

Berufsverband der Deutschen Urologen e.V.

Urologe 2020 · 59:1145–1156

<https://doi.org/10.1007/s00120-020-01317-3>

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2020

Redaktion

Dr. R. Zielke (V.i.S.d.P.)

BvDU-Geschäftsführer

Kantstr. 149

10623 Berlin



Inhalt

- 1145 Digitalisierung um jeden Preis?
- 1146 Einladung zur ordentlichen Mitgliederversammlung des Berufsverbands der Deutschen Urologen e.V.
- 1146 Krankenhaus Rating Report 2020: Deutschen Krankenhäusern geht es wieder schlechter
- 1148 Neues Thesenpapier: Junge Ärztinnen und Ärzte fordern breite gesellschaftliche Debatte zur Zukunft der Versorgung
- 1149 Landesvorsitzender im Porträt: „Nur durch Zusammenarbeit kann unsere kleine Facharztgruppe die Wirren und Fallstricke der Politik händeln“
- 1151 Urogister & Uroscience: Datenbank und Versorgungsforschung von Urologen für Urologen
- 1152 Patienten unsicher: Wohin bei Beschwerden außerhalb der Sprechzeiten?
- 1152 Vielfältige Gefahren bedrohen die Cybersicherheit in Praxen: Ein Ausfall der IT zieht immer mehrere Probleme nach sich
- 1153 Das Programm steht: 5. Urologisches Herbstforum in Stuttgart
- 1153 Ihr Gutes Recht: Urlaub in Zeiten von Corona – Rechtliche Vorgaben und Gestaltungsmöglichkeiten des Arbeitgebers
- 1156 Veranstaltungsübersicht BvDU & SgDU

Digitalisierung um jeden Preis?



Ob Corona-Tracing-App oder Patientendaten-Schutz-Gesetz – ganz Deutschland diskutiert über eine Verbesserung der Versorgung sowie mehr Effizienz im Gesundheitswesen durch Digitalisierung. Ziel ist es, einerseits digitale Lösungen wie elektronische Patientenakte oder E-Rezept voranzutreiben und andererseits den bestmöglichen Schutz sensibler Gesundheitsdaten zu gewährleisten. Vielfach werden dafür allerdings erneut die Ärzte in die Pflicht genommen.

Die digitale Vernetzung der Versorgung liegt auch im Interesse der Urologen und ist sowohl für die Netzarbeit als auch für die Umsetzung der sektorenverbindenden Versorgung ein unverzichtbares Instrument. Allerdings wird sie momentan vom Bundesgesundheitsministerium um jeden Preis vorangetrieben. Wenn die Facharztpraxis ab 1. September 2021 zum Experimentierfeld für Apps & Co. wird, ist z. B. die Frage der digitalen Schulung der Patienten ungelöst. Der Urologe ist nicht der Digitalisierungsassistent des Patienten. Wenn die gesetzlichen Krankenkassen Digitalisierung wollen, müssen sie ihre Patienten auch darauf vorbereiten.

Hinzu kommt der nicht enden wollende Ärger über die technisch überholten TI-Konnektoren für deren Kosten und Sicherheitsdefizite die Praxen haften. Es kann nicht sein, dass wir Ärztinnen und Ärzte permanent für Mängel und Investitionen in die Digitalisierung verantwortlich sind. Die Forderung der KV Baden-Württemberg nach dem Rücktritt des KBV-Vorstands aufgrund des Telematik-Störfalls war ein deutliches Zeichen.

Fakt ist, dass die technischen Voraussetzungen für den geplanten Start im nächsten Jahr nicht in allen Praxen rechtzeitig geschaffen werden können. Außer des Konnektors benötigen Ärzte zudem für die sichere Übermittlung einen Dienst für Kommunikation im Medizinwesen (KIM) sowie spätestens ab Januar 2022 für die Signatur einen elektronischen Heilberufsausweis (eHBA).

Wir fordern den Gesetzgeber dazu auf, endlich praktikable Vorschläge zu einer effektiven Digitalisierung zu unterbreiten – ohne den direkten massiven Eingriff in die Praxisorganisation.

Last but not least möchte ich Sie herzlich zu unserer Mitgliederversammlung am 31. Oktober 2020 einladen. Wie Sie wissen halten wir diese eigentlich traditionell im Rahmen des Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Urologie e. V. ab. Da der Kongress coronabedingt in diesem Jahr nur online stattfindet, waren wir dazu gezwungen, uns einen alternativen Veranstaltungsort zu suchen: Die Wahl im Präsidium fiel auf den Vereinssitz des BvDU in Berlin. Auf der Agenda der diesjährigen Mitgliederversammlung stehen die Wahlen des 1. Vizepräsidenten und des Schatzmeisters. Außerdem werde ich ein Resümee meiner bisherigen Präsidentschaft ziehen und darüber sprechen, welche Weichen wir für unsere Verbandsarbeit – Stichwort „BvDU 2030“ – für die kommenden Jahre stellen müssen.

Ich freue mich auf ein Wiedersehen in Berlin!

Mit herzlichen Grüßen

Ihr Dr. Axel Schroeder
Präsident Berufsverband der Deutschen Urologen e.V.

Vergünstigt für
BvDU-Mitglieder:

Fortbildungs-
veranstaltungen

Weitere
Informationen unter:
www.sgdu-mbh.de

Einladung zur ordentlichen Mitgliederversammlung des Berufsverbands der Deutschen Urologen e. V.

Ort

SEMINARIS CampusHotel Berlin | Science & Conference Center
Takustraße 39 | 14195 Berlin

Zeit

Samstag, 31. Oktober 2020 | 14.00 Uhr bis 15.30 Uhr

Tagesordnung

1. Begrüßung und Feststellung der Beschlussfähigkeit
2. Bericht des Präsidenten
3. Bericht des Schatzmeisters
4. Entlastung des Präsidiums
5. Wahlen
 - 5.1. Wahl des/r 1. Vizepräsidenten/-in
 - 5.2. Wahl des/r Schatzmeisters/-in
6. Anträge
 - 6.1. Satzungsänderung bzgl. Beendigung der Mitgliedschaft bei Beitragsrückständen
(hier: Änderung § 5 Abs. 4)
 - 6.2. Satzungsänderung bzgl. Möglichkeit einer digitalen Organisation
(hier: Ergänzung § 11 Abs. 4 und § 14 Abs. 1)
 - 6.3. Satzungsänderung bzgl. Zuständigkeit des Präsidiums als Vertreter des Gesellschafters bei der SgDU Servicegesellschaft der Deutschen Urologen mbH
(hier: Ergänzung § 13 Abs. 3)
7. Verschiedenes

Weitere Anträge zu TOP 6 richten Sie bitte schriftlich bis zum **27. Oktober 2020 (Posteingang!)** an die Geschäftsstelle des Berufsverbands der Deutschen Urologen e. V., Kantstr. 149, 10623 Berlin.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Axel Schroeder
Präsident



Weitere Informationen unter:
www.sgdu-mbh.de



Krankenhaus Rating Report 2020: Deutschen Krankenhäusern geht es wieder schlechter

Die wirtschaftliche Lage deutscher Krankenhäuser hat sich im Jahr 2018 erneut verschlechtert. 13 % lagen im „roten Bereich“ mit erhöhter Insolvenzgefahr. Auch ihre Erträge sind gesunken, wohl auch aufgrund der weiter gesunkenen Anzahl stationärer Fälle. In diesem Jahr könnten die verschiedenen Stützungsmaßnahmen aus dem COVID-19-Gesetz zwar wohl zu einem positiven Netto-Effekt für die Kliniken führen, der jedoch im Jahr 2021 voraussichtlich größtenteils wieder entfällt. Zu diesen und vielen weiteren Ergebnissen kommt die sechzehnte Ausgabe des „Krankenhaus Rating Report“. Er wurde gemeinsam vom RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung und der Institute for Healthcare Business GmbH (hcb) in Kooperation mit der Bank im Bistum Essen (BIB) und der HIMSS erstellt.

Die wichtigsten Ergebnisse

Status Quo

- Die wirtschaftliche Lage deutscher Krankenhäuser hat sich im Jahr 2018 **weiter verschlechtert**. 13 % der Krankenhäuser befanden sich im „**roten Bereich**“ erhöhter Insolvenzgefahr, 64 % im „**grünen Bereich**“. Im Jahr zuvor lagen noch 11 % im „roten Bereich“. Die Ertragslage hat sich 2018 ebenfalls verschlechtert: 29 % der Krankenhäuser schrieben auf Konzernebene einen **Jahresverlust**, 2017 waren es noch 27 %.
- Ausschlaggebend für die schlechtere wirtschaftliche Lage dürfte u. a. der erneute **Rückgang der stationären Fallzahl** im Jahr 2018 **um 0,1 %** gewesen sein. Gründe hierfür könnten der zunehmende **Fachkräftemangel** und intensivere Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) sein, verbunden mit einer zunehmenden **Ambulantisierung** der Medizin. Im Jahr 2019 ist mit einer weiteren Reduktion der stationären Fallzahl zu rechnen.
- **Große Krankenhäuser** haben typischerweise ein **besseres Rating** als kleine, ein hoher Grad an **Spezialisierung** beeinflusst das Rating und die Patientenzufriedenheit positiv. Kliniken in freige-



© Public Domain

▲ Spätestens ab 2022 gehen wir hinsichtlich der Fallzahlen von einer Rückkehr zum Status 2019 aus

meinnütziger und privater Trägerschaft schneiden durchschnittlich besser ab als kommunale Kliniken.

- Regional fällt das Rating am **schlechtesten in Baden-Württemberg, Hessen und Bayern** aus, **signifikant besser in Ost-Deutschland**.
- Die **Krankenhausstrukturen** haben sich **dynamisch weiterentwickelt**. Viele Landkreise befassen sich inzwischen intensiv mit der Frage, wie sie eine **nachhaltig stabile Struktur** schaffen und dabei die flächendeckende Grundversorgung gewährleisten können. Vielfach wird im Zentrum einer Region eine leistungsfähige moderne Medizin mit hoher Qualität für die Bevölkerung angeboten und gleichzeitig die Peripherie durch solide ambulante und telemedizinische Angebote an das Zentrum angedockt. Gleichwohl zeigt eine Sonderanalyse, dass schätzungsweise 40 % der Landkreise instabile Krankenhausstrukturen aufweisen und sie damit in den kommenden Jahren Handlungsbedarf haben.
- Auch im **vertragsärztlichen Bereich** gibt es **große Veränderungen**. Zwar arbeiten dort immer mehr Ärzte, allerdings hat der Anteil derjenigen mit **Teilzeittätigkeit deutlich zugenommen**: von 8 % im Jahr 2009 auf 36 % im Jahr 2019. Überdies arbeiten immer mehr ambulant tätige Ärzte in einem **Angestelltenverhältnis**. Im Jahr 2008 waren es 6 %, im Jahr 2019 schon 22 %.
- Erstmals wurden im Report mehrere Einflussfaktoren auf die **Zufriedenheit der Patienten mit der ärztlichen und pflegerischen Versorgung** sowie die Frage nach einer **Weiterempfehlung** untersucht. Insgesamt fallen die **Zufriedenheitswerte hoch** aus, am besten sind sie in Ostdeutschland, gefolgt von Süddeutschland. Freigemeinnützige Träger schneiden bei der Zufriedenheit mit

der pflegerischen Betreuung besser als öffentlich-rechtliche und private Träger ab. Sie punkten auch bei der „Weiterempfehlung“. Der **Stadt-Land-Vergleich** zeigt: In städtisch geprägten Gebieten fällt die Zufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung besser, mit der pflegerischen Betreuung indessen schlechter aus.

Investitionen

- Die **Fördermittel nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)** lagen im Jahr 2018 bei **3,04 Milliarden Euro**. Gegenüber dem Vorjahr lagen sie damit um 1 %, gegenüber dem Jahr 2016 um 7,4 % höher. **Im langfristigen Trend** sind sie aber **zurückgegangen**. Bezogen auf den Krankenhausumsatz beliefen sie sich im Jahr 2018 auf nur 3,4 % (1991: rund 10 %). Zum Erhalt der Unternehmenssubstanz sollten jährlich 7 bis 8 % des Umsatzes in Investitionen fließen. **Krankenhäuser schließen diese Lücke zum Teil aus eigener Kraft**, was ihnen in jüngster Zeit aufgrund ihrer schwierigeren Ertragslage **immer schlechter gelingt**. Besonders freigemeinnützige Träger haben ein geringes Sachanlagevermögen.

Projektion

- Die **Gesundheitspolitik** legt ein **hohes Tempo** bei der **Reform des Gesundheitswesens** vor. Im Durchschnitt wurde in der laufenden Legislaturperiode fast jeden Monat ein neues Gesetz beschlossen. Gegenüber dem Jahr 2018 ist **für 2019** in der Summe über alle Maßnahmen der einzelnen Gesetze für Krankenhäuser ein finanzieller **Netto-Effekt von etwa null** zu erwarten. **In diesem Jahr** könnten die verschiedenen Stützungsmaßnahmen aus

Stellen- und Hospitationsbörse

Eine Initiative der GeSRU unterstützt durch den BvDU

ICH BIETE



ICH SUCHE

Praxis von Urologen
für Urologen!

BvDU
Berufsverband der
Deutschen Urologen e.V.



GeSRU
Assistenzärzte der Urologie

dem COVID-19-Gesetz – Stand 30. April 2020 – zu einem **positiven Netto-Effekt** führen, der jedoch im Jahr 2021 voraussichtlich größtenteils wieder entfällt, sodass spätestens 2022 wieder das „Normalniveau“ erreicht wird. Für einzelne Krankenhäuser kann der Effekt jedoch sehr unterschiedlich ausfallen.

- Die **Ambulantisierung** der Medizin dürfte sich **beschleunigen**. Die mit dem MDK-Reformgesetz initiierte Überarbeitung des Katalogs „ambulantes Operieren“ und künftig mögliche sektorenübergreifende Vergütungsmodelle dürften neben Fortschritten in der Medizin dazu beitragen. Unter anderem weil die **Arbeitsplatzsicherheit** im Gesundheitswesen im Vergleich zu anderen Wirtschaftsbranchen **während und nach der COVID-19-Pandemie steigen dürfte**, könnte sich der **Personalmangel** im Krankenhausbereich mittelfristig vorübergehend **entschärfen**. Langfristig bleiben die mit dem rückläufigen Nachwuchs verbundenen Herausforderungen indessen bestehen.
- Bei den **Fallzahlen** ist für dieses Jahr wegen der Verschiebung von elektiven (aufschiebbaren) Fällen ein **spürbarer einmaligen Rückgang von mindestens 6 %** zu erwarten. Annahme ist, dass nur 50 % der verschobenen Elektivfälle im stationären Bereich dieses und kommenden Jahr nachgeholt werden. Spätestens ab 2022 gehen wir hinsichtlich der Fallzahlen von einer Rückkehr zum Status 2019 aus. **Demografisch bedingt** dürfte es bundesweit **bis zum Jahr 2025 etwa 4 % mehr Fälle geben**. Würde das ambulante Potenzial ab 2019 schrittweise gehoben, wäre bis 2030 dagegen kaum noch mit einer Änderung der stationären Fallzahl zu rechnen. Bis zum Jahr 2030 dürfte zudem die **Verweildauer weiter zurückgehen**, sodass der **Bedarf an Krankenhausbetten** sinken würde.
- Bei **Fortschreibung des Status quo**, eines steigenden Orientierungswertes und einem stärkeren Wachstum der Löhne würde der **Anteil der Krankenhäuser im grünen Rating-Bereich von 64 % bis 2025 auf 54 % sinken**. Eine **vorübergehende wirtschaftliche Erholung** könnte in den durch die Pandemie geprägten Jahren **2020 und 2021** zu erwarten sein.

Weitere Trends und Herausforderungen

- Die COVID-19-Pandemie hat gezeigt, wie wichtig es ist, ein Gesundheitswesen so aufzustellen, dass es im Falle eines **selten eintretenden katastrophalen Ereignisses die vorhandenen Ressourcen rasch umwidmen und weitgehend unabhängig von anderen Staaten agieren** kann. Dazu braucht es konsequent durchdachte **Konzepte für verschiedene Katastrophenfälle**. Darin muss geklärt sein, wie die knappen Ressourcen des Gesundheitswesens zugeteilt werden, wie das „Katastrophen-Controlling“ erfolgt und welche **Versorgungsdaten** dazu erforderlich sind, wie Ausfallkonzepte aussehen und wer welche Verantwortung trägt. Darüber hinaus müssen **Lieferketten** so gestaltet werden, dass sie **nicht allein auf einem Zulieferunternehmen und einer Weltregion** aufsetzen. Zudem muss es im Katastrophenfall umgehend möglich sein, die **heimische Produktion** derart **umzustellen**, dass sie wichtige Güter zur Bewältigung der Katastrophe herstellen kann. Ebenso ist ein deutlicher Ausbau der **Telemedizin** anzustreben. In all diesen Punkten sollten die **Erfahrungen der aktuellen Pandemie für weitere Verbesserungen genutzt** werden.
- Die **Gestaltungsfreiheit** auf regionaler Ebene sollte erhöht und die Detailregulierung vermindert werden, um innovativen und effizienzsteigernden Versorgungsansätzen einen größeren Raum zu geben. Insbesondere sollten sektorenübergreifende Versorgungs- und Vergütungsmodelle die **Ambulantisierung** in der

Medizin unterstützen. Dazu könnten vor allem in ländlichen Gegenden **regionale Gesundheitsbudgets** erprobt werden. Für die dazu nötige Anpassung von Versorgungsstrukturen braucht es außerdem **Investitionsmittel**.

„Spätestens nach der Bundestagswahl im Herbst 2021 werden die massiven finanziellen Belastungen aus der COVID-19-Pandemie im gesamten Gesundheitswesen zu spüren sein“, sagt RWI-Gesundheitsexperte Boris Augurzky. „Umso wichtiger ist es, die Gesundheitsversorgung effizient und demografiefest zu gestalten“, so Augurzky. „Die COVID-19-Pandemie hat der Digitalisierung des Gesundheitswesens einen Schub verliehen, den es zu nutzen gilt“, ergänzt Sebastian Krolop (HIMSS, Healthcare Information and Management Systems Society).

Datengrundlage des „Krankenhaus Rating Report 2020“ sind 515 Jahresabschlüsse von Krankenhäusern aus dem Jahr 2017 und 525 aus dem Jahr 2018. Sie umfassen insgesamt 942 Krankenhäuser mit einem am Umsatz gemessenen Marktanteil von 71 %.

Quelle: Pressemitteilung, medhochzwei Verlag GmbH

Neues Thesenpapier: Junge Ärztinnen und Ärzte fordern breite gesellschaftliche Debatte zur Zukunft der Versorgung

Die jungen Ärztinnen und Ärzte im Hartmannbund fordern mit Blick auf „systematische Webfehler“ im deutschen Gesundheitssystem eine **breite und strukturierte Debatte in der Gesellschaft, bei der im Besonderen die Stimmen der beteiligten Berufsgruppen aus Pflege, Ärzteschaft und weiteren Akteuren des Gesundheitswesens Gehör finden** müssen. Die **Bewältigung der Pandemie habe die Blicke auf einige schon lange bestehende Fehlentwicklungen, aber auch auf noch nicht vollends ausgeschöpfte Potenziale des Gesundheitswesens gelenkt**, so Theo Uden, Hartmannbund-Vorstandsmitglied und Vertreter der Assistenzärzte des Verbandes.

„Die momentane Situation eröffnet die Chance der Neuentdeckung oder Beschleunigung sinnvoller Prozesse und bietet zugleich die Gelegenheit, sich – jenseits der Vorbereitung auf eine erneute Viruspanemie – ganz grundsätzliche Gedanken über die Zukunft unseres Gesundheitssystems zu machen“, ist Uden überzeugt. Dabei gehe es auch darum, so Dr. Dr. Galina Fischer, Sprecherin des Ausschusses der Assistenzärzte im Hartmannbund, Versorgung so zu gestalten, wie die Gesellschaft es für angemessen halte. Diese sei es am Ende auch, die – zum Beispiel im Kontext möglicher Kostensteigerungen – langfristige Entscheidungen habe, wofür Gelder aufgewendet werden sollten und wofür nicht.

Ihre Vorstellungen bringen die Assistenzärzte in einem umfangreichen Thesenpapier in die politische Diskussion ein, in dem sie Themen wie Profitorientierung, Arbeitsbedingungen für Ärzteschaft und Pflege, Mündigkeit von Patientinnen und Patienten oder etwa die Digitalisierung des Gesundheitswesens aufgreifen.

Quelle: Pressemitteilung, Hartmannbund

Landesvorsitzender im Porträt: „Nur durch Zusammenarbeit kann unsere kleine Facharztgruppe die Wirren und Fallstricke der Politik händeln.“

Seit Anfang 2020 ist Dr. Olrik Rau neuer Vorsitzender des Landesverbandes Sachsen-Anhalt. Er folgte auf Dr. Hugo Plate und Dr. Wolfgang Lessel. Stellvertretender Vorsitzender ist Dr. Dirk Samland. Im Interview spricht er über seine berufspolitischen Ziele in seiner Region, die Wichtigkeit von Nachwuchsarbeit in der Niederlassung und gibt uns Einblicke in seinen Praxisalltag.

1. Herr Dr. Rau, bitte stellen Sie sich kurz vor.

Ich bin 48 Jahre alt, verheiratet und habe 1 Sohn (17). In 2001 habe ich mich im Anschluss an eine lehrreiche Zeit von knapp 3 Jahren in der Chirurgie komplett der Urologie verschrieben. Nach Assistenzarztzeit, Facharzt und Oberarzt kam dann der „große Schritt“ in die Niederlassung. Es folgten Subspezialisierung zur medikamentösen Tumortherapie und Andrologie. Seit 2007 bin ich niedergelassener Urologe. Zunächst war ich in einer Gemeinschaftspraxis tätig, ab 2012 dann formal als Einzelpraxis mit doppeltem Versorgungssitz und einem angestellten Arzt. Außerdem bin ich Belegarzt, wir ope-



▲ Dr. Olrik Rau, Landesvorsitzender Sachsen-Anhalt

rieren zusätzlich ambulant. Meine berufspolitischen Aktivitäten habe ich vor zehn Jahren mit der Tätigkeit für die fachärztlichen Kollegen in der Vertreterversammlung der KV Sachsen aufgenommen. Zudem engagiere mich in der urologischen Berufspolitik.

2. Seit wann sind Sie BvDU-Mitglied und warum sind Sie damals beigetreten?

Ich bin 2007 dem BvDU beigetreten und hatte damals, nach den Erfahrungen in der Klinik, vor allem die Ausbildung und die Zukunftschancen der Assistenten und Jungfachärzte im Hinterkopf. Insbesondere im Hinblick auf die damals doch existierenden Mängel bei der Arbeitsstellensuche, halbe Verträge, häufig unzumutbare Arbeitszeiten, dann dem einsetzenden Strukturwandel in der Führungsebene von Kliniken sowie Privatisierung der Geschäftsführungen. Damit verbunden waren die Assistenten häufig „Spielbälle“ der Klinikleitung. Dies wandelte sich erfreulicherweise und auch meine Ansprüche und Ziele haben sich angepasst

In Klinik und Praxis

Die Zukunft der Urologie gestalten!

Medizinische Qualität. Wirtschaftlicher Erfolg.



**Mitglied werden
im Berufsverband!**

Mehr Informationen unter: www.urologie-gestalten.de

Berufsverband der Deutschen Urologen e.V.
Kantstr. 149 | 10623 Berlin | +49 (0)30 887 22 55-0

3. Was reizt Sie an dem Amt des Landesvorsitzenden besonders?

Ich habe viel gelernt in den letzten Jahren der Niederlassung. Auch die Arbeit in der Kassenärztlichen Vereinigung hat mir einen guten Einblick in die Berufspolitik gegeben. Ich bin hochmotiviert und auch engagiert – gerade jetzt zu diesen schwierigen Zeiten, in denen eine Neugestaltung der Gesundheitspolitik erforderlich ist. Zwar setzt das Bundesgesundheitsministerium einige positive Akzente, allerdings gibt es auch klare Kampfansagen an die Systeme Krankenhaus und Niederlassung. Zu klären sind daher die Neugestaltung der Kostenstruktur und gesetzlicher Grundlagen sowie die knapper werdenden Ressourcen bei gleichzeitig gestiegenen Anforderungen an die Hygiene und Qualität der Behandlung. Ich sehe mich als Mittler und Sprachrohr der sachsenanhaltinischen Urologen.

4. Was sind Ihre konkreten Pläne für den Landesverband Sachsen-Anhalt?

Zunächst einmal möchte ich die sehr gute Vorarbeit meiner Vorgänger Dr. Plate und Dr. Lessel loben, die sich über viele Jahre aufopferungsvoll der Berufsverbandsarbeit gewidmet haben und deren Früchte wir heute ernten. Diese Arbeit möchte ich in gleicher Qualität fortsetzen und konzentriere mich besonders auf die Bedingungen der Kollegen*innen in der Niederlassung. Ich bin aber in gleicher Weise auch Ansprechpartner der angestellten Kollegen*innen – in Klinik und Praxis. Ich bin davon überzeugt, dass nur durch Zusammenarbeit unsere „kleine“ Facharztgruppe die Wirren und Fallstricke der Politik händeln kann. Dass wir ein Hausarztproblem also Hausärztemangel haben ist hinlänglich bekannt. Doch auch bei den niedergelassenen Urologen fehlen junge Kollegen*innen. Mein Ziel ist die aktive Nach-

wuchsarbeit, um damit auch zur Schließung der Versorgungslücke unserer immer älter werdenden Bevölkerung beitragen zu können. Außerdem setze ich mich für die Stärkung unserer Position gegenüber anderen Fachbereichen und die Etablierung der medikamentösen Tumorthherapie als Baustein der gesamten urologischen Versorgung ein. Der wichtige, für unsere Patienten*innen besonders belastende, aber auch für uns wirtschaftlich bedeutsame Arbeitsbereich der ambulanten Uro-Onkologie, darf nicht aus der vertragsärztlichen urologischen Versorgung verschwinden.

5. Sie haben Ihre Praxis im Jahr 2007 eröffnet und gehören damit zu der jüngeren Generation von niedergelassenen Urologen. Leben, um zu arbeiten: Das kommt besonders für den ärztlichen Nachwuchs nicht mehr infrage. Aber zu 100 % Arzt in (nur) acht Stunden am Tag – geht das überhaupt in einer urologischen Praxis?

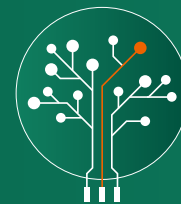
Das freut mich sehr, dass sie mich zur jüngeren Generation der niedergelassenen Urologen zählen – immerhin bin ich jetzt fast 50 Jahre alt. Natürlich ist es anstrengend und nervenaufreibend Praxis und Privates unter einen Hut zu bekommen. Ich glaube, ein funktionierendes Regelsystem und Ablaufkoordinierung erleichtern die praktische Umsetzung der täglichen Arbeit. Trotzdem muss über all den qualitätsgebundenen Richtlinien und Versorgungsstrukturen, Team und Personalführung sowie ökonomischen Zwängen und Ertragswünschen ein funktionierendes Wertesystem – sozusagen als höhergestelltes System oder als Kappe – auf all unseren Regeln sitzen. Hier steht das Patientenwohl und die berechtigten Ängste der Patienten im Vordergrund. Ich kann mich voll auf meinen angestellten Kollegen und vor allem auf ein sehr gut funktionierendes Team an Medizinischen Fachangstell-



Mehr Information unter:
www.urogister.de
oder einfach QR-Code einscannen

DATENBANK & VERSORGUNGSFORSCHUNG

VON UROLOGEN – FÜR UROLOGEN.



UROgister
Krebsregister → Einfach.



UROSCIENCE
Deutschlands
Urologiedatenbank.



ten verlassen, wobei mir persönlich Aufgabenteilung und Delegation manchmal schwerfallen. Ohne meine Ehefrau, die mich tatkräftig bei dem bürokratischen Management unterstützt, wäre ein 8-, 10- oder 12-Stunden-Tag sicherlich nicht denkbar. Insgesamt wollte ich aber immer eine patientennahe Tätigkeit ausführen und kann mich an nur sehr wenige Tage erinnern, an denen ich nicht positiv gestimmt aus der Sprechstunde gegangen bin.

6. Ob Abrechnungssystem, Dokumentation oder Finanzierung – junge Urologen*innen fühlen sich meist unzureichend auf eine Niederlassung vorbereitet. Als Teil der Referentengruppe für die BvDU-Praxisgründungsseminare kennen Sie viele dieser Fragen aus erster Hand. Worauf sollte man bei Praxisgründung oder Praxiskauf besonders achten?

Hier möchte ich auf das sehr gute Stufenkonzept der GeSRU hinweisen, dass gemeinsam mit dem BVDU entwickelt wurde und den Weg in die urologische Niederlassung zeichnet. Ein Konzept, das den interessierten Assistenzärzten*innen und Fachärzten*innen Perspektiven des selbstständigen Arbeitens aufzeigt und wichtige Schritte der Niederlassung vermittelt. So informiert es beispielsweise über Zusatzbezeichnungen, die bereits in der klinischen Ausbildung erworben werden können.

Im Seminar gehen wir auch auf Ängste und Vorurteile in Bezug auf die sogenannte „sichere Krankenhauskarriere“ und das anscheinend „unkalkulierbare Risiko der Niederlassung“ ein und können viele Vorurteile und Zweifel beseitigen. Im letzten Schritt wird dann die eigene Niederlassung geplant und in Abstimmung mit dem BVDU einen Mentor an die Seite gestellt, der sozusagen Schützenhilfe erteilt.

7. Was wünschen Sie sich in Zukunft vom BvDU?

Als ein freier und unabhängiger Zusammenschluss von Urologen*innen erwarte ich die Erfüllung überindividueller Ziele. Das heißt die Stärkung der Selbstverwaltung, die Identifizierung fachgruppenspezifischer Probleme, Lösungsansätze oder Vorschläge sowie die Durchsetzung dieser in KBV und DGU. Außerdem wichtig sind die Förderung und der Austausch von Erfahrungen, die Planung bzw. Unterstützung bei der Nachwuchsgewinnung und last but not least, die Meinungsbildung und Positionierung in den Medien und der Öffentlichkeit.

Vielen Dank für das Gespräch.

Das Interview führte Silja Koenig, Referentin Öffentlichkeitsarbeit, BvDU.

Urogister & Uroscience: Datenbank und Versorgungsforschung von Urologen für Urologen

Die Meldung aller Tumordiagnosen und Therapie-Verläufe an das Klinische Krebsregister des jeweiligen Bundeslandes ist schon seit längerem gesetzlich verpflichtend. Leider ist dieses Prozedere für Praxen seit der Umstellung auf ein online-basiertes Meldeverfahren sehr komplex und aufwändig geworden.



© NicoElNino/Getty Images/Stock

▲ Digital, einfach, sicher – die Krebsregistermeldung mit Urogister

Mit Urogister gelingt es diesen Aufwand zu minimieren und den Meldeprozess zu beschleunigen. Durch Einbindung dieser Software werden alle bereits vorhandenen Daten aus dem Arztinformationssystem in die Krebsregister-Meldung übernommen. Mittelfristig kann die Nutzung von Urogister sogar finanziell eine zusätzliche Einnahmequelle bedeuten, da die Meldungen vergütet werden.

Die Vorteile im Überblick

- Digitalisierte Identifizierung und Vorauswahl von Meldeanlässen
- Automatisierte Vorbefüllung der entsprechenden Formulare mit bereits im AIS erfassten Daten
- Auflistung der Fälle in einer Patientenverwaltung
- Erstellung des Meldedokumentes im vom jeweils zuständigen Krebsregister geforderten Format
- Entlastung von Arzt und Praxispersonal in ihrer täglichen Arbeit
- Minimierter Aufwand bei gleichzeitiger Erfüllung der Rechtspflicht
- Vergütung der Meldungen durch GKV und PKV

Urogister ist ein Gemeinschaftsprojekt des Berufsverbands der Deutschen Urologen e. V (BvDU) und des Deutschen Institut für Fachärztliche Versorgungsforschung GmbH (DIFA-Institut – eine 100 %-ige Tochter des SpiFa Spitzenverband Fachärzte Deutschland e. V.).

Versorgungsforschung von Urologen für Urologen

Weiterer Bestandteil dieser Zusammenarbeit ist Uroscience, Deutschlands größte Datenbank für die urologische Versorgungsforschung. Uroscience stellt hochwertige, anonymisierte Versorgungsdaten bereit und ermöglicht damit ausgewählte Versorgungsforschungsprojekte. Der Uroscience-Beirat mit Experten aus Berufspolitik und Wissenschaft berät unabhängig und unterstützt das Präsidium des Berufsverbands rund um die Forschungsprojekte.

Vereinfachen Sie Ihre Krebsregistermeldung

Weitere Informationen unter:
www.urogister.de/webinare

WEBINAR
UROgister

Patienten unsicher: Wohin bei Beschwerden außerhalb der Sprechzeiten?

- Jeder Vierte weiß außerhalb der Sprechzeiten nicht wohin wenden
- Jüngere gehen im Zweifelsfall lieber in die Klinik
- Facharzttermine frühestens nach vier Wochen
- Sektorengrenzen verunsichern Patienten

24 % der Deutschen ist unklar, an wen sie sich bei akuten, aber nicht lebensbedrohlichen Erkrankungen außerhalb der Sprechzeiten wenden müssen, in Hamburg wissen das sogar 28 % nicht. Besonders jüngere Menschen sind da unsicher. Bei weniger akuten Beschwerden würden sich über 80 % an einen niedergelassenen Arzt oder Facharzt wenden, 13 % an den Ärztlichen Bereitschaftsdienst und 5 % gingen auch dann grundsätzlich in die Kliniknotaufnahme. Außerhalb der Sprechzeiten würde das sogar jeder Vierte machen, weniger als die Hälfte würde sich an eine Notfallpraxis wenden oder den Ärztlichen Bereitschaftsdienst anrufen. Insgesamt verunsichert die Einteilung der Patientenversorgung in verschiedene Sektoren jedoch offensichtlich große Teile der Bevölkerung. Das ergab eine repräsentative Online-Befragung von 1000 Bundesbürgern durch das Institut Toluna im Auftrag der Asklepios Kliniken, die noch vor der Corona-Krise durchgeführt wurde.

Sektorengrenzen führen bei Patienten zur Verwirrung

Knapp jeder Dritte ging schon einmal in eine Krankenhausnotaufnahme, obwohl ein niedergelassener Arzt am nächsten Tag hätte helfen können. Vor allem Jüngere bevorzugen die Klinik: Knapp die Hälfte von ihnen war schon mit einer weniger akuten Erkrankung in der Notaufnahme. „Die historisch gewachsenen Sektorengrenzen werden von vielen Menschen offenbar nicht verstanden und führen bei Patienten zur Verwirrung“, sagt Kai Hankeln, CEO der Asklepios Kliniken GmbH & Co. KGaA dazu. Möglicherweise spielen bei der Bevorzugung von Kliniken auch die langen Wartezeiten auf Facharzt-Termine eine Rolle. So berichteten die Befragten (vor Corona), bei Orthopäden, Gynäkologen, Hautärzten, Gastroenterologen und Kardiologen

jeweils mindestens vier Wochen bis zum Termin gewartet zu haben, bei Neurologen über fünf, bei Augenärzten fast sechs und bei Psychiatern/Psychotherapeuten fast sieben Wochen. In Hamburg ist die Wartezeit teilweise noch länger. Während die Mehrheit vier Wochen für Vorsorgeuntersuchungen noch akzeptabel findet, erwarten die Befragten bei akuten Beschwerden einen Termin innerhalb einer Woche. Die Terminservicestelle der Kassenärztlichen Vereinigung haben gerade mal 8 % schon einmal genutzt, darunter deutlich mehr Jüngere.

Der Facharzt in der Klinik als Alternative?

Gäbe es dort schneller einen Termin, würden 84 % auch einen Facharzt im Krankenhaus konsultieren. Das gilt insbesondere für diejenigen, die in den letzten fünf Jahren in einer Klinik zur stationären Behandlung waren. Als Vorteile sehen die Befragten eine moderne medizinische Ausrüstung, eine mehr ganzheitliche Versorgung durch Einbeziehung anderer Fachbereiche, den neusten Stand der Wissenschaft und eine bessere Versorgung.

Einfacher ist es bei einem lebensbedrohlichen Notfall: Dann würden 9 von 10 Deutschen die 112 wählen oder in die Notaufnahme eines Krankenhauses gehen, wobei es jüngere Menschen stärker in die Klinik zieht. „Den Krankenhäusern wird zu Recht viel Vertrauen entgegengebracht“, so Hankeln weiter, „aber wenn sehr viele Patienten unsere Notaufnahmen aufsuchen, die gar keine Notfälle sind, müssen wir uns neue Konzepte der Versorgung überlegen.“ Dazu zählen das Prinzip der Capitation, bei dem die gesamte Versorgung einem Anbieter von der Prävention bis zur Behandlung übertragen wird. Ein anderer Ansatz, um die Notaufnahmen der Krankenhäuser vor zu vielen Patienten mit Bagatellerkrankungen zu schützen, sind so genannte Portalpraxen. Jeder zehnte Befragte kennt Krankenhäuser, an denen Portalpraxen angeschlossen sind. Mit zunehmendem Alter werden sie als sinnvoll erachtet, so steigt die Zustimmung im Alter von 18–29 Jahre von 31 % kontinuierlich bis auf 55 % bei Über-60-Jährigen.

Quelle: Pressemitteilung, Asklepios Kliniken

Vielfältige Gefahren bedrohen die Cybersicherheit in Praxen: Ein Ausfall der IT zieht immer mehrere Probleme nach sich

„Millionen Patientendaten kaum gesichert.“ Meldungen wie diese aus den „Tagesthemen“ vom 9. Februar 2020 lassen aufhorchen. Doch gleichzeitig verengen sie den Blick auf die Gefahr für Arztpraxen, Opfer eines Hackerangriffs zu werden, der darauf abzielt, Patientendaten zu stehlen oder Lösegeld zu erpressen.

So wichtig der Schutz gegen Cyberkriminalität auch ist, andere Risiken für die IT- und Datensicherheit dürfen nicht außer Acht gelassen werden: 58 % aller IT-Schäden, die die Ecclesia Gruppe als größter deutscher Versicherungsmakler für Unternehmen und Institutionen begleitet, entstehen durch Bedienfehler, Feuer, Wasser oder andere, vom Praxisinhaber oder der -inhaberin wenig bis kaum zu beeinflussende Faktoren. „Neben die Prävention muss deshalb ein adäquates Absicherungskonzept treten“, sagt Frank Schultz. Er ist Abteilungs-



▲ „Wenn sehr viele Patienten unsere Notaufnahmen aufsuchen, die gar keine Notfälle sind, müssen wir uns neue Konzepte der Versorgung überlegen.“

leiter des Versicherungsmaklers Ecclesia med, der sich innerhalb der Unternehmensgruppe auf die Absicherungsbedürfnisse von medizinischen Praxen, Privatkliniken und Medizinischen Versorgungszentren spezialisiert hat, und stellvertretender Leiter der Arbeitsgruppe „Cyber“ der Ecclesia.

Ein Ausfall der IT in einer Arztpraxis ziehe immer mehrere Probleme nach sich, weiß Frank Schultz. Da ist zum einen der mögliche Datenverlust, da sind die damit verbundenen Ansprüche der Patienten wegen eines Verstoßes gegen die Datenschutz-Grundverordnung und da ist nicht zuletzt die Gefahr für den Weiterbetrieb der Praxis – verbunden mit möglicherweise hohen Verlusten.

Denn wenn die IT ausfällt, befindet sich die Praxis „von jetzt auf gleich“ wieder in einer längst vergangen geglaubten, analogen Welt, in der beispielsweise die Patientenakten per Hand geführt werden müssen und das computergestützte EKG-System den Dienst versagt. „In jedem Fall kosten die Wiederherstellung der Systeme, die Rekonstruktion von Daten oder die Benachrichtigung Betroffener Zeit und Geld“, fasst Nadja Bürger, Geschäftsführerin der Ecclesia med GmbH, zusammen.

Aber der Schutz gegen die finanziellen Folgen eines IT-Ausfalls muss auch risiko-adäquat zu beschaffen und letztlich bezahlbar sein. Der Versicherungspartner des Berufsverbands der Deutschen Urologen hat daher eine flexible IT-Sicherheitspolice entwickelt, die speziell auf die Bedürfnisse der vertragsärztlichen Versorgung zugeschnitten ist. Sie bietet unter anderem Schutz für die finanziellen Folgen von Viren und Trojanern, Bedienungsfehlern, Angriffen oder dem Verlust von Daten. Dabei können die Versicherungssumme und der Selbstbehalt innerhalb weiter Grenzen selbst gewählt werden.

Mit der SecurITy Flex-Police (kompakt) werden unter anderem der Ertragsausfall durch eine Betriebsunterbrechung für maximal 30 Tage, Wiederherstellungskosten für Daten und Programme, Sachverständigen- und Beratungskosten, aber auch Kosten für das Krisenmanagement oder gesetzlich vorgeschriebene Meldeverfahren abgesichert. Letztlich deckt die Police auch die Haftpflichtansprüche gegenüber Dritten ab.

Denn auch wenn der Auftrag zur Organisation und Bereitstellung der IT-Landschaft an einen Dienstleister abgegeben wurde, bleibt die Verantwortung für den ordnungs-gemäßen Betrieb der Anlagen und für den Datenschutz beim Auftraggeber, konkret bei Inhaberin oder Inhaber der Praxis beziehungsweise bei Geschäftsführerin oder Geschäftsführer. Es ist ein Trugschluss zu glauben, dass ein Praxisinhaber oder eine -inhaberin mit der Arbeit auch das Risiko beziehungsweise die Haftung delegiert.

Autor: Thorsten Engelhardt, Pressesprecher Ecclesia Gruppe, www.ecclesiamed.de

Wenn Sie Fragen zum Thema Absicherung von Cybergefahren haben, sprechen Sie uns gern an:

Ecclesia med GmbH
Frank Schultz
Ecclesiastraße 1–4 32758 Detmold
Telefon: +49 5231 603-0
Telefax: +49 5231 603-197
E-Mail: info@ecclesiaMED.de



Das Programm steht: 5. Urologisches Herbstforum in Stuttgart



Vom 13.–14. November 2020 veranstaltet der BvDU in seiner beliebten UroJahresforen-Reihe bereits zum fünften Mal das Urologische Herbstforum in Stuttgart.

Erfahrene Kolleginnen und Kollegen präsentieren dort authentisch und praxisnah, aktuelle wissenschaftliche und berufspolitisch relevante Themen aus allen Bereichen der Urologie. Darüber hinaus besteht die einzigartige Möglichkeit, interessante Kontakte zu knüpfen sowie sich kollegial auszutauschen und zu diskutieren.

Zentrale Themen des diesjährigen Herbstforums werden sein: Onkologie, Digitalisierung und urologische Apps, Impfungen sowie der Urologie-Vertrag Baden-Württemberg und die Auswirkungen der Coronakrise.

Ausführliches Programm sowie Anmeldung zur Veranstaltung unter www.sgdu-mbh.de.

Außerdem bieten wir im Rahmen des Herbstforums in unserer Reihe MFAWissen den Kurs „Praxismanagement und Abrechnung“ für **Medizinische Fachangestellte** an. **Informationen und Anmeldung unter www.mfawissen.de.**

Ihr Gutes Recht: Urlaub in Zeiten von Corona – Rechtliche Vorgaben und Gestaltungsmöglichkeiten des Arbeitgebers



Der Ausbruch des Coronavirus SARS-CoV-2 (gemeinhin „Coronavirus“ genannt) und der damit im Zusammenhang stehenden Atemwegserkrankung Covid-19 (Abkürzung für „coronavirus disease 2019“) hat zu Veränderungen in nahezu allen Lebensbereichen geführt. Inzwischen hat die Urlaubssaison begonnen, was aus Arbeitgebersicht die Frage aufwirft, wie mit Arbeitnehmern umzugehen ist, die ihren Urlaub in ausgewiesenen Risikogebieten verbringen. Dieser Beitrag gibt einen Überblick über die relevanten infektionsschutzrechtlichen (dazu 1.) sowie arbeitsrechtlichen Regelungen (dazu 2.) und zeigt Gestaltungsmöglichkeiten für Arbeitgeber auf, um auf die Rückkehr von Arbeitnehmern aus Risikogebieten zu reagieren (dazu 3.).

Anfang April 2020 haben sich Bund und Länder in einer (rechtlich unverbindlichen) Muster-Verordnung auf ein einheitliches Vorgehen bei

der Verhängung von Quarantänemaßnahmen für Ein- und Rückreisende aus dem Ausland verständigt, um neue Infektionsketten durch Einreisen aus dem Ausland zu verhindern.¹ Für den Erlass der Regelungen zur Quarantäne sind jeweils die Bundesländer zuständig, die auf der Grundlage des Infektionsschutzgesetzes (§§ 32 Satz 1, 30 Abs. 1 Satz 2 IfSG) entsprechende – teils abweichende – landesrechtliche Bestimmungen eingeführt haben, nach denen sich Ein- und Rückreisende aus dem Ausland für 14 Tage in häusliche Quarantäne begeben müssen. Ob die Quarantäneregeln ihrerseits rechtmäßig sind, wurde in einstweiligen Verfügungsverfahren schon angezweifelt.² Die kritischen Gerichte sind der Auffassung, dass die Anordnung einer pauschalen Quarantänepflicht für aus dem Ausland Einreisende nicht zulässig sei, weil jedenfalls derzeit nicht mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden könne, dass diese sämtlich ansteckungsverdächtig im Sinne des § 2 Nr. 7 IfSG sind.³

¹ Vgl. Arbeitsbesprechung der Bundeskanzlerin mit den Ministern BMF, BMI, AA, BMG, BMVg, ChefBK („Corona-Kabinett“) am 06.04.2020 sowie Muster-Verordnung zu Quarantänemaßnahmen für Ein- und Rückreisende zur Bekämpfung des Coronavirus vom 08.04.2020.

² So OVG Lüneburg, Beschl. v. 11.05.2020, Az. 13 MN 143/20; VG Hamburg, Beschl. v. 13.05.2020, Az. 15 E 1967/20; a. A. VG Freiburg, Beschl. v. 14.05.2020, Az. 4 K 1621/20; VG Dresden Beschl. v. 05.05.2020, Az. 6 L 294/20.

³ so VG Hamburg, a. a. O (Fn. 2).

Die Quarantäneregelungen wurden inzwischen weiter gelockert.⁴ Die Quarantänepflicht besteht derzeit grundsätzlich nur noch bei Einreise aus einem Risikogebiet. Als Risikogebiet wird ein Staat ausgewiesen, bei dem ein erhöhtes Risiko für eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 besteht. Die Einstufung als Risikogebiet erfolgt durch das Bundesministerium für Gesundheit, das Auswärtige Amt, und das Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat. Eine fortlaufend aktualisierte Liste der Risikogebiete wird durch das Robert Koch-Institut veröffentlicht.⁵

Für die aus einem Risikogebiet einreisenden Personen besteht zudem eine Meldepflicht. Sie sind verpflichtet, die für sie zuständigen Behörden (in der Regel das lokale Gesundheitsamt⁶) zu kontaktieren und auf ihre Einreise hinzuweisen.

Von der Pflicht zur Quarantäne sind landesrechtlich vereinzelt Ausnahmen geregelt. Ausgenommen sind beispielsweise Personen, die durch ein ärztliches Zeugnis nachweisen können, dass keine An-

⁴ Vgl. etwa *Berlin*, § 8 Abs. 1 Satz 1 SARS-CoV-2-Infektionsschutzverordnung vom 23.06.2020 idF v. 26.06.2020; *Bayern*, § 1 Abs. 1 Satz 1 Einreise-Quarantäneverordnung v. 15.06.2020; *Nordrhein-Westfalen*, § 1 Abs. 1 Satz 1 Coroneinreiseverordnung v. 21.06.2020 idF v. 07.07.2020

⁵ Die Reisewarnung für die Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (außer Schweden), den Schengen-assozierten Staaten und dem Vereinigten Königreich wurde zum 15.06.2020 und für Schweden zum 14.07.2020 aufgehoben. Eine Übersicht zu den Risikogebieten ist abrufbar unter https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogebiete_neu.html (zuletzt aufgerufen am 20.07.2020).

⁶ Suchmaschine zum jeweils zuständigen Gesundheitsamt abrufbar unter <https://tools.rki.de/plztool/> (zuletzt aufgerufen am 20.07.2020).



WISSEN, DAS WEITERBRINGT. FORTBILDUNGEN FÜR MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE



www.mfawissen.de

Die Plattform für das ganze Team
in Klinik & Praxis

haltspunkte für das Vorliegen einer Infektion mit dem Coronavirus SARS CoV 2 vorhanden sind, und dieses der zuständigen Behörde auf Verlangen unverzüglich vorlegen. Erforderlich ist eine molekularbiologische Testung auf das Vorliegen einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem sonstigen durch das Robert-Koch-Institut veröffentlichten Staat⁷ durchgeführt und höchstens 48 Stunden vor Einreise in die Bundesrepublik Deutschland vorgenommen worden ist.

Die infektionsschutzrechtlichen Bestimmungen haben zur Folge, dass Urlaubsrückkehrer aus Risikogebieten grundsätzlich nicht innerhalb der Quarantänezeit an ihren Arbeitsplatz zurückkehren dürfen. In arbeitsrechtlicher Hinsicht stellt sich deshalb die Frage, ob der Arbeitgeber verpflichtet ist, eine Entschädigung zu leisten bzw. den Arbeitslohn fortzuzahlen. Dies ist zumindest dann abzulehnen, wenn ein Arbeitnehmer in ein Land einreist, das schon vor dem Antritt der Reise als Risikogebiet eingestuft wurde.

Für den Fall, dass sich ein Arbeitnehmer bei einer Reise in ein Risikogebiet mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert und arbeitsunfähig erkrankt, scheidet eine Lohnfortzahlung im Krankheitsfall wohl nach § 3 Abs. 1 EntgFG aus.⁸ Danach besteht der Anspruch auf Lohnfortzahlung im Krankheitsfall nur, wenn ein Arbeitnehmer „ohne Verschulden“ infolge von Krankheit arbeitsunfähig wird. Bei einer Urlaubsreise in ein Risikogebiet realisiert sich aber genau das Risiko, vor dem durch diverse Stellen gewarnt wird. Die Arbeitsunfähigkeit wird dann regelhaft im Sinne des Gesetzes verschuldet sein, weshalb eine Lohnfortzahlung ausgeschlossen ist.

Auch wenn keine Erkrankung auftritt, kann der Arbeitnehmer aufgrund der landesrechtlichen Quarantänebestimmungen seine Arbeitsleistung i. d. R. nicht erbringen. Bei Unmöglichkeit der Arbeitsleistung sieht zwar § 616 BGB vor, dass der Anspruch auf die Vergütung bestehen bleibt. Dies gilt jedoch nur, wenn der Arbeitnehmer für eine verhältnismäßig nicht erhebliche Zeit durch einen in seiner Person liegenden Grund „ohne sein Verschulden“ an der Dienstleistung verhindert wird. Bei Einreise in ein Risikogebiet ist jedoch regelhaft von einem Verschulden auszugehen.

Besteht kein Anspruch nach § 616 BGB, kommt zwar grundsätzlich auch ein infektionsschutzrechtlicher Entschädigungsanspruch nach

⁷ Abrufbar unter https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Tests.html (zuletzt aufgerufen am 20.07.2020).

⁸ Teilweise wird vertreten, dass § 3 EntgFG durch § 56 IfSG verdrängt wird, vgl. *Sagan/Brockfeld*, NJW 2020, 1112, 1113.



▲ Nach Reise ins Risikogebiet: Keine Lohnfortzahlung im Krankheitsfall



© D+B

▲ RA Jesche und Reuther: „Arbeitgeber sind derzeit gut beraten, sich damit zu befassen, wie sie mit Arbeitnehmern umgehen, die in Risikogebieten Urlaub machen.“

§ 56 Abs. 1 Satz 2 i. V. m. Satz 1 IfSG in Betracht.⁹ Danach erhalten Personen eine Entschädigung, die aufgrund des IfSG als Ausscheider, Ansteckungsverdächtige oder Krankheitsverdächtige abgesondert wurden oder werden, und dadurch einen Verdienstaufschlag erleiden. Gleichwohl dürfte auch ein solcher Anspruch ausscheiden, da es nicht dem Sinn und Zweck des IfSG entspricht, dass die Allgemeinheit für Kosten aufkommt, die aus nicht notwendigen Reisen in Risikogebiete resultieren.

Aufgrund der derzeit bestehenden Quarantänebestimmungen sind Arbeitgeber gut beraten, sich frühzeitig mit den Gestaltungsmöglichkeiten bei der Urlaubsrückkehr von Arbeitnehmern aus Risikogebieten vertraut zu machen.

Schon vor dem Urlaubsantritt dürfte eine Nachfrage des Arbeitgebers berechtigt sein, ob der Arbeitnehmer während seines Urlaubs eine Reise in ein Risikogebiet unternimmt. Hintergrund ist, dass den Arbeitgeber allgemeine Schutzpflichten (§§ 241 Abs. 2, 618 Abs. 1 BGB) gegenüber den anderen Arbeitnehmern treffen, diese vor den Gefahren einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 zu schützen.¹⁰

Als weitere Gestaltungsmöglichkeit kommt zudem in Betracht, eine Dienstanweisung für Reisen in Risikogebiete zu erlassen. Darin könnte beispielsweise geregelt werden, dass der Arbeitgeber grundsätzlich von Reisen in Risikogebieten abgeraten wird. In Übereinstimmung mit den landesrechtlichen Ausnahmen bietet es sich außerdem an, Mitarbeiter, die dennoch in Risikogebiete reisen, dazu anzuhalten, sich freiwillig testen zu lassen, um ohne häusliche Quarantäne an den Arbeitsplatz zurückzukehren. Bei der genaueren Ausgestaltung der Regelungen empfiehlt sich ggf. auch die Einholung eines anwaltlichen Rates.

Der Beitrag stellt die Rechtslage am 21.07.2020 dar. Das BMG hat nach Redaktionsschluss angekündigt, dass für Einreisende aus Risikogebieten eine Testpflicht eingeführt werden soll. Die weiteren gesetzgeberischen Aktivitäten müssen daher im Auge behalten werden.

Autoren: Rechtsanwältin Nicole Jesche, Rechtsanwalt Dr. Christian Reuther, D+B Rechtsanwälte www.db-law.de

⁹ Auf der Grundlage der „veralteten“ Quarantänebestimmungen wird ein Entschädigungsanspruch teils schon deshalb abgelehnt, weil Rückkehrende aus dem Ausland nicht als Ansteckungsverdächtige i. S. v. § 2 Nr. 7 IfSG einzuordnen seien (dazu *Stöß/Putzer*, NJW 2020, 1465, 1467).

¹⁰ Vgl. *Sagan/Brockfeld*, NJW 2020, 1112, 1113.

Veranstaltungsübersicht BvDU & SgDU



2020

September

16. & 30.09.2020
14.30–17.30 Uhr
2-teiliges Webinar
Refresher-Kurs: Onkologische Live-Online-Fortbildung für MFA in urologischen Facharztpraxen

16.09.2020
16.00 Uhr
Webinar Urogister
www.urogister/webinare

18.–19.09.2020
München
ganztägig
MFAWissen: Qualifizierungskurs zur Hygiene und der Aufbereitung von Medizinprodukten

23.09.2020
16.00 Uhr
Webinar Urogister
www.urogister/webinare

30.09.2020
16.00 Uhr
Webinar Urogister
www.urogister/webinare

23.09.2020
Leipzig
ganztägig
Zertifizierter Grundkurs Impfen
11 CME-Punkte

24.09.2020
Leipzig
09.00–13.30 Uhr
Zertifiziertes Grundlagentraining Transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin
6 CME-Punkte

Oktober
10.–11.10.2020 (ausgebucht)
Neu-Ulm
ganztägig
Praxisgründungsseminar

27.10.2020
Webinar (im Rahmen des DGU-Kongress 2020)
Arbeitsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte

27.10.2020
Webinar (im Rahmen des DGU-Kongress 2020)
Altersvorsorge: Was sollten Assistenzärzte darüber wissen?

November

04.11.2020
Neumünster
16.30–19.00 Uhr
MFAWissen: Aktuelles zur Therapie onkologischer Erkrankungen in der Praxis

06.11.2020
Hamburg
ganztägig
Zertifizierter Grundkurs Impfen
CME-Punkte werden beantragt

12.11.2020
Berlin
ganztägig
Zertifizierter Grundkurs Impfen
11 CME-Punkte

13.–14.11.2020
Stuttgart
ganztägig
5. Urologisches Herbstforum
CME-Punkte werden beantragt

13.11.2020
Stuttgart (Im Rahmen des 5. Urologischen Herbstforums)
MFAWissen: Praxismanagement und Abrechnung

13.–14.11.2020
Berlin
ganztägig
MFAWissen: Qualifizierungskurs zur Hygiene und der Aufbereitung von Medizinprodukten

13.–14.11.2020
Neumünster
ganztägig
Urologische Tumorthherapie Schleswig-Holstein
CME-Punkte werden beantragt

14.11.2020
Berlin (im Anschluss an den Kontinenzkongress)
13.30–18.00 Uhr (voraussichtlich)
Zertifiziertes Grundlagentraining Transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin
CME-Punkte werden beantragt

20.–21.11.2020
Halle
ganztägig
Praxisgründungsseminar

21.–22.11.2020 (Zusatztermin)
Neu-Ulm
ganztägig
Praxisgründungsseminar

27.11.2020
Aachen
ganztägig
MFAWissen: Qualifizierungskurs zur Hygiene und der Aufbereitung von Medizinprodukten | Sondertermin UNA – Urologen-netz der Region Aachen

Dezember
04.–05.12.2020
Hamburg
ganztägig
MFAWissen: Qualifizierungskurs zur Hygiene und der Aufbereitung von Medizinprodukten

2021
Februar
19.–20.02.2021
Berlin
ganztägig
Praxisgründungsseminar

März
05.–06.03.2021
Leipzig
ganztägig
6. Urologisches Frühjahrsforum
CME-Punkte werden beantragt

Mai
28.–29.05.2021
Hamburg
ganztägig
12. Urologisches Sommerforum
CME-Punkte werden beantragt

2022
Juni
10.–11.06.2022
Hamburg
ganztägig
13. Urologisches Sommerforum
CME-Punkte werden beantragt

Aufgrund der aktuellen Situation sind Terminverschiebungen möglich!

Sie möchten eine Veranstaltung durchführen oder zertifizieren lassen? Sprechen Sie uns an, wir helfen gerne weiter.

Boris Rogowski
Tel: 030 887 22 55-1
E-Mail rogowski@sgdu-mbh.de, www.sgdu-mbh.de

Anmeldungen unter www.sgdu-mbh.de/veranstaltungen oder diesem QR-Code

