

Erfolgreiche Praxisführung
für Ärztinnen und Ärzte

WIRTSCHAFTS

ÜBER-
LEBEN

IST DAS EINE –

LEBEN

DAS ANDERE.

ORION
PHARMA



NEU im mHSPC



NUBEQA[®]
(Darolutamid)

STARKE WIRKSAMKEIT, VORTEILHAFTE VERTRÄGLICHKEIT

Jetzt für Ihre Patienten mit Hochrisiko-
nmCRPC und mHSPC*¹⁻³

Starten Sie den ersten Docetaxel-Zyklus innerhalb
von 6 Wochen ab Therapiebeginn mit NUBEQA®

mHSPC

2 x täglich NUBEQA® 600 mg + ADT*

+
Docetaxel
75 mg/m²
q3w Dosierung x
6 Zyklen

**Hochrisiko-
nmCRPC**

2 x täglich NUBEQA® 600 mg + ADT

* Auch, wenn ein Docetaxel-Zyklus verzögert, unterbrochen oder nicht weitergeführt wird.

UROLOGEN
PHARMA TREND

Das **innovativste**
Produkt® Top1
2022

* NUBEQA® wird angewendet zur Behandlung erwachsener Männer mit nicht-metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom (nmCRPC), die ein hohes Risiko für die Entwicklung von Metastasen aufweisen und zur Behandlung erwachsener Männer mit metastasiertem hormonsensitivem Prostatakarzinom (mHSPC) in Kombination mit Docetaxel und einer Androgendeprivationstherapie. **1.** Fachinformation NUBEQA®, Stand Februar 2023. **2.** Fizazi K, et al. N Engl J Med. 2020;383(11):1040-1049. **3.** Smith MR, et al. Engl J Med 2022;386(12):1132-1142.

Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung.

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

NUBEQA 300 mg Filmtabletten (Vor Verschreibung Fachinformation beachten.) **Zusammens.:** Wirkstoff: Jede Filmtablette enthält 300 mg Darolutamid. **Sonst. 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). **Anwendungsgeb.:** NUBEQA wird angew. zur Behandl. erwachsener Männer 1.) mit nicht-metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom (nmCRPC), die ein hohes Risiko für die Entwicklung von Metastasen aufweisen. 2.) mit metastasiertem hormonsensitivem Prostatakarzinom (mHSPC) in Kombination mit Docetaxel und einer Androgendeprivationstherapie. **Gegenanz.:** Überempf. g. Wirkstoff od. einen der sonst. Bestandteile. Frauen, die schwanger sind od. werden können. **Warnhinw. u. Vorsichtsmaßn.:** Enthält Lactose. Packungsbeilage beachten. Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. **Nebenwirkungen:** 1.) bei Pat. mit **nmCRPC:** *Sehr häufig:* Fatigue/ Erschöpfungszustände, Neutrophilenzahl verringert, Bilirubin im Blut erhöht, AST erhöht; *Häufig:* Ischämische Herzkrankung, Herzinsuffizienz, Ausschlag, Schmerzen in einer Extremität, Schmerzen des Muskel- und Skelettsystems, Frakturen. 2.) bei Pat. mit **mHSPC:** *Sehr häufig:* Hypertonie, Ausschlag, Neutrophilenzahl verringert, Bilirubin im Blut erhöht, ALT erhöht, AST erhöht; *Häufig:* Frakturen, Gynäkomastie. **Verschreibungspflichtig. Pharmazeutischer Unternehmer:** Bayer AG. 51368 Leverkusen. Deutschland. **Stand:** FI/4.0, Februar 2023



AMÜSANTES AUS AUFSÄTZEN

*Ich weine
nicht! Meine
Augen schwitzen
nur.*

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

LEBENSWEISHEIT

*Wer stolpert, achtet wieder besser
auf den Weg.*

Chinesische Weisheit

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



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

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, Nina Grellmann,
Ina Reinsch, Ines Schulz-Hanke

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

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

Corporate Publishing:

Sigrid von See-Bredebusch,
Franziska Daschner, 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.

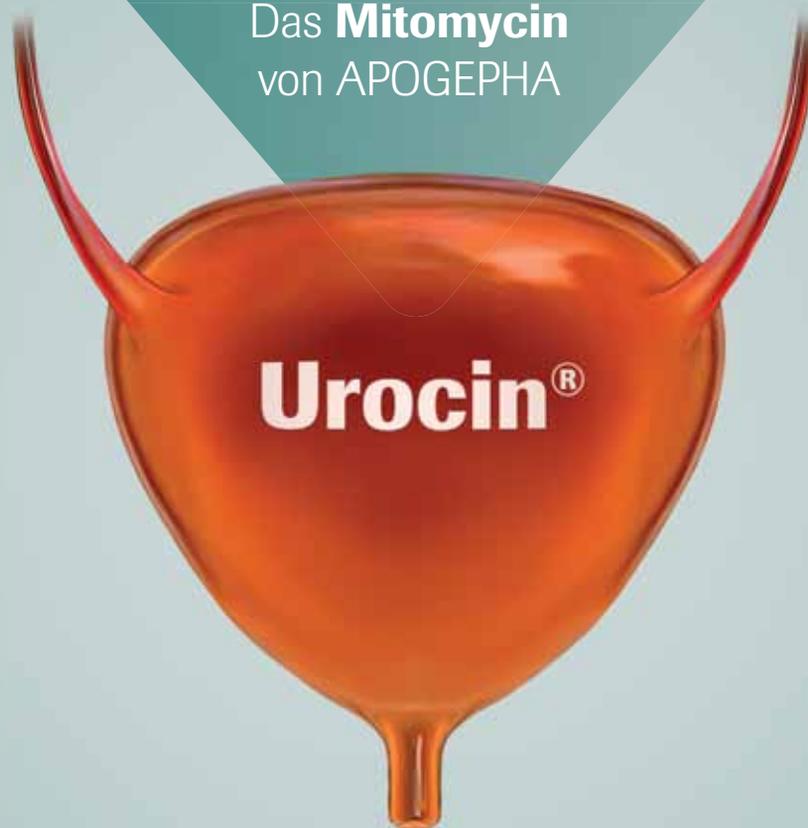
Leseranalysen stehen zur Verfügung

LA-MED

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

Sicher in die Blase.

Das **Mitomycin**
von APOGEPHA



Sicher

Vial mit dem Plus an Anwendersicherheit¹

Geschützt

Instillationsset mit Mehrfachschutz

Haltbar

Lange Haltbarkeit von 36 Monaten²

APOGEPHA Arzneimittel GmbH, Kyffhäuserstr. 27, 01309 Dresden
Tel. 0351 33633, Fax 0351 3363440, info@apogepha.de, www.apogepha.de

1. Bruchsicher, lichtgeschützt und wischtstestgeprüft.
2. Fachinformation Urocin® 20 mg, Stand 10/2022.

Urocin® 20 mg Pulver zur Herstellung einer Injektions- bzw. Infusionslösung oder einer Lösung zur intravesikalen Anwendung. **Wirkstoff:** Mitomycin, 1 Durchstechflasche enthält 20 mg Mitomycin. Sonst. Best.: Mannitol, Salzsäure. **Anwendung:** bei Erwachsenen. Intravesikale Anwendung zur Rezidivprophylaxe bei nicht-invasivem Harnblasenkarzinom nach transurethraler Resektion. Bei intravenöser Gabe in der Monotherapie od. in kombinierter zytostatischer Chemotherapie. Bei folgenden Tumoren wirksam: nicht-kleinzelliges Bronchialkarzinom, fortgeschr. kolorektales Karzinom, fortgeschr. Leberzellkarzinom, fortgeschr. Magenkarzinom, fortgeschr. u./od. metast. Mammakarzinom, fortgeschr. Ösophaguskarzinom, fortgeschr. Pankreaskarzinom, fortgeschr. Zervixkarzinom, fortgeschr. Kopf-Hals-Tumor. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Mitomycin od. einen d. sonstigen Bestandt., Stillzeit. **Bei intravesikaler Ther.:** bei Vorliegen einer Harnblasenwandperforation, Zystitis. **Bei system. Ther.:** Panzytopenie o. isolierte Leuko-/Thrombozytopenie, hämorrhagische Diathese, akute Infektionen. Relative Gegenanz.: restriktive od. obstruktive Ventilationsstörg., Nierenfunktionsstörg., Leberfunktionsstörg., schlechter Allgemeinzustand, eine in zeitl. Zusammenh. stehende Strahlentherapie od. auch zytostatische Ther. **Nebenwirkungen:** **Bei intravesikaler Therapie:** *Häufig:* Pruritus, allergischer Hautausschlag, Kontaktdermatitis, palmar-plantare Erythrodyssäthesie (PPE), Zystitis (möglw. hämorrhagisch), Dysurie, Nykturie, Pollakisurie, Hämaturie, lokale Reizung der Harnblasenwand. *Selten:* generalisiertes Exanthem. *Sehr selten:* nekrotisierende Zystitis, allergische (eosinophile) Zystitis, Stenosen der ableitd. Harnwege, vermind. Harnblasenkapazität, Kalzifizierung der Harnblasenwand,

Harnblasenwandfibrose, Harnblasenwandperforation, Leuko- u. Thrombozytopenie, Interstitielle Lungenerkrankung, Übelkeit, Erbrechen, Diarrhö, Transaminasenerhöhung, Alopezie, Nierenfunktionsstörg., Fieber. *Häufigkeit nicht bekannt:* im Fall einer Extravasation: Harnblasenperforation, (Fett-)Gewebsnekrose im umliegend. Bereich, vesikale Fistel, Abszesse. **Bei systemischer Therapie:** *Sehr häufig:* Knochenmarksuppression, Leuko- u. Thrombozytopenie, Übelkeit, Erbrechen. *Häufig:* Interstitielle Pneumonie, Dyspnoe, Husten, Kurzatmigkeit, Exantheme, allergischer Hautausschlag, Kontaktdermatitis, palmar-plantare Erythrodyssäthesie (PPE), Nierenfunktionsstörg., erhöhtes Serumkreatinin, Glomerulopathie, Nephrotoxizität. Bei Paravasation: Zellulitis, Gewebsnekrosen. *Gelegentlich:* Anorexie, Mukositis, Stomatitis, Diarrhö, Alopezie, Fieber. *Selten:* hämolytische Anämie, thrombotische Mikroangiopathie (TMA) einschl. thrombotisch-thrombozytopenische Purpura (TTP), lebensbedrohliche Infektion, Sepsis, Herzinsuffizienz nach vorausgegangen. Anthrazyklintherapie, pulmonaler Hypertonus, venookklusive Erkrankung d. Lunge (PVOD), Leberfunktionsstörg., Transaminasenerhöhung, Ikterus, venookklusive Erkrankung d. Leber (VOD), generalisierte Exantheme, hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS, häufig m. letalem Ausgang), mikroangiopathische hämolytische Anämie (MAHA-Syndrom). *Sehr selten:* schwere allergische Reakt. *Häufigkeit nicht bekannt:* Anämie, Infektion. **Warnhinweise:** Reaktionsvermögen kann beeinträchtigt werden. **Wechselwirkungen sowie weitere Hinweise:** siehe Fachinformation. Verschreibungspflichtig. **Pharmazeutischer Unternehmer:** APOGEPHA Arzneimittel GmbH, Kyffhäuserstr. 27, 01309 Dresden, Stand: 10/2022

 **APOGEPHA**
Ihr Partner in der Urologie

Erfolgreiche Praxisführung
für Ärztinnen und Ärzte

ARZT & WIRTSCHAFT

UROLOGIE

TSS/Hausärzte

**Vereinbarte Termine:
Offene Fragen** S. 10

Prostatakarzinom

**Viele Männer bereuen
die Ektomie** S. 16

Praxisabgabe

**Wie die
Wertermittlung
funktioniert** S. 26

UPDATE **ONKOLOGIE**

**Antikoagulation
bei Krebs** S. 30

WENIGER
MÜSSEN
MÜSSEN®

ERSTE WAHL BEI ERSTEN BPS-BESCHWERDEN



Wirksam und
gut verträglich



Evidenzbasiert^{1, 2}
und leitliniengestützt³



Beeinträchtigt nicht
die Sexualfunktion



Keine Wechsel-
wirkungen bekannt

¹ Oelke M et al. World J Urol. 2014; 32(5): 1109-1117; ² Oelke M et al. World J Urol. 2014; 32(5): 1149-1154; ³ S2e-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU) und des Berufsverbandes der Deutschen Urologen, November 2014, AWMF-Reg. Nr. 043-035.

Prostagutt® duo 160 mg | 120 mg 1 Weichkapsel enthält: Wirkstoffe: 160 mg Dickextrakt aus Sägepalmenfrüchten (10-14,3:1), Auszugsmittel: Ethanol 90 % (m/m); 120 mg Trockenextrakt aus Brennnesselwurzeln (7,6-12,5:1), Auszugsmittel: Ethanol 60 % (m/m). Sonstige Bestandteile: Gelatinepolysuccinat; Glycerol; Hartfett; Hochdisperses Siliciumdioxid; Hydriertes Sojaöl (Ph. Eur.), Patentblau V, Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O, Eisen(II,III)-oxid. **Anwendungsgebiete:** Miktionsbeschwerden bei benigner Prostatahyperplasie, Stadium I bis II nach Alken bzw. II bis III nach Vahlensieck. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Zubereitungen aus Sägepalmenfrüchten, Brennnesselwurzeln, Soja, Erdnuss oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** Gelegentlich leichte Magen-Darm-Beschwerden, selten Überempfindlichkeitsreaktionen (z.B. Juckreiz, Hautausschlag, Nesselsucht). Sojabohnenöl kann sehr selten allergische Reaktionen hervorrufen. Dr. Willmar Schwabe GmbH & Co. KG – Karlsruhe
P/07/01/23/01



Nykturie

Weit mehr als ein lästiges Phänomen

Nächtlicher Harndrang ist nicht nur als ein behandlungsbedürftiges Symptom zu verstehen, sondern auch als Signal für komplexere Krankheitsgeschehen.

Nykturie ist mit einer erhöhten Mortalität verknüpft, wie aus der US-amerikanischen Erhebungsstudie NHANES III des National Center for Health Statistics (NCHS) hervorgeht. Sie analysierte die Daten von 15.988 Frauen und Männern mit Nykturie. Je jünger die Betroffenen waren und je häufiger nächtliche Miktionen auftraten, umso höher lag das Mortalitätsrisiko. Eine weitere Studie zeigte, dass Nykturie positiv signifikant mit Bluthochdruck, Schlaganfall und der Gesamtheit kardiovaskulärer Erkrankungen korrelierte.

Für den Alltag des einzelnen Patienten ist es jedoch entscheidend, dass der lästige nächtliche Harndrang die Lebensqualität erheblich einschränkt. Dies erlebt das Gros der Männer mit benignem Prostata-



Foto: Cliplab - stock.adobe.com

syndrom (BPS); sie haben in 80 Prozent der Fälle unter Nykturie zu leiden. Zur effektiven symptomatischen Therapie hat sich APOPROSTAT® forte bewährt, ein hochdosiertes Phytosterol-Konzentrat (65 mg Phytosterol pro Weichkapsel mit einem Mindestgehalt von über 70 % Beta-Sitosterol).

Studien belegten unter der Therapie bei Männern mit BPS sowohl eine signifikante

Reduktion der nächtlichen Miktionen als auch signifikante Verbesserungen objektiver Parameter wie Senkung des IPSS (International Prostate Symptom Score) auf unter 7, Reduktion des Restharnvolumens, Verbesserung des maximalen Harnsekundenvolumens und der Lebensqualität.

Dagmar van Thiel

Quelle: Pressemitteilung von Apogepha

Hypogonadismus

Mit Testosteron-Gel im Rahmen der Normen

Für die Testosteron-Therapie gelten laut den internationalen Leitlinien sicherheitsrelevante Kriterien, die bei sorgfältiger Applikation eines Testosteron-Gels erfüllt werden können.

Eine Testosteron-Therapie (testosterone replacement therapy, TRT) zur Behandlung des symptomatischen Hypogonadismus sollte Hormonwerte im mittleren Normbereich zum Ziel haben. Denn sowohl zu hohe als auch zu niedrige Testosteron-Spiegel können mit einer erhöhten Sterbewahrscheinlichkeit assoziiert sein.

Bei einem Gesamt-Testosteron-Wert unter 12 nmol/l oder einem Wert für freies Testosteron unter 225 pmol/l im Serum und entsprechender Symptomatik besteht gemäß der aktuellen Leitlinie der European Association of Urology (EAU) ein therapiebedürftiger Testosteron-Mangel. Als Zielwerte der Therapie geben die Guidelines der American Urology Association (AUA) und der Canadian Urological Association (CUA) Werte von 15,6 bis

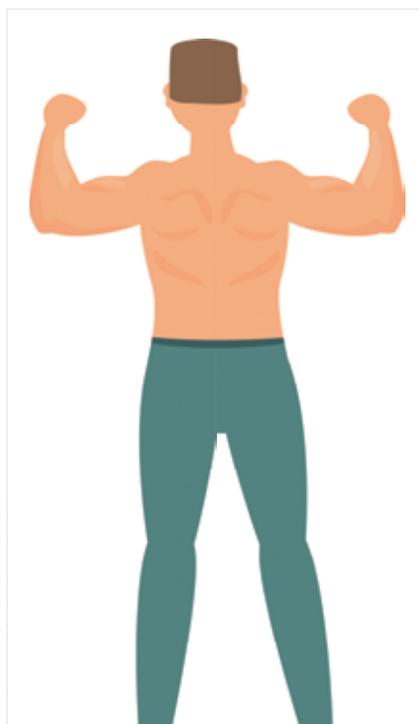


Foto: nsf0108 - stock.adobe.com

20,8 nmol/l beziehungsweise 14 bis 17 nmol/l an. Ebenfalls von den Leitlinien angeraten ist die regelmäßige Kontrolle der Testosteron-Serumwerte sowie des Hämatokrit, da eine TRT zu unerwünscht hohen Hämatokrit-Werten führen kann.

Mit Testosteron-Gelen (beispielsweise Testogel® Dosiergel 16,2 mg/g Gel) lassen sich konstante Testosteron-Werte im mittleren Normbereich gut einstellen, da dank der Pharmakokinetik der Gele ein gleichmäßiger Testosteron-Spiegel ohne Fluktuationen erreicht wird. Zudem kann bei der Anwendung von Testosteron-Gelen die Dosis schnell und einfach an den individuellen Hormonbedarf des Patienten angepasst werden. Bezüglich des Risikos erhöhter Hämatokrit-Werte bieten die Testosteron-Gele ein günstiges Profil, da die in Studien bislang beobachteten Erythrozytose-Raten unter einer transdermalen TRT eher niedrig ausfielen.

Dagmar van Thiel

Quelle: Pressemitteilung von Besins Healthcare



LEBENSWEISHEIT

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

Albert Einstein

FRÖHLICHE FUSSBALLERSPRÜCHE

*Da muss dann
mal einer die
Hand ins Heft
nehmen.*

Thomas Helmer

*Frauenfußball,
Männerfußball. Es ist
ein Fußball.*

Lena Oberdorf

*Das Wort „Zweiter“
besteht aus zwei Teilen:
„zwei“ und „weiter“.*

Thomas Müller

VERRÜCKTES VON VERSICHERUNGEN

Nachdem ich vierzig Jahre gefahren bin, schlief ich
am Lenkrad ein.

Ich brauche keine Lebensversicherung. Ich möchte, dass alle
richtig traurig sind, wenn ich einmal sterbe.

Beim Heimkommen fuhr ich versehentlich in eine falsche
Grundstücksauffahrt und rammte einen Baum, der bei mir
dort nicht stand.

Außerdem bin ich vor meinem ersten Unfall und
nach meinem letzten unfallfrei gefahren.

WAHNSINNIIG WITZIG

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



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



Während eines Gigs schaut der
Bassist dem Gitarristen über die
Schulter und brüllt ihm ins Ohr:
„Hey, sag mal, was spielst du?“
Darauf der Gitarrist: „A-Dur!“
Bassist: „Keine Details!
Welcher Titel?“



Gabi zu ihrem Freund Martin:
„Endlich habe ich Golf verstanden:
Wenn der Ball nach links dreht,
nennt man das einen Hook, wenn
der nach rechts dreht, nennt man
das einen Slice. Und fliegt der Ball
geradeaus, dann ist das
ein Wunder!“



Dr. med. Ulrich Karch,
Ressortleiter Abrechnung und Medizin



E-Mail:
ulrich.karch@medtrix.group

„Gesundes“ Halbwissen bedeutet mehr Arbeit

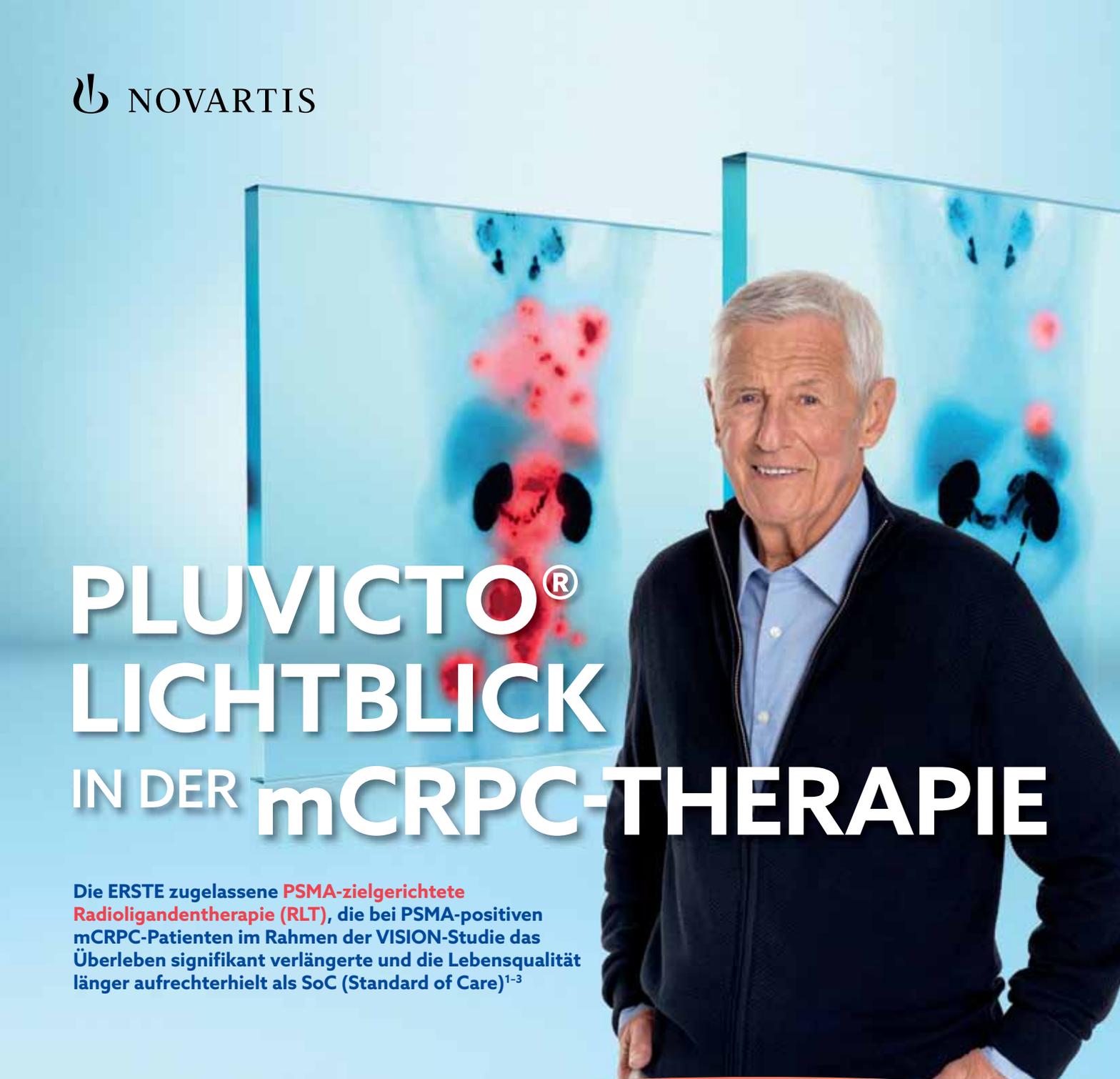
Eine Besprechung zu Erkrankungen ist einfacher, wenn die Gesprächspartner schon gut informiert sind. Allerdings muss die Information auch fachlich richtig sein. Ein Kollege kommentierte kürzlich, dass ihm uninformierte Patienten lieber seien als falsch informierte Patienten. Denn diesen müsse er erst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

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

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

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

Viel Spaß bei der Lektüre



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

 **PLUVICTO®**
(¹⁷⁷Lu)Lutetiumvipivotidtraxetan
INJEKTIONS-/INFUSIONS-LÖSUNG

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.

▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung.

Pluvicto 1 000 MBq/ml Injektions-/Infusionslösung. Wirkstoff: (¹⁷⁷Lu)Lutetiumvipivotidtraxetan. **Zusammensetzung:** 1 ml Lösung enthält am Tag und zum Zeitpunkt der Kalibrierung 1 000 MBq (¹⁷⁷Lu)Lutetiumvipivotidtraxetan. **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

ABRECHNUNG 10



Vereinbarte Termine

Für dringend vereinbarte Termine von Terminservicestellen und Hausärzten gelten besondere Regeln bei der Abrechnung. Deren Beachtung steigert Ihr Honorar.

ABRECHNUNG 11



Sonstige Kostenträger

Häufiges ist häufig und Seltenes selten. Damit besteht auch das Risiko, dass Seltenes nicht richtig abgerechnet wird. Für bestimmte Post- und Bahnbeamte gibt es im EBM Sonderregelungen.

PRAXIS 16



Prostatektomie: Viele bereuen sie

Die Überlebenschancen bei Prostatakrebs sind gut, die Therapiemöglichkeiten vielfältig. Umso mehr gilt: Wer Patienten zur OP rät, sollte auch über Alternativen aufklären.

AKTUELLES



06 Nachrichten

ABRECHNUNG



10 TSS/Hausärzte
Fragen zu vereinbarten Terminen

11 Sonstige Kostenträger
Abrechnen bei Post- und Bahnbeamten

12 Ihre Fragen
Der A&W-Abrechnungsexperte antwortet

TITELGESCHICHTE

26



Wertermittlung der Praxis

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

RECHT 22



Wenn die Behörde anklopft

Der Schrecken ist groß, wenn die Aufsichtsbehörde von Praxisinhabern plötzlich die Arbeitszeitzachweise des Praxispersonals sehen will. Nicht immer ist eine solche Aufforderung berechtigt.

FINANZEN 29



Vorsorge für längere Ausfallzeiten

Auch Ärzte können krank werden und langfristig ausfallen. Damit nicht auch noch finanzielle Sorgen hinzukommen, ist eine Vorsorge für solche Fälle Pflicht. Was Praxischefs beachten müssen.

UPDATE ONKOLOGIE 30



Antikoagulation bei Tumoren

Tumoren und Thromboembolien sind ein teuflisches Duo. Eine aktuelle Analyse hat untersucht, wie man die Risiken einer Thromboseprophylaxe bei Tumorpatienten reduzieren kann.

PRAXIS



- 14 Vertragsärztliche Versorgung
Wie Jobsharing in der Praxis abläuft
- 16 Prostatakarzinom
Viele Patienten bereuen ihre Prostatektomie
- 18 Netiquette
Warum Ärzte in den Sozialen Medien aufpassen sollten
- 20 Fortbildungen von A&W
Interessante CME für Sie
- 21 Ihre Fragen
Die A&W-Praxisexpertin antwortet

RECHT



- 22 Arbeitszeiten
Wenn die Aufsichtsbehörde Nachweise fordert
- 23 Fristlose Kündigung
Bloß nicht widersprüchlich verhalten
- 24 Weiterbildungsassistenten
Vertragsstrafe darf nicht zu hoch ausfallen
- 25 Ihre Fragen
Die A&W-Rechtsexpertin antwortet

FINANZEN



- 26 Praxisabgabe
So funktioniert die Wertermittlung der Praxis vor dem Verkauf einer Arztpraxis
- 28 Sanieren und Bauen
Neue Regeln für Zuschüsse und Kredite
- 29 Krankentagegeldversicherung
Finanzielle Vorsorge für längere Ausfallzeiten

UPDATE ONKOLOGIE



- 30 Antikoagulation bei Krebs
Anhaltspunkte für eine Gratwanderung
- 31 Prostatakarzinom
Pflanzenkost mindert das Progressionsrisiko

MEDIZIN

- 33 Nykturie
Weit mehr als ein lästiges Phänomen
- 33 Hypogonadismus
Mit Testosteron-Gel im Rahmen der Normen

THERAPIE-MAGAZIN

- 32 NUBEQA®
Zulassung um mHSPC erweitert

RUBRIKEN

- 01 Editorial
- 34 Aufgespießt
- 35 Impressum

BLASENENTZÜNDUNG?



BYE BYE Bakterien!



Aktuelle Studie² zeigt:

**Mit Cystinol akut[®]
kann der Einsatz von
Antibiotika reduziert
werden**

Cystinol akut[®]

Das pflanzliche Antibakterium¹

- Antibakteriell¹
- Antiphlogistisch
- Lindert die Beschwerden



¹In-vitro-Studie: Nicken et al., GPT-Kongress, Münster, Germany, Z für Phytotherapie, 38 (Suppl. 1), S39, (2017).

²Die antibakterielle Wirkung von Bärentraubenblätterextrakten (wie Cystinol akut) hat sich als nützliches Instrument für die HWI-Behandlung erwiesen, um den Einsatz von Antibiotika zu reduzieren. | In-vitro-Studie: Krauß, Y., and L. Baxter. Geburtshilfe und Frauenheilkunde 82.10 (2022): 192.

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

Schaper & Brümmer GmbH & Co. KG, Bahnhofstr. 35, 38259 Salzgitter

Stand 03/2021

SCHAPER & BRÜMMER

a member of

 **MEDICE**
THE HEALTH FAMILY



Weltweiter Trend

Penisse werden immer länger

In den letzten 29 Jahren sind Penisse weltweit um 24 Prozent gewachsen: von durchschnittlich 12 auf 15 Zentimeter im erigierten Zustand. Über dieses Ergebnis ihrer Meta-Analyse berichtet ein Urologenteam im „World Journal of Men's Health“. Ausgewertet wurden 75 Studien mit Daten von mehr als 55.000 Männern, deren Penisse im schlaffen, gestreckten und erigierten Zustand gemessen wurden. Selbstmessungen wurden ausgeschlossen. Es handelt sich um eine große Veränderung innerhalb eines recht kurzen Zeitraums. Über die Ursachen kann der-

zeit nur spekuliert werden. Möglicherweise spielen ein sitzender Lebensstil und Umwelteinflüsse eine Rolle. „Wenn wir eine so schnelle Veränderung feststellen, bedeutet das, dass etwas Gewaltiges mit unserem Körper geschieht“, sagte Hauptautor Prof. Michael Eisenberg gegenüber dem Scopeblog der Stanford University. Es gelte, die Ursache herauszufinden. Da sexuelle Funktionsstörungen häufiger diagnostiziert werden und Spermienzahl sowie Testosteronspiegel zurückgehen, sollte geforscht werden, ob beispielsweise Chemikalieneinflüsse dahinterstecken.



Praxisübernahme: Angebote zu niedrig

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

Neue Vergütung für Corona-Impfungen

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



Urintest kann Blasenkrebs vorhersagen

Bereits Jahre vor der klinischen Diagnose kann ein neuer Urintest helfen, Blasenkrebs vorhersagen. Das berichteten Forschende auf dem Jahreskongress der European Association of Urology (EAU) in Mailand. Der UroAmp-Test identifiziert Mutationen in 60 Genen. Entwickelt wurde er von einem Spin-off der Oregon Health Science University: Convergent Genomics. Für die Studie wurden Mutationen in zehn Genen berücksichtigt, die mit Blasenkrebs in Verbindung stehen. Durchgeführt wurde sie mit Proben aus der Golestan-Kohortenstudie, die den Gesundheitszustand von mehr als 50.000 Teilnehmenden über zehn Jahre verfolgt

hat. Binnen dieser Dekade erkrankten 40 Teilnehmende an Blasenkrebs, von 29 war eine Urinprobe verfügbar. Bei 19 von ihnen (66 %) konnte der Test den Krebs vorhersagen, obwohl die Proben bis zu zwölf Jahre vor der Diagnose entnommen worden waren. Der Urintest könne dazu beitragen, mehr Krebserkrankungen im frühen Stadium zu erkennen und unnötige Zystoskopien bei Gesunden zu vermeiden, sagte die leitende Wissenschaftlerin Dr. Florence Le Calvez-Kelm vom Internationalen Krebsforschungszentrum (IARC) in Lyon. Wird Blasenkrebs früh entdeckt, überleben mehr als 80 Prozent der Betroffenen mindestens fünf Jahre.



Fruchtbarkeitsmindernd

Werden PFAS bald verboten?

Ein Puzzelstück in der Klärung der steigenden Unfruchtbarkeitsrate könnten „Forever Chemicals“ sein: perfluorierte und polyfluorierte Alkylsubstanzen (PFAS). Wie eine dänische Studie im Journal „Environmental Health Perspectives“ zeigt, geht eine hohe PFAS-Belastung von Schwangeren mit einer späteren niedrigeren Spermienkonzentration, Gesamtspermienanzahl und einem höheren Anteil unbeweglicher Spermien ihrer Söhne einher. PFAS reichern sich in der Umwelt an und werden über die Nahrungskette wieder aufgenommen. Sie sind unter anderem

in der Beschichtung von Pizzakartons zu finden, auf Pfannen, Regenjacken und Handys. Für 2025 plant nun die Europäische Union ein PFAS-Verbot, gegen das Industriezweige wie der Maschinenbau protestieren. Behörden Deutschlands (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Umweltbundesamt, Bundesinstitut für Risikobewertung), der Niederlande, Dänemarks, Norwegens und Schwedens haben einen Vorschlag zur PFAS-Beschränkung bei der Europäischen Chemikalienagentur (ECHA) eingereicht. Nun läuft das Konsultationsverfahren.



Fotos: ian4kikk - stock.adobe.com, D-Trust GmbH, Andrii Zastrozhnov - stock.adobe.com

Neue Sicherheitsvorgaben für Praxisausweis

Seit dem 3. April 2023 gelten neue Sicherheitsanforderungen für die Beantragung eines Praxisausweises zur Nutzung der Telematikinfrastruktur (TI). Auf diese Vorgabe der gematik weist die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hin. Vertragsärzte und -ärztinnen, die eine neue oder eine Folge-SMC-B-Karte beantragen, müssen sich dem sicheren Identifizierungsverfahren unterziehen. Für die Bestellung eines elektronischen Heilberufsausweises (eHBA)



gilt dies schon länger. Die Anbieter bieten dazu beispielsweise das POSTIDENT-Verfahren in der Postfiliale oder die Online-Ausweisfunktion an. Anschließend prüft die Kassenärztliche Vereinigung, ob der oder die Antragstellende vertretungs- und zeichnungsberechtigt für die Einrichtung ist. Pro Quartal erhalten Praxen eine Pauschale von 23,25 Euro zur Finanzierung des Praxisausweises, der per PIN freigeschaltet wird. Er bleibt fünf Jahre lang gültig.

Medizinklima-Index nach Belastung etwas erholt

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

Assistierte Reproduktion: Wie relevant ist das Alter?

Einen starken Zusammenhang zwischen dem fortgeschrittenen Alter des Vaters und einigen Spermienparametern stellt eine Studie im Journal „Andrology“ fest. Ab einem Alter von 45 Jahren nimmt demnach das Samenvolumen schätzungsweise um 0,22 ml alle fünf Jahre ab. Die Spermienmotilität sinkt ab dem 40. Lebensjahr signifikant um 0,5 bis 0,6 Prozent pro Jahr. Kinder älterer Väter haben zudem ein erhöhtes Risiko für bestimmte Erbkrankheiten und neurologische Entwicklungsstörungen wie Achondroplasie und Apert-Syndrom, Autismus und Schizophrenie. So haben Männer im Alter von 50 bis 54 Jahren zwölfmal häufiger

ein Kind mit Achondroplasie als Männer unter 20 Jahren. Das Risiko, ein Kind mit Autismus oder Schizophrenie zu bekommen, steigt ebenfalls. So ist das Risiko, ein autistisches Kind zu bekommen, bei Männern über 40 Jahren im Vergleich zu Unter-30-Jährigen um das 5,8-Fache erhöht. Das Risiko einer Schizophrenie des Kindes wird bei Vätern über 50 im Vergleich zu Unter-25-Jährigen als knapp 1,7-fach erhöht eingeschätzt. Das Forscherteam um Dr. Annabelle Gourinat empfiehlt, älteren Paaren, die eine assistierte Reproduktion erwägen, die Parameter zu erklären. Ein fortgeschrittenes mütterliches Alter birgt noch weitaus größere Risiken.





Umfrage

Gratiskondome für junge Menschen

86 Prozent der Menschen in Deutschland befürworten eine kostenfreie Abgabe von Kondomen in Apotheken an Unter-26-Jährige. Das geht aus einer Umfrage der DAK-Gesundheit hervor. Eine entsprechende Regelung gibt es seit Beginn des Jahres in Frankreich, mit dem Ziel, sexuell übertragbare Infektionen (STI) einzudämmen. Da auch hierzulande die Zahl der STI ansteigt, fordert die DAK-Gesundheit die Politik zum schnellen Handeln auf. Flankiert werden müsse diese Maßnahme durch verstärkte Aufklärung, um junge Menschen für die Risiken von STI zu sen-

sibilisieren. Dazu gehören beispielsweise Nervenschäden bei Syphilis-Erkrankungen, deren Zahl sich im Zeitraum 2001 bis 2019 verfünffacht hat. „Während der Lockdowns und Kontaktbeschränkungen in den vergangenen Jahren gab es Sondereffekte, die zu einem Rückgang der Infektionen führten“, so Andreas Storm, Vorstandschef der DAK-Gesundheit. „Wir erwarten jetzt einen Wiederanstieg und eine hohe Dunkelziffer.“ Dass die Nutzung von Kondomen zunehmen würde, wenn diese gratis wären, erwarteten laut Umfrage 63 Prozent der Deutschen.

Keine Einigung zur TI-Kostenpauschale

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



Gesundheitsausgaben stark gestiegen

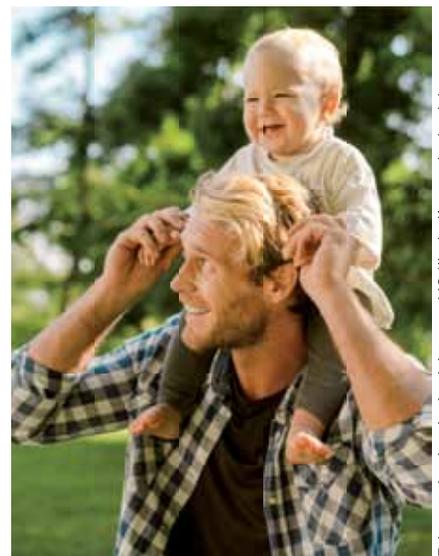
Die Gesundheitsausgaben sind im Jahr 2021 um 7,5 Prozent gegenüber 2020 gestiegen und erreichten mit 474,1 Milliarden Euro den höchsten Stand seit 1992. Pro Kopf betragen sie im zweiten Pandemiejahr 5.699 Euro. Das teilt das Statistische Bundesamt mit. Haupttreiber dieser Entwicklung waren Corona-Ausgaben.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

Cannabis-Verzicht kann Fruchtbarkeit wieder steigern

Das Absetzen von Delta-9-Tetrahydrocannabinol (THC) kann negative Auswirkungen auf die männliche Fruchtbarkeit zum Teil wieder abmildern. Das zeigt eine experimentelle Studie an Rhesusaffen. Wie das Forscherteam um Dr. Jamie Lo im Journal „Fertility and Sterility“ schreibt, beeinträchtigte die Exposition gegenüber THC deren Hodengröße deutlich. Das Hodenvolumen schrumpfte um mehr als die Hälfte (59 %), wenn den Makaken THC in steigenden Dosen verabreicht wurde. Nach einem viermonatigen Verzicht auf Cannabis hatte das Gesamtvolumen der Hoden wieder zugenommen, erreichte jedoch nur 73 Prozent der Ori-

ginal-Größe. Auch die Menge und das Gewicht des Sperma-Ejakulats nahmen mit wachsender THC-Dosis ab, stiegen jedoch nach dem Absetzen wieder an. Der Gesamtserumtestosteronspiegel stieg nach Absetzen ebenfalls deutlich an. Die Ergebnisse legen nahe, dass Männer, die sich in der Familienplanung befinden, mindestens vier Monate lang auf Cannabis verzichten sollten, um die negativen Auswirkungen auf ihre Fruchtbarkeit zu lindern.

Im Zuge der anstehenden teilweisen Cannabislegalisierung in Deutschland sollten junge Männer in besonderem Maße über mögliche Folgen des THC-Konsums auf ihre Fruchtbarkeit aufgeklärt werden.



Fotos: urubank - stock.adobe.com, MQ-illustrations - stock.adobe.com, Drobot/Dean - stock.adobe.com

20 Jahre Eligard® – Grund zum Feiern!

- Über 4 Mio. Patientenjahre*
- Best beschriebenes Leuprorelinacetat**
- Die einzigartige ATRIGEL-Formulierung

20
JAHRE
Eligard®

Eligard®
– ein Name weltweit

Machen Sie mit bei unserer Jubiläums-Spendenaktion!

Ihr Jubiläumsgruß wird unsere Spende an den
Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe (BPS) e.V.



SCAN ME

Hier Jubiläumsgruß
senden!

* weltweit; Tolmar data on file

** 21 Studien und 40 peer-reviewed Veröffentlichungen zum Einsatz von Eligard® als Androgendeprivationstherapie beim fortgeschrittenen Prostatakarzinom

Eligard® 7,5 mg / 22,5 mg / 45 mg Pulver und Lösungsmittel zur Herstellung einer Injektionslösung. Wirkstoff: Leuprorelinacetat. **Zusammensetzung:** Eine vorgefüllte Spritze mit Pulver zur Herstellung einer Injektionslösung (Spritze B) enthält: Wirkstoff: 7,5 mg Leuprorelinacetat (entsprechend 6,96 mg Leuprorelin) bzw. 22,5 mg Leuprorelinacetat (entsprechend 20,87 mg Leuprorelin) bzw. 45 mg Leuprorelinacetat (entsprechend 41,7 mg Leuprorelin). Eine vorgefüllte Spritze mit Lösungsmittel zur Herstellung einer Injektionslösung (Spritze A) enthält: Sonstige Bestandteile: Poly(glycolsäure-co-milchsäure), N-Methylpyrrolidon (Ph.Eur.). **Anwendungsgebiete:** Zur Behandlung des hormonabhängigen, fortgeschrittenen Prostatakarzinoms und in Kombination mit Radiotherapie zur Behandlung von lokalisiertem Hochrisiko- und lokal fortgeschrittenem hormonabhängigem Prostatakarzinom. **Gegenanzeigen:** Frauen und Kindern; bei Überempfindlichkeit gegen Leuprorelinacetat, andere GnRH-Agonisten oder einen der sonstigen Bestandteile; orchiectomierte Patienten als alleinige Behandlung bei Prostatakarzinom-Patienten mit Rückenmarkskompression oder Anzeichen von Metastasen im Rückenmark. **Nebenwirkungen:** Unerwünschte Reaktionen auf Eligard hängen hauptsächlich mit spezifischen pharmakologischen Wirkungen von Leuprorelinacetat zusammen (Anstieg und Absinken bestimmter Hormonspiegel). Am häufigsten wird über Hitzewallungen, Übelkeit, Unwohlsein und Müdigkeit, über vorübergehende lokale Reizung an der Injektionsstelle sowie über leichte bis mittelschwere Hitzewallungen berichtet. **Sehr häufig:** Hitzewallungen; Ekchymose, Erythem; Müdigkeit, Brennen an der Injektionsstelle, Parästhesie an der Injektionsstelle. **Häufig:** Nasopharyngitis; Übelkeit, Diarrhö, Gastroenteritis/Colitis; Pruritus, Nachtschweiß; Arthralgie, Schmerzen in den Extremitäten, Myalgie, Rigor, Schwäche; seltenes Wasserlassen, Miktionsbeschwerden, Dysurie, Nykturie, Oligurie; Druckempfindlichkeit der Brust, Hodenatrophie, Hodenschmerzen, Unfruchtbarkeit, Brusthypertrophie, erektile Dysfunktion, reduzierte Penisgröße; Unwohlsein, Schmerzen an der Injektionsstelle, Bluterguss an der Injektionsstelle, Stechen an der Injektionsstelle; hämatologische Veränderungen, Anämie; Erhöhung der Kreatininphosphokinase im Blut, Verlängerung der Gerinnungszeit. **Gelegentlich:** Harnwegsinfektion, lokale Infekte der Haut; Verschlechterung eines Diabetes mellitus; abnorme Träume, Depression, Abnahme der Libido; Schwindel, Kopfschmerzen, Insomnie, Geschmacks- und Geruchsstörungen, verminderte Reizempfindung, Vertigo; Hypertonie, Hypotonie; Rhinorrhoe, Dyspnoe; Obstipation, Mundtrockenheit, Dyspepsie, Erbrechen; feuchtkalte Haut, vermehrtes Schwitzen; Rückenschmerzen, Muskelkrämpfe; Spasmen der Harnblase, Hämaturie, erhöhte Harnfrequenz, Harnretention; Gynäkomastie, Impotenz, Hodenerkrankung; Juckreiz an der Injektionsstelle, Verhärtung an der Injektionsstelle, Lethargie, Schmerzen, Fieber; Erhöhung der Alaninaminotransferase, Erhöhung der Bluttriglyceride, Verlängerung der Prothrombinzeit, Gewichtszunahme. **Selten:** abnorme unwillkürliche Bewegungen; Synkope, Kollaps; Flatulenz, Aufstoßen; Alopezie, Hautausschlag; Schmerzen in der Brust; Ulzeration an der Injektionsstelle. **Sehr selten:** Nekrose an der Injektionsstelle. **Nicht bekannt:** Idiopathische intrakranielle Hypertonie; QT-Verlängerung; Interstitielle Lungenerkrankung. Zu anderen unerwünschten Ereignissen, über die im Zusammenhang mit einer Leuprorelinacetat-Behandlung gewöhnlich berichtet wird, gehören periphere Ödeme, Lungenembolie, Palpitationen, Myalgie, Muskelschwäche, veränderte Hautsensibilität, Schüttelfrost, Hautausschlag, Amnesie und Sehstörungen. In dieser Präparategruppe wurde nach Langzeitanwendung eine Muskeltrophie beobachtet. In seltenen Fällen wurde nach Verabreichung von GnRH-Agonisten mit Kurz- oder Langzeitwirkung über einen Infarkt einer bereits bestehenden Hypophysenapoplexie berichtet. Über Thrombozytopenie und Leukopenie wurde in seltenen Fällen berichtet. Über Veränderungen der Glucosetoleranz liegen Berichte vor. Nach Verabreichung von GnRH-Analoga wurde über Konvulsionen berichtet. Die nach Injektion von Eligard berichteten unerwünschten Ereignisse am Verabreichungsort entsprechen den im Zusammenhang mit ähnlichen subkutan injizierten Präparaten beschriebenen unerwünschten Ereignissen. Im Allgemeinen werden diese lokal begrenzten unerwünschten Ereignisse nach s. c. Injektionen als leicht und kurzzeitig beschrieben. In seltenen Fällen wurde nach Verabreichung von GnRH-Analoga über anaphylaktische/anaphylaktoide Reaktionen berichtet. Veränderungen der Knochendichte: Bei Männern wurde in der Fachliteratur über eine Verminderung der Knochendichte infolge einer Orchiektomie oder einer Behandlung mit GnRH-Analoga berichtet. Daher ist unter einer Langzeittherapie mit Leuprorelinacetat mit einer Verstärkung von Osteoporosesymptomen zu rechnen. Erhöhtes Frakturrisiko infolge einer Osteoporose. Verschlechterung der Zeichen und Symptome der Erkrankung: In den ersten Wochen einer Behandlung mit Leuprorelinacetat kann es zu einer Verschlechterung der Zeichen und Symptome der Erkrankung kommen. Wenn sich Erkrankungen wie Wirbelsäulenmetastasen und/oder Harnwegsobstruktion oder Hämaturie verschlechtern, können neurologische Probleme wie Schwäche und/oder Parästhesie der unteren Extremitäten oder Verschlechterung der Harnwegs Symptome auftreten. **Verschreibungspflichtig. Stand:** September 2022. **Pharmazeut. Unternehmer:** Recordati Industria Chimica e Farmaceutica S.p.A., Via Matteo Civitali 1, 20148 Mailand (Italien). **Mitvertreiber:** Recordati Pharma GmbH, Eberhard-Finckh-Str. 55, 89075 Ulm (Deutschland). Versionscode: F_B03



TSS/Hausärzte

Fragen zu vereinbarten Terminen

Seit dem 1. Januar 2023 gelten neue Vergütungsregeln bei Terminvereinbarungen von Hausärzten oder den Terminservicestellen (TSS) der KV mit Ärzten des fachärztlichen Versorgungsbereichs. Alle Leistungen in diesen Fällen werden extrabudgetär vergütet, die Grundpauschalen werden abhängig von der Frist höher bezahlt.

? Ein Hausarzt hat einen dringenden Termin für den 4. Tag nach Feststellung der Behandlungsbedürftigkeit vereinbart. Die 26228 B könnte angegeben werden mit doppelter Vergütung der Grundpauschale und extrabudgetärer Vergütung der weiteren Leistungen. Der Patient kommt zwei Tage nach dem vereinbarten Termin. Haben wir den vereinbarten Termin an Tag 4 umsonst freigehalten?

Da der Patient erst am 6. Tag nach dem vereinbarten Termin in die Praxis gekommen ist, ist es gerechtfertigt, die 26228 mit dem Zusatz C (5. bis 14. Tag) anzusetzen.

? Gelegentlich müssen wir kurzfristige Termine bei Ärzten anderer Fachgebiete vereinbaren. Gibt es dafür eine besondere Vergütung?

Für Terminvereinbarungen von Facharzt zu Facharzt ist keine besondere Vergütung vorgesehen.

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

Der Tag, an dem die Hausarztpraxis oder die TSS einen Termin vereinbart, wird nicht mitgezählt. Beispiel: Eine Hausarztpraxis oder eine TSS vereinbart an einem Montag einen kurzfristigen Termin bis zum 4. Tag nach Feststellung der Behandlungsbedürftigkeit. Der Termin muss bis einschließlich Freitag in derselben Woche wahrgenommen werden. Auch Wochenenden und Feiertage werden mitgezählt.

? Bei einer Terminvereinbarung zwischen dem 24. und 35. Tag durch Hausarztpraxen ist eine medizinische Begründung erforderlich. Durch wen und wie wird die Terminvereinbarung begründet?

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

Ein gut organisierter Terminplan entlastet die Arbeit.



Foto: Kaspars Grinvalds - stock.adobe.com

KURZFRISTIGE TERMINVERGABEN

- Alle an durch Hausarztpraxen oder durch eine TSS vereinbarten kurzfristigen Terminen erbrachte Leistungen werden unabhängig von der Frist bei Kennzeichnung mit 26228 A, B, C oder D, extrabudgetär ohne Anrechnung auf Praxisbudgets, Regelleistungsvolumina usw. vergütet.
- Bei Terminvereinbarungen durch Hausarztpraxen oder eine TSS wegen der extrabudgetären Vergütung und der höheren Vergütung der Grundpauschale möglichst kurzfristige Termine vergeben.

? Vereinbart eine TSS einen Termin für einen Akutfall (innerhalb 24 Stunden), wird mit der Kennzeichnung 26228 A die Grundpauschale mit 200 Prozent (dreifach) vergütet. Wie verhält es sich, wenn eine Hausarztpraxis einen entsprechenden Termin für einen Akutfall vereinbart?

Die Kennzeichnung mit A gibt es nicht für durch Hausarztpraxen vermittelte Akutfälle. Die Facharztpraxis kann nur eine Kennzeichnung mit B (26228 B, Termin bis 4. Tag) angeben.

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

Die Hausarztpraxis rechnet für die Terminvergabe unabhängig von der vereinbarten Frist die Nr. 03008 ab mit Angabe der Frist und der Betriebsstättennummer

der Facharztpraxis. Auf der Überweisung werden diese Daten nicht angegeben. Damit kann überprüft werden, ob die Facharztpraxis die zutreffende Kennzeichnung B, C oder D angegeben hat.

? Wenn Patienten telefonisch einen Termin vereinbaren wollen, bitten wir sie, sich vom Hausarzt mit Terminvereinbarung überweisen zu lassen, um so - je nach Frist - die 26228 mit B, C oder D angeben zu können. Ist das statthaft?

Grundsätzlich sollen Fachärzte mit hausärztlicher Überweisung konsultiert werden. Dem Hausarzt obliegt es festzustellen, ob eine dringende Behandlungsnotwendigkeit beim Facharzt indiziert ist. Ist das der Fall, kann der Hausarzt einen kurzfristigen Termin vereinbaren.

Dr. med. Heinrich Weichmann

Sonstige Kostenträger

Abrechnen bei Post- und Bahnbeamten

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

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

Postbeamte Gruppe A

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

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

Postbeamte Gruppe B

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

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

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

Bahnbeamte, Beitragsklassen I - III

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

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

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

Bahnbeamte, Beitragsklasse IV

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

Fazit

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

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

Dr. med. Heiner Pasch

ABRECHNUNG DIENSTUNFALL

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

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

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

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



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

Foto: contrastwerkstatt - stock.adobe.com



Ihre Fragen an unseren Abrechnungsexperten

Dr. med. Ulrich Karbach, Ressortleiter Abrechnung



EBM

Zeitprofile

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

Dr. med. Jens O., Sachsen

Für die Gebührenordnungsposition (GOP) 26310 nennt der Anhang 3 des EBM eine Kalkulationszeit von 16 und eine Prüfzeit von 13 Minuten. Die GOP geht in das Tages- und das Quartalsprofil ein. Als Kalkulationszeit wird die Zeit festgelegt, die ein erfahrener Facharzt für die korrekte Erbringung der GOP benötigt. Die Prüfzeit ist in der Regel kürzer, um unnötige Diskussionen zu vermeiden. Dadurch ist es bei Einzelleistungen anders als bei der Grundpauschale extrem schwer zu begründen, dass man deutlich effektiver arbeitet als der Durchschnitt der erfahrenen Kolleginnen und Kollegen, spricht, weniger Zeit als die Prüfzeit benötigt.

EBM

Plausibilitätsprüfung

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

Dr. med. Marco F., Berlin

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



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

Behandlungsdiagnosen

Wie soll man anhand der Kodierung zum Beispiel beim Prostatakarzinom erkennen können, ob die genutzten Untersuchungen und die eingesetzte Behandlung plausibel und wirtschaftlich sind?

Silvia R., Urologin, NRW

Sie haben Recht. Anhand der ICD-10-Kodierung ist nicht zu sehen, welche leitlinienkonforme Diagnostik und Behandlung beim kodierten Prostatakarzinom nötig und sinnvoll sind. Dementsprechend müssen in der Patientenakte – ob digital oder noch im Aktenschränk – Befunde, Diagnosen und Behandlung im Klartext stehen. Wenn dann bei einer Plausibilitäts- oder Wirtschaftlichkeitsprüfung Fragen auftauchen, kann die Prüfungsstelle zum Beispiel alle Patientenakten mit Prostatakarzinom als Behandlungsdiagnose anfordern.

GOÄ

Steigerungsfaktor

Welche Begründungen für einen höheren Steigerungsfaktor als 2,3-fach sind eigentlich erfolversprechend?

Dr. med. Wencke T., Schleswig-Holstein

Grundlage für einen höheren Steigerungsfaktor für ärztliche Leistungen sind nach § 5 (2) die Schwierigkeit und der Zeitaufwand der einzelnen Leistungen sowie die Umstände bei der Ausführung. In der individuellen Begründung für einen höheren Steigerungsfaktor muss einer der vorgenannten drei Aspekte vorkommen. Für die aktuellen Preissteigerungen als Begründung, wie von manchen Fachverbänden vorgeschlagen, gibt es keinerlei Rechtsgrundlage. Erfahrungsgemäß sind die Schwierigkeit oder die Umstände der Ausführung erfolversprechender als der Zeitaufwand. Der Hintergrund: Wenn man mit höherem Zeitaufwand argumentiert, muss man in der Lage sein, den durchschnittlichen Zeitaufwand für die GOÄ-Nummer eventuell belegen können. Generell ist die Ablehnquote geringer, wenn man nicht alle Nummern gleich stark (< 2,3fach) steigert.



Mehr als nur ein Kalender

Doctolib - Ihr Tool für einfaches Termin- und Patientenmanagement



Terminreminder

Patient:innen werden automatisch an Termine erinnert und Ihre Terminausfälle so maßgeblich reduziert.



Online-Terminbuchung

Patient:innen buchen rund um die Uhr Termine in von Ihnen vorgegebenen Zeitfenstern und Besuchsgründen.



Überweisernetzwerk

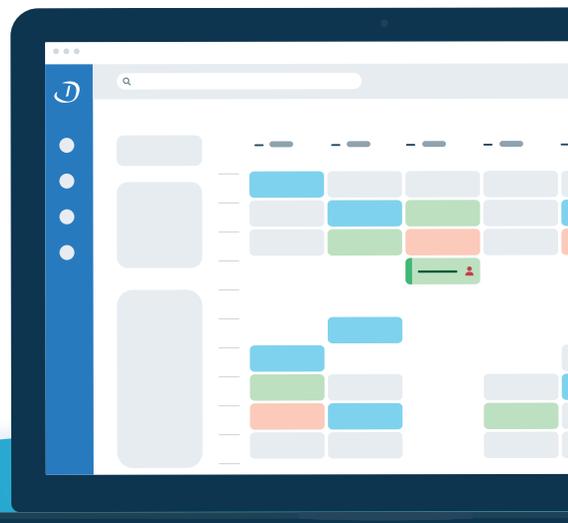
Erhalten Sie Überweisungstermine per Hausarztvermittlung und verschaffen Sie Ihren Patient:innen zeitnahe Termine bei Kolleg:innen.



Mehr erfahren?

Schnell den QR-Code mit dem Smartphone scannen oder die unten stehende Website aufrufen.

doctolib.info/awu-kalender



Selbstzahlerleistungen guten Gewissens anbieten

Ob PSA-Test, Sterilisation oder Ultraschalluntersuchungen: als Urolog:in sind Selbstzahlerleistungen Teil Ihres Alltags. Im kostenlosen Ratgeber finden Sie zahlreiche Anregungen rund um das Thema Selbstzahlerleistungen und Ethos.

Einfach den QR-Code scannen oder folgenden Link aufrufen:

doctolib.info/awu-igel



Vertragsärztliche Versorgung

Wie Jobsharing in der Praxis abläuft

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

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

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

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

Kleine Lösung:

Jobsharing per Festanstellung

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

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

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

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

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

Furcht vor wirtschaftlichen Nachteilen oft unbegründet

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



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

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

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

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



Große Lösung: Jobsharing auf Augenhöhe

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

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

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

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

Schneller zur unbeschränkten Zulassung

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

WENIGER ZUWANDERUNG VON ÄRZTEN AUS DEM AUSLAND

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

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

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

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

Jobsharing: Oft deutlich besser als sein Ruf

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

Teilen sich zwei oder mehrere Kollegen einen Job, bedeutet das eben nicht nur weniger Arbeit für den einzelnen, sondern auch mehr Kompetenz unter einem Dach. Vor der Entscheidung für oder gegen das Jobsharing sollten Ärzte sich jedoch in jedem Fall ausgiebig beraten lassen.

Judith Meister

EINE SENSIBLE ENTSCHEIDUNG

Ausmaß und Stadium eines Prostatakarzinoms haben maßgeblichen Einfluss auf die Entscheidung, welche Behandlungsmethoden angezeigt sind. Die Optionen reichen vom Abwarten über eine Operation, Strahlen-, Hormon- und Chemotherapie bis hin zur Immun- bzw. Radionuklidtherapie. Ausschlaggebend ist, ob der Tumor zum Zeitpunkt der Diagnose noch auf die Prostata begrenzt ist oder bereits umgebendes Gewebe befallen und Metastasen gebildet hat. In jedem Fall sollten dem Patienten, so vorhanden, die Chancen und Risiken etwaiger Behandlungsalternativen aufgezeigt werden.

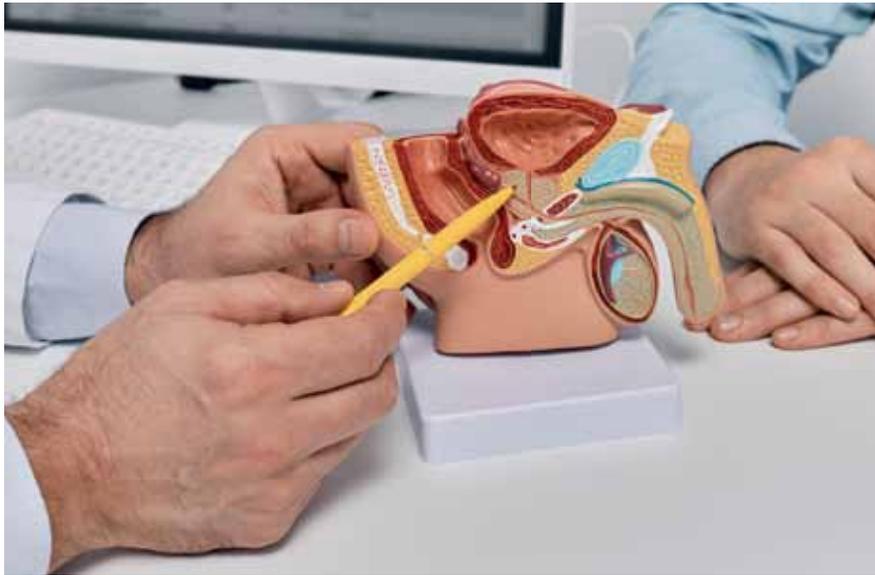


Foto: Peakstock - stock.adobe.com

Prostatakarzinom

Viele Patienten bereuen ihre Prostatektomie

Die Überlebenschancen bei Prostatakrebs sind gut, die Therapiemöglichkeiten vielfältig. Umso mehr gilt: Wer Patienten zur OP rät, sollte bei der Aufklärung – auch über Alternativen – besonders sorgfältig sein.

Das Prostatakarzinom ist der häufigste maligne Tumor des Mannes – und stellt nach dem Lungenkarzinom die zweithäufigste krebsbedingte Todesursache dar. Statistisch erkranken im Laufe ihres Lebens 22,7 Prozent der Männer daran. Als konkrete Behandlungsmaßnahmen stehen unter anderem die Operation und/oder die Bestrahlung des Tumors sowie Hormontherapien zur Verfügung.

Handeln oder Warten?

Da das Prostatakarzinom häufig nur langsam wächst, stellt es aber nicht bei jedem Patienten eine unmittelbare Bedrohung dar. Entsprechend gilt es in solchen Fällen abzuwägen, ob der Nutzen einer Behandlung in einem sinnvollen Verhältnis zu deren Risiken und Nebenwirkungen steht. Die Option, erst einmal abzuwarten, wurde Patienten aber zumindest in der Vergangenheit offenbar nicht immer im ausreichenden Maße kommuniziert. Das geht aus einem Bericht hervor, den Forscher auf dem Deutschen Krebskongress vorgelegt haben.

Danach bedauern viele Männer, die sich nach ihrer Diagnose für eine radi-

kale Prostatektomie entschieden haben, diesen Entschluss später. Ein wichtiger Grund dafür ist, dass sie zu wenig in die Entscheidung einbezogen wurden.

Viele bereuen es, auf ihren Arzt gehört zu haben

Ein Team von Wissenschaftlern um Kathleen Herkommer von der Technischen Universität München hat dazu 1.003 Patienten im Jahr 2007 im Durchschnitt sieben Jahre nach radikaler Prostatektomie und erneut 13 Jahre später im Jahr 2020 gefragt, wie sie zu ihrer damaligen Behandlungsentscheidung stehen.

Der Anteil der Befragten, die den Entschluss im Nachhinein bereuten, nahm im Lauf der Zeit deutlich zu. Er stieg von neun Prozent im Jahr 2007 auf zwölf Prozent im Jahr 2020. Am häufigsten bedauerten die Männer ihre Entscheidung, wenn sie sich ausschließlich auf den Ratschlag ihres Arztes verlassen hatten.

Die Männer, die an dem im Jahr 1993 angestoßenen Forschungsprojekt „Familiäres Prostatakarzinom“ teilnahmen, waren bei der Diagnose zur Hälfte zwischen 55 und 65 Jahren alt. Fast alle (97,9%)

hatten sich für eine radikale Prostatektomie entschieden, die damals bevorzugte Behandlungsform. Die Operation führt häufig zu einer erektilen Dysfunktion und/oder einer Harnwegsinkontinenz. Zudem verlieren Männer durch die OP ihre Zeugungsfähigkeit.

Aufklärung wichtiger denn je

Die Studie belegt einmal mehr, wie wichtig es ist, Patienten über die Chancen und Risiken unterschiedlicher Behandlungsmethoden (oder deren Unterlassen) aufzuklären. Inzwischen steht fest, dass die Wahrscheinlichkeit, fünf Jahre nach der Diagnose noch am Leben zu sein, mit 89 Prozent die zweithöchste unter allen Krebserkrankungen in Deutschland ist. Etwa neun von zehn Männern mit diagnostiziertem Prostatakrebs sterben also nicht daran. Tatsächlich dürften die Zahlen sogar noch besser aussehen, da viele Männer nie von ihrem Prostatakarzinom erfahren: Autopsie-Studien zeigen, dass bei neun von zehn Männern über 90 Jahren nach ihrem Tod Prostatakrebs-Zellen vorhanden sind.

Judith Meister

**34 % Überlebensvorteil von
XTANDI + ADT vs. Placebo + ADT
beim mHSPC^{2, †}**

XTANDI™

für ALLE mHSPC-Patienten^{*, **}



**Als eine Starttherapie von S3-, EAU- und
ESMO-Leitlinie empfohlen beim³⁻⁵**

mHSPC

Hochrisiko
nmCRPC

asympt./mild sympt.
mCRPC

* XTANDI ist angezeigt zur Behandlung erwachsener Männer mit:¹

- ▶ metastasiertem hormonsensitivem Prostatakarzinom (*metastatic hormone-sensitive prostate cancer*, mHSPC) in Kombination mit einer Androgenentzugstherapie,
- ▶ nicht metastasiertem kastrationsresistentem Hochrisiko-Prostatakarzinom (*castration-resistant prostate cancer*, CRPC),
- ▶ metastasiertem CRPC mit asymptomatischem oder mild symptomatischem Verlauf nach Versagen der Androgenentzugstherapie, bei denen eine Chemotherapie klinisch noch nicht indiziert ist,
- ▶ metastasiertem CRPC, deren Erkrankung während oder nach einer Chemotherapie mit Docetaxel fortschreitet.

** Gemäß Zulassungsstudie ARCHES: Unabhängig von Tumorlast (high-/low-volume), Gleason Score, de novo/rezidiert oder der Vortherapie (Docetaxel, ADT, lokale Therapien).²

† Untersucht wurde Enzalutamid + ADT vs. Placebo + ADT; HR: 0,66 (95% KI: 0,53 – 0,81) p < 0,001.

Referenzen:

1 Aktuelle Fachinformation XTANDI. | 2 Armstrong AJ et al. J Clin Oncol. 2022. doi: 10.1200/JCO.22.00193. | 3 Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms; Version 6.2, Oktober 2021; AWMF Register-Nummer 043/0220L. | 4 Mottet N et al. EAU-EANM-ESTRO-ESUR-ISUP-SIOG Guidelines in Prostate Cancer. European Association of Urology 2021. | 5 Parker C et al. Prostate Cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines. Ann Oncol. 2020; 31 (9): 1119–1134.

Xtandi™ 40 mg / 80 mg Filmtabletten. Wirkstoff: Enzalutamid. **Zusammensetzung:** Jede Filmtablette enthält: Wirkstoff: 40/80 mg Enzalutamid. Sonstige Bestandteile: Tablettenkern: Hypromelloseacetatsuccinat, Mikrokristalline Cellulose, Hochdisperses Siliciumdioxid, Croscarmellose-Natrium, Magnesiumstearat; Tablettenüberzug: Hypromellose, Talkum, Macrogol (8000), Titandioxid (E 171), Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E 172). **Anwendungsgebiete:** Behandlung erwachsener Männer mit metastasiertem hormonsensitivem Prostatakarzinom (metastatic hormone-sensitive prostate cancer, mHSPC) in Kombination mit einer Androgenentzugstherapie (siehe Abschnitt 5.1 „Pharmakodynamische Eigenschaften“ in der Fachinformation), Behandlung erwachsener Männer mit nicht metastasiertem kastrationsresistentem Hochrisiko-Prostatakarzinom (castration-resistant prostate cancer, CRPC) (siehe Abschnitt 5.1 „Pharmakodynamische Eigenschaften“ in der Fachinformation), Behandlung erwachsener Männer mit metastasiertem CRPC mit asymptomatischem oder mild symptomatischem Verlauf nach Versagen der Androgenentzugstherapie, bei denen eine Chemotherapie klinisch noch nicht indiziert ist (siehe Abschnitt 5.1 „Pharmakodynamische Eigenschaften“ in der Fachinformation), sowie Behandlung erwachsener Männer mit metastasiertem CRPC, deren Erkrankung während oder nach einer Chemotherapie mit Docetaxel fortschreitet. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. Frauen, die schwanger sind oder schwanger werden können (siehe Abschnitte 4.6, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit“ und 6.6 „Besondere Vorsichtsmaßnahmen für die Beseitigung und sonstige Hinweise zur Handhabung“ in der Fachinformation). **Nebenwirkungen:** *Sehr häufig* (≥ 1/10): Hitzevallungen, Hypertonie; Frakturen; Asthenie, Fatigue; Stürze. *Häufig* (≥ 1/100, < 1/10): Angst; Kopfschmerzen, Gedächtnisstörung, Amnesie, Aufmerksamkeitsstörung, Dysgeusie, Restless-Legs-Syndrom; ischämische Herzerkrankung; trockene Haut, Juckreiz; Gynakomastie. *Gelegentlich* (≥ 1/1.000, < 1/100): Leukopenie, Neutropenie; visuelle Halluzinationen; kognitive Störung, Krampfanfall. *Nicht bekannt (Häufigkeit auf Grundlage der verfügbaren Daten nicht abschätzbar):* Thrombozytopenie; Gesichtsschwellung, Zungenödem, Lippenödem, Pharynxödem; posteriores reversibles Enzephalopathie-Syndrom; QT-Verlängerung; Übelkeit, Erbrechen, Diarrhö; Erythema multiforme, Hautausschlag; Myalgie, Muskelkrämpfe, muskuläre Schwäche, Rückenschmerzen. **Warnhinweise:** Für Kinder unzugänglich aufbewahren. **Verschreibungspflichtig.** Weitere Einzelheiten enthalten die Fach- und Gebrauchsinformation. **Pharmazeutischer Unternehmer:** Astellas Pharma Europe B.V., Sylviusweg 62, 2333 BE Leiden, Niederlande; Deutsche Vertretung des Pharmazeutischen Unternehmers: Astellas Pharma GmbH, Ridlerstraße 57, 80339 München. **Stand:** Mai 2022.




Netiquette

Warum Ärztinnen und Ärzte in den Sozialen Medien besonders aufpassen sollten

Auch im medizinischen Bereich werden Soziale Medien wichtiger. Sei es, um sich mit Kollegen auszutauschen oder mit Patienten zu kommunizieren. Doch gerade für Ärztinnen und Ärzte gibt es einiges zu beachten, wenn sie sich in den Sozialen Medien bewegen. Sonst kann es sogar zu berufsrechtlichen Konsequenzen kommen.

Immer mehr Ärztinnen und Ärzte entdecken Social Media für sich. Sie nutzen Facebook und Instagram oder tauschen sich auf Plattformen wie Coliquio und Esanum mit Kollegen aus. Allerdings birgt Social Media gerade für Ärzte einige Fallstricke. Daher veröffentlichte die Bundesärztekammer nun eine Handreichung, in der aufgeführt wird, auf was Ärztinnen und Ärzte besonders achten sollten.

Regel Nr. 1: Denken Sie daran, Sie sind immer Arzt

Egal, ob Sie sich im beruflichen oder privaten Kontext bewegen – Sie sind immer Arzt! Als Arzt oder Ärztin tragen Sie große Verantwortung und haben ein hohes gesellschaftliches Ansehen. Dieses kann beeinträchtigt werden, wenn Sie sich im Internet

unbedacht äußern oder unangemessen verhalten. In Sozialen Medien werden Informationen schnell verbreitet und ein falscher Kommentar kann große Kreise ziehen.

Regel Nr. 2: Beachten Sie die ärztliche Schweigepflicht

Als Praxisinhaber unterliegen Sie der ärztlichen Schweigepflicht. Diese gilt selbstverständlich auch im Internet. Sie dürfen also keine Informationen über Ihre Patienten oder deren Erkrankungen preisgeben. Auch wenn Sie in einem geschlossenen Netzwerk unter Kollegen kommunizieren, sollten Sie darauf achten, dass keine Rückschlüsse auf Ihre Patienten gezogen werden können. Wenn ein Arzt es für probat hält, eine Fallschilderung mit Patientenbezug in einem sozialen Netzwerk zu

veröffentlichen, darf eine Identifizierung des Patienten nicht möglich sein. Die Verwendung eines Pseudonyms ist dabei oft nicht ausreichend – meist müssen Detailinformationen des Falls verfremdet werden. Das Brechen der Schweigepflicht kann sowohl strafrechtliche (§ 203 StGB), berufsrechtliche wie auch zivilrechtliche Konsequenzen haben.

Regel Nr. 3: Seien Sie höflich und respektvoll

In den Sozialen Medien sind Sie als Arzt immer auch Repräsentant Ihrer Praxis. Daher sollten Sie sich stets höflich und respektvoll verhalten.

Regel Nr. 4: Überlegen Sie gut, was Sie posten

Bevor Sie einen Beitrag veröffentlichen, sollten Sie sich gut überlegen, ob dieser angemessen ist. Stellen Sie sich immer die Frage, ob der Beitrag Ihrer Rolle als Arzt gerecht wird und ob er Ihren Patienten und Kollegen gegenüber fair ist.

Regel Nr. 5: Trennen Sie privat und beruflich

Wenn Sie in den Sozialen Medien privat und beruflich aktiv sind, sollten Sie beides trennen. Veröffentlichen Sie keine privaten Informationen auf Ihrem Berufsprofil und umgekehrt. Auch sollten Sie darauf achten, dass Ihre privaten Aktivitäten nicht Ihren beruflichen Ruf beeinträchtigen.

Regel Nr. 6: Machen Sie sich bewusst, wer Zugang zu Ihren Posts hat

Trotz persönlicher Bindung zwischen Arzt und Patient sollte das Verhältnis ein professionelles bleiben. Wenn Ärzte den Patienten Zugang zu ihrem persönlichen Profil eines sozialen Netzwerks erlauben, erhalten diese Einblicke, die sie sonst nicht bekommen würden. Dadurch können leicht Grenzen



Foto: meeboonstudio - stock.adobe.com

Instagram, Facebook, Coliquio: Immer mehr Ärztinnen und Ärzte nutzen Soziale Medien, um sich untereinander auszutauschen oder auch ihre Praxis zu präsentieren.

überschritten werden, nicht zuletzt, weil für viele die Schwelle für Grenzüberschreitungen in der Onlinewelt niedrig ist.

Wenn ein Patient einen Arzt also um eine Freundschaft in einem sozialen Netzwerk anfragt, kann in einer höflichen Nachricht mitgeteilt werden, dass grundsätzlich keine Freundschaftsanfragen von Patienten angenommen werden. Eine andere Möglichkeit ist, dass Sie eine rein berufliche Seite einrichten, über die Sie sich mit Patienten austauschen.

Aber auch im Kollegenkreis ist Achtsamkeit angebracht. Es sollte immer im Hinterkopf sein: Eine unbekannte Anzahl von Personen kann sehen, was Sie dort äußern. Eine entsprechende Ausdrucksweise sollte dabei selbstverständlich sein. Zudem sollten Ärzte darauf achten, dass sie für den interkollegialen Fach-austausch auf speziellere, geschütztere Formate zurückgreifen. Gerade bei öffentlich emotional aufgeladenen Themen kommt es sonst rasch zu Angriffen auf die eigene Person, da Laien einen medizinischen Fachaustausch oft schlecht einordnen können und zu Fehlschlüssen kommen.

Regel Nr. 7: Reagieren Sie besonnen, wenn Sie beleidigt werden

Geraten Sie ins Fadenkreuz der User, widerstehen Sie der Versuchung, sofort verärgert zu antworten. Sie können sich temporär oder ganz aus der Diskussion zurückziehen. Wenn Sie den Kommentarverfasser identifizieren können, bitten Sie ihn zunächst höflich, den Kommentar zurückzuziehen. Fruchtet das nicht, können Sie in einem nächsten Schritt den Forenbetreiber auffordern, beleidigende Inhalte zu entfernen. Wenn die Kommentare über Sie falsch oder rufschädigend sind, können Sie auch überlegen, eine Strafanzeige zu stellen.

Regel Nr. 8: Beachten Sie die Grenzen der Fernbehandlung

Mancher Patient nutzt Soziale Medien, um eine Diagnose zu erhalten. Davon sollten Ärztinnen und Ärzte aber besser absehen. Die rechtlichen Rahmenbedingungen für eine Fernbehandlung sind in Sozialen Medien kaum gegeben. Unproblematisch ist hingegen die Beantwortung allgemeiner medizinischer Fragen wie „Was ist Hypothyreose?“.

Regel Nr. 9: Seien Sie vorsichtig bei Werbung über Soziale Medien

Da Ärzten nach der (Muster-)Berufsordnung nur die sachliche, berufsbezogene Information gestattet ist, sollten Sie bei allen werblichen Aussagen beachten: Eine anpreisende, irreführende oder vergleichende Werbung ist Ihnen untersagt. Ebenfalls sollten Praxisinhaber bei der Meinungsäußerung über Produkte zurückhalten – egal, ob positiv oder negativ.

Regel Nr. 10: Was Ärzte besser nicht veröffentlichen sollten

Sensible persönliche Informationen wie Approbationsurkunden, Ausbildungs- oder Weiterbildungszeugnisse sollten Sie aus Eigenschutz nicht in den Sozialen Medien veröffentlichen. Außerdem könnten solche Dokumente als Vorlage für Fälschungen genommen werden, inklusive der Unterschriften.

Melanie Hurst

Testogel®-Therapie: So individuell wie Ihre Patienten



- Individuell dosierbar¹
- Geringe Gelmenge¹
- Einfache Anwendung¹

JETZT AUCH IM 40,5 MG REISE-BEUTEL!



¹ Aktuelle Fachinformation Testogel® Dosiergel 16,2 mg/g Gel sowie Testogel® 40,5 mg transdermales Gel im Beutel.

Besins Healthcare Germany GmbH, Berlin. Testogel® Dosiergel 16,2 mg/g Gel / Testogel® 40,5 mg transdermales Gel im Beutel. Wirkstoff: Testosteron. Verschreibungspflichtig. **Zus.:** 1 g Testogel Dosiergel enth. 16,2 mg Testosteron. Eine Betätigung der Dosierpumpe liefert 1,25 g Gel, das 20,25 mg Testosteron enthält. 1 Beutel Testogel 40,5 mg mit 2,5 g Gel enth. 40,5 mg Testosteron (entspr. 16,2 mg/g). Sonst. Bestandt.: Carbomer 980, Isopropylmyristat (Ph. Eur.), Ethanol 96%, Natriumhydroxid, gereinigtes Wasser. **Anw.:** Testosteronersatztherapie bei männlichem Hypogonadismus, wenn der Testosteronmangel klinisch u. labormedizinisch bestätigt wurde. **Gegenanz:** Bekanntes Prostatakarzinom od. Brustkrebs bzw. entsprechender Verdacht; Überempfindlichkeit gg. den Wirkstoff od. einen der sonst. Bestandteile. **Ne-benw.:** Testogel Dosiergel: psychische Störungen, Hautreaktionen an der Applikationsstelle, emotionale Symptome (Stimmungsschwank, affektive Störung, Wut, Aggression, Ungeduld, Schlaflosigkeit, abnorme Träume, gesteigerte Libido), Hautreaktionen (Akne, Alopezie, trockene Haut, Hautläsionen, Kontaktdermatitis, veränderte Haarfarbe, Hautausschlag, Überempfindlichkeit an der Applikationsstelle, Juckreiz an der Applikationsstelle), erhöhte PSA-, Hämato-krit-, Hämoglobin-Werte, maligne Hypertonie, Hitzewallungen, Venenentzünd, Durchfall, Blähungen, Schmerzen im Mund, Gynäkomastie, Brustwarzenbeschwerden, Hodenschmerzen, häufigere Erektionen, eindrückbares Ödem. Testogel 40,5 mg: Hautreaktionen (Reaktionen an der Anwendungsstelle, Erytheme, Akne, trockene Haut), Stimmungsschwankungen, Schwindel, Parästhesie, Amnesie, Hyperästhesie, Hypertonie, Diarrhoe, Haarausfall, Nesselsucht, Gynäkomastie (kann persistieren; häufig bei Pat., die wg. Hypogonadismus behandelt werden), Mastodynie, Prostatabeschwerden, Kopfschmerzen, Veränderungen von Laborwerten (Poly-zythämie, Lipide), Hämatokrit-, Erythrozyten-, Hämoglobinanstieg, Nach d. Markteinführung identifizierte bzw. in d. Literatur berichtete Nebenw. nach oraler, parenteraler od. transder-maler Anwend. v. Testosteron: Hämatokrit-, Erythrozyten-, Hämoglobinanstieg, Neoplasien in d. Leber, Priapismus, Gelbsucht, abnorme Leberfunktionstests, Prostatakarzinom (keine schlüssigen Daten), Gewichtszunahme, Elektrolytveränderungen (Retention von Natrium, Chlorid, Kalium, Calcium, anorganischen Phosphaten u. Wasser) bei längerer Behandlung u./ od. hoher Dosierung, Nervosität, Depression, Feindseligkeit, Schlafapnoe, Akne, Seborrhoe, Glatzenbildung, Muskelkrämpfe, Harnverhalten, Libidoveränderungen, häufigere Erektionen, reversible Unterdrückung od. Verringerung der Spermatogenese u. Verkleinerung der Hoden bei Therapie mit hohen Dosen Testosteron, Prostataanomalien, Wasserretention u. Ödeme (bei langfristiger Therapie od. Therapie mit hohen Dosen Testosteron), Überempfindlichkeits-reaktionen. Aufgrund des Alkoholgehaltes können häufige Anwendungen Hautreizungen u. trockene Haut hervorrufen. **Warnhinw.:** Testogel Dosiergel enthält 0,9 g Alkohol (Ethanol) pro Dosis von 1,25 g Gel. Testogel 40,5 mg enth. 1,81 g Alkohol (Ethanol) pro Beutel mit 2,5 g Gel. Packungsbeilage beachten. Weit. Hinw. s. Fach- u. Gebrauchsinfo. Stand: 11/2021, Vers. 1.0

Fortbildungen von ARZT & WIRTSCHAFT

Interessante CME für Sie

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

Haben Sie mal Lust auf eine CME? ARZT & WIRTSCHAFT hat für Sie zahlreiche CME-Fortbildungen im Angebot, die sich rund um die erfolgreiche Praxisführung drehen. Das Spektrum reicht von Patienten- und Mitarbeitermanagement bis hin zu Recht in der Arztpraxis. Die Fortbildungen können Sie bequem von zu Hause aus oder in der Praxis am Computer machen. Einfach durchlesen und online den Fragenkatalog ausfüllen.

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

Alle CME-Fortbildung finden Sie online auf:



cme.medlearning.de/aw.htm



Keine Angst vor Off-Label-Use

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

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

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



Adhärenz durch Patientenmotivation steigern

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

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

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



Erfolgreiche Mitarbeitergespräche in turbulenten Zeiten

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

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

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



Fotos: fizikes/gettyimages, Fotografiabasicsa/gettyimages, Riidiraniz/gettyimages, Gajus - stock.adobe.com



Ihre Fragen an unsere Praxisexpertin

Melanie Hurst, Ressortleiterin Wirtschaft



Fördermittel

Gibt es Hilfen zur Einführung eines Qualitätsmanagements?

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

Dr. med. Tamara C. aus Bayern

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



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

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

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

Renovierung

Gibt es Vorschriften, wie Waschbecken in Praxen aussehen müssen?

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

Dr. med. Jennifer P. aus Brandenburg

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

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

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

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

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

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



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



Jetzt archivieren!

PDF-Download unter:
AuW.de/Praxisexperten



A&W-Kontakt

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

und per Fax unter 08191 3055591



Arbeitszeiten

Wenn die Aufsichtsbehörde Nachweise fordert

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

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

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

Überprüfung aufgrund anonymer Hinweise möglich

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

Ein solcher Anlass kann dann bestehen, wenn etwa eine Betriebsprüfung

§ 17 ABSATZ 4 ARBEITSZEITGESETZ

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



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

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

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

Arbeitszeitgesetz macht klare Vorgaben

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

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

Ina Reinsch

Fristlose Kündigung

Bloß nicht widersprüchlich verhalten

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

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

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

Angebot der Weiterbeschäftigung nicht ernst gemeint

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



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

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

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

Fristlose Kündigung konsequent durchziehen

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

Ina Reinsch

Weiterbildungsassistenten beschäftigen

Vertragsstrafe darf nicht zu hoch ausfallen

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

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

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

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

Unangemessene Benachteiligung der Ärztin in Weiterbildung

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

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

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

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

Keine generelle Höchstgrenze für Vertragsstrafe

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

Ina Reinsch



➔ KLAUSELN IM ARBEITSVERTRAG

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



Ihre Fragen an unsere Rechtsexpertin

Ina Reinsch, Rechtsanwältin und A&W-Redakteurin



Foto: Christoph Vöhler

Lohnpfändung bei Mitarbeiterin

Ist die Inflationsausgleichsprämie pfändbar?

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

Dr. Sebastian T. aus dem Saarland

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



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

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

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

Befristete Verträge

Unterschrift scannen?

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

Dr. Christina L. aus Bayern

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



Jetzt archivieren!

PDF-Download unter:
AuW.de/Rechtsexperten



A&W-Kontakt

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

und per Fax unter
08191 3055591

Wegeunfall

Auto abdecken versichert?

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

Dr. Tillmann F. aus Bayern

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



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

Praxisabgabe

So funktioniert die Wertermittlung vor dem Verkauf einer Arztpraxis

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

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

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

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

Auf diese Weise errechnet man den materiellen Praxiswert

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

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

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

Diese Faktoren beeinflussen den immateriellen Praxiswert

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

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

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

Warum die Ärztekammer-Methode bei Experten umstritten ist

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

Wieso die Ertragswert-Methode genauer und verbreiteter ist

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

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

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

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

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

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



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

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

Gutachter und Sachverständige sollten bei der Bewertung helfen

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

André Gießle

Beispielberechnung

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

Quelle: Christoph Scheen, Sachverständiger für Bewertung von Arztpraxen



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

Sanieren und Bauen

Neue Regeln für Zuschüsse und Kredite

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

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

Strengere Sanierungsanforderungen

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

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

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

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

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

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

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

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

André Gießel

➔ KFW ODER BAFA?

Hier beantragen Sie Ihre Förderung

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

Seit März zinsverbilligte Baukredite

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



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

Krankentagegeldversicherung

Finanzielle Vorsorge für längere Ausfallzeiten

Auch Ärztinnen und Ärzte können krank werden und langfristig ausfallen. Damit zu den gesundheitlichen nicht auch noch finanzielle Sorgen kommen, ist eine maßgeschneiderte Vorsorge für solche Fälle Pflicht. Was Praxischefs beachten müssen.

Die gesetzlichen Krankenkassen kosten niedergelassenen Ärzten immer wieder eine Menge Nerven. Manchmal aber können AOK und Co. auch mehr als die vermeintlich leistungstarken privaten Gesellschaften. Zum Beispiel wenn es darum geht, Einkommensausfälle bei längeren Krankheiten abzufedern – zumindest bei Arbeitnehmern. Die nämlich erhalten nur in den ersten sechs Wochen einer Krankheit ihr normales Gehalt vom Arbeitgeber überwiesen. Danach darf der Chef die Zahlungen einstellen. Mittellos sind die Betroffenen aber auch dann nicht. Denn ab dem ersten Tag von Woche sieben springen die gesetzlichen Krankenkassen ein und zahlen den Patienten Krankengeld. Es liegt bei 70 Prozent des Bruttoverdienstes (gedeckelt auf die Beitragsbemessungsgrenze von derzeit 4.987,50 Euro), darf aber nicht mehr als 90 Prozent des Nettos betragen (§ 47 SGB V).

Selbstständige hingegen kommen kaum in den Genuss solcher Leistungen. Sind sie, wie die meisten Ärzte, auch noch privat versichert, müssen sie die Gefahr von Einkommensausfällen im Krankheitsfall selbst versichern. Doch was sollte eine gute Police leisten?

Einkommenslücken schließen

Zunächst die gute Nachricht: Einige private Vollversicherungen enthalten bereits ein Krankentagegeld. Dass dieser Standard den Bedürfnissen jedes einzelnen Praxischefs entspricht, ist aber unwahrscheinlich. Wer sicher sein will, auch längere Ausfallzeiten überbrücken zu können, muss daher nicht nur seinen Vertrag studieren. Er muss auch klären, welche Summen nötig sind, um Einkommensausfälle abzufedern und welche Rücklagen sich im Ernstfall anzapfen lassen. Das ist deshalb



Auch Praxisinhaber können länger krank werden. Sie sollten für diesen Fall auch finanziell vorsorgen.

so wichtig, weil der Zeitpunkt der ersten Zahlung die Beitragshöhe maßgeblich beeinflusst. Zwar gibt es Policen, die ab Krankheitstag eins leisten. Sie sind aber meist unbezahlbar. Sinnvoller ist daher eine Versicherung, die erst später zahlt, etwa ab Woche vier.

Individuelle Vorsorge ratsam

Für viele Ärzte wird der Abschluss einer zusätzlichen Krankentagegeldversicherung neben ihrer privaten Krankenversicherung sinnvoll sein. Die Summen, die die Gesellschaft pro Ausfalltag bezahlt, sind frei verhandelbar und im Fall der Fälle steuer- und abgabenfrei. Bedenken sollten Praxischefs jedoch, dass dabei ein Bereicherungsverbot gilt. Ärzte dürfen durch

das Krankentagegeld also nicht mehr verdienen als durch ihre tägliche Arbeit. Normalerweise wird als Grenze in dieser Frage das Nettoeinkommen angesetzt. Da das bei Selbstständigen nicht möglich ist, stellen die Versicherungen auf den Gewinn ab, also Betriebseinnahmen abzüglich Betriebsausgaben. Je nachdem wie gut der Steuerberater arbeitet, kann das zum Problem werden.

Für Niedergelassene ist es daher überlegenswert, zusätzlich zur Krankentagegeld noch eine Betriebsunterbrechungsversicherung abzuschließen. Sie ersetzt neben dem entgangenen Gewinn auch die laufenden Kosten wie Personal- und Sozialkosten, Miete und betrieblich veranlasste Zinsen.

Judith Meister

Fotos: auremar - stock.adobe.com, Simpline - stock.adobe.com



Antikoagulation bei Krebs

Anhaltspunkte für eine Gratwanderung

Bei Menschen, die an einer Krebserkrankung leiden, ist die Behandlung mit Antikoagulanzen ein schwieriges Unterfangen. Eine Studie hat nun Faktoren identifiziert, die bei der Therapieentscheidung helfen könnten.

Krebserkrankungen und venöse Thromboembolien (VTEs), die sich als tiefe Venenthrombose (TVT) oder Lungenembolie (LE) manifestieren können, stehen in einer wechselseitigen Beziehung. Die Behandlung mit Antikoagulanzen gestaltet sich bei Patientinnen und Patienten mit krebsassoziiertes VTE als besondere Herausforderung, weil die Betroffenen trotz gut geführter Antikoagulation nicht nur ein hohes Risiko für ein Rezidiv der VTE, sondern auch für Antikoagulationsbedingte Blutungsereignisse haben.

Verwirrende Datenlage

Das bei Krebs beobachtete hohe VTE-Rezidivrisiko wurde mit verschiedenen Faktoren in Verbindung gebracht. Dazu gehören patientenbezogene Kriterien wie Lokalisation des Tumors, Stadium der Erkrankung oder interventionelle Faktoren (Krankenhausaufenthalt, Operationen, zentrale Venenkatheter) oder auch der prothrombotische Status und die Art der Antikrebsbehandlung.

Ein hohes Risiko für Antikoagulationsbedingte Blutungen wurde dagegen assoziiert mit dem Krebsstatus (reseziert, nicht reseziert, lokal invasiv, intraluminal, ulzeriert, brüchig), invasiven Eingriffen sowie mit durch die Krebstherapie induzierter Thrombozytopenie oder Mukositis.

Diese Zusammenhänge sind jedoch gemäß Expertenmeinung zurückhaltend zu werten, denn sie wurden aus Beobach-



Foto: freshidea - stock.adobe.com

Eingeschränkte Aktivität zählt neuesten Erkenntnissen zufolge zu den Risikofaktoren für rezidivierende TVT bei Krebs - und auch für therapiebedingte schwere Blutungen.

tungsstudien oder von Registerdaten abgeleitet, wobei es teils an Standardisierungen hinsichtlich Studienpopulationen, Methoden oder Antikoagulation mangelte.

Vor diesem Hintergrund ermittelte ein internationales Wissenschaftlerteam im Rahmen der Studie CARAVAGGIO bei Patientinnen und Patienten mit krebsassoziiertes VTE gezielt die Risikofaktoren für rezidivierende VTEs und schwere Blutungen. Die Forschenden verwendeten dabei definierte Einschluss- und Ausschlusskriterien und standardisierten die Antikoagulationstherapie.

Gezielte CARAVAGGIO-Studie

CARAVAGGIO ist eine multinationale randomisierte offene Nichtunterlegensstudie mit verblindeter Auswertung der Studienergebnisse. Konsekutiv wurden 1.155 Erwachsene mit Krebs und bestehender symptomatischer oder plötzlich akuter proximaler TVT oder LE randomisiert. Sie erhielten im Verhältnis 1:1 eine Behandlung mit oralem Apixaban oder subkutanem Dalteparin.

VTE-Rezidive traten bei 78 Teilnehmenden (6,8 %) auf, schwere Blutungen bei 45 (3,9 %). 288 Patientinnen und Pa-

tienten (24 %) verstarben; sieben erlitten tödliche LEs, zwei tödliche Blutungen.

Neun Risikokriterien

Aus der Analyse der CARAVAGGIO-Studie kristallisierten sich fünf unabhängige Prädiktoren für rezidivierende VTEs heraus, und zwar: eine TVT als Indexereignis, ein ECOG-Status (Aktivitätseinschränkung) von 1 oder mehr, Krebs an der Bauchspeicheldrüse oder mit hepato-biliärer Lokalisation, eine begleitende Antikrebsbehandlung sowie eine erhöhte Kreatinin-Clearance. Für behandlungsbedingte schwere Blutungen fanden sich vier unabhängige Risikoprädiktoren: ein ECOG-Status von 2, urogenitale Karzinome und nicht resezierter luminaler Magen-Darm-Krebs.

Die Studienautorinnen und -autoren betonten in ihrem Fazit, dass die Berücksichtigung dieser Risiken helfen könnte, die gerinnungshemmende Behandlung bei Betroffenen mit krebsassoziiertes VTE zu optimieren.

Dagmar van Thiel

Quelle: Vedovati MC et al. Eur J Intern Med 2023;S0953-6205(23)00038-9.

FATALE WECHSELBEZIEHUNG

Krebs und venöse Thromboembolien (VTEs) sind wechselseitig miteinander verknüpft:

- 15 bis 20 Prozent der Patienten, bei denen eine akute VTE diagnostiziert wird, leiden gleichzeitig an einer Krebserkrankung,
- 15 Prozent der Patienten mit Krebs entwickeln im Verlauf ihrer Erkrankung eine VTE.

Prostatakarzinom

Pflanzenkost mindert das Progressionsrisiko

Ein Ernährungsplan, der großes Gewicht auf pflanzliche Lebensmittel legt, kann den Verlauf einer Prostatakrebs-Erkrankung in frühen bis mittleren Stadien günstig beeinflussen.

Einzelnen pflanzlichen Lebensmitteln werden bereits seit längerem positive Effekte beim Prostatakarzinom zugesprochen. So gibt es Hinweise, dass etwa der Verzehr von Tomaten mit dem darin enthaltenen Carotinoid Lycopin, das antioxidative Eigenschaften besitzt, die Inzidenz und die Mortalität des Prostatakrebses reduzieren kann. Allerdings war bislang wenig über einen möglichen Zusammenhang zwischen allgemeiner pflanzlicher Ernährungsweise und Prostatakrebs bekannt.

Pflanzenkraft auf dem Prüfstand

Dr. Vivian Liu und ihre Kollegen von der University of California, San Francisco/USA, nahmen 2.038 Männer in eine Beobachtungsstudie auf, bei denen Prostatakrebs in den Stadien T1 bis T3a (Tumorausbreitung ein- oder beidseitig über die Prostatakapsel hinaus, aber ohne Befall der Samenblasen) diagnostiziert worden war. Das primäre Ziel dieser CaPSURE-Studie (Cancer of the Prostate Strategic Urologic Research Endeavour) war es, potenzielle Zusammenhänge zwischen pflanzlicher Ernährung und dem Risiko einer Prostatakarzinom-Progression zu

ermitteln. Progression war definiert als Rezidiv, Zweitbehandlung, Knochenmetastasen oder Tod infolge des Prostatakarzinoms. Als sekundärer Endpunkt galt das Auftreten eines Karzinomrezidivs.

140 Lebensmittel im Visier

Zudem wollten die Untersuchenden wissen, ob das Alter der Patienten, das Stadium und der Grad der Tumorentwicklung sowie die Gehgeschwindigkeit der Patienten diese Assoziationen beeinflussten. Der Grund für die Beurteilung des Gehtempo war, dass sich in früheren Studien beim Prostatakrebs die Gehgeschwindigkeit – zusammen mit klinischen Faktoren wie Alter der Patienten, dem Stadium und dem Grad des Krebses – als ein signifikanter Prädiktor bezüglich der Tumourprogression herausgestellt hatte.

Über einen Zeitraum von im Median 31,4 Monaten nach der Diagnosestellung füllten die Studienteilnehmer Fragebögen zu Häufigkeit und Menge ihres Konsums von etwa 140 verschiedenen Lebensmitteln und Getränken aus. Während eines medianen Beobachtungszeitraum von 7,4 Jahren nach Fragebogenabgabe schritt die Krankheit bei 204 der 2.038 Patienten

EIN WEITERER PLUSPUNKT

„Wir wissen, dass eine Ernährung mit Gemüse, Obst, Hülsenfrüchten und Vollkorn mit zahlreichen gesundheitlichen Vorteilen verbunden ist, darunter eine Verringerung von Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und der Gesamtsterblichkeit. Wir können dieser Liste jetzt Vorteile bei der Verringerung des Fortschreitens von Prostatakrebs hinzufügen.“ (Studienautorin Vivian Liu)

(10 Prozent) fort. Teilnehmer, die von einer Ernährung mit den höchsten Pflanzenmengen berichteten, hatten ein um 52 Prozent vermindertes Risiko für eine Progredienz des Prostatakrebses und ein um 53 Prozent reduziertes Risiko für das Auftreten von Rezidiven im Vergleich zu denjenigen Probanden, deren Ernährungsplan die geringsten Mengen an pflanzlichen Komponenten enthielt.

Ältere Patienten im Vorteil

Bei Männern über 65 Jahre war ein höherer Verzehr pflanzlicher Lebensmittel mit einem geringeren Risiko für ein Prostatakarzinom-Rezidiv verbunden. Darüber hinaus hatten Männer, die sich mehr als drei Stunden in der Woche in einem flotten Gehtempo bewegten und den höchsten Verzehr pflanzlicher Nahrung aufwiesen, ein um 56 Prozent geringeres Risiko einer Prostatakarzinom-Progression und ein um 59 Prozent niedrigeres Risiko eines Rezidivs. Grad und Stadium des Tumors veränderten die Assoziationen nicht.

Die Autoren zogen aus ihrer Studie das Fazit, dass pflanzenbasierte Ernährungsstrategien mit einem verringerten Risiko für Progression und Rezidive des Prostatakrebses verbunden waren, insbesondere bei älteren Männern und solchen, die eine höhere Gehgeschwindigkeit bevorzugten.

Dagmar van Thiel



Foto: Alexander Rath - stock.adobe.com

Wer seinen Speiseplan mit überwiegend pflanzlichen Lebensmitteln füllt, profitiert davon gesundheitlich auf vielen Ebenen.

Quelle: Liu VN et al. J Clin Oncol 41, 2023 (suppl 6; abstr 392)

NUBEQA®

Zulassung um mHSPC erweitert

Für Patienten mit Hochrisiko-nicht-metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom (nmCRPC) ist Darolutamid (NUBEQA®)⁽¹⁾ seit 2020 auf Basis der ARAMIS-Studie⁽²⁾ zugelassen. Durch die ARASENS-Studie wurde die Zulassung für das metastasierte hormonsensitive Prostatakarzinom (mHSPC) in Kombination mit Docetaxel erweitert.

In der ARAMIS-Studie⁽²⁾ sank das Sterberisiko um 31 Prozent, wenn man Patienten mit Hochrisiko-nmCRPC nicht nur mit Androgenentzugstherapie (ADT) sondern zusätzlich mit Darolutamid behandelte. Ab sofort ist Darolutamid als erster und bislang einziger Androgeninhibitor (ARI) in Kombination mit ADT und Docetaxel auch für die Behandlung des mHSPC zugelassen.

Kombinationstherapie

Trotz der Fortschritte in der Behandlung des Prostatakarzinoms besteht unter anderem beim mHSPC noch ungedeckter Behandlungsbedarf. Prof. Peter Hammerer, Braunschweig erklärte dazu: „Beim Hochrisiko-nmCRPC hat sich Darolutamid in Kombination mit ADT bereits seit fast drei Jahren als gut wirksame, lebensverlängernde und lebensqualitäts-erhaltende Therapie bewiesen. Dank der nun erfolgten Zulassungserweiterung von Darolutamid plus ADT in Kombination mit Docetaxel beim mHSPC können jetzt weitere Patienten – nämlich auch die im

metastasierten hormonsensitiven Stadium – von einem längeren Leben bei günstigem Sicherheitsprofil unter Darolutamid profitieren.“ Grundlage dafür sind die Ergebnisse der ARASENS-Studie.⁽³⁾

Für Patienten ist es am wichtigsten, die Gesamtüberlebenszeit zu verlängern, die Progression zum mCRPC zu verzögern und langfristig die Lebensqualität zu erhalten. Die frühe Therapieintensivierung des mHSPC mit der Darolutamid in Kombination mit Docetaxel + ADT hilft, dies zu erreichen. Das kann einen Paradigmenwechsel bei der Behandlung des mHSPC bedeuten.

ARASENS-Studiendesign

1.306 Männer mit mHSPC wurden auf einen Kontroll-Arm mit Docetaxel, ADT und Placebo sowie einen Verum-Arm mit Docetaxel, ADT plus zusätzlich 600 mg Darolutamid zweimal täglich randomisiert. Als primärer Endpunkt wurde das Gesamtüberleben (OS) definiert.⁽³⁾ Weitere sekundäre Endpunkte wurden prädefiniert, wie nachfolgend beschrieben.

PRAXIS-TIPP



Dr. med. Eva Hellmis, Duisburg

„Patienten mit mHSPC, die sich ohnehin für eine Chemotherapie eignen, sollten meiner Meinung nach nun die Kombination von Darolutamid plus ADT und Docetaxel erhalten. Sie profitieren von einer signifikanten Wirksamkeit gegenüber ADT plus Docetaxel und erhalten mit Darolutamid langfristig eine Substanz mit vorteilhafter Verträglichkeit und der damit einhergehenden Lebensqualität.“⁽⁵⁾

ARASENS-Studienergebnisse

Das Sterberisiko war im Verum-Arm mit Darolutamid um 32,5 Prozent signifikant geringer als im Kontroll-Arm. Der Vorteil zeigte sich unabhängig vom Zeitpunkt der Metastasierung, dem Ausmaß der Metastasierung und der Risikogruppe, so Prof. Martin Bögemann, Münster.⁽⁴⁾

Bei den sekundären Endpunkten war der Verum-Arm dem Kontroll-Arm u.a. signifikant überlegen in der Zeit bis zur folgenden systemischen antineoplastischen Behandlung, bis zu symptomatischen Skelettereignissen und bis zur Entwicklung eines kastrationsresistenten Prostatakarzinoms (CRPC). Verglichen mit dem Kontroll-Arm ist das Risiko, ein CRPC zu entwickeln, um 64 Prozent geringer gewesen.

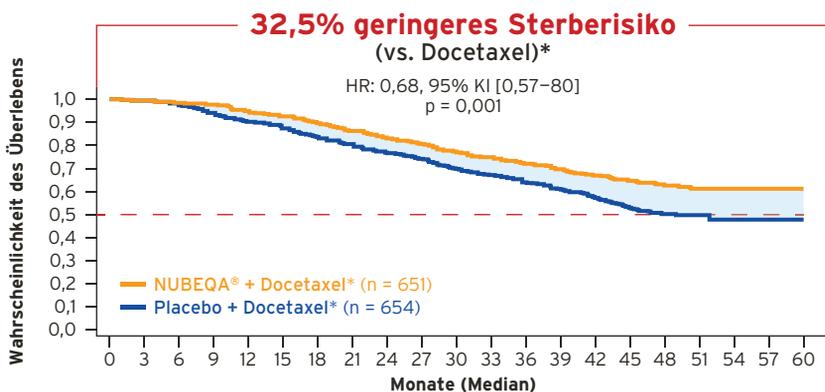
A&W-LITERATUR

1. Fachinformation NUBEQA®, Stand: Februar 2023
2. Fizazi K et al., N Engl J Med 2019; 380:1235-1246
3. Smith MR et al., N Engl J Med. 2022;386(12):1132-1142
4. Hussain M et al., J Clin Oncol 2023; doi: 10.1200/JCO.23.00041
5. Pressekonferenz zur Zulassungserweiterung von NUBEQA® am 15. März 2023

Impressum für Sonderredaktion:

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

ARASENS-STUDIE



* NUBEQA® + ADT + Docetaxel vs. ADT + Docetaxel

Quelle: Smith MR et al., N Engl J Med. 2022

Beim mHSPC ist die Kombination aus Darolutamid, Docetaxel und ADT der Kombination aus Docetaxel, ADT und Placebo signifikant überlegen.