

Erfolgreiche Praxisführung  
für Ärztinnen und Ärzte

# WIRTSCHAFTS



Ist es  
Herzinsuffizienz?

Der LumiraDx NT-proBNP Test  
ist der einzige quantitative  
NT-proBNP Test,  
der mit Kapillarblut  
aus der  
Fingerbeere  
durchgeführt  
werden kann\*

- Präzise NT-proBNP-Ergebnisse auf Labortest-Niveau in Minuten
- Einfache Testdurchführung auf der LumiraDx Plattform
- Keine venöse Blutabnahme erforderlich
- Lagerung bei Raumtemperatur
- Vergütung gemäß EBM/GOÄ

\* Stand zum Zeitpunkt der Veröffentlichung - 17. April 2023

[lumiradx.com](https://lumiradx.com)

Tel: +49 2233 4605 200 · [service.de@lumiradx.com](mailto:service.de@lumiradx.com)

# Viele Tests, ein einziges System

Breites Portfolio von mit Labormethoden  
vergleichbaren Ergebnissen auf einem einzigen,  
portablen Diagnostik-System



CRP • D-Dimer • HbA1c • INR • NT-proBNP  
SARS-CoV-2 Ag • SARS-CoV-2 & Flu A/B  
SARS-CoV-2 & RSV

Sie möchten mehr erfahren? Bitte ausfüllen  
und per Post oder Fax an LumiraDx GmbH,  
An der Hasenkaule 10, 50354 Hürth,  
Fax: **02233 4605 210**

Oder kontaktieren Sie uns per E-Mail:  
[service.de@lumiradx.com](mailto:service.de@lumiradx.com) oder telefonisch:  
**02233 4605 200**

---

Praxisname/Name

---

Straße/Postfach

---

PLZ, Ort

---

Telefon / Durchwahl

---

Mailadresse

---

Bitte kontaktieren Sie mich.

Unsere Hinweise zu Datenschutz und Widerruf finden Sie in  
unserer Datenschutzerklärung auf [www.lumiradx.com](http://www.lumiradx.com).

LumiraDx GmbH, An der Hasenkaule 10,  
50354 Hürth, HRB 95919 – Amtsgericht Köln,  
Geschäftsführer: Veronique Ameye,  
David Walton, Uwe Klimpe,  
[lumiradx.com](http://lumiradx.com), [service.de@lumiradx.com](mailto:service.de@lumiradx.com)

**Video  
ansehen**



Nicht alle Produkte sind in allen Ländern und Regionen erhältlich.

Copyright © 2023 LumiraDx UK LTD. Alle Rechte weltweit vorbehalten. LumiraDx und das  
Flammenlogo sind geschützte Marken der LumiraDx International LTD. Alle Einzelheiten  
zu diesen und anderen Registrierungen von LumiraDx finden Sie unter [lumiradx.com/IP](http://lumiradx.com/IP).  
Alle anderen Marken sind Eigentum ihrer jeweiligen Inhaber. S-COM-ART-03384 R1

Erfolgreiche Praxisführung  
für Ärztinnen und Ärzte

# ARZT & WIRTSCHAFT



Neue TI-Pauschalen  
**Sanktionshammer**  
durch die Hintertür S. 14

Alltägliche Süchte  
**Wann zahlt die**  
**Kasse?** S. 16

Stimmungsbarometer  
**Nachhaltigkeit ist**  
**Ärzten wichtig** S. 35

Politische Initiative  
**MVZ sollen**  
**reguliert**  
**werden** S. 42

# BLASENENTZÜNDUNG?



WIR VERTRAUEN  
CYSTINOL AKUT®

**Cystinol akut® -  
Unser pflanzliches  
Anti-Bakterium<sup>1</sup>**

S3-Leitlinien-Empfehlung<sup>2</sup>:  
Bärentraubenblätterextrakt -  
auch in Cystinol akut® enthalten

## Cystinol akut®

- Lindert die Beschwerden
- Antibakteriell<sup>1</sup>
- Antiphlogistisch



<sup>1</sup>Hinweis: Eine antibakterielle Wirkung ist nur in Laboruntersuchungen für bestimmte Bakterien belegt, vgl. Nicken et al., Z für Phytotherapie, 38 (Suppl. 1), S39, (2017); eine solche Wirkung in der Anwendung beim Menschen ist derzeit nicht belegt. <sup>2</sup>Deutsche Gesellschaft für Urologie, Interdisziplinäre S3-Leitlinie Harnwegsinfektionen bei erwachsenen Patienten, Aktualisierung 2017, AWMF-Register-Nr. 043/044.

**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, Titan-dioxid E 171. **Anw.-geb.:** entzündliche Erkrankungen der ableitenden Harnwege. **Gg.-anz.:** bekannte Überempfindlichkeit gg. Bärentraubenblätter oder einen der sonst. Best.-teile des Arzneimittels. Schwangerschaft und Stillzeit. Kinder unter 12 Jahren. **Nebenw.:** selten bei magenempfindlichen Personen Magen-Darm-Beschwerden (Übelkeit und Erbrechen). Sehr selten allergische Reaktionen. **Warnhinweis:** enthält Lactose. Packungsbeilage beachten. Stand 03/2021

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

SCHAPER & BRÜMMER

a member of

 MEDICE  
THE HEALTH FAMILY

## AMÜSANTES AUS AUFSÄTZEN

*Die Liebe findet  
einen immer, egal  
wie gut man sich  
versteckt.*

*Wir gingen in  
den Zoo nach  
Gelsenkirchen  
und besuchten  
meine  
Patentante.*

## LEBENSWEISHEIT

## *Ein rollender Stein setzt kein Moos an.*

Chinesische Weisheit

## WAHNSINNIIG WITZIG

Eine Touristin wendet sich am Strand ängstlich an einen Einheimischen: „Gibt es hier eigentlich Quallen?“ Einheimischer: „Fast keine, die meisten werden von den Haien gefressen!“



„Du behauptest also, dass es keinen Gott gibt“, sagt ein Goldfisch zum anderen. „Aber wer gibt uns dann unser tägliches Futter?“



Familie Meier fährt in den Urlaub. Sie werden jeden Abend von Mücken geplagt. Eines Abends sieht Herr Meier Glühwürmchen und sagt: „Mist, jetzt kommen die schon mit Laternen.“

# ARZT & WIRTSCHAFT

**Erscheinungsweise:** monatlich  
ISSN: 0177-7068

**VERLAG**

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

**CEO:** Oliver Kramer  
**Geschäftsführung:**  
Stephan Kröck, Markus Zobel

**Redaktion:**  
**Gesamtredaktionsleitung Deutschland:**  
Günter Nuber

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

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

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

**Ressortleiterin (V.i.S.d.P.) Online:**  
Marzena Sicking 08191 3055529,  
E-Mail: marzena.sicking@medtrix.group

**Corporate Publishing:**  
Sigrid von See-Bredibusch,  
Franziska Daschner, 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. 49,  
gültig seit 1.1.2023.

**Produktionsleitung Deutschland:**  
Ninette Grabinger  
**Teamleitung Layout:** Andrea Schmuck  
**Layout:** Laura Carlotti, Christina Mähler,  
Jasmin Reutter, Beate Scholz, Mira Vetter

**Druck:**  
Vogel Druck und Medienservice, Höchberg

**VERTRIEBS-  
UND ABONNENTENSERVICE**  
**Leserservice:** Fax 08191 3055592,  
E-Mail: aw-leserservice@medtrix.group

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

**Bezugsbedingungen:**  
Jahresabonnement € 111,-  
Studenten € 72,15  
Auslandsbezug € 126,-  
(Preise jeweils inkl. Porto und MwSt.)

Erfüllungsort und Gerichtsstand ist Wiesbaden  
**Registergericht:**  
Amtsgericht Wiesbaden  
HRB 12 808, USt-IdNr.: DE 206 862 684

**Bankverbindung:**  
HVB/UniCredit Bank AG IBAN:  
DE12 7002 0270 0015 7644 82  
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 Verfassername gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder.

Leseranalysen stehen zur Verfügung

**LA-MED**

LA-MED Arbeitsgemeinschaft  
Leseranalyse medizinischer Fachzeitschriften  
Geprüft API-Studie 2021

# Herzstark + Lebensstark: ENTRESTO®

Machen Sie ENTRESTO® zu Ihrer 1. Wahl <sup>\*,1</sup>

## HERZSTARK: <sup>2</sup>

Von Anfang an gezielt das Herz Ihrer HFrEF-Patienten stärken mit einer EF-Verbesserung von ca. 10 %-Punkten <sup>§,1,2</sup>

## LEBENSSTARK: <sup>3-6</sup>

Schutz vor Hospitalisierungen (-21 %) <sup>#,3</sup>, Verbesserung des Überlebens (-20 % CV-Mortalität) <sup>#,3</sup> sowie Steigerung der Lebensqualität <sup>6</sup>



### \* Bei erwachsenen HFrEF-Patienten ab NYHA-Klasse II.

<sup>§</sup> vs. Baseline (nach 12 Monaten). <sup>#</sup> Enalapril 10 mg 2x täglich als Vergleichsmedikation vs. ENTRESTO® 200 mg 2x täglich in der PARADIGM-HF-Studie (zusätzlich zur Standardmedikation).

CV: kardiovaskulär, EF: Ejektionsfraktion; HFrEF: Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion; NYHA: New York Heart Association.

1. Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. (2022) ESC Pocket Guidelines. Herzinsuffizienz, Version 2021. Börm Bruckmeier Verlag GmbH, Grünwald; Kurzfassung der „2021 ESC Pocket Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure“ (European Heart Journal; 2021 – doi: 10.1093/eurheartj/ehab368). 2. Januzzi JL et al. Association of Change in N-Terminal Pro-B-Type Natriuretic Peptide Following Initiation of Sacubitril-Valsartan Treatment With Cardiac Structure and Function in Patients With Heart Failure With Reduced Ejection Fraction. JAMA. 322(11): 1085–1095 (2019). 3. McMurray JJV et al. Angiotensin-Neprilysin Inhibition versus Enalapril in Heart Failure. N Engl J Med. 371(11): 993–1004 (2014). 4. Dereli S et al. Impact of sacubitril/valsartan treatment on depression and anxiety in heart failure with reduced ejection fraction. Acta Cardiol. 75(8): 774–782 (2020). 5. Polito MV et al. Clinical and echocardiographic benefit of Sacubitril/Valsartan in a real-world population with HF with reduced ejection fraction. Sci Rep. 10(1): 6665 (2020). 6. Chandra A et al. Effects of Sacubitril-Valsartan on physical and social activity limitations in patients with heart failure – A secondary analysis of the PARADIGM-HF Trial. JAMA Cardiol. 3(6): 498–505 (2018).

### Entresto® 24 mg/26 mg - 49 mg/51 mg und - 97 mg/103 mg Filmtabletten, Entresto® 6 mg/6 mg und - 15 mg/16 mg Granulat zur Entnahme aus Kapseln

**Wirkstoffe:** Sacubitril u. Valsartan. **Zus.-setz.:** Arzneil. wirks. Bestandt.: Sacubitril u. Valsartan als Sacubitril-Natrium-Valsartan-Dinatrium (1:1) 2,5 H<sub>2</sub>O. 1 Filmtabl. enth.: 24,3 mg bzw. 48,6 mg bzw. 97,2 mg Sacubitril u. 25,7 mg bzw. 51,4 mg bzw. 102,8 mg Valsartan. Gran. z. Entnahme aus Kapseln: 1 Kapsel enth. 4 bzw. 10 Gran.-körner, äquiv. zu 6,1 mg bzw. 15,18 mg Sacubitril u. 6,4 bzw. 16,07 mg Valsartan. **Sonst. Bestandt.:** Tabl. u. Gran.kern: Mikrokrist. Cellulose, Magnesiumstearat (Ph.Eur.) [pfl.], Talkum, hochdisp. Siliciumdioxid. Tabl.-kern zusätzl.: Crospovidon (Typ A), niedrig subst. Hydroxypropylcellulose. Gran.-kern zusätzl.: Hydroxypropylcellulose. Filmüberzug Tabl.: Hypromellose, Substitutionstyp 2910 (3 mPa-s), Titandioxid (E171), Macrogol (4000), Talkum, Eisen(III)-oxid (E172). -24 mg/26 mg Filmtabl. u. -97 mg/103 mg Filmtabl. zusätzl.: Eisen(II,III)-oxid (E172). -49 mg/51 mg Filmtabl. zusätzl.: Eisen(III)-hydroxid-oxid x H<sub>2</sub>O (E172). Filmüberzug Gran.: Basisches Butylmethacrylat-Copolymer (Ph.Eur.), Talkum, Stearinsäure (Ph.Eur.) [pfl.], Natriumdodecylsulfat. Kapselhülle: Hypromellose, Titandioxid (E171). -15 mg/16 mg Kapselhülle zusätzl.: Eisen(III)-hydroxid-oxid x H<sub>2</sub>O (E172). Drucktinte: Schellack, Propylenglykol, Eisen(III)-oxid (E172), konz. Ammoniaklösung, Kaliumhydroxid. **Anwend.-gebiete:** Bei erw. Pat. zur Behandl. einer sympt., chron. Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion. Bei Kindern u. Jugendlichen ab einem Alter von einem Jahr zur Behandl. einer sympt., chron. Herzinsuffizienz mit linksventrikulärer Dysfunktion. **Gegenanz.** Überempfindl. gegen d. Wirkstoffe o. e. d. sonst. Bestandt. Gleichzeit. Anwend. von ACE-Hemmern. Entresto darf erst 36 Std. nach Absetzen e. Therapie mit ACE-Hemmern gegeben werden. Anamnestisch bekanntes Angioödem im Zus.-hang mit e. früheren ACE-Hemmer- od. ARB-Therapie. Hereditäres od. idiopathisches Angioödem. Bei Auftreten e. Angioödems muss Entresto sofort abgesetzt werden. Gleichzeit. Anwend. mit Alikiren-haltigen AM bei Patienten mit Diabetes mellitus od. bei Patienten mit Nierenfunktionsstörung (eGFR < 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>). Schwere Leberinsuffizienz, biliäre Zirrhose od. Cholestase. Zweites u. drittes Schwangerschafts-Trimester. Stillzeit. **Nebenw.:** Sehr häufig: Hyperkaliämie, Hypotonie, Nierenfunktionsstör. Häufig: Anämie, Hypokaliämie, Hypoglykämie, Schwindel, Kopfschmerzen, Synkope, Vertigo, Orthostat. Hypotonie, Husten, Diarrhö, Übelkeit, Gastritis, Nierenversagen (einschl. akutes Nierenversagen), Ermüdung, Asthenie. Gelegentl.: Überempfindlichkeit, Hyponatriämie, Posturaler Schwindel, Pruritus, Hautausschlag, Angioödem. **Selten:** Halluzinationen (einschl. akust. u. opt. Halluzinationen), Schlafstörungen. **Sehr selten:** Paranoia. **Verschreibungspflichtig.** **Weit. Hinweise:** S. Fachinformationen. Stand: Juni 2023 (MS 05/23.12). Novartis Pharma GmbH, Roonstr. 25, 90429 Nürnberg. Tel.: (0911) 273-0, Fax: (0911) 273-12 653. www.novartis.de



Melanie Hurst,  
Ressortleiterin Wirtschaft



E-Mail:  
melanie.hurst@medtrix.group

## Ist das Ihr Ernst, Herr Prof. Lauterbach?

**B**lickt eigentlich irgendjemand noch durch im Gesundheitssystem? Mir scheint es immer verworrener zu werden. Um nur zwei Beispiele aus der jüngsten Vergangenheit zu nennen: Die Bundesregierung plant mit der Klinikreform, dass die ärztliche Fortbildung nur noch in sogenannten Level-II-Krankenhäusern stattfinden darf. Diese haben die niedrigste Versorgungsstufe, in der viele wichtige Fachbereiche nicht abgebildet sind. So werden junge Ärztinnen und Ärzte kurzerhand vom Großteil des Leistungsspektrums abgeschnitten. Ist das eine durchdachte Weiterbildungs-Strategie? Dr. Stephan Hofmeister, Vize-Vorstand der KBV, meint dazu: „Das wäre eine Katastrophe für die ärztliche Weiterbildung. ... Wie soll so der dringend benötigte medizinische Nachwuchs gewonnen und vor allem adäquat aus- und weitergebildet werden?“

Da haben doch mal wieder Politiker im stillen Kämmerlein vor sich hingebütet, um dann frohgemut einen Entwurf zu präsentieren, der mit den Betroffenen nicht abgestimmt wurde. Es ist nur eine verrückte Idee von mir: Vielleicht hätte man auch diejenigen fragen sollen, die jeden Tag an der ärztlichen Front stehen und sicherlich auch Ideen haben, wie man das Gesundheitssystem verbessern kann? Aber das scheint in der Politik keinen zu interessieren. Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach lobte sogar die Einigung bei der Klinik-

reform als eine „Art Revolution“. Eine Revolution bräuchte man allerdings auch wirklich dringend. Denn wir laufen sehenden Auges auf eine Versorgungskatastrophe zu. Schon jetzt sind 41 Prozent aller niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte über 60 Jahre alt, neun Prozent sind über 65 oder älter (mehr dazu auf Seite 30). Es wäre allerhöchste Zeit, die Strukturen endlich so zu gestalten, dass der Nachwuchs gern in die ärztlichen Fußstapfen treten möchte.

Ob da der neueste Schachzug aus dem Bundesgesundheitsministerium Früchte tragen wird, möchte ich allerdings bezweifeln. Ich sage nur: Stichwort „TI-Pauschalen“. Seit Juli erhalten alle Praxisinhaber keine finanzielle Erstattung mehr für jedes neue Gerät oder Anwendung der Telematikinfrastruktur. Seit Anfang Juli gibt es nur noch Monatspauschalen. Ob diese die Kosten abdecken werden, ist noch unsicher. Sicher ist dagegen, dass die Kolleginnen und Kollegen für jede TI-Anschaffung das Geld erstmal auslegen müssen. Ob sie es dann später überhaupt über die Pauschale zurückbekommen, steht noch in den Sternen. Denn das Bundesgesundheitsministerium hat aus dem Pauschalen-System fast eine Doktorarbeit gemacht (mehr dazu ab Seite 14). Die Berechnung ist derartig kompliziert, dass man damit garantiert zwei Ziele erreicht: die Praxisinhaber verprellen und den Nachwuchs abschrecken.

Herzlichst Ihre

# DIE GESUNDHEIT ÄLTERER ERWACHSENER IST KEIN SPIEL.

## RSV KÜMMERT DAS NICHT.



- Das Respiratorische Synzytial-Virus (RSV) ist verbreitet und infektiös.<sup>1</sup>
- Weltweit werden jährlich hunderttausende ältere Erwachsene mit RSV im Krankenhaus behandelt.<sup>2</sup>
- Die Sterblichkeit bei diesen Personen liegt bei 4–8 %.<sup>3–6</sup>
- Ein erhöhtes Risiko einer RSV-Infektion besteht für ältere Erwachsene (60+ Jahre; auch ohne Grunderkrankung), insbesondere bei geschwächtem Immunsystem, sowie chronischen Atemwegs- oder Herzerkrankungen.<sup>3,7,8,9</sup>



Erfahren Sie mehr auf [www.impfakademie.de/rsv](http://www.impfakademie.de/rsv)

\*chronische Atemwegs- und Herzerkrankungen, wie z.B. COPD, Asthma oder Herzinsuffizienz; COPD = chronic obstructive pulmonary disease (Chronisch Obstruktive Lungenerkrankung)

**Referenzen:** 1. Mesa-Frias M et al. J Manag Care Specc Pharm 2022; 28(7):753-765. 2. Shi T et al. J Infect Dis 2020;222:5577–583. 3. Pastula ST et al. Open Forum Infect Dis 2017;4:ofw270. 4. Colosia AD et al. PLoS One 2017;12:e0182321. 5. Falsey AR et al. N Engl J Med 2005;352:1749–1759. 6. Binder W et al. Am J Emerg Med 2017;35:1162–1165. 7. RKI-Ratgeber RSV ([https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber\\_RSV.html](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_RSV.html), Stand: Sept. 2022). 8. Branche AR et al. Clin Infect Dis 2021;ciab595. 9. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2018. RSV in older adults and adults with chronic medical conditions. <https://www.cdc.gov/rsv/high-risk/older-adults.html> (Stand Oktober 2022).



**ABRECHNUNG 16**



**Alltägliche Süchte**

Alkohol trinken, Rauchen, Spielen: Aus nahezu allem kann sich eine Sucht entwickeln. Die Abrechnung ist kompliziert, denn für die Entwöhnung zahlt die GKV in der Regel nicht.

**ABRECHNUNG 22**



**Fußpilz und andere Mykosen**

Sport treiben ist gesund. Im feuchten Milieu der Sportschuhe gedeihen Pilze aber hervorragend. Nicht nur bei Diabetikern sollte man daher Füße und Zehnnägel ansehen.

**PRAXIS 35**



**Nachhaltigkeit ist Ärzten wichtig**

Das deutsche Gesundheitswesen glänzt nicht gerade in puncto Nachhaltigkeit. So liegen seine CO<sub>2</sub>-Emissionen über dem EU-Durchschnitt. An den Ärzten liegt es nicht, wie eine Umfrage ergab.

**AKTUELLES**



**05 Nachrichten**

**14 Neue TI-Pauschalen  
Sanktionshammer  
durch die Hintertür**

**ABRECHNUNG**



**16 Alltägliche Süchte  
Wann zahlt die Kasse?**

**19 Gastroenterologen aufgepasst  
Aderlasstherapie ab Oktober  
abrechenbar**

**20 Wespenstiche  
Stichhaltig abrechnen**

**22 Hauterkrankungen  
So liquidieren Sie Fußpilz richtig**

**24 A&W-Hotline  
Ohne Ärger durch die  
Plausibilitäts-Prüfung**

**25 Privatabrechnung  
Das gilt für Beratung und  
Fremdanamnese**

**26 Individuelle Gesundheitsleistung  
IGeL kommen in jeder Praxis vor  
- so werden sie auch bezahlt**

**29 Ihre Fragen  
Der A&W-Abrechnungsexperte  
antwortet**

**TITELGESCHICHTE**

**42**



**MVZ sollen künftig stärker reguliert werden**

Ein neues Gesetz will investorengetragene MVZ an den Kragen. Welche Maßnahmen die Monopolstellung von MVZ verhindern und die ambulante Versorgung stärken sollen.



**Keine Regelung zur Suizidhilfe**  
Für den assistierten Suizid gibt es in Deutschland vorerst keine gesetzliche Regelung, er spielt sich weiterhin in einem Graubereich ab. Was das für Ärztinnen und Ärzte bedeutet.



**Praxisabgabe: Hohe Steuern vermeiden**  
Wenn Ärzte eine Gemeinschaftspraxis abgeben, ist eine Steuerstrategie hilfreich. So kann die Übertragung nach dem sogenannten Umwandlungsgesetz viele Vorteile bringen.



**Sucht**  
Hausärzte spielen in der Diagnose und Therapie von Süchten eine wichtige Rolle. Prof. Markus Backmund äußert sich im Interview anlässlich des Suchtkongresses entsprechend.

PRAXIS



- 30 Zahlen und Prognosen  
**Ärztstatistik zeigt beunruhigende Entwicklung**
- 32 CME-Fortbildung Teil 2  
**Patienten mit Arztphobie und anderen Angst- und Persönlichkeitsstörungen behandeln**
- 35 Stimmungsbarometer  
**Nachhaltigkeit ist Ärzten wichtig**
- 36 Ihre Fragen  
**Die A&W-Praxisexpertin antwortet**

- 45 Werbung für Arztpraxen  
**Zwei Ärzte können ein „Zentrum“ bilden**
- 46 Bereitschaftsdienst  
**Ärztin, drei Kinder, alleinerziehend - und nun?**
- 49 Ihre Fragen  
**Die A&W-Rechtsexpertin antwortet**

RECHT



- 39 Geplantes Digital-Gesetz  
**Das sind Lauterbachs Pläne**
- 40 Assistierter Suizid  
**Kein Gesetz ist auch eine Entscheidung**
- 42 Politische Initiative  
**MVZ sollen künftig stärker reguliert werden**

FINANZEN



- 50 Praxisabgabe  
**Wie Sie hohe Steuerbelastungen vermeiden können**
- 52 Kosten  
**Preisanstieg beim Praxisbedarf gebremst**
- 54 Mitarbeiterbindung  
**Wie Praxischefs mit dem 49-Euro-Ticket punkten können**
- 55 Sonnenenergie  
**Das ist neu bei der Photovoltaik-Förderung**

MEDIZIN



- 56 **Folgende Themen werden behandelt:**  
Diabetes Typ 2, Gastroösophageale Refluxkrankheit, Herzinsuffizienz, HIV, Hypertonie, Magnesiummangel, Morbus Parkinson, Mpox, Phytotherapie, Präzisionsonkologie, Sucht
- 64 Carum carvi L.  
**Klaubit den Kümmel aus dem Käse!**
- 71 Vektorübertragene Infektionskrankheiten  
**Fieber ohne Reise: Und dann?**
- 73 Studien für Sie gelesen  
**Aktuelles aus der Regulationsmedizin**

THERAPIE-MAGAZIN

- 74 Vertigoheel®  
**Schwindel und Gangunsicherheit**

RUBRIKEN

- 01 Editorial
- 75 Kolumne
- 76 Aufgespießt
- 77 Impressum



## Mehrheit für Reformen im Gesundheitswesen

Die Menschen in Deutschland sorgen sich um die Zukunft der Gesundheitsversorgung. Neun von zehn (91 %) halten grundlegende Veränderungen im Gesundheitswesen für geboten. Das zeigt eine bevölkerungsrepräsentative Umfrage im Auftrag des Health Transformation Hub, einer neuen Initiative der Bertelsmann Stiftung. 55 Prozent der Befragten hatten den Eindruck, die Gesundheitsversorgung habe sich in den vergangenen zehn Jahren verschlechtert.

77 Prozent befürchteten, dass sich die Versorgung ohne Reformmaßnahmen künftig verschlechtern werde. 88 Prozent sprachen sich dafür aus, dass die Politik mehr Geld für das Gesundheitssystem in die Hand nimmt. Bislang scheiterte das an der Ablehnung von Veränderung, kommentierte Brigitte Mohn, Vorstand der Bertelsmann Stiftung: „Drei Viertel der Menschen sind überzeugt, dass die gegenseitige Blockadehaltung der Akteure eine Ursache für den Reformstau im Gesundheitswesen ist.“ Bei aller Notwendigkeit zur Veränderung legten allerdings 69 Prozent der Befragten besonderen Wert auf eine ausreichende Anzahl von Arztpraxen vor Ort. Ein nahegelegenes Krankenhaus wäre zwar gut, aber nicht zwingend.

Fast alle Ärzte rechnen mit steigenden Kosten. Parallel sinkt die Zahl der Selbstzahlerleistungen.



Foto: krumanop - stock.adobe.com

apoBank-Umfrage

## Steigende Kosten derzeit zentrale Herausforderung für Praxisinhaber

Die wirtschaftliche Situation in Arztpraxen und Apotheken ist angespannt. Das geht aus einer Umfrage der apoBank hervor. Im Rückblick auf das vergangene Jahr sahen sich die Befragten mit Herausforderungen durch steigende Betriebskosten (69 %) und Fachkräftemangel (59 %) konfrontiert. Die Selbstständigen traf es besonders hart. Von ihnen gab die überwiegende Mehrheit an, im vergangenen Jahr mit steigenden Kosten gekämpft zu haben (86 %). Meist hatten die Kosten

zwischen einem und 25 Prozent zugenommen. Demgegenüber verzeichnete nur etwa jeder und jede dritte Befragte eine Umsatzsteigerung. Für das Jahr 2023 rechneten fast alle Heilberuflichen und Heilberufler mit einer weiteren Steigerung der Ausgaben. Gleichzeitig ging etwa die Hälfte von nur gleichbleibenden Umsätzen aus – es droht eine Schiefelage. Politische Maßnahmen zum Ausgleich von Inflation und steigenden Energiekosten hielten 74 Prozent der Befragten für unzureichend.



Foto: vladimirhodac - stock.adobe.com

Nicht immer rauchen und trinken  
Nachteulen mehr, eine Tendenz dazu  
gibt es aber.

## Nachtmenschen sterben früher

Nachtmenschen haben eine geringere Lebenserwartung als Frühaufsteher. Das hatte eine US-amerikanisch-britische Kohortenstudie 2018 ergeben. Am Chronotyp selbst liegt es aber nicht, wie nun eine finnische Zwillingstudie im Journal Chronobiology International zeigt. Entscheidend ist demnach vor allem das Rauch- und Trinkverhalten. Knapp 23.000 Männer und Frauen wurden 37 Jahre lang beobachtet. Dabei berücksichtigten die beiden Forscher, Dr. Christer Hublin und Dr. Jaakko Kaprio verschiedene Faktoren wie Bildungsstand, Alkoholkonsum, Raucherstatus, Rauchmenge, BMI und Schlafdauer. Knapp zehn Prozent der Studienteilnehmenden waren sogenannte Nachteulen. Ihr Sterberisiko lag im Beobachtungszeitraum um neun Prozent höher als bei den sogenannten Lerchen. Ausgeprägte Nachtschwärmer gaben seltener an, acht Stunden Schlaf oder mehr zu bekommen. Allerdings zeigte eine genauere Analyse, dass die zusätzlichen Todesfälle vor allem auf das Rauchen und den Alkoholkonsum zurückzuführen waren. Nichtraucherliche Spättypen, die nur in Maßen tranken, hatten kein erhöhtes Sterberisiko.

www.

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

[arzt-wirtschaft.de](http://arzt-wirtschaft.de)

## Haben Pestizidhersteller Studien zurückgehalten?

Wegen angeblicher Zurückhaltung von Pestizidstudien vor den europäischen Behörden stehen Hersteller aktuell in der Kritik. Laut einer Studie im Journal Environmental Health wurden von 35 bei der US-Umweltschutzbehörde EPA eingereichten Studien neun nicht den europäischen Zulassungsbehörden vorgelegt (26 %). Sieben dieser nicht eingereichten Studien hätten laut den Forschenden Dr. Axel Mie und Prof. Christina Rudén den Zulassungsprozess beeinflussen können. Sie schlagen den EU-Behörden einen Abgleich der Datensätze mit denen anderer



Foto: ermess - stock.adobe.com

Nicht eingereichte Studie zur Neurotoxizität von Glyphosat brachte den Stein ins Rollen.

Länder vor. Bayer und Syngenta wiesen derweil die Vorwürfe zurück. Die jeweils geltenden Regularien seien erfüllt worden.

## Mehr Beschäftigte im Gesundheitswesen

Binnen eines Jahrzehnts ist die Zahl der Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen um mehr als ein Viertel gestiegen: von rund vier Millionen Ende 2011 auf 5,2 Millionen im Juni 2022. Das geht aus einer Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage der AfD hervor. Etwa die Hälfte der Beschäftigten in den Gesundheits- und Sozialberufen arbeitete 2022 allerdings in Teilzeit. Nach einem kleinen Knick im Jahr 2020 lag die Zahl der Schülerinnen und Schüler im ersten Schuljahrgang 2021 mit 203.223 wieder über dem Niveau von 2012 (202.849).

## Urteil: PTBS kann Berufskrankheit sein

Eine psychische Erkrankung kann als Berufskrankheit anerkannt werden. Das hat das Bundessozialgericht (BSG) entschieden (Az. B 2 U 11/20 R). Anlass war die Klage eines Rettungsassistenten auf Anerkennung seiner Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Er verweist auf eine Reihe belastender Einsätze, darunter der Amoklauf in Winnenden und Wendlingen, bei dem 16 Menschen ums Leben kamen, sowie zwei grausame Suizide von Jugendlichen, einer davon durch Selbstenthausung des Mädchens. Nach einem Zusammenbruch im Jahr 2016 wurde eine PTBS diagnostiziert. Die Unfallversicherung Bund und Bahn lehnte jedoch die Anerkennung als Berufskrankheit ab. Ein vom BSG in Auftrag gegebenes Gutachten kommt zu dem Schluss, dass das Risiko einer PTBS bei Rettungsassistenten gegenüber der Allgemeinbevölkerung „fast siebenfach erhöht ist“. Am 22. Juni 2023 entschied das BSG, dass eine PTBS als Berufskrankheit anerkannt werden kann. Denn nach Kriterien des Klassifikationssystems DSM ist eine PTBS, die nach solch belastenden Ereignissen auftritt, auf diese zurückzuführen. Dies reiche aus, um den für eine Berufskrankheit erforderlichen Kausalzusammenhang nachzuweisen. Im konkreten Fall wurde das Urteil dennoch an die Vorinstanz zurückverwiesen, um zu klären, ob es auch private Ursachen für die PTBS des Mannes geben könnte.

Digitale Angebote

## A&W-Erklärvideo: „Abrechnungsserie EBM für Anfänger“

Was sind eigentlich Fälle im EBM? Diese und viele andere spannende Fragen erläutert die Redaktion von ARZT & WIRTSCHAFT in kurzen Erklärvideos. So beleuchtet der Ressortleiter für Abrechnung und Medizin, Dr. med. Ulrich Karbach, in seinem neuesten Video, welche Bedeutung die einzelnen Fälle für die kassenärztliche Abrechnung haben.

Die Ressortleiterin für Wirtschaft, Melanie Hurst, erklärt in ihrem Video, welche Praxisinhaber den Konnektortausch umgehen können. Aber auch, welche Al-

ternativen es jetzt zum Geräte austausch gibt. Rechtsexpertin Ina Reinsch beschäftigt sich in ihrem Video dagegen mit der Frage, wie eine Kündigung auf ärztlichen Rat funktioniert, wie also Ärztinnen und Ärzte ihre Patienten bei einer Eigenkündigung zum Beispiel aufgrund von Mobbing am Arbeitsplatz unterstützen können, damit diese keine Sperre beim Arbeitslosengeld erhalten.

Alle Videos finden Sie auf der Website [arzt-wirtschaft.de](http://arzt-wirtschaft.de) – unter der Rubrik „Videos“.



**Von A&W gibt es jetzt Erklärvideos für die erfolgreiche Praxisführung.**

Über den QR-Code sehen Sie das neueste Video „Abrechnungsserie EBM für Anfänger - Teil 5“.



WWW.

[arzt-wirtschaft.de](http://arzt-wirtschaft.de)

# Blasenentzündung\* ohne Antibiotikum?

# Canephron® Uno

## mit der 4-fach Wirkung bei

-  Schmerzen
-  Krämpfen
-  Bakterien
-  Entzündung

5 von 6 Frauen benötigten  
kein Antibiotikum<sup>1,2</sup>



\*Canephron® ist ein traditionelles pflanzliches Arzneimittel zur unterstützenden Behandlung und zur Ergänzung spezifischer Maßnahmen bei leichten Beschwerden (wie häufigem Wasserlassen, Brennen beim Wasserlassen und verstärktem Harndrang) im Rahmen entzündlicher Erkrankungen der Harnwege. <sup>1</sup> Wagenlehner et al. Urol Int. 2018; 101(3):327-336. doi:10.1159/000493368. <sup>2</sup> Die Studie wurde mit einer zu Canephron® Uno äquivalenten Wirkstoffmenge durchgeführt.

**Canephron® Uno • Zusammensetzung:** Wirkstoffe: 1 überzogene Tablette enthält: Tausendgüldenkraut-Pulver (Centaureum erythraea Rafin s.l., herba) 36 mg, Liebstöckelwurzel-Pulver (Levisticum officinale Koch, radix) 36 mg, Rosmarinblätter-Pulver (Rosmarinus officinalis L., folium) 36 mg. Sonstige Bestandteile: Lactose-Monohydrat, Magnesiumstearat (Ph. Eur.) [pflanzlich], Maisstärke, Povidon K 25, Siliciumdioxid (hochdispers), Calciumcarbonat, natives Rizinusöl, Eisen(III)-Oxid (E172), Dextrin (aus Maisstärke), sprühgetrockneter Glucose-Sirup, Montanglycolwachs, Povidon K 30, Saccharose, Schellack (wachsfrei), Riboflavin (E101), Talkum, Titandioxid (E171). **Anwendungsgebiete:** Traditionelles pflanzliches Arzneimittel zur unterstützenden Behandlung und zur Ergänzung spezifischer Maßnahmen bei leichten Beschwerden (wie häufigem Wasserlassen, Brennen beim Wasserlassen und verstärktem Harndrang) im Rahmen von entzündlichen Erkrankungen der ableitenden Harnwege; zur Durchspülung der Harnwege zur Verminderung der Ablagerung von Nierengrieß. Das Arzneimittel ist ein traditionelles pflanzliches Arzneimittel, das ausschließlich aufgrund langjähriger Anwendung für das Anwendungsgebiet registriert ist. **Gegenanzeigen:** Keine Anwendung bei Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe, gegen andere Apiaceen (Umbelliferen, z.B. Anis, Fenchel), gegen Anethol (Bestandteil von ätherischen Ölen) oder einen der sonstigen Bestandteile, bei Kindern unter 12 Jahren, bei peptischem Ulcus, während der Stillzeit und bei der seltenen hereditären Fructose-Intoleranz, Glucose-Galactose-Malabsorption oder Saccharase-Isomaltase-Mangel, Galactose-Intoleranz oder Lactase-Mangel; keine Durchspülungstherapie bei Ödemen infolge eingeschränkter Herz- oder Nierenfunktion und/oder wenn eine reduzierte Flüssigkeitsaufnahme empfohlen wurde. **Nebenwirkungen:** Häufig Magen-Darm-Beschwerden (z.B. Übelkeit, Erbrechen, Durchfall); Überempfindlichkeitsreaktionen (Hautausschlag, Juckreiz, Gesichtssödem), Häufigkeit nicht bekannt.

Stand: 11|21

Persönlichkeitsstudie

## Ärzte sind gewissenhafter, aber auch neurotischer als ihre Patienten

Eine Persönlichkeitsstudie im BMJ Open deckt typische Unterschiede zwischen Ärzten und ihren Patienten auf. Demnach sind Ärzte und Ärztinnen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung signifikant verträglicher und gewissenhafter. Das zeigen Daten von Umfragen aus Australien mit insgesamt 23.358 Teilnehmenden.

Behandelnde Ärzte neigten mehr zur Extraversion und zum Neurotizismus sowie zu einer externalen Kontrollüberzeugung. Die Patienten hingegen erwiesen sich im Vergleich zu den Ärzten als aufgeschlos-

sener. Es sei wichtig, dass sich Ärztinnen und Ärzte möglicher Persönlichkeitsunterschiede zwischen ihnen und ihren Patienten bewusst sind, betonen die Forschenden der kanadischen Carleton University. Denn sonst könnten gewissenhafte Ärzte die Fähigkeit ihrer Patienten, Empfehlungen zu befolgen, überschätzen. Ein höheres Maß an Neurotizismus könnte andererseits dazu führen, Stress als normalen Teil des Lebens zu betrachten und die Auswirkungen von Stress auf das Wohlbefinden der Patienten zu unterschätzen.



Sich Unterschieden in der Persönlichkeit bewusst zu sein, könnte die Arzt-Patienten-Kommunikation verbessern.

Fotos: N Lawrenson/peopleimages.com - stock.adobe.com, Axel Kock - stock.adobe.com

## Keine Abschaffung der Steuerklassen III und V

Die geplante Abschaffung der Steuerklassen III und V wird nicht mehr in diesem Jahr erfolgen. Das sagte Bundesfinanzminister Christian Lindner (FDP) im Gespräch mit dem Steuerexperten Fabian Walter auf Instagram. Im Koalitionsvertrag ist die Absicht verankert, die Klassen in das Faktorverfahren der Steuerklasse IV zu überführen. Dieses Verfahren mindert die hohe Steuerlast, die derzeit vor allem Ehefrauen nachteilig trifft und die Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung weniger attraktiv macht.

## Legionärskrankheit in Europa wieder häufiger

Durch Legionellen verursachte Lungenentzündungen haben zugenommen. Das zeigt eine Auswertung der Europäischen Seuchenschutzbehörde (ECDC). So wurden im Jahr 2021 im europäischen Wirtschaftsraum 10.723 Fälle der Legionärskrankheit gemeldet, was einer Quote von 2,4 Fällen pro 100.000 Einwohner entspricht – die höchste bislang. Drei Viertel der gemeldeten Fälle kamen aus Italien, Frankreich, Spanien und Deutschland – wobei die Meldepflicht hierzulande vermutlich eine Rolle spielt. Die meisten Er-

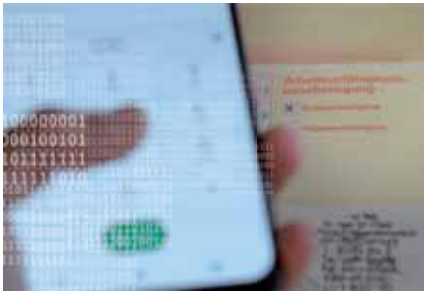
## Deutschland: 8. Platz im Pandemie-Ranking

Ein höheres Maß an Vorbereitung ging mit niedrigeren Mortalitätsraten einher. Zu diesem Schluss kommt der erste direkte Vergleich der Übersterblichkeitsraten während der Pandemie, bei dem die Untererfassung und die Altersstruktur in den einzelnen Ländern berücksichtigt wurden. Die Studie zur Pandemic Preparedness von 195 Ländern im BMJ Global Health sieht Deutschland auf Platz acht im globalen Ranking – mit einem Global Health Security (GHS) Index von 65,5 (Stand 2021). Der GHS beschreibt die Fähigkeit von Ländern, eine Pandemie zu verhindern, zu erkennen, zu überwachen und darauf zu reagieren. Eine bessere Pandemic Preparedness korrelierte signifikant mit einer geringeren COVID-19-assoziierten Übersterblichkeit. Eine Ausnahme bildeten die USA. Trotz ihres hohen GHS-Index (Platz 1 mit 75,9) wiesen sie eine vergleichsweise hohe Sterblichkeitsrate auf. Dies wird auf Defizite im Risikoumfeld des GHS-Index zurückgeführt. Diese Defizite führten zu einer unkoordinierten Reaktion auf COVID-19 in den USA, zu unterschiedlichen Eindämmungsmaßnahmen in verschiedenen Bundesstaaten, Verzögerungen bei der Verteilung von Testgeräten und einer inkonsistenten Informationspolitik. Im Gegensatz dazu wiesen die Spitzenreiter in der Kategorie Risikoumfeld des GHS-Index, nämlich Island, Australien und Neuseeland, einige der niedrigsten Mortalitätsraten während der Pandemie auf.



Bei Wassertemperaturen von 25 bis 42 Grad können sich Legionellen stark vermehren.

krankungen traten im Sommer auf, wohl auch aufgrund der Reisen, während derer das Wasser daheim in den Leitungen steht.



## Datenpanne beim KIM-Dienst

Mehr als 116.000 elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (eAUs) wurden fehlgeleitet. Statt bei der AOK Niedersachsen landeten sie bei einer Hausarztpraxis. Das meldet die gematik. Die Fehlleitung begann im September 2022, blieb jedoch bis zur massenhaften E-Mail-Flut in den letzten zwei Monaten unentdeckt, zumal die Praxis diese Nachrichten wohl aus technischen Gründen nicht öffnen konnte. Ursache scheint eine unvollständige Prüfung durch einige Primärsysteme zu sein, die eine eindeutige Zuordnung der jeweiligen Krankenkasse und Praxis im Verzeichnisdienst (VZD) verhinderte. Die Hersteller sind aufgefordert, die ab 2022 geltende Prüfpflicht umzusetzen. Um derweil zu verhindern, dass versehentlich weitere KIM-Nachrichten an die betroffene Praxis gesendet werden, wurde die KIM-Adresse aus dem Verzeichnisdienst entfernt. Immerhin: Unbefugte Zugriffe außerhalb der Telematikinfrastruktur wurden nicht ermöglicht.

www.

Noch mehr aktuelle Nachrichten auf:

[arzt-wirtschaft.de](https://www.arzt-wirtschaft.de)



Wachsende Krankheitslast der Bevölkerung

## Zi präsentiert neues Dashboard zu Volkskrankheiten

Seit Juli 2023 stellt das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) ein Dashboard zur Entwicklung chronischer Volkskrankheiten zur Verfügung ([www.versorgungsatlas.de](http://www.versorgungsatlas.de)). Hier wird die Verbreitung von Asthma bronchiale, Chronisch obstruktiver Lungenkrankheit (COPD), Diabetes Mellitus, Herzinsuffizienz, Hypertonie sowie der Koronaren

Herzkrankheit im Zeitraum von 2015 bis 2021 grafisch dargestellt. So zeigt sich beispielsweise eine deutliche Steigerung bei Asthma von 16,3 Prozent. Zi-Vorstandsvorsitzender Dr. Dominik von Stillfried unterstreicht die Bedeutung des Dashboards als kompaktes Instrument, um einen klaren Überblick über die wachsende Krankheitslast zu erhalten.

## Drei von vier Ärzten für Eigenbeteiligung in GKV

Eine finanzielle Eigenbeteiligung von Patienten und Patientinnen halten 78 Prozent der niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen für sinnvoll, damit die Ressourcen des Gesundheitswesens effizienter genutzt werden. Das geht aus einer Online-Umfrage des Ärztenachrichtendienstes (änd) mit 988 Teilnehmenden hervor. Weitere 14 Prozent halten das Konzept grundsätzlich für wichtig, haben jedoch Zweifel an der praktischen Umsetzung. Nur sieben Prozent sind der Ansicht, dass eine Eigenbeteiligung unsozial und benachteiligend wäre. Das steht im Kontrast zur Auffassung der Krankenkassen. So hatte sich die Geschäftsführerin Versorgung im AOK-Bundesverband, Dr. Sabine Richard, gegen eine Selbstbeteiligung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ausgesprochen, da dies ihr zufolge den Zugang zur Versorgung insbesondere für sozial benachteiligte Gruppen erschweren könnte.

## Wann ist ein ambulanter Eingriff zu riskant?

Bestimmte Risikogruppen haben nach ambulanten chirurgischen Eingriffen ein erhöhtes Mortalitätsrisiko. Das zeigt eine Registerstudie aus den USA im Journal Surgery. Daten von mehr als 2,8 Millionen Teilnehmenden wurden analysiert. Personen mit vorbestehendem Aszites, eingeschränktem funktionellen Status, disseminiertem Tumor, kongestiver Herzinsuffizienz, primärem Untergewicht

und ASA-Klasse III hatten eine erhöhte Sterblichkeitsrate. Ab einem Alter von 50 Jahren stieg die Mortalität an, besonders sprunghaft ab einem Alter von 80 Jahren. Kardiale Komplikationen hatten den größten Einfluss auf die 30-Tage-Sterblichkeit. Diese Ergebnisse könnten helfen, Hochrisikopatienten und -patientinnen zu identifizieren, die von einer stationären Behandlung profitieren würden.



80-Jährige mit eingeschränkter funktionaler Gesundheit gehören stationär operiert.

Fotos: Heide - stock.adobe.com, Anke Thomass - stock.adobe.com

## Nichtbinäre Menschen aus der Bronzezeit

Mehr als 1.200 Skelette aus der Bronzezeit und dem Neolithikum in sieben deutschen, österreichischen und italienischen Grabstätten wurden untersucht. Dabei stellten die Forschenden der Universität Göttingen fest: Bei neun von zehn Personen stimmte das biologische Geschlecht mit dem sozialen Geschlecht überein. In einem Zehntel der Fälle konnte jedoch keine Übereinstimmung festgestellt werden. Das deutet darauf hin, dass es auch in prähistorischen Gesellschaften Individuen mit einer Geschlechtsidentität jenseits der binären Norm gab. Dass sie Grabbeigaben



Möglicherweise wurden Weiblichkeit und Männlichkeit nicht strikt definiert.

erhielten, die nicht ihrem biologischen Geschlecht entsprachen, weist auf Toleranz der damaligen Gesellschaften hin.

## Digitaler Euro kommt vielleicht bald

Der Prototyp des digitalen Euro wurde getestet, meldet die Europäische Zentralbank (EZB). Dennoch bestehen Bedenken bezüglich der digitalen Zentralbankwährung (engl. Central Bank Digital Currency, CBDC). Skeptiker befürchten eine Einschränkung des Bargelds sowie mangelnde Privatsphäre. Wie Bundesbank-Vorstandsmitglied Burkhard Balz gegenüber finanzen.net sagte, wird der Datenschutz grundlegend für das Gelingen sein. Die Entscheidung über die Einführung des digitalen Euro ist für Herbst 2023 geplant, die Umsetzung könnte bis 2026 dauern.



Nach Erhalt des Bescheids bleibt lediglich ein Monat für die Prüfung und für eventuelle Einsprüche.

## Millionenkosten durch nicht genutzte Impfstoffe


Nach Ende des Corona-Gesundheitsnotstands verstauben aufgrund laufender EU-Verträge Millionen von COVID-19-Impfdosen in deutschen Lagern. Über die damit verbundenen Kosten berichtet der Tagesspiegel Background. Zwar ist laut Vertrags-Anpassungen vorgesehen, die Abnahmeverpflichtungen um etwa die Hälfte zu reduzieren und die Lieferungen über drei Jahre zu strecken. Der Bund wird also auch in den Jahren 2024 und 2025 COVID-19-Impfstoff erhalten, der bis 2027 eingesetzt werden soll. Dennoch wird die Bundesregierung voraussichtlich auf einem Teil der Kosten sitzen bleiben. Allein für die Lagerung und Logistik der Impfstoffe werden für 2024 bis 2027 Kosten von rund 748 Millionen Euro fällig. Dabei handelt es sich laut Bundesverband des pharmazeutischen Großhandels (Phagro) vor allem um Personalkosten, Aufwendungen für die Dokumentation und Energiekosten für die Tiefkühlhaltung. Die geringe Nachfrage wird voraussichtlich dazu führen, dass ein Großteil der Dosen nicht verimpft wird. Wie die Impfdaten des Robert Koch-Instituts zeigen, wurden im Juni nur rund 100 Impfungen pro Tag durchgeführt. Am 10. Juli ließ sich nur eine einzige Person impfen.

### Elektronische ELSTER-Vorschau

## Einspruch gegen Steuerbescheid erst drei Tage nach Bescheiddatum zulässig

Aufgrund der ELSTER-Bescheidendatenübermittlung besteht die Möglichkeit, eine elektronische Vorschau auf den Steuerbescheid zu erhalten. Dies führt jedoch immer wieder zu einer verfahrensrechtlichen Ausnahmesituation. Denn falls bei der Prüfung der elektronischen Vorschau ein Fehler festgestellt und sofort Einspruch eingelegt wird, so ist dieser rechtlich nicht wirksam. Das hat die Finanzverwaltung in einem aktuellen internen Erlass klar gestellt. Die Übermittlung der Bescheidendaten entfaltet keine rechtliche Bindungs-

wirkung. Insofern kann ein Einspruch erst drei Tage nach dem Bescheiddatum wirksam eingebracht werden. Bei einem zu früh eingelegten Einspruch aufgrund der ELSTER-Vorschau muss das Finanzamt aufgrund seiner Betreuungspflicht den Steuerpflichtigen darauf hinweisen, dass dieser unzulässig ist und erneut eingelegt werden muss. Meist lohnt sich ein Einspruch nach entdeckten Fehlern. Gemäß einer Statistik des Bundesfinanzministeriums bekommen rund 65 Prozent der Steuerpflichtigen dabei Recht.

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



# Abrechnung: Alles klar?



Fotos: krisana - stock.adobe.com, gpointstudio - stock.adobe.com



Gewöhnung, Toleranz und teilweise Abhängigkeit sind mögliche Fallstricke einer längeren Schlafmitteleinnahme.

Einschlafprobleme

## Jeder vierte Deutsche greift zu Einschlafmitteln aus der Apotheke

Knapp jede dritte Person in Deutschland hat mindestens einmal pro Woche Schwierigkeiten einzuschlafen. Das Spektrum der Gegenmaßnahmen ist breit, wie eine Umfrage des Gesundheitsanbieters BLACKROLL® mit mehr als 5.000 Teilnehmenden zeigt. Dabei sind nicht alle Strategien sinnvoll – manche sogar kontraproduktiv. Während 29,8 Prozent zu Lesestoff greifen, wenn der Schlummer auf sich warten lässt, nutzen 19,5 Prozent rezeptfreie Hilfen aus der Apotheke oder Drogerie – etwa Baldrian oder auch Cannabidiol

(CBD). Filme und Videos sowie Musik beziehungsweise Geräusche nutzen jeweils rund 14 Prozent als Einschlafhilfe. 13 Prozent machen Yoga oder praktizieren andere Entspannungsübungen. Rezeptpflichtige Schlafmittel werden von 6,7 Prozent genutzt. 4,8 Prozent greifen hingegen zu legalen Rauschmitteln wie Alkohol oder Nikotin. Der Leidensdruck ist zum Teil groß: Fast 15 Prozent kämpfen mehrmals wöchentlich mit Einschlafproblemen. Etwa fünf Prozent schlafen weniger als fünf Stunden pro Nacht.

## Trauma erhöht das Risiko für vorzeitigen Tod

Jahre nach einem körperlichen Trauma bleibt dieses ein Risikofaktor für Tod und immunvermittelte Erkrankungen oder Krebs. Zu diesem Ergebnis kommen dänische Forschende im JAMA Surgery. 2.290 Zwillingspaare mit einem Durchschnittsalter von 36,4 Jahren wurden analysiert. Davon hatte jeweils ein Zwilling ein mittelschweres bis schweres Trauma erlitten, der andere nicht. Die Nachbeobachtung betrug durchschnittlich 8,6 Jahre, einige wurden über 20 Jahre beobachtet. Zwillinge, die einem Trauma ausgesetzt waren, hatten gegenüber ihren nicht exponierten Geschwistern ein um 33 Prozent erhöhtes Risiko, den kombinierten Endpunkt aus Tod und immunvermittelten oder onkolo-



Die immense Aktivierung des Immunsystems im Zuge des Traumas hat Folgen.

gischen Erkrankungen zu erreichen. Wurden Tod und diese Erkrankungen getrennt betrachtet, ergaben sich Risikoerhöhungen von 91 Prozent und 28 Prozent.

### Wenn's kompliziert wird, ...

passieren Fehler. Auch in der Abrechnung. Wie ärgerlich: verschenktes Honorar, verschwendete Zeit, Bürokratie.

### Wissen ist Zeit und Geld wert!

Der **Kommentar zu EBM und GOÄ** von **Wezel/Liebold** zeigt Ihnen, worauf Sie bei der Abrechnung achten sollten. Was geht, was nicht geht und warum. Fachlich fundiert, von erfahrenen Medizinern und Abrechnungs-Profis erarbeitet.

**Wezel/Liebold – das Wissen der Abrechnungs-Profis für Ihre Praxis!**

**Wezel/Liebold**

## Der Kommentar zu EBM und GOÄ

mit Kommentar  
zur UV-GOÄ



jetzt kostenlos online testen:  
[www.ebm-goae.de](http://www.ebm-goae.de)

asgard verlag





Sommer 2022

## Deutschland eines der Länder mit höchster hitzebedingter Sterblichkeit

Der Sommer 2022 war der heißeste Sommer, der je auf dem europäischen Kontinent gemessen wurde, mit einer ganzen Reihe von Rekordhitzewellen. Das mündete in eine hohe hitzebedingte Sterblichkeit, wie eine Studie im Journal Nature Medicine darlegt. Demnach starben in Europa 61.672 Menschen an hitzebedingten Erkrankungen, davon die meisten in Italien (18.010) und Spanien (11.324). Doch gleich danach landete Deutschland mit 8.173 Hitzetoten auf dem traurigen dritten Platz. Menschen mit

Vorerkrankungen, Frauen, sozial Isolierte und sozioökonomisch Benachteiligte sind überdurchschnittlich hitzegefährdet. Prof. Claudia Traidl-Hoffmann, Inhaberin des Lehrstuhls für Umweltmedizin an der Universität Augsburg, kommentiert: „Noch immer haben wir unsere Baustruktur und Lebensweise nicht an die Hitze angepasst und viele Menschen unterschätzen die Gefahr. Es wird Zeit, von der reinen Reaktion und Anpassung zu Resilienzstrategien zu kommen. Ein Hitzeschutzplan ist da nur ein Steinchen im großen Mosaik.“

Europa gehört zu den Regionen, die sich weltweit am schnellsten erwärmen.

## Führt Lösungsmittel zu mehr Morbus Parkinson?

Es steckt in Korrekturflüssigkeiten, Farbentfernern und in Aerosol-Reinigungsmitteln: Das weit verbreitete Lösungsmittel Tetrachlorethen (TCE) könnte mit einem erhöhten Risiko für Morbus Parkinson in Verbindung stehen. Das schreiben Forschende um den Neurologen Prof. Ray Dorsey im Journal of Parkinson's Disease. Weltweit breitet sich die Parkinson-Krankheit rasch aus. Es stelle sich die Frage, ob dies mit einer Einschränkung der Chemikalie TCE eingedämmt werden könnte, erklärte Dorsey gegenüber der Website Medscape. Eine Hypothese zu einem möglichen kausalen Zusammenhang legen Dorsey und seine Co-Autoren im Buch „Schluss mit Parkinson“ dar. Demnach könnte TCE die mitochondriale Funktion stören. Dies wiederum könnte zu einer Schädigung der dopaminergen Neuronen führen, die mit der Parkinson-Krankheit in Verbindung gebracht werden. Dopaminerge Nervenzellen reagieren besonders empfindlich auf mitochondriale Neurotoxine. Die Hypothese des Teams, die sich neben Forschungsergebnissen auf Fallgeschichten stützt, ruft selbstverständlich nach weiteren Studien zu einem möglichen Zusammenhang von TCE und Parkinson. Auf die lange Bank geschoben werden sollte dies nicht. Eine TCE-Exposition kann auch durch eine kontaminierte Umwelt und Grundwasser erfolgen.

## Suche nach Rehaklinik wird leichter

Die Auswahl der Wunschklinik für eine medizinische Rehabilitation wird deutlich erleichtert. Ein neues Online-Portal der Deutschen Rentenversicherung ([www.meine-rehabilitation.de](http://www.meine-rehabilitation.de)) ermöglicht ab sofort den einfachen Vergleich passender, qualitätsgesicherter Einrichtungen. Schon bisher gab es ein Wunsch- und Wahlrecht bei der Suche nach Rehabilitationskliniken. Künftig wird im Reha-Antrag explizit nach der Wunschklinik gefragt. Versicherten, die von ihrem Wunsch- und Wahlrecht keinen Gebrauch machen, werden vier Einrichtungen zur Auswahl vorgeschlagen. Trifft der Patient oder die Patientin keine Entscheidung, erfolgt die medizinische Rehabilitation in der an erster Stelle im Bescheid genannten Klinik. Die Auswahl der Einrichtung ist unabhängig davon, ob ein eAntrag über den Link [www.deutsche-rentenversicherung.de/reha-antrag](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/reha-antrag) oder über ein herunterladbares Formular gestellt wird.

WWW.

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

[arzt-wirtschaft.de](http://arzt-wirtschaft.de)



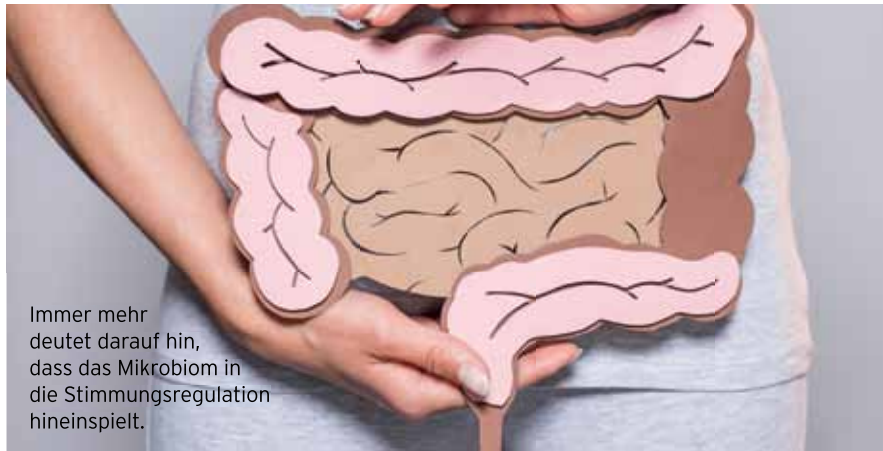
Fotos: mbruxelle - stock.adobe.com, Robert Kneschke - stock.adobe.com

Darm-Hirn-Achse

## Probiotika könnten Stimmungsregulation bei Depressionen unterstützen

Sowohl nach vier als auch nach acht Wochen Probiotika-Einnahme waren die depressiven Symptome der Probanden geringer ausgeprägt. Das ist eines der Ergebnisse einer kleinen doppelblinden, randomisiert-kontrollierten Pilotstudie, die im Journal JAMA Psychiatry publiziert wurde. Die zusätzliche Einnahme von Probiotika zu antidepressiven Medikamenten könnte eine wirksame Behandlungsoption für Menschen mit Depressionen sein, folgert das Team um die Doktorandin

Viktoriya L. Nikolova. Auch eine geringer ausgeprägte Ängstlichkeit war nach acht Wochen statistisch signifikant. Teilgenommen hatten 50 Erwachsene mit Depressionen, die bereits mit Antidepressiva behandelt wurden, jedoch unzureichend darauf ansprachen. Als Add-on zur unveränderten Therapie mit Antidepressiva erhielten sie ein Präparat mit 14 verschiedenen Bakterienstämmen. Die Adhärenzrate betrug 97,2 Prozent, schwerwiegende Nebenwirkungen wurden nicht berichtet.



Immer mehr deutet darauf hin, dass das Mikrobiom in die Stimmungsregulation hineinspielt.

Foto: LIGHTFIELD STUDIOS - stock.adobe.com

## Post COVID: 1.000 Erwerbsminderungsrenten

Für das Jahr 2022 hat die Deutsche Rentenversicherung 1.000 Erwerbsminderungsrenten für Post-COVID-Betroffene bewilligt. Das geht aus einem Bericht der Rheinischen Post hervor. Insgesamt seien im vergangenen Jahr 1088 Erwerbsminderungsrenten im Zusammenhang mit COVID-19 erstmals bewilligt worden, bestätigte eine Sprecherin der Rentenversicherung. Davon entfielen 1.000 Renten auf Betroffene mit Post-COVID-Symptomen. In ärztlicher Behandlung befanden sich Ende letzten Jahres knapp 335.000 Menschen mit Post-COVID-Symptomen, wie das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) bekannt gab. Der Deutsche Hausärzterverband fordert mehr Unterstützungsangebote für Betroffene. Viele seien auf die Hilfe ihrer Angehörigen angewiesen, um den Alltag zu bewältigen. Die Förderung der häuslichen Pflege und die Stärkung von Unterstützungsangeboten, die Kranke und Angehörige direkt entlasten, seien daher wichtige Maßnahmen. Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach stellte jüngst das Programm Long COVID vor, das unter anderem ein Informationsportal ([www.bmg-longcovid.de](http://www.bmg-longcovid.de)) beinhaltet und 40 Millionen Euro für die Forschung vorsieht.

## Dispozinssätze deutlich gestiegen

Aufgrund der wachsenden Lebenshaltungskosten schlittern immer mehr Menschen regelmäßig oder gar erheblich und dauerhaft in den Dispokredit. Doch die Dispozinsen sind bei den meisten Banken hoch und im Vergleich zum Vorjahr auch noch deutlich gestiegen. Darauf weist die Verbraucherzentrale Hamburg hin. Wie Stiftung Warentest analysiert hat, liegt der durchschnittliche Zinssatz derzeit bei 11,22 Prozent. Im Jahr zuvor waren es noch 9,43 Prozent. Die Spannbreite der Dispozinsen reicht allerdings von 0,0 Prozent bis 16,46 Prozent. Verbraucher und Verbraucherinnen, die im Dispo feststecken, sind mit Ratenkrediten meist besser beraten, so die Verbraucherzentrale. Hier seien die Zinsen nur etwa halb so hoch.

## Schaffung eines zentralen Vergiftungsregisters

Die Bundesregierung plant die Einrichtung eines zentralen Vergiftungsregisters beim Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR). Das geht aus einem Gesetzentwurf zur Änderung des Chemikaliengesetzes hervor (Drucksache 20/6952). Ziel ist es, künftig alle in Deutschland gemeldeten

Vergiftungsfälle zentral zu erfassen. Bisher wurden Informationen über Vergiftungen unabhängig voneinander vom BfR und den Giftinformationszentren der Länder (GIZ) gesammelt, eine systematische Auswertung erfolgte jedoch nicht. Dies erfordern jedoch europarechtliche Vorgaben.

### Einladung zur Mitgliederversammlung

Mittwoch, 20. September 2023, 16.00 Uhr,  
in den Räumen der Rationellen Arztpraxis e.V.,  
Felix-Dahn-Str. 43, 70597 Stuttgart

Die Tagesordnung für die bevorstehende Mitgliederversammlung wird ab dem 13.09.2023 im geschützten Mitgliederbereich des Portals [www.rationelle-arztpraxis.de](http://www.rationelle-arztpraxis.de) unter dem Reiter "Meine Mitgliedschaft" bereitgestellt.

Rationelle  
Arztpraxis

## Neue TI-Pauschalen

# Sanktionshammer durch die Hintertür

Es war ein zähes Ringen, bis die Höhe der neuen Pauschalen für die Telematikinfrastruktur festgelegt war. Wie viel Praxisinhaber jetzt erhalten, hängt aber nicht nur von mehreren Faktoren ab. Es kann auch schnell so enden, dass Ärztinnen und Ärzte keinen einzigen Cent bekommen.



Gut gesicherte Geldauszahlung: Wer die TI-Pauschale haben möchte, muss einige Bedingungen erfüllen.

**A**uf den letzten Drücker zurrte das Bundesgesundheitsministerium die neuen Pauschalen für die Telematikinfrastruktur (TI) fest. Seit dem 1. Juli 2023 erhalten niedergelassene Ärztinnen und Ärzte nun keine Erstattung für einzelne Komponenten oder Anwendungen der TI mehr. Es gibt jetzt eine Monatspauschale, die alle Kosten abdecken soll. Eine Übergangsregelung gab es nicht.

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die neuen Pauschalen. Dessen Vorstandsvorsitzende Dr. Doris Pfeiffer sagt: „Die TI-Pauschale setzt für Praxen und Apotheken klare finanzielle Anreize, die Vorteile der Digitalisierung zu nutzen. ... Auch wenn die Pauschalen sehr auskömmlich bemessen sind, erwarten wir, dass es durch die neue Finanzierungslogik stärkere Anreize zu Wirtschaftlichkeit bei der IT-Praxisausstattung für Praxen und Industrie gibt.“

„Sehr auskömmlich“ ist allerdings eine Frage der Perspektive. Denn von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) hört man keinen Applaus. KBV-Vorstandsmitglied Dr. Sibylle Steiner kündigte bereits an: „Wir werden genau prüfen, ob die Kosten tatsächlich in voller Höhe erstattet werden.“ In der Vergangenheit sei dies nicht der Fall gewesen und die Praxen hätten immer zugezahlt. „Das muss ein Ende haben“, betonte sie.

Aber wie viel Geld gibt es jetzt? Die Höhe der Pauschale ist von mehreren Faktoren abhängig wie der Praxisgröße, dem Zeitpunkt der TI-Erstausrüstung oder dem Konnektorrausch. Erschwerend kommt hinzu, dass nur die eine Pauschale erhalten, die alle gesetzlich geforderten Anwendungen, Komponenten und Dienste in der aktuellsten Version nachweisen können. Diese sind: Notfalldatenmanagement, eMedikationsplan, ePatientenakte, Kommunikation im Medizinwesen, eAU und ab dem 1. Januar 2024 auch elektronische Verordnungen. Der eArztbrief gehört ebenso dazu, allerdings ruderte hier das BGM bis Redaktionsschluss (28.7.2023) wieder zurück. Es stellte in Aussicht, dass diese Nachweispflicht auf den 1. März 2024 verschoben werden soll. Hintergrund ist, dass noch nicht alle Softwaresysteme den eArztbrief unterstützen.

Aber damit ist die Pflichtenliste noch nicht zu Ende. Praxen müssen außerdem mit einem Konnektor inklusive gSMC-K und VPN-Zugangsdienst ausgestattet sein, gegebenenfalls in einem Rechenzentrum gehostet, wenn dort zugelassene Komponenten und Dienste zum Einsatz kommen, oder über ein TI-Gateway in Verbindung mit Nutzung eines Rechenzentrum-Konnektors. Zudem muss auch ein eHealth-Kartenterminal inklusive gSMC-KT vorhanden sein, eine HBA Smartcard oder eID für Ärzte mit gematik-Zulassung sowie SMC-B Smartcard oder SM-B oder eID für Vertragsarztpraxen mit gematik-Zulassung.

Fehlt eine dieser Anwendungen, Komponenten oder Dienste, wird die Pauschale um 50 (!) Prozent gekürzt. Fehlen mehr als zwei gibt es gar nichts. Dr. Sibylle Steiner hat dazu eine klare

Meinung: „Dies sind keine Kürzungen, sondern Strafzahlungen.“ Der Teufel steckt aber noch in einem weiteren Detail. Denn alle Praxisinhaber, die sich erst nach dem 31. Dezember 2020 an die TI angeschlossen haben, erhalten gerechnet ab dem Tag der Erstausrüstung für zweieinhalb Jahre auch nur eine reduzierte Pauschale. Das gleiche gilt für alle, die nach dem 31. Dezember 2020 ihren Konnektor getauscht haben. Berücksichtigt man alle Faktoren, staffeln sich die neuen Pauschalen folgendermaßen auf:

#### TI-Pauschale 1

- Noch keine Erstausrüstung oder Erstausrüstung erfolgte bereits vor dem 1. Januar 2021
- Konnektor wurde noch nicht getauscht oder Tausch erfolgte bereits vor dem 1. Januar 2021
- Alle Anwendungen installiert.

Arbeiten in einer Praxis bis zu drei Vertragsärzten, beläuft sich die Pauschale auf 237,78 Euro oder um 50 Prozent gekürzt auf 118,89 Euro. Bei mehr als drei und bis zu sechs Vertragsärzten sind es 282,78 Euro beziehungsweise 141,39 Euro. Mehr als sechs Vertragsärzten erhalten 323,90 Euro beziehungsweise gekürzt dann 161,95 Euro.

#### TI-Pauschale 2

- Erstausrüstung nach dem 31. Dezember 2020
  - Alle Anwendungen installiert
  - Pauschale wird für 30 Monate nach der Erstausrüstung reduziert – ab dem 31. Monat gibt es die TI-Pauschale 1
- Bei bis zu drei Vertragsärzten: 131,67 Euro oder gekürzt 65,84 Euro. Mehr als drei und bis zu sechs Vertragsärzten: 143,29 Euro oder gekürzt 71,65 Euro. Bei mehr als sechs Vertragsärzten: 151,04 Euro beziehungsweise 75,52 Euro.

#### TI-Pauschale 3

- Konnektortausch nach dem 31. Dezember 2020
- Alle Anwendungen installiert
- Pauschale wird für 30 Monate nach dem Konnektortausch reduziert – ab dem 31. Monat erhalten die Praxen die TI-Pauschale 1.

Praxen mit bis zu drei Vertragsärzten erhalten 199,45 Euro oder bei Reduktion 99,73 Euro. Bei mehr als drei bis zu sechs Vertragsärzten beläuft sich die Pauschale auf 242,78 Euro beziehungsweise 121,39 Euro. Bei mehr als sechs Vertragsärzten sind es 282,23 Euro oder gekürzt 141,12 Euro.

Die Auszahlung der Pauschalen erfolgt weiterhin über die KVen. Praxisinhaber müssen ihrer KV dafür die funktionsfähige TI-Ausrüstung mit den erforderlichen Anwendungen, Komponenten und Diensten nachweisen. Wie der Nachweis gestaltet sein muss – eventuell auch in Form einer Eigenerklärung – soll dann von den KVen festgelegt werden.

*Melanie Hurst*



**Melanie Hurst**  
Die Ressortleiterin Wirtschaft befragte Praxisinhaber, was sie von der neuen TI-Pauschale halten.

Fotos: luismolinero - stock.adobe.com, unBUNT - stock.adobe.com

## „UMFRAGE des Monats“

### Was halten Sie von den neuen TI-Pauschalen



#### „Theoretisch akzeptabel, doch in der Praxis zu aufwendig“

Wenn die Telematikinfrastruktur funktionieren würde, könnte man mit der monatlichen Pauschale und der Vorleistung leben. Aber Aufwand und Kosten stehen in keinem Verhältnis.

**Dr. med. Georg Paintner**  
Hausarzt aus Bruckberg

#### „Als Privatarzt bleibt mir das TI-Debakel zum Glück erspart“

Ich führe eine Privatarztpraxis und bin sehr froh, dass ich daher die Telematikinfrastruktur nicht einführen muss. Dagegen würde ich mich auch sehr wehren.

**Dr. med. Johannes S.**  
Hausarzt aus Bayern

#### „Sanktionen für fehlende TI-Anwendungen sind unverschämte“

Ich überlege ernsthaft, vorzeitig in den Ruhestand zu gehen. Seit bald vier Jahrzehnten bin ich Ärztin aus Leidenschaft. In meiner Praxis betreue ich manche Familien schon über Generationen hinweg, das bringt mir viel Freude. Doch von dem Gegängel der politischen Akteure habe ich genug. Die Telematikinfrastruktur ist ein täglicher Quell an neuen Ärgernissen und jetzt werden wir Ärzte noch mit einer mageren Pauschale abgespeist. Unverschämte sind vor allem die Sanktionen, wenn Praxen nicht alle TI-Anwendungen haben. Selbst, wenn ich alle installieren wollte, was kann ich dafür, wenn die Industrie sie eventuell noch gar nicht anbietet? Warum werde ich dann sanktioniert und nicht die Industrie?

**Dr. med. Mathilde H.**  
Hausärztin aus Schleswig-Holstein



Alltägliche Süchte

# Wann zahlt die Kasse?

Entwöhnungen von Abhängigen sind meist nicht zu Lasten der Gesetzlichen Krankenkassen berechnungsfähig, ausgenommen Substitutionsbehandlungen bei Opiatabhängigen. Bei alltäglichen Abhängigkeiten wie Nikotin-, Spiel- oder Internetsucht kann allerdings nur bedingt nach dem EBM abgerechnet werden.



Foto: Robert Kneschke - stock.adobe.com

Alkohol ist ein akzeptierter Suchtstoff. Da ist das Risiko in gefährlichen Gebrauch oder Sucht abzugleiten groß.

**A**bhängige konsultieren ihren Hausarzt zumeist, wenn die Abhängigkeit noch nicht zu Folgeerkrankungen (z.B. COPD, Hepatose) geführt hat. Stellt der Hausarzt das Vorliegen einer Sucht fest oder offenbart sich ein Patient von sich aus dahingehend, dass er abhängig ist und eine Behandlung wünscht, sind die entsprechenden Suchtformen als Behandlungsdiagnosen mit dem entsprechenden ICD-10-Kode anzugeben, so zum Beispiel bei Nikotinsucht mit F17.2, Alkoholabhängigkeit mit F10.2, bei Spielsucht mit F63.0 und so weiter.

Wollen Patienten sich wegen einer Sucht behandeln lassen, ist klarzustellen, dass derartige Behandlungen nur als Selbstzahlerleistungen (IGeL) möglich sind. Aber: Die erste Konsultation sollte zu Lasten der GKV über die Krankenversicherungskarte abgerechnet werden, da die Patienten in der Regel davon ausgehen, dass mit der Abhängigkeit eine Erkrankung vorliegt. Bei vielen alltäglichen Suchtformen weisen die Betroffenen zwar eine gewisse Abhängigkeit und Auffälligkeit auf, Zeichen einer manifesten Erkran-

kung bestehen aber zumeist nicht, so zum Beispiel nicht bei Internetsucht, Spielsucht und so weiter. Es gibt nahezu keine Tätigkeit im Alltagsleben, aus der sich keine Sucht entwickeln kann.

**Suchtbehandlung als GKV-Leistung**

Zumeist berichten Patienten über eine bestimmte Sucht, wenn sie ohnehin aus anderen Gründen in Behandlung sind. Häufig werden Süchte auch von Angehörigen der Betroffenen vorgetragen. Die Beratung zu einer Sucht ist bei mindestens 10 Minuten Dauer je vollendete 10 Minuten mit der Position 03230 EBM berechnungsfähig, auch wenn die Erörterung nur mit einer Bezugsperson ohne Beisein des Abhängigen geführt wird.

**Abhängige als Chroniker**

Begeben sich Abhängige regelmäßig wegen derselben Sucht in Behandlung, können die Voraussetzun-

gen zur Abrechnung der Chronikerpauschalen 03220 und 03221 gegeben sein, wenn im Zeitraum der letzten vier Quartale wegen derselben gesicherten Suchterkrankung jeweils mindestens ein Arzt-Patienten-Kontakt (APK) pro Quartal in mindestens drei Quartalen – davon zwei persönliche APK – in derselben Praxis stattgefunden haben. Sucht zum Beispiel ein von Spielsucht betroffener Patient seinen Hausarzt Quartal für Quartal auf, ist für den Zeitraum der letzten vier Quartale jeweils derselbe ICD-10-Kode (hier F63.0 für Spielsucht) als gesicherte Erkrankung (Zusatz G) anzugeben.

**Psychosomatik**

Bei Süchten können sich Abhängigkeits-syndrome entwickeln, die einer psychosomatischen Behandlung bedürfen. Wird die differentialdiagnostische Abklärung psychosomatischer Krankheitszustände nach 35100 EBM abgerechnet, ist unbedingt der Zusammenhang zwischen der vorliegenden Sucht und der zu behandelnden psychischen Verhaltensstörung zu dokumentieren. Bei Abhängigkeiten von Alkohol können sich psychische Verhaltensstörungen (F10.2) ergeben, ebenso bei Abhängigkeiten von Nikotin (F17.2).

*Dr. med. Heinrich Weichmann*

Medizinische Information zum Suchtkongress finden Sie ab Seite 60.

**➔ BEHANDLUNG ABHÄNGIGER**

- Entwöhnungsbehandlungen sind in der Regel nicht zu Lasten der GKV berechnungsfähig
- 03230 EBM: Erörterungen mit Suchtkranken oder mit deren Bezugspersonen, auch ohne Anwesenheit des Suchtkranken
- Bei chronisch Suchtkranken Chronikerpauschalen 03220 und 03221
- Psychosomatische Behandlungen Suchtkranker: 35100 und 35110 EBM, ICD-10-Kodes mit „F“ angeben

Gastroenterologen aufgepasst!

## Aderlasstherapie ab Oktober abrechenbar

Aktuell können lediglich Internisten mit dem Schwerpunkt Hämatologie und Internistische Onkologie unter bestimmten Voraussetzungen den Aderlass abrechnen. Das soll sich ab Oktober 2023 ändern.

Zur Zeit ist die Aderlasstherapie bei den einzelnen Fachgruppen Bestandteil der jeweiligen Versicherten- beziehungsweise Grundpauschalen und deshalb nicht gesondert berechnungsfähig. Es gibt jedoch Ausnahmen.

### Für welche Fachgruppen abrechenbar?

Onkologinnen und Onkologen können die Phlebotomie als Einzelleistung abrechnen. Ab Oktober 2023 kommt eine weitere Fachgruppe dazu: Dann wird die Gebührenordnungsposition (GOP) 13505 auch für Gastroenterologen geöffnet.

### Bei welchen Indikationen?

Insbesondere im Mittelalter und bis Mitte des 19. Jahrhunderts galt der Aderlass als Allheilmittel gegen nahezu jede Malasse. So wurde er unter anderem zur Behandlung von Bluthochdruck und Kongestion eingesetzt sowie bei Fieber, Atemnot und Entzündungen.

Heutzutage findet die Phlebotomie nur mehr bei wenigen Indikationen Anwendung, so zum Beispiel zur Behandlung der Hämochromatose. Bei dieser genetisch bedingten Eisenspeichererkrankung gilt der Aderlass als die einfachste und effektivste Methode, überschüssiges Eisen zu entfernen und die Krankheitsprogression zu verzögern. In manchen Fällen können durch diese Behandlungsmethode sogar zirrhotische Veränderungen umgekehrt werden. Das zweite wichtige Einsatzgebiet der Aderlasstherapie ist die Polycythaemia vera. Bei dieser chronischen myeloproliferativen Neoplasie sorgt die Phlebotomie für eine Senkung des Hämatokritwertes und stellt somit einen wichtigen Eckpfeiler der Therapie dar.

### Wieviel Blut wird entnommen?

Jeder 500-Milliliter-Aderlass entzieht dem Körper etwa 250 Milligramm Eisen.

Zur Behandlung der Hämochromatose sollen unter Berücksichtigung des Körpergewichts wöchentlich oder alle zwei Wochen etwa 400 bis 500 Milliliter Blut entnommen werden. Ziel ist, einen Serumferritinwert von 50 µg/l zu erreichen, ohne dass eine Anämie entsteht.

Bei der Polycythaemia vera sollen ohne kardiale oder zerebrovaskuläre Krankheiten jeden zweiten Tag 500 Milliliter Blut entnommen werden, bis der Hämatokrit-Zielwert (< 45 %) erreicht wird. Falls notwendig, kann er durch weitere

Aderlässe auf diesem Niveau gehalten werden.

### Wie funktioniert die Abrechnung?

Die GOP 13505 ist mit 165 Punkten bewertet, was einem Honorar von 18,96 Euro entspricht. Sie kann nur von den bereits genannten Fachgruppen und bei Patienten mit den Diagnosen Polycythaemia vera (ICD-10-GM: D45) und/oder Hämochromatose (ICD-10-GM: E83.1) abgerechnet werden. Ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt ist obligatorisch, außerdem müssen mindestens 200 Milliliter Blut entnommen werden.

### Zu welchem Preis wurde die GOP für Gastroenterologen geöffnet?

In diesem Zusammenhang wird die gastroenterologische Grundpauschale für Versicherte ab dem 60. Lebensjahr (GOP 13392) ab Oktober um einen Punkt auf 176 Punkte gesenkt.

*Nina Grellmann*



Mindestens 200 Milliliter Blut müssen für die Abrechnung der GOP 13505 entnommen werden.

Fotos: Belish - stock.adobe.com, Svetlana - stock.adobe.com

## Wespenstiche

# Stichhaltig abrechnen

Wespenstiche können völlig harmlos verlaufen, aber auch zu schweren Komplikationen bis zum allergischen Schock mit Todesfolge führen. So wird die Behandlung der verschiedenen Szenarien honoriert.

**R**und 3,5 Prozent der Bevölkerung reagieren allergisch auf Insektenstiche, davon geht etwa ein Drittel auf das Konto der Wespen. Ob eine Person allergisch auf einen Wespenstich reagiert, ist vor dem ersten Stich unklar. Eine Allergie gegen Wespengift kann sich schon nach dem zweiten Stich zeigen, sie kann sich aber im Einzelfall auch erst nach Jahren manifestieren. Die Symptomatik kann dabei sehr vielfältig sein, was sich auch in der Abrechnung solcher Attacken zeigt.

**Abrechnung bei normaler, lokaler Reaktion**

Die normale Reaktion nach einem Wespenstich – auch ohne gravierende Allergiereaktion – ist das Auftreten von Rötung, Schwellung, mehr oder weniger starkem Schmerz und Juckreiz. Hier ist im EBM lediglich die Versichertenpauschale (03000) abrechenbar, in vereinzelt Fällen auch die 03230, wenn es sich beispielsweise um sehr ängstliche Patienten handelt. Im organisierten Notfalldienst käme die Notfallpauschale 01210 beziehungsweise 01212 in Frage, allerdings ist daneben die 03230 nicht abrechenbar. Bei GOÄ-Abrechnung kommen hier die Nr. 1 oder alternativ die Nr. 3 sowie die Nr. 5 in Frage. Hilfreich ist oft auch eine lokale Eisbehandlung, abrechenbar mit der Nr. 530, außerdem das Auftragen einer antiallergischen beziehungsweise steroidhaltigen Salbe.

**Abrechnung bei großflächiger Reaktion**

Kommt es zu einer mehr oder weniger großflächigen Reaktion der Haut, wird sich die Abrechnungsmöglichkeit im EBM nicht ändern. Anders in der GOÄ. Hier ist dann neben der Beratung durchaus die Nr. 7 möglich, manchmal auch zusätzlich zur Nr. 530 die Nr. 209 bei großflächigem Salbenauftrag.

**EXTREMFALL: ANAPHYLAKTISCHER SCHOCK****Nicht jeder Wespenstich geht mit einer nur harmlosen Symptomatik einher**

Im Extremfall, dem Auftreten eines anaphylaktischen Schocks, kann unter Umständen im Einzelfall auch eine Reanimation erforderlich sein.

- Abgerechnet wird diese im EBM mit der 01220, zusätzlich evtl. die 01221 für eine Intubation oder die 01222 für eine Defibrillation.
- In der GOÄ ist die Reanimation inkl. Intubation mit der Nr. 429, die Elektrodefibrillation mit der Nr. 430 abrechenbar.

**Abrechnung bei generalisierter Reaktion**

Bei generalisierter Symptomatik, das heißt, wenn neben den Hautsymptomen Beschwerden wie Fließschnupfen, Schwindel oder Übelkeit auftreten, ist immer die Indikation zur Injektionstherapie gegeben (Antiallergikum, Steroid), abrechenbar nach GOÄ mit der Nr. 253 (zusätzlich die Ampullen als Sachkosten).

Oftmals ist auch die Anlage eines venösen Zugangs mit Flüssigkeitszufuhr über eine Infusion sinnvoll, um mit der Flüssigkeit den Kreislauf zu stabilisieren, zum anderen aber auch die sofortige

Möglichkeit zu weiteren Injektionen zu haben, falls der Verlauf dies erforderlich macht. In dieser Situation wäre dann die Nr. 271 oder die Nr. 272 abrechenbar. Dabei wäre die Nr. 253 aber nur dann gesondert abrechenbar, wenn die i.v.-Injektion und die Infusion durch getrennte Venenpunktionen erfolgen.

Bei EBM-Abrechnung sind alle diese Maßnahmen in der Regel nicht abrechenbar. Lediglich im organisierten Notfalldienst ist die Infusion mit der 02100 neben den Notfallpauschalen berechenbar.

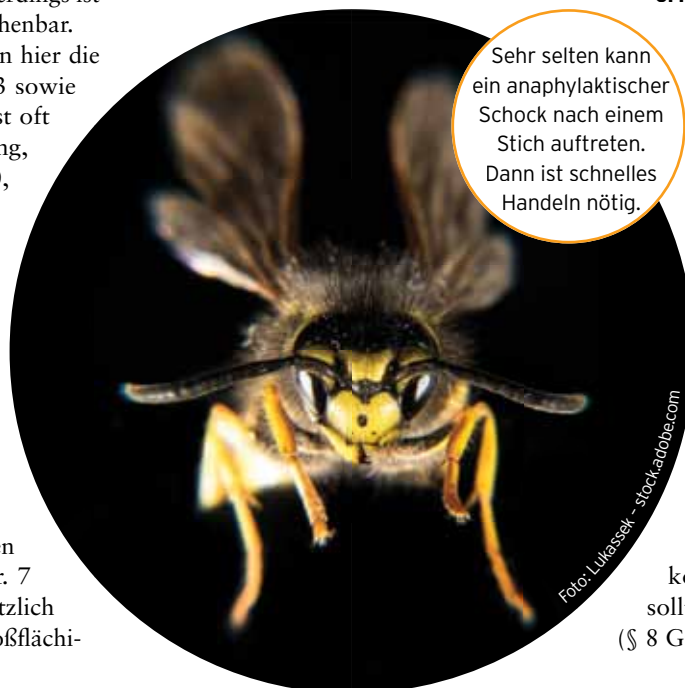
**Wenn ein Notfallbesuch erforderlich ist**

In selteneren Fällen kann auch ein Notfallbesuch erforderlich sein.

Dringende Besuche sind im EBM abhängig von Tag und Uhrzeit mit der 01411 beziehungsweise der 01412 oder im organisierten Notfalldienst zu jeder Uhrzeit neben den Notfallpauschalen mit der 01418 abrechenbar.

Im Rahmen der Abrechnung nach GOÄ kommt bei allen Besuchen die Nr. 50 zur Abrechnung, wobei hier abhängig von Tag und Uhrzeit die Nr. 50 mit den entsprechenden Zuschlägen E, F, G oder H kombiniert werden kann. Dabei sollte auf keinen Fall das Wegegeld (§ 8 GOÄ) vergessen werden.

*Dr. med. Heiner Pasch*



Sehr selten kann ein anaphylaktischer Schock nach einem Stich auftreten. Dann ist schnelles Handeln nötig.

Foto: Lukášek - stock.adobe.com



# 1



JAHRE  
DANKE FÜR IHR VERTRAUEN

» Die **Nephrologie, Kardiologie und Diabetologie** treten **als Team** in Erscheinung: Die drei Erkrankungen und verbundenen Risikofaktoren stehen **gemeinsam im Fokus.** «



**Dr. Thomas Müller, Diabetologe, Leipzig**

**Folgen Sie uns!**

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

Wirkstoff: Dapagliflozin Verschreibungspflichtig. **Zusammensetzung:** 1 Filmtablette Forxiga® 5 mg enthält Dapagliflozin-(2S)-Propan-1,2-diol (1:1) (1 H<sub>2</sub>O), entsprechend 5 mg Dapagliflozin. 1 Filmtablette Forxiga® 10 mg enthält Dapagliflozin-(2S)-Propan-1,2-diol (1:1) (1 H<sub>2</sub>O), entsprechend 10 mg Dapagliflozin. **Sonstige Bestandteile:** Tablettenkern: Mikrokristalline Cellulose, Lactose, Crospovidon, Siliciumdioxid, Magnesiumstearat. Filmüberzug: Poly(vinylalkohol), Titandioxid, Macrogol 3350, Talkum, Eisen(III)-hydroxid-oxid x H<sub>2</sub>O. **Anwendungsgebiete:** Indiziert bei Erwachsenen und Kindern im Alter von 10 Jahren und älter zur Behandlung von unzureichend kontrolliertem Typ-2-Diabetes mellitus in Ergänzung zu einer Diät und Bewegung als Monotherapie, wenn Metformin aufgrund einer Unverträglichkeit als ungeeignet erachtet wird; zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung des Typ-2-Diabetes. Zu Studienergebnissen im Hinblick auf Kombinationen von Behandlungen, die Wirkung auf die Blutzuckerkontrolle, kardiovaskuläre und renale Ereignisse sowie die untersuchten Populationen, siehe Abschnitte 4.4, 4.5 und 5.1 der Fachinformation. Patienten mit schwerer Leberfunktionsstörung: Es wird eine Anfangsdosis von 5 mg empfohlen. Wenn diese gut vertragen wird, kann die Dosis auf 10 mg erhöht werden. Herzinsuffizienz: Indiziert bei erwachsenen Patienten zur Behandlung der symptomatischen, chronischen Herzinsuffizienz. Chronische Niereninsuffizienz: Indiziert bei erwachsenen Patienten zur Behandlung der chronischen Niereninsuffizienz. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** *Sehr häufig:* Hypoglykämie (bei Anwendung mit einem Sulfonylharnstoff oder Insulin). *Häufig:* Vulvovaginitis, Balanitis und verwandte Infektionen des Genitalbereichs, Harnwegsinfektionen, Schwindel, Hautausschlag, Rückenschmerzen, Dysurie, Polyurie, erhöhter Hämatokrit, verminderte renale Kreatinin-Clearance zu Behandlungsbeginn, Dyslipidämie. *Gelegentlich:* Pilzinfektionen, Volumenmangel, Durst, Verstopfung, Mundtrockenheit, Nykturie, vulvovaginaler Pruritus, Pruritus genitalis, erhöhtes Kreatinin im Blut zu Behandlungsbeginn, erhöhter Harnstoff im Blut, Gewichtsreduktion. *Selten:* diabetische Ketoazidose (bei Typ-2-Diabetes). *Sehr selten:* nekrotisierende Fasziiitis des Perineums (Fournier-Gangrän), Angioödem, tubulointerstitielle Nephritis. **Weitere Hinweise:** siehe Fachinformationen. **Pharmazeutischer Unternehmer:** AstraZeneca GmbH, Friesenweg 26, 22763 Hamburg, E-Mail: azinfo@astrazeneca.com, www.astrazeneca.de, Servicehotline für Produktanfragen: 0800 22 88 660. Stand: Q1 2023.

## Hauterkrankungen

## So liquidieren Sie Fußpilz richtig

Nach Angaben verschiedener Studien liegt die Häufigkeit von Fußpilzkrankungen in der Bevölkerung zwischen drei und fünfzehn Prozent; manche davon landen dann in der Hausarztpraxis.

Die klassische Symptomatik beim Fußpilz zeichnet sich durch Rötung, Hautschuppung und vor allem Juckreiz aus. Auch wenn eine Fußpilzkrankung (Tinea pedis) oftmals eine Prima-vista-Diagnose ist, müssen in einigen Fällen dennoch andere Dermatosen differentialdiagnostisch ausgeschlossen werden, so beispielsweise eine Psoriasis, ein Ekzem, welches häufig allergisch verursacht ist, oder auch eine bakterielle Entzündung der Haut.

**Beratung und Untersuchung**

Zur Abrechnung kommt bei GKV-Patienten zum Erstkontakt immer die Versichertenpauschale (03000) und bei chronisch Kranken zusätzlich die 03220 in Frage. Damit sind dann alle Beratungen und körperlichen Untersuchungen im laufenden Quartal abgedeckt. In einigen Fällen ist sicher auch ein ärztliches Gespräch von mindestens zehn Minuten Dauer indiziert, abrechenbar mit der 03230 pro vollendete zehn Minuten, unter Umständen auch mehrfach pro Sitzung.

Anders bei Privatpatienten und GOÄ-Abrechnung. Hier ist beim Erstkontakt

**MYKOLOGIE FÜR HAUSÄRZTE****Labormedizinische Untersuchungen im Überblick****EBM**

- 32151 Mykologische Untersuchung mit einem Standardnährboden
- 32045 Mikroskopische Untersuchung, nativ oder nach einfacher Färbung

**GOÄ**

- 4710 Mikroskopische Untersuchung Nativmaterial
- 4711 Mikroskopische Untersuchung nach Präparation oder aufwendigerer Anfärbung
- 4715 Untersuchung zum Nachweis von Pilzen durch Züchtung auf einfachen Nährböden



Foto: pusteflower9024 - stock.adobe.com

Nicht jede Mykose ist auf Anhieb sicher zu diagnostizieren.

immer die Nr. 1 oder auch bei mindestens zehn Minuten die Nr. 3 sowie in den meisten Fällen die Nr. 5 für eine symptomorientierte Untersuchung fällig. Neben den Nrn. 1 und/oder 5 ist einmalig im Behandlungsfall eine Sonderleistung ab Nr. 200 erlaubt. In einigen Fällen, in denen sich die Hautveränderungen nicht allein auf die Füße beschränken, dürfte aus differentialdiagnostischen Gründen auch die Nr. 7 gerechtfertigt sein, die dann allerdings die Untersuchung der gesamten Haut und der angrenzenden Schleimhäute beinhaltet.

**Materialentnahme**

Vor allem wenn eine Blickdiagnose nicht zum Ziel führt, ist die Untersuchung von Hautmaterial erforderlich. Die Gewinnung solcher Proben ist im EBM nicht gesondert abrechenbar. In der GOÄ gibt es dafür die Nr. 298, die Entnahme von Abstrichmaterial zur mikrobiologischen Untersuchung. Bei Proben vom Nagel kann die Nr. 743 analog abgerechnet werden. Bei der Nr. 743 handelt es sich zwar um eine therapeutische Leistung, aber der Aufwand ist vergleichbar.

**Mykologische Untersuchungen**

Eine orientierende Untersuchung des entnommenen Materials zur Klärung, ob eine Hautmykose vorliegt, kann auch in der Hausarztpraxis mit Standardnährböden durchgeführt und dann im EBM mit der 32151 abgerechnet werden.

In der GOÄ gibt es eine eigene Abrechnungsposition zum Nachweis von Pilzen mit einfachen Nährböden (beispielsweise dem Sabouraud-Nährboden), die Nr. 4715, die bei verschiedenen Nährböden bis zu fünfmal pro Probe berechnet werden kann. Sowohl im EBM als auch in der GOÄ sind die Kosten für die Materialien in der Gebühr enthalten und nicht gesondert abrechenbar.

Die Probe kann aber auch direkt mikroskopisch untersucht werden, entweder nativ oder nach einfacher Färbung, in beiden Fällen abrechenbar mit der 32045.

In der GOÄ existieren hier zwei Nummern, einmal die Nr. 4710 für die Untersuchung des Nativmaterials und zum anderen die Nr. 4711 für die Untersuchung des Materials nach Präparation oder aufwendigerer Anfärbung.

*Dr. med. Heiner Pasch*

# ALGINATE BEI VERSCHIEDENEN INDIKATIONEN EMPFOHLEN

## Neue Leitlinie bei Refluxkrankheiten

ALGINAT-  
SCHUTZBARRIERE



ACID POCKET

Alginat sind als freiverkäufliche Präparate bei der Behandlung von Refluxsymptomen in der Apotheke zunehmend gefragt. Die Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) berücksichtigt dies nun in ihrem jüngst veröffentlichten Update zur „S2k-Leitlinie Gastroösophageale Refluxkrankheit (GERD) und eosinophile Ösophagitis“.<sup>1</sup> Alginat rücken bei der leitliniengerechten Behandlung von Reflux damit künftig an verschiedenen Stellen in den Blickpunkt.

### Alginat für NERD-Therapie empfohlen

Die neue Leitlinie empfiehlt Alginat für die Behandlung von Patienten mit nicht-erosiver Refluxkrankheit (NERD).<sup>1</sup> Bisher wurden für die Therapie mit niederpotenten Medikamenten lediglich Antazida und H<sub>2</sub>-Rezeptorantagonisten empfohlen.<sup>2</sup> Gleiches gilt für das Behandeln typischer Refluxbeschwerden „ohne Alarmsymptome“: Hier sind laut Leitlinie Alginat für die probatorische Symptomkontrolle geeignet.<sup>1</sup>

### Alginat können Acid Pocket eliminieren

Erstmals wird in der aktualisierten Leitlinie die sogenannte Acid Pocket beschrieben und erklärt. Die Acid Pocket ist ein Reservoir für Säurereflux, das sich im Magen unterhalb des Übergangs zum Ösophagus bildet. Alginat sind, im Gegensatz zu Antazida, in der Lage, diese Acid Pocket zu eliminieren.

### Alternative Empfehlungen für GERD-Therapie

Ebenso erneuert sich die Empfehlung für Patienten mit persistierenden Refluxbeschwerden. Alternativ zum Wechsel auf einen anderen PPI oder zur Dosisverdoppelung rät das Leitlinien-Update auch zur Kombination des PPI mit Alginat – entweder kontinuierlich 4x am Tag oder als Add-on bei Bedarf.<sup>1</sup> Und insbesondere, wenn der Reflux im Rahmen einer GERD nachts auftritt, sind Alginat laut der aktualisierten Leitlinie ein probates Mittel – sie können alternativ zu einem PPI unmittelbar vor dem Schlafengehen eingenommen werden.<sup>1</sup>

### Auch während der Schwangerschaft verträglich

Bei der Behandlung von Refluxbeschwerden bei Schwangeren haben sich Alginat als sichere Option bewährt: Im empfohlenen Step-up Management zählt die Leitlinie diese erneut an vorderster Stelle mit auf.<sup>1</sup>

### Vielfältige Einsatzmöglichkeiten von Alginaten mit GAVISCON

Erhältlich sind Alginat im Produkt-Portfolio von GAVISCON: Mit GAVISCON Dual, GAVISCON Advance und GAVISCON Liquid bietet Reckitt Benckiser das jeweils passende Format bei säurebedingten und gastroösophagealen Reflux-Symptomen sowie in der Schwangerschaft und Stillzeit.



1. Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e.V. (DGVS; Hrg.). S2k-Leitlinie: Gastroösophageale Refluxkrankheit, AWMF Register Nr. 021-013, März 2023, [https://www.dgvs.de/wp-content/uploads/2023/03/LL-Reflux\\_Leitlinie\\_final\\_13.03.23.pdf](https://www.dgvs.de/wp-content/uploads/2023/03/LL-Reflux_Leitlinie_final_13.03.23.pdf) (zuletzt aufgerufen 15.03.2023).
2. Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e.V. (DGVS; Hrg.). S2k-Leitlinie: Gastroösophageale Refluxkrankheit, AWMF Register Nr. 021-013, Stand 2014.

#### Gaviscon Dual, Gaviscon Liquid, Gaviscon Advance Pfefferminz

**Zus.:** *Dual 1 Kautbl.* enth.: Wirkst.: 250 mg Natriumalginat, 106,5 mg Natriumhydrogencarbonat u. 187,5 mg Calciumcarbonat. Sonst. Best: Macrogol 20 000, Mannitol (Ph.Eur.), Copovidon, Acesulfam-Kalium, Aspartam (E 951), Pfefferminzaroma, Azorubin (E 122), Magnesiumstearat (Ph.Eur.), Xylitol (enth. Carmellose-Natrium). *Dual 10 ml Susp.* enth.: Wirkst.: 500 mg Natriumalginat, 213 mg Natriumhydrogencarbonat, 325 mg Calciumcarbonat. Sonst. Best: Carbomer 974 P, Methyl-4-hydroxybenzoat (E 218), Propyl-4-hydroxybenzoat (E 216), Saccharin-Natrium, Pfefferminzaroma, Natriumhydroxid, ger. Wasser. *Liquid 10 ml Susp.* enth.: Wirkst.: 500 mg Natriumalginat, 267 mg Natriumhydrogencarbonat, 160 mg Calciumcarbonat. Sonst. Best: Carbomer 974 P, Methyl-4-hydroxybenzoat (E 218), Propyl-4-hydroxybenzoat (E 216), Saccharin-Natrium, Pfefferminzaroma, Natriumhydroxid, ger. Wasser. **Anw.:** Behandl. d. säurebed. Sympt. d. gastroösophag. Reflux w. Sodbrennen, saures Aufstoßen, Verdauungsstörungen (Dyspepsie) z.B. nach d. Mahlz., währ. d. Schwang. *Liquid u. Advance zusätzl.:* od. b. Pat. mit Sympt. in Zus.-hang m. e. Refluxösophagitis. **Gegenanz.:** Überempf. gg. d. Wirkst., Menthol od. e. d. sonst. Best. *Dual Kautbl. zusätzl.:* Überempf. gg. Azorubin. *Alle Susp. zusätzl.:* Überempf. gg. Methyl-4-hydroxybenzoat (E 218) u. Propyl-4-hydroxybenzoat (E 216). **NW.:** Sehr selt.: anaphylakt. od. anaphylaktoide Reakt., allerg. Reakt. wie Urtik., Überempf.-reakt. durch Menthol b. sensibilis. Pat. mögl. (einschl. Atemnot). *Alle Dual zusätzl.:* Sehr selt.: Bauchschm., Säure-Rebound, Durchfall, Übelk., Erbrechen; juckend. Hautausschlag. Nicht bek.: Alkalose, Hyperkalzämie, Milch-Alkali-Syndrom; respir. Effekte wie Bronchospasmus; Obstipation. *Dual Kautbl. zusätzl.:* allerg. Reakt. durch Azorubin mögl. *Liquid u. Advance zusätzl.:* Sehr selt.: respir. Effekte wie Bronchospasmus. *Alle Susp. zusätzl.:* Überempf.-reakt., auch Spätreakt., durch Methyl-4-hydroxybenzoat u. Propyl-4-hydroxybenzoat mögl. **Warnhinw.:** Hoher Natriumgehalt, enth. Menthol. *Alle Susp. zusätzl.:* Methyl-4-hydroxybenzoat (E 218), Propyl-4-hydroxybenzoat (E 216). *Dual Kautbl. zusätzl.:* Aspartam (E 951), Azorubin (E 122), Sucrose. *Advance zusätzl.:* enth. Kalium. Angaben gekürzt – Fachinformation beachten. **GAVD0074. Reckitt Benckiser Deutschland GmbH – 69067 Heidelberg**

# GAVISCON

## A&amp;W-Hotline

# Ohne Ärger durch die Plausibilitäts-Prüfung

Immer wieder sind Vertragsärztinnen und -ärzte verwundert, wenn es Nachfragen zu ihrer Abrechnung gibt. Der Hintergrund: KVen und Krankenkassen müssen die Plausibilität der Abrechnung prüfen.

Einer anfragenden Kollegin war nicht klar, dass die jeweilige KV (Kassenärztliche Vereinigung) und die Krankenkassen die Plausibilität prüfen müssen. In § 46 des Bundemantelvertrages für Ärzte (BMV-Ä) ist aber dieses genau festgelegt. Praktisch ist es so, dass jede KV einen Ausschuss für die Plausibilitätsprüfung eingerichtet hat. Dieser sieht sich dann Abrechnungen an, wenn diese wegen des Zeitaufwandes auffällig sind, es begründete Hinweise gibt oder andere Auffälligkeiten bestehen.

## Das Procedere im Einzelnen

Jede KV hat auf ihrer Homepage in der Regel die Verfahrensordnung und ein Merkblatt für Vertragsärztinnen und -ärzte, in dem die wesentlichen Punkte abgelegt sind.

Der Zeitaufwand ist anhand der Prüfzeiten für den Tag oder das Quartal einfach zu ermitteln. Wenn während einer Erkältungswelle sehr viele Patienten zusätzlich, aber meist nur einmal in die Praxis kommen, kann es sein, dass man das Quartalsprofil überschreitet. Denn die Versichertenpauschale geht mit der Prüfzeit nur ins Quartalsprofil ein. Wenn die

ICD-10GM-Kodes J00 und/oder J06.- im I. oder IV. Quartal deutlich häufiger sind als in den Quartalen II und III, ist das ein Hinweis auf diese Problematik. Je nachdem wie stark man im Quartalsprofil die Zeit überschreitet, kann dies als Begründung für die Zeitüberschreitung schon akzeptiert werden.

Das beantwortet auch die Frage eines Kollegen, ob man überhaupt auf eine Anfrage des Plausibilitätsausschusses reagieren muss. Sprich, wer nicht in der vorgegebenen Frist reagiert, schadet sich selbst.

Bleiben wir bei der Kodierung. Wer bei jeder J06.- einen Röntgen-Thorax veranlasst, bekommt mit Sicherheit auch Ärger. Denn es ist wenig plausibel, dass immer eine radiologische Klärung nötig ist. Bei Verdacht auf Pneumonie zusätzlich zur körperlichen Untersuchung und dem Labor eine radiologische Abklärung zu veranlassen, ist plausibel. Das bedeutet aber, dass man die Verdachtsdiagnose bei der Überweisung auch kommuniziert.

Natürlich kann jede KV auch eigene Prüfkriterien festlegen. So könnte zum Beispiel geprüft werden, wie häufig Hausärzte ein Belastungs-EKG nach Ge-

bührenordnungsposition (GOP) 03321 schreiben. Wer dann deutlich vom Fachgruppenschritt abweicht, kann damit rechnen, dass er die Dokumentation einer Anzahl von Fällen vorlegen muss, bei denen er die 03321 abgerechnet hat.

## Praktisches Procedere

Wie man dann bei den ganzen Vorgaben noch vernünftig ärztlich arbeiten kann, fragte kürzlich ein Kollege. Natürlich, es gibt Untersuchungen, die unabdingbar sind und solche, die man normalerweise erst macht, wenn die bisherigen Befunde nicht weiterführen. Dann hilft ein Vermerk in der Patientenakte. Denn wenn die Nachfrage zu einem Belastungs-EKG kommt, weiß man dies einige Zeit später sicher nicht mehr. Bei der Abrechnungsprüfung sieht die KV auch, dass manche Kollegen deutlich früher als andere diagnostische Verfahren einsetzen. Der Autor weiß, dass diese Kollegen dann von der KV beraten werden. Die Entscheidung, was wann nötig ist, trifft der einzelne Arzt. Wenn er dies plausibel begründen kann, sollte es keine Probleme geben.

*Dr. med. Ulrich Karbach*

## A&W-Telefonhotline

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



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

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

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



Dr. med. Ulrich Karbach bei einer telefonischen Abrechnungsberatung.

Foto: M. Hurst

## Privatabrechnung

# Das gilt für Beratung und Fremdanamnese

Am häufigsten in jeder ärztlichen Praxis werden Beratungen erbracht. Hier eine kurze Übersicht der wichtigsten GOÄ-Nummern für Beratungsgespräche und eng verwandte Leistungen.

Zur Nummer 1 muss nur festgehalten werden, dass diese ärztliche Beratung keine zeitliche Untergrenze kennt. Ob kurz oder ausführlich beraten wird: Sprechen (oder telefonieren) Ärzte wegen einer gesundheitlichen Frage mit Patienten, können sie dafür mindestens Nummer 1 GOÄ ansetzen.

Schon Nummer 2 sollte gründlich hinterfragt werden! Hier ist ausdrücklich vorgesehen, dass Praxismitarbeitende Körperzustände ermitteln (also Blutdruck, Gewicht, Größe...) oder ärztliche Anordnungen übermitteln. Oder es wird ein Wiederholungsrezept ausgestellt. Das Honorar von 3,15 € (zum 1,8-fachen Satz) ist sehr niedrig gehalten, zudem kann Nummer 2 nur als einzige Leistung an einem Tag berechnet werden. Gerade Wiederholungsrezepte erfordern jedoch oft das Tätigwerden von Ärztinnen und Ärzten. Anstelle Nummer 2 löst schon ein kurzes direktes Gespräch zwischen Ärzten und Patienten die von der GOÄ wesentlich besser honorierte Nummer 1 aus.

Nummer 3 ist für das Beratungsgespräch von mehr als zehn Minuten vorgesehen. Allerdings muss ein mehrfacher Ansatz im selben Behandlungsfall begründet werden. Nach aller Erfahrung akzeptieren Patienten und Kostenträger einen häufigeren Ansatz, wenn dies in der Arztrechnung plausibel erklärt wird. Nummer 3 kann immer nur alleine oder ausschließlich kombiniert mit GOÄ 5,6,7,8,800 und 801 berechnet werden. Weitere Leistungen aus den Abschnitten C bis O der GOÄ (also > Nummer 200) sind daneben nicht möglich. Kostenträger reklamieren häufig, wenn z.B. 3, 7 und 250 an einem Tag berechnet werden. Dann ist es sinnvoll, vor Rechnungsstellung noch auf den Ansatz einer gering bewerteten GOP, z.B. 200 = Verband, 250 = Blutentnahme oder 252 = i.m. Injektion neben Nummer 3 zu verzichten.

Dies ist im GOÄ-Bereich möglich, bei der KV-Abrechnung größtenteils ausgeschlossen (Plausibilitätsprüfungen).



Foto: JenkoAtaman - stock.adobe.com

## Gespräche mit Dritten

Nummer 4 bildet Sachverhalte ärztlicher Gespräche mit Dritten ab. Der GOÄ-Text verlangt die „Erhebung der Fremdanamnese über einen Kranken und/oder Unterweisung und Führung der Bezugsperson(en) ...“. Diese GOÄ-Position kann nur einmal im selben Behandlungsfall berechnet werden und subsumiert auch mehrere solche Gespräche, ggfs. auch mit unterschiedlichen Rezipienten. GOÄ 4 kann angesetzt werden, auch wenn nur eine Bezugsperson gesprochen oder unterwiesen wurde.

Besonders anzumerken ist, dass mit „Bezugspersonen“ nicht nur Familienangehörige der Patienten gemeint sind. So kann GOÄ 4 auch für die Gespräche mit dem Pflegepersonal in einem Altenheim berechnet werden. Bei Kinderärzten kommt häufig die Frage auf, ob Nummer 4 nicht grundsätzlich zu den üblichen Nummern für Beratung und Untersuchung berechnet werden kann, weil sich bei Kleinkindern die ärztliche Beratung ja immer an die Bezugsperson richtet. Dagegen verlangt der Ansatz dieser GOÄ-Nummer, dass ein Patient selbstständig beratbar sein muss. Dies wird bei Kindern erst um das 6. bis 8. Lebensjahr (Schulalter) herum angenommen.

## STEIGERUNGSFAKTOR

Alle genannten Leistungen können bis zum 3,5-fachen GOÄ-Satz bewertet werden, wenn eines der Begründungskriterien „Schwierigkeit - Zeitaufwand - besondere Umstände bei der Ausführung“ erfüllt und dies in der Rechnung dargestellt ist. Die einzige Ausnahme ist Nummer 2, die als „technisch“ nur zwischen dem 1,8-fachen Mittelwert und dem 2,5-fachen Satz gesteigert werden kann. Bei einem erreichbaren Honorarplus von nur 1,22 € ist es allerdings fraglich, ob der Aufwand für die Angabe einer Begründung sinnvoll ist.

Stellt zum Beispiel ein Kinderarzt einer Begleitperson Fragen, um die Angaben eines 10-jährigen Kindes zu prüfen, ist demnach der Ansatz von 1 + 7 für die Beratung und Untersuchung des Kindes möglich, für das anschließende Gespräch mit der Begleitperson kann Nummer 4 GOÄ problemlos angesetzt werden.

Ähnliches bezüglich der Beratungsfähigkeit gilt bei Patienten mit fortgeschrittener Demenz.

Dieter Jentsch  
GOÄ-Referent für Büdinger Med

Individuelle Gesundheitsleistung

# IGeL kommen in jeder Praxis vor – so werden sie auch bezahlt

„Individuelle Gesundheitsleistungen“ gibt es schon immer. Darunter werden ärztliche Leistungen verstanden, die außerhalb der Leistungskataloge von GKV oder PKV von Patienten nachgefragt und von Ärztinnen und Ärzten erbracht werden.



Leistungen, welche die Kassen nicht bezahlen, sollte der Empfänger nicht kostenfrei erhalten.

füllen damit eine „wirtschaftliche Aufklärungspflicht“. Sie müssen ihre Patienten darüber informieren, dass die Behandlungskosten überhaupt nicht oder nur teilweise von einem Kostenträger übernommen werden.

So haben Ärzte pflichtgemäß aufgeklärt und die Patienten wissen, auf welche Eigenanteile sie sich einstellen sollten.

Eine Pflicht, IGeL nur zu bestimmten Honorarsätzen zu erbringen, gibt es für Ärzte nicht. Vielmehr gilt die GOÄ in ihrer ganzen Tragweite. Die „Mittelwerte“, also für technische Leistungen den 1,8-fachen und für ärztliche Leistungen den 2,3-fachen GOÄ-Satz, können Sie stets berechnen. Nach § 5 GOÄ können auch IGeL bis zum 3,5/2,5-fachen Satz liquidiert werden, wenn die verordneten Bedingungen erfüllt sind und dies aus der Rechnung hervorgeht: Überdurchschnittlichkeit von Schwierigkeit oder Zeitaufwand, besondere Umstände bei der Ausführung.

Dieter Jentzsch

GOÄ-Referent für Büdingen Med

**G**leich ob Patienten gesetzlich krankenversichert oder so genannte „Selbstzahler“ sind: Von kosmetischen Operationen über Krebsvorsorgen „außerhalb der Reihe“ bis hin zum Attest für die Befreiung eines Kindes vom Schulsport – die hier beispielhaft genannten Leistungen liegen außerhalb der Pflichten und Aufträge GKV oder PKV.

Folgende Regeln erleichtern die Kommunikation mit den Patienten und helfen, die ärztlichen Honoraransprüche zu sichern.

- Alle IGeL können ausschließlich nach der GOÄ abgerechnet werden.
- Schließen Sie über IGeL mit den Patienten schriftliche Verträge ab.
- Erläutern Sie den Patienten, dass IGeL nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen oder privaten Versicherer stehen.
- Erstellen Sie über IGeL immer eine schriftliche Rechnung, die dem § 12 der GOÄ entspricht. Die früher üblichen Quittungen führen nicht zu einer fälligen Forderung. Es kommt immer wieder vor, dass Patienten lange nach einer schon bezahlten IGeL dafür eine Rechnung verlangen. Darauf haben sie einen Anspruch.

IGeL sind auch für Privatversicherte Wunschleistungen, und sie müssen in der

Rechnung als solche ausgewiesen werden. Dies geschieht mit dem Hinweis: „Die Leistungen wurden auf Wunsch des Patienten/der Patientin erbracht.“ Fehlt bei einer IGeL-Rechnung dieser Hinweis, ist sie nicht fällig und muss ggfs. in diesem Punkt nachgebessert werden.

Schriftlichen Verträge über die IGeL dienen der beiderseitigen Sicherheit. Patienten können jederzeit beim Unternehmen ihrer GKV oder PKV nachfragen, ob und in welcher Höhe die Kosten einer bevorstehenden Behandlung übernommen werden. Ärztinnen und Ärzte er-

Hier eine Liste häufig nachgefragter IGeL ohne Anspruch auf Vollständigkeit:		
Leistung	GOÄ-Nummer	Honorar 2,3/1,8-fach
Einfaches Attest, kurzer Arztbrief	70	5,36€
Ausführlicher Arztbrief	75	17,43€
Reisemedizin = Beratung, Untersuchung	1+7	rd. 21,45€
Schutzimpfung, z.B. Malaria	375	10,72€
Ultraschall ohne medizinische Notwendigkeit	410, bis zu 3x 420	bis zu 48,97 €
Sportmedizinische Untersuchung mit Belastungs-EKG	1,7,652, 250 + Labor	rd. 100 € zzgl. Labor
„Second Opinion“ Beratungsgespräch mindestens 10 Minuten Vorsorge außerhalb der Reihe	3 27 oder 28	20,11 € 42,90 € bzw. 37,54 €



# Ihre Fragen an unseren Abrechnungsexperten

Dr. med. Ulrich Karbach, Ressortleiter Abrechnung



EBM

## Chroniker

**Stimmt es, dass die Chronikerposition im EBM einem nicht immer überhaupt etwas bringt?**

*Thomas R., Hausarzt, Berlin*

Ihre Frage lässt sich so pauschal nicht beantworten. Generell sollen alle erbrachten vertragsärztlichen Leistungen nach dem EBM abgerechnet werden. Damit ist ersichtlich, wie hoch der regionale Leistungsbedarf ist. Jetzt gibt es in nahezu jeder KV Begrenzungen bei der Abrechnung. So kann zum Beispiel die durchschnittlich abrechenbare Punktzahl pro Behandlungsfall begrenzt sein.

Betrachten wir Berlin, so liegt der Fallwert des Regelleistungsvolumens (RLV) in Q3/2023 bei 45,06 € und die RLV-Durchschnittsfallzahl bei 843,42. Ein Beispiel: Bei einem chronisch Kranken in der Altersgruppe vom 55. bis vollendeten 75. Lebensjahr kommen Sie mit Versichertenpauschale, Zuschlag für den hausärztlichen Versorgungsauftrag und der Chronikerziffer nach Gebührenordnungsposition (GOP) 03220 schon auf 47,81 €. Jetzt ist das RLV natürlich nicht alles, es gibt ja noch das QZV und freie Leistungen.

GOÄ

## Beratung

**Wan darf ich eigentlich die Nummer 3 korrekt abrechnen?**

*Mareike M., Hausärztin, Schleswig-Holstein*

Die Nr. 3 der GOÄ ist mit Vorsicht zu genießen. Nach der Legende ist dies eine eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung – auch mittels Fernsprecher. Zudem führt die Legende aus, dass die Nr. 3 mit einer Mindestdauer von zehn Minuten nur alleine oder neben den Nrn. 5 bis 8, 800 und/oder 801 abgerechnet werden darf. Das bedeutet, dass schon eine banale Blutentnahme die Nr. 3 ausschließt und stattdessen nur die Nr. 1 mit höherem Steigerungsfaktor aufgrund des höheren Zeitaufwands in Frage kommt. Alternativ kann bei neu diagnostizierter oder stark verschlechterter, das Leben verändernder Erkrankung die Nr. 34 abgerechnet werden.



### A&W-Kontakt

**Schicken Sie uns Ihre Fragen:**

Sie erreichen uns per E-Mail unter [ulrich.karbach@medtrix.group](mailto:ulrich.karbach@medtrix.group)

und per Fax unter 08191 3055591

GOÄ

## Abweichende Vereinbarung

**Die GOÄ ist seit 1996 nicht verändert. Wie kann ich trotzdem ein angemessenes Honorar erzielen?**

*Dr. med. Emanuel R., Hessen*

Es gibt verschiedene Möglichkeiten. Am einfachsten ist die Nutzung eines höheren Steigerungsfaktors mit individueller Begründung. Dabei kann man oberhalb der Grenze von 2,3-fach bis 3,5-fach ansetzen. Erfahrungsgemäß gibt ein differenzierter Umgang mit dieser Option weniger Probleme. Als Begründung zählen nur Schwierigkeit, Zeitaufwand oder Umstände der Erbringung. Etwas komplizierter ist die abweichende Vereinbarung nach § 2 der Allgemeinen Bestimmungen der GOÄ. Abgesehen von Notfällen und akuter Schmerzbehandlung kann diese Vereinbarung vor der Behandlung mit dem Zahlungspflichtigen schriftlich vereinbart werden. Bis auf die Begrenzung des Steigerungsfaktors gelten alle Regeln der GOÄ.

GOÄ

## Homöopathie

**Die homöopathische Erstanamnese dauert bei meinen Patienten vielfach deutlich länger als die 60 Minuten von Nr. 30. Wie kann ich dies sinnvoll abrechnen?**

*Dr. med. Emanuel R., Hessen*

Im ersten Teil Ihrer Frage zum angemessenen Honorar hatte ich die abweichende Vereinbarung nach § 2 der GOÄ erläutert. Diese ist sicher nicht die Lösung aller Probleme und wird vermutlich deshalb nur in seltenen Fällen eingesetzt. Es hängt natürlich auch vom Patienten ab, ob man eine homöopathische Erstanamnese mit Begründung bis zum maximalen Steigerungsfaktor abrechnet oder ob man mit dem Zahlungspflichtigen vor der Behandlung eine abweichende Vereinbarung trifft. Wenn die durchschnittliche Zeit für Ihre Leistung nach GOÄ-Nr. 30 bei über 120 Minuten liegt, kann ein höherer Steigerungsfaktor im Regelfall juristisch anfechtbar sein.



Zahlen und Prognosen

# Ärztestatistik zeigt beunruhigende Entwicklung

Die Bundesärztekammer beleuchtet jedes Jahr, wie sich die Zusammensetzung der Ärzteschaft verändert. Auch in der aktuellen Analyse bleiben viele Trends nach wie vor alarmierend.

Beim Blick in die neueste Ärztestatistik der Bundesärztekammer (BÄK) sticht eine Entwicklung besonders ins Auge: Die Zahl der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich ist gesunken. Sie liegt bei aktuell rund 110.000 und ist damit um 3,8 Prozent niedriger als im Jahr 2021. Dagegen nahm die Zahl der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte insgesamt zu. Im Jahr 2022 waren es rund 421.000. Das entspricht einem Wachstum von 1,2 Prozent im Vergleich zum Vorjahr. Schon in den Pandemie Jahren 2020 und 2021 hat es ein relativ niedriges Wachstum gegeben (je 1,7 % zum Vorjahr). Doch trotz der rein zahlenmäßigen Zunahme an Ärzten droht künftig eine Versorgungslücke.

## Immer mehr Teilzeitärzte

Denn 41 Prozent aller statistisch erfassten Ärztinnen und Ärzte sind bereits über 60 Jahre alt, neun Prozent sind über

65 oder älter. Zudem arbeitet diese Gruppe auch immer öfter in Teilzeit – normalerweise 16 Wochenstunden. Damit leisten sie in der Regel nur etwa ein Drittel der wöchentlichen Arbeitszeit einer ärztlichen Vollzeitkraft. Auf lange Sicht dürfte die Zahl der Ärzte, die in Teilzeit arbeiten, auch noch weiter steigen: Schon heute hat fast die Hälfte der Ärzte nach Angaben der Bundesärztekammer auch das 50. Lebensjahr überschritten.

Aufgrund dieser demografischen Struktur blickt die BÄK mit tiefen Sorgenfalten in die Zukunft: Viele Ärztinnen und Ärzte stehen vor ihrem Ruhestand, gleichzeitig sind 2022 wieder 2.290 Ärzte aus Deutschland abgewandert, und damit rund 20 Prozent mehr als im Vorjahr.

Mit deutlichem Abstand wanderten die meisten Ärztinnen und Ärzte von Deutschland in die Schweiz aus (730), gefolgt von Österreich (276) und den Vereinigten Staaten (82). Alle drei Fakto-

ren – die Altersstruktur, der Teilzeittrend und die Abwanderung – wirken sich negativ auf die für die Gesundheitsversorgung notwendige ärztliche Arbeitszeit aus. Ob der Verlust der Arbeitszeit in Zukunft kompensiert werden kann, ist laut der Bundesärztekammer ungewiss.

Ein weiterer Faktor wirkt sich aber noch ganz besonders negativ für die Niedergelassenen aus. Denn der Trend zu Angestelltenverhältnissen im ambulanten Bereich ist ungebrochen: Hier wurde ein Rekordwachstum von 12,6 Prozent im Vergleich zum Vorjahr festgestellt. So wird es für etablierte Praxisinhaber immer schwerer, ihre Praxis am Ende ihres Berufslebens an einen Nachfolger verkaufen zu können.

## Was bedeutet das für die medizinische Versorgung?

Hinzu kommen regionale Unterschiede hinsichtlich der medizinischen Versorgung in Deutschland. Kommt in Brandenburg beispielsweise ein Arzt auf 247 Einwohner, liegt die Arztdichte in anderen Bundesländern wie Bayern oder Mecklenburg-Vorpommern bei unter 200 Einwohnern pro Arzt. In Hamburg sind es dagegen 127 Einwohner pro Arzt.

Immerhin: Die Zahl der neu erworbenen Zusatzweiterbildungen ist wieder um 3,3 Prozent im Vergleich zu 2021 gestiegen. Nach den Pandemie Jahren, in denen neue Zusatzweiterbildungen nur erschwert möglich waren, spricht der Verband von einem Zeichen, dass hier ein Aufholprozess stattfindet.

Doch das allein reicht nicht. Um in Zukunft eine angemessene medizinische Versorgung zu gewährleisten, brauche es vor allem einen Ausbau von Aus- und Weiterbildungskapazitäten, um weiterhin ausreichenden ärztlichen Nachwuchs auszubilden, so die Bundesärztekammer.

*Heiko Fekete*



41 Prozent der Ärzte sind bereits über 60. Viele Niedergelassene sind in absehbarer Zeit im Ruhestand.



# CGM TI

Connecting Healthcare

## Läuft Ihr Konnektor-Zertifikat ab?

### CGM MANAGED TI

Nutzen Sie die Chance auf eine sorgenfreie TI-Neuanbindung über unser zentrales CGM-Rechenzentrum!

Synchronizing Healthcare



CompuGroup  
Medical

## WIR MACHEN TI ZUM SERVICE. SIE MANAGEN IHRE PRAXIS. WIR MANAGEN IHRE TI.

Entscheiden Sie sich jetzt für eine Anbindung an die Telematikinfrastruktur mit CGM MANAGED TI und profitieren Sie doppelt. Denn durch die Kombination mit der CGM FIREWALL erfüllen Sie gleichzeitig die Vorgaben der IT-Sicherheitsrichtlinie und schützen Ihre Praxis-IT so optimal. CGM MANAGED TI ist nach gematik-Vorgaben interoperabel und somit mit allen TI-konformen Praxissystemen kompatibel. Dank unseres Managed-Service-Konzepts entsteht für Sie kein administrativer Aufwand, denn wir binden Sie über unser hochsicheres CGM-Rechenzentrum an die TI an. Das bedeutet: Sie benötigen keinen Konnektor mehr in Ihrer Praxis. Betrieb, Wartung und Überwachung von TI-Anschluss und CGM FIREWALL übernehmen wir für Sie. Unser starkes Netzwerk aus über 140 Partnerunternehmen mit zertifizierten CGM TI- und CGM FIREWALL-Spezialisten ist persönlich vor Ort für Sie da. Außerdem sind Updates und PTV-Upgrades für neue, gesetzlich verpflichtende TI-Anwendungen bei CGM MANAGED TI bereits inklusive. Vertrauen Sie auf den Pionier, der als erster Anbieter einen TI-Konnektor auf den Markt gebracht hat und über jahrelange Erfahrung aus insgesamt über 60.000 erfolgreich an die TI angeschlossenen Praxen und Institutionen verfügt: Vertrauen Sie auf CGM. Sorgenfreier geht's nicht.



Bei allen Fragen rund um unser Angebot, die Förderung und den Support besuchen Sie unsere Website oder kontaktieren Sie uns per E-Mail an: [vertrieb.ti@cgm.com](mailto:vertrieb.ti@cgm.com)

[cgm.com/managed-ti-aw](https://www.cgm.com/managed-ti-aw)

## CME-Fortbildung Teil 2: Patienten mit Arztphobie und anderen Angst- und Persönlichkeitsstörungen behandeln

# Vertrauen bildet die Basis - auch in schwierigen Fällen

Irrationale Ängste halten auf. Mit Geduld und Geschick kommt man dennoch weiter. Berechtigte Ängste, die strukturell bedingt sind, brauchen indes politische Lösungen, im Sinne der kollektiven Gesundheit.

Für Menschen mit übersteigerten Ängsten spielt das subjektive Erleben des Kontrollverlusts eine zentrale Rolle. Erfahrungen von Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein können bis weit in die Vergangenheit wurzeln, damalige Emotionen werden durch Elemente der aktuellen Situation reaktiviert. Psychotherapeutische Strategien zielen darauf ab, das Kontrollgefühl durch Selbstwirksamkeit zu stärken; die Verhaltenstherapie setzt auf die stufenweise Exposition. Das erzielt oft gute Erfolge, doch nur wenige Betroffene suchen gezielt Hilfe. Wie also mit ihnen umgehen, wenn sie den Weg in die Arztpraxis finden?

### Auch Narzissten haben Angst

Der Mensch sucht gerne nach Rationalisierung seines Verhaltens, auch wenn diesem eine überreaktive Amygdala zugrunde liegt. So werden vermeintlich angstbestätigende Informationen oft verstärkt aufgenommen.

Auf diese Weise entsteht ein Circulus vitiosus. Der Glaube an Verschwörungstheorien verstärkt beispielsweise Ängste, ist jedoch gleichzeitig Ausdruck eines generalisierten Bedrohungsempfindens, wie die Sozialpsychologinnen Prof. Julia Becker und Luisa Liekefett von der Universität Osnabrück auf Basis einer Umfrage darlegen: „Die Personen, die an die Verschwörungstheorien glauben, zeichnen sich vor allem dadurch aus, dass sie glauben, in einer bedrohlichen Welt zu leben. Sie können außerdem mit Ungewissheit schlecht umgehen, darum sind ihnen Verschwörungstheorien willkommen, weil sie ihnen durch einfache Erklärungen wieder Kontrolle und Gewissheit zurückgeben. Bezogen auf ihre Persönlichkeit neigen sie eher zum Machiavellismus, was bedeutet,

dass sie anderen Menschen gegenüber eher misstrauisch sind...“

Eigenschaften und Verhaltensweisen, die dem politischen Philosophen Niccolò Machiavelli („Der Fürst“) zugeschrieben werden, treten in unterschiedlich starken Ausprägungen und Kombinationen auf. Sie entstehen vermutlich aus einer Kombination von genetischen Faktoren und Umwelteinflüssen. Ein extremes Streben nach Macht kann etwa durch Lebenserfahrungen begünstigt werden, in denen die Person intensive Ohnmacht beziehungsweise Machtmissbrauch durch andere erlebte. Beim Narzissmus, der bei stärkeren Ausprägungen mit Machiavellismus einhergehen kann, werden Minderwertigkeitsgefühle durch eine Vorstellung der eigenen Grandiosität übertüncht. So kann es passieren, dass Betroffene glauben, sich durch Surfen im Internet rasch ein größeres Wissen angeeignet zu haben als Mediziner.

An Menschen mit machiavellistischen oder stark ausgeprägten narzisstischen Charakterzügen perlen Appelle an die soziale Verantwortung weitgehend ab. Zum Impfen etwa lassen sie sich erheblich besser motivieren, wenn die eigenen Vorteile und der individuelle Nutzen in den Vordergrund gestellt werden, so eine Studie der Oxford University im Lancet Public Health. Nicht immer sind Menschen mit ausgeprägtem Narzissmus oder einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung leicht zu erkennen. Sogenannte vulnerable Formen des Narzissmus kommen häufig gut kaschiert daher, auf den ersten Blick wirken Betroffene vielleicht nur etwas unsicher. Doch neben einem Mangel an zwischenmenschlichem Vertrauen bestehen wie beim grandiosen Narzissmus auch bei ihnen eine Fixierung auf das Selbst



Empathie gewinnt!



Helles Wartezimmer



Raum für Notizen

sowie ein überbetontes Autonomiebedürfnis. Kritik ist schwer handhabbar. Der Angst dieser Patienten und Patientinnen, von den eigenen Gefühlen überrollt zu werden, können Ärzte und Ärztinnen mit einer sachlichen und wo möglich bestätigenden Gesprächsführung begegnen. Hinweise auf ein mangelndes medizinisches Verständnis würden hingegen als tief kränkend aufgefasst werden und einen Rückzug des Patienten begünstigen.

#### Falschinformationen aufklären

Für den Praxisalltag mit nur leicht verunsicherten Menschen bietet das Robert Koch-Institut (RKI) sogenannte Faktensandwiches für das Impfgespräch. Die Struktur dieses Sandwiches soll Falschinformationen besonders effizient korrigieren. Sie folgt dem Schema „Fakt, Benennung, Aufklärung, Fakt“ (siehe Beispiel S. 4). In zusätzlichen Gesprächskarten des RKI wird zudem empfohlen, offen und respektvoll mit Fragen einzusteigen: „Was denken Sie über Impfungen? Was bereitet Ihnen Sorgen?“ Ein aufmerksames Zuhören wird dadurch signalisiert, dass das Gesagte noch einmal mit eigenen Worten zusammengefasst wird.

Egal, welche Aspekte zu einer übersteigerten Angst führen: Ein respektvoller Umgang auf Augenhöhe ist Dreh- und Angelpunkt einer gelungenen Kommunikation mit Angstpatienten. Das gilt bereits beim Empfang durch das Praxispersonal. Das Informationsportal [arztphobie.com](http://arztphobie.com) bietet für den Alltag eine Vielzahl praktischer Tipps. So sind Sätze wie „So »

#### CME-FORTBILDUNG ONLINE



A&W bietet für Sie mit MedLearning kostenfreie Fortbildungen, die wichtige Themen rund um die Praxisführung abdecken. Die Fortbildung „Patienten mit Arztphobie und anderen Angst- und Persönlichkeitsstörungen behandeln“ ist mit zwei CME-Punkten zertifiziert.

#### Und so funktioniert's:

- Erster Teil steht in der Juliausgabe.
- Sie können die ganze Fortbildung im Internet unter [cme.medlearning.de/aw.htm](http://cme.medlearning.de/aw.htm) einsehen und dort online absolvieren.

schlimm ist es nicht“ selten hilfreich. Besser ist es, nach Art und Ursache der Angst zu fragen. Steht die Furcht vor einer schlechten Diagnose im Vordergrund, frühere Erlebnisse oder ein Schamgefühl?

Ein ruhiges, verständliches Gespräch, bei dem der Patient oder die Patientin Notizen machen und Rückfragen stellen kann, vermittelt Sicherheit. Bei Bedarf wird jeder einzelne Schritt in verständlicher Sprache erklärt, gegebenenfalls samt geschätzter Dauer des Eingriffs. Das vermittelt ein Gefühl der Kontrolle. In manchen Fällen können eine humorvolle Bemerkung oder etwas Smalltalk für willkommene Ablenkung sorgen. Hier sollte der Bogen allerdings nicht überspannt werden. Kommt ein Patient mit großer Furcht in die Praxis, könnte er sich durch flapsige Floskeln erst recht nicht ernst genommen und schlecht behandelt fühlen.

### Ansprache in der Praxis

Um das Ausmaß der Angst bereits bei der Anmeldung zu erfassen, empfiehlt das Portal arztphobie.com eine visuelle Analogskala im Fragebogen, worauf der Patient oder die Patientin den Grad der Angst auf einem Querbalken markieren kann. So

werden auch jene erfasst, die im Gespräch funktional erscheinen möchten. Angstpatienten sollten möglichst kurze Wartezeiten haben, damit sie nicht bereits vor der Behandlung wieder weglaufen. Das Wartezimmer sollte freundlich gestaltet sein und angenehme Ablenkungsmöglichkeiten bereit halten. Auch bequeme Stühle können einen Unterschied machen. Weil Angstpatienten sich oftmals sorgen, im Gespräch Wichtiges zu vergessen, erscheinen sie bisweilen mit Notizen. Diese dürfen wohlwollend entgegengenommen werden – selbst, wenn die Liste bei Menschen, die den Arztbesuch lange hinausgezögert haben, lang und unstrukturiert sein kann. Da Aufregung vergesslich macht, benötigen Patienten mit Ängsten Raum, um auch mehrmals nachfragen zu dürfen und sich gegebenenfalls Notizen zu machen. Nicht fehlen sollte die Bestätigung, mit dem Weg in die Praxis die richtige Entscheidung getroffen zu haben.

### Existenzielle Ängste bei Migranten

Eine Sondersituation ergibt sich bei einigen Menschen mit Migrationshintergrund. Sie tragen unter Umständen verschiedene Ängste mit sich. Bisweilen gilt es, Sprach-

und Kulturbarrieren zu überwinden, wie etwa Schamgefühle wegen Nacktheit oder aufgrund des Geschlechts des behandelnden Arztes. Bei nicht geregelter Aufenthaltsstatus spielt jedoch auch eine ganz andere, durchaus berechnete Angst eine Rolle: die Angst vor Abschiebung.

Wie der Verein Ärzte der Welt in der Studie „Ohne Angst zum Arzt“ schreibt, sind Migranten ohne geregelten Aufenthaltsstatus faktisch von der Gesundheitsversorgung in Deutschland ausgeschlossen: „Formal haben sie zwar einen Anspruch auf Behandlung akuter Erkrankungen. Aber sobald sie sich an das Sozialamt wenden, um den dafür erforderlichen Behandlungsschein zu erhalten, droht ihnen die Abschiebung. Denn das Sozialamt ist, wie andere staatliche Stellen auch, durch das Aufenthaltsgesetz dazu verpflichtet, Menschen ohne Papiere an die Ausländerbehörde zu melden. Aus Angst um ihre Existenz meiden Betroffene den Gang zum Arzt, auch bei lebensbedrohlichen Erkrankungen.“

Schätzungen zufolge befinden sich mehrere hunderttausende Menschen in Deutschland in einer solchen Situation. Ein breites Bündnis fordert deshalb eine Gesetzesänderung, darunter die Deutsche Aidshilfe (DAH), die Diakonie und die Arbeiterwohlfahrt (mehr Informationen unter gleichbehandeln.de).

Denn die Übermittlungspflicht sei nicht nur ethisch, sondern auch epidemiologisch falsch, erklärt die Deutsche Aidshilfe. So führt das Gesetz bei HIV-positiven Menschen zu lebensbedrohlichen Erkrankungen, zudem drohen weitere HIV-Übertragungen. Die Entscheidung, keine ärztliche Hilfe zu suchen, betrifft nicht nur die Erwachsenen, sondern auch ihre Kinder. Schwangere nehmen Vorsorgeuntersuchungen nicht wahr. Bereits 2018 forderte der UN-Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte die deutsche Politik zur Gesetzesänderung auf, damit Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus Gesundheitsdienste beanspruchen können. Aktuell übt zudem die Frauenrechtskommission der UN Druck auf die Regierung aus. Die Gesellschaft für Freiheitsrechte (GFF) hat Beschwerde bei der Europäischen Kommission eingereicht.

Deborah Weinbuch

## FAKTEN-SANDWICH

### 1. Fakt

Der Schutz von Impfungen ist gut, beträgt aber nicht 100 Prozent.

### 2. Mythos

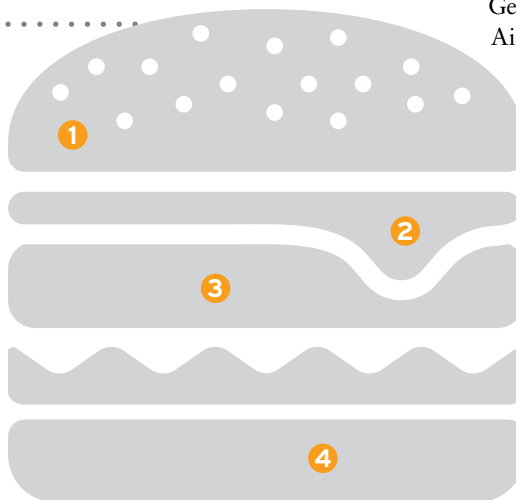
Impfungen sind sinnlos, denn sie schützen gar nicht zu 100 Prozent.

### 3. Erklärung

Einen hundertprozentigen Schutz kann keine derzeit verfügbare Impfung garantieren. Es ist verständlich, dass dies unbefriedigend sein kann. Doch auch viele andere Behandlungen sind nicht zu 100 Prozent wirksam: Die Einnahme von Ibuprofen hilft z. B. auch nicht zu 100 Prozent gegen Kopfschmerzen. Trotzdem vertrauen viele Menschen auf die gute Wirksamkeit des Medikaments, denn in vielen Fällen konnte das Medikament den Kopfschmerz lindern. Ähnlich ist es bei Impfungen: Auch wenn Impfstoffe nicht zu 100 Prozent wirksam sind, heißt das nicht, dass Impfungen grundsätzlich nicht schützen würden. Eine Wirksamkeit von z. B. 90 Prozent gegen die Erkrankung senkt das Erkrankungsrisiko erheblich und schützt eine große Mehrheit der Geimpften.

### 4. Fakt

Impfen ist sinnvoll, auch wenn der Schutz nicht 100 Prozent betragen kann.





## Stimmungsbarometer

# Nachhaltigkeit ist Ärzten wichtig

Das deutsche Gesundheitswesen glänzt nicht gerade in puncto Nachhaltigkeit. So liegen seine CO<sub>2</sub>-Emissionen über dem EU-Durchschnitt. An den Ärztinnen und Ärzten liegt es nicht, wie eine Umfrage nun ergab.

**N**achhaltigkeit bedeutet: „Die Bedürfnisse der Gegenwart so zu befriedigen, dass die Möglichkeiten zukünftiger Generationen nicht eingeschränkt werden.“ Diese historische Definition des Brundtland-Berichts (1987) im Auftrag der Vereinten Nationen (UN) wird in der neuen Studie des Spitzenverbands Fachärzte Deutschlands e. V. (SpiFa) und der apoBank zitiert. 36 Jahre nach Erscheinen des Brundtland-Berichts ist die Problemstellung weiterhin brandaktuell. Gerne würden Deutschlands Ärzte und Ärztinnen dem Rechnung tragen. Gleichzeitig werden sie dabei immer noch ausgebremst.

## Hoher Anteil an CO<sub>2</sub>-Emissionen

Die Teilnehmenden stammten überwiegend aus der Inneren Medizin (fachärztlich, 14%), der Allgemeinmedizin (13%), der Frauenheilkunde (10%), der Inneren Medizin (hausärztlich, 8%) und aus der Chirurgie (7%). 90 Prozent der Befragten sehen im deutschen Gesundheitssystem nur eine geringe oder gar keine Ausprägung des Handlungsprinzips der Nachhaltigkeit. Dabei hat das Thema Nachhaltigkeit für 78 Prozent der Befragten einen hohen Stellenwert. Zwar sind zwei Drittel der Fachärztinnen und Fachärzte in ihrer beruflichen Tätigkeit direkt mit dem Thema Nachhaltigkeit konfrontiert,



durch Vorschriften und Regelungen sowie durch persönliches Interesse. Der Aspekt der CO<sub>2</sub>-Emissionen, des Ressourcenverbrauchs und der Klimarisiken beschäftigt dabei die meisten (75%). Zurecht, denn in Deutschland beträgt der Anteil des Gesundheitssektors an den CO<sub>2</sub>-Emissionen 5,2 Prozent, gegenüber 4,7 Prozent im EU-Durchschnitt. Darauf weist die Bun-

desärztekammer (BÄK) hin. Der größte Anteil der Emissionen (71%) entsteht dabei durch Medizinprodukte und den damit verbundenen Lieferketten.

## Regelungen und prekäre Finanzen

Das stellt viele vor schwer zu überwindende Probleme, wie die Freitext-Kommentare in dieser Umfrage zeigen: „Wir würden gern mehr Nachhaltigkeit bedienen, aber die Regelungen der Medizinproduktgesetze gestatten dies gar nicht.“ Auch finanzielle Strapazen und Unsicherheiten konterkarieren die Bemühungen: „Ungeheure Mengen an Abfall durch Plastik-Umverpackungen gerade in der Orthopädie/Unfallchirurgie. Durch die prekäre wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser gibt es keine Mittel zur Investition in Projekte zur Nachhaltigkeit (Wärmedämmung, Energieerzeugung, Energieverbrauch).“

Nichtsdestotrotz ist die Motivation ungebrochen. „Es ist mir ein Bedürfnis, dafür zu sorgen, dass meine Enkelkinder auf diesem Planeten leben können“, schreibt eine Person. Eine andere meint: „Nachhaltigkeit senkt Kosten (Energieverbrauch).“ Ein weiteres Motiv betrifft die Patientengewinnung und -bindung: „Im Interesse der Praxis und des Images der Praxis.“

## Mehr Maßnahmen gefordert

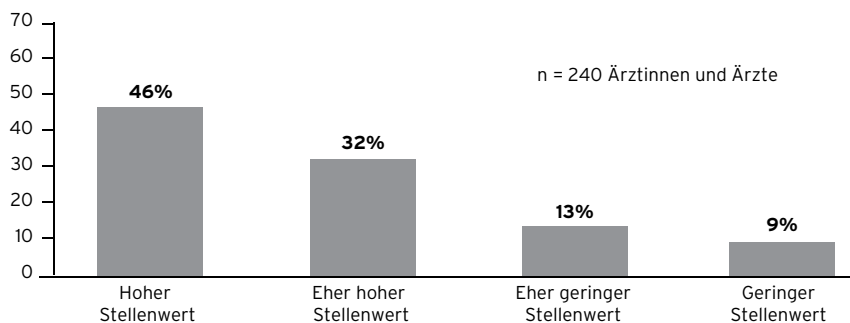
Die Befragung zeigt einen deutlichen Bedarf an Unterstützung: Mehr als die Hälfte fordert eine bessere Bereitstellung von allgemeinen Informationen zum Thema Nachhaltigkeit sowie von Informationsmaterial für eine umweltfreundlichere Praxis oder Klinik. Eine wichtige Weichenstellung könnte die Politik in Gestalt von Bürokratieabbau liefern, wie 54 Prozent der Teilnehmenden meinen. Diesen Aspekt sowie ökologische Maßnahmen zum Umwelt- und Klimaschutz (46%) und die Digitalisierung des Gesundheitswesens würden Deutschlands Ärztinnen und Ärzte gerne aktiv weiterdenken, beispielsweise im Rahmen von Workshops.

Deborah Weinbuch

Fotos: robert - stock.adobe.com, iStock/Ratsamai

## NACHHALTIGKEIT GENIESST EINEN HOHEN STELLENWERT UNTER DEN FACHÄRZTINNEN UND FACHÄRZTEN

Welchen Stellenwert hat das Thema Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen für Sie?



Quelle: SpiFa



# Ihre Fragen an unsere Praxisexpertin

Melanie Hurst, Ressortleiterin Wirtschaft



Arztbewertungsportale

## Was kann ich gegen eine negative Bewertung tun?

**In einem Arztbewertungsportal wurde meine Praxis mit einer sehr schlechten Note bewertet. Alle anderen Bewertungen sind dagegen gut. Kann ich die schlechte Bewertung löschen lassen?**  
*Dr. med. Torben H. aus Sachsen-Anhalt*

Wenn Bewertungen sich im Rahmen des rechtlich Zulässigen bewegen, können Sie sie nicht löschen lassen. Dies wäre nur möglich, wenn es sich beispielsweise um eine Beleidigung oder Meinungsäußerung ohne Tatsachengrundlage handelt. Trotzdem können Sie den Schaden begrenzen.



Wenn Sie eine Idee haben, welcher Patient diese Bewertung geschrieben hat, könnten Sie ihn darauf ansprechen. Möglicherweise können Sie seinen Unmut in einem

Vieraugengespräch klären – mit der Folge, dass der Patient seine Bewertung umformuliert. Eine andere Möglichkeit, um negative Online-Bewertungen zu relativieren, ist, viele positive nachzuschieben. Sie können Patienten, mit denen Sie ein gutes Vertrauensverhältnis haben, ansprechen. Erzählen Sie von Ihrem Internetprofil und dass Sie sich über eine Bewertung freuen würden. Wenn es auf Ihrem Profil nur einen Negativausreißer gibt, dann können die meisten Informationssuchenden das auch richtig einordnen. Nämlich als Kommentar eines Querulanten.

Personalführung

## Wie bringe ich eine Mitarbeiterin dazu, pünktlicher zu sein?

**Wir haben eine Auszubildende, die dauernd zu spät kommt. Bisher waren alle Ermahnungen ohne Erfolg. Was kann man hier noch tun?**  
*Dr. med. Emilia Z. aus dem Saarland*

Unpünktlichkeit ist kein Kavaliersdelikt. Auf Dauer führt so ein Verhalten auch zu Unzufriedenheit im gesamten Team. Für zwischenmenschliche Führungsaufgaben empfehlen Psychologen, eine Eskalati-

onskaskade zu definieren. Auf der ersten Stufe steht das persönliche Gespräch. Hier sollten Sie noch freundlich und sachlich unter vier Augen klären, warum die Mitarbeiterin so oft zu spät kommt. Vielleicht hat sie generell ein Problem mit der Pünktlichkeit? Sagen Sie ihr in diesem Gespräch noch einmal klar und deutlich: „Die Arbeit beginnt bei uns um acht Uhr. Ich erwarte, dass Sie pünktlich um acht Uhr da sind.“

Danach können Sie eine Besprechung mit allen Mitarbeitenden einberufen, in der Sie noch einmal erklären, von wann bis wann die Arbeitszeiten sind und dass sich jeder daran halten muss. Das macht dem Praxisteam deutlich, was Sie erwarten, und zeigt auch den Pünktlichen, dass Sie das Problem mit der unpünktlichen Kollegin wahrnehmen und angehen. Am besten ist es, wenn die unpünktliche MFA von dieser Teamsitzung ein schriftliches Protokoll anfertigt, das dann allen zur Erinnerung ausgehändigt wird.

Kommt die MFA weiterhin zu spät, können Sie die zweite Stufe der Eskalationskaskade einleiten. Notieren Sie mor-

gens, wie viele Minuten sie sich verspätet hat. Diese Zeit sollte sie nach Dienstschluss nacharbeiten. Das Recht ist hier übrigens auf Ihrer Seite. Beschäftigte sind verpflichtet, sich rechtzeitig auf den Weg zur Arbeit zu machen, damit sie pünktlich sind. Wenn alles nichts hilft, können Sie die dritte Eskalationsstufe zünden und ein Zeiterfassungssystem installieren. Das klingt komplizierter, als es ist. Für eine einfache Stempeluhr brauchen Sie nur eine Steckdose oder Sie nutzen eine Zeiterfassungs-App.



**Jetzt archivieren!**

PDF-Download unter:  
[AuW.de/Praxisexpertin](http://AuW.de/Praxisexpertin)



**A&W-Kontakt**

**Schicken Sie uns Ihre Fragen:**

Sie erreichen uns per E-Mail unter  
[melanie.hurst@medtrix.group](mailto:melanie.hurst@medtrix.group)

und per Fax unter 08191 3055591





Geplantes Digital-Gesetz

## Das sind Lauterbachs Pläne

Opt-out-Lösung für die ePA, sanktionsbewehrte Nachweispflicht für eRezepte, Aufhebung für die Begrenzung der Videosprechstunde – das sind die Kernpunkte von Lauterbachs geplantem Digital-Gesetz. Was der Referentenentwurf für Niedergelassene im Einzelnen vorsieht.

**W**ie angekündigt hat Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) noch vor der Sommerpause seine Digitalstrategie für das Gesundheitswesen vorgelegt. 142 Seiten stark ist der Referentenentwurf des Gesetzes zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz – DigiG), der der Redaktion von ARZT & WIRTSCHAFT vorliegt. Er beinhaltet zahlreiche Regelungen, die vor allem die Weiterentwicklung der elektronischen Patientenakte (ePA), das eRezept, sogenannte Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) sowie die Videosprechstunden betreffen. Die wichtigsten geplanten Neuregelungen im Überblick.

### ⇒ ePA

Das Herzstück des DigiG ist die Weiterentwicklung der ePA. Hier soll es zu einem Paradigmenwechsel kommen: weg von der Opt-in- hin zur Opt-out-Lösung. Das heißt, Patientinnen und Patienten, die keine ePA wollen, müssen aktiv widersprechen.

Die ePA ist zentrale Voraussetzung für die Digitalisierung der Gesundheitsdaten. Sie soll den Versicherten flächendeckend ab 2025 zur Verfügung stehen. Auf freiwilliger Basis können Versicherte die ePA bereits seit dem 1. Januar 2021 nutzen. Das tut bislang nur ein Prozent der rund 73 Millionen gesetzlich Versicherten. Erster Anwendungsfall soll der digital gestützte Medikationsprozess sein. Anschließend sollen die elektronische Patientenkurzakte (ePKA) und die Laboratenbefunde folgen. Zur Erstellung des elektronischen Medikationsplans und dessen Aktualisierung über die ePA sollen Ärztinnen und Ärzte künftig verpflichtet sein. Sie sollen zudem Daten in die ePA übermitteln, wenn Patienten nicht widersprochen haben. Das bedeutet grundsätzlich einen Zuwachs von Verwaltungsaufgaben in der Arztpraxis.

### ⇒ eRezept

Das eRezept soll zukünftig auch über die ePA-Apps nutzbar sein. Versicherte sollen digitale Identitäten, NFC-fähige elektronische Gesundheitskarten (eGK) sowie dazugehörige PINs außerdem aus der eRezept-App heraus beantragen können. Die Kassen sollen zudem verpflichtet werden, ihre Versicherten über das eRezept zu informieren.

Nach Lauterbachs Plänen sollen Vertragsärzte und Vertragsärztinnen in Zukunft gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachweisen müssen, dass sie in der Lage sind, eRezepte auszustellen. Können sie das nicht innerhalb von zwei Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes, „ist die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen pauschal um ein Prozent zu kürzen“ – bis zum Nachweis. Bislang war lediglich der Nichtanschluss an die Telematikinfrastruktur sanktionsbewehrt. Die neuerliche Sanktionierung von Ärztinnen und Ärzten wird von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung scharf kritisiert.

### ⇒ DiGA

Die DiGA sollen tiefer in die Versorgungsprozesse integriert, der Leistungsanspruch auf Medizinprodukte der Risikoklassen IIb ausgeweitet werden. Die Preisgestaltung will das Bundesgesundheitsministerium stärker an Erfolgskriterien ausrichten. Für alle im Verzeichnis gelisteten DiGA soll eine anwendungsbegleitende Erfolgsmessung vorgegeben werden, deren Ergebnisse fortlaufend an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte gemeldet und im Verzeichnis der DiGA veröffentlicht werden.

### ⇒ Weiterentwicklung von Videosprechstunden und Telekonsilen

Videosprechstunden sollen noch breiter eingesetzt und leichter genutzt werden können. Dazu soll die bisher geltende

Begrenzung der Videosprechstunden auf 30 Prozent des Leistungsanteils bei Vertragsärzten flexibilisiert werden. Der Bewertungsausschuss soll dafür die mengenmäßige Begrenzung der Leistungen im einheitlichen Bewertungsmaßstab, die im Quartal als Videosprechstunde erbracht werden können, aufheben. Er soll zudem künftig jährlich über das Leistungsgeschehen im Bereich Videosprechstunde berichten, erstmals zum 1. Juni 2024. Ob sich damit telemedizinische Zentren etablieren werden, bleibt abzuwarten.

Vorgesehen ist auch, dass für die Videosprechstunde künftig „Dienste der Telematikinfrastruktur genutzt werden müssen, sobald diese zur Verfügung stehen“. Hier geht es vor allem um die Sicherheit der Videosprechstunde. Versicherte sollen zudem einen neuen Leistungsanspruch auf „assistierte Telemedizin in Apotheken“ erhalten.

### ⇒ Verbesserung der Interoperabilität von Systemen

Die im Gesundheitssystem derzeit verwendeten Systeme sind vielfach nicht kompatibel. Das verursacht Probleme und soll sich ändern. Hersteller und Anbieter informationstechnischer Systeme sollen die Verwendung interoperabler Schnittstellen, Standards und Profile sowie Leitfäden sicherstellen müssen.

### ⇒ Erhöhung der Cybersicherheit

Für Cloud-Anwendungen im Gesundheitswesen sollen künftig per Gesetz vom Anbieter die vom Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik definierten Mindestanforderungen aus dem „Kriterienkatalog Cloud Computing C5“ erfüllt werden müssen.

Der Referentenentwurf soll nach der parlamentarischen Sommerpause in die Ressortabstimmung gehen.

Ina Reinsch

## Assistierter Suizid

# Kein Gesetz ist auch eine Entscheidung

Im Bundestag hat in einer Abstimmung keiner der beiden Gesetzentwürfe zur Suizidhilfe eine Mehrheit erhalten. Damit bleibt alles beim Alten: Es gibt keine gesetzliche Regelung. Suizidhilfe spielt sich weiterhin in einem Graubereich ab. Was das für Ärztinnen und Ärzte bedeutet.

Eine gesetzlich geregelte Hilfe zur Selbsttötung wird es in Deutschland vorerst nicht geben. Zwei Gesetzentwürfe zur Neuregelung der Suizidhilfe fanden Anfang Juli 2023 im Bundestag keine Mehrheit. Vor drei Jahren hatte das Bundesverfassungsgericht in einem Grundsatzurteil entschieden, dass das damalige Verbot der geschäftsmäßigen Sterbehilfe verfassungswidrig sei. Jeder Mensch habe das Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben. Das Recht, sich selbst zu töten, umfasse auch die Freiheit, sich dafür Hilfe bei Dritten zu holen, so die Verfassungsrichter.

Zwei fraktionsübergreifende Vorschläge standen nun Anfang Juli zur Abstimmung: Der Entwurf um den Abgeordneten Lars Castellucci (SPD) sah ein grundsätzliches Verbot der geschäftsmäßigen Sterbehilfe vor, die jedoch unter bestimmten Voraussetzungen als nicht rechtswidrig eingestuft werden sollte – also ein grundsätzliches Verbot mit Ausnahme. Die Person, die Sterbehilfe in Anspruch nehmen will, sollte volljährig sein, sich mindestens zweimal von einem Psychiater untersuchen lassen, ein Beratungsgespräch absolvieren sowie eine Wartezeit verstreichen lassen. Verstöße sollten künftig mit einer Haftstrafe von bis zu drei Jahren geahndet werden können.

## Einigkeit wenigstens darin: Suizidprävention soll gestärkt werden

Der Entwurf um die Abgeordneten Renate Künast (Die Grünen) und Katrin Helling-Plahr (FDP) sah dagegen vor, Suizidhil-



Suizidhilfe: für Ärzte eine schwierige moralische Entscheidung mit strafrechtlichen Risiken.

fe grundsätzlich zu erlauben, allerdings ebenfalls unter engen Voraussetzungen. So sollte ein Netz bundesweiter Beratungsstellen geschaffen werden, bei denen sich Betroffene beraten lassen müssen. Im Notfall sollten auch zwei Ärzte entscheiden dürfen. Ein psychiatrisches Gutachten war nicht vorgesehen.

Gestritten wurde in den letzten Wochen vor allem um die Frage, welchen Stellenwert Angebote zur freiverantwortlichen Selbsttötung gegenüber der Suizidprävention haben sollten. Immer wieder wurde betont, man dürfe nicht den zweiten Schritt vor dem ersten tun, erst müsse die Suizidprävention gestärkt werden.

Glücklich sein kann mit diesem Ausgang niemand so recht. Eine klare gesetzliche Regelung hätte Rechtssicherheit auch für alle Ärztinnen und Ärzte gebracht. Nach der Sommerpause soll zwar ein neuer Anlauf für eine gesetzliche Regelung genommen werden. Doch bis zu einer Neuregelung – falls sie überhaupt kommt – müssen alle

Beteiligten mit der geltenden Rechtslage leben.

Nach dieser ist Hilfe zum Suizid grundsätzlich erlaubt, sowohl strafrechtlich als auch berufsrechtlich. Sie ist aber an die Voraussetzung geknüpft, dass der Patient oder die Patientin eine freiverantwortliche Entscheidung trifft. Das muss von Ärztinnen und Ärzten sorgfältig überprüft und dokumentiert werden.

## Strafrechtliches Risiko einer Anklage besteht weiter

Die rechtliche Unsicherheit besteht für Ärztinnen und Ärzte darin, dass sie sich möglicherweise strafrechtlichen Vorwürfen ausgesetzt sehen, die zu einer Anklage führen. Dann müsste erst in einem Strafprozess geklärt werden, ob es sich bei der gewährten Suizidhilfe um ein straffreies Verhalten des Arztes gehandelt hat. Denn für Ärztinnen und Ärzte gibt es keinen klaren Rechtsrahmen für die Bereitstellung eines todbringenden Medikaments. Das kann im Einzelfall mit enormen mentalen Belastungen verbunden sein. Auch Gesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) sprach nach der Ablehnung der beiden Gesetzentwürfe von einer gewissen Rechtsunsicherheit. Auch er geht davon aus, dass offene Fragen im Zusammenhang mit der Sterbehilfe mangels gesetzlicher Vorgaben von Gerichten geklärt werden müssten.

Ina Reinsch

## DAS SOLLTEN ÄRZTINNEN UND ÄRZTE WISSEN

- Bei der diskutierten Suizidhilfe handelt es sich juristisch um Beihilfe zur Selbsttötung.
- In Abgrenzung zur aktiven Sterbehilfe ist hier zentral, dass der Patient oder die Patientin das Mittel zur Selbsttötung selbst einnimmt. Die Beihilfe hierzu ist nicht verboten.
- Aktive Sterbehilfe ist dagegen in Deutschland nicht erlaubt. Bei dieser verabreicht jemand anders dem Sterbewilligen ein tödlich wirkendes Mittel.





# Drei Symptome Ein Therapieansatz

Bei degenerativen Veränderungen im Gehirn



Vergesslichkeit\*

Schwindel\*\*

Tinnitus\*\*



**EGb 761®** einziger Ginkgo-Extrakt explizit in aktueller S3-Leitlinie Demenzen<sup>1</sup> empfohlen.

- ✓ Stärkt Gedächtnis & Konzentration\*
- ✓ 1 x 1 Tablette täglich

- ✓ Reduziert Ohrgeräusche\*\*
- ✓ Fördert die Kompensation von Schwindel\*\*
- ✓ 2 x 1 Tablette täglich

\*Bei altersbedingten geistigen Leistungseinbußen. \*\*Vaskulärer oder altersbedingter Ursache.

<sup>1</sup>Deuschl G, Maier W et al. S3-Leitlinie Demenzen. 2016. In: Deutsche Gesellschaft für Neurologie, Hrsg. Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie.

**Tebonin® konzent® 240 mg.** Wirkstoff: Ginkgo-biloba-Blätter-Trockenextrakt. 1 Filmtablette enthält: Wirkstoff: 240 mg quantifizierter, raffinierter Trockenextrakt aus Ginkgo-biloba-Blättern (35-67:1). Auszugsmittel: Aceton 60 % (m/m). Der Extrakt ist quantifiziert auf 52,8 - 64,8 mg Flavonoide, berechnet als Flavonolglykoside, 6,72 - 8,16 mg Ginkgolide A, B und C, 6,24 - 7,68 mg Bilobalid und enthält unter 1,2 µg Ginkgolsäuren pro Filmtablette. Sonstige Bestandteile: Gefälltes Siliciumdioxid; Mikrokristalline Cellulose; Croscarmellose-Natrium; Magnesiumstearat (Ph. Eur.) [pflanzlich]; Hypromellose; Stearinsäure; Eisen(III)-hydroxid-oxid x H<sub>2</sub>O E 172; Eisen(III)-oxid E 172; Talkum. **Anwendungsgebiete:** Zur Verbesserung einer altersbedingten kognitiven Beeinträchtigung und der Lebensqualität bei leichter Demenz. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegenüber Ginkgo biloba oder einem der sonstigen Bestandteile; Schwangerschaft. **Nebenwirkungen:** Sehr häufig: Kopfschmerzen. Häufig: Benommenheit / Schwindel, Diarrhoe, Bauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen. Häufigkeit nicht bekannt: Blutungen an einzelnen Organen (Auge, Nase, Gehirn, Gastrointestinaltrakt), Überempfindlichkeitsreaktionen (allergischer Schock), allergische Hautreaktionen (Erythem, Ödem, Juckreiz). Dr. Willmar Schwabe GmbH & Co. KG – Karlsruhe

**Tebonin® intens 120 mg.** Wirkstoff: Ginkgo-biloba-Blätter-Trockenextrakt. 1 Filmtablette enthält: 120 mg quantifizierter, raffinierter Trockenextrakt aus Ginkgo-biloba-Blättern (35-67:1), Auszugsmittel: Aceton 60 % (m/m), quantifiziert auf 26,4 - 32,4 mg Flavonoide, berechnet als Flavonolglykoside, 3,36 - 4,08 mg Ginkgolide A, B und C, 3,12 - 3,84 mg Bilobalid, und unter 0,6 µg Ginkgolsäuren. Sonstige Bestandteile: Croscarmellose-Natrium; Hochdisperses Siliciumdioxid; Hypromellose; Lactose-Monohydrat; Macrogol 1500; Magnesiumstearat (Ph. Eur.); Maisstärke; Mikrokristalline Cellulose; Simecicon-alpha-Hydro-omega-octadecyloxypropyl(oxyethylen)-5-Sorbinsäure(Ph. Eur.)-Wasser; Talkum; Titandioxid; Eisen(III)-hydroxid-oxid x H<sub>2</sub>O. **Anwendungsgebiete:** Symptomatische Behandlung von hirnganorgisch bedingten geistigen Leistungseinbußen im Rahmen eines therapeutischen Gesamtkonzeptes bei dementiellen Syndromen mit der Leitsymptomatik: Gedächtnis-/Konzentrationsstörungen, depressive Verstimmung, Schwindel, Ohrensausen, Kopfschmerzen. Vor Behandlung klären, ob die Symptome nicht auf einer spezifisch zu behandelnden Grunderkrankung beruhen. Verlängerung der schmerzfreien Gehstrecke bei peripherer arterieller Verschlusskrankheit bei Stadium II nach FONTAINE im Rahmen physikalisch-therapeutischer Maßnahmen, insbes. Gehtraining. Bei Vertigo vaskulärer und involutiver Genese. Adjuvante Therapie bei Tinnitus vaskulärer und involutiver Genese. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegenüber Ginkgo biloba oder einem der sonstigen Bestandteile; Schwangerschaft. **Nebenwirkungen:** Es können Blutungen an einzelnen Organen auftreten, vor allem wenn gleichzeitig gerinnungshemmende Arzneimittel wie Phenprocoumon, ASS oder andere NSAR eingenommen werden. Bei überempfindlichen Personen allergischer Schock. Allergische Hautreaktionen (Hautrötung, Hautschwellung, Juckreiz). Leichte Magen-Darm-Beschwerden, Kopfschmerzen, Schwindel, Verstärkung bereits bestehender Schwindelbeschwerden. Dr. Willmar Schwabe GmbH & Co. KG – Karlsruhe

T3/04/04/23/01



## Politische Initiative

# MVZ sollen künftig stärker reguliert werden

Nach dem Willen der politischen Akteure soll es investorengetragenen Medizinischen Versorgungszentren an den Kragen gehen. Welche Maßnahmen ein geplantes MVZ-Regulierungsgesetz ergreifen will, um eine Monopolstellung von MVZ zu verhindern und die ambulante Versorgung zu stärken.



Mitte Juni hat der Bundesrat auf Initiative von Bayern und Schleswig-Holstein die Bundesregierung aufgefordert, Medizinische Versorgungszentren (MVZ) stärker zu regulieren und dazu ein entsprechendes MVZ-Regulierungsgesetz zu erlassen. Es soll die Monopolstellung einzelner Träger verhindern und eine am Patientenwohl orientierte ambulante Versorgung stärken.

### Investoren drängen vor allem in die lukrativen Ballungsräume

In der Begründung verweist der Bundesrat auf das rasante Wachstum von MVZ mit dem Risiko von Konzentrationsprozessen. Die steigende Zahl investorengetragener MVZ (siehe Kasten auf S. 43) gefährde zudem eine flächendeckende, umfassende Versorgung. So verlagerten Investoren die Versorgungskapazitäten tendenziell in lukrative Ballungsgebiete und legten einen stärkeren Fokus auf gut skalierbare und umsatzsteigernde Leistungen mit der möglichen Folge, dass nicht mehr das gesamte Behandlungsspektrum abgebildet wird, heißt es in der Begründung.

Der Bundesrat fordert für ein MVZ-Regulierungsgesetz im Wesentlichen folgende Maßnahmen:

#### 1 Schaffung eines bundesweiten MVZ-Registers

Dieses soll für mehr Transparenz über die nachgelagerten Inhaberstrukturen sorgen.

#### 2 Kennzeichnungspflicht für Träger und Betreiber auf dem Praxisschild

Weder für die Patienten vor Ort noch für Gesundheitsakteure ist es derzeit möglich, die hinter den MVZ stehenden wirtschaftlich Beteiligten ohne größeren Aufwand zu identifizieren. Das ist jedoch die Grundvoraussetzung dafür, dass Patientinnen und Patienten eine informierte Arztwahl treffen können.

#### 3 Gründung von MVZ durch Krankenhäuser nur noch in einem Umkreis von 50 Kilometern von ihrem Sitz

Das entspricht ungefähr der Fläche von drei bis vier größeren Landkreisen. Damit soll die Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung wieder mehr in den Vordergrund rücken.

#### 4 Einführung von Höchstversorgungsanteilen für Haus- und Fachärzte

Das soll für MVZ gelten, die von einem Träger gegründet werden. Bei Hausärzten soll im jeweiligen arztgruppenbezogenen

Planungsbereich der Versorgungsanteil auf maximal 25 Prozent begrenzt werden, bei der allgemeinen und speziellen fachärztlichen Versorgung auf maximal 50 Prozent pro Facharztgruppe. Für unterversorgte und drohend unterversorgte Planungsbereiche oder wenn ein besonderer Versorgungsbedarf festgestellt wird, soll es Ausnahmen geben.

Bezogen auf den jeweiligen Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung soll der Versorgungsanteil für ärztliche MVZ, die von einem Träger gegründet werden, bei der hausärztlichen Versorgung auf fünf Prozent, bei der allgemeinen und speziellen fachärztlichen Versorgung auf zehn Prozent gedeckelt sein.

#### 5 Schaffung von Schutzvorschriften für ärztliche Leiter von MVZ

Damit soll die ärztliche Unabhängigkeit in MVZ sichergestellt und verhindert werden, dass Kapitalinteressen auf die ärztliche Berufsausübung Einfluss nehmen. So soll es für die ärztliche Leitung von MVZ einen besonderen Abberufungs- und Kündigungsschutz geben, Verträge mit der ärztlichen Leitung sollen der Kassenärztlichen Vereinigung zur Prüfung vorgelegt werden müssen.

## 6 Reglementierung des Arztstellen-erwerbs durch Zulassungsverzicht

In gesperrten Planungsbereichen sollen MVZ keine Arztstellen mehr durch einen Zulassungsverzicht nach § 103 Abs. 4a Satz 1 SGB V erwerben können. Das benachteiligt bislang niederlassungswillige Ärzte, die als Freiberufler an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen wollen. Denn es findet keine Bewerberauswahl statt.

Der Bundesverband der Betreiber medizinischer Versorgungszentren, der die Interessen investorengetragener MVZ vertritt, hat wegen dieser Bestrebungen den Staatsrechtler Prof. Martin Burgi beauftragt, ein Gutachten zur verfassungsrechtlichen Zulässigkeit der geforderten Reglementierungen zu erstellen. Dieses kommt zu dem Ergebnis, dass der Großteil der Regelungen verfassungsrechtlich nicht zulässig sei. Dabei darf man allerdings nicht vergessen, dass es sich hierbei um ein von einem Interessenverband in Auftrag gegebenes Gutachten handelt. Gerade zu Neuregelungen, die noch nicht von den Gerichten durchexerziert worden sind, gibt es jedoch unter Juristen oft unterschiedliche Einschätzungen. Ob ein entsprechendes Gesetz tatsächlich an verfassungsrechtlichen Schranken scheitern würde, hängt nicht zuletzt von der

finalen Ausgestaltung der Regelungen ab. Letztlich müssten wohl die Gerichte entscheiden.

Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) hat derweil mit dem kurz vor der parlamentarischen Sommerpause vorgelegten Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune – kurz Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) – noch eine weitere Maßnahme ins Spiel gebracht: Es könnte für Kommunen künftig deutlich leichter werden, selbst Medizinische Versorgungszentren zu gründen, was vor allem die regionalen Strukturen weiter stärken dürfte.

### Die Arbeitsbedingungen in MVZ sind für MFA oft weniger gut

Die Rolle von MVZ in der medizinischen Versorgung und der Einfluss von Finanzinvestoren wird von den politischen Akteuren schon länger kritisch beobachtet. Das geht unter anderem aus einer Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage der CDU/CSU-Fraktion im Deutschen Bundestag im Januar 2023 hervor. Dort heißt es: „Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) beobachtet die Investorentätigkeit im

Gesundheitswesen mit großer Aufmerksamkeit und steht einer ausgeprägten Renditeorientierung kritisch gegenüber, insbesondere soweit damit eine Gefahr für die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung einhergeht.“

Die Rahmenbedingungen für die Teilnahme von investorenbetriebenen MVZ an der ambulanten Versorgung waren in der Vergangenheit bereits mehrfach gesetzlich eingeschränkt worden. Die Gesundheitsministerkonferenz hat im September 2022 sogar die Einrichtung einer länderoffenen Arbeitsgruppe unter Leitung Bayerns zur weiteren Regulierung von investorenbetriebenen MVZ beschlossen. Diese hat den Auftrag, unabhängig von den Entscheidungen auf »

Ärztinnen und Ärzte finden

in MVZ oft bessere Arbeitsbedingungen als in einer eigenen Praxis.

## ➔ MVZ IN ZAHLEN UND FAKTEN

Die Zahl der MVZ ist von 2004 bis 2020 von 70 auf 3.846 gestiegen. Allein zwischen 2015 und 2020 hat die Anzahl der MVZ um 78 Prozent zugenommen. Dagegen ist die Anzahl der haus- und fachärztlichen Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften rückläufig. Sie ist zwischen 2015 und 2020 um etwas mehr als acht Prozent gesunken. Von dem Rückgang sind hausärztliche Einzelpraxen etwas stärker betroffen als fachärztliche Einzelpraxen. 23.640 Ärztinnen und Ärzte arbeiteten 2020 in MVZ, 93 Prozent davon angestellt. Medizinische Fachangestellte bilden daneben die größte Berufsgruppe. Angaben zur Gesamtbeschäftigtenzahl in MVZ sind nicht verfügbar.

MVZ gründen sich vor allem in den umsatzstarken Bereichen Chirurgie und Orthopädie (31 %), Radiologie (41 %), Augenheilkunde (27 %), (Fach-)Internisten (31 %) und in der gesonderten Fachärztlichen Versorgung (59 %). Diese umfasst die Fachbereiche Labormedizin/Biochemie/Mikrobiologie, Humangenetik, Transfusionsmedizin, Strahlentherapie sowie Neurochirurgie. Eine regionale Betrachtung der MVZ zeigt, dass der Anteil der Ärztinnen und Ärzte, die in MVZ arbeiten, in den ostdeutschen Bundesländern besonders hoch ist. Ein durchschnittliches MVZ beschäftigt rund acht Ärzte und 14 nicht ärztliche Mitarbeitende.

Quelle: Katharina Schöneberg, Katrin Vitols: Branchenanalyse Medizinische Versorgungszentren: Strukturen, wirtschaftliche Trends, Arbeit und Beschäftigung in der ambulanten medizinischen Versorgung, Working Paper der Forschungsförderung der Hans-Böckler-Stiftung Nr. 288, Mai 2023

Die Zahl der MVZ ist stark gestiegen.

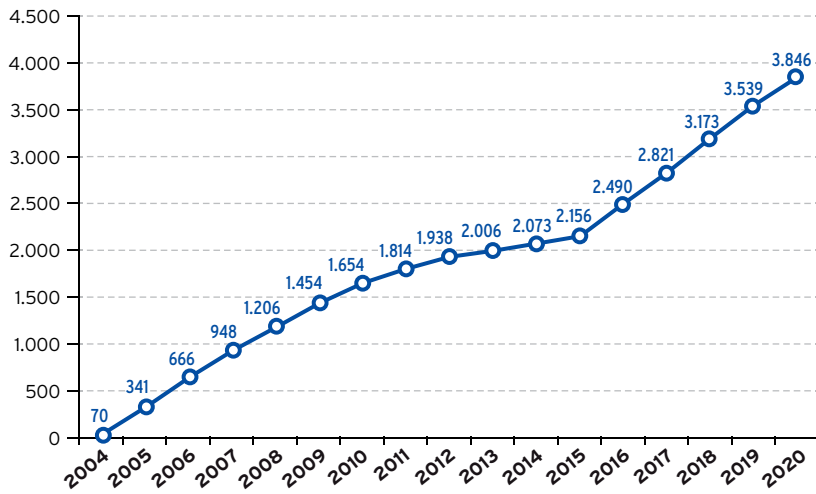


Bei vielen MVZ hat die Gewinnmaximierung oberste Priorität – oft zulasten der MFA und der Patientinnen und Patienten.



**Wer steht hinter einem MVZ?  
Für Patienten und Gesundheitsakteure ist  
das von außen oft kaum zu erkennen.**

**ZAHLE DER MVZ VON 2004 - 2020**



Quelle: Katharina Schöneberg, Katrin Vitols: Branchenanalyse Medizinische Versorgungszentren: Strukturen, wirtschaftliche Trends, Arbeit und Beschäftigung in der ambulanten medizinischen Versorgung, Working Paper der Forschungsförderung der Hans-Böckler-Stiftung Nr. 288, Mai 2023

Bundesebene ein „iMVZ-Regulierungsgesetz“ für eine Gesetzgebungsinitiative des Bundesrates vorzubereiten.

Eine Studie des Beratungsunternehmens wmp consult im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung wirft unterdessen ein Schlaglicht auf einen anderen Bereich der MVZ: die Arbeitsbedingungen. Sie sind nämlich bei Weitem nicht für alle so gut, wie viele denken. Keiner der für die Studie Befragten schätzte die Arbeitsbedingungen

in MVZ als „sehr gut“ ein. Etwa ein Viertel hielt sie für „gut“, 60 Prozent hielten sie für „mittel“ und jeweils acht Prozent für „schlecht“ oder „sehr schlecht“. Befragte aus dem nicht ärztlichen Bereich klagten dabei über schlechte Bezahlung. Nur selten werde nach Tarif bezahlt, heißt es. Angestellte litten oft unter hohen psychischen und physischen Belastungen. So stimmten mehr als 60 Prozent der Aussage zu, dass die emotionalen Arbeitsanforde-

rungen hoch seien und Arbeitshetze und Zeitdruck häufig vorkommen. Sechs von zehn Mitarbeitenden beobachteten einen zunehmenden Krankenstand. Auch Überstunden sind in MVZ ein Thema. So lag die Arbeitszeit bei 42 Prozent der Befragten eine bis fünf Stunden über der vertraglich vereinbarten Zeit, zehn Prozent leisten sechs bis zehn Stunden pro Woche mehr.

Gleichzeitig profitieren angestellte Ärztinnen und Ärzte davon, dass sie im Vergleich zur Freiberuflichkeit weniger mit Bürokratie belastet sind, kein unternehmerisches Risiko tragen und ihre Arbeitszeiten flexibler gestalten können. Wie so oft gibt es also zwei Seiten einer Medaille. Die Niederlassung attraktiver zu gestalten wäre daher ein guter Schritt.

*Ina Reinsch*

**➔ SO FUNKTIONIEREN (INVESTOREN-)MVZ**

2004 ermöglichte der Gesetzgeber in Deutschland die Einrichtung von MVZ. Neben den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten können auch zugelassene Krankenhäuser, anerkannte Praxisnetze, gemeinnützige Träger sowie Kommunen MVZ gründen.

MVZ bedürfen einer Zulassung, die von den Zulassungsausschüssen der Kassenärztlichen Vereinigungen erteilt wird. Voraussetzung dafür ist, dass die im MVZ tätigen Ärzte im Arztregister eingetragen sind. Ein MVZ wird zugelassen, wenn Bedarf für weitere Anbieter an der vertragsärztlichen Versorgung und freie Kassenarztsitze bestehen und keine Zulassungsbeschränkungen wegen Überversorgung existieren. Wollen Leistungserbringer, die nicht zum Kreis der Vertragsärzte gehören, ein MVZ gründen, benötigen sie für die Zulassung mindestens zwei Vertragsarztsitze. Eine bestehende Zulassung kann auf das MVZ übertragen werden, wenn ein Vertragsarzt zugunsten des MVZ auf seine Zulassung verzichtet. Möglich ist es auch, bereits existierende Zulassungen etwa durch Zusammenlegung von Einzel-

praxen oder Umwandlung einer Berufsausübungsgemeinschaft in das MVZ einzubringen. Krankenhäuser und Vertragsärzte sind die wichtigsten Träger von MVZ.

Die Wachstumsrate von MVZ mit einem Krankenhaus als Träger ist von 2010 an überproportional um 167 Prozent gestiegen. Insbesondere kleine Krankenhäuser werden von Finanzinvestoren als Trägergesellschaften für MVZ aufgekauft.

Die Anzahl der MVZ in Private-Equity-Besitz kann aufgrund fehlender Daten zu den Eigentümerstrukturen nur geschätzt werden. Für das Jahr 2020 gehen Experten von 955 Standorten aus. Finanzinvestoren zielen darauf ab, MVZ zu gründen oder aufzukaufen, sie zu optimieren und auf Gewinn zu trimmen und nach vier bis fünf Jahren zu veräußern oder an die Börse zu bringen.

Sie fokussieren sich dabei vor allem auf Fachrichtungen, die als besonders lukrativ eingestuft werden (siehe Kasten auf S. 43).



Quelle: Katharina Schöneberg, Katrin Vitols: Branchenanalyse Medizinische Versorgungszentren: Strukturen, wirtschaftliche Trends, Arbeit und Beschäftigung in der ambulanten medizinischen Versorgung, Working Paper der Forschungsförderung der Hans-Böckler-Stiftung Nr. 288, Mai 2023

Fotos: nito - stock.adobe.com, Kiattisak - stock.adobe.com

## Werbung für Arztpraxen

# Zwei Ärzte können ein „Zentrum“ bilden

Darf sich eine Praxis, die aus nur zwei Ärzten besteht, als „Zentrum“ bezeichnen – oder müssen es doch ein paar mehr Kollegen sein? Ein aktuelles Urteil zeigt, wie stark sich die Rechtsprechung in den vergangenen Jahren liberalisiert hat. Die Entscheidung ist auch für Hausärztinnen und Hausärzte interessant.

Eine Gemeinschaftspraxis aus zwei Fachärzten für plastische und ästhetische Chirurgie bezeichnete sich als „Zentrum für plastische und ästhetische Chirurgie“. Das gefiel einem Kollegen im Nachbarort gar nicht. Er klagte auf Unterlassung und erwirkte vor dem Landgericht Frankfurt am Main eine einstweilige Verfügung. Dabei entschied das Gericht, dass die zwei Ärzte, die sich auf Penisoperationen spezialisiert hatten, nicht unter dem Namen „Zentrum“ für sich werben dürfen, wenn in der Praxis nur zwei Ärzte beschäftigt sind. Die meisten Menschen verbanden mit dem Begriff „Zentrum“ eine gewisse Größe und Marktbedeutung.

Das Oberlandesgericht Frankfurt am Main entschied nun zugunsten der beiden Ärzte (11.05.2023, Az. 6 U 4/23). Denn: Eine Werbung ist nach dem Gesetz gegen unlauteren Wettbewerb nur dann irreführend, wenn sie geeignet ist, bei einem Großteil der Werbeempfänger eine irriige Vorstellung über das Angebot hervorzurufen. Bei der Frage, was der Großteil der Patienten und Ärzte unter einem „Zentrum“ versteht, kommt es dabei auf den Gesamteindruck an.

### Wandel der deutschen Sprache

Das Gericht erklärte, dass die Begriffe „Zentrum“, „Zentrale“ oder „Center“ nach ihrem ursprünglichen Sinn einen Hinweis auf die besondere Größe und Bedeutung eines Unternehmens geben, und lieferte anschließend eine kleine Sprachanalyse. „Center“ etwa habe seine ursprüngliche Bedeutung weitgehend verloren und sei zu einem Modewort geworden. So bezeichneten sich viele Geschäfte heute als Möbel-Center, Teppich-Center oder Fitness-Center, ohne besonders groß oder finanzstark zu sein. Ein ähnlicher Bedeutungswandel ließe sich zwar für die Begriffe „Zentrum“ und „Zentrale“ nicht feststellen. So müsse etwa ein „Einkaufszentrum“ aus einer Reihe von



Foto: Seventyfour - stock.adobe.com

Geschäften bestehen. Aber: Das gelte im medizinischen Bereich nicht. Hier weise der Begriff „Zentrum“ nicht auf eine bestimmte Größe hin.

Das liegt an den geänderten gesetzlichen Voraussetzungen. So muss ein Medizinisches Versorgungszentrum keine bestimmte Größe vorweisen. Auch ist das früher bestehende Erfordernis einer fachübergreifenden Kooperation seit 2015 entfallen. Der einzige Unterschied zu einer Berufsausübungsgemeinschaft besteht darin, dass nicht der einzelne Arzt, sondern das MVZ als Einrichtung zugelassen wird. Damit besteht für Praxen mit zwei Ärzten die Möglichkeit, sich als MVZ zuzulassen und unter der Bezeichnung „Medizinisches Versorgungszentrum“ auf dem

Markt aufzutreten. Patienten und Ärzte würden wegen der Vielzahl an Medizinischen Versorgungszentren nicht mehr erwarten, dass hinter einem Zentrum unbedingt mehr als zwei Ärzte stecken.

### „Hausarztzentrum“ möglich

Die Entscheidung hat Auswirkungen auf die Frage, wie sich Hausarztpraxen am Markt positionieren können. Damit wäre nämlich die Bezeichnung einer Hausarztpraxis, bestehend aus zwei Ärztinnen oder Ärzten, als „Hausarztzentrum“ oder „Ärztzentrum“ wettbewerbsrechtlich kaum zu beanstanden. Auch kleinere Praxen haben damit die Möglichkeit, mit der Bezeichnung „Zentrum“ am Markt aufzutreten.

*Ina Reinsch*

### RECHTSPRECHUNG WIRD LIBERALER

Schon 2016 urteilte das Landgericht Leipzig, dass sich eine Gemeinschaftspraxis mit zwei Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie als „Fachzentrum“ bezeichnen darf. 2017 entschied das Landgericht Freiburg, dass die Bezeichnung einer Gemeinschaftspraxis aus Physiotherapeuten und Ergotherapeuten als „Therapiezentrum“ zulässig sei. In Einzelfällen kann die Bezeichnung „Zentrum“ sogar für eine Einzelpraxis zulässig sein, wie ein Urteil des Oberlandesgerichts Hamm zeigt. Das Gericht entschied hier, dass ein einzelner Zahnarzt sich als „Zentrum für Implantologie und ästhetische Zahnmedizin“ bezeichnen darf.

## Bereitschaftsdienst

# Ärztin, drei Kinder, alleinerziehend – und nun?

Muss eine niedergelassene alleinerziehende Ärztin, die mit drei kleinen Kindern Vollzeit in der eigenen Praxis arbeitet, noch 68 Stunden Bereitschaftsdienste pro Jahr stemmen? Sie fand: nein. Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns und die Bayerische Justiz sehen das anders.

Grundsätzlich muss jeder Vertragsarzt Bereitschaftsdienst leisten. Eine Allgemeinärztin, alleinerziehend mit drei kleinen Kindern, Vollzeit in eigener Praxis arbeitend, war in der Babyzeit zunächst vom Bereitschaftsdienst befreit. Danach beantragte sie bei der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Bayerns eine weitere Befreiung. Die Teilnahme am Bereitschaftsdienst, vor allem nachts, kollidiere mit ihrer Aufsichtspflicht. Für die Nachtstunden sei auch keine Betreuung zu finden. 68 Stunden Bereitschaftsdienst pro Jahr entsprächen sieben Tagen Bereitschaftsdienst. Das sei ihr aufgrund ihrer familiären Belastung nicht zumutbar.

Die KV lehnte eine Befreiung ab. Die Ärztin klagte vor dem Sozialgericht München, musste aber nun eine Niederlage einstecken (04.05.2023, Az. S 38 KA 392/22). Nach der Bereitschaftsdienstordnung der KV Bayerns kann ein Bereitschaftsarzt aus schwerwiegenden Gründen

ganz, teilweise oder vorübergehend und zusätzlich befristet vom ärztlichen Bereitschaftsdienst befreit werden. Ein schwerwiegender Grund muss aber durch die Vorlage geeigneter Unterlagen nachgewiesen werden. Festgeschrieben ist auch, dass ein schwerwiegender Grund in der Regel nicht vorliegt, wenn der Antragsteller unvermindert oder über dem Durchschnitt der Fachgruppe vertragsärztlich arbeitet.

## Ärztin blieb Nachweise schuldig

Das war hier der Fall. Die Praxis der Ärztin lag über dem Fachgruppennachschnitt. Man geht dann davon aus, dass die Ärztin oder der Arzt auch in der Lage ist, am Bereitschaftsdienst teilzunehmen. Es besteht aber auch hier die Möglichkeit, dies zu widerlegen. Dazu reichen allerdings pauschale Schilderungen nicht aus. Was genau als Nachweis gefordert wird, sagt das Gericht nicht. Einen Nachweis ist die Ärztin aber schuldig geblieben.

Das Gericht argumentierte außerdem, dass die Dienste rund ein Jahr im Voraus feststünden, Wunschdienste möglich seien und die Dienste in die Tagesstunden gelegt werden könnten. Zudem könnten die Dienste im Notfall an einen Poolarzt oder einen Vertreter abgegeben werden. Doch auch hier sei die Ärztin ihrer Nachweispflicht nicht nachgekommen. Die pauschale Behauptung, es sei ihr nicht möglich, die Kinderbetreuung sicherzustellen, genüge nicht. Sie hätte aktiv nachweisen müssen, dass sie sich vergeblich darum bemüht hat. Die Entscheidung ist juristisch nachvollziehbar, aber unbefriedigend. Alleinerziehenden Ärztinnen und Ärzten mit mehreren kleinen Kindern muss geraten werden, ihre fehlgeschlagenen Bemühungen, die Kinderbetreuung zu organisieren und den Bereitschaftsdienst zu stemmen, genauestens zu dokumentieren und sich juristisch gut beraten zu lassen.

*Ina Reinsch*

## Kommentar

### Kein Wille, kein Weg

Alleinerziehende haben es schwer, alleinerziehende Ärztinnen, die mit drei kleinen Kindern Vollzeit in eigener Praxis arbeiten, haben es noch schwerer. Die KV Bayerns verlangt von einer solchen Ärztin die Teilnahme am Bereitschaftsdienst. Muss das wirklich sein? „Mitgegangen, mitgehangen“ könnte man sagen, schließlich ist sie ja freiwillig Vertragsärztin geworden. Man kreierte der Ärztin an, dass sie auch Samstagssprechstunden und Abendtermine anbietet. Wer so viel arbeitet, der kann ja nicht so fertig sein, keinen Bereitschaftsdienst mehr leisten zu können. Dabei bleibt im Dunkeln, warum die Ärztin so schuffet – vielleicht, um den Kredit für ihre Praxis abzubezahlen oder den Lebensunterhalt für ihre Familie zu sichern? Was man ihr

ebenfalls ankreidet: Sie habe nur pauschal behauptet, dass ihr der Bereitschaftsdienst in ihrer Situation nicht zumutbar sei, das aber nicht belegt. Das ist zwar tatsächlich Voraussetzung für eine Befreiung. Doch jeder, der Kinder hat und arbeitet, weiß, wie hart die ersten Jahre sind, schon mit einem Kind und schon dann, wenn man einen Partner oder eine Partnerin an seiner Seite hat, der oder die mit anpackt. Drei kleine Kinder, alleinerziehend, Vollzeit als Ärztin tätig – schon bei der bloßen Vorstellung fallen einem vor Erschöpfung die Augen zu. Dann soll man noch Fehlschläge in der Organisation des Bereitschaftsdienstes dokumentieren. Da muss es doch eine andere Lösung geben. Wo ein Wille ist, sollte auch ein Weg sein.

Alleinerziehende Ärztinnen und Ärzte belastet die Übernahme von Bereitschaftsdiensten.



# Ihre Fragen an unsere Rechtsexpertin

Ina Reinsch, Rechtsanwältin und A&W-Redakteurin



Foto: Christoph Vöhler

Krankschreibung nach Kündigung

## Muss ich das Gehalt weiterzahlen, wenn die MFA blau macht?

**Eine MFA hat sich am Tag nach ihrer Kündigung bis zum Ende der Kündigungsfrist krankschreiben lassen. Da liegt ja der Verdacht nahe, dass sie gar nicht krank ist. Was kann ich tun?**

*Tamara Sch. aus Berlin*

Grundsätzlich kommt einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ein hoher Beweiswert zu. Dieser kann aber erschüttert werden, insbesondere dann, wenn die bescheinigte Arbeitsunfähigkeit passgenau die Dauer der Kündigungsfrist umfasst.



Hat der Arbeitgeber ernsthafte Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit, kann er die Entgeltfortzahlung verweigern. Er kann

dann über die Krankenkasse auch eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst veranlassen und die AU überprüfen lassen. Der Medizinische Dienst gibt dann eine Stellungnahme ab. Verweigert der Arbeitgeber die Entgeltfortzahlung, müsste der Arbeitnehmer sie einklagen. Im Prozess müsste er dann konkrete Tatsachen darlegen und Beweise, die den Schluss auf eine bestehende Erkrankung zulassen. Hierfür kann auch eine Entbindung des behandelnden Arztes von seiner Schweigepflicht erforderlich sein.

Ausfallhonorar

## Was kann ich berechnen?

**In welcher Höhe kann ich ein Ausfallhonorar für Termine geltend machen, die vom Patienten einfach nicht wahrgenommen wurden?**

*Dr. Samir D. aus Hessen*

Für die Berechnung der Höhe des Ausfallhonorars gibt es verschiedene Möglichkeiten. Entweder der Arzt verlangt das entgangene Honorar abzüglich der ersparten Aufwendungen (z. B. Verbrauchsmaterialien). Er kann dabei die Gebührenordnung für Ärzte heranziehen und den einfachen Satz der ursprünglich geplanten Leistung veranschlagen. Oder er vereinbart einen Pauschbetrag, der sich an den durchschnittlichen Einnahmen orientiert. Im Streitfall muss er allerdings den entstandenen Schaden exakt nachweisen. Die Rechtsprechung ist in puncto Ausfallhonorare nicht einheitlich. Zudem kommt es immer auf die Umstände im

Einzelfall an. Hinweisen möchte ich noch darauf, dass ein Ausfallhonorar in der Regel nur bei einer Bestellpraxis möglich ist und das Ausfallhonorar vorher mit dem Patienten in einer wirksamen Vereinbarung schriftlich vereinbart werden sollte.



**Jetzt archivieren!**

PDF-Download unter:  
[AuW.de/Rechtsexpertin](http://AuW.de/Rechtsexpertin)



**A&W-Kontakt**

Schicken Sie uns Ihre Fragen:  
Sie erreichen uns per E-Mail unter [ina.reinsch@medtrix.group](mailto:ina.reinsch@medtrix.group)

und per Fax unter  
08191 3055591

Berufsrecht

## Yogakurse in der Arztpraxis?

**Darf ich außerhalb der Sprechstundenzeiten in meiner Praxis Yogakurse anbieten und durch Aushang in der Praxis darauf hinweisen? Wie sieht es aus, wenn eine externe Yogalehrerin in meiner Praxis Kurse durchführt?**

*Dr. Annabella T. aus Sachsen-Anhalt*

Grundsätzlich muss man hier zwischen dem Durchführen der Yogakurse und der Werbung für diese unterscheiden. Berufsrechtlich spricht nichts dagegen, in der eigenen Arztpraxis nach dem Sprechstundenende selbst Yogakurse durchzuführen oder die Räume einer externen Yogalehrerin zu überlassen. Bei externen Personen in der Praxis müssen Sie allerdings sicherstellen, dass diese keinerlei Zugang zu Patientendaten oder anderen datenschutzrechtlich relevanten Dokumenten erlangen können. Mit der Werbung für Yogakurse verhält es sich etwas anders. Nach den Berufsordnungen der Länder ist eine sachliche und angemessene Werbung für die eigene ärztliche Berufstätigkeit zulässig, Fremdwerbung jedoch nicht erlaubt. Werbung für eigene und fremde gewerbliche Tätigkeiten oder Produkte im Zusammenhang mit der ärztlichen Tätigkeit ist sogar ausdrücklich untersagt. Ein Aushang wäre danach nicht zulässig, da sich hier ärztliche und kommerzielle Interessen vermischen.

Fotos: Klaus Eppele - stock.adobe.com, IrYna - stock.adobe.com



Entspannt in den wohlverdienten  
 Ruhestand gehen: Mit der richtigen  
 Vorbereitung ist das möglich.

Praxisabgabe

## Wie Sie hohe Steuerbelastungen vermeiden können

Wenn Ärztinnen und Ärzte eine Berufsausübungsgemeinschaft abgeben möchten, ist eine durchdachte Steuerstrategie im Vorfeld hilfreich. So kann die Übertragung von Arztpraxen nach dem sogenannten Umwandlungsgesetz viele Vorteile bringen.

**W**enn Sie Ihre Praxis an einen Nachfolger übergeben möchten, stehen steuerrechtlich gesehen mehrere Möglichkeiten zur Verfügung. Eine ist die Vermögensübertragung im Wege der Gesamtrechtsnachfolge. Die andere ist die Übertragung des Vermögens durch zahlreiche Varianten der Einzelrechtsnachfolge. Beide Varianten haben Vor- und Nachteile. In diesem Beitrag konzentrieren wir

uns auf Vermögensübertragungen von Arztpraxen im Wege der Gesamtrechtsnachfolge nach dem Umwandlungsgesetz (UmwG).

### Das Grundkonzept

Um die Wirkungsweise der Gesamtrechtsnachfolge nach dem UmwG aufzuzeigen, ist es hilfreich, ein anderes klassisches Beispiel einer Gesamtrechtsnachfolge an-

zusehen: Bei einem Erbfall geht nach dem deutschen Recht das gesamte Vermögen eines Erblassers im Wege der Gesamtrechtsnachfolge auf die Erben des Erblassers über (§ 1922 Abs. 1 BGB). Das heißt: Im Zeitpunkt des Erbfalls wird der Erbe unmittelbar und von Gesetzes wegen Inhaber des betreffenden Vermögens, ohne dass gesonderte weitere Übertragungen erforderlich sind. Würde das Gesetz



bei einem Erbfall keine Gesamtrechtsnachfolge anordnen, müssten Vermögenswerte des Erblassers umständlich durch Einzelakte auf den Erben übertragen werden.

Dieses Prinzip macht sich auch das UmwG zunutze, in dem es für bestimmte Rechtsträger und für einige Übertragungsarten den Übergang des ganzen Vermögens oder von Teilen eines Vermögens von einem Rechtsträger auf den anderen ermöglicht.

Bereits aus dieser Aufzählung wird deutlich, dass das Umwandlungsgesetz nicht jeden Rechtsträger und nicht alle Vermögensübertragungsarten begünstigt. Nur Rechtsträger, die in einem staatlichen Register erfasst worden sind beziehungsweise ein kaufmännisches Gewerbe betreiben, können von den Möglichkeiten des Umwandlungsgesetzes profitieren. Beides trifft auf Arztpraxen zurzeit allerdings nicht zu. Doch eine Ausnahme wird es bald geben: Berufsausübungsgemeinschaften (BAG), die in der Rechtsform einer Gesellschaft des bürgerlichen Rechts (GbR) betrieben werden, können ab kommendem Jahr von dieser Erleichterung profitieren.

### Neue Möglichkeiten

Denn das neue Gesetz zur Modernisierung des Personengesellschaftsrechts (MoPeG) vom 10. August 2021 hat auf dem Gebiet des Gesellschafts- und des Umwandlungsrechts zu zahlreichen Neuerungen geführt. So sieht das MoPeG ab dem 1. Januar 2024 die Schaffung eines neuen Gesellschaftsregisters für GbR vor. Damit besteht auch für BAG in der Rechtsform einer GbR die Möglichkeit, diese in ein Gesellschaftsregister eintragen zu lassen. Durch eine solche Eintragung erlangt die eingetragene GbR die Rechtsfähigkeit. Eine Folge dieser Rechtsfähigkeit ist auch die Umwandlungsfähigkeit der eingetragenen GbR nach dem Umwandlungsgesetz. Hierdurch eröffnen sich für solche Praxen die Möglichkeiten, das

Vermögen im Wege der Gesamtrechtsnachfolge auf einen anderen umwandlungsfähigen Rechtsträger zu übertragen. Im Umkehrschluss kann also eine eingetragene GbR ab dem 1. Januar 2024 unter bestimmten Voraussetzungen auch selbst Vermögen anderer Rechtsträger im Wege der Gesamtrechtsnachfolge übernehmen.

### Vermögensübertragung von BAG

Das Umwandlungsgesetz unterscheidet zwei Arten von Verschmelzungen im Wege der Gesamtrechtsnachfolge. Die erste ist die Verschmelzung durch Aufnahme, wenn das gesamte Vermögen eines

für das Vermögen Anteile am übernehmenden Rechtsträger. Die Höhe einer solchen Beteiligung richtet sich nach dem Verhältnis der Vermögenswerte des Übertragenden und des übernehmenden Rechtsträgers. Dafür erhöht der übernehmender Rechtsträger sein gezeichnetes Kapital in Höhe der Anteile, die an Gesellschafter des übernehmenden Rechtsträgers gewährt werden.

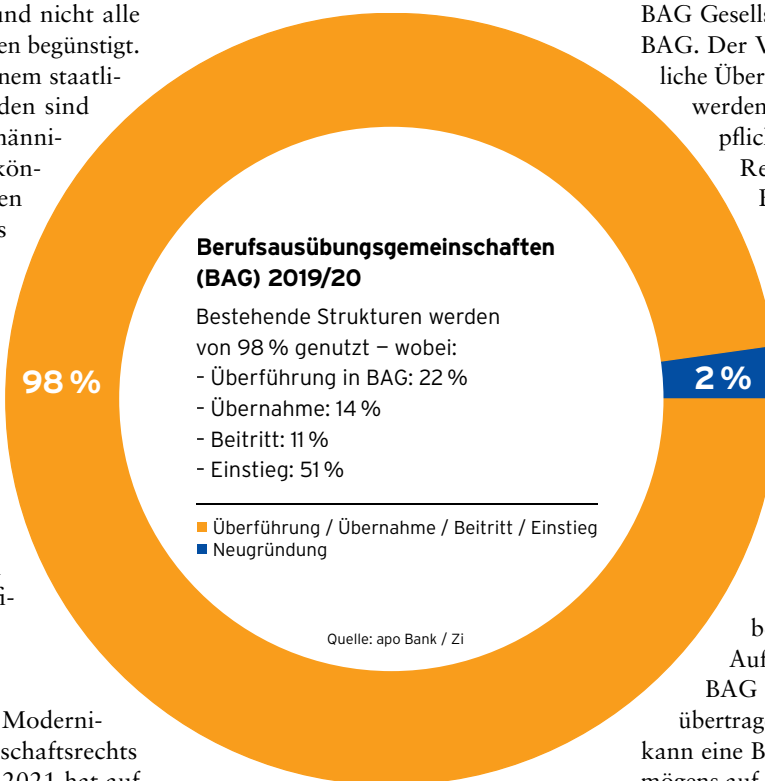
So kann eine eingetragene ärztliche BAG ab dem 1. Januar 2024 ihr gesamtes Vermögen im Wege der Gesamtrechtsnachfolge nach dem UmwG auf eine andere ärztliche BAG übertragen. Dabei werden Gesellschafter der übertragenden BAG Gesellschafter der übernehmenden BAG. Der Vorteil: Es können umständliche Übertragungsvorgänge vermieden werden, die sonst häufig eine steuerpflichtige Aufdeckung der stillen

Reserven der übertragenden BAG nach sich ziehen können. Diese Aufdeckung stiller Reserven hat eine große Bedeutung für die Praxis, denn sie kann zu hohen Steuerbelastungen führen.

Ferner wird es für eingetragene BAG möglich sein, ihr Vermögen in Gänze oder zu einem Teil durch eine Auf- oder Abspaltung auf eine oder mehrere andere BAG zu übertragen. Der Unterschied besteht darin, dass bei einer Aufspaltung das Vermögen einer BAG auf zwei oder mehrere BAG übertragen wird. Bei einer Abspaltung kann eine BAG nur einen Teil ihres Vermögens auf eine andere BAG übertragen, während sie den übrigen Teil ihres Vermögens behält und nicht aufgelöst wird.

Inwiefern andere Möglichkeiten der Umwandlung nach dem UmwG ab nächstem Jahr für BAG auch berufsrechtlich möglich sein werden – zum Beispiel eine Vermögensübertragung im Wege der Gesamtrechtsnachfolge auf eine GmbH oder eine AG, an denen (auch) berufsfremde Dritte als Gesellschafter beteiligt sind –, wird erst die künftige Entwicklung des ärztlichen Berufsrechts zeigen.

*Dr. Alex Janzen  
Fachanwalt für Steuerrecht, Bank- und  
Kapitalmarktrecht*



Rechtsträgers (übertragender Rechtsträger) auf einen bestehenden Rechtsträger (übernehmender Rechtsträger) übertragen wird. Dabei wird der übertragende Rechtsträger von Gesetzes wegen ohne eine Abwicklung aufgelöst. Die zweite Art ist die Verschmelzung durch Neugründung, wenn das gesamte Vermögen von mindestens zwei Rechtsträgern auf einen neu gegründeten Rechtsträger übertragen wird. Auch hier wird der übertragende Rechtsträger ohne Abwicklung aufgelöst.

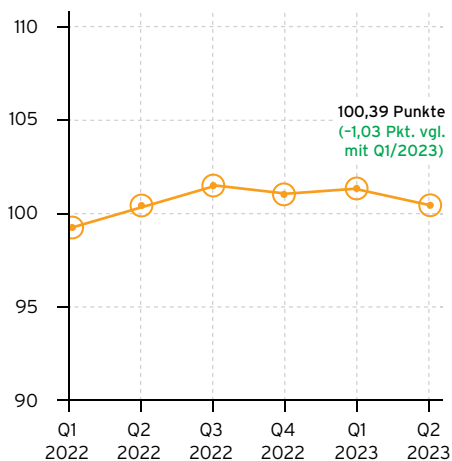
Gesellschafter des übertragenden Rechtsträgers erhalten als Gegenleistung

## Kosten

# Preisanstieg beim Praxisbedarf gebremst

Für ärztliches Verbrauchsmaterial müssen Niedergelassene oft noch tief in die Tasche greifen. Doch im Vergleich zum ersten Quartal 2023 gehen die Preissteigerungen spürbar zurück. Ist das die erhoffte Trendwende für Praxisinhaber?

## ZEITLICHER VERLAUF



Quelle: Praxisdienst

Der Preisindex ist im zweiten Quartal wieder leicht zurückgegangen.

Im zweiten Quartal 2023 liegt der Preisindex (siehe Kasten rechts) des Online-Shops Praxisdienst.de bei 100,39 Punkten, und ist damit um 1,01 Prozent im Vergleich zum Vorquartal gesunken. Damit wird eines deutlich: Von einem generellen Preisanstieg wie im ersten Quartal könne nicht mehr die Rede sein, sagt Praxisdienst-Preismanager Christian Nieder. „Zwar entwickelten sich die Verkaufspreise in den einzelnen Kategorien zum Großteil dennoch nach oben, allerdings in weitaus geringerem Maße als dies in Q1 noch der Fall war. Im Besonderen bei den Kategorien ‚Desinfektion‘ und ‚Wund & Verbandmaterial‘ ist ein deutlicher Rückgang an Preissteigerungen zu sehen.“ Einen solchen Rückgang gibt es unter anderem auch beim Laborbedarf, bei Hygieneartikeln sowie bei Papierprodukten.

### Auch Lieferanten sind für sinkende Preise zuständig

Warum einige Artikel für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte wieder günstiger geworden sind, hat laut Nieder unter-

Übersicht Einzelkategorien	
Desinfektion	100,02 Pkt. (-2,88 Pkt.)
Infusion & Injektion	102,10 Pkt. (-0,28 Pkt.)
Laborbedarf	100,70 Pkt. (-1,02 Pkt.)
OP-Bedarf (Einmalinstrumente und Sets)	101,06 Pkt. (+0,38 Pkt.)
OP-Bedarf (Sonstiges)	100,31 Pkt. (-0,66 Pkt.)
Papierprodukte (Hygiene)	101,81 Pkt. (-0,63 Pkt.)
Schutzkleidung	96,24 Pkt. (-0,29 Pkt.)
Wund- & Verbandstoffe	100,87 Pkt. (-2,81 Pkt.)

schiedliche Gründe: „Zum Teil erhalten wir immer noch Preiserhöhungen seitens unserer Lieferanten, die allerdings von den Anbietern nicht in vollem Maße an die Kunden weitergegeben werden. Zum anderen berichten uns einige Lieferanten von leichten Preisreduzierungen, sodass ein erneuter Anstieg der Verkaufspreise in Höhe des Vorquartals ausbleibt.“ Nach Monaten der Verteuerungen spricht der Praxisdienst-Preismanager von einer leichten Normalisierung in Q2. Von einer Trendwende geht Nieder allerdings noch nicht aus, dafür sei es zu früh.

### Unsicherheitsfaktoren bleiben

Denn vieles hänge nach wie vor von weltpolitischen und wirtschaftlichen Entwicklungen ab. Zum Beispiel, wie es mit dem Konflikt in der Ukraine weitergeht. Oder wie sich die Corona-Fallzahlen in China entwickeln und welche Lieferengpässe damit eventuell verbunden sind. Und wie hoch die Inflation sein wird, ist auch noch ungewiss. Einen Blick in die Glaskugel wagt Christian Nieder dennoch, und der dürfte Niedergelassene ein wenig

## SO FUNKTIONIERT DER PRAXISDIENST-PREISINDEX

- Der Onlineshop Praxisdienst beobachtet permanent die Änderung der Marktpreise und passt seine Verkaufspreise daran an. Da niedergelassene Ärzte die Ausgaben für Verbrauchsmaterial selbst tragen müssen, ist die systematische Erfassung und Darstellung dieser Kostenposition nützlich für eine effiziente Praxisplanung.
- Der Preisindex bildet quartalsweise die durchschnittlichen Verkaufspreise im Praxisdienst-Onlineshop ab. Er setzt sich aus acht gleichgewichteten Produktkategorien zusammen. Darin erfasst sind jeweils die 25 meistverkauften Artikel. Basis, um die Entwicklung im Zeitverlauf bestimmen zu können, ist das erste Quartal 2021 mit einem Ausgangswert von 100 Punkten.
- In jeder Kategorie werden die beiden Artikel mit den stärksten Abweichungen zum letzten Quartal - positiv wie negativ - nicht zur Berechnung herangezogen. Damit möchte Praxisdienst ausschließen, dass extreme Preisveränderungen bei Einzelartikeln, zum Beispiel aufgrund von Lieferproblemen eines Herstellers oder stark erhöhter Nachfrage, den Index verzerren.

aufatmen lassen: „Da von unseren Lieferanten bei weitem nicht mehr so viele Preissteigerungen eingehen wie noch im vorangegangenen Quartal, gehen wir zumindest davon aus, dass es in Q3 nicht zu großen Preissteigerungen kommen wird.“ Man darf also gespannt sein, in welche Richtung die Preiskurve im dritten Quartal gehen wird.

Heiko Fekete



*Als guter Arzt muss ich mir  
Zeit nehmen. Diesen Maßstab  
lege ich auch an andere an.*

## Was ist wichtig in Ihrem Leben?

Was immer Sie beschäftigt, sprechen Sie mit uns.

 [apobank.de/die-zeit-ist-jetzt](https://apobank.de/die-zeit-ist-jetzt)

 **apoBank**  
Bank der Gesundheit

## Mitarbeiterbindung

# Wie Praxischefs mit dem 49-Euro-Ticket punkten können

Es muss nicht immer mehr Gehalt sein, um seine Mitarbeitenden an die Praxis zu binden. Wer ihnen das Deutschlandticket spendiert, weckt garantiert Begeisterung. Was Ärztinnen und Ärzte dafür bei der Lohnabrechnung beachten sollten.

Zurzeit ist es besonders wichtig, sich als guter Arbeitgeber hervorzutun. Denn der Mangel an qualifiziertem Praxispersonal spitzt sich zu. Bietet der Kollege um die Ecke bessere Arbeitsbedingungen, kann die Kündigung einer guten MFA schnell auf dem Tisch liegen. Aber wie hält man sein Personal? Immer höhere Gehälter? Nein, das muss nicht sein. Es gibt noch andere Wege, um ein attraktiver Arbeitgeber zu sein.

Eine Möglichkeit sind steuer- und beitragsfreie Sachbezüge. Sie sind für Mitarbeitende, aber auch für Praxisinhaber interessant. „Um 49 Euro netto mehr zu erhalten, müsste eine MFA mindestens 61,25 Euro brutto mehr verdienen. Für den Praxisinhaber wären damit jedoch Mehrkosten von 85,75 Euro verbunden“, erklärt Steuerexperte Martin Fries von Ecovis.

Da lohne es sich, darüber nachzudenken, den Mitarbeitenden zum Beispiel das Deutschlandticket als Jobticket anzubieten. Denn dieser zusätzliche Benefit kostet

niedergelassene Ärztinnen und Ärzte nur 49 Euro.

## Was Praxisinhaber bei der Lohnabrechnung beachten müssen

In der Lohnabrechnung sind dafür ein paar Details zu beachten. Eine Voraussetzung ist, dass das Deutschlandticket zusätzlich zum regulären Gehalt gewährt wird. In diesem Fall handelt es sich um einen Sachbezug, der im Lohnkonto erfasst und in der Lohnsteuerbescheinigung bestätigt werden muss. Der Arbeitgeber muss außerdem Belege für die erworbenen Tickets des öffentlichen Nahverkehrs aufbewahren.

Der monatliche Zuschuss des Arbeitgebers für das Deutschlandticket kann aber auch steuer- und beitragsfrei erstattet werden, wenn der Arbeitnehmer das Ticket selbst kauft. Auch hier ist es Voraussetzung, dass der Praxischef den Zuschuss zusätzlich zum regulären Gehalt zahlt. Der Zuschuss muss im Lohnkonto dokumentiert und in der Lohnsteuerbescheinigung

bestätigt werden. Als Nachweis müssen die vom Arbeitnehmer gekauften und genutzten Fahrausweise oder entsprechende Belege, wie Rechnungen oder Bestätigungen des Verkehrsträgers, im Lohnkonto aufbewahrt werden. Wichtig: Der Zuschuss darf 49 Euro nicht überschreiten.

## Weitere Pluspunkte für das Deutschlandticket

Gut zu wissen: Das Deutschlandticket als Jobticket unterliegt nicht der 50-Euro-Freigrenze für Sachbezüge. So können Ärztinnen und Ärzte ihrem Praxisteam das Deutschlandticket zusätzlich zur vollen Ausnutzung der 50-Euro-Freigrenze gewähren. Außerdem besteht die Möglichkeit, das Deutschlandticket entweder zu einem reduzierten Preis oder kostenlos zur Verfügung zu stellen.

## Was die Praxismitarbeitenden bei ihrer Steuererklärung beachten müssen

Wenn Praxismitarbeitende das Deutschlandticket oder einen Zuschuss dafür steuerfrei erhalten, müssen sie dies bei ihrer Einkommensteuererklärung beachten. Konkret heißt das: Sie müssen ihre Werbungskosten in der Einkommensteuererklärung kürzen. Denn der steuerfreie Vorteil wird von der Entfernungspauschale abgezogen. Es spielt dabei keine Rolle, in welchem Umfang das Ticket für Fahrten zwischen Wohnung und erster Tätigkeitsstätte genutzt wird.

Steuerberater Fries fasst zusammen: „Um das Deutschlandticket steuer- und beitragsfrei anzubieten, müssen Praxisinhaber entsprechende Nachweise in der Lohnabrechnung führen. Dabei sparen sie im Vergleich zu einer herkömmlichen Lohnerhöhung natürlich Kosten. Sowohl Arbeitnehmer als auch Arbeitgeber profitieren insgesamt.“



Foto: Markus Mainka – stock.adobe.com

Spendiert der Praxischef das Deutschlandticket, können Mitarbeiter es auch privat nutzen.

Melanie Hurst

## Sonnenenergie

# Das ist neu bei der Photovoltaik-Förderung

Weniger Bürokratie, mehr Geld: Es gibt mehrere Änderungen aus dem reformierten Erneuerbare-Energien-Gesetz. Diese sollen die Solartechnik für Privatleute noch attraktiver machen.

**W**er überlegt, eine Photovoltaikanlage auf seinem Hausdach zu installieren, erhält jetzt mehr Anreize dafür. Seit diesem Jahr gelten Neuerungen, die es Privatleuten erleichtern sollen, selbst Solarstrom zu produzieren. Möglich macht es die Reform des Erneuerbare-Energien-Gesetzes.

## Umsatzsteuer beim Kauf entfällt

Auf die Lieferung, den Erwerb und die Installation einer neuen PV-Anlage auf, an oder in der Nähe eines Wohngebäudes fällt inzwischen keine Umsatzsteuer mehr an. Dasselbe gilt für alle Komponenten, die für deren Betrieb notwendig sind – etwa für den mitgelieferten Batteriespeicher. Voraussetzung ist, dass die installierte Bruttoleistung der PV-Anlage höchstens 30 kW beträgt.

Auch beim Austausch defekter Komponenten an einer PV-Anlage und der Erweiterung bestehender Module gilt seit Jahresanfang die Umsatzsteuerbefreiung. Der Nullsteuersatz findet zudem bei der Anschaffung eines Balkonkraftwerks Anwendung. Lediglich bei Reparaturen ohne gleichzeitige Ersatzteillieferung und bei Wartungen sowie bei Leasing- und Mietkaufverträgen fallen nach wie vor 19 Prozent Umsatzsteuer an.

Die Händler und Handwerker sollen die Umsatzsteuerbefreiung grundsätzlich an die Kundinnen und Kunden weiterge-



Für eine Photovoltaikanlage auf dem Hausdach gibt es neue Steueranreize.

Fotos: Smileus - stock.adobe.com, affexe/getty/images

ben, so dass PV-Anlagen billiger werden. Sie sind hierzu allerdings nicht verpflichtet.

## Erträge aus Einspeisung abgabenfrei

Auf die Einnahmen aus der Einspeisung des Solarstroms in das öffentliche Netz muss man keine Einkommens- und Gewerbesteuer mehr zahlen. Diese Steuerbefreiung gilt rückwirkend ab dem Kalenderjahr 2022. Und zwar für PV-Anlagen auf Einfamilienhäusern und Gewerbeimmobilien bis zu einer Bruttoleistung von 30 kW. Bei Mehrfamilienhäusern und gemischt genutzten Immobilien darf die Bruttoleistung der

PV-Einheit jedoch höchstens 15 kW je Wohn- und Gewerbeeinheit betragen.

Für kleine und mittlere PV-Anlagen ist folglich kein Gewinn mehr zu ermitteln und damit sind in Einkommensteuererklärungen keine Angaben mehr erforderlich. Trotzdem müssen sich alle, die Solarstrom einspeisen, beim zuständigen Finanzamt anmelden. Im Sinne des Umsatzsteuergesetzes gelten sie weiterhin als Unternehmer.

## 70-Prozent-Begrenzung gestrichen

Die sogenannte 70-Prozent-Regelung für neue PV-Anlagen bis einschließlich 25 kW installierter Leistung ist abgeschafft worden. Bis vor Kurzem waren Betreiberinnen und Betreiber verpflichtet, die Wirkleistungseinspeisung solcher PV-Anlagen entweder auf 70 Prozent zu begrenzen oder sie mit einer Steuerungseinrichtung auszustatten. Das sollte verhindern, dass das öffentliche Stromnetz überlastet wird.

Für PV-Anlagen, die nach dem 14. September 2022 in Betrieb gegangen sind, ist die 70-Prozent-Regelung bereits vorzeitig aufgehoben worden. Seit dem 1. Januar 2023 gilt diese auch bei Bestandsanlagen nicht mehr, die Solarstrom bis zu einer installierten Leistung von 7 kW erzeugen.

André Gießel

## VERBESSERTE FÖRDERSÄTZE

Seit Ende Juli 2022 gibt es zwei unterschiedliche Tarifmodelle für Betreiber neu installierter PV-Anlagen auf Wohngebäuden, die Solarstrom in das öffentliche Netz einspeisen. Die verbesserten Fördersätze richten sich nach der Größe der Solaranlage und der gewählten Nutzungsvariante. Ein Tarifwechsel ist jedes Jahr möglich, muss aber rechtzeitig angekündigt werden.

- **Volleinspeiser:** Wer den erzeugten Strom komplett



an seinen Netzbetreiber vor Ort gibt, bekommt bis zu 13 Cent je Kilowattstunde\* - doppelt so viel wie bisher.

- **Eigenverbraucher:** Wer den erzeugten Strom teils selbst verbraucht und teils ins öffentliche Netz einspeist, erhält bis zu 8,20 Cent je Kilowattstunde\*.

Das ist ein Viertel mehr als bisher.

\* Die Höchstförderung gibt es bei einer PV-Anlagenleistung bis 10 kWp. Mit zunehmender Leistung sinkt die Vergütung.



## Präzisionsonkologie

# Präzises Neudenken nötig

Medizinische Innovationen sind etwas Positives. Die Pharmaforschung strebt (meistens) danach und Patienten setzen ihre Hoffnungen darauf. Und die Politik beteuert, sie nach Kräften zu unterstützen und für die Bevölkerung zugänglich zu machen.

In der Praxis ist die Sache mit den Innovationen komplizierter, wie der Prozess des AMNOG (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz) belegt. Und sind die Innovationen besonders grundlegend und groß, wachsen die Herausforderungen für ihre Anwendung im Alltag mit.

In einer Veranstaltung von Roche Pharma anlässlich des Hauptstadtkongresses wies man darauf hin, dass im Fall der viel diskutierten Präzisionsonkologie nicht weniger als ein Neudenken im Gesundheitssystem nötig sei, um das riesige Potenzial dieser Therapien für Patienten auch wirklich auszuschöpfen. Dr. Benedikt Westphalen wählte für die Perspektive der Präzisionsonkologie passenderweise eine erstaunlich bedrohlich klingende Formulierung: „Wir blicken auf eine Welle von hochpräzisen und Biomarker-basierten Therapien, die innerhalb weniger Jahre über die onkologische Versorgung hinwegrollen wird“, so der Ärztliche Leiter am Comprehensive Cancer Center der LMU München. „Das ist eine riesige Chance für die Behandlung von Patient:innen – und gleichzeitig eine enorme Herausforderung: Denn schon heute sehen wir, dass unser Gesundheitssystem und dessen Strukturen auf den medizinischen Wandel in vielen Bereichen nicht ausreichend eingestellt sind und der Fortschritt nicht in der breiten Versorgung ankommt“, erläuterte er.

### PRAXISTIPP

Viele Laboruntersuchungen funktionieren mittlerweile als Point-of-Care-Diagnostik. Damit entfällt die sonst nötige Laborfachkunde des Speziallabors. Bei einigen medikamentösen Optionen ist aber eine molekulargenetische Abklärung erforderlich. Diese ist nur im Speziallabor oder mit der Genehmigung für die Humangenetik zulässig und abrechenbar.



Foto: arcyto - stock.adobe.com

Klassische Histopathologie allein reicht heute in der Onkologie kaum noch. Mit molekulargenetischen Methoden wird eine individualisierte Therapie angestrebt.

Bei der Veranstaltung wurden konkrete Beispiele für die Hindernisse benannt: die Verankerung der molekulargenetischen Diagnostik in der Versorgung, die Notwendigkeit neuer Konzepte für das Studiendesign und die starren Regularien des Nutzenbewertungsprozesses.

Eine umfassende molekulargenetische Diagnostik sei mehr denn je Voraussetzung in der Onkologie. Bei bis zu 100.000 Krebspatienten in Deutschland sei schon heute eine erweiterte molekulare Diagnostik angezeigt. In der Realität sei die umfassende molekulargenetische Diagnostik jedoch nur unzureichend in den Versorgungsstrukturen verankert. Unter anderem auch, weil deren Vergütung nicht bei allen Tumorarten und -stadien übernommen wird.

Klassische randomisierte klinische Studien kommen an ihre Grenzen, wenn Behandlungsstrategien immer präziser auf immer kleinere Patientenkollektive zugeschnitten werden, mahnte Ralf Zerbes, Roche. Als beispielhaft für neue Studienkonzepte, die eine Lösung für die Evidenzgenerierung anbieten, nannte er die Studien TAPISTRY und CUPISCO, beide von Roche. TAPISTRY ist ein Beispiel für eine

sogenannte Plattform-Studie, die bei einer Indikation, in diesem Fall solide Tumore, je nach weiterer diagnostischer Charakterisierung unterschiedliche Medikamente testet. 14 verschiedene Kohorten und elf unterschiedliche Therapeutika sieht das Studiendesign dazu vor. Per Definition erlauben Plattform-Studien auch das Hinzufügen oder Entfernen von Therapiestrategien auf Basis eines entsprechenden Entscheidungsalgorithmus.

Den deutschen Erstattungsmodalitäten fehle allerdings hierfür die Flexibilität: „Das AMNOG-Verfahren hält mit dem Fortschritt in Forschung und Entwicklung nicht Schritt“, kritisierte Zerbes. Die Folge: Daten, die auf neuen Wegen der Evidenzgenerierung gewonnen wurden, bleiben in der Nutzenbewertung unberücksichtigt, Erstattungsentscheidungen basieren auf eingeschränkter Information. Das im vergangenen Jahr verabschiedete GKV-Finanzstabilisierungsgesetz habe die Situation sogar noch zusätzlich verschärft.

Marcus Sefrin

Quelle: Pressemitteilung Roche Pharma  
Woodcock J et al. N Engl J Med 2017;377(1):62-70.

Kindliche Herzinsuffizienz

## Kombipräparat für Kinder und Jugendliche zugelassen

**Bis zu 33 Prozent aller pädiatrisch-kardiologischen Hospitalisierungen sind mit einer Herzinsuffizienz (HI) assoziiert. Sie erhöht das Sterberisiko hospitalisierter Kinder drastisch. Nun gibt es eine neue Therapieoption.**

Die Europäische Kommission (EC) hat Sacubitril/Valsartan (Entresto®) für die Therapie von Kindern und Jugendlichen (1 bis < 18 Jahre) zugelassen, die an symptomatischer chronischer Herzinsuffizienz mit linksventrikulärer Dysfunktion (HFrEF) leiden. Basis war zum einen die 52-wöchige internationale Phase-III-Studie PANORAMA-HF. Außerdem wurden Daten Erwachsener mit HFrEF aus der Phase-III-Studie PARADIGM-HF auf pädiatrische HI-Betroffene extrapoliert. Es zeigte sich, dass Sacubitril/Valsartan sowohl bei Erwachsenen als auch in der pädiatrischen Kohorte mit HFrEF die Konzentration des terminalen Pro-B-Typ-natriuretischen Peptids (NT-proBNP)

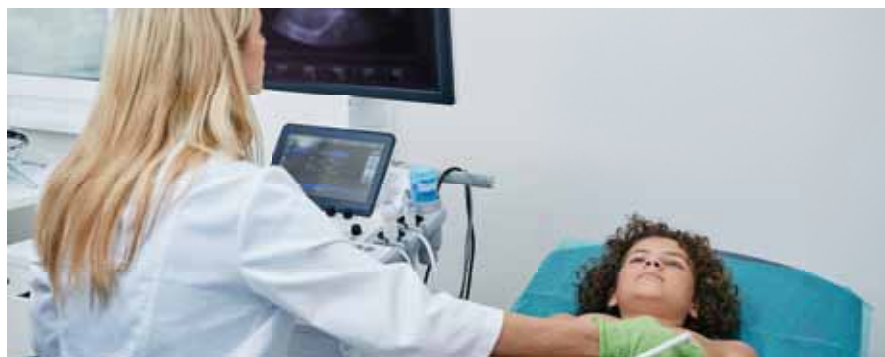


Foto: Peakstock - stock.adobe.com

verringert, und zwar in ähnlichem klinisch bedeutsamem Umfang. NT-proBNP wird als kardialer Biomarker eingesetzt, um Schweregrad und Prognose einer HI zu beurteilen. Verglichen mit dem aktuellen Therapiestandard für die pädiatrische HI, dem Angiotensin-Converting-Enzym(ACE)-Hemmer Enalapril verbesserte Sacubitril/Valsartan den primären „Global Rank“-Endpunkt numerisch deut-

licher gegenüber dem Ausgangswert. Die sekundären Endpunkte „New York Heart Association/Ross“-Klasse und „Patient Global Impression of Severity (PGIS)“-Score-Veränderung besserten sich unter beiden Regimes vergleichbar. Sacubitril/Valsartan war in der pädiatrischen Gruppe ähnlich verträglich wie bei Erwachsenen.

*Manuela Ruttko*

Quelle: Pressemitteilung Novartis

Phytotherapie

## 100-jähriges Jubiläum: Blick in Vergangenheit und Zukunft

**In Salzgitter-Ringelheim ist Schaper & Brümmer fest verwurzelt. Anlässlich des Jubiläums gab es ein interessantes Pressegespräch zur Phytotherapie sowie einen Blick in die Produktion.**

Bei der Phytotherapie spielt die Empfehlung von Ärzten und Apothekern eine wesentliche Rolle. Dies erklärte Walter Pechmann, Senior Director der Gesellschaft für Konsumforschung in Nürnberg. Interessanterweise investieren Haushalte mit einem Nettoeinkommen von 2.000 bis 2.999 Euro pro Jahr prozentual am meisten in Phytotherapie – mit steigender Tendenz.

Die Apothekerin Katja Köstner, Nürnberg, ging auf die Unterschiede zwischen Arzneimitteln und Nahrungsergänzungsmitteln genauer ein. So sei ein zugelassenes Phytopharmakon nach dem Arzneimittelgesetz geprüft und die genaue Dosierung festgelegt worden. Nach der Beratung in der Apotheke wisse der Patient genau Bescheid, worauf er achten müsse. Ebenso



Foto: cimicifuga - stock.adobe.com

müsse man als Apotheker differenzieren, ob das ein Fall für die Selbstmedikation ist oder man die entsprechende Person an einen Arzt verweisen sollte. Wenn ein Patient mit grünem Rezept vom Arzt komme, sei dies hilfreich.

Der Internist Dr. Wolfgang Grebe, Frankenberger, betonte in seinem Vortrag, dass er mit den lokalen Apothekern eng zusammenarbeite und sie gemeinsame Informationsveranstaltungen durchführen. Ganz wichtig seien die Verfahren wie Mazeration und Perkolation sowie die Auszugsmittel. Damit ist auch klar, dass es von Phytopharmaka keine Generika geben kann.

Zum Abschluss berichteten Nils Wolke und Dr. Uwe Baumann, die Geschäftsführer, dass Schaper & Brümmer sich weiter auf die Forschung und Produktion von Phytopharmaka konzentrieren werde.

*Dr. med. Ulrich Karbach*

Quelle: Presse-Kolloquium und Firmenbesichtigung am 17. und 18. Juli 2023 in Hildesheim und Salzgitter-Ringelheim

## Interview

# Hausärzte spielen eine wichtige Rolle in der Suchtprävention und -therapie

Die turbulenten letzten Jahre mit Pandemie, Ukraine-Krieg und Inflation hatten spürbare Auswirkungen auf die Prävalenz der Suchterkrankungen in Deutschland. Der Experte Prof. Markus Backmund gibt einen aktuellen Überblick zum Stellenwert der hausärztlichen Versorgung.

## ? Prof. Backmund, stimmt es - einmal süchtig, immer süchtig?

Wichtig ist, unser Gehirn vergisst nicht, hier gibt es keine Löschtaste. Das heißt: Alles, was wir erleben, auch wenn es nur unbewusst wahrgenommen wird, ist im Gehirn abgespeichert. Wenn unser Gehirn einmal in Kontakt mit einer psychotropen Substanz gekommen ist und die Wirkung einer solchen Substanz erfahren hat, dann merkt es sich diesen Effekt für immer. So kann es passieren, dass wir sehr früh mit bestimmten Substanzen, wie zum Beispiel Alkohol, konfrontiert werden, deren Wirkung aber gar nicht bewusst in allen Details wahrgenommen wird. Dazu gehören u. a. angstlösende Effekte, sodass auch soziale Kontakte leichter fallen.

Geraten wir dann in eine Stresssituation oder haben andere soziale Probleme, bewirkt die Substanz, dass es uns insgesamt bewusst besser geht, denn viele Dinge fallen leichter. In einer solchen Situation besteht schon nach wenigen Malen des Substanz-Genusses die Gefahr, dass man suchtkrank wird, weil sich das Gehirn diese „positiven“ Effekte merkt.

Mit dem regelmäßigen Konsum kann sich aus einem psychischen Suchtverhalten eine körperliche Suchterkrankung entwickeln. Das ist bei Alkohol, Benzodiazepinen oder auch Opioiden der Fall. Dann verlangt der Körper nach den Substanzen und beim Absetzen treten körperliche Entzugssymptome auf. Ein akutes Alkoholentzugssyndrom kann tödlich verlaufen und muss medizinisch behandelt werden.

Zusammenfassend: Ist einmal eine psychische und auch körperliche Suchterkrankung manifestiert, kann das Gehirn auch nach langer Alkohol-Abstinenz selbst nach einem einmaligen Konsum einen sehr starken Wunsch hervorrufen, diese Substanzen erneut zu konsumieren.



Professor Dr. med. Markus Backmund

Facharzt für Innere Medizin, Psychotherapeut, Suchtmediziner, Infektiologe, zertifizierter EMDR-Therapeut. 2007 gründete er das Praxiszentrum im Tal, München, und 2020 die P3 Klinik, eine Private Akutklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik in Tutzing

Foto: Privat Prof. Dr. med. Backmund

Verantwortlich hierfür ist das schon erwähnte Suchtgedächtnis, welches auch nach Jahren ohne den Konsum von Alkohol das Gehirn an die Effekte erinnert – als wenn man jahrelang ununterbrochen durchgetrunken hätte.

## ? Vor dem Hintergrund der letzten turbulenten Jahre - Stichwort Pandemie, Ukraine-Krieg -, haben Sie eine erhöhte Suchtprävalenz in Ihrer Praxis festgestellt? Wenn ja, gibt es bestimmte Personengruppen, die besonders häufig betroffen sind?

Eine Suchterkrankung ist immer eine sekundäre Erscheinung. In der Regel treten im Vorfeld meist schwere Verletzungen, Traumatisierungen oder psychiatrische Erkrankungen auf und sekundär entsteht die Suchterkrankung. Aus diesem Grund ist die Behandlung so schwierig. Ist die Suchterkrankung manifest, kann der Arzt nicht erkennen, was ursächlich „dahinter“ liegt.

Während der Pandemie hat der Druck auf die Seele bei jedem zugenommen. Ob und wie man damit zurechtkam, hing von

der individuellen seelischen Grundausstattung ab. Jeder einzelne hat sich jedoch mit Ängsten, z. T. mit Todesfällen, aber auch mit Ausgrenzungen auseinandersetzen müssen. Für die Seele bedeutete dies einen enormen Stress. Zu diesem Zeitpunkt war jeder einer größeren Gefahr ausgesetzt, eine psychische Erkrankung zu entwickeln.

Der Wegfall sozialer Kontakte bedeutete eine zusätzliche Belastung. Besonders schlimm hat es junge Menschen betroffen. Zwei Jahre Pandemie im Verhältnis auf die ganze Lebenszeit wird von jungen Menschen als extrem lang empfunden und bedeutete einen großen Verlust von wertvoller Zeit, in der ansonsten viel erlebt wird. Besonders in dieser jungen Personengruppe, dazu zählen Schüler und Studenten, haben die Suchterkrankungen zugenommen und die Auswirkungen sind noch lange nicht vorbei.

Zudem fehlte für viele Menschen durch das Homeoffice eine Kontrolle des sozialen Umfeldes. Personen, die bereits Alkohol in erhöhtem Maße konsumierten, fehlte die Tagesstruktur, wodurch viel früher und unkontrolliert am Tag getrunken wurde. Auch hier haben die Suchterkrankungen über alle Altersgruppen hinweg zugenommen.

## ? Welchen Beitrag können Hausärztinnen und Hausärzte bei Suchterkrankungen leisten und wie sollten sie sich bei einem Verdacht am besten verhalten?

Hausärztinnen und Hausärzte können hier einen wertvollen Beitrag leisten. Wichtig ist, seine eigene Haltung bzw. Einstellung streng zu überprüfen. Es muss uns bewusst sein, dass diese Menschen sehr krank sind. Im Rahmen des engen Patientenkontaktes, der Gespräche, aber auch bei bestimmten erhöhten Laborwer-



ten sollten sie sensibilisiert sein. Besteht der Verdacht auf eine Suchterkrankung, sollte durch vorsichtiges Herantasten im Gespräch nach Beschwerden oder Stresssituationen gefragt werden und langsam das Vertrauen zwischen Behandler und Patient aufgebaut werden.

Auf keinen Fall darf Druck auf die Betroffenen ausgeübt werden. Eventuell können auch Angehörige hinzugezogen werden, wenn dies gewünscht ist. Auf keinen Fall darf getadelt oder bestraft werden. Die Zusammenhänge müssen aufgedeckt und Lösungen angeboten werden. Die Vorteile einer Therapie müssen klar erläutert werden, um die Betroffenen zur Behandlung zu motivieren.

### ? Welche Rolle kann die hausärztliche Versorgung bei der Suchtprävention spielen?

Aufklärung ist das wichtigste Element der Prävention – auch in der Hausarztpraxis. Natürlich wäre es wünschenswert, dass jedes Kind so aufwächst, dass es seine eigenen Fähigkeiten entwickeln kann und nicht die Erwartungshaltungen der Eltern erfüllen muss. Das Verständnis für diese Aspekte ist nicht sehr verbreitet. Was Kinder in welcher Phase ihrer Entwicklung brauchen, muss mehr gelehrt werden. Die Grundlagen der Entwicklungspsychologie sind extrem wichtig.

Junge Menschen, die bereits ein Verständnis für komplexere Zusammenhänge haben, müssen ganz genau darüber aufgeklärt werden, welche Auswirkungen jede einzelne Droge hat. So können sie selbst entscheiden, worauf sie sich einlassen. Genetisch bedingt riskieren junge Leute viel mehr als alte Menschen. Sie gehen an ihre Grenzen, um sich weiterzuentwickeln. In dieser Entwicklungsphase sind sie stärker gefährdet, bestimmte Substanzen auszuprobieren. Deshalb ist es wichtig, eine kontinuierliche Aufklärung über alle Substanzen zu veranlassen und nicht nur einmalige Informationsaktionen zur Abschreckung abzuhalten.

### ? Können Sie uns ein kurzes Statement über die Cannabis-Pläne der Bundesregierung und Ihre Meinung dazu geben?

Cannabis ist derzeit eine illegale Droge. Das wichtigste Ziel muss es sein, diese zu entkriminalisieren. Es darf nicht sein,

dass Menschen aufgrund von Cannabis im Gefängnis sitzen. Diese Gesetze sind nicht adäquat und müssen geändert werden. Für die Legalisierung müssen aber Schritte der Reglementierung klar festgelegt werden. Im Übrigen sind auch Tabak und Alkohol reglementiert.

Klar ist, Cannabis kann suchtkrank machen. Auch hier ist eine strikte Aufklärung gefordert. Dazu gehören Informationen, dass gerade das starke Inhalieren sehr schädlich ist, Autofahren unter Cannabis-Einfluss gefährlich ist und es bei Überdosierung in allen Altersgruppen psychotische Zustände verursachen kann. Es wird zudem die Meinung vertreten, dass der Cannabis-Konsum eine schizophrene Erkrankung auslösen kann. Andere wiederum halten es für möglich, dass eine angehende schizophrene Erkrankung unter Cannabis-Konsum früher ausbrechen kann.

Indikationen für den Einsatz von Cannabis als Medikation sind durchaus gegeben. Vor dem Hintergrund der schnellen Zulassung von Cannabis-Medikationen fehlen uns Ärzten jedoch harte Studienendpunkte darüber, bei welchen speziellen Patienten Cannabis indiziert sein könnte. Aus diesem Grund wird häufig eine Kostenübernahme verweigert. Zudem gibt es viele unterschiedliche Darreichungsformen mit unterschiedlichen Konzentrationen.

Hier sind wir Ärzte jetzt hilflos, da keine Studien vorliegen. Viele der durch-

geführten Analysen zeigten jedoch, dass vor allem die Lebensqualität oder die Zufriedenheit der Patienten insgesamt zunimmt.

### ? Cannabis-Konsum in der Jugend wird mit einem erhöhten Risiko für Psychosen in Verbindung gebracht. Wie ist dazu Ihre Einschätzung?

In diesem Kontext müssen klare Regeln aufgestellt werden und die Aufklärung ist enorm wichtig. In der Pubertät befindet sich das Gehirn in der Entwicklung. Zu diesem Zeitpunkt passiert wahnsinnig viel im Gehirn und besonders Gefühle spielen eine große Rolle. Man ist das erste Mal verliebt und erlebt einen plötzlichen Ausnahmezustand der Begeisterung. Der Zustand hält jedoch nicht ewig an. Es kommt zur Trennung, Traurigkeit und auch Depressionen können sich entwickeln. Diese mannigfaltigen Gefühle müssen von jungen Leuten erlebt werden und sind für die Entwicklung des Gehirns wichtig. So besteht in diesem Lebensabschnitt die Herausforderung darin zu lernen, mit den unterschiedlichsten Gefühlen, wie auch Stress oder Schmerz, umzugehen.

Merkt ein junger Mensch in einem depressiven Zustand nach einer Trennung, dass es ihm vorher auch nicht gut ging und dämpft diese traurigen Gefühle durch eine Droge, kann im schlimmsten Fall mit dem ersten Konsum eine Abhängigkeit entstehen. Denn: Warum soll ich es mir nicht gut gehen lassen? Wenn in dieser Situation jedoch die Gefühlslage und das Bewusstsein permanent mit Drogen gedämpft oder beeinträchtigt werden, dann bildet sich im Gehirn, einer Autobahn ähnlich, immer die gleiche Synapsenschaltung. Es ist enorm schwer, diese wieder zu verlassen, und die Gefahr einer Suchterkrankung ist sehr groß.

Die Entwicklung des Gehirns ist mit 18 Jahren noch lange nicht abgeschlossen. Fachleute legen deshalb eine Cannabis-Grenze von 21 Jahren fest. Es darf jedoch keiner bestraft werden, weil er gegen eine Altersregel verstößt. Die Regel sollte eher eine Richtlinie zur Orientierung darstellen.

*Herr Prof. Backmund, wir bedanken uns ganz herzlich für das Gespräch.*

*Dr. Bettina Brincker*



Foto: monticellio - stock.adobe.com

3 Nächte für 2 Erwachsene im eigenen Chalet inklusive INNs HOLZ Luxus-Package!

## Hüttenzauber im Mühlviertel

Hüttenzauber mit viel Luxus und Komfort – das bietet das INNs HOLZ Natur- & Vitalhotel\*\*\*\* und Chaletdorf. Wir verlosen einen Aufenthalt in dem Resort.



Im nördlichen Oberösterreich lässt man im INNs HOLZ Natur- & Vitalhotel\*\*\*\* und Chaletdorf unbeschwert die Seele baumeln. Rund um den INNs HOLZ See gruppieren sich elf Luxus-Chalets. Dazu lädt ein Viersterne-Natur- & Vitalhotel zum Urlaub im Grünen ein. In der Umgebung des einmaligen Erholungsrefugiums wird gewandert, gelaufen und geradelt. Attraktive Ausflugsziele gibt es reichlich.

### Exklusiver Chalet-Urlaub in Mitteleuropas größtem Waldgebiet

Urlaub in Privatsphäre, Hüttenromantik und Alm-Atmosphäre gehen in den exklusiven Chalets des INNs HOLZ eine einmalige Symbiose mit hochwertiger Ausstattung, Fullservice, Wellnessgenuss, Ruhe und Naturerlebnis ein.

Die lichtdurchfluteten Räume sind liebevoll eingerichtet. Loden, Leinen und heimisches Holz sorgen für Behaglichkeit.

Der Private Spa mit finnischer Sauna, geschütztem Frischluftbereich und freistehender Lifestyle-Badewanne lädt zum Entspannen ein. Auf Wunsch gibt es Massagen im Haus.

Auf der eigenen Sonnenterrasse können Chalet-Gäste ganz unter sich bleiben.

Jedes Chalet verfügt über eine Küche samt Essecke, Kaffee- und Teebar, zwei Badezimmer, zwei Schlafzimmer, zwei HD-Fernseher, eine eigene Terrasse, Balkon u.v.m. Abends lässt man sich auf Wunsch leckere Hüttengerichte ins Chalet servieren.

Noch mehr Entspannung als bisher verspricht der neue, 300 m<sup>2</sup> große zusätzliche Wellnessbereich, der als Teil des Naturspas 16+ sowohl Hotel- als auch Chaletgästen zur Verfügung steht. Auch die hervorragende Kulinarik des Hauses sowie das große Sport- und Freizeitangebot vor der Tür haben das INNs HOLZ weit über die Grenzen Österreichs hinaus bekannt gemacht.

Weitere Informationen zum Hotel finden Sie hier: [www.innsholz.at](http://www.innsholz.at)

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

### GEWINNFRAGE

**Um wie viele Quadratmeter wurde der Wellnessbereich erweitert?**



Die Antwort finden Sie im Text. Tragen Sie die Antwort in das Teilnahmeformular auf [www.auw.de/innsholz/](http://www.auw.de/innsholz/) ein und Sie nehmen automatisch an der Verlosung teil.

**Einsendeschluss ist der 25.09.2023.**

Der Gewinner wird via Losziehungsverfahren unter Ausschluss des Rechtswegs ermittelt und von uns benachrichtigt. Teilnahmebedingungen und Datenschutzbestimmungen finden Sie auf [www.arzt-wirtschaft.de/innsholz/](http://www.arzt-wirtschaft.de/innsholz/)

Fotos: INNs HOLZ

Jeden Monat eine Reise zu gewinnen!

ARZT & WIRTSCHAFT

[arzt-wirtschaft.de](http://arzt-wirtschaft.de)

Hypomagnesiämie

## Genau hinschauen lohnt sich

**Laut der Nationalen Verzehrsstudie II sind 29 Prozent der Frauen und 26 Prozent der Männer nicht ausreichend mit Magnesium versorgt. Ein Mangel entwickelt sich aber meist sekundär infolge einer beeinträchtigten intestinalen Absorption oder einer erhöhten renalen Ausscheidung bei Patienten mit entsprechendem Risiko.**

Laut den 2021 überarbeiteten Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) sollten Frauen täglich 300 mg Magnesium (Mg) und Männer 350 mg aufnehmen. Einen geeigneten Biomarker für die Bestimmung des Mg-Status zu finden, gestaltet sich schwierig, da der Mineralstoff überwiegend intrazellulär vorliegt. Die Mg-Konzentration im Serum, der in der Praxis verbreitetste Biomarker, nimmt erst nach unzureichender Versorgung über mehrere Monate ab. Eine Hypomagnesiämie mit Konzentrationen unterhalb des Referenzbereichs von 0,76–1,10 mmol/l



Foto: Yaruniv-Studio - stock.adobe.com

ist daher nur das deutlichste Zeichen eines Mangels. Ursachen können die regelmäßige Einnahme gewisser Medikamente und auch Alkoholkonsum sein. Ein Mg-Mangel kann ein breites Spektrum an Beschwerden und Funktionsstörungen begünstigen. Epidemiologische Studien ergaben einen inversen Zusammenhang zwischen der Mg-Zufuhr oder dem Serumwert und dem Auftreten von

anderem Typ-2-Diabetes und Hypertonie. In Studien wurde durch orales Mg eine Verbesserung der Insulinresistenz erreicht – in der Effektstärke vergleichbar mit Lebensstilinterventionen. Die orale Mg-Therapie mit beispielsweise magnerot® ist unbedenklich und kostengünstig.

*Marcus Sefrin*

Quelle: u.a. Micke O et al. Dtsch Med Wochenschr 2020;145:1628-1634.

Morbus Parkinson

## Therapieoptionen in fortgeschrittenem Stadium

**Morbus Parkinson ist eine fortschreitende Erkrankung, die dementsprechend immer wieder eine Anpassung der Behandlung benötigt.**

Im Jahr 1817 publizierte der Chirurg James Parkinson einen Essay zur Schüttellähmung. Mittlerweile weiß man, wie der Neurologe Prof. Heinz Reichmann, Dresden, erläuterte, dass eine Dopaminersatztherapie die Symptome im Frühstadium lindern kann. Allerdings hilft Levodopa nur im Frühstadium, die Dyskinesien zu verhindern. Schon in mittleren Stadien sind zusätzliche Medikamente nötig, um On-off-Phänome zu verhindern.

Man solle rechtzeitig mit einer intensivierten Therapie des fortgeschrittenen Parkinsons beginnen. Da es keine eindeutige Definition des fortgeschrittenen Parkinsons gibt, sind Wirkfluktuationen oder unzuverlässiges Ansprechen der oralen Therapie wichtige Hinweise. Mit einer intensivierten Therapie könne man dann eine einigermaßen akzeptable Lebensqua-



Foto: LIGHTFIELD STUDIOS - stock.adobe.com

lität erhalten. Vor der Einführung des Pumpensystems LECIG (Levodopa/Carbidopa/Entacapon, intestinales Gel, Lecigon®) gab es nur die Pumpentherapie mit Apomorphin oder Duodopa oder die tiefe Hirnstimulation. Seit Einführung von Lecigon® steht eine Option zu Verfügung, welche die Dyskinesien bessert und keine Einschränkung bei Demenz aufweist. Bei Impulskontrollstörungen ist der Einsatz von LECIG ebenso möglich wie eine tiefe Hirnstimulation.

Prof. Walter Pirker, Wien, stellte zwei Patientenkasuistiken vor, bei denen die Pumpentherapie mit LECIG beeindruckende Ergebnisse lieferte. Er erklärte, dass Patienten mit schlechter Symptomkontrolle trotz mindestens fünf Tabletteneinnahmen am Tag für eine Pumpentherapie in einem spezialisierten Zentrum vorgestellt werden sollten.

*Dr. med. Ulrich Karbach*

Quelle: Pressegespräch zum Parkinson Plenum am 16. Juni 2023 in Frankfurt am Main

Carum carvi L.

# Klaubit den Kümmel aus dem Käse!

Obwohl Kümmel eigentlich gegen Bauchschmerzen helfen kann, bereitet er (bildlich) manchen Menschen genau diese. Sie sehen ihn ungern auf dem Brötchen hocken oder aus dem Weißkraut blinzeln. Auch in Metaphern kommt der Kümmel eher schlecht weg. Zu Unrecht.

**W**er jemandem den Kümmel reibt, tadelt sein Gegenüber oder präsentiert ihm unangenehme Wahrheiten. Und die Kümmel-aus-dem-Käse-Klauber stehen im Verdacht, über Gebühr pedantisch zu sein. Dabei sollte man vielleicht tatsächlich den Kümmel aus dem Käse puhlen, wenn gerade sonst keiner zur Hand ist und der Bauch zwickt. Und Kümmel reiben hilft, heilende Wirkstoffe freizusetzen.

Fans hat die Heilpflanze jedenfalls schon seit mindestens 5.000 Jahren, denn Kümmelfrüchte wurden in ebenso alten ausgegrabenen Pfahlbauten entdeckt. Als Gewürz fand er Eingang in das Kochbuch „De re coquinaria“, vermutlich im dritten Jahrhundert n. Chr. Im ersten Jahrhundert n. Chr. beschrieb der griechische Arzt Dioskurides den Kümmel als verdauungsfördernd. Mittelalterliche Heilkundige verabreichten Kümmel als Kümmelatwerge, also als Leckmittel. Vom lateinischen

Electuarium leitet sich die Latwerge wohl sprachlich ab. Die dick-zähflüssige und haltbare Arzneiform (ein fester Brei oder Teig) wurde aus der gewünschten Arzneidroge und Honig als Konservierungsmittel hergestellt. Das dürfte geschmacklich jenen Leidenden entgegengekommen sein, die damals keinen Kümmel mochten.

## Historisch vielfältiges Zutrauen

Europäische Ärzte des 17., 18. und 19. Jahrhunderts setzten Kümmel gegen Hypochondrie und Hysterie sowie bei Brustleiden und unzureichendem Milchfluss ein. Auch Amenorrhö, Uteruskämpfe, Unterleibsschmerzen und Wehenschwäche waren medizinische Anlässe, bei denen Kümmel zum Einsatz kam, darüber hinaus bei Harnsteinen und zur Diurese. Warme Kümmelaufgaben sollten Ohren-, Kopf- und Zahnweh bekämpfen und Kümmelöl sollte von Erkrankungen der Atmungsorgane, Rachitis und Hautparasiten befreien.

Den aktuellen Empfehlungen deutlich näher war der Einsatz bei Blähungen, Magenkrämpfen, Magenschwäche, Dyspepsie und Enteritis. Kümmel galt früh als Stomachikum und Karminativum.

## Heutige Empfehlungen des HMPC

Kümmelöl-Präparate können aufgrund ihres traditionellen Gebrauchs gegen Blähun-



gen und Flatulenz eingesetzt werden, das stellt das Komitee für pflanzliche Medizinprodukte (HMPC) der European Medical Agency (EMA) in seiner Monographie fest. Zwar sei ihre Wirksamkeit bisher nicht in klinischen Studien bewiesen, jedoch plausibel. Zudem ist eine sichere Anwendung über die vergangenen 30 Jahre (15 davon innerhalb der EU) belegt. Eine ärztliche Überwachung der Anwendung sei nicht notwendig, oral sollten Kümmelöl-Präparate allerdings erst ab 18 Jahren angewendet werden. Die tägliche Dosis sollte dann bei 0,15–0,3 ml des ätherischen Öls liegen, verteilt auf eine bis drei Gaben pro Tag.

Für die Anwendung auf der Haut eignen sich in allen Altersgruppen zwei-prozentige halb feste Präparationen, die einmal täglich als dünne Schicht auf den Rumpf aufgetragen werden. Wenn Symptome länger als zwei Wochen bestehen, sollte ein Arzt zurate gezogen werden.

Die Wirksamkeit von Kümmelsamen (Carum carvi L.) gegen Beschwerden des Verdauungstrakts wie Blähungen und Flatulenz beurteilt das HMPC ebenfalls aufgrund des traditionellen Gebrauchs. Kümmelsamen sollten bei Kindern unter zwölf Jahren nicht angewendet werden.

## Insgesamt unbedenklich, aber ...

Kümmelöl gilt als kaum giftig, kann jedoch hautreizend wirken. Um Haut- und



## KÜMMELTEE

Kümmeltee lässt sich aus Beuteln oder aus losen Samen herstellen, die zuvor am besten etwas angedrückt werden. Laut Monografie sollen dafür 0,5–2,0 g Kümmelsamen mit 150 ml kochendem Wasser aufgegosson und die Tasse wegen der ätherischen Wirkstoffe abgedeckt werden. Dosisempfehlung: 1–3 Tassen/Tag.





**VORSICHT VOR VERWANDTEN**

Kümmel sieht dem hochgiftigen Schierlingskraut ähnlich. Deshalb sollten Unkundige auf das Sammeln in freier Natur verzichten und Kümmelsamen lieber kaufen. Kümmelsamen sollten zudem nicht bei überempfindlichen und allergischen Personen angewendet werden. Das gilt auch, wenn andere Doldenblütler (z. B. Fenchel, Anis, Sellerie, Koriander, Dill) Beschwerden auslösen.

Schleimhautirritationen zu vermeiden, sollte das Öl daher nicht in hohen Konzentrationen angewendet werden. Dies gilt besonders für Babys und Kleinkinder, die beim Einatmen des ätherischen Öls Atemnot entwickeln können. Vorzugsweise sollten hier kindgerechte Zubereitungen benutzt werden. Bei Asthma-Betroffenen kann das Inhalieren der ätherischen Öle einen Anfall provozieren. Auch Menschen mit Gallen- oder Leberbeschwerden sollten laut Monografie auf die Verwendung von Kümmel verzichten.

*Ines Schulz-Hanke*

Quellen: u. a. [www.ema.europa.eu/en/medicines/herbal/carvi-aetheroleum](http://www.ema.europa.eu/en/medicines/herbal/carvi-aetheroleum)  
 Bharti SK et al. J Food Sci Technol 2022;doi:10.1007/s13197-021-05028-1



Kümmelhaltiger Brantwein könnte auf Dauer nicht nur alkoholbedingt der Leber schaden, sondern auch wegen des Kümmelöls.

Fotos: euthymia - stock.adobe.com, emer1940/gettyimages, wabeno/gettyimages

**LEBENSMITTELSICHERHEIT - WEN KÜMMELT'S?**

Lebensmittelverpackungen sollen oxidativ oder mikrobiologisch bedingte Veränderungen ihres Inhalts (in Aussehen, Geschmack, Geruch, Textur) verzögern. Nachdem Kunststoffprodukte zunehmend in Verruf geraten sind, haben indische Lebensmitteltechnologien essbare Filme aus Tapioka-Stärke und Carrageen entwickelt. Als natürliche antibiotische und antioxidative Komponente setzten sie ätherisches Kümmelöl hinzu. Die Testergebnisse ermutigten die Forschenden zu dem Fazit, dass dieser Ansatz ein hohes Praxispotenzial haben könnte. Wenn das Obst also irgendwann eine Kümmelnote hat, wissen wir: Sie hatten recht.

Mpox

## Risikogruppen weiterhin immunisieren

**Der weltweite Mpox-Ausbruch 2022 bis 2023 hat deutlich an Dynamik verloren, ist aber nicht gänzlich abgeebbt. Was die STIKO empfiehlt.**

Antivirale Therapien gegen Infektionen mit dem Mpox-Virus (Monkeypox, Affenpocken) stehen nur limitiert zur Verfügung. Deshalb sind Schutzmaßnahmen wie Aufklärung und Impfung immer noch wichtig. Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt eine vorbeugende Impfung (Indikationsimpfung) gegen Mpox mit zwei Dosen des modifizierten Vacciniavirus Ankara (IMVANEX®) für Personen mit erhöhtem Expositions- und Infektionsrisiko. Dazu zählen vor allem Männer, die Sex mit Männern haben, aber auch Laborpersonal. Bei symptomfreien Erwachsenen, die enge körperliche Kontakte mit Infizierten hatten, sollte die subkutane Impfung bis 14 Tage nach Exposition erfolgen. In-vivo- und In-vitro-Daten untermauern eine Wirksamkeit



Foto: Anna - stockadobe.com

von 66 bis 86 Prozent, symptomatische Erkrankungen werden um den Faktor 7,5 bis 10 reduziert, bei einem guten Sicherheitsprofil. Der Lebendimpfstoff enthält keine im Menschen replikationsfähigen Viren und kann immunsupprimierten Personen verabreicht werden. Mpox-Viren werden vor allem durch direkten Kontakt mit infektiösen Wunden und Körperflüssigkeiten übertragen und können unter anderem Fieber, Schüttelfrost

und pockenartige Hautläsionen (meist im Bereich der Infektionspforte) auslösen. Windpocken, Herpes zoster, Syphilis, Scharlach oder Herpes simplex sollten mittels Nukleinsäureamplifikation von Abstrichen erregerspezifischer Läsionen differenzialdiagnostisch ausgeschlossen werden.

*Ralf Schlenger*

Quelle: Virtuelles Meet the Expert am 28. Juni 2023 (Bavarian Nordic)

Typ-2-Diabetes

## Zweifacher Ansatz - ein Ziel

**Übergewicht und Adipositas sind problematisch, da Typ-2-Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen etc. unter anderem kostenintensive Folgen sind.**

Umstellung von Ernährungs- und Lebensweise sind oft wenig erfolgreich. Daher wird intensiv an Medikamenten geforscht, die unterstützend wirken können.

Der GIP-/GLP-1-Rezeptor-Agonist Tirzepatid (Mounjaro®) hat die Zulassung als Ergänzung zu Diät und Bewegung zur Behandlung eines unzureichend eingestellten Typ-2-Diabetes erhalten. Er kann als Monotherapie Verwendung finden, wenn Metformin wegen Unverträglichkeit oder Kontraindikationen nicht einsetzbar ist. Er kann aber auch zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung des Diabetes eingesetzt werden. Die Markteinführung der einmal wöchentlich zu injizierenden Substanz in Deutschland wird im September erfolgen. Ganz wichtig: Aktuell besteht keine Zulassung zur alleinigen Gewichtsreduktion!



Foto: izida1991 - stockadobe.com

Prof. Sebastian Meyhöfer, Lübeck, ging genauer auf Tirzepatid ein, das als Rezeptor-Agonist auf das Glukose-abhängige insulinotrope Polypeptid (GIP) und das Glukagon-ähnliche Peptid 1 (GLP-1) wirkt. Als erster und bislang einziger zugelassener Wirkstoff seiner Klasse ist Tirzepatid näher am Inkretin-Effekt als reine GLP-1-Rezeptor-Agonisten. Je nach Kombinationspartner erreicht es in der maximalen Dosis von 15 mg eine HbA<sub>1c</sub>-Wert-Senkung von 2,6 Prozent. Bei guter Verträglichkeit könne das Körpergewicht Studiendaten zufolge um 13 Prozent gesenkt werden.

Dr. Markus Menzen aus Bonn betonte, dass ein höherer BMI mit einem höheren HbA<sub>1c</sub>-Wert korreliere. Es reiche also nicht aus, nur die Glukosespiegeleinstellung bei Diabetikern zu betrachten. Denn 90 Prozent der Typ-2-Diabetiker haben einen BMI von mindestens 25 kg/m<sup>2</sup>.

*Dr. med. Ulrich Karbach*

Quelle: Virtuelle Pressekonferenz zu Tirzepatid am 21. Juni 2023 (Lilly Deutschland)

Nationale VersorgungsLeitlinie Hypertonie

# Gute Gründe, entnervt weiterzumachen

Die Ende Juni veröffentlichte Nationale VersorgungsLeitlinie Hypertonie ist ein Novum: Nicht nur, weil sie die erste ihrer Art ist, sondern auch, weil sie Empfehlungen zum Einsatz der renalen Denervation präsentiert.

Die Therapie des Bluthochdrucks steht auf vielen Beinen. Die Ende Juni 2023 erstmals vorgestellte Nationale VersorgungsLeitlinie (NVL) Hypertonie nennt die nicht medikamentöse Therapie dabei als zentrale Säule der Behandlung. Anpassungen des Lebensstils würden die medikamentöse Therapie unterstützen und könnten dazu beitragen, die Anzahl und Dosis der Medikamente gering zu halten. Explizit genannt sind Salzreduktion, regelmäßige körperliche Aktivität in moderater Intensität, Gewichtsreduktion und Tabakverzicht.

Medikamentöse Mittel der ersten Wahl beim Hypertonie-Management sind ACE-Hemmer, Sartane, Kalziumkanalblocker oder Thiazid-Diuretika. Andere Wirkstoffe wie Betablocker kommen zum Einsatz, wenn sie wegen Komorbidität ohnehin indiziert sind, zum Beispiel bei Herzinsuffizienz. Liegt eine therapieresistente Hypertonie vor, sieht der Therapiealgorithmus je nach Kaliumspiegel und glomerulärer Filtrationsrate (GFR) zusätzlich Spironolacton oder Eplerenon bzw. Alpharezeptorblocker oder Betablocker vor.

### Option nach Lebensstiländerungen und medikamentöser Therapie

Wenn Patienten mit Hypertonie das individuelle Therapieziel trotz Ausschöpfen der leitliniengerechten Therapie aus den Bereichen Medikation und Lebensstil nicht erreichen, kann laut NVL eine renale Denervation (RDN) angeboten werden. Über die Studien zeige sich re-



Bluthochdruck ist mit 30 Prozent Betroffenen in der Bevölkerung die Volkskrankheit Nummer eins in Deutschland. Aktuelle Therapieoptionen beschreibt die NVL.

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

lativ konsistent die Tendenz zu einer Blutdrucksenkung in den ersten Monaten nach Intervention in einem Umfang, der von den Leitlinienautoren als klinisch relevant eingeschätzt wird; es hätten sich keine Hinweise auf relevante Komplikationen und andere unerwünschte Wirkungen gezeigt. Dass trotzdem nur die „Kann-Formulierung“ gewählt wurde, sei mit der insgesamt geringen Qualität der Evidenz und den individuell unterschiedlichen Präferenzen in Bezug auf die Nutzen-Schaden-Abwägung einer invasiven Maßnahme begründet. Für die Bewertung in der NVL waren 20 Publikationen zu elf randomisierten kontrollierten Studien eingeschlossen worden.

Bei der Barorezeptor-Stimulation als andere invasive Methode zur Blutdrucksenkung sieht die Leitliniengruppe noch Forschungsbedarf. Die Evidenz reiche nicht aus, um die Frage nach dem Stellenwert dieser Intervention zu beantworten.

### Erlangte Erfahrungen: Was eine renale Denervation bringt

Auf dem Kongress der European Society of Hypertension (ESH) Ende Juni in Mailand wurden Daten zur RDN von insge-

samt 174 Patienten des Universitätsklinikums Erlangen vorgestellt. Teilnehmende mit (n=47) und ohne (n=127) chronische Nierenerkrankung erreichten nach bis zu zwölf Monaten ähnliche Reduktionen hinsichtlich ambulantem 24-Stunden-Blutdruck, den zu Hause gemessenen Blutdruckwerten tags und nachts sowie den in der Praxis gemessenen Werten. Verwendet wurden radiofrequenz-, ultraschall- und alkoholinjektionsbasierte RDN-Devices.

Die geschätzte GFR der Patienten mit Nierenerkrankung lag im Mittel bei 55,8 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, die der Patienten ohne Nierenerkrankung bei 87,3 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>. Die mittlere Reduktion des systolischen 24-Stunden-Langzeitblutdrucks betrug nach zwölf Monaten 9,0 mmHg bei Patienten ohne und 8,0 mmHg bei Patienten mit Nierenerkrankung. Das Autorenteam der Studie um Merve Günes-Altan sieht daher die RDN als wirksame und sichere Therapieoption auch bei Hochdruckpatienten mit Nierenerkrankung.

Marcus Sefrin

Quelle: NVL Hypertonie; AWMF-Register-Nr. nvl-009 Günes-Altan M et al. J Hypertens Suppl 2023;doi:10.1097/01.hjh.0000941620.91311.fb.

### Lückenschluss

Die NVL Hypertonie ergänzt die Leitlinien für gesamtgesundheitlich wichtige Erkrankungen: NVL für Asthma, COPD, Depression, Diabetes, Herzinsuffizienz, KHK und Kreuzschmerz gab es bereits.



**Nur  
99 €  
inkl. Versand**



**Das Gebühren-Handbuch 2023**

**Gedruckt und digital:  
Die praktische Kombi für alle Fälle**

mit EBM und GOÄ einschl. IGeL und analoger Bewertungen / von Broglie, Schade et al.

Wertvolle juristische Kommentierungen – leserfreundlich aufbereitet

- ✓ Schnell: leichte Orientierung durch Stichwortsuche und grafische Elemente
- ✓ Kompakt: Auf den Punkt mit übersichtlichen Darstellungen
- ✓ Aktuell: Immer auf der sicheren Seite durch ständige Aktualisierung

Diese Kombination kostet jetzt nur 99 €

**Jetzt bestellen!**



<https://shop.medical-tribune.de/eGBH-Kombi>  
E-Mail: [mtd-aboservice@medtrix.group](mailto:mtd-aboservice@medtrix.group)  
Fax: 0611 9746 480-228 oder per Post

Empfohlen von:



**Ja, ich bestelle** \_\_\_\_\_ Ex. Gebühren-Handbuch 2023 / **Gedruckt und digital** zum Preis von nur 99 € inkl. Porto/Verpackung gegen Rechnung, zahlbar nach Erhalt. (ISBN-Nr.: 978-3-938748-22-0).  
Den Code zur Online-Aktivierung finden Sie in der Print-Ausgabe.

**MedTriX GmbH**  
Vertriebsabteilung  
Unter den Eichen 5  
D-65195 Wiesbaden

A&W 08/2023

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Fachrichtung \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_

**Datenschutzhinweis:** Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der personenbezogenen Daten erfolgt auf Grundlage der DSGVO und dient der Erfüllung des Auftrages und zu Direktmarketingaktionen für unsere Produkte und Dienstleistungen. Sie können jederzeit Auskunft über Ihre gespeicherten Daten verlangen und/oder der Speicherung und/oder Nutzung Ihrer Daten mit Wirkung für die Zukunft widersprechen und die Löschung bzw. Sperrung Ihrer personenbezogenen Daten verlangen. Senden Sie dazu eine E-Mail an [datschutz@medical-tribune.de](mailto:datschutz@medical-tribune.de). Verantwortliche Stelle im Sinne der DSGVO ist: MedTriX GmbH, Unter den Eichen 5, 65195 Wiesbaden. Datenschutzerklärung unter [www.medical-tribune.de/datschutzbestimmungen/](http://www.medical-tribune.de/datschutzbestimmungen/)

**Widerrufsrecht:** Sie können Ihre Bestellung innerhalb von 2 Wochen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief/Fax/E-Mail) widerrufen oder nach Erhalt der Ware diese ausreichend frankiert zurücksenden. Die Frist für die Rücksendung der Ware beträgt 2 Wochen ab dem Tag, an dem Sie oder ein von Ihnen benannter Dritter, der nicht der Beförderer ist, die Ware in Besitz genommen haben bzw. hat. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs oder der Ware an: MedTriX GmbH, Vertriebsservice, Unter den Eichen 5, 65195 Wiesbaden.





## Vektorübertragene Infektionskrankheiten

# Fieber ohne Reise: Und dann?

Sie begleiten Waren und Reisende rund um die Welt und finden eine neue Heimat, wo sie früher nicht hätten überwintern können: invasive Mückenarten. Das European Centre for Disease Prevention and Control warnt vor Krankheiten, die sie übertragen können.

Seit den späten 1990er-Jahren habe sich die Ausbreitung invasiver Mückenarten bemerkenswert verstärkt, berichtet das European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Von den – klimawandelbedingt – längeren wärmeren Sommern und Überflutungsereignissen in Europa profitieren unter anderem Spezies wie die Asiatische Tigermücke (*Aedes albopictus*) und Ägyptische Tigermücke (*Aedes aegypti*).

### Beunruhigende Ausbreitungsfreude

Die Liste der weltweit ausbreitungsfreudigsten Arten führt die Asiatische Tigermücke unangefochten an. Hatte sie sich bis 2013 in acht Ländern (114 Regionen) der EU bzw. des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) etabliert, sind heute 13 Länder (337 Regionen) betroffen. Sollte sich dieser Trend fortsetzen, dann sei mit steigenden Infektionsfallzahlen durch das Dengue-, Chikungunya-, Zika- und West-Nil-Virus zu rechnen – auch mit Todesfällen, warnt das ECDC. Tatsächlich traten 2022 in Europa 1.133 Fälle von West-Nil-Fieber auf. Davon waren 1.112 in elf Ländern lokal erworben worden, die höchst-

te Zahl seit 2018. Betroffen waren vor allem Italien mit 723 und Griechenland mit 286 Fällen, aber auch in Deutschland wurden 16 autochthone Erkrankungen registriert. Zudem traten im selben Jahr in Europa 71 Fälle von lokal erworbenem Dengue-Fieber auf, so viele wie in den Jahren 2010 bis 2021 insgesamt. Davon wurden 65 Fälle in Frankreich und sechs in Spanien beobachtet. Seit 2007 gibt es in Südeuropa auch Chikungunya-Fieber-Ausbrüche, so das Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin (BNITM), Hamburg.

### Typische Symptome

Mit dem Dengue-Virus Infizierte bleiben manchmal symptomfrei. Typisch sind jedoch grippale Beschwerden sowie heftige Muskel-, Gelenk- und Knochenschmerzen (Knochenbruchfieber). Zum Teil kommt es anfänglich zu einem Exanthem am gesamten Körper. Komplizierte Verläufe (bei Zweit- oder Drittinfektionen) können mit Blutgerinnungsstörungen, Erbrechen, Blutdruckabfall, Unruhe und Benommenheit einhergehen. Die Infektion lässt sich in einer Blutprobe nachweisen.

Bei einer Chikungunya-Erkrankung kann es ebenfalls zu Fieber, Hautausschlägen und grippalen Symptomen sowie zu extremen, oft anhaltenden Gelenkschmerzen kommen. Nach einer Infektion mit dem West-Nil-Virus entwickeln 20 Prozent der Betroffenen plötzlich milde grippale Symptome. Etwa die Hälfte von ihnen zeigt ein makulopapulöses Exanthem vor allem am Abdomen. Bei weniger als einem Prozent der Infizierten ist der Verlauf schwer (mit Enzephalitis oder Meningitis).

Nach Reisen in Risikogebiete für Tropenkrankheiten ist Mückenschutz für zwei Wochen sinnvoll, wenn es im eigenen Bundesland Tigermücken gibt.

Gegen das Dengue-Virus ist seit Februar 2023 ein Lebendimpfstoff für Menschen ab vier Jahren zugelassen. Für einen gegen das Chikungunya-Fieber gerichteten Lebendimpfstoff ist die Zulassung beantragt. Ist die Erkrankung ausgebrochen, können Dengue-, West-Nil- und Chikungunya-Fälle nur symptomatisch behandelt werden.

### Einfluss des Klimawandels

Wie sich Infektionskrankheiten, welche die Tigermücke überträgt, entwickeln könnten, haben verschiedene Arbeitsgruppen berechnet. Der Klimaschutzpfad der Weltgemeinschaft hat darauf wesentlichen Einfluss. Denn er bestimmt, wie weit sich bestehende und neue Habitats, in denen *Ae. albopictus* dauerhaft überleben kann, in die nördliche Hemisphäre ausdehnen. Im Unterschied zu einem mittleren Pfad der Treibhausgasemissionen (shared socioeconomic path, SSP245) könnte der bisher ungünstigste beschriebene Emissionspfad (SSP585, fossile Entwicklung) hunderte Millionen Menschen mehr gefährden. Sie müssten mit dem Risiko für jene Infektionskrankheiten leben, die *Ae. albopictus* überträgt, so eine aktuelle Berechnung.

Ines Schulz-Hanke

Quelle: u.a. Georgiades P et al. *Insects*. 2023;doi:10.3390/insects14050447  
<https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/increasing-risk-mosquito-borne-diseases-eueea-following-spread-aedes-species>

### ANLAUFSTELLEN

- Nationales Referenzzentrum für tropische Infektionserreger, [www.bnitm.de/labordiagnostik/service/nationales-referenzzentrum](http://www.bnitm.de/labordiagnostik/service/nationales-referenzzentrum)
- Speziallabor für hochpathogene virale Erreger am RKI, [www.rki.de/DE/Content/Infekt/Diagnostik\\_Speziallabore/Viren/viren-labor\\_node.html](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Diagnostik_Speziallabore/Viren/viren-labor_node.html)

Gastroösophageale Refluxkrankheit

## Differenzierter Blick auf eine Volkskrankheit

**Die im März veröffentlichte neue GERD-Leitlinie schwört dem langjährigen Credo „PPI für jeden für immer“ ab und weitet den Blick für alternative Therapien und die Allgemeinmaßnahmen.**

Die S2k-Leitlinie „Gastroösophageale Refluxkrankheit (GERD) und eosinophile Ösophagitis“ rückt in ihrem jüngsten Update Allgemeinmaßnahmen wie Gewichtsabnahme, Ernährungsumstellung, Zwerchfelltraining, Rauchstopp oder auch die Erhöhung des Kopfendes des Bettes in den Vordergrund. Darauf wies Prof. Ahmed Madisch, Co-Autor der Leitlinie, auf einem Symposium im Rahmen des DGIM-Kongresses 2023 hin. Darüber hinaus „sollte eine Behandlung mit PPI in Standarddosis erfolgen. ‚Sollte‘ heißt: Es kann Alternativen geben“, erläuterte Madisch. Solche Optionen neben den Protonenpumpeninhibitoren werden erstmals in der Leitlinie aufgeführt. Als Beispiele



Foto: gballigigs - stock.adobe.com

genannt sind H2-Rezeptor-Antagonisten, Alginate (z. B. Gaviscon) und Antazida. Die Leitlinie nennt als Kriterium für den Einsatz eine aus Patientensicht genügende Symptomkontrolle.

Bei gesicherter oder wahrscheinlicher GERD und unzureichendem Ansprechen auf eine Standarddosis eines PPI kann die Dosis verdoppelt, der PPI gewechselt oder eine Kombinationstherapie mit einem an-

deren Wirkprinzip initiiert werden; explizit nennt die Leitlinie hierzu Alginat. Die neue Leitlinie fordert, bei nicht mehr notwendiger PPI-Therapie die Behandlung zu beenden. Beim Absetzen könnten Alginate unterstützen, so Madisch.

*Marcus Sefrin*

Quelle: [www.dgvs.de/wp-content/uploads/2023/03/LL-Reflux\\_Leitlinie\\_final\\_13.03.23.pdf](http://www.dgvs.de/wp-content/uploads/2023/03/LL-Reflux_Leitlinie_final_13.03.23.pdf). Letzter Zugriff: 18.07.2023.

HIV

## Großteil der Patienten bevorzugt Langzeitanwendung

**Die im Frühjahr präsentierten Daten der Phase-IIIb-Studie SOLAR zeigen: Menschen mit HIV geben bei Nichtunterlegenheit der Therapie einer langwirksamen, zweimonatlichen Injektionsbehandlung den Vorzug gegenüber eines täglich oral verabreichten Therapeutikums.**

In der SOLAR-Studie wurden 670 Teilnehmende mit HIV, die unter einer oralen Dreifachkombination aus Bictegravir, Emtricitabin und Tenofovirafenamid (BIC/FTC/TAF) mindestens sechs Monate virologisch supprimiert waren, im Verhältnis 2:1 aufgeteilt. Zwei Drittel wurden auf eine zweimonatliche Injektionstherapie mit den Wirkstoffen Cabotegravir und Rilpivirin (CAB+RPV LA) umgestellt (enthalten in Vocabria bzw. REKAMBYS®). Das andere Drittel verblieb auf dem täglichen oralen Regime.

Der primäre Endpunkt der Studie, die Nichtunterlegenheit der Wirksamkeit von CAB+RPV LA im Vergleich zu



Foto: lordn - stock.adobe.com

täglich oral verabreichtem BIC/FTC/TAF zu Monat 12, konnte gezeigt werden. Beide Behandlungen wurden gut vertragen.

Darüber hinaus ergab eine Befragung der Patienten, die auf Vocabria plus REKAMBYS® umgestellt wurden, dass 90 Prozent von ihnen die Injektionstherapie präferierten. Die Therapiezufriedenheit verbesserte sich trotz hoher Ausgangswerte signifikant.

Zu Beginn der Studie berichteten 47 Prozent der Teilnehmenden, dass sie immer oder häufig eine oder mehrere Herausforderungen bei der Einnahme ihrer täglichen Tabletten hatten, einschließlich der Sorge, dass andere unbeabsichtigt von ihrem HIV-Status erfahren oder sie die Einnahme ihrer HIV-Medikamente vergessen könnten oder dass die Einnahme ihrer HIV-Medikamente eine tägliche unangenehme Erinnerung an ihren HIV-1-Status sei.

*Frederik Holzner*

Quelle: Information von Viiv Healthcare



# Aktuelles aus der Regulationsmedizin: Studien für Sie gelesen

Dr. Bettina Brincker, Redakteurin Medizin



Knochenfrakturen

## Je intensiver der Stress, desto schlechter die Heilung

Wenn Menschen mit einem Knochenbruch in der Heilungsphase unter Stress stehen, dauert es länger, bis sich an der Bruchstelle neuer Knochen bildet. Warum das so ist, hat ein Wissenschaftlerteam bereits 2019 geklärt. Das Immunsystem ist für die gestörte Knochenheilung verantwortlich. Unter Stress wandern Immunzellen in das Gewebe der Bruchstelle ein und bremsen dort die Neubildung von Knochengewebe. Was dabei im Einzelnen geschieht und inwieweit das Ausmaß der Stressbelastung die Heilung beeinflusst, wurde jetzt durch weitere Untersuchungen an Nagetieren herausgefunden. Es zeigte sich: Neutrophile Granulozyten hemmen die Knochenheilung. Die Immunzellen produzieren bei erhöhtem Stress das En-



Foto: SuttthaB - stock.adobe.com

Je intensiver der Stresslevel, desto länger dauert es, bis sich neuer Knochen an der Bruchstelle bildet.



**Jetzt archivieren!**

PDF-Download unter:  
[AuW.de/Studien](https://www.a-w.de/Studien)

zym Tyrosinhydroxylase (TH) und setzen es an der Bruchstelle frei. Dieses induziert die Freisetzung von Katecholaminen, also Stresshormonen. Durch den Einfluss der Katecholamine wird der Umbau von Knorpel- in Knochenzellen gehemmt. Wie stark die Knochenheilung gebremst wird, hängt direkt mit dem subjektiv empfundenen Stress der Betroffenen zusammen. Je intensiver Menschen unter psychosozialen Stress, Schmerzen oder Depressionen leiden, desto stärker ist auch ihre Knochenheilung beeinträchtigt. Es ist daher ratsam, bei der Behandlung von Knochenbrüchen auch die psychischen Belastungen zu berücksichtigen. (Tschaffon-Müller MEA et al. Nature Communications 2023;14:3262)

## Glyphosat: Die Diskussion geht weiter

2022 wurde nachgewiesen, dass ein Glyphosat-Spritzmittel massive Fehlbildungen bei Amphibienlarven hervorruft. Unklar blieb, ob Glyphosat allein, die Zusatzstoffe oder die Kombination für die Fehlbildungen verantwortlich sind. Während die EU über eine Zulassungsverlängerung für Glyphosat berät, testeten Forschende jetzt, wie sich verschiedene Konzentrationen reinen Glyphosats auf die Entwicklung von Krallenfroschlarven auswirken. Dafür wuchsen die Larven in Wasser mit Glyphosat-Gehalten von 0,1 bis 243 mg/l auf – Konzentrationen, die weltweit zu finden sind. Die Ergebnisse: Das reine Glyphosat löste signifikante Fehlbildungen aus. Die Defekte traten bereits bei der niedrigsten Konzentration auf. (Flach H et al. Ecotox Environ Safety 2023;260:115080)



Foto: pmmart - stock.adobe.com

### BRISANTE WERTE

In EU-Gewässern liegen Glyphosat-Werte zwischen 0,0025 (Dtl.) und 12,46 mg/l (Portugal). Außerhalb Europas wird Glyphosat in weit größerem Ausmaß eingesetzt. So wurden in Argentinien 105 mg/l gemessen.

## So kann die Natur bei Dyspepsie helfen

Aktuell wurden die Wirksamkeit und Sicherheit pflanzlicher Präparate zur Behandlung der funktionellen Dyspepsie untersucht. Die Analyse schloss insgesamt 41 Studien mit 4.477 Personen ein; berücksichtigt wurden 27 pflanzliche Arzneimittel. Die ätherischen Öle aus Pfefferminze und Kümmel sowie Curcumin, aber auch das Kombinationspräparat STW 5 führten nach einer vierwöchigen Anwendung zu einer moderaten bis starken Verringerung von dyspeptischen Beschwerden sowie zu einer Verbesserung des Wohlbefindens im Vergleich zu Placebo. Die unerwünschten Wirkungen waren vergleichbar mit denen einer Scheinbehandlung. Die Dauer der

### ANALYSE

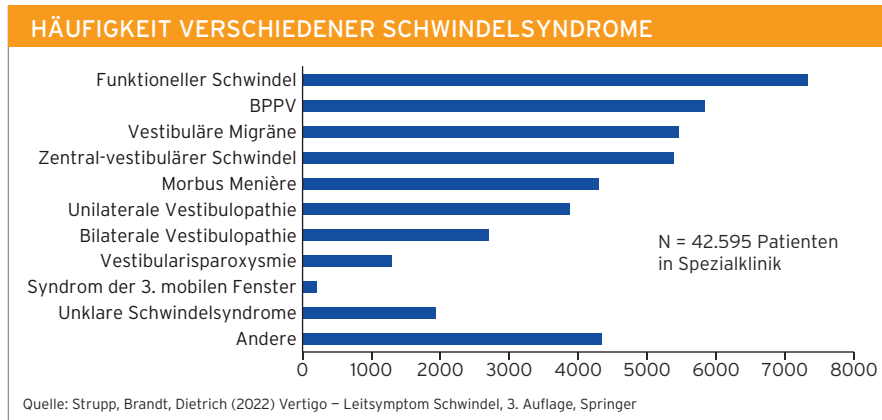
In vielen Untersuchungen von Phytotherapeutika und ihrer Wirksamkeit bei Dyspepsie werden die Präparate mit Placebo verglichen. Um eine adäquate Beurteilung zu ermöglichen, sollten sie zukünftig im Vergleich zu schulmedizinischen Behandlungsmöglichkeiten beurteilt werden.

Studien betrug zwischen 15 Tagen und zwölf Wochen. Reizmagen ist allerdings eine chronische Erkrankung, sodass der Nachweis der Wirksamkeit über längere Zeiträume notwendig ist. (Báez G et al. Cochrane Data Syst Rev 2023;6:CD013323)

Vertigoheel®

# Schwindel und Gangunsicherheit

Insbesondere mit fortschreitendem Alter werden Schwindel, Gangunsicherheit und die damit verbundene Sturzgefahr zu einem Problem. Experten aus Neurologie und Innerer Medizin/Geriatrie berichteten anlässlich der HNO-Tagung<sup>(1)</sup> in Leipzig über medizinische Grundlagen und Optionen.



Natürlich bedingt die Schwindelambulanz einer Spezialklinik eine gewisse Selektion. Aber eine genaue Abklärung scheint sinnvoll, um Folgeschäden des Schwindels zu reduzieren.

In der Anamnese von Schwindelsyndromen im Alter, muss deshalb nach dem zeitlichen Verlauf, der Form, auslösenden Faktoren und Begleitsymptomen gefragt werden, so der Neurologe Prof. Michael Strupp, München.

- Bei der Dauer der Episoden unterscheidet man zum Beispiel den Lagerungsschwindel, der maximal eine Minute dauert, und die vestibuläre Migräne, die von fünf Minuten bis 72 Stunden dauern kann.
- Mit akutem Beginn und einer Dauer von Tagen bis Wochen sind die Ursachen entweder eine Entzündung eines Gleichgewichtsnerfs oder Hirnstamm- und Kleinhirninfarkte.
- Persistierende Symptome mit einer Dauer von länger als drei Monaten kommen zum Beispiel bei funktionellem Schwindel, einem beidseitigen Ausfall der Gleichgewichtsorgane oder neurodegenerativen Erkrankungen vor. Die entsprechende internationale Klassifikation findet sich im Journal of Vestibular Research.<sup>(2)</sup>

## Schwindelsyndrome

- Der funktionelle Schwindel ist in der Spezialambulanz am häufigsten.<sup>(3)</sup> Die-

ser imponiert mit Schwank- und Benommenheitsschwindel und Fallangst, aber ohne Stürze. Neurologische und weitere Untersuchungen ergeben keinen Befund. Eine umfangreiche Diagnostik ist wichtig, um den Betroffenen von der Furcht zu befreien, an einer schweren Erkrankung zu leiden. Auch eine Psychoedukation kann helfen.

- Der Lagerungsschwindel ist die zweithäufigste Schwindelform. Dieser wird durch Lageänderung ausgelöst, hält maximal eine Minute an und kann von vegetativen Symptomen wie Erbrechen begleitet sein. Zur Diagnostik wird das diagnostische Semont-plus-Manöver oder das Dix-Hallpike-Manöver eingesetzt. Bei den Lageänderungen wird ein torsioneller, vertikal zur Stirn schlagender Nystagmus sichtbar. Als Behandlung kann die Lagerungsschwindel-App mit dem Semont-plus-Manöver eingesetzt werden.
- Etwa gleich häufig sind die vestibuläre Migräne und der zentral-vestibuläre Schwindel.
- Die bilaterale Vestibulopathie kann verschiedene Ursachen haben wie zum Beispiel ototoxische Substanzen oder einen beidseitigen Morbus Menière. In knapp

## PRAXIS-TIPP



### Sturzprophylaxe

Viele Faktoren können Stürze begünstigen. Der Internist und klinische Geriater Prof. Clemens Becker, Heidelberg, erläuterte die Empfehlung der Bundesinitiative Sturzprävention. Bei einem Sturz im letzten Jahr, Sturzangst oder unsicherem Stehen oder Gehen sollten Gang, Kraft und Gleichgewicht überprüft werden. Bei Auffälligkeiten sollte ein Training zur Sturzprävention empfohlen werden. Bei sturzbedingten Verletzungen oder mindestens zwei Stürzen sollte eine multifaktorielle Beurteilung unter anderem auch der Medikation erfolgen. Eine praktische Anleitung zur Diagnose und Therapie von Schwindel sowie hilfreiche Tipps zur Sturzprävention finden sich in den Pocket Guides „Schwindel“ und „Sturzgefahr im Alter“ der Initiative Patientengerechte Altersmedizin (IPA). Kostenfrei unter: [www.ipa-info.de](http://www.ipa-info.de)

der Hälfte der Fälle ist die Ursache unklar. Ein lebenslanges Gleichgewichtstraining ist nötig.

### Real-World-Daten

Wirksamkeit und Sicherheit von Vertigoheel® wurden aktuell in einer Studie an Patienten mit bilateraler Vestibulopathie und funktionellem Schwindel untersucht. Die Ergebnisse werden demnächst zur Veröffentlichung eingereicht.

### A&W-LITERATUR

1. Satellitensymposium am 18. Mai 2023 anlässlich der HNO-Tagung in Leipzig (Heel)
2. [www.jvr-web.org/ICVD.html](http://www.jvr-web.org/ICVD.html)
3. Strupp, Brandt, Dieterich (2022) Vertigo – Leitsymptom Schwindel, 3. Auflage, Springer

### 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

# Ein sicherer Raum

**Q**ueer. Was als herabwürdigende Zuschreibung gemeint war – wörtlich übersetzt bedeutet sie sonderbar, merkwürdig, eigenartig – beansprucht die LGBTQ+-Community in einer ironischen Umkehr für sich selbst. Lesbische, schwule (engl. gay), bi- oder transsexuelle Menschen und jene, die sich in anderer Form außerhalb des tradierten binären Geschlechtersystems verorten, bezeichnen sich selbst als queer. Es ist ein Akt der Selbstermächtigung. Er verbindet, stärkt und weitet den Blick für das breite Spektrum der Geschlechtsidentitäten. Doch gewährt er keinen Schutz. Nicht im Alltag vor Unachtsamkeit, Beleidigung, Hetze, Gewalt. Und offenbar auch nicht dort, wo jeder und jede sich sicher fühlen können sollte: im ärztlichen Sprechzimmer. Einer Umfrage aus dem Frühsommer zufolge hat mindestens jeder fünfte queere Mensch Schwierigkeiten, die eigene sexuelle oder Geschlechtsidentität dort anzusprechen. Mitglieder der LGBTQ+-Community sind nachweislich schlechter versorgt im Gesundheitssystem. Unkenntnis und Befangenheit, Misstrauen und Angst verzögern oder verhindern gar den Zugang.

Das kommt nicht von ungefähr. Denn selbst die vermeintlich nüchterne ICD-10-Kodierung wertet Transsexualität – und zwar als „Störung“ der Geschlechtsidentität. Das liefert ein überholtes, ein falsches Bild. Erst in ihrer elften Auflage definiert die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-11) den Zustand von Menschen, die sich nicht mit dem ihnen bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht identifizieren, wertfrei als Gender- oder Geschlechtsinkongruenz. Sie folgt damit einer Resolution des Europarates vom April 2015, die die Mitgliedsstaaten verpflichtet, Transpersonen rechtlich und sozial gleichzustellen und jegliche Einstufungen der Transsexualität als geistige Störungen aus den nationalen Klassifikationssystemen zu entfernen.

## Flagge zeigen und die Tür öffnen

Schon kleine Hinweise, wie etwa eine Regenbogenflagge auf der Homepage oder in der Praxis, können Türöffner sein. Menschen zu fragen, wie sie aufgerufen werden möchten, in Formularen auf eine binäre Einordnung zu verzichten ebenso. Auf Rezepten und Überweisungen kann der abgelegte Name in Klammern stehen. Werden im Gespräch Fragen zur sexuellen oder Geschlechtsidentität gestellt, dann muss die Antwort wichtig sein für Diagnose oder Therapie. Und das Gegenüber muss diesen Zusammenhang verstehen, um sich nicht ausgefragt oder diskriminiert zu fühlen. Fortbildungen können helfen, diese Möglichkeiten zu erkennen und umzusetzen.

Je nach Geschlecht und Altersgruppe identifizieren sich drei bis über sechs Prozent der Menschen in Deutschland als

homo-, bi-, asexuell oder anders. Etwa 15 Prozent der 18- bis 35-jährigen Frauen sowie 9,4 Prozent der 36- bis 75-jährigen Männer geben an, eine gleichgeschlechtliche sexuelle Erfahrung gemacht zu haben. Das geht aus der Studie Gesundheit und Sexualität in Deutschland (DeSiD, 2020) hervor. Die Prävalenz der Geschlechtsinkongruenz liegt bei 0,8 bis 2,2 Prozent, bei Männern etwas höher als bei Frauen. Das lässt sich aus Befragungen in europäischen Bevölkerungsstichproben ableiten.

## Wer Kraft hat, setze den ersten Stein

Die Wahrscheinlichkeit, dass auf dem Stuhl gegenüber ein queerer Mensch mit besonderen medizinischen Bedürfnissen sitzt, ist also gar nicht klein. Diese Person hat ein höheres Risiko für psychische und kardiovaskuläre Erkrankungen. Transfrauen können an Prostatakrebs erkranken. Transmänner müssen nicht heterosexuell sein und profitieren von entsprechenden Beratungen. Gespräche über diese spezifischen Probleme öffnen, wenn sich Betroffene im geschützten Rahmen öffnen können. Für ihren Schutz sollten jedoch nicht die Schutzbedürftigen Kraft aufbringen müssen. Allen, die mühelos und unbehelligt Zugang in alle Räume finden, fällt es leichter, einen sicheren Raum zu bauen. Tun wir das.

Ein gutes Gespräch ist wie miteinander tanzen, findet unsere tanzende Kolumnistin: Man spürt, wer auf welchem Fuß steht, und nimmt einander mit.



Sagen Sie uns gerne Ihre freundliche Meinung:  
ines.schulz-hanke@medtrix.group



## LEBENSWEISHEIT

*Man muss, solange man lebt,  
lernen,  
wie man leben soll.*

Seneca

## FRÖHLICHE FUSSBALLERSPRÜCHE

*Bei einem  
Torwart weiß  
man nie,  
was er denkt.*

Franz Beckenbauer

*Wenn der Ball im Tor ist,  
war das immer  
eine gute Maßnahme.*

Günter Netzer

*Die Einstellung  
ist wichtiger  
als die Aufstellung.*

Matthias Sammer

## UNNÜTZES WISSEN

Menschen, die auf einem weichen Stuhl sitzen,  
sind kompromissbereiter als Menschen,  
die auf einem harten Stuhl sitzen.

Mit einem Durchmesser von fünf Zentimetern hat der Vogel  
Strauß das größte Auge der Landlebewesen.

Die meisten Arbeitsunfälle passieren montags.

In Deutschland wird ein Bienenschwarm herrenlos,  
wenn sein Besitzer ihn nicht mehr verfolgt  
oder die Verfolgung aufgibt.

## WAHNSINNIC WITZIG

„Ist denn Ihr neuer Wachhund sehr  
scharf?“, fragt Herr Müller.  
„Und wie! Seit drei Tagen versuche  
ich vergeblich,  
in mein Haus zu kommen.“



Karl erzählt seinem Freund:  
„Unsere Katze hat bei der  
Vogelausstellung den ersten Preis  
geholt!“ – „Wie denn das?“  
„Die Käfigtür war offen!“



Ein Mann kommt in eine  
Zoohandlung und verlangt zehn  
Ratten. „Wozu brauchen Sie die  
denn?“, wundert sich der Ver-  
käufer. „Mir wurde die Wohnung  
gekündigt und ich soll sie so verlas-  
sen, wie ich sie bezogen habe.“



„Mein neuer Hund ist echt super.  
Jeden Morgen um acht Uhr bringt  
er mir die Zeitung. Dabei habe ich  
gar keine abonniert!“