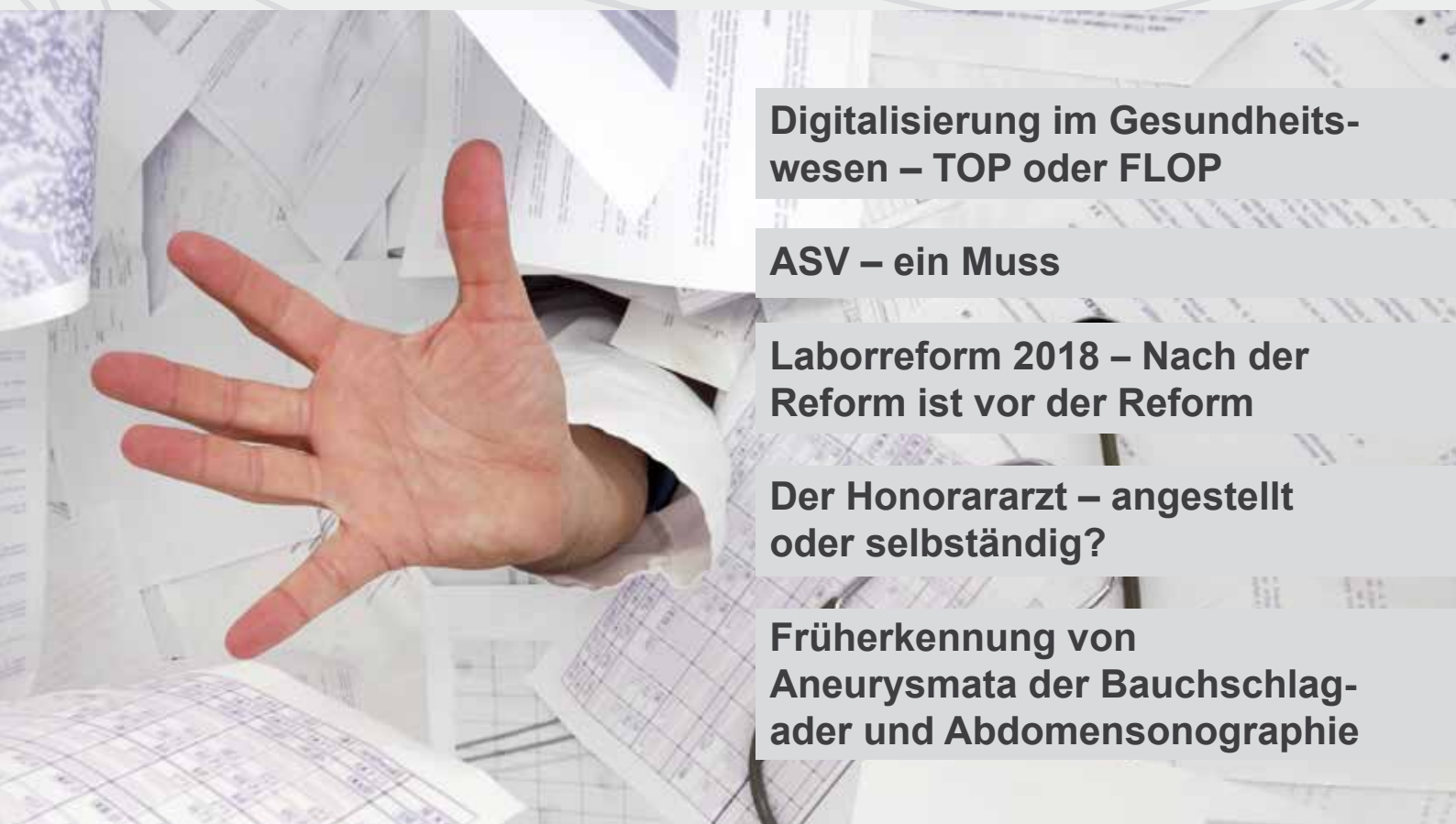


URO-GmbH Nachrichten



Digitalisierung im Gesundheitswesen – TOP oder FLOP

ASV – ein Muss

Laborreform 2018 – Nach der Reform ist vor der Reform

Der Honorararzt – angestellt oder selbständig?

**Früherkennung von Aneurysmata der Bauchschi-
lagader und Abdomensonographie**

ANZEIGE

AMGEN[®]

Janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES
OF *Johnson & Johnson*

Jenapharm
Liebe. Leben. Gesundheit.

Takeda

UROMED
PRODUKTE FÜR DIE UROLOGIE

APOGEPHA

Dr. Pflieger
ARZNEIMITTEL

HEXAL
A Sanofi Brand

Hollister

IPSEN
Innovation for patient care

**DR. KADE
BESINS**

medac
Urologie

Inhaltsverzeichnis

I.	Editorial	4
II.	Digitalisierung im Gesundheitswesen – TOP oder FLOP	5 - 6
IV.	Laborreform 2018 - Nach der Reform ist vor der Reform	7 - 9
III.	ASV – ein Muss	10 - 11
V.	Der Honorararzt – angestellt oder selbständig?	12 - 13
VI.	Früherkennung von Aneurysmata der Bauchschiagader und Abdomensonographie	14
VII.	Cartoon	15

I. Editorial

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

Neue Regierung – neuer Gesundheitsminister – neue Themenschwerpunkte. Vorbei ist die Diskussion um die Bürgerversicherung und auch die GoÄ-Reform ist erstmal bis auf weiteres erneut verschoben. Nur die Wartezeiten auf einen Termin beim Arzt werden vom neuen Gesundheitsminister Spahn noch mit viel Populismus weiterverfolgt.

Dafür sind neue Themenschwerpunkte aufgetaucht. Berechtigterweise die Verbesserung der Krankenpflege in Kliniken und häuslicher Situation und die Digitalisierung im Gesundheitswesen. Letzteres wurde schon vor 15 Jahren gefordert und eingeleitet. Außer viel „verbranntem“ Geld und einseitiger Beschimpfung der Ärzteschaft als Bremsklotz ist bis heute nur Punktuell dabei herausgekommen. Dabei sind wir außerhalb der Medizin von der digitalen Vernetzung nahezu überrannt worden. Mit allen Nachteilen, wie sich seit der US-Wahl und dem Skandal um Cambridge Analytica zeigt. Das digitale Profiling eines Menschen ist längst keine Science-Fiction mehr. Ein solches Profiling im Gesundheitswesen birgt große Gefahren, deshalb ist jetzt spätestens die Zeit, sich über Regeln vor weiterer digitaler Vernetzung im Gesundheitswesen Gedanken zu machen.

Dass vernetzte Zusammenarbeit notwendig ist, steht außer Frage, weil sich ansonsten zukünftig die Herausforderungen einer alternden Gesellschaft nicht bewältigen lassen. Die in Kraft getretene ASV Urologische Tumore ist dazu ein Testfeld, welches wir nutzen sollten.

4

In welchem juristischen Arbeitsverhältnis wir dies tun bleibt ein weiteres Spannungsfeld im Licht des Antikorruptionsparagrafen im Gesundheitswesen. Immer mehr wird eine abhängige Beschäftigung zu Lasten der selbstständigen freien Beschäftigung beschnitten, wie ein Urteil zum Honorararztwesen zeigt.

So bleibt die größte Konstante im Gesundheitswesen, dass alles einer ständigen Reform unterliegt, mit zum Teil bizarren Auswirkungen wie uns die aktuelle Laborreform zeigt.

Ihre Uro-GmbH Nordrhein



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

II. Digitalisierung im Gesundheitswesen – TOP oder FLOP

Von der ehemaligen Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt 2003 initiiert, sollte elektronische Kommunikation der Leistungserbringer im Gesundheitswesen zum Standard werden.

Auserkoren war eine Lösung nach damaliger Vorstellung über Speicherung der medizinischen Daten auf einer Speicherkarte in Taschenformat nach Vorbild der Geldkarten zum elektronischen Datenzugang im Bankenwesen.

Tolle Möglichkeiten wurden angedacht, so sollten Medikationspläne, Allergiepässe, Arztbriefe, Notfalldaten über diese Speicherkarten ausgetauscht werden können. Um die technischen Voraussetzungen zu schaffen, wurde 2005 eigens die Gematik (Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH) gegründet und bis heute mit sehr viel Geld am Leben erhalten. Nicht bedacht hatte man die Dynamik in der Entwicklung der IT-Technik, den Hunger der großen Datensammler, die vorrangig kommerziellen Interessen und den Datenschutz hochbrisanter persönlicher Gesundheits- bzw. Krankheitsdaten. Im Laufe der letzten 10 Jahre hat sich daraus eine vielschichtige Diskussion entwickelt, die von naiv bis hysterisch alle Aspekte beinhaltet und das Projekt bis heute mehr oder wenig lahmgelegt hat. Außer mehrfach neuen Standards zur Speicherung und Auslesung der elektronischen Gesundheitskarten mit jeweils neuem Kauf von Lesegeräten und Ausgabe neuer eGKs hat sich nichts getan. Heute stellt die eGK lediglich eine Ausweisfunktion der jeweiligen Krankenversicherung dar.



5

Um die eGK herum hat sich aber auf dem freien Markt abseits der Gematik sehr viel getan. Mit Verbreitung des Smartphones bei der Mehrzahl der Mitbürger und den damit neu eröffneten Möglichkeiten der Datenkommunikation hat sich bei den APP-Entwicklern auf dem Gesundheitssektor eine wahre Goldgräberstimmung verbreitet. Es gibt dutzende APPs, die für Patienten die Möglichkeiten eröffnen, medizinische Dokumente, Medikamentenpläne, Röntgenbilder etc. selbst zu verwalten.

Mit den APPs werden heute schon massenhaft Gesundheitsdaten von täglicher Gehstrecke, Fitnessaktivitäten bis zu Gewicht, Blutdruck und Blutzuckerwerten gesammelt und größtenteils auf kommerziellen Servern gespeichert. Über Facebook, Instagram, Google und Co werden freiwillig, aber wahrscheinlich in der Tragweite unbewusst, nutzerspezifisches Ess- und Einkaufsverhalten, Schlafverhalten und Urlaubsaktivitäten von den Nutzern zur Verfügung gestellt. Diese Daten stellen für die Sammler einen Goldschatz dar, mit dem heute schon nutzerindividuelle Gesundheitsprofile erstellt werden können, die dann in kommerzielle Angebote und lukrative Datenverkäufe umgewandelt werden. Es braucht auf dem Gesundheitssektor nun dringend eine Regulation im Umgang mit Gesundheitsdaten. Dazu müssen folgende Prioritäten beachtet werden:

1. Die Daten gehören den Patienten und nicht etwa anderen Institutionen wie den Krankenkassen oder Unternehmen.
2. Die Speicherung der Daten sollte am besten dezentral oder auf staatlich geschützten Servern und nicht auf fremden kommerziellen Servern, auch nicht auf Krankenkassenservern, gespeichert werden.
3. Die Daten dürfen nicht in einer „Black Box“ für den Patienten liegen, wie auf einem Speicherchip der eGK, den kein Patient auslesen und kontrollieren kann. Es braucht zertifizierte APPs, die von Patienten benutzt und bedient werden können.
4. Die Leistungserbringer im Gesundheitswesen brauchen eine Standardschnittstelle und ein gesichertes Netz, um mit Patienten und anderen Leistungserbringern kommunizieren zu können.
5. Eigentum und Schutz der persönlichen Patientendaten müssen höchsten rechtlichen Rang haben. Mit der neuen Datenschutzverordnung ist ein Schritt in die richtige Richtung getan, jedoch muss vor der Auswertung und Vernetzung von gesundheits- oder krankheitsbezogenen Daten der Patient oder Arzt darüber informiert und um Erlaubnis gefragt werden.
6. Online-Anbieter von medizinischen Dienstleistungen im Internet müssen sich gleichen Qualitätsanforderungen und Verantwortlichkeiten unterwerfen wie reale Ärzte(innen) und Therapeuten(innen).

Erst wenn unter diesen Voraussetzungen die Digitalisierung im Gesundheitswesen weiterentwickelt wird, können wir uns daran beteiligen. Dabei sind Ärzte und Ärztinnen keinesfalls die Gegner einer Digitalisierung wie uns Politik und Kassenverbände in der Vergangenheit vorgeworfen haben. Wir wissen aber, dass eine Datenkontrolle im Rahmen der Digitalisierung auch massiv das besondere Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient untergraben kann. Wenn wir in unseren Kliniken und Praxen weiter gezwungen werden neben den ICD-Kodierungen und Leistungsziffern patientenbezogene Daten, wie Anamnesedaten, Röntgenbilder, histopathologische Befunde, genetische Befunde an Krankenkassen weiterzugeben, kann daraus eine Datenmacht werden, die jeden Patienten und jeden Arzt gläsern werden lässt. Die Daten könnten dann, so wie in politischen Kampagnen schon heute geschehen, dazu eingesetzt werden, um das Verhältnis zwischen Arzt und Patient zu manipulieren.

Was von den Datensammlern und Analytikern als Transparenz im Sinne der Versorgungsqualität gepriesen wird, kann genauso gut zur Manipulation von Patienten oder Ärzten im Sinne einer bestimmten, von Dritten gewünschten Versorgung genutzt werden. In Teilen haben wir solche Tendenzen heute schon, wenn man an die derzeitige Datennutzung denkt, in der Ärzte mit deutlich vom Durchschnitt abweichenden Leistungs- oder Verordnungszahlen automatisch vom Algorithmus herausgefiltert, in Betrugs- oder Regressgefahr geraten und damit aus Angst eben Patienten nur so behandeln wie der Durchschnitt, um nicht aufzufallen. Der ärztliche Beruf als freier und unabhängiger Beruf wird so ausgehebelt und das individuelle Arzt-Patienten-Verhältnis zerstört. Online-Angebote von Ärzten sind zu begrüßen, wenn diese Ärzte auch im realen Leben und in Notfällen erreichbar sind. Mit einer zusätzlichen Videosprechstunde können sicher Befundbesprechungen oder Abstimmungen zur weiteren Behandlung eines Patienten von Nutzen sein. Eine ausschließliche Online-Beratung ist kritisch zu sehen, da ohne eine klinische Untersuchung und Verifizierung von Fremdbefunden wichtige Aspekte einer Behandlung entgehen können. Eine vollständige Verantwortlichkeit des Behandlers wie bei einer realen Untersuchung und Beratung kann dann auch nicht gefordert werden.

Dr. Michael Stephan-Odenthal

(ärztlicher Geschäftsführer der Uro-GmbH Nordrhein)

IV. Laborreform 2018 - Nach der Reform ist vor der Reform

Seit 01.04.2018 haben wir eine Laborreform, die für alle Ärztinnen und Ärzte deutliche Veränderungen bringt.

Hintergrund sind seit Jahren steigende Laborkosten, die im Vorwegabzug aus der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung bezahlt werden. Dabei entsteht jedes Quartal zwischen den geschätzten Laborkosten bei Festlegung der Regelleistungsvolumina und bei tatsächlicher Abrechnung der Leistungen eine Unterdeckung bei den Laborkosten. Diese Unterdeckung wurde bisher je zur Hälfte aus dem Topf der Hausärzte und Fachärzte zu Lasten der jeweiligen RLVs dieser Bereiche nachfinanziert. Mit einem Gerichtsurteil haben die Hausärzte erwirkt, dass diese Verteilung der Nachfinanzierung nun zu ihren Lasten nur noch zu 15% und damit für die Fachärzte zu 85% erfolgt. Eine Eindämmung der Laborkostensteigerungen war notwendig. Diese soll nun mit 3 Reformmaßnahmen umgesetzt werden.

Wirtschaftlichkeitsbonus: Bewertung GOP 32001 je Fachgruppe	
ARZTGRUPPE	Punkte
Allgemeinmedizin, hausärztliche Internisten und praktische Ärzte	19
Kinder- und Jugendmedizin	17
Chirurgie	3
Gynäkologie, Fachärzte ohne SP Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	10
Gynäkologie, SP Endokrinologie und Reproduktionsmedizin: Nur für Ärzte, die die GOP 08520, 08531, 08541, 08542, 08550, 08551, 08552, 08560, 08561 berechnen	37
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	6
Dermatologie	10
Humangenetik	3
Innere Medizin, fachärztliche Internisten ohne SP	15
Innere Medizin, SP Angiologie	10
Innere Medizin, SP Endokrinologie	37
Innere Medizin, SP Gastroenterologie	15
Innere Medizin, SP Hämatologie/Onkologie	23
Innere Medizin, SP Kardiologie	6
Innere Medizin, SP Nephrologie	37
Innere Medizin, SP Pneumologie	15
Innere Medizin, SP Rheumatologie	23
Neurologie, Neurochirurgie	6
Nuklearmedizin	23
Orthopädie, Fachärzte ohne SP Rheumatologie	3
Orthopädie, SP Rheumatologie: Nur für Ärzte, die die GOP 18700 berechnen	6
Phoniatrie, Pädaudiologie	3
Psychiatrie	3
Urologie	15
Physikalische und Rehabilitative Medizin	3
Schmerztherapie	3

Erstens werden die Laborkostenerstattungen in der Systematik des Vorwegabzuges anders verteilt. Nur noch Laborkosten im Notdienst und Laborkosten auf Überweisung ins Facharztlabor werden im Vorwegabzug aus der MGV berechnet. Die Laborkosten der Eigenerbringer und der Laborgemeinschaften werden nun im Vorwegabzug der jeweiligen Hausarzt- und Facharzttopfe vor Bildung der RLVs/QZVs berechnet. Die Leistungsziffern der Laborärzte werden dabei im Facharzttopf untergebracht.

Zweitens wird die Quotierung der Laborkostenerstattungspauschalen auf 89% abgesenkt.

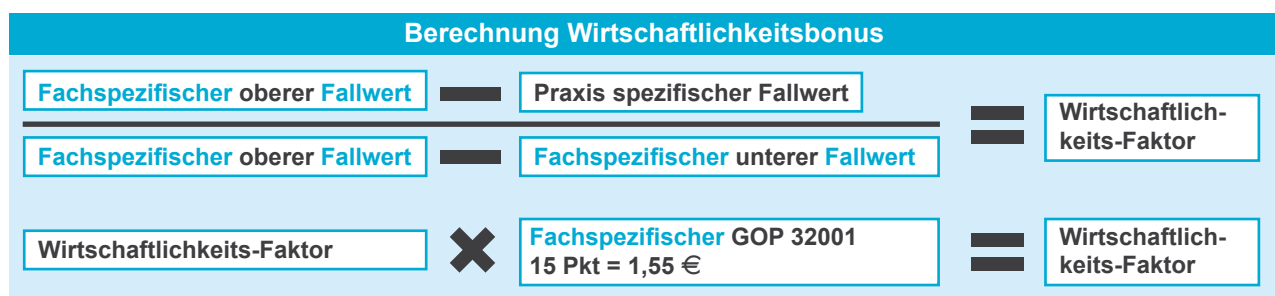
Drittens erfolgt vor allem eine komplett neue Berechnung des Wirtschaftlichkeitsbonus. War der Wirtschaftlichkeitsbonus (WB) ursprünglich dafür gedacht, einen Anreiz zum sparsamen Umgang mit Laborkosten zu setzen, wurde er für viele Ärzte zunehmend zu einem wichtigen Faktor des Einkommens, indem Laboruntersuchungen durch die Vorgaben getriggert taktisch indiziert wurden. Insbesondere die Laborausnahmeziffern (LAZ), welche die Laborkosten vom Wirtschaftlichkeitsbonus ausgenommen haben, wirkten sich wirtschaftlich förderlich aus. Diese Berechnungsgrundlage wurde nun neu definiert.

Wirtschaftlichkeitsbonus: Arztgruppenspezifische untere und obere begrenzende Fallwerte in €

ARZTGRUPPE	Unterer Fallwert	Oberer Fallwert
Allgemeinmedizin, hausärztliche Internisten und praktische Ärzte	1,60	3,80
Kinder- und Jugendmedizin	0,90	2,40
Chirurgie	0,00	0,40
Gynäkologie, Fachärzte ohne SP Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	1,00	2,60
Gynäkologie, SP Endokrinologie und Reproduktionsmedizin: Nur für Ärzte, die die GOP 08520, 08531, 08541, 08542, 08550, 08551, 08552, 08560, 08561 berechnen	3,90	60,80
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	0,10	0,80
Dermatologie	0,50	2,30
Humangenetik	0,00	2,80
Innere Medizin, fachärztliche Internisten ohne SP	1,20	4,60
Innere Medizin, SP Angiologie	0,20	2,00
Innere Medizin, SP Endokrinologie	12,60	71,70
Innere Medizin, SP Gastroenterologie	1,60	6,30
Innere Medizin, SP Hämatologie/Onkologie	10,90	30,50
Innere Medizin, SP Kardiologie	0,30	1,50
Innere Medizin, SP Nephrologie	22,20	55,90
Innere Medizin, SP Pneumologie	0,80	5,20
Innere Medizin, SP Rheumatologie	8,40	35,30
Neurologie, Neurochirurgie	0,00	0,90
Nuklearmedizin	0,10	17,90
Orthopädie, Fachärzte ohne SP Rheumatologie	0,00	0,40
Orthopädie, SP Rheumatologie: Nur für Ärzte, die die GOP 18700 berechnen	0,20	1,40
Phoniatrie, Pädaudiologie	0,00	0,40
Psychiatrie	0,00	0,30
Urologie	2,40	7,10
Physikalische und Rehabilitative Medizin	0,00	0,30
Schmerztherapie	0,00	0,40

Die Bewertung für den WB wurde von 25 auf 15 Punkte reduziert. Der WB wird nach fachspezifischen Laborfallwertgrenzen gewährt. Wer mit seinen Laborfallwerten unter der unteren Grenze bleibt, bekommt den vollen WB, wer über der oberen Grenze liegt, bekommt keinen WB, und wer zwischen den Fallwertgrenzen liegt bekommt einen anteiligen WB (siehe Abbildungen). Die LAZ wird stark auf nur noch wenige fachspezifische Laboruntersuchungen (siehe Abbildung) eingeschränkt. Für Urologinnen und Urologen fehlen derzeit noch wichtige LAZ im Bereich unserer onkologischen Patientinnen und Patienten. Schon wollen aber alle Fachgruppen in diesem Bereich weitere Anpassungen bewirken, so dass Nachbesserungen hier schwierig werden.

Relevante Laborausnahmeziffern für Urologen									
32012 Erkrankungen unter antineoplastischer Therapie oder systematischer Zytostatika-Therapie und/oder Strahlen-Therapie	Krea 32159 32392	AP 32163 32394	GPT 32168 32395	gGT 32169 32396	BB 32324 32397	Diff BB PSA 32400	32155 32376 32446	32156 32390 32447	32157 32391 32527
32018 Chronische Niereninsuffizienz mit einer endogenen Kreatinin-Clearance <25 ml/min.	HS 32064	HST 32065	Krea 32066	K 32081	NA 32083	Phos 32197	32237	32411	32435
32015 Orale Antikoagulantien-Therapie	TPZ 32026	Quick 32113	32114	BB 32120					
32004 (ab 01.07.2018) Diagnostik vor Einleitung einer Antibiotikatherapie	Urinkultur Keimidentifizierung Resistogramm 32151; 32459; 32723 - 32727; 32750; 32759 - 32763; 32772 - 32775;								



Insgesamt müssen sich Urologinnen und Urologen, die bisher einen hohen Wirtschaftlichkeitsbonus erhalten haben, auf einen deutlichen Rückgang dieser Honoraranteile einstellen. Urologinnen und Urologen, die in der Vergangenheit viele Laborleistungen selber erbracht haben und damit schon bisher weniger WB erhielten, werden eher von der Quotierung benachteiligt. In eine Gesamtberechnung der Wirtschaftlichkeit des urologischen Labors müssen bei Eigenerbringern immer die praxisspezifischen Kosten (Laborpersonal, Laborreagentien, Laborgeräte) mit einbezogen werden. Praxen mit hohen Untersuchungskosten werden mehr verlieren. Eine Konzentration von Laborleistungen in Gemeinschaftspraxen kann diesem Trend entgegenwirken.

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

III. ASV – ein Muss

Durch das Internet geistern seit dem Ausrufen der ASV PCA die abenteuerlichsten Artikel mit Stellungnahmen gegen die ASV. Liebe Kolleginnen und Kollegen, lassen Sie doch bitte die Kirche im Dorf. Denken Sie bitte einmal rational!

Die Urologen behandeln die meisten Tumoren, wenn auch nicht nur. Der Anteil der urologischen Tumorpatienten ist von Praxis zu Praxis unterschiedlich, nimmt aber bis zu 25% der Patienten in Anspruch. Da der Onkologe fast ausschließlich Tumorpatienten behandelt, ist dort der Anteil natürlich höher. Die ASV ist eine Chance, Klinik und Praxis wirklich näher zu bringen. Vielerorts klappt dies ohne Vertrag, aber oftmals nur halbherzig und auf rein freiwilliger Basis. Das wird sich mit der ASV ändern. Auch die Kooperation mit Onkologen ist gefordert und kann uns nur guttun. Mancherorts – wie in Köln – funktioniert dies bereits seit längerer Zeit sehr harmonisch.



Vorteile für die Urologen werden sicherlich anfangs nicht erkennbar sein. Bis die bürokratischen Hürden genommen sind, wird es zunächst einen Mehraufwand bedeuten. Wenn die ASV aber wirklich läuft und von allen Seiten gelebt wird, kann dies für Arzt und Patient schon entscheidende Vorteile mit sich bringen. Allein die Tatsache, dass bei den (dann honorierten) Konferenzen mehr Kompetenz am Tisch sitzt, wird den Zugang zu neuen Therapien und ggf. auch Studien deutlich verbessern.

Natürlich gibt es auch Nachteile. Die Honorarfrage ist immer noch nicht abschließend geklärt. Wenn die Onkologie Vereinbarung eines Tages nicht verlängert wird, weil man das Geld für die ASV braucht, kann das einige Urologen hart treffen. Deshalb ist das „Mitmachen“ in einem ASV-Team für jeden Urologen wichtig. Außerdem sind die Investitionskosten noch nicht genau spezifizierbar und hier hoffe ich auf die Unterstützung des Berufsverbandes. Ich erwarte, dass der Berufsverband einen ASV-Vertrag für alle kostenlos zur Verfügung hält (wozu zahlen wir Beiträge) und nicht von den Verträgen noch profitieren will. Auch bezüglich der Abrechnung erwarte ich da eine Service-Leistung vom BDU.

Natürlich ist die ASV besser, denn dort werden Leistungen an jeden 1:1 bezahlt. Man kann dort seinen Aufwand gerechter honoriert bekommen und man kann auch mitmachen, wenn man als Einzelkämpfer die Mindestzahlen nicht erreichen kann. Am Anfang wird man sich zunächst auf die schweren Verlaufsformen des Prostata Tumors konzentrieren, das ist auch sinnvoll so. Dass die reinen endokrinen Therapien da nicht dazugehören, ist ja nicht das letzte Wort.



Gerade die Therapie des Prostatakarzinoms ist derart im Fluss, dass ja auch die Leitlinie ständig angeglichen werden muss. Wir sollten die jetzige Form der ASV als „Spielwiese“ für zukünftige Tumoren betrachten und sie ernsthaft angehen. Desto leichter wird uns dann in Zukunft der Umgang mit der ASV fallen.

Die ASV ist schon sinnvoll, weil wir damit unter Beweis stellen können, dass mit uns die Kooperation zwischen Klinik und Praxis möglich ist und von uns gelebt wird. Ein Rohrkrepiierer wird das Ganze nur, wenn wir uns verweigern.

Noch einmal: Auf Dauer werden wir alle Nutznießer sein - Patient und Arzt. Die Honorarfrage wird sich klären, wenn wir zeigen, dass uns die ASV wichtig ist. Ich kann alle nur aufrufen mitzumachen, auch wenn die Anfangshürden hier sehr groß sind. Hier haben wir endlich die Chance, die unterschiedlichen Standpunkte aus Klinik und Praxis anzugleichen. Wir können beide voneinander lernen, das sollten wir tun.

Wenn wir die ASV leben, kann keine Krankenkasse uns das gesetzlich festgelegte Honorar verweigern. Dies sind die typischen Spielchen der Krankenkassen, wenn es um neue Kosten geht, und dies sind ja die ASV-Honorare, die eine dritte Säule der Versorgung darstellen sollen. Auch ich sehe, dies als eine „Blaupause“ für eine zukünftige, gemeinsame Honorierung – ambulant und stationär - sein könnte. Wenn wir uns verweigern, wird der Gesetzgeber ohne unser Mittun die zukünftige Honorarfrage lösen. Wollen Sie das?

von Dr. Reinhold Schaefer
(ärztlicher Geschäftsführer der Uro-GmbH Nordrhein)

V. Der Honorararzt – angestellt oder selbständig?



12

Das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg hat sich in einer unlängst veröffentlichten Entscheidung mit der Frage befasst, ob ein Honorararzt im Krankenhaus eine selbständige Tätigkeit ausübt oder ob er angestellt ist. Nachdem die Rentenversicherung ein Anstellungsverhältnis festgestellt hatte, ist das Sozialgericht in erster Instanz von einer selbständigen Tätigkeit ausgegangen. Das LSG hob die Entscheidung des SG auf und bestätigte die Auffassung der Rentenversicherung:

Der Vertrag zwischen dem Honorararzt und dem Krankenhaus bestimmte, dass der Honorararzt die Patientenversorgung in der Anästhesie selbständig erledigen solle und die ihm übertragenen Aufgaben selbständig, gewissenhaft und pünktlich zu erfüllen habe. In seiner ärztlichen Verantwortung sollte er unabhängig sein und für die Tätigkeit im Krankenhaus selbst eine Haftpflichtversicherung unterhalten. Er sollte die erteilten Aufträge in eigener Verantwortung ausführen, aber zugleich die Interessen seines Auftraggebers berücksichtigen. Einem Direktionsrecht sollte er nicht unterliegen, aber die fachlichen und organisatorischen Vorgaben des Auftraggebers insoweit beachten, als es die ordnungsgemäße Vertragsdurchführung erforderte.

Der Honorararzt hatte das Recht, die vereinbarten Leistungen durch Dritte zu erbringen. Er sollte die Patienten aufklären und eine sachgerechte Dokumentation führen. Schließlich war der Honorararzt verpflichtet, die ärztlichen Leistungen ausschließlich im Krankenhaus und mit dessen Geräten und Einrichtungen zu erbringen. Er hatte die medizinische Dokumentation nach den Vorschriften und Vorgaben der Klägerin anzufertigen. Die Tätigkeit wurde mit einem Honorar von 80,- € die Stunde vergütet. Der Vertrag sah ausdrücklich das Recht des Honorararztes vor, einzelne Aufträge ohne Angabe von Gründen abzulehnen. Die zeitliche und organisatorische Einordnung des Auftragnehmers in das Dienstplansystem sollte nur mit dessen Einverständnis möglich sein.

Das LSG urteilte im Ergebnis, dass ein abhängiges Beschäftigungsverhältnis vorliege. Zwar hätten der Honorararzt und das Krankenhaus mit den vertraglichen Abreden bewusst eine selbständige Tätigkeit gewollt, allerdings müsse die von den Parteien beabsichtigte Selbständigkeit in der tatsächlichen täglichen Praxis auch wirklich gelebt werden. Sofern die Tätigkeit „funktionsgerecht als dienende Teilhabe an einem fremden Arbeitsprozess“ zu bewerten sei, könne auch bei anspruchsvollen Tätigkeiten ein Anstellungsverhältnis bestehen:

Der Honorararzt sei nicht vollständig weisungsungebunden tätig gewesen, so das LSG. Vielmehr habe das Krankenhaus ein Weisungsrecht hinsichtlich der fachlichen und organisatorischen Vorgaben gehabt. Unter dem Gesichtspunkt der dienenden Teilhabe weist das Gericht darauf hin, dass der Honorararzt nur wenig eigene Gestaltungsmöglichkeiten über die fachliche und medizinische Notwendigkeit hinaus gehabt habe und weiter in die räumlichen, sachlichen und zeitlichen Voraussetzungen mit eingebunden sei.

So sei die zeitliche und organisatorische Einordnung des Honorararztes in das Dienstplansystem des Krankenhauses zwar nur mit Einverständnis des Arztes möglich gewesen. Erteilte er aber sein Einverständnis, so habe er die Arbeit im Rahmen der organisatorischen Vorgaben und Strukturen bewältigen müssen, die ausschließlich vom Krankenhaus geschaffen und bestimmt worden seien. So seien etwa zwischen den zur Verfügung stehenden Anästhesisten die Operationssäle mit den dort jeweils vorgesehenen Eingriffen verteilt worden und nicht einzelne Patienten. Damit habe das Krankenhaus durch die Zuweisung der Patienten zu bestimmten Sälen, Ort, Zeit und Gegenstand der Tätigkeit des Honorararztes bestimmt. Demnach habe der Honorararzt seine Tätigkeit nach Übernahme eines OP-Saales wie ein abhängig beschäftigter Arzt in den vom Krankenhaus geschaffenen, organisatorischen und sachlichen Vorgaben verrichtet, was die Annahme einer abhängigen Beschäftigung begründe.

Im Gerichtsverfahren wurde zudem offengelegt, dass das Krankenhaus mit dem Honorararzt vorhandene Lücken schließen wollte, die durch Kündigungen abhängig beschäftigter Narkoseärzte entstanden waren. Dies bekräftigte, dass in der Tätigkeit keine wesentlichen Unterschiede zu den angestellten Anästhesisten bestanden.

Schließlich habe der Honorararzt auch kein Unternehmerrisiko tragen müssen, sondern auf die Sachmittel des Krankenhauses zurückgreifen können. Die eigentlich für eine selbständige Tätigkeit sprechende Abrede, dass der Honorararzt seine persönliche Leistungserbringung durch Dritte ersetzen dürfe, kam keine Bedeutung zu, da dies nie praktisch gelebt wurde. (Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Urteil vom 07. Juli 2017 – L 1 KR 101/14)

Fazit: Das Urteil des LSG Berlin-Brandenburg deckt sich mit gleichlautenden Entscheidung des LSG Niedersachsen-Bremen, des LSG Hessen und des LSG Baden-Württemberg. Auch wenn natürlich jeder Einzelfall unterschiedlich gelagert ist, zeichnet sich eine Tendenz ab, wonach Honorarärzte in den meisten Konstellationen tatsächlich abhängig Beschäftigte sind. Bedauerlich ist, dass Ärzten und Krankenhäusern gleichermaßen die Möglichkeit genommen wird, kurzfristig und flexibel selbständige Einsatzmöglichkeiten zu finden und Versorgungsgengpässe zu überbrücken.

Praxistipp: Zu beachten ist, dass bei tatsächlichem Bestehen einer abhängigen Beschäftigung sämtliche Regelungen des Arbeitsrechts greifen wie z.B. Arbeitszeitgesetz, Tarifverträge, Überstundenvergütungen, Kündigungsschutz etc. – und zwar unabhängig davon, was im Honorararztvertrag vereinbart wurde.

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

VI. Früherkennung von Aneurysmata der Bauchsclagader und Abdomensonographie



In einem Urteil des Landessozialgerichts in NRW wurde 2009 die Klage eines Urologen in Nordrhein zur Abrechnung der Abdomensonographie abgewiesen. Damals lag dem Urteil die Stellungnahme eines Beauftragten der Ärztekammer Nordrhein zugrunde, die eine Abdomensonographie als urologisch fachfremd einstufte. Daraufhin hat die KVNO aus formalen Gründen die Abrechnung der Leistung für Urologen grundsätzlich verweigert. Auf Initiative unseres damaligen BDU-Landesvorsitzenden Richard Berges (selig) wurde eine Revision dieses Urteils angestrengt. Diese wurde aber mit gleicher Begründung abschlägig entschieden.

Nach einer offiziellen Intervention des BDU Nordrhein und der Uro-GmbH Nordrhein bei der Ärztekammer mit Verweis auf die Musterweiterbildungsordnung, in der die Abdomensonographie Bestandteil der urologischen Ausbildung ist, hat die ÄKNO dann die Abdomensonographie für Urologen als nicht fachfremd eingestuft. Dies hat die KVNO aber nicht zum Umdenken bewegt, da für die Juristen der KVNO das LSG-Urteil verbindlicher war. Damit waren die Urologen in Nordrhein bundesweit benachteiligt.

Die Juristen der KVWL haben sich übrigens nie an das Urteil des LSG NRW gehalten. Dank eines Musterklägers wurde die Revision von Urologen aus Nordrhein bis zum BSG getragen. Auch eine nochmalige Bestätigung der ÄKNO der Fachzugehörigkeit hat allerdings noch kein Umdenken bewirkt. Erst mit der Einführung der neuen Präventionsleistung zur Früherkennung von Aneurysmen der Bauchsclagader ist Bewegung in die Sache gekommen, denn die KBV hat als Leistungserbringer explizit auch Urologen definiert. Damit wurde die Sonderbenachteiligung der Urologinnen und Urologen in Nordrhein noch einmal sehr deutlich.

Nach erneuter Intervention des BDU und der Klage eines BDU-Mitglieds hat die Juristische Abteilung der KVNO dankenswerter Weise ihre Position geändert und zunächst die Präventionsleistung Aortaneurysmascreening und dann auch die Abdomensonographie für Urologinnen und Urologen als abrechenbar freigegeben. Grundlage der Abrechnung ist allerdings die Ultraschallvereinbarung, nach der die KVNO die Leistung auf Antrag genehmigen muss. Das Antragsformular finden Sie auf der KVNO-Internetseite. https://www.kvno.de/downloads/quali/Antrag_Ultraschall.pdf

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



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: 31.05.2018
Die Uro-GmbH Nachrichten erscheinen vierteljährlich.
Die Uro-GmbH Nachrichten sind für Mitglieder kostenlos.

Organisation und Gestaltung: komm | public!, Sabine Schmedemann
Fotos: Fotolia: ©Cherries, ©BillionPhotos, ©aldegonde le compte, ©Andrey Popov, ©Sergey Nivens

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. Pfleger 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**