

Gesundheitspolitik

GKV-Reform beschlossen – Die Auswirkungen für Orthopäden

Der Bundestag hat am 10.07.2026 das Gesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz) beschlossen. Trotz massiver Proteste aller Ärzteverbände wurden die im ursprünglichen Gesetzentwurf enthaltenen Einschnitte bei der Vergütung ärztlicher Leistungen übernommen und sogar erweitert. Die für Orthopäden relevanten Änderungen ab dem Jahr 2027 fassen wir nachfolgend zusammen.

Streichung des Hygienezuschlags nach Nr. 18215

Orthopäden erhalten derzeit – von der KV zugesetzt – einen sogenannten Hygienezuschlag von 2 Punkten bzw. 0,25 Cent auf jede abgerechnete Grundpauschale. Die im ursprünglichen Gesetzesentwurf nicht enthaltene Streichung dieses Zuschlags wurde jetzt in das Gesetz aufgenommen. Bei angenommenen 1.200 Behandlungsfällen/Quartal entspricht dies einem Honorarverlust von ca. 1.200 Euro p. a.

Streichung der TSVG-Zuschläge (Nr. 18228) zur Grundpauschale

Die Zuschläge zur orthopädischen Grundpauschale bei einer Vermittlung durch Hausärzte und durch die Terminservicestellen (TSS) entfallen.

Keine extrabudgetäre Vergütung der TSVG-Leistungen

Alle Leistungen in TSVG-Vermittlungsfällen sowie alle Leistungen in der offenen Sprechstunde werden ab 2027 innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV), also gegebenenfalls budgetiert vergütet. Die Verpflichtung zu offenen Sprechstunden in einem Umfang von

fünf Wochenstunden (bei vollem Versorgungsumfang) bleibt jedoch bestehen.

Die MGV wird 2027 entsprechend erhöht. Zudem soll durch Vorgaben in den Honorarverteilungsmaßstäben sichergestellt werden, dass die MGV-Erhöhung der jeweiligen Fachgruppe zugerechnet werden, also andere Fachgruppen von der Einbeziehung der von Orthopäden abgerechneten TSVG-Leistungen in die MGV nicht profitieren.

Streichung der ePA-Vergütung nach Nrn. 01431, 01647 und 01648

Ab 2027 entfällt die Vergütung für Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Erstbefüllung und Aktualisierung der elektronischen Patientenakte (ePA). Die Nrn. 01431, 01647 und 01648 werden im EBM gestrichen. Die Vergütung für Erstbefüllung einer ePA nach Nr. 01648 (89 Punkte bzw. 11,34 Euro) bleibt nach einem aktuellen Beschluss des Bewertungsausschusses bis 31.12.2026 unverändert.

Neustrukturierung des Kataloges extrabudgetärer Leistungen

Gesetzlich vorgegeben ist nur noch eine extrabudgetäre Vergütung der

nicht ärztlichen Dialyseleistungen, derjenigen Leistungen im EBM, für die noch keine Abrechnungsdaten von mindestens acht Kalenderquartalen vorliegen, der Leistungen im Rahmen der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit sowie spezifischer Leistungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Der Bewertungsausschuss kann jedoch weitere Leistungen der extrabudgetären Vergütung zuweisen, wenn diese Leistungen die Versorgungsqualität und die Wirtschaftlichkeit signifikant erhöhen. Hierzu hat der Bewertungsausschuss verbindliche und objektivierbare Kriterien zu beschließen, anhand derer die Einhaltung der Voraussetzungen überprüft werden.

Die Fortführung der extrabudgetären Vergütung für ambulante Operationen und Leistungen des Abschnitts 31.6 (Nrn. 31900 ff.), aber auch anderer bisher extrabudgetär vergüteter Leistungen, z. B. die Zuschläge nach den Nrn. 18222 und 18227 zur Nr. 18220 bzw. zu den Grundpauschalen, steht daher unter dem Vorbehalt einer rechtzeitigen Beschlussfassung des Bewertungsausschusses.

Grundsatz der Beitragssatzstabilität gilt auch für die Anpassung des Orientierungswerts

Bei der jährlichen Anpassung des Orientierungswerts ist künftig der Grundsatz der Beitragssatzstabilität zwingend zu beachten. Die Auswirkungen auf die in den nächsten Wochen vom (Erweiterten) Bewertungsausschuss anstehende Beschlussfassung über die Anpassung des Orientierungswertes für 2027 sind derzeit nicht absehbar.

Regress**Wirtschaftlichkeitsprüfung: Besonderheiten früh und konkret darlegen**

von Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht, Mediator
Dr. Tobias Scholl-Eickmann, Dortmund, kanzlei-am-aerztehaus.de

In einer Wirtschaftlichkeitsprüfung im Einzelfall müssen Vertragsärzte Gründe für auffällige Arzneimittelverordnungen bereits gegenüber den Prüfgremien patientenbezogen erläutern und belegen. Ein späterer Vortrag vor Gericht kann unberücksichtigt bleiben. Die Prüfgremien trifft jedoch weiterhin eine Amtsermittlungspflicht. Das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg (LSG) bestätigte daher einen Regress über ca. 12.000 Euro wegen der Verordnung von Oxycodon an eine Patientin gegen einen Orthopäden, da er erst im gerichtlichen Verfahren und damit zu spät entscheidend vorgetragen hatte (Urteil vom 22.04.2026, Az. L 7 KA 32/24).

Sachverhalt

Ein **Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie** hatte Oxycodon in einer Menge verordnet, die das 16-Fache des allgemein für die Behandlung von nicht tumorbedingten Schmerzen Üblichen betrug (8 x 80 mg Oxycodon entsprechend 640 mg Oxycodon/Tag; die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft empfiehlt 80 mg/Tag als Maximum). Die Prüfgremien beanstandeten die Verordnungen. Besondere Behandlungsumstände machte der Arzt im Prüfverfahren nicht ausreichend geltend, sondern erst vor Gericht.

Entscheidung

Das LSG Berlin-Brandenburg urteilte: Versicherte haben nur Anspruch auf Arzneimittel, die ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind. Das Maß des Notwendigen darf nicht überschritten werden.

Die Prüfgremien dürfen für die Bewertung des Ordnungsverhaltens die Fachinformation als Maßstab heranziehen. Bei einer solchen Mengenüberschreitung und einem Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial reiche ein pauschaler Hinweis auf einen schwierigen Krank-

heitsverlauf (mehrfach an der Wirbelsäule operiert worden und mit einem chronifizierten Schmerzleiden), der allein erfolgt war, nicht aus. Der Arzt sei in Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung nämlich gehalten, die zur Begründung seines Anspruchs dienenden Tatsachen so genau wie möglich anzugeben und zu belegen, vor allem, wenn er sich auf für ihn günstige Tatsachen berufen will,

- die allein ihm bekannt sind oder
- die nur durch seine Mithilfe aufgeklärt werden können.

Entscheidend ist der Zeitpunkt: ein Vortrag, der schon gegenüber der Prüfungsstelle und dem Beschwerdeausschuss möglich gewesen wäre, kann im gerichtlichen Verfahren unbeachtet bleiben. Die Klage darf nicht dazu dienen, die den Prüfgremien zugewiesene Sachprüfung nachzuholen.

Praxishinweis

Nach einem Anhörungsschreiben sollten beanstandete Verordnungen unverzüglich einzeln geprüft und Besonderheiten strukturiert dargestellt werden. Fachinformationen sind keine starren Obergrenzen, erhebliche Abweichungen müssen aber medizinisch nachvollziehbar und dokumentiert sein.

Der Orthopäde hätte möglicherweise den Regress abwenden können, wenn er gegenüber den Prüfgremien auf Basis seiner Dokumentation eine medizinisch nachvollziehbare Begründung vorgebracht hätte. Der erstmalige Vortrag dazu im gerichtlichen Verfahren war verspätet. Diese Handhabung ist dadurch zu erklären, dass jedenfalls im Widerspruchsverfahren ein fachkundig besetztes Gremium – der Beschwerdeausschuss – entscheiden und gerade dessen medizinische Kompetenz genutzt werden soll.

Die gesteigerte Darlegungs- und Mitwirkungslast ist aber – entgegen einer weit verbreiteten Verwaltungspraxis – keine Einbahnstraße. Sie entbindet die Prüfgremien nicht von der Amtsermittlung nach § 20 SGB X. Bestehen Anhaltspunkte, dass ergänzende Angaben oder Ermittlungen zur Beurteilung der Verordnung als wirtschaftlich führen können, müssen die Gremien selbst weiter ermitteln oder sie müssen den Arzt darauf hinweisen, welche Angaben fehlen, und Gelegenheit zur Ergänzung geben. Ärzte sollten sich darauf aber nicht verlassen, sondern frühzeitig vollständig und substantiiert vortragen.

Impressum**Herausgeber und Verlag**

IWW Institut für Wissen in der Wirtschaft GmbH
Niederlassung: Aspastraße 24, 59394 Nordkirchen
Telefon: 02596 922-0, Telefax: 02596 922-80
Sitz: Max-Planck-Straße 7/9, 97082 Würzburg
E-Mail: osteo@iww.de

Redaktion: Dr. phil. Stephan Voß (Chefredakteur)

Hinweis: Alle Rechte am Inhalt liegen beim Verlag. Nachdruck und jede Form der Wiedergabe auch in anderen Medien sind selbst auszugsweise nur nach schriftlicher Zustimmung des Verlags erlaubt. Der Inhalt dieses Informationsdienstes ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Die Komplexität und der ständige Wandel der behandelten Themen machen es notwendig, Haftung und Gewähr auszuschließen. Der Nutzer ist nicht von seiner Verpflichtung entbunden, seine Therapieentscheidungen und Verordnungen in eigener Verantwortung zu treffen.



Disease-Management-Programme

G-BA aktualisiert DMP Osteoporose umfassend – Männer bereits ab 50 Jahren anspruchsberechtigt

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat seine Anforderungen an das Disease-Management-Programm (DMP) für Versicherte mit Osteoporose umfassend aktualisiert. Neu ist u. a., dass sich Männer mit einer behandlungsbedürftigen Osteoporose künftig bereits ab 50 Jahren in das DMP einschreiben lassen können, statt wie bisher ab 60 Jahren – dies entspricht den aktuellen Leitlinienempfehlungen.

Welche wesentlichen Aspekte wurden aktualisiert?

Einschreibekriterien: Patientinnen und Patienten mit gesicherter Diagnose Osteoporose können ab dem vollendeten 50. Lebensjahr in das DMP eingeschrieben werden. Vorher galt für Männer das vollendete 60. Lebensjahr. Außerdem gilt nun neu, dass mindestens ein 5%iges Frakturrisiko innerhalb der nächsten drei Jahre vorliegen muss, berechnet anhand der Risikofaktoren, des Alters und der Knochendichte. Kommen weitere Risikofaktoren hinzu, reicht ein Frakturrisiko von mindestens 3 % für das Einschreiben aus.

Körperliches Training und Sturzprophylaxe: Die Bedeutung des Funktionstrainings unter fachkundiger Anleitung mit dem Ziel der Selbsthilfe wird hervorgehoben, um den Stellenwert beim Krankheitsbild Osteoporose zu verdeutlichen.

Medikamentöse Therapie: Die Liste der zur Verfügung stehenden knochenaufbaufördernden Therapien wurde ergänzt um die Wirkstoffe Abaloparatid und Romosozumab sowie um Empfehlungen zur Therapiedauer und Nachbehandlung.

Koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt: Grundsätzlich erfolgt die Langzeitbetreuung im DMP Osteoporose durch Hausärzte oder, wenn keine Multimorbidität vorliegt,

durch Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie oder für Orthopädie. In Ausnahmefällen können nun Ärzte der Fachrichtungen

- Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie oder
- Innere Medizin und Rheumatologie die Betreuung übernehmen. Außerdem können weitere Fachärzte mit dem Nachweis einer osteologischen Zusatzqualifikation die Betreuung im Rahmen des DMP übernehmen.

Rund 47.000 gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten mit Osteoporose nehmen derzeit an einem DMP teil, möglich ist eine Einschreibung seit Oktober 2023.

Wann werden die Aktualisierungen umgesetzt?

Der Beschluss liegt dem Bundesministerium für Gesundheit zur rechtlichen Prüfung vor. Nach Nichtbeanstandung tritt er am ersten Tag des auf die Veröffentlichung im Bundesanzeiger folgenden Quartals in Kraft. Innerhalb eines Jahres nach Inkrafttreten müssen die bestehenden DMP-Verträge zwischen Krankenkassen, Arztpraxen und Krankenhäusern an die neuen Anforderungen angepasst werden.

WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- Weitere Informationen sind auf der Website des G-BA zu finden unter Disease-Management-Programme (DMP) g-ba.de/themen/disease-management-programme/

KI und Recht

Wer haftet für Falsch-aussagen eines KI-Chatbots?

Ein KI-Chatbot einer Arztpraxis gab falsche Antworten. Das Oberlandesgericht (OLG) Hamm rechnet die Aussagen den verantwortlichen Ärzten zu (Urteil vom 12.05.2026, Az. 4 UKI 3/25).

Im Verfahren ging es im Wesentlichen um die Frage, wem Falschangaben eines KI-Chatbots zuzurechnen sind. Patientinnen und Patienten können auf der Webseite der beklagten Ärzte mit einem sog. Chatbot kommunizieren. Dort können Termine gebucht und Fragen in Echtzeit beantwortet werden. Auf konkrete Fragen antwortete der Chatbot z. T. unrichtig.

Das OLG entschied nun, dass es sich bei den in Rede stehenden Antworten des Chatbots um unzulässige geschäftliche Handlungen der beklagten Ärzte im Sinne des § 5 Abs. 1, Abs. 2 Nr. 3 UWG (Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb) handele und gab der u. a. auf Unterlassung gerichteten Klage statt.

Der Auffassung der Ärzte, die unzutreffenden Antworten des Chatbots seien ihnen nicht als eigene geschäftliche Handlung zurechenbar, trat das OLG nicht bei. Selbst wenn die Ärzte den Chatbot ausschließlich mit korrekten Datensätzen hätte programmieren lassen, trügen sie für die – unstreitigen – Falschangaben die Verantwortung.

Da in diesem Fall neue rechtliche Fragen zur Zurechnung von Falschangaben eines KI-Chatbots entscheidend sind, hat der Senat die Revision zum Bundesgerichtshof zugelassen.

Knochengesundheit

Osteoprotektion: Integraler Bestandteil der onkologischen Versorgung

Die Knochengesundheit kann bei Krebspatienten auf unterschiedliche Weise beeinträchtigt sein: durch einen eigenständigen Primärtumor, durch ossäre Metastasen und durch eine Tumorthherapie-induzierte Osteoporose. Für eine wirksame Osteoprotektion als Bestandteil eines onkologischen Gesamtkonzepts sind medizinische, chirurgische und strahlentherapeutische Optionen verfügbar.

Ossäre Manifestationen und Komplikationen

Primäre maligne Knochentumoren wie das Osteosarkom, Chondrosarkom oder Ewing-Sarkom sind selten und machen nur etwa 0,2% aller bösartigen Tumoren des Menschen aus [1]. Formal ebenfalls zu den primär bösartigen Knochentumoren wird das Multiple Myelom (MM) gezählt.

Sekundäre Knochentumoren oder Knochenmetastasen kommen bei Menschen mit fortgeschrittenen Tumorerkrankungen häufig vor. Nach Leber und Lunge ist der Knochen die dritthäufigste Metastasierungslokalisation solider Tumoren. Grundsätzlich kann sich jede Tumorentität auf die Knochen ausbreiten. Besonders oft ist dies bei einem Primarius der Mamma, Prostata, Lunge, Nieren oder infolge eines MM der Fall [2, 3].

Neben diesen ossären Manifestationen der Tumorerkrankungen sind für die Knochengesundheit außerdem ossäre Komplikationen der Tumorthherapie selbst relevant, insbesondere die Tumorthherapie-induzierte Osteoporose (CTIBL – Cancer Treatment-Induced Bone Loss) [2].

Langzeitnebenwirkung CTIBL

Ossäre Manifestationen können eine Reihe von klinischen Problemen hervorrufen, die als skelettbezogene Ereignisse (skeletal related events – SREs) zusammengefasst werden:

pathologische Frakturen, spinales Kompressionssyndrom, tumorinduzierte Hyperkalzämie sowie Bedarf für Bestrahlung oder chirurgische Maßnahmen. SREs führen oft zu starken Schmerzen und vermindern die Lebensqualität der Betroffenen erheblich [2]. Ebenso kann eine CTIBL die Lebensqualität anhaltend beeinträchtigen und die Morbidität und Mortalität deutlich erhöhen [3].

Therapiebedingt als Langzeitnebenwirkung induziert wird die Osteoporose durch die antihormonelle Behandlung beim Mamma- und Prostatakarzinom, durch Zytostatika, die einen Hypogonadismus begünstigen und durch eine hochdosierte Glukokortikoidtherapie [4].

Knochenschutz & -stabilisierung

Ossäre Metastasen und die CTIBL erfordern ein interdisziplinäres Management, sind aber grundsätzlich gut behandelbar. Die osteoprotektive Strategie muss auf Frakturprophylaxe, Schmerzreduktion und Vermeidung von SREs abzielen. Behandlungsstandard ist eine Therapie mit Antiresorptiva. Bisphosphonate wie Zoledronsäure (i. v.) hemmen die Osteoklastenaktivität und reduzieren SREs bei Menschen mit soliden Tumoren und MM. Der RANKL (Receptor Activator of NF-Kappa-Beta-Ligand)-Inhibitor Denosumab (s. c.) ist in der SRE-Prävention mindestens gleichwertig und ruft weniger renale Komplikationen hervor [5]. Ergänzend zur Gabe dieser

Osteoprotektiva ist eine Supplementation mit Kalzium und Vitamin D obligat [2].

2025 wurden für den RANKL-Inhibitor Denosumab in der Europäischen Union mehrere Biosimilars zugelassen [6].

Chirurgie und Strahlentherapie

Zur Schmerzreduktion und lokalen Tumorkontrolle bei Knochenmetastasen ist die perkutane Radiotherapie effektiv, Einzeit- oder fraktionierte Schemata sind etabliert. Eine stereotaktische Körperbestrahlung erlaubt in der oligometastatischen Situation eine hohe lokale Kontrolle. Radionuklidtherapien können – z. B. bei osteoblastischen Metastasen – systemisch schmerzlindernd wirken.

Interventionelle Verfahren wie prophylaktische Osteosynthesen, Marknagelung oder Endoprothetik, die mit dem Ziel der Stabilisierung, Schmerzreduktion und raschen Mobilisierung zum Einsatz kommen, sind bei pathologischen Frakturen oder hoher Frakturgefahr indiziert [2].

QUELLEN

- [1] Hosseini H et al. Bone tumors: a systematic review of prevalence, risk determinants, and survival patterns. BMC Cancer 2025; 25(1): 321. doi.org/10.1186/s12885-025-13720-0
- [2] S3-Leitlinie Supportive Therapie bei onkologischen PatientInnen. Version 2.0, April 2025. iww.de/s15211
- [3] Die Knochengesundheit bei Krebs. Eine ESMO-Patientenleitlinie. iww.de/s15212
- [4] Diel IJ, Prävention und Behandlung der tumor- und tumorthherapie-induzierten Osteoporose. Onkologie 2026; 32(2): 200-206. doi.org/10.1007/s00761-025-01884-0
- [5] Hageman K et al. The role of denosumab for prevention of skeletal-related complications in multiple myeloma. Ann Pharmacother 2013; 47:1069-1074. doi.org/10.1345/aph.1R776
- [6] Übersicht über in der EU zugelassene Biosimilars. iww.de/s15213