

Erfolgreiche Praxisführung
für Ärztinnen und Ärzte

ARZT & WIRTSCHAFT

ORTHOPÄDIE /
RHEUMATOLOGIE

TSS/Hausarzt

**Vereinbarte Termine:
Offene Fragen** s. 08

Niederlassung

**Ärztinnen sind jetzt
in der Überzahl** s. 16

Arbeitszeiten

**Wenn die Aufsichts-
behörde anklopft** s. 20

Praxisabgabe

**Wie die
Wertermittlung
funktioniert** s. 24





Meine Praxis platzt aus allen Nähten – wie soll ich da noch meine **Hygienevorschriften** einhalten?

Wir sind für Sie da.

Mit hochwirksamen und
anwenderfreundlichen
Desinfektionsprodukten.
Und mit unserem kostenlosen
Hygieneplan-Service.



Jetzt kostenlosen Hygieneplan-Service entdecken

- Schnell online erstellen
- Automatische Updates
- Tipps und Tricks

mein
hygieneplan
by schülke



www.mein-hygieneplan.de

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 März 2023

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). **Druckfarbe:** 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. 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 o. 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. w. 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., Infosion; 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 Blutcholesterinspiegel, erhöhter Lipoprotein-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, anomaler 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*, Histoplasmaose, oropharyngeale Candidose, Cytomegalievirus-Infektion, BK-Virus-Infekt., Listeriose u. Kokkidiomykose. Erhöhung d. Lipidparameter enth. Gesamtkholesterin, 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:** apurales 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

 Pfizer



MEHR REMISSION
IN DER RA, PsA, AS & nr-axSpA^{*2-4}

BEHANDELTE
PATIENTEN WELTWEIT: > 166.000^{#5}
DEUTSCHLAND: > 30.000^{#5}

1 SELEKTIVER JAKi –
DESIGNED BY AbbVie¹

20 KLINISCHE
STUDIEN^{§6-23}

7 INDIKATIONEN:
RA, PsA, AS, nr-axSpA,
AD, CU & MC¹

* **RA:** bei mittelschwerer bis schwerer Rheumatoider Arthritis nach DMARDs; 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; CDAl ≤ 2,8 und Bool'sche Remission, sowie Woche 156 in DAS28(CRP) < 2,6 und CDAl ≤ 2,8, nicht multiplizitätskontrolliert^{1,4,8,24}; **PsA:** bei aktiver Psoriasis-Arthritis nach DMARDs. Laut G-BA Beschluss: Remission (erhoben mit DAPSA) zeigt einen signifikanten Unterschied gegenüber Adalimumab^{2,5}; **AS:** RINVOQ[®] wird angewendet zur Behandlung der aktiven ankylosierenden Spondylitis nach konventioneller Therapie; SELECT-AXIS 1 (NRI): Remission gemessen am ASDAS-ID-Ansprechen vs. Placebo zu Woche 14^{1,2}; **nr-axSpA:** bei aktiver nicht röntgenologischer axialer Spondyloarthritis mit objektiven Anzeichen einer Entzündung, angezeigt durch erhöhtes C-reaktives Protein und/oder Nachweis durch Magnetresonanztomografie nach NSAR; SELECT-AXIS 2 (NRI); Remission gemessen am ASDAS-ID-Ansprechen vs. Placebo zu Woche 14^{1,3}; # In der RA, AS, PsA, nr-axSpA, AD und CU; § Phase-3-Studien zu RINVOQ[®]; 6 Studien in der RA (SELECT-NEXT, SELECT-BEYOND, SELECT-CHOICE, SELECT-COMPARE, SELECT-EARLY, SELECT-MONOTHERAPY), 2 Studien in der PsA (SELECT-PsA 1, SELECT-PsA 2), 2 Studien in der axSpA (SELECT-AXIS 1, SELECT-AXIS 2), 4 Studien in der AD (MEASURE UP 1, MEASURE UP 2, HEADS UP, AD UP), 3 Studien in der CU (U-ACCOMPLISH, U-ACHIEVE Induction, U-ACHIEVE Maintenance) und 3 Studien in der MC (U-EXCEED, U-EXCEL, U-ENDURE).

AD atopische Dermatitis; **AS** Ankylosierende Spondylitis; **CU** Colitis ulcerosa; **JAKi** Januskinase-Inhibitor; **MC** Morbus Crohn; **nr-axSpA** nicht röntgenologische axiale Spondyloarthritis; **PsA** Psoriasis-Arthritis; **RA** Rheumatoide Arthritis

1 Fachinformation RINVOQ[®], aktueller Stand. **2** van der Heijde D et al., Virtueller ACR Kongress 2021; Poster 0924. **3** McInnes IB et al., Virtueller EULAR-Kongress 2022; Poster POS0081. **4** Fleischmann RM et al., RMD Open. 2022; 8:e002012. **5** AbbVie Data on File: ABVRR175210 September/2022. **6** van Vollenhoven R et al., Arthritis Rheumatol. 2020; 72(10):1607-1620. **7** Burmester GR et al., Lancet. 2018; 391(10139):2503-2512. **8** Fleischmann RM et al., Ann Rheum Dis. 2019; 78(11):1454-1462. **9** Smolen JS et al., Lancet. 2019; 393(10188):2303-2311. **10** Genovese MC et al., Lancet. 2018; 391(10139):2513-2524. **11** Rubbert-Roth A et al., N Engl J Med. 2020; 383(16):1511-1521. **12** van der Heijde D et al., Lancet. 2019; 394(10214):2108-2117. **13** van der Heijde D et al., Ann Rheum Dis. 2022; 0:1-9 & Deodhar A et al., EULAR-Kongress 2022; Präsentation OP0016. **14** McInnes IB et al., N Engl J Med. 2021; 384(13):1227-1239. **15** Mease PJ et al., Ann Rheum Dis. 2021; 80(3):312-320. **16** Guttman-Yassky E et al., Lancet. 2021; 397(10290):2151-2168. **17** Reich K et al., Lancet. 2021; 397(10290):2169-2181. **18** Blauvelt A et al., JAMA Dermatol. 2021; 157(9):1047-1055. **19** Danese S et al., Lancet. 2022; 399(10341):2113-2128. **20** Panes J et al., Am J Gastroenterol. 2022; 117:pS10, Abstract S37. **21** Loftus EV et al., UEG Journal. 2022; 10(S8):103-104, Abstract OP129. **22** Feagan BG et al., J Crohns Colitis. 2023; 17 (Suppl1):i22-i25, Abstract OP17. **23** Peyrin-Biroulet L et al., J Crohns Colitis. 2023; 17 (Suppl1):i20-i22, Abstract OP16. **24** Fleischmann RM et al., Ann Rheum Dis. 2020; 79(Suppl 1):323, Abstract THU0201. **25** Gemeinsamer Bundesausschuss. Nutzenbewertungsverfahren zum Wirkstoff Upadacitinib (Neues Anwendungsgebiet: Psoriasis-Arthritis) Stand 15.07.2021. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4920/2021-07-15_AM-RL-XII_Upadacitinib_D-638_BAnz.pdf Zugriff: April 2023.

▼ 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: Mikrokrystalline 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:** 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. Mittelschwerer bis schwerer aktiver Morbus Crohn 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 der oberen Atemwege; Bronchitis; Herpes zoster; Herpes simplex; Follikulitis; Influenza; Harnwegsinfektion; Pneumonie; orale Candidose; Divertikulitis; Sepsis; nichtmelanozytärer Hautkrebs; Anämie; Neutropenie; Lymphopenie; Urtikaria; schwerwiegende Überempfindlichkeitsreaktionen; Hypercholesterinämie; Hyperlipidämie; Hypertriglyceridämie; Husten; Bauchschmerzen; Übelkeit; gastrointestinale Perforation; Akne; Ausschlag; Fatigue; Fieber; CPK im Blut erhöht; ALT erhöht; AST erhöht; Gewicht erhöht; Kopfschmerzen.

Verschreibungspflichtig; Pharmazeutischer Unternehmer: AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG, Knollstraße, 67061 Ludwigshafen, Deutschland

Stand: April 2023





Dr. med. Ulrich Karbach,
Ressortleiter Abrechnung und Medizin



E-Mail:
ulrich.karbach@medtrix.group

„Gesundes“ Halbwissen bedeutet mehr Arbeit

Eine Besprechung zu Erkrankungen ist einfacher, wenn die Gesprächspartner schon gut informiert sind. Allerdings muss die Information auch fachlich richtig sein. Ein Kollege kommentierte kürzlich, dass ihm uninformierte Patienten lieber seien als falsch informierte Patienten. Denn diesen müsse er erst einmal mit viel Zeitaufwand erklären, dass ihre Information leider nicht korrekt ist.

Der Grund für die falsche Information ist relativ einfach. Man muss nur einmal im Internet nach einer Information suchen. Abhängig von den vorherigen Suchen bekommt man eine Selektion der Ergebnisse, die man nach den Algorithmen des jeweiligen Anbieters am ehesten erwartet. Sprich: Bei mir kommen bei Suche mit dem Firmenrechner als erstes das Robert Koch-Institut, dann die STIKO und das Bundesgesundheitsministerium, wenn ich Impfen als Suchwort eingebe. Alles solide Informationsquellen. Wer nicht so viel zu Gesundheit recherchiert, der landet unter Umständen auf Portalen, deren kritische Einschätzung zu Schutzimpfungen plausibel klingt. Dass die dort aufgeführten Daten bei einer kritischen Betrachtung nicht bestehen können, fällt nur auf, wenn man die nötige Zeit und Fachkompetenz hat, um sich damit genauer zu befassen. Im Gegensatz dazu ist die kontroverse Diskussion, die man in manchen Ärzteportalen sieht,

harmlos. Auch dort vertreten manche ärztliche Diskutanten eher fragwürdige Meinungen. Im Kollegenkreis mag man dies diskutieren. Für mich ist es aber problematisch, wenn man das als „Halbgott in Weiß“ den Patienten vermittelt. Im Extremfall geht das soweit, dass man einem Patienten eine von ihm gewünschte, leitlinienkonforme onkologische Behandlung ausredet und stattdessen eine andere Behandlung empfiehlt. Das entsprechende Urteil dazu haben wir bei uns im Heft besprochen.

Verstehen Sie mich nicht falsch. Ich weiß, dass es onkologische Behandlungen gibt, bei denen der therapeutische Nutzen sehr hoch ist, wenn sie zum richtigen Zeitpunkt eingesetzt werden. Es muss aber mit den Betroffenen genau besprochen werden, wie hoch der Nutzen und das Risiko der jeweiligen Therapie sind und welche Alternativen es gibt. Natürlich sind die Prioritäten der Tumorpatientinnen und -patienten auch unterschiedlich. Vermutlich trifft es eine weibliche Patientin, egal welchen Alters, deutlich härter, wenn ihr unter der Therapie alle Haare ausgehen. Bei meinem Wuschelkopf habe ich mir noch nie Gedanken über Haarausfall gemacht. Ich glaube aber, dass Männer den Haarausfall meist leichter verkraften als Frauen. Ganz entscheidend ist es, dass Betroffene sich gut aufgeklärt für oder gegen eine Behandlung entscheiden können.

Viel Spaß bei der Lektüre



„Dank Ihnen wieder ein Alltagsheld!“

UMFASSEND THERAPIEREN*

Bewährt für Ihre PsA- und axSpA-Patienten¹

 **Cosentyx**[®]
secukinumab

Here with you

* Signifikante Wirksamkeit auf die PsA-Manifestationen nach GRAPPA und Symptome der axSpA.¹

PsA: angezeigt für Erwachsene mit aktiver Psoriasis-Arthritis nach DMARDs, in Monotherapie oder in Kombination mit MTX.

axSpA: angezeigt für die Behandlung von Erwachsenen mit aktiver AS nach konventioneller Therapie und mit aktiver nr-axSpA mit objektiven Entzündungsanzeichen nach NSAR.

1. Fachinformation Cosentyx[®].

Cosentyx[®] 75 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze, Cosentyx[®] 150 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze, Cosentyx[®] 150 mg Injektionslösung in einem Fertigpen, Cosentyx[®] 300 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze, Cosentyx[®] 300 mg Injektionslösung in einem Fertigpen. **Wirkstoff:** Secukinumab (in Ovarialzellen d. chines. Hamsters [CHO-Zellen] produzierter, gg. Interleukin-17A gerichteter, rekombinanter, vollständig humaner monoklonaler Antikörper d. IgG1/κ-Klasse). **Zus.-setz.:** Arzneil. wirks. Bestand.: 1 Fertigspritze enthält 75 mg Secukinumab in 0,5 ml bzw. 1 Fertigspritze/Fertigpen enthält 150 mg Secukinumab in 1 ml bzw. 300 mg Secukinumab in 2 ml. **Sonst. Bestandt.:** Trehalose-Dihydrat, Histidin, Histidinhydrochlorid-Monohydrat, Methionin, Polysorbat 80, Wasser f. Inj.-zwecke. **Anwend.:** Behndl. v. Kindern u. Jugendl. ab 6 J. mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis, d. für eine system. Therapie in Frage kommen. Behndl. v. Kindern u. Jugendl. ab 6 J. mit Enthesitis-assoziiierter Arthritis od. juveniler Psoriasis-Arthritis, allein od. in Kombination mit Methotrexat (MTX), wenn deren Erkrankung unzureich. auf eine konventionelle Therapie angesprochen hat od. die diese nicht vertragen. **150/300 mg Injektionslösung zusätzl.:** Behndl. erw. Pat. mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis, d. für eine system. Therapie in Frage kommen. Behndl. erw. Pat. mit aktiver Psoriasis-Arthritis, allein od. in Kombination mit MTX, wenn d. Ansprechen auf eine vorhergeh. Therapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARD) unzureich. gewesen ist. Behndl. erw. Pat. mit aktiver ankylosierender Spondylitis, d. auf eine konventionelle Therapie unzureich. angesprochen haben. Behndl. erw. Pat. mit aktiver nicht-röntgenolog. axialer Spondyloarthritis mit objektiven Anzeichen d. Entzündung, angez. durch erhöhtes C-reaktives Protein (CRP) u./od. Nachweis durch Magnetresonanztomographie (MRT), d. unzureich. auf nichtsteroid. Antirheumatika (NSAR) angesprochen haben. **Gegenanz.:** Überempfindlichkeit gg. d. Wirkstoff od. einen d. sonst. Bestandt. Klinisch relevante, aktive Infekt. (z. B. aktive Tuberkulose). **Nebenw.:** *Sehr häufig:* Infekt. d. oberen Atemwege. *Häufig:* Oraler Herpes, Tinea pedis. Kopfschmerzen. Rhinorrhö. Diarrhö. Übelkeit. Ermüdung. *Gelegentl.:* Orale Candidose, Otitis externa, Infekt. d. unteren Atemwege. *Neutropenie.* Konjunktivitis. Entzündl. Darmerkrankungen. Dyshidrot. Ekzem. Urtikaria. *Selten:* Anaphylakt. Reakt. Exfoliative Dermatitis, Hypersensitivitätsvaskulitis. *Häufigkeit nicht bekannt:* Mukokutane Candidose (einschl. ösophageale Candidose). **Verschreibungs-pflichtig.** **Weit. Angaben:** S. Fachinformationen. Stand: Januar 2023 (MS 02/23.22). **Novartis Pharma GmbH, Roonstr. 25, 90429 Nürnberg.** Tel.: (09 11) 273-0, Fax: (09 11) 273-12 653. www.novartis.de

 **NOVARTIS**

ABRECHNUNG 08



Vereinbarte Terminfälle

Für vereinbarte Terminfälle von TSS oder Hausärzten gibt es im EBM Sonderregelungen. Deren Beachtung ist extrem wichtig, da man anderenfalls Honorar verschenkt.

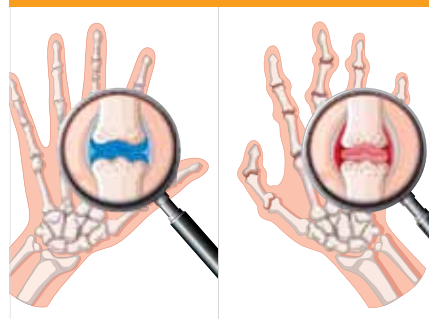
TITELGESCHICHTE 24



Wertermittlung der Praxis

Mit der Ablöse des Nachfolgers die Altersvorsorge aufbessern? Wer dies erwägt, sollte die wichtigsten Methoden zur Bestimmung des Praxiswerts kennen.

MEDIZIN 27



JAK-Inhibitoren

In der Rheumatologie gibt es verschiedene therapeutische Ansätze. Sowohl die klassische Physiotherapie wie auch die medikamentöse Behandlung sind relevant.

AKTUELLES



04 Nachrichten

ABRECHNUNG



08 Vereinbarte Terminfälle Fragen zu Terminen von TSS/ Hausärzten

10 Sonstige Kostenträger Abrechnen bei Post- und Bahnbeamten

11 Anämiediagnostik So verlieren Sie kein Honorar

12 Ihre Fragen Der A&W-Abrechnungsexperte antwortet

PRAXIS



14 Vertragsärztliche Versorgung Wie Jobsharing in der Praxis abläuft

16 Niederlassung Trendwende: Ärztinnen sind jetzt in der Überzahl

18 Fortbildungen von A&W Interessante CME für Sie

19 Ihre Fragen Die A&W-Praxisexpertin antwortet

RECHT



20 Arbeitszeiten Wenn die Aufsichtsbehörde Nachweise fordert

21 Fristlose Kündigung Bloß nicht widersprüchlich verhalten

22 Weiterbildungsassistenten Vertragsstrafe darf nicht zu hoch ausfallen

23 Ihre Fragen Die A&W-Rechtsexpertin antwortet

FINANZEN



24 Praxisabgabe So funktioniert die Wertermittlung für die Praxis

26 Sanieren und bauen Neue Regeln für Zuschüsse und Kredite

MEDIZIN



27 Rheumatische Erkrankungen Rasche Remission und Langzeitsicherheit unter JAK-Inhibition

27 Hygienekonzept Online-Anleitung zum Erstellen des individuellen Hygieneplans

31 Januskinase-Inhibitoren Einsatz bei Patienten mit Risikofaktoren individuell abwägen

31 Axiale Spondyloarthritis Bei erhöhtem CRP-Wert konsequent therapieren

THERAPIE-MAGAZIN

28 Systemischer Lupus erythematodes Frühzeitige spezifische Therapie kann Organschäden verhindern

RUBRIKEN

- 01 Editorial**
- 32 Aufgespießt**
- 32 Impressum**



Gesunde Mitte finden

Extrem viel Sport geht aufs Herz

Lebenslanger intensiver Ausdauersport lässt die Gefäße stärker verkalken. Das geht aus einer auf dem ACC-Kongress (American College of Cardiology) vorgestellten und im „European Heart Journal“ veröffentlichten Studie hervor. CT-Untersuchungen der Herzkranzgefäße von drei Gruppen wurden verglichen: lebenslang intensiv trainierende Masterathleten (≥ 8 Stunden Radfahren oder ≥ 6 Stunden Laufen/Woche); Sportler, die erst nach dem 30. Lebensjahr mit intensivem Ausdauersport begonnen hatten, und Hobby-Sportler (≤ 3 Stunden Sport/Woche). Das

lebenslange sehr hohe Sportpensum führte zu einem erhöhten Auftreten atherosklerotischer Plaques. Die Masterathleten hatten auch mit höherer Wahrscheinlichkeit mindestens eine koronare Plaque. Die frühere Theorie, dass die Athleten eine günstigere Plaque-Zusammensetzung aufweisen, konnte nicht bestätigt werden. Studienautor Dr. Ruben de Bosscher glaubt an eine J-Kurve bei der herzgesundheitsfördernden Wirkung von Sport. Moderate Aktivität wäre demnach am vorteilhaftesten. „Das Schlimmste, was Sie tun können, ist aber nichts zu tun“, so der Kardiologe.

Keine Einigung zur TI-Kostenpauschale

Die Verhandlungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und des GKV-Spitzenverbands sind gescheitert. Gemäß Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfLEG) sollen Vertragsärztinnen und -ärzte ab Juli eine monatliche Pauschale für die Ausstattungs- und Betriebskosten der Telematikinfrastruktur (TI) erhalten. Die Höhe sollte bis Ende April ausgehandelt werden. Doch die Kassen hätten zu wenig zahlen wollen, so die KBV. Nun kann das Bundesgesundheitsministerium die Pauschalen per Rechtsverordnung festlegen.



Gesundheitsausgaben stark gestiegen

Die Gesundheitsausgaben sind im Jahr 2021 um 7,5 Prozent gegenüber 2020 gestiegen und erreichten mit 474,1 Milliarden Euro den höchsten Stand seit 1992. Pro Kopf betragen sie im zweiten Pandemiejahr 5.699 Euro. Das teilt das Statistische Bundesamt mit. Haupttreiber dieser Entwicklung waren Corona-Ausgaben. Davon stellten Tests im Sinne der Coronavirus-Testverordnung oder Tests in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen oder Praxen (9,9 Mrd. Euro, 32,3 %) den größten Posten. Ausgleichszahlungen für Einnahmeausfälle der Krankenhäuser, Vorsorge- und Reha-Einrichtungen oder Heilmittelerbringer sowie Corona-Prämien lagen bei 9,3 Milliarden Euro (30,6 %). Die Impfkampagne kostete sieben Milliarden Euro (22,9 %). Offenbar bestellte die Regierung zu viel Impfstoff: 672 Millionen Impfdosen, rund acht Dosen pro Kopf, wie das Bundesgesundheitsministerium gegenüber dem NDR, WDR und der Süddeutschen Zeitung bestätigte.

Rückenleiden jetzt auf Vor-Corona-Niveau

Durchschnittlich 1,3 Tage fehlten Beschäftigte im Jahr 2022 wegen Rückenbeschwerden am Arbeitsplatz. Das zeigt eine Vorabauswertung des TK-Gesundheitsreports 2023. Damit ist dieser Wert seit 2019 unverändert – der Coronapandemie zum Trotz. So hätten Homeoffice und geschlossene Fitnessstudios offenbar nur einen geringen Einfluss auf die Rückengesundheit gehabt, meint Albrecht Wehner vom Gesundheitsmanagement der Kasse. Diese Schlussfolgerung dürfte auf Individualebene zu diskutieren sein. Denn gleichzeitig betont die TK den Wert einer ärztlichen Zweitmeinung vor einer Rückenoperation. Seit 2021 haben ge-

setzlich Versicherte Anspruch auf eine Zweitmeinung vor einem Eingriff an der Wirbelsäule. Die Auswertung der Behandlungsdaten untermauert nun die Sinnhaftigkeit dieser Regelung. Denn mehr als acht von zehn Rückenoperationen seien unnötig. Von den rund 7.800 Patienten, die am TK-Angebot „Zweitmeinung Rücken“ teilnahmen, kamen im Jahr nach Einholung einer Zweitmeinung 87 Prozent ohne eine Rückenoperation aus. Stattdessen half eine schonendere Therapiealternative wie beispielsweise ein gezielter Muskelaufbau – wie er eben durch ein regelmäßiges Krafttraining im Fitnessstudio erreicht werden kann.



Fotos: Johannes - stock.adobe.com
 MQ-illustrations - stock.adobe.com, Maksym Povorotnik - stock.adobe.com

In erster Linie JYSELECA®:
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

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, Verschueren 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, Sepsis, Hypercholesterinämie, erhöhte Kreatinphosphokinase im Blut. **Warnhinweis:** Enthält Lactose. Trockenmittel nicht schlucken. **Pharmazeutischer Unternehmer:** Galapagos NV, Generaal de Wittelaan L11 A3, 2800 Mechelen, Belgien. **Repräsentant in Deutschland:** Galapagos Biopharma Germany GmbH, D-80636 München. **Stand der Information:** März 2023. **Verschreibungspflichtig.**

Galapagos
Pioneering for patients

Schädel-Hirn-Trauma

Gefährliches Gassi-Gehen

Fingerfraktur, Schädel-Hirn-Trauma und Schulterverstauchung oder -zerrung waren die drei häufigsten Verletzungen im Zusammenhang mit dem Ausführen eines Hundes bei Erwachsenen, die zwischen 2001 und 2020 in US-Notaufnahmen behandelt wurden. Das berichten Forschende der Johns Hopkins University im Journal „Medicine & Science in Sports & Exercise“. Frauen (75 %) und generell Personen ab 65 Jahren erlitten häufiger schwere Verletzungen als Zugehörige anderer demografischer Gruppen. Bei den Älteren gehörten neben Schädel-Hirn-

Traumata auch Hüftfrakturen zu den häufigsten Verletzungen. Ursache waren meist Stürze, bei denen die Person von der Hundeleine gezogen wurde, sich darin verhedderte oder darüber stolperte. Frauen, die sich beim Spaziergang mit Hund verletzten, erlitten mit 50 Prozent höherer Wahrscheinlichkeit eine Fraktur als Männer. Bei Älteren war die Wahrscheinlichkeit eines Sturzes mehr als dreimal so hoch, das Risiko eines Knochenbruchs mehr als doppelt so hoch und die Wahrscheinlichkeit eines Schädel-Hirn-Traumas 60 Prozent höher als bei Jüngeren.



Praxisübernahme: Angebote zu niedrig

11,7 Prozent der niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen haben bereits ein Angebot zur Übernahme ihrer Praxis von einem Investor erhalten. Das geht aus einer Umfrage der Stiftung Gesundheit hervor. Facharztpraxen scheinen für Investoren besonders interessant: Hier waren bereits 17,1 Prozent wegen einer Übernahme angesprochen worden. Ein Drittel der Ärztinnen und Ärzte, die ein Angebot erhalten hatten, zeigte Interesse. Von diesen hatten 8,5 Prozent das Angebot angenommen. 25,5 Prozent hätten es angenommen, wenn die Konditionen gestimmt hätten. 66 Prozent hatten das Angebot abgelehnt. Fast 40 Prozent der Ärzte und Ärztinnen, die noch kein Angebot erhalten hatten, zeigten prinzipiell Interesse an einer Übernahme durch Investoren, sofern die Bedingungen angemessen sind. Jedoch zeigten zahlreiche Freitextantworten, dass die Angebote häufig nicht den tatsächlichen Wert der Praxis widerspiegeln.

Neue Vergütung für Corona-Impfungen

Die Kassenärztlichen Vereinigungen in sechs deutschen Ländern haben sich mit den Krankenkassen auf eine Vergütung für Corona-Impfungen innerhalb der Regelversorgung verständigt, wie der Verband der Ersatzkassen (vdek) mitteilt: in Bayern, Hamburg, Niedersachsen, Schleswig-Holstein, Thüringen und jetzt auch in Westfalen-Lippe und Nordrhein, wo man sich auf 15 Euro geeinigt hat. Darin eingeschlossen ist der Mehraufwand durch Mehrdosenbehälter und erweiterte Dokumentationspflichten. Angekündigt hatten mehrere KVen, die bisherigen 28 Euro durchsetzen zu wollen.



S2k-Leitlinie Adoleszente Idiopathische Skoliose

Klare Handlungsempfehlungen bietet die neue S2k-Leitlinie zur Verkrümmung der Wirbelsäule, die bei jungen Menschen zwischen 10 und 18 Jahren auftritt (Download unter register.awmf.org). Die Leitlinie „Adoleszente Idiopathische Skoliose“ beleuchtet ausführlich die Diagnostik, den natürlichen Verlauf und die konservative sowie die operative Therapie. „Unser Ziel ist es, den krummen Rücken aufzurichten. Die nun vorliegenden Empfehlungen helfen, die Therapie für unsere Jugendlichen zu vereinheitlichen und zu verbessern“, sagt Prof. Maximilian Rudert, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie

(DGOU). Bei Verdacht auf eine Skoliose wird die Durchführung einer Röntgenaufnahme empfohlen, um den Grad der Verkrümmung zu bestimmen. Bei leichten Krümmungen ist keine Behandlung notwendig, jedoch eine regelmäßige Kontrolle bis das Wachstum abgeschlossen ist. Stärkere Krümmungen werden konservativ behandelt, während bei einem ausgeprägten Skoliose-Winkel von über 50 Grad eine operative Vorgehensweise empfohlen wird. Die Leitlinie gibt auch Hinweise zur Auswahl des Operationsverfahrens und zur Nachbehandlung sowie Empfehlungen zu Berufswahl, Sexualität, Schwangerschaft und Geburt sowie Sport.

Fotos: Marcella Miriello - stock.adobe.com, Stimmungsbilder1 - stock.adobe.com, rocketclips - stock.adobe.com

Künstliche Intelligenz

Assistenzsystem: Kids-Bone-Checker

Frakturen im Kinder- und Jugendalter unterscheiden sich von Frakturen erwachsener Patienten und Patientinnen. Deshalb bedürfe es „speziellen Fachwissens und Erfahrung, um langfristige Schäden und Beeinträchtigungen aufgrund von nicht exakten Diagnosen oder Therapien zu vermeiden“, schreibt eine Arbeitsgruppe der Universität zu Lübeck, die ein von Künstlicher Intelligenz (KI) gestütztes Assistenzsystem entwickelt hat. Das Team besteht aus Spezialisten der Kindertraumatologie, Informatik und Radiologie. Der „Kids-Bone-Checker“ soll Ärzte und Ärztinnen

bei Diagnosen und Therapiemöglichkeiten für kindliche Frakturen unterstützen. Da Fachleute für Kindertraumatologie jenseits der Großstädte eher rar sind, soll das System personalisierte, präzise Handlungsempfehlungen generieren. So sollen eine Unter- oder Überbehandlung von Kindern vermieden und Heilungsprozesse verkürzt werden. Der Kids-Bone-Checker wird vom Land Schleswig-Holstein mit rund 737.000 Euro gefördert und soll vor allem in Flächenländern oder bei Fachkräftemangel zum Einsatz kommen, um kleine und mittlere Arztpraxen zu stärken.



Neue Sicherheitsvorgaben für Praxisausweis

Seit dem 3. April gelten neue Sicherheitsanforderungen für die Beantragung eines Praxisausweises zur Nutzung der Telematikinfrastruktur (TI). Auf diese Vorgabe der gematik weist die Kassenärztliche

Bundesvereinigung (KBV) hin. Vertragsärzte und -ärztinnen, die eine neue oder eine Folge-SMC-B-Karte beantragen, müssen sich dem sicheren Identifizierungsverfahren unterziehen. Für die Bestellung eines elektronischen Heilberufsausweises (eHBA) gilt dies schon länger. Die Anbieter bieten dazu beispielsweise das POSTIDENT-Verfahren in der Postfiliale oder die Online-Ausweisfunktion an. Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) prüft dann, ob der oder die Antragstellende vertretungs- und zeichnungsberechtigt für die Einrichtung ist. Der Ausweis wird per PIN freigeschaltet und bleibt fünf Jahre gültig.



Medizinklima-Index nach Belastung etwas erholt

Die wirtschaftliche Zuversicht verbessert sich, auch wenn steigende Kosten und Verwaltungsaufwand weiter auf die Stimmung drücken. Das zeigt der Medizinklima-Index der Stiftung Gesundheit zum 1. Quartal 2023. So ist das Medizinklima bei den Ärzten und Ärztinnen um 7,2 Punkte gestiegen. Fachärzte und -ärztinnen waren deutlich zufriedener als im Vorquartal (+12,2 Punkte). Im hausärztlichen Bereich stagnierte das Klima (+0,4 Punkte). Insgesamt liegt das Medizinklima bei den Ärzten und Ärztinnen jedoch weit unter dem langjährigen Durchschnitt (-27,9 Punkte).

Mundbakterien könnten Rheuma triggern

Menschen, die Probleme mit ihrem Zahnfleisch haben, tragen ein erhöhtes Risiko, an rheumatoider Arthritis (RA) zu erkranken. Den genauen Zusammenhang wollen Dr. William Robinson, Immunologe an der Stanford University, und sein Team nun entschlüsselt haben – anhand einer kleinen Kohorte mit fünf RA-Patienten. Wie die Forschenden im Journal „Science Translational Medicine“ schreiben, können Mundbakterien, insbesondere Porphyromonas gingivalis (Pg), über Zahnfleischentzündungen in den Blutkreislauf gelangen und eine Immunreaktion auslösen, die fälschlicherweise die Gelenke angreift und RA auslöst. Pg trägt ein Enzym,

das nach der Proteinsynthese Arginin gegen Citrullin austauscht, wodurch citrullinierte Proteine entstehen. Das bereite den Weg für die charakteristische Autoimmunreaktion. Antikörper gegen citrullinierte Proteine treten bei etwa zwei von drei RA-Fällen auf. Citrullinierte Proteine kommen allerdings in jeder Zelle vor. Warum sich die Reaktion gerade auf die Gelenke richtet, bleibt noch offen. Obwohl Mundbakterien vermutlich ein wichtiger Faktor bei der Entstehung von RA sind, sind sie nicht die einzige Ursache, betont das Forscherteam. Dennoch könnte eine gute Mundgesundheit ein wichtiger Baustein sein, um RA möglichst vorzubeugen.



Fotos: Choo - stock.adobe.com, D-Trust GmbH, Pixel-Shot - stock.adobe.com



Vereinbarte Terminfälle

Fragen zu Terminen von TSS/Hausärzten

Zu Einzelheiten der seit dem 1. Januar 2023 geltenden Vergütungsregeln für kurzfristig von Hausarztpraxen oder der Terminservicestelle (TSS) der KV bei Ärzten des fachärztlichen Versorgungsbereichs vereinbarten Terminen haben sich Detailfragen ergeben.

? Ein Hausarzt hat einen dringenden Termin für den 4. Tag nach Feststellung der Behandlungsbedürftigkeit vereinbart. Die 18228 B könnte angegeben werden mit doppelter Vergütung der Grundpauschale und extrabudgetärer Vergütung weiterer Leistungen. Der Patient kommt aber erst zwei Tage nach dem vereinbarten Termin. Haben wird den Termin am 4. Tag umsonst freigehalten.

Da der Patient erst am 6. Tag nach der Terminvereinbarung in die Praxis gekommen ist, ist es gerechtfertigt, die 18228 mit dem Zusatz C (5. bis 14. Tag) anzusetzen.

? Manchmal vereinbaren wir für Patienten kurzfristige Termine bei Ärzten anderer Fachgebiete. Gibt es dafür eine besondere Vergütung?

Für Terminvereinbarungen von Facharzt zu Facharzt ist keine besondere Kennzeichnung oder Vergütungsform vereinbart.

? Wie werden die Tage von der Terminvereinbarung bis zum Behandlungstermin gezählt?

Der Tag, an dem die Hausarztpraxis oder die TSS einen Termin vereinbart, wird nicht mitgezählt. Beispiel: Eine Hausarzt-



Foto: OligarPS - stock.adobe.com

Ohne genaue Terminplanung ist das Chaos eigentlich vorprogrammiert, auch ohne zusätzliche Notfälle.

praxis oder eine TSS vereinbart an einem Montag einen kurzfristigen Termin bis zum 4. Tag nach Feststellung der Behandlungsbedürftigkeit. Der Termin muss bis einschließlich Freitag in derselben Woche wahrgenommen werden, Wochenenden und Feiertage werden mitgezählt.

? Bei einer Terminvereinbarung zwischen dem 24. und 35. Tag durch Hausarztpraxen ist eine medizinische Begründung erforderlich. Wer muss das begründen?

Die Begründung für eine Terminvereinbarung zwischen dem 24. und 35. Tag obliegt allein der Hausarztpraxis.

? Vereinbart eine TSS einen Termin für einen Akutfall (innerhalb 24 Stunden) wird mit der Kennzeichnung 18228 A die Grundpauschale mit 200 Prozent (dreifach) vergütet. Wie verhält es sich, wenn eine Hausarztpraxis einen entsprechenden Termin für einen Akutfall vereinbart?

Die Kennzeichnung mit A gibt es nicht für durch Hausarztpraxen vermittelte Akutfälle. Die Facharztpraxis kann nur eine Kennzeichnung mit B (18228 B, Termin bis 4. Tag) angeben.

? Wie kann die Einhaltung der Fristen bei Terminvergaben geprüft werden?

Die Hausarztpraxis rechnet für die Terminvergabe unabhängig von der vereinbarten Frist die Nr. 03008 ab mit Dokumentation der Frist und der Betriebsstättennummer der Facharztpraxis, mit der der Termin vereinbart wurde. Auf der Überweisung werden diese Daten von der Hausarztpraxis nicht angegeben. Damit kann überprüft werden, ob die Facharztpraxis die zutreffende Kennzeichnung B, C oder D angegeben hat.

? Wenn Patienten telefonisch einen Termin wollen, bitten wir sie, sich vom Hausarzt mit Terminvereinbarung überweisen zu lassen, um so die 18228 mit dem Zusatz B, C oder D angeben zu können. Ist das statthaft?

Grundsätzlich sollen Fachärzte mit hausärztlicher Überweisung in Anspruch genommen werden. Dem Hausarzt obliegt es festzustellen, ob eine dringende Behandlungsnotwendigkeit mit Terminvereinbarung bei einem Facharzt indiziert ist. Ist das der Fall, kann der Hausarzt einen kurzfristigen Termin vereinbaren.

Dr. med. Heinrich Weichmann

KURZFRISTIGE TERMINVERGABEN

- Alle an durch Hausärzte oder durch eine TSS vereinbarten Terminen erbrachten Leistungen werden bei Kennzeichnung mit 18228 A, B, C, oder D, extrabudgetär ohne Anrechnung auf Praxisbudgets, Regelleistungsvolumina usw. vergütet.
- Bei Terminvereinbarungen durch Hausarztpraxen oder eine TSS wegen der extrabudgetären Vergütung und der höheren Vergütung der Grundpauschale möglichst kurzfristige Termine vergeben.

taltz®
(Ixekizumab)

Taltz® ist für heute und morgen.

Schnelle und kontinuierliche
Wirksamkeit bei PsA* und axSpA^{+,1}



✓ **Schnelle Verbesserung
bereits nach 2 Wochen^{#,2-7}**

✓ **Anhaltende
Wirksamkeit^{o,8-11}**

✓ **Gute
Verträglichkeit¹²**

*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.

#Bei Gelenkschmerzen, Hautplaques, Rückenschmerzen und Morgensteifigkeit. °Studiendaten belegen die Wirksamkeit über 3 Jahre bei PsA und axSpA.⁸⁻¹¹ axSpA: axiale Spondyloarthritis; PsA: Psoriasis-Arthritis.

1. Aktuelle Taltz® Fachinformation. 2. Mease PJ, et al. Ann Rheum Dis 2017;76:79-87. 3. Nash P, et al. Lancet 2017;389:2317-2327. 4. Deodhar A, et al. Lancet 2020;395:53-64. 5. van der Heijde D, et al. Lancet 2018;392:2441-2451. 6. Data on file, Eli Lilly and Company. 7. Deodhar A, et al. Arthritis Rheumatol 2019;71:599-611. 8. Chandran V, et al. Rheumatology (Oxford) 2020;59:2774-2784. 9. Orbai AM, et al. Rheumatol Ther 2021;8:199-217. 10. Deodhar A, et al. EULAR 2022, Copenhagen June 1-4, 2022; Poster POS0930. 11. Deodhar A, et al. Ann Rheum Dis 2022;81:765. 12. Deodhar A, et al. Arthritis Rheumatol 2022;74(suppl 9) Abstract Number 1042.

Bezeichnung des Arzneimittels: Taltz® 80 mg Injektionslösung in einem Fertigen/in einer Fertigspritze. **Zusammensetzung:** Arzneilich wirksamer Bestandteil: Fertigen/Fertigspritze enthält 80 mg Ixekizumab in 1 ml Lösung; sonstige Bestandteile: Saccharose, Polysorbit 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:** Schwere 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. Ösophageale Candidose. **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, Ireland; Ansprechpartner in Deutschland: Lilly Deutschland GmbH, Werner-Reimers-Str. 2-4, D 61352 Bad Homburg. **Stand der Information: Januar 2023.**

Lilly

Sonstige Kostenträger

Abrechnen bei Post- und Bahnbeamten

Auch nach Privatisierung von Post und Bahn vor vielen Jahren spielen die Beschäftigten der Nachfolgebetriebe abrechnungstechnisch in der Hausarztpraxis immer noch eine Sonderrolle.

Die Mitarbeiter der Deutschen Post sind in der Regel über die Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK) versichert, die Mitarbeiter der Deutschen Bahn bei der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB). Bei der PBeaKK wird zudem unterschieden zwischen Versicherten der Gruppe A (Besoldungsgruppen A2 - A6) und solchen der Gruppe B; bei der KVB wird zwischen vier unterschiedlichen Beitragsklassen unterschieden. Beiden Versicherungsunternehmen gemeinsam ist eine von der Norm abweichende Handhabung der Gebührenordnungen.

Postbeamte Gruppe A

Die Versicherten der PBeaKK Gruppe A werden gemäß einem zwischen KBV und PBeaKK abgeschlossenen Vertrag quartalsweise nach EBM über die zuständige KV abgerechnet. Dabei erfolgt die Abrechnung ungedeckelt, außerdem mit höheren Punktwerten als in der GKV:

- ambulante Leistungen ohne Labor und belegärztliche Leistungen ohne Labor 21,01590 Cent,
- Laboratoriumsuntersuchungen (Kapitel M) 20,44870 Cent.

Postbeamte Gruppe B

Die in der Gruppe B Versicherten werden als Privatpatienten nach der GOÄ abgerechnet. Dabei muss man jedoch wissen, dass die PBeaKK die Rechnungen nur bis zu reduzierten Steigerungssätzen erstattet:

- ärztliche Leistungen bis zum 1,9-fachen,
- technische Leistungen bis zum 1,5-fachen und
- Laborleistungen bis zum 1,15-fachen.

An diese Sätze ist man grundsätzlich auch als Hausarzt nicht gebunden. Möchte man höher steigern, sollte man dies vorher mit dem Patienten kommunizieren und eventuell auch einen Behandlungsvertrag abschließen, um späteren Ärger wegen der Rechnung zu vermeiden.

Bahnbeamte, Beitragsklassen I - III

Versicherte der Beitragsklassen I - III der KVB müssen sich mit einer Versichertenkarte ausweisen, auf der die Beitragsklasse vermerkt ist. Dann nämlich haben sie ein Recht auf Einhaltung festgelegter Steigerungssätze. Diese Sätze sind in einem zwischen KBV und KVB abgeschlossenen Vertrag vereinbart und dürfen – auch mit

Begründung – vom behandelnden Arzt nicht überschritten werden. Die maximal abrechenbaren Steigerungsfaktoren liegen bei

- ärztlichen Leistungen beim 2,2-fachen,
- technischen Leistungen beim 1,8-fachen und
- Laborleistungen und der Nr. 437 beim 1,15-fachen.

Bahnbeamte, Beitragsklasse IV

Diese Versichertengruppe kann wie „normale“ Privatpatienten nach GOÄ ohne Einschränkungen irgendwelcher Art abgerechnet werden.

Fazit

Um unschöne Diskussionen zu vermeiden, wenn Postbeamte die Rechnung für zu hoch halten oder Bahnbeamte (I-III) nicht korrekt abgerechnet werden, sollten grundsätzlich folgende Dinge berücksichtigt werden:

- Bei allen Privatpatienten an der Annahme nach Sondertarifen fragen und
- im Zweifelsfall vorher einen Behandlungsvertrag abschließen.

Dr. med. Heiner Pasch

ABRECHNUNG DIENSTUNFALL

Dienstunfälle von Post- und Bahnbeamten werden direkt mit den Unfallkassen abgerechnet:

- Post: Unfallkasse Post und Telekom, Postfach 30 50, 72017 Tübingen
- Bahn: Dienststelle BEV-Berlin, Hallesches Ufer 74/76, 10963 Berlin

Dabei müssen sowohl bei Post- als auch bei Bahnbeamten zwingend folgende Steigerungsfaktoren berücksichtigt werden:

- ärztliche Leistungen mit dem 1,85-fachen,
- technische Leistungen mit dem 1,8-fachen und
- Laborleistungen und Nr. 437 mit dem 1,15-fachen Steigerungssatz.



Bei Privatpatienten sollte vor der Behandlung stets nach Sondertarifen gefragt werden.

Anämiediagnostik

So verlieren Sie kein Honorar

Nicht jedem Patienten mit einer Anämie sieht man die Diagnose sofort an. Im Verdachtsfall sollten Sie nach einem differenzierten Laborpfad vorgehen, um wirtschaftlich zu untersuchen.

Seit Ende Januar 2023 sind auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) die „Empfehlungen zur Labordiagnostik: Anämie“ eingestellt. Sie weisen unter anderem Ablaufschemata über die Labordiagnostik bei mikrozytärer, normozytärer und makrozytärer Anämie auf. Diese labormäßigen Differenzierungswege sind hochinteressant; doch damit ist die Diagnostik für die Ursachenforschung der dahinter liegenden Erkrankung noch lange nicht am Ende.

Anamnese, Untersuchung, Erörterung

Beim offensichtlichen Vorhandensein, aber auch bei erst durch eine Blutuntersuchung sich zeigender Anämie steht am Anfang immer die sorgfältige Anamnese. Diese wird bei GKV-Patienten in der orthopädischen Praxis durch die Grundpauerschale nach Gebührenordnungsposition (GOP) 18210 bis 18212 abgerechnet. Damit sind auch sämtliche erforderlichen klinischen Untersuchungen abdeckt.

In der GOÄ (Gebührenordnung-Ärzte) ist die Anamnese im Rahmen von Beratungen mit der Nr. 1 oder 3 abrechenbar, abhängig von der Dauer. Ist die Nr. 3 nicht

LABORDIAGNOSTIK

Laboruntersuchungen bei GKV-Patienten werden überwiegend durch die Laborgemeinschaft (LG) erbracht und von dieser abgerechnet oder zum Laborfacharzt überwiesen.

In der GOÄ können alle Untersuchungen der Kapitel MI und MII (LG) vom Hausarzt als eigene Leistungen abgerechnet werden, die Leistungen des Speziallabors (MIII und MIV) nur bei vorhandener Laborfachkunde und persönlicher Aufsicht der Untersuchungen durch den abrechnenden Arzt.

Alle eventuell indizierten Parameter hier aufzuzählen, würde den Rahmen dieses Artikels allerdings sprengen.

abrechenbar, kann die Nr. 1 mit Begründung bis zum Höchstwert gesteigert werden. Bei den klinischen Untersuchungen kommen alle Varianten infrage (Nr. 5, 6, 7, 8, 11). Bei unklarer Anämie ist Nr. 8 indiziert, die Ganzkörperuntersuchung.

Für längere problemorientierte Gespräche gibt es im EBM (Einheitlicher Bewer-

tungsmaßstab) – nur für Hausärzte – pro vollendete zehn Minuten die 03230, die auch mehrfach in einer Sitzung abgerechnet werden kann.

In der GOÄ gibt es neben der Nr. 3 – mindestens zehn Minuten – die Nr. 34 für die Erörterung bei Erstdiagnose oder Verschlimmerung einer lebensverändernden oder lebensbedrohenden Erkrankung mit einer Mindestdauer von 20 Minuten.

Sonografie

Da man bei neu entdeckter Anämie immer auch Malignome unterschiedlicher Lokalisation mitdenken muss, ist auch primär eine sonografische Diagnostik zum Beispiel von Schilddrüse und/oder Abdomen (33012/33042) sinnvoll. In aller Regel wird die Sonografie-Genehmigung der KV diese GOP nicht enthalten. Schon aus diesem Grund ist die Überweisung zur Abklärung an einen Hausarzt nötig. Denn die Gebietsgrenzen erlauben eine genaue Abklärung – außer im Notfall – nicht.

Die GOÄ beinhaltet für die Untersuchung der Schilddrüse die Nr. 417; bei Untersuchung des Abdomens kann für das erste Organ die Nr. 410, für weitere drei Organe jeweils die Nr. 420 angesetzt werden; die Nr. 420 kann im Übrigen auch zusammen mit der Nr. 417 abgerechnet werden, auch hier maximal dreimal. Ist aus medizinischer Indikation die Untersuchung von mehr als vier Organen erforderlich, kann dies nur durch einen erhöhten Faktor berücksichtigt werden. Wichtig: Die Organe müssen bei den Nrn. 410 und 420 in der Rechnung angegeben werden.

Endoskopie

Wenn überhaupt eine endoskopische Untersuchung nötig ist, so sind Orthopäden und Unfallchirurgen weitgehend außen vor. Wie auch schon bei der Sonografie ist bei der Verdachtsdiagnose einer Anämie zur weiteren Diagnostik an die entsprechenden Kollegen zu überweisen.

Dr. med. Heiner Pasch

Als zentrale Diagnostik zur Differenzierung der einzelnen Anämieformen sind gezielte Laboruntersuchungen nötig.



Ihre Fragen an unseren Abrechnungsexperten

Dr. med. Ulrich Karbach, Ressortleiter Abrechnung



EBM

Zeitprofile

Ich habe die Praxisabläufe so optimiert, dass kein zeitlicher Leerlauf entsteht. Kann ich dadurch Ärger bei der Plausibilitätsprüfung bekommen?

Dr. med. Monika R., Bayern

Für die Gebührenordnungsposition (GOP) nennt der Anhang 3 des EBM eine Kalkulationszeit und eine Prüfzeit von 13 Minuten. Zudem steht dort, ob die GOP in das Tages- und/oder das Quartalsprofil eingeht. Als Kalkulationszeit wird die Zeit festgelegt, die ein erfahrener Facharzt für die korrekte Erbringung der GOP benötigt. Die Prüfzeit ist in der Regel kürzer, um unnötige Diskussionen zu vermeiden. Dadurch ist es bei Einzelleistungen anders als bei der Grundpauschale extrem schwer zu begründen, dass man deutlich effektiver arbeitet als der Durchschnitt der erfahrenen Kolleginnen und Kollegen, sprich, weniger Zeit als die Prüfzeit benötigt.



EBM

Mindestzeiten

Neulich erklärten hausärztliche Kollegen mir, dass es auch Mindestzeiten gäbe. Was bedeutet das?

Nina F., Orthopädin, Hessen

Manche Gebührenordnungspositionen (GOP) im EBM haben eine Mindestzeit in der Legende. Mit der Abrechnung dieser GOP erklärt der Vertragsarzt, dass er die Mindestzeit und alle weiteren obligaten Inhalte der GOP erfüllt hat. Ein Beispiel, das auch Orthopäden und Unfallchirurgen betrifft, sind die GOP zur psychosomatischen Grundversorgung 35100 und 35110. Dort ist unter den obligaten Leistungen eine Mindesdauer von 15 Minuten angegeben. Ganz wichtig ist dabei, dass es sich um eine Sitzung handeln muss. Es ist weder zulässig, die Zeit von zwei Sitzungen für die Mindesdauer aufzuaddieren, noch, diese GOP mehrfach in einer Sitzung abzurechnen, wenn diese zum Beispiel 50 Minuten dauern sollte.

EBM

Plausibilitätsprüfung

Ich wurde aufgefordert, im Rahmen einer Plausibilitätsprüfung eine Stellungnahme zur Häufigkeit von Sonografien abzugeben. Muss ich dem nachkommen?

Dr. med. Marco F., Berlin

Letztlich ist die Kassenärztliche Vereinigung (KV) verpflichtet zu prüfen, ob die ärztliche Abrechnung sachlich-rechnerisch korrekt und auch plausibel ist. Die Plausibilitätsprüfung dient unter anderem dazu, dass medizinisch nicht nötige Abrechnungen erkannt werden. Anhand der kodierten Behandlungsdiagnosen und den abgerechneten Gebührenordnungspositionen (GOP) kann der Plausibilitätsausschuss nach Hinweisen auf unplausible Abrechnung prüfen. Das kann zum Beispiel sein, dass wesentlich mehr Sonografien abgerechnet werden als in der Vergleichsgruppe. Dementsprechend ist es dringend zu empfehlen, innerhalb der gesetzten Frist eine fundierte und belegbare Stellungnahme abzugeben.



GOÄ

Erörterung

Wann kann ich eine Erörterung korrekt abrechnen?

Dr. med. Wolfgang E., NRW

Die Legende von Nr. 34 ist recht umfangreich. Die Nummer ist abrechenbar bei einer Beratung von mindestens 20 Minuten Dauer. Der Grund für diese direkte Arzt-Patienten-Interaktion sind die Auswirkungen einer Krankheit auf die Lebensgestaltung und erheblichen Verschlimmerung einer nachhaltig lebensverändernden oder lebensbedrohenden Erkrankung. Innerhalb von sechs Monaten ist die Erörterung zweimal abrechenbar. Ganz wichtig: Auch eine Aufklärung vor einer Operation kann mit Nr. 34 abgerechnet werden. So ist die eingehende Beratung mit Darstellung der konservativen Therapieoptionen bei einem Bandscheibenvorfall ein Musterbeispiel für die Abrechnung der Nr. 34, sofern die Zeitvorgaben erfüllt sind.



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

Recosyn®

Die neueste Generation



Sichern Sie sich **JETZT** Ihr
attraktives Starter-Angebot
– nur kurz verfügbar!

Scannen Sie einfach den QR-Code oder besuchen Sie die
URL recordati-info.de/recosyn und melden Sie sich an.

AB JUNI
2023



Recosyn®.
Ihr Plus in der Arthrosetherapie.

 **RECORDATI**



Vertragsärztliche Versorgung

Wie Jobsharing in der Praxis abläuft

Viele Gemeinden auf dem Land verlieren nach und nach ihre Hausärzte, hingegen sind Vertragsarztsitze in begehrten Lagen nach wie vor eine Rarität. Hier kann es sich lohnen, erst einmal halbe Sachen zu machen.

Zwei Ärzte, aber nur ein Vertragsarztsitz: Gerade in großen Städten und Ballungszentren sind solche Konstellationen immer noch die Regel. Das muss allerdings kein Nachteil sein. Denn inzwischen gibt es vielfältige Möglichkeiten, einen solchen Sitz mit einem oder mehreren Kollegen zu teilen – im Wege des sogenannten Jobsharing. Dabei werden nicht nur der Kassensitz, sondern auch Räume, Geräte und Personal gemeinsam genutzt.

Die Gründe, eine solche Kooperation einzugehen, sind vielfältig: Teils gibt es für junge Ärzte schlicht keine andere Möglichkeit, in gesperrten Planungsbereichen zu praktizieren. Wieder andere wünschen sich eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie und teilen die Arbeit deshalb gern auf.

Vielleicht sucht aber auch ein älterer Kollege nach einem potenziellen Nachfolger für seine Praxis und holt sich deshalb einen Juniorpartner ins Boot. Angesichts der Altersstruktur innerhalb der Vertragsärzte in Deutschland (siehe Grafik rechts) dürfte diese Variante in Zukunft sogar noch häufiger werden.

Kleine Lösung:

Jobsharing per Festanstellung

Im Wesentlichen gibt es beim Jobsharing zwei Spielarten. Variante eins: Die Anstellung. Dabei holt sich der bereits zugelassene Vertragsarzt den Jobsharer als Arbeitnehmer in die Praxis. Der neue Kollege oder die neue Kollegin muss derselben Fachrichtung angehören wie der Chef und arbeitet als angestellter Arzt in dessen Praxis. Der Jobsharer erhält keine eigene Zulassung als Vertragsarzt, sondern einen Arbeitsvertrag, der die Details der Zusammenarbeit regelt und der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) vorzulegen ist.

Der Vorteil dieser Gestaltung: Durch sie können auch Ärzte, die in einem Planungsbezirk niedergelassen sind, der für neue Zulassungen gesperrt ist, Ärzte anstellen. Allerdings wird der angestellte Kollege weder auf dem Praxisschild noch

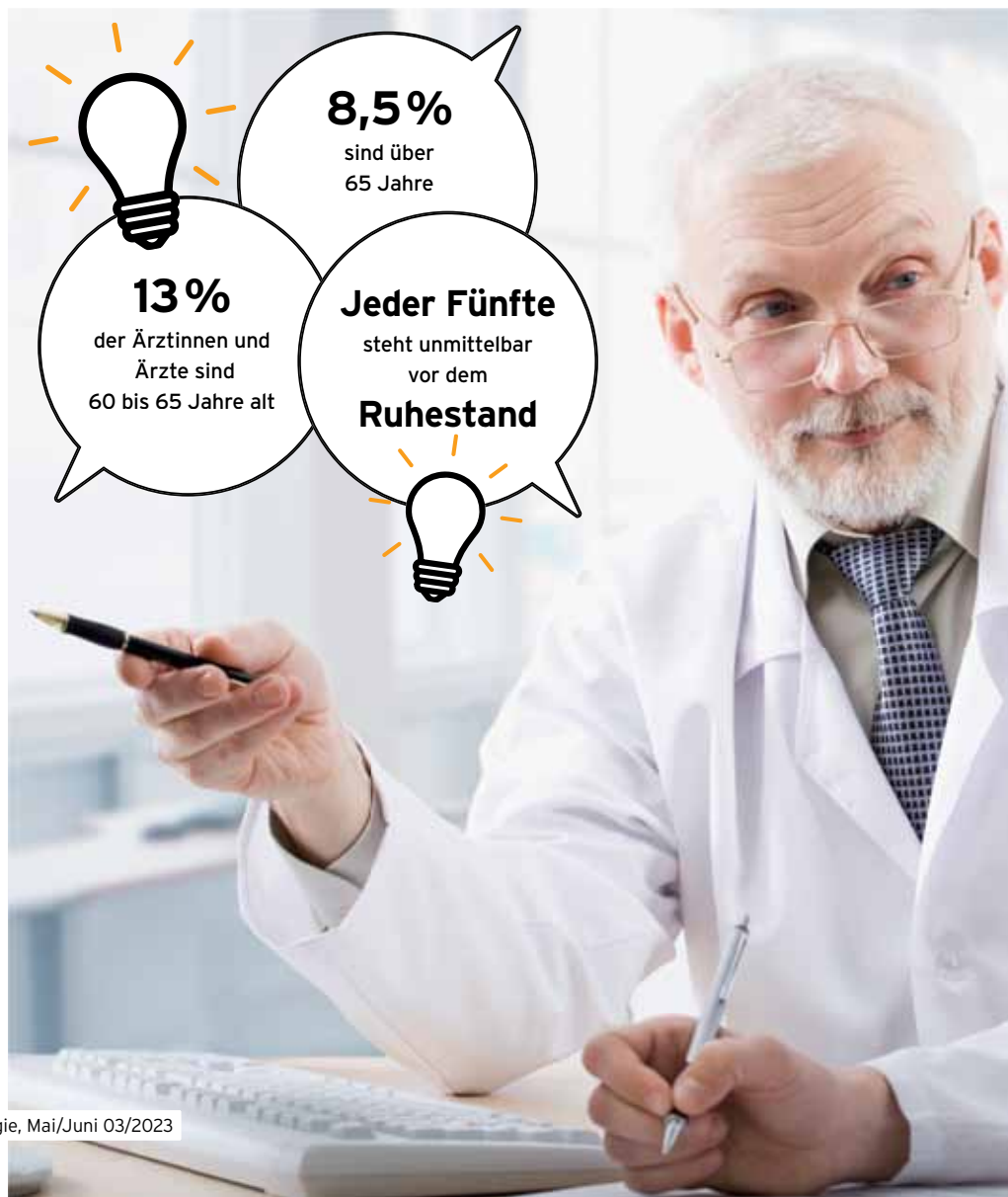
dem Abrechnungstempel namentlich genannt. Er oder sie benutzt vielmehr den Praxisstempel des Praxisinhabers. Gleichwohl unterschreiben sie Verordnungen mit dem eigenen Namen und unter Angabe ihrer Facharztbezeichnung.

Die Verantwortung für die Praxis bleibt in einer solchen Konstellation ausschließlich beim Praxisinhaber. Allerdings verpflichtet sich dieser auch, für die Dauer der Beschäftigung des Juniorpartners die Leistungen auf das zu begrenzen, was die Praxis auch in der Vergangenheit schon-

abgerechnet hat. Eine Leistungsausweitung ist um maximal drei Prozent des Fachgruppendurchschnitts erlaubt.

Furcht vor wirtschaftlichen Nachteilen oft unbegründet

War der Antragssteller noch keine vier Quartale tätig oder weist er einen im Vergleich zur Fachgruppe unterdurchschnittlichen Praxisumfang auf, wird die Obergrenze ebenfalls nach Maßgabe des Fachgruppendurchschnitts festgesetzt. Wichtig: Welche Leistungen die Ärzte im



Rahmen ihrer Kooperation durchführen, ist (anders als deren Umfang) von der Leistungsbegrenzung nicht berührt. Der Juniorpartner darf daher andere qualitätsgesicherte Leistungen anbieten als sein Arbeitgeber, solange die Praxis für diese eine Abrechnungsgenehmigung besitzt.

Die Anstellung im Jobsharing ist zudem nicht nur in einer Einzelpraxis möglich, sondern auch in einer Berufsausübungsgemeinschaft oder in einem MVZ.

Tipp: Nicht immer haben (neue) Jobsharing-Partner ein Problem damit, die festgelegte Punktzahlbergrenze einzuhalten oder unterschreiten diese sogar.

Um frischgebackenen Kooperationspartnern dabei zu helfen, ihre wirtschaftliche Situation richtig einzuschätzen, bieten manche KVen Modellberechnungen für die Punktzahlbergrenze an. Nachfragen lohnt sich!



Große Lösung: Jobsharing auf Augenhöhe

Die zweite Variante des Jobsharings ist die Jobsharing-Berufsausübungsgemeinschaft (BAG). Bei dieser Gestaltung erhält der hinzukommende Arzt beziehungsweise Ärztin eine eigene Zulassung. Sie ist aber (zunächst) auf die Dauer der gemeinsamen vertragsärztlichen Tätigkeit beschränkt und an die BAG gebunden (vinkulierte Zulassung).

Damit greift die (neue) Zulassung nur, wenn der hinzukommende und der aufnehmende Arzt gemeinsam ärztlich tätig sind. Um eine Jobsharing-BAG zu etablieren, müssen der bereits zugelassene Vertragsarzt und der neu hinzukommende Partner im selben Fachgebiet praktizieren. Und auch hier besteht die Pflicht zur Leistungsbeschränkung gegenüber dem Zulassungsausschuss. Wird die Obergrenze überschritten, drohen ebenfalls Leistungskürzungen.

Für Ärzte, die sich dem klassischen Ideal der Freiberuflichkeit verschrieben haben, ist diese Gestaltungsvariante trotzdem oft attraktiver als eine Anstellung: Sie werden bei der großen Lösung zum gleichwertigen Mitglied der neugegründeten oder bereits bestehenden BAG. Demgemäß sind sie für ihre ärztliche Tätigkeit gemäß dem Berufsrecht selbst verantwortlich und entscheiden bei wirtschaftlichen Fragen zusammen mit den Kollegen. Auch werden die Jobsharer in dieser Konstellation auf Praxisschild und Abrechnungstempel geführt. Wichtig ist allerdings, dass der Seniorpartner weiterhin an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt.

Bei der Gestaltung des Gesellschaftsvertrags ist zudem besondere Sorgfalt geboten. Gerade im Hinblick auf die Vermögens- sowie die Gewinnbeteiligung sind klare Regelungen zwingend erforderlich. Sie sollten insbesondere die Ausgangssituation widerspiegeln, gerade wenn ein Jobsharing-BAG-Partner einer seit langem etablierten und prosperierenden BAG beiträgt.

Schneller zur unbeschränkten Zulassung

Ein weiterer Vorteil der Jobsharing-BAG ist die Möglichkeit, nach zehn Jahren eine vom Seniorpartner unabhängige Zulassung zu erhalten. Der Hintergrund: Nach einer Dekade der gemeinsamen Tätigkeit

WENIGER ZUWANDERUNG VON ÄRZTEN AUS DEM AUSLAND

Die Zuwanderung von ausländischen Ärztinnen und Ärzten verlangsamt sich. Im Jahr 2021 stieg die Zahl der Ärztinnen und Ärzte mit ausländischer Staatsangehörigkeit nur um rund 1.100 auf rund 57.200. Dies entspricht einem Plus von lediglich 1,9 Prozent, während in den Vorjahren Wachstumsraten von sieben bis acht Prozent zu verzeichnen waren. Gleichzeitig stieg die Zahl der ins Ausland abgewanderten Ärztinnen und Ärzten nach einem Einbruch im Jahr 2020 wieder an und erreichte mit rund 1.900 Abwanderungen das Niveau der Vorjahre.

oder bei einer nachträglichen Entsperrung des Planungsbereichs erlaubt das Gesetz eine reguläre Zulassung – jeweils im Umfang der Versorgungstätigkeit.

Werden bei Entsperrung des Planungsbereichs weniger Sitze frei, als es Jobsharing-BAG-Partner gibt, erstarken die Jobsharing-Zulassungen derjenigen Partner als erstes, die am längsten für den Senior gearbeitet haben.

Zudem wird der Jobsharing-Partner bereits nach fünf Jahren gemeinsamer ärztlicher Tätigkeit im Rahmen des Nachbesetzungsverfahrens bevorzugt, sollte der Praxispartner seine Zulassung zurückgeben. Damit empfiehlt sich die Jobsharing-BAG besonders, um trotz gesperrten Planungsbereichs einen Wunschnachfolger im Rahmen der Praxisnachfolge zu etablieren.

Jobsharing: Oft deutlich besser als sein Ruf

Auch wenn Ärztinnen und Ärzte beim Jobsharing – je nach Ausgestaltung und gewähltem Modell – die eine oder andere Kröte schlucken müssen, gibt es doch viele Konstellationen, in denen das Modell sich als sinnvoll erweist.

Teilen sich zwei oder mehrere Kollegen einen Job, bedeutet das eben nicht nur weniger Arbeit für den einzelnen, sondern auch mehr Kompetenz unter einem Dach.

Vor der Entscheidung für oder gegen das Jobsharing sollten Ärzte sich jedoch in jedem Fall ausgiebig beraten lassen.

Judith Meister

Niederlassung

Historische Trendwende: Ärztinnen sind jetzt in der Überzahl

Mehr Berufsträger, aber weniger Arzt-Stunden. Mehr Frauen in der ambulanten Versorgung, aber ein Rückgang bei den Niederlassungen: Was die aktuellen Zahlen über den Zustand des Gesundheitswesens verraten.

Das gab es noch nie: Der Anteil der Ärztinnen in der ambulanten Versorgung in Deutschland liegt erstmals bei mehr als 50 Prozent. Das geht aus der aktuellen Arztzahlstatistik der KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) für das Jahr 2022 sowie den aktuellen Zahlen der Stiftung Gesundheit hervor.

Demnach stieg die Frauenquote im Laufe des Jahres 2022 von 49,5 Prozent auf 50,3 Prozent (s. Grafik unten). Die Statistik zeigt zudem, dass der Anteil in den jüngeren Altersgruppen am höchsten ist. In der Gruppe bis 39 Jahre beträgt das Verhältnis 58 Ärztinnen zu 42 Ärzten, in der Gruppe über 65 Jahre liegt es hingegen bei 72,6 Ärzten zu 27,4 Ärztinnen.

Mehr Köpfe, weniger Zeit

Auch die Zahl der im Vertragsarztwesen tätigen Berufsträger ist im betrachteten Zeitraum gestiegen. Insgesamt nahmen laut KBV 185.298 Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psycho-

therapeuten an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Damit hat sich die Anzahl nach Köpfen gegenüber 2021 um 1.962 erhöht – ein Plus von 1,1 Prozent.

Mehr Zeit für Patienten gibt es dadurch allerdings nicht. Im Gegenteil. Durch den anhaltenden Trend zur Teilzeit entstand im vergangenen Jahr sogar ein leichtes Minus von 0,1 Prozent.

Lieber angestellt als Chefin

Noch deutlicher ist der Rückgang bei den Ärzten in eigener Praxis. Laut Stiftung Gesundheit ist die Zahl der niedergelassenen Kollegen so gut wie überall rückläufig. Das deutlichste Minus hier verzeichnet Nordrhein-Westfalen mit einem Rückgang von 19,0 Prozent. Das entspricht in etwa 4.700 Ärzten, die nicht (mehr) in eigener Praxis tätig sind.

Festanstellungen hingegen gewinnen weiter an Bedeutung: Die Zahl der ärztlichen Behandler in Praxen und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) stieg

im vergangenen Jahr um 33,4 Prozent. Den größten Zuwachs gab es auch hier in NRW – mit rund 4.600 angestellten Kollegen mehr als im Vorjahr. Insgesamt lag die Zahl 2022 bei 46.109. Das ist seit 2012 ein Plus von 141 Prozent.

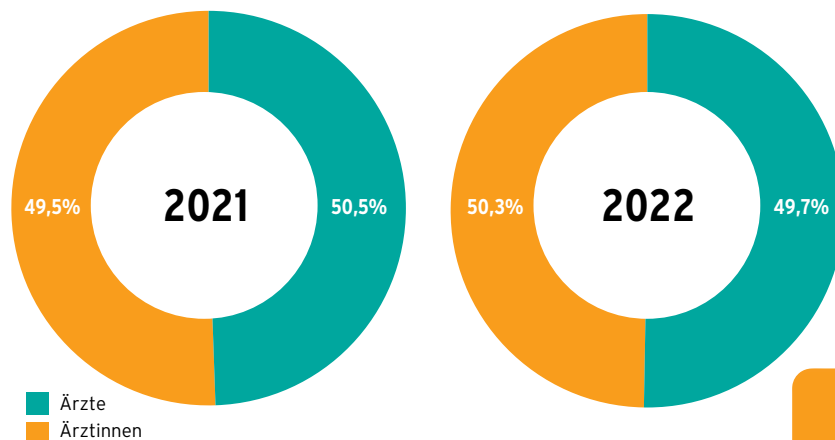
Vor diesem Hintergrund fordert KBV-Vorstandschef Andreas Gassen von der Politik, die Rahmenbedingungen zu verbessern, damit die Niederlassung für junge Kolleginnen und Kollegen attraktiv bleibe. Zwar sei die Mehrheit der niedergelassenen Ärzte nach wie vor klassisch in der eigenen Praxis tätig. Die Quote lag 2022 bei 64 Prozent. Dennoch sei der Trend zur Festanstellung nicht zu übersehen.

Es gehe daher vor allem darum, die Wertschätzung der geleisteten Arbeit in der Niederlassung zu betonen. Diese sei mit rund 650 Millionen Behandlungsfällen jährlich enorm. „Ohne Praxen geht Versorgung einfach nicht – auf diesen Nenner lässt sich das bringen“, so Gassen.

Judith Meister

FRAUEN- UND MÄNNERANTEIL IN DER AMBULANTEN VERSORGUNG

Anteil der Frauen und Männer in der ambulanten Ärzteschaft in den Jahren 2021 und 2022.

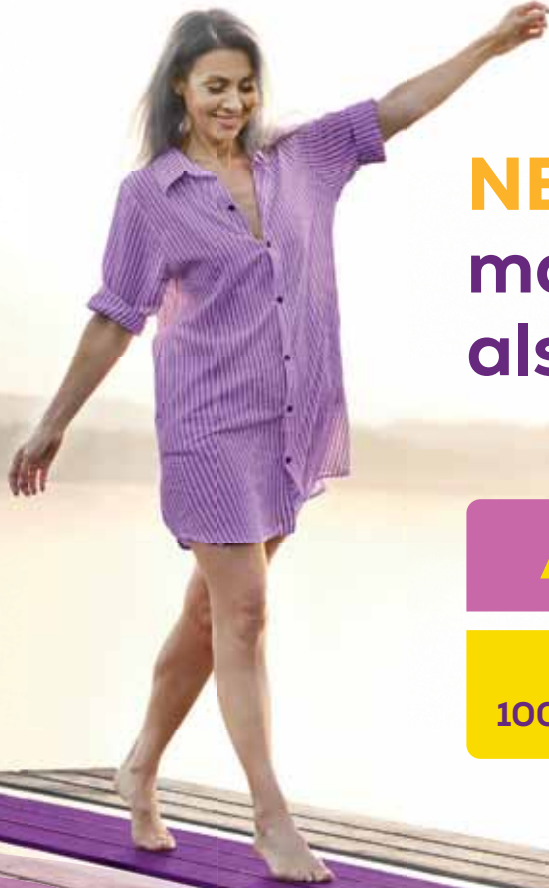


Quelle: Stiftung Gesundheit



Immer mehr junge Frauen entscheiden sich für den Beruf Ärztin.

Fotos: nenetus - stock.adobe.com, fotohansel - stock.adobe.com



NEU: Actonel® magensaftresistent als Kombipräparat

Actonel® magensaftresistent

+

1000 mg Calcium

+

880 I.E. Vitamin D3



Actonel Combi 1000mg/880 I.E. + 35 mg Brausegranulat und magensaftresistente Tabletten

Wirkstoffe: Calcium (als Calciumcarbonat) u. Colecalciferol (als Trockenkonzentrat). **Zus.: Arznei, wirksam. Bestandt.:** Jeder Beutel Brausegranulat enthält 1000 mg Calcium (entsprechend 2500 mg Calciumcarbonat) u. 8,80 Milligramm Colecalciferol Trockenkonzentrat (entsprechend 22 Mikrogramm Colecalciferol; 880 I.E. Vitamin D3). Jede magensaftresistente Tablette enthält 35 mg Mononatriumrisedronat (entsprechend 32,5 mg Risedronsäure). **Sonst. Bestandt. m. bekannt. Wirkung:** Kalium, Sacrose und Sorbitol. **Sonst. Bestandt. Tablettenkern:** Mikrokristalline Cellulose, Siliciumdioxid-beschichtet (E460), Natriumedetat (Ph.Eur.), Carboxymethylstärke-Natrium (Typ A) (Ph.Eur.), Stearinsäure (Ph. Eur.), Magnesiumstearat (Ph. Eur.) [pflanzlich] (E470b), **Magensaftresistenter Überzug:** Methacrylsäure-Ethylacrylat-Copolymer-(1:1)-(1:1)-Dispersion 30 % (Ph.Eur.), Triethylcitrat (E1505), Talkum (E553b), Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E172), Simeticon, Polysorbat 80 (E433), **Brausegranulat:** Citronensäure, Äpfelsäure (E296), D-Glucono-1,5-lacton, Maltodextrin, Natriumcyclamat (E952), Saccharin-Natrium 2 H₂O (E954), Reisstärke, Kaliumcarbonat (E501), all-rac-alpha-Tocopherol (E307), Saccharose, Natriumascorbat, Stärke, modifiziert (Mais), mittelkettige Triglyceride, hochdisperses Siliciumdioxid, Kaliumcarbonat, **Zitronen-Aroma:** D-Glucono-1,5-lacton, Natürliches Zitronenaroma (sorbitolhaltig). **Anw.** Behandlung von Osteoporose bei postmenopausalen Frauen m. erhöhtem Frakturrisiko. **Gegenanz:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff, oder einen d. anderen sonst. Bestandteile; Hypokalzämie, schwere Nierenfunktionsstörung, Krankheiten u./od. Erkrankungen, die zu Hyperkalzämie u./od. Hyperkalzurie führen, Nephrolithiasis, Hypervitaminose D. **Vorsicht bei:** Die Wirksamkeit von Bisphosphonaten bei der Behandlung der postmenopausalen Osteoporose ist m. dem Vorliegen einer erniedrigten Knochenmineraldichte u./od. einer vorherrschenden Fraktur verbunden. Bei Patienten m. begleitenden Risikofaktoren (z. B. Krebserkrankungen, Chemotherapie, Strahlentherapie, Glukokortikoide, schlechte Mundhygiene) sollte vor einer Behandlung m. Bisphosphonaten eine Zahnuntersuchung m. angemessener präventiver Zahnbehandlung erwogen werden. Die Möglichkeit einer Knochennekrose des äußeren Gehörgangs sollte bei Patienten, d. Bisphosphonate erhalten u. m. Ohrsymptomen, einschließlich chronischer Ohreninfektionen, vorstellig werden, in Betracht gezogen werden. Während einer Behandlung m. Bisphosphonaten sollte d. Patienten geraten werden, über jegliche Oberschenkel-, Hüft- oder Leistenschmerzen zu berichten u. jeder Patient m. diesen Symptomen sollte auf eine unvollständige Femurfraktur hin untersucht werden. Von Patienten m. schwerer Nierenfunktionsstörung wird Vitamin D in Form von Colecalciferol nicht normal metabolisiert u. ein anderes Vitamin D-Derivat sollte daher eingesetzt werden. Die Calcium/Vitamin D3 Behandlung sollte bei länger andauernder Immobilisation abgebrochen u. erst dann wieder aufgenommen werden, wenn sich der Patient wieder bewegen kann. Kann schädlich für die Zähne sein. **Nebenw.:** Risedronat: **Häufig:** Kopfschmerzen, Bauchschmerzen einschl. Ober- u. Unterbauchschmerzen, Obstipation, Dyspepsie, Übelkeit, Diarrhoe, Erbrechen, Schmerzen d. Bewegungsapparats. **Gelegentl.:** Influenza, Leukopenie, Neutropenie, Überempfindlichkeit, sek. Hyperparathyreoidismus, Hyperkalzämie, Schwindel, Parästhesie, Hypästhesie, Iritis, okuläre Hyperämie, Konjunktivitis, verschwommenes Sehen, Vertigo, Hitzewallung, Hypotonie, Husten, Gastritis, Helicobacter-Gastritis, Ösophagitis, Dysphagie, Duodenitis, Ösophagus-Ulcus, abdominale Beschwerden, aufgetriebener Bauch, erosive Ösophagitis, erosive Gastritis, Hämatochezie, Hyperchlorhydrie, Eruktion, Flatulenz, atrophische Gastritis, gastroösophagealer Reflux, Gingivitis, Hämorrhoiden, Hiatushernie, Teerstuhl, Druckempfindlichkeit des Bauches, aphthöse Stomatitis, Kolitis, Mundtrockenheit, Stuhlinkontinenz, Hypertrophie der Magenschleimhaut, gastrointestinale Entzündung, gastrointestinale Schmerzen, orale Hypästhesie, Schwellung der Lippen, Odynophagie, geschwollene Zunge, Erythem, Purpura Schönlein-Henoch, Urtikaria, allergische Dermatitis, Pruritus, Ausschlag, Arthralgie, Rückenschmerzen, Muskelspasmen, Myalgie, Schmerzen in den Extremitäten, Knochenbeschwerden, Muskelerkämpfung, Muskelschwäche, Schmerzen am Hals, Schmerzen im Kiefer, Nierensteine, Eierstockzyste, Asthenie, Schüttelfrost, Erschöpfung, grippeähnliche Erkrankung, Brustbeschwerden, Schmerzen in der Brust, Gesichtsschwellung, Ödem, peripheres Ödem, Schmerzen, Fieber, erniedrigter Calcium- u. Phosphatspiegel im Blut, unregelmäßige Herzfrequenz, auffällige Urinwerte, erhöhter Transaminasenspiegel im Blut, erhöhter Blutspiegel der alkalischen Phosphatase, erhöhter Blutspiegel des Nebenschilddrüsenhormons, okkultes Blut, erniedrigte Thrombozytenzahl. **Selten:** Ösophagusstriktur, Glossitis, Leberwerte außerhalb des Normbereichs, Atypische subtrochantäre u. diaphysäre Femurfrakturen (unerwünschte Wirkung der Substanzklasse der Bisphosphonate). **Sehr selten:** Osteonekrose des äußeren Gehörgangs (Nebenwirkung der Arzneimittelklasse der Bisphosphonate). **Häufigkeit nicht bekannt:** Uveitis, Schwere Lebererkrankungen (in den meisten der gemeldeten Fälle wurden die Patienten auch m. anderen Arzneimitteln behandelt, von denen bekannt ist, dass sie Leberschäden verursachen), Anaphylaktische Reaktion, Osteonekrose des Kiefers, Überempfindlichkeit u. Hautreaktionen, einschließlich Angioödem, u. bullöse Hautreaktionen, einige davon schwer, darunter Einzelfälle von Stevens-Johnson-Syndrom, toxischer epidermaler Nekrolyse u. leukozytoklastischer Vaskulitis, Haarverlust, Calciumcarbonat/Vitamin D3: **Gelegentlich:** Hyperkalzämie u. Hyperkalzurie. **Selten:** Verstopfung, Blähungen, Übelkeit, Bauchschmerzen u. Durchfall, Pruritus, Hautausschlag u. Urtikaria. **Warnhinw.:** Actonel Combi ist nur für solche Patienten bestimmt, bei denen die enthaltene Menge an Calcium u. Vitamin D3 als angemessene Supplementierung angesehen wird. Actonel Combi ist für die Anwendung bei postmenopausalen Frauen bestimmt u. sollte nicht während der Schwangerschaft oder Stillzeit angewendet werden. **Pharmazeutischer Unternehmer:** Theramex Ireland Limited, 3rd Floor, Kilmore House, Park Lane, Spencer Dock, Dublin 1, D01 Y664, Irland. **Stand der Informationen:** 05/2022. **Verschreibungspflichtig. Bitte lesen Sie vor Verordnungs von Actonel Combi die Fachinformation!**

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. Jede Fortbildung ist mit zwei CME-Punkten zertifiziert.

Haben Sie mal Lust auf eine CME? ARZT & WIRTSCHAFT hat für Sie zahlreiche CME-Fortbildungen im Angebot, 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 Fra-

genkatalog ausfüllen. Wenn mindestens sieben von zehn Fragen richtig beantwortet sind, werden Ihnen die Punkte automatisch gutgeschrieben. Für jede erfolgreich absolvierte CME erhalten Sie zwei Punkte.

Alle CME-Fortbildung finden Sie online auf:

cme.medlearning.de/aw.htm



Keine Angst vor Off-Label-Use

Der Off-Label-Verordnung von Arzneimitteln haftet der Ruf des Halblegalen an. Doch Off-Label-Use ist ein wichtiger Teil des ärztlichen Alltags, der zum Wohle der Patienten erfolgt und manchmal sogar erfolgen muss. Die Fortbildung richtet sich an alle Ärztinnen und Ärzte, die Arzneimittel off-label verordnen, die sich dafür interessieren oder bislang vor

Off-Label-Verordnungen zurückgeschreck sind. Sie klärt Begrifflichkeiten und informiert über die rechtlichen Grundlagen und Hintergründe in der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung. Die Fragen der Erstattungsfähigkeit werden dabei anhand der aktuellen Rechtsprechung erklärt.

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



Adhärenz durch Patientenmotivation steigern

Die Adhärenz bedingt wesentlich den Erfolg einer Therapie. Doch unterschiedliche Faktoren können diese schmälern. Durch eine systematische Annäherung machen Sie die persönlichen Hemmschuhe des Patienten ausfindig und können diesen gezielt und effektiv begegnen. Dabei können bestimmte kommunikative Strategien und Angebote an die Pati-

enten und Patientinnen unterstützend wirken. Das kann zum Beispiel die partizipative Entscheidungsfindung sein, die eine bewährte Methode ist, um die Adhärenz zu steigern. Oder auch der sogenannte „gain frame“, bei dem Patienten verdeutlicht wird, warum Therapietreue für sie lohnenswert ist.

https://cme.medlearning.de/aw/adhaerenz_rez/index.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



Fotos: fizkes/gettyimages, Fotografiabasicsa/gettyimages, Riidranz/gettyimages, Gajus - stock.adobe.com



Ihre Fragen an unsere Praxisexpertin

Melanie Hurst, Ressortleiterin Wirtschaft



Fördermittel

Gibt es Hilfen zur Einführung eines Qualitätsmanagements?

Ich habe eine Praxis übernommen. Mit dem Qualitätsmanagement tue ich mir schwer. Gibt es dafür Unterstützung?

Dr. med. Tamara C. aus Bayern

Ja, die gibt es. Das Programm „Förderung unternehmerischen Knowhows“ vom Bundesministerium für Wirtschaft und Energie sowie dem Europäischen Sozialfond unterstützt Beratungen zur Einführung oder Anpassung eines Qualitätsmanagementsystems in Arztpraxen. Dieses Programm wird vom Bundesamt für Wirtschaft und Ausfuhrkontrolle durchgeführt. Unter www.bafa.de/unb



erfahren Sie Details dazu. Unter dieser Adresse erfolgt auch die Antragstellung. Die Förderhöhe richtet sich nach dem Standort. Praxen in den neuen Bundeslän-

dern (ohne Berlin und Leipzig) sowie in den Regionen Lüneburg und Trier erhalten 80 Prozent Förderung, maximal 2.800 Euro. Praxen in den alten Bundesländern mit Berlin und Leipzig erhalten 50 Prozent Förderung, maximal 1.750 Euro. Ein Beispiel: Fallen 3.000 Euro Beratungskosten an, erhalten Sie 50 Prozent Förderung – also einen Zuschuss von 1.500 Euro.

Förderfähige Beratungskosten sind dabei das Honorar und die Reisekosten des Beratungsunternehmens. Nicht gefördert werden dagegen Umsatzsteuer und Zertifizierungskosten.

Renovierung

Gibt es Vorschriften, wie Waschbecken in Praxen aussehen müssen?

Dieses Jahr steht die Renovierung unserer sanitären Räumlichkeiten an. Ich habe schon stilvolle Waschbecken im Auge. Aber kann ich wirklich jedes Modell nehmen?

Dr. med. Jennifer P. aus Brandenburg

Jedes Modell eignet sich nicht für die Verwendung in einer Arztpraxis. Denn auch bei den Handwaschplätzen müssen Sie bestimmte Hygienevorgaben einhal-

ten. Die Vorschriften finden Sie in den Technischen Regeln für Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege (TRBA 250) und in der Empfehlung „Händehygiene“ der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut.

Prinzipiell kann man sagen: Das Waschbecken sollte leicht erreichbar und mit Armaturen ausgestattet sein, die auch ohne Handberührung bedienbar sind. Das können zum Beispiel haushaltsübliche Einhebelmischbatterien mit verlängertem Hebel sein oder selbstschließende Waschtischarmaturen, die per Druckknopf bedient werden. Durch den Zulauf sollte warmes und kaltes Wasser fließen, wobei der Wasserstrahl nicht direkt in den Siphon gerichtet sein sollte. So wird vermieden, dass erregerrhaltige Tröpfchen wie *Pseudomonas aeruginosa* oder *Serratia liquefaciens* aus dem Abfluss in die Umgebung rekontaminieren.

In besonders sensible Praxisbereiche gehören nur Waschbecken ohne Überlauföffnung, da diese nicht besonders

hygienisch sind. Am Handwaschbecken sollte auch eine Vorrichtung für Einmalhandtücher sowie ein Spender für Hautreinigungsmittel und einer für Handdesinfektionsmittel angebracht sein. Eine Tube mit Handcreme rundet die perfekte Handhygiene in der Arztpraxis ab.

Bei Einhaltung der TRBA 250 können Sie davon ausgehen, dass Sie die Anforderungen der Verordnung erfüllen. Ist Ihre Arztpraxis noch nicht nach diesen Vorgaben ausgestattet, müssen die Handwaschplätze nachgerüstet werden.



Fotos: HNFOTO - stock.adobe.com, brizmaker - stock.adobe.com



Jetzt archivieren!

PDF-Download unter:
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



Arbeitszeiten

Wenn die Aufsichtsbehörde Nachweise fordert

Der Schrecken ist groß, wenn die Aufsichtsbehörde von Praxisinhaberinnen und -inhabern plötzlich die Arbeitszeitanzeige des Praxispersonals sehen will. Nicht immer ist eine solche Aufforderung berechtigt. Was Sie wissen müssen und bereits im Vorfeld tun sollten, um gut vorbereitet zu sein.

Nach dem Urteil des Bundesarbeitsgerichts (BAG) zur Arbeitszeiterfassung dürfte in der kommenden Zeit die Überprüfung der Arbeitszeiten von Mitarbeitenden und die damit einhergehende Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes (ArbZG) durch die Behörden deutlich zunehmen. Der Gesundheitssektor steht dabei besonders im Fokus. Denn durch den Fachkräftemangel stehen Dienstpläne beziehungsweise tatsächliche Arbeitszeiten in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und Pflegediensten nicht immer im Einklang mit den gesetzlichen Vorgaben. Aber auch Arztpraxen oder MVZ können ins Visier geraten. Doch ist eine anlasslose Überprüfung von Arbeitszeitanzeigen überhaupt zulässig?

Das Auskunftsverlangen der Aufsichtsbehörde beruht auf § 17 Absatz 4 ArbZG (siehe Kasten). Danach kann die Aufsichtsbehörde vom Arbeitgeber die für die Durchführung des ArbZG und der auf Grund dieses Gesetzes erlassenen Rechtsverordnungen erforderlichen Auskünfte verlangen. Sie kann außerdem fordern, dass der Arbeitgeber die Arbeitszeitanzeige vorlegt oder zur Einsicht einwendet. Die Vorschrift verlangt nach ihrem Wortlaut aber nicht, dass konkrete Verstöße gegen Bestimmungen des ArbZG bereits feststehen müssen oder ein konkreter Verdacht gegeben sein muss.

Überprüfung aufgrund anonymer Hinweise möglich

Die Norm setzt lediglich voraus, dass die Auskunft für die Überwachung der Einhaltung der Arbeitszeitanforderungen erforderlich ist. Das schließt eine allgemeine, ungezielte Ausforschung des Arbeitgebers und anlasslose Auskunftsverlangen aus. Hat die Aufsichtsbehörde aber einen berechtigten Anlass für die Überprüfung des Arbeitgebers, kann sie tätig werden.

Ein solcher Anlass kann dann bestehen, wenn etwa eine Betriebsprüfung

§ 17 ABSATZ 4 ARBEITSZEITGESETZ

Die Aufsichtsbehörde kann vom Arbeitgeber die für die Durchführung dieses Gesetzes und der auf Grund dieses Gesetzes erlassenen Rechtsverordnungen erforderlichen Auskünfte verlangen. Sie kann ferner vom Arbeitgeber verlangen, die Arbeitszeitanzeige und Tarifverträge oder Betriebs- oder Dienstvereinbarungen im Sinne des § 7 Abs. 1 bis 3, §§ 12 und 21a Abs. 6 sowie andere Arbeitszeitanzeige oder Geschäftsunterlagen, die mittelbar oder unmittelbar Auskunft über die Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes geben, vorzulegen oder zur Einsicht einzusenden.



Anhaltspunkte für Verstöße gegen Arbeitszeitbestimmungen ergibt oder wenn die Aufsichtsbehörde Hinweise auf solche Verstöße erhält – auch anonym.

Die Grenze ist aber dort zu ziehen, wo die Behörde ohne Anlass und ohne konkreten Verdacht eine Kontrolle vornimmt, die lediglich ihre behördliche Arbeit erleichtern soll und ein allgemeines und ungezieltes Ausforschen darstellt. Für die Überprüfung der Einhaltung der Arbeitszeiten ist zum Beispiel in Bayern die Gewerbeaufsicht zuständig, in Sachsen die Landesdirektion, in Hessen die Regierungspräsidien.

Arbeitgeber sind nach § 16 Absatz 2 ArbZG grundsätzlich verpflichtet, die Mehrarbeit aufzuzeichnen und die Aufzeichnungen für zwei Jahre aufzubewahren. Nach § 3 ArbZG darf die werktägliche Arbeitszeit acht Stunden nicht überschreiten. Sie kann auf bis zu zehn Stunden verlängert werden, wenn es innerhalb von sechs Kalendermonaten oder innerhalb von 24 Wochen im Durchschnitt bei acht Stunden werktäglich bleibt. Arbeitszeiten von über zehn Stunden sind abgesehen von Notfällen nur aufgrund tarifvertraglicher Regelungen oder mit behördlicher Ausnahme zulässig.

Arbeitszeitgesetz macht klare Vorgaben

§ 4 ArbZG regelt die Ruhepausen: Mitarbeitende müssen ihre Arbeit bei einer Arbeitszeit von mehr als sechs bis zu neun Stunden durch im Voraus feststehende Ruhepausen von mindestens 30 Minuten und bei einer Arbeitszeit von mehr als neun Stunden für 45 Minuten unterbrechen. Die Ruhepausen können in Zeitabschnitte von jeweils 15 Minuten aufgeteilt werden. Länger als sechs Stunden hintereinander dürfen Mitarbeitende ohne Ruhepause nicht arbeiten. Nach § 5 Abs. 1 ArbZG müssen Arbeitnehmer nach Beendigung der täglichen Arbeitszeit eine ununterbrochene Ruhezeit von mindestens elf Stunden einhalten. Hiervon lässt das ArbZG einige wenige Ausnahmen zu, die unter anderem abhängig sind von der Art der ausgeübten Tätigkeit.

Praxisinhaberinnen und -inhaber sollten sich an diese Vorgaben halten und die täglichen Arbeitszeiten, Pausen und Ruhezeiten ihrer Mitarbeitenden nicht nur einhalten, sondern auch entsprechend dokumentieren. Das kann bei Überprüfungen die Arbeit erleichtern und die Nerven schonen.

Ina Reinsch

Fristlose Kündigung

Bloß nicht widersprüchlich verhalten

Eine fristlose Kündigung gilt sofort. Die Gründe dafür müssen schwerwiegend sein. Warum das Angebot, den Arbeitnehmer bis zum Abschluss eines Kündigungsschutzprozesses weiterzubeschäftigen, keine gute Idee ist, erklärt das Bundesarbeitsgericht in einer brandaktuellen Entscheidung.

Die fristlose Trennung von einem Mitarbeitenden erscheint bei manchen Vorfällen unvermeidlich. Wer als Arzt oder Ärztin einem Praxismitarbeitenden fristlos kündigt, sollte allerdings ruhig Blut bewahren und gut aufpassen, sich nicht in Widersprüche zu verstricken. Diese Erfahrung musste ein Arbeitgeber machen, der einem Mitarbeiter hinausgeworfen hatte, ihm aber für den Fall, dass er gegen die Kündigung klagen wollte, eine Weiterbeschäftigung bis zum Abschluss eines eventuellen Kündigungsschutzprozesses anbot. Das Bundesarbeitsgericht (BAG) hielt dieses Verhalten für widersprüchlich. Obwohl der Mitarbeiter nach dem Rauswurf nicht wieder zur Arbeit erschien, muss der Chef nun Gehalt nachzahlen.

Der Mitarbeiter war technischer Leiter eines Unternehmens und verdiente 5.250 Euro im Monat. Der Chef sprach ihm gegenüber eine fristlose Änderungskündigung aus, er kündigte also den alten Arbeitsvertrag und bot ihm gleichzeitig einen Arbeitsvertrag als Softwareentwickler zu einem Verdienst von monatlich 3.750 Euro an. In der Kündigung hieß es: „Im Falle der Ablehnung der außerordentlichen Kündigung durch Sie (also im Falle, dass Sie von einem unaufgelösten Arbeitsverhältnis ausgehen) oder im Falle der Annahme des folgenden Angebots erwarten wir Sie am 05.12.2019 spätestens um 12:00 Uhr MEZ zum Arbeitsantritt.“

Angebot der Weiterbeschäftigung nicht ernst gemeint

Der Mitarbeiter lehnte das Änderungsangebot ab und erschien auch nicht zur Arbeit. Daraufhin kündigte der Chef erneut fristlos, wiederum mit einem Schreiben, in dem er klarstellte, dass der Mitarbeiter zu Arbeit erscheinen solle, wenn er die Kündigung nicht akzeptiere. In dem anschließenden Kündigungsschutzprozess wurde festgestellt, dass beide Kündigungen unwirksam waren.



Foto: Alexander Limbach - stock.adobe.com

Vier Monate nach dem Rauswurf fand der Mitarbeiter einen neuen Arbeitsplatz und forderte seinen Lohn nach. Eine Weiterbeschäftigung zu geänderten oder auch den ursprünglichen Arbeitsbedingungen sei ihm nicht zuzumuten gewesen. Der Arbeitgeber habe ihm zur Begründung der fristlosen Kündigungen zu Unrecht umfangreiches Fehlverhalten vorgeworfen. Im Verfahren hatte der Arbeitgeber seinerseits behauptet, die Beschäftigung des Arbeitnehmers sei ihm nicht mehr zumutbar gewesen. Er lehnte eine Gehaltsnachzahlung ab und verwies darauf, dass der Mitarbeiter ja hätte arbeiten können.

Der Fall landete schließlich vor dem BAG. Das entschied, dass der Arbeitgeber den Lohn nachzahlen muss (29.03.2023, Az. 5 AZR 255/22). Das Unternehmen habe sich aufgrund der unwirksamen fristlosen Kündigungen im Annahmeverzug befunden, ohne dass es eines Arbeitsangebots durch den klagenden Mann bedurft hätte. Grund dafür sei das widersprüchliche Verhalten des Arbeitgebers. Dadurch, dass dieser selbst deutlich gemacht hatte, dass

ihm eine Weiterbeschäftigung unzumutbar sei, spreche eine tatsächliche Vermutung dafür, dass er dem Mitarbeiter kein ernstgemeintes Angebot einer Weiterbeschäftigung unterbreite habe. Die Ablehnung eines solchen „Angebots“ lasse nicht auf einen fehlenden Leistungswillen schließen.

Fristlose Kündigung konsequent durchziehen

Was können Arbeitgeber aus dieser Entscheidung mitnehmen? Es ist nicht sinnvoll, wenn ein Chef ein Arbeitsverhältnis außerordentlich kündigt und dabei aus Angst vor Annahmeverzugsansprüchen gleichzeitig die Weiterbeschäftigung anbietet für den Fall, dass der Arbeitnehmer mit der Kündigung nicht einverstanden ist. Mit einem solchen Verhalten widerlegt er den für eine außerordentliche Kündigung erforderlichen wichtigen Grund selbst, denn er gibt zu erkennen, dass ihm eine Weiterbeschäftigung doch zumutbar ist. Wer sich fristlos trennen will, sollte das konsequent signalisieren.

Ina Reinsch

Weiterbildungsassistenten beschäftigen

Vertragsstrafe darf nicht zu hoch ausfallen

Eine pauschale Vertragsstrafe von drei Monatsgehältern für den Fall, dass eine Weiterbildungsassistentin die Praxis vorzeitig verlässt, sei unangemessen hoch, urteilte das Bundesarbeitsgericht. Was Ärztinnen und Ärzte zur Vertragsgestaltung mit Weiterbildungsassistenten wissen sollten.

Eine junge Ärztin hatte 2016 in einer Praxis ihre Ausbildung zur Fachärztin begonnen. 60 Monate sollte diese dauern, 42 Monate davon wollte sie in dieser Praxis absolvieren. Weil sie zu ihrem Mann ziehen wollte, kündigte sie nach etwas über zwei Jahren. Ihrem Arbeitgeber gefiel das gar nicht. Er machte wegen der vorzeitigen Beendigung des Arbeitsverhältnisses eine Vertragsstrafe von drei Monatsgehältern geltend, insgesamt 13.305 Euro brutto. Er berief sich dabei auf eine entsprechende Klausel im Arbeitsvertrag.

Die junge Ärztin wollte das nicht hinnehmen. Sie hielt die Klausel für unwirksam, weil die Vertragsstrafe zu hoch sei und sie unangemessen benachteilige. Der Arbeitgeber argumentierte, die Klausel sei

klar und verständlich formuliert und ließe keine Zweifel aufkommen, was im Falle einer Kündigung gefordert werde. Zu hoch sei die Vertragsstrafe auch nicht. Es gebe keinen allgemeinen Grundsatz, dass eine Vertragsstrafe höchstens eine Bruttomonatsvergütung betragen dürfe. Ihm sei es vor allem darum gegangen, sich den Wert der Arbeitsleistung während eines Zeitraums von 42 Monaten zu sichern.

Unangemessene Benachteiligung der Ärztin in Weiterbildung

Das Bundesarbeitsgericht (BAG) stellte nun fest, dass die junge Ärztin durch die Vertragsstrafe in Höhe von 13.305 Euro unangemessen benachteiligt werde und die Klausel unwirksam sei (20.10.2022,

Az. 8 AZR 332/21). Die Klausel sei zwar ausreichend klar formuliert. Die unangemessene Benachteiligung liege aber in der Höhe der pauschal festgelegten Vertragsstrafe begründet.

Die drei Bruttomonatsgehälter wären nämlich auch dann fällig geworden, wenn die Ärztin bereits nach der fünfmonatigen Probezeit gekündigt hätte. Zu diesem Zeitpunkt haben die Ausbildungspraxis aber erst vergleichsweise überschaubare Aufwendungen für die Ausbildung erbracht. Drei Bruttomonatsvergütungen seien hier nicht zu rechtfertigen. Ob eine so hohe Vertragsstrafe zu einem späteren Zeitpunkt angemessen wäre, musste das Gericht nicht beurteilen, da die Klausel insgesamt unwirksam war.

Die höchsten deutschen Arbeitsrichter machten in ihrer Entscheidung auch allgemeine Ausführungen zur Höhe der Vertragsstrafe. Sie stellten klar, dass es keine allgemeine Regel gibt, die besagt, dass eine Vertragsstrafe, die einen Bruttomonatsverdienst übersteigt, den Arbeitnehmer stets unangemessen benachteiligt.

Keine generelle Höchstgrenze für Vertragsstrafe

Zwar hat das BAG in der Vergangenheit in Einzelfällen eine Vertragsstrafe in Höhe eines Monatsentgelts generell als geeigneten Maßstab betrachtet und auch das Bedürfnis nach einer generellen Obergrenze gesehen. Es hatte daher in der Vergangenheit im Einzelfall angenommen, dass eine Vertragsstrafe in Höhe von einem Monatsgehalt im Normalfall die finanzielle Leistungsfähigkeit des Arbeitnehmers berücksichtigt. Daraus folgt aber nicht, dass eine allgemeine Obergrenze in Höhe eines Bruttomonatsentgelts für eine wirksame Vertragsstrafe besteht. Das Gericht machte damit deutlich, dass es immer auf eine Beurteilung der Umstände und Interessen im Einzelfall ankommt.

Ina Reinsch



➔ KLAUSELN IM ARBEITSVERTRAG

Bei den in Arbeitsverträgen verwendeten Klauseln handelt es sich in der Regel um Allgemeine Geschäftsbedingungen (AGB) im Sinne von § 305 Abs. 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs. AGB sind für eine Vielzahl von Fällen vorformulierte Vertragsbedingungen, die eine Vertragspartei der anderen Vertragspartei bei Abschluss eines Vertrages stellt. Dabei ist unerheblich, ob die vorformulierten Klauseln ausdrücklich als AGB bezeichnet werden. Entscheidend ist, ob sie dafür gedacht sind, in inhaltlich unveränderter Form mehrfach verwendet zu werden und ob sie dem Vertragspartner einseitig vorgegeben werden. Das ist bei Arbeitsverträgen meist der Fall, da in der Regel der Arbeitgeber den Arbeitsvertrag vorgibt. AGB im Arbeitsvertrag liegen nur dann nicht vor, wenn die Klauseln im Einzelnen zwischen den Parteien ausgehandelt werden.



Ihre Fragen an unsere Rechtsexpertin

Ina Reinsch, Rechtsanwältin und A&W-Redakteurin



Foto: Christoph Vöhler

Lohnpfändung bei Mitarbeiterin

Ist die Inflationsausgleichsprämie pfändbar?

Ich zahle meinen Mitarbeiterinnen die Inflationsausgleichsprämie in monatlichen Teilbeträgen. Eine meiner MFA ist in Lohnpfändung. Ist die Inflationsausgleichsprämie pfändbar?

Dr. Sebastian T. aus dem Saarland

Die Frage, ob die Inflationsausgleichsprämie pfändbar ist, ist noch nicht abschließend geklärt. Es spricht aber sehr viel dafür, dass sie vollumfänglich pfändbar ist, da sie wohl zum Arbeitseinkommen zählt und nicht zu den pfändungsfreien



Sonderzahlungen wie etwa die Corona-Prämie, die für die Erschweris der Arbeit während der Corona-Pandemie gezahlt

wurde und damit als Erschwerniszulage gilt. Insofern droht der Mitarbeiterin der Verlust der Gutschrift bei Pfändung. Das Geld verbleibt also nicht bei ihr.

Das mag für Sie und Ihre Mitarbeiterin unbefriedigend erscheinen, da sie vermutlich wollen, dass die Prämie ihr zugute kommt. Aus einem anderen Blickwinkel betrachtet könnte man aber auch sagen, dass sie dann aufgrund der Prämie eine größere Summe ihrer Schulden begleichen kann und damit schneller Schuldenfreiheit erlangt.

Befristete Verträge

Unterschrift scannen?

Ich habe eine Aushilfe für eine länger erkrankte MFA eingestellt. Nun meine Frage: Ist ein befristeter Arbeitsvertrag mit einer eingescannten Unterschrift wirksam?

Dr. Christina L. aus Bayern

Eine solche Befristung ist wegen eines Verstoßes gegen die Schriftformerfordernis nach § 14 Absatz 4 Teilzeit- und Befristungsgesetz (TzBfG) unwirksam. Diese Norm besagt, dass die Befristung eines Arbeitsvertrages zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform bedarf. Das bedeutet nach § 126 des Bürgerlichen Gesetzbuchs entweder eine eigenhändige Unterschrift oder eine qualifizierte elektronische Signatur. Eine eingescannte Unterschrift erfüllt diese Anforderungen nicht, da der Scan keine eigenhändige Unterschrift darstellt. Auch als qualifizierte elektronische Signatur kann der Scan nicht durchgehen. Der Formmangel kann auch nicht durch eine spätere eigenhändige Unterzeichnung des befristeten Vertrages geheilt werden. Das hat zur Folge, dass mit der Mitarbeiterin ein unbefristetes Arbeitsverhältnis geschlossen wurde, mit allen Konsequenzen.



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

Wegeunfall

Auto abdecken versichert?

Eine Mitarbeiterin hat im Winter morgens auf der Straße vor der Praxis ihr Auto abgestellt. Beim Auflegen der Frostschutzmatte ist sie ausgerutscht und hat sich einen Bänderiss zugezogen. Die Berufsgenossenschaft will nicht zahlen. Sie sagt, dass sei eine private Tätigkeit gewesen. Stimmt das?

Dr. Tillmann F. aus Bayern

Die Berufsgenossenschaft (BG) wird den Unfall nicht als Wegeunfall anerkennen wollen. Und zwar mit folgender Argumentation: Versichert sind zwar Wege vom Wohnort zum Arbeitsplatz. Erforderlich ist allerdings ein innerer ursächlicher Zusammenhang zwischen dem unfallbringenden Weg und der versicherten Tätigkeit. Das Abdecken des Wagens mit der Frostschutzplane diene aber der Vorbereitung einer späteren Fahrt und stelle daher keine Sondergefahr aus der Beschäftigung dar. Arbeitnehmer, die am Abend bei Frost ihr Auto abdecken, seien bei dieser Tätigkeit in der Regel auch nicht über die gesetzliche Unfallversicherung versichert. Aufwind könnte die BG mit dieser Argumentation durch ein aktuelles Urteil des Landessozialgerichts Sachsen-Anhalt erhalten, das in einem ähnlich gelagerten Fall genau so argumentiert hat. Höchststrichterlich entschieden ist dieser Sachverhalt aber noch nicht.



Praxisabgabe und -verkauf sollten Niedergelassene frühzeitig vorbereiten und von Experten begleiten lassen. Oft lässt sich so ein besserer Preis erzielen.

Praxisabgabe

So funktioniert die Wertermittlung vor dem Verkauf einer Arztpraxis

Die vertragsärztliche Tätigkeit aufgeben und mit der Ablöse des Nachfolgers die Altersvorsorge aufbessern? Wer dies erwägt, sollte die wichtigen Faktoren und gängigen Methoden für die Preisverhandlungen kennen.

Für Ärztinnen und Ärzte, die sich aus der Niederlassung verabschieden möchten, ist ein guter Erlös aus der Praxisabgabe oft für die weitere Sicherung ihres Lebensstandards eingeplant. Laut einer Umfrage des Marktforschungsinstituts YouGov hofft bundesweit gut jede und jeder Vierte, über die Hälfte der privaten Altersvorsorge aus dem Praxisverkauf zu erzielen. Demnach müssen 53 Prozent der Befragten jedoch ihre Vorstellungen zum Verkaufspreis im Laufe der Zeit nach unten korrigieren.

Nicht immer und überall finden sich Nachfolger, die bereit sind, die geforderte Ablöse für eine Praxis zu zahlen. Das Angebot ist meistens höher als die Nachfrage, was Veräußerungen immer schwieriger macht und vielerorts die Verkaufspreise drückt. Umso wichtiger ist es für Inhaber

und Inhaberinnen, dass sie vorausschauend planen und den Praxiswert ermitteln lassen, um ihre Verhandlungsposition zu verbessern. Hier kommt es nicht nur auf materielle Faktoren an, sondern auch auf immaterielle.

Auf diese Weise errechnet man den materiellen Praxiswert

Der materielle Praxiswert, auch als Substanzwert bezeichnet, umfasst sämtliche Wirtschaftsgüter, die in einer Praxis enthalten sind. Also das gesamte betriebsnotwendige Anlage- und Umlaufvermögen. Grundlage für die Ermittlung sind das Anlageverzeichnis aus der Gewinn- und Verlustrechnung oder die Bilanz der Arztpraxis und die darin aufgeführten Anschaffungs- und Herstellungskosten. Dabei kommt ein

Prinzip aus der Betriebswirtschaftslehre zum Tragen, das für alle Unternehmen gilt.

Zu den Substanzwerten zählen das Grundstück, die Praxis- und Laborräume, deren Einrichtung einschließlich der medizinischen Geräte, EDV, Büroausstattung, vorrätige Verbrauchsmaterialien sowie vorgelegene Ein- und Umbauten. Bei diesen Vermögensgegenständen ist der Zeitwert anzusetzen. Dabei sind technische Neuerungen, amtliche Auflagen und die Preisentwicklung zu berücksichtigen. Alles in allem ist dieser Teil der Praxiswertermittlung relativ einfach.

Diese Faktoren beeinflussen den immateriellen Praxiswert

Unter dem immateriellen Praxiswert, auch Goodwill oder ideeller Wert genannt, ver-

steht man die Chance, eine Arztpraxis wirtschaftlich erfolgreich fortzuführen. Potenzielle Nachfolger wollen nicht bloß wissen, wie viel Umsatz im Durchschnitt möglich ist und welche Kosten üblicherweise anfallen. Einflussfaktoren sind dabei auch die Lage der Praxis, deren Marktstellung und Bekanntheitsgrad, ihre Leistungsfähigkeit, Organisationsstrukturen, die Patientenzahl und das Knowhow des Personals.

Für diesen komplizierten Teil der Praxiswertermittlung können verschiedene Verfahren zum Einsatz kommen. Am gängigsten sind die Ärztekammer-Methode und die modifizierte Ertragswert-Methode. Für die Bewertung von Arztpraxen im Rahmen der Veräußerung gibt es grundsätzlich keine rechtlich verbindliche Methode. Beide Verhandlungsparteien haben bei der Kompromissfindung also die Wahl. Um Streit zu vermeiden, ist es aber besser, sich auf die Empfehlungen erfahrener Gutachter zu verlassen.

Warum die Ärztekammer-Methode bei Experten umstritten ist

Bei der Berechnung des Goodwills gemäß der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Bewertung von Arztpraxen, auch als Ärztekammer-Methode bekannt, liegt der Fokus auf dem Umsatzpotenzial von Praxen. Die Basis ist der durchschnittliche Jahresumsatz in den drei Jahren vor dem Verkauf. Hier von wird dann ein kalkulatorischer Lohn abgezogen. Ein Drittel des verbleibenden Betrags ergibt den immateriellen Praxiswert. Nachteil: Diese Methode berücksichtigt lediglich vergangene Einnahmen. Gutachter und Sachverständige kritisieren, dass mangels Berücksichtigung der Ausgaben nicht der tatsächliche Ertrag ermittelt und die Zukunft ignoriert wird.

Wieso die Ertragswert-Methode genauer und verbreiteter ist

Weil die Ärztekammer-Methode andere Faktoren ausblendet, raten Ärzteberater eher dazu, den Praxiswert durch die modifizierte Ertragswert-Methode zu bestimmen. Sie entspricht dem Standard, mit dem Wirtschaftsprüfer klassischerweise Unternehmen bewerten, und analysiert, welche Gewinne eine Praxis künftig erwirtschaften kann.

Neben den Einnahmen werden auch die Ausgaben der vergangenen drei Jahre einbezogen – bereinigt um einmalige oder

untypische Erlöse und Kosten, die künftig nicht zu erwarten sind.

Danach wird bestimmt, wie lange ein Nachfolger vom schon vorhandenen Goodwill profitieren kann. Er beträgt für Einzelpraxen zwischen zwei und fünf Jahren. Danach endet die Patientenbindung zum früheren Inhaber und der ideelle Wert verflüchtigt sich. Für diesen Zeitraum und mit Bezug auf die bereinigten Ertragszahlen entsteht im nächsten Schritt eine Umsatz- und Kostenprognose. Hier können objektive und subjektive Einflussfaktoren wiederum wertmindernd oder -steigernd wirken.

Wenn zum Beispiel der abgebende Arzt eine Zusatzqualifikation hat, der Nachfolger allerdings nicht, schmälert das die Ertragsaussichten. Auch in den kommenden Jahren notwendige Ersatzinvestitionen – etwa in medizinische Geräte – verringern den erzielbaren Gewinn, weil solche Anschaffungen sich auf die kalkulatorischen Abschreibungen auswirken. Der ermittelte Praxisüberschuss wird dann noch um eine pauschalierte Einkommensteuer von 35 Prozent und einen theoretischen Arztlohn in angemessener Höhe reduziert.

Anschließend wird die Ertragsprognose auf die Gegenwart abgezinst. Der Kalkulationszinssatz für die Abzinsung setzt sich aus einem Basiszinssatz und einem Risikozuschlag zusammen. So wird der Wert einer künftigen Zahlung zum aktuellen Zeitpunkt berechnet. Heraus kommt dabei der immaterielle Praxiswert nach dem modifizierten Ertragswertverfahren. Um einen plausiblen Kaufpreis zu erhalten,



Der Wert einer Arztpraxis hängt nicht nur von materiellen, sondern auch von vielen immateriellen Einflussfaktoren ab.

muss dieser Goodwill am Ende noch mit dem materiellen Praxiswert (Substanzwert) addiert werden.

Gutachter und Sachverständige sollten bei der Bewertung helfen

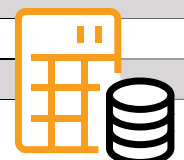
Fazit: Die genaue Wertermittlung der Praxis erweist sich im Einzelfall meist als kompliziert. Selbst Gutachter streiten darüber. Tatsächlich ist die Zahl der Formeln und Varianten, mit der Experten in diesem Zusammenhang den Goodwill zu berechnen versuchen, recht vielfältig. Entsprechend weit liegen oft die Ergebnisse auseinander. Welche Methode zur Praxisbewertung die passende ist, lässt sich nicht pauschal sagen. Doch in jedem Fall lohnt es sich, professionelle Unterstützung einzuholen.

André Gießle

Beispielberechnung

Kalkulation des Praxiswerts einer Musterpraxis			
Einflussfaktoren auf Praxiswert	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Prognostizierter Jahresertrag	300.000 €	300.000 €	300.000 €
Kalkulatorischer Arztlohn	-100.000 €	-100.000 €	-100.000 €
Progn. Jahresertrag nach kalkulk. Arztlohn	200.000 €	200.000 €	200.000 €
Einkommenssteuer 35 %	-70.000 €	-70.000 €	-70.000 €
Progn. Jahresertrag nach Steuern	130.000 €	130.000 €	130.000 €
Barwertfaktor (bei Kapitalisierungszins von 7,5 %)	0,930	0,865	0,805
Barwert	120.900	112.450	104.650
Ideeller Wert	338.000 €		
Materieller Wert	+40.000 €		
Praxiswert	378.000 €		

Quelle: Christoph Scheen, Sachverständiger für Bewertung von Arztpraxen



Fotos: Wasan - stock.adobe.com, Jürgen Fäliche - stock.adobe.com, alekseyvanin - stock.adobe.com, iStock/justinroque

Sanieren und Bauen

Neue Regeln für Zuschüsse und Kredite

Die Bundesförderung für effiziente Gebäude fokussiert sich seit diesem Jahr noch mehr auf Klimaschutz. Die Anforderungen an Projekte, die der Staat finanziell unterstützt, sind kürzlich gestiegen.

Zum Jahresanfang ist die zweite Reformstufe der Bundesförderung für effiziente Gebäude (BEG) in Kraft getreten. Mit neuen Boni und erleichterten Förderbedingungen will die Regierung möglichst viele Menschen bei der energetischen Sanierung von Immobilien unterstützen. Seit dem 1. März 2023 gibt es zudem neue Subventionen für den klimafreundlichen Neubau. Die Investitionsanreize vom Staat sollen dazu beitragen, die Energie- und Klimaziele 2030 im Gebäudesektor zu erreichen.

Strengere Sanierungsanforderungen

Bei der erneuten Änderung der BEG-Förderung steht weiterhin die Sanierung von Bestandsobjekten im Fokus. Antragsberechtig sind nun alle Investoren, nicht mehr nur Eigentümer, Pächter und Mieter. Das soll etwa Wartezeiten durch behördliche Prozesse wie Eigentumsüberschreibungen vermeiden. Es werden auch wieder Materialkosten bei Eigenleistungen gefördert. Damit reagiert der Bund auf den Hand-

werkerangel. Für bis zum 31. Dezember 2024 gestellte Anträge lässt sich zudem die Frist zur Vorlage des Verwendungsnachweises für Komplett-sanierungen auf 66 Monate nach der Bewilligung durch die KfW-Bank verlängern. Grund sei die schwierige Marktsituation, heißt es dazu.

Zusätzlich zum Bonus für die Sanierung der energetisch schlechtesten Gebäude (Worst Performing Buildings) von zehn Prozent ist ein weiterer Bonus von 15 Prozent für das serielle Sanieren im BEG-Programm eingeführt worden. Voraussetzung ist, dass Wohngebäude und Nichtwohngebäude dadurch die Effizienzhausstufe 40 oder 55 erreichen. Gefördert wird die Verwendung vorgefertigter Fassadenbeziehungweise Dachelemente.

Bei den Einzelmaßnahmen zur Gebäudesanierung gelten indes höhere technische Anforderungen an eine Förderfähigkeit. Zum Beispiel gibt es jetzt nur noch BAFA-Zuschüsse für den Einbau von Wärmepumpen und Biomasseheizungen mit besonders geringem Feinstaubausstoß.

Seit März zinsverbilligte Baukredite

Die Neubauförderung ist als neues BEG-Teilprogramm namens „Klimafreundlicher Neubau“ in die Verantwortung des

Bundesministeriums für Wohnen, Stadtentwicklung und Bauwesen übergegangen. Sowohl für Wohngebäude als auch Nichtwohngebäude gewährt die KfW-Bank den Hausbanken und Sparkassen seit dem März günstige Förderkredite mit Zinsverbilligung aus Bundesmitteln – jedoch im Gegensatz zum Vorgängerprogramm ohne Tilgungszuschüsse. Dabei ist egal, ob man eine effiziente und nachhaltige Wohneinheit baut oder kauft. Der Zinssatz soll bis zu vier Prozent niedriger sein als marktübliche Baufinanzierungen, die im Schnitt zwischen 3,6 und 4,0 Prozent pro Jahr liegen.

Die Mindestlaufzeit beträgt vier Jahre. Maximal möglich sind 35 Jahre bei bis zu fünf tilgungsfreien Jahren und einer Zinsbindung für die ersten zehn Jahre. Je Wohnung und Haus kann man höchstens 100.000 Euro beantragen. Dafür muss die Immobilie nach ihrer Fertigstellung wenigstens die Effizienzhausstufe 40 erreichen. Zudem darf keine Heizung eingebaut werden, die auf Basis fossiler Brennstoffe oder Biomasse läuft. Einen nochmals höheren Förderkredit von höchstens 150.000 Euro gibt es für alle Wohngebäude mit dem Qualitätssiegel „Nachhaltiges Gebäude Plus“. Pro Jahr stehen 750 Millionen Euro für das BEG-Teilprogramm „Klimafreundlicher Neubau“ zur Verfügung.

Wer einen Kredit über das BEG-Förderprogramm „Klimafreundlicher Neubau“ beantragen will, muss zuvor einen Energieeffizienz-Experten beauftragen. Der Fachmann ist nötig, um bei dem Vorhaben zu prüfen und zu bestätigen, dass es alle Kriterien erfüllt, die an den effizienten und nachhaltigen Neubau gestellt werden.

Förderanträge sind immer vor dem Start zu stellen. Als Vorhabenbeginn gilt der „Abschluss eines der Ausführung zuzurechnenden Lieferungs- oder Leistungsvertrags“. Planungs- und Beratungsleistungen dürfen allerdings vor der Antragstellung stattfinden, ebenso vorbereitende Maßnahmen auf dem Grundstück – zum Beispiel Abrissarbeiten oder Bodenuntersuchungen.

André Gießel

➔ KFW ODER BAFA?

Hier beantragen Sie Ihre Förderung

Wer Förderung für eine Komplett-sanierung oder einen klimafreundlichen Neubau beantragen möchte, wendet sich an die staatliche Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW). Wer Fenster, Türen oder Heizkessel austauschen möchte, wendet sich für Einzelmaßnahmen an das Bundesamt für Wirtschaft und Ausfuhrkontrolle (BAFA).



Die KfW fördert 2023 nur noch Gebäude der Energiehausstufe 40 und nicht mehr der Energiehausstufe 55, die inzwischen gesetzlicher Standard ist.



Rheumatische Erkrankungen

Rasche Remission und Langzeitsicherheit unter JAK-Inhibition

Patienten mit rheumatoider Arthritis (RA) erreichen unter Upadacitinib plus Methotrexat (MTX) bereits in Woche 12 eine umfangreichere Remission als unter Adalimumab plus MTX.

Das rasche Erreichen und Halten einer Remission bedeutet für Patienten mit RA eine höhere Lebensqualität und eine langfristig bessere Prognose. In der Studie SELECT-COMPARE erreichten Patienten mit mittelschwerer bis schwerer RA unter Upadacitinib (RINVOQ®, 15 mg/d) plus MTX bereits zu Woche 12 mehr Remission ($\text{DAS28-CRP} < 2,6$) als jene unter Adalimumab plus MTX. Auch für die Psoriasisarthritis (PsA), die nicht röntgenologische axiale Spondyloarthritis (nr-axSpA) und die ankylosierende Spondylitis (AS) wurde mit Upadacitinib eine starke Krankheitskontrolle gezeigt.

Eine Langzeit-Sicherheitsanalyse bestätigte darüber hinaus die in früheren Auswertungen beobachteten Sicherheitsdaten

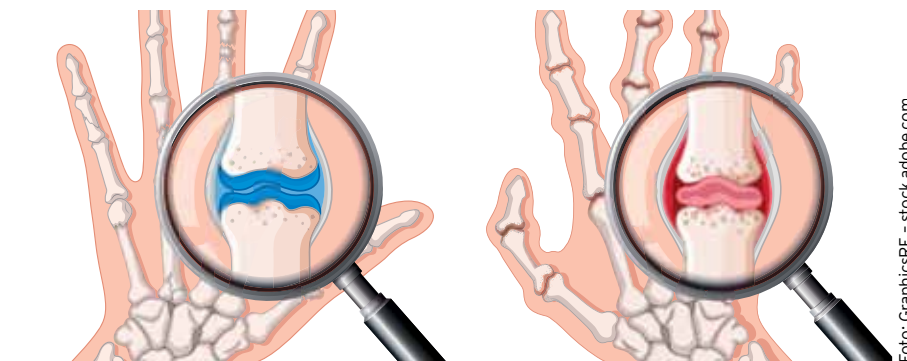


Foto: GraphicsRF - stock.adobe.com

zu Upadacitinib. Die Analyse zeigt keine erhöhten Raten für schwerwiegende kardiovaskuläre Ereignisse (MACE), Malignität (exkl. Nicht-Melanom-Hautkrebs) und venöse Thromboembolien (VTE) unter dem JAK-Inhibitor bei RA und PsA im Vergleich zu Adalimumab. Die meisten Patienten mit MACE oder VTE hatten mindestens einen kardiovaskulären und/oder thromboembolischen Risikofaktor.

Insgesamt liegen zu Upadacitinib Sicherheitsdaten von mehr als 6.900 Patienten mit einer Therapiedauer von bis zu 5,5 Jahren bei RA; 3,9 Jahren bei PsA; 3,3 Jahren bei AS sowie 2,8 Jahren bei atopischer Dermatitis vor. Das entspricht insgesamt 15.425 Patientenjahren in den vier Indikationen.

Till Kobl

Quelle: Pressemitteilung von AbbVie

Hygienekonzept

Online-Anleitung zum Erstellen des individuellen Hygieneplans

Ein Hygienekonzept zum Gesundheits- und Infektionsschutz ist Bestandteil des Qualitätsmanagements in Arztpraxen. Ein Element davon ist der verbindliche Hygieneplan.

Arztpraxen und Institutionen für ambulantes Operieren sind laut der Verordnung zur Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (MedHygV) verpflichtet, einen Hygieneplan zu erstellen. Er enthält verbindliche Anweisungen zur Einhaltung und Gewährleistung bestimmter Hygienestandards; außerdem Regeln zu Händehygiene, Desinfektion von Haut und Schleimhaut, Reinigung und Desinfektion von Flächen und Geräten, Umgang mit Medikamenten, persönliche Schutzmaßnahmen, Aufbereitung von Medizinprodukten sowie Abfallentsorgung. Der Desinfektionsplan als Auszug des Hygieneplans beschreibt die Desinfektions- und Reinigungsmaßnahmen.

Grundsätzlich kann die Arztpraxis Hygienepläne selbst erstellen und an die

Foto: mumindurmaz35 - stock.adobe.com



individuellen Gegebenheiten anpassen. Eine Gliederung könnte so aussehen:

1. Einleitung
2. Risikobewertung der Arbeitsumgebung
3. Bestehende Hygienestruktur
4. Verantwortlichkeiten
5. Maßnahmen für die Basishygiene
6. Beschreibung spezieller Behandlungen
7. Darüber hinausgehende Schritte
8. Hinweise zur Hygiene im Wohnumfeld
9. Desinfektionsplan mit Liste der Reinigungs- und Desinfektionsmittel

Die Firma Schülke stellt für Arztpraxen maßgeschneiderte individuelle Hygienepläne zu Geräten, Inventar und Personalhygiene zur Verfügung. Kostenfreie Anmeldung und Online-Erstellung erfolgen unter www.mein-hygieneplan.de. Dort finden sich auch umfangreiche Informationen zu Hygiene und Desinfektion und den regulatorischen Grundlagen.

Till Kobl

Quelle: Informationen von Schülke & Mayr
<https://www.mein-hygieneplan.de>

Systemischer Lupus erythematoses

Frühzeitige spezifische Therapie kann Organschäden verhindern

Für Patienten mit systemischem Lupus erythematoses spielt die Risikoreduktion für Organschäden durch den Lupus, aber vor allem auch durch die langfristige Einnahme von Kortikosteroiden eine zentrale Rolle. Eine frühzeitige Add-on-Therapie mit Belimumab kann dieses Risiko signifikant reduzieren.

In Deutschland leben etwa 30.000 Menschen mit der chronischen, unheilbaren Autoimmunerkrankung systemischer Lupus erythematoses (SLE).⁽¹⁾ Sie gilt als Prototyp einer Autoimmun- und Immunkomplexerkrankung.⁽²⁾ Die Betroffenen bilden eine Vielzahl von Antikörpern gegen körpereigenes Gewebe, welche dieses meist schubförmig angreifen und Entzündungen hervorrufen.⁽²⁾

Krankheit birgt hohes Risiko für schwere Organschäden

Typische Anzeichen sind ein schmetterlingsförmiger Hautausschlag im Gesicht, Ausschläge am Körper nach Sonnenexposition, Gelenkschmerzen bzw. -entzündungen, Muskelschwäche, Fieber und extreme Müdigkeit.⁽²⁾

Häufig und mit großer Variabilität sind mehrere Organsysteme etwa mit Arthritis (85 %) hämatologischen (51 %) oder neurologischen Manifestationen (18 %), Nierenbeteiligung (21 %) oder Serositis

(19 %) betroffen.⁽³⁾ Die inflammatorische Krankheitsaktivität, Schübe und der daraus resultierende Steroidbedarf haben schon früh irreversible Organschäden zur Folge, die ein zentraler Trigger der hohen Mortalität und Morbidität sind.⁽³⁾

Kinder und Jugendliche tragen besonders hohe Krankheitslast

SLE beginnt typischerweise zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr,⁽²⁾ aber auch Kinder können bereits betroffen sein. Schätzungen zufolge gibt es in der Europäischen Union zwischen 3.000 und 6.000 Kinder im Alter von fünf bis 17 Jahren mit SLE.⁽⁴⁾

Bei Kindern sind schwere Organbeteiligungen häufiger, die Morbidität höher und der gesamte Verlauf aggressiver als beim adulten SLE.^(5,6) Aufgrund der hohen Krankheitsaktivität und dem damit verbundenen hohen Steroidbedarf, mit altersbedingten Folgen wie Wachstumsstörungen, kommt es bei Kindern fast dreimal so oft zu Steroidschäden

wie bei Erwachsenen (66 % vs. 23 %).⁽⁵⁾

Im Vergleich mit der Altersnorm ist das Sterblichkeitsrisiko zwischen 16 und 24 Jahren 19,2-fach erhöht und bleibt auch im Alter ab 60 Jahren trotz kontinuierlicher Abnahme um das 1,4-Fache höher.⁽⁷⁾

Funktionale Kapazität auf Normalniveau als Behandlungsziel

Fatigue und Schmerzen führen bei Menschen mit SLE bereits zum Zeitpunkt der Diagnose und im weiteren Verlauf zu einem Verlust der Funktionsfähigkeit.^(8,9) Da jeder Krankheitsschub zudem bleibende Organschäden hinterlassen kann und Organschäden wiederum mit einer erhöhten Mortalität korrelieren, gilt es, sie zu jedem Zeitpunkt zu verhindern.⁽¹⁰⁾

Treat-to-target: so früh wie möglich therapeutisch eingreifen

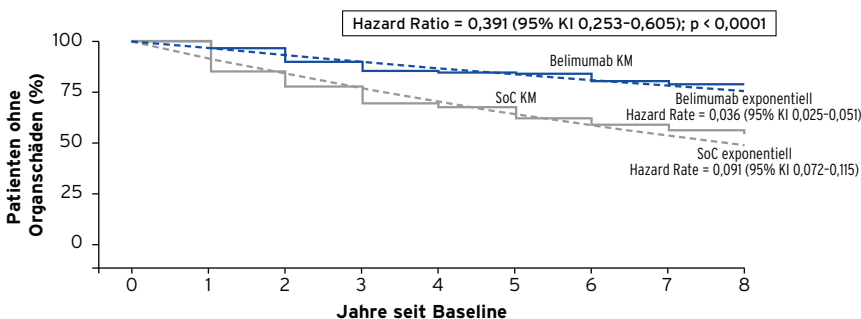
Das bedeutet, dass frühzeitig mit einer spezifischen und konsequenten Behandlung begonnen werden sollte. Zur Therapie werden – unterstützt durch ergänzende Maßnahmen der Lebensstiländerung – Medikamente wie Hydroxychloroquin (HCQ) als Basistherapie sowie Glukokortikoide (GC) und andere Immunsuppressiva (IS) eingesetzt. Das Biologikum Belimumab (Benlysta) kommt nach den Empfehlungen der European League Against Rheumatism (EULAR) bereits bei moderater Ausprägung der Erkrankung und unzureichendem Ansprechen auf die Standardtherapie zum Einsatz (Kombinationen von HCQ und GC mit oder ohne Immunsuppressiva).⁽¹¹⁾ Die Therapieeskalation auf Belimumab sollte frühzeitig erfolgen, um die Vorteile des Biologikums voll auszuschöpfen.

Im besten Fall führt die Behandlung zu einer Remission der Erkrankung, sodass eine Fortführung von HCQ ohne Steroide möglich ist. Bei nicht-Erreichbarkeit der

UNTERSCHIED IN DER ZEIT BIS ZUR PROGRESSION VON ORGANSCHÄDEN BEI PATIENTEN MIT ≥ 1 JAHR BEOBACHTUNG

• Jährliche Wahrscheinlichkeit einer Zunahme von Organschäden:

Patient mit Belimumab: 3,5 % Patient mit alleiniger Standardtherapie (SoC): 8,7 %



Gesamtzahl von Patienten „at risk“ an den einzelnen Zeitpunkten

	179	166	137	121	112	88	65	31	0
Belimumab									
SoC	179	135	111	83	71	57	44	30	28

Quelle: Mod. nach Urowitz MB et al.¹⁹

Remission ist eine niedrige Krankheitsaktivität unter einer Therapie aus HCQ, niedrig dosiertem Steroid und stabilem Immunsuppressivum einschließlich Biologikum anzustreben.

Grundsätzlich gilt: Aufgrund des Nebenwirkungspotenzials oraler Glukokortikoide sollten diese so gering wie möglich dosiert werden.

Engmaschiges Monitoring des Krankheitsverlaufs

Damit frühzeitig ein Verfehlen der Behandlungsziele erkannt wird und die Pharmakotherapie rechtzeitig eskaliert werden kann, muss der Therapieerfolg regelmäßig kontrolliert werden. Dazu bieten sich validierte Aktivitätsscores wie SLEDAI (SLE Disease Activity Index) oder ECLAM (European Consensus Lupus Activity Measurement) sowie Laborwerte (Anti-dsDNA-Antikörper, Komplementspiegel) an.

Gute Wirksamkeit der spezifischen Therapie mit Belimumab

Seit rund zwölf Jahren ist der humane monoklonale Antikörper, Belimumab zugelassen als Zusatztherapie bei Menschen ab fünf Jahren mit aktivem, Autoantikörper-positivem systemischem Lupus erythematoses, die trotz Standardtherapie eine hohe Krankheitsaktivität (z. B. positiver Test auf Anti-dsDNA-Antikörper und niedriges Komplement) aufweisen.⁽¹²⁾ Das Biologikum greift gezielt in die SLE-Pathogenese ein und kann sowohl Krankheitsaktivität und Schübe als auch den Steroidbedarf signifikant und anhaltend reduzieren – und das bei guter Verträglichkeit. Das belegen nicht nur die Zulassungsrelevanten Studien mit Daten zur Wirksamkeit und Sicherheit aus bis zu 14 Jahren^(13,14,15,16), sondern auch Real-World-Daten^(17,18,19,20,21,22).

Nachweislich reduzierte Entwicklung von Organschäden

Dass Belimumab auch die Progression von Organschäden bremsen kann, belegt eine 2019 publizierte Studie.^{(19)*} Während bei alleiniger Standardtherapie die jährliche Wahrscheinlichkeit einer Zunahme von Organschäden mit 8,7 Prozent ermittelt wurde, lag sie unter Standardtherapie plus Belimumab lediglich bei 3,5 Prozent.⁽¹⁹⁾

Demnach hatten Belimumab-behandelte Patienten gegenüber den Patienten

unter Standardbehandlung eine um signifikante 61 Prozent geringere Wahrscheinlichkeit der Progression von Organschäden auf einen höheren SDI-Score in einem beliebigen Beobachtungsjahr (s. Abb).⁽¹⁹⁾

Schutz vor chronischer Nierenerkrankung

Da jede Episode einer Lupusnephritis zu einem substanzialen Nephronverlust führt,⁽²³⁾ gilt es, jeden weiteren renalen Schub dringend zu vermeiden, um die Nierenfunktion bestmöglich zu erhalten. Dazu ist eine dauerhafte Therapie mit Immunsuppressiva erforderlich. Belimumab ist als Kombinationspartner einer immunsuppressiven Basistherapie bei Erwachsenen mit Lupusnephritis zugelassen⁽¹²⁾ und kann wesentlich dazu beitragen, eine chronische Nierenerkrankung zu vermeiden. Das belegen die Ergebnisse der BLISS-LN-Studie.⁽²⁴⁾

Der humane monoklonale Antikörper verbesserte als Zusatz zur Standardtherapie das renale Ansprechen nach 104 Wochen signifikant (43 % vs. 32 %, $p=0,03$) und konnte das Risiko eines nierenbedingten Ereignisses oder Todesfalls um 49 Prozent senken.⁽²⁴⁾

A&W-LITERATUR

1. Pons-Estel GJ et al. Epidemiology of systemic lupus erythematosus 2017;13:799-814
2. Zink A, Minden K, List SM. Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2010; Heft 49: Entzündlich-rheumatische Erkrankungen
3. Fanouriakis A et al. Ann Rheum Dis 2021;80:14-25
4. Schreiber J et al. Internist 2019;60:468-477
5. Brunner HI et al. Arthritis Rheum 2008;58(2):556-562
6. Brunner HI et al. Nat Rev Rheumatol 2011;7(4):225-233
7. Bernatsky S et al. Arthritis Rheum 2006;54:2550-2557
8. Gatto M et al. Nat Rev Rheumatol 2019;15:30-48
9. Tselios K et al. Lupus 2019;28:114-122
10. van Vollenhoven RF et al. Ann Rheum Dis 2014;73:958-967
11. Fanouriakis A et al. Ann Rheum Dis 2019;78:736-745
12. Fachinformation Benlysta, Stand: November 2022
13. Furie R et al. Arthritis Rheum 2011;63(12):3918-3930
14. Navarra SV et al. Lancet 2011;377(9767):721-731
15. Stohl W et al. Arthritis Rheumatol 2017;69(5):1016-1027
16. Zhang F et al. Ann Rheum Dis 2018;77:355-363
17. Wallace DJ et al. Arthritis Rheumatol 2019;71:1125-1134
18. Bruce IN et al. Lupus 2016;25:699-709
19. Urowitz MB et al. Ann Rheum Dis 2019;78:372-379
20. Urowitz MB et al. Lupus Science & Medicine 2020;7:e000412. doi:10.1136/lupus-2020-000412
21. Scheinberg MA et al. Clin Rheumatol 2021;40:923-927
22. Collins CE et al. Rheumatol Ther 2020;7(4):949-965
23. Anders HJ et al. Nat Rev Dis Primers 2020;6(1):7

WIRTSCHAFTS-TIPP



Belimumab ist die einzige, zielgerichtete Lupus-Therapie mit Zusatznutzen in Deutschland

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), das höchste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen, bestätigt den Zusatznutzen von Belimumab für Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche ab fünf Jahren mit SLE gegenüber der „optimierten Standardtherapie“ (Erwachsene)⁽²⁵⁾ bzw. „patientenindividuellen Therapie“ (5-17 Jahre)⁽²⁶⁾.

SLE bei Erwachsenen: Beträchtlicher Zusatznutzen für das gesamte Zulassungskollektiv ohne Einschränkung aufgrund einer „bisher nicht erreichten deutlichen Verbesserung des therapierelevanten Nutzens“.⁽²⁵⁾

SLE bei Kindern und Jugendlichen ab fünf Jahren: Zusatznutzen für das gesamte Zulassungskollektiv ohne Einschränkung in einem nicht-quantifizierbaren Ausmaß.^{(26)**}

Die Kostenträger erstatten Benlysta vollumfänglich für alle in-label behandelten SLE-Patienten.

24. Furie R et al. N Engl J Med 2020;383:1117-1128
 25. Gemeinsamer Bundesausschuss. Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL): Anlage XII - Beschlüsse über die Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a SGB V - Belimumab. 02.08.2012. www.g-ba.de/beschluesse/1543/ (letzter Aufruf am 17.03.2023)
 26. Gemeinsamer Bundesausschuss. Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL): Anlage XII - Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a SGB V Belimumab (neues Anwendungsgebiet: Systemischer Lupus erythematoses, ≥ 5 Jahre). 14.05.2020. www.g-ba.de/beschluesse/4285/ (letzter Aufruf: 17.03.23)
- * Zwei Propensity Score-matched Analysen haben unter Belimumab + Standardtherapie eine signifikant geringere Wahrscheinlichkeit für zunehmende Organschäden gezeigt als unter alleiniger Standardtherapie.
- ** Eine abschließende Bewertbarkeit der Daten zur Morbidität und eine Interpretierbarkeit der Daten zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität waren nicht möglich. Daher ist der festgestellte Vorteil von Belimumab + patientenindividuelle Begleitmedikation im Vergleich zu Placebo + patientenindividuelle Begleitmedikation im Endpunkt „schwerwiegende unerwünschte Ereignisse“ der Kategorie „Nebenwirkungen“ nicht quantifizierbar.⁽²⁶⁾

Impressum für Sonderredaktion:

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



O-TON

Innere Medizin



JETZT NEU!
Alle 2 Wochen
überall da, wo es
Podcasts gibt

Aufs Ohr – Ins Innere

Der neue Podcast für Niedergelassene

Mit Tipps zu den wichtigsten Fragen des Praxisalltags:

- Wie führe ich mein Team richtig?
- Wie Sorge ich dafür, dass Patient:innen nicht so lange im Wartezimmer sitzen müssen?
- Und kann ich den Praxisalltag klimafreundlicher gestalten?

Scannen und Reinhören:



[medical-tribune.de/
o-ton-innere-medizin](https://medical-tribune.de/o-ton-innere-medizin)

In Zusammenarbeit mit:



MedTriX Group
we care for media solutions

Januskinase-Inhibitoren

Einsatz bei Patienten mit Risikofaktoren individuell abwägen

Die Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA) hat die Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für JAK-Inhibitoren bei bestimmten Risikogruppen erweitert und vereinheitlicht.

JAK-Inhibitoren sollen fortan bei Patienten mit folgenden Risikofaktoren nur eingesetzt werden, wenn geeignete Behandlungsalternativen fehlen: Alter 65 Jahre und älter, atherosklerotische Herz-Kreislauf-Erkrankung in der Vorgeschichte oder Vorliegen anderer kardiovaskulärer Risikofaktoren (Raucher/Ex-Raucher), Risiko für maligne Erkrankungen (z. B. Malignom in der Anamnese/bestehend). Die vorsichtige Anwendung ist geboten bei Risikofaktoren für venöse Thromboembolien (VTE).

Die EMA wertete die Ergebnisse der Sicherheitsstudie ORAL-Surveillance zu Tofacitinib als Klasseneffekt aller JAK-Inhibitoren bei immunvermittelten chronisch-entzündlichen Erkrankungen.



Foto: narstudio - stock.adobe.com

Entsprechend wurde der Abschnitt 4.4 der Fachinformation für alle Arzneimittel dieser Substanzklasse einheitlich aktualisiert. Die Anwendungsgebiete bleiben unverändert. In der Praxis kommt damit der individuellen Nutzen-Risiko-Abwägung zu Wirksamkeit und Sicherheit der einzelnen JAK-Inhibitoren eine stärkere Bedeutung zu, bilanziert der Rheumatologe Prof. Torsten Witte, Hannover. Die Langzeitdaten zu

Baricitinib (Olumiant®) und die Registerdaten zu allen JAK-Inhibitoren, etwa aus RABBIT oder CorEvitas, seien beruhigend. Die Langzeitdaten zu Baricitinib bestätigten, dass Krebs- und kardiovaskuläre Erkrankungen selbst nach einer Therapie über neun Jahre nicht anstiegen.

Till Kohl

Quelle: Pressemitteilung von Lilly
<https://dgrh.de/>

Axiale Spondyloarthritis

Bei erhöhtem CRP-Wert konsequent therapieren

Der Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score (ASDAS) und die CRP-Konzentration spiegeln den Verlauf der röntgenologischen Progression.

Die frühzeitige und regelmäßige Therapie der axialen Spondyloarthritis (axSpA) ist wichtig, um irreversible Strukturveränderungen in den Gelenken und der Wirbelsäule zu vermeiden oder zu verzögern. Die röntgenologische Progression verläuft dabei individuell unterschiedlich, wie Prof. Xenofon Baraliakos vom Rheumazentrum Ruhrgebiet berichtete. Bei jedem vierten Patienten ist ein deutlicher Anstieg des Modified Stoke Ankylosing Spondylitis Spinal Score (mSASSS) in äußerst kurzer Zeit zu beobachten. Der positive Effekt, den eine kontinuierliche Therapie auf die röntgenologische Progression erzielen kann, ist dabei abhängig von der CRP-Konzentration: Nur bei Patienten mit erhöhtem CRP vor Behandlungsbeginn sinkt der mSASSS. Die CRP-Konzentration erweist sich auch als prognostischer



Foto: SutthaB - stock.adobe.com

Biomarker. Fast ein Viertel der Patienten mit einem erhöhten CRP (> 6 mg/l) zeigt eine röntgenologische Progression, hingegen nur sieben Prozent der Patienten mit einem niedrigeren CRP-Level (< 6 mg/l).

Die Behandlung der axSpA umfasst nichtsteroidale Antirheumatika (NSAID), Sulfasalazine, lokale Kortikosteroide und letztlich biologische Antirheumatika wie TNF-Inhibitoren. Neuerdings ist der Einsatz von Interleukin-17A-Inhibitoren direkt nach NSAID-Versagen als Current Practice gelistet. Eine langfristige Monotherapie mit dem IL-17A-Inhibitor Secukinumab (Cosentyx®) kann die Krankheitslast vermindern, wie die Ergebnisse der placebokontrollierten MEASURE-1-Studie untermauern. Die Fünf-Jahres-Analyse zeigt, dass bei 78,9 Prozent der mit Secukinumab (150 mg) behandelten Patienten eine röntgenologische Progression ausblieb.

Till Kohl

Quelle: Pressemitteilung zu den 8. Rheumatologietagen vom 05. April 2023 (Novartis)

KINDERMUND

*Ich weine nicht!
Meine Augen
schwitzen
nur.*

*Drama
beim Medizin
einnehmen:
„Neiiiiin!
Ich möchte
kein Benzin.“*

LEBENSWEISHEIT

*Erfolg kommt dann,
wenn Du tust, was Du liebst.*

Albert Einstein

WAHNSINNICG WITZIG

Unterhalten sich
im Treppenhaus Frau Meier
und Frau Lehmann:
„...und stellen Sie sich mal vor:
Der Schulzen ihr Mann hat jetzt
Prokura!“ „Ach der Ärmstel!
Hoffentlich wird er bald
wieder gesund.“



Der Passant zum Hundebesitzer:
„Sagen Sie mal, das ist ja komisch:
Ihr Hund läuft bei jedem
Glockenläuten in eine Ecke?!“
„Ja klar! Er ist ja auch ein Boxer!“



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:

Gesamredaktionsleitung 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, 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 ABONNENTENSERVICE

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 Arbeitsgemeinschaft
Leseranalyse medizinischer Fachzeitschriften
Geprüft Facharzt-Studie 2020