

URO-GmbH Nachrichten

Fortbildung 2018

**2-Klassen-Medizin
– Fakten und Populismus**

ASV Urologie konkret

**Honorararzt im Krankenhaus –
Haftungsverteilung bei Behand-
lungsfehlern**

Kurznachrichten



Zwei-Klassen-Medizin

ANZEIGE

AMGEN[®]

Janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES
OF *Johnson & Johnson*

Jenapharm
Liebe. Leben. Gesundheit.

Takeda

UROMED
PRODUKTE FÜR DIE UROLOGIE

APOGEPHA

Dr. Pflieger
ARZNEIMITTEL

HEXAL

Hollister

IPSEN
Innovation for patient care

**DR. KADE
BESINS**

KH

medac
Urologie

Inhaltsverzeichnis

I.	Editorial	4
II.	Fortbildung 2018	5
III.	2-Klassen-Medizin – Fakten und Populismus	6 - 7
IV.	ASV Urologie konkret	8 - 12
V.	Honorararzt im Krankenhaus – Haftungsverteilung bei Behandlungsfehlern	13 - 14
VI.	Kurznachrichten	15 - 16
VII.	Hollister Incorporated: Wer wir sind	17

I. Editorial

Liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Uro-GmbH-Partner,

Das Jahr beginnt mit einer politischen Hängepartie. Im September waren Bundestagswahlen und wir haben – fast ein halbes Jahr später – noch immer keine neue Regierung. Das ist neu im sonst so gut organisierten Deutschland. Die Ursachen, warum keine Regierung zustande kommt, werden zum Teil bizarr begründet. Es fehle an einer neuen Perspektive für das Land, lauten von verschiedenen Seiten die Vorwürfe, obwohl die Wirtschaft floriert und Steuerüberschüsse nur so sprudeln. In der Gesundheitspolitik hingegen bleibt alles beim alten Populismus. Wer den GroKo-Koalitionsvertrag liest, wird erstaunlich wenig Positives für Patienten und Ärzte finden. Außer zukünftig 25 statt 20 Mindeststunden für GKV-Patienten steht dort nichts Konkretes. Dabei leisten die meisten Vertragsärzte schon heute über 32 Wochenstunden nur in der GKV-Sprechstunde. Über eine dann logische Honoraranpassung wird im Weiteren kein Wort verloren. Der designierte Gesundheitsminister Jens Spahn ist der Erfinder der Terminservicestellen, die nachweislich so gut wie nicht genutzt werden. Wann werden wir endlich Gesundheitspolitiker sehen, die sich an den Fakten orientieren?

Orientierung ist auch in der neuen ASV für urologische Tumorerkrankungen gefragt. Als Urologen sind wir neben den Onkologen die Arztgruppe mit den meisten Tumorbehandlungen in der Praxis. Da gilt es genau hinzusehen. Genauso wie man bei wünschenswerten, sektorübergreifenden Konstruktionen auf die Verantwortlichkeiten und juristische Haftung einer gemeinsamen Behandlung achten sollte, wie unser Justitiar berichtet.

4

Ihre Uro-GmbH Nordrhein



Dr. Michael Stephan-Odenthal
(ärztlicher Geschäftsführer der Uro-GmbH Nordrhein)

II. Fortbildung 2018

In diesem Jahr werden wir aufgrund der aktuellen politischen Situation sicherlich einen höheren Fortbildungsbedarf haben. Einem Thema sind wir bereits gerecht geworden, nämlich der ASV. Die ASV (ambulante spezialärztliche Versorgung) ist in der Urologie angekommen. Die urologischen Tumorerkrankungen fallen ab einem bestimmten Stadium in die ASV. Der Berufsverband wird dazu, über Deutschland verteilt, Informationsveranstaltungen anbieten. Achten Sie bitte auf die Termine am 9.6. in Köln und am 3.11. in Dortmund. Meines Erachtens sind die Termine zu weit auseinander und hätten in schnellerer Reihenfolge erfolgen müssen, damit der Start in die ASV schneller vorangeht. Wir haben am 24.2. eine Informationsveranstaltung mit knapp 30 Urologen in Düsseldorf durchgeführt und vor allem auf erfahrene Referenten gesetzt, die bereits die ASV in anderen Fachgebieten umgesetzt haben. So hat Prof. Stefan Schmitz (Onkologe) aus der täglichen Praxis mit der ASV sehr konkret berichtet und RA Dr. Kasper aus Kassel erläuterte sehr bildreich den äußeren, rechtlichen Rahmen und die Fallstricke. Die nordrheinischen Urologen können also mit einem Wissensvorsprung in die weiteren Informationsveranstaltungen starten.



5

Johannes Salem (OA bei Prof. Heidenreich in Köln) hat über den Einsatz der neuen Medien in der Medizin referiert. Von APP bis Instagram hat er alle Möglichkeiten, Vorteile aber auch Nachteile aufgeführt. Wir werden um die neuen Medien nicht herumkommen und sollten uns intensiv damit beschäftigen, zumal Herr Montgomery jetzt die Online-Sprechstunde propagiert. Ein praktisches Beispiel neuer Medien stellte die Fa. Antelope Systems mit dem AnaBoard vor, dass als Tablet in der Praxis eingesetzt, Arzt und MFA viel Arbeit und Zeit sparen kann. Lesen Sie dazu auch an anderer Stelle unserer Nachrichten. Der nächste MFA-Kurs zur MFA mit onkologischer Kompetenz startet in Kürze in Köln. Einen GCP-Kurs für Anfänger und Refresher gibt es am 26. Mai in der KV in Düsseldorf in Kooperation mit der Fa. MEDAC. Schauen Sie bitte in unseren Fortbildungskalender auf der Homepage der Uro-GmbH Nordrhein nach und melden sich frühzeitig an. Die Plätze sind begrenzt. Das Update zur urologischen Tumorthherapie (UTT) steht am 7. Juli in Düsseldorf an, auch hier erfolgen frühzeitig Informationen zum Ort und zu den Themen.

Die Ausbildung zum hygienebeauftragten Arzt wird in diesem Jahr auch noch einmal angeboten werden, achten Sie auf unsere Veröffentlichungen. Erstaunt war ich über den Anruf eines Kollegen, dem es völlig fremd war, dass er bei der Begehung nach der Qualifikation zum hygienebeauftragten Arzt gefragt wurde und wohl nicht Bescheid wusste. Warum die Uro-GmbH Nordrhein darüber nicht informiert hätte?

Nun mal ehrlich, das letzte Jahr war voll von mindestens 10 Informationen in Mails und Nachrichten. Wer unsere Informationen nicht liest, sollte spätestens jetzt diesen mehr Aufmerksamkeit schenken.

Übrigens wird die Uro-GmbH Nordrhein dieses Jahr 10 Jahre alt. Ein Grund zum Feiern, denke ich.

von Dr. Reinhold Schaefer

(ärztlicher Geschäftsführer der Uro-GmbH Nordrhein)

III. 2-Klassen-Medizin – Fakten und Populismus



6

Im Bundestagswahlkampf des letzten Jahres machte die SPD mit ihrem Spitzenkandidaten Schulz das Thema Gerechtigkeit zu ihrem Hauptwahlkampfthema. Dabei wurde unterstellt, dass es in Deutschland sehr ungerecht zugehe und dringende Abhilfe notwendig sei. Das Bundestagswahlergebnis mit diesem Thema ist mittlerweile allen bekannt. Ein in erster Linie populistisches Thema hat nicht eingeschlagen. Trotzdem scheinen weite Teile der Politik aus diesem Vorgang nicht gelernt zu haben oder bedienen diesen Populismus bewusst weiter. Hat das Thema Bürgerversicherung (die vermeintlich große Gerechtigkeit) in den Jamaika-Verhandlungen keine Rolle mehr gespielt, wurde es in den GroKo-Verhandlungen nach dem Ende von Jamaika wieder aus der Versenkung geholt. Dabei wurde von der eher positiv besetzten „Bürgerversicherung“ auf das stärker emotionalisierende „Ende der 2-Klassen-Medizin“ gesetzt. Dabei wurde dieser Begriff nie, auch nicht von der politischen Presse, hinterfragt.

Was heißt eigentlich 2-Klassen-Medizin? Es unterstellt, dass es im deutschen Gesundheitssystem zwei grundsätzlich unterschiedliche Klassen von Patienten, PKV- und GKV-Patienten, gibt, die entsprechend ihrer Klassenzugehörigkeit unterschiedlich behandelt werden. Vor allem suggeriert diese Unterteilung, dass die eine Klasse, PKV gleich 1. Klasse, deutlich besser als die andere, GKV gleich 2. Klasse, behandelt wird.

ANZEIGE

AMGEN

janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES
of Johnson & Johnson

Jenapharm
Liebe. Leben. Gesundheit.

Takeda

UROMED
PRODUKTE FÜR DIE UROLOGIE



Diese Unterstellung ist jedoch aus verschiedenen logischen Gründen falsch. Denn die Erkrankungen von Patienten machen keine Unterschiede zwischen PKV und GKV und die wissenschaftlichen Leitlinien zur Behandlung dieser Erkrankungen übrigens auch nicht. Die Medikamente, die Untersuchungen, die OP-Technik, die Hilfsmittel und Anderes werden für alle Patienten gleichermaßen eingesetzt.

Tatsächliche Unterschiede gibt es dennoch. So bestimmt bei GKV-Patienten nicht mehr der Arzt das Medikament, sondern nur noch den Wirkstoff. Das Medikament wird von den gesetzlichen Krankenkassen bestimmt, die dazu völlig intransparent Rabattverträge abschließen. Ebenso geschieht es mit Hilfsmitteln. Bei GKV-Patienten bestimmt nicht der Arzt, ob eine Untersuchung oder Behandlung von der Kasse übernommen wird, sondern dies bestimmt ein politisches Gremium namens Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Dieser lässt sich dabei von einem eigens dazu gegründeten Institut (IQWiG) beraten, indem nur Ärzte tätig sind, die keine Patienten behandeln. Diese können im Unterschied zum behandelnden Arzt für ihre Entscheidungen nicht verantwortlich gemacht werden. Welche Honorare ein Arzt für die Behandlung von GKV-Patienten bekommt, bestimmt eine politische Vorgabe und die darauf basierenden Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Kassenärztlicher Vereinigung (KV). Immer unter der politischen Vorgabe einer Budgetierung in wesentlichen Bereichen. Dabei ist die KV nicht etwa eine Vertretung der Kassenärzte, sondern in zunehmendem Maße ein Kontrollgremium, das Ärzte maßregelt.

All dies gilt bei PKV-Patienten nicht. Hier gibt es einen Behandlungsvertrag zwischen Arzt und Patient und einen Vertrag zwischen Patient und seiner privaten Krankenkasse. Die Höhe des Honorars regelt die Gebührenordnung für Ärzte. Wenn man also von 2-Klassen-Medizin sprechen möchte, dann gilt dies in erster Linie für ein freies System der PKV (1. Klasse) und ein politisch völlig überreguliertes und einschränkendes System der GKV (2. Klasse). Dafür verantwortlich sind aber nicht Ärzte und Therapeuten, sondern die Politik der letzten 20 Jahre. Waren die Honorare in GKV und PKV

bis in die 1980-iger noch angeglichen, so klappt die Honorarschere mit der Einführung der Budgets im GKV-Bereich immer weiter auseinander. In einer überalternden Bevölkerung werden halt immer mehr Leistungen nachgefragt und mit der modernen Medizin wird immer mehr möglich, so dass unter Budgetbedingungen die einzelne Leistung im GKV-Bereich immer weniger Wert wird. Dieser Prozess ist so weit fortgeschritten, dass von therapeutischer Seite viele Leistungen in der GKV nicht mehr kostendeckend erbracht werden können. Die logische Konsequenz zu einer Angleichung wäre deshalb, die Budgets im GKV-Bereich aufzuheben. Davon spricht aber kein Politiker. Stattdessen ist damit zu rechnen, dass die Regulierungen im PKV-Bereich zunehmen werden und die Systeme angeglichen werden sollen. Damit würde aber für viele Fachärzte eine Selbständigkeit keinen Sinn mehr machen. Große Investoren mit Klinikketten im Gesundheitsmarkt würden übernehmen und ihre Unternehmen konsequent auf Kostendeckung oder Gewinnbringung umstellen. Dies würde dann zu einer erheblichen Einschränkung der Leistungserbringung für die Patienten führen. Aber immerhin dann für alle klassenlos gleich! Ob die Patienten respektive Wähler das wohl wollen?

Dr. Michael Stephan-Odenthal

(ärztlicher Geschäftsführer der Uro-GmbH Nordrhein)

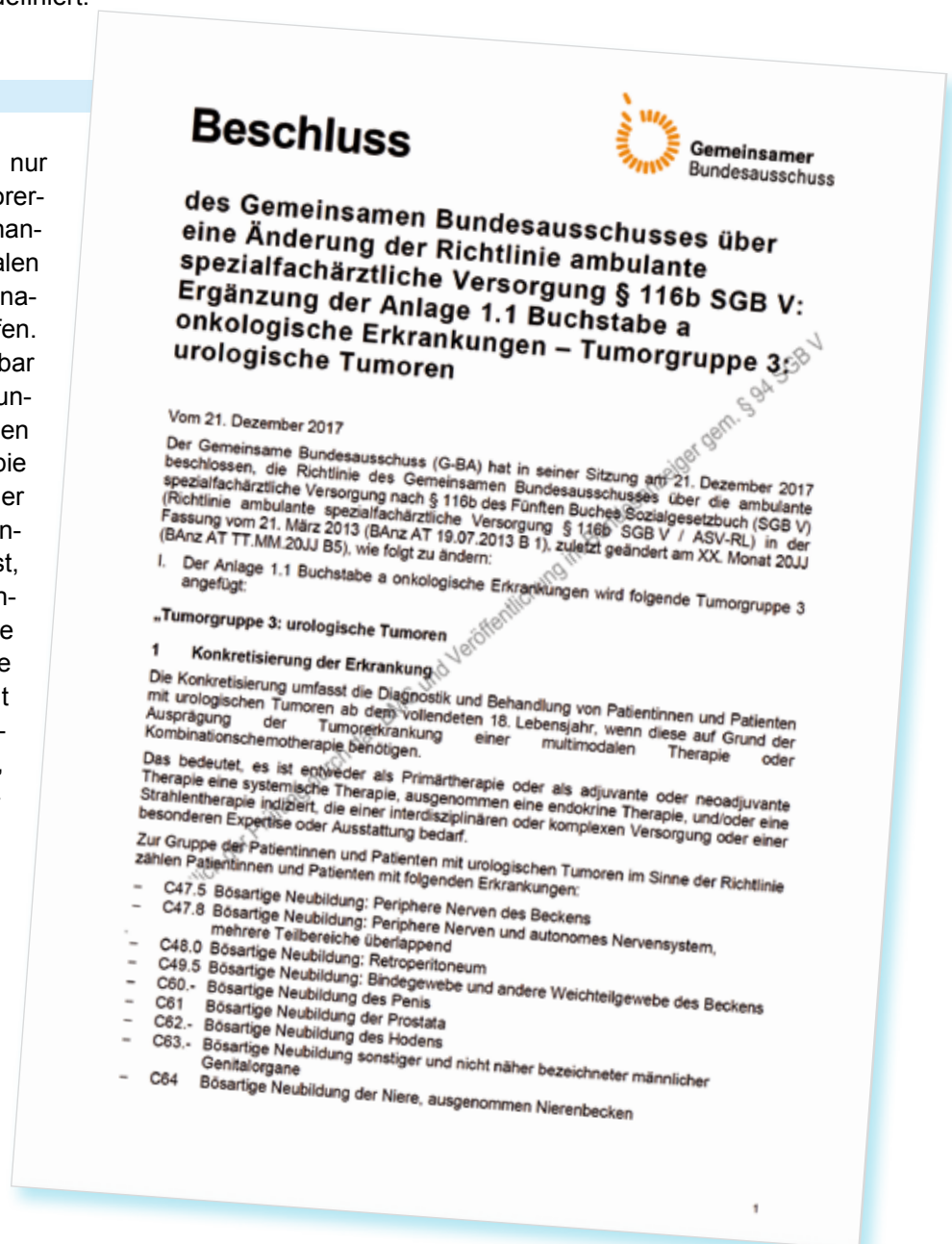
IV. ASV Urologie konkret

2013 wurde die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) als 3. Leistungsbereich zwischen ambulanten und stationären Sektor eingeführt und von der Politik ausdrücklich als sektorübergreifende Kooperation vorgesehen. Die ASV löst damit als neuer § 116b die alte Regelung, nach der Kliniken ambulante Leistungen erbringen können, ab. Angefangen mit der Behandlung der Tuberkulose, sind in den letzten Jahren verschiedene „schwer verlaufende Erkrankungen“ und „seltene Erkrankungen“ als ASV-Indikationen definiert und konkretisiert worden. Nach den gastrointestinalen Tumoren in 2014 und den gynäkologischen Tumoren in 2015, hat jetzt am 21.12.2017 der Gemeinsame Bundesausschuß (G-BA) die urologischen Tumore als ASV-Behandlungsindikation definiert.

Definition

Dabei sind zunächst aber nur solche urologischen Tumorerkrankungen in der ASV behandelbar, die einer multimodalen Therapie oder einer Kombinations-Chemotherapie bedürfen. Nicht in der ASV behandelbar sind solche Tumorerkrankungen, die nur einer endokrinen und/oder einer Strahlentherapie bedürfen. Obwohl die Zahl der urologischen Tumorerkrankungen insgesamt sehr groß ist, wird durch diese Einschränkungen die Zahl der ASV-Fälle sehr stark eingegrenzt. Die typischerweise häufigen, nicht zuletzt durch Präventionsuntersuchungen festgestellten, lokal begrenzten Tumorerkrankungen sind damit alle keine ASV-Fälle.

<https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/3186/>



Konkretisierung

Tragende Gründe



zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Ergänzung der Anlage 1.1 Buchstabe a onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 3: urologische Tumoren

Vom 21. Dezember 2017

Inhalt	
1. Rechtsgrundlage.....	2
2. Eckpunkte der Entscheidung	2
2.1 Aufbau.....	2
2.2 Zu den Regelungen im Einzelnen.....	2
2.2.1 Konkretisierung der Erkrankung.....	3
2.2.2 Behandlungsumfang.....	3
2.2.3 Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität.....	4
2.2.3.1 Personelle Anforderungen.....	6
2.2.3.2 Sächliche und organisatorische Anforderungen	6
2.2.3.3 Dokumentation.....	9
2.2.3.4 Mindestmengen	9
2.2.4 Überweisungserfordernis.....	9
2.2.5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM).....	11
3. Bürokratiekostenermittlung.....	11
4. Verfahrensablauf.....	14
5. Fazit.....	14
6. Literaturverzeichnis	16
7. Zusammenfassende Dokumentation	16

1

2. Behandlungsumfang
 - Diagnostik
 - Behandlung
 - Beratung
3. Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität
 - 3.1 Personelle Anforderungen
 - a) Teamleitung
 - b) Kernteam

2

https://www.g-ba.de/downloads/40-268-4737/2017-12-21_ASV-RL_Ergaenzung-Appendix-Urologische-Tumoren_TrG.pdf

In der neuerdings vom G-BA veröffentlichten Ergänzung zum Beschluss werden diese Einschränkungen noch weiter konkretisiert und Ausschlüsse definiert:

„So kommen für die ASV Patientinnen und Patienten mit folgenden Tumorerkrankungen bzw. Tumorstadien nicht in Betracht:

- Erstbehandlung des Prostatakarzinoms im lokalisierten Stadium, Operation (nur Urologie), Bestrahlung (nur Strahlentherapie), Aktive Überwachung (nur Urologie), rein symptomatische Therapie („watchfulwaiting“) (z.B. Allgemeinmedizin)
- Nicht-muskelinvasives Stadium eines Harnblasenkarzinoms, Zystoskopische Tumorabtragung und intravesikale medikamentöse Therapie (nur Urologie)
- Lokalisiertes Stadium eines Nierenzellkarzinoms, Operation (nur Urologie)
- Lokalisiertes Stadium seltener Tumore wie Peniskarzinom, Nierenbeckenkarzinom, Ureterkarzinom oder Urethrakarzinom, Operation (nur Urologie)
- Grundsätzlich ausgeschlossen für die ASV sind außerdem Behandlungsphasen, in denen nur Nachbeobachtung oder eine ausschließlich endokrine Therapie (sofern M0) stattfindet.
- Die endokrinen Behandlungsmöglichkeiten (u.a. GnRH-Analoga, Antiandrogene) bei den urologischen Tumoren gehören zur Kernkompetenz der vertragsärztlichen Urologinnen und Urologen.
- Erweiterte endokrine Behandlungsoptionen mit Abirateron oder Enzalutamid gehören dagegen zum Behandlungsumfang der ASV“.

Durch diese nachträgliche Konkretisierung wird einerseits Klarheit geschaffen, andererseits werden eindeutig multimodale Therapien, wie die der intravesikalen Immun- oder Chemotherapie nach Operation, unverständlichlicherweise nicht anerkannt, weil sie lokal begrenzt und nur vom Urologen alleine zu behandeln sind. Eindeutig endokrine Therapie wie die Gabe von Abirateron oder Enzalutamid dagegen werden als ASV-Fall definiert. Hier haben offensichtlich berufspolitisch geleitete Interessen eine große Rolle gespielt. Urologische Tumorerkrankungen, die aktiv behandelt werden und nicht als ASV-Fälle definiert sind, können ambulant weiter in der Onkologievereinbarung abgerechnet werden.

Struktur

Die Behandlung in der ASV muss in einer intersektoralen Gruppe erfolgen, die aus einem Kernteam (Urologen, Onkologen, Strahlentherapeuten) und hinzuzuziehenden Fachärzten für die Behandlung bei Komplikationen und Therapienebenwirkungen außerhalb des Urogenitaltraktes besteht. Das Kernteam hat einen Teamleiter und einen Stellvertreter (Urologe oder Onkologe). Ein Mitglied aus dem Team benötigt die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin. Alle Mitglieder des Teams und Stellvertreter müssen namentlich benannt werden. Scheiden Mitglieder aus dem Team aus oder kommen neuen Mitglieder hinzu, so müssen diese gemeldet werden.

Das ASV-Team muss beim erweiterten Landesausschuss (eLA) in Nordrhein angezeigt werden. Das Anzeigeformular kann dort auf der Internetseite heruntergeladen werden (<https://www.erweiterter-landesausschuss-nordrhein.de/formulare/>). Der eLA wird dann die Anzeige prüfen und ggf. Nachforderungen vor Aufnahme der Tätigkeit formulieren.

Anforderungen

Dabei sind die Strukturanforderungen sehr hoch und verschärfen die schon im ambulanten Onkologievertrag bekannten Voraussetzungen. Neben einer 24-Std.-Bereitschaft für Ansprechbarkeit, Labor- und Radiologie-Untersuchungen, muss eine umfangreiche Zusammenarbeit mit nichtärztlichen Diensten wie Pflegedienst, Physiotherapie, Psychologen und Selbsthilfegruppen dargestellt werden. Es braucht eine gemeinsame Dokumentationsplattform sowie regelmäßige ASV-Fallkonferenzen. Daneben müssen die ASV-Teams eine Mindestfallzahl von 60 Patienten/Jahr behandeln. Im ersten Jahr kann die Fallzahl auf 30 Behandlungsfälle abgesenkt werden.



Umfang

Der Umfang der ASV-Leistungen ist bei einem definierten Fall deutlich weniger eingegrenzt als im Regelversorgungsbereich oder Onkologievertrag. Neben allen Standarduntersuchungen können auch PET-Untersuchungen durchgeführt werden. Diese werden mit Überweisungsformularen unter Angaben der ASV-Teamnummer veranlasst. Medikamentöse Therapien können ohne Quotierung und ohne Regressgefahr erfolgen und werden über gesonderte ASV-Rezepte verordnet. Bei primär ambulanten Patienten ist alle 2 Quartale eine Überweisung zur Therapie erforderlich. Primär stationäre Patienten können ohne Überweisung in die ASV übergehen.

Abrechnung

Das ASV-Team bekommt eine Teamnummer unter der die Leistungen abgerechnet werden können. Die Leistungen orientieren sich am derzeit gültigen EBM allerdings ohne RLV-Systematik. Im Anhang des G-BA-Beschlusses ist genau definiert, welcher Facharzt welche Leistung abrechnen kann. Zusätzlich werden Pauschalen für die Fallkonferenzen vergütet. Besondere Leistungen (z.B. im Rahmen der Beratung) können auch nach GoÄ abgerechnet werden. Die Abrechnung erfolgt direkt mit den Krankenkassen. Verschiedene Dienstleister wie die PVS oder der SpiFa können bei der Abrechnung beratend zur Seite stehen. Die Kliniken sind Direktabrechnungen mit Kassen bereits gewöhnt. Niedergelassene Teammitglieder können auch über die KVNO in Form eines gesonderten ASV Abrechnungsscheines abrechnen.

Zusammenfassende Bewertung

Mit der neuen ASV „Urologische Tumore“ ist für uns ein neuer Behandlungssektor eröffnet, der die Zusammenarbeit von Klinik und Praxis intensivieren wird. Insgesamt hat in den anderen bisherigen Indikationen die ASV keine großen Aktivitäten gezeigt, so sind derzeit bei den gastrointestinalen Tumoren 101 Behandlungsteams bundesweit angemeldet, bei den gynäkologischen Tumoren gerade mal 6 Teams. Das hängt sicher mit den hohen bürokratischen Anforderungen der ASV, aber auch mit fachspezifischen Faktoren zusammen. Als Urologinnen und Urologen sind wir in Nordrhein die Facharztgruppe, die, neben den Onkologen, die meisten Tumorpatienten ambulant behandelt und betreut. Durch die Konkretisierung der urologischen ASV-Fälle bleibt jedoch die Anzahl der potentiellen Patienten auch in unserem Fachgebiet eher klein. Die Mindestfallzahlvorgaben werden deshalb dazu führen, dass potentielle ASV-Teams entweder relativ viele Urologinnen und Urologen benötigen, um genügend Patienten zu identifizieren oder es wird zu kleinen Teams kommen, die dann in Konkurrenz zu anderen Teams oder Ärzten außerhalb des Teams die Patienten, z.B. durch Hausarztüberweisung, rekrutieren. Insofern sollte sich nun jede Urologin / jeder Urologe in der Praxis fragen, ob sich der Aufwand für die eigene Praxis lohnt. Dazu ist eine Analyse der eigenen Klientel nach den Kriterien der ASV-Konkretisierung unbedingt notwendig.

Für Praxen, die ihren Behandlungsschwerpunkt in der Uroonkologie haben, ist eine ASV-Teilnahme sicher anzustreben. In den meisten urologischen Kliniken wird die ambulante Uroonkologie in Form von Chemotherapie von der onkologischen Abteilung durchgeführt. Die Chefärzte der urologischen Abteilungen sollten deshalb unbedingt darauf achten, dass die urologische Kompetenz in einem ASV-Team im Vordergrund steht und in Kooperation mit den Onkologen Mitglieder aus dem stationären Team in das ASV-Team mit eingebunden werden. Ansonsten geht langfristig uroonkologische Kompetenz verloren. Den größten Nutzen in der ASV werden die onkologischen Kliniken haben, deren alter §116b-Vertrag ausläuft, ohne den diese Kliniken keine ambulanten onkologischen Leistungen mehr anbieten können. Insofern ist aus berufspolitischer Sicht die ASV ein Ansporn für alle Urologinnen und Urologen, die Uroonkologie in unserem Fachgebiet zu verfestigen.

Dr. Michael Stephan-Odenthal

(ärztlicher Geschäftsführer der Uro-GmbH Nordrhein)

V. Honorararzt im Krankenhaus – Haftungsverteilung bei Behandlungsfehlern



Viele Kliniken kooperieren mit niedergelassenen Ärzten als Honorarärzte oder in Form einer Teilanstellung. Unterläuft dem Arzt in dieser Kooperation ein Behandlungsfehler, ist zu klären, ob der Krankenhausträger und/oder der Arzt selbst für den Schaden haftet.

Hierzu hat das OLG Naumburg einen interessanten Fall entschieden:

Ein niedergelassener Neurochirurg war als Honorararzt in einer Klinik tätig. Vertraglich war unter anderem vereinbart, dass die Haftpflichtversicherung der Klinik auch die Tätigkeiten des Neurochirurgen für das Krankenhaus abdecken sollte.

Bei einem Patienten mit Rückenbeschwerden stellte der Honorararzt eine OP-Indikation und wies den Patienten darauf hin, dass er selbst die Operation in der Klinik durchführen könne. Der Patient war einverstanden und der Arzt klärte den Patienten in seiner Praxis auf, wobei er einen Aufklärungsbogen der Klinik zu Hilfe nahm und diesen mit seinem Praxisstempel versah. Nach der Operation verrutschte bei der ersten Mobilisierung jedoch der eingebrachte Cage. Nachdem Revisionseingriffe erfolglos waren, wurde der Patient in einem anderen Krankenhaus weiterbehandelt.

Nachdem die Gutachterkommission eine fehlende OP-Indikation und eine fehlerhafte Durchführung des Eingriffs und der Revision feststellte, schloss der Haftpflichtversicherer der Klinik einen Abfindungsvergleich mit dem Patienten und verlangte von dem Honorararzt bzw. seiner Versicherung, sich zur Hälfte an den Kosten des Vergleichs zu beteiligen. Der Honorararzt lehnte dies ab und verwies unter anderem darauf, dass sein Vertrag mit dem Krankenhaus regelt, dass die Klinik bzw. ihre Versicherung seine Tätigkeiten für das Krankenhaus abdecken soll.

Diese Argumentation des Honorararztes hatte vor dem OLG Naumburg Erfolg:

Zwar haften das Krankenhaus und der Honorararzt für etwaige Behandlungsfehler grundsätzlich beide gesamtschuldnerisch: Die Haftung des Krankenhauses ergibt sich aus dem Behandlungsvertrag. Der Honorararzt ist als Erfüllungsgehilfe des Krankenhauses tätig geworden, so dass seine Pflichtverletzungen dem Krankenhaus zuzurechnen sind. Die Haftung des Honorararztes selbst ergibt sich grundsätzlich aus seiner niedergelassenen Tätigkeit, aus der er dem Patienten wegen einer Pflichtverletzung aus dem Behandlungsvertrag und wegen einer Körperverletzung haftet.

Allerdings steht dem Haftpflichtversicherer des Krankenhauses kein Ausgleichsanspruch gegen den Honorararzt zu, weil im Honorararztvertrag vereinbart ist, dass die Haftpflichtversicherung der Klinik auch die Tätigkeit des Honorararztes für das Krankenhaus abdecken soll. Daher kann der Haftpflichtversicherer des Krankenhauses bei Verwirklichung dieses Risikos keinen Schadensausgleich vom Honorararzt verlangen.

Etwas anderes könnte allenfalls dann gelten, wenn der Behandlungsfehler eindeutig der Tätigkeit des Honorararztes in seiner niedergelassenen Praxis zuzurechnen wäre. Dies war jedoch nicht der Fall: Denn führt der Honorararzt sowohl die Indikationsstellung, als auch die Aufklärung und die Operation durch, sind Aufklärung und Indikation – auch wenn sie in der ambulanten Praxis stattfinden – unteilbar mit der Operation als „dem Schwerpunkt der Leistung“ verbunden. Auch die Verwendung des Praxisstempels auf dem Aufklärungsbogen und der Befundbericht mit dem Briefkopf der Praxis sind kein Indiz dafür, dass der Honorararzt die Tätigkeit nur für seine Praxis ausüben wollte, denn er hat etwa auch einen Aufklärungsbogen der Klinik verwendet. (OLG Naumburg, Urt. v. 24.03.2017, Az. 1 U 109/16)

Fazit: Die sektorenübergreifende Zusammenarbeit, die auch bei der prä- und poststationären Versorgung alle mit der Krankenhausbehandlung verbundenen Leistungen umfasst, ist hinsichtlich der Verantwortungsverteilung sorgfältig zu regeln. Auch im Behandlungsalltag ist darauf zu achten, dass die Tätigkeiten hinreichend voneinander abgegrenzt sind: Zwar hat das OLG Naumburg die Verwendung des eigenen Praxisstempels des Honorararztes und seines Briefkopfs für die Operationsberichte nicht als Indiz dafür gewertet, dass der Honorararzt in erster Linie „für die eigene Praxis“ tätig geworden ist, allerdings zeigt dies, dass solche Ungenauigkeiten in einem Rechtsstreit zu zusätzlichen Schwierigkeiten führen können.

Praxistipp: In dem Vertrag zwischen dem niedergelassenen Arzt und dem Krankenhaus ist klar abzugrenzen, welche ärztlichen Tätigkeiten, die außerhalb des Krankenhauses stattfinden, dennoch dem stationären Bereich zuzurechnen sind. Dies gilt etwa für Untersuchungen, Indikationsstellungen und Aufklärungsgespräche, die vor dem stationären Aufenthalt erfolgen.

von RA Olaf Walter
(Justiziar der Uro-GmbH Nordrhein)

VI. Kurznachrichten

Praxisumfrage 2017 abgeschlossen

Die Auswertung der Praxisumfrage 2017 erbrachte für die Geschäftsführung der Uro-GmbH Nordrhein und für unsere Partnerunternehmen wie in den Vorjahren wieder wichtige Erkenntnisse und Hinweise.

Wir danken allen Teilnehmern an der Praxisbefragung für ihre Unterstützung und für ihre Bemühungen ganz herzlich. Die folgenden Teilnehmer wurden als Gewinner gezogen und erhalten die ausgelobten Teilnehmer-Preise:



1. Preis:

Dr. Frank Finke,
Fauststraße 84, 51145 Köln

2. Preis:

Dr. Christian Winter,
Bergstraße 9, 40699 Erkrath

3. Preis:

Volker Jürgehake,
Venloer Straße 107, 50259 Pulheim

4. Preis: Dr. Alexander Hinn, Heidbergweg 14, 45257 Essen

5. Preis: Dr. Oliver Feder, Marktplatz 48, 53773 Hennef

6. Preis: Ayk-Peter Richter, St. Augustiner-Str. 21, 53225 Bonn

7. Preis: Dr. Philipp Lossin, Theaterplatz 18, 53177 Bonn

8. Preis: Dr. Hubertus Jansen, Goebenstraße 47, 46045 Oberhausen

9. Preis: Dr. Elke Floehr, Melatenweg 70, 46459 Rees

10. Preis: Dr. Michael Stephan-Odenthal, Am Gesundheitspark 4, 51375 Leverkusen

AnaBoard

Die Antelope Systems GmbH & Co. KG bietet Ärzten, Kliniken und Kleinunternehmen Software mit großer Individualisierungsmöglichkeit. Das im Jahr 2012 gegründete Unternehmen entwickelte mit dem AnaBoard® ein spezielles Tablet zur digitalen Anamnese. Scoringbögen wie z.B. IPSS, Formulare, Fragebögen und Inhalte zur Patientenaufnahme- und Aufklärung sowie Dokumentationen werden hierbei elektronisch dargestellt und gepflegt.

Unterschriften, Anmerkungen und Zeichnungen obliegen einem hohen Sicherheitsstandard und werden rechtssicher dokumentiert. Das AnaBoard® ist multilingual einsetzbar. Mit regelmäßigen Updates wird sichergestellt, dass neue Entwicklungen in Formularen umgesetzt oder angepasst werden.

Mit Leidenschaft und Kompetenz arbeiten wir an Lösungen, um Ihnen den Arbeitsalltag in der Praxis, Ambulanz oder Klinik deutlich zu vereinfachen. Dabei stehen Sie als Kunde im Zentrum unseres Handelns. Mit Ihren Wünschen und Erwartungen stellen wir uns neuen Herausforderungen und optimieren und visualisieren in enger Zusammenarbeit mit Ihnen alltägliche Prozesse in Ihrem Arbeitsumfeld.



Telefon: 49 211 / 55 04 09 70, E-Mail: info@antelope-systems.com, www.anaboard.de

VII. Hollister Incorporated: Wer wir sind



Hollister Incorporated ist ein unabhängiges, in Mitarbeiter Eigentum befindliches Unternehmen, das weltweit Medizinprodukte und Dienstleistungen entwickelt, herstellt und vertreibt.

Wir verfügen über eine umfassende Auswahl an hochqualitativen Lösungen für die Kontinenzversorgung. Für die Stomaversorgung bieten wir innovative Medizinprodukte unter zwei starken globalen Marken an – Hollister Stomaversorgung und Dansac. Ergänzend führen wir unterstützende Patientenprogramme durch, die Menschen helfen, ihr Leben trotz Stoma oder einer neurogenen Blasenfunktionsstörung zu leben.

Wir verstehen uns als Unternehmen, das seinen Blick nach außen richtet, auf die Bedürfnisse von medizinischen Fachkräften und Betroffenen. Basis hierfür bildet unser Unternehmensleitsatz: das Leben der Menschen, die unsere Produkte und Dienstleistungen nutzen, lebenswerter und würdevoller zu gestalten.

Unsere Kultur und unsere unveränderlichen Prinzipien – Würde des Menschen, Service, Integrität und Eigenverantwortung – sind unser Leitfaden für Entscheidungen. Sie bestimmen die Art und Weise, wie wir mit anderen umgehen und wie wir die Anforderungen unserer Kunden erfüllen. Durch die enge Zusammenarbeit und das direkte Gespräch mit unseren Kunden und den Betroffenen schaffen wir ein besseres Verständnis für deren Bedürfnisse und wie wir diese bestmöglich befriedigen können.

Hollister Incorporated unterstützt medizinische Fachkräfte und Patienten seit mehr als 95 Jahren. Unsere Unternehmenszentrale befindet sich in Libertyville, Illinois, USA. Wir haben Produktionsstätten und Vertriebszentren auf drei Kontinenten, Niederlassungen in über 25 Ländern und vertreiben unsere Produkte in mehr als 80 Märkten weltweit – wir machen einen Unterschied für den Lebensweg von Betroffenen in der globalen Gesellschaft.

Erfahren Sie mehr über Hollister Incorporated: www.hollister.de



IMPRESSUM

Herausgeber:
Uro-GmbH Nordrhein
Hohenstaufenring 48 - 54
50674 Köln

Verantwortlich:
Dr. med. Reinhold M. Schaefer
Dr. med. Michael Stephan-Odenthal
Oliver Frielingsdorf
RA Olaf Walter

Druckauflage: 1.000
Redaktionsschluss dieser Ausgabe: 05.03.2018
Die Uro-GmbH Nachrichten erscheinen vierteljährlich.
Die Uro-GmbH Nachrichten sind für Mitglieder kostenlos.

Organisation und Gestaltung: komm | public!, Sabine Schmedemann

Fotos: Fotolia: ©kebox, ©thingamajigs, ©stockpics, ©aldegonde le compte, ©kasto, ©WavebreakMediaMicro

Alle Rechte vorbehalten. Bitte beachten Sie unsere Urheberrechte an diesen Uro-GmbH-Nachrichten. 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.

Mit freundlicher Unterstützung von:

Amgen GmbH, Janssen-Cilag, Jenapharm, Takeda Pharma GmbH, UROMED Kurt Drews KG

**APOGEPHA Arzneimittel GmbH, Dr. R. Pflieger GmbH, HEXAL AG, Hollister Incorporated,
Ipsen Pharma GmbH, DR. KADE/BESINS, medac Gesellschaft für klinische Spezialpräparate mbH**

„Wir packen es (an)!“

Uro-GmbH Nordrhein

Hohenstaufering 48 - 54
50674 Köln

Telefon: 0221 / 139 836 - 55

Telefax: 0221 / 139 836 - 65

info@uro-nordrhein.de

Für Ärzte: **www.uro-gmbh.de**

Für Patienten: **www.urologen-nrw.de**