

Erfolgreiche Praxisführung
für Ärztinnen und Ärzte

ARZT & WIRTSCHAFT

UROLOGIE



Terminvergabe
**Höhere Vergütung
seit Januar** S. 06

Hodenkrebs
**Neue Kampagne
„Check dich selbst“** S. 10

Ärzteversorgungswerke
**So gut läuft
Ihre Alters-
vorsorge** S. 18

UPDATE **ONKOLOGIE**
**Prostata-Ca: Risiko
bestimmbar** S. 21



TRAUEN WIR UNS HERAUSZUFORDERN

LYNPARZA® + ABIRATERON*
FÜR IHRE PATIENTEN MIT mCRPC,¹**

Unabhängig vom Mutationsstatus!¹

Die erste Kombinationstherapie aus PARP-Inhibitor und neuer hormoneller Substanz beim mCRPC**,¹

- Signifikant verlängertes medianes rPFS[#] um > 8 Monate vs. Abirateron + Placebo^{##,2}
- Interimsdaten zeigten einen Trend für ein verbessertes medianes OS^{§,3}
- Verträglichkeitsprofil der Kombinationstherapie stimmte mit dem der Einzelsubstanzen überein – Lynparza® und Abirateron^{##} konnten in Standarddosis verabreicht werden²



Prostatakarzinom

* Abirateron wird in Kombination mit Prednison/Prednisolon eingesetzt. ** Lynparza® ist zugelassen in Kombination mit Abirateron und Prednison oder Prednisolon für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit mCRPC, bei denen eine Chemotherapie nicht klinisch indiziert ist.¹
[#] Medianes rPFS gem. Prüfer:innen unter Lynparza® + Abirateron vs. Abirateron + Placebo: 24,8 Monate vs. 16,6 Monate (HR = 0,66; 95 %-KI [0,54–0,81], p < 0,001); ^{##} In beiden Behandlungsarmen der PROpel-Studie erhielten die Patienten zusätzlich Prednison/Prednisolon (5 mg 2x täglich, entsprechend einer 10-mg-Tagesdosis) sowie eine kontinuierliche ADT (bei Patienten ohne beidseitige Orchiektomie). [§] Interimsdaten zum medianen OS mit einer Reife von 40,1 % (HR = 0,83; 95 %-KI [0,66–1,03], p = 0,11)³

mCRPC: Metastasiertes kastrationsresistentes Prostatakarzinom; **PARP:** Poly(ADP-Ribose)-Polymerase; **rPFS:** Radiographisch progressionsfreies Überleben; **OS:** Gesamtüberleben; **HR:** Hazard Ratio; **KI:** Konfidenzintervall; **ADT:** Androgendeprivationstherapie

1. Fachinformation Lynparza® 100 mg/-150 mg Filmtabletten, Stand Dezember 2022. **2.** Clarke NW et al. New Engl J Med Evid 2022; 1(9) [Epub]. **3.** Saad F et al. ESMO 2022; Präsentation 13570. **4.** Institutes of Health (NIH). Study on Olaparib Plus Abiraterone as First-line Therapy in Men With Metastatic Castration-resistant Prostate Cancer. Erhältlich unter: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT03732820>. Letzter Zugriff: 09.01.2023.

Lynparza® 100 mg Filmtabletten

Lynparza® 150 mg Filmtabletten

Wirkstoff: Olaparib. Verschlebungspflichtig. **Zusammensetzung:** Jede 100-mg-Filmtablette enthält 100 mg Olaparib. Jede 150-mg-Filmtablette enthält 150 mg Olaparib. **Sonstige Bestandteile:** Tablettenkern: Copovidon, Hochdisperses Siliciumdioxid, Mannitol (Ph. Eur.), Natriumstearylfumarat (Ph. Eur.). Tablettenüberzug: Hypromellose, Macrogol (400), Titandioxid (E171), Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E172), Eisen(II,III)-oxid (E172) (nur 150 mg Tabletten). **Anwendungsgebiete:** **Ovarialkarzinom:** Lynparza wird angewendet als Monotherapie für die: - Erhaltungstherapie von erwachsenen Patientinnen mit einem fortgeschrittenen (FIGO-Stadien III und IV) BRCA1/2-mutierten (in der Keimbahn und/oder somatisch), high-grade epithelialen Ovarialkarzinom, Eileiterkarzinom oder primären Peritonealkarzinom, die nach einer abgeschlossenen Platin-basierten Erstlinien-Chemotherapie ein Ansprechen (vollständig oder partiell) haben. - Erhaltungstherapie von erwachsenen Patientinnen mit einem Platin-sensitiven Rezidiv eines high-grade epithelialen Ovarialkarzinoms, Eileiterkarzinoms oder primären Peritonealkarzinoms, die auf eine Platin-basierte Chemotherapie ansprechen (vollständig oder partiell). Lynparza in Kombination mit Bevacizumab wird angewendet für die: - Erhaltungstherapie von erwachsenen Patientinnen mit einem fortgeschrittenen (FIGO-Stadien III und IV) high-grade epithelialen Ovarialkarzinom, Eileiterkarzinom oder primären Peritonealkarzinom, die nach einer abgeschlossenen Platin-basierten Erstlinien-Chemotherapie in Kombination mit Bevacizumab ein Ansprechen (vollständig oder partiell) haben und deren Tumor mit einem positiven Status der homologen Rekombinations-Defizienz (HRD) assoziiert ist. Der Status HRD-positiv ist definiert entweder durch eine BRCA1/2-Mutation und/oder genomische Instabilität. **Mammakarzinom:** Lynparza wird angewendet als: - Monotherapie oder in Kombination mit einer endokrinen Therapie für die adjuvante Behandlung von erwachsenen Patienten mit Keimbahn-BRCA1/2-Mutationen, die ein HER2-negatives Mammakarzinom im Frühstadium mit hohem Rezidivrisiko haben und zuvor mit neoadjuvanter oder adjuvanter Chemotherapie behandelt wurden. - Monotherapie für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit BRCA1/2-Mutationen in der Keimbahn, die ein HER2-negatives, lokal fortgeschrittenes oder metastasiertes Mammakarzinom haben. Die Patienten sollten zuvor mit einem Anthrazyklin und einem Taxan im (neo)adjuvanten oder metastasierten Setting behandelt worden sein, es sei denn, die Patienten waren für diese Behandlungen nicht geeignet. Patienten mit Hormonrezeptor (HR)-positivem Mammakarzinom sollten außerdem eine Krankheitsprogression während oder nach einer vorherigen endokrinen Therapie aufweisen oder für eine endokrine Therapie nicht geeignet sein. **Adenokarzinom des Pankreas:** Lynparza wird angewendet als Monotherapie für die Erhaltungstherapie von erwachsenen Patienten mit Keimbahn-BRCA1/2-Mutationen, die ein metastasiertes Adenokarzinom des Pankreas haben und deren Erkrankung nach einer mindestens 16-wöchigen Platin-haltigen Behandlung im Rahmen einer Erstlinien-Chemotherapie nicht progredient war. **Prostatakarzinom:** Lynparza wird angewendet: - als Monotherapie für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom (mCRPC) und BRCA1/2-Mutationen (in der Keimbahn und/oder somatisch), deren Erkrankung nach vorheriger Behandlung, die eine neue hormonelle Substanz (new hormonal agent) umfasste, progredient ist. - in Kombination mit Abirateron und Prednison oder Prednisolon für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit mCRPC, bei denen eine Chemotherapie nicht klinisch indiziert ist. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen sonstigen Bestandteil. Stillen während der Behandlung und 1 Monat nach Einnahme der letzten Dosis. **Nebenwirkungen:** Möglicherweise dringende ärztliche Behandlung ist erforderlich bei folgenden Nebenwirkungen: *Sehr häufig:* Anämie. *G gelegentlich:* Allergische Reaktionen, Dermatitis, myelodysplastisches Syndrom oder akute myeloische Leukämie. *Andere Nebenwirkungen sind:* *Sehr häufig:* Übelkeit, Erbrechen, Fatigue (einschließlich Asthenie), Dyspepsie, vermindertem Appetit, Kopfschmerzen, Dysgeusie, Schwindel, Husten, Dyspnoe, Diarrhö, Leukopenie, Neutropenie. *Häufig:* Hautausschlag, Stomatitis, Schmerzen im Oberbauch, venöse Thromboembolie, Lymphopenie, Thrombozytopenie, Anstieg des Kreatininwertes im Blut. *G gelegentlich:* Erhöhung des mittleren korpuskulären Volumens. *Selten:* Angioödem, Erythema nodosum. **Weitere Hinweise:** siehe Fachinformation. **Pharmazeutischer Unternehmer:** AstraZeneca GmbH; Friesenweg 26, 22763 Hamburg, E-Mail: azinfo@astrazeneca.com, www.astrazeneca.de, Servicehotline für Produktanfragen: 0800 22 88 660. **Stand:** Dezember 2022.

KINDERMUND

Das schönste am Winter ist das Schneeballschlachten.

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

LEBENSWEISHEIT

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

Augustinus von Hippo

WAHNSINNICG WITZIG

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



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



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

ARZT & WIRTSCHAFT

Erscheinungsweise: sechsmal jährlich
ISSN: 2199-8132

VERLAG

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

CEO: Oliver Kramer
Geschäftsführung:
Stephan Kröck, Markus Zobel

Redaktion:
Gesamtreaktionsleitung Deutschland:
Günter Nuber

Ressortleiter (V.i.S.d.P.) Abrechnung und Medizin:
Dr. med. Ulrich Karbach 08191 3055519,
E-Mail: ulrich.karbach@medtrix.group

Ressortleiterin (V.i.S.d.P.) Wirtschaft und Audio & Videoproduktionen:
Melanie Hurst 08191 3055518,
E-Mail: melanie.hurst@medtrix.group

Redakteure: Dr. Bettina Brincker,
André Gießbe, 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, Maïke Schulz

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

Media- und Vertriebsleitung:
Björn Lindenau

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

Anzeigentarif nach Preisliste Nr. 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

Registriergericht:
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 Verfassernamen gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder.

Leseranalysen stehen zur Verfügung

LA-MED

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



PLUVICTO® LICHTBLICK IN DER mCRPC-THERAPIE

Die ERSTE zugelassene **PSMA-zielgerichtete Radioligandentherapie (RLT)**, die bei PSMA-positiven mCRPC-Patienten im Rahmen der VISION-Studie das Überleben signifikant verlängerte und die Lebensqualität länger aufrechterhielt als SoC (Standard of Care)¹⁻³

Referenzen: 1. Fachinformation Pluvicto® 1 000 MBq/ml Injektions-/Infusionslösung, Stand Dezember 2022. 2. Sartor O et al. N Engl J Med. 2021;385(12):1091-1103. 3. Sartor O, et al. N Engl J Med. 2021 Sep;385(12):1091-1103. Supplementary appendix.



PLUVICTO®
(¹⁷⁷Lu)Lutetiumvipivotidtetraacetat

▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung.
Pluvicto 1 000 MBq/ml Injektions-/Infusionslösung. Wirkstoff: (¹⁷⁷Lu)Lutetiumvipivotidtetraacetat. **Zusammensetzung:** 1 ml Lösung enthält am Tag und zum Zeitpunkt der Kalibrierung 1 000 MBq (¹⁷⁷Lu)Lutetiumvipivotidtetraacetat. **Sonst. Bestandt.**: Essigsäure 99 %, Natriumacetat, Gentsinsäure, Natriumascorbat, Pentetsäure, Wasser für Injektionszwecke. Dieses Arzneimittel enthält bis zu 88,75 mg Natrium pro Durchstechflasche. Dies entspricht 4,4 % der für einen Erwachsenen empfohlenen maximalen täglichen Natriumaufnahme mit der Nahrung. **Anwendungsgeb.:** Pluvicto wird in Kombination mit Androgendeprivationstherapie (ADT) mit oder ohne Inhibition des Androgenrezeptor-(AR-)Signalwegs angewendet zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit progredientem Prostata-spezifischen-Membranantigen-(PSMA-)positiven, metastasierten, kastrationsresistenten Prostatakarzinom (mCRPC), die zuvor mittels Inhibition des AR-Signalwegs und taxanbasierter Chemotherapie behandelt wurden. **Gegenanz.:** Überempfindlichk. gg. den Wirkstoff oder einen der sonst. Bestandt. **Nebenw.:** Sehr häufig: Anämie, Thrombozytopenie, Leukopenie, Lymphopenie, Fatigue, Mundtrockenheit, Übelkeit, Appetitlosigkeit, Obstipation, Durchfall, Erbrechen, Harnwegsinfektion, Abdominalschmerz, Gewichtsverlust; Häufig: akute Nierenschädigung, Panzytopenie, peripheres Ödem, Schwindelgefühl, Kopfschmerzen, Dysgeusie, Fieber, trockenes Auge, Drehschwindel. **Warnhinw.:** Radioaktives Arzneimittel. **Verschreibungspflichtig.** Weitere Informationen siehe Fachinformation. **Pharm. Untern.:** Novartis Europharm Limited, Vista Building, Elm Park, Merrion Road, Dublin 4, Irland. **Örtlicher Vertreter:** Novartis Radiopharmaceuticals GmbH, Roonstraße 25, 90429 Nürnberg, Deutschland. **Stand:** Dez. 2022



Dr. med. Ulrich Karbach,
Ressortleiter Abrechnung und Medizin



E-Mail:
ulrich.karbach@medtrix.group

Aufklärung: So umgehen Sie Fallstricke

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

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

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

heitsleistungen (IGeL). Auch in diesem Fall muss eine Aufklärung über die Wunschleistung, mögliche Alternativen und die wirtschaftlichen Konsequenzen erfolgen. Denkbar ist in der Urologie etwa der PSA-Wert als Screening. Ohne schriftlichen Vertrag bekommt man dabei häufig Ärger. Bei eher unproblematischen Eingriffen können Aufklärung und Durchführung am selben Tag erfolgen. Bei komplexeren Eingriffen, etwa der Zystoskopie mit eventuell nötiger Abtragung eines Tumors oder einer Vasektomie, sollte mindestens ein Tag zwischen Aufklärung und Durchführung liegen. Im Beitrag ab Seite 14 wird die rechtliche Situation eingehend erläutert.

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

Viel Spaß bei der Lektüre



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



Hodenkrebs selbst erkennen
Hodenkrebs hat sehr gute Heilungschancen. Doch wie sensibilisiert man Männer für die Früherkennung? Die Kampagne „Check dich selbst!“ leistet wichtige Aufklärungsarbeit.



Prostata-Ca: Neues Tool zu Risiko
Mit einem neuen Tool lässt sich die Wahrscheinlichkeit bestimmen, an einem Prostatakarzinom zu erkranken. Dadurch könnte man gezielter auf Risikopatienten fokussieren.

AKTUELLES



03 Nachrichten

ABRECHNUNG



- 06 Kurzfristige Terminvergabe
Höhere Vergütung seit Januar
- 07 PKV
Standard-, Basis- und Notlagentarif
- 08 EBM
Abrechnung der Schmerztherapie
- 09 Ihre Fragen
Der A&W-Abrechnungsexperte antwortet

PRAXIS



- 10 Hodenkrebs
Kampagne „Check dich selbst!“ erreicht weitere Bundesländer
- 12 Umfrage
Energiekosten bringen Praxen in Existenznot
- 13 Ihre Fragen
Die A&W-Praxisexpertin antwortet

RECHT



- 14 Ärztliche Aufklärung
Patient darf ohne Bedenkzeit in Behandlung einwilligen
- 16 Fortbildungen von ARZT & WIRTSCHAFT
Interessante CME für Sie
- 17 Ihre Fragen
Die A&W-Rechtsexpertin antwortet

FINANZEN



- 18 Altersvorsorge
Die Bilanzen der Ärzteversorgungswerke im Check

UPDATE ONKOLOGIE



- 21 Prostatakarzinom
Erkrankungsrisiko jetzt mit Tool bestimmbar
- 22 Muskelinvasives Blasenkarzinom
Veränderte Behandlungslandschaft

MEDIZIN

- 23 Harninkontinenz
Ärztliche Leitlinie für die 75-plus-Patienten

RUBRIKEN

- 01 Editorial
- 24 Aufgespießt
- 25 Impressum



Vorgetäuschte Kondom-Nutzung

Urteil: Stealthing ist sexueller Übergriff

Beim Stealthing entfernt ein Partner heimlich das Kondom oder beschädigt es. Nun hat sich der Bundesgerichtshof (BGH) erstmals zu diesem Phänomen geäußert (Az. 3 StR 372/22). Demnach erfüllt das heimliche Weglassen eines Kondoms den Straftatbestand des sexuellen Übergriffs, unter Umständen sogar den der Vergewaltigung, auch bei ansonsten einvernehmlichem Sex. Im konkreten Fall hatte ein Mann eine Frau getäuscht, indem er vorgab, ein Kondom zu benutzen, es aber tatsächlich hinter ihrem Rücken zur Seite legte. Geschlechtsverkehr mit und ohne

Benutzung eines Kondoms stellen verschiedene Handlungen dar, betonte der BGH. Auch sei die generelle Eignung des Kondoms, eine unerwünschte Schwangerschaft oder die Übertragung von Krankheiten zu verhindern, von Bedeutung. Das Landgericht (LG) hatte den Mann wegen mehrerer Sexualdelikte zu drei Jahren Haft verurteilt, jedoch versäumt, ihm einen notwendigen rechtlichen Hinweis gemäß § 265 Abs. 1 Strafprozessordnung (StPO) zu erteilen. Der BGH hob das Urteil wegen dieses Verfahrensfehlers auf und ordnete eine neue Verhandlung an.



Übersterblichkeit wegen Corona war moderat

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



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

Focus-Ärztiegel wohl wettbewerbswidrig

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

Folge von Prostatakrebs: Mann spricht plötzlich irisch

Als extrem seltene Komplikation von Prostatakrebs entwickelte ein US-Amerikaner in seinen Fünfzigern einen starken irischen Akzent. Der Fall wird im „BMJ Case Reports“ beschrieben. Der Patient war nie in Irland gewesen und hatte nie zuvor mit irischem Akzent gesprochen. 20 Monate nach seiner Prostatakrebs-Diagnose zeigte sich die unkontrollierbare Veränderung in seinen Sprachmustern. Es lag kein Kopftrauma vor. Der Mann erhielt die Diagnose FAS (Foreign Accent Syndrome). Diese wurde bisher nur bei rund 100 Menschen weltweit diagnostiziert, meist infolge eines Schädel-Hirn-Traumas oder eines Schlaganfalls. Hinter dem Phänomen

verbirgt sich eine Veränderung der Lautbildung durch veränderte Bewegungen des Kiefers und der Zunge. Tatsächlich liegt die Bewertung als fremder Akzent wahrscheinlich eher bei den Zuhörenden, als eine Art der Pareidolie. Der Krebs griff schließlich auf die Leber und die Knochen des Mannes über und metastasierte ins Gehirn. Sein Ärzteteam vermutet, dass das FAS durch ein paraneoplastisches Syndrom verursacht wurde, das mit dem Prostatakrebs in Verbindung gebracht werden könne. Das Fortschreiten seines FAS stimmte mit dem Fortschreiten des Krebses überein. Den scheinbaren Akzent behielt der Mann bis zu seinem Tod bei.



Fotos: New Africa - stock.adobe.com, Andrii Yalanskyi - stock.adobe.com, Studio Romantic - stock.adobe.com



Neuer Algorithmus

Prostatakrebs-Risiko vorhersagen

Um das individuelle Risiko für Prostatakrebs zu prognostizieren, haben Forschende der University of Cambridge und des Institute of Cancer Research in London einen neuen Algorithmus entwickelt. Das Modell berücksichtigt genetische Daten sowie Daten zur familiären Krebsbelastung und ist das erste kostenlose Modell seiner Art. Es basiert auf dem CanRisk-Tool, das bereits das Risiko für Brust- und Ovarialkarzinome vorhersagt. Das neue Modell zum Prostatakrebsrisiko erfasst personalisierte Risiken auf der Grundlage seltener pathogener Varianten in den Ge-

nen BRCA2, HOXB13 und BRCA1 mit mittlerem bis hohem Risiko sowie einem polygenen Score auf Grundlage von 268 häufigen Varianten mit niedrigem Risiko und der familiären Krebsanamnese. Das Modell wurde an einer Kohorte von mehr als 170.000 Männern validiert. Seine Nutzung könnte helfen, Screening- und Diagnostiktests für Männer mit höherem Risiko zu intensivieren, während unnötige Prozeduren bei Männern mit sehr geringem Risiko reduziert werden könnten. Im Laufe des Jahres 2023 soll der Algorithmus in das CanRisk-Webtool integriert werden.

Luftverschmutzung belastet Psyche

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



Hilfetelefon für Ärztinnen und Ärzte

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

Zuckrige Getränke könnten Haarverlust begünstigen

Haarausfall (Male pattern hair loss, MPHL) bei jungen Männern könnte durch den hohen Konsum von zuckrigen Getränken (sugar-sweetened beverages, SSB) begünstigt werden. Chinesische Forschende berichten im Journal „Nutrients“ über einen signifikanten Zusammenhang. Eine etwaige Kausalität könnte zum Teil erklären, warum das Alter, in dem MPHL auftritt, rückläufig ist, während die Häufigkeit zunimmt. Denn junge Menschen konsumieren oft zuckerhaltige Getränke wie Säfte, Softdrinks, Energydrinks oder Sportgetränke. In China ist der SSB-Konsum in der Altersgruppe der 13- bis 29-Jährigen am höchsten. Für die Studie

wurden 1.951 Männer im Alter von 18 bis 45 Jahren rekrutiert, die dann Online-Fragebögen ausfüllten. Der haarvernichtende Zusammenhang könne durch mehrere direkte und indirekte Mechanismen erklärt werden, so die Forschenden, etwa über einen überaktiven Polyol-Stoffwechselweg, jedoch auch über die häufig mit diesem Lebensstil einhergehende fettreiche Ernährung. Der Zusammenhang zwischen SSB und MPHL blieb allerdings auch dann signifikant, wenn die Häufigkeit der Aufnahme von Ölen, Fett und frittierten Lebensmitteln berücksichtigt wurde. Das deutet darauf hin, dass SSB einen unabhängigen Risikofaktor darstellen.



Fotos: Andrey - stock.adobe.com, iStock/Ratsanai, ruslan_khismatov - stock.adobe.com

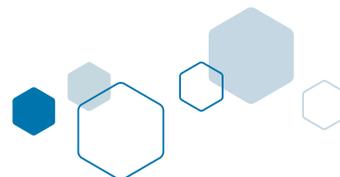


HORMONAUFGABE MANN.

Individuelle Therapien vom Pionier.

Besins Healthcare Germany sorgt als Spezialist und einer der führenden Hersteller moderner Hormonpräparate für das hormonelle Gleichgewicht nicht nur in der Frauengesundheit. Als Partner in der Andrologie/Urologie bieten wir Ihnen auch in der Männergesundheit ein breit gefächertes, innovatives Produktportfolio. 1885 in Paris gegründet, entwickelt das Familienunternehmen

Besins Healthcare seine Arzneimittel fortlaufend weiter – mit vielfältigen Lösungen für individuelle Therapien wie transdermale Gele und bioidentische Hormone. So können wir Ihren Patienten und Patientinnen die passgenaue Therapie im Bereich der Hormongesundheit anbieten – und geben Ihnen umfassende und kontinuierliche Fortbildungsmöglichkeiten, Programme und Services.





Kurzfristige Terminvergabe

Höhere Vergütung seit Januar

Terminvereinbarungen über die Terminservicestellen (TSS) der KVen oder durch den Hausarzt werden in Abhängigkeit von der Frist bis zum vereinbarten Termin besser bezahlt.

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

Terminvermittlung durch Hausarzt

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

Die Entscheidung darüber, ob eine eigenständige Terminvereinbarung aufgrund der medizinischen Besonderheit des Einzelfalls nicht angemessen oder nicht zumutbar war, trifft der Hausarzt.

Auch wenn die Hausarztpraxis einen Termin erst zwischen dem 5. und 35. Tag vereinbart, können Urologen die Zuschläge berechnen und erhalten alle Leistungen im Arztgruppenfall – auch die Zuschläge – extrabudgetär vergütet.

Zuschlag TSS-Fall

Die Abrechnung der Zuschläge erfolgt wie bei TSS-Vermittlungsfällen mit der Nr. 26228 und einer Zusatzkennung. Alles Weitere, nämlich die Zuordnung zur altersgruppenspezifischen Grundpauschale und die Berechnung des Zuschlags, übernimmt das Praxisverwaltungssystem (PVS).



Wer den kurzfristigen Termin vereinbart, ob Arzt oder MFA ist völlig egal.

Foto: InsideCreativeHouse stock.adobe.com

WICHTIG

- Terminvereinbarungen wegen der dann deutlich besseren Vergütung möglichst kurzfristige Termine vergeben
- Bei Terminfällen die korrekte Angabe der Kennzeichnung der Nr.26228 mit A, B, C, oder D und die zutreffende Kontaktart im KVDT-Feld 4103 mit 1, 2 oder 3 (3 nur bei Vermittlung durch den Hausarzt) beachten

Terminvermittlung durch Hausarzt

Damit das Honorar entsprechend angepasst wird, ist die folgende Kennzeichnung nötig

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

Unverändert gilt: Hausarztvermittlungsfälle sind im KVDT-Feld 4103 mit der Vermittlungs-/Kontaktart „3“ zu kennzeichnen und werden extrabudgetär vergütet.

TSS-Terminfälle

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

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

Unverändert gilt: Die Kennzeichnung erfolgt im KVDT-Feld 4103 mit der Vermittlungs-/Kontaktart „1“ für TSS-Terminfälle und „2“ für TSS-Akutfälle. Sämtliche Leistungen in diesen Arztgruppenfällen werden extrabudgetär vergütet.

Fazit

Die Beachtung der aufgeführten Regeln ergibt ein höheres extrabudgetäres Honorar.

Dr. Heinrich Weichmann

PKV

Standard-, Basis- und Notlagentarif

Obwohl oder auch weil Versicherte bzw. Patienten im Standard-, Basis- und Notlagentarif überschaubar sind und selten in Vertragsarztpraxen auftauchen, sollen hier die grundlegenden Bedingungen erläutert werden.

Die genannten Tarife sind Tarife der Privaten Krankenversicherung (PKV), die eine gewisse soziale Schutzfunktion ausüben für Versicherte, die den vollen PKV-Beitrag nicht bezahlen wollen oder können. Dabei bestehen zwischen den einzelnen Tarifen wesentliche Unterschiede bezüglich der Zugangsvoraussetzungen als auch des Leistungsumfangs.

Standardtarif

Der Standardtarif wurde brancheneinheitlich 1994 eingeführt und richtete sich vorrangig an ältere Versicherte, die den normalen Beitrag nicht mehr bezahlen konnten. Er ist gekennzeichnet durch nach oben gedeckelte Beiträge und ein Leistungsspektrum, das dem der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) entspricht. Die Anzahl der Versicherten wird aber geringer, da der Standardtarif durch den Basistarif 2009 abgelöst wurde; lediglich vorher abgeschlossene Verträge hatten danach noch Bestandsschutz.

Basistarif

Seit dem 1. Januar 2009 gibt es den Basistarif in der PKV, den jedes Unternehmen

anbieten muss. Berechtigt für diesen Tarif sind vor allem Personen ohne Krankenversicherungspflicht in der GKV und ehemals krankenversicherte Personen. Auch im Basistarif entsprechen die Leistungen in Art, Umfang und Höhe denen der GKV.

Notlagentarif

Der Notlagentarif der PKV wurde im August 2013 eingeführt, um PKV-Versicherten in finanziellen Notlagen einen Mindestversicherungsschutz zu bieten. Dieser Tarif ist im Gegensatz zu den beiden anderen Tarifen nicht frei wählbar und bietet auch einen deutlich reduzierten Versicherungsschutz:

- Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzen,
- Behandlungen im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft und
- Vorsorgeuntersuchungen, Früherkennungsuntersuchungen und empfohlene Schutzimpfungen bei Kindern.

Abrechnung

Die Vergütungen im Standard-, Basis- und Notlagentarif sind grundsätzlich im § 75 Abs. 3a SGB V (5. Sozialgesetzbuch) fest-

PRAXISTIPP

Versicherungsform abfragen

Es gibt Situationen in der Praxis, die man nicht unbedingt haben möchte. Dazu gehören auch Reklamationen von Patienten über eine erhaltene Arztrechnung am Empfangstresen.

Da Versicherte im Basis- und Notlagentarif in der Regel nicht zu den wohlhabenden Menschen gehören, sind sie oft nicht in der Lage, Arztkosten selbst zu bezahlen.

Um späterem Ärger vorzubeugen, sollte bei Aufnahme eines neuen Patienten, wenn er sich als Privatpatient outet, immer auch die Frage nach den Sondertarifen gestellt werden, um direkt die richtigen Faktoren zu berechnen.

gelegt. Dabei liegen die Steigerungssätze anders als im GOÄ-Text ausgewiesen bei 1,8-fach für persönliche Leistungen; 1,38-fach für technische und 1,16-fach für Laborleistungen. Diese Vorgabe wird jedoch durch eine gemeinsame Vereinbarung aus dem Jahre 2010 zwischen KBV, KZBV und GKV für den Basistarif außer Kraft gesetzt. Hier liegen die Höchstsätze beim 1,2-, 1,0- und 0,9-Fachen.

Rechtliche Regelung

Nach einem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes aus dem Jahre 2008 (Az: 1 BvR 807/08) besteht keine Behandlungspflicht durch Vertragsärzte bei Basis-/Standardtarifversicherten, sie besteht jedoch im Notlagentarif. Andererseits sind Rechnungen durch reine Privatärzte bei Versicherten im Basis- und Notlagentarif nicht erstattungspflichtig.

Wenn Sie Basis- und Standardtarifversicherte behandeln, müssen Sie sich jedoch nur dann an die reduzierten Sätze halten, wenn der Patient vor Beginn der Behandlung die Praxis über diesen Versicherungsstatus informiert.

Dr. med. Heiner Pasch

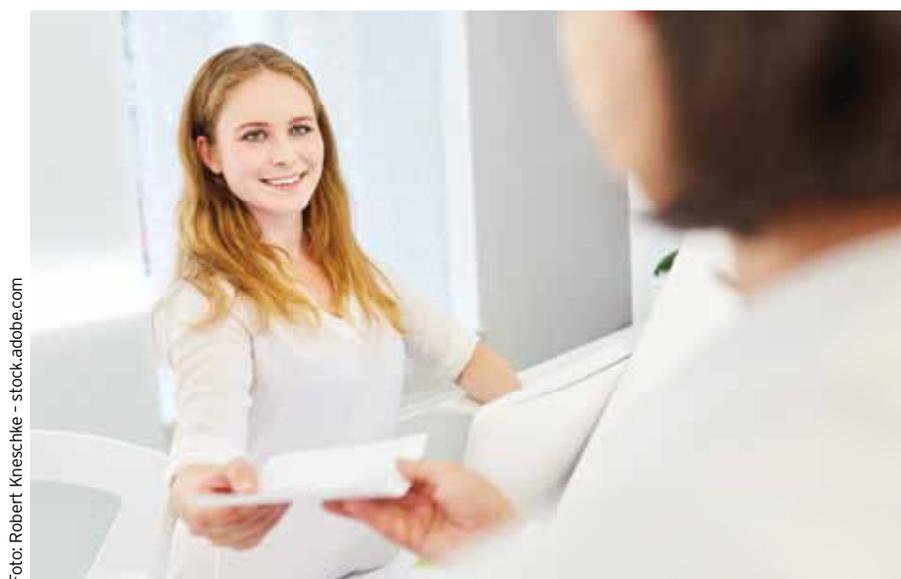


Foto: Robert Kneschke - stock.adobe.com

Vor Corona war es am Praxisempfang entspannter.

EBM

Abrechnung der Schmerztherapie

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

Schmerzen sind ein sehr variables Symptom. Angefangen von leichten Rückenschmerzen unklarer Genese bis zu den massiven Schmerzen bei akutem Harnverhalt oder den kolikartigen Schmerzen, wenn ein Nierenstein im Ureter den Abfluss blockiert.

EBM-Kapitel 26

Neben der Grundpauschale nach Gebührenordnungsposition (GOP) 26210 bis 26212 enthält das Arztgruppenkapitel der Urologen keine spezielle GOP für die Schmerzbehandlung. Somit ist die Behandlung der Schmerzen mit der Grundpauschale abgegolten, sofern nicht in der Präambel von Kapitel 26 andere GOP stehen, die Urologen dafür abrechnen können.

EBM-Kapitel 02

Aus dem Kapitel 02, das allgemeine diagnostische und therapeutische GOP enthält, sind einige Leistungen abrechenbar. So zum Beispiel das Legen eines suprapubischen Harnblasenkatheters bei akutem Harnverhalt nach GOP 02321.

Erfahrungsgemäß kommen betroffene Männer mit dieser Diagnose kaum noch in die Praxis. Wenn der Arzt oder die Ärztin, die zum Hausbesuch gerufen wurde, sich das Legen nicht zutraut, landet der betroffene Mann meist per Krankenwagen in der Klinik.

In eher selteneren Fällen wird ein Urologe zum dringlichen Hausbesuch angefordert, den er dann eigens abrechnen kann, und legt den suprapubischen Harnblasenkatheter mit Lokalanästhesie



Foto: New Africa - stockadobe.com

Schmerzen sind oft unspezifisch. Auch urologische Probleme können die Ursache sein.

an der Punktionsstelle vor Ort. Mit dem portionsweisen Ablassen des Urins aus der meist massiv überfüllten Blase schwindet auch der Schmerz.

Eine weitere Leistung, die Behandlung mit Lokalanästhetika nach GOP 02360, ist zur Schmerzbehandlung abrechenbar. Dagegen spricht aber meist der geforderte mindestens dreimalige persönliche Arzt-Patienten-Kontakt (APK). Wobei man wissen muss, dass drei Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall notwendig sind, es aber ausreicht, an einem dieser drei APK Lokalanästhetikum zu verabreichen. Aber Achtung: Die Infiltration mit Lokalanästhetikum bei Legen eines suprapubischen Blasenkateters ist in GOP 02321 enthalten und kann folglich

nicht zusätzlich mit GOP 02360 abgerechnet werden.

Ebenfalls in Kapitel 02 steht die Infusion mit GOP 02100. Bei der eingangs erwähnten Nierenkolik wird meist mittels Injektion, die nicht eigens abrechenbar ist, versucht die Kolik zu durchbrechen. Man könnte aber gegebenenfalls auch eine Infusion dafür nutzen.

Das weitere therapeutische Vorgehen wird in der Regel minimal invasiv erfolgen. Wichtig ist dabei, dass möglichst kurzfristig die Harnstauung in der Niere behoben wird, da die Niere dadurch Schaden erleiden kann.

EBM-Kapitel 30.7

Der schmerztherapeutische Abschnitt 30.7 beinhaltet nur wenige für „normale“ Urologen ohne KV-Genehmigung abrechenbare Leistungen. In manchen Fällen kann die Teilnahme an einer schmerztherapeutischen Fallkonferenz sinnvoll sein (30706), abrechenbar vom komplementär tätigen Arzt jedoch nur unter Angabe des primär schmerztherapeutisch verantwortlichen Arztes.

Dr. med. Ulrich Karbach

EBM-KAPITEL 35.1 PSYCHOSOMATIK

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



Ihre Fragen an unseren Abrechnungsexperten

Dr. med. Ulrich Karbach, Ressortleiter Abrechnung



EBM

Psychosomatik

Macht die Qualifikation für die Psychosomatikziffern für Urologen eigentlich Sinn?

Mareike F., Urologin, Berlin

Das lässt sich nicht so einfach beantworten. Denn die Psychotherapie-Vereinbarung fordert neben einer dreijährigen eigenständigen ärztlichen Tätigkeit den Nachweis von mindestens 80 Stunden Weiterbildung in genau definierten Themen für die psychosomatische Grundversorgung. Andererseits kann zum Beispiel bei der erektilen Dysfunktion neben organischen Ursachen oft eine psychosomatische Störung die Ursache sein. Natürlich hängt es auch von der Patientenkiel der eigenen Praxis ab. Wenn viele urologische Kollegen in der Nähe die Qualifikation haben, um die Gebührenordnungspositionen 35100 und 35110 abrechnen zu können, muss man sich überlegen, ob Aufwand und Nutzen zueinanderpassen.

EBM

Sexuell übertragbare Infekte

Gibt es Fallstricke, die man vermeiden sollte, wenn insbesondere Männer mit sexuell übertragbaren Erkrankungen in die Praxis kommen?

Dr. med. Alexander B., NRW

Die leitlinienkonforme Diagnostik enthält eigentlich keine Fallstricke. Diese sind eher juristischer Natur. Denn in der Regel sollte man, wenn Verdacht auf eine unspezifische Urethritis besteht, neben der Erregerdiagnostik auch nach HIV suchen. Denn wer Läuse hat, kann auch Flöhe haben. Aber dazu muss man den Betroffenen extra aufklären und sich die Zustimmung zum AIDS-Test unterschreiben lassen.

Das zweite mögliche Problem ist die Meldepflicht nach dem Infektionsschutzgesetz, die aber eher das Labor betrifft. Nach dem Infektionsschutzgesetz sind unter anderem die Nachweise von HIV, Neisseria gonorrhoeae, Treponema pallidum und Chlamydia trachomatis vom Serotyp L1 bis L3 nichtnamentlich meldepflichtig. Die Unterlassung ist eine Ordnungswidrigkeit.



A&W-Kontakt

Schicken Sie uns Ihre Fragen:

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

und per Fax unter 08191 3055591

EBM

Samstagsprechstunde

Wir hatten kürzlich eine lebhafte Diskussion darüber, ob man bei einer Samstagssprechstunde die 01102 abrechnen darf oder nicht. Oder betrifft das nur unerwartet eintreffende Patienten?

Dr. med. Marek L., Berlin

Samstagssprechstunden werden häufiger angeboten als früher. Dementsprechend sind natürlich auch die Regelungen für die durchführenden Kollegen relevant. Die Gebührenordnungsposition (GOP) 01102 kann für eine Inanspruchnahme des Vertragsarztes an Samstagen zwischen 7:00 und 19:00 Uhr abgerechnet werden. Anders als bei den GOP 01100 und 01101 fehlt in der Legende der Passus „unvorhergesehen“. Das bedeutet, dass Sie die 01102 unabhängig davon abrechnen können, ob der Patient mit Termin einbestellt ist oder mit Kenntnis der Sprechstunde kommt. Allerdings sind einige Ausschlüsse zu beachten. So können Sie zum Beispiel die GOP 01102 neben der 01413 für den Besuch in beschützenden Einrichtungen mit Pflegepersonal nur dann abrechnen, wenn Sie dafür besonders angefordert wurden.

GOÄ

Erörterung

Kann ich bei einem Mann mit erektiler Dysfunktion die Erörterung abrechnen, da die Besprechung doch deutlich länger dauert?

Dr. med. Simone O., Hessen

Die Erörterung ist mit der Feststellung einer nachhaltig lebensverändernden Erkrankung abrechenbar, wenn die Erörterung mindestens 20 Minuten dauert. Je nachdem, was an Untersuchung noch in dieser Sitzung durchgeführt wird, könnte man auch die Nr. 3 mit höherem Steigerungsfaktor berechnen. Wenn aber neben der körperlichen Untersuchung noch Ultraschall oder auch nur eine Blutentnahme durchgeführt wird, um zum Beispiel nach einem Diabetes zu sehen, fällt die Nr. 3 sowieso weg. Dann ist Nr. 34 maximal zweimal in sechs Monaten eine Möglichkeit.



Hodenkrebs

Kampagne „Check dich selbst!“ erreicht weitere Bundesländer

Hodenkrebs hat sehr gute Heilungschancen. Doch wie sensibilisiert man Männer für die Früherkennung? Die Kampagne „Check dich selbst“ der Schleswig-Holsteinischen Krebsgesellschaft erreicht nun weitere Bundesländer und leistet wichtige Aufklärungsarbeit.

Die Zahl der Neuerkrankungen von Hodenkrebs ist in den vergangenen Jahren gestiegen. Die meisten Fälle treten im Alter von 20 bis 45 Jahren auf. In dieser Altersgruppe ist Hodenkrebs damit der häufigste bösartige Tumor bei Männern. Das Robert Koch-Institut schätzt, dass in Deutschland jährlich etwa 4.200 Männer an Hodenkrebs erkranken.

Die Bayerische Krebsgesellschaft wirbt seit März 2023 mit der Kampagne „Check dich selbst! Gib Hodenkrebs keine Chance!“, die ursprünglich von der Schleswig-Holsteinischen Krebsgesellschaft initiiert wurde, für mehr Aufmerksamkeit und für das (Selbst-)Screening. Die Kampagne wurde bereits von Hamburg und Baden-Württemberg aufgegriffen und könnte bald auch nach Sachsen-Anhalt geholt werden. Sie soll dazu beitragen, die Sensibilität von Männern für die Hodenkrebs-Früherkennung zu fördern. Auf der virtuellen Veranstaltung „Darüber spricht Man(n)! Früherkennung und Versorgung von Hodenkrebs“ vom Health Care Bayern e.V. sprachen am 21. Februar 2023 medizinische Experten und Vertreter der Gesundheitspolitik über die Versorgungsstrukturen, die Chancen der Früherkennung von Hodenkrebs sowie die Weiterentwicklung der Kampagne.

Rund 80 Prozent der Fälle werden von Betroffenen selbst entdeckt, meist im Frühstadium, wo der Krebs gut heilbar ist. Wichtig wäre aber, noch mehr Männer schon in jungem Alter für Selbstuntersuchungen zu sensibilisieren.

Junge Männer für Selbstuntersuchung sensibilisieren

Prof. Jürgen E. Gschwend, Direktor der Klinik und Poliklinik für Urologie des Universitätsklinikums Rechts der Isar der Technischen Universität München, empfiehlt daher aus ärztlicher Sicht, dass jeder junge Mann ab einem Alter von 15 Jahren alle vier bis sechs Wochen seine Hoden untersuchen sollte – ein Rat, den Ärztinnen und Ärzte an junge männliche Patienten weitergeben sollten. „Hodentumore haben eine exzellente Prognose“, betonte Gschwend. Hier setzte auch ein Vorschlag an, Hausärztinnen und Hausärzte stärker in die Hodenkrebs-Früherkennung einzubinden, etwa im Rahmen einer Familienanamnese.

Doch Männer müssen sich nicht nur regelmäßig selbst abtasten. Dr. Nicole Fritz vom Health Care Bayern e.V. betonte auch: „Wir müssen die Männer dahin kriegen, dass sie sich melden, wenn sie etwas tasten!“ Die Selbstfürsorge ist

HODENKREBS

Mit einem Anteil von

etwa **25 %**

ist ein Keimzelltumor bei Männern zwischen 20 und 45 Jahren die häufigste bösartige Tumorerkrankung.

Rund **10 von 10.000** Männern erkranken durchschnittlich an Hodenkrebs.

Quelle: Veranstaltung „Darüber spricht Man(n)! Früherkennung und Versorgung von Hodenkrebs“, Health Care Bayern e.V. vom 21.02.2023



wichtig, weil Männer erst ab dem 45. Lebensjahr Anspruch auf eine Untersuchung im Rahmen der gesetzlichen Krebsfrüherkennung haben und daher weniger gut in Vorsorgeprogramme eingebunden sind. Als Positivbeispiel wurde erwähnt, dass die Mobil-Krankenkasse als eine der wenigen gesetzlichen Krankenkassen gemeinsam mit dem Berufsverband der Deutschen Urologen e.V. ihren männlichen Versicherten vom 20. bis zum 45. Lebensjahr kostenlos und einmalig ein Screening der äußeren Genitalien anbietet.

Tastmodelle der Hoden im Schulunterricht könnten daher ein gutes Mittel sein, Jungen für das Thema zu sensibilisieren. Auch eine Schulgesundheitsfachkraft könnte dazu beitragen, die Hemmschwelle von Jungen, über eine festgestellte Veränderung ihrer Hoden zu sprechen, zu senken. Die Kampagne „Check dich selbst!“ will unter anderem in Sportvereinen, Fitnessstudios, der Gastronomie und in Unternehmen präsent sein. Unter checkdichselbst.de können kostenlos Plakate und Flyer bestellt werden. Dort gibt es in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Urologie auch einen Urologenfinder.

Ina Reinsch

Stimmt etwas nicht? Die Selbstuntersuchung der Hoden ist die wichtigste Maßnahme, um Hodenkrebs frühzeitig zu erkennen.



ÜBERLEBEN

IST DAS EINE –

LEBEN

DAS ANDERE.



G-BA Beschluss¹:
Hinweis auf einen
beträchtlichen
Zusatznutzen

STARKE WIRKSAMKEIT, VORTEILHAFTE VERTRÄGLICHKEIT

NUBEQA® – Für längeres Überleben bei guter Lebensqualität beim Hochrisiko-nmCRPC^{*,2,3}

* NUBEQA® wird angewendet zur Behandlung erwachsener Männer mit nicht-metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom (nmCRPC), die ein hohes Risiko für die Entwicklung von Metastasen aufweisen. **1.** Gemeinsamer Bundesausschuss, Beschluss vom 15.10.2020; Zweckmäßige Vergleichstherapie: abwartendes Vorgehen unter Beibehaltung der bestehenden konventionellen Androgendeprivation. **2.** Fachinformation NUBEQA®, Stand Oktober 2020. **3.** Fizazi K, et al. N Engl J Med. 2020;383(11):1040–1049.

Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung.

Bitte melden Sie jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung über das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Webseite: <http://www.bfarm.de>.

NUBEQA 300 mg Filmtabletten (Vor Verschreibung Fachinformation beachten.) **Zusammensetzung:** Wirkstoff: Jede Filmtablette enthält 300 mg Darolutamid. **Sonstige Bestandteile:** Tablette: Calciumhydrogenphosphat [E 341], Croscarmellose-Natrium, Lactose-Monohydrat, Magnesiumstearat [E 470b], Povidon [E 1201], Filmüberzug: Hypromellose, Lactose-Monohydrat, Macrogol [E 1521], Titandioxid [E 171]. **Anwendungsgebiete:** NUBEQA wird angewendet zur Behandlung erwachsener Männer mit nicht-metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom (nmCRPC), die ein hohes Risiko für die Entwicklung von Metastasen aufweisen. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. Frauen, die schwanger sind oder schwanger werden können. **Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen:** Die verfügbaren Daten bei Patienten mit schwerer Nierenfunktionsstörung sind begrenzt. Da die Exposition erhöht sein kann, sollten diese Patienten engmaschig auf Nebenwirkungen überwacht werden. Die verfügbaren Daten von Patienten mit mäßiger Leberfunktionsstörung sind begrenzt. Bei Patienten mit schwerer Leberfunktionsstörung wurde Darolutamid nicht untersucht. Da die Exposition erhöht sein kann, sollten diese Patienten engmaschig auf Nebenwirkungen überwacht werden. Patienten mit einer klinisch relevanten kardiovaskulären Erkrankung in den vergangenen 6 Monaten, einschließlich Schlaganfall, Myokardinfarkt, schwerer/instabiler Angina pectoris, koronarer oder peripher-arterieller Bypass-Operation und symptomatischer Herzinsuffizienz, waren von den klinischen Studien ausgeschlossen. Daher ist die Sicherheit von Darolutamid bei diesen Patienten nicht erwiesen. Die Anwendung von starken CYP3A4- und P-gp-Induktoren während der Behandlung mit Darolutamid kann zu einer verminderten Plasmakonzentration von Darolutamid führen und wird nicht empfohlen, es sei denn, es ist keine alternative Therapieoption verfügbar. Bei gleichzeitiger Anwendung sollte ein alternatives Arzneimittel mit geringerem Potential, CYP3A4 oder P-gp zu induzieren, in Erwägung gezogen werden. Die Patienten sind bzgl. Nebenwirkungen von BCRP-, OATP1B1- und OATP1B3-Substraten zu überwachen, da die gleichzeitige Verabreichung von Darolutamid einen Anstieg der Plasmakonzentrationen dieser Substrate bewirken kann. Die gleichzeitige Verabreichung von Rosuvastatin sollte vermieden werden, es sei denn, es ist keine alternative Therapieoption verfügbar. Bei Patienten mit Risikofaktoren für eine QT-Verlängerung in der Anamnese und bei Patienten, die als Begleitmedikation Arzneimittel erhalten, die das QT-Intervall verlängern können, sollten Ärzte vor Beginn einer Behandlung mit NUBEQA das Nutzen-Risiko-Verhältnis, einschließlich des Potentials für Torsade-de-Pointes, abschätzen. NUBEQA enthält Lactose. Patienten mit der seltenen hereditären Galactose-Intoleranz, völligem Lactase-Mangel oder Glucose-Galactose-Malabsorption sollten dieses Arzneimittel nicht anwenden. **Nebenwirkungen:** *Sehr häufig:* Fatigue/ Erschöpfungszustände (umfasst Fatigue, Asthenie, Lethargie, Unwohlsein), Neutrophilenzahl erniedrigt, Bilirubin erhöht, AST erhöht; *Häufig:* Ischämische Herzerkrankung (umfasst Arteriosklerose der Koronararterien, koronare Herzerkrankung, Koronararterienverschluss, Stenose der Koronararterien, akutes Koronarsyndrom, akuter Myokardinfarkt, Angina pectoris, instabile Angina pectoris, Myokardinfarkt, myokardiale Ischämie), Herzinsuffizienz (umfasst Herzinsuffizienz, akute Herzinsuffizienz, chronische Herzinsuffizienz, Stauungsinsuffizienz, kardiogener Schock), Ausschlag, Schmerzen in einer Extremität, Schmerzen des Muskel- und Skelettsystems, Frakturen. **Verschreibungspflichtig. Pharmazeutischer Unternehmer:** Bayer AG, 51368 Leverkusen, Deutschland. **Stand:** Fl/3.0, Oktober 2020



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

Foto: vejaa - stock.adobe.com

Umfrage

Energiekosten bringen Praxen in Existenznot

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

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

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

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

Notgroschen fürs Heizen

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

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

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

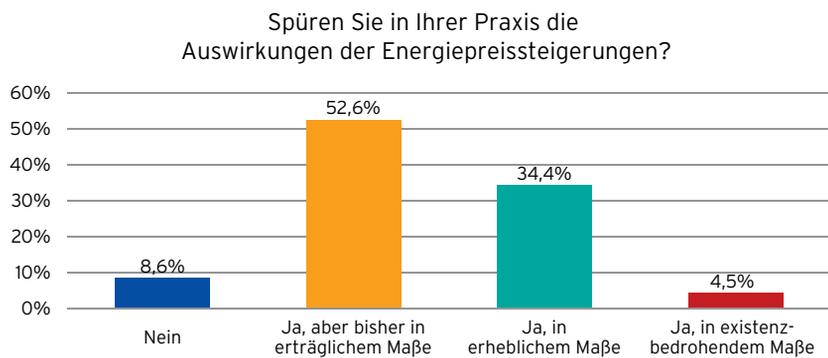
Um die hohen Energiekosten bezahlen zu können, gab ein Drittel der befragten Berufsträger an, ursprünglich geplante Anschaffungen für die Praxis erst einmal zu verschieben.

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

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

Judith Meister

DIE MEISTEN PRAXEN SIND BETROFFEN



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

Quelle: Stiftung Gesundheit

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



Ihre Fragen an unsere Praxisexpertin

Melanie Hurst, Ressortleiterin Wirtschaft



Ältere Patienten

Wie kann ich meine Praxis barriereärmer gestalten?

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

Dr. med. Ute A. aus Schleswig-Holstein

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



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

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

Arbeitsschutz

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

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

Dr. med. Andreas R. aus Bayern

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

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

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

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

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



Jetzt archivieren!

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



A&W-Kontakt

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

und per Fax unter 08191 3055591



Ärztliche Aufklärung

Patient darf ohne Bedenkzeit in Behandlung einwilligen

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

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

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

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

Patient klagt auf Ersatz der aus der OP entstandenen Schäden

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

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

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

die OP durchführen ließ, wollte das Gericht nicht erkennen.

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

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



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

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

Patient muss ohne Druck entscheiden können

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

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

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

BEHANDLUNGSFEHLER IN DER PRAXIS

Im Jahr 2021 wurden bei der Bundesärztekammer

8.449

Anträge auf Begutachtung gestellt und

5.455

Sachentscheidungen gefällt.

446

davon betrafen den Bereich Aufklärung.

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

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

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

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

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

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

Patient darf nicht „überfahren“ werden

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

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

Ina Reinsch



Zeit zum Nachdenken über eine Behandlung ist wichtig. Doch eine Sperrfrist zwischen Aufklärung und Einwilligung gibt es nicht.

Fortbildungen von ARZT & WIRTSCHAFT

Interessante CME für Sie



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

Haben Sie mal Lust auf eine CME abseits der Medizin? ARZT & WIRTSCHAFT 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 ma-

chen. Einfach durchlesen und online den Fragenkatalog ausfüllen. Ist alles richtig, werden Ihnen Ihre Punkte automatisch gutgeschrieben. Für jede erfolgreich absolvierte CME erhalten Sie zwei Punkte.

Alle CME-Fortbildung finden Sie online auf:

WWW.  cme.medlearning.de/aw.htm




Erfolgreiche Mitarbeitergespräche in turbulenten Zeiten

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

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

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



Effektives Terminmanagement in der Praxis

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

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

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



Sexuelle Gewalt - Betroffene in der Praxis umfassend betreuen

Patienten mit sexueller Gewalterfahrung stellen für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte eine Ausnahmesituation dar. Diese Fortbildung informiert über die vertrauliche Spurensicherung und die Beweissicherung im Auftrag der Polizei sowie deren Auswirkungen auf die ärztliche Schweigepflicht. Dabei wird die Rolle des Arztes als Zeuge im Strafprozess sowie die

Bedeutung des Befundbogens als Urkunde erklärt. Ärzte erhalten Tipps für die Patientenaufklärung sowie Befunderhebung. Auch wenn viele Niedergelassene etwa eine vertrauliche Spurensicherung nicht selbst anbieten können, sollten sie Patienten an die richtigen Angebote vermitteln können.

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



Fotos: fizkes/gettyimages, denaerre/gettyimages, solidcolours/gettyimages, LIGHTFIELD STUDIOS - stock.adobe.com



Ihre Fragen an unsere Rechtsexpertin

Ina Reinsch, Rechtsanwältin und A&W-Redakteurin



Foto: Christoph Vöhler

Elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Was erfährt der Arbeitgeber?

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

Dr. Gabriele W. aus Bayern



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

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

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

Überstunden

Was muss ich bezahlen?

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

Dr. Hermann V. aus Hessen

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

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



Jetzt archivieren!

PDF-Download unter:
AuW.de/Rechtsexperten



A&W-Kontakt

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

und per Fax unter
08191 3055591

Patientenakten

Datenschutz in der Praxis?

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

Dr. Arnold J. aus Nordrhein-Westfalen

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

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



Altersvorsorge

Die Bilanzen der Ärzteversorgungswerke im Check

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

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

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

2021 war ergebnistechnisch ein echtes Ausnahmejahr

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

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

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



Martin Reiss
juristischer Geschäftsführer
VGV Verwaltungsgesellschaft
für Versorgungswerke Berlin

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

Foto: VGV mbH

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

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

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

Wegen der jahrelangen Niedrigzinsphase und den zunehmenden Verwerfungen an

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

Diese Anlageklassen haben sich besonders erfreulich entwickelt

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

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

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



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

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

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

Verhaltenes Rentenplus und gebremster Optimismus

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

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

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

Rückstellungen rauf und Rechnungszins runter

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

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



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

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

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

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



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

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

André Gießel

Fotos: Zerbor/gettyimages, traffic_analyzer/gettyimages



Prostatakarzinom

Erkrankungsrisiko jetzt mit Tool bestimmbar

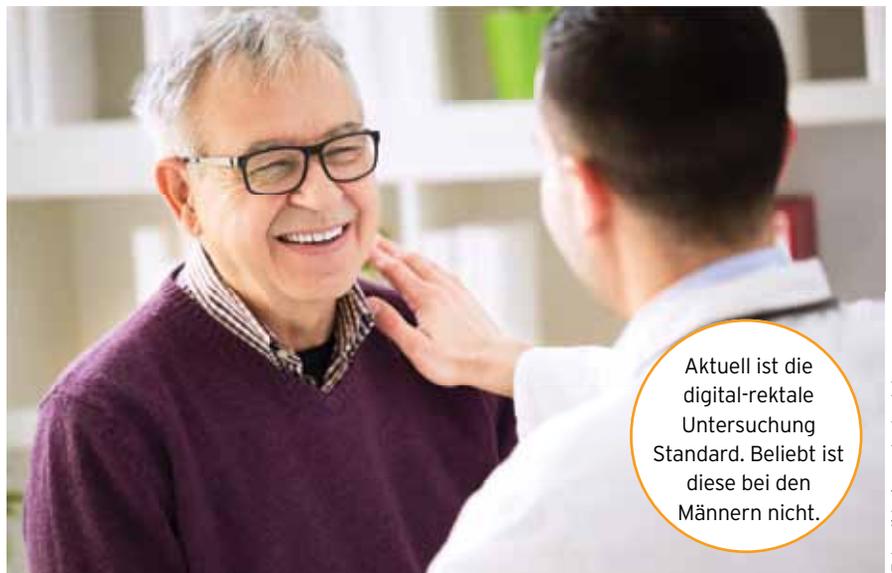
Mit einer neuen kostenlosen Online-Anwendung kann vorhergesagt werden, wie hoch die Wahrscheinlichkeit ist, an einem Prostatakarzinom zu erkranken.

Das Prostatakarzinom wurde mal als Haustierkrebs bezeichnet, weil sehr viele ältere Männern zwar mit, aber nicht an einem Prostatakarzinom (Prostata-Ca) versterben. Ganz so einfach ist die Situation aber nicht. Denn es gibt Männer im Alter von unter 50 Jahren, die ein Prostata-Ca mit Knochenmetastasen haben. Es gibt aber auch Männer, bei denen in fortgeschrittenem Alter ein asymptomatisches Prostata-Ca eher als Zufallsbefund detektiert wird.

Die aktuelle Leitlinie zum Prostata-Ca nennt sehr fein aufgegliedert die möglichen Optionen zur Behandlung. Letztlich sollte mit dem aufgeklärten Patienten eine akzeptable Lösung gefunden werden. Oftmals ist die Wachstumsfraktion beim Prostata-Ca sehr niedrig. Der fünfstufige Gleason-Score differenziert die Histologie und wird jeweils vom beurteilenden Pathologen erhoben. Je höher der Score, desto stärker ist das Tumorgewebe entdifferenziert. Damit ist eine Abschätzung möglich, wie der Krankheitsverlauf sein könnte.

Prostata-Ca und Genetik

Beim Prostata-Ca wird von einer sehr starken erblichen Komponente ausgegangen. Dementsprechend müsste es theoretisch möglich sein, ein Erkrankungsrisiko vorherzusagen, wenn man die entscheidenden Parameter kennt. Forscher der University of Cambridge und des Institute of Cancer



Aktuell ist die digital-rektale Untersuchung Standard. Belieb ist diese bei den Männern nicht.

Foto: didesign - stock.adobe.com

Research, London, beide Großbritannien, haben jetzt einen Algorithmus vorgestellt, der eine Risikoabschätzung erlaubt. Im Hintergrund der Arbeit steht die Überlegung, dass man Männer mit hohem Risiko für ein Prostata-Ca engmaschig kontrolliert und bei Männern mit einem niedrigen Risiko insbesondere invasive Diagnostik möglichst reduziert.

Der Algorithmus

In den CanRisk-Prostate-Algorithmus geht die Familienanamnese ein. Denn wenn der Vater ein Prostata-Ca hatte, ist das Risiko der Söhne höher. Dann geht ein polygener Score mit 268 Faktoren mit niedrigem Risiko in den Algorithmus ein. Besonders relevant sind seltene Mutationen in den Genen BRCA1 und 2 sowie die HOXB13 G84E-Mutation, die allesamt ein mittleres bis hohes Risiko für die Entwicklung eines Prostata-Ca darstellen.

Wenn das Prostata-Ca beim Vater diagnostiziert wurde, als dieser jünger als 50 Jahre alt war, so ist das Erkrankungsrisiko bei seinem Sohn im Alter von 85 Jahren wesentlich höher, als wenn das Prostata-Ca bei seinem Vater erst mit über 80 Jahren diagnostiziert wurde.

Das deckt sich mit dem klinischen Eindruck, dass Prostata-Cas bei jüngeren Männern besonders aggressiv verlaufen.

Bei etwa 16 Prozent der Männer wird bis zum Alter von 85 Jahren ein Prostata-Ca diagnostiziert. Nach den validierten Daten des Algorithmus erkranken mehr als 50 Prozent der Männer, die BRCA2-Träger sind. Von den BRCA1-Trägern erkranken 17 Prozent, also nur wenig mehr als die Gesamterkrankungsquote. HOXB13 G84E-Träger haben mit knapp 40 Prozent ein beachtlich hohes Erkrankungsrisiko.

Zukunftsaussicht

Der Algorithmus soll im Jahr 2023 als dritter validierter Algorithmus für eine häufige onkologische Diagnose im Internet zur Verfügung stehen. Ob sich die hohen Erwartungen dann erfüllen, muss man abwarten.

Dr. med. Ulrich Karbach

Quelle: Neues Tool zur Prognose des Prostatakrebs-Risikos (medscape.com)
CanRisk-Prostate: A Comprehensive, Externally Validated Risk Model for the Prediction of Future Prostate Cancer | Journal of Clinical Oncology (ascopubs.org)

KOMMENTAR

Männer nutzen die Krebsvorsorgeuntersuchung immer noch wesentlich seltener als Frauen. Ob sich daran künftig etwas ändert, wenn man eine einigermaßen verlässliche Prognose über die Erkrankungswahrscheinlichkeit eines Prostata-Ca erhält, muss man abwarten. Es ist zu befürchten, dass die Motivation für eine Krebsvorsorge bei Männern nicht steigen wird.

Muskelinvasives Blasenkarzinom

Veränderte Behandlungslandschaft

In den letzten zehn Jahren ist das Verständnis für die Pathogenese des Harnblasenkarzinoms gewachsen. Auf dieser Basis konnten auch innovative Therapiestrategien entwickelt werden.

Zur Behandlung des muskelinvasiven Blasenkarzinoms spielt die systemische in Verbindung mit der lokalen Therapie eine Schlüsselrolle, um die Rezidivraten zu reduzieren. Trotz radikaler Zystektomie und pelviner Lymphknotendissektion entwickeln dennoch letztendlich etwa 50 Prozent der Patienten aufgrund von disseminierten Mikrometastasen einen Befall an entfernten Körperstellen. Seit über vierzig Jahren besteht die systemische Behandlung des muskelinvasiven und fortgeschrittenen Blasenkarzinoms hauptsächlich aus einer platinbasierenden Chemotherapie.

Neue Techniken, neue Einblicke

Wie Wissenschaftler des Tisch Cancer Institute, Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York, USA, im Rahmen eines Publikationsupdates feststellen, haben jedoch innerhalb des letzten Jahrzehnts Innovationen in der DNA-Sequenzierungstechnologie zu einer schnellen genomischen Charakterisierung von Blasenkrebs geführt. Die Einblicke in die Pathogenese des Blasenkrebses wurden vertieft und potenzielle therapeutische Schwachstellen aufgedeckt.

Muskelinvasive Blasenkarzinome sind Tumoren ab dem Tumorstadium T2 nach der TNM-Klassifizierung (Tumor, Lymphknoten, Metastasen). Hat das Tumorwachstum auch auf das umliegende Binde- und Fettgewebe übergreifen, ist das Stadium T3 erreicht. Werden angrenzende Organe befallen, handelt es sich definitionsgemäß um Stadium T4 (T4a: Prostata, Uterus, Vagina, T4b: Becken-, Bauchwand).

Neue Strategien, neue Aussichten

Mit dem Stadium T4 steigt das Risiko der Entwicklung von Fernmetastasen. Bei Patienten, deren Tumor das Stadium T2, T3 oder T4a aufweist und bei denen noch keine Metastasen nachweisbar sind (M0), ist eine vollständige Tumorresektion indiziert, was in den allermeisten Fällen die Entfernung der Harnblase bedeutet. Auch eine neoadjuvante Chemotherapie vor der Operation kommt infrage, um das postoperative Rezidivrisiko zu senken. Nach der Operation haben sich Cisplatin-basierende Chemotherapien bewährt.

Wenn jedoch der Tumor bereits in die Becken- oder Bauchwand vorgedrungen ist (T4b) oder Metastasen gebildet hat,

MUSKELINVASIVES BLASEN-CA

- Blasenkrebs verursacht jährlich fast 170.000 Todesfälle weltweit.
- Das muskelinvasive Harnblasen-CA macht etwa 20 Prozent der neu diagnostizierten Fälle von Blasenkrebs aus.
- Die Diagnose erhalten etwa drei von zehn Frauen und zwei von zehn Männern zu dem Zeitpunkt, an dem der Tumor erstmals entdeckt wird.

wird häufig auf einen ausgedehnten chirurgischen Eingriff verzichtet.

Stattdessen erweisen sich moderne Chemotherapie- und Immuntherapie-Schemata als wirksame Strategien. Obwohl die Cisplatin-basierende Chemotherapie die Standardtherapie in der perioperativen und Erstlinienbehandlung von Metastasen bleibt, sind neuartige Therapien entwickelt worden, welche die Behandlungsparadigmen verändert haben, betonten die New Yorker Wissenschaftler.

Neue Therapeutika, neue Ziele

Speziell Patienten, deren Tumoren platinrefraktär sind, und Patienten, die für eine Cisplatin-Therapie nicht geeignet oder an Tumoren mit hoher PD-L1-Expression (programmed death-ligand 1) erkrankt sind, können von Therapien mit Immun-Checkpoint-Inhibitoren (ICI) wie Atezolizumab, Pembrolizumab, Nivolumab, Durvalumab oder Avelumab profitieren. Dabei wurde bei bestimmten Patienten ein dauerhaftes Ansprechen der Behandlung festgestellt. Darüber hinaus wurden häufig exprimierte molekulare Ziele genutzt, um zielgerichtete Therapien zu entwickeln, wie zum Beispiel Fibroblasten-Wachstumsfaktor-Rezeptor-Inhibitoren und Antikörper-Wirkstoff-Konjugate.

Dagmar van Thiel

Quelle: Patel VG et al. CA Cancer J Clin 2020;70(5):404-423; www.krebsinformationsdienst.de



Foto: BillionPhotos.com - stock.adobe.com

Die molekulare Charakterisierung des Harnblasenkarzinoms und die Entwicklung neuartiger Therapien kommt auch Patienten mit muskelinvasivem Blasenkrebs zugute.

Harninkontinenz

Ärztliche Leitlinie für die 75-plus-Patienten

Die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie hat die bislang erste Leitlinie im deutschsprachigen Raum mit Empfehlungen zum Management der Harninkontinenz bei geriatrischen Patienten erarbeitet.

Wie die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG) mitteilte, hat die Arbeitsgruppe Inkontinenz zur Entwicklung der S2e-Leitlinie einen Studienschwungel durchforstet und daraus Diagnostik- und Therapieleitfäden entwickelt, die speziell auf geriatrische Patienten zugeschnitten sind. Das interdisziplinäre Gremium von praktisch tätigen Medizinern, die täglich selbst inkontinente Patienten betreuen, hat die Empfehlungen „in akkurater Detailarbeit und ohne Sponsor“ zusammengestellt.

Definition erweitern

In vielen Studien wurde die Definition der älteren Patienten nur auf das Alter von 65-plus beschränkt, was aber einen älteren Patienten nicht umfassend beschreibt, erklärte Prof. Andreas Wiedemann, Witten, in einer Mitteilung. Denn ein geriatrischer Patient sei durch Vulnerabilität und Multimorbidität gekennzeichnet und wesentlich älter, nämlich über 75 Jahre. Zudem seien wichtige Unterschiede zwischen Mann und Frau zu beachten.

Medikation abwägen

Ein Schwerpunkt der Leitlinie liegt auf Nebenwirkungen von vielfach bei älteren Menschen angewendeten Medikationen. Die Pharmaka für geriatrische Patienten sollten sorgfältig ausgewählt werden. So können zum Beispiel manche Antidepressiva relevante Blasenfunktionsstörungen hervorrufen, verdeutlichte Wiedemann. Aber auch Medikamente,



Fotos: Blue Planet Studio - stock.adobe.com, Brad Pict - stock.adobe.com

Um Ärzten, die geriatrische Patienten mit Inkontinenz betreuen, bestmögliche Behandlungsempfehlungen zur Verfügung zu stellen, wurde eine spezielle Leitlinie erarbeitet.

die wirksam gegen die Inkontinenz selbst eingesetzt werden, sollten überlegt verabreicht werden. Denn es sei möglich, dass die bei Blasenfunktionsstörungen eigentlich nützlichen Anticholinergika die kognitiven Fähigkeiten der Patienten negativ beeinflussen und zu einem erhöhten Sturzrisiko führen.

Toilettentraining fördern

Als wichtige praktische Behandlungsmaßnahme bei inkontinenten geriatrischen Patienten hebt die Leitlinie das Toilettentraining hervor, das verschiedene Methoden beinhaltet. Allein die Aufmerksamkeit des Patienten für seine Blasenfunktion zu schärfen, wäre bereits ein wichtiger Schritt, um das Problem besser in den Griff zu bekommen.

Dazu gehören etwa der regelmäßige Gang zur Toilette und das bewusste Erspüren des Harndrangs. Sogar gebrechliche ältere Menschen mit kognitiven oder körperlichen Einschränkungen sprechen auf diese Form des Verhaltenstrainings gut an, so Wiedemann. Solche Maßnahmen müssten allerdings von den pflegenden Personen begleitet und unterstützt werden.

Kernpunkte beachten

Die Leitlinie legt zusätzlich Wert auf einige Kernpunkte.

- So wurde erstmals eine klare Handlungsempfehlung zur Harnblasen-Langzeitdrainage ausgesprochen: Ein Blasenkatheter zur Inkontinenzbehandlung ist erst dann erlaubt, wenn alle anderen Therapien nicht anwendbar oder unerwünscht sind. „Bislang wurden Katheter vorschnell gelegt“, erklärte Wiedemann.
- Auch seien beispielsweise operative Highend-Methoden wie etwa die sakrale Neuromodulation, auch als Blasen-Schrittmacher bekannt, die in einigen vom Leitliniengremium geprüften Studien angeführt werden, für geriatrische Patienten keine geeigneten Interventionen.
- Als Besonderheit benennt die Leitlinie klar die Kosten der Behandlungsmaßnahmen, was laut den Autoren wichtig in einem zunehmend teurer werdenden Gesundheitssystem ist.

Dagmar van Thiel

Quelle: AWMF-S2e-Leitlinie „Harninkontinenz bei geriatrischen Patienten, Diagnostik und Therapie“, Reg.-Nr. 084-001

Etwa 40 Prozent ...
 ... der über 70-jährigen Menschen in Deutschland leiden an Harninkontinenz. Entsprechend viele ältere Patienten müssen wegen der Blasenstörung beim niedergelassenen Arzt behandelt werden.



LEBENSWEISHEIT

*Wer auf die Jagd nach einem Tiger geht,
muss damit rechnen,
einen Tiger zu finden.*

Indische Weisheit

FRÖHLICHE FUSSBALLERSPRÜCHE

*Wenn der Ball
am Torwart vor-
beigeht, ist es
meist ein Tor.*

Mario Basler

*Uns steht ein hartes
Programm
ins Gesicht.*

Andy Brehme

*Die Schweden sind keine
Holländer – das hat man
ganz genau gesehen.*

Franz Beckenbauer

VERRÜCKTES VON VERSICHERUNGEN

Dann brannte plötzlich der Weihnachtsbaum. Die Flammen griffen auf den Vorhang über. Mein Mann konnte aber nicht löschen, weil er wie ein Verrückter nur die Hausrat-Police suchte.

Zunächst sagte ich der Polizei, ich sei nicht verletzt, aber als ich den Hut abnahm, bemerkte ich den Schädelbruch.

Während des bekannten Tanzes Holladihia-Hoppsassa sprang ich übermütig nach oben, wobei mich mein Tanzpartner kräftig unterstützte. Dabei kam mir die Kellerdecke schneller als erwartet entgegen.

Als ich eine Fliege erschlagen wollte, erwischte ich den Telefonmast.

WAHNSINNIIG WITZIG

Herr Müller geht an Krücken und trifft einen Freund. „Was ist dir denn passiert?“ „Autounfall.“ „Schrecklich. Kannst du nicht mehr ohne Krücken gehen?“ „Weiß nicht. Mein Arzt sagt ja, mein Anwalt nein.“



Mia ruft begeistert: „Mami, wenn ich groß bin, heirate ich den Max.“ „Kind, vergiss nicht: zum Heiraten gehören immer zwei.“

Mia: „Na gut, dann nehme ich den Emil noch dazu.“



Der Automechaniker zum Kunden: „Ich konnte die Bremsen leider nicht reparieren, deswegen habe ich Ihnen die Hupe lauter gestellt.“



Herr Schmidt ruft wütend beim Wetteramt an: „Ich wollte Ihnen nur sagen, dass die Feuerwehr gerade 5.000 Liter Ihrer leichten Bewölkung aus meinem Keller gepumpt hat.“