

Erfolgreiche Praxisführung
für Ärztinnen und Ärzte

WIRTSCHAFTS

taltz®
(Ixekizumab)

**Taltz®
ist für heute
und morgen.**

Schnelle und kontinuierliche
Wirksamkeit bei PsA* und axSpA⁺¹



Lilly



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



Anhaltende Wirksamkeit^{o,8-10}



Gute Verträglichkeit¹¹

*Taltz®, allein oder in Kombination mit Methotrexat, ist angezeigt für die Behandlung erwachsener Patient:innen mit aktiver Psoriasis-Arthritis, die unzureichend auf eine oder mehrere krankheitsmodifizierende Antirheumatika (DMARD) angesprochen oder diese nicht vertragen haben. +Axiale Spondyloarthritis: Ankylosierende Spondylitis (Röntgenologische axiale Spondyloarthritis): Taltz® ist angezeigt für die Behandlung erwachsener Patient:innen mit aktiver röntgenologischer axiale Spondyloarthritis, die auf eine konventionelle Therapie unzureichend angesprochen haben. Nicht-röntgenologische axiale Spondyloarthritis: Taltz® ist angezeigt für die Behandlung erwachsener Patient:innen mit aktiver nicht-röntgenologischer axiale Spondyloarthritis mit objektiven Anzeichen einer Entzündung, nachgewiesen durch erhöhtes C-reaktives Protein (CRP) und/oder Magnetresonanztomographie (MRT), die unzureichend auf nicht-steroidale Antirheumatika (NSAR) angesprochen haben.

[#] bei Gelenkschmerzen, Hautplaques, Rückenschmerzen und Morgensteifigkeit. ^o Studiendaten belegen die Wirksamkeit über 3 Jahre bei PsA und axSpA. ⁸⁻¹⁰ axSpA: axiale Spondyloarthritis; PsA: Psoriasis-Arthritis.

1. Aktuelle Taltz® Fachinformation. 2. Mease PJ, et al. Ann Rheum Dis. 2017;76:79-87. 3. Nash P, et al. Lancet 2017;389:2317-2327. 4. Deodhar A, et al. Lancet 2020;395:53-64. 5. van der Heijde D, et al. Lancet 2018;392:2441-2451. 6. Data on file, Eli Lilly and Company. 7. Deodhar A, et al. Arthritis Rheumatol 2019;71:599-611. 8. Chandran V, et al. Rheumatology 2020;59:2774-2784. 9. Orbai AM, et al. Rheumatol Ther 2021;8:199-217. 10. Deodhar A, et al. J Rheumatol 2023;jrheum.221022. doi: 10.3899/jrheum.221022. 11. Deodhar A, et al. Arthritis Rheumatol 2022;74(suppl 9) Abstract Number 1042.

Bezeichnung des Arzneimittels: Taltz® 80 mg Injektionslösung in einem Fertigpen/in einer Fertigspritze. **Zusammensetzung:** Arzneilich wirksamer Bestandteil: Fertigpen/Fertigspritze enthält 80 mg Ixekizumab in 1 ml Lösung; sonstige Bestandteile: Saccharose, Polysorbat 80, Wasser für Injektionszwecke, Natriumhydroxid kann zur pH Wert Einstellung verwendet werden.

Anwendungsgebiete: Plaque-Psoriasis: Behandlung von erwachsenen Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis, die für eine systemische Therapie infrage kommen. Plaque-Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen: Behandlung von mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen ab einem Alter von 6 Jahren mit einem Körpergewicht von mindestens 25 kg, die für eine systemische Therapie infrage kommen. Psoriasis-Arthritis: Behandlung allein oder in Kombination mit Methotrexat von erwachsenen Patienten mit aktiver Psoriasis-Arthritis, die unzureichend auf eine oder mehrere krankheitsmodifizierende Antirheumatika angesprochen oder diese nicht vertragen haben. Axiale Spondyloarthritis: Ankylosierende Spondylitis (Röntgenologische axiale Spondyloarthritis): Behandlung von erwachsenen Patienten mit aktiver röntgenologischer axiale Spondyloarthritis, die auf eine konventionelle Therapie unzureichend angesprochen haben. Nicht-röntgenologische axiale Spondyloarthritis: Behandlung von erwachsenen Patienten mit aktiver nicht-röntgenologischer axiale Spondyloarthritis mit objektiven Anzeichen einer Entzündung, nachgewiesen durch erhöhtes C-reaktives Protein und/oder Magnetresonanztomographie, die unzureichend auf nicht-steroidale Antirheumatika angesprochen haben. **Gegenanzeigen:** Schwerwiegende Überempfindlichkeit gegen Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. Klinisch relevante aktive Infektionen, z. B. aktive Tuberkulose. **Nebenwirkungen:** Sehr häufig: Infektionen der oberen Atemwege; Reaktionen an der Injektionsstelle. Häufig: Tinea Infektionen; Herpes simplex (mukokutan); Oropharyngeale Schmerzen; Übelkeit; bei Kindern und Jugendlichen zusätzlich: Konjunktivitis, Influenza, Urtikaria. Gelegentlich: Influenza; Rhinitis; orale Candidose; Konjunktivitis; Phlegmone; Neutropenie; Thrombozytopenie; Angioödem; Urtikaria; Ausschlag; Ekzem; entzündliche Darmerkrankung (einschließlich Morbus Crohn und Colitis ulcerosa). Selten: Anaphylaxie, Ösophageale Candidose. **Warnhinweise:** Für Kinder unzugänglich aufbewahren. Nicht verwenden, falls Siegel gebrochen ist. Nicht schütteln. Weitere Warnhinweise s. Fachinformation.

Verschreibungspflichtig. Zulassungsinhaber: Eli Lilly and Company (Ireland) Limited, Dunderrow, Kinsale, Co. Cork, Irland; Ansprechpartner in Deutschland: Lilly Deutschland GmbH, Werner-Reimers-Str. 2-4, D 61352 Bad Homburg. **Stand der Information: Januar 2023.**

ARZT & WIRTSCHAFT

Erscheinungsweise: sechsmal jährlich
ISSN: 2199-8140

VERLAG

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

CEO: Oliver Kramer
Geschäftsführung:
Stephan Kröck, Markus Zobel

Redaktion:
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, Heiko Fekete,
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 ABONNENTENSERVICE
Leserservice: Fax 08191 3055592,
E-Mail: aw-leserservice@medtrix.group

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

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

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



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

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

Leseranalysen stehen zur Verfügung

LA-MED

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

Kommt ein Beamter zu spät zum Dienst: „Entschuldigen Sie bitte, ich habe verschlafen.“ Der Vorgesetzte überrascht: „Was, zuhause schlafen Sie auch noch?“



KINDERMUND

Donner passiert, wenn zwei Wolken zusammenknallen.

Bleibt das Wasser auch nachts im Meer oder lassen sie es abends ab?

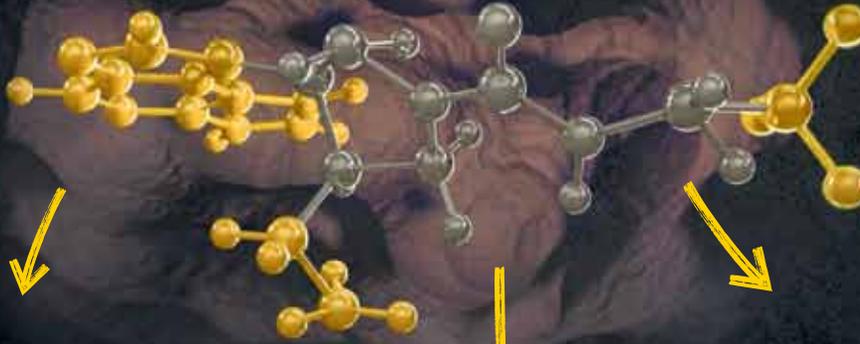
MEHR REMISSION
IN DER RA, PsA, AS & nr-axSpA^{*2-4}

BEHANDELTE
PATIENTEN WELTWEIT: > 190.000^{#5}
DEUTSCHLAND: > 31.000^{#6}

1 SELEKTIVER JAKi –
DESIGNED BY AbbVie¹

20 KLINISCHE
STUDIEN^{§6-23}

7 INDIKATIONEN:
RA, PsA, AS, nr-axSpA,
AD, CU & MC^{§1}



* RA: bei mittelschwerer bis schwerer rheumatoider Arthritis nach DMARDs; als ADA + MTX; gemessen in SELECT-COMPARE statistisch signifikanter Unterschied RINVOQ[®] + MTX vs. ADA + MTX zu Woche 12, 26, 48, 72 in DAS28(CRP) < 2,6; SDAI ≤ 3,3; CDAI ≤ 2,8 und Boole'sche Remission, sowie Woche 156 in DAS28(CRP) < 2,6 und CDAI ≤ 2,8, nicht multiplizitätskontrolliert^{14,8,24}; PsA: bei aktiver Psoriasis-Arthritis nach DMARDs. Laut G-BA Beschluss: Remission (erhoben mit DAPSA) zeigt einen signifikanten Unterschied gegenüber Adalimumab; auf Grundlage der Daten aus SELECT-PsA 1 zu Woche 56 von Patienten, die RINVOQ[®] in Monotherapie oder in Kombination mit MTX erhalten haben²⁵; AS: bei aktiver ankylosierender Spondylitis nach konventioneller Therapie; SELECT-AXIS 1 (NRI): Remission gemessen am ASDAS-ID-Ansprechen vs. Placebo zu Woche 14¹²; nr-axSpA: bei aktiver nicht röntgenologischer axialer Spondyloarthritis mit objektiven Anzeichen einer Entzündung, angezeigt durch erhöhtes C-reaktives Protein und/oder Nachweis durch Magnetresonanztomografie nach NSAR; SELECT-AXIS 2 (NRI): Remission gemessen am ASDAS-ID-Ansprechen vs. Placebo zu Woche 14¹³; § AD: bei mittelschwerer bis schwerer atopischer Dermatitis bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren, die für eine systemische Therapie infrage kommen; CU: bei mittelschwerer bis schwerer aktiver Colitis ulcerosa bei erwachsenen Patienten, die auf eine konventionelle Therapie oder ein Biologikum unzureichend angesprochen haben, nicht mehr darauf ansprechen oder diese nicht vertragen haben; MC: bei mittelschwerem bis schwerem aktivem Morbus Crohn bei erwachsenen Patienten, die auf eine konventionelle Therapie oder ein Biologikum unzureichend angesprochen haben, nicht mehr darauf ansprechen oder diese nicht vertragen haben; # In der RA, PsA, AS, nr-axSpA, AD und CU; § Phase-3-Studien zu RINVOQ[®]; 6 Studien in der RA (SELECT-NEXT, SELECT-BEYOND, SELECT-CHOICE, SELECT-COMPARE, SELECT-EARLY, SELECT-MONOTHERAPY), 2 Studien in der PsA (SELECT-PsA 1, SELECT-PsA 2), 2 Studien in der axSpA (SELECT-AXIS 1, SELECT-AXIS 2), 4 Studien in der AD (MEASURE UP 1, MEASURE UP 2, HEADS UP, AD UP), 3 Studien in der CU (U-ACCOMPLISH, U-ACHIEVE Induction, U-ACHIEVE Maintenance) und 3 Studien in der MC (U-EXCEED, U-EXCEL, U-ENDURE).

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

1 Fachinformation RINVOQ[®], aktueller Stand. 2 van der Heijde D et al., Virtueller ACR Kongress 2021; Poster 0924. 3 McInnes IB et al., Virtueller EULAR Kongress 2022; Poster POS0081. 4 Fleischmann RM et al., RMD Open. 2022; 8:e002012. 5 AbbVie, Data on File: ABVRR175922 Dezember/2022. 6 van Vollenhoven R et al., Arthritis Rheumatol. 2020; 72(10):1607-1620. 7 Burmester GR et al., Lancet. 2018; 391(10139):2503-2512. 8 Fleischmann RM et al., Ann Rheum Dis. 2019; 78(11):1454-1462. 9 Smolen JS et al., Lancet. 2019; 393(10188):2303-2311. 10 Genovese MC et al., Lancet. 2018; 391(10139):2513-2524. 11 Rubbert-Roth A et al., N Engl J Med. 2020; 383(16):1511-1521. 12 van der Heijde D et al., Lancet. 2019; 394(10214):2108-2117. 13 van der Heijde D et al., Ann Rheum Dis. 2022; 0:1-9 & Deodhar A et al., EULAR Kongress 2022; Präsentation OP0016. 14 McInnes IB et al., N Engl J Med. 2021; 384(13):1227-1239. 15 Mease PJ et al., Ann Rheum Dis. 2021; 80(3):312-320. 16 Guttman-Yassky E et al., Lancet. 2021; 397(10290):2151-2168. 17 Reich K et al., Lancet. 2021; 397(10290):2169-2181. 18 Blauvelt A et al., JAMA Dermatol. 2021; 157(9):1047-1055. 19 Danese S et al., Lancet. 2022; 399(10341):2113-2128. 20 Panes J et al., Am J Gastroenterol. 2022; 117:p S10, Abstract S37. 21 Loftus EV et al., UEG Journal. 2022; 10(S8):103-104, Abstract OP129. 22 Feagan BG et al., J Crohns Colitis. 2023; 17 (Suppl1):i22-i25, Abstract OP17. 23 Peyrin-Biroulet L et al., J Crohns Colitis. 2023; 17 (Suppl1):i20-i22, Abstract OP16. 24 Fleischmann RM et al., Ann Rheum Dis. 2020; 79(Suppl 1):323, Abstract THU0201. 25 Gemeinsamer Bundesausschuss. Nutzenbewertungsverfahren zum Wirkstoff Upadacitinib (Neues Anwendungsgebiet: Psoriasis-Arthritis) Stand 15.07.2021. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4920/2021-07-15_AM-RL-XII_Upadacitinib_D-638_BAnz.pdf Letzter Zugriff: 01.06.2023. 26 AbbVie, Data on File: IQVIA März/2023.

▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung.

Rinvoq[®] 15 mg/30 mg/45 mg Retardtabletten; Wirkstoff: Upadacitinib;

Zusammensetzung: 1 Rinvoq 15 mg/30 mg/45 mg Retardtablette enthält Upadacitinib 0,5 H₂O, entsprechend 15 mg/30 mg/45 mg Upadacitinib. **Sonstige Bestandteile:** Tablettenkern: Mikrokrystalline Cellulose, Hypromellose, Mannitol, Weinsäure, Hochdisperses Siliciumdioxid, Magnesiumstearat; Filmüberzug: Poly(vinylalkohol), Macrogol, Talkum, Titandioxid (E171), Eisen(III)-oxid (E172); nur in Rinvoq 15 mg: Eisen(II,III)-oxid (E172); nur in Rinvoq 45 mg: Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E172). **Anwendung: Rinvoq 15 mg:** Mittelschwere bis schwere aktive rheumatoide Arthritis bei Erwachsenen, die auf ein oder mehrere krankheitsmodifizierende Antirheumatika (DMARDs) unzureichend angesprochen oder diese nicht vertragen haben (allein oder in Kombination mit Methotrexat (MTX)). Aktive Psoriasis-Arthritis bei Erwachsenen, die auf ein oder mehrere DMARDs unzureichend angesprochen oder diese nicht vertragen haben (allein oder in Kombination mit MTX). Aktive ankylosierende Spondylitis bei Erwachsenen, die auf eine konventionelle Therapie unzureichend angesprochen haben. Aktive nicht röntgenologische axiale Spondyloarthritis bei Erwachsenen mit objektiven Anzeichen einer Entzündung, angezeigt durch erhöhtes C-reaktives Protein und/oder Nachweis durch Magnetresonanztomografie, die unzureichend auf NSAR angesprochen haben. **Rinvoq 15 mg/30 mg:** Mittelschwere bis schwere atopische Dermatitis bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren, die für eine systemische Therapie in Frage kommen. **Rinvoq 15 mg/30 mg/45 mg:** Mittelschwere bis schwere aktive Colitis ulcerosa bei Erwachsenen, die auf eine konventionelle Therapie oder ein Biologikum unzureichend angesprochen haben, nicht mehr darauf ansprechen oder diese nicht vertragen haben. Mittelschwerer bis schwerer aktiver Morbus Crohn bei Erwachsenen, die auf eine konventionelle Therapie oder ein Biologikum unzureichend angesprochen haben, nicht mehr darauf ansprechen oder diese nicht vertragen haben. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen einen der Bestandteile; aktive Tuberkulose; aktive schwerwiegende Infektionen; schwere Leberinsuffizienz; Schwangerschaft. **Nebenwirkungen:** Infektionen der oberen Atemwege; Bronchitis; Herpes zoster; Herpes simplex; Follikulitis; Infuzen; Harnwegsinfektion; Pneumonie; orale Candidose; Divertikulitis; Sepsis; nichtmelanozytärer Hautkrebs; Anämie; Neutropenie; Lymphopenie; Urtikaria; schwerwiegende Überempfindlichkeitsreaktionen; Hypercholesterinämie; Hyperlipidämie; Hypertriglyceridämie; Husten; Bauchschmerzen; Übelkeit; gastrointestinale Perforation; Akne; Ausschlag; Fatigue; Fieber; CPK im Blut erhöht; ALT erhöht; AST erhöht; Gewicht erhöht; Kopfschmerzen.

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

Stand: April 2023

abbvie

Erfolgreiche Praxisführung
für Ärztinnen und Ärzte

ARZT & WIRTSCHAFT

ORTHOPÄDIE /
RHEUMATOLOGIE

Orthopädie

**Bei Pauschalen auf
Kontakte achten** s. 10

Behandlungsfehlervorwürfe

**Orthopäden führen
Statistik an** s. 16

Berufsbezeichnung ungeschützt

**So finden Sie gute
Energieberater** s. 27

Praxis & Schwangerschaft

**Wie das
zusammen-
geht** s. 20

THIS COULD BE HER
TURNING POINT
IN RA

Wo **SCHNELLES** Ansprechen auf **LANGANHALTENDE** Wirksamkeit trifft^{1,2}

Als einziger oraler
JAKi zugelassen für
Erwachsene (RA,
PsA, CU, AS) und
Kinder (JIA)³



Der am besten
untersuchte JAKi bei
RA – Daten aus über
20 Jahren & 505.000
behandelte
Patienten
weltweit^{4,5,6,9,11,12}



Überzeugende Thera-
pieadhärenz im Ver-
gleich zu TNF-Blocker
unter Real-World-
Bedingungen⁷



RA: rheumatoide Arthritis; PsA: Psoriasis-Arthritis; CU: Colitis ulcerosa; JIA: juvenile idiopathische Arthritis; AS: ankylosierende Spondylitis

¶ Hauptsächlich bei RA; † Stand: Juni 2022; # Dieser kumulative Wert ist eine Schätzung von Daten aus MIDAS von IQVIA Health (kommerzielle Verkaufsdaten) und Verordnungsdaten aus der Prescriber-Insights-Datenbank von IQVIA Health. Kommerzielle Verkaufs- und Verschreibungsdaten sind nicht für alle Märkte verfügbar. Die kumulative Anzahl der Patient:innen, die Tofacitinib erhalten, basiert auf einer Berechnung der im Laufe der Zeit verkauften Standardeinheiten in der kommerziellen Verkaufsdatenbank und wird mit dem Anteil der Verordnungen für jede Indikation aus der Verordnungsdatenbank multipliziert. * Weltweit (in allen zugelassenen Indikationen).

1. Fleischmann R, Kremer J, Cush J, et al; for the ORAL Solo Investigators. Placebo-controlled trial of tofacitinib monotherapy in rheumatoid arthritis. *N Engl J Med*. 2012;367(6):495-507. 2. Wollenhaupt J et al. Arthritis Res Ther 2019;21(1):89. 3. XELJANZ Fachinformation, März 2023. 4. Data on file. Pfizer Inc., New York, NY. 5. Bird P et al. *Clin Rheumatol* 2020;39(9):2545-51. 6. Ytterberg SR et al. "Cardiovascular and Cancer Risk with Tofacitinib in Rheumatoid Arthritis." *The New England journal of medicine* vol. 386,4 (2022): 316-326. doi:10.1056/NEJMoa2109927. 7. Finckh A, Tellenbach C, Herzog L, et al. Comparative effectiveness of antitumour necrosis factor agents, biologics with an alternative mode of action and tofacitinib in an observational cohort of patients with rheumatoid arthritis in Switzerland. *RMD Open*. 2020;6(1):e001174. doi:10.1136/rmdopen-2020-001174.

XELJANZ[®] 5 mg Filmtabletten, XELJANZ[®] 10 mg Filmtabletten, XELJANZ[®] 11 mg Retardtabletten, XELJANZ[®] 1 mg/ml Lösung zum Einnehmen; Wirkstoff: Tofacitinib. **Zusammensetzung:** **Wirkstoff, Filmtbl.:** 1 Filmtbl. enth. 5 mg / 10 mg Tofacitinib. **Retardtbl.:** 1 Retardtbl. enth. 11 mg Tofacitinib. **Lös. zum Einnehmen:** 1 ml d. Lös. zum Einnehmen enth. 1 mg Tofacitinib. **Sonst. Bestandteile:** **Filmtbl.:** **Tablettenkern:** Mikrokristalline Cellulose, Lactose-Monohydrat, Croscarmellose-Natrium, Magnesiumstearat. **Filmüberzug:** Hypromellose 6cP (E 464), Titandioxid (E 171), Lactose-Monohydrat, Macrogol 3350, Triacetin, Indigocarmin-Aluminiumsalz (E 132) (nur 10-mg-Stärke), Brillantblau-FCF-Aluminiumsalz (E 133) (nur 10-mg-Stärke). **Retardtbl.:** **Tablettenkern:** Sorbitol (E 420), Hyetellose, Copovidon, Magnesiumstearat. **Filmüberzug:** Celluloseacetat, Hypromellose (E 463), Hypromellose (E 464), Titandioxid (E 171), Triacetin, Eisen(II)-oxid (E 172). **Druckfarbe:** Schellack (E 904), Ammoniumhydroxid (E 527), Propylenglycol (E 1520), Eisen(II,III)-oxid (E 172). **Lös. zum Einnehmen:** traubenaroma (enth. Propylenglycol [E 1520], Glycerin [E 422] u. natürliche Aromen), Salzsäure, Milchsäure (E 270), gereinigtes Wasser, Natriumbenzoat (E 211), Sucralose (E 955), Xylitol (E 967). **Anwendungsgebiete:** **Filmtbl.:** **Rheumatoide Arthritis (RA);** In Komb. m. Methotrexat (MTX) zur Behandl. d. mittelschweren bis schweren aktiven RA b. erw. Pat., d. auf e. od. mehrere krankheitsmodifiz. Antirheumatika (DMARD, Disease-Modifying Antirheumatic Drugs) unzureichend angespr. od. diese nicht vertragen haben. **Anw. als Monotherapie,** wenn MTX nicht vertragen wird od. wenn e. Behandl. m. MTX ungeeignet ist. **Psoriasis-Arthritis (PsA);** In Komb. m. MTX zur Behandl. d. aktiven PsA b. erw. Pat., d. auf e. vorangeg. krankheitsmodifiz. antirheumat. (DMARD-) Ther. unzureichend angespr. od. diese nicht vertragen haben. **Ankylosierende Spondylitis (AS);** Behandl. erw. Pat. m. aktiver AS, d. auf e. konventionelle Ther. unzureichend angespr. haben. **Colitis ulcerosa (CU);** Behandl. erw. Pat. m. mittelschwerer bis schwerer aktiver CU, d. auf e. konvention. Ther. od. e. Biologikum unzureichend angespr. haben, nicht mehr darauf anspr. od. diese nicht vertragen haben. **Juvenile idiopathische Arthritis (JIA);** Behandl. d. aktiven polyartikulären juvenilen idiopath. Arthritis (Rheumafaktor-positive [RF+] od. -negative [RF-] Polyarthritits u. erweiterte Oligoarthritits) u. d. juvenilen Psoriasis-Arthritis (PsA) b. Pat. ab e. Alter v. 2 Jahren, d. auf e. vorangeg. DMARD-Ther. unzureichend angespr. haben. Kann i. Komb. m. MTX angewendet werden o. als Monotherapie, wenn MTX nicht vertragen wird od. e. Fortsetz. d. Behandl. m. MTX ungeeignet ist. **Retardtbl.:** **RA;** In Komb. m. MTX zur Behandl. d. mittelschweren bis schweren aktiven RA b. erw. Pat., d. auf e. od. mehrere krankheitsmodifiz. Antirheumatika (DMARD) unzureichend angespr. od. diese nicht vertragen haben. **Anw. als Monotherapie,** wenn MTX nicht vertragen wird od. wenn e. Behandl. m. MTX ungeeignet ist. **PsA;** In Komb. m. MTX zur Behandl. d. aktiven PsA b. erw. Pat., d. auf e. vorangeg. krankheitsmodifiz. antirheumat. (DMARD-) Ther. unzureichend angespr. od. diese nicht vertragen haben. **AS;** Behandl. erw. Pat. m. aktiver AS, d. auf e. konventionelle Ther. unzureichend angespr. haben. **Lös. zum Einnehmen:** Zur Behandl. d. aktiven polyartikulären juvenilen idiopath. Arthritis (Rheumafaktor-positive [RF+] od. -negative [RF-] Polyarthritits u. erweiterte Oligoarthritits) u. d. juvenilen Psoriasis-Arthritis (PsA) b. Pat. ab e. Alter v. 2 Jahren, d. auf e. vorangeg. krankheitsmodifiz. antirheumat. (DMARD-) Ther. unzureichend angespr. haben. Kann i. Komb. m. Methotrexat (MTX) angewendet werden od. als Monotherapie, wenn MTX nicht vertragen wird od. e. Fortsetz. d. Behandl. m. MTX ungeeignet ist. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichk., gg. d. Wirkstoff od. e. d. sonst. Bestandt., aktive Tuberkulose (TB), schwerwiegende Infekt. w. z. B. Sepsis od. opportunist. Infekt., schwere Leberfunkt.-stör., Schwangersch. u. Stillzeit. **Nebenwirkungen:** **Häufig:** Pneumonie, Influenza, Herpes zoster, Harweginsykt., Sinusitis, Bronchitis, Nasopharyngitis, Pharyngitis, Lymphopenie, Anämie, Kopfschmerzen, Hypertonie, Husten, Bauchschmerzen, Erbr., Diarrhö, Übelk., Gastritis, Dyspepsie, Ausschlag; Arthralgie; peripheres Ödem; erhöhte Kreatinphosphokinase i. Blut. **Geläufiglich:** Tuberkulose, Divertikulitis, Pyelonephritis, Zellulitis, Herpes simplex, virale Gastroenteritis, Virusinfekt.; Lungenkrebs, nicht-melanozytärer Hautkrebs; Leukopenie, Neutropenie; Dyslipidämie, Hyperlipidämie, Dehydrier.; Insomnie; Parästhesie; Myokardinfarkt; venöse Thrombembol. Ereignisse (LE, TVT und retinale Venenthrombose); Dyspnoe; verstopfte Nebenbahnen; Lebersteatose, erhöhte Leberenzymwerte. **Erhöht. d. Transaminasen, erhöhter Gamma-Glutamyltransferasewert; Erythem, Pruritus; Gelenkschwell., Tendinitis; Pneumie, Fatigue; erhöhter Blut-Kreatininspiegel, erhöhter Lipoprotein-Cholesterinwert niedriger Dichte, Gewichtszunahme; Bänderdehn., Muskelszerr.; Sepsis; Urosepsis, disseminierende Tuberkulose; Bakteriämie, *Pneumocystis jirovecii*-Pneumonie, *Mycobacterium avium*-Komplex-Infekt., mykobakterielle Infekt. **Häuf. nicht bekannt:** Überempfindlichk., Angioödem, Urtikaria. **Folgende schwerwiegende Infekt. können ebnf. auftr.:** Appendizitis, Infekt. m. Cryptococcus, Histoplasmosis, ösophageale Candidose, Cytomegalievirus-Infektion, BK-Virus-Infekt., Listeriose u. Kokzidiomycose. Erhöhung d. Lipidparameter enth. Gesamtholesterin, LDL-Cholesterin, HDL-Cholesterin, Triglyceride. **Aufbaum b. Filmtbl.:** **B. CU-Pat.:** Verschlecht. d. CU. **B. JIA:** epidurale Empyem (mit Sinusitis u. subperiostealem Abszess), Pilonidalzyste, Abszess Gliedmaßen. **B. AS:** aseptische Meningitis. **Warnhinweise:** **Filmtbl.:** Enth. Lactose. Packungsbeilage beachten. **Retardtbl.:** Enth. Sorbitol (E 420). **Lös. zum Einnehmen:** Enth. Propylenglycol (E 1520), Natriumbenzoat (E 211). Packungsbeilage beachten. Weitere Informationen s. Fach- u. Gebrauchsinformation. **Abgabestatus:** Verschreibungspflichtig. **Pharmazeutischer Unternehmer:** Pfizer Europe MA EIG, Boulevard de la Plaine 17, 1050 Brüssel, Belgien. **Repräsentant in Deutschland:** PFIZER PHARMA GmbH, Linkstr. 10, 10785 Berlin. **Stand:** September 2022 | b-2v1xj-0-0**

Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie

Fast Response – Nutzen und Relevanz für die Praxis

Rheuma sei wie eine Bergkette. Manchmal gehe es aufwärts und manchmal abwärts. Aber dann wisse er, dass es auch wieder aufwärts gehen werde, so schilderte ein junger Erwachsener seine Rheumaerkrankung in einem Pressegespräch anlässlich der DGRh-Tagung.

Um die Problematik zu verdeutlichen: Die korrekte Diagnose sei erst nach zwei Jahren und drei sehr wahrscheinlich unnötigen Operationen am Knie erfolgt. Auch das soziale Leben sei davon betroffen, denn er habe in der 10. Klasse rund 700 Unterrichtsstunden gefehlt.

Ausgehend davon berichtete die niedergelassene Rheumatologin Dr. Susanne Schalm, München, dass die Transition vom pädiatrischen Rheumatologen zum internistischen Rheumatologen problembehaftet sei. Manchmal kämen diese Patienten nicht zu ausgemachten Terminen. Möglicherweise sei die Ursache dafür, dass sie glauben, im Erwachsenenalter habe



Foto: SNAB - stock.adobe.com

sich ihr Rheuma auch ausgewachsen. Aus ihrer Erfahrung sei es aber wichtig, die angesetzte Therapie erst einmal ohne Änderung weiterzuführen, wenn man Betroffenen vom pädiatrischen Rheumatologen übernimmt. Ein Aspekt, der sehr wichtig ist, sei das Erstgespräch. Das sei entscheidend für das gute Vertrauensverhältnis zu Betroffenen und dieses die Grundlage für eine effektive Behandlung.

Anschließend erläuterte PD Dr. Uta Kiltz, Herne, Ergebnisse der AQUILA-Studie zu Secukinumab bei axialer Spondyloarthritis sowie Psoriasis-Arthritis. Der Studie zufolge war ein schnelles Ansprechen in den ersten acht Wochen mit einem besserem Therapieverlauf verbunden.

Dr. med. Ulrich Karbach

Quelle: Pressegespräch anlässlich der DGRh-Tagung am 30.8.2023 in Leipzig (Novartis)

Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie

Wie geht es weiter mit JAK-Inhibitoren?

Prof. Hendrik Schulze-Koops, München, fasste anlässlich der DGRh-Tagung einleitend das Wissen aus zehn Jahren JAK-Inhibition zusammen.

Seine Kernaussage formulierte er mit Bezug auf den Fußball: Mit einer gelben Karte sei ein Spiel nicht verloren, aber man müsse darauf achten, keine gelb-rote Karte zu bekommen.

Entsprechend der Fachinformation von XELJANZ® soll Tofacitinib bei folgenden Patienten nur angewendet werden, wenn keine geeigneten Behandlungsalternativen zur Verfügung stehen:

- Patienten im Alter von 65 Jahren und älter
- Patienten mit atherosklerotischer kardiovaskulärer Erkrankung in der Vorgeschichte oder anderen kardiovaskulären Risikofaktoren (wie aktuelle oder ehemalige Langzeitraucher)
- Patienten mit Risikofaktoren für Malignome (z. B. bestehendes Malignom oder Malignom in der Vorgeschichte)



Foto: Irina - stock.adobe.com

PD Philipp Sewerin, Herne, erläuterte dazu, dass man entsprechende Patienten darüber aufklären und dies auch dokumentieren müsse. Er merkte zudem an, dass überwiegend Hochrisikogruppen über 65 Jahren in die PRAC-Analyse mit eingeflossen seien. Letztlich fehlten Daten zu jüngeren Patienten. Zusammenfassend betreffe die Einschränkung aus der Fachinformation nur sehr wenige seiner Patienten.

Aus der klinischen Sicht ging es dann in die Praxis. Dr. Michaela Scholz, Mainz-Hartenberg, berichtete über einen Fall mit rheumatoider Arthritis. Unter anderem bestand ein STEMI mit Stenteinlage in der Vorgeschichte. Die Behandlung mit Methotrexat (MTX) wurde nicht vertragen und beendet, da die Patientin MTX danach ablehnte. Seit September 2021 erhält sie Tofacitinib und ist darunter in Remission.

Dr. med. Ulrich Karbach

Quelle: Symposium anlässlich der DGRh-Tagung am 31. August 2023 in Leipzig (Pfizer)



LEBENSWEISHEIT

*Bist du geduldig im Augenblick des Zorns,
so wirst du dir
hundert Tage Kummer ersparen.*

Chinesische Weisheit

ZITATE VON POLITIKERN

*Opposition ist
das Salz in der
Suppe der
Demokratie.*

Walter Scheel

*Die Welt
muss sich ändern.
Wir sind die Welt.*

Michael Gorbatschow

*Der beste Weg, die Zu-
kunft vorauszusagen, ist,
sie zu gestalten.*

Abraham Lincoln

KURIOSE DURCHSAGEN DER DEUTSCHEN BAHN

Wir können Ihnen zurzeit kein gastronomisches Angebot bieten, da unser Service-Personal nicht gekommen ist.

Die Service-Hotline ist informiert und versucht nun, das Personal ausfindig zu machen.

Wir haben eine Hose gefunden.
Bitte prüfen Sie, ob Sie noch eine anhaben.

Der Lokführer kämpft gerade noch mit der Technik im Triebkopf. Wenn er den Kampf gewinnt, sage ich Ihnen Bescheid. Und dann auch, wie viel Verspätung wir haben.

Gehen Sie bitte aus der Tür! Wenn Sie individuelle Reisezeiten haben möchten, müssen Sie ein Auto benutzen!

WAHNSINNIC WITZIG

Eine Frau geht zum Arzt und sagt:
„Herr Doktor, wenn ich hier auf
mein Bein drücke, tut es weh. Wenn
ich auf meiner Schulter drücke,
tut es auch weh. Und wenn ich auf
meine Stirn drücke, tut es ebenfalls
weh. Was ist das nur?“

Der Arzt : „Klarer Fall, Ihr Finger
ist gebrochen!“



Kommt ein Beamter in die
Tierhandlung und sagt:
„Tut mir leid, ich muss den Gold-
fisch zurückgeben. Der brachte
soviel Hektik ins Büro.“



Familie Hering schwimmt im Meer.
Da begegnet ihnen ein U-Boot.
Der kleine Hering versteckt sich
ängstlich hinter seiner Mutter.
Doch die beruhigt ihn: „Das sind
nur Menschen in Dosen.“



Schüler: „Herr Lehrer, was heißt
das, was Sie unter meinen Aufsatz
geschrieben haben?“ Lehrer:
„Du musst deutlicher schreiben!“



Dr. med. Ulrich Karbach,
Ressortleiter Abrechnung und Medizin



E-Mail:
ulrich.karbach@medtrix.group

Wunsch und Realität müssen zueinander passen

Wer als Kind monatlich Taschengeld bekommen hat, musste damit sinnvoll umgehen. Sonst stand man gegen Monatsende bedröppelt da, wenn die Klassenkameraden sich nach der Schule noch ein Eis leisten konnten und man selbst kein Geld mehr hatte. Bei Erwachsenen ist es nicht anders. Natürlich sind die Einkommen unterschiedlich. Jeder sollte deshalb so planen, dass sich die Wünsche mit dem real verfügbaren Geld auch verwirklichen lassen. Wenn ich mir nur einen gebrauchten Kleinwagen leisten kann, aber von einem SUV träume, muss ich entweder die Verwirklichung des Wunsches zurückstellen oder an anderer Stelle so sparen, dass der Wunsch doch realisierbar wird. Die Realität sieht leider so aus, dass viele Menschen überschuldet sind, weil Wünsche und finanzielle Leistungsfähigkeit weit auseinander klaffen.

Deutlich kniffliger wird es, wenn die Wünsche zu Lasten anderer befriedigt werden sollen. Ich kann das Geschrei nicht nachvollziehen, das anhob, als die Grenze für den Bezug des Elterngeldes von 300.000 Euro auf 150.000 Euro Einkommen pro Jahr reduziert werden sollte. Nach meinem Verständnis müssen gut verdienende Eltern mit dem Elterngeld nicht noch vom Steuerzahler subventioniert werden.

Betrachten wir das Gesundheitswesen. Die TK informierte kürzlich, dass in bay-

rischen Krankenhäusern im Jahr 2021 50,1 Prozent mehr bildgebende Diagnostik durchgeführt wurde als im Jahr 2011. Ob dies medizinisch notwendig ist, mag man diskutieren. Ein sportlicher jüngerer Mann aus meinem Umfeld fordert in kurzen Abständen immer wieder ambulante CT- und MRT-Untersuchungen und bekommt diese zu Lasten der GKV. Wer Sport treibt, weiß aber, dass Über- oder Fehlbelastung zu Muskel- und Gelenkschmerzen führen kann. Nach ein Paar Tagen sind die Beschwerden in aller Regel weg. Es ist also absolut unsinnig, sofort zum Arzt zu gehen und bildgebende Diagnostik zu fordern.

Das Problem ist nach meiner Einschätzung eine All-inclusive-Mentalität zwar nicht aller, aber doch einiger gesetzlich Versicherter.

Ich denke, dass wir eine finanzielle Beteiligung der Leistungsempfänger benötigen. Das könnte so aussehen: Der generelle Krankenkassenbeitrag wird moderat angehoben. Wer nur Vorsorgeuntersuchungen nutzt, bekommt einen gewissen Betrag von der jährlichen Beitragszahlung erstattet. Das lässt sich so austarieren, dass die GKV weiter eine identische Menge Geld einsetzen kann.

Der Deutsche Rheumatologiekongress bildet in diesem Heft einen medizinischen Schwerpunkt. Ab Seite 32 lesen Sie interessantes von diesem Kongress.

Viel Spaß bei der Lektüre



„Dank Ihnen wieder ein Alltagsheld!“

UMFASSEND THERAPIEREN*

Bewährt für Ihre PsA- und axSpA-Patienten¹

 **Cosentyx**[®]
secukinumab

Here with you

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

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

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

1. Fachinformation Cosentyx[®].

Cosentyx[®] 75 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze, Cosentyx[®] 150 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze, Cosentyx[®] 150 mg Injektionslösung in einem Fertigpen, Cosentyx[®] 300 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze, Cosentyx[®] 300 mg Injektionslösung in einem Fertigpen. Wirkstoff: Secukinumab (in Ovarialzellen d. chines. Hamsters [CHO-Zellen] produzierter, gg. Interleukin-17A gerichteter, rekombinanter, vollständig humaner monoklonaler Antikörper d. IgG1/κ-Klasse). **Zus.-setz.:** Arzneil. wirks. Bestand.: 1 Fertigspritze enthält 75 mg Secukinumab in 0,5 ml bzw. 1 Fertigspritze/Fertigpen enthält 150 mg Secukinumab in 1 ml bzw. 300 mg Secukinumab in 2 ml. **Sonst. Bestand.:** Trehalose-Dihydrat, Histidin, Histidinhydrochlorid-Monohydrat, Methionin, Polysorbat 80, Wasser f. Inj.-zwecke. **Anwend.:** Behandl. v. Kindern u. Jugendl. ab 6 J. mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis, d. für eine system. Therapie in Frage kommen. Behandl. v. Kindern u. Jugendl. ab 6 J. mit Enthesitis-assoziiierter Arthritis od. juveniler Psoriasis-Arthritis, allein od. in Kombination mit Methotrexat (MTX), wenn Erkrankung unzureich. auf eine konventionelle Therapie angesprochen hat od. d. diese nicht vertragen. **150/300 mg Injektionslösung zusätzl.:** Behandl. erw. Pat. mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis, d. für eine system. Therapie in Frage kommen. Behandl. erw. Pat. mit mittelschwerer bis schwerer aktiver Hidradenitis suppurativa (Acne inversa), d. auf eine konventionelle system. HS-Therapie unzureichend angesprochen haben. Behandl. erw. Pat. mit aktiver Psoriasis-Arthritis, allein od. in Kombination mit MTX, wenn d. Ansprechen auf eine vorhergeh. Therapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARD) unzureich. gewesen ist. Behandl. erw. Pat. mit aktiver ankylosierender Spondylitis, d. auf eine konventionelle Therapie unzureich. angesprochen haben. Behandl. erw. Pat. mit aktiver nicht-röntgenolog. axialer Spondyloarthritis mit objektiven Anzeichen d. Entzündung, angez. durch erhöhtes C-reaktives Protein (CRP) u./od. Nachweis durch Magnetresonanztomographie (MRT), d. unzureich. auf nichtsteroid. Antirheumatika (NSAR) angesprochen haben. **Gegenanz.:** Überempfindlichkeit gg. d. Wirkstoff od. einen d. sonst. Bestand. Klinisch relevante, aktive Infekt. (z. B. aktive Tuberkulose). **Nebenw.:** *Sehr häufig:* Infekt. d. oberen Atemwege. *Häufig:* Oraler Herpes. Kopfschmerzen. Rhinorrhö. Diarrhö. Übelkeit. Ermüdung. *Gelegentl.:* Orale Candidose, Otitis externa, Infekt. d. unteren Atemwege, Tinea pedis, Neutropenie, Konjunktivitis, Entzündl. Darmerkrankungen, Dyshidrot. Ekzem, Urtikaria. *Selten:* Anaphylakt. Reakt. Exfoliative Dermatitis, Hypersensitivitätsvaskulitis. *Häufigkeit nicht bekannt:* Mukokutane Candidose (einschl. ösophageale Candidose), Pyoderma gangraenosum. **Verschreibungs-pflichtig.** **Weit. Angaben:** S. Fachinformationen. Stand: Mai 2023 (MS 05/23.23). **Novartis Pharma GmbH, Roonstr. 25, 90429 Nürnberg.** Tel.: (09 11) 273-0, Fax: (09 11) 273-12 653. www.novartis.de

 **NOVARTIS**

ABRECHNUNG 10



Orthopädiepauschalen

Im EBM ist vieles pauschaliert. Bei den Orthopädiepauschalen ist jeweils die genaue Zahl der Arzt-Patienten-Kontakte angegeben. Wie Sie damit umgehen sollten, lesen Sie auf Seite 10.

ABRECHNUNG 14



Privatabrechnung

Beratung und Fremdanamnese sind zwei Nummern in der GOÄ. Wann diese nebeneinander abgerechnet werden können, ist präzise definiert. Es geht häufiger, als manche vermuten.

PRAXIS 16



Behandlungsfehlervorwürfe

Im Fachbereich Orthopädie erheben Patienten besonders häufig Behandlungsfehlervorwürfe. Das geht aus der Statistik des Medizinischen Dienstes hervor. Wie kommt das?

AKTUELLES



06 Nachrichten

ABRECHNUNG



- 10 Arzt-Patienten-Kontakte (APK)
Orthopädiepauschalen: Die APK beachten
- 12 Wespenstiche
Stichhaltig abrechnen
- 14 Privatabrechnung
Das gilt für Beratung und Fremdanamnese
- 15 Ihre Fragen
Der A&W-Abrechnungsexperte antwortet

TITELGESCHICHTE 20



Ärztinnen in Deutschland
Angestellte Ärztinnen verschweigen eine Schwangerschaft oft lange. Selbstständige genießen keinen Mutterschutz. Wie sich das ändern ließe.



RECHT

23

Löschung von Patientendaten

Ärztinnen und Ärzte sollten prüfen, ob sie der Aufforderung von Patienten, ihre Daten zu löschen, nachgeben. Denn nicht selten verstoßen sie mit einer Löschung gegen Aufbewahrungsfristen.



FINANZEN

27

Gute Energieberater finden

Wer nicht aufpasst, zahlt auf Sanierungsmaßnahmen drauf. Wie Sie das meiste aus Ihrer Beratung herausholen, weiß Energieberater Dipl.-Ing. Peter Uenning.



MEDIZIN

32

Rheumatologenkongress

Internistische, orthopädische und pädiatrische Rheumatologen diskutierten die Entwicklung in der Rheumatologie. Moderne Medikamente ändern auch die operativen Eingriffe.

PRAXIS



- 16 Behandlungsfehlervorwürfe
Orthopäden führen Statistik an
- 18 Ihre Fragen
Die A&W-Praxisexpertin antwortet

FINANZEN



- 26 Berufsunfähigkeit
Unterschätzte Risiken der Inflation
- 27 Ungeschützte Berufsbezeichnung
Wie Sie einen guten Energieberater finden

- 32 DGRh
Rheumatologische Fälle unter der Lupe
- 33 DGRh
Fast Response - Nutzen und Relevanz für die Praxis
- 33 DGRh
Wie geht es weiter mit JAK-Inhibitoren?

RECHT



- 20 Mutterschutz
Wenn Schwangerschaft auf Selbstständigkeit trifft
- 23 Löschung von Patientendaten
Druck nicht gleich nachgeben
- 24 Fortbildungen von A&W
Interessante CME für Sie
- 25 Ihre Fragen
Die A&W-Rechtsexpertin antwortet

MEDIZIN



- 30 Osteoporose
Warum Stress die Frakturheilung ausbremst
- 30 Kreuzbandriss
Hilft Kompression nach einer Ruptur des vorderen Kreuzbands?
- 31 Spondyloarthritis
Therapieerfolge mit oralem JAK1-Inhibitor
- 32 Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie
Rheumatologen diskutieren gemeinsam

THERAPIE-MAGAZIN

- 28 Intraartikuläre Injektionstherapie
Warum der duale Effekt so wirksam ist

RUBRIKEN

- 01 Editorial
- 34 Aufgespießt
- 35 Impressum

GenuTrain®

SCHNELL GEGEN SCHMERZ, LANGFRISTIG WIRKSAM.



03 LANGFRISTIGE
WIRKUNG

02 ZÜGIGE
REGENERATION

01 SCHNELLE
SCHMERZLINDERUNG



Breite Stichprobe

Gehirnerschütterungen mindern IQ nicht

Gehirnerschütterungen scheinen keinen negativen Einfluss auf den Intelligenzquotienten (IQ) von Kindern zu haben. Zu diesem Schluss kommen Forschende der Universität Calgary im Journal Pediatrics. Das Team um Prof. Ashley Ware analysierte Daten von 866 Kindern und Jugendlichen im Alter von acht bis 16,99 Jahren, die nach einer Gehirnerschütterung oder orthopädischen Verletzung in US-amerikanischen oder kanadischen Kinderkliniken behandelt worden waren. Die Probanden absolvierten IQ- und Leistungsvaliditätstests nach der Akutphase (3-18 Tage nach

der Verletzung; USA) oder drei Monate nach der Verletzung (Kanada). Drei komplementäre statistische Modelle ergaben keinen Hinweis auf eine klinisch bedeutsame Beeinträchtigung der IQ-Werte durch eine Gehirnerschütterung. Auch der sozioökonomische Status, das Geschlecht, der Schweregrad der Verletzung, die Vorgeschichte der Gehirnerschütterung und eine eventuelle Bewusstlosigkeit zum Zeitpunkt der Verletzung spielten keine Rolle. Besorgte Eltern könnten durch diese Ergebnisse beruhigt werden, kommentierte Prof. Ashley Ware.

Videocall: GOP 01444 verlängert

Bis zum 31. Dezember 2025 erhalten Ärzte und Ärztinnen weiterhin einen Zuschlag für die Überprüfung der Identität ihrer Patienten vor der Videosprechstunde, wenn diese im aktuellen Quartal oder im Vorquartal noch nicht in der Praxis gewesen sind. Die Verlängerung dieser Regelung über dieses Jahr hinaus hat der Bewertungsausschuss beschlossen. Es wird also weiter die Gebührenordnungsposition (GOP) 01444 (10 Punkte/1,15 Euro) als Zuschlag zur Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale abgerechnet. Der Zuschlag ist einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig.



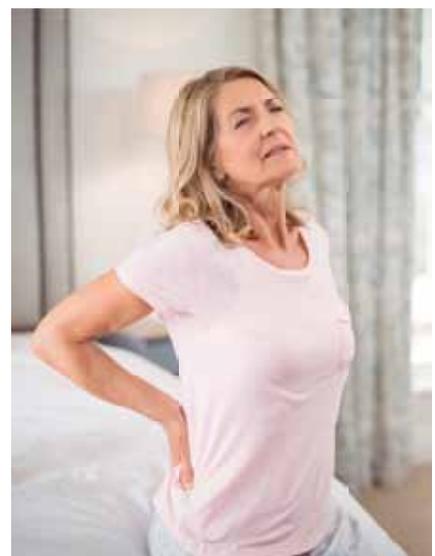
eRezept: Mehrfachverordnung möglich

Für Menschen, die dauerhaft bestimmte Medikamente benötigen, gibt es nun eine komfortable Lösung: Mehrfachverordnungen mit bis zu vier inhaltsgleichen eRezepten. Diese können nacheinander eingelöst werden. Das erspart gut eingestellten Patienten den vierteljährlichen Arztbesuch. Praxen profitieren von weniger Verwaltungsaufwand und entlasteten Wartezimmern. Damit nicht alle Rezepte auf einmal eingelöst werden können, ist jedes einzelne eRezept mit einer Gültigkeitsdauer (ab/bis) versehen. Insgesamt sind Mehrfachverordnungen auf eRezepten bis zu einem Jahr (365 Tage) gültig; nicht mehr benötigte Rezepte können gelöscht werden. Bei einer Änderung der Dosierung wird die Mehrfachverordnung gelöscht und neu ausgestellt. Die Einlösung erfolgt über die eRezept-App, einen Ausdruck oder demnächst über die elektronische Gesundheitskarte (eGK), erklärt die gematik. Die Medikamente können auch per Botendienst geliefert werden.

Rückenschmerzen: Opiate nicht besser als Placebos

Opioide erzielen bei akuten Rücken- und Nackenschmerzen keine bessere Wirkung als Placebos. Zu diesem Ergebnis kommen australische Forschende im Lancet. Die OPAL-Studie wurde von 2016 bis 2021 mit 347 Teilnehmenden durchgeführt. Über einen Zeitraum von sechs Wochen erhielten die Patienten und Patientinnen entweder Oxycodon/Naloxon oder ein Placebo. Im Laufe dieses Zeitraums ließen die Schmerzen in beiden Gruppen nach, wobei die Placebogruppe sogar eine etwas bessere Erholungstendenz zeigte. „Opioide sollten bei akuten unspezifischen Rücken- oder Nackenschmerzen nicht empfohlen werden, da wir keinen signifi-

kanten Unterschied in der Schmerzintensität im Vergleich zu Placebo feststellen konnten“, lautet deshalb die Schlussfolgerung des Teams. Hintergrund der Studie sind internationale Daten, denen zufolge rund 40 Prozent der Patienten mit akuten Rücken- und Nackenschmerzen sofort Opioide erhalten – trotz des hohen Suchtpotentials. Im Krankenhaus bekommen sogar bis zu zwei Drittel sofort Opioide. Leitlinien empfehlen derzeit, Opioide erst dann in Betracht zu ziehen, wenn andere Behandlungen versagt haben oder Kontraindikationen gegen nichtopioide Analgetika vorliegen. Ob diese Empfehlung überarbeitet wird, bleibt abzuwarten.



Fotos: Skyline - stock.adobe.com, insta_photos - stock.adobe.com, WavebreakMediaMicro - stock.adobe.com



TREMFYA®: DAS GESAMTPAKET bei Psoriasis-Arthritis*



**Überzeugende#
Wirksamkeit auf Gelenke^{1,2}**



**Verträglichkeit
auf Placebo-Niveau^{3,3}**



Einfache Anwendung⁵



**Frühe & zunehmende
Schmerzreduktion^{0,4}**



**Hohe Wirksamkeit
auf die Haut²**

**Für Sie &
Ihre
Patient:innen!**



* TREMFYA® ist allein oder in Kombination mit MTX für die Behandlung der aktiven Psoriasis-Arthritis bei erwachsenen Patient:innen indiziert, wenn das Ansprechen auf eine vorherige krankheitsmodifizierende antirheumatische (DMARD-) Therapie unzureichend gewesen ist oder nicht vertragen wurde.⁵ # Signifikante Überlegenheit vs. Placebo in Bezug auf ACR20 (primärer Endpunkt, 64 % vs. 33 %, p < 0,0001; Non Responder Imputation) nach 24 Wochen in der 8-Wochen-Dosierung (n = 248) in Biologika-naiven Patient:innen mit aktiver PsA.¹ ² Basierend auf einer gepoolten Analyse von 4 Phase-2-3-Studien mit 1.300 PsA-Patient:innen und 1.249 PY. Das günstige GUS-Sicherheitsprofil, das zu Woche 24 nachgewiesen wurde, hielt bis zu 2 Jahre der Behandlung bei TNFi-naiven und TNFi-erfahrenen Patient:innen mit aktiver PsA an, ≥ 1 UE zu Woche 24: GUS q8w 48,5 % vs. Pbo 47,3 %.³ ³ Post-hoc-Analyse der Zulassungsstudien DISCOVER 1 & 2: signifikante Schmerzreduktion von Tremfya vs. Placebo in Woche 2 (-2,1 vs. 0,9; p = 0,0059). Kontinuierlich zunehmende Schmerzreduktion vs. Baseline über 52 Wochen (p < 0,05). Durch das retrospektive Studiendesign ist die erhobene Statistik nicht als konfirmatorisch zu interpretieren.⁴

1. Mease PJ et al. Lancet 2020;395(10230):1126–1136 (inkl. Supplementary). 2. McInnes IB et al. Arthritis Rheumatol 2022; 74(3):475–485. 3. Rahman P et al. EULAR 2022; Poster POS1015. 4. Nash P et al. Poster P1070. 5. Aktuelle TREMFYA® Fachinformation.

Tremfya® 100 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze/ in einem Fertigpen. Wirkstoff: Guselkumab. **Zusammensetzung:** Fertigspritze/Fertigpen enth. 100 mg Guselkumab. Sonst. Bestandt.: Histidin, Histidinmonohydrochlorid-Monohydrat, Polysorbat 80, Saccharose, Wasser f. Injektionszw. **Anw.geb.:** Für d. Bhdlg. erw. Pat. m. mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis indiziert, d. für e. syst. Therapie in Frage kommen. Als Monotherapie od. in Komb. m. Methotrexat für d. Bhdlg. erw. Pat. m. Psoriasis-Arthritis indiziert, d. auf e. vorherige nicht-biolog. krankheitsmodifiz. antirheumat. (DMARD)-Therapie unzureich. angesprochen od. diese nicht vertragen haben. **Gegenanz.:** Schwere wieg. Überempf. gg. d. Wirkst. od. e. d. sonst. Bestandt., klin. relev. aktive Infekt. (einschl. aktive Tuberkulose), Schwangersch., Stillzeit (b. Entscheidg. üb. Unterbrechen d. Therapie m. TREMFYA od. Verzicht auf Einleiten d. Therapie m. TREMFYA muss Nutzen d. Stillens für d. Kind m. Nutzen d. Therapie für d. Frau abgewogen werden). **Warnhinw.:** Arzneimittel f. Kdr. unzugängl. aufbew. **Nebenwirk.:** Atemwegsinfekt., Kopfschm., Diarrhö, Arthralgie, Reakt. a. d. Injektionsst., Transamin. erhöht, Herpes-ungängl.-Infekt., Tinea-Infekt., Gastroenteritis, Überempf.reakt., Anaphylaxie, Urtikaria, Hautausschlag, Neutrophilenzahl erniedr., Verschreibungspflichtig. **Pharmazeut. Unternehmer:** JANSSEN-CILAG International NV, Turnhoutseweg 30, 2340 Beerse, Belgien. **Örtl. Vertreter für Deutschland:** Janssen-Cilag GmbH, Johnson & Johnson Platz 1, 41470 Neuss. **Stand d. Inform.:** 07/22.



Eiszeitliche Osteochondrosis dissecans

Säbelzahnkatzen: Häufig Gelenkprobleme

Eiszeitliche Säbelzahnkatzen (*Smilodon fatalis*) und Schattenwölfe (*Aenocyon dirus*) litten überraschend oft an Erkrankungen ihrer Gelenke. Das zeigt eine Studie im Journal „PLOS ONE“. Forschende um Dr. Hugo Schmökel untersuchten mehr als 1.000 Gliedmaßenknochen von Säbelzahnkatzen und mehr als 500 Gliedmaßenknochen von Wölfen aus der Eiszeit. Dabei fanden sie kleine Defekte, die auf eine Osteochondrosis dissecans (OCD) hindeuten. Diese Defekte traten vor allem in den Schulter- und Kniegelenken auf und betrafen bis zu sieben Prozent der unter-

suchten Knochen – signifikant mehr als bei modernen Arten. Ob die Gelenkprobleme die Jagdfähigkeit der Raubtiere beeinträchtigt haben könnten, ist unklar. Die vorliegende Untersuchung beschränkt sich auf Knochen von einer einzigen fossilen Fundstelle. Da sich OCD bei modernen Haushunden insbesondere nach Inzucht zeigt, könnte ihr vermehrtes Auftreten während der Eiszeit ein Resultat des Rückgangs der Populationen sein. Weitere Studien könnten Verbreitungsmuster der Krankheit zeigen und Einblicke in das Leben der damaligen Fauna gewähren.



Immer mehr No-Shows in der Praxis

Sieben von zehn Arztpraxen sind von Problemen durch nicht abgesagte Termine betroffen. Das zeigt eine Online-Umfrage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). KBV-Vorstandsvorsitzender Dr. Andreas Gassen sprach sich angesichts dieser Zahlen erneut für die Einführung einer Praxisgebühr im Falle sogenannter No-Shows aus. Die Gebühren müssten Gassen zufolge zu Lasten der Krankenkasse des jeweiligen Versicherten erhoben werden. Bei mehr als 40 Prozent der von No-Shows betroffenen Praxen wurden fünf bis zehn Prozent aller geschwänzter Termine nicht abgesagt. Bei 16 Prozent der betroffenen Praxen lag dieser Anteil sogar bei 10 bis 20 Prozent. Eine höhere Terminverfügbarkeit sei angesichts dieser Zahlen nicht realistisch, so Dr. Gassen. Er erinnerte in diesem Zusammenhang auch an die nach wie vor unzureichende Vergütung, die bereits bei rund zehn Prozent der vereinbarten Termine kein Honorar mehr generiert.

Härtefallhilfe für Energiekosten sichern

Privathaushalte, die mit Heizöl, Flüssiggas, Holzpellets oder Kohle heizen, können noch bis zum 20. Oktober 2023 Härtefallhilfen für nicht leitungsgebundene Energieträger beantragen. Voraussetzung ist mindestens eine Verdoppelung der Energiekosten im Zeitraum vom 1. Januar bis 1. Dezember 2022 gegenüber 2021. Bis zu 80 Prozent der Mehrkosten werden erstattet. Auch kleine und mittlere Unternehmen (KMU) wie Arztpraxen soll die „Härtefallhilfe Energie“ entlasten. Zugangsvoraussetzungen und Auszahlungshöhe unterscheiden sich allerdings von Land zu Land.



Orthopädische Hilfsmittel weiterhin perfekt anpassen

Der Ansatz „Passt, wackelt, sitzt, hat Luft“ ist keine Lösung! So kritisieren die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) und der Bundesverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) ein Projekt zur elektronischen Hilfsmittelversorgung von sieben Krankenkassen, darunter die BARMER und die Techniker Krankenkasse (TK). Deren Idee ist schlicht: Künftig sollen Patienten und Patientinnen „bequem“ ein Rezept für orthopädische Hilfsmittel aufs Smartphone erhalten und diese dann beim Hersteller online bestellen. Doch bequem zu tragen wären diese Bandagen, Orthesen oder Prothesen noch lange nicht. Vor

allem erfüllen diese Hilfsmittel nur dann ihren Zweck, wenn sie perfekt passen. Ansonsten droht sogar Schaden – schlimmstenfalls Ereignisse wie ein venöser Gefäßverschluss am Unterschenkel durch den Druck einer zu engen Kniebandage beim Vorhandensein von Krampfadern, erklärt Prof. Bernhard Greitemann, Ärztlicher Direktor der Klinik Münsterland am Rehaklinikum Bad Rothenfelde. Es geht kein Weg daran vorbei, Hilfsmittel individuell am Patienten auszumessen, anzupassen und zu kontrollieren. Deshalb fordern die DGOU, der BVOU und weitere Fachgesellschaften die Beibehaltung der Untersuchung und Beratung durch Fachexperten.

Ernährung

Weniger Fleisch okay für die Knochen

Eine Ernährungsumstellung, bei der ein Teil des roten Fleisches durch Erbsen und Bohnen ersetzt wird, stellt eine ausreichende Zufuhr von Aminosäuren sicher. Zu diesem Ergebnis kommt eine Studie der Universität Helsinki im „British Journal of Nutrition“. Der Knochenstoffwechsel wird nicht negativ beeinflusst. An der BeanMan Study nahmen 102 Männer teil. Ein Teil aß 760 Gramm rotes Fleisch pro Woche, also den finnischen Durchschnitt, der andere Teil senkte den Verzehr auf 200 Gramm pro Woche. Die Planetary Health Diet empfiehlt durchschnittlich

98 Gramm pro Woche. Gleichzeitig aßen die Wenig-Fleisch-Esser mehr regional angebaute Hülsenfrüchte. Die sechswöchige Umstellung hatte keine Auswirkungen auf die Knochengesundheit. Allerdings konsumierten die Probanden wie gewohnt Milchprodukte. Für diese empfiehlt die EAT-Lancet-Kommission jedoch ebenfalls eine recht strikte Obergrenze von durchschnittlich 250 Gramm pro Tag. Bei einer zusätzlichen Reduzierung von Milchprodukten müsste die Zufuhr von Kalzium und Vitamin D aus anderen Quellen sichergestellt werden.



Erklärvideo: Sanktionshammer neue TI-Pauschalen



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



Über den QR-Code sehen Sie: „Sanktionshammer - neue TI-Pauschalen“.

arzt-wirtschaft.de

Statt fester Erstattungspauschalen für einzelne Komponenten oder Anwendungen der Telematikinfrastruktur (TI) gibt es seit Juli nur noch eine Monatspauschale. Wie viel Geld niedergelassene Ärztinnen und Ärzte jetzt erhalten, beleuchtet die Ressortleiterin Wirtschaft, Melanie Hurst, in ihrem neuen Video.

Denn die Berechnung ist eine Wissenschaft für sich. Die Höhe der Pauschale hängt von mehreren Faktoren ab wie der Praxisgröße, dem Zeitpunkt der TI-Erstausrüstung oder dem Konnektortausch. Es kann aber auch schnell so enden, dass man keinen einzigen Cent erhält.

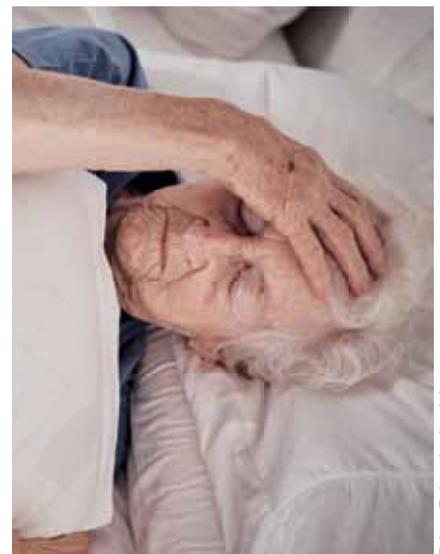
So viele Medikamente wie nie verschrieben

Die Zahl der ärztlich verordneten Arzneimittel hat im Jahr 2022 einen historischen Höchststand erreicht. Das geht aus dem TK-Gesundheitsreport hervor. Demnach wurden jedem Erwerbstätigen im Durchschnitt 269 Tagesdosen verordnet. Zu Beginn der Auswertungen im Jahr 2000 waren es noch 201 Tagesdosen gewesen. Die drei am häufigsten verordneten Medikamentengruppen waren Blutdrucksenker, Magensäureblocker und Antidepressiva. Das Verordnungsvolumen von Herz-Kreislauf-Medikamenten hat sich seit dem Jahr 2000 mehr als verdoppelt.

Risikofaktoren für postoperatives Delirium

Ein postoperatives Delirium (POD) kann schwere Folgen wie etwa langfristige kognitive Störungen haben. Eine chinesische Studie im Journal „Scientific Reports“ zeigt nun Risikofaktoren und Inzidenzraten von POD bei Fraktur-Patienten höheren und mittleren Alters (ab 50 Jahren). Das Team um Liqiang Dong analysierte Daten von 648 Patienten im Alter von 50 bis 103 Jahren, die zwischen Januar 2018 und Dezember 2020 operiert worden waren. Das Risiko einer POD war bei den Über-70-Jährigen wesentlich erhöht. Insgesamt litten 115 Patienten unter einem POD (17,74 %). Bluthochdruck sowie erhöhte Blutzucker- und Blutfettwerte

korrelierten signifikant mit dem Auftreten des POD. Insbesondere bei Personen mit Lungenerkrankungen und Alzheimer war das Risiko deutlich erhöht. Auch die Art der Operation spielte eine Rolle. So gingen Hüft- und Wirbelsäulenoperationen mit einem höheren POD-Risiko einher, möglicherweise aufgrund des perioperativen Blutverlusts oder weil sie eine längere Bettruhe erfordern. Allgemein war die POD-Inzidenz bei Vollnarkose deutlich höher ist bei lokaler Anästhesie. Ein umfassendes perioperatives Management und ein möglichst geringeres chirurgisches Trauma könnte die Inzidenz der POD deutlich verringern, so die Forschenden.



Fotos: 5ph - stock.adobe.com, David L/peopleimages.com - stock.adobe.com



Arzt-Patienten-Kontakte (APK)

Orthopädiepauschalen: Die APK beachten

Das orthopädische EBM-Fachkapitel (Kapitel 18) beinhaltet sieben Quartalspauschalen, die je Patient und Quartal nur einmal berechnungsfähig sind. Fünf von diesen Quartalspauschalen erfordern eine Mindestzahl an Arzt-Patienten-Kontakten.

Der Abschnitt 4.3.1 des EBM lautet: „Ein persönlicher APK setzt die räumliche und zeitgleiche Anwesenheit von Arzt und Patient und die direkte Interaktion derselben voraus.“ Im EBM ist das so formuliert: „mindestens xy persönliche APK“. Wird kein persönlicher APK verlangt, lautet die Formulierung „mindestens xy APK“. Die Orthopädiepauschalen erfordern alle keine persönlichen APK.

Persönliche APK

Beispiel: Behandlung einer sekundär heilenden Wunde nach 02310, mindestens drei persönliche APK.

Beim ersten persönlichen APK wird die Grundpauschale (18210 bis 18212) berechnet. Für das Abtragen von Nekrosen beim zweiten persönlichen APK sieht der EBM keine eigenständige Position vor. Zur Dokumentation eines APK ohne Erbringung berechnungsfähiger Leistungen haben einige KVen – leider nicht einheitlich – Symbolnummern eingeführt, die jeweils mit der Ziffer 9 beginnen. In KVen, in denen das nicht der Fall ist, wird empfohlen, an Tagen mit APK ohne Erbringung berechnungsfähiger Leistungen den Laborbonus 32001 anzusetzen.

ARZT-PATIENTEN-KONTAKTE

- Fünf der sieben Quartalspauschalen des Orthopädiekapitels des EBM setzen eine Mindestzahl von APK voraus.
- Werden mehrere Gebührenordnungspositionen (GOP) mit einer Mindestzahl von APK bei demselben Patienten berechnet, werden die geforderten APK nicht addiert.
- Bei APK ohne Erbringung berechnungsfähiger Leistungen ist die von der KV vorgegebene Symbolnummer oder der Laborbonus 32001 anzusetzen.



Foto: Kuprevich - stock.adobe.com

Die Orthopädiepauschalen des EBM erfordern jeweils eine definitive Anzahl Arzt-Patienten-Kontakte, aber die müssen nicht alle direkt sein.

Beim dritten APK werden erneut Nekrosen abgetragen, drei persönliche APK haben stattgefunden, die 02310 ist berechnungsfähig. Auch dieser APK ist mit einer Symbolnummer zu kennzeichnen, wenn keine anderen berechnungsfähigen Leistungen erbracht werden. In Gemeinschaftspraxen können die geforderten APK von verschiedenen Ärzten erbracht werden.

Nicht persönliche APK

Fünf der Pauschalen im Orthopädiekapitel fordern keine persönlichen, aber eine Mindestzahl an APK: 18331 (Wirbelsäulenkomplex) zwei, 18310 (Behandlung Bewegungsapparat bei Kindern), 18311 (Behandlung Bewegungsapparat bei Jugendlichen und Erwachsenen) und 18330 (Behandlung bei Funktionsstörungen der Hand) erfordern jeweils drei und 18340 (Wundbehandlungen) fünf APK.

Werden somit nach dem Erstkontakt, den zwangsläufig der Arzt wahrnehmen muss, um die erforderliche Behandlung

einzuleiten, bei Folgebehandlungen nur delegierbare Leistungen erbracht, werden diese Kontakte mitgezählt. Da u. U. keine eigenständig berechnungsfähigen Leistungen erbracht werden, ist gegebenenfalls die von der KV angegebene Symbolnummer oder die 32001 anzusetzen.

Von den Quartalspauschalen des Orthopädiekapitels kann bei demselben Patienten je Quartal nur eine berechnet werden, ausgenommen der Wirbelsäulenkomplex 18331, der zusätzlich zu den anderen Pauschalen berechnet werden kann, ausgenommen in demselben Quartal neben dem Rheumakomplex 18700.

Keine Addierung der geforderten APK

Werden bei demselben Patienten mehrere Gebührenordnungspositionen (GOP) mit einer Mindestzahl von APK berechnet, z. B. die 18331 (zwei APK) und 18340 (fünf APK), sind nicht insgesamt sieben APK erforderlich, fünf APK sind ausreichend.

Dr. med. Heinrich Weichmann



Ihren Patienten mehr Unabhängigkeit¹⁻⁴ ermöglichen.

1. Malm K et al. SAGE Open Medicine. 2017; 5: 1-8. 2. Boeri M et al. Patient Prefer Adherence. 2019; 13: 1093-110. 3. van den Bemt BJF et al. Drug Delivery. 2019; 26(1): 384-92. 4. Larsson I et al. Int J Qualitative Stud Health Well-being. 2010; 5(2). DOI: 10.3402/qhw.v5i2.5146.

Enbrel, Wirkstoff: Etanercept. **Zusammensetzung:** *Enbrel 10 mg Pulv. u. Lsg.-mittel z. Herst. e. Inj.-Lsg. z. Anw. b. Kdrn. u. Jugendl., Enbrel 25 mg Pulv. u. Lsg.-mittel z. Herst. e. Inj.-Lsg.:* 1 Durchstechfl. enth. 10 mg bzw. 25 mg Etanercept. *Enbrel 10 mg Pulv. u. Lsg.-mittel z. Herst. e. Inj.-Lsg.:* 1 Durchstechfl. enth. 10 mg bzw. 25 mg Etanercept. *Enbrel 25 mg u. 50 mg Inj.-Lsg. i. e. Fertigspr., Enbrel 25 mg u. 50 mg Inj.-Lsg. i. Fertigen (MYCLIC), Enbrel 25 mg u. 50 mg Inj.-Lsg. i. e. Patrone f. e. Dosisgerät (SMARTCLIC):* 1 Fertigspr. enth. 25 mg bzw. 50 mg Etanercept, 1 Fertigen enth. 25 mg bzw. 50 mg Etanercept. **Bestandte:** Sucrose, Natriumchlorid, Argininhydrochlorid, Natriumdihydrogenphosphat-Dihydrat, Natriummonohydrogenphosphat-Dihydrat, Wasser f. Inj.-Zwecke. **Enbrel 25 mg u. 50 mg Inj.-Lsg. i. e. Patrone f. e. Dosisgerät (SMARTCLIC):** 1 Fertigspr. enth. 25 mg bzw. 50 mg Etanercept, 1 Patrone enth. 25 mg bzw. 50 mg Etanercept. **Sonst. Bestandte:** Sucrose, Natriumchlorid, Argininhydrochlorid, Natriumdihydrogenphosphat-Dihydrat, Natriummonohydrogenphosphat-Dihydrat, Wasser f. Inj.-Zwecke. Etanercept wird gentechn. aus d. Eierstockszelllinie d. Chinesischen Hamsters hergestellt. **Anwendungsgebiete:** *Enbrel 25 mg u. 50 mg:* Rheumatoide Arthritis; i. Komb. m. Methotrexat (MTX) z. Behandl. d. mittelschweren bis schweren aktiven rheumatoiden Arthritis (RA) b. Erw., wenn d. Ansprechen auf Basistherapeutika (einschl. MTX - sofern nicht kontraind.) unzureichend ist. Enbrel kann i. Falle v. MTX-Unverträglichk. od. wenn Forts. d. MTX-Behandl. nicht mögl. ist, als Monother. angewendet werden. *Enbrel 10 mg Pulv. u. Lsg.-mittel z. Herst. e. Inj.-Lsg.:* Psoriasis-Arthritis (Arthritis psoriatica); Behandl. d. aktiven u. progressiven Psoriasis-Arthritis b. Erw., wenn Ansprechen auf vorhergehende Basisther. unzureichend ist. Enbrel verbessert d. körperl. Funktionsfähigk. Psoriasis-Arthritis (Arthritis psoriatica); Behandl. d. aktiven u. progressiven Psoriasis-Arthritis b. Erw., wenn Ansprechen auf vorhergehende Basisther. unzureichend ist. Enbrel verbessert d. körperl. Funktionsfähigk. b. Pat. m. Psoriasis-Arthritis u. reduziert d. Fortschreiten d. radiolog. nachweisbaren strukturellen Schädig. peripherer Gelenke b. Pat. m. polyartikulären symmetr. Subtypen d. Erkrank. Axiale Spondyloarthritis; Morbus Bechterew (ankylosierende Spondylitis); Behandl. d. schweren aktiven Morbus Bechterew b. Erw., d. unzureichend auf konventionelle Behandl. angesprochen haben. Nicht-röntgenolog. axiale Spondyloarthritis (nr-ASpA); Behandl. Erw. m. schwerer nr-ASpA m. objektiven durch erhöhtes CRP u./ od. MRT nachgewies. Anzeichen e. Entzünd. d. unzureichend auf e. Behandl. m. NSARs angesprochen haben. Plaque-Psoriasis; Behandl. Erwachsener m. mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis, d. auf e. and. system. Ther. wie Ciclosporin, MTX od. PUVA nicht angesprochen haben od. b. denen e. Kontraind. od. Unverträglichk. e. solchen Ther. vorliegt. *Enbrel 10 mg sowie zusätzl. f. Enbrel 25 mg u. 50 mg:* Juvenile idiopathische Arthritis (JIA); Behandl. d. Polyarthritis (Rheumafaktor-positiv od. -negativ) u. d. erweiterten (extended) Oligoarthritis b. Kdrn. u. Jugendl. ab 2 J., d. unzureichend auf MTX-Behandl. angesprochen haben od. MTX-Behandl. nicht vertragen. Behandl. d. Psoriasis-Arthritis (Arthritis psoriatica) b. Jugendl. ab 12 J., d. unzureichend auf MTX-Behandl. angesprochen haben od. MTX-Behandl. nicht vertragen. Behandl. d. Enthesitis-assoziierten Arthritis b. Jugendl. ab 12 J., d. unzureichend auf e. konventionelle Ther. angesprochen haben od. e. konventionelle Ther. nicht vertragen. Plaque-Psoriasis b. Kdrn. u. Jugendl.; Behandl. d. chron. schweren Plaque-Psoriasis b. Kdrn. u. Jugendl. ab 6 J., d. unzureichend auf e. and. system. Ther. od. Lichtther. angesprochen haben od. sie nicht vertragen. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichk. geg. d. Wirkstoff od. e. d. sonst. Bestandt. Sepsis od. Risiko e. Sepsis, aktive Infekt. einschl. chron. od. lokalis. Infekt., Stillzeit. **Nebenwirkungen:** Sehr häufig: Infekt. (einschl. Infekt. d. oberen Atemwege, Bronchitis, Zystitis, Hautinfekt.); Kopfschmerzen; Reakt. an d. Inj.-stelle (einschl. Blut-, Bluterguss, Erythem, Juckreiz, Schmerzen). **Mittelschwer:** Infekt. (einschl. Infekt. d. äußeren Reakt., Bild. v. Autoantikörpern; Pruritus, Hautausschlag; Pyrexie, Gelbsucht); Schwere Infekt. (einschl. Pneumonie, Entzünd. d. Unterhautgewebes [z. B. Erysipel], bakt. Arthritis, Sepsis, parasitäre Infekt.); nicht-melanozytärer Hautkrebs; Thrombozytopenie, Anämie, Leukozytopenie, Neutropenie; Vaskulitis (einschl. Anti-Neutrophilen-zytoplasma-Antikörper-positive Vaskulitis); Uveitis, Skleritis; Verschlecht. e. kongest. Herzinsuff.; entzündl. Darmerkrank.; erhöhte Leberenzyme (b. gleichz. Beh. m. MTX häufig); Angioödem, Psoriasis (einschl. Erstmanif. od. Verschlecht. u. pustulöse Formen, primär Handflächen u. Fußsohlen), Urtikaria, psoriasisartiger Hautausschlag; Selten: Tuberkulose (inkl. Miliartuberkulose u. extrapulmonärer Tuberkulose), opportunist. Infekt. (einschl. invasive Pilz-, Protozoen-, atyp. Mykobakterien- u. Virusinfekt. sowie Legionellose); malignes Melanom, Lymphom, Leukämie; Panzytopenie; schwere allerg. / anaphylakt. Reakt. (einschl. Angioödem, Bronchospasmus), Sarkoidose; entmyelinis. Prozesse d. ZNS m. Verdacht auf multiple Sklerose od. lokalisierte entmyelinis. Zustände wie Neuritis nervi optici u. Querschnittsmyelitis; periphere demyelinis. Ereignisse (einschl. Guillain-Barré-Syndr., chron.-entzündl. demyelinis. Polyneuropathie, demyelinis. Polyneuropathie u. multifokale motor. Neuropathie), Anfälle; Erstmanif. e. kongest. Herzinsuff.; interstitielle Lungenerkrank. (einschl. Pneumonitis u. pulmonaler Fibrose, z.T. letal b. gleichz. Beh. m. MTX gelegentlich); Autoimmunhepatitis (b. gleichz. Beh. m. MTX gelegentlich); Stevens-Johnson-Syndr., kutane Vaskulitis (einschl. Hypersensibilitätsvaskulitis), Erythema multiforme, lichenoid Reakt.; kutaner Lupus erythematosus, subakuter kutaner Lupus erythematosus, Lupus-ähn. Syndr., Sehr selten: Aplast. Anämie; toxisch-epidermale Nekrolyse, Häufigkeit nicht bekannt; Hepatitis B-Virus-Reaktivier., Listeriose; Merkelzellkarzinom, Kaposi-Sarkom; Histiozytose hämophagozyt. (Makrophagenaktivierungssyndr.); Verschlecht. d. Sympt. e. Dermatomyositis. **Außerdem wurden folgende schwerw. Infekt. beobachtet:** Abszess, Bakteriämie, Bursitis, Cholezystitis, Diarrhoe, Divertikulitis, Endokarditis (vermutet), Gastroenteritis, Herpes zoster, Unterschenkelgeschwür, Mundinfekt., Osteomyelitis, Otitis, Peritonitis, Pseudopharyngitis, sept. Arthritis, Sinusitis, Hautgeschwür, Harnwegsinfekt., Wundinfekt., Gastritis, Appendizitis, Streptokokken-Fasziitis, Myositis, sept. Schock, Nach Marktainf. wurde über versch. Malignome (einschl. Brust- u. Lungenkarzinom) berichtet. **B. Komb. v. Enbrel m. MTX (Studie):** Raten d. schwerw. Infekt. waren gegenüber d. Monother. ähnl., jedoch ist e. Anstieg d. Infektionsrate b. Kombi.-Ther. mögl. **B. gleichz. Anw. v. Enbrel u. Anakinra** wurde b. erw. Pat. e. erhöhtes Risiko f. schwerw. Infekt. u. Neutropenie beobachtet. **Nebenwirk. b. Kdrn. u. Jugendl.:** Diese waren i. A. denen b. Erw. ähnl. **Nebenwirk. b. Kdrn. u. Jugendl. m. JIA:** Häufiger als b. Erw. waren: Kopfschmerzen, Übelk., Erbrechen u. Bauchschmerzen. **Schwerw. NW umfassten:** Varizellen-Infekt. m. Zeichen u. Sympt. v. asept. Meningitis (o. Folgeschäden), Blinddarmentz., Gastroenteritis, Depress./ Persönlichkeitsstör., Hautgeschwür, Ösophagitis, Gastritis, sept. Schock, Typ 1 Diabetes mellitus, Weichteilinfekt. u. postoperative Wundinfekt. Weitere Informationen s. Fach- u. Gebrauchsinformation. **Abgabestatus:** Verschreibungspflichtig. **Pharmazeutischer Unternehmer:** Pfizer Europe MA EEIG, Boulevard de la Plaine 17, 1050 Brüssel, Belgien. **Repräsentant in Deutschland:** PFIZER PHARMA GmbH, Linkstr.10, 10785 Berlin. **Stand:** März 2022 | b-2v216b-0-0

SMARTCLIC

Wespenstiche

Stichhaltig abrechnen

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

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

Abrechnung bei normaler, lokaler Reaktion

Die normale Reaktion nach einem Wespenstich – auch ohne gravierende Allergiereaktion – ist das Auftreten von Rötung, Schwellung, mehr oder weniger starkem Schmerz und Juckreiz. Orthopäden sind nicht der erste Ansprechpartner bei Wespenstichen, es kann aber ein Patient mit Wespenstich kommen. Hier ist im EBM lediglich die altersabhängige Grundpauschalepauschale (18210 - 18212) abrechenbar. Im organisierten Notfalldienst käme die Notfallpauschale 01210 beziehungsweise 01212 in Frage. Bei GOÄ-Abrechnung kommen hier die Nr. 1 oder alternativ die Nr. 3 sowie die Nr. 5 in Frage. Hilfreich ist oft auch eine lokale Eisbehandlung, abrechenbar mit der Nr. 530, außerdem das Auftragen einer antiallergischen beziehungsweise steroidhaltigen Salbe.

Abrechnung bei großflächiger Reaktion

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

EXTREMFALL: ANAPHYLAKTISCHER SCHOCK

Nicht jeder Wespenstich geht mit einer nur harmlosen Symptomatik einher

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

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

Abrechnung bei generalisierter Reaktion

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

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

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

Bei EBM-Abrechnung sind Infusionen nur im fachärztlichen Versorgungsbereich abrechenbar mit der 02100, im Bereitschaftsdienst auch die Notfallpauschale

Wenn ein Notfallbesuch erforderlich ist

In selteneren Fällen kann auch ein Notfallbesuch erforderlich sein.

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

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

Dr. med. Heiner Pasch



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

Recosyn[®] Max^{forte N}

Die leistungsstarke 2-Komponenten-Spritze der neuesten Generation

DOPPEL PERFORMER

- ✓ Kombination aus hochkonzentriertem Hyaluron und dem Hyaluron-Protector Niacinamid
- ✓ Innovative Formel zum Schutz der Hyaluronsäure vor Degradation
- ✓ Dualer Wirkansatz durch erweiterte Rezeptur



Jetzt Starter-Angebot sichern!

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



Privatabrechnung

Das gilt für Beratung und Fremdanamnese

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

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

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

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

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



Foto: JenkoAtaman - stock.adobe.com

Gespräche mit Dritten

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

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

STEIGERUNGSFAKTOR

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

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

Ähnliches bezüglich der Beratungsfähigkeit gilt bei Patienten mit fortgeschrittener Demenz.

Dieter Jentzsch
GOÄ-Referent für Büdingen Med



Ihre Fragen an unseren Abrechnungsexperten

Dr. med. Ulrich Karbach, Ressortleiter Abrechnung



EBM

Infusion

Wir hatten kürzlich eine lebhafte Diskussion darüber, ob und wenn ja, wann Infusionen überhaupt abrechenbar sind. Können Sie Klarheit verschaffen?

Nina R., Orthopädin, Hamburg

Orthopäden dürfen Infusionen nach der Gebührenordnungsposition (GOP) 02100 abrechnen. Allerdings müssen die Mindestvoraussetzungen beachtet werden, nämlich intravenös, intraarteriell, ins Knochenmark oder in ein Portsystem. Zudem ist eine Mindestdauer von zehn Minuten gefordert. Das bedeutet, dass eine Kurzinfusion als Injektion zählt. Bis auf intraarterielle Injektionen sind alle anderen Injektionen in der Grundpauschale enthalten. Die entsprechende Information dazu steht in Anhang 1 des EBM.

Für rheumatologisch tätige Kolleginnen und Kollegen ist auch die Infusionstherapie nach GOP 02101 interessant. Dabei geht es unter anderem um die Behandlung mit monoklonalen Antikörpern.

EBM

Abrechnungsprüfung

Was bedeutet eigentlich die Abrechnungsprüfung?

Dr. med. Nico R., NRW

Bei der Abrechnungsprüfung kontrolliert die zuständige KV im ersten Schritt, ob der EBM korrekt angewandt wurde. Das ist die sogenannte sachlicher-rechnerische Richtigstellung. Dabei werden zu Beispiel Abrechnungsausschlüsse betrachtet oder das Vorliegen einer Ultraschallgenehmigung. Während der erste Schritt meist automatisiert verläuft, kümmert sich ein Prüfungsausschuss um die Plausibilitätsprüfung. Dabei wird überprüft, ob eine abgerechnete Gebührenordnungsposition überhaupt plausibel zu der kodierten Behandlungsdiagnose passt. In der Regel werden vorrangig die Tages- und Quartalsprofile betrachtet. Erst wenn es dabei Auffälligkeiten gibt oder ein begründeter Verdacht besteht, erfolgt eine genauere Prüfung.



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

GOÄ

Wann ist Nr. 4 erlaubt?

Bei einem Kollegen hat sich die private Krankenversicherung geweigert, die Nr. 4, die er in Rechnung gestellt hatte, zu bezahlen. Gibt es dafür Gründe?

Dr. med. Charlotte S., Bayern

Die Legende von Nr. 4 lautet: Erhebung der Fremdanamnese über einen Kranken und/oder Unterweisung und Führung der Bezugsperson(en) – im Zusammenhang mit der Behandlung eines Kranken. Es stellt sich also die Frage, ob eine Fremdanamnese medizinisch notwendig war. Das kann zum Beispiel der Fall sein, wenn ein Patient sich überhaupt nicht an beispielsweise einen Sturz erinnern kann. Wesentlich häufiger dürfte die Nr. 4 abgerechnet werden, wenn eine Bezugsperson – egal ob verwandt oder Pflegekraft – zum Vorgehen bei einem Erkrankten unterwiesen werden muss. Dann ist die Nr. 4 auch abrechenbar, ohne dass der Patient überhaupt dabei ist.

GOÄ

Homöopathie

Ich will einen Patienten mittels Homöopathie behandeln. Ich habe aber festgestellt, dass ich wesentlich länger für eine homöopathische Erstanamnese benötige. Wie lässt sich das wirtschaftlich darstellen?

Joachim E., Orthopäde, Hessen

Natürlich lässt sich mit dem Steigerungssatz arbeiten. 2,3-fach ist ohne Begründung akzeptiert. Mit Begründung können Sie maximal den 3,5-fachen Steigerungsfaktor nutzen. Aber diese Begründung muss individuell sein und darf nur gemäß § 5 die Schwierigkeit oder den Zeitaufwand bei der Erbringung der Leistung oder besondere Umstände bei deren Erbringung anführen.

Als Alternative gibt es noch die abweichende Vereinbarung nach § 2. Diese muss vor der Erbringung der Leistung mit dem Zahlungspflichtigen schriftlich abgeschlossen werden. Bis auf die Begrenzung des Steigerungsfaktors gelten alle Regelungen der GOÄ auch dann weiter.



Behandlungsfehlervorwürfe

Orthopäden führen Statistik an

Im Fachbereich Orthopädie erheben Patienten besonders häufig Behandlungsfehlervorwürfe. Das geht aus der aktuellen Jahresstatistik des Medizinischen Dienstes hervor. Wie kommt das?

Im Jahr 2022 hat der Medizinische Dienst 13.059 fachärztliche Gutachten zu vermuteten Behandlungsfehlern erstellt. Das geht aus der aktuellen Jahresstatistik zur Behandlungsfehlerbegutachtung hervor, die der Medizinische Dienst Mitte August 2023 in Berlin vorgestellt hat. Der Fachbereich Orthopädie und Unfallchirurgie ist dabei mit 33,3 Prozent am häufigsten von Behandlungsfehlervorwürfen betroffen. Die Zahl der Gutachten bewegt sich insgesamt auf dem Niveau der Vorjahre.

Ein Drittel der Vorwürfe im niedergelassenen Bereich

In der aktuellen Jahresstatistik bezogen sich zwei Drittel aller erhobenen Behandlungsfehlervorwürfe auf Leistungen in der stationären Versorgung, meist in Krankenhäusern, ein Drittel auf Arztpraxen. „Die meisten Vorwürfe betreffen operative Eingriffe. Da diese häufig im Krankenhaus erfolgen, werden sie dem stationären Sektor zugeordnet“, erklärte Dr. Christine Adolph, Stellvertretende Vorstandsvorsitzende und Leitende Ärztin des Medizinischen Dienstes Bayern. Das erklärt auch, warum die meisten Behandlungsfehlervorwürfe die Orthopäden und Unfallchirurgen betreffen.

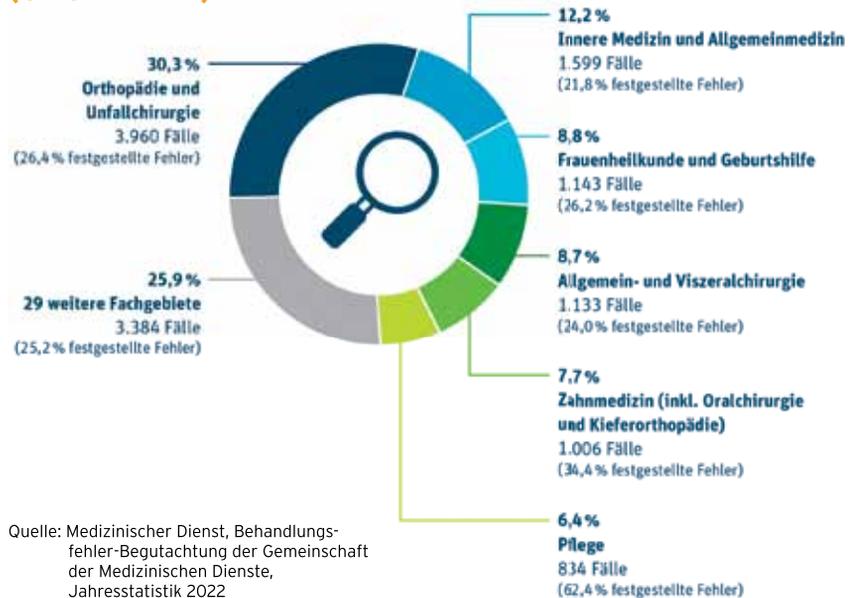
12,2 Prozent der Vorwürfe fielen in der Inneren Medizin und Allgemeinmedizin an, jeweils knapp neun Prozent in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie der Allgemein- und Viszeralchirurgie. Knapp acht Prozent entfielen auf die Zahnmedizin, über sechs Prozent auf die Pflege. 26 Prozent der Vorwürfe bezogen sich auf 29 weitere Fachgebiete.

Die meisten Behandlungsfehlervorwürfe kam aus der Gruppe der 50- bis 59-jährigen Patientinnen und Patienten. Insgesamt erheben mehr Frauen Behandlungsfehlervorwürfe (56,2 %) als Männer



Frauen erheben häufiger Behandlungsfehlervorwürfe.

VERTEILUNG DER VORWÜRFE AUF DIE FACHGEBIETE (GRUPPIERT)



(43,8 %). Die Ursachen dafür sind nicht vollständig bekannt. Die Quote bestätigter Vorwürfe ist bei Frauen ebenfalls weiterhin geringfügig höher und deutet darauf hin, dass Frauen häufiger von Behandlungsfehlern betroffen sein könnten als Männer. Die Unterschiede können zu einem geringen Anteil durch die Fälle im Fachgebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe erklärt werden. Aber auch geschlechtsspezifische Unterschiede in der Medizin können eine Rolle spielen.

Trotz der hohen Zahl der Vorwürfe im Bereich Orthopädie und Unfallchirurgie (33,3 %) ist dies nicht der Fachbereich, in dem auch die meisten Fehler festgestellt wurden. Die Quote beträgt hier nämlich nur 26,4 Prozent. In der Radiologie und in der Kinder- und Jugendmedizin sowie Kinderchirurgie liegt die Quote höher. Interessant ist auch ein Blick auf die

Behandlungsanlässe. Der Großteil macht Diagnosen im orthopädischen Bereich aus, etwa Hüftgelenksverschleiß, Kniegelenksverschleiß, Bruch des Oberschenkels oder sonstige Veränderungen des Wirbelskörpers.

Keine Aussage über Fehlerquote und Sicherheit

Die Zahlen der Jahresstatistik sind nicht repräsentativ. Sie zeigen lediglich die Begutachtungszahlen und -ergebnisse des Medizinischen Dienstes. „Eine Häufung von Vorwürfen in einem Fachgebiet sagt gar nichts über die Fehlerquote oder die Sicherheit in dem jeweiligen Gebiet aus“, erklärt Adolph. „Sie zeigen nur, dass Patientinnen und Patienten reagieren, wenn eine Behandlung nicht ihren Erwartungen entspricht.“ Fehler bei chirurgischen Eingriffen sind für Patienten meist leichter zu erkennen als zum Beispiel Medikationsfehler, weshalb auch eher Fehler bei Operationen vorgeworfen werden als bei anderen Behandlungen.

Ina Reinsch

OLUMIANT® IHRE LANGZEITTHERAPIE BEI RA*^{1,4}



Signifikant schnellere und stärkere Schmerzreduktion vs. Adalimumab bereits in Woche 2^{9,2}



7 Jahre Remission^{5,&}



Über 9 Jahre ausgewogenes Sicherheitsprofil^{4,5}



1× täglich mit flexibler Dosierung (4 mg / 2 mg)^{1,*}



Wer ist Ihre RA-Patientin, die jetzt den nächsten Schritt braucht?

*Olumiant® wird angewendet zur Behandlung von mittelschwerer bis schwerer aktiver rheumatoider Arthritis bei erwachsenen Patienten, die auf eine vorangegangene Behandlung mit einem oder mehreren krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzureichend angesprochen oder diese nicht vertragen haben. Olumiant® kann als Monotherapie oder in Kombination mit Methotrexat eingesetzt werden. *p < 0,05 Olumiant® (+MTX) vs. Adalimumab (+MTX). ⁹Nach 7 Jahren erreichten die verbleibenden Patient:innen (21,5%, bei Studienstart n=808) eine Remission, vgl. insb.: 56–66% gemessen am DAS28-hsCRP, 28–30% gemessen am SDAI, 29–34% gemessen am CDAI.³ ⁹Für diese Patientenpopulationen gelten besondere Warnhinweise, Vorsichtsmaßnahmen laut aktueller Fachinformation: Patienten mit atherosklerotischen Herz-Kreislaufkrankungen oder kardiovaskulären Risikofaktoren (z.B. Raucher oder ehemalige Langzeitraucher), Patienten mit Risikofaktoren für maligne Erkrankungen (z.B. bestehendes Malignom oder Malignom in der Vorgeschichte), Patienten ab 65 Jahren und Patienten mit aktiven, chronischen bzw. wiederkehrenden Infekten in der Vorgeschichte.¹ ⁹Dosis anpassbar entsprechend der Krankheitsaktivität. Empfohlene Dosis 4 mg; 2 mg sind für bestimmte Patientenpopulationen angebracht, siehe Fachinformation.¹

MTX = Methotrexat; RA = rheumatoide Arthritis.

1. Aktuelle Olumiant® Fachinformation. 2. Taylor PC, et al. N Engl J Med 2017;376:652-662 (plus supplementary material). 3. Smolen JS, et al. Rheumatology (Oxford) 2021;60:2256-66. 4. Taylor PC, et al. Ann Rheum Dis 2022;81(3):335-343. doi: 10.1136/annrheumdis-2021-221276. Epub 2021 Oct 27. 5. Caporali R et al. P050701. Ann Rheum Dis. 2022;81:630-631.

Bezeichnung des Arzneimittels: Olumiant® 2 mg bzw. 4 mg Filmtabletten. **Zusammensetzung:** arzneilich wirksamer Bestandteil: Jede Tablette enthält 2 bzw. 4 mg Baricitinib; sonstige Bestandteile: mikrokristalline Cellulose, Croscarmellose Natrium, Magnesiumstearat (Ph.Eur.), Mannitol (Ph.Eur.), Eisen(III)-oxid (E172), Phospholipide aus Sojabohnen (E322), Macrogol, Poly(vinylalkohol), Talkum und Titandioxid (E171). **Anwendungsgebiete:** Rheumatoide Arthritis: Behandlung von Erwachsenen mit mittelschwerer bis schwerer rheumatoider Arthritis, wenn bisherige Behandlung nicht ausreichend gewirkt hat oder nicht vertragen wurde. Wird allein oder zusammen mit anderen Arzneimitteln, wie etwa Methotrexat, angewendet. Atopische Dermatitis: Behandlung von mittelschwerer bis schwerer atopischer Dermatitis bei erwachsenen Patienten, die für eine systemische Therapie infrage kommen. Alopecia areata: Behandlung von schwerer Alopecia areata bei erwachsenen Patienten. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile; (vermutete) Schwangerschaft. **Nebenwirkungen:** Schwerwiegend: Infektionen wie Gürtelrose (Herpes zoster) und Lungenentzündung, so ist unverzüglich medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen, wenn schmerzhafter Hautausschlag mit Bläschenbildung und Fieber, oder Husten, Fieber, Kurzatmigkeit und Müdigkeit auftritt. Sehr häufig: Infektionen von Hals und Nase; hohe Blutfettwerte (Cholesterin), nachgewiesen durch Bluttest. Häufig: Fieberbläschen (Herpes simplex); Infektionen, die eine Magenverstimmung oder Durchfall verursachen (Gastroenteritis); Harnwegsinfektion; erhöhte Zahl von Blutplättchen (Zellen, die an der Blutgerinnung beteiligt sind) nachgewiesen durch Bluttest; Kopfschmerzen; Übelkeit; Bauchschmerzen; hohe Leberwerte nachgewiesen durch Bluttest; Ausschlag; Akne; Anstieg des Enzyms Kreatinkinase, nachgewiesen durch Bluttest; Entzündung (Schwellung) der Haarfollikel, insbesondere im Bereich der Kopfhaut. Gelegentlich: geringe Zahl von weißen Blutzellen (Neutrophile), nachgewiesen durch Bluttest; hohe Blutfettwerte (Triglyzeride), nachgewiesen durch Bluttest; Divertikulitis (schmerzhafte Entzündung der kleinen Ausstülpungen in der Darmschleimhaut), Gewichtszunahme; Schwellung des Gesichts; Nesselsucht; Blutgerinnsel in den Blutgefäßen der Lunge; Blutgerinnsel in den Bein- oder Beckenvenen (tiefe Venenthrombose). **Warnhinweise:** Für Kinder unzugänglich aufbewahren; weitere Warnhinweise siehe Fachinformation. **Verschreibungspflichtig. Zulassungsinhaber:** Eli Lilly Nederland B.V.; Papendorpsweg 83, 3528 BJ Utrecht, Niederlande; Ansprechpartner in Deutschland: Lilly Deutschland GmbH, Werner-Reimers-Str. 2-4, D-61352 Bad Homburg. **Stand der Information:** Mai 2023.



Ihre Fragen an unsere Praxisexpertin

Melanie Hurst, Ressortleiterin Wirtschaft



Personal

Wie vermeide ich Ärger bei der Urlaubsplanung?

Dieses Jahr gab es große Unstimmigkeiten im Team, was die Urlaubsverteilung anging. Wie können wir das künftig verbessern?

Dr. med. Yasmine C. aus Thüringen

Die Urlaubsplanung ist ein sehr emotionales Thema. Um sicherzustellen, dass der Urlaubsverteilungsprozess gerecht und reibungslos verläuft, können Sie bewährte Strategien aus der Organisationspsychologie in Ihrer Praxis implementieren. Punkt eins ist eine transparente Kommunikation. Ihre Mitarbeiter sollten gut über die



Richtlinien und Verfahren für die Beantragung und Genehmigung von Urlaub informiert sein. Punkt zwei ist die Einrichtung eines klaren Zuteilungssystems.

Das kann Verwirrung und eine gefühlte Benachteiligung beseitigen. Ob es sich um ein First-come-first-served-Prinzip, einen rotierenden Zeitplan oder ein anderes System handelt – diese Klarheit sorgt dafür, dass die Mitarbeiter verstehen, wie Urlaub zugeteilt wird. Auch ein Meeting mit dem Praxisteam am Anfang des Jahres hat sich bewährt, in dem die großen Urlaube aller miteinander abgestimmt und festgelegt werden. Hilfreich kann auch eine Software für Urlaubsmanagement sein, mit der Sie die Urlaubsverwaltung digitalisieren und vereinfachen können.

Praxishygiene

Wie oft müssen wir die Computertastaturen desinfizieren?

Meine Frage an die Praxisexpertin: Wann müssen die Computertastaturen in der Praxis gereinigt werden?

Dr. med. Sophia K. aus Bayern

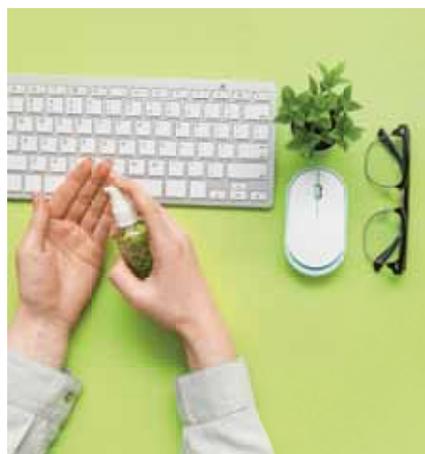
Grundsätzlich können Erreger über Computertastaturen transmittiert werden. Daher empfiehlt das Robert Koch-Institut (RKI) Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber, eine Risikobewertung vorzunehmen. Sie sollten überprüfen, ob die Tastaturen

oder auch Tablets, Touchscreens und ähnliches ein Vektor für die Weitergabe von nosokomialen Erregern sein können. Zudem sollte festgelegt werden, welches Desinfektionsmittel verwendet werden kann. Die Ergebnisse sollten Sie im Hygieneplan festhalten. Zur Orientierung: Hygieneexperten raten prinzipiell zu einer täglichen Desinfektion der Geräte.

Allerdings ist es bei herkömmlichen Tastaturen schwer, sie zu desinfizieren. Das liegt zum einen an der unebenen Fläche und den Zwischenräumen, aber auch daran, dass sie durch das Desinfektionsmittel kaputt gehen können. Es empfiehlt sich daher, dass Sie für Ihre Praxis ausschließlich sogenannte medizinische Tastaturen anschaffen. Diese unterscheiden sich von herkömmlichen, da sie keine Hohlräume haben, in denen sich Bakterien, Viren oder Keime ansiedeln können. Hygienetastaturen sind wasserdicht und daher mit Reinigungsmitteln abwaschbar oder auch desinfizierbar.

Die Herstellerangaben zur Reinigung der Tastatur sind selbstverständlich trotzdem zu beachten. Denn jedes Reinigungs-

mittel dürfen Sie nicht verwenden, da es die Tastatur beschädigen würde. Vor allem Mikrofasertücher und Scheuermittel sind nicht geeignet. Besser sind ein weicher Lappen und Reinigungsmittel ohne Scheuerfunktion. Desinfektionsmittel sollten außerdem in der VAH-Liste vom Verbund Angewandter Hygiene e. V. gelistet sein. Die Desinfektion von Tastaturen ist jedoch nur eine flankierende Maßnahme bei der Praxishygiene. Noch wichtiger ist die korrekte Händehygiene, um die Transmission von Erregern zu unterbinden.



Fotos: karandaev - stock.adobe.com, Pixel-Shot - stock.adobe.com



Jetzt archivieren!

PDF-Download unter:
AuW.de/Praxisexperten



A&W-Kontakt

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

und per Fax unter 08191 3055591



Mehr als ein Kalender:

Doctolib – Ihre Lösung für einfaches Patienten- und Terminmanagement



Online-Terminbuchung

Patient:innen können rund um die Uhr Termine buchen – für Besuchsgründe und Zeitfenster, die Sie definiert haben.



Automatische Terminerinnerung

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



Abwesenheitsmanagement

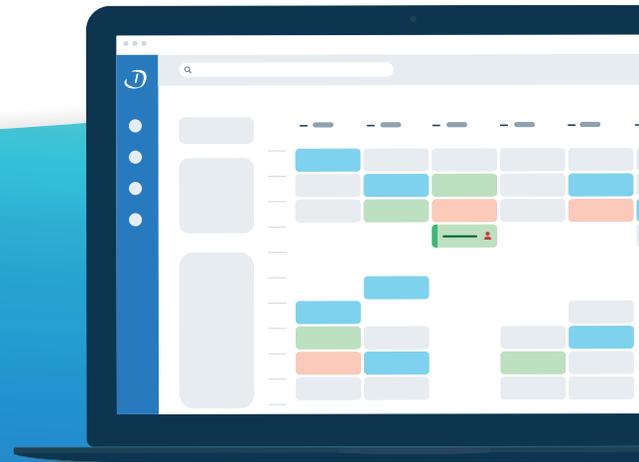
Mit wenigen Klicks sagen Sie - beispielsweise im Falle einer Krankheit - alle digital gebuchten Termine einfach und zeitsparend ab.



Mehr erfahren?

Einfach den QR-Code mit dem Smartphone scannen oder die unten stehende Website aufrufen:

doctolib.info/awo-5



Antwort-Fax: +49 (0)30 98 28 94 72

Ja, ich möchte wissen, welche Vorteile ich mit Doctolib für meinen Praxisaltag haben kann. Bitte kontaktieren Sie mich, um einen **unverbindlichen Beratungstermin** zu vereinbaren.

Name

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Unterschrift

Praxisstempel

doctolib.info/awo-5



Mutterschutz

Wenn Schwangerschaft auf Selbstständigkeit trifft

Niedergelassene Ärztinnen in Deutschland genießen keinen Mutterschutz und erhalten damit kein Mutterschaftsgeld. Die Folge: Sie stehen oft bis kurz vor und schon kurz nach der Entbindung in der Praxis, um keine finanziellen Einbußen zu erleiden. Wie sich das ändern ließe.

Niederlassung und Familienplanung – geht das zusammen? Das durchschnittliche Alter für die Übernahme oder Gründung einer Arztpraxis lag nach einer Erhebung der apoBank 2019/2020 für Ärztinnen in Deutschland bei 41,8 Jahren, ein Lebensabschnitt, in dem viele Ärztinnen schon Kinder haben. Doch manche haben die Familienplanung aufgrund der Facharztausbildung nach hinten geschoben oder erwarten das zweite, dritte oder vierte Kind. Wenn Schwangerschaft auf Selbstständigkeit trifft, ist das oft existenzbedrohend.

Denn während angestellte Ärztinnen mit Bekanntwerden der Schwangerschaft in der Regel einem betrieblichen Beschäftigungsverbot bei voller Lohnfortzahlung unterliegen, ist dies bei selbstständigen Ärztinnen nicht der Fall. Sie arbeiten meist weiter, um den Fortbestand der Praxis zu sichern. Für diese haben sie sich in der Regel verschuldet, aufgeben ist also keine Option. Denn das würde bedeuten: Wollten sie später wieder in das Berufsleben einsteigen, müssten sie neu starten oder sich anstellen lassen – womöglich bei einem männlichen Kollegen, der Familie und Niederlassung problemlos vereinbaren kann. Chancengleichheit sieht anders aus.

Damit Mütter nicht schutzlos sind

Die Politik will sich nun endlich des Problems annehmen, nachdem die selbstständige Tischlermeisterin Johanna Röh 2022 eine Petition ge-

startet hatte, die mittlerweile mehr als 1,1 Millionen Menschen unterzeichnet haben. Die Petenten wurden im Herbst 2022 im Petitionsausschuss des Deutschen Bundestages angehört. Der Ausschuss schloss sich nun im Juni 2023 der Petition an: Die Abgeordneten verabschiedeten einstimmig eine Beschlussempfehlung an den Bundestag, die öffentliche Eingabe der Bundesregierung mit dem höchstmöglichen Votum „zur Berücksichtigung“ zu überweisen: Mutterschutz muss auch für Selbstständige gelten.

Bislang ist es so, dass das Mutterschutzgesetz (MuSchG) auf selbstständige schwangere Ärztinnen keine Anwendung findet. Es gilt nur für schwangere Ärztinnen, die in einer Praxis, einem Krankenhaus oder Medizinischem Versorgungszentrum angestellt sind. Diese empfinden das MuSchG zwar oft als hinderlich, da sie in den meisten Fällen aus Sorge vor einer persönlichen Gefährdung oder einer Gefährdung ihres ungeborenen Kindes von ihrem Arbeitgeber ein betriebliches Beschäftigungsverbot erhalten. Das führt dazu, dass viele angestellte Ärztinnen eine Schwangerschaft so lange wie möglich verheimlichen, um weiter arbeiten zu können. Doch das Gesetz gewährt auch Schutz. Denn sechs Wochen vor der Entbindung und acht Wochen danach ist Schluss mit der Arbeit. Und sollten Ärztinnen in der Zeit davor aus gesundheitlichen Gründen im Zusammenhang mit der Schwangerschaft ihrer Arbeit nicht mehr nachgehen können, sind sie abgesichert.

Selbstständige Ärztinnen genießen diesen Schutz nicht. Gerade noch in der Praxis und kurze Zeit später im Kreißsaal – das ist keine Seltenheit für so manche Praxisinhaberin. Denn niedergelassene Ärztinnen erhalten in der Regel kein Mutterschaftsgeld, es sei denn, sie sind frei-



Eine schwangere niedergelassene Ärztin ist in Deutschland kaum abgesichert. Denn sie erhält – anders als in anderen Ländern – kein Mutterschaftsgeld.

willing in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert und die Versicherung beinhaltet einen Krankengeldanspruch. Die Höhe des Mutterschaftsgeldes entspricht dann der Höhe des Krankengeldes (70 % des Arbeitseinkommens).

Private KV zahlt kein Mutterschaftsgeld

Die private Krankenversicherung, in der viele Niedergelassene versichert sind, zahlt dagegen kein Mutterschaftsgeld. Wer in der privaten Krankenversicherung eine Krankentagegeldversicherung abgeschlossen hat, erhält das vereinbarte Krankentagegeld und damit den Verdienstaufschlag, der während der Schutzfristen nach § 3 Abs. 1 und 2 MuSchG sowie am Entbindungstag entsteht. Wichtig ist, dass die Police mindestens acht Monate vorher abgeschlossen wurde. Für die Zahlung des Krankentagegelds gilt aber häufig eine Wartezeit (Karenzzeit), die Versicherung zahlt beispielsweise erst nach Ablauf von 21 oder 42 Tagen. Das Landgericht Ravensburg entschied nun allerdings im Falle einer Tierärztin, dass diese Praxis der privaten Krankenversicherer nicht zulässig ist (24.02.2022, Az. 1 S 117/21).

Elterngeld können selbstständige Ärztinnen dann ebenso beziehen wie ihre angestellten Kolleginnen. Es beträgt 65 Prozent des Einkommens. Als Grundlage dient der letzte Steuerbescheid. Es wird sofort nach der Geburt bezahlt. Bislang wurde das Elterngeld bis zu einer Einkommensgrenze von 300.000 Euro für Paare und 250.000 Euro für Alleinerziehende bezahlt. Doch nun gibt es Pläne, die Einkommensgrenze für das Elterngeld zu senken. In Zukunft soll es nicht mehr gezahlt werden für Paare und Alleinerziehende mit 150.000 Euro zu versteuerndem Einkommen. Das könnte auch für niedergelassene Ärztinnen relevant werden. Die Neuregelung soll voraussichtlich für Geburten ab dem 1. Januar 2024 gelten.

Deutschland setzt europäische Regelungen nicht um

Dass selbstständige Frauen in Deutschland keinen Mutterschutz erhalten, kann man als skandalös bezeichnen. Denn Deutschland setzt die EU-Regelung zum Mutterschutz für Selbstständige bislang

WIE GEHT ES WEITER, WENN DAS KIND DA IST?

- Vertragsärztinnen können sich nach § 32 Abs. 1, S. 3 Ärzte-ZV in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Entbindung bis zu einer Dauer von zwölf Monaten vertreten lassen.
- Sie können die Zulassung gemäß § 95 Abs. 5 SGB V vorübergehend ruhen lassen - vollständig oder zur Hälfte.
- Sie können einen Sicherstellungsassistenten/Entlastungsassistenten beschäftigen.
- Sie können sich für einen bestimmten Zeitraum vom Bereitschaftsdienst befreien lassen.

nicht um. Bereits 2010 hatten sich die Mitgliedstaaten der Europäischen Union in einer EU-Richtlinie darauf verständigt, dass auch Frauen mit selbstständiger Erwerbstätigkeit Mutterschaftsleistungen zukommen müssen. So bestimmt Art. 8 der Richtlinie 2010/41/EU: „Die Mitgliedstaaten ergreifen die erforderlichen Maßnahmen, um sicherzustellen, dass selbstständig erwerbstätige Frauen sowie Ehepartnerinnen und Lebenspartnerinnen gemäß Artikel 2 im Einklang mit dem innerstaatlichen Recht ausreichende Mutterschaftsleistungen erhalten können, die eine Unterbrechung ihrer Erwerbstätigkeit wegen Schwangerschaft oder Mutterschaft während mindestens 14 Wochen ermöglichen.“

Die Internationale Arbeitsorganisation (International Labour Organization – ILO) legte mit der Konvention Nr. 1839 aus dem Jahr 2000 zudem einen Anspruch auf einen Mutterschaftsurlaub von mindestens 14 Wochen fest, bei dem eine Geldleistung von mindestens zwei Dritteln des bisherigen Einkommens gezahlt werden soll. Die Konvention wurde im Jahr 2021 von Deutschland unterzeichnet. Passiert ist seither nichts.

Doch selbstständige Frauen üben nun zunehmend Druck auf die Politik aus, weil sie es nicht mehr hinnehmen wollen, dass selbstständige Schwangere nicht den gleichen gesetzlichen Mutterschutz genießen wie Angestellte. Eine Schwangerschaft dürfe keine Existenzbedrohung darstellen oder zu einer Chancenungleichheit auf dem Arbeitsmarkt führen, heißt es in der Petition 133680. Die Petentinnen und Petenten fordern Regelungsänderungen in folgenden vier Bereichen:

1 Krankenversicherung

Im Falle einer Krankschreibung aufgrund von Schwangerschaftsbeschwerden soll hier unter anderem ab dem ersten Tag der Krankschreibung Krankentagegeld gezahlt werden. Hiervon dürfe es keine Abzüge geben, heißt es. Das Krankengeld müsse auf der Grundlage der gezahlten Beträge und nicht auf der Grundlage des ausgefallenen Arbeitseinkommens berechnet werden.

2 Mutterschutz

Es soll einen voll bezahlten gesetzlichen Mutterschutz auch für Selbstständige geben. Aktuell erhält eine Selbstständige maximal 13 Euro pro Tag, die unter Umständen auch noch mit dem Krankengeld verrechnet werden.

3 Betriebliche Absicherung

Betriebsvermögen soll nicht angestastet werden dürfen.

4 Elterngeld

Die Petenten mahnen eine Reform des Elterngeldes an, welche die Situation von selbstständigen Eltern gesondert bewertet. Vorherige schwangerschaftsbedingte finanzielle Einbußen sollen abzugsfrei hinzuverdient werden können.

In anderen Ländern Europas ist der Schutz selbstständiger schwangerer Frauen bereits weiter gediehen. So haben Selbstständige in Dänemark, Finnland, Norwegen, Island, Schweden und Frankreich grundsätzlich denselben Leistungsanspruch wie Arbeitnehmerinnen, wie der Wissenschaftliche Dienst des Deutschen Bundestags in einem Sachstandsbericht mitteilt.

Ina Reinsch »

Mutterschutz

Schwangere schweigen oft, solange es geht

Werdende Mütter stellt der Gesetzgeber unter besonderen Schutz am Arbeitsplatz. Das ist grundsätzlich richtig. Gerade für angestellte Ärztinnen führen die Regelungen des Mutterschutzgesetzes in der Praxis aber oft zu unbefriedigenden Lösungen.

Etwa die Hälfte der Ärztinnen in Deutschland hätte Bedenken, ihrem Arbeitgeber von einer Schwangerschaft zu erzählen. Das belegt eine aktuelle Umfrage unter knapp 4.800 Ärztinnen. Angeregt hatten sie unter anderem der Marburger Bund und der Deutsche Ärztenbund.

Viele Chefs haben Angst vor der Haftung

Ein wichtiger Grund für die Verschwiegenheit der Frauen ist die Angst, gegen ihren Willen mit einem Beschäftigungsverbot belegt zu werden. Diese Furcht ist nicht unbegründet. Zwar wurde das Mutterschutzgesetz (MuSchG) vor einiger Zeit reformiert, um die Rechte berufstätiger Schwangerer zu stärken und ihnen ein Weiterarbeiten zu ermöglichen, wenn dies gesundheitlich vertretbar ist. Da Arbeitgeber aber ihre (schwangeren) Beschäftigten keinen gesundheitlichen Risiken aussetzen dürfen, greifen viele Chefs noch immer zu diesem drakonischen Mittel, um sich juristisch nicht angreifbar zu machen.

Schuld an diesem Missstand ist die Regelung des § 13 Abs. 1 Nr. 3 MuSchG. Sie soll schwangere Ärztinnen vor konkreten Gefährdungen an ihrem Arbeitsplatz bewahren. Arbeitgeber müssen daher, sobald sie von der Schwangerschaft erfahren, eine spezielle Gefährdungsbeurteilung durchführen, um herauszufinden, welchen Risiken die schwangere Kollegin möglicherweise ausgesetzt ist. Anschließend müssen sie die erforderlichen Maßnahmen für den physischen und psychischen Schutz der werdenden Mutter und ihres ungeborenen Kindes treffen.

§ 9 Abs. 2 MuSchG verlangt es in diesem Zusammenhang, die Arbeitsbedingungen in der Praxis so zu gestalten, dass Gefährdungen der schwangeren Ärztin oder ihres Kindes

NICHT JEDE FRAU WIRD GLEICH GESCHÜTZT

Auch wenn der Name dies nahelegt: Das Mutterschutzgesetz schützt keineswegs alle werdenden Mütter, sondern nur jene in einer festen Anstellung. Nicht anwendbar sind seine Vorgaben daher auf selbstständige Ärztinnen. Frauen, die ihre eigene Praxis leiten, können daher, wenn keine gesundheitlichen Bedenken bestehen, theoretisch bis zur ersten Wehe arbeiten (siehe S. 62-63).

Angestellte Ärztinnen hingegen sind der Gefährdungsbeurteilung ihres Chefs unterworfen. Zwar erhalten sie, wenn dieser ein Beschäftigungsverbot ausspricht, weiter ihr reguläres Gehalt. Dennoch kann die (unfreiwillige) Auszeit ihrer Karriere schaden.

möglichst vermieden werden und eine „unverantwortbare Gefährdung“ ausgeschlossen wird.

Eine unverantwortliche Gefährdung der schwangeren Ärztin liegt zunächst bei Tätigkeiten nach § 11 MuSchG vor. Dazu gehören unter anderem Tätigkeiten mit Gefahrstoffen, Biostoffen, physikalischen Einwirkungen oder belastender Arbeitsumgebung, es sei denn, die Gefährdung kann ausgeschlossen werden. Ist eine Gefährdung der schwangeren Ärztin nicht eindeutig anzunehmen oder auszuschließen, muss der Arbeitgeber das MuSchG auslegen und auf den Einzelfall anwenden.

Und genau hier liegt das Problem. Denn wenn der Praxischef die Schwangere weiterarbeiten lässt und es doch zu einem Gesundheitsschaden kommt, drohen ihm horrende Schadensersatzansprüche.

Entsprechend verzichten viele Praxisinhaber ganz auf die Mitarbeit schwangerer Kolleginnen. Selbst wenn das in Zeiten des Fachkräftemangels schmerzhaft ist und die Betreffende gerne weitergearbeitet hätte.

Verzicht auf Beschäftigungsverbot ist nicht möglich

Besonders bitter ist das auch deshalb, weil die Weiterbildungsordnungen nach wie vor eine bestimmte Menge an Erfahrungen vorsehen, bevor eine Ärztin ihren Facharztstitel erwerben kann. Eine Unterbrechung der Weiterbildung durch Schwangerschaft und Elternzeit wird auf die Weiterbildungszeit aber nicht angerechnet. Dadurch verlängert sich die Ausbildungszeit für schwangere Ärztinnen oft erheblich, durch Teilzeitarbeit verlängert sich die Weiterbildungszeit anteilig.

Judith Meister



Aufforderung zur Löschung von Patientendaten

Druck nicht gleich nachgeben

Ärztinnen und Ärzte sollten sorgfältig prüfen, ob sie der Aufforderung von Patienten, ihre Daten zu löschen, nachgeben. Denn nicht selten verstoßen sie mit einer Löschung gegen gesetzliche Aufbewahrungsfristen.

Nicht immer läuft im Arzt-Patienten-Verhältnis alles rund. Manchmal suchen Patienten dann einen Angriffspunkt und meinen, ihn im Datenschutzrecht zu finden: Sie schicken ihrem Behandler einen Brief, in dem sie ihn auffordern, alle personenbezogenen Daten über sie zu löschen, und drohen Konsequenzen für den Fall des Nichtbefolgens an. Ärztinnen und Ärzte sollten in diesem Fall nicht vorschnell reagieren. Denn die Aufforderung ist in den meisten Fällen unberechtigt.

Die Behandlungsdokumentation ist nach Abschluss der Behandlung zehn Jahre lang aufzubewahren. Das regeln die Muster-Berufsordnung für Ärzte, das Bürgerliche Gesetzbuch sowie der Bundesmantelvertrag-Ärzte. Zu den Unterlagen gehören unter anderem Anamnesen, Diagnosen, Untersuchungen, Befunde, Arztbriefe, Aufklärungen und Einwilligungen.

Spezielle gesetzliche Regelungen können noch längere Aufbewahrungsfristen vorsehen. Dazu zählen etwa Aufzeichnungen über eine Strahlen- oder Röntgenbehandlung nach der Strahlenschutzverordnung, die 30 Jahre lang aufbewahrt werden müssen. Der Lauf der Frist beginnt mit dem Abschluss der Behandlung. Bewahrt der Arzt die Patientenakte nicht bis zum



Manche Patienten versuchen bei Streit, ihre Ärzte mit Forderungen aus der DSGVO einzuschüchtern. Wissen Sie gut genug Bescheid, um sich zu wehren?

Ende der Aufbewahrungsfrist auf, könnte er in einem Prozess möglicherweise nicht beweisen, dass eine medizinisch gebotene Maßnahme tatsächlich erfolgt ist.

Daher haben Ärztinnen und Ärzte nicht nur eine gesetzliche Pflicht zur Aufbewahrung der Patientenakte, sondern auch ein Recht. Denn die Unterlagen können zur Rechtsverteidigung erforderlich sein. Solange Rechtsstreitigkeiten drohen können, besteht auch das Recht zur Aufbewahrung der Unterlagen. Das sind nach der zivilrechtlichen Verjährungsfrist bis zu 30 Jahre.

Akte mit Sperrvermerk versehen

Nach Art. 17 der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) haben Patienten ein Recht auf Löschung ihrer personenbezogenen Daten. Diesem Löschungsverlangen stehen die Aufbewahrungsfristen entgegen. Es konkurrieren hier also zwei Rechte. Das Recht des Arztes zur Aufbewahrung überwiegt dabei aber in der Regel das Recht des Patienten auf Löschung. Der Arzt darf in diesem Fall das Löschungsverlangen des Patienten zurückweisen. Wegen des Grundsatzes der Datenminimierung sollte er die Verwendung der Daten aber auf ein Minimum begrenzen. Die Akte sollte daher mit einem Sperrvermerk versehen und getrennt von der laufenden Patientenakte aufbewahrt werden. Sobald der Grund für die Aufbewahrung wegfällt, müssen Ärzte die Unterlagen auch ohne ausdrückliches Löschungsverlangen des Patienten vernichten.

Ina Reinsch

DAS KÖNNEN SIE IHREN PATIENTEN MITTEILEN

- Bestätigen Sie den Eingang des Schreibens.
- Verweisen Sie auf die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen sowie auf die 30-jährige Verjährungsfrist.
- Teilen Sie mit, dass Sie die Verarbeitung der Daten eingeschränkt und diese mit einem Sperrvermerk versehen haben.
- Teilen Sie mit, dass Sie die Daten unverzüglich löschen, sobald dies rechtlich möglich ist.

Foto: fotogestoeber - stock.adobe.com

orthomol chondroplus

Da steckt Bewegung drin.



Bereit. Fürs Leben.

Orthomol chondroplus ist ein Nahrungsergänzungsmittel. Mit Vitamin C als Beitrag zu einer normalen Kollagenbildung für eine normale Funktion von Knorpel und Knochen.
www.orthomol.de

Fortbildungen von ARZT & WIRTSCHAFT

Interessante CME für Sie

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



Haben Sie mal Lust auf eine CME? 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



SCAN ME



Einwilligungsfähigkeit – wie Ärzte korrekt vorgehen

Immer wieder müssen Ärztinnen und Ärzte beurteilen, ob ein Patient einwilligungsfähig ist. Denn eine ohne wirksame Einwilligung vorgenommene Heilbehandlung oder Medikamentengabe stellt eine Körperverletzung dar, selbst wenn sie indiziert ist und der Arzt sie artis durchführt. Diese eCME soll Ihnen die Grundlagen der Einwilligungsfähigkeit ver-

mitteln und richtet sich an alle Ärztinnen und Ärzte, die bei der Frage „Kann mein Patient oder meine Patientin in diese Behandlung einwilligen“ mehr Sicherheit erlangen wollen. Besonderes Gewicht wird auf die Kriterien gelegt, anhand welcher Ärzte die Einwilligungsfähigkeit richtig beurteilen können.
https://cme.medlearning.de/aw/einwilligungsfaehigkeit_rez/index.htm



SCAN ME



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 eine besondere Ansprache und Begleitung. Verschiedene Formen von Angststörungen können den Besuch einer Arztpraxis verhindern, darunter die Mysophobie (An-

steckungsphobie) 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



SCAN ME



Effektives Terminmanagement in der Praxis

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

die Anwendung für ein effektives Zeitmanagement erörtert. Eine immer wichtigere Rolle spielen dabei auch Online-Buchungstools und intelligente Telefonassistenten für den optimierten Praxisablauf. Einzelne IT-Systeme für Praxen werden behandelt und die Unterschiede herausgearbeitet.
https://cme.medlearning.de/aw/terminmanagement_rez/index.htm

Fotos: fizkes/gettyimages, FatCamera/gettyimages, solidcolours/gettyimages, BillionPhotos.com - stock.adobe.com



Ihre Fragen an unsere Rechtsexpertin

Ina Reinsch, Rechtsanwältin und A&W-Redakteurin



Foto: Christoph Vöhler

gematik

Muss ich den Ausdruck des eRezepts noch unterschreiben?

Muss der Papierausdruck des eRezepts von mir noch handschriftlich unterschrieben werden?

Dr. Almut P. aus Baden-Württemberg

Nein, der Papierausdruck des eRezepts muss nicht unterzeichnet werden, denn der Ausdruck ist nicht das Rezept. Die Apotheke benötigt lediglich den aufgedruckten Rezeptcode. Die digitale Verordnung wird mit der Signatur in der Telematikinfrastruktur (TI) verschlüsselt gespeichert, es ist also vom Arzt bereits fälschungssicher



signiert. In der Apotheke werden dann mit dem ausgedruckten Code die Rezeptda-

ten abgerufen. Die qualifizierte elektronische Signatur ist der handschriftlichen Unterschrift gleichgestellt. Der Ausdruck kann sogar kopiert oder auch mehrfach gedruckt werden. Jedes eRezept kann aber nur einmal eingelöst werden. Der Ausdruck allein berechtigt nämlich nicht zur Abgabe des Medikaments, er ist kein rechtsgültiges Dokument. Als Ersatzverfahren für apothekenpflichtige Arzneimittel wird aber das Muster 16 weiterhin verwendet – und muss natürlich vom Arzt unterschrieben werden.

Elternzeit

Ist der Antrag verbindlich?

Eine Mitarbeiterin hat Elternzeit für zwei Jahre genommen. Nun möchte sie jedoch früher wieder arbeiten. Muss ich das möglich machen?

Dr. Amelie K. aus Schleswig-Holstein

Den Anspruch auf Elternzeit muss der Arbeitnehmer schriftlich gegenüber dem Arbeitgeber geltend machen. Und zwar spätestens sieben Wochen vor dem beabsichtigten Beginn. Vor Vollendung des dritten Lebensjahres des Kindes muss sich der Arbeitnehmer bei Geltendmachung einer Elternzeit außerdem verbindlich festlegen, für welche Zeiträume innerhalb von zwei Jahren er Elternzeit nimmt.

Eine spätere Änderung über Dauer und Umfang kommt dann grundsätzlich nur mit Zustimmung des Arbeitgebers in Betracht. Diese muss nicht erteilt werden. Das hat seinen Grund darin, dass der Gesetzgeber

auch für Arbeitgeber ein Mindestmaß an Planungssicherheit schaffen wollte. Denn häufig hat der Arbeitgeber befristet für zwei Jahre eine Ersatzkraft eingestellt und kann dann nicht so flexibel agieren.



Jetzt archivieren!

PDF-Download unter:
AuW.de/Rechtsexperten



A&W-Kontakt

Schicken Sie uns Ihre Fragen:

Sie erreichen uns per E-Mail unter ina.reinsch@medtrix.group

und per Fax unter 08191 3055591

Digitalisierung alter Patientenakten

Reif für die Entsorgung?

Wir digitalisieren Schritt für Schritt unsere alte Patientenkartei und scannen die Akten ein. Dürfen wir alte Patientenakten nach der Digitalisierung entsorgen?

Dr. Hans-Christian B. aus Nordrhein-Westfalen

Es ist zulässig, die Patientenakten zu digitalisieren, auch die älteren. Dabei sollten Sie darauf achten, dass nachträgliche Berichtigungen oder Änderungen des Inhalts erkennbar bleiben und chronologisch nachverfolgbar sind. Außerdem sollten Sie nach den Vorgaben der TR-RESISCAN (BSI Technische Richtlinie 03138) digitalisieren, um beweiskräftige elektronische Dokumente zu erzeugen. Dennoch sollten Sie die Originalakten nach dem Digitalisieren nicht vernichten. Denn der zivilprozessuale Beweiswert der so erstellten Scans ist nicht so hoch wie der von Papierakten, die eine Urkunde darstellen. Die Scans erbringen daher nicht den vollen Beweis für die in ihnen enthaltenen Erklärungen des Ausstellers. Eine eingescannte Patientenakte ist damit immer nur ein widerlegbarer Anscheinsbeweis für die darin festgehaltenen Behandlungs- und Aufklärungsmaßnahmen des Arztes. Vor allem Unterschriften des Patienten sind nicht mehr im Original enthalten. Die Akten sollten daher bis zum Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht aufgehoben werden.

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



Berufsunfähigkeit

Unterschätzte Risiken der Inflation

Die meisten niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte dürften derzeit eher über Einsparungen nachdenken als über neue Investments. Doch gerade wegen der hohen Inflation kann das in einigen Bereichen sinnvoll sein.



Foto: skywalk154 - stock.adobe.com

BU-Versicherungen sichern die Existenz von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten ab, wenn diese nicht mehr arbeiten können.

Aus diesem Grund ist in viele Berufs-unfähigkeitsverträge eine sogenannte Beitragsdynamik eingebaut. Sie bewirkt, dass die versicherte Rente in regelmäßigen Abständen um einen bestimmten Faktor steigt – ohne dass der Versicherte eine erneute Gesundheitsprüfung absolvieren muss. Zwar gehen diese Erhöhungen in der Regel auch mit einem Beitragsanstieg einher. Wer dies nicht will, muss ausdrücklich widersprechen.

Ein solcher Widerspruch sollte aber nur im Ausnahmefall erfolgen. Denn nur mit einer guten Dynamik ist gewährleistet, dass das Leistungsniveau trotz der hohen Inflation weitgehend erhalten bleibt.

Teils ist es zudem möglich, innerhalb bestimmter Fristen den Versicherungsschutz anzupassen, wenn sich die eigene Lebenssituation verändert – etwa nach einer Heirat oder Scheidung oder der Geburt eines Kindes (sog. Nachversicherungsgarantie). Die genauen Voraussetzungen in diesem Bereich können je nach Gesellschaft allerdings stark variieren.

Auf die Bedingungen kommt es an

Um herauszufinden, wie gut oder schlecht die diesbezüglichen Angebote der BU-Versicherer sind, hat das unabhängige Analysehaus Morgen & Morgen vor Kurzem 614 Tarife überprüft. Das erfreuliche Ergebnis: Mehr als die Hälfte (313) erhielten die Bestnote von fünf Sternen.

Damit ist zugleich gesagt, dass diese Tarife bei der Nachversicherung vollständig auf eine erneute Risikoprüfung verzichten. Weniger kundenfreundlich – und entsprechend schlechter bewertet – wurden Tarife, in denen der Versicherer zwar keine neue Gesundheitsprüfung verlangt, aber beispielsweise den aktuell ausgeübten Beruf betrachtet. Die detaillierten Ergebnisse des Ratings können Ärzte hier abrufen: <https://www.morgenundmorgen.com/service/ratings/bu-nachversicherung>.

Judith Meister

Auch wenn die Inflationsrate in Deutschland nicht mehr zweistellig ist: Die anhaltende Teuerung macht vielen Praxen weiterhin zu schaffen. Die Vorsitzende der Ärztekammer Niedersachsen warnte schon vor Monaten, dass die Inflation „die Ärzteschaft über die Grenze des Möglichen hinaustreibe“.

Tatsächlich dürften sich inzwischen viele Praxisinhaber überlegen, an welcher Stelle sich noch Kosten sparen lassen. Der eine oder andere Arzt wird im Zuge dessen auch das eigene Versicherungsportfolio ins Visier nehmen.

Inflation frisst Rente

Grundsätzlich ist es durchaus sinnvoll, in regelmäßigen Abständen den eigenen Versicherungsschutz zu überprüfen und unnötige Policen auszusortieren. Dennoch waren Experten vor Kurzschlusshandlungen. Keinesfalls sollten sich Ärzte bei finanziellen Engpässen von wichtigen Verträgen lösen. Insbesondere die Absicherung der eigenen Arbeitskraft muss in Krisenzeiten sakrosankt sein. In solchen Phasen kann es sich sogar lohnen, die Leistungen noch einmal aufzustocken.

CHECKLISTE



So finden Praxisinhaber eine leistungsstarke BU-Versicherung

- Ausreichend hohe Versicherungsleistung vereinbaren. In der Regel sollte die BU mindestens 50 Prozent des aktuellen Nettoeinkommens absichern.
- Beitragsdynamik festzurren
- Auf kundenfreundliche Nachversicherungsgarantien achten
- Ausschluss der abstrakten Verweisung auf einen anderen Beruf
- Versicherungsdauer bis zum tatsächlichen Renteneintritt
- Rückwirkende Leistungen im Ernstfall

Der Grund: Gerade im Bereich der Berufs-unfähigkeitsversicherung kann es sich für Ärztinnen und Ärzte bitter rächen, wenn sie am falschen Ende gespart haben und deshalb im Ernstfall mit einer zu niedrigen Rente abgespeist werden.

Ungeschützte Berufsbezeichnung

Wie Sie einen guten Energieberater finden

Wer nicht aufpasst, wirft sein Geld zum Fenster raus und zahlt auch noch langfristig auf die Sanierungsmaßnahmen drauf. Wie Sie nicht nur Scharlatane abblitzen lassen, sondern wirklich das meiste aus ihrer Beratung herausholen, weiß Energieberater Dipl.-Ing. Peter Uenning.

Für jeden, der eine neue Heizung einbauen lassen will, sieht das kommende Gebäudeenergiegesetz (GEG, löst die Energieeinsparverordnung ab) eine Energieberatung vor. Auch beim Kauf eines Einfamilienhauses oder vor einer umfassenden Sanierung ist diese sinnvoll. Doch die Qualität der Energieberater und -beraterinnen schwankt. Das liegt zum einen daran, dass diese Berufsbezeichnung nicht geschützt ist. Im Sommer 2023 wurde dies von Betrügern ausgenutzt. So warnen die Verbraucherzentrale Sachsen und die Handwerkskammer Düsseldorf vor Klinkenputzern, die sich an der Haustüre als Energieberater vorstellten, um dann im Gespräch Daten abzugreifen und dem ahnungslosen Verbraucher auf Provision einen teureren Vertrag unterzubuheln. Fragwürdige Verkaufsmaschinen sind also das eine Problem. Das andere sind Unter-

schiede sogar innerhalb des Kreises jener, die staatlich ausgewiesene Experten sind.

Optimale Beratung erhalten

Um staatliche Fördermittel für energetische Sanierungsmaßnahmen beantragen zu können, muss eine Beratung von einem Energieeffizienz-Experten erfolgen, der auf der Internetseite der Deutschen Energieagentur (dena) gelistet ist (www.energie-effizienz-experten.de). Ein Eintrag auf dieser Liste sollte die Mindestvoraussetzung sein, rät Dipl.-Ing. Peter Uenning, Landessprecher NRW des Deutschen Energieberater-Netzwerkes (deutsches-energieberaternetzwerk.de). Wird im Zuge der Beratung ein Sanierungsfahrplan erstellt, so zeigt dieser zwar einen Weg zum Effizienzhaus auf, samt ungefährem finanziellen Rahmen. Er bleibt jedoch wenig konkret. Um präzise Empfehlungen zu



ermöglichen, bietet der Bund seit dem 1. Juli 2023 die 80-prozentige Förderung einer Vor-Ort-Beratung an, sofern diese in einen Sanierungsfahrplan mündet. Bei einer solchen Begehung wird das gesamte Gebäude, vom Heizungskeller bis zum Dachboden, inspiziert. Informationen über Energieverbräuche sowie Gebäudepläne werden gesammelt; auf dieser Basis werden die Ist-Situation analysiert und Vorschläge erstellt. Für das Erstgespräch sollte der Energieberater genügend Zeit veranschlagen, so Uenning. 1,5 Stunden würden benötigt, um Wünsche zu klären und falsche Vorstellungen aufzuräumen. Kein Grund zur Sorge sei es, wenn ein Mitarbeiter des Beraters zur Vor-Ort-Begehung kommt und Fotos macht. Hierbei handelt es sich um eine delegierbare Leistung. „Angesichts der hohen Nachfrage würden die Büros ohne diese Mitarbeitenden an ihre Grenzen stoßen“, so Uenning. Die eigentliche Berechnung erfolgt durch den Energieberatenden: „Ich simuliere dabei mit einer Software verschiedene Szenarien.“ Nach Ermittlung der sinnvollsten Maßnahmen teilt er dem Kunden genaue Vorgaben für Handwerkeraufträge mit. Für die Bestätigung der förderfähigen Ausführung ist die Baubegleitung nötig. Dabei prüft der Energieberater beispielsweise, ob tatsächlich die richtigen Fenster und Dämmungen eingebaut werden. Als Qualitätssicherungsmaßnahme wird dies zu 50 Prozent von KfW oder BAFA übernommen. Uennings Tipp für die Beratung: „Lassen Sie sich nicht von Amortisationsprognosen einlullen, die sind bei schwankenden Energiepreisen über lange Zeiträume reine Glaskugelschau. Die harte Währung sind einzig die prozentualen Einspareffekte beim Energieverbrauch.“

Deborah Weinbuch



Bei der Wahl des Energiebersaters sollten Ärztinnen und Ärzte auf Fachkompetenz achten.

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



Intraartikuläre Injektionstherapie

Warum der duale Effekt so wirksam ist

Seit Juni steht eine intraartikuläre Injektion aus Hyaluronsäure und Niacinamid (Vitamin B₃) zur Behandlung der Gelenkarthrose zur Verfügung. Die Zwei-Komponenten-Spritze aus hochkonzentriertem Hyaluron und dem Hyaluron-Protector Niacinamid bietet als neueste Behandlungsgeneration einen dualen Therapie-Ansatz.

Ein wichtiger Bestandteil der konservativen Arthrosebehandlung ist die Therapie mit Hyaluronsäure (HA) als intraartikuläre Injektion.⁽¹⁾ Wiederholte HA-Injektionen können nicht nur die Schmerzen lindern und die Gelenke beweglicher machen, sondern auch die Arthroseprogression verlangsamen und so den Zeitpunkt bis zum Kniegelenkersatz signifikant hinauszögern.⁽²⁾ HA gilt als essenzieller Faktor für die viskoelastischen Eigenschaften der Synovialflüssigkeit und trägt damit zur Gleitfähigkeit und Stoßabsorption im Gelenk bei.⁽³⁾ Zusätzlich sind aber noch andere Effekte an der anhaltenden Beschwerdelinderung bei Arthrose beteiligt. Dazu zählen die Stimulation der endogenen HA-Synthese im Gelenk und chondroprotektive Eigenschaften.⁽³⁾ Die zugeführte Hyaluronsäure bedeckt die Oberfläche des Gelenkknorpels und blockiert so den Verlust von Proteoglykanen aus der Knorpelmatrix.⁽³⁾ Zudem führt sie in In-Vitro-Studien zu einer vermehrten Synthese extrazellulärer Matrixproteine und vermindert das Schmerzempfinden durch Reduzierung der Nozizeptorafferenzen sowie der Prostaglandin- und Bradykininsynthese.⁽³⁾ Auch Entzündungsmediatoren wie Proteasen, Prostaglandine und Zytokine werden reduziert, was einer beschleunigten Matrixzerstörung entgegenwirkt.⁽³⁾

Welche Rolle spielen freie Radikale bei Arthrose?

Im Rahmen von arthrotischen Veränderungen haben auch freie Radikale klinisch relevante Auswirkungen.⁽⁴⁾ Als sehr reaktive, instabile Atome oder Moleküle greifen sie Gewebe an, verstärken die Bildung von Enzymen, die zum Knorpelabbau beitragen, und schädigen Proteoglykane, HA, Lipide und Proteine wie Kollagen.⁽⁴⁾ In diesem Prozess verstärken sie auch Schmerz- und Entzündungsprozesse. Während in einem gesunden Organismus ein ausgewogenes Wechselspiel von freien

PRAXIS-TIPP



Empfohlenes Therapieschema

Um eine langanhaltende Besserung von Schmerzen und Funktionseinschränkungen zu erzielen, wurden bisher drei bis fünf HA-Injektionen in wöchentlichen Abständen gegeben.⁽³⁾ Die Anzahl der Injektionen mit Recosyn® Max forte N sowie das Intervall können jetzt individuell durch den behandelnden Arzt angesetzt werden:



Wöchentliche Initial-Therapie: drei Initial-Injektionen im wöchentlichen Abstand



Nach drei bis sechs Monaten je nach Arthrose-Grad Booster-Therapie: eine Injektion



Erneut nach drei bis sechs Monaten Booster-Therapie: eine Injektion

Radikalen mit Antioxidantien oder Radikalfängern besteht, entwickelt sich im Rahmen einer Arthroseerkrankung oxidativer Stress, eine Stoffwechsellage mit zu vielen freien Radikalen und zu wenig Antioxidantien, um diese abzufangen, und eine Zerstörung der HA tritt ein.⁽⁵⁾

Niacinamid: Ein starker antioxidativer Partner

Oxidativer Stress wird mit der Pathogenese einer Reihe von chronischen Krankheiten in Verbindung gebracht. Einer der wichtigsten Faktoren bei der Verringerung des oxidativen Stresses ist die Erhöhung des antioxidativen Potenzials.

Die Ergebnisse der untersuchten Studien bestätigen den antioxidativen Charakter von Niacin und weisen darauf hin, dass dieses Vitamin den Körper vor oxidativem Stress schützen kann.⁽⁶⁾ In verschiedenen Versuchsmodellen wurde eine Wirkung von Niacinamid auf nozizeptive und entzündungsbedingte Schmerzen gezeigt, was seine entzündungshemmende

Wirkung weiter untermauert.⁽⁷⁾ Schon lange ist bekannt, dass orales Niacinamid (Dosierung: 6 x 1 Tablette mit 500 mg Niacinamid = 3.000 mg/Tag) bei Patienten mit Arthrose im Vergleich zu Placebo eine deutliche Verbesserung der Gelenkbeweglichkeit und eine Reduktion der Entzündung erzielen kann.⁽⁸⁾

In einer weiteren Arbeit wurden verschiedene Zubereitungsmethoden analysiert, um die HA im Rahmen einer Arthrosebehandlung zu stabilisieren. Mit der Entwicklung einer neuen Formulierung aus einer Kombination von Hyaluronsäure und Niacinamid (Recosyn® Max forte N, HA 2,2 % und Niacinamid 1,5 %) konnte eine signifikant bessere Widerstandsfähigkeit gegen den Abbau durch freie Radikale für HA plus Niacinamid gegenüber Vergleichsprodukten (HA 2,2 % versus 2 vernetzte HA) erzielt werden.⁽⁹⁾ Die Überwachung der Viskosität unter Hitzestress zeigte, dass die Zugabe von Niacinamid einen positiven Effekt auf die Erhaltung der HA-Viskosität über die gesamte Zeit hat.⁽⁹⁾ Die Zwei-Komponenten-Spritze ist bei Schmerzen und Einschränkung der Gelenkmobilität bei degenerativen Veränderungen des Kniegelenks und anderer Synovialgelenke einschließlich Arthrose indiziert.

Das neue Produkt Recosyn® Max forte N enthält u.a. folgende Bestandteile: 44 mg Natriumhyaluronat und 30 mg Niacinamid.

■ Mit der HA (2,2 %) wird eine verbesserte Schmierung erzielt. Sie wirkt stoßdämpfend, entzündungshemmend und ermöglicht die Herstellung viskoelastischer Eigenschaften der gesunden Gelenkflüssigkeit.

■ In klinischen Studien schützt Niacinamid den Körper vor oxidativem Stress, zeigt eine Wirkung auf nozizeptive und entzündungsbedingte Schmerzen und verbessert, oral gegeben, die Gelenkbeweglichkeit bei Patienten mit Arthrose.^(6,7,8)

Experteninterview

Innovative Kombination in der Praxis

Die Formulierung aus Hyaluronsäure und Niacinamid wurde entwickelt, um mit Hilfe antioxidativer Effekte des Niacinamids die HA vor dem Abbau durch freie Radikale und Entzündungsmediatoren zu schützen. Über seine Erfahrungen mit der neuen intraartikulären Kombination berichtet Dr. med. Jörg Nürnberger, Oettingen, im Expertengespräch.

Was für Vorteile sehen Sie durch die innovative Kombination aus Hyaluron (HA) und dem Hyaluron-Protector Niacinamid?

Durch die neue Kombination wird zum einen die Lebensdauer der HA deutlich verlängert und zum anderen wirkt Niacinamid antioxidativ und dadurch deutlich entzündungshemmend.

Wie bewerten Sie die zusätzliche Entzündungshemmung durch den zweifachen Wirkansatz? Haben die Patienten einen höheren Benefit als durch die normale HA?

Der Benefit ist so gut wie die Anwendung einer HA-Injektion, bei der ein- oder zweimal Cortison mit appliziert wird. Das haben wir im Rahmen der aktuellen Untersuchung mit Recosyn® Max forte N überhaupt nicht verwendet und trotzdem sehr gute Ergebnisse erzielt. Insofern denke ich, dass das Niacinamid sehr gut antioxidativ und entzündungshemmend wirkt.

Wie oft und in welchem Abstand haben Sie Recosyn® Max forte N injiziert?

Die Injektionen wurden dreimal im Abstand von einer Woche appliziert.

Fragen die Patienten von sich aus nach einer erneuten Injektionsserie mit Recosyn® Max forte N? Wenn ja, wieviel Prozent etwa?

Es waren einige Patienten dabei, die sich auf Selbstzahlerbasis auch ihr anderes Knie haben behandeln lassen. Das waren ca. 20 Prozent.

Könnten Sie sich auch ein Therapieschema vorstellen, bestehend aus drei Recosyn® Max forte N Injektionen und nach vier bis fünf Monaten eine Art Auffrisch-Injektion?

Das müsste man ausprobieren. Das wäre



Dr. med. Jörg Nürnberger,
Orthopäde &
Unfallchirurg,
Facharzt für
Allgemeinchirurgie,
Spezieller Unfall-
chirurg,
Oettingen

Foto: Privat

in jedem Fall sinnvoll, da man sich zwei Injektionen sparen könnte und damit das Infektionsrisiko minimiert.

Und dann den Patienten immer wieder einbestellen - zyklisch, damit der Patient regelmäßig seine Injektion erhält?

Genau, das wäre durchaus vorstellbar.

Es gibt amerikanische Versicherungsdaten, die belegen, dass künstliche Gelenke um 3,6 Jahre hinauszögert werden konnten, wenn regelmäßig Serien mit HA gespritzt wurden.⁽²⁾ Müsste man das dem Patienten erklären, damit er die Injektionen regelmäßig machen lässt?

Das erklären wir natürlich den Patienten schon, dass man künstliche Gelenke hinauszögern kann, aber ich weiß nicht, ob jeder Patient geeignet ist, ein individuelles Therapieschema anzuwenden, dieses zu verstehen und dem auch nachzukommen.

Erklären Sie Ihren Patienten, wenn Sie eine Therapie beendet haben? Wann empfehlen Sie Ihren Patienten, wann sie wieder vorstellig werden sollten?

Wir machen immer sechs Wochen nach der letzten Injektion eine Kontrolle und dann erkläre ich dem Patienten, wenn sie merken, dass die Schmerzen wieder losgehen, sollten sie früh genug vorstellig werden und nicht warten, bis die Schmerzen

wieder extrem stark sind. Je früher man in die Schmerzsymptomatik eingreift, desto leichter kann man sie wieder in den Griff bekommen.

Und Ihrer Erfahrung nach, wann kommen die Patienten im Schnitt wieder?

Im Normalfall nach neun bis zwölf Monaten.

Was überzeugt Sie von dem Zusatznutzen der Kombination von HA + Niacinamid?

Wie gesagt, im Moment habe ich die subjektive Meinung einer längeren Wirkung der HA, wodurch insgesamt eine deutlich bessere Effektivität erzielt wird. Ich habe die Kombination vorher nie benutzt, bewerte sie aber als sehr gut. Überzeugend ist die antioxidative und entzündungshemmende Wirkung, besonders vor dem Hintergrund, dass man auf das Cortison verzichten kann – meiner Meinung nach ein sehr wichtiger Faktor. Denn im Prinzip ist es kontraproduktiv, ein Chondro-Protektivum zu spritzen und gleichzeitig Cortison zu geben, weil Cortison die Knorpelzellen zerstört. Diesen Prozess kann man sich jetzt durch die neue Kombination sparen.

A&W-LITERATUR

1. www.dgou.de (abgerufen am 13.07.2023)
2. Altman R et al. PLoS One 2015;10:e0145776
3. Jerosch J. Z Rheumatol 2015;74:764-773
4. deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2005/daz-24-2005/uid-14102 (abgerufen am 20.07.2023)
5. Tschernigg P. Die Bedeutung des oxidativen Stress für die Hyaluronsäure. Diplomarbeit Uni Graz 2011
6. Ilkhani F et al. J Nutri Med Diet Care 2016 2:014; Volume 2, Issue 1
7. Godin AM et al. Pharmacol Biochem Behav 2011;99(4):782-788
8. Jonas WB et al. Inflamm Res 1996
9. Hadjab F. AB0046 Ann Rheum Dis: First published as 10.1136/annrheumdis-2022-eular. AB0046;1074 on 23 May 2022

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

Osteoporose

Warum Stress die Frakturheilung ausbremst

Massiver Stress und posttraumatische Belastungen verzögern die Wund- und Knochenheilung. Eine Studie an der Universität Ulm ging den molekularen Mechanismen nach. Was sie für zukünftige Therapieoptimierungen bedeuten.

Neutrophile Granulozyten bilden bei Personen unter kontinuierlicher Stressbelastung Tyrosinhydroxylase (TH), was die Freisetzung von Katecholaminen nach sich zieht. Im Frakturhämatom wirken diese Stresshormone lokal auf die Zonen, in denen Knochenmaterial neu gebildet wird. Dies geschieht normalerweise, indem Knorpelzellen in Knochen umgebaut werden. „Durch den Einfluss der Stresshormone wird der Umbau von Knorpel- in Knochenzellen gehemmt. Die Knochenbildung und damit die Frakturheilung verlangsamt sich“, erklärt Dr. Miriam Tschaffon-Müller, Erstautorin der Studie. Zelltypspezifische Knockout-Mäuse, bei denen die TH-Expression unterbunden war, wiesen



Foto: dikushin - stock.adobe.com

keine stressbedingte Verzögerung der Knochenheilung auf. Das galt auch für Mäuse mit geblocktem Adrenorezeptor (AR).

In der klinischen Praxis könnte es ratsam sein, bei der Behandlung von Patienten mit Knochenbrüchen und anderen massiven Verletzungen die persönliche Stresshistorie zu berücksichtigen, folgert das Autorenteam. Nach den Studienergebnissen könnte es bei Menschen mit einem

Risiko für psychosomatische Störungen eine Option sein, die Einwanderung von TH-positiven myeloischen Zellen/Neutrophilen in das Frakturhämatom zu unterbinden. Ein weiterer Ansatz bestünde in der kurzfristigen Blockade der adrenergen Signalübertragung durch Betablocker.

Ralf Schlenger

Quelle: Tschaffon-Müller et al. Nat Commun 2023; doi: 10.1038/s41467-023-38616-0

Kreuzbandriss

Hilft Kompression nach einer Ruptur des vorderen Kreuzbands?

Aktuelle Studien deuten darauf hin, dass Patienten mit vorderer Kreuzbandplastik und Kniebandage von Effekten auf die neuromuskuläre Kontrolle profitieren können.

Unter Leitung von Professor Gisela Sole wurden an der Universität von Otago (Neuseeland) die Effekte einer Kompressionsbandage (GenuTrain®) bei 34 Patienten mit ACL-Bandplastik (ACL = anterior cruciate ligament) untersucht. Die Rekonstruktion lag sechs bis 53 Monate zurück. Alle Probanden hatten verbliebene Kniebeschwerden und funktionelle Defizite, die mit dem IKDC-SKF-Fragebogen (International Knee Documentation Committee/Subjective Knee Form) erhoben und bewertet worden waren.

Die 2021 in *BMC Musculoskeletal Disorders* veröffentlichten Ergebnisse belegen unter anderem einen positiven Akuteffekt auf die Sprungweite der Probanden beim „horizontal jump“, dem einbeinigen Distanzsprung. Die Sprungweite erhöhte



Foto: juniart - stock.adobe.com

sich signifikant um 3,6 Prozent im Vergleich zur Situation ohne Bandage, was auf eine höhere funktionelle Stabilität der Probanden hindeute. Eine zweite Publikation beschreibt auch einen Langzeiteffekt auf die Verbesserung der Kniestabilität: Beim „step-down hop task“ stiegen die Probanden mit ihrem verletzten Bein von einem 30 Zentimeter hohen Kasten auf eine Kraftmessplatte und sprangen auf diesem Bein sofort nach vorn. Nach sechswöchigem Tragen der GenuTrain konnte eine verkürzte Standphase vor dem Vortritt gemessen werden.

Probanden mit Bandage waren insgesamt körperlich aktiver als jene der Kontrollgruppe. Dieser psychologische Zusatzeffekt der Bandage unterstütze eine langfristige Rehabilitationsstrategie, die bei Menschen mit rekonstruiertem Kreuzband für die Wiedergewinnung der neuromuskulären Kontrolle notwendig sei, erklärte Dr. Sole.

Till Kohl

Quelle: Presseinformationen der Bauerfeind AG

Spondyloarthritis

Therapieerfolge mit oralem JAK1-Inhibitor

Nach Ergebnissen einer Phase-2-Studie ist der Januskinasemhemmer Filgotinib wirksam und gut verträglich bei röntgenologisch bestätigter axialer Spondyloarthritis (r-AxSpA).

Trotz inzwischen großer Fortschritte in der AxSpA-Therapie besteht noch immer Optimierungsbedarf. Der präferenzielle Januskinase-1-Inhibitor (JAK1) Filgotinib (Jyseleca®) ist in Europa und Japan bislang zur Behandlung mittelschwerer bis schwerer aktiver Formen der rheumatoiden Arthritis und der Colitis ulcerosa zugelassen. Hinweise darauf, dass Filgotinib auch bei Spondyloarthritis wirkt, gab die Phase-2-Studie TORTUGA bei Patienten mit aktiver r-AxSpA, die auf eine konventionelle Behandlung nicht angesprochen hatten: Unter Filgotinib 200 mg war in Woche 12 eine signifikant größere

Verbesserung des Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score (ASDAS) als unter Placebo zu verzeichnen. Damit wurde der primäre Endpunkt der Studie erreicht. Filgotinib zeigte zudem ein günstiges Sicherheitsprofil.

Weiteren Aufschluss soll das globale Phase-3-Programm OLINGUITO (NCT 05785611) geben: Zwei randomisierte, Placebo-kontrollierte, doppelblinde Studien untersuchen die Wirksamkeit und Verträglichkeit von Filgotinib (200 mg) über 16 Wochen bei Patienten mit aktiver r-AxSpA (Studie A) und nicht röntgenologischer Spondyloarthritis (nr-AxSpA; Studie B), die auf eine konventionelle Therapie oder Biologika unzureichend angesprochen hatten.

Till Kohl

Quelle: Presseinformationen Galapagos Biopharma



Foto: SciPro - stock.adobe.com

Teriparatid Aristo®

NEU

FÜR DIE GANZ HARTEN Fälle.

Frakturrisiko reduzieren: Für mehr Sicherheit im Alltag

-  Neubildung und Restrukturierung der Knochensubstanz¹
-  Generisches Teriparatid: synthetisch, bioidentisch mit aktivem PTH-Fragment²
-  Austauschbar mit Forsteo®

Teriparatid im Fertigpen



¹ Brixen KT et al. Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology 2004, 94, 260-270.
² aktives Fragment (1-34) des endogenen humanen Parathormons (PTH)

Teriparatid Aristo® 20 Mikrogramm/80 Mikroliter Injektionslösung im Fertigpen (Rp). Wirkstoff: Teriparatid. **Zus.:** 1 Fertigpen mit 2,4 ml Injektionslösung enthält 600 Mikrogramm Teriparatid (entsprechend 250 Mikrogramm pro ml). Jede Dosis von 80 Mikrolitern enthält 20 Mikrogramm Teriparatid. **Sonst. Bestandl.:** Essigsäure 99 %, Natriumacetat, Mannitol (Ph.Eur.), Metacresol (Ph.Eur.), Salzsäure (zur pH-Wert-Einstellung), Natriumhydroxid-Lösung (zur pH-Wert-Einstellung), Wasser für Injektionszwecke. **Anw.:** Bei Erwachsenen: Behandlung der Osteoporose bei postmenopausalen Frauen und bei Männern mit einem hohen Frakturrisiko, Behandlung der mit einer systemischen Langzeit-Glukokortikoidtherapie assoziierten Osteoporose bei Frauen und Männern mit hohem Frakturrisiko. **Gegenanz.:** Überempfindlichkeiten geg. d. Wirkstoff od. sonst. Bestand. Schwangerschaft und Stillzeit; vorbestehende Hypercalcämie; schwere Niereninsuffizienz; metabolische Knochenkrankheiten (einschl. Hyperparathyreoidismus und Paget-Krankheit) mit Ausnahme der primären Osteoporose oder der Glukokortikoid-induzierten Osteoporose; ungeklärte Erhöhung der alkalischen Phosphatase; vorausgegangene Strahlentherapie mit externer Strahlengabe oder implantierter Strahlengabe, bei der das Skelett im Strahlenfeld lag; Patienten mit malignen Skeletterkrankungen oder Knochenmetastasen dürfen nicht mit Teriparatid behandelt werden. **Nebenwirk.:** Sehr häufig: Gliederschmerzen. Häufig: Anämie; Dyspnoe; Übelkeit, Erbrechen, Hiatusbruch, Refluxösophagitis; Hypercholesterinämie; vermehrtes Schwitzen; Depression; Muskelkrämpfe; Schwindel, Kopfschmerzen, Ischiassyndrom, Synkope; Vertigo; Müdigkeit, Thoraxschmerzen, Asthenie, leichte od. vorübergehende Reaktionen an der Injektionsstelle mit Schmerz, Schwellung, Erythem, lokalem Hämatom, Juckreiz und leichter Blutung an der Injektionsstelle; Herzpalpitation; Hypotonie. Gelegentlich: Emphysem; Hämorrhoiden; Hypercalcämie höher als 2,76 mmol/l, Hyperurikämie; Tachykardie; Myalgie, Arthralgie, Rückenkrämpfe/-schmerzen; Harninkontinenz, Polyurie, Harndrang, Nephrolithiasis; Erythem an der Injektionsstelle, Reaktion an der Injektionsstelle; Tachykardie; Gewichtszunahme, kardiale Geräusche, Anstieg der alkalischen Phosphatase. **Selten:** Anaphylaxie; Hypercalcämie höher als 3,75 mmol/l; Nierenversagen/Niereninsuffizienz; mögliche allergische Reaktionen kurz nach der Injektion: akute Dyspnoe, Ödem im Mund- oder Gesichtsbereich, generalisierte Urtikaria, Thoraxschmerzen, Ödeme (hauptsächlich peripher). (verschreibungspflichtig). (Stand Juli 2023). **Aristo Pharma GmbH, Wallenroder Straße 8-10, 13435 Berlin.**



Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie

Rheumatologen diskutieren gemeinsam

Auf der diesjährigen DGRh-Tagung in Leipzig trafen sich pädiatrische, internistische und orthopädische Rheumatologen.

Durch moderne medikamentöse Therapien habe sich die Tätigkeit der orthopädischen Rheumatologen verändert. Dies betonte der orthopädische Rheumatologe Prof. Sebastian Seitz, Arnsberg. Aber auch die operativen Methoden hätten sich weiterentwickelt. So könne man selbst schwer zugängliche Gelenke mittlerweile operativ angehen, was die postoperative Heilung und somit auch die Verweildauer in der Klinik reduziere. Ganz interessant sei, dass massive Gelenkschäden, die operative Intervention erfordern, seltener geworden sind. Man habe aber festgestellt, dass die Knochendichte unterhalb der Gelenkfläche abnimmt, bevor eine rheumatologische Erkrankung manifest wird.

Die pädiatrische Rheumatologin Dr. Maria Fasshauer, Leipzig, ging besonders



Foto: Gennady Danilkin - stock.adobe.com

auf die Immundefizienz ein, die unter dem Namen Inborn Errors of Immunity (IEI) bekannt ist. Obwohl diese Punktmutationen im Genom selten seien, trügen sie dazu bei, die Mechanismen rheumatologischer Erkrankungen besser zu verstehen.

Prof. Christoph Baerwald, Leipzig, betonte, wie wichtig die Interaktion zwischen vegetativem Nervensystem und Immunsystem ist. So könne man über die

Stimulation des Nervus vagus das Immunsystem konditionieren und damit die medikamentöse Therapie reduzieren.

Die Kongresspräsidenten der drei beteiligten Fachgesellschaften wiesen auf besonders relevante Vorträge hin, die zu den Kongresshighlights gehörten.

Dr. med. Ulrich Karbach

Quelle: u.a. Pressekonferenz anlässlich der DGRh-Tagung am 31. August 2023 in Leipzig

Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie

Rheumatologische Fälle unter der Lupe

Im Rahmen eines Symposiums anlässlich des DGRh-Kongresses war die Diskussion der besonderen Fälle auf Interaktion angelegt. Mit dem Smartphone konnten die Zuhörenden über Therapieoptionen abstimmen.

Im ersten Fall ging es um eine 32-jährige Frau mit Rheumafaktor- und ACPA-positiver rheumatoider Arthritis. Unter 25 mg Methotrexat (MTX) pro Woche besserte sich ihre Symptomatik. Da der Disease Activity Score 28 (DAS 28) immer noch 3,9 betrug, wurde Adalimumab dazugegeben und die MTX-Dosis auf 10 mg/Woche reduziert. Nach einjähriger Remission äußerte die Patientin, dass sie schwanger werden wolle. Als Option wurde daher diskutiert, die Therapie fortzuführen, MTX zu pausieren oder auf Certolizumab umzustellen. Letzteres befürwortete etwas mehr als die Hälfte der Abstimmenden, etwas weniger wollten nur MTX absetzen. Laut Fachinformation dürfen Adalimumab und Certoli-



Foto: pikselstock - stock.adobe.com

zumab als Monotherapie gegeben werden, wenn MTX nicht gegeben werden kann. Eine Schwangerschaft soll jedoch bis fünf Monate nach der Anwendung dieser monoklonalen Antikörper sicher verhindert werden, auch wenn nach Exposition in der Schwangerschaft laut beiden Fachinformationen keine Missbildungen beobachtet wurden. Daher stellt sich die Frage, ob man auf ein anderes Biologikum umstellen sollte. Schon diese Diskussion zeigte, wie komplex manche Behandlungsfälle mit rheumatischen Erkrankungen sind.

Die Schmerztherapie bei einer Basismedikation mit MTX erklärte Prof. Klaus Krüger, München, relativ zügig. ASS in einer Dosierung von >2 g/Tag habe klinisch hohe Bedeutung, könne aber ebenso wie NSAR die Toxizität von MTX verstärken. Metamizol steigere mit MTX das Agranulozytoserisiko um den Faktor 4,5.

Dr. med. Ulrich Karbach

Quelle: Symposium anlässlich des DGRh-Kongresses am 1. September 2023 in Leipzig (Abbvie)