

Inhaltsverzeichnis

I.	Editorial.....	2
II.	Die neue Bundes-Onkologie-Vereinbarung	3
III.	Honorarverteilung in der ÜBAG	7
IV.	Haftung für den Vertreter im organisierten Notfalldienst	8
V.	Praxisabgabe: Die Chancen erhöhen	9
VI.	Zur aktuellen Lage der Uro-GmbH Nordrhein	10
VII.	Am Rande bemerkt... ..	11
VIII.	Wichtige Hinweise zur Uro-Homepage	12
IX.	Tipp: Inkontinenztherapie in der Facharztpraxis	13
X.	Unsere Kooperationspartner	14

Redaktion: Uro-GmbH Nordrhein
Copyright (c) 2009 Uro-GmbH Nordrhein

Alle Rechte vorbehalten. Bitte beachten Sie unsere Urheberrechte an diesem Newsletter. Jede weitergehende Verwendung, insbesondere die Speicherung in Datenbanken, Veröffentlichung, Vervielfältigung und jede Form von gewerblicher Nutzung sowie die Weitergabe an Dritte – auch in Teilen oder in überarbeiteter Form – ohne Zustimmung der Uro-GmbH Nordrhein ist untersagt.

I. Editorial

Kein Sommerloch

Liebe Kolleginnen und Kollegen der URO-GmbH Nordrhein,

weniger unter der Hitze als unter der Informationsflut durch die Uro-GmbH werden viele von ihnen stöhnen. Leider können wir Ihnen hier keine Erleichterung versprechen. Die Schlagzahl der Informationen wird uns durch Politik und Berufspolitik vorgegeben. Bundestagswahl, Honorarpolitik und – brandaktuell – die für viele nordrheinischen Urologen existenzielle Onkologievereinbarung gestatten keine Sommerpause. Zeitnahe Entscheidungen und Handlungen sind sowohl für den individuellen Praxisinhaber als auch für die Mandatsträger imperativ!

Dies nach rationalen Kriterien möglichst effizient zu tun, setzt nach meiner tiefen Überzeugung eine profunde Kenntnis der Fakten und Hintergründe voraus.

Diese Informationen zu vermitteln ist die Aufgabe der Uro-GmbH, Ihre ist es, diese zu lesen und dann Ihre Entscheidung zu fällen.

Die Uro-GmbH bedient sich dazu zweier Instrumente:

1. Der "**Uro-GmbH aktuell**" zur Vermittlung brandaktueller Fakten und Informationen und
2. den quartalsweise erscheinenden "**Urologennachrichten**".

Letztere, deren Umfang wir Ihnen nur dreimonatlich zumuten wollen, dienen der Vermittlung von mehr grundsätzlichen Informationen, Handlungsempfehlungen und Berichten über die Aktivitäten Ihrer URO-GmbH.

Weitere aus meiner Sicht ganz wesentliche Inhalte der "Urologennachrichten" sind Analysen und Meinungen zur aktuellen Gesundheitspolitik. Meinungen sind naturgemäß subjektiv gefärbt, dürfen emotional, satirisch und scharfzüngig sein, ohne jedoch den Boden zu den Fakten zu verlieren.

Dazu werden Sie, beginnend mit dieser Ausgabe, regelmäßig eine Kolumne finden unter der Überschrift "Am Rande bemerkt", in der wechselnde Autoren ihre durchaus subjektive Interpretation zur Gesundheitspolitik formulieren.

Alle Mitglieder der URO-GmbH sind im Übrigen ganz nachdrücklich eingeladen, eigene Artikel in den Urologennachrichten einzustellen!

Herzlichst
Ihr



Wolfgang Rulf

II. Die neue Bundes-Onkologie-Vereinbarung

Die Katze ist aus dem Sack; die gesetzlichen Krankenkassen haben ihr Ziel erreicht. Die „Pseudo-Anschlussvereinbarung“ zur Onkologievereinbarung ist unter Dach und Fach; pseudo deswegen, weil sie für die wenigsten Urologen zugänglich sein wird. Ihr Beginn ist der 1.10.2009, die bisherigen Vereinbarungen auf Landesebene verlieren dann grundsätzlich ihre Gültigkeit.

Erster Knalleffekt: Im Wesentlichen keine Trennung mehr zwischen "kleiner" und "großer" Onkologie bis auf die Zulassungsvoraussetzungen für die Übergangsregelung (Unterschied „klein / „groß“ lediglich: 0 Chemozyklen / 200 Chemozyklen, und für „große Onkologie“ => programmierbare Medikamentenpumpen).

Nachfolgend nur die wichtigsten Fakten in Schlagworten aus einem zwanzigseitigen Vertragswerk (die vollständige Onkologievereinbarung finden Sie auf der Uro-Homepage, Bereich „Intern“, Register „Downloads“); die Kommentierung folgt im Anschluss:

§ 1 – Ziel der Vereinbarung:

Sicherstellung, dass krebserkrankte Patienten nach wissenschaftlich anerkannten, den jeweiligen Stand der medizinischen Erkenntnis entsprechenden Diagnose- und Therapieplänen sowie den geltenden Leitlinien ambulant versorgt werden können.

§ 3 – Voraussetzungen zur Teilnahme:

- Zusatzbezeichnung "medikamentöse Tumortherapie " (zeitlich begrenzte Ausnahme im Falle einer Gefährdung der flächendeckenden Versorgung)
- Quartals-Mindestfallzahlen im Durchschnitt der letzten 12 Monate **vor Antragstellung**: 80 Behandlungen solider Neoplasien, davon 60 antineoplastische Therapien, davon 20 intravenös und/oder intrakavitär **pro Arzt**. (Modifikation der Behandlungszahlen bei gefährdeter flächendeckender Versorgung – jederzeit widerrufbar – möglich)
- **Neuer Zulassungsantrag für alle (auch bisher zur Onkologievereinbarung zugelassenen Ärzte) bis zum Stichtag 1. Juli 2009 (kein Druckfehler!), sonst nur Abrechnung bis zum 30.9.09 möglich**

§ 4 – Ärztliche Behandlung:

Gesamte Tumortherapie inklusive Begleit- und Folgeerkrankungen, supportive Therapie, Reha-Maßnahmen, psychosomatische Intervention, Organisation häuslicher Krankenpflege, psychosoziale Betreuung Pat./ Familie etc., Palliativversorgung.

§ 5 – Organisatorische Maßnahmen:

- Ständige Zusammenarbeit mit dem Hausarzt, speziellen onkologischen Pflegediensten, Krankenhäusern und Hospizen
- 24-stündige Rufbereitschaft
- Ausreichende spezielle Behandlungsplätze auch an Wochenenden und Feiertagen inklusive programmierbarer Medikamentenpumpen
- Separate Untersuchungs- und Behandlungsräume für immundefiziente Patienten
- Pflegepersonal mit dreijähriger staatlich anerkannter Zusatzqualifikation. In "begründeten" Fällen Hinzuziehung von medizinischen Fachangestellten mit onkologischer Qualifikation von 120 h
- Qualifizierte Medikamentenzubereitung durch einen approbierten Apotheker

- SOPs zur notfallmäßigen intensivmedizinischen Versorgung
- Kostenloses industrieunabhängiges Informationsmaterial für Patienten
- Sicherstellung täglicher Labor- und radiologischer Diagnostik
- Sicherstellung der Versorgung mit Blutkonserven
- Transfer anonymisierter, kassengeprüfter Daten **arztbezogen** an die Onkologiekommission durch die Krankenkassen zur "gezielten Pharmakotherapieberatung"

§ 6 – Onkologische Kooperationsgemeinschaften:

- Mit: Schwerpunkt-Hämatonkologe, Pathologe, Radiologe, Strahlentherapeut, Palliativmediziner
- Regelmäßige Information des Hausarztes einschließlich detaillierten Nachsorgeplans
- Namentliche Benennung der Mitglieder an die KV
- Aufgaben der Kooperationsgemeinschaft:
 - Wissenschaftlich gesicherte Diagnostik und Therapiepläne
 - Häufige und regelmäßige Tumorkonferenzen, onkologische Konsile, gegenseitige Information, Dokumentationen etc.
- **Absicherung, der oben genannten Verpflichtungen durch Protokolle, die der Onkologiekommission zur Verfügung zu stellen sind**
- Gemeinsame EDV-technische Vernetzung zum kurzfristigen Zugriff aller Beteiligten auf Patientendaten nebst digitalem Zugriff auf Therapieprotokoll und Leitlinien bis zum 1. Januar 2012

§ 7 – Voraussetzungen zur Aufrechterhaltung der Teilnahme pro Jahr (Nachweis bis zum 31. März des Folgejahres):

- 50 rein onkologische Fortbildungspunkte
- Zwei nachweislich industrieunabhängige Pharmakotherapieberatungen der Krankenkasse
- Jährliche zertifizierte Fortbildung des Praxispersonals
- Nachweis der Mindestzahlen
- Praxiskontrollen der Kassen
- Meldepflicht der KVen an die Krankenkassen bez. Ärzte und **deren Nachweise**

§ 8 – Dokumentation:

Maximal umfangreiche Dokumentation einschließlich der Teilnahme der Patienten an klinischen Studien (die Details zur Dokumentationspflicht sind in einem eigenen separaten Anhang festgelegt).

§ 10 – Qualitätssicherung durch die Onkologie-Kommission:

- Überprüfung aller Genehmigungsvoraussetzungen einschließlich der Struktur- und Prozessvoraussetzungen
- Stichprobenüberprüfung der Dokumentation **und** der Orientierung **der Behandlung** an den "aktuellen, einschlägig interdisziplinär abgestimmten Leitlinien"
- Überprüfung der von den Krankenkassen gelieferten Daten zur Einleitung einer gezielten Pharmakotherapieberatung
- Kontrolle durch MDK-Ärzte

Honorierung:

- Euro Beträge werden in der bundesmanteltariflichen Vereinbarung nicht genannt, stattdessen Kalkulationsvorgaben zur Neuberechnung auf der Basis der derzeitigen landesspezifischen Vergütung
- Fakt ist jedoch, dass die bekannte Systematik der differenzierten Vergütungsmodule beibehalten wird. Allerdings machen die Kalkulationsvorgaben eine Absenkung der Pauschalen wahrscheinlich, denn →
 - **Primat der Kostenneutralität**
 - **Morbiditätsrisiko durch „Korrekturverfahren“ bei den Ärzten (bisher war das Morbiditätsrisiko im Rahmen der Onkologie Vereinbarung bei den Kassen)**
 - Die Ziffer 26315 EBM ist neben den Modulen nicht mehr abrechenbar

Beurteilung und Fazit:

Astronomische Zugangsvoraussetzungen, ein aufgeblähter Leistungskatalog bei sinkenden Honoraren!

De jure haben die Kassen die gesetzliche Verpflichtung zu einer Anschlussvereinbarung zur Onkologievereinbarung erfüllt, de facto ist die Onkologievereinbarung für die Fachgebietsonkologen und damit für die Urologen aufgrund unerfüllbarer Forderungen gestorben. Ein kalt-schnäuziger, aber genialer Coup der Kassen; ein zig Millionen-Euro-Deal. Die Strategie der Kassen ist so erfolgreich wie perfide: Wohl wissend, dass die Ärzte ihre schwer kranken Patienten nicht im Stich lassen, werden die eigenen Konten schamlos geschont. Wofür Geld ausgeben, wenn man es unvergütet bekommt.

Die Mindestfallzahlen sind allenfalls von einigen großen **Einzelpraxen** zu erreichen. Da sich der Nachweis jedoch auf die letzten 12 Monate vor Antragstellung bezieht und die KV über die Abrechnungsdaten diese Zahlen bereits vorliegen hat, werden mit hoher Wahrscheinlichkeit alle Urologen aus der Onkologievereinbarung herausfliegen. Auch prospektiv (durch Generieren entsprechender Behandlungszahlen in den nächsten 12 Monaten) besteht kaum Hoffnung, da sich die Mindestzahlen bei Doppel- und Dreifachpraxen entsprechend multiplizieren (Dreifachpraxen beispielsweise mindestens 60 intravasale/intrakavitär Therapien) konterkariert dies das eigentliche politische Ziel der Zentrenbildung. Es ist auch wenig realistisch zu glauben, dass in einer Berufsausübungsgemeinschaft die Tumorbehandlung nur noch von einem Behandler unter Aufgabe der Möglichkeit des zukünftigen Kompetenznachweises der übrigen Ärzte durchgeführt wird.

Hohe Mindestmengen führen zwangsweise zu einer dramatischen Ausweitung der Indikation und damit zu einer potentiellen Schädigung der Patienten und – insbesondere über die Medikamentenkosten – zu einer Kostenexplosion.

Allerdings ist diese Gefahr pure Theorie, da die übrigen strukturellen und organisatorischen Voraussetzungen **bei Absenkung der seit 17 Jahren unveränderten Honorierung** völlig inakzeptabel und zum Teil unerfüllbar sind.

Das Morbiditätsrisiko bei zwangsweise steigenden Zahlen therapiepflichtiger Onkologiepatienten haben die Kassen bei dieser Gelegenheit auch noch den Ärzten aufs Auge gedrückt.

Die Kassen haben sich mit diesem Vertrag den lang gehegten Traum vom gläsernen Arzt und gläsernen Patienten erfüllt; und darüber hinaus – ein weiteres lang ersehntes Ziel –

nehmen sie durch die verpflichtende kassenseitliche Pharmakotherapie-“beratung“ nun unmittelbaren Einfluss auf die Therapie. Des Weiteren haben sie den langersehnten umfangreichen Zugriff auf die Versorgungsdaten.

Dem Nachwuchs ist der Zugang zu Onkologievereinbarung de facto abgeschnitten; den „Besitzstandswahrern“ wird spätestens Anfang 2011 der Strom abgestellt.

Dies ist kein Vertrag sondern eine Kapitulationsurkunde der KBV, die sich einmal mehr als hilfloser Juniorpartner innerhalb der Selbstverwaltung präsentiert und zum Selbsterhalt als Steigbügelhalter der GKV fungiert.

Was ist zu tun?

Möglicher Ausweg:

§ 3 (Abs. 7) regionale Abweichungen von den Mindestmengen und der Voraussetzung „medikamentöse Tumortherapie“ sind unter Versorgungsaspekten möglich.

§ 11 (Abs. 3) erlaubt abweichend von dieser neuen Onkologievereinbarung die Fortführung alter Verträge auf Landesebene.

Voraussetzungen für beide Möglichkeiten ist die Einigung der Vertragspartner (KV und alle Kassen) „**gemeinsam und einheitlich**“. Ein fürwahr realistisches Szenario! (Sog. Exit Szenario)

1. Praxis:

Formal ist die Antragsfrist verstrichen, bevor der Vertrag veröffentlicht wurde und die KVen ihre Mitglieder informiert haben. **Ob es gleichwohl sinnvoll ist, zur "Fristwahrung" einen formlosen Antrag zur Teilnahme bei der KV Nordrhein zu stellen, wird die URO-GmbH im Laufe der 33./34. Woche bei der KV Nordrhein recherchieren. Die Information ihrer Mitglieder erfolgt wie immer sofort über die "URO-GmbH aktuell".**

2. Landesebene:

In Nordrhein ist, wie auch in anderen KVen, in denen noch eine intakte Onkologievereinbarung existiert, darauf einzuwirken, dass diese vorerst weiter Bestand hat. Nach meiner Information ist dies auch im Sinne der AOK und der KV Nordrhein; ob die Ersatzkassen mitspielen ist unsicher. Die URO-GmbH hat den Landesverband des BDU zu einem gemeinsamen Handeln eingeladen. Die Antwort steht noch aus. Die URO-GmbH Nordrhein wird daher noch in dieser Woche eine Briefkampagne an die Verantwortlichen der KV, der Kassen und des Landesministeriums, wie bereits Anfang des Jahres erfolgreich durchgeführt, versenden.

3. Bundesebene:

Der Berufsverband wird sehr zeitnah über die Landesverbände die Möglichkeit der §§ 3 (Abs. 7) und 11 (Abs. 3) aufklären und Hilfestellung leisten. Zweitens wäre im Schulterschluss mit den anderen betroffenen Berufsverbänden dieses – durch Korrekturen im Detail – schwer korrigierbare Machwerk kategorisch abzulehnen. Allerdings scheint sich der Widerstand gegen die neue Onkologievereinbarung verblüffenderweise nur auf die Urologen zu beschränken.

Des Weiteren ist eine Öffentlichkeit unter Mobilisierung von Politikern, Verantwortlichen der Selbstverwaltung, Medien und nicht zuletzt den Patientenvertretern sowie Selbsthilfegruppen herzustellen. Parallel dazu wäre der Berufsverband gut beraten, in Gesprächen mit den ärztlichen Klinik-Repräsentanten sicherzustellen, dass diese den niedergelassenen Ärzten nicht mit Bezug auf den § 116b in den Rücken fallen.

Diese perfide Strategie derjenigen Kassen, die sich einer möglichen landesweiten alternativen Vereinbarung entziehen, um auf dem Rücken der Ethik der Ärzte ihre Konten zu sanieren, – und den handelnden Funktionären dafür auch noch wie üblich (zuletzt Ende 2008) Boni zu zahlen – muss an die mediale Öffentlichkeit. Ebenso die verantwortlichen Politiker, die ihrer Aufsichtspflicht zu Lasten der Versorgung Schwerkranker nicht nachkommen. Und das gerade in einem wichtigen Wahljahr.

Abschließend wird man nicht umhin kommen festzustellen, dass sich die Krankenkassen bei landesweit gut gefüllten Facharzt-Körben diesen dreisten Frontalangriff auf die onkologische Versorgung besser zweimal überlegt hätten.

von Dr. W. Rulf

III. Honorarverteilung in der ÜBAG

Die überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft (kurz ÜBAG) ist eine hoch attraktive Kooperationsform für Urologen. Sie vereint pragmatische Umsetzbarkeit mit unmittelbarem wirtschaftlichem Nutzen und strategischen Vorteilen. Mehrere Urologen haben in den letzten Wochen bereits das Beratungsangebot der Uro-GmbH Nordrhein zur Gründung einer Praxiskette (ÜBAG) in Anspruch genommen.

Dabei geht es unter anderem auch um die Frage, wie die Honorare innerhalb einer ÜBAG verteilt werden.

Zunächst: Warum stellt sich diese Frage überhaupt? Eine ÜBAG ist eine sogenannte "Berufsausübungsgemeinschaft". Früher gab es dafür den Begriff "Gemeinschaftspraxis". Einziger Unterschied einer überörtlichen Gemeinschaftspraxis (ÜBAG) im Vergleich zur klassischen Gemeinschaftspraxis ist das Merkmal "standortübergreifend". Die Partner einer ÜBAG sitzen also nicht wie in der klassischen Gemeinschaftspraxis unter einem Dach, sondern sind an mehreren Standorten verteilt.

Ansonsten gleicht eine ÜBAG jedoch der klassischen Gemeinschaftspraxis. Dies umfasst auch, dass gemeinsam abgerechnet wird. Die ÜBAG erhält also von der KV nur einen einzigen Abrechnungsbescheid, in dem alle Leistungen aller Partner enthalten sind. Hieraus ergibt sich die Aufgabe, die Gesamtzahlung der KV fair auf die einzelnen Partner an den einzelnen Standorten aufzuteilen.

Bestes Werkzeug zur fairen Aufteilung der Honorare ist die lebenslange Arztnummer (LANR). Seit Mitte 2008 werden alle Leistungen mit der LANR gekennzeichnet, können also eindeutig auf den einzelnen Arzt zurückgeführt werden. Mittels einer Aufschlüsselung der Gesamtleistung nach einzelnen Ärzten kann das ÜBAG-Honorar auf die einzelnen Partner leistungsgerecht aufgeteilt werden.

Sofern in einer fachgleichen (z.B. urologischen) ÜBAG in relevantem Umfang Patienten von zwei oder mehr Partnern gemeinsam behandelt werden, muss eine Regelung ergänzt werden, wie in diesen Fällen die Grundpauschale aufgeteilt werden. Denn diese wird automatisch mit der LANR des Arztes versehen, der den Erstkontakt mit dem Patienten hatte. Für den mitbehandelnden Kollegen verbliebe dann keine weitere Honorarzuweisung. Lösen lässt sich dieses Problem durch die Einführung einer ÜBAG-internen Pseudonummer, die die

Aktivität der weiteren Partner für einen Patienten anzeigt. Mithilfe dieses Merkmals lässt sich auch für gemeinsam behandelte Patienten das Honorar sauber aufteilen.

Tipp:

Eine regelmäßige neutrale und objektive Aufschlüsselung der erbrachten Leistungen in einer ÜBAG nach Partnern bietet die Uro-GmbH Nordrhein auf Anfrage an. Daneben bietet die Uro-GmbH Nordrhein weiterhin eine Gründungsberatung zu Sonderkonditionen an. Information und Terminvereinbarung erfolgt über Frau Kapla in der Geschäftsstelle unter 0221 – 139 836-55 (Fax -65) oder info@uro-nordrhein.de.

von Oliver Frielingsdorf

IV. Haftung für den Vertreter im organisierten Notfalldienst

Jeder niedergelassene Arzt ist grundsätzlich zur persönlichen Teilnahme am organisierten ärztlichen Notfalldienst verpflichtet. Die Gemeinsame Notfalldienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung und der Ärztekammer in Nordrhein ermöglicht jedoch, dass der eigentlich zum Dienst eingeteilte Arzt für die Durchführung seines Notfalldienstes einen Vertreter benennt, der für ihn den Notfalldienst wahrnimmt; hierfür erhält der Vertreter von dem eingeteilten Arzt ein angemessenes Honorar.

Von dieser Vertretungsmöglichkeit machen sehr viele Ärzte Gebrauch, so dass es immer wieder zu Konflikten zwischen dem Vertreter und Praxisinhaber kommt, wenn dem Vertreter bei einer Notfallbehandlung Fehler unterlaufen und der Praxisinhaber für die Versäumnisse seines Vertreters einstehen soll.

Der Bundesgerichtshof (BGH) hat in einer aktuellen Entscheidung zur Haftung des Praxisinhabers für Behandlungsfehler des Vertreters Stellung genommen. Dem Urteil lag ein Fall zugrunde, bei dem ein im Bezirk Nordrhein niedergelassener Arzt einen Vertreter mit der Wahrnehmung seines Notfalldienstes beauftragt hatte; während des Notfalldienstes wurde der Vertreter zu einem Patienten gerufen, bei dem er einen Herzinfarkt nicht erkannte, der später zum Tode des Patienten führte. Der Vertreter benutzte bei seiner Tätigkeit die Rezeptvordrucke, Notfallscheine und Praxisstempel des Praxisinhabers; dieser rechnete die Leistungen des Vertreters mit der KV ab und zahlte an den Vertreter das zuvor vereinbarte Honorar.

Ob der Praxisinhaber auch für die Fehler seines Vertreters einzustehen hat, hängt entschieden davon ab, wie das Rechtsverhältnis zwischen dem Praxisinhaber und dem Vertreter beurteilt wird. Geht man rechtlich davon aus, dass der Vertreter vom Praxisinhaber zur Wahrnehmung des Notfalldienstes bestellt wurde und bewertet den Vertreter deshalb als sogenannten Verrichtungsgehilfen des Praxisinhabers, dann muss der Praxisinhaber für die Fehler des Vertreters grundsätzlich einstehen.

Zu diesem Ergebnis gelangte das Landgericht und gab der Klage der Angehörigen des Patienten gegen den Vertreter und den Praxisinhaber statt. Demgegenüber sah das OLG Köln den Vertreter nicht als Verrichtungsgehilfen des Praxisinhabers und wies die Klage gegen den Praxisinhaber insoweit ab.

Auf die Revision führte der BGH aus, dass der Vertreter im Notfalldienst als sogenannter Verrichtungsgehilfe des Praxisinhabers dann angesehen werden könne, wenn der Praxisinhaber den Vertreter ausgewählt und persönlich mit der Durchführung seines Notfalldienstes

beauftragt hat. Dies habe zur Folge, dass der Praxisinhaber als Geschäftsherr für die Fehler seines Vertreters haftet. Von dieser Haftung kann sich der den Praxisinhaber befreien, wenn er sich vor dem Einsatz des Vertreters persönlich vergewissert hat, dass der Vertreter die persönlichen und fachlichen Voraussetzungen für eine ordnungsgemäße Vertretung erfülle.

(BGH, Urt. v. 10.03.2009 – VI ZR 39/08)

Fazit:

Die Entscheidung des BGH sollte Anlass geben, die Modalitäten der eigenen Vertretung im organisierten ärztlichen Notfalldienst kritisch zu prüfen, um nicht in eine Haftungsfalle zu geraten.

Bemüht sich der Praxisinhaber selbst um seinen Vertreter im Notfalldienst, wählt er diesen also selber aus und meldet ihn bei seiner KV-Kreisstelle als Vertreter, ist der Vertreter nach der BGH-Rechtsprechung als Verrichtungsgehilfe zu qualifizieren, so dass der Praxisinhaber grundsätzlich für die Fehler seines Vertreters haftet. Dieser Haftung kann der Praxisinhaber nur dann entgehen, wenn er darlegen und beweisen kann, dass er sich von der fachlichen und persönlichen Eignung des Vertreters zur Ausübung des Notfalldienstes vergewissert hat.

Hierzu ist dem Praxisinhaber zu empfehlen, sich vor dem Dienst die Approbationsurkunde und die Facharztanerkennung des Vertreters vorlegen zu lassen und Kopien hiervon zu den eigenen Unterlagen zu nehmen. Ferner sollte ein persönliches Gespräch geführt werden, so dass der Praxisinhaber später behaupten kann, sich ein eigenes Bild von der Persönlichkeit des Vertreters gemacht zu haben.

Wird der Vertreter demgegenüber von der Kreisstelle der KV aufgrund der Vertreterliste benannt und nicht vom Praxisinhaber ausgewählt, kann weder der Praxisinhaber als Geschäftsherr noch der Vertreter als Verrichtungsgehilfe angesehen werden. In dieser Konstellation kommt eine Haftung des Praxisinhabers für die Fehler des Vertreters nicht in Betracht.

Praxistipp:

Auch wenn der Vertreter von der KV über ihre Vertreterliste bestimmt wird, sollte der Praxisinhaber jedenfalls dann, wenn ein persönlicher Kontakt mit dem Vertreter vor dem Dienst zustande kommt, die Kopien der Approbationsurkunde und der Facharztanerkennung zu seinen Unterlagen nehmen. Denn über diesen Kontakt erhält der Praxisinhaber die Möglichkeit, dem Vertreter organisatorische Weisungen zu erteilen und sich von dessen Eignung als Vertreter zu vergewissern. Ein solcher Kontakt ist nach den Ausführungen des BGH bereits geeignet, den Vertreter als Verrichtungsgehilfen und den Praxisinhaber als Geschäftsherrn zu bewerten, so dass dann eine Haftung des Praxisinhabers wieder in Betracht zu ziehen ist.

von RA Olaf Walter

V. Praxisabgabe: Die Chancen erhöhen

Das Projekt „Praxisabgabe“ wird schwieriger. Denn das Verhältnis zwischen Praxisabgebern und Praxisübernehmern verschlechtert sich insbesondere in ländlichen Regionen deutlich.

Praxisübernehmer suchen heute vor allem Sicherheit und Perspektive. Beides kann alleine durch die KV-Zulassung nicht mehr in gleichem Maße wie früher garantiert werden. Umso

wichtiger ist es daher, bei der Praxisabgabe nicht mehr nur auf die Attraktivität der KV-Zulassung zu setzen.

Die Einbindung in Kollegen-Netzwerke, eine Kooperation mit einem Krankenhaus und ggf. die Teilnahme an Kassenverträgen stellen zusätzliche Bausteine dar, die die Praxis absichern und damit attraktiver machen. Gemeinschaftspraxisanteile besitzen eine zusätzlich erhöhte Attraktivität, weil der Nachfolger in den ersten Berufsjahren nicht gänzlich auf sich allein gestellt bleibt.

Gerade ältere Praxisinhaber verfügen regelmäßig über jahrzehntelange Praxis-Erfahrung und beste Kontakte in der Region. Leider wird dieses Potenzial allzu häufig mit in den Ruhestand genommen, anstatt es in den letzten Jahren vor der Abgabe noch in wertsteigernde Verträge umzumünzen, die auf einen Praxisübernehmer übertragen werden können und diesem weiterhin die Entscheidung für genau diese Praxis erleichtern.

von Oliver Frielingsdorf

VI. Zur aktuellen Lage der Uro-GmbH Nordrhein

Angesichts der nahenden Bundestagswahl ist die Uro-GmbH Nordrhein derzeit stark im politischen Bereich aktiv. Neben dem bereits an die Praxen versandten Praxis-Plakat "Diese Gesundheitspolitik macht krank" werden derzeit ein Patientenflyer und zwei weitere Plakate vorbereitet. Das gesamte Material wird im Laufe des Augustes an die Praxen verschickt und kann dann von jedem Praxisinhaber eingesetzt werden. Unser Justitiar Herr RA Walter hat alle Materialien gesehen und die juristische Tragfähigkeit überprüft.

Bzgl. der neuen Onkologievereinbarung bemüht sich die Uro-GmbH Nordrhein derzeit um Gespräche mit der KV Nordrhein, der Landesregierung und den Krankenkassen, um eine angemessene Vergütung für uro-onkologische Leistungen auch künftig sicherzustellen (vgl. Artikel II). Dies soll ggf. gemeinsam mit dem BDU Landesverband erfolgen. Flankierend sollen Patienten-Selbsthilfegruppen über mögliche negative Auswirkungen informiert werden, sollte den niedergelassenen Urologen die Teilnahme an der Onkologievereinbarung künftig verwehrt werden.

Weiterhin wurde die Internetseite der Uro-GmbH Nordrhein deutlich erweitert (vgl. Artikel VIII).

Um die Möglichkeiten der Uro-GmbH Nordrhein – mit einer Stimme für die Belange der niedergelassenen Urologen in Nordrhein einzutreten und bspw. mit Krankenkassen zu verhandeln – weiter auszubauen und langfristig zu sichern, entwickelt die Geschäftsleitung derzeit das Geschäftskonzept fort. Hierzu sollen weitere Einnahmequellen ergänzt werden. Zudem wird eine Möglichkeit geschaffen, auf Netzebene Leistungsdaten zu kumulieren, um gegenüber Krankenkassen die Leistung der nordrheinischen Urologen darzulegen, ohne auf Kassendaten angewiesen zu sein.

von Oliver Frielingsdorf

VII. Am Rande bemerkt...

Die Qual der Wahl?

Unverändert hoffen wir Ärzte, dass es Andere für uns schon richten werden; wenn schon nicht die KBV/KVen, nicht die Berufs- oder sonstigen Verbände, dann doch der Regierungswechsel. Die nächste Seifenblase? Hier lohnt sich ein Blick auf die gesundheitspolitischen Konzepte der Parteien. Das Kassenblättchen "Die Ersatzkasse" hat sie danach befragt. (Textanforderung: w.rulf@t-online.de)

Nach Ausmisten des typischen nichtssagenden Wahlkampfgeschwafels ist der Kern des jeweiligen Programms sehr übersichtlich.

Alle Parteien

Wenig überraschend: Im Mittelpunkt steht der Patient/Versicherte; der Leistungserbringer „Arzt“ kommt – bis auf einen Satz im CDU-Programm – nicht vor; es sei denn in der Pflicht. Das müsste eigentlich insofern erstaunen, als dass bekanntermaßen ausschließlich der Arzt der Katalysator aller versprochenen Gesundheitswohltaten sein kann.

Im Klartext: Was nützen die schönsten Patientenrechte, wenn der Patient auf einen bis auf die Knochen frustrierten Arzt trifft. Tatsächlich sind Ärzte in der Wahrnehmung der Politik (aber auch der Kassen und der KBV) reduziert auf Schachfiguren: Bar jedes eigenen Willens, Teil eines höheren Spiels (was wir Ärzte durch jahrelange Untertänigkeit selbst verschuldet haben). Gleichwohl, es erstaunt schon, dass alle selbsterklärten Patientenbeglucker (neben den Politikern insbesondere die Medien) offensichtlich überzeugt sind, das Beste für den armen Patienten zu erreichen, indem sie dem, der einzig Heilung, Linderung und Fürsorge umsetzen kann, seit Jahren kräftig gegen die Tibia treten! Glaubt man tatsächlich, dem so demoralisierten Engagement, Empathie, ja die Lust-des-sich-ein-Bein-Ausreißen, unabdingbar für eine patientengerechte Versorgung, **befehlen** zu können? Ist das nicht schon einmal im großen Stile baden gegangen?

Die Parteien im Einzelnen:

SPD (C. Reimann), Linke (F. Spieth) und Grüne (B. Bender) lassen sich problemlos zusammenfassen. Der sozialistische Einheitsbrei – **Bürgerversicherung, Abschaffung der PKV** – unterscheidet sich nur im parteitypischen Detail. Und Umverteilung... sorry, Solidarität an allen Ecken und Kanten! Die SPD will: „Eine umfassende Solidargemeinschaft, die alle bei der Absicherung von Gesundheit und Pflege in die Solidarität einbezieht“ und „alle sollen am medizinischen Fortschritt teilhaben“ (na klar). „Wir wollen keine Zweiklassenmedizin“ (wie schön), dafür aber Öffnung der Krankenhäuser und Aufwertung von Assistenzberufen (sind ja auch billiger). *Kern und Motor des Wachstumsbereichs Gesundheitswirtschaft ist die soziale Krankenversicherung* (ach ja? Das stellt die Realität glatt auf den Kopf). Und immer wieder Patientenrechte als Schutz vor dem bösen Arzt. Die **Linke** garniert diesen Einheitsbrei mit ein bisschen Arbeitgeber-Verschwörung gegen die armen Arbeitnehmer und fordert Gesundheitskonferenzen; **die Grünen** mit dem typischen Multikulti-, Frau/Mann-Gedöns. Und Prävention ist natürlich gaaanz wichtig. Alle machen mit und schon wird das Gesundheitssystem zum Billigheimer (so einfach ist die Welt!).

Die CDU (A. Widmann-Mauz) möchte eigentlich alles so lassen wie es ist, nur eben ein bisschen schöner und besser. Immerhin das einzige Statement, was den Erhalt der Freibe-

ruflichkeit zumindest anmerkt. (Der einzige Satz in fünf Seiten Konzeptbeschreibung von fünf Parteien, welcher sich mit einem ärztlichen Anspruch beschäftigt!) Aber auch ein selbstverwaltetes, *freiheitliches* Gesundheitswesen möchte die CDU (dabei hat sie genau dies mit dem SGB V – Grüße an Herrn Seehofer – verfassungsmäßig höchst bedenklich verhindert).

Aber cave! Es ist ein Verdienst von Frau Merkel, die Illusion eines Politikwechsels zum Vorteil von Patienten und Ärzte rechtzeitig korrigiert zu haben. Als neue Gesundheitsminister einer schwarz-gelben Regierung werden Herr Hecken, der derzeitige Chef des Bundesversicherungsamtes, oder Frau van der Leyen gehandelt. Beide Kandidaten sind in Wort und Tat erwiesenermaßen linientreue Vertreter der bestehenden GKV-Gesetze. Aus Sicht der Patienten und Ärzte das worst-case-Szenario, gleichsam Frau Schmidt in schwarz – garantiert! Dazu passt, dass Herr Kauder, immerhin Fraktionsvorsitzender im Bundestag, die Ärzte für Jammerer auf hohem Niveau hält („*Alles, was Ärzte behaupten, ist falsch*“). Die goldene Zukunft liegt, so Kauder in „**kommunalen MVZs**“.

Lediglich das Programm der **FDP (D. Bahr)** unterscheidet sich in fast allen Sätzen diametral von den restlichen vier Parteien. Zwar ist auch bei Herrn Bahr der Arzt keine Erwähnung wert, zwar möchte die FDP die Kassen durch die Wiederherstellung der Beitragsautonomie stärken, trotzdem ist das FDP-Programm der diametrale Kontrapunkt zum sozialistischen Einheitsbrei von rot-rot-grün und dem schwarzen nichtssagenden „Weiter so“. Versorgungs- und Versicherungsvielfalt auf dem Boden einer Basis-Pflichtversicherung, schrittweise Kapitaldeckung der Krankenversicherung sind durchaus interessante Konzepte (auch wenn in einer Koalition die Umsetzungschancen gering sind).

Sicher gibt es keine Partei, die eine Wunschpolitik der Ärzte vertritt. Aber unter allen Blinden ist die FDP bei weitem der einäugige König. Bei aller Kritik bleibt uns gar nichts anderes übrig, als mit aller Vehemenz über eine starke FDP eine Trendwende in der patienten- und arztfeindlichen Gesundheitspolitik zu erreichen.

Wahlkampf in den Praxen – mit Plakaten und Flyern der Uro-GmbH – ist daher existenzieller Überlebenskampf von uns niedergelassenen Fachärzten!

All das könnte uns Urologen eigentlich egal sein, wenn wir das Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl hätten, auf **unser** „einzigartiges“ Können zu vertrauen, uns geschlossen zu organisieren und aus einer Position der Stärke unsere Interessen im Schulterschluss zu vertreten. Damit bauten wir nicht auf falsche Hoffnungen sondern auf uns und auf die normative Kraft des Faktischen. Yes, we could.

von Dr. W. Rulf

VIII. Wichtige Hinweise zur Uro-Homepage

Die Homepage der Uro-GmbH Nordrhein ist erweitert worden. Sie finden nun unter dem **Bereich „Fortbildung“** den **neuen Fortbildungskalender**, der alle urologischen Fortbildungsveranstaltungen in Nordrhein auflistet.

Darüber hinaus finden Sie in dem LogIn-geschützten **Bereich „Intern“** jetzt nicht mehr nur aktuelle „Downloads“, sondern auch die **neue Rubrik „Schwarzes Brett“**. Hintergrund des „Schwarzen Brettes“ ist es, den Austausch und die Kommunikation unter den Uro-GmbH Mitgliedern zu vereinfachen und zu erleichtern.

Auf dem „Schwarzen Brett“ kann jedes Uro-GmbH Mitglied den anderen Mitgliedern kurze Nachrichten, Hinweise, Tipps oder Ähnliches hinterlassen. Zusätzlich ist es möglich, seiner Nachricht eine Datei anzuhängen. Probieren Sie es einfach mal aus!

Zugang zum **LogIn-Bereich** „Intern“ erhalten Sie weiterhin über das Ihnen im April 2009 zu gesandte Passwort. In den nächsten Tagen wird Ihnen zur Erhöhung der Datensicherheit aber ein **neues Passwort** zu gesandt, über das Sie sich dann in den internen Bereich einloggen können.

IX. Tipp: Inkontinenztherapie in der Facharztpraxis

Die Firma Coloplast GmbH bietet im September 2009 eine dreitägige Fortbildungsveranstaltung zum Thema „Inkontinenztherapie in der Facharztpraxis“ an.

Die Teilnehmer erhalten fundiertes Basiswissen über die Inkontinenzformen aus den Fachgebieten Gynäkologie, Urologie und Proktologie. Während der Unterrichtseinheiten erlernen die Teilnehmer alle praxisrelevanten Grundlagen und im Selbststudium erfolgen Vertiefung und Erweiterung der Theorie.

Dabei erlernen die Teilnehmer:

- evidenzbasierte physiotherapeutische Übungen aus dem EPT-Programm für Beckenbodengesundheit anzuleiten und erhalten Trainingsvorschläge für die Therapie verschiedener Inkontinenzformen.
- konservative Therapieoptionen wie z.B. Biofeedback anzuwenden.
- die Integration der Therapie in den Praxisablauf, die korrekte Abrechnung und das IGeL-Management.

Die Firma Coloplast GmbH hat für die Mitglieder der Uro-GmbH Nordrhein 10 Ausbildungsplätze reserviert. Interessenten melden sich bitte bei Herrn Ingo Müller-Koch unter der Mobilfunknummer 0172-4577085 oder per eMail unter deimu@coloplast.com.

Kurzinformationen zur Fortbildung: „Inkontinenz in der Facharztpraxis“

Zielgruppe: Arzthelferinnen

Datum: 04. – 05. September 2009 und 26. September 2009

Uhrzeit: Jeweils von 09.00 – 16.30 Uhr

Ort: Caritas-Akademie, Köln

Kursleitung: Karin Schlee

Reguläre Teilnahmegebühr: € 280,- inkl. MwSt.

X. Unsere Kooperationspartner

Unsere Premiumpartner:



Unsere Partner:

