

Inhalt

- 225 Flächendeckende andrologische Versorgung in Gefahr
- 226 BvDU-Hauptausschuss wählt neuen Sprecher
- 226 Aus den Landesverbänden
- 228 TI-Anwendungen werden Thema im Petitionsausschuss
- 229 Handy-App zeigt Urologen Nebenwirkungen von Medikamenten auf den Harntrakt
- 230 Nebenjob Notarzt im Rettungsdienst: Sozialversicherungspflicht!
- 231 Keine hypothetische Einwilligung bei „echtem Entscheidungskonflikt“
- 232 Viele Ärzte müssen 2022 deutlich höhere PKV-Prämien zahlen
- 233 Neue GOP für Erstbefüllung der ePA ab 1. Januar im EBM
- 233 Aktuelles KBV-Informationsvideo zur korrekten präoperativen Haarentfernung
- 234 „Ärzte müssen keine Angst vor neuen Kodierrichtlinien haben“
- 236 Veranstaltungsübersicht BvDU & SgDU

Aus dem BvDU



Flächendeckende andrologische Versorgung in Gefahr

Seit drei Jahren – zuletzt 2021 aktualisiert – gilt die neue Musterweiterbildungsordnung (MWBO). Mit dieser MWBO erfolgt eine stärkere Einbeziehung der ambulanten Medizin in die Ausbildung der nächsten Generationen von Assistenzärztinnen und -ärzten. Gleichzeitig ist der Kompetenzbegriff stark in den Fokus gerückt. Trotz dieser guten Ausgangslage werden bestimmte fachärztliche Kompetenzen aber in der Zukunft immer seltener anzutreffen sein. Dies gilt zumindest in Teilbereichen der Urologie. Besonders betroffen von dieser Entwicklung ist hierbei die Zusatzweiterbildung „Andrologie“ in der Urologie. Die meisten praktizierenden Androloginnen und Andrologen sind in urologischen Praxen ambulant tätig. Damit ist die Andrologie ein wichtiger Teilbereich in der ambulanten urologischen Versorgung männlicher Patienten.

Fehlende Weiterbildungsbefugnis für die Andrologie

Die Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU) e.V. hat auf der Grundlage der neuen MWBO und in enger Zusammenarbeit mit



Redaktion

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

dem Berufsverband sowie der Vereinigung von urologischen Assistenzärztinnen und Assistenzärzten in Weiterbildung – GeSRU e.V., ein zertifiziertes Weiterbildungscurriculum entwickelt, welches neue Rahmenbedingungen und neue Formen der transsektoralen Zusammenarbeit enthält. Allerdings gibt es immer weniger Androloginnen und Andrologen in den Kliniken und ambulanter Praxis, die auch über eine Weiterbildungsbefugnis verfügen, um diese Kompetenz an die nachkommende Fachärzteschaft weiterzuvermitteln. Es ist daher absehbar, um nicht zu sagen vorprogrammiert, dass es in den nächsten Jahren immer weniger Urologinnen und Urologen geben wird, die über die Zusatzweiterbildung Andrologie verfügen.

Ein beispielhafter Blick in die ärztlichen Statistiken der Bundesländer Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg sowie Nordrhein-Westfalen belegt, dass in diesen Regionen zwar aktuell über 400 Androloginnen und Andrologen tätig sind, von denen jedoch nur ca. 28 % auch eine Weiterbildungsbefugnis für die Andrologie besitzen.

Dringender Handlungsbedarf für die Urologie

Wenn es nicht gelingen sollte in den kommenden zehn Jahren genügend Androloginnen und Andrologen im Fachgebiet Urologie auszubilden, ist die flächendeckende Versorgung der Männer und damit die Männergesundheit aus Sicht des Berufsverbands stark gefährdet. Es ist aus Sicht des BvDU wichtig und dringend, dieses Problem zu benennen und zum Handeln aufzurufen, um auch weiterhin eine vollumfängliche urologische fachärztliche Ausbildung abbilden zu können.

Der BvDU fordert daher, alle Beteiligten in der Urologie – die Chefärzte und klinisch-tätige Ärzteschaft sowie alle in der Niederlassung – mit der Zusatzbezeichnung Andrologie dringend auf, eine Weiterbildungsermächtigung für Andrologie bei ihrer Ärztekammer zu beantragen, um auch zukünftig eine flächendeckende andrologische Versorgung durch das Fachgebiet sicherzustellen.

Quelle: BvDU/Dr. S. El-Khadra

BvDU-Hauptausschuss wählt neuen Sprecher



▲ Dr. Thomas Quack, BvDU-Hauptausschuss-Sprecher, Landesvorsitzender LV Schleswig-Holstein

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Was ist mein Ziel? Was ist Berufspolitik für mich? Warum mache ich das? Viele Fragen, die ich mir stelle, vor allem als ich gebeten wurde, mich hier als Sprecher des Hauptausschusses vorzustellen.

Zunächst zu meiner Person: Ich gehöre als 1965 geborener zu den sogenannten geburtenstarken Jahrgängen und bin seit 1999 in Plön niedergelassen. Als Arzt im Praktikum im Marienkrankenhaus in Hamburg, in der ehemaligen Wirkungsstätte von Wolfgang Knipper, war der

Eintritt in den Berufsverband selbstverständlich. Die Informationen und Treffen des BvDU in Schleswig-Holstein erleichterten mir später den Einstieg in die Praxis und ich hoffe, dass unsere Treffen, Fortbildungen und Gespräche auch heute jungen Kolleginnen und Kollegen helfen, sich im System von Ärztekammer, KV und den sogenannten Kostenträgern zu behaupten.

Der Eintritt in die Fachgesellschaft war für uns Assistenten damals und ist für mich heute übrigens genauso selbstverständlich. In den letzten 20 Jahren lernte ich, wie wichtig die Kommunikation unter uns Ärztinnen und Ärzten ist, zumal viele ja als „Einzelkämpfer“ in der Praxis stehen. In Schleswig-Holstein gibt es eine große Zahl von Praxisnetzen, die über alle Fachgruppen hinweg eine sinnvolle Vernetzung darstellen und zunehmend auch den Kontakt zu den Strukturen in den Kliniken festigen. Hier habe ich mich in unserem Praxis-Netz in Plön lokal engagiert und bekam so Kontakt in die Berufspolitik und stehe seit einigen Jahren dem BvDU-Landesverband vor.

Ich freue mich nun im Rahmen des Generationswechsels an der Spitze unseres Verbandes hier als Sprecher des Hauptausschusses eine, so ist mein fester Wille, verbindende Rolle zu übernehmen. Neben der Koordination der Kommunikation des Hauptausschusses mit dem Präsidium – übrigens in BEIDE Richtungen – sehe ich mich auch verantwortlich für die Umsetzung unserer Ziele:

UROLOGIE IST MEIN BERUF! Dieses Motto des Berufsverbandes beinhaltet natürlich die klassischen Aspekte der (kassen-) ärztlichen Tätigkeit und ist sicher der Schwerpunkt der Arbeit des BvDU auch durch Mitarbeit in den Gremien der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Ärztekammern.

Hier sei mir ein kurzer Einwurf gestattet: Die Gremien in unserer Selbstverwaltung werden von uns Ärztinnen und Ärzten selbst gewählt! JEDE und JEDER ist aufgerufen sich hier zu engagieren!

Die Freiberuflichkeit steht als großes Ziel auf dem Banner unseres berufspolitischen Tuns. Leider muss es immer wieder be-

tont werden, die Freiberuflichkeit hat nichts mit der Selbstständigkeit in der Praxis zu tun, sondern ist dem Arztberuf eigen. Ziel ist die Unabhängigkeit der Entscheidungen eines jeden von uns von äußeren Kräften. Wir sind nur dem Wohle unserer Patienten und dem Wohle der Gesellschaft verpflichtet, dafür dürfen – und müssen – wir auch eine auskömmliche Vergütung und unabhängige Arbeitsbedingungen einfordern, natürlich in Klinik und Praxis. Hierunter sind eigentlich alle Themen subsumiert, um die es in der berufspolitischen Arbeit geht.

Aktuell sind viele von uns auch in den Impfkampagnen eingebunden und die Bedingungen der Covid-Pandemie bestimmen unsere Praxisabläufe. Hier ist eine entsprechende Honorierung der Hygieneaufwendungen im Rahmen urologische Prozeduren in Klinik und Praxis – eigentlich eine Selbstverständlichkeit – leider eine die wir mühsam einfordern müssen.

Merkmal der Freiberuflichkeit ist auch die Aus- und Weiterbildung in eigener Verantwortung. Mit dem Weiterbildungscurriculum von DGU und BvDU ist ein wichtiger Schritt zur Zukunftssicherung unseres Faches gelungen. Die Umsetzung in der Praxis wird eine Aufgabe für uns alle!

Ich freue mich, mit dem neuen Präsidium, den Landesvorsitzenden sowie den Vorsitzenden der Arbeitskreise die aktuellen Themen engagiert zu vertreten. Das neue Präsidium ist als Team angetreten. Dies ist auch eine Ansage, dass alle Urologinnen und Urologen zur Mitarbeit aufgefordert sind.

UROLOGIE IST UNSER BERUF! Wir alle sind gefordert für unsere Belange zur verbesserten Versorgung der uns anvertrauten Patienten einzutreten und ich ermutige jede und jeden sich für UNSEREN BERUF zu engagieren.

Ihr Thomas Quack

Aus den Landesverbänden

Die Attraktivität des BvDU für die Mitglieder sowie seine berufspolitische Kompetenz basieren zentral auf seiner Gliederung in Landesverbände. So ist der Berufsverband in der Lage, sich neben der politischen Arbeit auf Bundesebene auch stark in den Regionen für das Fachgebiet einzusetzen. In loser Folge wird an dieser Stelle aus den Landesverbänden berichtet.

Neuer Vorsitzender im LV Hessen



Dr. Michael Weidenfeld folgt als Landesvorsitzender des BvDU in Hessen auf Dr. Peter Kollenbach, der im September 2020 als 2. Vizepräsident ins Team des BvDU-Präsidiums gewählt wurde.

Dr. Weidenfeld ist Arzt für Urologie, Medikamentöse Tu-

morthapie und Palliativmedizin, seit 1993 niedergelassen in Wiesbaden, anfänglich in einer Gemeinschaftspraxis seit 2006 im Facharztzentrum medicum. Er ist aktiv in der Bezirksärztekammer Wiesbaden, der Landesärztekammer Hessen und der KV Hessen. So arbeitet er engagiert für eine starke fachärztliche Vertretung mit dem Ziel der Mitgestaltung der Zukunft in der fachärztlichen Patientenversorgung.

Der BvDU stellte anlässlich dieser Vorstandwahl einige Fragen an Dr. Weidenfeld:

BvDU: Warum haben Sie sich für die Urologie entschieden?

Dr. Weidenfeld: Anfangs waren meine Berufswünsche zunächst sprunghaft und wechselten vom Notarzt, Unfallchirurgen, Kinderarzt über den Pathologen zum Hausarzt. Dann bekam ich die Gelegenheit zu einer Hospitation in der Urologischen Universitätsklinik Gießen bei Prof. Dr. Rotaugé. Hier habe ich erkannt: Die Urologie vereint alle Möglichkeiten der Behandlung. Man hat junge und ältere Patienten, Männer, Frauen und Kinder, operative und konservative Therapien, psychosomatische Erkrankungen, Missbildungen und Malignome. Im Prinzip begleitet die Urologie den Menschen von der Geburt bis ins hohe Alter. Es gab eine sehr hohe Innovationsrate in der chirurgischen Urologie. Hier möchte ich den rasanten Fortschritt in der Endourologie nennen. Ich war fasziniert von der urologischen Funktionsdiagnostik, Entwicklung der Neurourologie mit den Blasenschrittmachern und der Neuromodulation. Ich war so begeistert, dass es klar war: Ich werde Urologe!

BvDU: Was hat Sie in die Verbands- und Gremienarbeit für die Urologie geführt?

Dr. Weidenfeld: Ich habe mich 1993 niedergelassen. Schon bald habe ich gelernt, dass man sich in den Gremien der Selbstverwaltung engagieren muss. Warum? Weil wir eine Selbstverwaltung sind und nur die Mängel beschimpfen nicht reicht. Wir haben die Möglichkeit und die Pflicht, unsere Angelegenheiten so gut wie möglich selber zu regulieren. Dies gilt für den Umgang miteinander, die Regulierung der Arbeit der Patientenversorgung, Umsetzung und Überwachen unserer Pflichten sowie der politischen Vorgaben. Also ist es naheliegend, an der Gestaltung dieser Aufgaben mitzuwirken, damit man möglichst wenig von anderen Institutionen übergestülpt bekommt. Ich habe mich stets parallel zu meiner beruflichen Tätigkeit in der KV Hessen und in der Landesärztekammer eingebracht und mitgearbeitet. Es war und ist eine sehr gute Erfahrung. Ich habe viele sehr nette Kolleginnen und Kollegen kennenlernen dürfen und kann nur zur Mitarbeit auffordern. Die Übernahme von Verantwortung ist wichtig.

BvDU: Was sind die aktuellen berufspolitischen Schwerpunkte in Ihrer Arbeit?

Dr. Weidenfeld: In meiner neuen Position möchte ich einen erweiterten Landesvorstand entwickeln. Die aktive Arbeit soll und kann nicht von ein oder zwei Aktiven im Vorstand gemacht werden. Wir brauchen aus jedem Bereich aktive Mitglieder, die sich einbringen. Dies gilt für die klinische Chefarztebene, die Belegärzteschaft, die

In Klinik und Praxis

Die Zukunft der Urologie gestalten!

Medizinische Qualität. Wirtschaftlicher Erfolg.



Mitglied werden
im Berufsverband!

Mehr Informationen unter: www.urologie-gestalten.de



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

angestellten Ärztinnen und Ärzte sowie die Niedergelassenen. Aktuell habe ich mehrere Schreiben an den Landesverband mit dem Aufruf zur aktiven Mitarbeit verfasst. Der Rücklauf bleibt abzuwarten. Vielleicht hilft auch dieses Interview.

BvDU: *Welches sind die langfristigen Ziele Ihres Engagements im Berufsverband?*

Dr. Weidenfeld: Langfristig möchte ich einen aktiven Berufsverband. Wenn sich möglichst viele Mitglieder einbringen, dann kann auch unsere kleine Berufsgruppe ihre Interessen durchsetzen. Politische Arbeit findet in den Gremien statt und wenn wir hier aktiv vertreten sind, werden wir nicht übersehen.

BvDU: *Wie stellen Sie sich die Urologie in 10 Jahren vor?*

Dr. Weidenfeld: Zunächst möchte ich feststellen, dass niemand weiß, was sich die Politik für unser Gesundheitssystem so vorstellt. Aus heutiger Sicht sehe ich die Urologie auch noch in 10 Jahren als eigenständige Facharztgruppe. Wir begleiten den Menschen von der Geburt bis ins hohe Alter. Wir haben eine hohe Fachkompetenz und sollten innovativ sein. Darunter verstehe ich auch die bisher wenig beachteten Möglichkeiten der Urologie wie zum Beispiel Jungenmedizin, Impfungen, Andrologie und Sexualmedizin stets im Blick zu haben. Solche Schwerpunkte sollten wir bei der Weiterbildung der nächsten ärztlichen Generationen in der Urologie bedenken.

Wir müssen unsere hohe Fachkompetenz und Spezialisierung erhalten. Wir dürfen keine weiteren Kompetenzen abgeben. Die enge Zusammenarbeit von ambulantem und stationärem Sektor in der Urologie ist aus meiner Sicht nötig. Wir brauchen eine enge Kooperation von Berufsverband und Fachgesellschaft. Wir müssen uns als Urologie aktiver in der Gremienarbeit werden, sonst wird man uns übersehen. Dies mit der Folge, dass weitere typischen Bereiche wie zum Beispiel das Röntgen, die urologische Mikrobiologie, die Onkologie, Prostata-Gewebeentnahmen, urologische Funktionsdiagnostik aus unserem Fach verschwinden werden.

Mein persönliches Fazit: Die Urologie ist ein tolles, vielseitiges, interessantes Fach, es hat mir persönlich immer viel Spaß und Zufriedenheit gebracht. Es bedarf aber einer starken Mitarbeit in den unterschiedlichen Gremien, damit wir die Rahmenbedingungen für unser Fach selber bestimmen.

Die Fragen stellte die BvDU-Pressesprecherin Dr. S. El-Khadra.

Weitere berufspolitische Meldungen

TI-Anwendungen werden Thema im Petitionsausschuss

Die Online-Petition zu ausreichenden Testphasen für Anwendungen in der Telematikinfrastruktur (TI) hat das gesteckte Ziel von 50.000 Unterstützern klar erreicht. Das teilte der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) in München mit. Damit



© Deutscher Bundestag - Pressestelle

wird die Urheberin der Petition und Vorsitzende der Vertreterversammlung der KVB, Dr. Petra Reis-Berkowicz, die Möglichkeit erhalten, dieses wichtige Anliegen der Ärzteschaft im Petitionsausschuss des Deutschen Bundestags vorzutragen. Im Rahmen der vierwöchigen Zeichnungsfrist hatten 15.297 Personen die Online-Petition mit dem Titel „Kassenarztrecht – Einführung von Flächentests zur elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung und zum eRezept“ unterzeichnet. Hinzu kamen anschließend noch 38.454 Unterstützer, die sich in Unterschriftenlisten in Praxen eingetragen oder sich direkt an den Petitionsausschuss gewandt hatten. Insgesamt haben damit 53.751 Menschen ihre Unterstützung für die Petition bekundet.

Der Vorstand der KVB, Dr. Wolfgang Krombholz, Dr. Pedro Schmelz und Dr. Claudia Ritter-Rupp, erklärte dazu: „Das ist ein eminent wichtiges Signal an die politischen Entscheidungsträger, dass man telemedizinische Anwendungen nicht mit Zeitdruck und Androhungen von Sanktionen in die Praxen bringen kann. Die Ärztinnen und Ärzte, aber auch die Patientinnen und Patienten erwarten zurecht, dass die IT-Prozesse im Praxisalltag reibungslos funktionieren, dass sie einen Mehrwert für die ambulante Behandlung bieten und dass sie sämtliche datenschutzrechtliche Anforderungen erfüllen, um das Vertrauensverhältnis zwischen dem Patienten und seinem behandelnden Arzt beziehungsweise Psychotherapeut zu schützen. Deshalb ist eine ausführliche Testphase unabdingbar, in der die Anwendungen ihre Praxistauglichkeit nachweisen müssen. Unser Dank gilt auch den anderen Kassenärztlichen Vereinigungen und ärztlichen sowie psychotherapeutischen Berufsverbänden, die die Petition unter ihren Mitgliedern intensiv beworben hatten.“

Die Kernaussage der Petition: Die Einführung von TI-Anwendungen wie elektronischer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung oder elektronischem Rezept muss über die ersten zwölf Monate als Testphase ausgestaltet werden, an der sich die Anwender freiwillig beteiligen können. Zudem muss der dauerhafte Einsatz von Ersatzverfahren im Regelbetrieb, insbesondere bei technischen Störungen, zukünftig erhalten bleiben.

Quelle: Pressemitteilung KV Bayern

Handy-App zeigt Urologen Nebenwirkungen von Medikamenten auf den Harntrakt

In einer einfachen Handy-App können Ärztinnen und Ärzte erstmals nachschlagen, ob und welche Nebenwirkungen von Medikamenten auf den Harntrakt ausgehen. Prof. Dr. Andreas Wiedemann, Deutschlands erster Prof. für Uro-Geriatrie und Chefarzt der Urologie am Ev. Krankenhaus Witten, hat sie mit seiner Arbeitsgruppe am Lehrstuhl für Geriatrie der Universität Witten/Herdecke entwickelt. Der „Wittemer Harntrakt-Nebenwirkungs-Score“ ist im Netz unter www.harntrakt.de zu finden. „Dass viele Medikamente teilweise unbekannte Nebenwirkungen entfalten, sich nicht mit anderen Medikamenten vertragen und deren Abbau hemmen oder fördern, ist gerade in der Altersmedizin seit langem bekannt“, schildert Prof. Wiedemann die Ausgangslage des Projektes. Oftmals schaukele sich die „Multimedikation“, bei der Ältere 5, 10 oder 15 Medikamente gleichzeitig einnehmen müssten, zu einem gefährlichen Cocktail auf. Nicht selten seien solche Medikamentennebenwirkungen bei Blutverdünnern, Zuckermedikamenten oder Blutdruckpräparaten der Grund für eine Krankenhausaufnahme. Das Forscherteam hat medizinische Daten-



banken durchsucht und die dort genannten Nebenwirkungen mit den aktuellsten Forschungsarbeiten abgeglichen. „Heraus kam eine Liste von 257 Medikamenten, die hier ein potentielles Risiko darstellen. Die haben wir 33 Expertinnen und Experten vorgelegt und sie bewerten lassen, ob sie eine solche Nebenwirkung schon selten, manchmal oder häufig erlebt haben“, beschreibt Wiedemann das weitere Vorgehen. Es sind also zwei Listen mit Punktwerten (scores)

entstanden, die jeder urologisch tätige Arzt nutzen kann. In der App können die Ärztinnen und Ärzte sowohl verschiedene Handelsnamen oder aber auch Wirkstoffe nachschlagen und sich deren Nebenwirkungen mit dem „Theorie-“ und dem „Praxis-Punktwert“ anzeigen lassen. Oder sie können die Nebenwirkungen eingeben und die App zeigt dann mögliche „Übeltäter“ an. Erstmals wird es damit möglich, bei der Neuverordnung eines Medikaments einzuschätzen, ob es bei den jeweils bekannten Risiken und Vorerkrankungen der Patientinnen und Patienten zu Nebenwirkungen im Harntrakt kommen kann. Außerdem kann man einen bestehenden Medikationsplan durchsehen und klären, ob eine Störung im Harntrakt



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



www.mfawissen.de

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

medikamentös (mit-) verursacht ist. Der „Wittener Harntrakt-Nebenwirkungs-Score“ wurde erstmals bei dem Deutschen Urologenkongress im September vorgestellt. Es gibt zwar bereits einige Listen mit Nebenwirkungen, die betrachten aber nur eine bestimmte pharmakologische Gruppe von Nebenwirkungen („anticholinergic burden score“), eine Gruppe von Medikamenten bestimmter Indikation (LUTS-Forta) oder eine ausgewählte Gruppe von Patientinnen und Patienten (PRISKUS-Liste, beers-Liste). „Wir glauben ein praxistaugliches Instrument geschaffen zu haben, weil es schnell und zuverlässig speziell für den Harntrakt Auskunft gibt“, erklärt Prof. Wiedemann. Die Entwicklung wurde mit Unterstützung der Dr. Pflieger Arzneimittel GmbH ermöglicht.

Quelle: Pressemitteilung Universität Witten/Herdecke

Nebenjob Notarzt im Rettungsdienst: Sozialversicherungspflicht!

Seit mehreren Jahren befasst sich die Rechtsprechung mit dem Thema der Sozialversicherungspflicht, genauer gesagt, der Frage der abhängigen Beschäftigung, von Arbeitskräften im Gesundheitswesen. Hierzu gehört auch der Einsatz von Ärzten als „freiberufliche“ Notärzte im Rettungsdienst. Kürzlich hat sich der 12. Senat des Bundessozialgerichts (BSG) am 19.10.2021 in drei Urteilen klar positioniert und ein abhängiges Beschäftigungsverhältnis in allen Fällen bejaht.

Landkreis Fulda ./ DRV Bund (Az. B 12 KR 29/19 R)

Geklagt hatte der Landkreis Fulda als öffentlich-rechtlicher Rettungsdienststräger und Leistungserbringer im Rettungsdienst in Hessen. Streitgegenständlich war die Tätigkeit eines Notarztes, der seit August 2016 im Rettungsdienst für



▲ Christiane Beume, Rechtsanwältin

den Kläger auf Basis einer „Honorarvereinbarung“ tätig war, die unter anderem vorsah, dass der Notarzt „freiberuflich tätig“, „nicht in die Arbeitsorganisation des Auftraggebers eingebunden“ und „in seiner Verantwortung in Diagnostik und Therapie unabhängig“ ist. Bei der Wahl der Dienste war der Notarzt zwar frei, hatte die von der Leitstelle angezeigten Rettungseinsätze aber zu leisten. Die Vergütung belief sich auf 35 € je geleisteter Stunde. Während der übernommenen Schichten hielt er sich in der von der Stadt Fulda unterhalte-

nen Rettungswache auf und wurde bei Alarmierung durch die zentrale Leitstelle von einem Fahrer in einem Notarztfahrzeug der Stadt Fulda an den Einsatzort gebracht. Die Einsätze hatte der Notarzt nach einheitlichen Vorgaben zu dokumentieren.

DRK Kreisverband W ./ DRV Bund (Az. B 12 KR 9/20 R)

In dem zweiten Fall hatte der DRK Kreisverband W e.V. geklagt, dessen Landesverband ein Träger des Rettungsdienstes in Baden-Württemberg ist. Seit Januar 2014 war der betroffene Notarzt, der als Facharzt für Anästhesiologie in einem Krankenhaus in Vollzeit beschäftigt ist, wiederholt für den DRK Kreisverband als Notarzt im Rettungsdienst tätig. Grundlage der Tätigkeit war auch hier eine „Honorarvereinbarung“. Diese sah einen Stundenlohn in Höhe von 30 € zzgl. 40 € je geleistetem Einsatz sowie einen Feiertagszuschlag vor. Die Übernahme der einzelnen Notarzteinsätze gestaltete sich im Wesentlichen wie in dem Fall aus Hessen. Notarztfahrzeug nebst Fahrer, Rettungsmittel und das weitere Rettungspersonal stellte der DRK Kreisverband selbst.

DRK Kreisverband R ./ DRV Bund (Az. B 12 KR 29/19 R)

Kläger war auch in diesem Fall ein in der Rechtsform des eingetragenen Vereins bestehender DRK Kreisverband. Der zugehörige Landesverband gehört – wie im vorhergehenden Fall – zu den Trägern des Rettungsdienstes in Baden-Württemberg. Seit August 2015 war eine an einem Krankenhaus versicherungspflichtig beschäftigte Ärztin wiederholt für den Kläger als Notärztin im Rettungsdienst tätig. Dem zugrunde lag ein „Vertrag Freiwilliger Notarzt“, der für geleistete Einsätze und Dienstbereitschaft an die jeweils geltende Tarifregelung zwischen der KV Baden-Württemberg, der Landesärztekammer Baden-Württemberg und den Kostenträgern anknüpfte. Die Vergütung lag zwischen 27 € und 35 € pro Stunde. Hinzu kam eine Einsatzpauschale in Höhe von 70 € ab dem 3. Einsatz innerhalb einer Schicht. Das Procedere hinsichtlich der Übernahme einzelner Notarzteinsätze gestaltete sich dabei im Wesentlichen wie im Fall des Landkreises Fulda.

Die Entscheidungen

In allen drei Fällen bejahte das BSG ein abhängiges Beschäftigungsverhältnis und – daraus folgend – die Sozialversicherungspflicht. Maßgeblich sei – wie bei der vergleichbaren Tätigkeit von Honorarärzten im Krankenhaus – eine Gesamtwürdigung, in der insbesondere die Eingliederung in die Arbeitsorganisation in den Blick zu nehmen sei. Auch bei eingeschränktem Weisungsrecht könne die Dienstleistung fremdbestimmt sein, wenn sie ihr Gepräge von der Ordnung des Betriebes erhalte und der Notarzt in dessen Struktur eingegliedert sei. Liege eine Vertragsgestaltung vor, in der die Übernahme einzelner Dienste jeweils frei vereinbart werde, sei auf die jeweiligen Einzelaufträge abzustellen. Danach habe das Weisungsrecht jedenfalls insoweit bestanden, als die Leitstelle den Einsatz gelenkt und dem Notarzt den Einsatzort zugewiesen habe, an den er sich so schnell wie möglich begeben musste. Nutze der Notarzt zur Erbringung der Tätigkeit zudem dem Rettungsdienstbetrieb des Trägers zuzuordnende Arbeitsmittel und Personal, so sei er in die jeweilige Arbeitsorganisation eingegliedert.

Fazit

Die Fälle stammen alle aus der Zeit vor der Einführung des § 23c Abs. 1 Satz 1 SGB IV. Das Gericht musste sich daher nicht mit der im April 2017 in Kraft getretenen Ausnahmegesetz befassen, nach der Einnahmen aus der Tätigkeit als Notarzt im Rettungsdienst unter bestimmten Voraussetzungen nicht beitragspflichtig sind. Es bleibt abzuwarten, wie das BSG in den neueren Fällen entscheiden wird.

Quelle: BDO legal/newsletter/Christiane Beume, Rechtsanwältin

Keine hypothetische Einwilligung bei „echtem Entscheidungskonflikt“

Zieht ein Patient wegen einer fehlerhaften Aufklärung vor Gericht, muss er nicht darlegen, dass er sich bei ordentlicher Aufklärung gegen die Behandlung entschieden hätte. Das hat der Bundesgerichtshof nun entschieden.

Für Ärzte gilt es, im Aufklärungsgespräch auf einige Fallstricke zu achten

Nach einer fehlerhaften Aufklärung können sich Ärzte nicht ohne Weiteres auf eine „hypothetische Einwilligung“ berufen. Für den Patienten reicht es aus, wenn er plausibel macht, dass er bei ordnungsgemäßer Aufklärung „vor einem echten Entscheidungskonflikt gestanden hätte“, wie der Bundesgerichtshof (BGH) in Karlsruhe in einem am Donnerstag veröffentlichten Urteil entschied. Danach muss der Patient nicht darlegen, dass er sich dann gegen die Behandlung entschieden hätte.

Die Klägerin hatte 2011 eine Kniegelenkendoprothese erhalten. Während des Eingriffs war ein Schmerzkatheter gelegt worden. Bereits unmittelbar nach der OP litt sie an Schmerzen und einem Taubheitsgefühl im Fuß. Ursache waren irreparable Schädigungen des Nervus peroneus, des Nervus tibialis und des Nervus suralis. Mit ihrer Klage machte die Patientin geltend, sie sei nicht über Alternativen für den Schmerzkatheter aufgeklärt worden. Ärzte und Krankenhaus meinten, auch mit Aufklärung hätte die Patientin der Operation mit Schmerzkatheter zugestimmt. Das Oberlandesgericht (OLG) Hamm wies die Schadenersatzklage ab. Die Patientin habe nicht plausibel gemacht, dass sie sich bei ordnungsgemäßer Aufklärung für eine Operation ohne Schmerzkatheter entschieden hätte.

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

OLG Hamm muss nochmal ran

Der BGH hob dies nun auf und verwies den Streit zur erneuten Prüfung an das OLG zurück. Das OLG habe die rechtlichen Anforderungen an die Patientin überspannt. „Die plausible Darlegung eines echten Entscheidungskonflikts“ reiche aus. Mit einer rein medikamentösen Schmerztherapie und der möglichen Anlage eines Femoraliskatheters hätten aufklärungspflichtige Alternativen zum Doppelkatheter bestanden. Für die Begründung eines Entscheidungskonflikts müsse die Patientin nicht darlegen, dass sich bei ordnungsgemäßer Aufklärung ganz bestimmt für eine der Alternativen entschieden hätte. (Bundesgerichtshof, Az.: VI ZR 277/19)

Quelle: Ärztezeitung/M. Wortmann

Viele Ärzte müssen 2022 deutlich höhere PKV-Prämien zahlen

Manche Ärzte im PKV-Mediziner-Tarif werden 2022 nicht schlecht staunen. In der Spitze steht eine Prämiensteigerung um 40 % bevor. Die Begründungen sind indes nicht leicht nachvollziehbar.

Viele Ärzte, die bei der Axa Krankenversicherung ihre Vollversicherung abgeschlossen haben, müssen 2022 deutlich höhere Prämien zahlen. In den speziellen Mediziner-Tarifen legen die Beiträge stärker zu als in den anderen. Zum Teil liegt die Anhebung bei über 40 %.

Was Einzelheiten oder die Gründe für die Prämiensteigerung angeht, gibt sich der Kölner Versicherer zugeknöpft. Er verweist auf Anfrage vor allem auf die allgemeinen Kalkulationsprinzipien in der privaten Krankenversicherung und die Mechanismen der Beitragsanpassung. Differenzierte Auswertungen – etwa zu den Ärzdetarifen – stellt das Unternehmen nicht zur Verfügung.

Aus versicherungsmathematischer Sicht erstaunlich ist die Aussage: „Eine trennscharfe Differenzierung zwischen Voll- und Zusatztarifen ist nicht ohne Weiteres möglich“. Sie sei auch nicht zielführend, so der Versicherer.

Nach Auskunft der Axa ist der Tarif mit der besonders drastischen Erhöhung seit der Einführung im Jahr 2012 zum ersten Mal angepasst worden. Dass es auf einen Schlag so viel ist, liegt an den gesetzlichen Vorgaben. PKV-Unternehmen können die Beiträge nur dann anpassen, wenn die sogenannten auslösenden Faktoren anspringen. Das ist zum einen die Überschreitung der in die Tarife einkalkulierten Versicherungsleistungen um mehr als zehn Prozent und zum anderen die Abweichung von den veranschlagten Sterbewahrscheinlichkeiten um mehr als fünf Prozent.

Bewusst zu billig angepriesen oder schlecht kalkuliert?

Schlägt einer der beiden Faktoren an, muss der Versicherer auch alle anderen Entwicklungen berücksichtigen, die Einfluss auf die

Prämienhöhe haben können. Das sind zurzeit vor allem die Niedrigzinsen. Die PKV-Branche macht sich seit Längerem dafür stark, die Beiträge regelmäßiger anpassen zu können und damit große Beitragssprünge zu vermeiden. Damit ist sie bislang bei der Politik aber auf taube Ohren gestoßen.

Häufig sind starke Beitragssteigerungen in Tarifen, die ursprünglich zu sehr günstigen Prämien angeboten wurden. „Es gibt Tarife, die von vornherein zu billig waren oder die schlecht kalkuliert sind“, weiß Versicherungsmakler Sven Hennig aus Rügen, der auf die PKV spezialisiert ist.

Bei einem Großteil der von Hennig betreuten Kunden waren die Prämiensteigerungen für 2022 „sehr moderat“. „Das bedeutet aber nicht, dass wir nicht auch gravierende Anpassungen haben.“ Dazu gehören die Ärzdetarife der Axa.

2022 jeder vierte PKV-Kunde von Erhöhungen betroffen

Nach Angaben des PKV-Verbands ist nur rund jeder vierte Privatversicherte zum 1. Januar 2022 von einer Beitragsanhebung betroffen. Über alles gesehen liegt sie im Schnitt bei 4,1 %. Die Spannweite bei den Erhöhungen ist groß, schließlich umfasst der Durchschnittswert auch alle Tarife, die unverändert geblieben sind.

Hennig hält den Blick auf die prozentualen Veränderungen grundsätzlich für falsch. „Prämien steigen in Eurobeträgen.“ Wenn Kunden ursprünglich einen günstigen Tarif abgeschlossen haben, ist es nach seiner Erfahrung häufig so, dass sie auch nach einer kräftigen Erhöhung immer noch weniger zahlen als Versicherte für vergleichbare Angebote bei anderen Unternehmen oder als Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse.

Versicherungsmakler Javier Garcia aus Bad Oeynhausen weiß auch von anderen Fällen zu berichten. Garcia ist auf den Tarifwechsel spezialisiert, er hilft PKV-Versicherten dabei, nach Prämiensteigerungen bei ihrem Unternehmen in einen anderen, günstigeren Tarif zu wechseln. Bei manchen seiner Kunden haben die Prämienanpassungen für das kommende Jahr die 30 %-Marke überschritten, Anpassungen zwischen 10 und 20 % sind keine Seltenheit, sagt er.

Bessere Leistung für weniger Geld?

„Die vom PKV-Verband veröffentlichten Zahlen bilden die Realität von Altversicherten in geschlossenen Tarifen, die teilweise mehrere extreme Erhöhungen in wenigen Jahren hinnehmen mussten, nicht ansatzweise ab“, kritisiert Garcia. Die Veröffentlichung solcher Durchschnittswerte ist für ihn „Augenwischerei“.

Als geschlossen werden Tarife bezeichnet, in die keine neuen Kunden mehr kommen. Geschlossene Tarife können ein Nachteil für die Kunden sein, müssen es aber nicht. Entscheidend ist die ursprüngliche Kalkulation.

Die Versicherten müssen sich Hennigs Meinung nach von der Illusion verabschieden, dass sie in der PKV bessere Leistungen als in der gesetzlichen Krankenversicherung bekommen, dafür aber weniger bezahlen müssen. „Das hat nie funktioniert und wird auch nie funktionieren.“

Wenn Anbieter viel Leistung für wenig Beitrag versprechen, sollten Verbraucher hellhörig werden, rät der Makler. Dasselbe gelte

dann, wenn Versicherer mit ihren Prämien deutlich unter der Konkurrenz liegen.

Quelle: Ärztezeitung/I. Schlingensiepen

Aus der KBV



Neue GOP für Erstbefüllung der ePA ab 1. Januar im EBM

Die sektorenübergreifende Erstbefüllung der elektronischen Patientenakte, kurz ePA, wird auch 2022 mit rund zehn € honoriert. Darauf haben sich die KBV und der GKV-Spitzenverband verständigt. Der Gesetzgeber hatte zum Start der ePA ein Honorar von zehn € für die sektorenübergreifende Erstbefüllung vorgesehen – allerdings befristet bis Ende 2021. KBV und Krankenkassen waren gesetzlich aufgefordert, für die Zeit danach eine Vergütung im EBM zu vereinbaren, was nunmehr erfolgt ist.

Neue GOP 01648 nur zum Befüllen der Akte

Nach der neuen Regelung rechnen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte die sektorenübergreifende Erstbefüllung einer ePA ab 1. Januar über die Gebührenordnungsposition (GOP) 01648 (89 Punkte/10,03 €) ab. Diese ersetzt die bislang gültige Pseudo-GOP 88270. Die Vergütung erfolgt extrabudgetär. Die Leistung umfasst das Befüllen der Akte mit Befunden, Arztbriefen und anderen Dokumenten, die für die Behandlung relevant sind. Die Beratung des Patienten ist weiterhin nicht Bestandteil der Leistung. Auch Vertragspsychotherapeuten können die Erstbefüllung vornehmen und die neue GOP abrechnen.

Einmal je Patient abrechenbar

Die GOP 01648 kann einmal je Versicherten abgerechnet werden. Ärzte sollten also vor Erstbefüllung der ePA möglichst den Patienten fragen, ob bereits Einträge durch einen anderen Arzt vorgenommen wurden. Dann ist die GOP 01648 nicht berechnungsfähig.

Eine Abrechnung neben der GOP 01647 (15 Punkte/1,67 €) ist im Behandlungsfall ausgeschlossen. Die Zusatzpauschale zur Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschale können Ärztinnen und Ärzte einmal im Behandlungsfall ansetzen, wenn sie Daten in der ePA erfassen, verarbeiten und/oder speichern. Bis spätestens 30. September 2022 wollen KBV und Krankenkassen im Bewertungsausschuss über die Verlängerung beziehungsweise Anpassung der Bewertung der neuen GOP 01648 entscheiden. Hintergrund ist, dass der Aufwand für die Befüllung der ePA noch nicht

endgültig eingeschätzt werden kann. Die GOP 01648 enthält zudem einen Anteil zur Förderung der ePA.

Hintergrund

Die Ausgabe der ePA durch die Krankenkassen ist seit Jahresbeginn möglich. Ärzte in Praxen und Krankenhäusern sind seit Juli 2021 verpflichtet, auf Wunsch des Patienten die digitalen Akten mit Befunden, Therapieplänen etc. zu befüllen. Auch Psychotherapeuten und Zahnärzte können diese Aufgabe übernehmen. Dabei darf die sektorenübergreifende Erstbefüllung je Patient nur einmal abgerechnet werden.

Quelle: KBV-Praxisnachrichten

Sektorenübergreifendes Qualitätssicherungsverfahren Wundinfektionen

Aktuelles KBV-Informationsvideo zur korrekten präoperativen Haarentfernung

Zum 1. Januar 2022 startete erneut die einrichtungsbezogene Dokumentation des sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens Wundinfektionen (QSWI). Das Verfahren war vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) für ein Jahr ausgesetzt worden. Hierzu stellt die KBV umfangreiche Informations- und Serviceangebote zur Verfügung, um die teilnehmenden Praxen bei der Dokumentation zu unterstützen. Von diesen Angeboten können selbstverständlich alle Praxen, die ambulante und belegärztliche Operationen durchführen, profitieren und diese für ihr internes Hygienemanagement verwenden.

Ganz aktuell hat die KBV gemeinsam mit Frau Prof. Julia Seifert – Mitglied der KRINKO-Kommission – ein Informationsvideo erstellt. Die letzten Befragungsergebnisse zeigten ein Qualitätsdefizit bei der korrekten präoperativen Haarentfernung. Daher stellt die KBV auf Ihrer sQS-Themenseite der KBV-Homepage ein kurzes Video bereit, in dem die Inhalte der aktuellsten KRINKO-Empfehlung sowie die gesetzlichen Hintergründe erläutert und bildhaft verdeutlicht werden. Das Video kann für die Schulung des Praxispersonals und für eine gute Vorbereitung der Einrichtungsbefragung zum Hygiene- und Infektionsmanagement genutzt werden. Dieses Video finden Sie auch auf dem Youtube-Kanal der KBV.

Die weiteren Serviceangebote – wie z. B. die digitale Ausfüllhilfe zur Einrichtungsbefragung mit Erläuterungen, zahlreichen Musterdokumenten und Linktipps oder die insgesamt sechs zertifizierten ärztlichen Fortbildungen zum Themenbereich Hygiene und Antibiotikaresistenzen – finden Sie zusammengestellt in der Rubrik Praxisinformation auf der KBV-Homepage.

Quelle: KBV-Rundschreiben an die Berufsverbände

„Ärzte müssen keine Angst vor neuen Kodierrichtlinien haben“

Ab Januar soll die Praxis-IT Ärztinnen und Ärzten mehr Unterstützung bei der Verschlüsselung der Diagnosen geben. KBV-Spezialistin Anna Maria Raskop, Leiterin der Abteilung Medizinische Dokumentation bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, empfiehlt im Interview mit der Ärztezeitung, den Ball flach zu halten.

Ärztezeitung (AZ): Frau Raskop, die Änderungen in der Software zur Kodierung nach ICD-10 treten zum 1. Januar in Kraft. Müssen die Ärzte jetzt Angst vor neuen Kodierrichtlinien haben?

Anna Maria Raskop: Nein, es gibt keine neuen Kodierrichtlinien, aber es gibt einige neue Funktionen zur Unterstützung der Kodierung, die im Zusammenhang mit der Softwareausgestaltung auf Ärztinnen und Ärzte zukommen. Außerdem gelten die Regeln der ICD-10, das ist seit 20 Jahren so. Wirklich neu ist, dass die Regeln nicht nur im Kollektivvertrag gelten, sondern auch in Selektivverträgen und bei ambulanten Behandlungen im Krankenhaus. Damit sollen die Diagnosen einheitlicher verschlüsselt und besser vergleichbar werden.

AZ: Gilt das für alle Diagnosen?

A. M. Raskop: Teils ja, wie zum Beispiel die Anzeige zusätzlicher Hinweise. Für die Hauptfunktionen konzentrieren wir uns zuerst auf sehr häufige Diagnosen und Erkrankungen, die sehr komplex sind: Schlaganfall, Diabetes, Herzinfarkt und Hypertonie.

AZ: Wie viele Hersteller haben das Zertifikat für die Umsetzung der neuen Verschlüsselungssoftware bereits bekommen?

A. M. Raskop: Aktuell sind 37 von 136 Softwaresystemen zertifiziert, und 73 Softwaresysteme haben bis 15. Dezember bereits fortgeschrittene Unterlagen zur Prüfung eingereicht. Eine aktuelle Übersicht über die erfolgten Zertifizierungen stellt die KBV im Internet bereit, über die Zulassungsliste Kodierunterstützung.

AZ: Und was machen die anderen, deren Anbieter die Zertifizierung noch nicht geschafft haben?

A. M. Raskop: Wir haben eine Übergangsregelung beschlossen, die von der Vertreterversammlung auch bestätigt worden ist. Es gibt eine Verlängerung um ein halbes Jahr. Das heißt: Die Ärzte können weiterarbeiten mit der Software, wie sie jetzt ist. Der Start bleibt zum 1. Januar 2022 davon unberührt.

AZ: Was kommt denn wirklich an Neuerungen auf die Ärzte zu?

A. M. Raskop: Neu sind Kontext-Prüfungen, zum Beispiel, wenn jemand Diabetes Typ 1 und gleichzeitig noch Typ 2-Diabetes verschlüsselt. Dann kommt jetzt ein Hinweis, ob das wirklich einer der wenigen Fälle ist, bei denen beides vorliegt. Zweites Beispiel: der akute Herzinfarkt. Der kann nicht als Dauerdiagnose genommen werden. Einen akuten Herzinfarkt über mehrere Monate – das überlebt keiner. Aber es handelt sich immer um Hinweise, es bleibt

am Ende die medizinische Entscheidung eines behandelnden Arztes, was er kodiert. Es sind keine harten Fehler, es wird keine Abrechnung gestoppt.

AZ: Was haben Ärzte davon, dass sie gut kodieren?

A. M. Raskop: Tatsächlich gibt es keinen direkten monetären Gewinn durch das Kodieren gleich bei der Abrechnung, auch wenn der eine oder andere Diagnoseschlüssel zur Plausibilisierung mit EBM-Positionen verknüpft ist. Das ist übrigens anders als im Krankenhaus. Da ist das viel einfacher, den Zusammenhang der DRGs mit der genauen und vollständigen Kodierung der Diagnosen zu sehen. Das hat man im vertragsärztlichen Behandlungsbereich nicht. Dennoch ist es für die Geldströme im Gesundheitssystem von großer Bedeutung.

AZ: Kommen wir zur praktischen Umsetzung: Bleiben die Diagnosefavoriten erhalten, die in vielen Praxen in der Software hinterlegt sind, die schnell gezogen werden können?

A. M. Raskop: Ja, diese Favoriten bleiben erhalten, sowohl die in den Praxen erarbeiteten Listen als auch die Thesauri, die von Software-Herstellern zusammengestellt worden sind. Zusätzlich haben wir Hausarzt- und Facharzt-Thesauri ausgeliefert, die vom Zentralinstitut erstellt worden sind.

AZ: Wird es gelingen, mit den neuen Hilfen die Kodierqualität zu verbessern, ohne dass sich die Ärzte gegängelt fühlen?

A. M. Raskop: Wir starten mit Bereichen, die sehr häufig sind. Ob das Ziel erreicht wird, hängt davon ab, wie komfortabel das am Ende umgesetzt wird.

AZ: Wann wird das Ganze um zusätzliche Diagnosen erweitert?

A. M. Raskop: Der Gesetzgeber fordert eine jährliche Überprüfung. Wir haben einen Stufenplan – zuerst schauen wir, wie das funktioniert. Konkrete Änderungen haben wir noch nicht in der Schublade.

AZ: Letzte Frage, wann kommt die Umstellung auf die nächste Version der ICD, die ICD-11, die ja international bereits gilt?

A. M. Raskop: In den kommenden Jahren bleibt uns die ICD-10 sicher noch erhalten für die Kodierung in den Vertragsarztpraxen. Die ICD-10 ist in ganz vielen Gesetzen, Richt- und Leitlinien drin – vom GBA, im EBM, in der ASV etc. Man ist jetzt dabei eine Roadmap zu entwickeln, wie ein Umstieg für Deutschland aussehen könnte. Die ICD-11 ist durchaus medizin-näher in manchen Bereichen – da könnten sich die Anwender nach der Umstellung sogar besser abgeholt fühlen als in der ICD-10.

Quelle: Ärztezeitung/Das Interview führte H. Gerlof

#EIN TROJANISCHES PFERD BEIM HUMANMEDIZINER

Schmerzhaftes Risiken und Nebenwirkungen aus dem Netz

ECCLESIA med



Das Szenario: Ärztinnen und Ärzte sowie ihre Angestellten sind größtenteils gegen COVID-19 geimpft, aber dennoch legt ein Virus eine ganze Praxis lahm. Es verteilt sich nicht per Tröpfcheninfektion, sondern kommt in einem E-Mail-Anhang. Das Virus zerstört die gespeicherten Daten auf dem Computer und führt zu einem vollständigen Ausfall des IT-Systems. Bis das System bereinigt ist, können die Patientinnen und Patienten nur eingeschränkt behandelt werden, zum Röntgen müssen sie beispielsweise überwiesen werden. Die Umsätze brechen weg, die Kosten aber wachsen, weil Patiententermine verschoben und nachgeholt werden müssen – das bedeutet Mehraufwand. Außerdem leidet der Ruf der Praxis, und über allem schwebt das Damokles-Schwert möglicher Schadenersatzan-

sprüche, für die die Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber gegebenenfalls selbst in Anspruch genommen werden.

Unsere Beratung versetzt Sie in die Lage, Cyberrisiken und deren Auswirkungen zu bewerten und gleichzeitig passgenauen sowie Ihrer Situation angemessenen Versicherungsschutz zu erlangen.

Durch unsere langjährige Erfahrung und mit unseren Spezialprodukten gestalten wir für Sie den optimalen Schutz zum bestmöglichen Preis.

In der Betreuung der Verträge sorgen wir als Ihr Interessenvertreter dafür, dass die Versicherer ihre Pflichten vertragsgerecht, zügig und kundenorientiert erfüllen.

Ecclesia med GmbH

Ecclesiastraße 1–4
32758 Detmold
Telefon +49 5231 603-0
Fax +49 5231 603-197

info@ecclesiaMED.de
www.ecclesiaMED.de

Ein Unternehmen der
Ecclesia Gruppe

Kooperationspartner des



Veranstungsübersicht BvDU & SgDU



2022

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
ganztägig
MFAWissen - Qualifizierungskurs zur Hygiene und der Aufbereitung von Medizinprodukten
- 19.–20. Februar 2022
Neu-Ulm
ganztägig
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
ganztägig
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
- 22. 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

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!

24. März 2022

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

26.–27. März 2022

Bad Nauheim
ganztägig
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

April

22.–23. April 2022
Sankt-Peter Ording
ganztägig
SgDU-Fachgespräch Sankt-Peter Ording
CME-Punkte werden beantragt

29. April 2022

Berlin
ganztägig
Praxisgründungsseminar

Mai

07.–08. Mai 2022
Essen
ganztägig
Praxisgründungsseminar

20.–21. Mai 2022

Hamburg
ganztägig
13. Urologisches Sommerforum
CME-Punkte werden beantragt

November

04.–05. November 2022
Köln
ganztägig
7. Urologisches Herbstforum
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,
www.sgdu-mbh.de

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

