

Erfolgreiche Praxisführung
für Ärztinnen und Ärzte

WIRTSCHAFTS

olumiant®
(Baricitinib) Tabletten

OLUMIANT®
**IHRE LANGZEITTHERAPIE
BEI RA***¹⁻⁴



1× täglich mit
flexibler Dosierung
(4 mg / 2 mg)^{1,*}

**Wer ist Ihre RA-Patientin, die jetzt
den nächsten Schritt braucht?**

*Olumiant® wird angewendet zur Behandlung von mittelschwerer bis schwerer aktiver rheumatoider Arthritis bei erwachsenen Patienten, die auf eine vorangegangene Behandlung mit einem oder mehreren krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzureichend angesprochen oder diese nicht vertragen haben. Olumiant® kann als Monotherapie oder in Kombination mit Methotrexat eingesetzt werden.

Lilly



Signifikant schnellere und stärkere Schmerzreduktion vs. Adalimumab bereits in Woche 2^{4,2}



7 Jahre Remission^{5,&}



Über 9 Jahre ausgewogenes Sicherheitsprofil^{4,5}

Und ... ?



* $p < 0,05$ Olumiant® (+MTX) vs. Adalimumab (+MTX). *Nach 7 Jahren erreichten die verbleibenden Patient:innen (21,5%, bei Studienstart $n=808$) eine Remission, vgl. insb.: 56–66% gemessen am DAS28-hsCRP, 28–30% gemessen am SDAI, 29–34% gemessen am CDAI.⁵ †Kontinuierliche Beobachtung und weitere Forschung, einschließlich bevölkerungsbasierter Langzeitstudien sind im Gange, um das Risiko von unerwünschten Ereignissen vollständig zu verstehen, einschließlich maligner Erkrankungen, MACE und VTE sowie das vergleichende Risiko im klinischen Alltag (RWE) von Olumiant® und anderen RA-Therapien (einschließlich TNFi). Für die Klasse der JAK-Inhibitoren zur Behandlung von Entzündungserkrankungen wurde auf Antrag der Europäischen Kommission eine Überprüfung eingeleitet (gem. Art. 20). *Empfohlene Dosis: 4 mg, eine Dosis von 2 mg ist für bestimmte Patient:innen angebracht/kann angebracht sein (siehe Fachinformation).

MTX = Methotrexat; RA = rheumatoide Arthritis.

1. Aktuelle Olumiant® Fachinformation. 2. Taylor PC, et al. N Engl J Med 2017;376:652-662 (plus supplementary material). 3. Smolen JS, et al. Rheumatology (Oxford) 2021;60:2256-66. 4. Taylor PC, et al. Ann Rheum Dis 2022;81(3):335-343. doi: 10.1136/annrheumdis-2021-221276. Epub 2021 Oct 27. 5. Caporali R et al. POS0701. Ann Rheum Dis. 2022;81:630-631.

Bezeichnung des Arzneimittels: Olumiant® 2 mg bzw. 4 mg Filmtabletten. **Zusammensetzung; arzneilich wirksamer Bestandteil:** Jede Tablette enthält 2 bzw. 4 mg Baricitinib; sonstige Bestandteile: mikrokristalline Cellulose, Croscarmellose Natrium, Magnesiumstearat (Ph.Eur.), Mannitol (Ph.Eur.), Eisen(III)-oxid (E172), Phospholipide aus Sojabohnen (E322), Macrogol, Poly(vinylalkohol), Talkum und Titandioxid (E171). **Anwendungsgebiete:** Rheumatoide Arthritis: Behandlung von Erwachsenen mit mittelschwerer bis schwerer rheumatoider Arthritis, wenn bisherige Behandlung nicht ausreichend gewirkt hat oder nicht vertragen wurde. Wird allein oder zusammen mit anderen Arzneimitteln, wie etwa Methotrexat, angewendet. Atopische Dermatitis: Behandlung von mittelschwerer bis schwerer atopischer Dermatitis bei erwachsenen Patienten, die für eine systemische Therapie infrage kommen. Alopecia areata: Behandlung von schwerer Alopecia areata bei erwachsenen Patienten. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile; (vermutete) Schwangerschaft. **Nebenwirkungen:** Schwerwiegend: Infektionen wie Gürtelrose (Herpes zoster) und Lungenentzündung, so ist unverzüglich medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen, wenn schmerzhafter Hautausschlag mit Bläschenbildung und Fieber, oder Husten, Fieber, Kurzatmigkeit und Müdigkeit auftritt. Sehr häufig: Infektionen von Hals und Nase; hohe Blutfettwerte (Cholesterin), nachgewiesen durch Bluttest. Häufig: Fieberbläschen (Herpes simplex); Infektionen, die eine Magenverstimmung oder Durchfall verursachen (Gastroenteritis); Harnwegsinfektion; erhöhte Zahl von Blutplättchen (Zellen, die an der Blutgerinnung beteiligt sind) nachgewiesen durch Bluttest; Kopfschmerzen; Übelkeit; Bauchschmerzen; hohe Leberwerte nachgewiesen durch Bluttest; Ausschlag; Akne; Anstieg des Enzyms Kreatinkinase, nachgewiesen durch Bluttest; Entzündung (Schwellung) der Haarfollikel, insbesondere im Bereich der Kopfhaut. Gelegentlich: geringe Zahl von weißen Blutzellen (Neutrophilie), nachgewiesen durch Bluttest; hohe Blutfettwerte (Triglyzeride), nachgewiesen durch Bluttest; Divertikulitis (schmerzhafte Entzündung der kleinen Ausstülpungen in der Darmschleimhaut), Gewichtszunahme; Schwellung des Gesichts; Nesselsucht; Blutgerinnsel in den Blutgefäßen der Lunge; Blutgerinnsel in den Bein- oder Beckenvenen (tiefe Venenthrombose). **Warnhinweise:** 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:** Juni 2022.

XELJANZ®

BEREITS
AB 2 JAHREN *1



*XELJANZ ist innerhalb der JIA zugelassen für pJIA (RF+ oder RF- PA und eOA) und jPSA; 1. XELJANZ Fachinformation Stand September 2022

XELJANZ® 5 mg Filmtabletten, XELJANZ® 10 mg Filmtabletten, XELJANZ® 11 mg Retardtabletten, XELJANZ® 1 mg/ml Lösung zum Einnehmen; Wirkstoff: Tofacitinib; **Zusammensetzung:** Wirkstoff, Filmtbl.: 1 Filmtbl. enth. 5 mg/10 mg Tofacitinib; Retardtbl.: 1 Retardtbl. enth. 11 mg Tofacitinib; Lös. zum Einnehmen: 1 ml d. Lös. zum Einnehmen enth. 1 mg Tofacitinib; Sonst. Bestandteile: Filmtbl.: Tablettenkern: Mikrokristalline Cellulose, Lactose-Monohydrat, Croscarmellose-Natrium, Magnesiumstearat; Filmüberzug: Hypromellose 6P (E 464), Titandioxid (E 171), Lactose-Monohydrat, Macrogol 3350, Triacetin, Indigocarmin-Aluminiumsulfid (E 132) (nur 10-mg-Stärke), Brillantblau-FCF-Aluminiumsulfid (E 133) (nur 10-mg-Stärke), Retardtbl.: Tablettenkern: Sorbitol (E 420), Hyetellose, Copovidon, Magnesiumstearat; Filmüberzug: Celluloseacetat, Hypromellose (E 463), Hypromellose (E 464), Titandioxid (E 171), Triacetin, Eisen(III)-oxid (E 172); Druckinte: Schellack (E 904), Ammoniumhydroxid (E 527), Propylenglycol (E 1520), Eisen(II,III)-oxid (E 172); Lös. zum Einnehmen: Traubenaroma (enth. Propylenglycol [E 1520], Glycerin [E 422] u. natürliche Aromen), Salzsäure, Milchsäure (E 270), gereinigtes Wasser, Natriumbenzoat (E 211), Sucralose (E 955), Xylitol (E 967); **Anwendungsgebiete:** Filmtbl.: **Rheumatoide Arthritis (RA);** In Komb. m. Methotrexat (MTX) zur Behandl. d. mittelschweren bis schweren aktiven RA b. erw. Pat., d. auf e. od. mehrere Krankheitsmodifiz. Antirheumatika (DMARD, Disease-Modifying Antirheumatic Drugs) unzureichend angespr. od. diese nicht vertragen haben. Anw. als Monotherapie, wenn MTX nicht vertragen wird od. wenn e. Behandl. m. MTX ungeeignet i. **Psoriasis-Arthritis (PsA);** In Komb. m. MTX zur Behandl. d. aktiven PsA b. erw. Pat., d. auf e. vorangeg. Krankheitsmodifiz. antirheumat. (DMARD-) Ther. unzureichend angespr. od. diese nicht vertragen haben. Anw. als Monotherapie, wenn MTX nicht vertragen wird od. wenn e. Behandl. m. MTX ungeeignet i. **Psoriasis-Arthritis (PsA);** In Komb. m. MTX zur Behandl. d. aktiven PsA b. erw. Pat., d. auf e. vorangeg. Krankheitsmodifiz. antirheumat. (DMARD-) Ther. unzureichend angespr. od. diese nicht vertragen haben. **Ankylosierende Spondylitis (AS);** Behandl. erw. Pat. m. aktiver AS, d. auf e. konventionelle Ther. unzureichend angespr. haben. **Colitis ulcerosa (CU);** Behandl. erw. Pat. m. mittelschwerer bis schwerer aktiver CU, d. auf e. konvention. Ther. od. e. Biologikum unzureichend angespr. haben, nicht mehr darauf anspr. od. diese nicht vertragen haben. **Juvenile idiopathische Arthritis (JIA);** Behandl. d. aktiven polyartikulären juvenilen idiopath. Arthritis (Rheumafaktor-positiv [RF+] od. -negativ [RF-] Polyarthritis u. erweiterte Oligoarthritis) u. d. juvenilen Psoriasis-Arthritis (PsA) b. Pat. ab e. Alter v. 2 Jahren, d. auf e. vorangeg. DMARD-Ther. unzureichend angespr. haben. Kann i. Komb. m. MTX angewendet werden od. als Monotherapie, wenn MTX nicht vertragen wird od. e. Fortsetz. d. Behandl. m. MTX ungeeignet ist. **Retardtbl.:** **RA;** In Komb. m. MTX zur Behandl. d. mittelschweren bis schweren aktiven RA b. erw. Pat., d. auf e. od. mehrere Krankheitsmodifiz. Antirheumatika (DMARD) unzureichend angespr. od. diese nicht vertragen haben. Anw. als Monotherapie, wenn MTX nicht vertragen wird od. wenn e. Behandl. m. MTX ungeeignet ist. **PsA;** In Komb. m. MTX zur Behandl. d. aktiven PsA b. erw. Pat., d. auf e. vorangeg. Krankheitsmodifiz. antirheumat. (DMARD-) Ther. unzureichend angespr. od. diese nicht vertragen haben. **AS;** Behandl. erw. Pat. m. aktiver AS, d. auf e. konventionelle Ther. unzureichend angespr. haben. Lös. zum Einnehmen: Zur Behandl. d. aktiven polyartikulären juvenilen idiopath. Arthritis (Rheumafaktor-positiv [RF+] od. -negativ [RF-] Polyarthritis u. erweiterte Oligoarthritis) u. d. juvenilen Psoriasis-Arthritis (PsA) b. Pat. ab e. Alter v. 2 Jahren, d. auf e. vorangeg. Krankheitsmodifiz. antirheumat. (DMARD-) Ther. unzureichend angespr. haben. Kann i. Komb. m. Methotrexat (MTX) angewendet werden od. als Monotherapie, wenn MTX nicht vertragen wird od. e. Fortsetz. d. Behandl. m. MTX ungeeignet ist. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichk. gg. d. Wirkstoff od. e. d. sonst. Bestandt., aktive Tuberkulose (TB), schwerwiegende Infekt. v. z. B. Sepsis od. opportunist. Infekt., schwere Leberfunkt.-stör., Schwangersch. u. Stillzeit. **Nebenwirkungen:** Häufig: Pneumonie, Influenza, Herpes zoster, Herpes-simplex, virale Gastroenteritis, Lymphopenie, Anämie, Kopfschmerzen; Hypertonie; Husten; Bauchschmerzen; Erbr., Diarrhö, Übelk., Gastritis, Dyspepsie; Ausschlag; Arthralgie; peripheres Ödem; erhöhte Kreatinphosphokinase i. Blut. Gelegentlich: Tuberkulose, Divertikulitis, Pyelonephritis, Zellulitis, Herpes-simplex, virale Gastroenteritis, Virusinfekt.; Lungenkrebs, nicht-melanozytärer Hautkrebs; Leukopenie, Neutropenie; Dyslipidämie, Hyperlipidämie, Dehydrier., Infektion; Parästhesie; Myokardinfarkt; venöse Thromboembol. Ereignisse (LE, TVT und retinale Venenthrombose); Dyspnoe, verstopfte Nebenbahnen; Lebersteatose, erhöhte Leberenzymwerte, Erhöhd. d. Transaminasen, erhöhter Gamma-Glutamyltransferasewert; Erythem, Pruritus, Gelenkschwell., Tendinitis, Pyrexie, Fatigue; erhöhter Blut-Kreatininspiegel, erhöhter Blutzucker; erhöhter Lipoprotein-Cholesterinspiegel, erhöhter Cholesterinspiegel, erhöhter Cholesterinwert; niedriger Dichte, Gewichtszunahme; Bänderdehn., Muskelzerr., Selten: Sepsis, Urosepsis, disseminierte Tuberkulose, Bakteriämie, Pneumocystis jirovecii-Pneumonie, Pneumokokken-Pneumonie, bakt. Pneumonie, Zytomegalie-Virus-Infekt., bakt. Arthritis, Lymphom; anormaler Leberfunkt.-test, muskuloskeletale Schmerzen. Sehr selten: Tuberkulose d. ZNS, Kryptokokken-Meningitis, nekrotisier. Faszitis, Enzephalitis, Staphylokokken-Bakteriämie, Mycobacterium-avium-Komplex-Infekt., atyp. mykobakterielle Infekt. Häuf. nicht bekannt, Überempfindlichk., Angioödem, Urtikaria. Folgende schwerwiegende Infekt. können ebenf. auftr.: Appendizitis, Infekt. m. Cryptococcus, Histoplasmosis, oesophageale Candidose, Cytomegalievirus-Infektion, BK-Virus-Infekt., Listeriose u. Kokkidiomykose. Erhöhung d. Lipidparameter enth. Gesamtkolesterin, LDL-Cholesterin, HDL-Cholesterin, Triglyceride. Außerdem b. Filmtbl.: B. CU-Pat.: Verschlecht. d. CU. B. JIA: epidurales Empyem (mit Sinusitis u. subperiostealem Abszess), Pilonidalzyste, Abszess Gliedmaße. B. AS: septische Meningitis. **Warnhinweise:** Filmtbl.: Enth. Lactose. Packungsbeilage beachten. Retardtbl.: Enth. Sorbitol (E 420). Packungsbeilage beachten. Lös. zum Einnehmen: Enth. Propylenglycol (E 1520), Natriumbenzoat (E 211). Packungsbeilage beachten. Weitere Informationen s. Fach- u. Gebrauchsinformation. **Abgabestatus:** Verschreibungspflichtig. **Pharmazeutischer Unternehmer:** Pfizer Europe MA EEIG, Boulevard de la Plaine 17, 10500 Brussels, Belgium. **Repräsentant in Deutschland:** PFIZER PHARMA GmbH, Linkstr. 10, 10785 Berlin. **Stand:** September 2022 | b-2vtjib-0-0



taltz®
(Ixekizumab)

Taltz® ist für heute und morgen.¹

Schnelle und kontinuierliche
Wirksamkeit bei PsA* und axSpA⁺¹⁻⁴

✓ **Schnelle Verbesserung
bereits nach 2 Wochen¹⁻³**

✓ **Anhaltende
Wirksamkeit^{o,1,4}**

✓ **Gute
Verträglichkeit¹**

*Taltz®, allein oder in Kombination mit Methotrexat, ist angezeigt für die Behandlung erwachsener Patient:innen mit aktiver Psoriasis-Arthritis, die unzureichend auf eine oder mehrere krankheitsmodifizierende Antirheumatika (DMARD) angesprochen oder diese nicht vertragen haben. + Axiale Spondyloarthritis: Ankylosierende Spondylitis (Röntgenologische axiale Spondyloarthritis); Taltz® ist angezeigt für die Behandlung erwachsener Patient:innen mit aktiver röntgenologischer axiale Spondyloarthritis, die auf eine konventionelle Therapie unzureichend angesprochen haben. Nicht-röntgenologische axiale Spondyloarthritis: Taltz® ist angezeigt für die Behandlung erwachsener Patient:innen mit aktiver nicht-röntgenologischer axiale Spondyloarthritis mit objektiven Anzeichen einer Entzündung, nachgewiesen durch erhöhtes C-reaktives Protein (CRP) und/oder Magnetresonanztomographie (MRT), die unzureichend auf nicht-steroidale Antirheumatika (NSAR) angesprochen haben.

^oStudiendaten belegen die Wirksamkeit über 3 Jahre bei PsA und axSpA¹⁻⁴. **axSpA**: axiale Spondyloarthritis; **PsA**: Psoriasis-Arthritis.

1. Aktuelle Taltz® Fachinformation. 2. van der Heijde D, et al. Lancet 2018;392:2441-2451. 3. Deodhar A, et al. Arthritis Rheumatol. 2019;71(4):599-611. 4. Deodhar A, et al. EULAR Juni 2022, Kopenhagen, Dänemark, POS0930.

Bezeichnung des Arzneimittels: Taltz® 80 mg Injektionslösung in einem Fertigpen/in einer Fertigspritze. **Zusammensetzung:** arzneilich wirksamer Bestandteil: Fertigpen/Fertigspritze enthält 80 mg Ixekizumab in 1 ml Lösung; sonstige Bestandteile: Saccharose, Polysorbat 80, Wasser für Injektionszwecke, Natriumhydroxid kann zur pH-Wert-Einstellung verwendet werden. **Anwendungsgebiete:** **Plaque-Psoriasis:** Behandlung von erwachsenen Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis, die für eine systemische Therapie infrage kommen. **Plaque-Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen:** Behandlung von mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen ab einem Alter von 6 Jahren mit einem Körpergewicht von mindestens 25 kg, die für eine systemische Therapie infrage kommen. **Psoriasis-Arthritis:** Behandlung allein oder in Kombination mit Methotrexat von erwachsenen Patienten mit aktiver Psoriasis-Arthritis, die unzureichend auf eine oder mehrere krankheitsmodifizierende Antirheumatika angesprochen oder diese nicht vertragen haben. **Axiale Spondyloarthritis:** Ankylosierende Spondylitis (Röntgenologische axiale Spondyloarthritis): Behandlung von erwachsenen Patienten mit aktiver röntgenologischer axiale Spondyloarthritis, die auf eine konventionelle Therapie unzureichend angesprochen haben. Nicht-röntgenologische axiale Spondyloarthritis: Behandlung von erwachsenen Patienten mit aktiver nicht-röntgenologischer axiale Spondyloarthritis mit objektiven Anzeichen einer Entzündung, nachgewiesen durch erhöhtes C-reaktives Protein und/oder Magnetresonanztomographie, die unzureichend auf nicht-steroidale Antirheumatika angesprochen haben. **Gegenanzeigen:** Schwerwiegende Überempfindlichkeit gegen Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. Klinisch relevante aktive Infektionen, z.B. aktive Tuberkulose. **Nebenwirkungen:** **Sehr häufig:** Infektionen der oberen Atemwege; Reaktionen an der Injektionsstelle. **Häufig:** Tinea-Infektionen; Herpes simplex (mukokutan); Oropharyngeale Schmerzen; Übelkeit; bei Kindern und Jugendlichen zusätzlich: Konjunktivitis, Influenza, Urtikaria. **Gelegentlich:** Influenza; Rhinitis; orale Candidose; Konjunktivitis; Phlegmone; Neutropenie; Thrombozytopenie; Angioödem; Urtikaria; Ausschlag; Ekzem; entzündliche Darmerkrankung (einschließlich Morbus Crohn und Colitis ulcerosa). **Selten:** Anaphylaxie. **Warnhinweise:** Für Kinder unzugänglich aufbewahren. Nicht verwenden, falls Siegel gebrochen ist. Nicht schütteln. Weitere Warnhinweise s. Fachinformation. **Verschreibungspflichtig. Zulassungsinhaber:** Eli Lilly and Company (Ireland) Limited, Dunderrow, Kinsale, Co. Cork, Irland; **Ansprechpartner in Deutschland:** Lilly Deutschland GmbH, Werner-Reimers-Str. 2-4, D-61352 Bad Homburg. **Stand der Information:** Dezember 2021

Lilly

Erfolgreiche Praxisführung
für Ärztinnen und Ärzte

ARZT & WIRTSCHAFT

ORTHOPÄDIE /
RHEUMATOLOGIE

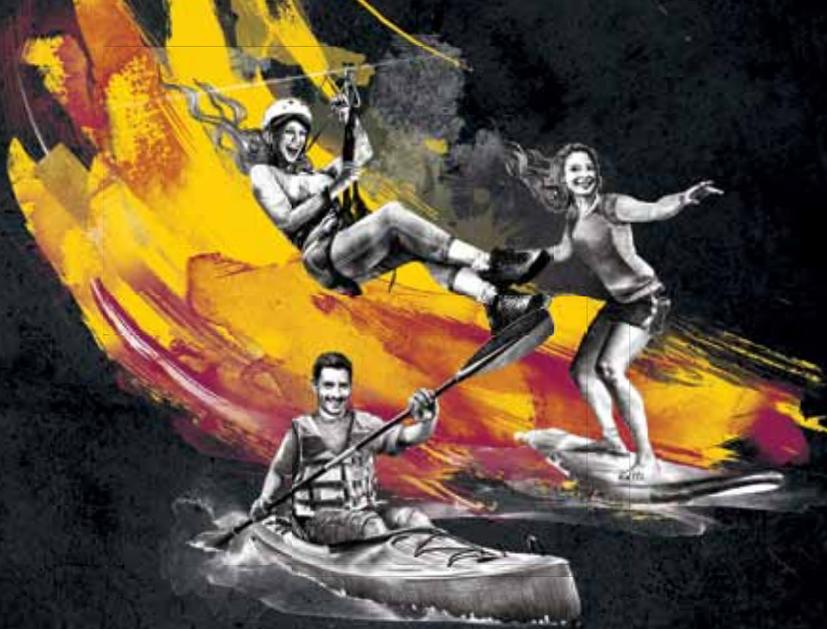


Terminvergabe
**Seit 1. Januar
höhere Vergütung** s. 07

Energiekosten
**Praxen geraten
in Existenznot** s. 11

Tennisarm
**Richtig aufklären bei
Injektionstherapie** s. 16

Ärzteversorgungswerke
**So gut läuft
Ihre Alters-
vorsorge** s. 20



MEHR

REMISSION

IN DER RA*, PsA[†], AS[‡] & nr-axSpA[#]

* bei mittelschwerer bis schwerer aktiver rheumatoider Arthritis bei erwachsenen Patienten, die auf ein oder mehrere krankheitsmodifizierende Antirheumatika (DMARDs) unzureichend angesprochen oder diese nicht vertragen haben; als ADA + MTX; gemessen in SELECT-COMPARE statistisch signifikanter Unterschied RINVOQ® + MTX vs. ADA + MTX zu Woche 12, 26, 48, 72 in DAS28(CRP) < 2,6; SDAI ≤ 3,3; CDAI ≤ 2,8 und Bool'sche Remission, sowie Woche 156 in DAS28(CRP) < 2,6 und CDAI ≤ 2,8, nicht multiplizitätskontrolliert^{1,4}; † bei aktiver Psoriasis-Arthritis bei erwachsenen Patienten, die auf ein oder mehrere DMARDs unzureichend angesprochen oder diese nicht vertragen haben. RINVOQ® kann als Monotherapie oder in Kombination mit Methotrexat angewendet werden. Laut G-BA Beschluss: Remission (erhoben mit DAPSA) zeigt einen signifikanten Unterschied gegenüber Adalimumab⁵; ‡ RINVOQ® wird angewendet zur Behandlung der aktiven ankylosierenden Spondylitis bei erwachsenen Patienten, die auf eine konventionelle Therapie unzureichend angesprochen haben; SELECT-AXIS 1 (NRI): Remission gemessen am ASDAS-ID-Ansprechen vs. Placebo zu Woche 14⁶; # aktiver nicht röntgenologischer axialer Spondyloarthritis bei erwachsenen Patienten mit objektiven Anzeichen einer Entzündung, angezeigt durch erhöhtes C-reaktives Protein (CRP) und/oder Nachweis durch Magnetresonanztomografie (MRT), die unzureichend auf nicht steroidale Antirheumatika (NSAR) angesprochen haben; SELECT-AXIS 2 (NRI): Remission gemessen am ASDAS-ID-Ansprechen vs. Placebo zu Woche 14⁷; AS Ankylosierende Spondylitis; nr-axSpA nicht röntgenologische axiale Spondyloarthritis; PsA Psoriasis-Arthritis; RA Rheumatoide Arthritis; 1 RINVOQ® Fachinformation, aktueller Stand. 2 Fleischmann RM et al., Ann Rheum Dis. 2019; 78:1454-1462. 3 Fleischmann RM et al., Ann Rheum Dis. 2020; 79(Suppl 1):323, Abstract THU0201. 4 Fleischmann RM et al., RMD Open, 2022; 8:e002012. 5 Laut Beschluss des gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) im Nutzenbewertungsverfahren zu Upadacitinib; Remission (erhoben mit DAPSA) zeigt einen signifikanten Unterschied gegenüber Adalimumab für Erwachsene mit aktiver Psoriasis-Arthritis, die auf eine vorangegangene krankheitsmodifizierende antirheumatische (DMARD-) Therapie unzureichend angesprochen oder diese nicht vertragen haben. Stand 15.07.2021. <https://www.g-ba.de/bewertungsverfahren/nutzenbewertung/651/#beschluesse>. Zugriff: 20.12.2022. 6 van der Heijde D et al., Lancet. 2019; 394:2108-2117. 7 Deodhar A et al., EULAR-Kongress 2022; Präsentation OP0016.

▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung.

Rinvoq® 15 mg/30 mg/45 mg Retardtabletten; Wirkstoff: Upadacitinib;

Zusammensetzung: 1 Rinvoq 15 mg/30 mg/45 mg Retardtablette enthält Upadacitinib 0,5 H₂O, entsprechend 15 mg/30 mg/45 mg Upadacitinib. **Sonstige Bestandteile:** Tablettenkern: Mikrokristalline Cellulose, Hypromellose, Mannitol, Weinsäure, Hochdisperses Siliciumdioxid, Magnesiumstearat; Filmüberzug: Poly(vinylalkohol) Macrogol, Talkum, Titandioxid (E171), Eisen(III)-oxid (E172); nur in Rinvoq 15 mg: Eisen(II,III)-oxid (E172); nur in Rinvoq 45 mg: Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E172); **Anwendung: Rinvoq 15 mg:** Mittelschwere bis schwere aktive rheumatoide Arthritis bei Erwachsenen, die auf ein oder mehrere krankheitsmodifizierende Antirheumatika (DMARDs) unzureichend angesprochen oder diese nicht vertragen haben (allein oder in Kombination mit Methotrexat (MTX)). Aktive Psoriasis-Arthritis bei Erwachsenen, die auf ein oder mehrere DMARDs unzureichend angesprochen oder diese nicht vertragen haben (allein oder in Kombination mit MTX). Aktive ankylosierende Spondylitis bei Erwachsenen, die auf eine konventionelle Therapie unzureichend angesprochen haben. Aktive nicht röntgenologische axiale Spondyloarthritis bei Erwachsenen mit objektiven Anzeichen einer Entzündung, angezeigt durch erhöhtes C-reaktives Protein und/oder Nachweis durch Magnetresonanztomografie, die unzureichend auf NSAR angesprochen haben. **Rinvoq 15 mg/30 mg/45 mg:** Mittelschwere bis schwere atopische Dermatitis bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren, die für eine systemische Therapie in Frage kommen. **Rinvoq 15 mg/30 mg/45 mg:** Mittelschwere bis schwere aktive Colitis ulcerosa bei Erwachsenen, die auf eine konventionelle Therapie oder ein Biologikum unzureichend angesprochen haben, nicht mehr darauf ansprechen oder diese nicht vertragen haben. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen einen der Bestandteile; aktive Tuberkulose; aktive schwerwiegende Infektionen; schwere Leberinsuffizienz; Schwangerschaft. **Nebenwirkungen:** Infektionen (z. B. Herpes zoster, Pneumonie); Infektionen der oberen Atemwege; Akne; Bronchitis; Herpes simplex; Follikulitis; Influenza; Harnwegsinfektion; Schwerwiegende Überempfindlichkeitsreaktionen; Anämie; Neutropenie; Lymphopenie; Hypercholesterinämie; Hyperlipidämie; Husten; Bauchschmerzen; Übelkeit; Urtikaria; Ausschlag; Fatigue; Fieber; Kopfschmerzen; orale Candidose; Divertikulitis; Hypertriglyceridämie; CPK im Blut erhöht, ALT erhöht, AST erhöht, Gewicht erhöht.

Verschreibungspflichtig; Pharmazeutischer Unternehmer:

AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG, Knollstraße, 67061 Ludwigshafen, Deutschland.

Stand: November 2022

abbvie



Arthritiden

Irreversiblen Gelenkschäden lässt sich vorbeugen

Sowohl bei Psoriasis-Arthritis (PsA) als auch bei Spondyloarthritis triggern anhaltende Entzündungen Knochenerosionen bis hin zur Destruktion eines Gelenks.

Eine Hemmung der röntgenologischen Progression kann in beiden Krankheitsbildern der Interleukin-17A-Inhibitor Ixekizumab (Taltz®) bewirken. Nach Daten der PsA-Zulassungsstudie SPIRIT-P1 war in Woche 24 die Progression struktureller Schäden signifikant geringer als unter Placebo. Die Veränderung im modified Total Sharp Score (mTSS, quantifiziert radiologische Veränderungen) betrug unter Ixekizumab im Mittel nur 0,17 Punkte (Placebo 0,49 Punkte). Nach einem Zeitraum von drei Jahren zeigte sich bei 74 Prozent der Patienten keine Progression struktureller Schäden mehr.

Unter Ixekizumab können alle von PsA betroffenen Domänen effektiv behandelt werden. Das drückt sich vielfach im



Foto: Peakstock - stock.adobe.com

Erreichen eines remissionsnahen Behandlungsziels aus: In einer Vergleichsstudie erreichten signifikant mehr Patienten unter Ixekizumab eine MDA (Minimal Disease Activity) als unter dem TNF-Inhibitor Adalimumab.

Auch bei der axialen Spondyloarthritis (axSpA) geht die entzündliche Aktivität mit strukturellen Veränderungen einher. Studiendaten über drei Jahre zeigen, dass

unter Ixekizumab ein Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score (ASDAS) <2,1-Ansprechen sowohl bei nichtröntgenologischer (nr-) als auch röntgenologischer axSpA (r-axSpA) kontinuierlich gehalten und damit eine sehr gute Krankheitskontrolle über lange Zeit erreicht werden kann.

Till Kobl

Quelle: Information von Lilly

Rheumatoide Arthritis (RA)

Schnelles Therapieansprechen bei RA durch JAK1-Inhibitor

Neue Real-World- und Verträglichkeitsdaten zu Filgotinib wurden auf dem ACR-Kongress 2022 vorgestellt.

Filgotinib (Jyseleca®) ist ein einmal täglich oral einzunehmender, präferenzzieller Januskinase-1-Inhibitor (JAK1). Die 200- und 100-mg-Filmtabletten sind zugelassen in der Behandlung aktiver rheumatoider Arthritis und Colitis ulcerosa.

Die prospektive, nichtinterventionelle Kohortenstudie FILOSOPHY untersucht im primären Endpunkt die Persistenzrate nach 24 Monaten im Behandlungsalltag bei bis zu 1.500 Patienten mit mittelschwerer bis schwer aktiver RA; sekundäre und explorative Endpunkte umfassen unter anderem die Effektivität, patientenberichtete Ereignisse (Patient Reported Outcomes, PRO) wie Schmerz und Fatigue sowie unerwünschte Ereignisse.

Interimsergebnisse der Studie bei 200 Erwachsenen, denen Jyseleca® erstmals verschrieben wurde, zeigten bereits nach einer Woche eine rasche Verbesserung



Foto: chatuphot - stock.adobe.com

der Schmerz- und Fatigue-Symptomatik. Mittelwerte auf der VAS-Schmerzskala nahmen um 11,9 Punkte nach der ersten und 22,2 Punkte nach der vierten Behandlungswoche ab. Auf der FACIT-Müdigkeitsskala ergaben sich gegenüber dem Ausgangswert für die gleichen Zeiträume Werte von 3,7 und 6,8. Darüber hinaus zeigte sich eine Reduktion der Krankheitsaktivität mit einer mittleren Veränderung des CDAI-Wertes (Clinical Disease Activity Index) von -13,7 gegenüber dem Ausgangswert nach einem Monat.

Präsentiert wurden beim ACR-Kongress 2022 in Philadelphia außerdem neue Sicherheitsanalysen und klinische Ergebnisse zu Filgotinib bei erwachsenen RA-Patienten, die über einen Zeitraum von bis zu 8,2 Jahren mit Jyseleca® behandelt wurden, einschließlich der integrierten Sicherheitsdaten aus sieben klinischen Studien.

*Till Kobl*Quelle: Informationen von Galapagos
www.gilp.com/deutschland



KINDERMUND

Das schönste am Winter ist das Schneeball-schlachten.

Auf dem Mond können gar keine Menschen leben, im Halbmond hätten sie gar keinen Platz.

LEBENSWEISHEIT

Du kannst nur das in anderen entzünden, was in dir selbst brennt.

Augustinus von Hippo

WAHNSINNICG WITZIG

Theo: „Du Papa, was ist eine Oper?“ Vater: „Das ist, wenn jemand ein Messer in den Rücken bekommt und anstatt zu sterben, anfängt zu singen.“



Der Hotelbesitzer begrüßt den Urlauber: „Sie werden sich hier ganz bestimmt wie zu Hause fühlen!“ „Schade, ich dachte, ich könnte mich hier erholen!“



Der Lehrer gibt Martin sein schlechtes Zeugnis: „Dein Vater wird wegen dir noch graue Haare bekommen.“ Martin schaut ihn erstaunt an: „Da wird sich mein Vater freuen, er hat nämlich eine Glatze.“

ARZT & WIRTSCHAFT

Erscheinungsweise: sechsmal jährlich
ISSN: 2199-8140

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:

Gesamtredaktionsleitung Deutschland:
Günter Nuber

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

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

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

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

Redakteure: Dr. Bettina Brincker,
André Gieße, Nina Grellmann,
Ina Reinsch, Ines Schulz-Hanke

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

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

Corporate Publishing:

Sigrid von See-Bredibusch,
Franziska Daschner, Maike Schulz

Verkauf:

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

Media- und Vertriebsleitung:

Björn Lindenaus

Media:

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

Anzeigentarif nach Preisliste Nr. 8,
gültig seit 1.1.2023.

Produktionsleitung Deutschland:

Ninette Grabinger

Teamleitung Layout: Andrea Schmuck

Layout: Laura Carlotti, Holger Göbel,
Richard Hoppe, Christina Mähler,
Beate Scholz, Mira Vetter

Druck:

QUBUS media GmbH, Hannover

VERTRIEBS- UND ABONNEMENTSERVICE

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

Abonnement:

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

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.

Leseranalysen stehen zur Verfügung

LA-MED

LA-MED Arbeitsgemeinschaft
Leseranalyse medizinischer Fachzeitschriften
Geprüft Facharzt-Studie 2020



Dr. med. Ulrich Karbach,
Ressortleiter Abrechnung und Medizin



E-Mail:
ulrich.karbach@medtrix.group

Aufklärung: So umgehen Sie Fallstricke

Nahezu jede ärztliche Behandlung ohne rechtskräftige Einwilligung ist Körperverletzung. Das kann zu komplizierten Situationen führen. Ich denke nur an die Reanimation eines Betroffenen, der bedingt durch die aktuelle Situation gar nicht einwilligungsfähig ist. Sofern in der Klinik oder aber dem Hausarzt bei ambulanten Fällen eine Patientenverfügung bekannt ist, ist es unproblematisch. Ist dies nicht der Fall, so soll nach dem mutmaßlichen Willen des zu Reanimierenden entschieden werden.

Orthopädinnen und Orthopäden sind im ambulanten Bereich nicht so häufig mit Reanimationen konfrontiert. Das bedeutet, dass im Regelfall mehr Zeit bleibt, um Betroffene korrekt aufzuklären. Aber was ist dabei zu beachten?

Je nach der Tragweite einer Intervention muss zwischen der Aufklärung und der Durchführung der Intervention mehr oder weniger Zeit vergehen. Bislang reicht es vor einer venösen Blutentnahme aus, den Patienten vorher darüber zu informieren, dass man ihm jetzt Blut abnehmen will. Dabei gibt es zwei Ausnahmen: Wenn mit dem entnommenen Blut ein AIDS-Test gemacht werden soll, ist eine vorherige genaue Aufklärung und eine schriftliche Einverständniserklärung obligat, um späteren Ärger zu vermeiden. Die zweite Ausnahme betrifft individuelle

Gesundheitsleistungen (IGeL). Auch in diesem Fall muss eine Aufklärung über die Wunschleistung, mögliche Alternativen und die wirtschaftlichen Konsequenzen erfolgen. Ohne schriftlichen IGeL-Vertrag bekommt man dabei häufig Ärger, spätestens dann, wenn es ums Bezahlen der Rechnung geht. Bei eher unproblematischen Eingriffen können Aufklärung und Durchführung am selben Tag erfolgen. Bei komplexeren Eingriffen, etwa einer minimal invasiven Beseitigung von Knorpelstückchen im Kniegelenk, sollte mindestens ein Tag zwischen Aufklärung und Durchführung liegen. Im Beitrag ab Seite 14 wird die rechtliche Situation eingehend erläutert.

Aktuell sorgt ein gegen einen Dermatologen gefälltes Urteil zu mangelhafter Aufklärung in Ärztenetzen für erhebliche Diskussion. Der Kollege wurde nicht deswegen verurteilt, weil er im beklagten Fall nicht den „Goldstandard“, nämlich einen operativen Eingriff erbracht hatte, sondern deswegen, weil er nicht klar dokumentiert hatte, dass er den Betroffenen über diese - eigentlich eher indizierte - Behandlungsmethode ebenfalls aufgeklärt hatte. Ganz klar, die in Leitlinien genannten Therapieoptionen sind Empfehlungen und nicht verbindlich. Wer davon abweicht, sollte aber dokumentiert haben, warum eine andere Therapieoption sinnvoller ist. Das bedeutet, die Therapiefreiheit bleibt.

Viel Spaß bei der Lektüre

Ulrich Karbach

Der JYSELECA® Vorteil:
Schnell, stark & kontrolliert zur Remission



Schnelle Schmerzreduktion
bereits zu Woche 1.¹

Remissionsstark
in zwei Dosierungen.^{2,3}



Jyseleca®
Filgotinib

100 mg und 200 mg Filmtabletten

Gezielt mehr erreichen

JYSELECA® ist angezeigt zur Behandlung von mittelschwerer bis schwerer aktiver Rheumatoider Arthritis bei erwachsenen Patienten, die auf ein oder mehrere krankheitsmodifizierende Antirheumatika (DMARDs) unzureichend angesprochen oder diese nicht vertragen haben. JYSELECA® kann als Monotherapie oder in Kombination mit Methotrexat (MTX) angewendet werden.²

* CYP450-unabhängige Metabolisierung: keine bekannten klinisch relevanten Interaktionen mit CYP450-Enzymen, siehe Abschnitt 4.5 und 5.2 der Fachinformation.

¹ Galloway J, Bevers K, Verschuere P, et al. Presented at: ACR Convergence 2022; November 10-14, 2022; Philadelphia, Pennsylvania. ² Combe B, et al. Ann Rheum Dis 2021;80:848-858. ³ Aktuelle Fachinformation JYSELECA®

▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Jeder Verdachtsfall einer Nebenwirkung zu Jyseleca ist zu melden an die Galapagos Biopharma Germany GmbH, Abteilung Arzneimittelsicherheit, Fax-Nr.: 089-38038320, E-Mail: DrugSafety.Germany@glpg.com, und/oder an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Abt. Pharmakovigilanz, Kurt-Georg-Kiesinger-Allee 3, D-53175 Bonn, Webseite: www.bfarm.de.

Jyseleca® 100/200 Filmtabletten Wirkstoff: Filgotinib. **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Jede Filmtablette enthält Filgotinibmaleat, entsprechend 100 mg/200 mg Filgotinib. **Sonstige Bestandteile:** *Tablettenkern:* Mikrokristalline Cellulose, Lactose-Monohydrat, vorverkleisterte Stärke, hochdisperses Siliciumdioxid, Fumarsäure, Magnesiumstearat (Ph. Eur.). *Filmüberzug:* Poly(vinylalkohol), Titandioxid (E171), Macrogol, Talkum, Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E172), Eisen(III)-oxid (E172). **Anwendungsgebiete:** *Rheumatoide Arthritis:* Jyseleca ist angezeigt zur Behandlung von mittelschwerer bis schwerer aktiver rheumatoider Arthritis bei erwachsenen Patienten, die auf ein oder mehrere krankheitsmodifizierende Antirheumatika (DMARDs) unzureichend angesprochen oder diese nicht vertragen haben. Jyseleca kann als Monotherapie oder in Kombination mit Methotrexat (MTX) angewendet werden. *Colitis ulcerosa:* Jyseleca ist angezeigt zur Behandlung von mittelschwerer bis schwerer aktiver Colitis ulcerosa bei erwachsenen Patienten, die auf eine konventionelle Therapie oder auf ein Biologikum unzureichend angesprochen haben, nicht mehr darauf ansprechen oder diese nicht mehr vertragen haben. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile, aktive Tuberkulose (TB) oder aktive schwere Infektionen, Schwangerschaft. **Nebenwirkungen:** **Häufig:** Infektion des Harntrakts (UTI), Infektion der oberen Atemwege (URTI), Lymphopenie, Schwindelgefühl, Übelkeit. **Gelegentlich:** Herpes zoster, Pneumonie, Neutropenie, Hypercholesterinämie, erhöhte Kreatinphosphokinase im Blut. **Warnhinweis:** Enthält Lactose. Trockenmittel nicht schlucken. **Pharmazeutischer Unternehmer:** Galapagos NV, Generaal de Wittelaan 111 A3, 2800 Mechelen, Belgien. **Repräsentant in Deutschland:** Galapagos Biopharma Germany GmbH, D-80636 München. **Stand der Information:** September 2022. **Verschreibungspflichtig.**

Galapagos
Pioneering for patients

TITELGESCHICHTE 20



Ärzteversorgungswerke im Check

2021 sind die Geschäfte der meisten berufsständischen Alterssicherungsanstalten für Niedergelassene glänzend gelaufen. Dennoch nimmt der finanzielle Druck zu.

ABRECHNUNG 07



Kurzfristige Terminvergabe

Seit 1. Januar bekommt man eine höhere Vergütung für kurzfristige Terminvergaben. Die genauen Regelungen, was wann gilt, lesen Sie in diesem Beitrag.

RECHT 16



Tennisarm: richtig aufklären

Orthopäden müssen ausreichend über die Erfolgsaussichten einer Spritzen Therapie und über alternative Behandlungsmöglichkeiten aufklären. Sonst droht ein Schmerzensgeld.

AKTUELLES

04 Nachrichten



ABRECHNUNG

07 Kurzfristige Terminvereinbarung Seit 1. Januar höhere Vergütung



09 EBM Abrechnung der Schmerztherapie

10 Ihre Fragen Der A&W-Abrechnungsexperte antwortet

PRAXIS

11 Umfrage Energiekosten bringen Praxen in Existenznot



12 Fluchtwege Schnell und sicher die Praxis verlassen

13 Ihre Fragen Die A&W-Praxisexpertin antwortet

RECHT

14 Ärztliche Aufklärung Patient darf ohne Bedenken in Behandlung einwilligen



16 Tennisarm Richtig aufklären bei Injektionstherapie

17 Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall Immer wieder sechs Wochen?

18 Fortbildungen von ARZT & WIRTSCHAFT Interessante CME für Sie

19 Ihre Fragen Die A&W-Rechtsexpertin antwortet

FINANZEN

20 Altersvorsorge Die Bilanzen der Ärzteversorgungswerke im Check



23 Zinswende Viele Lebensversicherer zahlen wieder mehr

24 Betriebsausgaben Neue Vorgaben für Bewirtungsbelege

MEDIZIN

25 Arthritiden Irreversiblen Gelenkschäden lässt sich vorbeugen



25 Rheumatoide Arthritis (RA) Schnelles Therapieansprechen bei RA durch JAK1-Inhibitor

RUBRIKEN

- 01 Editorial**
- 26 Aufgespießt**
- 26 Impressum**



Grundlagenforschung

Was wirkt auf die Knochenbelastbarkeit?

Wasser in den Knochenzellen spielt bei der Reaktion auf äußere Belastungen eine wichtige Rolle – und damit auch nichtkollagene Proteinverbindungen. Forschende der Berliner Charité verglichen Knochen mit Osteozyten von Zebrafischen mit Knochen ohne Osteozyten von der Fischart Medaka. Letztere gaben doppelt so viel Wasser ab wie die Knochen mit Osteozyten, wie die Forschenden mithilfe der 3D-Neutronentomographie am Berliner Forschungsreaktor BER II nachweisen konnten. Ihre Studie ist im Journal „Materials & Design“ nachlesbar. Die

Mikrostruktur der Knochen ist bei beiden Fischarten sehr ähnlich. Die Knochen von Zebrafischen enthalten jedoch mehr Proteoglykane (PG), eingebettet in einer Gewebematrix aus Kollagenfasern und Nanokristallen. Zusammen bilden sie eine extrazelluläre Matrix (ECM), die für Festigkeit und Elastizität sorgt. Die PG beeinflussen dabei die Wasserdurchlässigkeit. Das Team hofft, dass diese Erkenntnis dazu beiträgt, neue Fragen zu alternden Knochen und Osteoporose aufzuwerfen. Verlieren diese zunehmend PG und werden deshalb weniger wasserdicht?



Hilfetelefon für Ärztinnen und Ärzte

Es gibt Momente in der Praxis, die zutiefst erschüttern. Doch oftmals fehlt Ärztinnen und Ärzten ein Gegenüber, um über das Erlebte zu sprechen. Unterstützung auf Augenhöhe, kostenlos und anonym, bietet die telefonische Beratungsstelle PSU Helpline (Tel. 0800 0 911 912, täglich von 9:00 bis 21:00 Uhr, psu-helpline.de). Das Kürzel PSU steht für „psychosoziale Unterstützung“. Ärztinnen und Ärzte sowie Angehörige weiterer Gesundheitsberufe finden hier kollegiale Unterstützung bei Belastungssituationen und schwerwiegenden Ereignissen. Gespräche zur Stabilisierung und Entlastung können dem Gefühl der Hilflosigkeit entgegenwirken, ebenso dem Festsetzen von Ängsten. Chronische Überlastung ist ein Thema, das ebenfalls häufiger aufkommt. Kollegiale Unterstützer und Unterstützerinnen überlegen gemeinsam mit den Anrufern: Was kann jetzt Kraft geben? Wer kann helfen? Bei Bedarf wird an Fach- und Beratungsstellen weitervermittelt.

Luftverschmutzung belastet Psyche

Zwei Studien im JAMA Network zeigen, dass Luftverschmutzung langfristig auch die psychische Gesundheit strapaziert. Forschende der Harvard- und der Emory-Universität werteten Daten von neun Millionen Medicare-Versicherten aus. Abgasbelastungen erhöhten hier das Risiko für Spätdepressionen bei älteren Menschen. Die zweite Studie, durchgeführt in Großbritannien und China, ergab ein erhöhtes Risiko für Depressionen und Angstzustände selbst bei Schadstoffwerten unterhalb britischer Luftqualitätsnormen. Aufgrund ihrer Anfälligkeit für Nervenerkrankungen seien Ältere besonders gefährdet.



Höhere Zuzahlungsbeträge für Heilmittel

Wer in seiner Arztpraxis selbst Krankengymnastik, Massagetherapie und andere Heilmittel durchführt und nach EBM abrechnet, muss die gesetzlichen Zusatzbeträge von den Patienten einziehen. Diese steigen zum 1. April 2023, wie die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) mitteilt. Hintergrund sind Preissteigerungen für Heilmittel. Daran bemisst sich die zehnprozentige Zuzahlung. Eine Übersicht der neuen Beträge im Rahmen von 1,17 Euro bis 2,97 Euro pro ärztlicher Behandlung findet sich unter www.kbv.de.

Eine Klarstellung zum besonderen Verordnungsbedarf liefert der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Betroffenen Pa-

tienten und Patientinnen können Einheiten für eine Behandlungsdauer von bis zu zwölf Wochen auf einem Rezept verordnet werden – auch, wenn das Akutereignis länger zurückliegt. Die entsprechenden Spezifikationen und Hinweise in der Diagnoseliste sind nicht bindend. Patienten mit schweren und langfristigen funktionellen oder strukturellen Schädigungen können so von häufigen Praxisbesuchen nur für die Verordnung entlastet werden. Massagetherapien und standardisierte Heilmittelkombinationen sind aber auf zwölf Einheiten im Verordnungsfall begrenzt, auch bei langfristigem Heilmittelbedarf oder besonderem Verordnungsbedarf.

Innovation

Gips spalten ohne Angst vor der Säge

Eine Führungs- und eine Schutzschiene – mehr braucht es nicht, um das Spalten eines Gipsverbandes mit der oszillierenden Säge angenehmer und angstfreier zu gestalten. Ein solches einfaches Hilfsmittel aus Metall hat nun der Orthopäde Dr. Adnan Sevencan von der türkischen Universitätsklinik Eski ehir Osmangazi entwickelt: zwei 30 cm lange und 0,5 bis 1 mm dicke flexible Metallstreifen; der untere breiter, der obere schmaler. Der untere Teil wird in den Verband geschoben und schützt die Haut. Der obere Teil führt die Säge. Das erweist sich als sicherer als Methoden mit

eingeschobenen Plastikstreifen oder in den Verband integrierten Sicherheitsstreifen. Die Wirksamkeit des von ihm entwickelten Instruments wies Dr. Sevencan in einer Studie mit 208 Patienten nach. Bei 106 wurde der Unterschenkel- oder der Unterarmgips auf klassische Weise entfernt, bei den anderen 102 kam die Führungsschiene zum Einsatz. Anders als bei der klassischen Vorgehensweise kam es bei der zweiten Gruppe zu keinerlei Verletzungen, die Patienten hatten auch deutlich weniger Angst. Die Prozedur konnte um mehr als 25 Prozent verkürzt werden.



Übersterblichkeit wegen Corona war moderat

Der Anstieg der Sterbezahlen in den Jahren 2020 und 2021 lässt sich großteils durch die alternde Bevölkerung erklären. Die Übersterblichkeit durch COVID-19 war demnach moderat. Für diesen Nachweis hat das Statistische Bundesamt zwei Wissenschaftler der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) mit dem Corona-Sonderpreis ausgezeichnet. Zusammen mit Prof. Michael Höhle vom Robert Koch-Institut (RKI)



wurden Prof. Göran Kauermann und der Doktorand Giacomo De Nicola für ihre Arbeiten zur Schätzung der Übersterblichkeit geehrt. Beide Arbeiten zeigen, dass eine altersadjustierte Schätzung basierend auf aktuellen Sterbetafeln für die korrekte Berechnung nötig ist. Diese Auszeichnung zeige, welche Auswirkungen die Anwendung adäquater statistischer Methoden auf reale Probleme haben könne, so De Nicola.

Focus-Ärztiegel wohl wettbewerbswidrig

Beim Magazin „Focus Gesundheit“ konnten Ärzte und Ärztinnen gegen eine Gebühr von rund 2.000 Euro ein Siegel unter der Rubrik „Focus Empfehlung“ erhalten beziehungsweise wurden als „Top-Mediziner“ ausgezeichnet. Die Wettbewerbszentrale hat nun auf Unterlassung geklagt, die 4. Kammer für Handelssachen am Landgericht München hat stattgegeben (Az. 4 HKO 14545/21). Die Art des Siegels suggeriere eine neutrale und sachliche Prüfung. Die Beklagte gab an, Kollegenempfehlungen und Patientenzufriedenheit zu berücksichtigen – subjektive Kriterien.

Neue ambulante Therapie bei Knie-Knorpelschäden

Seit Anfang des Jahres steht gesetzlich Versicherten eine neue ambulante Therapieoption für schwere Knorpelschäden am Knie zur Verfügung: die matrixassoziierte autologe Chondrozytenimplantation (M-ACI). Sie wurde zum 1. Januar in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) zur Behandlung von symptomatischen Knorpeldefekten des Kniegelenks aufgenommen, wenn der Defekt einen Schweregrad 3 oder 4 aufweist. Bei dem zweistufigen Operationsverfahren wird gesundes Knorpelgewebe des Patienten oder der Patientin entnommen, im Labor aufbereitet und an eine Trägermatrix gekoppelt. Anschließend werden die aufbereiteten Zellen im

Bereich des Knorpeldefekts im Kniegelenk befestigt. Knorpelentnahme und Implantation der Knorpelzellen dürfen von Fachärzten und -ärztinnen für Orthopädie und Unfallchirurgie durchgeführt werden, die über eine Genehmigung zum ambulanten Operieren verfügen sowie eine Schulung des Herstellers zur Anwendung des Arzneimittels erhalten haben. Vier neue OPS-Kodes wurden für die Abrechnung der OP-Leistungen in den Anhang 2 des EBM aufgenommen: Zwei Codes für die Entnahme von Knorpelzellen (Kategorie 3) sowie zwei Codes für die Implantation (Kategorie 5). Anfallende Sachkosten werden zusätzlich erstattet.



Fotos: S.Kobold - stock.adobe.com, Andrii Yalanskyi - stock.adobe.com, angkhan - stock.adobe.com



Kleine Patienten

Leitlinie zur Fraktursonografie angepasst

Die Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM) hat gemeinsam mit acht weiteren Fachgesellschaften eine neue S2e-Leitlinie zur Fraktursonografie vorgelegt. Demnach ist die Sonografie für die Diagnostik bei Kindern besonders geeignet, weil sie schnell, schmerzarm und frei von ionisierender Strahlung ist. Insbesondere bei handgelenksnahen Frakturen des distalen Unterarms hat sich die sonografische Diagnostik bereits etabliert. Die Leitlinie empfiehlt nun den Einsatz der Sonografie als Standarddiagnostik bei Kindern bis zu zwölf Jahren, die eine

distale Unterarmfraktur erlitten haben. Nur bei geplanter operativer Therapie sei eine zusätzliche Röntgenkontrolle notwendig. „Wir führen in der Leitlinie aber auch zahlreiche weitere Indikationen für die Fraktursonografie auf“, so DEGUM-Leitlinienkoordinator Dr. Ole Ackermann. Dazu gehören Brüche des Ellenbogens und des Oberarms sowie Rippen- und Schädelfrakturen bei Kindern und Jugendlichen. Um Knochenbrüche sicher zu diagnostizieren, sei mindestens ein mittelgroßes Ultraschallgerät mit einem hochfrequenten linearen Ultraschallkopf notwendig.

eRezept: Regierung plant keinen Anreiz

Nur fünf Prozent der Arztpraxen haben bisher elektronische Verordnungen ausgestellt. Das zeigt eine Analyse der Unternehmensberatung McKinsey. Auch wenn also bereits mehr als eine Million eRezepte eingelöst wurden, so kann von einer flächendeckenden Nutzung keine Rede sein. Denn eine Million von insgesamt einer halben Milliarde ausgestellter Rezepte sind 0,2 Prozent. Die Module installiert haben 31 Prozent der Praxen. Anreize zur Nutzung plant das Bundesgesundheitsministerium derzeit nicht, wie aus einer Antwort auf eine Anfrage der Unionsfraktion hervorgeht.



ChatGPT besteht US-Medizinexamen

Seit November 2022 ist der Textroboter ChatGPT öffentlich zugänglich. Doch jetzt schlägt sein Potential hohe Wellen. So schaffte es dieses textbasierte Dialogsystem tatsächlich, das US-Medizinexamen zu bestehen, mit beachtlichem Erfolg. Beim Test mit 350 Fragen des United States Medical Licensing Exam (USMLE) erreichte ChatGPT je nach Prüfungsteil und Aufgabe 52,4 bis 75 Prozent der Punkte. Die Schwelle zum Bestehen liegt bei rund 60 Prozent. Das klingt beeindruckend, doch noch ist es zu früh, um mögliche Einsatzgebiete in der Medizin ernsthaft zu diskutieren. Zum einen kann ChatGPT keine bildbasierenden Fragen beantworten. Entsprechende Fragen wurden ausgeklammert. Zum anderen kommt es bei Verwendung des Systems immer wieder zu Fehlern. Die Datenwissenschaftlerin Dr. Teresa Kubacka warnt vor vernünftigt klingenden Aussagen des Chatbots, die jedoch jeder faktischen Grundlage entbehren.

Hund verbessert Lebensqualität bei Rheuma

Hunde haben einen positiven Einfluss auf die Lebensqualität und Depressionsverminderung bei Patienten mit entzündlich-rheumatischen Gelenkerkrankungen. Dabei ist ihr Einfluss noch größer als der einer Katze. Das geht aus einer Studie der Medizinischen Hochschule Hannover hervor. Ob der Effekt allein auf die vermehrte Bewegung oder auch aus der emotionalen Zuwendung resultiert, lasse sich aus den Daten jedoch nicht herauslesen, schränkte Studienleiterin Dr. Stefanie Hirsch bei der Vorstellung auf dem Deutschen Rheumatologie-Kongress 2022 ein. In der Studie wurden 150 Patienten und Patientinnen aus der rheumatologischen

Ambulanz mit Arthritis (RA), Psoriasis-Arthritis (PsA) und Spondyloarthritis (SpA) zu ihrem Wohlbefinden befragt. 38 Prozent von ihnen hatten ein Haustier, zumeist einen oder mehrere Hunde. 64 Prozent der Befragten sowie 75 Prozent der Katzen- beziehungsweise 60 Prozent der Hundehalter und -halterinnen waren weiblich. 80 Prozent der Teilnehmenden berichteten von einem positiven Einfluss ihres Haustieres auf ihr allgemeines Wohlbefinden. Frauen mit Hunden betonten, dass sich ihre Lebensqualität signifikant verbessert habe. Leichte Depressionen und Schmerzen konnten mit Hunden im häuslichen Umfeld besser bewältigt werden.



Fotos: endstock - stock.adobe.com, Jacob Lund - stock.adobe.com, Halfpoint - stock.adobe.com



Kurzfristige Terminvereinbarung

Seit 1. Januar höhere Vergütung

Vermittlungsfälle durch die Terminservicestellen (TSS) der KVen werden in Abhängigkeit vom vereinbarten Termin besser honoriert. Höhere Zuschläge werden auch gezahlt, wenn die Vermittlung eines kurzfristigen Termins durch den Hausarzt erfolgt.

Orthopäden erhalten – anders als bisher – alle Leistungen auch dann extrabudgetär vergütet, wenn der vermittelte Termin zwischen dem 5. und 35. Tag nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit liegt.

Terminvermittlung durch Hausarzt

- Die Behandlung des Versicherten beginnt spätestens am 4. Kalendertag nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit durch den Hausarzt oder
- Die Behandlung des Versicherten beginnt spätestens am 35. Kalendertag nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit durch den Hausarzt, wenn eine Terminvermittlung durch die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigung oder eine eigenständige Terminvereinbarung durch den Patienten (oder eine Bezugsperson) aufgrund der medizinischen Besonderheit des Einzelfalls nicht angemessen oder nicht zumutbar ist. Falls die Facharztbehandlung erst ab dem 24. Kalendertag nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit beginnt, ist auf dem Abrechnungsschein zusätzlich eine medizinische Begründung anzugeben.

Die Entscheidung darüber, ob eine eigenständige Terminvereinbarung aufgrund der medizinischen Besonderheit des Einzelfalls nicht angemessen oder nicht zu

Egal ob die Anfrage für einen kurzfristigen Termin von Kollegen oder TSS kommt, zeitnah nutzt Ihnen.



Foto: Racle Fotodesign - stock.adobe.com

zumutbar war, trifft der Hausarzt. Auch wenn die Hausarztpraxis einen Termin erst zwischen dem 5. und 35. Tag vereinbart, können Zuschläge berechnet werden. Alle Leistungen in den entsprechenden Arztgruppenfällen – auch die Zuschläge – werden extrabudgetär vergütet. Die Abrechnung der Zuschläge erfolgt wie bei TSS-Vermittlungsfällen mit der Nr. 26228 und einer Zusatzkennung. Alles Weitere, nämlich die Zuordnung zur altersgruppenspezifischen Grundpauschale und die Berechnung des Zuschlags, übernimmt das Praxisverwaltungssystem (PVS).

Terminvermittlung durch Hausarzt

Bei der Abrechnung ist folgende Kennzeichnung nötig, damit man den korrekten Zuschlag erhält:

- Termin 1. bis 4. Tag 100%
26228 B
- Termin 5. bis 14. Tag 80%
26228 C
- Termin 15. bis 35. Tag 40%
26228 D

Unverändert gilt: Hausarztvermittlungsfälle sind im KVDT-Feld 4103 mit der Vermittlungs-/Kontaktart „3“ zu kenn-

zeichnen und werden extrabudgetär vergütet.

Vermittlungsfälle über die TSS

Neben einer Erhöhung der Zuschläge für Vermittlungsfälle über die TSS gibt es Änderungen bei den Fristen für die Berechnung der Zuschläge. Alle Leistungen in TSS-Vermittlungsfällen werden extrabudgetär vergütet. Maßgeblich für den Beginn der Frist der TSS-Terminfälle ist nicht mehr der Tag der Kontaktaufnahme mit der TSS durch den Patienten, sondern der Tag der Terminvermittlung.

- TSS Akutfall (innerhalb von 24 Stunden) 200%
26228 A
- Termin bis 4. Tag 100%
26228 B
- Termin 5. bis 14. Tag 80%
26228 C
- Termin bis 35. Tag 40%
26228 D

Unverändert gilt: Die Kennzeichnung erfolgt im KVDT-Feld 4103 mit der Vermittlungs-/Kontaktart „1“ für TSS-Terminfälle und „2“ bei TSS-Akutfällen (Kennzeichnung A)

Dr. Heinrich Weichmann

TERMINFÄLLE

- Bei Terminvereinbarungen wegen der dann deutlich besseren Vergütung möglichst kurzfristige Termine vergeben
- Bei Terminfällen die korrekte Angabe der Kennzeichnung der Nr. 18228 mit A, B, C, oder D und die zutreffende Kontaktart im KVDT-Feld 4103 mit 1, 2 oder 3 (3 nur bei Vermittlung durch den Hausarzt) beachten

EBM

Abrechnung der Schmerztherapie

Für die Abrechnung schmerztherapeutischer Leistungen stehen Orthopäden Leistungen aus verschiedenen EBM-Kapiteln zur Verfügung, teils mit und teils ohne Genehmigung.

Der spöttische Kommentar, dass Übervierzigjährige tot seien, wenn sie keine Schmerzen hätten, scheint zwar etwas übertrieben. Aber mit steigendem Alter steigen anscheinend auch die Schmerzen. Diese sind ein Warnsignal, das beachtet werden muss. Natürlich wissen alle Kolleginnen und Kollegen auch, dass das Schmerzempfinden unterschiedlich ist. Es kann also durchaus sein, dass Patient A ohne Analgetika zurechtkommt, während Patient B bei vergleichbarer Schädigung schon mittelstarke Opioide benötigt. Ganz entscheidend ist, dass man eine Chronifizierung des Schmerzes nach Möglichkeit verhindern sollte.

EBM-Kapitel 18

Die Grundpauschale von Kapitel 18 wird altersabhängig abgerechnet. Bis zum vollendeten fünften Lebensjahr setzt man die Gebührenordnungsposition (GOP) 18210 an, danach die 18211 und ab dem 60. Lebensjahr die 18212.

Die Schmerztherapie ist in der Grundpauschale und den orthopädischen Zu-

satzpauschalen, ohne dass es aufgeführt ist, jeweils mitenthalten.

Besondere Aufmerksamkeit benötigt die GOP 18700. Denn diese darf nur von Orthopäden mit Schwerpunkt Rheumatologie oder von Ärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzbezeichnung Orthopädische Rheumatologie abgerechnet werden.

Neben den GOP des eigenen Kapitels sind in der Präambel von Kapitel 18 auch GOP aufgelistet, die Ärzte dieser Fachgruppe zusätzlich abrechnen dürfen. Dabei wird die Schmerztherapie wieder relevant.

EBM-Kapitel 02

Aus Kapitel 02, das allgemeine diagnostische und therapeutische GOP enthält, können Orthopäden einige Leistungen abrechnen.

So ist die Behandlung mit Lokalanästhetika nach GOP 02360 denkbar. Die Behandlung mit Lokalanästhetika erfordert

Häufig können Schmerzen allein durch hausärztliche Maßnahmen behoben werden.

für die Abrechnung drei Arzt-Patienten-Kontakte. Dabei reicht es aus, wenn an einem der drei Termine im Behandlungsfall Lokalanästhetika eingesetzt werden.

Auch die physikalische Therapie gehört zum Gebiet der Orthopäden. Von der Menge her unbegrenzt abrechenbar ist die Wärmetherapie (02510); für die Elektrophysiotherapie (02511) gibt es eine Begrenzung von maximal acht abrechenbaren Behandlungen im Behandlungsfall.

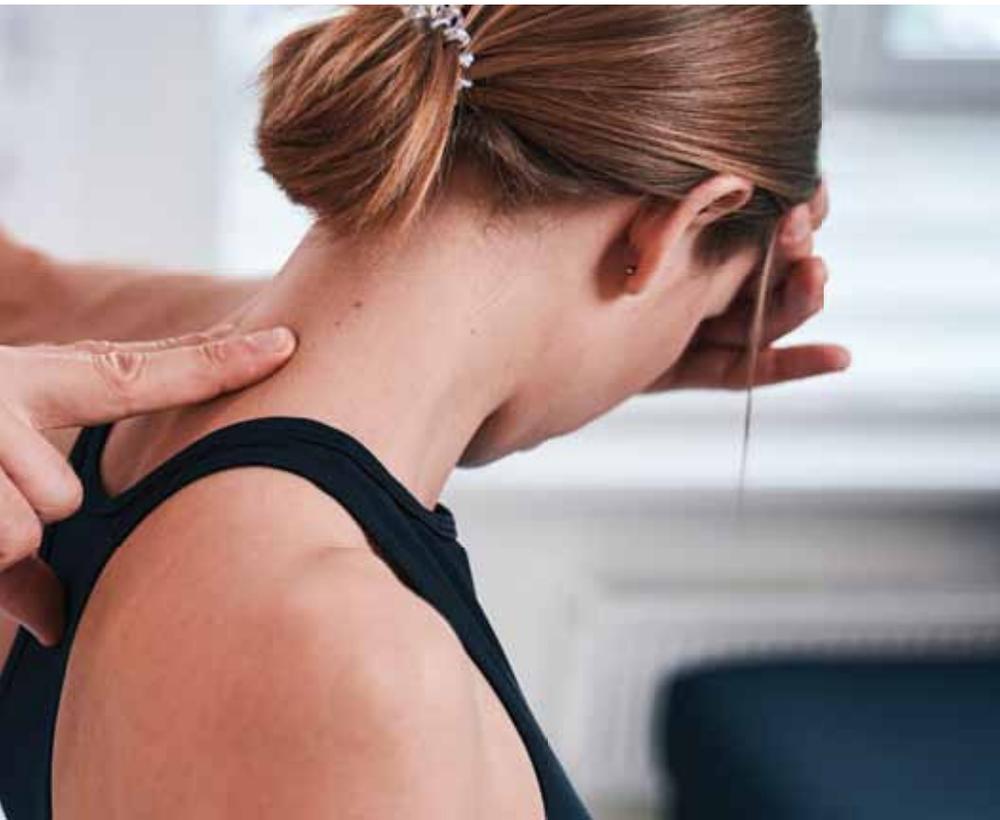
EBM-Kapitel 30.7

Der schmerztherapeutische Abschnitt 30.7.1+2 der arztgruppenübergreifenden speziellen Leistungen erfordert eine KV-Genehmigung. Damit wird es knifflig, denn wer die Genehmigung hat und die GOP 30700 als Grundpauschale abrechnet, darf im Behandlungsfall keine andere Grundpauschale abrechnen.

Der Blick in Kapitel 18 zeigt, dass bis auf GOP 18340 für die Behandlung sekundär heilender Wunden alle anderen GOP von Kapitel 18 Zusatzpauschalen zur Grundpauschale sind. Damit sind diese im Behandlungsfall nicht mehr abrechenbar. Wenn die Bedingungen für die spezielle Schmerztherapie wie chronisch



Eine gute körperliche Untersuchung ist bei vielen Rückenschmerzen zielführend.



Fotos: vectorfusionart - stock.adobe.com, Viacheslav Yakobchuk - stock.adobe.com

schmerzkrankte Patienten erfüllt sind, ist es aus wirtschaftlichen Gründen besser, in solch einem Behandlungsfall die arztgruppenübergreifende spezielle Schmerztherapie abzurechnen. Das ergibt aktuell 103,65 versus 54 Euro.

Chronisch schmerzkrankte Patienten dürften in einer normalen orthopädischen Praxis eher in der Minderheit sein. Dazu passt auch die Begrenzung für zugelassene Schmerztherapeuten auf maximal 300 dieser Schmerzpatienten pro Quartal. Alle anderen gesetzlich Versicherten werden ganz normal nach Kapitel 18 des EBM abgerechnet.

Die arztgruppenübergreifende spezielle Schmerztherapie soll – außer bei Tumorpatienten – nach zwei Jahren beendet sein. Wenn nach sechs Monaten kein Therapie-

erfolg zu sehen ist, soll man eine psychiatrische Mitbehandlung prüfen.

EBM-Kapitel 30.7.3

In einem Unterkapitel 30.7.3 ist die Akupunktur (30790, 30791) untergebracht, abrechenbar zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung bei chronischen Schmerzen der Kniegelenke und der LWS. Dabei sind zehn, mit Begründung auch 15 Sitzungen im Krankheitsfall möglich.

Anders als die meisten GOP von 30.7.1 setzt die Abrechnung der Akupunktur nicht die GOP 30700 voraus. Das bedeutet, dass ein Orthopäde zum Beispiel die Grundpauschale und die GOP 18311 oder die 18331 und zusätzlich die Akupunktur abrechnen darf.

Dr. med. Ulrich Karbach

EBM-KAPITEL 35.1 PSYCHOSOMATIK

Für die Betreuung chronisch schmerzkranker Patienten ist nicht zuletzt die psychosomatische Grundversorgung mit Leistungen aus dem Kapitel 35.1. relevant. Abrechenbar sind einmal die „differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände“ (35100) sowie die „verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen“ (35110). Beide Positionen sind mit jeweils 193 Punkten bewertet und bedürfen einer Mindestkontaktzeit von 15 Minuten sowie einer Genehmigung der zuständigen KV.

orthomol chondroplus

Da steckt Bewegung drin.



Bereit. Fürs Leben.

Orthomol chondroplus ist ein Nahrungsergänzungsmittel. Mit Vitamin C als Beitrag zu einer normalen Kollagenbildung für eine normale Funktion von Knorpel und Knochen.
www.orthomol.de



Ihre Fragen an unseren Abrechnungsexperten

Dr. med. Ulrich Karbach, Ressortleiter Abrechnung



EBM

Prüfzeiten

Was hat die Prüfzeit für eine Bedeutung und vor allem, wie kann ich Ärger deswegen vermeiden? Denn in der Diskussion mit Kollegen taucht das Thema aktuell vermehrt auf.

Dr. med. Franca H., Bayern

Da in der Gesetzlichen Krankenversicherung die Abrechnung nicht mit dem Leistungsempfänger erfolgt, muss es irgendeine Möglichkeit geben, damit die Kassenärztliche Vereinigung sehen kann, ob die Abrechnung stimmt. Dementsprechend ist für viele Abrechnungspositionen des EBM der Zeitbedarf kalkuliert worden, was die Kalkulationszeiten ergibt. Neben dieser nennt Anhang 3 des EBM auch noch die angefragte Prüfzeit sowie deren Eignung für das Tages- und/oder Quartalsprofil. Abgesehen von wenigen Leistungen mit vorgeschriebenen Mindestzeiten in der Legende ist die Prüfzeit kürzer als die Kalkulationszeit. Ärger kann es geben, wenn man nach den abgerechneten Leistungen an mehr als drei Tagen im Quartal über zwölf Stunden oder aber mehr als 760 Stunden im Quartal gearbeitet hat. Sofern man dies bei einer Nachfrage der Plausibilitätsprüfungskommission gut begründen kann, etwa mit Ausfall der Nachbarpraxis für Orthopädie, kann man vermutlich ohne Probleme durchkommen.



EBM

Grundpauschale

Gibt es eine Möglichkeit, bei der Grundpauschale nach Aufwand zu differenzieren?

Dr. med. Thorsten F., Hessen

Nein, das gibt es nicht. Anders als im hausärztlichen Versorgungsbereich gibt es im fachärztlichen Versorgungsbereich keine „Chronikerziffer“. Das bedeutet, dass die Grundpauschale eine Mischkalkulation über alle Behandlungsfälle eines Quartals ist. Da fallen sowohl zeitaufwendige Neupatienten darunter wie auch Patienten, die schon seit Jahren wegen einer Skoliose betreut werden und daher weniger Zeit benötigen. Feiner lässt sich dies nicht abrechnen.



A&W-Kontakt

Schicken Sie uns Ihre Fragen:

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

und per Fax unter 08191 3055591

EBM

Samstagsprechstunde

Da ich viele berufstätige Patienten habe, habe ich zusätzlich zur Abendsprechstunde eine Samstagsprechstunde eingerichtet. Jetzt behauptete ein Kollege, dass ich dabei die 01102 nicht abrechnen könne, stimmt das?

Dr. med. Nicola P., NRW

Nein, der Kollege hat nicht Recht. Die Legende der Gebührenordnungsposition (GOP) 01102 besagt folgendes: Inanspruchnahme des Vertragsarztes an Samstagen zwischen 7:00 und 19:00 Uhr. Es ist völlig egal, ob sie eine Terminsprechstunde haben oder der Patient ohne Termin in die Sprechstunde kommt. Solange die Inanspruchnahme in den angegebenen Zeiten am Samstag erfolgt, ist die Abrechnung völlig in Ordnung. Allerdings beinhaltet die GOP 01102 einige Ausnahmen, die Sie beachten müssen.

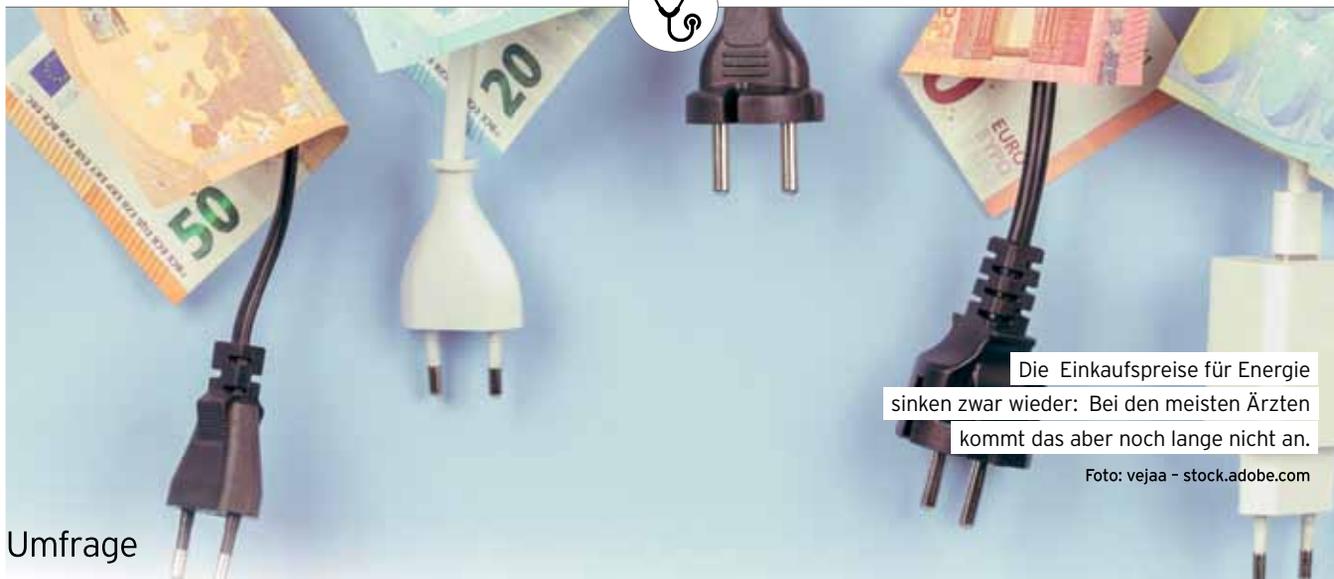
GOÄ

Akupunktur

Ich habe bei einer Patientin die Akupunktur nach Nr. 269a abgerechnet. Jetzt rief sie an und sagte, dass die Kasse die Erstattung verweigert habe. Warum?

Dr. Silke W., Thüringen

Das ist mit der vorliegenden Information nicht zu beantworten. Ein wahrscheinlicher Grund für die Ablehnung der Erstattung ist, dass die Akupunktur nicht zur Behandlung von Schmerzen eingesetzt wurde. Denn in der Legende steht: Akupunktur (Nadelstich-Technik) mit einer Mindestdauer von 20 Minuten zur Behandlung von Schmerzen, je Sitzung. Wenn im angefragten Fall Schmerzen nicht die Indikation für die Durchführung der Akupunktur waren, sondern etwas anderes, dann darf die Nr. 269a nur analog abgerechnet werden. Das bedeutet, dass die durchgeführte Leistung in der Rechnung stehen muss und die Abrechnung entsprechend zu Nr. 269 samt Legende ebenfalls dort stehen muss. Grundlage dafür sind § 6 (2) der Allgemeinen Bestimmungen sowie der § 12 (4) zur Rechnungsstellung.



Die Einkaufspreise für Energie sinken zwar wieder: Bei den meisten Ärzten kommt das aber noch lange nicht an.

Foto: vejaa - stock.adobe.com

Umfrage

Energiekosten bringen Praxen in Existenznot

Die Inflation stellt Praxen und MVZ vor immense Herausforderungen. Vor allem die nach wie vor horrenden Energiekosten zwingen viele Ärzte dazu, auch im Alltag umzudisponieren.

Die vergangenen Jahre waren für Praxisinhaber eine nicht endende Ausnahme-situation: Pandemie, Personalnot und nun auch noch die Energiekrise: Viele Niedergelassene sind am Ende ihrer Kräfte – und ihrer Rücklagen – angekommen. Das belegt eine repräsentative deutschlandweite Ad-hoc-Befragung von Ärzten und Heilberuflern durch die Stiftung Gesundheit.

An der Erhebung im Dezember 2022 nahmen 1.706 Leistungserbringer teil. Ergebnis: Mehr als 90 Prozent der Befragten spüren die Auswirkungen der Energiekrise deutlich. Rund 40 Prozent fühlen sich sogar „hart“ getroffen. 34,4 Prozent beschreiben die Auswirkungen als erheblich, 4,5 Prozent sehen sich sogar in ihrer Existenz bedroht.

Hochgerechnet auf die Grundgesamtheit der befragten Berufsgruppen bangen damit derzeit rund 16.000 Praxen akut um ihre Existenz. Sollte es zu Praxis-schließungen in dieser Größenordnung kommen, wären die Folgen für Patienten gerade in strukturschwachen Gebieten deutlich zu spüren.

Notgroschen fürs Heizen

Gefragt nach den Maßnahmen, die sie ergreifen, um den Kostenanstieg zu bremsen, nannten die Befragten die folgenden drei Punkte mit Abstand am häufigsten:

- 70,4 Prozent der Umfrageteilnehmer gaben an, die Raumtemperatur in ihrer Praxis gesenkt zu haben,

- 65,2 Prozent überwachen vermehrt den Strom- und Gasverbrauch und
- 53,4 Prozent sparen Energie, indem sie vorhandene Geräte nicht nutzen.

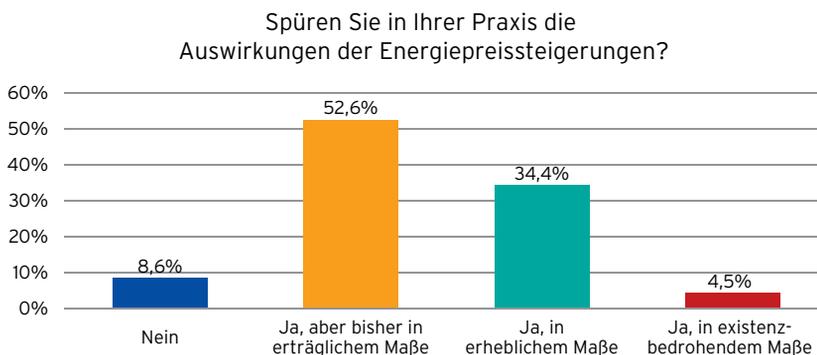
Um die hohen Energiekosten bezahlen zu können, gab ein Drittel der befragten Berufsträger an, ursprünglich geplante Anschaffungen für die Praxis erst einmal zu verschieben.

Ein knappes Drittel muss auf Rücklagen zurückgreifen, um die laufenden Rechnungen zu bezahlen. Mehr als jeder sechste Umfrageteilnehmer hat zudem bereits schon eine Bank oder einen Steuerberater kontaktiert, um die wirtschaftliche Zukunft der Praxis zu besprechen – oder plant eine solche Unterredung in der nächsten Zeit.

Doch es gibt Hoffnung: Seit Beginn des Jahres haben die Preise an den Börsen für Gas und Strom deutlich nachgegeben und wieder das Niveau erreicht, auf dem sie vor Beginn des Ukraine-kriegs lagen. Dennoch werden sich die meisten Praxisinhaber (ähnlich wie das Gros der Verbraucher) gedulden müssen, bis die Preissenkungen sich auch auf der monatlichen Abrechnung bemerkbar machen. Der Grund: Die meisten Anbieter haben sich in der Vergangenheit zu Mondpreisen mit Energie eingedeckt und müssen diese nun erst einmal an die Kunden weitergeben. Schneller profitieren könnten allenfalls Ärzte, die dieser Tage einen neuen Vertrag mit einem Versorger abschließen.

Judith Meister

DIE MEISTEN PRAXEN SIND BETROFFEN



Seit Anfang 2022 befragt die Stiftung Gesundheit einmal im Quartal die Leistungserbringer – ärztliche wie nichtärztliche – zu einem aktuellen Fokusthema. Die Ad-hoc-Befragung erfolgt im Rahmen der Erhebung zum Medizinklimaindex (MKI).

Quelle: Stiftung Gesundheit

Besorgniserregend: Umgerechnet in Zahlen sind 16.000 Praxen in ihrer Existenz bedroht.



Wenn es brennt, müssen Patienten und Mitarbeiter wissen, wie sie sich in Sicherheit bringen können.

Foto: Prot - stock.adobe.com

Fluchtwege

Schnell und sicher die Praxis verlassen

Ob im Hochparterre oder im zehnten Stock: Praxisinhaber müssen sicherstellen, dass Patienten und Mitarbeiter sich im Notfall schnell in Sicherheit bringen können. Für die Details gibt es klare Regeln.

Ein Kurzschluss. Ein defektes Elektrogerät. Ein Fettbrand beim Nachbarn: Es gibt viele Szenarien, in denen eine Praxis schnell und effizient geräumt werden muss. Das kann, je nach Lage der Räumlichkeiten, eine Herausforderung sein, erst recht, wenn auch alte und gebrechliche Patienten zu evakuieren sind.

Um im Ernstfall dennoch eine möglichst reibungslose Räumung zu gewährleisten, ist das Anlegen von Flucht-, Rettungs- und Verkehrswegen für Arbeitsstätten in Deutschland verbindlich vorgeschrieben (§ 2 ArbStättV). Konkretisiert werden die Vorgaben durch die Technische Regel für Arbeitsstätten, die ASR A2.3 in der Form vom März 2022.

Jeder Weg ist anders

Verkehrswegen sind danach alle „für den Fußgänger- und/oder Fahrzeugverkehr bestimmte Bereiche in Gebäuden oder im Freien auf dem Gelände eines Betriebes oder auf Baustellen“. In Arztpraxen fallen im Wesentlichen Flure und Gänge unter diesen Begriff. Je nach Lage der Praxis gehört zu den Verkehrswegen auch das Treppenhaus.

Fluchtwege sind definiert als „Verkehrswegen, an die besondere Anforderungen zu stellen sind und die der selbstständigen Flucht aus einem möglichen Gefahrenbereich und ... der Rettung von Personen dienen.“ Das bedeutet, dass nicht nur die Treppen im Praxisgebäude selbst, sondern auch Außentreppen, begehbare Dachflächen oder offene Gänge Teil eines Fluchtweges sein können - und daher den gesetzlichen Vorgaben entsprechen müssen. Rettungswege wiederum dienen Sanitätern oder Feuerwehrleuten, um zu eingeschlossenen Personen vorzu-

dringen und diese aus dem unmittelbaren Gefahrenbereich herauszuholen.

Stolperfallen verboten

Um im Ernstfall Verzögerungen zu vermeiden, sind Fluchtwege und Notausgänge ständig frei zu halten. Außerdem müssen sie entsprechend der ASR A1.3 „Sicherheits- und Gesundheitsschutzkennzeichnung“ markiert sein. Drucker und Kopierer sollten daher nicht in Fluren aufgestellt werden, die als Fluchtwege dienen. Geht es aus Platzgründen nicht anders, sollte zumindest das Kopierpapier an anderer Stelle gelagert sein.

Was die Dimensionen der Fluchtwege angeht, so gilt: Wenn maximal fünf Personen sie nutzen müssen, genügt eine Breite von 90 Zentimetern. Bei bis zu 400 Personen sind 2,40 Meter erforderlich.

Fluchtwege sollen zudem möglichst kurz sein. Je nachdem, ob eine gesteigerte Brand- und Explosionsgefahr besteht, variiert die erlaubte Länge zwischen 10 und 35 Metern. Das Bauordnungsrecht der Länder sieht zum Teil aber auch noch abweichende Maße vor.

Judith Meister

PLANVOLL RETTEN UND FLÜCHTEN

Praxischefs müssen einen Flucht- und Rettungsplan erstellen, der aktuell, übersichtlich und gut lesbar ist und die vorgeschriebenen Sicherheitsfarben und -zeichen enthält. Flucht- und Rettungspläne sind an geeigneter Stelle auszuhängen, zum Beispiel an der Anmeldung, im Treppenhaus oder vor dem Aufzug. Mitarbeiter müssen mindestens einmal pro Jahr darüber informiert werden.



Ihre Fragen an unsere Praxisexpertin

Melanie Hurst, Ressortleiterin Wirtschaft



Ältere Patienten

Wie kann ich meine Praxis barriereärmer gestalten?

Meine Praxis ist im ersten Stock eines Mehrparteienhauses. Die Haustür ist von außen nur über eine steile Treppe erreichbar. In letzter Zeit höre ich Beschwerden von älteren Patienten, die Mühe hatten, diese Treppe zu bewältigen. Daher meine Frage: Wie kann ich meine Praxis barriereärmer gestalten?

Dr. med. Ute A. aus Schleswig-Holstein

Es reichen häufig schon kleine Maßnahmen aus, um eine Praxis barriereärmer zu gestalten. Sie könnten an der Außentreppe ein Geländer anbringen lassen. Auch kann



eine Treppenrampe hilfreich sein, mit der Rollstuhlfahrer oder eingeschränkt mobile Patienten diese Eingangstreppe leichter bewältigen können.

Aber auch in der Praxis können schon kleine Maßnahmen eine große Wirkung erzielen. Gerade ältere Patienten werden es sicher zu schätzen wissen, wenn vor jedem Behandlungszimmer ein Stuhl bereitsteht oder eventuell ein Klappstuhl an der Wand befestigt ist, damit sie die Wartezeit im Sitzen verbringen können. Auch Handläufe an der Wand helfen gehunsicheren Patienten. Empfehlenswert sind zudem höhenverstellbare Behandlungsliegen. Sie könnten auch einen faltbaren Rollstuhl anschaffen, der bei Bedarf unkompliziert eingesetzt werden kann.

Arbeitsschutz

Wie gehe ich mit Beschwerden über störende Gerüche im Pausenraum um?

Meine MFA klagen darüber, dass es im Pausenraum immer so komisch riecht. Ich empfinde das nicht so, halte mich dort aber auch selten auf. Was kann man in so einem Fall tun?

Dr. med. Andreas R. aus Bayern

Störende Gerüche sind häufig ein Grund für Mitarbeiterbeschwerden. Zur Beruhigung: Dabei liegt meist keine Gesundheitsgefährdung vor, denn die Wahrnehmung

eines Geruchs lässt keine Rückschlüsse auf seine gesundheitliche Relevanz zu. Auch vom Menschen deutlich wahrgenommene Gerüche können unterhalb der analytischen Nachweisgrenzen der jeweiligen Einzelsubstanzen liegen. Umgekehrt kann nicht jeder potenziell gefährliche Stoff an seinem Geruch erkannt werden. Generell sollten Meldungen über ungewöhnliche Geruchswahrnehmungen aber ernst genommen werden. Sie können ein Hinweis darauf sein, dass die Luftqualität und andere Umgebungsbedingungen am Arbeitsplatz nicht optimal sind.

Für Sie als Praxisinhaber ist wichtig zu wissen, dass nach Abschnitt 3.6 „Lüftung“ des Anhangs zur Arbeitsstättenverordnung in Arbeitsräumen eine gesundheitlich zuträgliche Atemluft vorhanden sein muss. Um der Ursache des Geruchsproblems in Ihrem Pausenraum auf den Grund zu gehen, befragen Sie am besten alle Praxismitarbeitenden. Hilfreich ist hier ein Fragebogen, den das Institut für Prävention und Arbeitsmedizin (IPA) und das Institut für Arbeitsschutz (IFA) der Deutschen Gesetzlichen Unfallver-

sicherung entwickelt haben (siehe unter Kurzlink: <https://t1p.de/2erzr>). Denn wie Dr. Simone Peters, Gefahrstoffexpertin im IFA, erklärt: „Die Erfahrung lehrt, dass voreilige Messungen in vielen Fällen ergebnislos bleiben.“ Denn die Liste möglicher Ursachen ist lang: Baumaterialien, Raumlüftung, Beleuchtung, Arbeitsmittel, Raumklima, Lärm, aber auch psychische Faktoren. Daher ist die Grundidee der Befragung, dass die Beschäftigten vor Ort Probleme mit störenden Umgebungsfaktoren am besten beschreiben können.

Fotos: japolia - stock.adobe.com, Krakenimages.com - stock.adobe.com



Jetzt archivieren!

PDF-Download unter:
[AuW.de/Praxisexperten](https://www.auw.de/Praxisexperten)



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



Ärztliche Aufklärung

Patient darf ohne Bedenkzeit in Behandlung einwilligen

Zwischen der ärztlichen Aufklärung und der Einwilligung eines Patienten in einen Eingriff gibt es keine starr einzuhaltende Frist. Das hat der Bundesgerichtshof entschieden. Was Ärztinnen und Ärzte bei Aufklärungsgesprächen aber dennoch beachten müssen.

Zwischen der ärztlichen Aufklärung und der vom Patienten erteilten Einwilligung gibt es keine zwingend einzuhaltende Bedenkzeit. Das hat der Bundesgerichtshof (BGH) in einem aktuellen Urteil entschieden (20.12.2022, Az. VI ZR 375/21). Ein Patient kann demnach auch direkt nach der Aufklärung durch den Arzt oder die Ärztin in eine Behandlung einwilligen.

In dem entschiedenen Fall litt ein Patient an chronisch rezidivierenden Ohr-entzündungen und Paukenergüssen. Sein Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde überwies ihn an eine HNO-Klinik, um eine Mastoidektomie in Erwägung zu ziehen. Dort riet ihm der Professor, in einem ersten Schritt zur Optimierung der Nasenluftpassage die Nasenscheidewand begradigen und die Nebenhöhlen sanieren zu lassen.

Am 1. November 2013 klärte eine Ärztin den Patienten über die Risiken des Eingriffs auf. Im Anschluss daran unterzeichnete er das Formular zur Einwilligung. Am 4. November 2013 wurde der Patient stationär aufgenommen und der Eingriff durchgeführt. Intraoperativ trat eine stärkere arterielle Blutung auf. Postoperativ war der Kläger nicht erweckbar. Im CT zeigte sich eine Hirnblutung. Bei der daraufhin erfolgten neurochirurgischen Intervention wurde festgestellt, dass es bei dem Eingriff zu einer Verletzung der Dura, der vorderen Hirnschlagader, und zu einer Durchtrennung des Riechnervs links gekommen war.

Patient klagt auf Ersatz der aus der OP entstandenen Schäden

Vom Krankenhaus verlangte er nun Ersatz der materiellen und immateriellen Schäden. Das zuständige Oberlandesgericht Bremen gab ihm zunächst Recht. Die Operation sei nicht durch eine wirksame Einwilligung gedeckt gewesen, weil dem Patienten keine Bedenkzeit zwischen der

Aufklärung über die Risiken des Eingriffs und seiner Entscheidung über die Einwilligung eingeräumt worden sei. Eine wohlüberlegte Entscheidung könne nur treffen, wer ausreichend Zeit zum Überlegen habe.

Wenn ein Krankenhaus so organisiert sei, dass Patienten unmittelbar im Anschluss an die Aufklärung zur Unterschrift unter die Einwilligungserklärung bewegt werden, könne nicht von einer wohlüberlegten Entscheidung ausgegangen werden. Auch eine konkludente Einwilligung in die Behandlung dadurch, dass der Patient sich drei Tage später stationär aufnehmen und

die OP durchführen ließ, wollte das Gericht nicht erkennen.

Der BGH sah die Sache nun anders und hat mit seinem Urteil erstmals die Anforderungen an den zeitlichen Abstand von Aufklärung und Einwilligung konkretisiert.

Grundsätzlich sollten Ärztinnen und Ärzte zum Thema Aufklärung folgendes wissen: Ein ärztlicher Eingriff in den menschlichen Körper stellt immer eine Körperverletzung dar. Er ist nur gerechtfertigt, wenn der Patient zuvor wirksam eingewilligt hat. Das setzt wiederum eine wirksame Aufklärung voraus. Ein ohne



wirksame Einwilligung vorgenommener ärztlicher Eingriff ist daher rechtswidrig. Aufklärungsgespräche sollen den Patienten informieren und in die Lage versetzen, eine aufgeklärte Entscheidung zu treffen. Die Aufklärungspflicht ist eine Hauptpflicht des Arztes aus dem Behandlungsvertrag. Ein Patient muss wissen, worin er einwilligt, nur so kann er sein Recht auf Selbstbestimmung wahrnehmen.

Die Aufklärung ist in § 630e und § 630d des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) geregelt. Sie muss so rechtzeitig erfolgen, dass der Patient seine Entscheidung wohlüberlegt treffen kann (§ 630e Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 BGB). Die Aufklärung muss also vor der Maßnahme erfolgen, dem Patienten oder seinem gesetzlichen Vertreter muss anschließend ausreichend Zeit zur Überlegung bleiben, damit er das Für und Wider abwägen und eine selbstbestimmte Entscheidung treffen kann. Er darf nicht unter Entscheidungsdruck gesetzt werden. Eine fixe Frist gibt es jedoch nicht.

Patient muss ohne Druck entscheiden können

Die Rechtsprechung hat in der Vergangenheit zur zeitlichen Komponente der Aufklärung einige Vorgaben gemacht:

➔ Bei kleineren ambulanten Eingriffen genügt eine Aufklärung am selben Tag, wenn sichergestellt ist, dass der Patient trotzdem in Ruhe und ohne Druck entscheiden kann. Direkt vor dem Eingriff ist es allerdings zu spät. Eine kleine Bedenkzeit sollte dem Patienten immer bleiben. Ansonsten könnte beim Patienten der Eindruck entstehen, er könne sich nicht gegen die Maßnahme entscheiden. Die Aufklärung wäre dann nicht rechtzeitig erfolgt, die Einwilligung des Patienten unwirksam. Definitiv zu spät kommt die Aufklärung, wenn der Patient bereits beruhigende Medikamente erhalten hat oder sich bereits auf dem Weg in den OP befindet.

➔ Bei stationärer Aufnahme muss die Aufklärung spätestens am Tag vor dem Eingriff erfolgen. Ist ein größerer stationärer operativer Eingriff geplant, sollte die Aufklärung bereits zum Zeitpunkt der Terminvereinbarung stattfinden. Am Vorabend der OP dürfte der Patient bei gravierenden Risiken des Eingriffs in der

BEHANDLUNGSFEHLER IN DER PRAXIS

Im Jahr 2021 wurden bei der Bundesärztekammer

8.449

Anträge auf Begutachtung gestellt und

5.455

Sachentscheidungen gefällt.

446

davon betrafen den Bereich Aufklärung.

Quelle: Statistische Erhebung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Bundesärztekammer für das Statistikjahr 2021

Regel überfordert sein, die Aufklärung ist dann zu spät und damit unwirksam.

➔ Zwar gilt der Grundsatz, dass der Arzt so früh wie möglich aufklären soll. Zu viel Zeit sollte zwischen Aufklärung und Eingriff allerdings auch nicht liegen. Ansonsten kann eine zweite Aufklärung kurz vor der Maßnahme erforderlich werden.

➔ In Notfällen greifen diese Maßgaben allerdings nicht. Hier gilt: Je dringender die Indikation und je notwendiger der Eingriff, desto geringere Anforderungen sind an die Aufklärung zu stellen. Ist der Eingriff eilig, kann die Frist im Einzelfall verkürzt sein. Duldet die Maßnahme gar keinen Aufschub und drohen erhebliche Gefahren für die Gesundheit des Patienten, kann die Aufklärungspflicht im Einzelfall sogar ganz wegfallen.

Diese Leitlinien betreffen jedoch nur den zeitlichen Abstand der Aufklärung zur geplanten Maßnahme. Im vorliegenden Fall lagen zwischen Aufklärung und Eingriff drei Tage, was als ausreichend zu bewerten ist. Bisher hat sich der BGH jedoch nicht explizit dazu geäußert, ob zwischen der Aufklärung durch den Arzt oder die Ärztin selbst und der Einwilligung des Patienten eine bestimmte Bedenkzeit einzuhalten ist. Er kam nun zu dem Ergebnis, dass der Zeitpunkt der Entscheidung schlicht „Sache des Patienten“ sei. Sehe sich dieser bereits nach dem Auf-

klärungsgespräch zu einer wohlüberlegten Entscheidung in der Lage, sei es sein gutes Recht, die Einwilligung sofort zu erteilen. Wünscht er dagegen noch eine Bedenkzeit, so kann von ihm erwartet werden, dass er dies gegenüber dem Arzt zum Ausdruck bringt, auch wenn er im Anschluss an das Aufklärungsgespräch bereits um eine Entscheidung gebeten werde, so der BGH. Dass ihn das möglicherweise eine gewisse Überwindung kostet, darf ihn nicht hindern.

Patient darf nicht „überfahren“ werden

Das Gericht machte allerdings auch deutlich, dass es Ausnahmen geben kann, nämlich dann, wenn der Arzt oder die Ärztin klar erkennen könne, dass der Patient noch Zeit benötigt. Der Patient dürfe nicht zu einer Entscheidung gedrängt oder „überfahren“ werden. Ausgenommen von diesen Grundsätzen sind weiterhin medizinisch dringende Maßnahmen.

Davon abgesehen habe der Patient auch konkludent in die Behandlung eingewilligt, indem er sich drei Tage später stationär aufnehmen ließ und sich dem Eingriff unterzog. Dieses Verhalten mussten die behandelnden Ärzte so verstehen, dass er mit der Operation einverstanden war.

Ina Reinsch



Foto: eskay lim/EyeEm - stock.adobe.com, izusek/gettyimages



Tennisarm

Richtig aufklären bei Injektionstherapie

Ein Orthopäde muss einer Patientin ein Schmerzensgeld in Höhe von 25.000 Euro zahlen, weil er sie nicht ausreichend über die Erfolgsaussichten einer Spritzen Therapie und über alternative Behandlungsmöglichkeiten ihres Tennisarms aufgeklärt hat. Was Sie über die Aufklärung und Dokumentation wissen sollten.

Eine 47-jährige Patientin hatte einen Orthopäden wegen Schmerzen im rechten Ellenbogen aufgesucht. Dieser diagnostizierte eine Epikondylitis humeri radialis rechts, die er mit einer Injektion (Triam/Xylo) behandeln wollte. Vor der Injektion unterzeichnete die Patientin einen Aufklärungsbogen. Ob und in welchem Umfang zwischen Arzt und Patientin zuvor ein Aufklärungsgespräch stattgefunden hatte, lässt sich nicht mehr rekonstruieren, die Parteien streiten darüber.

Der Orthopäde setzte der Patientin eine subkutane Injektion. Dabei trug er weder Handschuhe noch einen Mundschutz, die Injektionsstelle säuberte er jedoch mehrfach mit Alkohol. In der Folgezeit entwickelte die Patientin Schmerzen und Fieber. In einer anderen orthopädischen Praxis erfolgte noch am gleichen Tag eine chirurgische Revision. Dabei wurde anhand der Diagnose Gelenkempyem mit Bursitis Olecrani eine Bursektomie mit ausgiebiger Spülung, Gelenköffnung und Drainage durchgeführt. Ein Abstrich ergab den Nachweis von Staphylococcus aureus.

Aufklärung des Orthopäden war unzureichend

Seither leidet die Patientin an einer Bewegungseinschränkung und einer sekundären Bindegewebeadhäsion. Dem Orthopäden warf sie Aufklärungs- und Behandlungsfehler vor und klagte. Sie sei nicht über konservative Behandlungsalternativen informiert worden. Ein Aufklärungsgespräch über die Risiken der Spritzen Therapie habe nicht stattgefunden. Die Spritzen Therapie sei außerdem unter Missachtung hygienischer Standards erfolgt. In der Berufungsinstanz konnte sich die Patientin schließlich vor dem Oberlandesgericht Hamm mit ihren Argumenten durchsetzen (15.02.2022, Az. 26 U 21/21).



AUFKLÄREN UND DOKUMENTIEREN

Die Aufklärung über mögliche Behandlungsalternativen und die Risiken einer vorgeschlagenen Therapie sollten Ärztinnen und Ärzte immer gut dokumentieren. Denn eine gute Dokumentation kann sie im Falle eines Prozesses entlasten. Vorsicht ist allerdings geboten bei einer nachträglichen Änderung der Behandlungsdokumentation. Wird diese nicht gemäß § 630 f Abs. 1 Satz 2 und 3 BGB kenntlich gemacht, kann dies die Indizwirkung für die in der Akte dokumentierte Aufklärung zunichte machen.

Das Gericht stellte fest, dass die Aufklärung im Hinblick auf mögliche Behandlungsalternativen sowie die Risiken unzureichend war. Nach der Rechtsprechung ist die Wahl der Behandlungsmethode primär Sache des Arztes. Die Wahrung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten erfordert jedoch eine Unterrichtung über eine alternative Behandlungsmöglichkeit, wenn für eine medizinisch sinnvolle und indizierte Therapie mehrere gleichwertige Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, die zu jeweils unterschiedlichen Belastungen führen oder unterschiedliche Risiken und Erfolgschancen bieten. Besteht für den Patienten eine echte Wahlmöglichkeit, muss ihm durch eine entsprechend vollständige Aufklärung die Entscheidung überlassen bleiben, welche Therapie er wählt.

Ein Gutachter bescheinigte im Prozess, dass die Therapie des sogenannten Tennisellenbogens seit Jahrzehnten äußerst umstritten sei. In der AWMF-Leitlinie aus dem Jahr 2011 würden nichtoperative Therapiemethoden wie Medikamente, Infiltrationstherapie, physikalische Therapie und ruhigstellende Maßnahmen gleichrangig behandelt. Hier habe eine relative

Indikation zur Injektionsbehandlung bestanden, es hätten aber als weitere Therapien zur Behandlung des Tennisarms auch eine konservative Behandlung durch Ruhigstellen, eine medikamentöse Behandlung, Krankengymnastik, Stoßwellentherapie, manuelle Therapie oder Akupunktur zur Verfügung gestanden. Darüber hätte der Arzt aufklären müssen. Den Nachweis blieb er jedoch schuldig.

Therapie des Tennisarms ist umstritten

Zudem sei die Patientin auch nicht ausreichend über die eingeschränkten Erfolgsaussichten der bei ihr vorgenommenen Injektionsbehandlung aufgeklärt worden. Nach den Ausführungen des Sachverständigen liege die Erfolgsaussicht nur bei rund 30 Prozent. Über die Erfolgsaussichten einer Behandlung muss nach Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs aber zumindest dann aufgeklärt werden, wenn das Misserfolgsrisiko hoch und die Indikation zweifelhaft ist, wie hier. Der Orthopäde wurde daher zur Zahlung eines Schmerzensgeldes in Höhe von 25.000 Euro verurteilt.

Ina Reinsch

Fotos: dtdesign - stock.adobe.com, gomolach - stock.adobe.com



Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall

Immer wieder sechs Wochen?

Kranke MFA kosten Geld. Erkrankt eine MFA mehrfach im Jahr, muss der Praxisinhaber immer wieder bis zu sechs Wochen lang Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall leisten. Doch davon gibt es Ausnahmen. Wann Arbeitgeber um eine erneute Zahlung herumkommen.

Wenn eine MFA krankgeschrieben ist, ist der Praxisinhaber als Arbeitgeber verpflichtet, ihr für sechs Wochen den Lohn weiter zu bezahlen. Weil das gerade für kleine Arbeitgeber zu einer großen Belastung werden kann, hat der Gesetzgeber die U1-Umlage geschaffen, die Arbeitgeber mit weniger als 30 Vollzeitbeschäftigten an die Krankenkasse zahlen müssen. Diese übernimmt bei Krankheit dann 40 bis 80 Prozent der Entgeltfortzahlung.

Genauer hinschauen lohnt sich für Praxisinhaber

Trotz dieser Absicherung sind Praxisinhaber daran interessiert, bei längeren Ausfallzeiten genauer hinzusehen. Denn zur Weiterzahlung des Lohns sind sie wegen derselben Erkrankung nur maximal sechs Wochen lang verpflichtet. Wird ein Mitarbeiter wegen einer anderen Erkrankung danach erneut arbeitsunfähig, beginnt der Zeitraum von neuem zu laufen. Davon gibt es jedoch Ausnahmen. Zum Beispiel dann, wenn es sich bei der neuen Erkrankung um eine Fortsetzung der alten handelt. Das ist der Fall, wenn trotz verschiedener Krankheitssymptome die neue Arbeitsunfähigkeit auf demselben, nicht behobenen Grundleiden beruht. Beispiele für eine solche Fortsetzungserkrankungen sind etwa:

- ein rheumatische Grunderkrankung, die immer wieder zu akuten Erkrankungen führt (z. B. Augenentzündungen, Blasenentzündungen)
- eine nicht ausgeheilte Lungenentzündung

In diesem Fall endet die Pflicht zur Entgeltfortzahlung sechs Wochen nach Beginn der ersten Erkrankung. Der Chef muss hier nur dann Lohn für die Dauer von maximal sechs Wochen weiterzahlen, wenn der Mitarbeiter vor der erneuten Arbeitsunfähigkeit mindestens sechs Monate nicht infolge derselben Krankheit arbeitsunfähig war oder seit Beginn der



Kommt zu einer Arbeitsunfähigkeit wegen eines Beinbruchs noch eine weitere Erkrankung hinzu, zahlt der Chef nur einmal für sechs Wochen.

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

ersten Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Erkrankung mindestens zwölf Monate vergangen sind. „Dieselbe Krankheit“ bedeutet allerdings nicht „die gleiche Krankheit“. Bricht sich eine Mitarbeiterin zweimal innerhalb von zwölf Monaten das Bein, handelt es sich natürlich nicht um dieselbe Erkrankung.

Krankenkasse kann Diagnosen prüfen

Es gibt allerdings ein praktisches Problem: Der Chef erfährt meist nichts vom Grund der Krankmeldung. Er muss sich daher mit der Bitte um eine Prüfung an die Krankenkasse wenden, die dann die AU-Nachweise auf ihre Diagnosen hin durchsieht. Erst dann können Arbeitgeber über die Entgeltfortzahlung entscheiden.

Eine zweite Ausnahme von der Verpflichtung des Praxisinhabers, erneut sechs Wochen Entgeltfortzahlung zu leisten, besteht, wenn während einer Arbeitsunfähigkeit eine neue Erkrankung hinzukommt, die ebenfalls zur Arbeits-

unfähigkeit führt. Man spricht dann von der Einheit des Verhinderungsfalles. Das ist zum Beispiel der Fall, wenn eine Mitarbeiterin an COVID-19 erkrankt und sich innerhalb dieser Arbeitsunfähigkeit den Fuß bricht. Die Dauer der Entgeltfortzahlung ist hier auf insgesamt sechs Wochen beschränkt. Etwas anderes gilt nur, wenn die erste Arbeitsverhinderung bereits abgeschlossen war, als die zweite auftrat. Die Beweislast dafür liegt beim Arbeitnehmer.

Ina Reinsch

Das sagt die Statistik

Für erkrankte Mitarbeiter haben Arbeitgeber im Jahr 2020 insgesamt 74,3 Milliarden Euro an Bruttogehältern und Sozialversicherungsbeiträgen gezahlt.

Quelle: Institut der Deutschen Wirtschaft

Fortbildungen von ARZT & WIRTSCHAFT

Interessante CME für Sie



A&W bietet für Sie mit MedLearning kostenfreie Fortbildungen, die wichtige Themen rund um die Praxisführung abdecken. Die Fortbildung ist mit zwei CME-Punkten zertifiziert.

Haben Sie mal Lust auf eine CME abseits der Medizin? ARZT & WIRTSCHAFT bietet für Sie zahlreiche CME-Fortbildungen, die sich rund um die erfolgreiche Praxisführung drehen.

Das Spektrum reicht von Patienten- und Mitarbeitermanagement bis hin zu Recht in der Arztpraxis. Die Fortbildungen können Sie bequem von zu Hause aus oder in der Praxis am Computer machen. Einfach durchlesen und online den

Fragenkatalog ausfüllen. Ist alles richtig, werden Ihnen Ihre Punkte automatisch gutgeschrieben. Für jede erfolgreich absolvierte CME erhalten Sie zwei Punkte.

Alle CME-Fortbildung finden Sie online auf:

WWW. cme.medlearning.de/aw.htm



Erfolgreiche Mitarbeitergespräche in turbulenten Zeiten

In bewegten Zeiten stabilisiert ein gutes Team die Patientenversorgung und stärkt die Resilienz der Praxis. Doch neue Situationen bergen auch vermehrt Fehler- und Konfliktpotential. Hier kann es helfen, Zahl und Art der Mitarbeitergespräche anzupassen und zu verfeinern. So schaffen Sie es, dass auch weiterhin alle an einem Strang ziehen und

gemeinsam an den Herausforderungen wachsen. Ein Schwerpunkt ist in dieser Fortbildung auch das Kritikgespräch. Denn Feedback zu geben und auch anzunehmen, ist eine hohe Kunst. Wir erläutern bewährte Kommunikationsstrategien, damit auch schwierige Gespräche gut gelingen.

https://cme.medlearning.de/aw/mitarbeitergespraeche_2022_rez/index.htm



Effektives Terminmanagement in der Praxis

Der zeitliche Druck auf Praxen ist enorm. Umso wichtiger ist es, die Terminplanung so zu optimieren, dass alle zufrieden sind. Diese Fortbildung informiert über Verbesserungen zum Sprechstundenmanagement und der Organisation der Terminvergabe. Unter anderem wird die Kategorisierung von Behandlungs- und Patientenarten vorgestellt und im Hinblick

auf die Anwendung für ein effektives Zeitmanagement erörtert. Eine immer wichtigere Rolle spielen dabei auch Online-Buchungstools und intelligente Telefonassistenten für den optimierten Praxisablauf. Einzelne IT-Systeme für Praxen werden behandelt und die Unterschiede herausgearbeitet.

<https://cme.medlearning.de/aw/terminmanagement/index.htm>



Arbeitsunfähigkeit - was ist zu beachten?

Diese Fortbildung wendet sich an alle Ärztinnen und Ärzte, die in ihrer täglichen Praxis die Arbeitsfähigkeit von Patienten bei Krankheit beurteilen müssen. Denn Krankheit bedeutet nicht zwangsläufig Arbeitsunfähigkeit. Ein Schwerpunkt liegt auf dem Arzt-Patienten-Verhältnis und der Frage, in welchem Maße Ärzte den Schilderungen ihrer Patienten

glauben dürfen. Wonach müssen Patienten konkret gefragt werden? Auch die rückwirkende Ausstellung von AU-Bescheinigungen sowie nach Klinikaufenthalten wird thematisiert. Ebenso wird der neuen elektronischen Arbeitsunfähigkeit besonderer Raum gewidmet.

https://cme.medlearning.de/aw/arbeitsunfaehigkeitsbescheinigung_2022_rez/index.htm



Fotos: fizkes/gettyimages, demaerre/gettyimages, solidcolour/gettyimages, Kurrian - stock.adobe.com



Ihre Fragen an unsere Rechtsexpertin

Ina Reinsch, Rechtsanwältin und A&W-Redakteurin



Foto: Christoph Vöhler

Elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Was erfährt der Arbeitgeber?

Patienten bitten mich oft, ihre AU vom Psychiater, Onkologen oder Gynäkologen umzuschreiben, weil sie nicht wollen, dass ihr Arbeitgeber sehen kann, von welchem Facharzt die AU stammt. Stellt sich das Problem mit der eAU noch? Was erfährt der Arbeitgeber?

Dr. Gabriele W. aus Bayern



Seit Januar ist die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, kurz eAU, verpflichtend. Die Verpflichtung, dem Arbeitgeber die AU in Papierform vorzulegen,

fällt damit für alle gesetzlich Versicherten weg. Die Krankenkasse des Mitarbeitenden stellt dem Arbeitgeber die Daten nun

elektronisch zur Verfügung, Arbeitgeber müssen diese selbstständig abrufen. Von der Diagnose oder dem Befund erfährt der Arbeitgeber wie bislang nichts. Neu ist aber: Laut GKV enthält der Datensatz, der an den Arbeitgeber übermittelt wird, auch keine Angaben zum behandelnden Arzt mehr. Das stellt für viele Arbeitnehmer eine echte Erleichterung dar, da sie bislang fürchteten, etwa durch eine AU vom Psychiater im Betrieb stigmatisiert zu sein. Die Frage des Umschreibens der AU stellt sich daher nicht mehr.

Überstunden

Was muss ich bezahlen?

Meine Vollzeitkräfte arbeiten laut Arbeitsvertrag 40 Stunden die Woche. Eine drängt nun auf die Bezahlung von Überstunden. Sie sagt, dass sie regelmäßig 42 Stunden pro Woche arbeitet. Im Arbeitsvertrag habe ich eine Klausel, dass zehn Überstunden pro Monat mit dem Monatslohn abgegolten sind. Was gilt nun?

Dr. Hermann V. aus Hessen

Streit um die Vergütung von Mehrarbeit gehört zu den Klassikern im Arbeitsrecht. Die Arbeitnehmerin muss zunächst darlegen und beweisen, dass sie die Überstunden tatsächlich geleistet hat und dass sie vom Arbeitgeber angeordnet oder zumindest geduldet wurden. Unterstellt man das, kommt hier aber die arbeitsvertragliche Pauschalvergütungsabrede zum Tragen, mit der zehn Überstunden im Monat mit dem Monatslohn abgegol-

ten sind. Eine solche Klausel ist nach der Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts weder überraschend, noch benachteiligt sie die Arbeitnehmerin unangemessen. Eine Vergütung für die Mehrarbeit wird sie daher eher nicht durchsetzen können.



Jetzt archivieren!

PDF-Download unter:
AuW.de/Rechtsexperten



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

Patientenakten

Datenschutz in der Praxis?

Wir sind eine Gemeinschaftspraxis mit drei Ärzten. Meine beiden Kollegen haben nur eine hälftige Zulassung. Nun gibt der eine Kollege seine Hälfte an den anderen Kollegen ab und geht in den Ruhestand. Was müssen wir datenschutzrechtlich bezüglich der Patientenakte des ausscheidenden Kollegen beachten?

Dr. Arnold J. aus Nordrhein-Westfalen

Ein Patient, der sich in einer Gemeinschaftspraxis behandeln lässt, schließt zivilrechtlich mit allen Ärzten der Gemeinschaft einen einheitlichen Behandlungsvertrag. Jeder Arzt kann auf die Patientendaten zugreifen. Ausnahme: Ein Patient schließt ausdrücklich nur mit einem Arzt einen Behandlungsvertrag oder die Gemeinschaftspraxis ist intern so organisiert, dass jeder Arzt über einen eigenen Patientenstamm verfügt.

Gibt ein Arzt seine hälftige Zulassung an einen anderen Arzt der Praxis ab und scheidet aus, dürften sich bezüglich Datenschutz und Patientenakte für den Erwerber keine Probleme ergeben, wenn es sich ohnehin um gemeinsame Patienten der Gemeinschaftspraxis handelt. Bei einer der genannten Ausnahmen empfiehlt sich das Zweischrank-Modell, der Erwerber dürfte dann erst Einsicht in die Patientenakte nehmen, wenn die Patienten eingewilligt haben.



Altersvorsorge

Die Bilanzen der Ärzteversorgungswerke im Check

Während das zweite Corona-Jahr viele Arztpraxen finanziell belastet hat, sind die Geschäfte der meisten berufsständischen Alterssicherungsanstalten glänzend gelaufen. Alle weisen positive Zahlenwerke vor. Dennoch nimmt der finanzielle Druck weiter zu.

Die Ärzteversorgungswerke in Deutschland haben bei ihrer Kapitalanlage im Jahr 2021 häufig Überraschungserfolge erzielt. Das zeigen die aktuellen Geschäftsberichte der berufsständischen Alterssicherungsanstalten. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte profitieren hiervon durch höhere Renten und Anwartschaften.

Allerdings nicht in dem Umfang, wie es sich wohl so einige angesichts der anhaltenden Preissteigerungen wünschen. Denn die starken Kapitalanlageergebnisse dienen den Ärzteversorgungswerken vor allem dazu, noch mehr finanzielle Rücklagen für die Zukunft zu bilden. Das sei in diesen turbulenten Zeiten nötig, so deren Argumentation – damit sie ihre Leistungszusagen auch weiterhin erfüllen könnten.

2021 war ergebnistechnisch ein echtes Ausnahmejahr

Die Analyse der Geschäftsberichte für 2021 belegt, dass sich die breit angelegte Investitionsstrategie der Ärzteversorgungswerke bewährt hat. Verglichen mit dem Vorjahr konnten einige von ihnen ihre Nettokapitalerträge im Berichtszeitraum verdoppeln. Vereinzelt vervierfachten sich diese sogar. Am meisten legte die Baden-Württembergische Versorgungsanstalt für Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte zu: Während sie in 2020 noch knapp 92 Millionen Euro erzielt hatte, belief sich das Plus ein Jahr später auf 933 Millionen Euro.

Tiefere Einblicke in die Ergebnisse der Ärzteversorgungswerke in Deutschland haben wir in einer Tabelle auf Seite 60 für Sie zusammengefasst. Aktuellere Geschäftsberichte liegen bislang nicht vor.

Eine wichtige Kennzahl, um das Jahresergebnis zu messen, ist die Nettoverzinsung.



Martin Reiss
juristischer Geschäftsführer
VGV Verwaltungsgesellschaft
für Versorgungswerke Berlin

„An das wirtschaftliche Ausnahmejahr 2021 werden wir 2022 nicht anknüpfen können. Wir haben aber die Resilienz, den wachsenden globalen Problemen erfolgreich zu begegnen.“

Foto: VGV mbH

Die Nettoverzinsung. Sie beziffert die Erträge, die Ärzteversorgungswerken nach dem Abzug aller Aufwendungen für die Kapitalanlage zur Finanzierung der zugesagten Leistungen und für Überschussbeteiligungen zur Verfügung stehen. Alle Niedergelassenen können sich diesmal über positive Renditen freuen.

Durchschnittlich 4,28 Prozent betrug die Nettoverzinsung der 18 Ärzteversorgungswerke, die darüber Angaben für das Jahr 2021 gemacht haben. Im Vorjahr lag der bundesweite Mittelwert bloß bei 3,52 Prozent. Parallel nahmen die freiwilligen Mehrzahlungen von Mitgliedsbeiträgen erneut zu, was obendrein die Kassen füllte.

Den zuvor festgelegten Rechnungszins haben im Geschäftsjahr 2021 beinahe alle Ärzteversorgungswerke übertroffen. Er ist grundlegend bei ihren versicherungsmathematischen Berechnungen und darf die in der Realität erzielte Nettorendite nicht langfristig übersteigen. Dieser Zinsanteil ist nämlich in die Verrentung der Mitgliedsbeiträge einkalkuliert. Wer mehr erwirtschaftet, kann mit Überschüssen die Anwartschaften und Renten dynamisieren, sprich anheben.

Wegen der jahrelangen Niedrigzinsphase und den zunehmenden Verwerfungen an

den Kapitalmärkten wird das allerdings immer schwieriger. Der Rechnungszins liegt deshalb häufig nur noch bei 3,0 bis 3,5 Prozent – Tendenz weiter sinkend.

Diese Anlageklassen haben sich besonders erfreulich entwickelt

Was war passiert? Die Berliner Ärzteversorgung blickt in ihrem Jahresreport treffend zurück: „Die Erwartungen an 2021 waren verhalten, ein Ende der Pandemie war nicht in Sicht; Deutschland befand sich bis in den Mai im Lockdown.“ Störungen der Lieferketten, Engpässe bei Rohstoffen und vielen Produktgruppen sowie inflationäre Entwicklungen machten der Wirtschaft zu schaffen und zum Jahresende sorgte die Omikron-Variante des Corona-Virus für Unsicherheit. „Trotzdem legten die Märkte eine regelrechte Aufholjagd hin.“ Der Weltaktienindex MSCI World, der die Wertentwicklung von mehr als 1.500 Unternehmen aus 23 Ländern abbildet, verzeichnete etwa ein Wachstum um 20 Prozent.

Angetrieben wurde der MSCI World Index von der guten Performance der Wall

Ein Check der Finanzen zeigt, dass die Ärzteversorgung wirtschaftlich gesund aufgestellt sind.



Street – maßgeblich durch die dort hoch gewichteten großen Technologiewerte. Die meisten europäischen Aktienmärkte blieben ein wenig darunter. Etwas schlechter lief es an den asiatischen Aktienmärkten und vor allem an denen der Schwellenländer. Schwierig war es indes, mit festverzinslichen Anleihen nennenswerte Renditen zu erzielen, da die Notenbanken ihre lockere Geldpolitik fortsetzten. Folglich gab es an den Rentenmärkten moderate Kursverluste. Ärzteversorger haben noch viele solcher Wertpapiere in ihrem Bestand. Immerhin war 2021 das Jahr, in dem der jahrzehntelange Zinsrückgang ein Ende fand.

Die Organisationen diversifizieren darum ihre Portfolios innerhalb des gesetzlich zulässigen Rahmens kontinuierlich in andere Assetklassen, die mitunter größeren Schwankungen unterliegen. „In diesem Marktumfeld waren einmal mehr risikobehaftete Anlagen diejenigen, die die Rendite einbrachten“, schreibt die Ärzteversorgung Westfalen-Lippe in ihrem Tätigkeitsbericht. Demzufolge beflügelte der vielerorts zweistellige Preisauftrieb im Immobiliensektor,

der eine gewichtige Einnahmequelle aller Ärzteversorgungswerke ist, deren Geschäfte im Jahr 2021. Daneben waren Kapitalbeteiligungen an Unternehmen (Private Equity) und Investments in Infrastrukturprojekte meistens gewinnbringend.

Verhaltenes Rentenplus und gebremster Optimismus

Als Reaktion auf die Überschüsse in den hier betrachteten Bilanzen erhöhten die berufsständischen Einrichtungen die Leistungen. So hob die Sächsische Ärzteversorgung die Renten und Anwartschaften zum 1. Januar 2023 um 2,0 Prozent an. Das Berliner Pendant beschloss zeitgleich eine Dynamisierung um 2,5 Prozent. Das Versorgungswerk der Ärztekammer Hamburg führte sogar Leistungserhöhungen um 2,5 Prozent (aus Beiträgen bis 2008) beziehungsweise 3,0 Prozent durch (aus Beiträgen ab 2009). In Hessen wurden in der Folge die Anwartschaften 3,5 Prozent höher verzinst und Renten um 1,0 Prozent. Doch der Großteil beließ es vorsichtshalber bei einem Plus von nur 1,0 bis 1,5 Prozent.

Denn der Ausblick auf die Geschäftsentwicklungen des Jahres 2022 ist meist weniger erfreulich. Die Berliner Ärzteversorgung warnte diesbezüglich: „Es könnte also alles ganz rosig aussehen, wenn da nicht der kriegerische Überfall Russlands auf die Ukraine, die daraus resultierende Energiekrise sowie die damit einhergehende hohe Inflationsrate wären.“ Auf Letztere reagierten die Notenbanken weltweit mit Zinsanhebungen, was ebenso Gift für die Wirtschaft war. Sachsens Ärzteversorgung schrieb dazu: „Die Bedingungen, unter denen unser Kapital an den Finanzmärkten angelegt wird, haben sich erneut verändert und sind nach den Widrigkeiten der Pandemiezeit nicht zwingend leichter geworden.“

Die Versorgungseinrichtung der Bezirksärztekammer Koblenz ging zuletzt bereits davon aus, dass es das Jahr 2022 deutlich unter dem aktuellen Rechnungszins von 3,10 Prozent abschließen wird. Es sei wichtig, Ruhe zu bewahren und die turbulenten Entwicklungen an den Finanzmärkten auszuhalten, um die langfristig ausgerichtete Kapitalanlagestrategie konsequent zu verfolgen, betonte indes die Ärzteversorgung Niedersachsen. Aus Brandenburg hieß es, dass sich die in der Vergangenheit erfolgte Umstrukturierung der Investments nun auszahle: „Wir verfügen nach wie vor über ein hohes Reservepolster und somit über eine komfortable Risikotragfähigkeit.“

Rückstellungen rauf und Rechnungszins runter

Dank der sehr guten Ertragslage des Geschäftsjahres 2021 konnten die Ärzteversorgungswerke ihre Sicherheitsrücklagen aufstocken. Das sei wichtig, um ihre Verpflichtungen auch in Zukunft jederzeit erfüllen zu können, erklärten sie. Durch die Konjunkturerwartungen und das aktuelle Zinsumfeld nehme der Druck zu. „Attraktive Investmentmöglichkeiten ergeben sich immer seltener und müssen zusätzlich im Vorfeld sorgfältig analysiert werden“, betonte etwa die Ärzteversorgung Westfalen-Lippe. Demnach beschränkten ein strategisches Risikomanagement und selbsterklärte Nachhaltigkeitsziele neue Investments im Jahr 2021 auf das gebotene Mindestmaß.

Um ihren Kapitalanlagen weiter Luft zu verschaffen und sich vor renditeschwachen Krisenjahren zu schützen, passten mehrere Ärzteversorgungswerke den Rechnungszins an: Die Saarländer hatten ihre Berech- ➤



Geschäftsjahr 2021: Die wichtigsten Kennzahlen der Ärzteversorgungen in Deutschland				
	Kapitalanlagen	Kapitalerträge*	Verzinsung*	Rechnungszins
Baden-Württembergische Versorgungsanstalt für Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte	16.067 Mio. € (Vj.: 15.134 Mio. €)	933,349 Mio. € (Vj.: 91,927 Mio. €)	4,73 % (Vj.: 1,96 %)	3,69 % (Vj.: 3,72 %)
Bayerische Ärzteversorgung	27.200 Mio. € (Vj.: 26.013 Mio. €)	986,5 Mio. € (Vj.: 895,5 Mio. €)	3,71 % (Vj.: 3,52 %)	3,25 % (Vj.: 3,25 %)
Berliner Ärzteversorgung	10.514 Mio. € (Vj.: 9.712 Mio. €)	685,0 Mio. € (Vj.: 385,0 Mio. €)	6,75 % (Vj.: 4,05 %)	4 % (Vj.: 4 %)
Ärzteversorgung Land Brandenburg	2.264,72 Mio. € (Vj.: 2.137 Mio. €)	84,00 Mio. € (Vj.: 57,30 Mio. €)	3,82 % (Vj.: 2,79 %)	3,50 % (Btr. bis 2018) & 3,00 % (Btr. ab 2019)
Versorgungswerk der Ärztekammer Bremen	keine Angaben	93,7 Mio. € (Vj.: 46,0 Mio. €)	keine Angaben	2,50 % (Vj.: 2,50 %)
Versorgungswerk der Ärztekammer Hamburg	keine Angaben	keine Angaben	6,78 % (Vj.: 4,5 %)	4,0 % (Btr. bis 2008) & 3,5 % (Btr. ab 2009)
Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen	keine Angaben	keine Angaben	3,5 % (Vj.: 3,25 %)	3,30 % (Vj.: 3,48 %)
Versorgungseinrichtung der Bezirksärztekammer Koblenz	1.564,2 Mio. € (Vj.: 1.494,5 Mio. €)	53,12 Mio. € (Vj.: 13,48 Mio. €)	3,47 % (Vj.: 0,91 %)	3,15 % (Vj.: 3,20 %)
Ärzteversorgung Mecklenburg-Vorpommern	1.835,4 Mio. € (Vj.: 1.723,4 Mio. €)	68,5 Mio. € (Vj.: 52,9 Mio. €)	3,52 % (Vj.: 2,8 %)	3,0 % (Vj.: 3 %)
Ärzteversorgung Niedersachsen	9.636,9 Mio. € (Vj.: 9.297,9 Mio. €)	378,6 Mio. € (Vj.: 326,6 Mio. €)	3,43 % (Vj.: 3,10 %)	3,0 % (Vj.: 3,0 %)
Nordrheinische Ärzteversorgung	14.834 Mio. € (Vj.: 14.279 Mio. €)	558 Mio. € (Vj.: 491 Mio. €)	3,56 % (Vj.: 3,20 %)	3,50 % (Vj.: 3,5 %)
Versorgungswerk der Ärztekammer des Saarlandes	1.268,6 Mio. € (Vj.: 1.225,44 Mio. €)	46,82 Mio. € (Vj.: 42,73 Mio. €)	3,57 % (Vj.: 3,50 %)	4,0 % (Vj.: 4,0 %)
Sächsische Ärzteversorgung	4.943 Mio. € (Vj.: 4.667,76 Mio. €)	159,6 Mio. € (Vj.: 142,3 Mio. €)	3,26 % (Vj.: 3,08 %)	3,05 % (Vj.: keine Angaben)
Ärzteversorgung Sachsen-Anhalt	2.549 Mio. € (Vj.: 2.403,5 Mio. €)	95,3 Mio. € (Vj.: 74,9 Mio. €)	3,47 % (Vj.: 2,87 %)	3,00 % (Vj.: 3,00 %)
Versorgungswerk der Ärztekammer Schleswig-Holstein	4.261 Mio. € (Vj.: 4.002 Mio. €)	194 Mio. € (Vj.: 166,5 Mio. €)	4,6 % (Vj.: 4,16 %)	4 % (Grundvers.) & 2,5 % (Höhervers.)
Ärzteversorgung Thüringen	2.495 Mio. € (Vj.: 2.194 Mio. €)	103,6 Mio. € (Vj.: 62,6 Mio. €)	4,39 % (Vj.: 2,93 %)	4,0 % (Aw. bis 2017) & 2,5 % (Aw. ab 2018)
Versorgungseinrichtung der Bezirksärztekammer Trier	803,26 Mio. € (Vj.: 759,1 Mio. €)	42,0 Mio. € (Vj.: 21,5 Mio. €)	5,37 % (Vj.: 9,0 %)	3,00 % (Vj.: 3,00 %)
Ärzteversorgung Westfalen-Lippe	13.763,4 Mio. € (Vj.: 13.231,6 Mio. €)	540,3 Mio. € (Vj.: 502,7 Mio. €)	4,8 % (Vj.: 4,3 %)	4,0 % (Vj.: 4,0 %)

Quellen: Geschäftsberichte der jeweiligen Ärzteversorgungen, eigene Recherche; *Nettoangaben; Vj.=Vorjahr, Btr.=Beiträge, Aw.=Anwartschaften

nungsbasis von vier Prozent schon seit dem Jahr 2014 nicht mehr erwirtschaftet und reduzierten diese daher auf 3,875 Prozent. Das Versorgungswerk der Ärztekammer Hessen erweiterte die Deckungsrückstellung, um den Rechnungszins von 3,30 auf 3,28 Prozent zu senken. In Trier schraubte man die Kalkulationsgröße von 3,0 auf 2,90 Prozent herunter und die Ärzteversorgungsanstalt aus Baden-Württemberg zog sechs Basispunkte von 3,69 Prozent ab.

Müssen sich Niedergelassene daher nun Sorgen machen? Die Berliner Ärzte-



versorgung beruhigte hierzu: Die in den vergangenen Jahren vorausschauend gebildeten Reserven könnten Einbußen glätten und wirtschaftlich verkraften, ohne Anwartschaften oder laufende Renten kürzen zu müssen. Man habe jedoch nicht die Mittel, die sprunghaft gestiegene Inflationsrate durch Dynamisierungen ausgleichen.

Künftig müssen die Ärzteversorger wohl trotzdem höhere Risiken in Kauf nehmen, um eine auskömmliche Kapitalrendite über dem Rechnungszins erreichen zu können.

André Gießel

Fotos: Zerbor/gettyimages, traffic_analyzer/gettyimages

Zinswende

Viele Lebensversicherer zahlen wieder mehr

Obwohl die Verzinsung in den vergangenen 15 Jahren stetig abgenommen hat, ist das sichere Finanzprodukt Lebensversicherung enorm verbreitet. Nun gibt es dank Überschüssen erstmals seit 2008 höhere Renditen.

Wer eine Lebensversicherung besitzt, kann in den kommenden Jahren voraussichtlich mit steigenden Zinsen für den Klassiker der privaten Altersvorsorge rechnen. Das schätzt die Finanzaufsichtsbehörde Bafin. Deutschlands oberster Versicherungsaufseher Frank Grund sagte der Nachrichtenagentur dpa dahingehend kürzlich: „Ich rechne schon damit, dass die Überschussbeteiligung in der Breite steigen wird, natürlich abhängig von der Situation am Kapitalmarkt insgesamt einschließlich der Aktien- und Immobilienmärkte.“ Einige namhafte Versicherer haben die Überschussbeteiligung schon für 2023 erhöht – etwa der Branchenprimus Allianz Leben. Doch viele Unternehmen lassen sie auch noch unverändert.

18 von 40 Versicherern erhöhen 2023

In den vergangenen Jahren hatten sich die Konditionen wegen der expansiven Geldpolitik weltweit stetig verschlechtert. Doch nun ist auch der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) zuversichtlich, dass Kundinnen und Kunden demnächst wieder von einer besseren Verzinsung ihrer Beiträge profitieren werden. „Die Lebensversicherer passen ihre Überschussbeteiligung schon immer den Verhältnissen am Kapitalmarkt an, da dieser ausschlaggebend für die Ertragslage ist“, so

Top 10: Die Lebensversicherer mit den höchsten Verzinsungen	
Versicherungsgesellschaft	Laufende Verzinsung
Athora Leben	3,00 %
Ideal	3,00 %
Axa	2,70 %
Die Bayerische	2,60 %
Europa	2,60 %
Volkswohl Bund	2,60 %
Allianz	2,50 %
DEVK Eisenbahn	2,50 %
Inter Risk	2,50 %
LV 1871	2,40 %

Umfrage des „Hamburger Abendblatts“, Stand: 18. Januar 2023

GDV-Hauptgeschäftsführer Jörg Asmussen gegenüber dpa. „Der Trendwende bei den Zinsen dürfte daher auch eine Trendwende bei den Überschüssen der sicherheitsorientierten Produkte folgen.“

18 der 40 größten Anbieter von Lebensversicherungen haben laut dem „Hamburger Abendblatt“ zum Jahreswechsel ihre Überschussbeteiligung erhöht. Dieses Plus gäben sie an die Kunden weiter, hieß es dazu. Die Gesamtverzinsung sei damit erstmals seit 15 Jahren gestiegen – auf durch-

schnittlich 2,1 Prozent pro Jahr. Bei klassischen Lebens- und Rentenversicherungen der Allianz beträgt die laufende Verzinsung jetzt im Schnitt 2,5 Prozent, nach zuletzt 2,3 Prozent. Auf ältere Policen, die lebenslange Zinsgarantien vorsehen, zahlt der Branchenprimus einschließlich des Schlussüberschusses und der Beteiligung an den Bewertungsreserven somit derzeit 3,2 Prozent (Vorjahr: 2,9 Prozent).

Bis zu drei Prozent auf Sparbetrag

Lebensversicherer legen die Überschussbeteiligung jährlich je nach der wirtschaftlichen Lage und dem Erfolg ihrer Anlagestrategie fest. Hinzu kommt der Höchstrechnungszins. Dieser Garantiezins liegt nach einer Entscheidung des Bundesfinanzministeriums seit Anfang 2022 für Neuverträge nur noch bei 0,25 Prozent. Altverträge werfen deutlich mehr ab.

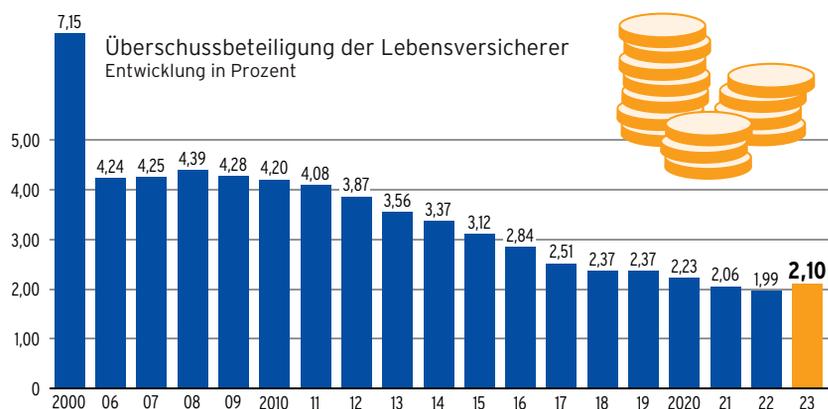
Beides zusammen bildet die laufende Verzinsung. Sie bezieht sich lediglich auf den Sparanteil nach dem Abzug von unter anderem Abschluss- und Vertriebskosten. Im Durchschnitt ist die laufende Verzinsung laut einer Branchenanalyse von Morgen & Morgen vom Jahr 2022 auf 2023 um 0,30 Prozentpunkte gestiegen. Das Maximum beträgt aktuell drei Prozent.

Trotz eines attraktiveren Kapitalmarktumfelds bleibt das Geschäft anspruchsvoll. Die Branche konnte die Renditeversprechen aus Altverträgen von bis zu vier Prozent während der jahrelangen Zinsflaute kaum erwirtschaften. Weil die Lebensversicherer den Großteil der Kundengelder in festverzinslichen Wertpapieren anlegen, profitieren sie nur langsam von dem jüngsten Zinsanstieg. Denn sie halten oft noch lang laufende Staatsanleihen, die in der Niedrigzinsphase gezeichnet worden sind. Infolge der Zinsentscheidungen der Notenbanken sind deren Kurse im vergangenen Jahr zunächst gesunken.

Zum Vergleich: Inzwischen liegt die durchschnittliche Rendite bei zehnjährigen Bundesanleihen bei 2,31 Prozent.

André Gieß

TALFAHRT DER ZINSEN GESTOPPT



Quelle: Hamburger Abendblatt, Foto: brovkoserhii - stock.adobe.com

Betriebsausgaben

Neue Vorgaben für Bewirtungsbelege

Finanzämter legen seit Anfang des Jahres strengere Maßstäbe an, wenn sie Bewirtungsbelege prüfen. Praxisinhaber sollten penibel auf die erforderlichen Pflichtangaben achten.

Die Häppchenplatte fürs monatliche Team-Meeting. Das Abendessen mit Kollegen, um den neuen Juniorpartner willkommen zu heißen. Der Kollegenstammtisch. Wenn sich Menschen zu dienstlichen Besprechungen zusammenfinden, gehört es zum guten Ton, auch für deren leibliches Wohl zu sorgen. Die Kosten für solche Bewirtungen können Praxischefs von der Steuer absetzen.

Damit das Finanzamt Restaurant-Belege und ähnliche Dokumente anerkennt, sollten Ärzte allerdings darauf achten, die erforderlichen Formalia einzuhalten. Bei Rechnungen bis 250 Euro (inklusive Mehrwertsteuer) muss der Beleg nicht nur die Einzelpreise der konsumierten Speisen und Getränke enthalten, sondern auch den Gesamtbetrag ausweisen.

Zwingend sind zudem Angaben zum Veranstaltungsort, der Anzahl der Teilnehmer und dem Grund der Bewirtung. Hier sollten Praxisinhaber genau sein: Wer nur schnöde „Team-Meeting“ angibt, kommt bei einer Betriebsprüfung eher in Erklärungsnot als ein Arzt, der auch die wichtigsten Tagesordnungspunkte des Treffens mit auflistet.

Zwingend sind zudem Angaben zum Datum der Bewirtung. Außerdem muss der Beleg maschinell mit einer Registrierkasse erstellt sein. Handschriftliche Belege akzeptiert das Finanzamt nicht.

Darf's ein bisschen mehr sein?

Wer eine größere Runde zu verköstigen hat – oder seinen Geschäftspartnern ein etwas edleres Menu spendiert –, der muss für die Anerkennung seiner Kosten durch das Finanzamt noch weitere Voraussetzungen erfüllen.

Bei Beträgen jenseits der 250 Euro-Grenze zählen auch die Namen und Adressen der Bewirteten zu den Pflichtangaben. Auch muss der Rechnungsbetrag nach Steuersätzen und Mehrwertsteuerbeträgen aufgeschlüsselt sein und der Beleg muss die Steuernummer oder Umsatzidentifikationsnummer der Gaststätte ausweisen.

Genügt eine Rechnung diesen Vorgaben, lassen sich 70 Prozent der betrieblich veranlassten Bewirtungskosten als Betriebsausgabe ansetzen, allerdings nur, solange das Finanzamt sie als angemessen erachtet.

Wer den Dienstplan für den nächsten Monat bei Austern und Champagner plant, muss daher zumindest mit Fragen rechnen. Geht es hingegen darum, das 20-jährige Praxisjubiläum zu feiern, dürften auch höhere Kosten ohne große Probleme anerkannt werden.

Ein Foto fürs Finanzamt

Bewirtungsbelege lassen sich nicht nur in papierner, sondern auch in digitaler Form einreichen. Digitale Belege allerdings müssen innerhalb eines Monats nach dem Geschäftsessen erstellt werden.

Bei der Art der Digitalisierung haben Ärztinnen und Ärzte mehrere Möglichkeiten. Sie können das Original abfotografieren oder sich den Beleg direkt digital erstellen lassen. Notwendig ist dann aber die Verwendung einer E-Signatur.

Wichtig: Die Anforderungen an Bewirtungsbelege gelten grundsätzlich auch bei Restaurantbesuchen im Ausland. Besteht dort jedoch keine Pflicht zur Herausgabe von elektronisch erzeugten Belegen, akzeptiert das Finanzamt ausnahmsweise auch Handschriftliches.

Judith Meister

KLARE ANGABEN MACHEN

Wer hat wann mit wem gegessen, was gab es - und warum?

Die Kosten für geschäftliche Treffen in einem Restaurant oder Ausgaben für einen Caterer können Ärzte in der Steuererklärung geltend gemacht. Dabei sind nicht nur Speisen und Getränke absetzbar. Auch Trinkgeld, Garderobengebühren sowie Beförderungskosten zum Termin lassen sich zu jeweils 70 Prozent (inklusive der Umsatzsteuer) als Betriebsausgaben oder Werbungskosten bei der Steuer geltend machen. Wichtig ist jedoch, dass die vorgelegten Belege alle nötigen Angaben enthalten und den Formvorgaben des Finanzamts entsprechen.



Auch zwanglose Essen mit der Belegschaft können geschäftlich veranlasst sein.