

### Inhalt

- 94 Urogister/Uroscience
- 95 Unsichtbare Frauen und geschlechterspezifische Medizin
- 96 Praxen erhalten ab Januar Hygienezuschlag
- 97 G-BA passt Sonderregelungen an und gibt Planungssicherheit
- 98 G-BA weitet Möglichkeiten zur Krankschreibung per Videosprechstunde aus
- 99 125. Ärztetag für Klimaneutralität des Gesundheitswesens bis 2030
- 99 Ambulante Versorgung: Ärztetag will Einfluss fachfremder Finanzinvestoren begrenzen
- 100 Dialogforum junge Ärztinnen und Ärzte: In Führung gehen – Herausforderungen für junge Ärztinnen und Ärzte
- 101 Nachhaltige Reform der stationären Versorgungsebene notwendig
- 102 Budgetierung in der vertragsärztlichen Versorgung muss abgeschafft werden
- 103 Die Arztbriefschreibung- Last oder Chance?
- 103 Jobsharing: Zur Verbindlichkeit der Leistungsobergrenzen
- 105 Veranstaltungsübersicht BvDU & SgDU

### Aus dem BvDU

## Urogister/Uroscience

### Erweckung aus dem Dornröschenschlaf

Urogister ist gescheitert. Und dabei begann alles so gut: Urogister ist eine Software zur vereinfachten, teilweise automatisierten Meldung zum Krebsregister. Jede onkologisch tätige Ärztin oder Arzt muss seine selbst diagnostizierten und behandelten Tumorpatienten an das für seine Region zuständige klinische Krebsregister melden. Dafür musste früher ein Formular ausgedruckt und dann mit allen Daten per Hand ausgefüllt werden (Meldung für Diagnose, Therapie, Verlauf, Tumorkonferenz, Tod). Wer gut organisiert war hatte eine qualifizierte Mitarbeiterin, die zumindest schon mal die Personen-bezogenen Daten vorausgefüllt hat. Eine mühsame Schreiarbeit vor der sich bis heute noch viele Kollegen sträuben.

Urogister bietet die Möglichkeit, die Personen-bezogenen Daten direkt aus dem Arztinformationssystem zu übernehmen. Es erkennt auch die Tumorpatienten (durch Filtern nach ICD und Abrechnungsziffern) und bietet eine Vorauswahl an zu meldenden Patienten an. So werden keine Meldungen mehr vergessen. Wer einmal die Vorzüge dieser vereinfachten Krebsregistermeldung nutzen konnte fühlt sich jetzt in die Steinzeit zurückgeworfen. Die Zeitersparnis war immens.

Hier eine Rückblende:

Es begann vor ca. sechs Jahren. Die Versorgungsforschung in der Hand von Urologen (mit dem IQUO) war gescheitert. Die Datenhoheit oblag nicht den Urologen. Daraus entstand der Wunsch

Urologe 2022 · 61:94–105

<https://doi.org/10.1007/s00120-021-01748-6>

© The Author(s), under exclusive licence to Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2021



#### Redaktion

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

die Versorgungsforschung selbst umzusetzen. Wir Ärztinnen und Ärzte sollten alleinige Besitzer der Daten sein. So kam der Berufsverband ins Spiel. Matthias Schulze, ehemaliges Vorstandsmitglied im IQUO und Axel Schroeder, damaliger Präsident des BvDU, entwickelten eine Initiative für eine urologische Versorgungsforschung in Zusammenarbeit mit dem SpiFa (Spitzenverband der Fachärzte e. V., der größte Dachverband der Fachärzte in Deutschland).

Das Hauptinteresse für den Berufsverband bestand und besteht bis heute in der Generierung von Daten, die auch für berufspolitische Zwecke genutzt werden können. Diese Daten existieren „ungenutzt“ in den Arztinformationssystemen jeder einzelnen niedergelassenen Ärztin bzw. jedes Arztes. Wenn es gelänge genügend Kollegen und Kolleginnen zu überzeugen „ihre“ Daten in anonymisierter Form zur Verfügung zu stellen, könnte man aus diesen Rohdaten wertvolle Informationen herauslesen. In der aktuellen Diskussion um die Hygienekosten könnte man die Häufigkeit von Infektionen nach Zystoskopien aus den Daten von einer repräsentativen Zahl von Urologen ermitteln. Oder erkennen wie oft überhaupt noch ambulant zystoskopiert wird im Vergleich mit den Vorjahren.

Der Berufsverband könnte auf Basis solcher Datenanalysen fundiert und nachvollziehbar Argumente für die Durchsetzung der Interessen der Urologinnen und Urologen vorlegen. Deshalb wurde 2015 das DIFA = Deutsches Institut für Fachärztliche Versorgungsforschung als 100 %ige Tochter vom Spitzenverband der Fachärzte (SpiFa) gegründet. Mit viel Engagement und Enthusiasmus wurde das Konzept erarbeitet. Um möglichst viele Urologinnen und Urologen zu erreichen wurde zusätzlich zur Speicherung der Daten für die Versorgungsforschung ein Tool zur automatisierten Meldung an die Krebsregister entwickelt, Urogister.

Aller Anfang ist schwer. Es dauerte ca. zwei Jahre, dann nahm Urogister so richtig Fahrt auf. Immer mehr Kolleginnen und Kollegen nahmen an dem Projekt teil. Leider hat die Entwicklung der Software Urogister sehr viel mehr Geld gekostet als ursprünglich kalkuliert. Es kam zu offenbar gravierenden Zerwürfnissen der Mitarbeitenden innerhalb des DIFAs. Davon hatte der Berufsverband keine Kenntnis (einzelne Personen ausgenommen, die jedoch ihr Wissen nicht geteilt haben). Der damalige Geschäftsführer des DIFA, Felix Cornelius, wurde entlassen. Die Hintergründe sind bis heute für den BvDU nicht einsehbar. Felix Cornelius war der Ansprechpartner und die Vertrauensperson des Berufsverbandes für das Projekt. Die mit seiner Entlassung entstandenen Rechtsstreitigkeiten brachten den Berufsverband zwischen die Fronten. Der Ver-

such einer Klärung scheiterte immer wieder an dem schwebenden Verfahren und den damit verbundenen fehlenden Informationen.

Zuletzt erklärte das DIFA, dass es im Rahmen der Auseinandersetzung ebenfalls einen Rechtsstreit mit der Firma Litixsoft gibt. Litixsoft hat die Software Urogister entwickelt. Die Juristen des DIFA sehen erhebliche Probleme bei der Einhaltung des DSGVO für Urogister, weil die Personen-bezogenen Daten und die übrigen Melde-daten nicht auf zwei getrennten Servern gespeichert werden von Litixsoft. Auch bestritt Litixsoft, dass das DIFA die Exklusivrechte an der Software Urogister und dem dazugehörigen Quellcode habe. Eine Einigung zwischen dem DIFA und Litixsoft war dem Vernehmen nach nicht möglich. Urogister wurde abgeschaltet.

Die einzelnen Mitglieder, die Urogister genutzt haben, sind die Betroffenen. Der Berufsverband ist lediglich Zuschauer, aber kein Vertragspartner. An den Entscheidungen konnte er nicht mitwirken. Weder wurden ihm diese Probleme zeitnah kommuniziert noch hatte der Berufsverband ein Mitspracherecht. Nach juristischer Wertung des DIFA ist eine Speicherung der ausgefüllten Meldebögen, wie es in Urogister vorgenommen wurde, grundsätzlich nicht datenschutzkonform durchzuführen.

Der Berufsverband konzentriert sich jetzt ganz auf die Darstellung der Versorgungsrealität. Uroscience war und ist von all diesen juristischen Auseinandersetzungen nicht betroffen und läuft weiter. Die Teilnahme an dieser Versorgungsforschung ist kostenfrei. Je mehr Urologinnen und Urologen sich daran beteiligen um so größer ist die Möglichkeit mit der Auswertung der Daten unsere aller Interessen gegenüber der „Politik“ und den Aufsichtsbehörden durchzusetzen. Ein Programm, es heißt *extrax*, extrahiert anonymisiert die Behandlungsdaten aus dem Arztinformationssystem und speichert sie auf einem Server vom DIFA. Diese Daten verlassen das DIFA nicht. Sie bleiben damit in der Hand bzw. unter der Kontrolle der Ärztinnen und Ärzte. Auf Anfrage erstellt das DIFA Analysen aus den Rohdaten. Die Ergebnisse der Analysen stellt sie den anfragenden Firmen/Personen zur Verfügung.

Zuletzt sei darauf hingewiesen, dass diese Form der flächendeckenden, bundesweiten Darstellung der Versorgungsrealität, wie sie derzeit im niedergelassenen Sektor durchgeführt wird, nicht mit den bisherigen Ansätzen zu vergleichen ist. Es gibt keine Einschluss- oder Ausschlusskriterien wie bei Studien sonst üblich. Wenn jemand zum Beispiel wissen möchte wie lange im Durchschnitt Prostatakrebspatienten eine Therapie mit LHRH-Analoga oder -Antagonisten erhalten bevor sie in den Progress kommen, könnte man die bereits vorhandenen Daten für eine Analyse nutzen. Auch könnte man erkennen wie viele Patienten eine zweite, dritte oder vierte Behandlung erhalten und welche das ist. Daraus ergeben sich weitere Fragestellungen, die mit den wissenschaftlichen Studien nicht beantwortet werden können. Aber wir haben ja auch noch viel mehr Daten zur Verfügung. Wir können ermitteln, was die häufigsten Erkrankungen sind und wie sie behandelt werden. Verändert sich das Alter und die Anzahl der Patienten. Wie ändert sich die Verschreibung von Antibiotikern? Und so weiter.

Jedes einzelne Mitglied hat es in der Hand, durch Teilnahme an diesem Projekt die Zukunft unserer Interessensdurchsetzung zu gestalten und Teil einer proaktiv agierenden Gemeinschaft zu werden.

**(Quelle/Autorin: BvDU/SEK)**

Ein Kommentar zum Gendern von Dr. S. El-Khadra

## Unsichtbare Frauen und geschlechterspezifische Medizin

Zum Jahresausklang hat PD Dr. Manfred Johannsen, Präsident der Berliner Urologischen Gesellschaft ein schwieriges Thema aufgegriffen. Vorausgegangen war eine – Anfang des Jahres 2021 – aufgekommene Diskussion, die sehr kontrovers und emotional geführt wurde unter den Berliner Urologen, zur anstehenden Umbenennung der Zeitschrift „Berliner Ärzte“ der Ärztekammer Berlin.

Auf der wissenschaftlichen Sitzung folgte nach einem Vortrag zur Geschlechtergerechten Medizin eine Podiumsdiskussion mit zwei Sprachwissenschaftlern sowie einer Universitätsprofessorin und Diplom-Psychologin. Auch Teile des Vorstandes der DGU nahm an der Online-Sitzung teil. Herr Prof. Stenzel ergänzte durch einen Vortrag mit einem Statement der EAU.

Gendern soll die Hälfte der Bevölkerung sichtbar machen – nicht nur die diversen Menschen miteinschließen. In unserer Sprache und in unseren Köpfen werden weibliche Wesen immer nur mitgemeint, aber nicht explizit mitberücksichtigt. Dies führt zu einer permanenten Ungleichbehandlung, Diskriminierung und Nichtberücksichtigung der Belange von Frauen.

Ein sehr anschauliches Beispiel ist die Feststellung, dass die Menschen die grausamste Spezies auf unserem Planeten sind. Dieser Aussage wird vermutlich jeder sofort und ohne zu zögern zustimmen. Bei genauerer Betrachtung wird aber klar, dass für 96 % aller Grausamkeiten der männliche Teil der Menschheit verantwortlich ist (Quelle WHO). Es sind also nicht „die Menschen“ grausam, sondern „die männlichen Menschen“. Aber, der Mann ist zur Norm geworden. Das betrifft alle Lebensbereiche, von der Stadtplanung, Verkehrspolitik, Einstellung von Klimaanlagen über Unfallforschung und Wirkung von Medikamenten um nur einige Beispiele zu nennen. Frauen sind unsichtbar. So wird aus Männern Menschen.

Auch in der Medizin hat das fatale Folgen. Der Herzinfarkt von Frauen wird weiterhin viel zu spät erkannt und oft genug falsch behandelt. Das führt zu einer anhaltenden, höheren Sterblichkeit der betroffenen Frauen, obwohl dies seit vielen Jahren (Jahrzehnten) bekannt ist.

Auch die Urologie ist von dieser „Fehlbehandlung“ von Frauen nicht verschont. So sind zum Beispiel Medikamente für Frauen oft falsch dosiert (z. B. Anticholinergika, Bisphosphonate). Sie haben dadurch übermäßig oft erhebliche Nebenwirkungen.

Bei der Zystektomie von Frauen wird weiterhin eine vordere Exenteration durchgeführt und insgesamt zu selten eine Neoblase angelegt, weil die Vermeidung einer Hyperkontinenz bei Frauen nicht gelöst ist.

### Mein Fazit

Die Wichtigkeit dieses gesellschaftspolitischen Themas hat die urologische Gemeinde und die Medizin insgesamt erreicht! Eine

simple Antwort gibt es nicht. Eine rein auf die Sprache reduzierte Sichtweise wird dem Thema nicht gerecht (Sprachästheten und -ästhetinnen entspannt euch!). Wenn wir alle anfangen, sensibler mit der eigenen Sprache umzugehen, findet jeder auch seinen individuellen Umgang mit der gendergerechten Sprache.

(Quelle/Autorin: BvDU/SEK)

Weitere berufspolitische Meldungen

## Praxen erhalten ab Januar Hygienezuschlag

Haus- und Fachärzte erhalten ab Januar für einen direkten Patientenkontakt einen allgemeinen Hygienezuschlag. Für die KBV ist das zumindest ein Teilerfolg. Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat für alle Arztpraxen einen Zuschlag für allgemeinen Hygieneaufwand beschlossen. Der Aufschlag beträgt rund 22,5 Cent pro Fall.

Die Diskussionen um einen finanziellen Ausgleich für die allgemeinen Hygienekosten in Arztpraxen haben zumindest ein vorläufiges Ende. Nachdem der Erweiterte Bewertungsausschuss (EBA) bereits im Sommer den finanziellen Mehrbedarf für Hygieneauf-

wendungen in Höhe von 98 Millionen € beziffert hatte, wurde am Mittwoch nun die Verteilung festgelegt.

Darauf weist die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) in einer Mitteilung hin. Der entsprechende Beschluss des EBA war bis Freitagmittag noch nicht veröffentlicht. Er wurde laut KBV gegen die Stimmen der Krankenkassen gefasst.

Nach Angaben der KBV ergibt sich aus dem Beschluss für Praxen ein Zuschlag von zwei Punkten, der ab Januar 2022 zu jeder Grund-, Versicherten- und Konsiliarpauschale gezahlt wird. Der Aufschlag beträgt damit rund 22,5 Cent pro Fall.

Damit sollen die gestiegenen Kosten für beispielsweise die Verwendung sogenannter Safety-Produkte, Hygieneberatungen oder Fortbildungen anfallen.

Ausgenommen von dem Zuschlag für allgemeinen Hygieneaufwand sind Fälle, die ausschließlich als Videokontakt stattfinden und entsprechend über die GOP 88220 abgerechnet werden. Der Zuschlag auf die allgemeinen Hygienekosten ist fachübergreifend gleich hoch.

### KBV: „Teilerfolg“

Die KBV bezeichnet den Beschluss als „Teilerfolg“ – auch, weil der EBA im Gegensatz zu den Krankenkassen erkannt habe, dass der Anstieg der Hygienekosten bis dato weder im EBM noch im Orientierungswert ausreichend erfasst sei. Die Höhe der Pauschalen deckten, so KBV-Vorstandsvorsitzender Dr. Andreas Gassen in der KBV-Mitteilung, die gestiegenen Anforderungen, „zumindest in Teil-

# 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

len ab“. Über die deutlich höheren Hygienekosten bei speziellen Leistungen werde separat verhandelt werden müssen.

Aus den Facharztverbänden kam zuletzt heftige Kritik an den 98 Millionen €, die der Erweiterte Bewertungsausschuss im Sommer als Mehrbedarf ausgemacht hatte.

So bezeichnete etwa der SpiFa (Spitzenverband Fachärzte Deutschland) seinerzeit die Summe als „realitätsfern“, da insbesondere Fachgruppen benachteiligt würden, die durch einen besonders hohen Hygieneaufwand gekennzeichnet sind.

Auch der Berufsverband der deutschen Urologen (BvDU) sieht die 98 Millionen € lediglich als „sehr kleinen Tropfen auf einen sehr heißen Stein“.

(Quelle: Ärztezeitung/mu)



Gemeinsamer  
Bundesausschuss

Aus dem GBA

## G-BA passt Sonderregelungen an und gibt Planungssicherheit

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat seine zeitlich befristeten Corona-Sonderregelungen im Bereich der Arbeitsunfähigkeit und verordneten Leistungen bis Ende März 2022 verlängert. Zudem reaktivierte er bereits ausgelaufene Ausnahmen bei der Qualitätssicherung. Bis Ende März können Krankenhäuser beispielsweise von der Mindestausstattung mit Pflegefachkräften bei bestimmten komplexen Behandlungen abweichen. Es wird bis zu diesem Zeitpunkt in den Krankenhäusern auch auf bestimmte Kontrollen durch den Medizinischen Dienst verzichtet. Der G-BA reagiert damit auf die vierte Welle der Corona-Pandemie, die durch sehr hohe Infektionszahlen, eine zu niedrige bundesweite Impfquote und hohe Belastungen für die Intensivstationen der Krankenhäuser geprägt ist.

„Die vierte Welle der Corona-Pandemie zeigt uns deutlich, was es heißt, zu zögern und zu zaudern, statt vorbeugend entschlossen zu handeln: Es kostet Menschenleben“, so Prof. Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des G-BA. „Mit unseren heutigen Beschlüssen leisten wir unseren Beitrag, um Krankenhäuser sowie Arztpraxen zu entlasten und zugleich Patientinnen wie Patienten zu schützen. Wir setzen durch unsere Beschlüsse klare Prioritäten, um das Funktionieren der Krankenhäuser in der jetzigen Ausnahmesituation trotz Personalengpässen erneut abzusichern. Außerdem entlasten wir die Gesundheitsversorgung im ambulanten Bereich weiterhin, indem unnötige Arzt-Patienten-Kontakte reduziert werden und so das Infektionsrisiko sinkt. Wir wollen alles daransetzen, die Gesundheitsversorgung für alle aufrechtzuerhalten, ganz gleich, ob sie an Covid-19 erkrankt sind oder aus anderen Gründen

wie einem Herzinfarkt oder wegen einer chronischen Erkrankung medizinische Hilfe brauchen.“

Hecken weiter: „Die Patientenvertretung wie auch die gemeinsame Selbstverwaltung aus Ärzteschaft, Krankenkassen und Krankenhausvertretung sind sich einig: Wenn es hilft, Pflegekräften sowie Ärztinnen und Ärzten für die Patientenversorgung und für Impfungen Freiräume zu verschaffen, müssen Bürokratie und Dokumentationsvorgaben zur Qualitätssicherung in dieser Ausnahmesituation erneut auf ein unverzichtbares Minimum reduziert werden. Der G-BA kann aber nicht die grundlegenden Entscheidungen zum Reduzieren von Kontakten treffen, um die nach wie vor extrem hohen Neuinfektionen einzudämmen. Hier sind Bund und Länder in der Verantwortung. Deshalb ersuchen wir die Bundesregierung und die Landesregierungen dringend, in der heutigen Ministerpräsidentenkonferenz das Ihrige zu tun, um einen Kollaps der Intensivversorgung in den Krankenhäusern abzuwenden. Unser Dank gilt an dieser Stelle den Pflegerinnen und Pflegern, den Ärztinnen und Ärzten sowie all den Menschen, die in medizinischen Einrichtungen oder in Pflegeheimen seit vielen Monaten bis zur eigenen Erschöpfung arbeiten und damit unbeschreiblich viel für unsere Gesellschaft leisten.“

Bei den gefassten Beschlüssen im Bereich der ärztlich verordneten Leistungen geht es um diese Sonderregelungen:

– **Arbeitsunfähigkeit:**

Patientinnen und Patienten, die an leichten Atemwegserkrankungen leiden, können wie bisher telefonisch für bis zu 7 Kalendarstage krankgeschrieben werden. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte müssen sich dabei persönlich vom Zustand der Patientin oder des Patienten durch eine eingehende telefonische Befragung überzeugen. Eine einmalige Verlängerung der Krankschreibung kann telefonisch für weitere 7 Kalendarstage ausgestellt werden.

Die Corona-Sonderregelungen gelten unabhängig vom kürzlich gefassten, aber noch nicht rechtskräftigen Beschluss des G-BA zur generellen Krankschreibung per Videosprechstunde.

– **Erleichterte Vorgaben für Verordnungen:**

Heilmittel-Verordnungen bleiben auch dann gültig, wenn es zu einer Leistungsunterbrechung von mehr als 14 Tagen kommt. Auch Ausnahmen für bestimmte Fristen bei Verordnungen im Bereich der häuslichen Krankenpflege bestehen weiter: Folgeverordnungen müssen nicht in den letzten 3 Arbeitstagen vor Ablauf des verordneten Zeitraums ausgestellt werden. Zudem können Ärztinnen und Ärzte Folgeverordnungen für häusliche Krankenpflege für bis zu 14 Tage rückwirkend verordnen. Ebenfalls muss vorübergehend eine längerfristige Folgeverordnung von häuslicher Krankenpflege nicht begründet werden. Verordnete Krankentransportfahrten zu nicht aufschiebbaren zwingend notwendigen ambulanten Behandlungen von nachweislich an COVID-19-Erkrankten oder von Versicherten, die unter Quarantäne stehen, müssen weiterhin nicht vorher durch die Krankenkasse genehmigt werden.

– **Verlängerung der Vorlagefrist für Verordnungen:**

Die Frist zur Vorlage von Verordnungen bei der Krankenkasse bleibt weiterhin für häusliche Krankenpflege, Soziotherapie sowie spezialisierte ambulante Palliativversorgung von 3 Tagen auf 10 Tage verlängert.

– **Verordnungen nach telefonischer Anamnese:**

Folgeverordnungen für häusliche Krankenpflege, Hilfsmittel und Heilmittel dürfen weiterhin auch nach telefonischer Anamnese ausgestellt werden. Voraussetzung ist, dass bereits zuvor aufgrund derselben Erkrankung eine unmittelbare persönliche Untersuchung durch die Ärztin oder den Arzt erfolgt ist. Die Verordnung kann dann postalisch an die Versicherte oder den Versicherten übermittelt werden. Dies gilt im Bereich der Heilmittel auch für Folgeverordnungen von Zahnärztinnen und Zahnärzten. Ebenso sind weiterhin Verordnungen von Krankentransporten und Krankenfahrten aufgrund telefonischer Anamnese möglich.

– **Videobehandlung:**

Eine Behandlung kann weiterhin auch per Video stattfinden, wenn dies aus therapeutischer Sicht möglich und die Patientin oder der Patient damit einverstanden ist. Diese Regelung gilt für eine Vielzahl von Heilmitteln, die von Vertrags(zahn)ärztinnen und -ärzten verordnet werden können. Auch Psychotherapie und psychiatrische häusliche Krankenpflege können mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten per Video erbracht werden.

Bei den gefassten Beschlüssen im Bereich der Anforderungen zur Qualitätssicherung geht es um diese Sonderregelungen:

– **Personal-Mindestvorgaben:**

Bei bestimmten komplexen Behandlungen können Krankenhäuser von den Mindestvorgaben für die Ausstattung und den Einsatz von Pflegefachkräften sowie für die ärztliche wie pflegerische Weiterbildung abweichen, die in folgenden Richtlinien geregelt sind:

- Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)
- Richtlinie zu minimalinvasiven Herzklappeninterventionen (MHI-RL)
- Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchaortenaneurysma (QBAA-RL)
- Richtlinie zur Kinderherzchirurgie (KiHe-RL)
- Richtlinie zur Kinderonkologie (KiOn-RL)
- Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL)

Aussetzen von **Kontrollen des Medizinischen Dienstes (MD):**

Aufgrund der Corona-Pandemie werden die Kontrollen im Sinne der MD-Qualitätskontroll-Richtlinie des G-BA erneut vom 2. Dezember 2021 bis zum 31. März 2022 ausgesetzt. Zudem finden keine Kontrollen des MD vor Ort in den Krankenhäusern statt, um Kontakte und bürokratischen Aufwand zu reduzieren.

Sonderregelungen beim Entlassmanagement gelten bereits bis 31. Mai 2022, da sie an §9 Absatz 1 der SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung geknüpft sind.

Sämtliche vom G-BA beschlossenen befristeten Sonderregelungen im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie sind unter folgendem Link zu finden: [www.g-ba.de/service/sonderregelungen-corona](http://www.g-ba.de/service/sonderregelungen-corona) Für den Bereich der veranlassten Leistungen gibt es zusätzlich eine Übersicht.

**Quelle: GBA-Pressmitteilungen**

## G-BA weitet Möglichkeiten zur Krankschreibung per Videosprechstunde aus

Bereits seit Oktober 2020 können Ärztinnen und Ärzte auch mittels Videosprechstunde die Arbeitsunfähigkeit von Versicherten feststellen. Allerdings gilt dies bislang nur für die Versicherten, die in der Arztpraxis bereits bekannt sind. Zukünftig können auch Patientinnen und Patienten per Videosprechstunde krankgeschrieben werden, die der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt unbekannt sind. Einen entsprechenden Beschluss hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) heute gefasst. Unterschiede gibt es jedoch bei der Dauer der erstmaligen Krankschreibung: Für in der Arztpraxis unbekannt Versicherte ist diese bis zu 3 Kalendertage möglich, für bekannte Versicherte bis zu 7 Kalendertage.

Dr. Monika Lelgemann, unparteiisches Mitglied des G-BA und Vorsitzende des Unterausschusses Veranlasste Leistungen zu den beschlossenen Richtlinienänderungen: „Das Feststellen einer Arbeitsunfähigkeit wird nun generell per Videosprechstunde möglich – sofern die Symptomatik eine solche Abklärung zulässt. Sie ergänzt damit als gleichberechtigte Alternative den bisherigen Standard der unmittelbaren persönlichen Untersuchung durch eine Ärztin oder einen Arzt. Die Dauer der Krankschreibung variiert allerdings, je nachdem, ob Versicherte in der Praxis bekannt sind oder nicht: Während im ersten Fall eine Krankschreibung von bis zu 7 Tagen möglich ist, können Versicherte aus der zweiten Patientengruppe bis zu 3 Tage krankgeschrieben werden.“

Als generelle Voraussetzung für die Krankschreibung per Videosprechstunde gilt unverändert: Die Erkrankung muss eine Untersuchung per Videosprechstunde zulassen. Zudem ist eine Folgekrankschreibung über Videosprechstunde weiterhin nur dann zulässig, wenn die vorherige Krankschreibung auf Grundlage einer unmittelbaren persönlichen Untersuchung ausgestellt wurde. Ein Anspruch der Versicherten auf Krankschreibung per Videosprechstunde besteht nicht.

Der Beschluss wird dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt und tritt nach Nichtbeanstandung und Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Unabhängig vom getroffenen Beschluss zur Krankmeldung per Videosprechstunde gilt die Corona-Sonderregelung zur telefonischen Krankschreibung bis zum 31. Dezember 2021: Patientinnen und Patienten, die Seite 2 von 2 Pressemitteilung Nr. 41/2021 vom 19. November 2021 an leichten Atemwegserkrankungen leiden, können nach einer telefonischen Befragung bis zu 7 Kalendertage krankgeschrieben werden. Eine einmalige Verlängerung der Krankschreibung kann auf diesem Weg für weitere 7 Kalendertage erfolgen.

Hintergrund: Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie des G-BA

In der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie ist festgelegt, welche Regeln für die Feststellung und Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit – die sogenannte Krankschreibung – von Versicherten durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sowie im Rahmen des Entlassmanagements aus dem Krankenhaus gelten. Grundsätzlich gilt,



dass die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und ihrer voraussichtlichen Dauer sowie die Ausstellung der Bescheinigung nur aufgrund einer ärztlichen Untersuchung erfolgen darf.

Aus dem Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (DVPMG) vom Juni 2021 ergab sich für den G-BA der Auftrag, das Feststellen der Arbeitsunfähigkeit im Rahmen der ausschließlichen Fernbehandlung, also auch für in der Praxis unbekannte Versicherte, zu regeln und zu beschließen.

**Quelle: GBA-Pressmitteilungen**



Aus der Bundesärztekammer

## 125. Ärztetag für Klimaneutralität des Gesundheitswesens bis 2030

Deutschland braucht eine nationale Strategie für eine klimafreundliche Gesundheitsversorgung. Der dafür notwendige Investitionsbedarf, etwa für den Bau klimaneutraler Krankenhäuser sowie für die Nutzung klimaneutral gewonnener Energie im Gesundheitsbereich, muss in dieser Strategie zwingend berücksichtigt sein. Das forderte der 125. Deutsche Ärztetag im Rahmen seiner Beratungen zum Thema „Klimaschutz ist Gesundheitsschutz“. Die Abgeordneten forderten die Bundesländer auf, Sonderfonds zu schaffen, aus denen Kliniken finanzielle Unterstützung für den Bau klimaschonender Infrastruktur erhalten.

Die Abgeordneten des Ärztetages appellierten zudem an die Verantwortlichen im Gesundheitswesen, die notwendigen Maßnahmen zum Erreichen der Klimaneutralität des Gesundheitswesens bis zum Jahr 2030 zielstrebig, konsequent und zeitnah in Angriff zu nehmen. Dafür bedürfe es Klimaschutzpläne in Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens. Auch sollten Klimaschutzbeauftragte etabliert werden, die für die Umsetzung dieser Pläne zuständig sind.

„Wir dürfen vom Klimaschutz nicht nur sprechen, sondern müssen ihn auch praktizieren“, sagte PD Dr. Peter Bobbert, Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer (BÄK) auf dem Ärztetag. Auch das Gesundheitswesen trägt zur Entstehung klimaschädlicher Emissionen bei. „Wir müssen deshalb dafür sorgen, dass das Gesundheitswesen nicht zu einem Trigger des Klimawandels wird“, betonte Bobbert. Das müsse eine der vordringlichsten Aufgaben der neuen Bundesregierung sein.

„Es ist unsere ärztliche Pflicht, die Auswirkungen des Klimawandels klar zu benennen, die daraus resultierenden Gefahren für die Gesundheit aufzuzeigen und Gegenmaßnahmen einzufordern“, betonte Dr. Gerald Quitterer, der ebenfalls Mitglied des BÄK-Vorstandes ist. Die Ärzteschaft müsse ihren Beitrag dazu leisten, dass sich das Ge-

sundheitswesen darauf vorbereitet, die Folgen des Klimawandels zu bewältigen. Dazu gehöre auch, sich für eine intakte Umwelt als Basis für gesunde Lebensbedingungen einzusetzen. „Denn Klimaschutz ist Gesundheitsschutz und Gesundheitsschutz ist Klimaschutz. Eines geht ohne das andere nicht“, so Quitterer.

Immer häufiger kommt es auch in Deutschland zu klimabedingten Hitzewellen, die vor allem für ältere Menschen oder solche mit Vorerkrankungen tödlich verlaufen können. In einer vierstündigen, engagiert geführten Debatte bekräftigten die Delegierten, dass Bund, Länder und Kommunen sowie die Einrichtungen des Gesundheitswesens in der Pflicht seien, umgehend Maßnahmen zur Gefahrenabwehr bei Hitzewellen zu intensivieren. Dazu gehöre, die für den Aufbau resilienter Strukturen notwendigen Finanzmittel bereitzustellen. Auch sollte das Wissen um die gesundheitlichen Folgen von Hitze adäquat in die Aus-, Weiter- und Fortbildung aller Gesundheitsberufe integriert werden.

Neben einem nationalen Hitzeschutzplan bedürfe es aus Sicht der Ärzteschaft konkreter Maßnahmenpläne für Kliniken, Not- und Rettungsdienste sowie Pflegeeinrichtungen zur Vorbereitung auf Extremwetterereignisse. Gesundheitseinrichtungen sollten nach dem Willen des Ärztetages an das Frühwarnsystem des Deutschen Wetterdienstes angeschlossen werden. Die Bevölkerung sollte außerdem kontinuierlich über die Intensität klimabedingter Belastungsfaktoren wie Hitze oder erhöhte Ozonwerte informiert werden.

Der Ärztetag befürwortet zudem das Ziel des BÄK-Vorstandes, die Geschäftsstelle inklusive der Gremiensitzungen sowie das Verwaltungshandeln der Bundesärztekammer bis zum Jahr 2030 klimaneutral auszugestalten.

**Quelle: BÄK-Pressmitteilungen**

## Ambulante Versorgung: Ärztetag will Einfluss fachfremder Finanzinvestoren begrenzen

Arztpraxen dürfen nicht zu Spekulationsobjekten von fachfremden Finanzinvestoren werden. Darauf hat der 125. Deutsche Ärztetag in seiner Generalaussprache zur Gesundheits- und Sozialpolitik gedrängt. Hintergrund sind die sich häufenden Übernahmen von Arztpraxen und anderen Gesundheitseinrichtungen durch sogenannte Private-Equity-Gesellschaften. Aufgrund der vorwiegend renditeorientierten Motivation dieser Fremdinvestoren besteht die Gefahr, dass medizinische Entscheidungen zugunsten einer kommerziell motivierten Leistungserbringung beeinflusst werden. Zu befürchten ist außerdem eine Konzentration von investorenbetriebenen medizinischen Einrichtungen, vor allem in Ballungsräumen, zulasten der Versorgung in ländlichen Gebieten.

„Diese Kommerzialisierung bringt das Grundgerüst eines solidarisch und gemeinschaftlich organisierten Gesundheitswesens ins

Wanken. Um diesen Entwicklungen entgegenzuwirken, braucht es klare gesetzliche Regelungen“, stellten die Abgeordneten des Ärztetages klar. Sie sprachen sich mit großer Mehrheit für ein Fremdbesitzverbot für Arztpraxen und Medizinische Versorgungszentren (MVZ) aus. Demnach sollte der Besitz von ärztlich geleiteten Einrichtungen der ambulanten Patientenversorgung unter Veränderung des vertragsärztlichen Zulassungsrechts auf Ärztinnen und Ärzte als persönliche Rechtsträger beschränkt werden.

Zumindest aber ist aus Sicht des Ärzteparlaments erforderlich, den Versorgungsauftrag von MVZ zur Wahrung der Trägerpluralität und der freien Arztwahl zu begrenzen. MVZ-Gründungen durch Krankenhäuser sind an einen fachlichen und räumlichen Bezug zu deren Versorgungsauftrag zu koppeln. Anträge auf Zulassung sowie auf Anstellung einer Ärztin bzw. eines Arztes im MVZ sind dann zu versagen, wenn der Träger des MVZs dadurch in einer Region eine marktbeherrschende Stellung erlangen würde.

Gewinnabführungsverträge mit externen Kapitalgebern sind zu begrenzen, da die Gewinne aus Sozialversicherungsbeiträgen generiert werden.

Der 125. Deutsche Ärztetag forderte außerdem eine Veröffentlichungspflicht unter anderem des Leistungsangebotes, der Personalstruktur und der Eigentumsverhältnisse von MVZ analog den Qualitätsberichten der Krankenhäuser.

Quelle: BÄK-Pressemitteilungen

## Dialogforum junge Ärztinnen und Ärzte: In Führung gehen – Herausforderungen für junge Ärztinnen und Ärzte

Vom ersten Tag ihrer Tätigkeit an übernehmen Ärztinnen und Ärzte Verantwortung für die Behandlung ihrer Patientinnen und Patienten. „Um handlungssicher in diese Verantwortung und die ärztliche Rolle hineinzuwachsen, ist die Führung durch erfahrene Kolleginnen und Kollegen von besonderer Bedeutung. Zugleich brauchen junge Ärztinnen und Ärzte selbst Führungskompetenzen, um die Zusammenarbeit im interprofessionellen Behandlungsteam souverän gestalten zu können.“ Dies betonte Dr. Ellen Lundershausen, Vizepräsidentin der Bundesärztekammer, zur Eröffnung der Veranstaltung „In Führung gehen – Herausforderungen für junge Ärztinnen und Ärzte“, die im Rahmen der Reihe „BÄK im Dialog“ stattfand.

Lundershausen warnte, dass mit der Kommerzialisierung im Gesundheitswesen nicht nur die Zeit für Patientengespräche knapper wird, sondern auch die Anleitung des ärztlichen Nachwuchses unter Druck gerate. Beides sei jedoch elementar für die gesundheitli-

In Klinik und Praxis



# Die Zukunft der Urologie gestalten!

Medizinische Qualität. Wirtschaftlicher Erfolg.



Mitglied werden  
im Berufsverband!

Mehr Informationen unter: [www.urologie-gestalten.de](http://www.urologie-gestalten.de)



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

che Versorgung und die ärztliche Berufsausübung und müsse sich künftig konsequent in den Vergütungssystemen abbilden.

„Junge Ärztinnen und Ärzte haben bereits mit Erhalt ihrer Approbation eine besondere Stellung im interdisziplinären Behandlungsteam“, betonte PD Dr. Barbara Puhahn-Schmeiser vom Universitätsklinikum Freiburg und Vizepräsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes in ihrer Keynote zur Veranstaltung. „Pflegekräfte, Patientinnen und Patienten sowie Angehörige erwarten ärztliche Ansprechpartner, die in medizinischen Fragen aber auch in organisatorischen Belangen kompetent sind und denen sie vertrauen können. Was wir Ärztinnen und Ärzte brauchen und uns aneignen müssen ist Fachkompetenz, Führungskompetenz, Sozialkompetenz und Organisationskompetenz“, so Puhahn-Schmeiser.

Zur Stärkung dieser Kompetenzen bedürfe es gut strukturierter Weiterbildung, die durch Mentoring begleitet werden sollte. Der ärztliche Nachwuchs sollte gleichermaßen gefordert und gefördert werden. Notwendig für die Stärkung von Führungskompetenz seien unter anderem Möglichkeiten für den Auf- und Ausbau von fachlichen Spezialgebieten sowie ausreichend Zeit und Raum für wissenschaftliche Forschung.

In einer Podiumsdiskussion diskutierten Ärztinnen und Ärzte vor Ort sowie online zugeschaltete Gäste unter anderem die Frage der Attraktivität von Führungspositionen, Möglichkeiten zur Stärkung der Führungskompetenz in der Weiterbildung und den Stellenwert von ärztlicher Führung im Rahmen interprofessioneller und kooperativer Berufsausübung. Ein weiterer Schwerpunkt der Debatte war die Erhöhung des Anteils von Ärztinnen in Führungspositionen. Die Diskutanten stimmten überein, dass neue Ansätze gefordert sind, um Karriereambitionen und die Kompatibilität von Beruf und Privatleben – nicht nur für Ärztinnen – in Einklang zu bringen. Erforderlich seien unter anderem verlässliche Arbeitszeiten, die Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes, limitierte und bezahlte Überstunden sowie der Ausbau von Teilzeitmodellen und zeitlich flexiblen Angeboten für die Kinderbetreuung.

Für Dr. Hans-Albert Gehle, Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe, ist der Begriff der Führung nicht mehr zeitgemäß, denn „Führung heißt Hierarchie“. Viel entscheidender sei heute eine moderne Teamstruktur. „In einem Team ist es wichtig, dass Jede und Jeder in der Lage ist zu führen. Denn auch moderne Teamstrukturen brauchen Entscheidungen“, bekräftigte Gehle zum Abschluss der Tagung. Diese Entscheidungen sollten aber in einer „vertrauensvollen, kollegialen, von gegenseitigem Respekt und Wertschätzung geprägten Atmosphäre getroffen werden“.

Quelle: BÄK-Pressemitteilungen

Vergünstigt für  
BvDU-Mitglieder:

Fortbildungs-  
veranstaltungen

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



Aus dem SpiFa

## Nachhaltige Reform der stationären Versorgungsebene notwendig

Einstimmiger Beschluss der Mitgliedsverbände des SpiFa e.V.

Im Zuge der letzten Mitgliederversammlung des SpiFa e.V. wurden inhaltliche Forderungen an die kommende Regierung besprochen und konkret formuliert. Der SpiFa e.V. sieht demnach insbesondere Handlungsbedarf im Bereich der stationären Versorgung und fordert eine nachhaltige Reform. Hierzu Dr. Helmut Weinhart, stellvertretender Vorstandsvorsitzender: „Es bedarf dringend einer sinnvollen und bedarfsgerechten Planung von Krankenhausstrukturen, einer Reform des DRG-Systems mit einer Ausgliederung der Pflegepersonal- und Arztkosten sowie eines nachhaltigen Systems zur Krankenhausfinanzierung in Deutschland.“

### „Gleiche Leistung, gleiche Qualität, gleicher Preis“

Um die Zusammenarbeit an der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung zu verbessern und strukturell neu aufzustellen, schlägt der SpiFa e.V. eine Reform für eine Struktur und Vergütung ärztlich intersektoraler Leistungen anhand der allgemein anerkannten Formel „gleiche Leistung, gleiche Qualität, gleicher Preis“ vor. Diese Reform stellt zugleich eine gewinnende Lösung für eine Absenkung der Sektorengrenze ambulant/stationär dar.

Die ambulant/stationäre Weiterbildung von zukünftigen Fachärztinnen und Fachärzten versteht der SpiFa e.V. als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Um eine künftige ausreichende Finanzierung derselben zu garantieren, fordert der SpiFa e.V. die künftige Bundesregierung auf, konsequent alle Möglichkeiten einer zusätzlichen Finanzierung zu prüfen, beispielsweise auch aus dem Bereich Bildung und Forschung.

Quelle: SpiFa-Pressemitteilungen



## Budgetierung in der vertragsärztlichen Versorgung muss abgeschafft werden

Die Mitgliederversammlung des SpiFa e.V. fordert von der künftigen Bundesregierung in Deutschland die konsequente und unumkehrbare Beendigung der Budgetierung in der vertragsärztlichen Versorgung.

Die Entbudgetierung war bereits in der vergangenen Legislatur ein besonderes Anliegen des SpiFa e.V. Bei der Mitgliederversammlung am vergangenen Freitag wurde nun noch einmal von allen Seiten bekräftigt, dass das Thema verstärkt an die Regierung der kommenden Legislatur herangetragen werden müsse. Die Budgetierung ärztlicher Leistungen in der ambulanten Versorgung sei Urheber für eine mangelnde Nachbesetzung von Arztsitzen und der damit entstehenden Wartezeiten in einigen Facharztgruppen. Damit stelle die Budgetierung in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung eine Gefahr für die Versorgung der Patienten in Deutschland dar. Der SpiFa e.V. fordert daher die Budgetierung in der ambulanten Versorgung zu beenden und den Vertragsärzten wieder eine faire Grundlage für ihre tägliche Arbeit zu geben.

„Die niedergelassenen und angestellten Ärztinnen und Ärzte haben in der anhaltenden Corona-Pandemie ihre Leistungsfähigkeit und ihren Leistungswillen unter Beweis gestellt. Ohne die ambulante vertragsärztliche Versorgung wäre es in der stationären Versorgungsebene zu einer Überlastung gekommen. Daher sind Forderungen nach einer Fortsetzung und dem Ausbau der Budgetierung in der vertragsärztlichen Versorgung zurückzuweisen und diese konsequent und unumkehrbar zu beenden,“ so Dr. Helmut Weinhart, stellvertretender Vorsitzender des SpiFa-Vorstands.

Der SpiFa e.V. fordert daher die künftige Bundesregierung auf, alle relevanten Betreuungs- und Koordinationsleistungen sowie die Leistungen, die die Abrechnung der pauschalierten fachärztlichen Grundvergütung (PFG) nicht verhindern, gesamthaft in die Extrabudgetäre Gesamtvergütung (EGV) zu überführen. Weinhart weiter: „In diesem Zusammenhang muss auch gesichert sein, dass die gesetzlichen Krankenkassen, wie gesetzlich vorgesehen, auf Dauer und unumkehrbar das Morbiditätsrisiko übernehmen.“

Quelle: SpiFa-Pressemitteilungen



**WISSEN,  
DAS WEITERBRINGT.  
FORTBILDUNGEN FÜR  
MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE**



[www.mfawissen.de](http://www.mfawissen.de)

**Die Plattform für das ganze Team  
in Klinik & Praxis**

## Die Arztbriefschreibung – Last oder Chance?

Nach Abschluss des Examens und Erlangung der Approbation freut sich vermutlich jede/-r Arzt/Ärztin darauf, endlich mit und am Menschen arbeiten zu können. In der Realität ist es jedoch so, dass die administrativen Aufgaben wie die Arztbriefschreibung nicht nur in konservativen, sondern auch in chirurgischen Fachgebieten wie der Urologie einen nicht unerheblichen Teil der Arbeit ausmachen.

Gerade in der Urologie gibt es einen hohen Durchlauf an Patienten, die kleinere Eingriffe wie eine ureterorenoskopische Steintherapie oder transurethrale Resektion der Blase oder Prostata erhalten und nach einem oder zwei Tagen wieder entlassen werden. Jeder von ihnen erhält bei der Entlassung einen Arztbrief, in dem alle wichtigen Informationen inklusive Therapieempfehlung dokumentiert sein müssen (solange bei Entlassung alle Befunde vorliegen). Schnell kann sich die Frage stellen: Habe ich Medizin studiert, zudem mit der Urologie ein chirurgisches Fach gewählt, um dann mehrere Stunden am Tag am PC zu sitzen und Arztbriefe zu schreiben?

Man kann dieses Thema auch von einer anderen, positiven Seite sehen. Um einen (guten) Arztbrief zu schreiben, bedarf es eines gewissen klinischen Verständnisses. Dieses kann man als frischer Assistenzarzt natürlich (noch) nicht haben. Aber wie kann man es erwerben? Erfahrene KollegInnen haben längst ein System entwickelt mit den üblichen Formulierungen und diese wissen auch genau, welche Informationen für diesen Arztbrief wichtig sind. Es gibt in vielen Kliniken sogar Standard-Arztbriefe zu nahezu jedem urologischen Eingriff, der dann an den klinischen Verlauf des zu betrachtenden Patienten angepasst werden muss. Allein der Arztbrief zum Standard-Eingriff der TUR-Prostata bietet viele Möglichkeiten, den klinischen Horizont zu erweitern. In den ersten Brief-Versuchen werden oft lediglich die aus den alten Briefen kopierten Diagnosen, das Datum der OP, der Tag der Katheterentfernung und der „unkomplizierte postoperative Verlauf“ aufgezählt. Nimmt man sich jedoch die Akte genau vor, liest ggf. im Lehrbuch noch einmal das zugehörige Kapitel, kommt man einen großen Schritt weiter und hat den notwendigen Vorgang des Briefe-Schreibens maximal zur Weiterbildung genutzt. Aufgrund welcher Beschwerden wurde die Indikation des Eingriffs gestellt? Kam es zu einem Harnverhalt, besteht eine chronische Überlaufblase, wie groß war die Prostata, wurden weitere Untersuchungen präoperativ (z. B. eine Uroflowmetrie) durchgeführt, ist der PSA-Wert bestimmt worden, bestand bereits eine medikamentöse Therapie? Gäbe es in der Anamnese weitere Diagnosen, die eine Blasenentleerungsstörung verursachen könnten? Besteht postoperativ noch Restharn? Der Blick wird auch für primär nicht-urologische Fragestellungen geschärft: Besteht eine orale Antikoagulation? Muss ein Bridging erfolgen, wenn ja, wie lange? Ist eine passende Diagnose zu dieser Antikoagulation im Arztbrief aufgeführt?

Natürlich ist die Arztbriefschreibung vor allem in der fortgeschrittenen Weiterbildungsphase ein notwendiges Übel und wird

sicher von fast allen so empfunden. Aber auch da finden sich täglich Herausforderungen – zum Beispiel bei weniger häufigen Fällen eines Peniskarzinoms. Der histologische Befund nach Penisteilamputation ist da, die interdisziplinäre Tumorkonferenz hat noch nicht stattgefunden – welche Therapieempfehlung sollte nach den Leitlinien unter Berücksichtigung der weiteren Befunde im Arztbrief ausgesprochen werden? Kontrolle: Kam die Tumorkonferenz später zum gleichen Ergebnis?

Zusammenfassend sollte die Arztbriefschreibung mindestens in der Weiterbildungsphase als nicht endende Fortbildung, bei der man täglich neue Aspekte zu scheinbar simplen Fällen erkennt, angesehen werden. Und je effizienter die Briefe vorbereitet werden, desto mehr kann man sich den Patienten widmen.



**Dr. Linda Stahl**

Funktionsoberärztin der Klinik für Urologie Klinikum Lippe Detmold  
Mitglied des AK Angestellte Ärzte des BvDU

### Ihr gutes Recht (D+B)

## Jobsharing: Zur Verbindlichkeit der Leistungsobergrenzen

Haben Sie die vom Zulassungsausschuss für die gemeinsame Tätigkeit im Jobsharing festgelegte Leistungsobergrenze (LOG) einmal akzeptiert, können Sie sich im Nachhinein im Regelfall nicht mehr auf deren Rechtswidrigkeit berufen – etwa für den Fall, dass die Kassenärztliche Vereinigung wegen Überschreitung der Obergrenze eine Berichtigung des ärztlichen Honorars vornimmt. Das hat das BSG in einem aktuellen Urteil klargestellt (BSG, Urt. v. 21.07.2021 – B 6 KA 12/20 R). Prüfen Sie daher bereits bei erstmaliger Festsetzung der LOG durch den Zulassungsausschuss, ob die Festsetzung korrekt erfolgte.

### Was ist Jobsharing?

Das Jobsharing bietet eine Möglichkeit, in einem für weitere vertragsärztlichen Zulassungen gesperrten Planungsbereich, vertragsärztlich tätig zu werden. In diesem Fall teilt sich ein Vertragsarzt seine Zulassung mit einem weiteren Arzt der gleichen Arztgruppe unter Verpflichtung zur Einhaltung einer bestimmten LOG. Die erstmalige Festlegung der LOG für das erste Leistungsjahr des Jobsharings erfolgt durch den Zulassungsausschuss (im Regelfall auf Basis des Abrechnungsvolumens im jeweiligen Vorjahresquartal zzgl. 3 % des Fachgruppenn Durchschnitts). Für die weiteren

Leistungsjahre erfolgt eine Anpassung der LOG durch die Kassenärztliche Vereinigung mittels eines sog. Anpassungsfaktors. Haben z. B. Änderungen des EBM spürbare Auswirkungen auf die Berechnungsgrundlage, kann ein Antrag auf Neufestsetzung der LOG gestellt – zuständig ist ebenfalls der Zulassungsausschuss. Die KV prüft die Einhaltung der LOG und nimmt bei Überschreitung ggf. (unmittelbar mit der Honorarfestsetzung oder nachträglich) eine sachlich-rechnerische Richtigstellung vor.

### Was hat das BSG entschieden?

Die KV hatte aufgrund Überschreitungen der Jobsharing-LOG sachlich-rechnerische Berichtigungen des vertragsärztlichen Honorars in Höhe von insgesamt ca. 230.000 € vorgenommen. Der Zulassungsausschuss hatte der klagenden Berufsausübungsgemeinschaft im Jahr 1997 die gemeinsame vertragsärztliche Tätigkeit im Jobsharing genehmigt und eine (nach mehreren Rechtsstreitigkeiten letztlich verbindliche LOG) festgesetzt. Im Jahr 2009 nahm die beklagte KV eine sachlich-rechnerische Berichtigung für den Zeitraum von 2004 bis 2007 wegen der Überschreitung der LOG vor. Hiergegen wandte sich die Arztpraxis und begehrte eine Anhebung der LOG wegen eines lokalen Sonderbedarfs und wegen der Strukturveränderungen durch Einführung des EBM 2000+ – ohne Erfolg. Das BSG stellte klar, dass die einmal vom ZA festgelegten LOG sowohl für die Klägerin als auch die beklagte KV (und auch die Gerichte) bindend sind. Auch für einen Antrag auf Neubestimmung der LOG ist allein der ZA zuständig. Die Argumente der Arztpraxis in dem KV-Verfahren wegen der sachlich-rechnerischen Richtigstellung konnten daher nicht mehr durchgreifen. Im Übrigen sei auch die von der KV ermittelten Anpassungsfaktoren korrekt. Insbesondere ist es nach Ansicht des BSG nicht zu beanstanden, wenn die KV hierbei Differenzierungen innerhalb einer Arztgruppe vornimmt. Dies sei sachgerecht, weil damit die Wachstumsmöglichkeit der Job-Sharing-Praxis enger an ihr tatsächliches Leistungsspektrum angebunden werde.

### Was sollten Sie beachten?

Prüfen Sie die Höhe der für Ihre Praxis festgelegten LOG unmittelbar nach Bekanntgabe. Unterschreiben Sie eine vom ZA ggf. geforderte Verpflichtungserklärung zur Einhaltung der LOG nur dann, wenn Sie mit der Höhe einverstanden sind. Machen Sie ggf. bestehende Einwände fristgemäß gegenüber dem Zulassungsausschuss geltend. Sind Sie der Meinung, dass die einst festgelegte LOG nicht mehr sachgerecht ist, sollten Sie sich ebenfalls an den ZA wenden. Wichtig: Ist die Höhe der LOG streitig, vergessen Sie nicht, parallel gegen eine ggf. von der KV erfolgte sachlich-rechnerische Berichtigung (z. B. mittels Honorarbescheid) Widerspruch einzulegen.

**Rechtsanwältin Constanze Barufke,**  
D+B Rechtsanwälte Partnerschaft mbB

## Veranstungsübersicht BvDU & SgDU



### 2022

#### Januar

21.–22. Januar 2022  
Berlin  
ganztätig  
Niederlassungsworkshop

22.–23. Januar 2022  
Hannover  
ganztätig  
Praxisgründungsseminar

#### Februar

01. Februar 2022  
Online  
19.00–19.30 Uhr  
Webinar: Update Kassenabrechnung | Kennen Sie diese Ziffern? | Berlin

08. Februar 2022  
Online  
19.00–19.30 Uhr  
Webinar: Update Kassenabrechnung | Kennen Sie diese Ziffern? | Brandenburg

10. Februar 2022  
Online  
19.00–19.30 Uhr  
Webinar: Update Kassenabrechnung | Kennen Sie diese Ziffern? | Saarland

17. Februar 2022  
Online  
19.00–19.30 Uhr  
Webinar: Update Kassenabrechnung | Kennen Sie diese Ziffern? | Rheinland-Pfalz

18.–19. Februar 2022  
Ratingen  
ganztätig  
MFAWissen - Qualifizierungskurs zur Hygiene und der Aufbereitung von Medizinprodukten

19.–20. Februar 2022  
Neu-Ulm  
ganztätig  
Praxisgründungsseminar

22. Februar 2022  
Online  
19.00–19.30 Uhr  
Webinar: Update Kassenabrechnung | Kennen Sie diese Ziffern? | Hessen

24. Februar 2022  
Online  
19.00–19.30 Uhr  
Webinar: Update Kassenabrechnung | Kennen Sie diese Ziffern? | Niedersachsen

**März**  
01. März 2022  
Online  
19.00–19.30 Uhr  
Webinar: Update Kassenabrechnung | Kennen Sie diese Ziffern? | Sachsen

03. März 2022  
Online  
19.00–19.30 Uhr  
Webinar: Update Kassenabrechnung | Kennen Sie diese Ziffern? | Nordrhein

04.–05. März 2022  
Leipzig  
ganztätig  
7. Urologisches Frühjahrsforum  
CME-Punkte werden beantragt

08. März 2022  
Online  
19.00–19.30 Uhr  
Webinar: Update Kassenabrechnung | Kennen Sie diese Ziffern? | Sachsen-Anhalt

10. März 2022  
Online  
19.00–19.30 Uhr  
Webinar: Update Kassenabrechnung | Kennen Sie diese Ziffern? | Westfalen-Lippe

15. März 2022  
Online  
19.00–19.30 Uhr  
Webinar: Update Kassenabrechnung | Kennen Sie diese Ziffern? | Thüringen

## 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!

17. März 2022  
Online  
19.00–19.30 Uhr  
Webinar: Update Kassenabrechnung | Kennen Sie diese Ziffern? | Baden-Württemberg

22. März 2022  
Online  
19.00–19.30 Uhr  
Webinar: Update Kassenabrechnung | Kennen Sie diese Ziffern? | Bremen

24. März 2022  
Online  
19.00–19.30 Uhr  
Webinar: Update Kassenabrechnung | Kennen Sie diese Ziffern? | Hamburg

26.–27. März 2022  
Bad Nauheim  
ganztätig  
Praxisgründungsseminar

29. März 2022  
Online  
19.00–19.30 Uhr  
Webinar: Update Kassenabrechnung | Kennen Sie diese Ziffern? | Schleswig-Holstein

31. März 2022  
Online  
19.00–19.30 Uhr  
Webinar: Update Kassenabrechnung | Kennen Sie diese Ziffern? | Mecklenburg-Vorpommern

**Mai**  
07.–08. Mai 2022  
Essen  
ganztätig  
Praxisgründungsseminar

20.–21. Mai 2022  
Hamburg  
ganztätig  
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

