

Prävention & Therapie

Cortison-Osteoporose: Dresdner Uniklinikum veröffentlicht Empfehlungen

Patientinnen und Patienten, die längere Zeit auf eine Therapie mit Cortison angewiesen sind, zeigen oft eine erhöhte Knochenbrüchigkeit. Da Cortisonpräparate jedoch bei einer Reihe von lebensbedrohlichen Erkrankungen ein fester Pfeiler der anti-entzündlichen Therapie unerlässlich sind, kann in der klinischen Behandlung darauf nicht vollständig verzichtet werden. Umso wichtiger ist in diesen Fällen eine fundierte Strategie zum Knochenschutz. Ein Expertenteam aus dem Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden hat nun Empfehlungen zur Prävention und Behandlung der Cortison-Osteoporose veröffentlicht.

Empfehlungen zur Prävention und Therapie

Mehr als 50 Prozent aller Menschen, die länger als drei Monate mehr als 7,5 mg/Tag des Cortisonpräparats Prednisolon einnehmen, erleiden Knochenbrüche, vor allem an

- den Wirbelkörpern, aber auch
- am Schenkelhals,
- am Oberarm,
- dem Becken oder
- an den Rippen.

Die Autoren empfehlen – neben einem gesunden, aktiven Lebensstil und einer ausreichenden Aufnahme von Kalzium, Protein und Vitamin D –, dass bereits bei der Verschreibung von Cortisonpräparaten die Knochendichte gemessen wird: „Wer Cortison verschreibt, ist in der Pflicht und sollte bei jedem Besuch des Patienten oder der Patientin überprüfen, ob die Dosis reduziert werden kann oder ob es Therapiealternativen gibt“, so Co-Autorin PD Dr. Elena Tsoardi. Ein Frakturrisiko-Assessment mittels FRAX und DXA-Messung wird ebenfalls empfohlen, um Therapieentscheidungen zu steuern.

Bei längerer oder hochdosierter Cortisontherapie empfehlen die Autorinnen und Autoren ein risikoadaptiertes Vorgehen: „Bei niedrigem oder mittlerem Frakturrisiko sind Bisphosphonate oder Denosumab ausreichend, bei hohem Frakturrisiko ist ein knochen-aufbauendes Regime indiziert. Dazu zählen Romosozumab, Teriparatid oder Abaloparatid, die alle injiziert werden“, sagt Prof. Lorenz Hofbauer, Bereichsleiter Endokrinologie, Geriatrie und Knochenstoffwechselerkrankungen am Uniklinikum Carl Gustav Carus Dresden.

Durch die internationalen Koautoren, Prof. Ken Saag (University of Alabama at Birmingham, USA) und Prof. Juliet Compston (University of Cambridge, Großbritannien) sind die skizzierten Leitlinien auch auf verschiedene Gesundheitssysteme übertragbar.

➤ PUBLIKATION IM VOLLTEXT

- Hofbauer LC, Compston JE, Saag KG, Rauner M, Tsoardi E. Glucocorticoid-induced osteoporosis: novel concepts and clinical implications. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2025 Nov;13(11):964–979. doi.org/10.1016/S2213-8587(25)00251-7

Fallstudie Osteoporose

Awareness vieler Ärzte für Biosimilars gering

Kostengünstigere Biosimilars haben die Umsetzung einer Therapie mit Biologika in der Praxis auf vielen Gebieten deutlich vorangebracht. Allerdings gilt es, anfänglich die Awareness von Ärzten zu gewinnen, wenn erstmals Biosimilars für eine neue Indikation zugelassen werden. Das verdeutlicht eine Umfrage unter 266 Health Care Professionals (HCPs) zum Kenntnisstand zu Biosimilars und den Erfahrungen damit.

Zwar gaben 73% der Befragten an, eine positive bis sehr positive Meinung zu Biosimilars in der Osteoporosetherapie zu haben, aber der Kenntnisstand variierte abhängig von der Facharztgruppe deutlich. Insgesamt hatte ein Drittel der befragten Ärzte, ganz besonders Traumatologen und Gynäkologen, keine Erfahrungen mit Biosimilars. Unter Allgemeinärzten hatten nur 5% einen hohen Kenntnisstand zu den derzeit verfügbaren Biosimilars (Orthopäden: 27%) und nur 3% zu den Biosimilars in Entwicklung (Orthopäden: 7%).

Die Einführung der ersten Biosimilars für die Osteoporosetherapie werde eine Fallstudie zur Akzeptanz werden, so die Autoren des Berichts. Sie plädieren für Fortbildungen und Leitlinien-Anpassungen zu Biosimilars.

➤ QUELLE

- IQVIA Institute for Human Data Science. Unlocking Biosimilar Potential: Learnings from an Osteoporosis Case Study of Complex Patient Pathways. Mai 2025. www.iqvia.com/de/s14338

Vertragsarztrecht

Honorarrückforderung von rund 150.000 Euro wegen unvollständiger Dokumentation

von Rechtsanwältin Meike Schmucker, LL.M., Münster, voss-medizinrecht.de

Ein Facharzt für Orthopädie sah sich mit einer Honorarrückforderung seiner Kassenärztlichen Vereinigung (KV) konfrontiert, weil er die in den jeweiligen EBM-Positionen als obligaten Leistungsbestandteil genannten besonderen Dokumentationen nicht vorgenommen hatte. Insgesamt forderte die KV 149.263,83 Euro zurück. Das Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg hat in zweiter Instanz über die Rechtmäßigkeit der Honorarrückforderung zugunsten des Orthopäden entschieden, dessen Patientendokumentation nicht mehr als die abgerechnete Gebührenordnungsposition (GOP) und ICD-Codes enthielt (Urteil vom 28.05.2025, Az. L 5 KA 2276/24).

Der Fall

Die zuständige KV prüfte im Jahr 2008 die Plausibilität der Abrechnung eines Facharztes für Orthopädie, da in den betroffenen Quartalen die Quartals- und Tageszeitprofile überschritten worden waren. Der Orthopäde nahm zu den zeitlichen Auffälligkeiten mit Erfolg Stellung, so dass die Abrechnung von der KV letztlich als plausibel angesehen wurde. Rund neun Jahre später, im Jahr 2017, prüfte die KV erneut die Plausibilität der Abrechnung und stellte in den Quartalen 3/2013 bis 4/2015 Überschreitungen in den Quartals- und Tageszeitprofilen fest. Diese beruhten insbesondere auf der vermehrten Abrechnung von Chirotherapien (GOP 30200, 30201 EBM), Akupunkturen (GOP 30790, 30791 EBM), Analgesien (GOP 30724, 30731 EBM) und Punktionen (GOP 02341 EBM). Die Prüfung der Patientendokumentation ergab, dass in allen Fällen lediglich die GOP sowie ein ICD-Code dokumentiert worden waren. Lediglich bei den Punktionen war daneben häufig die Angabe „Triam- oder Hyaluronsäurespritzen“ zu finden. Die KV stellte die Fehlerhaftigkeit der Abrechnung fest und entschied, das Honorar für die streitgegenständlichen Leistungen teilweise

zurückzufordern. Gegen die Abweisung seines Widerspruchs erhob der Orthopäde Klage beim Sozialgericht.

Hinweis

In der Abrechnungsprüfungsrichtlinie der KBV ist bundeseinheitlich geregelt, dass eine Quartalsabrechnung eines vollzugelassenen Arztes auffällig ist, wenn Leistungen in einem Umfang abgerechnet worden sind, die das Quartalszeitprofil mehr als 46.800 Minuten (780 Stunden) überschreiten und/oder mehr als zwölf Stunden an mindestens drei Tagen des Quartals.

Die Entscheidung

Das LSG Baden-Württemberg wies die Berufung des klagenden Arztes gegen das erstinstanzliche Urteil zurück und bestätigte die Fehlerhaftigkeit der Abrechnung und somit die Rechtmäßigkeit der Honorarrückforderung. Nach Auffassung des LSG hatte der Kläger die notwendigen Leistungsinhalte der streitgegenständlichen GOP nicht dokumentiert.

Dies betraf hier die fehlende Dokumentation der obligaten Funktionsanalyse bei den Chirotherapien, die vegetativen Effekte, EKG-Monitoring und Pulsoxymetrie bei den Analge-

sien, Therapiepläne und Begründungen bei den Akupunkturen sowie die Benennung des Gelenks bei den Punktionen. Bei letzteren bestand vielmehr der Verdacht, dass tatsächlich Injektionen bzw. Infiltrationsbehandlungen abgerechnet worden waren.

Hinweis

Der EBM sieht in Kapitel 2.1 ausdrücklich vor, dass GOPen nur abrechnungsfähig sind, wenn der obligate Leistungsinhalt vollständig erbracht worden ist und die erbrachten Leistungen dokumentiert sind.

Ausdrücklich stellt das LSG fest, dass die bloße Angabe von GOP und ICD-Code nicht ausreicht, um nachzuweisen, dass eine EBM-Leistung vollständig erbracht worden und damit berechnungsfähig ist. Vielmehr hatte der Kläger unter alleiniger Angabe von GOP und ICD-Code so minimalistisch dokumentiert, dass nach sozialgerichtlicher Auffassung unklar und nicht überprüfbar war, ob die Abrechnungsvoraussetzungen sowie die obligaten Leistungsinhalte vom Kläger erfüllt wurden. Es fehlte hier aufgrund der nicht erfüllten grundlegenden Dokumentationserfordernisse letztlich am Nachweis, dass die jeweiligen Inhalte der GOPen vollständig vom Kläger erbracht worden sind.

Sofern sich begründete Zweifel ergeben, z. B. im Fall einer Abrechnungsprüfung, ob eine Leistung vollständig erbracht worden ist, trifft den abrechnenden Arzt die Feststellungslast dafür, dass die Voraussetzungen für seinen Honoraranspruch vorliegen. Daher ist so zu dokumentieren, dass ein fachkundiger Außenstehender ohne Weiteres in der Lage ist, zu beurteilen, ob die jeweiligen Leistungsbestandteile einer GOP erfüllt sind. Verbleibende Unsicherheiten gehen zugunsten des beweisbelasteten Arztes.

Im vorliegenden Fall konnte sich der klagende Arzt auch nicht mit Erfolg auf Vertrauensschutz aufgrund des früheren Plausibilitätsverfahrens berufen. Das LSG entschied diesbezüglich, dass hier schon kein Vertrauen auf eine andauernde Richtigkeit der Dokumentation bestanden hätte, weil in dem vorigen Prüfverfahren allein die Auffälligkeiten der Tages- und Quartalszeitprofile thematisiert worden waren, nicht jedoch die Vollständigkeit der Dokumentation.

Für die Praxis

Das Urteil des LSG im Kontext der orthopädischen Abrechnung zeigt: die ärztliche Dokumentation muss immer zumindest knappe, mithin nachvollziehbare, Nachweise über die obligaten Leistungsinhalte der abrechneten GOP enthalten. Sind die notwendigen Leistungsinhalte einer GOP nicht bzw. nicht vollständig dokumentiert, ist die Leistung nicht berechnungsfähig und kann von der zuständigen KV im Prüfungsfall regressiert werden.

Die vollständige Dokumentation der obligaten GOP-Inhalte, bspw. mithilfe von Textbausteinen oder digitalen Anwendungen, sollte daher zur Vermeidung etwaiger Risiken zum Pflichtprogramm gehören.

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. Stephan Voß (Chefredakteur)

Hinweis: Alle Rechte am Inhalt liegen beim Verlag. Nachdruck und jede Form der Wiedergabe auch in anderen Medien sind selbst auszusagen 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.



Vertragsarztrecht

Akupunktur: Dokumentationspflichten beachten!

von Rechtsanwältin, Fachanwältin für Medizinrecht und Sozialrecht
Dr. Babette Christophers LL.M., Münster, aesculaw.de

Im Rahmen von Plausibilitätsprüfungen kam es bei Orthopäden bei Akupunktursprechstunden in der Vergangenheit häufig zu auffällig langen Arbeitszeiten von mehr als zwölf Stunden am Tag, da die Prüfzeit früher 10 Minuten betrug. Zum 01.04.2020 wurde die Prüfzeit durch den Bewertungsausschuss auf vier Minuten reduziert und die Auffälligkeiten in den Tagesprofilen sind selten geworden. Was nach wie vor zu Problemen führt, sind Mängel bei der Dokumentation! Denn für die EBM-Nr. 30791 ist eine penible Dokumentation zwingend erforderlich, um die Leistung abrechnen zu können.

EBM-Nr. 30791

EBM-Nr. 30791 beinhaltet die Durchführung der Körperakupunktur. Obligater Leistungsinhalt ist die Durchführung der Akupunktur gemäß dem erstellten Therapieplan, das Aufsuchen der spezifischen Akupunkturpunkte und die exakte Lokalisation sowie die Nadelung mit sterilen Einmalnadeln für einen Zeitraum von mindestens 20 Minuten. Insgesamt dürfen je dokumentierter Indikation bis zu 10 Akupunkturen erbracht werden. Fünf weitere Akupunkturen dürfen abgerechnet werden, wenn das therapeutische Behandlungsziel nicht erreicht ist.

Inhalt der Leistungslegende ist gemäß Ziffer 7 der Präambel zu Kapitel 30.7 EBM auch, dass die Akupunkturziffern nur gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Akupunktur bei chronisch schmerzkranken Patienten gemäß § 135 Abs. 2 SGB V berechnungsfähig sind. Und in Abschnitt C der Qualitätssicherungsvereinbarung iww.de/s15029 sind besondere Anforderungen an die Dokumentation der Akupunktur gestellt.

So ist es erforderlich, dass eine Eingangsdokumentation zur Schmerzevaluation erstellt wird, welcher Aussagen zur Schmerzdauer, -stärke und -häufigkeit sowie zur Beeinträchtigung

der Alltagstätigkeiten durch den Schmerz und zur Beeinträchtigung der Stimmung durch den Schmerz zu entnehmen sein müssen.

Ferner ist die Durchführung einer Verlaufsdokumentation obligatorisch. Zum Abschluss der Behandlung müssen Angaben zum Schmerz gemacht werden. Hierfür gibt es Dokumentationsbögen zum Download bei den KVen: iww.de/s15028 (KVWL) und iww.de/s15027 (KVB).

Die Akupunktur bei chronischen Schmerzen erfolgt mit jeweils bis zu 10 Sitzungen innerhalb von maximal sechs Wochen. In begründeten Ausnahmefällen können bis zu 15 Sitzungen innerhalb von maximal zwölf Wochen erfolgen.

Rechnet der Arzt also fünf weitere Akupunkturen nach der EBM-Nr. 30791 ab, muss hierzu entsprechend den Vorgaben der Qualitätssicherungsvereinbarung eine nachvollziehbare Begründung erfolgen, die auch zu dokumentieren ist. Die Dokumentationen können von der zuständigen KV überprüft werden. Fehlt eine Dokumentation ab der elften Akupunktur, mangelt es an den grundlegenden Dokumentationserfordernissen (Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 28.05.2025, Az. L 5 KA 2276/24).

Fehlt es an der erforderlichen Dokumentation, kann die Leistung insgesamt durch die KV sachlich-rechnerisch richtiggestellt werden, da ein obligater Leistungsinhalt fehlt! Eventuell bereits ausgezahltes Honorar muss dann zurückgezahlt werden.

Vorgaben der Qualitätssicherungsvereinbarung – Räume

In § 4 der Vereinbarung ist geregelt, dass die Akupunktur in separaten, abgeschlossenen Räumen mit Liegen (ein Liegeplatz je abtrennbarer Behandlungseinheit) erfolgen muss.

Wenn in einer Akupunktursprechstunde eventuell auch Räume zur Akupunktur genutzt werden, die im normalen Sprechstundenbetrieb anderen Zwecken dienen (z. B. eine Liege in einem Laborraum), so kann es sinnvoll sein, auch dies zu dokumentieren. So könnte in der Patientendatei der Raum der Akupunktur notiert oder aber mit beispielhaftem Bildmaterial der Ablauf der Akupunktursprechstunde festgehalten werden.

Praxishinweise

Um zu belegen, dass die zeitlichen und räumlichen Vorgaben eingehalten werden, kann dem Arzt nur geraten werden, die genauen Abläufe in der Praxis festzuhalten – ggf. durch eine Videodokumentation. Nur so kann er beweisen, dass die Leistungen ordnungsgemäß erbracht worden sind. Außerdem sollte penibel auf die schriftliche Dokumentation der Leistungen geachtet werden! Für die EBM-Nr. 30791 ist die Dokumentation zwingend erforderlich, um die Leistung abrechnen zu können. Wenn die Akupunktur auf 15-mal erweitert werden soll, ist eine besondere Begründung erforderlich, die ebenfalls zu dokumentieren ist. Ansonsten kann es teuer werden: im obigen Fall des LSG musste der Orthopäde knapp 150.000 Euro Honorar zurückzahlen.

EBM 2026

Notfalldatensatz: Neue Nr. 01643 ersetzt die Nr. 01641

Seit 2018 enthält der EBM drei Abrechnungspositionen im Zusammenhang mit dem sogenannten Notfalldatenmanagement (NFDm): Die Nr. 01640 für die Anlage eines Notfalldatensatzes, die Nr. 01641 für die Überprüfung und Aktualisierung des Notfalldatensatzes sowie die Nr. 01642 für das Löschen des Notfalldatensatzes. Die Nr. 01641 wurde jedoch zum 01.01.2026 dem EBM gestrichen und durch die neue Nr. 01643 ersetzt – mit einigen Änderungen für das Arzthonorar. Die Inhalte und Bewertungen für die Nr. 01640 (80 Punkte – berechnungsfähig einmal im Krankheitsfall) und die Nr. 01642 (1 Punkt – berechnungsfähig einmal im Behandlungsfall) bleiben unverändert.

Die neue Nr. 01643

Die ab 2026 gültige Nr. 01643 ist für die Aktualisierung des Notfalldatensatzes konzipiert, und zwar als Einzelleistung statt als Pauschalleistung.

Hintergrund

Mit der Nr. 01641 wurde bisher die Überprüfung und ggf. Aktualisierung des Notfalldatensatzes auf der eGK als Zuschlag zur Grundpauschale vergütet, und zwar im Sinne einer Mischkalkulation unabhängig davon, ob in dem jeweiligen Behandlungsfall tatsächlich eine Überprüfung und/oder Aktualisierung erfolgt. Die Zusetzung erfolgt automatisch durch

die KV. Die Nr. 01641 war bis zum 31.12.2025 mit 4 Punkten bzw. 0,50 Euro bewertet; die Vergütung erfolgt extrabudgetär mit dem Orientierungswert.

Die neue Nr. 01643 ist demgegenüber nur berechnungsfähig, wenn eine Aktualisierung des Notfalldatensatzes auch **tatsächlich** erfolgt. Zudem kann die Nr. 01643 nur einmal im Krankheitsfall (aktuelles Quartal und die drei Folgequartale) berechnet werden. Der Wegfall der Pauschalvergütung nach Nr. 01641 dürfte daher bei den meisten Arztpraxen zu einem Rückgang des KV-Honorars führen.

EBM-Nr. 01643

EBM-Nr.	Leistungslegende (Kurzfassung)	Bewertung
01643	Aktualisierung eines Notfalldatensatzes gemäß Anlage 4a zum Bundesmantelvertrag -Ärzte (BMV-Ä) <i>Obligater Leistungsinhalt</i> • Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, • Aktualisierung medizinisch relevanter Informationen im Notfalldatensatz auf der eGK ... und/oder • erstmalige Anlage eines Notfalldatensatzes mit ausschließlichen Eintragungen von Kommunikationsdaten ... und/oder • Übertragung des in der Vertragsarztpraxis bestehenden Notfalldatensatzes, z. B. bei einem Austausch oder Verlust der eGK des Patienten, einmal im Krankheitsfall	39 Punkte (4,97 Euro)