OsteoUpdate
Abrechnung · Medizin · Praxisführung · Recht
4 | 2026

Vertragsarztrecht

Entlastungsassistenz: Keine Fachgebietsidentität erforderlich, aber auch nicht jede Leistung erlaubt

von RAin Christiane Dieckmann, Voß.Partner, Münster, voss-medizinrecht.de

Bei der Beschäftigung von Entlastungsassistenten (auch Sicherstellungsassistenten genannt) stellt sich regelmäßig die Frage, welche fachlichen Qualifikationsanforderungen an den Assistenten zu stellen sind, insbesondere, ob er oder sie demselben Fachgebiet angehören muss wie der Arzt, für den er (der Assistent) genehmigt wird. Das Bayerische Landessozialgericht (LSG) München hat mit jetzt veröffentlichtem Urteil vom 17.04.2024 einen Anspruch auf Genehmigung einer Sicherstellungsassistenz trotz unterschiedlicher Facharztbezeichnungen bejaht (Az. L 12 KA 27/23), zugleich aber deutlich gemacht, dass die fehlende Fachgebietsidentität nicht zu einer uneingeschränkten eigenständigen Tätigkeit des Assistenten führt. Maßgeblich sind vielmehr dessen konkreter Qualifikationsstand sowie eine angemessene Anleitung und Überwachung durch den Vertragsarzt.

Hintergrund

Die Beschäftigung eines Sicherstellungsassistenten ermöglicht Vertragsärztinnen und Vertragsärzten, ihre vertragsärztliche Tätigkeit zeitweise zu reduzieren, etwa um die Betreuung eigener Kinder sicherzustellen. Tätig werden kann der Assistent erst nach Genehmigung durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV). Hier stellt sich stets die Frage, ob dieser über dieselbe Facharztbezeichnung verfügen muss wie der Praxisinhaber? Oder genügt es, dass er aufgrund seiner Ausbildung und konkreten Kenntnisse in der Lage ist, die ihm übertragenen Leistungen fachgerecht zu erbringen?

Sachverhalt

Der Kläger war als **Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie** mit einem hälftigen Versorgungsauftrag zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Zur Entlastung während der Kindererziehung beantragte er die Genehmigung, eine Fachärztin für Chirurgie für vier Wochenstunden und zunächst für zwölf Monate als Sicherstellungsassistentin zu beschäftigen. Die zuständige KV lehnte den Antrag ab. Sie vertrat die Auffassung, zwischen dem Vertragsarzt und dem Assistenten müsse Fachgebietsidentität bestehen. Der Kläger war als Orthopäde und Unfallchirurg dem entsprechenden EBM-Kapitel für Orthopäden zugeordnet, während die vorgesehene Assistentin als Fachärztin für Chirurgie einem anderen EBM-Kapitel zugeordnet war. Das Sozialgericht München gab der Klage statt. Eine abgeschlossene Weiterbildung mit derselben Facharztbezeichnung wie der Vertragsarzt sei für einen Assistenten nach § 32 Abs. 2 Ärzte-ZV nicht erforderlich. Das LSG bestätigte dies Entscheidung und wies die Berufung der KV zurück.

Entscheidungsgründe

Ausgangspunkt der Entscheidung war der Unterschied zwischen Vertretung und Assistenz. Für den Vertreter fordert das Bundessozialgericht (BSG), dass dieser die gleiche Fachgebietsbezeichnung wie der Vertretene führt (Urteil vom 14.12.2011, Az.: B 6 KA 31/10). Nach § 32 Abs. 1 Ärzte-ZV hat der Vertragsarzt seine Tätigkeit grundsätzlich persönlich auszuüben. Bei einer Vertretung führt der Vertreter die Praxis während der Abwesenheit des Vertragsarztes in dessen Namen eigenständig weiter.

Nach Auffassung des LSG München ist die Situation im Rahmen der Beschäftigung eines Assistenten eine andere. Diese ist gerade dadurch gekennzeichnet, dass der Assistent unter *Anleitung und Aufsicht* des Vertragsarztes tätig wird. Die Assistententätigkeit stellt damit zwar eine Ausnahme von der höchstpersönlichen Leistungserbringung dar, bleibt aber eine Form der persönlichen Leistungserbringung des Vertragsarztes.

Eine allgemeine Pflicht zur Fachgebietsidentität lässt sich nach Auffassung des LSG deshalb nicht aus § 32 Absatz 2 Ärzte-ZV ableiten. Diese ergebe sich auch bereits daraus, dass der Assistent in Form des Weiterbildungsassistenten nach Abs. 2 Nr. 1 naturgemäß über noch keine abgeschlossene Weiterbildung verfüge. Vor diesem Hintergrund könne die für Vertreter geltende Anforderung einer abgeschlossenen, fachlich entsprechenden Weiterbildung nicht ohne Weiteres auf Assistenten übertragen werden.

Für die konkrete Entscheidung war zusätzlich von Bedeutung, dass so-

wohl die Assistentin als Fachärztin für Chirurgie als auch der Kläger als Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie dem Weiterbildungsgebiet Chirurgie zugeordnet waren. Das LSG stellte klar, dass für die Gebietskonformität nicht allein die konkrete Facharztkompetenz ausschlaggebend sei, sondern zunächst das Weiterbildungsgebiet, machte dabei aber gleichzeitig deutlich, dass die Zugehörigkeit zum selben Gebiet nicht automatisch bedeute, dass der Assistent sämtliche Leistungen des konkreten Facharztbereichs ohne Anleitung erbringen dürfe. Im entschiedenen Fall könne davon ausgegangen werden, dass unfallchirurgische Leistungen typischerweise zum Qualifikationsbereich der chirurgischen Assistentin gehören. Bei spezifisch orthopädischen Leistungen dagegen sei dann aber eine zusätzliche Anleitung und Überwachung durch den Vertragsarzt erforderlich.

Fazit und praktische Konsequenz

Eine identische Facharztbezeichnung ist laut Urteil des LSG als Voraussetzung für die Beschäftigung eines Assistenten nicht erforderlich. Entscheidend ist vielmehr, ob der Assistent über die für die konkret zu erwartenden Behandlungen erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten verfügt. Gleichzeitig setzt das Urteil der fachgebietsübergreifenden Entlastungsassistenz deutliche Grenzen. Je weiter die Qualifikation des Assistenten von den Anforderungen der konkreten Patientenversorgung entfernt ist, desto intensiver muss die fachliche Anleitung erfolgen. Bei offenen Sprechstunden und unvorhersehbaren Patientenfällen kann die persönliche Anwesenheit des Praxisinhabers erforderlich sein. Inwieweit die Beschäftigung des Assistenten dann zur tatsächlichen Entlastung beitragen kann, sollte vom Vertragsarzt vorab geprüft werden.

Osteoporose

Forschungsprojekt: KI-gestützte Software erkennt Osteoporose in bereits vorhandenen CT-Aufnahmen

Im Projekt BMDNow verfolgen Forschende des Fraunhofer-Instituts gemeinsam mit Partnern das Ziel, Osteoporose und ihre Vorstufen mithilfe einer KI-gestützten Software frühzeitig zu diagnostizieren, ohne dass dafür zusätzliche Untersuchungen nötig sind. Die Besonderheit: Die BMDNow-Software ermöglicht es, aus bestehenden CT-Aufnahmen nachträglich die Knochendichte (Bone Mineral Density, BMD) einzelner Wirbelkörper präzise zu ermitteln – ohne zusätzliches Personal oder spezielle Geräte. Grundlage ist ein Algorithmus, der neuronale Netze zur automatischen Bildsegmentierung mit modernen bildgebenden Verfahren kombiniert, um verlässliche Knochendichtemessungen zu liefern.

Analyse der Knochendichte als Nebenprodukt

Zwar gibt es bereits Bildgebungsverfahren zur Diagnose von Osteoporose, der Goldstandard ist die DXA-Methode (Dual-Energy X-ray Absorptiometry). Allerdings wird diese Untersuchung in der Regel erst vorgenommen, wenn bereits ein Verdacht auf Knochenschwund vorliegt. Mit der BMDNow-Software können vorhandene Routine-CT-Bilddaten – etwa von Herz- oder Lungenaufnahmen – genutzt werden, ohne dass zusätzliche Untersuchungen nötig sind. Auf diese Weise lässt sich die individuelle Strahlenbelastung der Patienten senken und Ärzte sparen Zeit.

Wie ermöglicht die Software die automatisierten Berechnungen?

Zunächst wird der trabekuläre Bereich der Wirbelkörper segmentiert. Hierfür testete das Team verschiedene KI-basierte Modelle unter realistischen Bedingungen an realen Patientendaten des Frankfurter Universitätsklinikums.

„Genau in diesem inneren Wirbelbereich wird unser Algorithmus angewendet, der eine dreidimensionale Dichtekarte, eine Dichteverteilung des Knochens liefert. Das KI-Modell analysiert Knochenbestandteile wie Fett und Kalzium und visualisiert die Anteile farblich“, erläutert Dr. Stefan Wesarg, Wissenschaftler am Fraunhofer IGD. Die Berechnung der Knochendichte erfolgt auf Grundlage spezifischer Kalibrierkurven, die zuvor anhand von Referenzphantomen erstellt wurden. Die berechneten Werte zeigen, ob eine Osteoporose oder eine Osteopenie vorliegt, was eine frühzeitige Einleitung von erforderlichen Therapien ermöglicht.

Derzeit bestimmen die Forschenden die Knochendichte einzelner Wirbelkörper präzise aus sogenannten Dual-Energy-CT-Aufnahmen, bei denen der Körper mit zwei unterschiedlichen Röntgenenergien gescannt wird. Künftig wollen die Projektpartner ihre Algorithmen jedoch auch über normale CT-Aufnahmen (Single-Energy-CT) laufen lassen. Langfristig soll eine Referenzdatenbank entstehen. Die Software wird entsprechend trainiert und optimiert. Gegenwärtig finalisieren und validieren die Projektpartner den Softwareprototypen. Eine Zulassung als Medizinprodukt wird in ein bis zwei Jahren angestrebt.

QUELLE

- Fraunhofer-Institut für Graphische Datenverarbeitung IGD (igd.fraunhofer.de); Forschung Kompakt v. 01.10. 2026

G-BA-Projekt

Frakturversorgung endet nicht mit der Operation: FLS-CARE zeigt Umsetzungslücken

Eine osteoporotische Hüftfraktur ist für Orthopädinnen und Orthopäden häufig zunächst eine operative und akutmedizinische Herausforderung. Zugleich bietet sie eine wichtige Gelegenheit, das Risiko weiterer Frakturen zu erkennen und medikamentös zu behandeln.

Das Projekt FLS-CARE

Ein „Fracture Liaison Service“ (FLS) soll diese Sekundärprävention systematisch organisieren: Betroffene werden nach der Fraktur auf Osteoporose untersucht, bei Bedarf behandelt und über die Entlassung hinaus nachbetreut. Wie gut ein solches Modell unter den Bedingungen des deutschen Versorgungssystems funktioniert, untersuchte das vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) geförderte Projekt FLS-CARE (Details hier: iww.de/s16297) [1]. Das Projekt erprobte, ob und inwiefern ein koordiniertes Versorgungsmodell in Form eines FLS zur Verbesserung der sekundären Frakturprävention beitragen kann.

Die cluster-randomisierte Studie schloss 815 Patientinnen und Patienten mit osteoporotischer Hüftfraktur in 24 bayerischen Krankenhäusern ein (419 Patientinnen und Patienten in der Interventionsgruppe und 396 in der Kontrollgruppe zu Beginn der Erhebung). Die Patientinnen und Patienten waren im Durchschnitt 81 Jahre alt. Im Interventionsarm übernahm eine Pflegefachkraft zentrale Aufgaben entlang des Versorgungspfads nach der Entlassung: Koordination, Information und Nachverfolgung. Primärer Endpunkt war das Auftreten einer erneuten Fraktur innerhalb von 24 Monaten; weitere Endpunkte umfassten Versorgungsprozesse, gesundheitsbezogene Lebensqualität und gesundheitsökonomische Parameter. [2]

Die Ergebnisse

Die Ergebnisse der Wirksamkeitsevaluation zeigten keinen statistisch signifikanten Effekt der Intervention auf das Auftreten von Refrakturen (primärer Endpunkt) nach drei, zwölf und 24 Monaten. Nach 24 Monaten war die Rate erneuter Frakturen in der Interventionsgruppe (11%) nicht signifikant niedriger als in der Kontrollgruppe (10%). [2]

Damit zeigt die Studie ein klinisch relevantes Spannungsfeld: Ein strukturiertes Nachsorgeangebot kann Diagnostik und Behandlung häufiger anstoßen, doch die Versorgungslücke bleibt groß. Die Ergebnisse belegen keinen Rückgang von Folgefrakturen. Wegen des nicht signifikanten Unterschieds lässt sich daraus jedoch nicht ableiten, dass ein FLS grundsätzlich wirkungslos ist. Vielmehr macht die Untersuchung deutlich, dass ein organisatorisches Modell allein offenbar nicht ausreicht, wenn seine vorgesehenen Schritte im Versorgungsalltag nur teilweise umgesetzt werden. [2,3]

Konsequenzen für die orthopädische Praxis

Für die Orthopädie und Unfallchirurgie unterstreichen die Ergebnisse, dass die Verantwortung für die Frakturprävention nicht an der Entlassung enden sollte. Entscheidend ist, dass nach der Akutversorgung klar feststeht, wer die Osteoporoseabklärung veranlasst, die Ergebnisse nachverfolgt und eine erforderliche Therapie einleitet. Dazu gehören verbindliche Zuständigkeiten zwischen Krankenhaus, niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten sowie hausärztlicher Versorgung – und eine verlässliche Finanzierung dieser Koordination. [3]

Besondere Herausforderungen bestanden laut Studienbericht bei der sehr alten Zielgruppe. Auch nach zwei Jahren wurden nur noch 45 Patientinnen und Patienten von projektbeteiligten Fachärztinnen und Fachärzten nachbetreut; neun erhielten eine spezifische Osteoporosetherapie. Für orthopädische Teams ist das ein Hinweis, die Sekundärprävention bereits während des stationären Aufenthalts konkret anzubahnen und den Übergang in die ambulante Versorgung verbindlich zu organisieren. [2]

FLS-CARE liefert damit weniger einen Beleg für eine gesicherte Reduktion erneuter Frakturen als vielmehr eine Bestandsaufnahme der aktuell bestehenden Umsetzungsprobleme. Für einen wirksamen FLS-Ansatz braucht es neben einer koordinierenden Person offenbar auch verbindliche sektorenübergreifende Abläufe, klar definierte Verantwortlichkeiten und eine gesicherte Vergütung. [3]

QUELLEN

- [1] LMU Klinikum München: FLS-Care: Weniger Brüche durch bessere Osteoporose-Vorsorge (PM vom 12.03.2026, online unter iww.de/s16298)
- [2] FLS-CARE-Ergebnisbericht des Innovationsfonds des G-BA, online unter Shortlink iww.de/s16299.
- [3] FLS-CARE study group (2026). FLS-CARE als Real-World-Implementierungstest: Was eine cluster-randomisierte Versorgungsstudie über Strukturbarrieren der sekundären Frakturprävention in Deutschland zeigt. Osteologie, 35(2), 113-120. doi.org/10.1055/a-2835-4997

Statistik

Orthopädie: Gewinnrückgang bei Einzelpraxen

Das Statistische Bundesamt hat im Juli 2026 die Kosten- und Ertragsstatistik der Arztpraxen für das Jahr 2024 veröffentlicht. Daraus ergibt sich nach einem deutlichen Rückgang der Reinerträge der Praxen des Fachgebietes Orthopädie und Unfallchirurgie im Jahr 2022 nach 2023 auch für 2024 ein Ergebniszuwachs: Insgesamt konnten die Orthopäden damit die Ergebnisse des Vor-Corona-Jahres 2019 beinahe wieder erreichen. Zurückzuführen ist die Dynamik vor allem auf die Entwicklung in den fachgleichen Berufsausübungsgemeinschaften.

Erlöse und Kosten steigen an, aber mäßig

Die orthopädischen und unfallchirurgischen Praxen in Deutschland erwirtschafteten im Jahr 2024 durchschnittlich 360.000 Euro **Reinertrag**. Im Jahr zuvor hatte er bei 342.000 Euro gelegen. Ursächlich für das Ergebniswachstum waren in erster Linie leicht gestiegene Einnahmen bei gleichzeitig proportional nahezu gleich stark erhöhten Kosten.

So lagen die **Einnahmen** im Jahr 2023 bei durchschnittlichen 797.000 Euro, um im Jahr 2024 auf 826.000 Euro anzuwachsen; das entspricht einem Wachstum von lediglich 3,6 Prozent. Die **Kosten** stiegen im selben Zeitraum im Schnitt von 455.000 Euro auf 465.000 Euro und damit ebenfalls nur um 2,2 Prozent an.

Fachgleiche Berufsausübungsgemeinschaften konnten Einnahmen in Höhe von 1.578.000 Euro erzielen und damit etwas weniger als noch 2023 (1.593.000 Euro), Einzelpraxen erzielten im selben Zeitraum Einnahmen von 545.000 Euro und somit ebenfalls weniger als noch 2023 (551.000 Euro).

Die Honorare in der Orthopädie stammen etwa nur zur Hälfte aus **Kassenabrechnung**: Insgesamt lag ihr Anteil im Jahr 2024 bei 51,7 Prozent (2023: 48,8); die Einzelpraxen rechnen etwas seltener mit der Kasse ab (49,4 Prozent) als die fachgleichen Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) (53,8 Prozent Kassenabrechnung).

Einzelpraxen verlieren, BAG gewinnen

Differenziert man die Ergebnisbefunde nach Einzel- und Gemeinschaftspraxen, so ergibt sich folgendes Bild:

- Die Einzelpraxen mussten einen überschaubaren Gewinnrückgang von 239.000 Euro auf 231.000 Euro hinnehmen, das entspricht einem Minus von 3,3 Prozent.
- Im Gegensatz dazu konnten die fachgleichen Berufsausübungsgemeinschaften ihren Durchschnittsgewinn von 674.000 auf 707.000 Euro steigern; das entspricht einer rechnerischen Steigerungsrate von 4,9 Prozent.

Diese statistischen Effekte spiegeln eine sich zahlenmäßig kontinuierlich stark verändernde Praxisstruktur wider: So waren im Jahr 2024 von insgesamt 3.859 Praxen lediglich 2.811 als Einzelpraxis organisiert. Damit lag ihr Anteil an der gesamten Praxislandschaft bei 72,8 Prozent, wobei gleichzeitig die Gesamtzahl der Praxen wieder leicht angestiegen ist.

↘ QUELLE

- Statistisches Bundesamt. Statistischer Bericht "Kostenstrukturstatistik im medizinischen Bereich 2024" unter Shortlink iww.de/s16303

Kassenabrechnung

Orientierungswert steigt auf 13,0207 Cent

Der Orientierungswert für die Bewertung der EBM-Positionen in Euro steigt zum 01.01.2027 von aktuell 12,7404 Cent um 2,2 Prozent auf 13,0207 Cent. Auf diese Anpassung haben sich KBV und Krankenkassen am 23.09.2026 verständigt. Im Vorjahr war der Orientierungswert noch um 2,8 Prozent angehoben worden. Die Anpassung zum 01.01.2027 bedeutet nach Angaben des GKV-Spitzenverbandes ein Honorarplus in Höhe von insgesamt knapp 1,1 Mrd. Euro.

Die Vorstellungen beider Seiten über eine Anpassung des Orientierungswertes lagen zu Beginn der Verhandlungen weit auseinander: Die Krankenkassen hatten eine Steigerung um lediglich 0,66 Prozent angeboten, die KBV eine Erhöhung um 4,33 Prozent gefordert. Die jetzt beschlossene Steigerung liegt zwar deutlich über dem Angebot der Krankenkassen, nach Aussage von Dr. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der KBV, sei man *„hier an die äußerste Grenze des Machbaren gegangen. Die Alternative wäre ein Schiedsspruch mit einem nicht vorhersehbaren Ergebnis gewesen."*

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.