nicht mehr relevant, trägt bei näherem Hinsehen leider nicht. So wies die NHANES-Studie bei gut sieben Prozent der untersuchten US-Amerikaner eine Vitamin-C-Unterversorgung im Skorbutbereich ($< 11,4 \mu\text{mol/l}$) nach. Mangelzustände korrelieren Studien zufolge offenbar mit einem niedrigen sozioökonomischen Status, Tabakkonsum, Übergewicht, Bluthochdruck, erhöhten Entzündungsparametern und sie sind bei Männern meist ausgeprägter als bei Frauen.^(1,2) Verantwortlich für eine Vitamin-C-Unterversorgung sind insbesondere eine vitaminarme Ernährung⁽²⁾ und die steigende Prävalenz chronisch metabolischer und entzündlicher Erkrankungen.

Bezüglich eines Vitamin-C-Mangels sind Menschen mit Infekten, chronisch entzündlichen Erkrankungen, wie Aller-

gien oder Arthritis, und onkologischen Erkrankungen besonders gefährdet.⁽³⁻⁶⁾ Auch kritisch Kranke, insbesondere mit Sepsis, Pneumonien oder COVID-19, entwickeln häufig einen ausgeprägten Vitamin-C-Mangel, der Krankheitsprogression und Mortalität Vorschub leisten kann.^(3,7-10)

Die Korrelation zwischen Mangel und Entzündung ist plausibel

Jeder Entzündungsprozess generiert freie Sauerstoffradikale, die Zellstress induzieren und gesundes Gewebe schädigen können. Ein adäquater Heilungsprozess benötigt deshalb Antioxidantien wie Vitamin C, das überschüssige Radikale besonders effektiv abfängt. Doch Ascorbat ist nicht nur eines der wichtigsten Antioxidantien. Es fungiert darüber hinaus als Ko-Faktor in ca. 150 enzymatischen Reaktionen, ist essenziell für Wundhei-

lung, Immun- und Nervenfunktion.^(11,12) Gleichzeitig kann der menschliche Körper Vitamin C nicht selbst synthetisieren.

Patientengruppen mit einem Risiko für Vitamin-C-Mangel auszumachen und physiologische Vitamin-C-Blutspiegel zu restituieren gehört zu einer zielführenden ganzheitlichen Therapie. Denn oxidativer Stress fördert Entzündungen und ihre Folgen, er ist also ein krankmachender Zustand. Die parenterale Versorgung mit hochdosiertem Vitamin C (Pascorbin® 7,5 g i. v.) erlaubt es, einen 10-fach höheren Blutspiegel zu erreichen als dies selbst mit sehr hohen oralen Dosen möglich ist. Dies kann den adäquaten Heilungsprozess bei vielen entzündlichen Erkrankungen, denen ein Vitamin-C-Mangel zugrunde liegt, unterstützen.

A&W-LITERATUR

- Schleicher RL et al. Am J Clin Nutr 2009;90(5):1252-1263
- Cahill L et al. Am J Epidemiol 2009;170(4):464-471
- Carr AC et al. Front Physiol 2018;9:1182-1197
- Carr AC et al. Nutrients 2017;doi:10.3390/nu911211
- Vollbracht C et al. J Int Med Res 2018;46:3640-3655
- Lunec J et al. Free Radic Res Commun 1985;1:31-39
- Holford P et al. Life 2021;11(1):1166-1177
- Borrelli E et al. Crit Care Med 1996;doi:10.1097/00003246-199603000-00006
- Spoelstra-de Man AME et al. Crit Care 2018;doi:10.1186/s13054-018-1996-y
- Campbell EJ et al. BMC Cancer 2019;doi:10.1186/s12885-019-5503-x
- Institute of Medicine (US) Panel on Dietary Antioxidants and Related Compounds. Dietary Reference Intakes for Vitamin C, Vitamin E, Selenium, and Carotenoids. Washington (DC): 2000; Vol. National Academies Press (US)
- Blaszczak W. et al. Molecules 2019;24(3):453-462

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

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 Hygienrichtlinien des Robert Koch-Institutes.** Pascoe pharmazeutische Präparate GmbH, D-35383 Gießen



LEBENSWEISHEIT

*Wer immer in Eile ist,
begegnet niemandem –
nicht einmal sich selbst.*

Französisches Sprichwort

ZITATE VON SCHRIFTSTELLERN

*Wo die Sprache
aufhört,
fängt die
Musik an.*

E. T. A. Hoffmann

*Gib jedem Tag die
Chance, der schönste
deines Lebens zu werden.*

Mark Twain

*Es gibt Menschen, die
nicht leben, sondern
gelebt werden.*

Karl May

UNNÜTZES WISSEN

Elefanten können fremde Laute nachahmen. In Kenia hat eine Elefantenkuh das Geräusch fahrender Lastwagen imitiert, die von einer nahe gelegenen Fernstraße zu hören waren.

Piloten und Co-Piloten essen niemals das gleiche an Bord. So ist es unwahrscheinlicher, dass beide gleichzeitig eine Lebensmittelvergiftung bekommen.

30 Prozent aller Menschen, die im IT-Bereich arbeiten, halten ihre Arbeit vor Familie und Bekannten geheim, um nicht ständig wegen technischer Probleme nach Hilfe gefragt zu werden.

Die Labour Party in Großbritannien singt ihre Parteihymne zur Melodie von „O Tannenbaum“.

WAHNSINNIC WITZIG

Unterhalten sich zwei Kollegen:
„Deine Zähne sind wie
Gelsenkirchen und Duisburg!“ –
„Häh?“ – „Noch Essen dazwischen.“



Geht ein Dalmatiner im
Supermarkt einkaufen.
Fragt der Kassierer:
„Sammeln Sie Punkte?“



Zwei Eisbären stehen in der
Wüste, da sagt der eine zum
anderen: „Hier muss es aber
ganz schön glatt sein!“

Fragt der andere:
„Wieso das denn?“ Darauf der
erste: „Siehst du denn nicht, wie
viel die hier gestreut haben?“



Die Lehrerin fragt:
„Was ist flüssiger als Wasser?“
Daraufhin meldet sich Lars und
sagt: „Hausaufgaben – die sind
überflüssig!“