

## Therapie

### Risiko für Prostata-Ca bei Männern mit Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa etwa fünf Mal höher

Das Auftreten eines Prostatakarzinoms scheint bei Patienten mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (IBD, inflammatory bowel disease) nur schwach mit dem Alter oder dem PSA-Wert assoziiert zu sein. Gar keine Assoziation fand sich mit der Krankheitsdauer oder einer Therapie mit Biologika.

#### Retrospektive Kohortenstudie

Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen sind mit einem höheren Risiko für gastrointestinale Tumoren assoziiert. US-Mediziner zeigen nun in einer retrospektiven, „gematchten“ Kohortenstudie, dass bei Männern mit Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa auch Prostatakarzinome gehäuft auftreten.

Die Forscher an der Feinberg School of Medicine in Chicago verglichen 1.033 männliche Patienten mit IBD mit 9.306 Männern ohne IBD. Jeder IBD-Kranke hatte somit etwa neun Vergleichspatienten, die ihm per Los „zugeweiht“ wurden. Bezüglich der Hautfarbe und der Altersdekade waren die Patienten in beiden Gruppen vergleichbar. 78 % der Studienpatienten waren weiß, das Alter bei der ersten PSA-Bestimmung betrug median 53 Jahre. Die PSA-Werte in der IBD-Gruppe waren tendenziell höher (statistischer Trend) als in der Kontrollgruppe. Mit zunehmendem Alter vergrößerte sich diese Differenz tendenziell immer mehr.

#### Risiko für Prostata-Ca 5-mal höher

Die Inzidenz des Prostatakarzinoms fiel in beiden Gruppen sehr unterschiedlich aus: Nach fünf Jahren war

bei 2,8 % der Männer in der IBD-Gruppe und bei 0,25 % in der Kontrollgruppe ein Prostatakarzinom diagnostiziert worden ( $p < 0,001$ ). Noch größer war der Unterschied nach zehn Jahren: 4,4 % (IBD-Gruppe) versus 0,65 %.

Das Risiko für ein Prostatakarzinom war bei den Männern mit IBD demnach rund fünfmal höher (Hazard ratio 4,84; CI 3,34-7,02) – wobei der Zusammenhang zwischen IBD und Prostata-Ca weder stark mit dem Alter noch mit den PSA-Werten zu korrelieren schien.

Auch bei den klinisch signifikanten Prostatatumoren – definiert als solche mit einem Gleason-Score von  $\geq 7$  – war die Differenz signifikant ( $p < 0,001$ ): Nach fünf Jahren betrug sie 1,6 (IBD-Gruppe) ggü. 0,17 % (Kontrollgruppe); nach zehn Jahren 2,4 (IBD-Gruppe) versus 0,42 %. Bezüglich der Morbidität und der Letalität kann die Studie keine Aussage machen.

#### Weitere Risikofaktoren?

In weiteren Analysen gingen die Forscher der Frage nach, welche Faktoren allenfalls zu den Karzinomen beigetragen haben könnten. Sie berücksichtigten die Krankheitsdauer ( $>$  oder  $<$  20 Jahre), Biologika-Therapie, Z. n. Darm-

resektion sowie Morbus Crohn versus Colitis ulcerosa. Im Hinblick auf Prostatakrebs war jedoch nichts davon assoziiert. Die Dauer der Biologika-Therapie floss nicht in diese Analyse ein.

#### Chronische Prostatitis als Ursache?

Insgesamt wurden bei den Männern mit IBD etwas mehr PSA-Analysen durchgeführt (3.357 in der IBD-Gruppe, 27.221 in der Kontrollgruppe). Fünf Jahre nach der ersten PSA-Analyse war das PSA in beiden Gruppen im Median zweimal überprüft worden. Möglicherweise führe die chronische Darmentzündung (lokal oder systemisch) sekundär zu einer chronischen Prostatitis, die schließlich in ein Karzinom münde, mutmaßen die Autoren. Frühere epidemiologische Studien wiesen bereits auf einen Zusammenhang zwischen chronischen Entzündungen und Prostatakrebs hin.

Andere Hypothesen sind, dass Tumorzellen dem Immunsystem bei IBD eher entgehen oder dass eine genetisch bedingte Konstellation für beide Erkrankungen besteht. Ein Beispiel für solche „Risiko-Allele“ sind FOLH1 (Folat Hydrolase 1) und PSMA (Prostata-spezifisches Membran Antigen). FOLH1/PSMA ist bei IBD hochreguliert und auch beim Prostatakarzinom überexprimiert.

#### » QUELLE

- Burns JA et al. Inflammatory Bowel Disease and the Risk of Prostate Cancer. Eur Urol. 2018 Dec 4. pii: S0302-2838(18)30938-2. doi: 10.1016/j.eururo.2018.11.039, [https://www.europeanurology.com/article/S0302-2838\(18\)30938-2/fulltext](https://www.europeanurology.com/article/S0302-2838(18)30938-2/fulltext)

## Vertragsarztrecht

# Nachlässige Weiterbildung eines Assistenten: Arzt kann Rückzahlungsverpflichtung abwenden

von RA Tim Hesse, Kanzlei am Ärztehaus, Dortmund/Münster

Mit der Rückforderung zu Unrecht bezahlter Förderleistungen für einen Weiterbildungsassistenten hat sich das Bundessozialgericht (BSG) in zwei Entscheidungen vom 31.08.2018 auseinandergesetzt (Az. B 6 KA 25/18 und B 6 KA 26/18 B). Der betroffene Arzt kam „mit einem blauen Auge“ davon.

## Der Fall

Ein zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener Arzt beschäftigte einen genehmigten Weiterbildungsassistenten. Für die Ausbildung des Assistenten bewilligte die Kassenärztliche Vereinigung (KV) dem weiterbildenden Arzt eine monatliche Geldförderung für einen Zeitraum von acht Quartalen.

Nachdem bei der KV allerdings bekannt wurde, dass der Arzt nur an einem Tag pro Woche in der Praxis anwesend war, forderte sie von ihm rund 40.000 Euro bezahlte Förderleistungen mit der Begründung zurück, er sei seinen Pflichten als Ausbilder nicht nachgekommen:

- Die Weiterbildung habe nicht den Bedingungen für die Genehmigung zur Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten entsprochen, so dass die Fördermittel ohne Rechtsgrund geleistet worden seien.
- Mit der gleichen Begründung nahm die KV die Bescheide über die Bewilligung der Fördermittel zurück. Die Voraussetzungen hierfür seien erfüllt, weil das Handeln des Arztes grob fahrlässig gewesen sei.

## Die Entscheidung

Die von dem ausbildenden Arzt gegen die Rückforderungen der KV angestrebte Klage vor dem saarländischen Sozialgericht hatte zunächst keinen Erfolg.

Anders entschied das saarländische Landessozialgericht (LSG): Es konnte keine grobe Fahrlässigkeit hinsichtlich der Verletzung von Ausbilderpflichten erkennen, da es offenbar widersprüchliche mündliche Auskünfte der KV gegeben hatte. Daher hob das LSG das Urteil der Vorinstanz und die angefochtenen Rückforderungs- bzw. Rücknahmebescheide der Beklagten im Wesentlichen auf.

Hiergegen legte die KV Nichtzulassungsbeschwerden zum Bundessozialgericht (BSG) ein, das die Beschwerden jedoch als unbegründet zurückwies. Das Urteil des LSG ist damit rechtskräftig.

## Praxishinweis

Auch wenn der weiterbildende Mediziner in diesem Einzelfall mit seiner Klage Erfolg hatte, kann das Fehlen des Ausbilders in der Praxis teure Folgen haben. Weiterbildungsassistenten müssen im vorgeschriebenen Umfang tatsächlich ausgebildet werden. Weiterbildende Ärzte haben entsprechende Rahmenbedingungen zu schaffen und insbesondere darauf zu achten, regelmäßig in der Praxis anwesend zu sein. Anderenfalls droht neben dem Verlust der Weiterbildungsermächtigung die Verpflichtung zur Rückzahlung erhaltener Fördergelder und zu Unrecht bezogener Honorare.

Steht dazu noch der Verdacht des Abrechnungsbetrugs im Raum, wird häufig auch noch ein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren gegen den betroffenen Arzt eingeleitet.

## Organisationsentwicklung

# Venöse Paravasate nicht unterschätzen

Die Inzidenz von Paravasaten wird mit 0,01 bis 7 Prozent angegeben. Diverse venöse Injektabilia und Infundibilia verursachen – teilweise erst Tage später – schwere Gewebeschäden, wenn sie „para gehen“. Zudem drohen in Gelenknähe, an Hand- und Fußrücken Durchblutungsstörungen durch die Schwellung. Venöse Zugänge sollten daher regelmäßig bei guten Lichtverhältnissen kontrolliert werden. Erhöht ist das Risiko für Paravasate z. B. bei Erkrankungen mit gestörtem Lymph- oder Venenabfluss, vorangegangener Punktion derselben Vene, Adipositas und bei kleinen Kindern. Die Patienten sind nach Möglichkeit zu instruieren, sich bei Schmerzen oder Nässe an der Einstichstelle zu melden, ebenso bei nicht mehr tropfender Infusion.

## Praxishinweis

Der venöse Zugang sollte jederzeit sichtbar sein, bis hin zum Infusionsbeutel. Zum Fixieren ist deshalb transparentes Pflaster zu bevorzugen. Ist komplette Sichtbarkeit (z. B. bei einer OP) nicht möglich, können farbige Papiertücher unterhalb des Zugangs ein Leck erkennbar machen, wenn sie sich dunkel verfärben. Vor und nach einer OP sollten alle Zugänge auf ihre Durchgängigkeit überprüft werden. Kommt es dennoch zu einem Paravasat, sollte dies dokumentiert, markiert und es sollten Gegenmaßnahmen ergriffen werden. Hilfreich ist z. B. die Leitlinie der „European Oncology Nursing Society (EONS)“.

## » QUELLEN

- Pérez Fidalgo JA et al. Management of chemotherapy extravasation: ESMO-EONS clinical practice guidelines. Ann Oncol. 2012 Oct; 23 Suppl 7: vii167-73 (Link: [ogy.de/uf9k](http://ogy.de/uf9k))
- Stiftung Patientensicherheit Schweiz (Hrsg.): Unbemerkte Paravasate unter nicht sichtbaren venösen Zugängen! Quick-Alert Nr. 29 (V1), vom 25.2.2013 (Link: [ogy.de/6g76](http://ogy.de/6g76))

## Dokumentation

### Was wie lange aufbewahren?

Gemäß § 57 Bundesmantelvertrag sind Patientenakten bis zehn Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren und müssen jederzeit zur Verfügung stehen, elektronisch gespeicherte Daten müssen entsprechend lange gesichert und abrufbar sein. Zu dokumentieren sind: Anamnese, Befunde, Diagnose(n) Behandlungsmaßnahmen, Medikation, Eingriffe und deren Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen, Tage der Behandlung und veranlasste Leistungen. In besonderen Fällen können Aufbewahrungsfristen länger als 10 Jahre sinnvoll sein.

#### Beispiel

Ein Patient wird mit Zytostatika behandelt. Mehr als 10 Jahre nach der Behandlung werden eine Niereninsuffizienz, eine Kardio- oder Neuropathie festgestellt. Der Patient vermutet, dass es sich bei diesen Erkrankungen um Spätschäden der Zytostatikabehandlung handelt und macht Schadenersatzansprüche gerichtlich geltend, weil er annimmt, er sei nicht fachgerecht behandelt worden. Kann der Arzt dann anhand seiner Unterlagen belegen, dass die Behandlung lege artis erfolgte, ist die Beweisführung unproblematisch, weshalb in derartigen Fällen eine längere Aufbewahrungsfrist, ggf. bis zu 30 Jahre, empfohlen wird.

- Verordnungen von Krankenhausbehandlungen, Heilmitteln: 10 Jahre
- Lieferscheine Sprechstundenbedarf: 2 Jahre
- BTM-Rezepte (Durchschlag Teil III des Dreifachsatzes): 3 Jahre, ebenso die BTM-Anforderungsscheine

#### Hinweis

Das Ausfüllen der BTM-Rezepte muss exakt nach den Vorgaben erfolgen. Fehlerhaft ausgefüllte Rezepte können nicht eingelöst werden, nicht korrekt ausgestellte BTM-Rezepte müssen vollständig (der komplette Dreifachsatz) drei Jahre aufbewahrt werden. Bei Überprüfungen der BTM-Verordnungen durch eine zuständige Behörde (meist ein Gesundheitsamt) fallen fehlende Rezepte bzw. Durchschläge auf, weil die BTM-Rezepte fortlaufend nummeriert sind.

### Besondere Aufbewahrungsfristen

Manche Dokumentationen sind länger als zehn Jahre aufzubewahren, andere kürzer. Für Onkologen relevant:

- Arztbriefe: 10 Jahre
- Abrechnungsunterlagen: bis zu 10 Jahre, z. B. aus Steuergründen
- AU-Bescheinigung (Durchschlag des Dreifachsatzes): 1 Jahr
- D-Arzt-Verfahren: 15 Jahre Behandlungsunterlagen und Röntgenaufnahmen
- Patientenakte mit Befunden, Aufzeichnungen usw.: 10 Jahre
- Röntgenbilder und ergänzende Aufzeichnungen wie Befunddokumentationen: 10 Jahre
- Unterlagen Strahlenbehandlung: 30 Jahre
- Histologische/zytologische Befunde, ggf. einschl. Präparate: 10 Jahre

**Anmerkung:** Sowohl bei regulären als auch bei BTM-Rezepten sind in der Patientenakte die Art und der Umfang der Verordnungen zu vermerken und (mindestens) zehn Jahre aufzubewahren.

Für bei der KV eingereichte Quartalsabrechnungsunterlagen gilt: Eine Frist zur Aufbewahrung ist nicht festgelegt. Da es sich nicht um Behandlungsunterlagen handelt, gilt die 10-Jahresfrist ebenfalls nicht. Im eigenen Interesse sollten Sie diese Unterlagen aber mindestens zwei Jahre lang aufbewahren, um sie zur Verfügung zu haben, wenn es beispielsweise zu einer Prüfung der Behandlungs- oder Ordnungsweise kommt.

## Privatliquidation

### Leserforum GOÄ

**Frage:** Meine Arzthelferin hat eine Weiterbildung zur Fachassistentin für orale und subkutane Tumorthherapie gemacht. Sie betreut die Chemotherapiepatienten im ambulanten Bereich. Sie untersucht die Patienten, bestimmt, wann die orale Medikation eingenommen wird und bespricht dies im Rahmen eines 30-minütigen Termins mit den Patienten. Was können wir abrechnen?

**Antwort:** Es befremdet sehr, wenn eine Fachassistentin eigenständige nicht delegationsfähige Leistungen erbringt und diese nach GOÄ abgerechnet werden sollen. Grundsätzlich sind Untersuchungsleistungen rein ärztliche Aufgaben, ebenso die daraus resultierende Festlegung der Therapie.

Ggf. möglich wäre die Abrechnung der Ziffer 33 GOÄ analog, sofern es sich inhaltlich um eine strukturierte Schulung des Patienten handelt und die Leistung daher mit der Originalleistung vergleichbar wäre.

## IMPRESSUM

### Herausgeber und Verlag

IWW Institut für Wissen in der Wirtschaft GmbH  
Niederlassung: Aspasstraße 24, 59394 Nordkirchen  
Telefon: 02596 922-0, Telefax: 02596 92280  
Sitz: Max-Planck-Straße 7/9, 97082 Würzburg  
E-Mail: [onko@iww.de](mailto:onko@iww.de)

### Redaktion

Dr. phil. Stephan Voß M.A. (Chefredakteur, verantwortlich)

### Lieferung

Dieser Informationsdienst ist eine kostenlose Serviceleistung der  
Hexal AG Industriestr. 25, 83607 Holzkirchen  
Telefon: 08024 908-0, Telefax: 08024 908-1290  
E-Mail: [service@hexal.com](mailto:service@hexal.com)

### 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. Dieser Informationsdienst gibt nicht in jedem Fall die Meinung der Hexal AG wieder.