

### Inhalt

- 1623** Hygiene – Herausforderung für alle Urologen
- 1625** 6. Deutscher Interoperabilitätstag
- 1627** Versicherungspflicht für Vertragsärztinnen und -ärzte
- 1628** Konsil und Verantwortung
- 1629** „Die Niedergelassenen werden in der Politik offenbar nicht richtig wahrgenommen“
- 1630** Nachwahlen im Vorstand des SpiFa e.V. und neuer Hauptgeschäftsführer des SpiFa e.V.
- 1631** Aufklärung – nicht nur eine rechtliche Notwendigkeit
- 1632** PSA-Test: Urologen aktiver und informierter als Hausärzte
- 1633** Veranstaltungsübersicht BvDU & SgDU

Aus dem BvDU-Präsidium

## Hygiene – Herausforderung für alle Urologen



Liebe Kolleginnen und Kollegen, die Anforderungen an die Hygiene sind für Praxis und Krankenhaus steigend und stellen eine zunehmende Herausforderung

an Praxis- und Klinikalltag dar. Die Coronapandemie hat gezeigt, wie wichtig hygienische Maßnahmen in allen Bereichen sind, die Medizin stellt hier keine Ausnahme dar.

Offensiver Umgang mit den Anforderungen an die Hygienemaßnahmen, Diskussion mit allen Beteiligten auf Augenhöhe, Durchsetzen einer flächendeckend gleich guten Hygiene auf höchstem Niveau muss der Anspruch aller Urologen sein. Die Gegenfinanzierung der erforderlichen Maßnahmen gehört in der Diskussion ebenso dazu, wie die Beteiligung an der Entscheidungsfindung und Vermeidung von überbordenden Maßnahmen. Höchstes Gebot aller Beteiligten sollte die Patientensicherheit sein. Hierzu gehört auch die wirklichkeitsnahe Darstellung der Versorgungsrealität.

Wir Urologen sollten uns der Herausforderung stellen, Hygiene auf diesem hohen Niveau aufrecht zu erhalten.

Wird die Umsetzung von Hygienemaßnahmen durch zahlreiche Gesetze, Rechtsvorschriften, KRINKO-Empfehlungen, DIN-EN Normen etc. geregelt, so gilt es deren Erstellung, Überwachung und Umsetzung durch die Begehungsbehörden zu begleiten und kritisch zu hinterfragen.

Qualitätsmanagement mit Hygieneplan, Reinigungsplan, Erstellung standardisierter Arbeitsanweisungen, Sachkundekurse für MFA's und Ärzte (HBA), Surveillance nosokomialer Infektion, Stan-



### Redaktion

Dr. R. Zielke (V. i. S. d. P.)  
BvDU-Geschäftsführer  
Kantstr. 149, 10623 Berlin

dardisierung und Validierung von Aufbereitungsprozessen, zunehmende Anforderungen an Equipment und Ausstattung sind nur die Kernpunkte der Hygiene.

Geht man davon aus, dass die EBM-2008 Berechnungsgrundlage nach Arztleistung (AL) und technischer Leistung (TL) seinerzeit korrekt berechnet wurde, so werden die in zunehmendem Maße erforderlichen, zumeist sinnvollen und berechtigt steigenden Anforderungen an die Hygiene in allen Belangen – angefangen von der Hände-Hygiene bis hin zur Aufbereitung von Medizinprodukten – nicht gegenfinanziert. Dieses wird unweigerlich zu Defiziten in der Hygiene oder nicht Erbringbarkeit von medizinisch notwendigen Leistungen führen – beides zu Lasten der Patienten.

### Vermeidung nosokomialer Infektionen (KRINKO 2018)

Die Einteilung der Operationen nach der Gesamt-Risikostruktur der anstehenden Operation, patientenindividuellen Faktoren und Beachtung des Gesamtspektrums der operierenden Einheit ist zu begrüßen. Eine Unterscheidung nach ambulanten oder stationären Operationen erscheint aus infektionshygienischer Sicht nicht mehr zeitgemäß.

Es wird nach Surgical-Site-Infektion (SSI) Risiko in normales Risiko, niedriges Risiko und sehr niedriges Risiko für Operationen unterschieden. Hieran knüpfen sich die zu erfüllenden Anforderungen und Voraussetzungen für das operierende Zentrum. Zu kritisieren ist das Fehlen von Vorgaben für die Risikoeinteilung der Operationen. Dieses wird den Krankenhäusern/Praxen/ambulanten OP-Zentren selber überlassen. Vergleich mit Daten aus dem nationalen Referenzzentrum (NRZ) sollen herangezogen werden. Die Betreuung durch einen Krankenhaushygieniker ist benannt und wird als erforderlich angesehen, ist aber insbesondere für kleinere Operationseinheiten nicht umsetzbar. Eine Schließung der Lücke wäre durch Vorgaben des Berufsverbandes (BvDU) in Zusammenarbeit mit der wissenschaftlichen Gesellschaft (DGU) unter Verwendung von Versorgungsdaten für die Urologie denkbar.

### Surveillance von Hygiene-Maßnahmen

Diese findet in der Qualitätssicherung Anwendung und ist in Krankenhäusern bereits flächendeckend etabliert. Im ambulanten Sektor fehlen derzeit noch die Arbeitsinstrumente um die Überwachung von Infektionen nach operativen Maßnahmen zu dokumentieren und somit auch das Infektionsgeschehen beeinflussen

zu können. Die Arbeitsgemeinschaft der KBV zur sektorübergreifenden Qualitätssicherung (sQS) soll Vorschläge erarbeiten, diese Lücke zu schließen. Ob der GBA und das IQTIC dann diesen Vorschlägen folgt, bleibt abzuwarten.

Infektionen im Rahmen von fehlender oder falscher Hygiene werden von den Betreibern oft als endemisch und schicksalhaft angesehen, da sie eher selten sind. Surveillance und Vergleich mit anderen Institutionen kann die Qualität deutlich verbessern und wird zunehmend gefordert werden. Benchmarking ist in den Krankenhäusern mit dem KISS-System etabliert. Die Praxen haben hier Nachholbedarf.

### Validierung der Aufbereitungsprozesse

Neben den allgemeinen Anforderungen an die Aufbereitung von Medizinprodukten, deren Grundsätze in der KRINKO-Empfehlung 2012 („Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“) festgelegt und durch zahlreiche weitere Gesetze und Vorschriften geregelt werden, rückt derzeit die Validierung dieser Aufbereitungsprozesse zunehmend in den Vordergrund. Eine Nachvollziehbarkeit und standardisiert, reproduzierbar gleichbleibend gute Aufbereitung der Medizinprodukte erscheint sinnvoll. Nach Gesetzeslage sind hierfür qualifizierte Validierer erforderlich, eine Anforderung bei denen sich insbesondere kleine OP-Einheiten schwertun. So bietet diese Gesetzesanforderung doch eine Spielwiese für zahlreiche seriöse und weniger seriöse

Anbieter. Neben Installations- und Betriebsqualifizierung für die aufbereitenden Einheiten sind Leistungsnachweise durch u. a. mikrobiologische Analysen und Restproteinbestimmung erforderlich. Die Umsetzung der Validierung stellt für die OP-Einheiten eine erhebliche zeitliche, personelle und finanzielle Belastung dar.

Aufgabe des Berufsverbandes sollte es sein, die OP-Zentren bei der Validierung zu unterstützen, die Prozesse für die Validierung zu harmonisieren und die OP-Zentren vor überbordenden Maßnahmen zur Umsetzung zu schützen.

### Berufspolitische Aufstellung und existente Beteiligung zur Verbesserung der Qualität in der Hygiene

Der BvDU ist bereits in zahlreichen Gremien bezüglich der Hygiene eingebunden und wird im Rahmen seiner Möglichkeiten Einfluss nehmen:

- **Ambulantes Operieren: trilaterale Verhandlungen zwischen KBV/DKG und GKV-SV**  
„Ambulant vor Stationär“ wird zu weiterer Ausweitung des ambulanten OP-Katalogs führen. Hier gilt es eine adäquate Abbildung des Aufwandes einzubringen. Die Hygienekosten gehören genauso dazu wie Sach-, Personal und Vorhaltekosten. Der Berufsverband ist derzeit für den ambulanten Sektor über die KBV, die DGU für den stationären Sektor über die DKG



Liebe Mitglieder,  
wir wünschen Ihnen und Ihren Familien  
eine **besinnliche Weihnachtszeit**  
und ein **gesundes Neues Jahr!**

Vielen Dank für Ihr **entgegengebrachtes Vertrauen**  
im vergangenen Jahr. Für uns ist das ein wichtiger Ansporn,  
Sie auch künftig erfolgreich berufspolitisch  
und in Ihren Standesinteressen in Klinik und Praxis  
vertreten zu können.

**Erholbare Festtage und herzliche Grüße**  
Ihr Berufsverband der Deutschen Urologen e.V.  
Ihre Servicegesellschaft der Deutschen Urologen mbH

im Boot. Eine interne Harmonisierung der Bedürfnisse zwischen den beiden Sektoren wurde bereits angeregt.

- **AG Hygiene & AG Ambulantes Operieren im SpiFa**  
Im Spitzenverband der Fachärzte finden multilaterale Gespräche mit zahlreichen Fachdisziplinen statt. Die Ärzteschaft scheint verstanden zu haben, dass nur gemeinsame Diskussion über die Fachgrenzen hinweg mit Aufstellung einer klaren Linie Beachtung finden wird. Der BvDU wird hier seinen Teil beitragen.
- **sQS (sektorübergreifende Qualitätssicherung)**  
Neben allgemeinen Maßnahmen zur Qualitätssicherung ist gerade die Hygiene im Focus der QS. Die sQS-WI (Wundinfektion) aus dem Jahr 2019 hat gezeigt, welche unsinnigen Auswüchse eine Qualitätssicherung annehmen kann. Der BvDU ist in der Diskussion um weitere Maßnahmen mit der KBV beteiligt. Die Umsetzung erfolgt jedoch über IQTIC und GBA, welche den Vorstellungen der KBV nicht immer entsprechen.

## Hygienekampagne 2.0

Protestaktionen gegen Verweigerungshaltung der Krankenkassen bezüglich der Finanzierung der Hygieneanforderung sind unabhängig. Reaktionen und Rückmeldungen zur 2. Hygienekampagne aus Gesundheitsministerien und Krankenkassen an den BvDU haben gezeigt, wie wenig Interesse und Verständnis bei diesen Gremien vorliegen. Das Grundinteresse der Ärzteschaft an einer hervorragenden Medizin und Hygiene wird durch Negierung der Anforderungen konterkariert. Impfzentren wurden für Milliarden aus dem Boden gestampft, auf eine Unterstützung schon allein der gestiegenen Materialkosten für die Hygiene wartet die Ärzteschaft vergebens.

Die Medizin muss wieder als das wahrgenommen werden, was sie ist: Erhaltung des höchsten Gutes – der Gesundheit – und darf nicht als selbstverständlich zwischen Partikularinteressen verschachtet werden.

## Urologie ist mein Beruf ...



**Ihr**  
**Dr. Peter Kollenbach**  
2. Vizepräsident

© #####

## Weitere berufspolitische Meldungen 6. Deutscher Interoperabilitätstag

# Ärzte und MFA vermissen Mehrwert der Digitalisierung



Bislang zeigt Digitalisierung wenig Praxisnutzen und bringt vor allem Mehraufwand für die Anwender. Darüber zeigen sich Ärzte, MFA, Politik-, Klinik- und

Industrievertreter beim Interoperabilitätstag einig. Über den Weg aus der Misere gehen die Vorstellungen jedoch auseinander. Anwender fordern mehr Tests, die Politik setzt dagegen auf Interoperabilität.

Mehr Interoperabilität forderte Christian Klose, im Bundesgesundheitsministerium (BMG) verantwortlich für die Gematik, die TI und e-Health. Es gebe jedoch kaum Interesse an gemeinsamen Lösungen. „Das deutsche Gesundheitssystem ist noch zu sehr geprägt von Partikularinteressen“, sagte er beim Deutschen Interoperabilitätstag des Bundesverband Gesundheits-IT (bvitg).

Als Positivbeispiel für Interoperabilität betrachtet Klose die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entwickelten MIOs (Medizinische Informationobjekte). Das Projekt sei anfangs sehr kontrovers diskutiert worden, aber jetzt ein Prozess, der richtig gut laufe. „Da entsteht schon Mehrwert“, sagte Klose. Das MIO-Projekt will er der neuen Hausleitung im BMG als Legacy-Projekt für die nächste Legislaturperiode empfehlen.

Auch am Tempo der Digitalisierung will Klose nicht rütteln. „Ich finde nicht, dass das Tempo zu hoch ist, das Tempo ist anspruchsvoll. Aber wenn wir keine Frist nennen, werden wir gar nicht starten“, sagte er. Das Ministerium wolle aber „die Dinge so staffeln, dass wir nicht jede Frist verschieben müssen“, so Klose weiter mit Blick auf die verschobene Einführung von eAU und eRezept. Er kritisierte, dass für große, flächendeckende Tests, die entsprechenden Industriepartner fehlen würden. „Wenn mir die Software nicht zur Verfügung steht, kann ich nicht testen.“

Um die Interoperabilität weiter voranzubringen, hat das BMG Mitte Oktober eine Interoperabilitäts-Richtlinie beschlossen. „Wir brauchen klare Verantwortungen, damit wir vorankommen“, begründete Klose diesen Schritt. Mit der Richtlinie werden ein Expertengremium und eine Koordinierungsstelle sowie eine Wissensplattform bei der Gematik eingerichtet. „Wir stehen tatsächlich erst am Anfang der digitalen Transformation. Wenn wir es ernst meinen, dann brauchen wir interoperable Vernetzung“, so Klose.

## Gematik-Beirat: „Wir müssen mehr testen“

Dr. Georg Münzenrieder, Vorsitzender des Beirats der Gematik, begrüßte diese Richtlinie ausdrücklich und vertrat wie Klose die Auffassung, dass das derzeit vorgelegte Tempo in Sachen Digitalisierung nötig sei. Die Telematikinfrastruktur (TI) stellt aus seiner Sicht derzeit einheitliche Standards im deutschen Gesundheitswesen sicher. Münzenrieder meint aber, dass viele Dinge auf europäischer

Ebene angegangen werden müssen. „Man muss von den Insellösungen an der Stelle ganz klar und schnell wegkommen“, forderte er.

Problematisch ist Münzenrieder zufolge aus Sicht des Gematik-Beirats weniger die Interoperabilität als die Bekanntheit der TI: „Viele der TI-Anwendungen sind noch nicht so bekannt in der Bevölkerung.“ Er forderte eine Informationskampagne. Wichtig sei zudem, dass die ePA kontinuierlich weiterentwickelt werde. Die TI 2.0 sei eine wichtige Roadmap. Der Beirat vertrete die Auffassung: „Entscheidend für uns ist, dass die stetige Beteiligung der Industrie, der Nutzerinnen und Nutzer sichergestellt ist.“

Für die nächsten Jahre habe man zuletzt die Erkenntnis gewonnen, dass neue Anwendungen mehr getestet werden müssten. „Wir müssen mehr testen. Feldtests sind das eine, aber wir brauchen vielleicht mehr Testregionen oder große Testregionen, wo wir das, was entwickelt worden ist, großflächig testen, um zu sehen, ob und wie es funktioniert“, sagte Münzenrieder. Das müsse auch in den Zeitabläufen für die neuen Anwendungen vorgesehen sein.

### **Internist Oen: „Zeitersparnis und Mehrwert erleben wir in der Praxis nicht“**

„Was wir in der Praxis erleben sind nicht die Segnungen der Telematik, sondern die Probleme. Wir verlieren durch Stammdatenabgleich unglaublich viel Zeit“, sagte Dr. Hendrik Oen, niedergelassener Arzt in der Praxis Medicum Münster. Ärzte würden aber auch Vorteile sehen, etwa bei den digitalen Impfpässen oder wenn Covid-Testergebnisse digital zur Verfügung stehen.

Oen sieht derzeit in Sachen Digitalisierung daher ein durchmisches Bild. Der Vorteil der Telematikinfrastruktur sei für Arztpraxen derzeit nicht greifbar und sichtbar, so Oen. „Wir haben eher Angst, vor dem was kommt“, sagte er. Sinnvoll seien daher positive Anreize. „Anwendungen, die für uns eine Zeitersparnis und einen Mehrwert in der Versorgung bedeuten, erleben wir einfach nicht. Alles stottert und hakelt. Für die MFA, die täglich damit arbeiten, ist das wirklich eine Hochbelastung. Und wenn sich etwas anfängt einzurenken, dann kommt etwas Neues“, sagte Oen.

Der Internist fordert, dass ausgereifte Systeme in die Praxen kommen, die nicht am Anfang hakeln. „Es muss so getestet sein, dass es auch im großen Maßstab funktioniert. Mein großer Wunsch wäre, dass wir nicht mit Experimenten starten.“ Zu sinnvollen Anwendungen gehört aus seiner Sicht aber auch, dass unterschiedliche Praxisverwaltungssysteme miteinander reden können, ohne dass Daten verloren gehen. Daher sei es wichtig, die Interoperabilität voranzutreiben.

### **„Der Aufwand für die Implementierung muss honoriert werden.“**

Hannelore König vom Verband medizinischer Fachberufe unterstrich Oens Appell und forderte zudem, die Medizinischen Fachangestellten (MFA) in die Entwicklung und die Tests einzubeziehen. „Im Prinzip erbringen die MFA jetzt Verbesserungsleistungen für die Krankenkassen“, kritisierte sie das Stammdatenmanagement. Sie verwies auf den immensen Mehraufwand durch den Ausfall der Konnektoren im vergangenen Jahr.

„Grundsätzlich ist unsere Berufsgruppe offen für Digitalisierung. Wir wollen weg vom Fax. Wir warten händeringend auf einen standardisierten digitalen Krankenhaus-Entlassbrief“, sagte König. Doch im Moment seien die MFA sehr belastet durch die Pandemie. „Sie wurden zu wenig eingebunden, müssen nun in kürzester Zeit alles umsetzen und haben in der Pandemie dafür überhaupt nicht die Zeit“, sagte König. Sie wünscht sich, dass die Politik in Zukunft auch die MFA bei der Entwicklung neuer Anwendungen mitnimmt und fordert eine Vergütung für die Mehraufwände. „Der Aufwand, den die MFA für die Implementierung leisten, muss über Anreizsysteme auch endlich mal honoriert werden“, so König.

### **Auch Kliniken erleben TI als „viel Arbeit und Hürden“**

Die Erfahrungen aus dem niedergelassenen Bereich bestätigen sich aus Sicht von Katja Kümmel vom Geschäftsbereich IT im Universitätsklinikum Münster auch bei den Krankenhäusern. Auch Klinikmitarbeiter würden Digitalisierung nicht als großen Durchbruch erleben, sondern als eine neue zusätzliche Anforderung, die keinem nutze.

„Es ist viel zu wenig Zeit für die Einführung, und uns fehlt ja zusätzlich auch noch die Technologie. Sie ist überhaupt nicht für Krankenhäuser skaliert“, sagte Kümmel. Das größte Problem bei der Umsetzung der TI in den Kliniken sei aber der Fachkräftemangel. Laut Kümmel fehlen Menschen, die in der Lage und dazu ausgebildet sind, solche Dinge zu implementieren.

Vorteile der Digitalisierung zeigen sich nach Angaben der Klinik-IT-Expertin in den Kliniken zwar bei der Telemedizin, aber nicht bei der TI. „Bisher ist von dem Thema TI hier noch nicht viel angekommen außer viel Arbeit und Hürden“, sagte Kümmel. Wichtig sei, dass immer noch genutzte nicht sichere Kommunikationswege abgelöst werden durch funktionsfähige sichere Wege.

### **PVS-Hersteller fordern Transparenz und flächendeckende Tests**

Die PVS-Hersteller haben ebenfalls den Eindruck, dass Digitalisierung ihnen derzeit vor allem Mehraufwand bringt. „Wir erleben, dass wir über die Gesetzgebung nun jede Menge Hausaufgaben bekommen“, sagte Jessica Birkmann von mediatiXX. Die Hersteller beobachten nach ihren Angaben eine erhöhte Nachfrage nach Schulungsangeboten.

Birkmann forderte eine verbindliche Roadmap mit Transparenz über Fristen. Zudem müssten Fristen für die verschiedenen Akteure und Anwendungen in Einklang gebracht werden. „Es ist Aufgabe der Gematik, alle mit einer Roadmap für die nächsten zwei Jahre abzuholen“, sagte sie.

Auch aus ihrer Sicht sind aber mehr Tests nötig. „Wir brauchen flächendeckende Tests“, forderte sie. Dabei seien alle Leistungserbringer einzubeziehen. „Das klappt nur, wenn man den Zeitplan entzerrt.“ Birkmann wünscht sich, dass TI-Anwendungen so gestaltet sind wie die Covid-19-Zertifikate. „Hier waren die Zuständigkeiten klar, der Nutzen ist klar, die Verantwortlichkeiten sind klar“, sagte sie.

**Quelle:** änd Ärztenachrichtendienst, Autor: am (<https://www.aend.de/article/214789>)

## Versicherungspflicht für Vertragsärztinnen und -ärzte



Ein neues Gesetz verpflichtet Medizinerinnen und Mediziner dazu, eine Haftpflichtversicherung mit bestimmter Mindestdeckungshöhe abzuschließen.

Der Gesetzgeber hat sich mit dem Thema der Berufshaftpflichtversicherung für Vertragsärztinnen und -ärzte befasst und sieht hier einen Regelungsbedarf. Daher wurde das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) dazu genutzt, eine

Versicherungspflicht für Vertragsärztinnen und -ärzte zu schaffen. Bundestag und Bundesrat haben das Gesetz im Juni beschlossen, am 20. Juli 2021 ist es in Kraft getreten. Johannes Jaklin, Fachanwalt für Medizinrecht, erläutert die Inhalte.

### Mindestversicherungssummen liegen fest

Mit der Einfügung des § 95e in das Sozialgesetzbuch V wird nun erstmals eine Verpflichtung der Vertragsärztinnen und -ärzte gesetzlich festgelegt, sich ausreichend gegen die Haftpflichtgefahren zu versichern, die sich aus der Berufsausübung ergeben.

Das Gesetz fordert dazu eine Mindestversicherungssumme von drei Millionen Euro. Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sowie Vertragsärztinnen und -ärzte beziehungsweise Berufsausübungsgemeinschaften mit angestellten Ärztinnen und Ärzten müssen mindestens fünf Millionen Euro Versicherungssumme einkaufen. Grundsätzlich dürfen die Leistungen des Versicherers für alle Schäden eines Jahres nicht weiter als auf den zweifachen Betrag der Mindestversicherungssumme begrenzt sein. Bei MVZ und Vertragsärztinnen und -ärzten sowie Berufsausübungsgemeinschaften mit angestellten Ärztinnen und Ärzten gilt der dreifache Betrag als Untergrenze. Dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wird die Möglichkeit eingeräumt, eine höhere Versicherungssumme miteinander zu vereinbaren.

Für die im Zusammenhang mit der Versicherungspflicht stehenden Nachweis- und Meldepflichten wird der Zulassungsausschuss die zuständige Stelle. Diesem Gremium gegenüber ist der ausreichende Versicherungsschutz bei Antrag auf Zulassung, Ermächti-

gung oder Genehmigung einer Anstellung beziehungsweise auf Verlangen des Zulassungsausschusses zu erbringen.

Wenn ein Versicherungsverhältnis nicht vorliegt, es beendet oder geändert wird, ist dies anzuzeigen. Damit korrespondierend kommt dem Zulassungsausschuss auch eine Kontrollpflicht zu, und er erhält entsprechende Sanktionsbefugnisse. Von sich aus hat der Zulassungsausschuss die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt zur Vorlage eines Versicherungsnachweises aufzufordern, wenn er Kenntnis davon erlangt, dass eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung nicht besteht.

Kommt die Ärztin/der Arzt dem nicht nach, muss der Ausschuss beschließen, dass die Zulassung ruht.

Die Zulassungsausschüsse sind verpflichtet, bei allen betroffenen Ärztinnen und Ärzten, MVZ und Berufsausübungsgemeinschaften innerhalb von zwei Jahren nach Inkrafttreten des Gesetzes einen entsprechenden Nachweis anzufordern.

### Ansprüche sollen nicht ins Leere laufen

Es stellt sich die Frage, was den Gesetzgeber dazu bewogen hat, den Vertragsärztinnen und -ärzten diese Pflicht aufzuerlegen, obwohl für jede Ärztin und jeden Arzt bereits aus berufsrechtlichen Gründen eine Verpflichtung zu ausreichendem Versicherungsschutz besteht. In den Heilberufs- und Kammergesetzen der Länder beziehungsweise in den jeweiligen Berufsordnungen finden sich Vorgaben zum Versicherungsschutz, der selbstverständlich auch für die Vertragsärztinnen und -ärzte gilt. So kann konsequenterweise die Verpflichtung nach § 95e SGB V auch mit einer Berufshaftpflichtversicherung erfüllt werden, die aus berufsrechtlichen Gründen abgeschlossen wurde.

In der Gesetzesbegründung findet sich das Motiv, mit der Versicherungspflicht die Realisierbarkeit von Schadensersatzansprüchen und Regressforderungen bei Behandlungsfehlern zu stärken. Die teilweise sehr hohen Forderungen der Geschädigten und der Sozialleistungsträger sollen nicht aufgrund unzureichenden Versicherungsschutzes ins Leere laufen. Dabei wird auf den Bundesrechnungshof verwiesen. Er habe in den Bemerkungen zur Haushalts- und Wirtschaftsführung 2017 darauf hingewiesen, dass Vertragsärztinnen und -ärzte teilweise gar keine oder nur eine unzureichende Haftpflichtversicherung hätten. Außerdem werde der Versicherungsschutz, der sich aus den berufsrechtlichen Vorgaben ergebe, nicht in einem standardisierten Verfahren geprüft, argumentiert der Gesetzgeber.

### Verschiedene Auswirkungen sind zu beachten

In Anbetracht der sehr jungen gesetzlichen Regelung ist klar, dass in der Umsetzung eine Reihe von Fragen aufkommen werden, die heute noch nicht beantwortet werden können. Bereits jetzt sollten jedoch gewisse Dinge beachtet werden:

### Vertragsärztinnen und -ärzte

Für Vertragsärztinnen und -ärzte, Ärztinnen und Ärzte mit einer Ermächtigung, MVZ und Berufsausübungsgemeinschaften ist es wichtig, sich mit den beschriebenen Anforderungen an die Be-

rufshaftpflichtversicherung auseinander zu setzen. Die Vorgaben – insbesondere auch an die Höhe der Versicherungssumme – sind zu erfüllen. Innerhalb von zwei Jahren nach Inkrafttreten wird der entsprechende Versicherungsnachweis nach Aufforderung durch den Zulassungsausschuss vorzulegen sein. Sollte man der Aufforderung nicht nachkommen, wäre der Beschluss über das Ruhen der Zulassung eine äußerst empfindliche Sanktion.

### Krankenhäuser

Adressat der neuen gesetzlichen Regelung ist die Vertragsärztin/der Vertragsarzt. Damit fällt das Krankenhaus grundsätzlich nicht unter die Versicherungspflicht des § 95e SGB V. Es gilt aber zu prüfen, ob möglicherweise über die Betriebsshaftpflichtversicherung des Krankenhauses auch Risiken aus der vertragsärztlichen Versorgung mit abgedeckt sind. Zu denken ist dabei an ein vom Krankenhaus betriebenes MVZ oder eine zusätzliche Ermächtigung einer angestellten Ärztin/eines angestellten Arztes. Für den Fall muss eine Überprüfung auf die Einhaltung der neuen Vorgaben des § 95e SGB V hin erfolgen.

Wir werden für Sie die weiteren Entwicklungen im Blick behalten und darüber gegebenenfalls berichten.

## Konsil und Verantwortung



Die ausschließliche Verantwortung für die Gesamtbehandlung trägt der ursprünglich behandelnde Arzt beziehungsweise die behandelnde Ärztin – auch wenn ein Konsiliararzt hinzugezogen wird. Das hat das Oberlandesgericht (OLG) Hamm am 30. Oktober 2020 entschieden (I-26 U 131/19). Der Konsiliararzt haftet weder für eine unterlassene noch für eine verspätete Umsetzung seiner Empfehlungen. Die Organisationsverantwortung bleibt beim Behandelnden.

Der Konsiliararzt ist auch nicht verpflichtet, bei ausbleibender weiterer Anforderung eigenständig mit dem Patienten zur Überprüfung des Behandlungsverlaufs in Kontakt zu treten. Er darf sich auf die Befolgung seiner Empfehlungen verlassen. Mit dem Urteil hebt das Gericht das erstinstanzliche Urteil auf (LG Bielefeld, 4 O 228/18). Sandra Miller, Fachjuristin für Medizinrecht, fasst den vorliegenden Fall und das Urteil zusammen.

### Der Fall

Im Oktober 2013 kommt die Klägerin als Frühgeborenes in der 25 + 6 Schwangerschaftswoche mit einem Geburtsgewicht von

560 Gramm zur Welt. Es besteht ein hohes Risiko für das Auftreten einer Frühgeborenen-Retinopathie (ROP). Das stationär behandelnde Krankenhaus fordert Ende November 2013 augenärztliche Konsiliaruntersuchungen an. Diese erfolgen durch Augenärzte einer überörtlichen Gemeinschaftspraxis am 27.11.2013, 03.12.2013 und 10.12.2013. Die Ärzte diagnostizieren eine avaskuläre Netzhaut in Zone II – keine ROP. Bei einem derartigen Befund erfolgt leitlinienkonform eine erneute augenärztliche Untersuchung in der folgenden Woche. Entgegen der Empfehlung fordert das stationär behandelnde Krankenhaus zum 17.12.2013 keine augenärztliche Untersuchung an. Die nächste erfolgt erst am 03.01.2014. Hier wird die Diagnose einer fortgeschrittenen ROP gestellt. Das Kind wird zur augenärztlichen Behandlung in eine Uniklinik verlegt. Es erblindet am linken Auge. Am rechten Auge verbleibt ein Restsehvermögen von etwa 20 bis 40 %. Aufgrund der Gefahr einer Netzhautablösung bedarf es permanenter, engmaschiger augenärztlicher Kontrolluntersuchungen.

### Die Entscheidung

Klage wird gegen das stationär behandelnde Krankenhaus und die augenärztlichen Konsiliarärzte erhoben. Das Krankenhaus erkennt die Klageforderung an. Die augenärztlichen Konsiliarärzte werden in der ersten Instanz zum Schadenersatz verurteilt. Gegen das Urteil gehen sie erfolgreich mit der Berufung vor. Das OLG Hamm weist die Klage gegen die Konsiliarärzte ab. Gegen die Augenärzte bestehen weder vertragliche noch deliktische Ansprüche.

### Erläuterung

Organisationspflichten der Konsiliarärzte beschränken sich auf die Patienten, bei denen die Konsiliaruntersuchung angefordert wird. Es besteht keine eigenständige Überwachungspflicht, ob das behandelnde Krankenhaus der Empfehlung nachkommt.

Das OLG stellt fest, dass es für Konsiliarärzte keine Verpflichtung gibt, bei ausbleibender Anforderung eines Konsils mit dem stationär behandelnden Krankenhaus in Kontakt zu treten. Die Behandlungsverantwortung mit der Pflicht zur vollständigen therapeutischen Aufklärung verbleibt bei dem die Behandlung durchführenden Arzt bzw. der Ärztin. Nach dem Ende der Behandlung muss sich der konsiliarisch hinzugezogene Arzt bzw. die Ärztin darauf verlassen können, dass der Behandelnde den Empfehlungen folgt und die erforderlichen Maßnahmen veranlasst.

### Der Konsiliararzt handelt nur nach Auftrag

Das Gericht führt an, dass der Konsiliararzt immer aufgrund eines konkreten Auftrags tätig wird und an dessen Umfang gebunden ist. Das Frühgeborene ist ausschließlich Patient des Krankenhauses. Entsprechend befindet sich dort die Patientenakte. Die Konsiliarärzte legen keine eigene Behandlungsdokumentation an. Eine augenärztliche Behandlung wird ausschließlich auf dem Konsiliarchein dokumentiert. Dessen Original verbleibt in der Patientenakte des Krankenhauses. Es gibt bezüglich der Pflicht zur eigenen Kontrolle für Konsiliarärzte keine allgemeingültigen medizinischen Standards. Sie werden ausschließlich auf Anforderung tätig. Ihre

Organisationspflicht beschränkt sich auf den Umstand, dass sie nachhalten müssen, dass ihnen alle Patienten, für die eine Konsiliaranforderung vorliegt, vorgestellt wurden. Für Patienten, die nicht im Rahmen eines Konsils vorgestellt werden, erfolgt mangels Auftrag keine Untersuchung. Für den Konsiliararzt besteht weder die Pflicht zur Führung eines Fristenkalenders noch zu einer eigenständigen Dokumentation der ausgesprochenen Empfehlungen und Untersuchungsergebnisse.

Es handelt sich um keinen besonders gelagerten Einzelfall, der ausnahmsweise eine eigenständige Überwachungspflicht der konsiliarisch tätigen Ärzte auslösen könnte. Das erstinstanzliche Urteil hatte einen solchen Ausnahmefall angenommen, da es sich bei dem Kind um einen besonderen Risikopatienten handelte. Bei solchen Patienten muss der Konsiliararzt die Anforderungen des Konsils im Blick behalten und bei Ausbleiben der Anforderung eine Rückfrage vornehmen. Beim OLG Hamm hielt diese Einschätzung aber nicht Stand. Ein lediglich kontrollbedürftiger Befund sei nicht geeignet, einen besonderen Ausnahmefall zu konstatieren. Das OLG verweist in diesem Zusammenhang auf den Bundesgerichtshof (Urteil vom 21.01.2014, Az.: VI ZR 78/13). Der BGH sieht eine Ausnahme nur dann als gegeben an, wenn zwischen dem Patienten und dem Konsiliararzt ein eigenständiger Vertrag zustande kommt. Es gelte die Faustregel: Es haftet, wer abrechnet.

### Kein Behandlungsvertrag des Konsiliararztes mit dem Patienten

Schließlich führt das OLG an, dass eine vertragliche Haftung an dem Fehlen einer vertraglichen Beziehung zwischen dem Patienten und dem Konsiliararzt scheitert.

### Fazit

Es handelt sich um ein praxisrelevantes Urteil. Der Verantwortungsumfang eines Konsiliararztes wird klar, zutreffend und überzeugend definiert.

**Wenn Sie Fragen zu den Themen „Versicherungspflicht für Vertragsärztinnen und -ärzte“ sowie „Konsil und Verantwortung“ haben, sprechen Sie uns gern an:**

**Ecclesia med GmbH, Ecclesiastraße 1–4, 32758 Detmold. Telefon: +49 5231 603-0 oder per eMail: [info@ecclesiaMED.de](mailto:info@ecclesiaMED.de)**

Exklusiv für  
BvDU-Mitglieder:

Weitere  
Informationen unter:  
[www.sgdu-mbh.de](http://www.sgdu-mbh.de)

**Sonderkonditionen  
Sterilfilter**



## Zi-Chef beim Virchowbund

# „Die Niedergelassenen werden in der Politik offenbar nicht richtig wahrgenommen“



Das System der ambulanten Versorgung in Deutschland wird von der Politik zu wenig beachtet, findet Dominik Graf

von Stillfried. Das sei ein Fehler. Denn ein Umbau des Gesundheitswesens gelinge nur mit niedergelassenen Ärzten, meint der Vorsitzende des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi).

Seine These untermauerte der Diplom-Volkswirt am Freitag bei der Bundeshauptversammlung des Virchowbundes in Berlin mit einer Reihe von Zahlen. In Diskussionen über die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung und die Zukunft des Gesundheitssystems fokussiere sich die Politik meist nur auf den stationären Sektor, nach dem Motto: „Das bisschen ambulante Versorgung können die großen Krankenhäuser doch auch noch mitmachen.“ Dabei handele es sich bei der ambulanten Versorgung in Deutschland eben nicht um „ein bisschen“, sondern um einen weitaus größeren Block als die stationäre Versorgung.

Zur Veranschaulichung präsentierte von Stillfried die Anzahl der jährlichen sowohl ambulanten als auch stationären Behandlungsfälle: Hier stünden auf der einen Seite mehr als 600 Millionen (ambulant), auf der anderen knapp 20 Millionen (stationär). Hinzu kämen noch knapp 20 Millionen ambulante Notfälle, die in den Klinik-Notaufnahmen oder im ärztlichen Bereitschaftsdienst behandelt würden.

Zudem gebe es nach Berechnungen des Zi im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung ungefähr 200 Millionen Akutfälle – also zehnmal so viele akute Behandlungsfälle wie in der Notfallversorgung durch Bereitschaftsdienst und Notaufnahmen. „Das zeigt schon einfach die Dimensionen: So ohne weiteres wäre das durch die bestehenden Strukturen im stationären Bereich gar nicht zu stemmen“, sagte der Zi-Chef. Denn schon bei den jetzigen Fallzahlen würden die Krankenhäuser über Fachkräftemangel und mangelnde Möglichkeiten klagen, alle Fälle zu bedienen.

### Problem bei der Post-Covid-Behandlung

Vor diesem Hintergrund sei es „bedauerlich“, kritisierte von Stillfried, dass bei Diskussionen und Überlegungen zur sektorübergreifenden Versorgung meist nur darüber nachgedacht werde, diese an den Strukturen der Krankenhäuser anzusiedeln. Der ambulante Bereich finde dabei hingegen kaum Beachtung.

Das Gleiche, so der Zi-Vorsitzende, passiere auch jetzt wieder bei der Behandlung von Post-Covid-Patienten. Sehr viele Krankenhäuser würden sich der Politik jetzt präsentieren mit der Aussage, dass diese ganz komplizierten Fälle ja nur in den Krankenhaus-Ambulanzen behandelt werden könnten.

Ein Fehler, findet von Stillfried – und legte auch an dieser Stelle Daten vor, die das Zi seiner Aussage nach noch nicht veröffentlicht

habe. Danach wurden im ersten Quartal 2021 rund 110.000 Fälle als Post-Covid-Fälle kodiert. Davon waren ungefähr 108.000, also mehr als 98 %, vorher in vertragsärztlicher Behandlung.

Auffällig sei, erklärte der Volkswirt, dass alle rund 108.000 vorher vertragsärztlich behandelten Post-Covid-Patienten eine extrem hohe Prävalenz von chronischen Erkrankungen unterschiedlichster Art hätten, zum Beispiel Rückenschmerzen, Depression, Asthma oder ein metabolisches Syndrom – „im Grunde genommen alles alte Bekannte in der vertragsärztlichen Versorgung mit ihren Grundleiden“, sagte von Stillfried. Das Bild, das oft in der Öffentlichkeit kommuniziert werde, von der gesunden, jungen Person, die sich mit Corona infiziere und danach unter einer komplexen Anzahl verschiedener Symptome leide, die kaum jemand behandeln könne, dieses Bild sei „der absolute Ausnahmefall, das gibt es praktisch gar nicht in den Daten“, erklärte der Zi-Chef.

Die Mehrheit der Post-Covid-Patienten sei also bekannt und in vertragsärztlicher Versorgung und habe nicht mehr als ein oder zwei Symptome. Von Stillfrieds Fazit: „Wir reden über eine normale vertragsärztliche Versorgung. Wir brauchen hier keine extra Ambulanzen. Und ich glaube, diese Art von falscher Wahrnehmung aufgrund einzelner herausgearbeiteter Fälle führt immer wieder in die falsche Richtung, wenn wir über Versorgungsstrukturen nachdenken.“

### Vertragsärztliche Versorgung als „hochkomplexes Netzwerk“

Was nach Auffassung des Zi-Chefs oftmals auch nicht beachtet wird: „Vertragsärztliche Versorgung sei ein hochkomplexes Netzwerk, in dem ein Hausarzt seine Patienten tatsächlich in der Regel mit mehreren hundert anderen Praxen teilt, im engeren Sinne der Kooperation sind es dann vielleicht 50 bis 60 Praxen.“ Nur 15 % der Patienten in der vertragsärztlichen Versorgung würden von nur einem Arzt behandelt. „Man muss dieses Netzwerk im Kopf haben, wenn man über die vertragsärztliche Versorgung spricht. Es ist ein System, das leider nicht so sichtbar ist, aber wenn man sich die Daten dazu anschaut, dann wird es deutlich“, betonte von Stillfried. Dabei sei es mit Blick auf die Zukunft des Gesundheitssystems und seinen Umbau wichtig, auf den ambulanten Bereich zu setzen, „wir müssen ihn stärken“.

Hierfür sei es aber auch erforderlich, den Personalmangel anzugehen, sagte der Zi-Chef, und erklärte, wie das seiner Ansicht nach gelingen könnte. Zunächst einmal müsse man Vergütungsunterschiede abbauen und die bisher existierende Bevorzugung der Krankenhäuser beenden. Während die Vergütung für leitende Oberärzte im Krankenhaus zwischen 2010 und 2017 per Tarifvertrag um 15 % gestiegen sei, sei der Orientierungswert beim Vertragsarzt Honorar um nur 6 % angehoben worden, veranschaulichte der Volkswirt. Dieser Unterschied müsse beseitigt werden – auch, um die Arbeit in der Niederlassung wieder attraktiver zu machen.

Des Weiteren, so von Stillfried, müsse man die telemedizinische Versorgung ausbauen – sowohl im ambulanten Bereich wie auch sektorübergreifend. Und neue ambulante Versorgungsstrukturen seien zu schaffen, etwa intersektorale Gesundheitszentren (IGZ), um die Krankenhäuser zu entlasten. Solche Zentren könnten dann

vielleicht auch dazu beitragen, dass das ambulante System mehr beachtet werden, so die Hoffnung des Zi-Chefs. „Die vielen Praxen werden in der Politik offenbar nicht richtig wahrgenommen. IGZ dann möglicherweise schon.“

Quelle: [änd Ärztenachrichtendienst](https://www.aend.de/article/214756),

Autor: sk (<https://www.aend.de/article/214756>)

Aus dem SpiFa

## Nachwahlen im Vorstand des SpiFa e. V. und neuer Hauptgeschäftsführer des SpiFa e. V.



Der Vorstand für die kommenden Jahre ist wieder voll besetzt. Bei der diesjährigen Mitgliederversammlung des Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e. V. (SpiFa) standen personelle

Wechsel und Nachbesetzungen an. Im Zuge von Nachwahlen im Vorstand des SpiFa e. V. ist Herr Dr. med. Helmut Weinhart, bisher Vorstandsmitglied im SpiFa-Vorstand, zum stellvertretenden Vorsitzenden des Vorstandes des SpiFa e. V. gewählt worden. Dr. Weinhart ist Vorstandsmitglied im Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. (BVOU).

Anschließend galt es, den Vorstandsposten des im Januar verstorbenen langjährigen Vorstandsmitglieds Dr. med. Hans-Friedrich Spies nachzubesetzen. Dr. Dirk Heinrich erinnerte bei der Mitgliederversammlung in diesem Zusammenhang noch einmal posthum an seinen unermüdlichen Einsatz für die Interessen aller freiberuflichen tätigen Fachärztinnen und Fachärzte über alle Sektorengrenzen hinweg: „Er war bis zuletzt ein Kämpfer, persönlich und immer unermüdlich im Interesse der Ärzteschaft.“ Die Nachfolge für Dr. Spies tritt nun Dr. Norbert Smetak an. Smetak ist niedergelassener Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie in Kirchheim. Berufspolitisch ist er Vizepräsident und Schatzmeister im Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten e. V. (BDI) sowie Bundesvorsitzender des Bundesverbandes Niedergelassener Kardiologen e. V. (BNK). Darüber hinaus endet mit der neuen Aufstellung des Präsidiums des Berufsverbandes Deutscher Urologen e. V. (BvDU) aus formalen Gründen auch die Amtszeit von Dr. med. Axel Schroeder im Vorstand des SpiFa. Die Mitgliedsverbände des SpiFa e. V. und Mitvorstände dankten Dr. Schroeder noch einmal für sein Wirken und Einstehen für die fachärztlichen Interessen. Schroeder war seit der Gründung des SpiFa e. V. im Jahr 2012 maßgeblich an dessen Prägung und Ausrichtung beteiligt. Für Dr. Schroeder wurde auf der Mitgliederversammlung Jörg Karst nachgewählt. Karst ist niedergelassener Anästhesist in Berlin und im Präsidium des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten e. V. (BDA) tätig.

Auch in der Hauptgeschäftsführung traten zum Monatswechsel personelle Änderungen in Kraft. Lars Lindemann, Hauptgeschäftsführer

fürher des SpiFa e.V. legte zum 25. Oktober 2021 sein Amt nieder, um sich vollumfänglich seiner Tätigkeit als Abgeordneter des Deutschen Bundestages zu widmen. Der Vorstand gratulierte ihm zur Wahl in den 20. Deutschen Bundestag und dankte Lindemann für seinen unermüdlichen Einsatz, der das Wachstum und den Erfolg des Verbandes maßgeblich mit vorangetrieben hat. Durch sein Wirken sei der SpiFa e.V. zu einer wichtigen Stimme im Gesundheitssystem geworden, die Gehör findet und ernst genommen wird. Neuer Hauptgeschäftsführer wird Robert Schneider, der bereits seit 2015 beim SpiFa e.V. tätig ist und zuletzt den Posten des Verbandsgeschäftsführers innehatte. Dr. Dirk Heinrich dazu: „Herr Schneider kennt fachärztliche Belange und den Verband schon sehr lange, so dass für den SpiFa e.V. eine konstante Fortführung der Interessensvertretung der Fachärztinnen und Fachärzte in Deutschland und seiner Mitgliedsverbände gewährleistet ist. Wir als neu gewählter Vorstand wünschen Herrn Schneider allzeit gutes Gelingen und werden ihn vorbehaltlos unterstützen.“

**Quelle: SpiFa-Pressemitteilungen**

## Karrieresprechstunde

# Aufklärung – nicht nur eine rechtliche Notwendigkeit

Alle Ärzt:innen werden nahezu täglich mit dem Thema „Aufklärungen“ konfrontiert. Natürlich ist die korrekt ausgeführte Aufklärung allein schon aus rechtlicher Sicht nicht wegzudenken und auf die vorausgesetzten Rahmenbedingungen wird später noch eingegangen.

Allerdings ist ein anderer Punkt mindestens genau so wichtig.

Bevor wir Patient:innen aufklären, sollten wir uns bewusst machen, dass dieses Gespräch eine ganz wesentliche Weiche darstellt, nämlich die des Vertrauens in das Arzt-Patienten Verhältnis.

Das Aufklärungsgespräch ist somit der erste wichtige Eindruck, den Patient:innen vermittelt bekommen und sollte als Aushängeschild betrachtet werden. Daher sollten wir eine angenehme Umgebung schaffen und ausreichend Zeit mitbringen, um auch auf Rückfragen eingehen zu können. Besonders wichtig – ganz unabhängig von dem rechtlichen Aspekt – ist es, dass die Patient:innen wirklich verstehen, was geplant ist, aus welchen Grund wir in ihre körperliche Integrität eingreifen und auf welche Veränderungen sowie Risiken sie sich einstellen müssen.

Dabei ist es unsere Aufgabe, dass wir eine patientenorientierte und verständliche Sprache wählen. Hier kommen wir automatisch schon zu den gesetzlichen Vorgaben und Aufklärungspflichten, welche im Bundesgesetzbuch (§ 630d/e BGB) klar formuliert werden.

Dort wird eindeutig beschrieben, dass der Behandelnde verpflichtet ist, eine Aufklärung durchzuführen, welche insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und

Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie sowie alternative Therapieoptionen beinhaltet.

Des Weiteren wird konkret darauf eingegangen, welche Rahmenbedingungen das Gespräch erfüllen muss. Zum einen muss die Aufklärung durch einen Arzt/Ärztin durchgeführt werden, der/die für die Durchführung der Maßnahme über die notwendige Ausbildung verfügt. Dies ist ein wichtiger Punkt, da ein/e junge/r Assistent:in gegebenenfalls über einen Eingriff aufklären soll, den er/sie selbst noch nie gesehen hat. Im Optimalfall klärt der operierende Arzt/Ärztin den Patienten selbst auf, allerdings ist dies zeitlich und organisatorisch nicht immer zu gewährleisten.

Hier sollte im Vorfeld unbedingt Rücksprache mit einem erfahrenen Operateur gehalten werden, damit der rechtlich vorgeschriebene Anspruch in jedem Falle garantiert werden kann.

Als Unterstützung für weniger erfahrende Kolleg:innen empfehlen sich auch Lehrtexte oder -videos zu den geplanten Operationen, wie beispielsweise die Videos der GeSRU.

Zum anderen muss die Aufklärung rechtzeitig stattfinden, was bedeutet, dass der Patient seine Entscheidung überdenken können muss (mind. 24 h vor dem Eingriff) und vor allem verständlich sein, wie bereits oben erwähnt. Dazu gehört auch, dass bei fremdsprachigen Patienten gegebenenfalls ein Dolmetscher hinzugezogen werden sollte. Um die ausreichende und vollumfängliche Aufklärung nachweisen zu können, bietet es sich während des Gesprächs an, Zeichnungen anzufertigen und alle relevanten Informationen zu dokumentieren.

Sonderfälle sind sowohl nicht einwilligungsfähige Personen, bei denen stellvertretend ein Bevollmächtigter aufgeklärt werden muss, als auch minderjährige Personen. In diesem Fall sind die Aufklärungsadressaten grundsätzlich die Eltern bzw. Erziehungsberechtigten oder die Bevollmächtigten. Allerdings empfiehlt es sich bei etwas älteren Minderjährigen auch diese in die Aufklärung aktiv mit einzubeziehen und deren Einverständnis einzuholen. Ob die Zustimmung eines einzelnen Elternteils ausreichend ist, richtet sich nach dem Ausmaß des Eingriffs – hier wird in drei Kategorien unterschieden. Bei alltäglichen und kleineren Eingriffen reicht die Zustimmung eines Elternteils, bei erheblichen Erkrankungen mit nicht unbedeutenden Behandlungsrisiken bedarf es der Rückfrage, ob beide Erziehungsberechtigten einverstanden sind, wobei der Arzt auf die getätigte Aussage des anwesenden Elternteils vertrauen darf. Sonderfälle sind schwere Erkrankungen, deren Therapie schwierig ist und Auswirkungen auf die Lebensführung haben kann. In diesem Fall ist die explizite Zustimmung beider Elternteile notwendig.

Viele denken bei dem Thema Aufklärung nur über Operationen nach, allerdings gelten die oben genannten Voraussetzungen auch für diagnostische Maßnahmen sowie auch für die Gabe von Arzneimitteln (Chemo-/Immuntherapien, Blutkonserven, Off-Label-Use, ). Selbst für eine Blutabnahme sollte zumindest eine mündliche Erlaubnis eingeholt werden, da es sich hier ebenfalls formal um eine Körperverletzung handelt.

Grundsätzlich gilt, je elektiver ein Eingriff ist, desto penibler müssen die Vorgaben eingehalten werden; in einer Notfallsituation darf allerdings auch ohne Einwilligung und im Hinblick auf den mutmaßlichen Patientenwunsch entschieden werden.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass viele formelle Bedingungen erfüllt sein müssen, um eine rechtsgültige Aufklärung

durchzuführen, wir jedoch trotzdem nicht vergessen sollten, dass die Aufklärung mehr als eine rechtliche Absicherung für uns ist – das Aufklärungsgespräch bietet die Möglichkeit Vertrauen aufzubauen und ist somit Grundlage jeder guten Arzt-Patienten Beziehung.



**Dr. Maike Neutzer**

Assistenzärztin in Weiterbildung  
Klinik für Urologie, Kinderurologie und Urogynäkologie  
Krankenhaus Maria Hilf der Alexianer Krefeld GmbH  
Stellvertretende Vorsitzende der GeSRU



**Dr. Jens Westphal**

Chefarzt der Klinik für Urologie, Kinderurologie und Urogynäkologie  
Krankenhaus Maria Hilf der Alexianer Krefeld GmbH  
Vorsitzender des AK Angestellte Ärzte des BvDU

## PSA-Test: Urologen aktiver und informierter als Hausärzte

Im Rahmen der bis 2021 gültigen Deutschen S3-Leitlinie wurde Hausärzten über ein Sondervotum der DEGAM anders als Urologen keine aktive Ansprache des PSA-Tests empfohlen. Ziel einer von der Universitätsklinik für Urologie der Universität Oldenburg initiierten und von BvDU und DGU unterstützten bundesweiten Onlinebefragung war es, den Umgang beider Fachgruppen mit der Testung zu überprüfen.

Die PSA-Testung wurde von Urologen und Hausärzten sehr unterschiedlich bewertet. Die meisten Urologen stuften den Test im Gegensatz zu den Hausärzten als sehr sinnvoll oder sinnvoll ein (87 % vs. 52 %). Zweidrittel der Urologen sahen eine Reduktion der Mortalität durch die Testung als belegt an, was nur von 21 % der Hausärzte geteilt wurde. Nur 55 % der männlichen Hausärzte würden sich selbst einem PSA Test unterziehen (Urologen: 80 %). Dies spiegelte sich dann auch in einer deutlich geringeren Anzahl an Testungen in den hausärztlichen Praxen wider.

Die vollständigen Ergebnisse der Befragung wurden in „*Frontiers in Oncology*“ publiziert und sind dort frei zugänglich.

**Quelle/Autor: PD Dr. habil. Alexander Winter**  
Universitätsklinik für Urologie, Oldenburg

# Stellen- und Hospitationsbörse

Eine Initiative der GeSRU unterstützt durch den BvDU



**Praxis von Urologen für Urologen!**



## Veranstungsübersicht BvDU & SgDU



## Wichtige Hinweise zu unseren Veranstaltungen

Unsere Veranstaltungen finden selbstverständlich unter Berücksichtigung der geltenden Hygienevorschriften statt. Im Einzelfall kann dies zu einer Begrenzung der Teilnehmerzahl führen. Wenn möglich, bieten wir derzeit als Präsenzveranstaltung geplante Seminare digital, z. B. als Webinare, an. Zum Teil kann es aber ebenso zu Terminverschiebungen kommen. Wir informieren Sie natürlich rechtzeitig über mögliche Änderungen – vielen Dank für Ihr Verständnis!

### 2022

#### Januar

21.–22.01.2022

Berlin

ganztägig

Niederlassungsworkshop

22.–23.01.2022

Hannover

ganztägig

Praxisgründungsseminar

#### Februar

19.–20.02.2022

Neu-Ulm

ganztägig

Praxisgründungsseminar

#### März

04.–05. März 2022

Leipzig

ganztägig

7. Urologisches Frühjahrsforum

CME-Punkte werden beantragt

26.–27.03.2022

Bad Nauheim

ganztägig

Praxisgründungsseminar

#### Mai

07.–08.05.2022

Essen

ganztägig

Praxisgründungsseminar

20.–21.05.2022

Hamburg

ganztägig

13. Urologisches Sommerforum

CME-Punkte werden beantragt

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](mailto:rogowski@sgdu-mbh.de),

[www.sgdu-mbh.de](http://www.sgdu-mbh.de)

Anmeldungen unter [www.sgdu-mbh.de/veranstaltungen](http://www.sgdu-mbh.de/veranstaltungen)

oder diesem QR-Code

