

Erfolgreiche Praxisführung
für Ärztinnen und Ärzte

ARZT & WIRTSCHAFT

GYNÄKOLOGIE



Neu im EBM

**Kryokonservierung
von Ovarialgewebe** s. 08

Abruptio graviditatis

**Welchen Einfluss so-
ziale Medien haben** s. 12

Politische Initiative

**MVZ sollen
reguliert
werden** s. 18

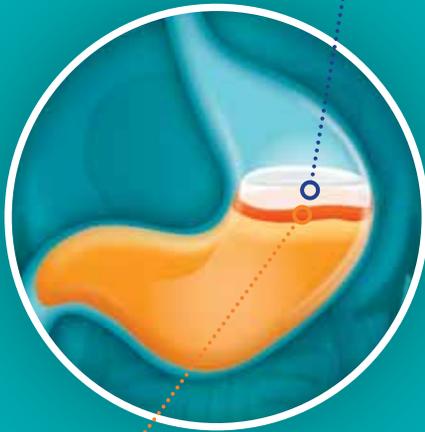
UPDATE • **ONKOLOGIE**

**Cervix-Ca: Vorsorge
auch im Alter!** s. 27

STELLENWERT DER ALGINATE IN DER NEUEN GERD-LEITLINIE

Update der Leitlinie zur Refluxkrankheit

ALGINAT-
SCHUTZBARRIERE



ACID POCKET

Alginat sind bekannt als freiverkäufliche Präparate bei der Behandlung von Refluxsymptomen in der Apotheke. Die Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselerkrankheiten (DGVS) berücksichtigt diese nun in ihrem jüngst veröffentlichten Update zur „S2k-Leitlinie Gastroösophageale Refluxkrankheit (GERD) und eosinophile Ösophagitis“.¹ 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).¹ Bisher wurden für die Therapie mit niedrigen Dosen von Protonenpumpeninhibitoren (PPI) lediglich Antazida und H₂-Rezeptorantagonisten empfohlen.² Gleiches gilt für das Behandeln typischer Refluxbeschwerden „ohne Alarmsymptome“: Hier sind laut Leitlinie Alginat für die probatorische Symptomkontrolle geeignet.¹

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.¹ 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.¹

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 bei den medikamentösen Behandlungsoptionen nach Allgemeinmaßnahmen mit an vorderster Stelle auf.¹

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 Beschwerden und gastroösophagealen Reflux-Symptomen auch in der Schwangerschaft und Stillzeit.



1. Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselerkrankheiten e.V. (DGVS; Hrsg.). 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 (zuletzt aufgerufen 15.03.2023).
2. Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselerkrankheiten e.V. (DGVS; Hrsg.). S2k-Leitlinie: Gastroösophageale Refluxkrankheit, AWMF Register Nr. 021-013, Stand 2014.

Gaviscon Dual, Gaviscon Liquid, Gaviscon Advance Pfefferminz

Zus.: Dual 1 Kautbl. enth.: 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. Advance 10 ml Susp. enth.: Wirkst.: 1 g Natriumalginat, 0,2 g Natriumhydrogencarbonat, 325 mg Calciumcarbonat. Sonst. Best.: Carbomer 974 P, Methyl-4-hydroxybenzoat (E 218), Propyl-4-hydroxybenzoat (E 216), Saccharin-Natrium, Pfefferminz-Aroma (enth. Menthol), 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, Hyperkatzämie, 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

ARZT & WIRTSCHAFT

Erscheinungsweise: sechsmal jährlich
ISSN: 2193-956X

VERLAG

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

CEO: Oliver Kramer
Geschäftsführung:
Stephan Kröck, Markus Zobel

Redaktion:
Gesamtreaktionsleitung Deutschland:
Günter Nuber

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

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

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

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

Corporate Publishing:
Sigrid von See-Bredibusch,
Franziska Daschner, Maike Schulz

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

Media- und Vertriebsleitung:
Björn Lindenau

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

Anzeigentarif nach Preisliste Nr. 8,
gültig seit 1.1.2023.

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

Druck:
QUBUS media GmbH, Hannover

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

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

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

Bankverbindung:
HVB/UniCredit Bank AG IBAN:
DE12 7002 0270 0015 7644 62
SWIFT (BIC): HYVEDEMMXXX



Mitglied der Informationsgemeinschaft
zur Feststellung der Verbreitung
von Werbeträgern e.V.

Mit der Einsendung eines Manuskriptes erklärt sich der Urheber damit einverstanden, dass sein Beitrag ganz oder teilweise in allen Printmedien und elektronischen Medien der MedTriX GmbH, der verbundenen Verlage sowie Dritter veröffentlicht werden kann. Mit Verfasseramen gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder.

Leseranalysen stehen zur Verfügung

LA-MED

LA-MED Arbeitsgemeinschaft
Leseranalyse medizinischer Fachzeitschriften
Geprüft Facharzt-Studie 2022

IHRE Meinung ist gefragt!

Derzeit versenden die LA-MED und das ifak-Institut nach einem repräsentativen Stichprobenprinzip Fragebögen zur Medienutzung an Ärzte in Deutschland.

Durch die Bearbeitung des Fragebogens unterstützen Sie Verleger dabei, Ihre Fachzeitschriften noch besser an IHRE Bedürfnisse anzupassen.

Machen SIE den Unterschied und nehmen Sie teil!



SIE HÖREN VON UNS

ifak

LA-MED

WAHNSINNIC WITZIG

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



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.

XONVEA® 10 mg/10 mg magensaftresistente Tabletten. Wirkstoffe: Doxylaminhydrogensuccinat, Pyridoxinhydrochlorid. Zus.: Jede magensaft. Tabl. enth. 10 mg Doxylaminhydrogensuccinat und 10 mg Pyridoxinhydrochlorid. sonst. Bestand. m. bekamter Wirkung. Allurarot-Aluminium-Komplex (E 129). Sonst. Bestandz.: Tablettenkern: Mikrokristalline Cellulose, Magnesiumstearat (Ph. Eur.) [Pflanzl.], Hochdisperses Siliciumdioxid, Filmüberzug: Hypromellose, Macrogol 400, Methacrylsäure-Ethylacrylat-Copolymer (1:1), Talkum, Hochdisperses Siliciumdioxid, Natriumhydrogencarbonat, Natriumäthylcellulose, Triethylcitrat, Smeticon Emulsion (enthält Polydimethylsiloxan), Titandioxid (E 171), Polysorbit 80, Wachsschicht: Carnaubawachs, Druckmittel: Indigocarmin-Aluminiumsalz (E 132), Propylenglycol, Indigocarmin-Aluminiumsalz (E 132). Anwend.: Sympt. Behand. von Übelkeit u. Erbrechen während d. Schwangerschaft (nausea and vomiting during pregnancy, NVP) bei Frauen, die nicht auf konservative Behand. ansprechen. Einschränk. d. Anwend.: Die Komb. aus Doxylamin/Pyridoxin wurde im Falle von Hyperemesis gravidarum nicht untersucht. Gegenanz.: Überempfind. geg. d. Wirkstoffe, Allurarot-Al-Komplex (E 129) od. einen d. sonst. Bestandz., gleichz. Anwend. m. MAO-Inhibit., gleichz. Anwend. m. starken CYP-50-Isoenzym-Inhibit., Porphyrie. Nebenw.: sehr häufig: Schwindel, verm. Bronchialsekret, Ermüdung. Gelegentl.: Verwirrheitszustand, Doppeltsehen, Glaukom, Tinnitus, Orthostasesyndrom, Übelkeit, Erbrechen, Lichtempfindlichkeitsreak., Asthene, Ödem peripher. Seiter: Hämolyt. Tremor, Krampfanfall. Nicht bekamt: Überempfindlichk., Angst, Orientierungsstörung, Schilddrüsik., Reizbar., Alpträume, Kopfschm., Migräne, Parästhesie, psychomotor. Hyperaktivität, Verschwomm. Sehen, Sehstörungen, Vertigo, Palpitation, Tachykardie, Dyspnoe, aufgetrieb. Bauch, Abdominalschmerz, Obstipation, Diarrhoe, Hyperhidrose, Pruritus, Ausschlag, Ausschlag makulo-papulös, Dysurie, Hämtenionten Brustkorbeschw., Unwohlsein. Warnhinweis: Enthält Allurarot-Aluminium-Komplex (E 129). Tabletten im Ganzen schlucken. Tabletten nicht zerdrücken, zerkaugen od. zerteilen. Verschreibungspflichtig. Zul.-Inhaber: Exeltis Germany GmbH, Adalperstraße 84, 85737 Ismaning, Deutschland. Tel.: +49 89 4520529-0. Stand d. Information: Februar 2022

1) Koren G. Clark S, Hankins GD et al. Effectiveness of delayed-release doxylamine and pyridoxine for the treatment of pregnancy-related nausea and vomiting: a randomized placebo-controlled trial. Am J Obstet Gynecol. 2010 Dec;203(6):571.e1-7. doi:10.1016/j.ajog.2010.07.030.
 2) Koren G. Clark S, Hankins GD et al. Demonstration of early efficacy results of the delayed-release combination of doxylamine-pyridoxine for the treatment of pregnancy, BMC Pregnancy and Childbirth. 2016. 16: 371-1-375 doi: 10.1186/s12884-016-1172-9.

Für eine Schwangerschaft allererster Sahne



Das einzige
FDA-
zugelassene
Produkt*

JETZT
in
Deutschland
erhältlich!

XONVEA®

Zur Behandlung von Übelkeit und Erbrechen in der Schwangerschaft



- **Signifikante Verbesserung der Symptome Übelkeit und Erbrechen im Vergleich zu Placebo (p=0,006)**1**
- **Erwiesene Wirksamkeit bereits am 3. Anwendungstag (p=0,002)**2**
- **Kleine, magensaftresistente Tablette**
- **2 Packungsgrößen (N1: 20 St., N2: 50 St.)**

* in dieser Kategorie; ** In einer doppelblinden, randomisierten, placebokontrollierten 15-tägigen Studie wurde die Wirksamkeit von Diclegis® im Vergleich zu Placebo anhand des validierten PUQE (Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and Nausea)-Scores untersucht.

exeltis.de

XONVEA® wird in den USA unter dem Markennamen Diclegis® vertrieben.





Melanie Hurst,
Ressortleiterin Wirtschaft



E-Mail:
melanie.hurst@medtrix.group

Ist das Ihr Ernst, Herr Prof. Lauterbach?

Blickt 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-I-Krankenhäusern stattfinden darf. Diese haben die niedrigste Versorgungsstufe, in denen 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 Klinikreform als

eine „Art Revolution“. Eine Revolution bräuchte man allerdings auch wirklich dringend. Denn wir laufen sehenden Auges in eine Versorgungskatastrophe. Schon jetzt sind 41 Prozent aller niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte über 60 Jahre alt, neun Prozent sind über 65 oder älter. 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 und -inhaberinnen keine finanzielle Erstattung mehr für jedes neue Gerät oder Anwendung der Telematikinfrastruktur. Nun gibt es nur noch Monatspauschalen. Ob diese die Kosten decken 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 über die Pauschale zurückbekommen, steht noch in den Sternen. Denn das Bundesgesundheitsministerium hat aus dem Pauschalen-System fast eine Doktorarbeit gemacht (mehr dazu in unserem neuen Erklärvideo unter www.auw.de/ti-pauschalen/). Die Berechnung ist derartig kompliziert, dass man damit garantiert zwei Ziele erreicht: die Praxisinhaber verprellen und den Nachwuchs abschrecken.

Herzlichst Ihre

Bei einer gestörten Vaginalflora



8 Hartkapseln | PZN: 18059672



Klinisch belegte Wirksamkeit*

- Zur Nachbehandlung wiederkehrender Vaginalinfektionen
- Zum Aufbau der Vaginalflora nach Antibiose, z. B. nach bakterieller Vaginose



im Fallbeispiel

* Larsson, P. G., Stray-Pedersen, B., Rytting, K. R., & Larsen, S. (2008). Human lactobacilli as supplementation of clindamycin to patients with bacterial vaginosis reduce the recurrence rate; a 6-month, double-blind, randomized, placebo-controlled study. *BMC women's health*, 8, 3. Open Access Publication

Vagisan ProbioFlora Milchsäure-Bakterien. Wirkstoffe: *Lactobacillus gasseri*, Stamm DSM 14869 (gefriergetrocknet, lebend), *Lactobacillus rhamnosus*, Stamm DSM 14870 (gefriergetrocknet, lebend). **Zusammensetzung:** 1 Hartkapsel enthält 400 mg Pulver mit mindestens 10⁸ KBE (Koloniebildende Einheiten) *Lactobacillus gasseri*, Stamm DSM 14869 (gefriergetrocknet, lebend) und mindestens 10⁸ KBE *Lactobacillus rhamnosus*, Stamm DSM 14870 (gefriergetrocknet, lebend). **Sonstige Bestandteile:** Kapselinhalt: Lactitol, Maisstärke, Xanthangummi, Glucose, Magnesiumstearat. Kapselhülle: Gelatine, Titandioxid. **Anwendungsgebiete:** Zur Normalisierung der gestörten Vaginalflora nach Antibiotikabehandlung einer bakteriellen Vaginose; zur Aufrechterhaltung der normalen Vaginalflora bei wiederkehrenden vaginalen Infektionen. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Laktobazillen (Milchsäurebakterien, wie z.B. *Lactobacillus gasseri* oder *Lactobacillus rhamnosus*) oder einen der sonstigen Bestandteile. Das Arzneimittel sollte während der Menstruation nicht angewendet werden. **Nebenwirkungen:** Nicht bekannt: Brennen, Juckreiz oder Rötung im Intimbereich, Vaginalausfluss. Apothekenpflichtig. Stand 03/2022.

ABRECHNUNG 08



Fertilität

Wer vor einer keimzellschädigenden Therapie Ovarialgewebe entnehmen und einlagern wollte, musste dies bislang selbst bezahlen. Jetzt wurde die Leistung in den EBM aufgenommen.

PRAXIS 12



Abruptio graviditatis

Im Internet werden junge Frauen vermehrt dazu aufgerufen, die Pille abzusetzen. Parallel ist die Zahl der Abtreibungen um mehr als zehn Prozent gestiegen. Gibt es einen Zusammenhang?

PRAXIS 13



Endometriose-Aktionsplan

In einer Anhörung fordern Fachverbände und Betroffene endlich eine nationale Endometriose-Strategie. Initial sind zwei Fraktionsanträge. Wie eine Strategie nun aussehen könnte.

AKTUELLES



05 Nachrichten

ABRECHNUNG



08 Änderung im EBM
Neu: Kryokonservierung von Ovarialgewebe Kassenleistung

10 Ihre Fragen
Der A&W-Abrechnungsexperte antwortet

TITELGESCHICHTE

18



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.



RECHT 21

Zwei Ärzte - ein Zentrum?

Darf sich eine Praxis, die aus nur zwei Ärzten besteht, als Zentrum bezeichnen? Ein aktuelles Urteil zeigt, wie stark sich die Rechtsprechung inzwischen liberalisiert hat.



FINANZEN 24

Preisanstieg 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.



UPDATE ONKOLOGIE 27

Zervixkarzinom

Jeder Tumor verhält sich anders. Daher ist beim Zervixkarzinom eine gynäkologische Vorsorge auch bei älteren Frauen sinnvoll. Eine frühzeitige Operation kann viel Leid ersparen.

PRAXIS



- 12 Abruption graviditatis
Welchen Einfluss haben Soziale Medien?
- 13 Nationale Endometriose-Strategie
Wacht die Politik endlich auf?
- 14 Fortbildungen von ARZT & WIRTSCHAFT
Interessante CME für Sie
- 15 Kongress im Ausland
Fehlt Ihre A1-Bescheinigung, wird es teuer!
- 16 Stimmungsbarometer
Nachhaltigkeit ist Ärzten wichtig
- 17 Ihre Fragen
Die A&W-Praxisexpertin antwortet

RECHT



- 18 Politische Initiative
MVZ sollen künftig stärker reguliert werden
- 21 Werbung für Arztpraxen
Zwei Ärzte können ein „Zentrum“ bilden
- 23 Ihre Fragen
Die A&W-Rechtsexpertin antwortet

FINANZEN



- 24 Kosten
Preisanstieg beim Praxisbedarf gebremst
- 25 Neuer Honorarbericht
Praxisumsätze steigen leicht an
- 26 Mitarbeiterbindung
Wie Praxischefs mit dem 49-Euro-Ticket punkten können

UPDATE ONKOLOGIE



- 27 Zervixkarzinom
Vorsorge auch im Alter weiter angesagt
- 28 Kolorektalkarzinome
Mehr Darmkrebs bei Kaiserschnitt-Kindern?

MEDIZIN

- 30 Menopause
Evidenzbasierte Phytotherapie bei Wechseljahresbeschwerden
- 30 Dermatosen der Vulva
Hautpflege mit fettreicher Salbe als adjuvante Therapie
- 31 Vaginosen
Vaginale Mischinfektionen antiseptisch behandeln
- 31 Sodbrennen
Pflanzliche Option aus Algen bei Reflux-Beschwerden

THERAPIE-MAGAZIN

- 29 Drovelis®
Die passende Kontrazeption wählen

RUBRIKEN

- 01 Editorial
- 32 Aufgespießt
- 33 Impressum



Ursache unklar

Zahl der Totgeburten auf Rekordhoch

Seit 2007 steigt die Zahl der Totgeburten an. Im Jahr 2007 waren es noch 3,5 Kinder je 1.000 Geburten. Doch im Jahr 2021 gab es einen sprunghaften Anstieg. Nun liegt die Zahl bei 4,3 Totgeburten je 1.000 Geburten und damit um 7,5 Prozent höher als noch 2019. Experten rätseln, was die Ursache sein könnte. Spekuliert wird etwa über die höhere Anzahl an Kaiserschnitten während der Corona-Pandemie. Auch erlitten Frauen, die an COVID-19 erkrankt waren, häufiger eine Fehlgeburt als nicht infizierte Frauen. Christof Kuhbandner, Psychologie-Professor in Regensburg, und

Matthias Reitzner, Mathematik-Professor in Osnabrück, setzten die Daten des Statistischen Bundesamts zur Anzahl der Totgeburten eines Quartals ins Verhältnis zu den Geburten des nächsten Quartals. Sie entdeckten dabei sogar einen Anstieg der Totgeburten im vierten Quartal 2021 um 19,4 Prozent. Auch 2022, heißt es in ihrer Studie, die in der Fachzeitschrift *Cureus* veröffentlicht wurde, bleibe die Totgeburtenrate ungewöhnlich hoch. Es könnte ein Zusammenhang zwischen Totgeburten sowie Corona-Impfungen und -Infektionen bestehen.



AU nach Kündigung nicht verdächtig

Nur weil sich ein Arbeitnehmer nach einer Kündigung bis zum Ende der Anstellung krankmeldet, schließt das den Beweiswert einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU) nicht aus. Entscheidend sei der zeitliche Ablauf. Das hat das Landesarbeitsgericht (LAG) Niedersachsen entschieden (Az. 8 Sa 859/22). Der auf Entgeltfortzahlung Klagende hatte sich erst krankschreiben lassen, einen Tag später erhielt er die Kündigung. Es folgten zwei weitere AU. Dass er einen Tag nach Beschäftigungsende eine neue Tätigkeit aufnahm, reichte nicht, um den Beweiswert der AU zu erschüttern.



Ärzte kritisieren Plan zum eRezept

Nach Vorstellung von Prof. Karl Lauterbach (SPD) halten eRezepte seit dem 1. Juli Einzug in den Alltag. Denn nun sollen sie über die elektronische Gesundheitskarte eingelöst werden können. Das hatte der Bundesgesundheitsminister gegenüber dem Redaktionsnetzwerk Deutschland erklärt. Dabei sind die Voraussetzungen in den Arztpraxen noch nicht flächendeckend gegeben. Das Erwecken eines falschen Eindrucks kritisierte die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die sich auch gegen die verpflichtende bundesweite Einführung des eRezepts zum 1. Januar 2024 ausgesprochen hat. Noch sei die Einlösung in der breiten Anwendung gar nicht erprobt. Man rechne mit einer bis eineinhalb Millionen eRezepte pro Tag, so Dr. Stephan Hofmeister, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KBV. Unklar sei, ob das System unter dieser Last überhaupt funktioniere. Wenn nicht, dann müssten die Patienten erneut zum Arzt.

G-BA aktualisiert DMP für Frauen mit Brustkrebs

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Anforderungen an das Disease-Management-Programm (DMP) für Frauen mit Brustkrebs an den aktuellen Stand des medizinischen Wissens angepasst. Derzeit nehmen rund 172.000 Frauen an dem Programm teil, das ihnen eine strukturierte Behandlung und Nachsorge ermöglicht. Die Aktualisierung basiert auf einer Analyse von 26 medizinischen Leitlinien durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Sie umfasst unter anderem Anpassungen der Empfehlungen zur teilweisen oder vollständigen Mastektomie und wann anschließend eine Strahlentherapie ange-

zeigt ist. Ebenfalls aktualisiert wurden die Empfehlungen zur operativen Entfernung der Lymphknoten in der Achselhöhle, auf die in bestimmten Fällen verzichtet werden kann. Die Entscheidung, ob nach der operativen Entfernung des Brustkrebses eine Chemotherapie durchgeführt werden soll, wurde ebenfalls präzisiert und hängt vom Subtyp des Tumors und einer individuellen Nutzen-Risiko-Abwägung ab. Neben den klinisch-pathologischen Kriterien können auch genetische Biomarkertests herangezogen werden. Die Intervalle der Nachsorgeuntersuchungen wurden entsprechend der neuen Leitlinienempfehlungen ausdifferenziert.



Fotos: LIGHTFIELD STUDIOS - stock.adobe.com, nmnn77 - stock.adobe.com, Rido - stock.adobe.com

Rauchen in der Schwangerschaft

E-Zigaretten keine sichere Alternative

Der Konsum von Nikotin aus E-Zigaretten während der Schwangerschaft ist genauso schädlich für das ungeborene Kind wie herkömmliches Zigarettenrauchen. Zu diesem Ergebnis kommen Forschende im Journal *Developmental Biology*. Nicht wenige Schwangere vermuten in E-Zigaretten eine harmlosere Alternative zum klassischen Glimmstängel. Dieser Irrglaube muss dringend zurechtgerückt werden, unterstreicht Studienautorin Prof. Emily Bates: „Nikotin gelangt durch die Plazenta in den fötalen Blutkreislauf, wo es sich anreichert und höhere Werte als

im mütterlichen Plasma erreichen kann. Dadurch wird die Entwicklung zahlreicher Organe und Systeme gestört.“ Untersucht wurden die Auswirkungen des E-Zigaretten-Dampfs auf die Entwicklung des Fötus im Tiermodell. Bereits geringe Mengen hemmten das Wachstum. Die betroffenen Föten wiesen eine verringerte Größe der Schädel- und Röhrenknochen auf. Auch die Aktivierung bestimmter Gene in der fetalen Lunge wurde durch den nikotinhaltenen E-Zigaretten-Dampf beeinflusst. Auf diese Weise wurde die Entwicklung der Lunge des Kindes gestört.



Impfschaden: Tausende stellen Antrag

Bis Mitte Juni hatten in Deutschland knapp 9.000 Personen einen Antrag auf Anerkennung eines Corona-Impfschadens gestellt. Bei fast 65 Millionen Erstimpfungen stellt also etwas mehr als einer von 10.000 einen Antrag. Das berichtet Zeit Online auf Basis einer Datenabfrage in allen 16 Bundesländern. Von den 8.886 eingereichten Anträgen auf Anerkennung eines Corona-Impfschadens wurden bis dato rund 40 Prozent, 3.488 Anträge, von den Behörden bearbeitet. Von diesen wurden 379 anerkannt (ca. 11 %). Die Anerkennungsquote variiert stark, wobei Nordrhein-Westfalen mit über 21 Prozent die höchste Quote aufweist. In Bayern liegt sie bei rund zehn Prozent. Die Unterschiede könnten durch die Priorisierung von Erfolg versprechenden Anträgen in manchen Bundesländern bedingt sein. Am häufigsten werden Herzmuskelentzündungen und Sinusvenenthrombosen, teils in Verbindung mit einem Mangel an Blutplättchen, anerkannt.

G-BA: Verbandmittel sind nicht flüssig

Seit einiger Zeit drängen relativ teure, arzneimittelähnliche Medizinprodukte wie Gele oder Emulsionen unter dem Label Verbandmittel auf den Markt. Bei diesen halbfesten bis flüssigen Zubereitungen handelt es sich jedoch nicht um Verbandmittel. Das hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) klargestellt. Denn sie erfüllen nicht die Hauptfunktionen von Verbandmitteln wie das Abdecken von Wunden und das Aufsaugen von Wundflüssigkeit. Ab Dezember 2023 dürfen sie nur noch verordnet werden, wenn ihr Nutzen im Einzelfall vom G-BA positiv bewertet wurde.



Brustkrebsfrüherkennung in Thüringen wenig genutzt

In Thüringen könnten rund 333.000 Frauen am Mammographie-Screening teilnehmen. „Doch leider“, so Dr. Arnim Findeklee vom Verband der Ersatzkassen (vdek), „sind die Zahlen der Inanspruchnahme dieser kostenlosen Vorsorgeleistung für die Frauen rückläufig.“ So nahmen laut vdek im ersten Quartal dieses Jahres nur 27.542 von knapp 50.000 eingeladenen Frauen die Mammographie in Anspruch. Im Vergleich zum Vorjahreszeitraum, als rund 49.000 Frauen zu dieser Früherkennung eingeladen wurden, ist die Teilnehmerinnenquote rückläufig. Damals nutzten 28.155 Frauen das Angebot. Seit 2007 wird das Mammographie-

Screening in Thüringen flächendeckend angeboten. Warum die Nutzung sinkt, ist unklar, könnte aber mithilfe von Umfragen erhoben werden. Schließlich handelt es sich mit mehr als 70.000 Neuerkrankungen jährlich um die häufigste Krebserkrankung bei Frauen in Deutschland. Im Zuge des Screenings erhalten sechs von 1.000 Frauen die Diagnose Brustkrebs. Allerdings bietet die Mammographie die wertvolle Möglichkeit, Brustkrebs in einem frühen Stadium zu erkennen und damit die Heilungschancen deutlich zu verbessern. Bundesweit werden durch das Programm jährlich 16.000 bösartige Tumoren erkannt und behandelt.

SCHÜTZEN SIE MUTTER UND KIND DURCH EINE PERTUSSIS-IMPfung IN DER SCHWANGERSCHAFT

Sprechen Sie noch heute mit Ihren Patientinnen

boostrix



boostrix polio



Jetzt scannen und mehr erfahren:



IMPfBERATUNG IST SCHWANGERSCHAFTSVORSORGE

Schützen Sie Ihre Patientinnen sowie deren Neugeborene und junge Säuglinge mit Boostrix gegen Tetanus, Diphtherie und Pertussis und bei Indikation mit Boostrix Polio zusätzlich gegen Poliomyelitis.¹

Referenzen: 1. Fachinformation Boostrix, Stand April 2023 / Fachinformation Boostrix Polio, Stand April 2023.

Boostrix / Boostrix Polio

Wirkstoff: Diphtherie-Tetanus-Pertussis (azellulär)-Kombinationsimpfstoff bzw. Diphtherie-Tetanus-Pertussis (azellulär)-inaktivierter Poliomyelitis-Kombinationsimpfstoff (adsorbiert) **Zusammensetzung:** 1 Impfdosis Boostrix (0,5 ml Suspension) enthält: ≥ 2 I.E. (2,5 Lf) Diphtherietoxoid, ≥ 20 I.E. (5 Lf) Tetanustoxoid, 8 μ g Pertussistoxoid (PT), 8 μ g filamentöses Haemagglutinin (FHA), 2,5 μ g Pertactin (69 kD, PRN), adsorbiert an Aluminiumhydroxid gesamt 0,3 mg AP⁺ und an Aluminiumphosphat gesamt 0,2 mg AP⁺; Der Impfstoff kann Spuren von Formaldehyd enthalten. Boostrix Polio enthält zusätzlich inaktivierte, in Affenriemen-Zellkulturen (VERO-Zelllinie) vermehrte Poliomyelitis-Viren 40 D-Antigeneinheiten Typ 1 (Mahoney), 8 D-Antigeneinheiten Typ 2 (MEF1), 32 D-Antigeneinheiten Typ 3 (Saukett). Der Impfstoff kann Spuren von Formaldehyd, Neomycin und Polymyxin enthalten. Sonstige Bestandteile: Natriumchlorid, Wasser für Injektionszwecke. Weitere sonstige Bestandteile in Boostrix Polio: Der Impfstoff enthält $< 0,07$ Nanogramm Para-Aminobenzoensäure pro Dosis und 0,0298 Mikrogramm Phenylalanin pro Dosis; Medium 199 (als Stabilisator, bestehend aus Aminosäuren (enthalten Phenylalanin), Mineralsalzen (enthalten Natrium und Kalium), Vitaminen (enthalten Para-Aminobenzoensäure) und anderen Substanzen). **Anwendungsgebiete:** Auffrischung gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis ab dem vollendeten 4. Lebensjahr bzw. Diphtherie, Tetanus, Pertussis und Poliomyelitis bei Personen ab dem vollendeten 3. Lebensjahr. Passiver Schutz gegen Pertussis im frühen Säuglingsalter nach mütterlicher Immunisierung während der Schwangerschaft. **Gegenanzeigen:** Bekannte Überempfindlichkeit gegen einen der Bestandteile des Impfstoffes oder Neomycin, Polymyxin und Formaldehyd. Zeichen einer Überempfindlichkeitsreaktion nach früherer Verabreichung von Diphtherie-, Tetanus-, Pertussis- oder Poliomyelitis-Impfstoffen, Enzephalopathie unbekannter Genese innerhalb einer Woche nach früherer Impfung mit einem Pertussisimpfstoff, passagere Thrombozytopenie oder neurologische Komplikationen (Krampfanfälle, hypoton-hyporesponsive Episoden) nach früherer Diphtherie- und/oder Tetanusimpfung. Zurückstellung bei akuten und mit hohem Fieber einhergehenden Erkrankungen. **Nebenwirkungen:** Im Alter von 4 bis 8 Jahren: **Sehr häufig:** Schmerzen, Rötung und Schwellungen an der Injektionsstelle, Müdigkeit, Schläfrigkeit, Reizbarkeit. **Häufig:** Fieber $\geq 37,5$ °C einschließlich > 39 °C, ausgedehnte Schwellung der Extremität, an der die Impfung vorgenommen wurde (manchmal unter Einbeziehung des angrenzenden Gelenks), Durchfall, Erbrechen, gastrointestinale Beschwerden, Appetitlosigkeit, Kopfschmerzen. **Gelegentlich:** Infektion der oberen Atemwege, Aufmerksamkeitsstörungen, Konjunktivitis, Hautausschlag, andere Reaktionen an der Injektionsstelle (wie Verhärtung), Schmerzen. Ab einem Alter von 10 Jahren: **Sehr häufig:** Schmerzen, Rötung und Schwellungen an der Injektionsstelle, Unwohlsein, Müdigkeit, Kopfschmerzen. **Häufig:** Fieber $\geq 37,5$ °C, Reaktionen an der Injektionsstelle (wie Verhärtung und steriler Abszess an der Injektionsstelle), Übelkeit, gastrointestinale Beschwerden, Schwindel. **Gelegentlich:** Fieber $\geq 39,0$ °C, grippeähnliche Beschwerden, Schmerzen, Arthralgie, Myalgie, Gelenksteife, Steifheit der Skelettmuskulatur, Hyperhidrose, Pruritus, Hautausschlag, Durchfall, Erbrechen, Infektion der oberen Atemwege, Pharyngitis, Lymphadenopathie, Synkope, Husten. Folgende Nebenwirkungen traten nach Markteinführung altersunabhängig auf: hypoton-hyporesponsive Episoden, Krampfanfälle, Angioödem, Urtikaria, Asthenie. Folgende weitere Nebenwirkungen traten im Zusammenhang mit einer Impfung mit Boostrix Polio auf: Im Alter von 4 bis 8 Jahren: **Häufig:** Reaktionen an der Injektionsstelle (wie Blutung, Pruritus und Verhärtung). **Gelegentlich:** Lymphadenopathie, Schlafstörungen, Apathie, trockener Rachen, Übelkeit, Bauchschmerzen. Ab einem Alter von 10 Jahren: **Sehr häufig:** Schmerzen an der Injektionsstelle. **Häufig:** Reaktionen an der Injektionsstelle (wie Hämatom, Pruritus, Verhärtung, Wärme und Taubheit), Bauchschmerzen, Erbrechen. **Gelegentlich:** Herpes labialis, Parästhesie, Asthma, Schläfrigkeit, Schüttelfrost. Sehr selten ist nach Verabreichung von Tetanustoxoid-haltigen Impfstoffen über Erkrankungen des zentralen oder peripheren Nervensystems, einschließlich aufsteigender Lähmungen bis zur Atemlähmung (z. B. Guillain-Barré-Syndrom) berichtet worden. Wie bei allen Impfstoffen können sehr selten allergische oder anaphylaktische Reaktionen auftreten. **Verschreibungspflichtig.** Stand: April 2023. **GlaxoSmithKline GmbH & Co KG, 80700 München. de.gsk.com**

Weitere Informationen über das Arzneimittel:

Dosierung und Art der Anwendung: Eine Impfdosis von 0,5 ml tief i.m. **Weitere Warnhinweise laut Fachinformation:** Boostrix / Boostrix Polio sind bei Patienten mit Thrombozytopenie oder einer Blutgerinnungsstörung mit Vorsicht zu verabreichen. Der Impfstoff kann diesen Personen subkutan verabreicht werden, wenn dies in Übereinstimmung mit offiziellen Empfehlungen erfolgt. Boostrix / Boostrix Polio dürfen unter keinen Umständen intravasal gegeben werden. Bei Jugendlichen kann es als psychogene Reaktion auf die Nadelinjektion nach oder sogar vor einer Impfung zu einer Synkope (Ohnmacht) kommen. **Weitere Informationen siehe Fachinformation. Nebenwirkungsmeldungen richten Sie bitte ggf. an die GSK-Hotline: 0800-1223355.**



Neue Abrechnungsziffern

Kryokonservierung von Ovarialgewebe ist jetzt Kassenleistung

Frauen mit Kinderwunsch, die sich einer keimzellschädigenden Therapie unterziehen müssen und die Möglichkeiten zum Erhalt ihrer Fertilität maximal ausschöpfen möchten, blieb in der Vergangenheit nichts anderes übrig, als in den eigenen Geldbeutel zu greifen. Seit Juli übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen in solchen Fällen die Kosten für die Kryokonservierung von Ovarialgewebe. Lesen Sie, wie Reproduktionsmediziner abrechnen können.



Mit der Diagnose Krebs bricht für viele Frauen eine Welt zusammen. Zukunftspläne müssen verworfen oder neu überdacht werden. Der Preis für das eigene Überleben ist oft der Verzicht auf leiblichen Nachwuchs, denn viele onkologische Therapien sind keim-schädigend. Konservierende Methoden zum Erhalt der Fruchtbarkeit bieten einen Ausweg aus dieser Misere.

Das Einfrieren von Ei- und Samenzellen sowie von männlichem Keimzellgewebe ist seit 2021 bereits Kassenleistung. Seit dem 1. Juli übernehmen die gesetzlichen

Krankenkassen (GKV) in begründeten Fällen auch die Kosten für die Kryokonservierung von Ovarialgewebe. Damit eröffnet der Gesetzgeber schwerkranken Menschen eine weitere Möglichkeit, nach einer keimzellschädigenden Behandlung Kinder zu bekommen. Dafür wurden extra vier neue Gebührenordnungspositionen (GOP) in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen.

Wer kann die neuen GOP abrechnen?

Fachärztinnen und Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwer-

punkt Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin sind berechtigt, die neuen GOP zu Lasten der GKV in Rechnung zu stellen – vorausgesetzt sie sind in einer Praxis oder Einrichtung tätig, welche die Vorgaben gemäß § 6 Absatz 1 und Absatz 2 Nr. 1 der „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe sowie entsprechende medizinische Maßnahmen wegen keimzellschädigender Therapie (Kryo-RL)“ erfüllt.

Wann erstattet die GKV die Kosten?

Die GOP zur Kryokonservierung können bei Versicherten berechnet werden, die gemäß § 2 Kryo-RL anspruchsberechtigt sind.

Das Einfrieren von Eierstockgewebe zu Lasten der GKV kommt in der Regel dann infrage, wenn es nicht möglich ist, Eizellen direkt einzufrieren. Dies kann beispielsweise der Fall sein, wenn aufgrund eines sexualhormonabhängigen Tumors (z. B. Brust-, Eierstock- und Gebärmutterkrebs) eine Kontraindikation für die hormonelle Stimulation zur Gewinnung von Eizellen

WELCHE ALTERSGRENZEN GIBT ES FÜR DEN ANSPRUCH AUF KRYOKONSERVIERUNG?

Der gesetzliche Anspruch auf Entnahme und Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen beziehungsweise von Keimzellgewebe besteht für gesetzlich versicherte ...



Frauen bis zur
Vollendung des
**40.
Lebensjahres**



Männer bis zur
Vollendung des

**50.
Lebensjahres**

Quelle: KBV

besteht. Die GKV übernimmt ebenfalls die Kosten für die Kryokonservierung von Ovarialgewebe zum Fertilitätserhalt, wenn die Patientin so schwer erkrankt ist, dass die Therapie keinen Aufschub duldet und somit die Zeit für eine hormonelle Eizellen-Stimulation nicht gegeben ist.

Die Gewinnung von Ovarialgewebe ist in der Richtlinie zur Kryokonservierung ab der Pubertät, frühestens nach der Menarche, und bis zur Vollendung des 40. Lebensjahres vorgesehen.

GOP 08622

Diese Gebührenordnungsposition umfasst die reproduktionsmedizinische Beratung und Aufklärung im Zusammenhang mit der Kryokonservierung von Ovarialge-

KOMPAKT

Wer entscheidet, ob eine Therapie keimzellschädigend ist?

Grundsätzlich entscheidet der Facharzt, der auch die Grunderkrankung diagnostiziert oder behandelt, ob eine Therapie keimzellschädigend ist und stellt eine entsprechende Bescheinigung für den Reproduktionsmediziner aus.

Zu den keimzellschädigenden Behandlungen zählen insbesondere die operative Entfernung von Keimdrüsen, eine Strahlentherapie mit zu erwartender Schädigung der Keimdrüsen sowie potentiell fertilitätsschädigende Medikationen.



Eine Krebserkrankung muss heutzutage nicht mehr automatisch das Ende eines Kinderwunsches bedeuten.

webe und ist mit 128 Punkten (14,71 €) bewertet. Sie kann je vollendete zehn Minuten dreimal – mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit sogar bis zu viermal – im Krankheitsfall berechnet werden. Ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde ge-

mäß Anlage 31b zum BMV-Ä ist dafür allerdings unerlässlich.

Gut zu Wissen: Die GOP 08622 ist sowohl vor der Entnahme von Ovarialgewebe als auch vor dem Auftauen des Eierstockgewebes berechnungsfähig.

GOP 08642

Mit der GOP 08642 wird die Aufbereitung und Untersuchung des Ovarialgewebes nach der Entnahme zur Kryokonservierung abgerechnet. Diese mit 1.210 Punkten bewertete Position ergibt aktuell ein Honorar von 139,05 Euro.

GOP 08643

Das Aufbereiten und Einfrieren von Eierstockgewebe ist in der GOP 08643 mit 1.234 Punkten und damit derzeit 141,81 € bewertet.

GOP 08649

Wird das Ovarialgewebe wieder aufgetaut und für die Wiederherstellung der Empfängnisfähigkeit aufbereitet, kann die GOP 08649 angesetzt werden. Das entspricht aktuell einem Honorar von 100,67 Euro.

Wichtig: Die Berechnung der GOP 08649 setzt die Durchführung einer reproduktionsmedizinischen Beratung und Aufklärung gemäß der GOP 08622 im selben Krankheitsfall voraus.

Belasten die neuen GOP das Budget?

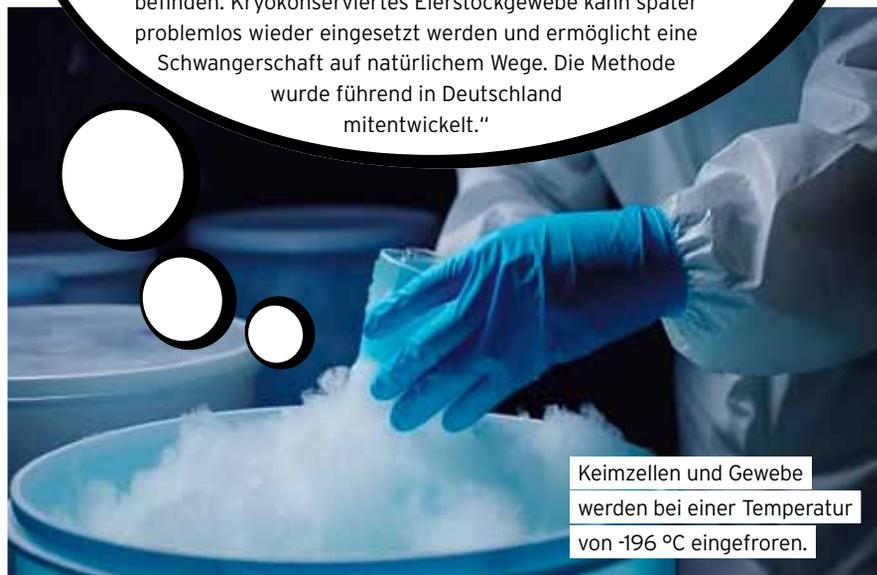
Nein, die Vergütung der vier neuen Gebührenordnungspositionen für die Beratung, Aufbereitung und Untersuchung sowie das Einfrieren und Auftauen von Ovarialgewebe erfolgt extrabudgetär.

Nina Grellmann

MEINUNG

Das denkt die Deutsche Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs über die Kryokonservierung von Ovarialgewebe

„Die Kryokonservierung von Eierstockgewebe hat für junge Frauen den großen Vorteil, dass sie mit einem sehr kleinen Eingriff praktisch sofort durchgeführt werden kann. Anders als bei der Eizellkonservierung ist keine zeitintensive hormonelle Stimulation notwendig. Allerdings eignet sich die Konservierung von Eierstockgewebe nur für Erkrankungen, bei denen keine Gefahr besteht, dass sich Krebszellen in den Eierstöcken befinden. Kryokonserviertes Eierstockgewebe kann später problemlos wieder eingesetzt werden und ermöglicht eine Schwangerschaft auf natürlichem Wege. Die Methode wurde führend in Deutschland mitentwickelt.“



Keimzellen und Gewebe werden bei einer Temperatur von -196 °C eingefroren.

Fotos: Photographee.eu - stock.adobe.com, karina_lo - stock.adobe.com, Fiedels - stock.adobe.com, AdobeStock, 32 pixels - stock.adobe.com, winterbee/gettyimages



Ihre Fragen an unseren Abrechnungsexperten

Dr. med. Ulrich Karbach, Ressortleiter Abrechnung



EBM

Prüfzeit

Ich arbeite sehr zügig und fürchte deswegen Ärger wegen der Prüfzeit. Gibt es Argumente, um solchen Ärger zu vermeiden?

Andreas B., Gynäkologe, Niedersachsen

Zuerst einmal zur Erläuterung: In Anhang 3 des EBM werden Kalkulationszeit und Prüfzeit aufgelistet. Die Kalkulationszeit ist der Zeitbedarf, den eine erfahrene Kollegin oder ein erfahrener Kollege für die ordnungsgemäße Erbringung der Leistung benötigt. Die kürzere Prüfzeit vermeidet also in der Regel, dass Vertragsärzte auffällig werden, wenn sie die Gebührenordnungspositionen zügig, aber komplett erbringen.

Eine der wenigen Ausnahmen ist die Grundpauschale. Diese geht nur in das Quartalsprofil ein. Wenn eine Frau wegen eines banalen Harnwegsinfektes einmal die Praxis aufsucht, bleibt man unter der Prüfzeit. Solche Fälle sind aber selten. Der Hinweis auf die eigene Effektivität hat bislang noch keine Prüfungskommission überzeugt.

EBM

Kodierung

Wir müssen in unserem Fachgebiet endständig kodieren. Macht das überhaupt Sinn?

Dr. med. Myriam O., Berlin

Bei jeder Abrechnung muss die Behandlungsdiagnose angegeben werden. Wenn diese im Rahmen einer Prüfung mit der abgerechneten Diagnose und der verordneten Medikation zusammengeführt wird, fällt relativ schnell auf, ob das passt oder aber unschlüssig ist. Man muss dazu wissen, dass weder bei einer Plausibilitätsprüfung noch bei einer Wirtschaftlichkeitsprüfung gewährleistet ist, dass Fachkollegen in dem Gremium sitzen. Das könnte dazu verleiten, aus Gründen der Zeiterparnis den ICD-10-Kode beizubehalten, auch wenn sich die Behandlungsdiagnose geändert hat. Dann fällt sowohl eine aufwendige und somit meist teurere Diagnostik auf als auch eine Medikation, die nur bei komplizierten Fällen eingesetzt wird und bei einfachen Fällen unwirtschaftlich ist.



A&W-Kontakt

Schicken Sie uns Ihre Fragen:

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

und per Fax unter 08191 3055591

EBM

Psychosomatik

Aktuell höre ich, dass die Abrechnung der psychosomatischen Grundversorgung häufiger abgelehnt wird. Was für Gründe gibt es dafür?

Dr. med. Nina H., NRW

Im fachärztlichen Versorgungsbereich gibt es für die sprechende Medizin anders als im hausärztlichen Versorgungsbereich kaum Gebührenordnungspositionen (GOP). Da könnte man vermuten, dass die GOP 35100 und 35110 für die psychosomatische Grundversorgung häufiger abgerechnet werden, sofern man die entsprechende Qualifikation und Genehmigung hat.

Wichtig ist allerdings die passende Kodierung: Mit einer F52.5 ist ein nichtorganischer Vaginismus zum Beispiel nach einer Vergewaltigung passend kodiert. Wer aber N94.2, also den organischen Vaginismus, kodiert, braucht sich nicht zu wundern, dass die Psychosomatikziffern des EBM gestrichen werden. Es sei denn, es liegt noch eine andere passende F-Diagnose vor.

GOÄ

Rechnungsstellung

Ich habe gehört, dass man auch die aktuelle Inflationsrate angeben könne, um einen höheren Steigerungsfaktor zu begründen.

Dr. med. Norbert H., Hessen

Dieser Irrglaube, der auch von einzelnen Berufsverbänden kommuniziert wurde, hält sich leider stabil in den Köpfen einiger Menschen.

In der GOÄ ist in § 5 (2) der Allgemeinen Bestimmungen klar geregelt, dass nur dann eine Gebühr über dem Schwellenwert angesetzt werden darf, wenn die Schwierigkeit, der Zeitaufwand oder die Umstände der Ausführung der Leistung dies begründen. Dazu zählt die aktuelle Inflationsrate definitiv nicht.

Ganz wichtig: Ein Steigerungssatz über dem Schwellenwert betrifft die einzelne Leistung. Folglich muss bei jeder Leistung, die über dem Schwellenwert abgerechnet werden soll, eine plausible Begründung stehen, die § 5 (2) gerecht wird.



Meine Zeit? KANN WEITERLAUFEN.



Weitere
Informationen

Zeit ist kostbar. Vertrauen Sie auf den CDK4/6-Inhibitor KISQALI® bei der Behandlung ihrer metastasierten HR+/HER2- Brustkrebs-Patientinnen. KISQALI® zeigte eine signifikante Verlängerung des Gesamtüberlebens – unabhängig von Menopausen-Status, endokrinem Partner, Therapielinie und Metastasen-Anzahl und-Lokalisation.¹⁻⁵

 **KISQALI**®
ribociclib

HER2-: Wachstumsfaktor-Rezeptor-2-negativ; HR+: Hormonrezeptor-positiv.

1. Aktuelle Fachinformation KISQALI®. 2. Hortobagyi GN et al. N Engl J Med. 2022; 386(10): 942 - 950. 3. Slamon DJ et al. Ann Oncol. 2021; 32(8): 1015 - 1024. 4. Lu YS et al. Clin Cancer Res. 2022; 28(5): 851 - 859. 5. Yardley D et al. ESMO 2022. Abs. 2554. **KISQALI® 200 mg Filmtabletten. Wirkstoff:** Ribociclib. **Zus.-setz.:** 1 Tablette enth.: Arznei. wirksamer Bestandteil: 200 mg Ribociclib. **Sonst. Bestandt.:** Mikrokristalline Cellulose, Crospovidon (Typ A), Hyprolose (5,0-16,0% m/m Hydroxypropoxy-Gruppen), Magnesiumstearat, Hochdisperses Siliciumdioxid, Eisen(II,III)-oxid (E172, schwarz), Eisen(III)-oxid (E172, rot), Phospholipide aus Sojabohnen (E322), Poly(vinylalkohol), Talkum, Titandioxid (E171), Xanthangummi. **Anwend.-gebiete:** Zur Behandlung d. Hormonrezeptor(HR)-positiven, humanen epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptor- 2(HER2)-negativen, lokal fortgeschrittenen od. metastasierten Mammakarzinoms in Kombination mit e. Aromatasehemmer oder Fulvestrant bei Frauen als initiale endokrin-basierte Therapie oder bei Frauen mit vorangegangener endokriner Therapie. Bei prä- oder perimenopausalen Frauen sollte die endokrine Therapie mit einem LHRH-Agonisten (Luteinising Hormone-Releasing Hormone) kombiniert werden. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen d. Wirkstoff od. gegen Erdnuss, Soja oder e. d. sonst. Bestandt. **Nebenwirkungen:** Sehr häufig: Infektionen (wie Harnwegsinfektionen, Atemwegsinfektion, Gastroenteritis, Sepsis (<1%)), Neutropenie, Leukopenie, Anämie, Lymphopenie, Verminderter Appetit, Kopfschmerzen, Benommenheit, Dyspnoe, Husten, Übelkeit, Diarrhö, Erbrechen, Obstipation, Abdominalschmerzen (Bauchschmerzen, Oberbauchschmerzen), Stomatitis, Dyspepsie, Alopezie, Hautausschlag (einschließlich makulopapulöser Hautausschlag, juckender Hautausschlag), Pruritus, Rückenschmerzen, Fatigue, peripheres Ödem, Pyrexie, Asthenie. **Abnormale Ergebnisse von Leberfunktionstests** (ALT erhöht, AST erhöht, Bilirubin im Blut erhöht). Häufig: Thrombozytopenie, febrile Neutropenie, Hypokalzämie, Hypokaliämie, Hypophosphatämie. **Schwindel.** Erhöhter Tränenfluss, trockenes Auge, Synkope. **Interstitielle Lungenkrankheit** (ILD)/Pneumonitis. **Dysgeusie.** **Hepatotoxizität** (hepatische Zytolyse, hepatzelluläre Schädigung, arzneimittelbedingter Leberschaden (<1%), Hepatotoxizität, Leberschaden, autoimmune Hepatitis (Einzelfall)). **Hauttrockenheit, Erythem, Vitiligo.** **Oropharyngeale Schmerzen Mundtrockenheit.** Erhöhter Kreatininwert im Blut, verlängerte QT-Zeit im Elektrokardiogramm. **Nicht bekannt:** Toxische epidermale Nekrolyse (TEN). **Warnhinweise:** Enthält Phospholipide aus Sojabohnen. **Verschreibungspflichtig.** **Weitere Hinweise:** Siehe Fachinformation. **Stand:** Dezember 2022 (MS 12/22.16). **Novartis Pharma GmbH, Roonstr. 25, 90429 Nürnberg.** **Tel.:** (0911) 273-0, **Fax:** (0911) 273-12 653. **www.novartis.de**



Abruptio graviditatis

Welchen Einfluss haben Soziale Medien?

Im Internet werden junge Frauen vermehrt dazu aufgefordert, die Pille abzusetzen. Parallel ist die Zahl der Abtreibungen um mehr als zehn Prozent angestiegen. Gibt es einen Zusammenhang?

Unter dem Hashtag #pilleabsetzen wird auf Instagram vor Nebenwirkungen gewarnt, teils garniert mit „radikalen und einseitig negativen Kommentaren“, wie der Berufsverband der Frauenärzte (BVF) analysiert hat.

Die verunsicherte Nutzerin wird im selben Sozialen Netzwerk unter #natürlichverhüten schnell fündig. Denn dort sind Beraterinnen zur natürlichen Familienplanung (NFP) sehr aktiv. Nun hat zwar die symptothermale Methode – konsequent angewandt – einen Pearl Index von 0,4. Doch das gilt für Frauen, die geschult wurden und im Alltag keine Anwendungsfehler machen. Aber gönnt sich jede junge Internetnutzerin nach diesen Eindrücken einen Kurs, der mehrere hundert Euro kostet und Stunden in Anspruch nimmt? Oder könnten einige glauben, die Zyklus-App auf dem Smartphone würde im Wesentlichen schon ausreichen?

Hormon-Ängste bei sexuell aktiven jungen Frauen nehmen zu

Nach Untersuchungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) befürchtet inzwischen ein Drittel der

sexuell aktiven Mädchen unter 18 Jahren körperliche und seelische Schäden durch hormonelle Verhütung. Gleichzeitig ist die Pillennutzung bei den 18- bis 29-Jährigen von 72 Prozent auf 56 Prozent gesunken. Zwar gibt es parallel einen Anstieg bei der Kondomnutzung (Pearl Index bestenfalls 2): 46 Prozent der Erwachsenen nutzten 2019 das Kondom gegenüber 37 Prozent im Jahr 2011. Das wiegt jedoch den Rückgang der Pillennutzung insbesondere bei den Jüngeren nicht auf. Klafft nun eine Lücke bei der sicheren Verhütung?

Trend zu immer mehr Abbrüchen setzt sich auch 2023 fort

Die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche scheint dies nahezulegen. Im Jahr 2022 registrierte das Statistische Bundesamt einen Anstieg um 9,9 Prozent bei den gemeldeten Schwangerschaftsabbrüchen. Zwar hatte es im Jahr 2021 einen Tiefstand gegeben, vermutlich infolge der Kontaktbeschränkungen in den Coronajahren und weniger Spontan- beziehungsweise Gelegenheits-Sex. Doch mit rund 104.000 Schwangerschaftsabbrüchen han-

delt es sich gleichzeitig um den höchsten Stand seit einem Jahrzehnt. Medizinische Gründe oder Sexualdelikte bedingten vier Prozent der Abtreibungen. Der überwiegende Teil wurde nach der sogenannten Beratungsregelung vorgenommen. Der größte Teil der Abtreibenden (70 %) war zwischen 18 und 34 Jahre alt, drei Prozent waren unter 18 Jahren. Auch im 1. Quartal 2023 blieb der Trend zu immer mehr Schwangerschaftsabbrüchen ungebrochen. Gegenüber dem Vorjahresquartal gab es eine erneute Zunahme um 6,8 Prozent.

Der BVF betont die Bedeutung der persönlichen Verhütungsberatung beim Facharzt oder bei der Fachärztin. Immer öfter würden junge Frauen in ihre Sprechstunde kommen, die beim Thema Verhütung schon sehr voreingenommen sind, berichtet Dr. Cornelia Hösemann, Vorstandsmitglied des BVF. Es gilt, negative Erfahrungsberichte in Relation zu setzen. Einzelmeinungen sind nicht pauschal übertragbar und berücksichtigen nicht die Vielfalt der Hormonpräparate. Doch emotionale Schilderungen können sich tief ins Gedächtnis der jungen Frauen eingraben.

Deborah Weinbuch



WENIGER ABGESICHERT

Die neunte Welle der BZgA-Studie „Jugendsexualität“ zeigt für das Jahr 2019 gegenüber dem Jahr 2014 einen Rückgang der kombinierten Pille- und Kondom-Nutzung sowie der Pillennutzung insgesamt von -14 Prozent beim ersten Geschlechtsverkehr. 55 Prozent der 14- bis 17-jährigen Mädchen stimmten der Aussage zu: „Verhütung mit der Pille oder Hormonen in anderer Form hat negative Auswirkungen auf Körper und Seele.“ Ein Viertel hielt die Pille für ungeeignet für sehr junge Mädchen. Mit 17 Jahren hatten 69 Prozent der Mädchen deutscher Herkunft schon Geschlechtsverkehr und 37 Prozent derer mit Migrationshintergrund.

Foto: (JLCo) Julia Amaral - stock.adobe.com

Nationale Endometriose-Strategie

Wacht die Politik endlich auf?

In einer Anhörung im Gesundheitsausschuss fordern Fachverbände und Betroffene endlich eine nationale Endometriose-Strategie. Initial sind zwei Fraktionsanträge von CDU/CSU und DIE LINKE. Wie eine solche Strategie aussehen könnte und was Deutschland von anderen Ländern lernen könnte.

Jahrelange Schmerzen, zwei Darmspiegelungen, zwei Magenspiegelungen, eine Blasenspiegelung, aber keine Diagnose. So schildert die 30-jährige Natascha Lowitzki in einer öffentlichen Anhörung des Gesundheitsausschusses Ende März 2023 ihre Odyssee durch das Gesundheitssystem. Erst nach zwölf Jahren erhält sie die Diagnose Endometriose.

Kein Einzelfall. Laut der Arbeitsgemeinschaft Endometriose und der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Endoskopie sei aktuell von zwei bis vier Millionen Betroffenen in Deutschland auszugehen, jährlich kämen rund 40.000 Neuerkrankungen hinzu. Die Diagnose werde im Mittel um zehn Jahre verschleppt.

Australien und Frankreich Vorreiter

Ein Grund, weshalb sich nun auch die Politik mit der Krankheit beschäftigt. Der öffentlichen Anhörung im Gesundheitsausschuss lagen der Antrag der CDU/CSU Fraktion „Endometriose – Endlich verstehen, behandeln, erforschen, begleiten“ sowie der Antrag der Fraktion DIE LINKE „Endometriose wirksam bekämpfen“ zugrunde. Die CDU/CSU fordert eine nationale Endometriose-Strategie sowie den Ausbau und die Stärkung von Endometriose-Zentren in Deutschland. Auch müsse dafür gesorgt werden, dass Leistungen in den Endometriose-Fachberatungen an Kliniken, bei Gynäkologen oder Allgemeinmedizinerinnen angemessen vergütet werden können. Die Linksfraktion fordert in ihrem Antrag eine Strategie, um die Krankheit in das gesellschaftliche Bewusstsein zu rücken und sich deren Erforschung und Bekämpfung zu widmen. Sie schlägt unter anderem ein Endometriose-Register und eine Aufklärungskampagne vor.

Länder wie Australien und Frankreich machen bereits vor, wie es gehen kann. In

WUSSTEN SIE, DASS ...

8 bis 15 %

aller Mädchen und Frauen
Schätzungen zufolge von
Endometriose betroffen
sind?

bei **40 bis 50 %** der Frauen,
die ungewollt kinderlos
bleiben, Endometriose die
Ursache ist?

im Alter von
35 bis 45
Jahren die höchste
Wahrscheinlichkeit zum
Auftreten einer
Endometriose liegt?

Australien existiert seit 2018 ein Nationaler Aktionsplan für Endometriose. Er baut auf die drei Schwerpunkte Aufklärung und Bildung, Klinische Verwaltung und Pflege sowie bedarfsgerechte Forschung auf. In Frankreich gibt es seit Anfang 2022 eine nationale Strategie gegen Endometriose. Auch sie setzt auf Aufklärung und Information, Forschung und Diagnostik.

In der öffentlichen Anhörung des Gesundheitsausschusses forderten die Fachverbände ein Programm zur Früherkennung von Endometriose, sektorenübergreifende Therapie und leistungsgerechte Kostenerstattung, die an die Komplexität der Behandlung angepasst werden müsse. Nach Einschätzung der Endometriose-



Quelle: Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V.

Vereinigung sei selbst nach einer gesicherten Diagnose die Versorgungslage problematisch, insbesondere bestehe ein Bedarf an psychosozialen Unterstützungs- und Beratungsangeboten. Nach Ansicht des Verbandes müsse neben der Endometriose auch die eng verwandte und oft begleitende Adenomyose beachtet werden.

Bundesregierung muss handeln

Der Bundestag ist nun aufgefordert, die Bundesregierung anzuhalten, schnellstmöglich eine nationale Strategie gegen Endometriose zu erarbeiten und zu deren Umsetzung ausreichende Haushaltsmittel zur Verfügung zu stellen, geeignete Forschungs- und Behandlungsstrukturen aufzubauen und eine Aufklärungskampagne zu entwerfen. Die Betroffene Natascha Lowitzki sagte in der Anhörung: „Die Endometriose zerstört Hoffnungen, Träume, Karrieren und Beziehungen.“ Betroffenen könnte dann besser geholfen werden.

Ina Reimsch

Fotos: hosrorik - stock.adobe.com, Hasbi Creative - stock.adobe.com

Fortbildungen von ARZT & WIRTSCHAFT

Interessante CME für Sie

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



Haben Sie mal Lust auf eine CME? ARZT & WIRTSCHAFT hat für Sie zahlreiche CME-Fortbildungen im Angebot, die sich rund um die erfolgreiche Praxisführung drehen.

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

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

Alle CME-Fortbildung finden Sie online auf:



cme.medlearning.de/aw.htm



Patienten mit Arztphobie und anderen Angststörungen behandeln

Patientinnen und Patienten, die starke Einschränkungen in Kauf nehmen, anstatt sich behandeln zu lassen, leiden oft unter übersteigerten Ängsten bis hin zu Angststörungen. Sie benötigen besondere Ansprache und Begleitung. Verschiedene Formen von Angststörungen können den Besuch einer Arztpraxis verhindern, darunter die Mysophobie

(Ansteckungsphobie) und die Iatrophobie (Arztphobie). Doch auch ein generelles Bedrohungsempfinden kann dazu führen. Zentrale Ansätze in der Arzt-Patienten-Interaktion sind hier das Vermitteln von Sicherheit und individuell zugeschnittene Gesprächsstrategien.

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



Zeitmanagement - effiziente Struktur schafft Zeit für Patienten

Ein gut eingespieltes Arzt-MFA-Team ist ein wichtiger Grundstein für eine effektive und gute Patientenbetreuung. Die Basis dafür sind Strukturen, die möglichst viel Raum für Ihre eigentliche ärztliche Aufgabe bieten: die Behandlung Ihrer Patienten. In dieser Fortbildung erfahren Sie, was Sie tun können, wenn Sie den ganzen Tag rotiert haben und dennoch

viele Aufgaben nicht erledigen konnten. Um Ihren Arbeitsalltag beziehungsweise den Praxisablauf zu strukturieren, können Sie bewährte Ansätze miteinander kombinieren. Unterstützen Sie zudem Mitarbeitende fokussiert zu arbeiten, um auch etwaige Tendenzen zur Prokrastination zu überwinden.

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



Sexuelle Gewalt - Betroffene in der Praxis umfassend betreuen

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

als Zeuge im Strafprozess sowie die Bedeutung des Befundbogens als Urkunde erklärt. Ärzte erhalten hilfreiche Tipps für die Aufklärung des Patienten sowie für die Befunderhebung sowie wichtige Empfehlungen für die Praxisorganisation und für die Betreuung der Patientinnen und Patienten.

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



Fotos: fizkes/gettyimages, BillionPhotos.com - stock.adobe.com, Syda Productions - stock.adobe.com, Grustock - stock.adobe.com

Kongress im Ausland

Fehlt Ihre A1-Bescheinigung, wird es teuer!

Besuchen Ärzte im Ausland einen Kongress, müssen sie bei jedem Grenzübertritt eine A1-Bescheinigung dabei haben. Wie sie diese erhalten.

Für in Deutschland niedergelassene Ärztinnen und Ärzte gelten immer die hiesigen Sozialversicherungsvorschriften. Auch wenn sie für eine Fortbildung oder einen Kongress ins Ausland fahren, unterliegen sie weiterhin dem deutschen Recht. Ärzte, die vorübergehend beruflich in einem der folgenden Länder tätig sind, benötigen seit 2010 eine A1-Bescheinigung: innerhalb der EU oder in Island, Liechtenstein, Norwegen, der Schweiz oder dem Vereinigten Königreich Großbritannien oder Nordirland. Können Ärzte bei einer Kontrolle, beispielsweise beim Frühstück im Hotel, keine entsprechende Bescheinigung vorlegen, drohen empfindliche Geldbußen.

Für das sogenannte vertragslose Ausland wie etwa Mexiko oder Indonesien gibt es keine Entsendebescheinigung. Das bedeutet: Ob die deutschen Rechtsvorschriften bei vorübergehender Beschäftigung vorliegen müssen, haben Praxisinhaber im Rahmen der ihnen obliegenden Melde- und Beitragspflichten selbst zu prüfen. Bei kurzfristigen oder kurzzeitigen (bis zu sieben Tagen) Dienst- oder Geschäftsreisen kann die A1-Bescheinigung auch nachträglich beantragt werden. Allerdings haben einige EU-Mitgliedstaaten ihre nationalen Vorschriften in letzter Zeit verschärft und schreiben die Beantragung einer A1-Bescheinigung vor Beginn einer entsandten Tätigkeit zwingend vor. Das betrifft vor allem Frankreich und Österreich. Praxisinhaber müssen eine A1-Bescheinigung elektronisch beantragen. Die Online-Beantragung erfolgt über folgen-



Foto: artimim - stockadobe.com

den Link: <https://standard.gkvnet-ag.de/svnet/>. Vorteil: Seit Anfang 2021 ist die Pflicht zum Ausdrucken der Bescheinigung weggefallen. Der elektronische Nachweis reicht aus.

Bescheinigung nicht rechtzeitig?

Bei elektronisch gestellten Anträgen erhalten Ärzte einen Antragsnachweis, Bei einem Kongress in Österreich empfiehlt es sich, zusätzlich einen Nachweis über die Anmeldung zur Sozialversicherung in Deutschland mitzunehmen. Das kann auch eine frühere A1-Bescheinigung sein.

Melanie Hurst

1. Kresken et al. Antibiotics 2022;11:751. <https://doi.org/10.3390/antibiotics11060751>. 2. S3-Leitlinie, AWMF-Register-Nr. 043/044.

Pivmelam® 400 mg; Wirkstoff: Pivmecillinam; **Zus.:** 1 Filmtablette enthält 400 mg Pivmecillinamhydrochlorid; Sonst. Best.: Mikrokristalline Cellulose, Magnesiumstearat (Ph. Eur.), Hypromellose, Triacetin; **Anw.:** unkompl. Infekt. des unteren Harntraktes, hervorgerufen durch Mecillinamempfl. Erreger; **Gegenanz.:** Überempfindl. ggü. Penicillinen o. Cephalosporinen, alle Bed., die Durchgang durch Speiseröhre beeinträchtigen, Patienten mit genet. Stoffwechselför. wie Carnitin-Transporter-Defekte oder organische Azidurie, Überempfindl. gegen Wirkstoff oder sonst. Best.; **Nebenw.:** Häufig: Übelkeit, Durchfall, vulvovag. Pilzinf.; Gelegentl.: Clostridium difficile ind. Kolitis, Thrombozytopenie, anaphyl. Reakt., niedr. Carnitinspiegel, Kopfschm., Benommenh., Vertigo, Ösophageale Ulzeration, Ösophagitis, Mundulzeration, Erbrechen, Bauchschm., Verdauungsstör., Beeintr. der Leberfunkt., Hautausschlag, Urtikaria, Juckreiz, Müdigkeit; Nebenwirkungen der β -Laktam-Antibiotika: leichter rev Anstieg von ASAT, ALAT, alkal. Phosphatase und Bilirubin, Neutropnie, Eosinophilie; Weitere Einzelheiten siehe Fachinformation; Packungen mit je 9 Tabletten. **Verschreibungspflichtig;** Stand: Juni 2020; APOGEPHA Arzneimittel GmbH, Kyffhäuserstr. 27, 01309 Dresden

Pivmelam® 400 mg – das Schmalspektrum-Antibiotikum zur Therapie der akuten unkomplizierten Zystitis

- **Ausgezeichnete Resistenzlage¹**
- **Empfohlen in der S3-Leitlinie²**
- **Therapiegerechte Packungsgröße** für 3 × täglich 400 mg über 3 Tage



APOGEPHA
Ihr Partner in der Urologie

Stimmungsbarometer

Nachhaltigkeit ist Ärzten wichtig

Das deutsche Gesundheitswesen glänzt nicht gerade in puncto Nachhaltigkeit. So liegen seine CO₂-Emissionen über dem EU-Durchschnitt. An den Ärztinnen und Ärzten liegt es nicht, wie eine Umfrage nun ergab.

Nachhaltigkeit 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 CO₂-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 CO₂-Emissionen, des Ressourcenverbrauchs und der Klimarisiken beschäftigt dabei die meisten (75 %). Zurecht, denn in Deutschland beträgt der Anteil des Gesundheitssektors an den CO₂-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.“

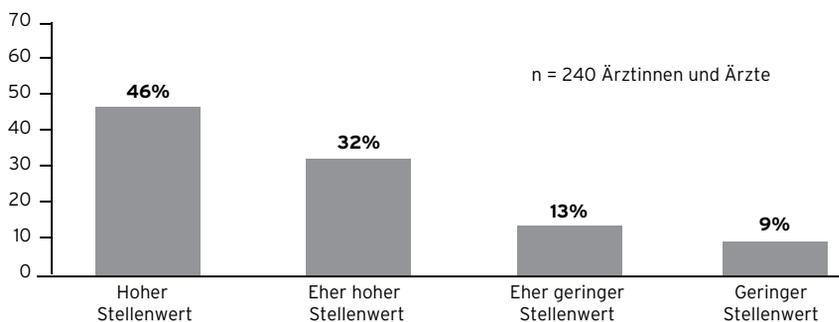
Mehr Maßnahmen gefordert

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

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



Personalführung

Wie können wir mehr aus unserer Abrechnung herausholen?

In unserer BAG assistieren die MFA bei der Abrechnung. Eine hat dafür ein richtig gutes Händchen. Wie können wir das besser für den Praxiserfolg nutzen?

Dr. med. Hendrik A. aus Brandenburg

Es kommt vor, dass Praxen pro Quartal Honorar im fünfstelligen Bereich liegen lassen. Daher empfiehlt es sich gerade für größere Praxen, eine MFA zur Abrechnungsmanagerin fortzubilden. Dabei lernt sie alles Wichtige über EBM, GOÄ, IGeL, arztgruppenübergreifende Leistungen und komplexe Abrechnungsfälle. Außerdem



wird sie als Ansprechpartnerin für die anderen Praxismitarbeiter für alle Fragen rund um die Abrechnung aufgebaut. Je nach Anbieter und Vorwissen kann die

Fortbildung mehrere Monate dauern oder an einem Wochenende erledigt sein. Zudem kann sie als Fernlehrgang auch neben der Arbeit absolviert werden.

Bezüglich der Kostenfrage sollten Sie prüfen, ob Sie vom § 82 SGB III profitieren. Greift er, übernimmt die Agentur für Arbeit teilweise oder ganz die Gebühren. Das kann zum Beispiel der Fall sein, wenn in der Praxis weniger als zehn Beschäftigte tätig sind oder die MFA das 45. Lebensjahr vollendet hat, die Weiterbildung zudem außerhalb der Praxis ausgeführt und für die Förderung zugelassen ist.

Steuer

ElektroRad für Mitarbeiter – hat das auch Vorteile für mich?

Ich kann nicht allen Mitarbeitern mehr Gehalt bezahlen. Gern würde ich ihnen aber auf andere Art einen Benefit zukommen lassen, zum Beispiel in Form eines ElektroRads. Ist das möglich?

Dr. med. Franziska I. aus Bayern

Ja, das ist möglich und bietet sogar für Sie und Ihre Mitarbeitenden noch steuerliche Vorteile. Denn für alle ElektroRäder, deren Motoren nur eine Geschwindigkeit von

bis zu 25 km/h bringen, gelten diese Steuervorteile. Wenn Sie Ihren MFA ein solches E-Bike zur Verfügung stellen wollen, können Sie unter zwei Varianten wählen:

Elektrofahrrad als Gehaltsextra:

Hier spendieren Sie zusätzlich zum bisherigen Arbeitslohn ein E-Bike. In diesem Fall ist dessen private Nutzung noch bis 31. Dezember 2030 sozialversicherungs- und lohnsteuerfrei. Eine Besteuerung des privaten Nutzungsanteils über die Lohnabrechnung erfolgt nur, wenn das E-Bike auf mehr als 25 km/h zugelassen ist.

Die zweite Möglichkeit ist: **Sie überlassen Ihren MFA die ElektroRäder per Gehaltsumwandlung.** Dabei tauschen die Angestellten einen Teil ihres Gehalts gegen eine andere Leistung des Arbeitgebers. Ein Beispiel: Das Gehalt einer MFA beträgt 3.000 Euro und die monatliche Leasingrate für das E-Bike 100 Euro. Dann erhält die MFA künftig 2.900 Euro. Von diesem neuen Bruttoverdienst werden die Lohnsteuer und die Sozialversicherungsbeiträge einbehalten. Die Bemessungsgrundlage für die Lohnabzüge verringert sich also um die Leasingrate. Vorteil ist hier, dass ledig-

lich die Privatnutzung als geldwerter Vorteil abzurechnen ist. Die Besteuerung für den Arbeitsweg entfällt. Für den Zeitraum 1. Januar 2020 bis 31. Dezember 2030 gilt bei der Elektrofahrradüberlassung (Geschwindigkeitszulassung bis 25 km/h) die 0,25-Prozent-Regel. Das heißt: Kostet das E-Bike 2.000 Euro, wird dies mit 0,25 Prozent multipliziert. Der abgabepflichtige Anteil beträgt also fünf Euro. Auch für Sie hat das Vorteile: Die Leasing- und Versicherungsraten können als Betriebsausgabe abgesetzt werden.



Fotos: Thomas Reimer - stock.adobe.com, BCStock72 - stock.adobe.com



Jetzt archivieren!

PDF-Download unter:
AuW.de/Praxisexperte



A&W-Kontakt

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

und per Fax unter 08191 3055591



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.

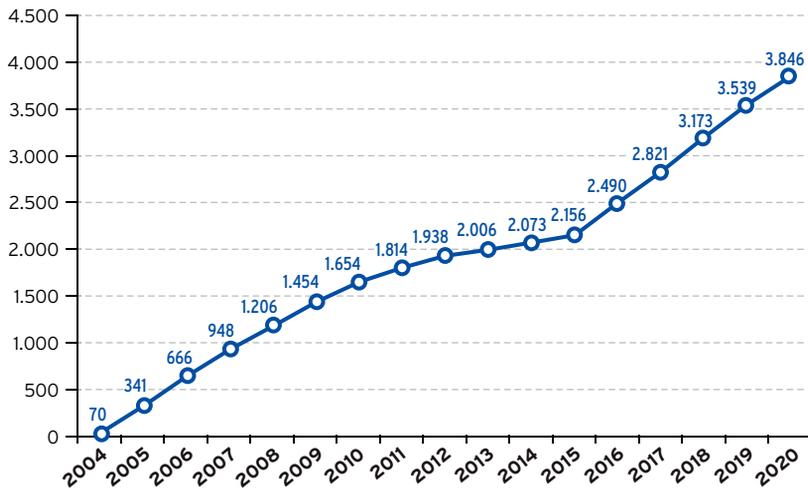


Bei vielen MVZ hat die Gewinnmaximierung oberste Priorität – oft zulasten der MFA und der Patientinnen und Patienten.



**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 Arbeitsanfor-

derungen 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

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 Gynäkologinnen und Gynäkologen 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 irrtümliche 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.

„Ärztzentrum“ möglich

Die Entscheidung hat Auswirkungen auf die Frage, wie sich Gynäkologiepraxen positionieren können. Damit wäre nämlich die Bezeichnung einer gynäkologischen Praxis, bestehend aus zwei Ärztinnen oder Ärzten, als „Zentrum“ 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.



**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
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 Gyn 04/2023

_____	_____
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. Verantwortliche Stelle im Sinne der DSGVO ist: MedTriX GmbH, Unter den Eichen 5, 65195 Wiesbaden. Datenschutzerklärung unter 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.



Ihre Fragen an unsere Rechtsexpertin

Ina Reinsch, Rechtsanwältin und A&W-Redakteurin



Foto: Christoph Vöhler

Berufsausübungsgemeinschaft

Wie vertrete ich den Kollegen korrekt?

Wir sind eine junge Berufsausübungsgemeinschaft aus zwei Ärzten und bieten auch Mittwoch- und Freitagnachmittag und am Abend Sprechstunden an - allerdings ist dann nur ein Arzt in der Praxis anwesend. Wie vertreten wir uns richtig, wenn wir Patienten des Kollegen behandeln?

Dr. Lennard S. aus Niedersachsen



Nach einem Urteil des Bundessozialgerichts aus dem Jahr 2011 stellt ein wechselseitiges Auffangen von Patienten bei

Abwesenheit eines Arztes innerhalb einer BAG gar keinen Fall der echten Vertretung dar. Der Grund: Die Berufsausübungsge-

meinschaft tritt gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung wie ein Einzelarzt als einheitliche Rechtspersönlichkeit auf. Die für Vertragsärzte geltenden Vertretungsregelungen gelten daher für die Praxis als Gesamtheit. Wenn Sie Patienten des Kollegen behandeln, rechnen Sie unter Ihrer eigenen LANR ab. Eine Vertretung liege erst dann vor, wenn der Ausfall eines Praxispartners nicht durch die verbliebenen Ärzte aufgefangen werden kann und ein externer Arzt zur Leistungserbringung herangezogen werden muss.

Patientenakte

Gratiskopie für Patienten?

Muss ich meinen Patientinnen und Patienten eine Kopie ihrer Patientenakte kostenlos zur Verfügung stellen, wenn sie diese anfordern?

Dr. Julia B. aus Bayern

Aus Artikel 15 der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) haben Patientinnen und Patienten gegenüber ihrem Behandler einen Anspruch auf die kostenlose Übersendung einer Kopie ihrer Patientenakte. Die Kosten für die Kopien und die Übersendung können Ärzte Patienten nicht in Rechnung stellen.

Der Europäische Gerichtshof hat zu diesem Anspruch aus der DSGVO gerade eine Entscheidung gefällt, die sich auch auf das Arzt-Patienten-Verhältnis übertragen lässt, obwohl sie einen anderen Sachverhalt betraf. Danach kann der Patient Anspruch auf eine Kopie der gesamten Patientenakte haben und nicht nur auf Teile, wenn die Akte nur im Gesamtzusammenhang verständlich ist. Auf den guten alten Kopierer müssen Ärzte aber nicht unbedingt zurückgreifen. Die Akte darf auch elektronisch zur Verfügung gestellt werden.



Jetzt archivieren!

PDF-Download unter:
AuW.de/Rechtsexperte



A&W-Kontakt

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

und per Fax unter
08191 3055591

Renteneintritt

MFA weiter beschäftigen?

Eine meiner MFA erreicht im Herbst das Eintrittsalter für die gesetzliche Rente. Sie möchte weiter bei mir arbeiten, ich habe aber fest mit ihrem Ausscheiden gerechnet. Muss ich sie weiter beschäftigen?

Dr. Katharine W. aus Hessen

Grundsätzlich endet ein Arbeitsverhältnis nicht automatisch mit Erreichen des Rentenalters, sondern nur, wenn dies vereinbart wurde. Die meisten Arbeitsverträge enthalten eine entsprechende Klausel. Eine Kündigung ist dann nicht nötig. Die Beendigung des Arbeitsverhältnisses mit Erreichen der Regelaltersgrenze kann aber auch in einem auf das Arbeitsverhältnis anwendbaren Tarifvertrag oder in einer Betriebsvereinbarung festgelegt sein. Gehalts- und Manteltarifvertrag für Medizinische Fachangestellte enthalten eine solche Regelung aber nicht. Gibt es keine Klausel, die das Arbeitsverhältnis beendet, ist das für den Arbeitgeber misslich. Er muss kündigen. In Kleinbetrieben ist dies einfacher möglich, da hier das Kündigungsschutzgesetz nicht anwendbar ist. Eine Kündigung darf aber auch hier nicht willkürlich oder aus sachfremden Motiven erfolgen. Eine Kündigung aus Altersgründen könnte eine Altersdiskriminierung darstellen. Eventuell muss man sich auf einen Aufhebungsvertrag einigen.

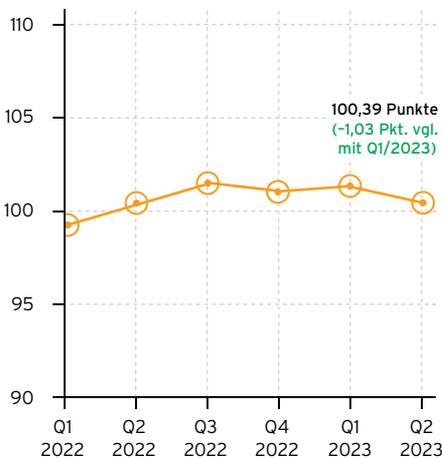


Kosten

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 weltweiten 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

Neuer Honorarbericht

Praxisumsätze steigen leicht an

Die Honorarumsätze aus vertragsärztlicher Tätigkeit sind im Jahr 2021 wieder leicht gestiegen. Pandemiebedingt sind die Zahlen zwar nur eingeschränkt mit denen des Vorjahrs vergleichbar. Doch im hausärztlichen Bereich ist trotzdem ein Trend deutlich erkennbar.

Der durchschnittliche Honorarumsatz je Arzt oder Psychotherapeut aus vertragsärztlicher Tätigkeit stieg im Jahr 2021 um 1,9 Prozent gegenüber dem Vorjahr und betrug insgesamt 242.169 Euro (+4.486 Euro). Das geht aus dem vierten Honorarbericht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) für das Jahr 2021 hervor. Der Honorarumsatz je Behandlungsfall lag im Berichtsjahr bei 75,87 Euro (+0,6 %).

Viel Arbeit gab es im hausärztlichen Versorgungsbereich. Im Bundesdurchschnitt nahm die Zahl der Hausärzte und -ärztinnen leicht zu (+0,3 %). Gleichzeitig stieg allerdings die Zahl der Behandlungsfälle bundesweit um satte 11,9 Prozent. Dies führte zu einem deutlichen Anstieg der Behandlungsfälle je Arzt um 11,6 Prozent. Der durchschnittliche Honorarumsatz je Hausarzt oder -ärztin stieg jedoch nur um 3,2 Prozent gegenüber dem Vorjahresquartal. Das führte zu einem durchschnittlichen Honorarumsatz von insgesamt 245.367 Euro. Der Umsatz je Behandlungsfall sank dagegen um -7,5 Prozent gegenüber dem Vorjahresquartal:

von 73,65 auf 68,10 Euro. Es gab zwar auch überdurchschnittliche Steigerungen des Honorarumsatzes je Arzt, nämlich in den Kassenärztlichen Vereinigungen Mecklenburg-Vorpommern (+8,4 %), Sachsen (+8,2 %) und Baden-Württemberg (+6,8 %). Rückgänge des Honorarumsatzes je Arzt waren jedoch bei der KV Berlin (-4,5 %), der KV Niedersachsen (-1,6 %) und der KV Hessen (-0,7 %) zu verzeichnen.

Fast überall Steigerungen bei den Fachärzten

Im fachärztlichen Bereich stieg der durchschnittliche Honorarumsatz je Arzt oder Ärztin um 1,0 Prozent auf 240.639 Euro. Der Umsatz je Behandlungsfall nahm um 1,6 Prozent zu und landete bei 78,70 Euro. Fast alle Fachgruppen verzeichneten ein leichtes Wachstum des Honorarumsatzes. Bemerkenswert waren die Zuwächse bei den HNO-Ärzten (+6,1 %), den Nervenärzten (+3,6 %), den Augenärzten (+3,4 %) und den Hautärzten (+3,3 %). Bei den psychologischen Psychotherapeuten wuchs der Honorarumsatz um

0,9 Prozent. Frauenärzte und -ärztinnen mussten dagegen einen Rückgang von 1,2 Prozent einstecken.

Auch bei der Gesamtvergütung nur ein leichtes Plus

Die Gesamtvergütung stieg um 0,7 Prozent. So standen für die ambulante Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten rund 43 Milliarden Euro zur Verfügung, davon 18 Milliarden Euro für extrabudgetäre Leistungen wie Impfungen und Früherkennungsuntersuchungen. Die gedeckelte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) betrug 25 Milliarden Euro. Darüber hinaus wurde die Gesamtvergütung durch Selektivverträge um 316 Millionen Euro bereinigt, was einem Anstieg der Bereinigungssumme um 4,0 Prozent (+12,3 Mio. Euro) entspricht.

Deborah Weinbuch

Es ist zwar kein Kampf gegen Windmühlen, aber doch ein teils zähes Unterfangen, die Praxis am Laufen zu halten.

HONORARUMSATZ IST NICHT DAS NETTOEINKOMMEN!

Der Honorarumsatz wird häufig mit dem Einkommen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte verwechselt. Der im Honorarbericht genannte Honorarumsatz aus vertragsärztlicher Tätigkeit ist die Zahlung an den Arzt für den Praxisbetrieb und die Versorgung der GKV-Patienten.

Das Nettoeinkommen, also das Geld, das Ärzte für ihre Arbeit bekommen, beträgt durchschnittlich nur 25 Prozent des Honorarumsatzes. Aus den anderen 75 Prozent wird folgendes finanziert:

- Praxiskosten für Personal, Miete, Energie, Versicherungen, medizinische Geräte. Diese Betriebsausgaben sind je nach Fachgruppe unterschiedlich. Über alle Gruppen betragen sie im Schnitt 49,2 Prozent des Honorarumsatzes.
- Steuerzahlungen (15,8 %)
- berufsständische Altersversorgung (7,1 %)
- Aufwendungen für Kranken- und Pflegeversicherungen (2,8 %)

Erst nach Abzug aller Kosten erhält man das Nettoeinkommen, das Praxisinhabern persönlich zur Verfügung steht.



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



Zervixkarzinome

Vorsorge auch im Alter weiter angesagt

Vorsorgeuntersuchungen werden vor allem im frühen und mittleren Erwachsenenalter empfohlen. Deutsche Krebsregisterdaten zeigen, dass das Screening wegen höherer Fallzahlen auch über 65 Jahren sinnvoll ist.

Zervixkarzinome sind bei Frauen weltweit die vierthäufigsten Tumore, sie stellen auch die vierthäufigste Todesursache unter den Krebserkrankungen dar. Die Einführung des Früherkennungsscreenings in den 1960er und 1970er Jahren führte in Deutschland und in anderen Ländern mit hohem medizinischen Versorgungsstandard zu einem Rückgang der Erkrankungen. Doch die Inzidenz von Zervixkarzinomen in Deutschland (ICD-10-Kodierung C53) ist mit 8,6 Fällen pro 100.000 Frauen heute höher als die europäische altersstandardisierte Inzidenz von 2018: Hierzulande erreicht die Inzidenz in den Altersgruppen von 40 bis 44 Jahren und von 60 bis 64 Jahren einen Spitzenwert von 16 pro 100.000 und variiert zwischen 12 und 14 pro 100.000 ab dem Alter von 65 Jahren.

Kann auch ältere Frauen betreffen

In einer Studie von Epidemiologinnen der TU München wurden Daten des deutschen Zentrums für Krebsregisterdaten (ZfKD) am Robert Koch-Institut analysiert: Die Fallzahlen aus den Jahren 2001 bis 2015 stammen aus sechs Bundesländern: Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen und Schleswig-Holstein. Diese Stichprobe bezog 14.528 Fälle von Gebärmutterhalskrebs ein und umfasst damit 19 bis 20 Prozent aller in diesem Zeitraum in Deutschland registrierten Gebärmutterhalskrebskrankungen. In dieser Analy-



Foto: Tom - stock.adobe.com

Auch bei Frauen jenseits der 65 sollte man das Früherkennungsscreening für Zervixkarzinome weiter im Blick haben.

se traten 27,6 Prozent der verzeichneten Fälle bei Frauen jenseits des 65. Lebensjahres auf. Die Mehrheit der Frauen hatte lokal begrenzte Tumorstadien (Stadium I, 49,2%), bei 72,9 Prozent der Frauen handelte es sich histologisch um Plattenepithelkarzinome.

Da Frauen in diesem Alter häufig eine Hysterektomie hinter sich haben, wurde die Inzidenz von den Autorinnen mit entsprechenden Hysterektomie-Prävalenzdaten noch korrigiert. Die kumulative (2001 - 2015), altersstandardisierte Inzidenz betrug 12,5 pro 100.000 Frauen ohne diese Korrektur und 15,5 pro 100.000 nach der Hysterektomie-Korrektur, lag danach also etwa ein Viertel höher.

Bei Frauen in dieser Altersgruppe wurden im Vergleich zu anderen Altersgruppen die Zervixkarzinome seltener behandelt, vor allem in fortgeschrittenen Stadien. Jüngere Frauen (20 - 64 Jahre) zeigten eine deutlich höhere Fünfjahresüberlebensrate als ältere Tumorpatientinnen (≥ 65 Jahre), mit 76,7 Prozent versus 46,9 Prozent. Bei jüngeren Frauen wurden bei 58,0 Prozent frühe Tumore im Stadium I diagnostiziert, was häufiger

war als in der höheren Altersgruppe, wo nur 26,3 Prozent Frühstadien zeigten. Mit höherem Alter wurden tendenziell etwas häufiger Adenokarzinome als Plattenepithelkarzinome diagnostiziert.

Häufigkeit im Alter unterschätzt

Die Häufigkeit, mit der Gebärmutterhalskrebs bei älteren Frauen auftritt, werde derzeit noch unterschätzt, so das Fazit der Autorinnen nach der Analyse der Krebsregisterdaten. Daher werde die Krankheit oft erst in einem späteren Stadium diagnostiziert und womöglich nicht immer angemessen behandelt, wie die relativ hohe Mortalität ab 65 Jahren vermuten lasse. Die gängige Praxis verschlechtere die Überlebensaussichten und dies verlange nach regelmäßigen Früherkennungsuntersuchungen auf der einen und guten Therapiestrategien auch für ältere Patientinnen auf der anderen Seite. Aufgrund der hohen Krankheitslast sollte die Screeningpraxis in dieser Altersgruppe überdacht und angepasst werden.

Martina Freyer

Quelle: Neumeyer S et al. Cancer Med. 2023; doi: 10.1002/cam4.6318

FRÜHERKENNUNG AB 20 JAHREN

- Einen Anspruch auf die Teilnahme am organisierten Früherkennungsprogramm haben Frauen ab einem Alter von 20 Jahren, eine Altersobergrenze besteht nicht.
- Die Krebsfrüherkennungsuntersuchungen können laut G-BA explizit über das 65. Lebensjahr hinaus in Anspruch genommen werden.

Kolorektalkarzinome

Mehr Darmkrebs bei Kaiserschnitt-Kindern?

Daten aus dem schwedischen Gesundheitsregister legen ein erhöhtes Risiko für frühe Formen von Darmkrebs nahe, wenn Frauen selbst per Kaiserschnitt auf die Welt kamen – bei Männern war das nicht der Fall.

Bei der vaginalen Geburt wird das mütterliche Mikrobiom auch auf die Säuglinge übertragen. Wie sich dieser mütterliche Trigger für das kindliche Mikrobiom im Vergleich zu Geburten per Kaiserschnitt auswirkt, wird in vielen Studienansätzen untersucht. Schwedische und amerikanische Epidemiologen kamen nun auf die Idee, in den Daten des nationalen schwedischen Gesundheitsregisters nachzusehen, ob sich eine Geburt per Kaiserschnitt im späteren Leben auf das Darmkrebsrisiko auswirken könnte.

Immer häufiger: früh auftretende Kolorektalkarzinome

Auslöser war die Beobachtung, dass bei Erwachsenen die Inzidenz von früh auftretenden Kolorektalkarzinomen in einigen industrialisierten Ländern zunimmt, in den USA genauso wie in Europa, auch in Schweden. Bekannte Risikofaktoren für solche Tumore vor dem 50. Lebensjahr sind Übergewicht, Bewegungsmangel, Diabetes und das metabolische Syndrom. In den USA nimmt die Inzidenz mit jedem Geburtsjahrgang zu – parallel zu den immer häufiger werdenden Geburten per Kaiserschnitt. Die Langzeitdaten des

schwedischen Gesundheitsregisters bieten die Möglichkeit, zu solchen Fragen Fall-Kontroll-Studien aufzusetzen. So analysierte ein Team aus den USA und Schweden 564 Fälle früher Kolorektalkarzinome, die zwischen 1991 und 2017 aufgetreten waren, und verglich die Fälle mit altersgematchten Kontrollen. In der Fallkohorte befanden sich 284 Männer (50,4 %) und 280 Frauen (49,6 %). Das mittlere Alter betrug 32,9 Jahre.

Assoziation nur bei Frauen

Analysiert wurde das Risiko nach vaginaler Geburt und Kaiserschnitt: In der Gesamtbevölkerung im Alter zwischen 18 und 49 Jahren war kein erhöhtes Risiko früher Kolorektalkarzinome für ehemalige Kaiserschnittgeburten sichtbar. Auch wenn man Männer separat betrachtete, gab es keinen Zusammenhang. Bei den untersuchten Frauen war jedoch eine positive Assoziation sichtbar, mit einer Odds Ratio von 1,62 (95 % Konfidenzintervall [KI], 1,01 - 2,60); bei Männern war die Odds Ratio 1,05 (95 % KI, 0,64 - 1,72).

Die Autoren vermuten, dass eine gestörte frühkindliche Darmflora hier eine Rolle spielen könnte. Da sie diesen Effekt

MIKROBIOM DER MUTTER PRÄGT

Dass das mütterliche Mikrobiom sich auf die Entwicklung des kindlichen Immunsystems auswirkt, legen auch weitere Studien nahe.

- Eine dänische Studie beschreibt ein erhöhtes Risiko für entzündliche Darmerkrankungen bei Kindern nach Kaiserschnitt-Geburten.
- Diese Darmerkrankungen gelten als Risikofaktor für Darmtumore.

nur bei Frauen beobachteten, beschreiben sie ihn als geschlechtsspezifisches Risiko, ohne weitere kausale Hypothesen dafür anzubieten.

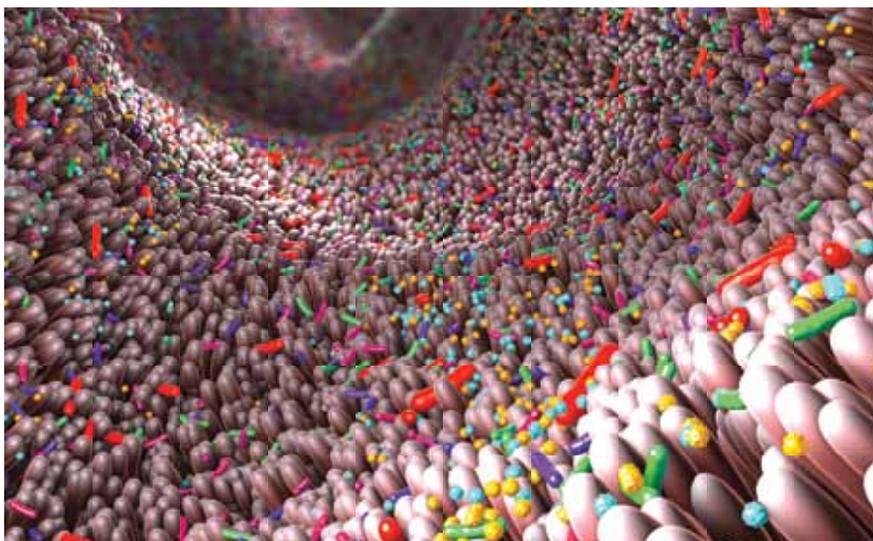
Darmflora mit vielen Faktoren

Die gut gemachte Studie mit solider Datenbasis wurde von vielen Experten diskutiert. Der Zusammenhang zwischen Darm-Mikrobiom und Tumorentstehung sollte weiter untersucht werden. Wie in vielen Bereichen der Forschung rund um den Einfluss des Mikrobioms gibt es auch hier viele offene Fragen. Auch wenn die Exposition mit vaginalem Mikrobiom bei Wehen und Geburt das kindliche Mikrobiom prägt, ist die Entwicklung der Darmflora im Laufe eines Lebens von vielen weiteren Faktoren abhängig.

Beruhigende Stimmen weisen darauf hin, dass die Inzidenz dieser frühen Formen von Kolorektalkarzinomen insgesamt nicht besonders hoch sei. Die Beobachtung ist jedoch ein weiterer Mosaikstein in der Argumentation, weshalb Kaiserschnittgeburten nicht ohne Grund erfolgen sollten. Im Notfall jedoch können Kaiserschnitte das Leben von Mutter und Kind retten – und eine Dysbalance der Bakterien hat viel Lebenszeit vor sich, um ausgeglichen zu werden.

Martina Freyer

Quelle: Cao Y et al. JAMA Netw Open. 2023 Apr 3;6(4):e2310316; Expertenkommentare aus www.sciencemediacentre.org



Das mütterliche Mikrobiom begleitet Kinder im Laufe ihres Lebens.

Drovelis®

Die passende Kontrazeption wählen

Seit über 60 Jahren gibt es die Antibabypille. Wie bei allen anderen Kontrazeptionsmethoden sind Verhütungssicherheit, Verträglichkeit und Risiken bei kombinierten hormonellen Kontrazeptiva (KHK) unterschiedlich stark ausgeprägt. Ein wesentlicher Aspekt dabei ist das jeweils eingesetzte Estrogen.

Die Antibabypille wird von 32 Prozent der Frauen in der fertilen Phase als Verhütungsmethode eingesetzt, womit diese Methode am häufigsten genutzt wird. Zusammen mit Hormonpflaster und Hormonringen gehört sie zu den sichersten Methoden der Verhütung.⁽¹⁾ KHK bestehen aus einem synthetischen Gestagen, das entweder ein Derivat von Progesteron oder von Testosteron ist, sowie einem Estrogen. Während Gestagene empfängnisverhütend wirken, sind Estrogene primär für die Zykluskontrolle relevant. Letztlich ist ein ausgewogenes Gestagen-Estrogen-Verhältnis notwendig, um z.B. Schmierblutungen zu vermeiden.

Gestagene: Die üblichen Gestagene haben antiestrogene Effekte. Einige Gestagene, wie z.B. Dienogest und Drospirenon, haben zudem antiandrogene Zusatzwirkungen.⁽²⁾ So können Anwenderinnen mit dermatologischen Problemen, wie Hautunreinheiten bis hin zur Akne, von verschiedenen Estrogen-Gestagen-Kombinationen profitieren.

Estrogene: Bei den Estrogenen gibt es drei relevante Formen. Das in der Natur nicht vorkommende Ethinylestradiol (EE) sowie die beiden bioidentischen Formen Estradiol (E2) und Estetrol (E4). Die wichtigsten Parameter der drei Formen sind in der Tabelle aufgelistet.⁽³⁾

Pharmakokinetik: Wichtig für alle oralen Arzneimittel ist deren Bioverfügbarkeit. Dabei sieht man, dass diese bei EE und E4 gut ist, während sie bei E2 gering ist.⁽⁴⁾ Bei EE wurde die Dosierung im Laufe der Zeit immer weiter reduziert. Dadurch wurde die Verträglichkeit verbessert, aber bei den niedrigsten EE-Dosierungen das Blutungsprofil negativ beeinflusst.⁽⁵⁾ Auch die Verstoffwechslung der Estrogene ist relevant und vor allem unterschiedlich. Während EE extensiv verstoffwechselt wird zu zahlreichen Metaboliten, wird E2 extensiv

	Ethinylestradiol (EE)	Estradiol (E2)	Estetrol (E4)
Wirkstoff	nicht natürlich	bioidentisch	bioidentisch
Dosierung in KHK	20–50 µg	1–3 mg	14,2 mg
Orale Bioverfügbarkeit	Gut	Gering	Gut
Verstoffwechslung	Extensive, multiple Metabolite	Extensiv zu E1 und E3	keine
Pharmakodynamik	Hohe Selektivität zu ER alpha	Referenzwert	Hohe Selektivität zu ER alpha
Einfluss auf hepatische Proteinsynthese	Wesentlich	Geringfügig	Geringfügig

Überblick über drei relevante Estrogene, modifiziert nach Morimont L et al. 2021
Abkürzungen: ER Estrogenrezeptor, E1 Estron und E3 Estriol

zu E1 und E3 metabolisiert. E4 hingegen unterliegt keiner klinisch relevanten Metabolisierung zu estrogenaktiven Abbauprodukten.⁽³⁾

Pharmakodynamik: Im Vergleich zu E2 (Referenzwert), wirken EE und E4 selektiv bevorzugt am Estrogenrezeptor alpha. E4 ist das einzige in der Natur vorkommende Estrogen, welches selektive gewebespezifisch unterschiedliche Wirkungen hat.⁽⁶⁾

Hepatische Proteinsynthese: Während EE wesentlichen Einfluss auf die hepatische Proteinsynthese nimmt, werden einzelne hepatisch synthetisierte Proteine weniger durch E2 und E4 beeinflusst.

Thromboserisiko: Durch die Anwendung einer kombinierten hormonellen Kontrazeption erhöht sich das natürliche Risiko für eine venöse Thrombose um das zwei bis dreifache von 2–3 Fällen pro 10.000 Frauenjahre auf 5–7 Fälle pro 10.000 Frauenjahre. Je nach Wahl der Kombination kann sich dieses Risiko noch einmal verdoppeln. Aus diesem Grund sollte vor der Verordnung von hormonellen Kontrazeptiva eine gründliche Anamnese durchgeführt werden und überprüft werden, ob Risikofaktoren vorliegen. Dazu gehören u.a. das Alter (>35), der BMI

(>35 kg/m²), das Rauchen und insbesondere Thrombophilien.⁽²⁾

Wahl der Antibabypille: Die niedrigdosierte Kombination aus Levonorgestrel/EE hat aktuell das bestätigt geringste Risiko für Thrombosen.⁽²⁾ Da diese Kombination nicht für alle Frauen geeignet ist, sollten weitere ähnlich sichere Kombinationen entwickelt werden. Basierend auf aktuellen Untersuchungen von Surrogatparametern könnte die Kombination aus E4 und Drospirenon eine vielversprechende Kombination sein, die geringeren Einfluss auf Gerinnungsparameter zeigte. Weitere klinische Studien sind notwendig, um dies zu bestätigen.⁽⁴⁾

A&W-LITERATUR

- <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/index.htm>, abgerufen am: 29.06.2023
- https://register.awmf.org/assets/guidelines/O15-0151_S3_Hormonelle_Empfaengnisverhuetung_2020-09.pdf, abgerufen am: 29.06.2023
- Morimont L et al. Endocrinol. 2021;12:769187 doi: 10.3389/fendo.2021.769187
- Morimont L et al. J Clin Endocrinol Metab. 2023; 108:135-143
- Dinger J et al. Frontiers in Women's Health 2020;5
- Foidart, J. M. et al. in Sex Steroids' Effects on Brain, Heart and Vessels 2019;169-195 doi:10.1007/978-3-030-11355-1_12

Impressum für Sonderredaktion:

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

Menopause

Evidenzbasierte Phytotherapie bei Wechseljahresbeschwerden

Der Extrakt der Traubensilberkerze bietet eine hormonfreie Option bei menopausalen Symptomen.

Phytotherapie ist eine der ältesten Therapiemethoden der Welt. Lange basierte der Einsatz von Kräutern, Wurzeln, Blüten und Blättern auf Erfahrungswissen. Heute schaffen moderne Naturwissenschaften eine empirische Basis.

Das Phytopharmaka-Unternehmen Schaper & Brümmer setzt sich seit seiner Gründung vor 100 Jahren dafür ein, die Qualität pflanzlicher Rohstoffe und daraus gewonnener Arzneimittel zu optimieren, um eine mit chemisch-synthetischen Medikamenten vergleichbare, konstant hohe Wirksamkeit und Sicherheit zu gewährleisten.

Das Präparat Remifemin® ist ein Beispiel für evidenzbasierte Phytokompetenz: Für den in jahrzehntelanger Forschungsarbeit entwickelten isopropanolischen Cimicifuga-racemosa-Spezialextrakt in



Foto: Pixel-Shot - stock.adobe.com

Remifemin® werden die Inhaltsstoffe der Traubensilberkerze mit Isopropanol in einem mehrstufigen Prozess aus der Pflanze gelöst. Die Qualität wird kontrolliert.

Für den Spezialextrakt gibt es eine umfangreiche Datengrundlage: Das therapeutische Potenzial und die Sicherheit wurden in 35 Studien mit über 43.000 Patientinnen untersucht, auch im Goldstandard, der randomisierten kontrollierten Studie.

Die Remifemin®-Präparate – mit oder ohne Johanniskraut (*Hypericum perforatum*) – eignen sich zur leitliniengerechten Behandlung von menopausalen Beschwerden wie Hitzewallungen, Schweißausbrüchen, Schlafstörungen und Stimmungsschwankungen.

Christiane Breitenfelder

Quelle: Informationen von Schaper & Brümmer
Fachinformation Remifemin®

Dermatosen der Vulva

Hautpflege mit fettreicher Salbe als adjuvante Therapie

Dermatosen im Genitalbereich wie etwa Lichen sclerosus können Frauen stark beeinträchtigen. Basispflege mit Emollienzien kann hier helfen.

Hinter den Leitsymptomen Pruritus, Schmerzen oder Brennen im Anogenitalbereich können sich chronisch-entzündliche Erkrankungen verbergen. Auch bei Lichen sclerosus beobachtet man häufig eine Beteiligung der Vulva.

Lichen sclerosus manifestiert sich typischerweise als Rötung und Schwellung, mit Bildung weißer Hyperkeratosen, mit schmerzhaften Fissuren der Haut sowie atrophischen Veränderungen von Klitoris und Schamlippen. Vernarbungen können zur „verborgenen Klitoris“, einem verengten Scheideneingang und Schmerzen beim Geschlechtsverkehr führen. Auch perianal können Stenosen entstehen, die zu Schmerzen bei der Defäkation führen. Kratzen kann typische Hyperkeratosen, die Vergrößerung des Epithelprofils und die Verhärtung der Dermis überlagern.



Foto: Yevhen - stock.adobe.com

Eine Biopsie ist für die Diagnosesicherung wichtig. Lokale Kortikoide und Fettsalben sind Therapie der Wahl. Laut europäischer Leitlinie für Vulvaerkrankungen kann die regelmäßige Anwendung einer Fettsalbe zur Unterstützung der Barrierefunktion der Haut vor lokalen Reizstoffen wie Urin und Menstruationsblut schützen.

Zur Pflege der geschädigten Haut bietet sich für die adjuvante Therapie eine wasserfreie, fettreiche Salbe wie beispielsweise Deumavan® Schutzsalbe an. Die Intimschutzsalbe mit paraffinreicher Zusammensetzung lindert Brennen, Juckreiz und Wundsein, wenn die Haut trocken und geschädigt ist. Sie stärkt die natürliche Hautbarriere und so den Schutz vor äußeren Einflüssen, mindert Reibung und beugt dadurch Läsionen und Reizungen vor. Die Wirksamkeit und gute Verträglichkeit bei Patientinnen mit Lichen sclerosus sind klinisch belegt.

Christiane Breitenfelder

Quelle: Informationen von Kaymogyn

Vaginosen

Vaginale Mischinfektionen antiseptisch behandeln

Dank seines breiten Wirkspektrums ist das Antiseptikum Povidon-Iod empfehlenswert zur Behandlung von Scheideninfektionen unterschiedlicher Art.

Viele Frauen mit Symptomen einer Scheideninfektion wie Ausfluss und Brennen gehen davon aus, dass sie an einer Pilzinfektion leiden. Doch im Praxisalltag stecken hinter Vaginosen häufig auch Mischinfektionen, an denen sowohl Bakterien als auch Pilze als Erreger beteiligt sein können. Wenn dieser typische Fall einer Mischinfektion nicht korrekt diagnostiziert wird, sprechen die zur Selbstmedikation eingesetzten Mittel nicht ausreichend an und Rückfälle sind vorprogrammiert. Eine Therapie muss im Falle einer Mischinfektion verschiedene Erreger gleichzeitig bekämpfen. Vaginale Mischinfektionen können auch in der gynäkologischen Praxis die Diagnose deutlich erschweren.

Liegt eine bestätigte Mischinfektion vor, zum Beispiel eine durch Pilze und Bakte-



Foto: freshidea - stock.adobe.com

rien bedingte Vaginose, kann ein antiseptisches Präparat mit breitem Wirkspektrum eingesetzt werden, das gegen verschiedene Erreger wirkt, also sowohl gegen Pilze als auch gegen Bakterien.

Ein solcher antiseptischer Wirkstoff ist Povidon-Iod (PVP-Iod). Es ist enthalten in Vagisan sept Vaginalzäpfchen mit PVP-Iod. Auch zur Behandlung von rezidivierenden Vaginosen eignet sich das lokale Antisep-

tikum, denn es ist davon auszugehen, dass PVP-Iod auch gegen Bakterien wirkt, die bereits Antibiotikaresistenzen entwickelt haben. Gleichzeitig lässt sich Vagisan sept unkompliziert ohne Applikator anwenden. Da keine Resistenzentwicklung bekannt und der Wirkstoff gut verträglich ist, kann er auch wiederholt eingesetzt werden.

Christiane Breitenfelder

Quelle: Informationen von Dr. Wolff

Sodbrennen

Pflanzliche Option aus Algen bei Reflux-Beschwerden

Alginat erhalten in der Leitlinie „Gastroösophageale Refluxkrankheit (GERD) und eosinophile Ösophagitis“ nun eine Aufwertung.

Protonenpumpeninhibitoren (PPI) waren lange der Goldstandard in der GERD-Therapie. Im jüngsten Leitlinien-Update rücken jedoch Allgemeinmaßnahmen in den Vordergrund, wie Gewichtsabnahme, Ernährungsumstellung, Zwerchfelltraining oder auch die Erhöhung des Kopfendes.

Prof. Ahmed Madisch, Frankfurt am Main, Co-Autor der Leitlinie, erläuterte bei einem Symposium anlässlich des Internistenkongresses die Aufwertung der erstmals in der Leitlinie aufgeführten alternativen Therapien: Die Wirksamkeit von Alginaten, H₂-Rezeptorantagonisten und Antazida sei in zahlreichen Studien belegt. Bei einer aus Patientensicht zufriedenstellenden Symptomkontrolle handle es sich bei diesen Ansätzen um gleichwertige Behandlungsalternativen.



Foto: dl_media - stock.adobe.com

Unter GERD leiden 40 bis 85 Prozent der Schwangeren, was besonders am Ende der Schwangerschaft herausfordernd sein kann. Hier bietet sich beispielsweise das für Schwangerschaft und Stillzeit entwickelte Gaviscon Liquid an. Genauso wie die beiden bewährten GERD-Klassiker Gaviscon Dual und Gaviscon® Advance Pfefferminz enthält es Natriumalginat.

Natriumalginat ist rein pflanzlich und wird aus der Alge *Laminaria hyperborea* gewonnen. Alginat wird unverstoffwechselt wieder ausgeschieden und hat eine physikalische, nichtsystemische Wirkweise. Es reagiert mit Magensäure und bildet eine zähflüssige Schutzbarriere, die durch den Einschluss von CO₂ aus dem Hydrogencarbonat Auftrieb erhält und auf die Höhe des Flüssigkeitsspiegels des Magens aufsteigt. Dadurch können säurebedingte Refluxbeschwerden eingedämmt oder verhindert werden.

Martina Freyer

Quelle: Informationen von Reckitt Benckiser



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!“