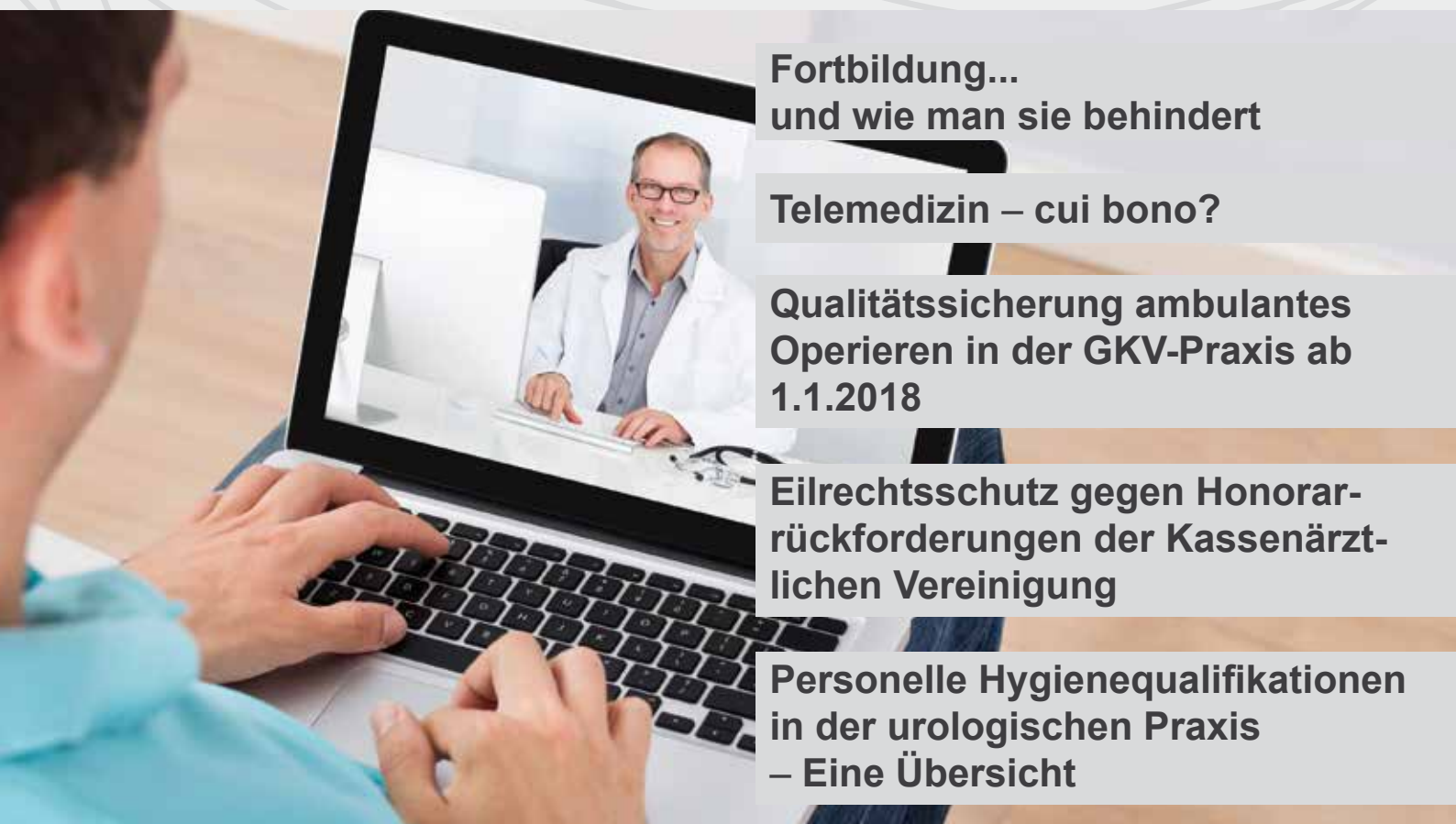


URO-GmbH Nachrichten



**Fortbildung...
und wie man sie behindert**

Telemedizin – cui bono?

**Qualitätssicherung ambulantes
Operieren in der GKV-Praxis ab
1.1.2018**

**Eilrechtsschutz gegen Honorar-
rückforderungen der Kassenärzt-
lichen Vereinigung**

**Personelle Hygienequalifikationen
in der urologischen Praxis
– Eine Übersicht**

ANZEIGE

AMGEN[®]

Dunker

janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES
OF *Johnson-Johnson*

Jenapharm
Liebe. Leben. Gesundheit.

Takeda

UROMED
PRODUKTE FÜR DIE UROLOGIE

APOGEPHA

Dr. Pflieger
ARZNEIMITTEL

HEXAL
Arzneimittel
Ihres Vertrauens

IPSEN
Innovation for patient care

**DR. KADE
BESINS**

KH

medac
urologie

Inhaltsverzeichnis

I.	Editorial	4
II.	Fortbildung und wie man sie behindert	5
III.	Telemedizin – cui bono?	6 - 7
IV.	Qualitätssicherung ambulantes Operieren in der GKV-Praxis ab 1.1.2018 (WI-sQS)	8 - 9
V.	Eilrechtsschutz gegen Honorarrückforderungen der Kassenärztlichen Vereinigung	10 - 11
VI.	Personelle Hygienequalifikationen in der urologischen Praxis – Eine Übersicht	12 - 16
VII.	Kurznachrichten	17

I. Editorial

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

der Unternehmer und Politiker Philipp Rosenthal hat einmal gesagt: „Wer aufhört besser zu werden, hat aufgehört, gut zu sein.“ Obwohl dieses Zitat auf den Menschen im Allgemeinen gemünzt ist, gilt es meiner Meinung nach nirgendwo so sehr wie in der Medizin. In einer Zeit in der sich die wissenschaftlichen Erkenntnisse in rasend schneller Zeit verändern und vermehren, wird es jedoch immer schwerer, die Verbesserungen persönlich zu erreichen und für unsere tägliche Arbeit mit den Patienten umzusetzen. Umso verwunderlicher ist es, wenn uns die eigenen Standesorganisationen bürokratische Hürden in den Weg stellen wie im Fall der CME-Punktevergabe für unseren Hygienekurs. Dieser Kurs wird unsere Arbeit verbessern, weil er von Urologen für Urologen und für die Sicherheit unserer Patienten konzipiert ist.

Auch die digitale Technik soll zu einer Verbesserung für die Kommunikation der Ärzte untereinander und mit dem Patienten führen. Derzeit wird die digitale Technik in der Medizin jedoch eher als „Goldrush“ für die Industrie konzipiert. Ob am Ende die Patienten oder große Internetkonzerne profitieren, ist derzeit fraglich. Die digitale Kommunikation muss konsequent im Sinne einer Verbesserung der Arzt-Patienten-Beziehung ausgebaut werden.

Bei allen Verbesserungen müssen jedoch immer Rechtmäßigkeit und die Auswirkungen auf Honorar und Wirtschaftlichkeit beachtet werden, da es ansonsten zu erheblichen wirtschaftlichen Folgen in Form von Regressen und anschließenden Rechtsstreitigkeiten kommen kann.

4

Wir wünschen allen schöne und erholsame Sommerferien und Motivation, sich anschließend weiter zu verbessern.

Ihre Uro-GmbH Nordrhein



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

II. Fortbildung ... und wie man sie behindert

Fortbildung ist eines meiner zentralen Themen in meinem Berufsleben. Nur wer sich qualifiziert fortbildet, wird ein guter Arzt bzw. Urologe sein können. Da sich unser Wissen alle 5 Jahre verdoppelt, war es mir von Anfang an wichtig, gerade auch dort anzusetzen, wo der schnellste Wandel stattfindet: die Tumorthherapie in der Urologie.

Seit Jahren veranstalten wir mit gutem Erfolg die urologische Tumorthherapie im Frühjahr jeden Jahres in Düsseldorf. So wird es auch in diesem Jahr wieder sein. Was die "CME-Punkte" betrifft, werden die jetzt direkt bei der Ärztekammer beantragt und da sitzen besonders schlaue Sachbearbeiter. Der erste Antrag wird mit Wünschen zur Korrektur zurückgesandt, diesen Wünschen wird entsprochen und der Antrag erneut eingereicht. Man hört anschließend zwei Wochen nichts von der Ärztekammer und dann ergeht ein Ablehnungsbescheid an die Uro-GmbH Nordrhein. Die Begründung lautet: Der Sponsor wird auf dem Flyer mehr als einmal genannt und außerdem fehlt ein Stempel der Uro-GmbH Nordrhein, die ich als Veranstalter angegeben habe.

Mein Telefonat mit der Sachbearbeiterin ergab keine Klärung, da sie sich streng an die Richtlinien halte, die man im Internet einsehen könne. Ermessensspielraum habe sie nicht. Wenn ein Stempel nicht vorhanden sei, hätte ich das hineinschreiben müssen. Steht so übrigens nicht im Internet. Weitere Details erspare ich mir. Aber es kommt noch schlimmer: Die Ausbildung zum "Hygienebeauftragten Arzt (Urologen)", die von Wolfgang Rulf ausgearbeitet und mit der Bundesärztekammer abgestimmt wurde, deren Siegel bereits vorliegt, wird plötzlich nicht so angenommen wie von uns ausgearbeitet. Wohlgermerkt: Eine Sachbearbeiterin, die von der Materie keine Ahnung hat, entscheidet über die CME-Punkte. Auch wurde uns der Ablauf vorgeschrieben, der aus didaktischen Gründen wie von Wolfgang Rulf ausgeführt, nicht akzeptiert wurde. Eine saftige Gebühr von 1.100 € wird fällig. Grotesker kann es kaum noch werden. Aber wir haben die Möglichkeit, gegen die Entscheidungen Widerspruch einzulegen. Ob diese allerdings bis Ende Juni bearbeitet werden, ist fraglich.



Die Bürokratie nimmt auch in unseren Standesorganisationen überhand. Die fachkundige Sachbearbeiterin wies mich nüchtern darauf hin, dass diese Vorschriften ja schließlich von uns Ärzten gemacht wurden. Da muss ich mich wirklich fragen, welche "Hornochsen" solchen Schwachsinn produzieren. Bisher hat die Organisation von Fortbildungen immer Spaß gemacht. Angesichts solcher Vorkommnisse muss ich mich wirklich fragen, wie lange ich mir dies antun muss, oder ob man auf die CME-Punkte der Ärztekammer verzichtet.

Erfreulicherweise haben wir beim NRW-Urologen-Kongress 2017 in Essen unter der Leitung von Frau Prof. Dr. Susanne Krege wieder in der Programmkommission gesessen. Ich hoffe, dass man es am Programm vom Freitag auch gesehen hat. Wenn Sie dies Heft in Händen halten, ist auch der 63. Kongress der Nordrheinwestfälischen Gesellschaft bereits Geschichte. Wir hoffen, dass er Ihnen neue Erkenntnisse und einen guten Erfahrungsaustausch gebracht hat.

von Dr. Reinhold Schaefer

(ärztlicher Geschäftsführer der Uro-GmbH Nordrhein)

III. Telemedizin – cui bono?

Seit Jahren wird in der Medizin auf verschiedenen Ebenen an einem stärkeren Einsatz der digitalen Kommunikation gearbeitet. Was in Großunternehmen und mittlerweile in Jedermanns täglichem Gebrauch mit Messenger, Facebook, Email, Online-Shopping und Video-Streaming längst Einzug erhalten hat, soll schließlich auch die medizinische Versorgung verbessern. Bei allen bisherigen Segnungen der digitalen Kommunikation geht es jedoch vornehmlich um eine leichtere und bequemere Organisation von alltäglichen Dingen und zu einem großen Teil um Vereinfachung und Maximierung von Konsum. In der Medizin haben wir es aber größtenteils mit kranken Menschen in Ausnahmesituationen oder gar mit Menschen in Not zu tun. Erleichterungen in der Organisation ihrer Erkrankungssituation und eine Verbesserung der Information können hier helfen. Konsum aber spielt für die Kranken eine untergeordnete Rolle. Weil dem so ist, hat die Bundesärztekammer bezüglich des Einsatzes digitaler Kommunikationstechniken hohe Hürden an die Anwendung und den Einsatz geknüpft. So gibt es nach wie vor ein Verbot reiner Fernbehandlung. Beratungen können zwar mit digitaler Kommunikationstechnik erfolgen, setzen aber immer eine Untersuchung und Beratung des Patienten zuvor in der realen Welt voraus.



6

Verschiedene „Player“ drängen nun jedoch ins Gesundheitswesen, um diese Voraussetzung aufzuweichen und die Gesundheitsversorgung auf digitale Technik umzustellen. Insbesondere in der IT-Branche sieht man riesiges Entwicklungspotential für die „Verbesserung der Patientenversorgung“. Schon heute ist die Zahl der Seiten zur Gesundheitsberatung im Internet unüberschaubar geworden. Die Zahl der Anbieter von sog. Gesundheits- oder Medizin-Apps wächst exponentiell. Alle diese Player haben vor allem ein Ziel: ein Stück vom Kucken des milliardenschweren Marktes der Gesundheitsaufwendungen herauszuschneiden. Im Unterschied zur realen ärztlichen Versorgung, die permanent neu reguliert wird, ist diese digitale Gesundheitsbranche derzeit überhaupt nicht reguliert. Kein Patient kann sich auf die Inhalte oder die Zuverlässigkeit von digitalen Angeboten verlassen. Kein Anbieter von solchen Leistungen kann für mögliche schädliche Folgen haftbar gemacht werden. Statt diesen Markt auf Inhalte und Qualität festzulegen, versucht die Politik derzeit vor allem die digitalen Möglichkeiten der Ärzte zu kanalisieren.

Seit Jahren wird die unselige Debatte um die eGK geführt, deren Funktionalität von Politik und Kassen vor allem zur Kontrolle von Patienten und Ärzten ausgestaltet werden soll. Nicht das Abspeichern von wichtigen Details wie Blutgruppe, Allergien und Medikamenten auf der Karte steht im Vordergrund, sondern der Online-Abgleich mit dem Krankenkassenserver beim Betreten der Praxis. Von den bisherigen horrenden Kosten der eGK haben bisher ausschließlich die Gematik-Unternehmen profitiert. Ähnlich sieht es in den Bereichen digitale Vernetzung der Arztpraxen und Videosprechstunde aus. Unter dem Vorwand des Datenschutzes müssen von Ärzten vorgeschriebene, spezielle IT-Anbieter zwingend genutzt und bezahlt werden. Gleichzeitig wird das Honorar für diese digitalen Leistungen so niedrig gehalten, dass die meisten Ärzte lieber

weiterhin die gute alte Telefonsprechstunde und die Faxleitung zur Telemedizin benutzen. Wenn Politik und Kassen die digitalen Medien in der medizinischen Versorgung voranbringen wollen, muss eine vollkommen andere Politik betrieben werden. Die medizinischen Angebote im Internet müssen alle analog zu Medizinprodukten einer Zertifizierung unterzogen werden, um die Spreu vom Weizen zu trennen und Haftung für fehlerhafte Qualität möglich zu machen, so wie es bei den realen Behandlern auch geschieht. Die Kommunikationsmedien müssen konsequent auf die Bedürfnisse von Patienten und Ärzten ausgerichtet werden und dürfen nicht zu Lasten der Ärzte finanziert werden.

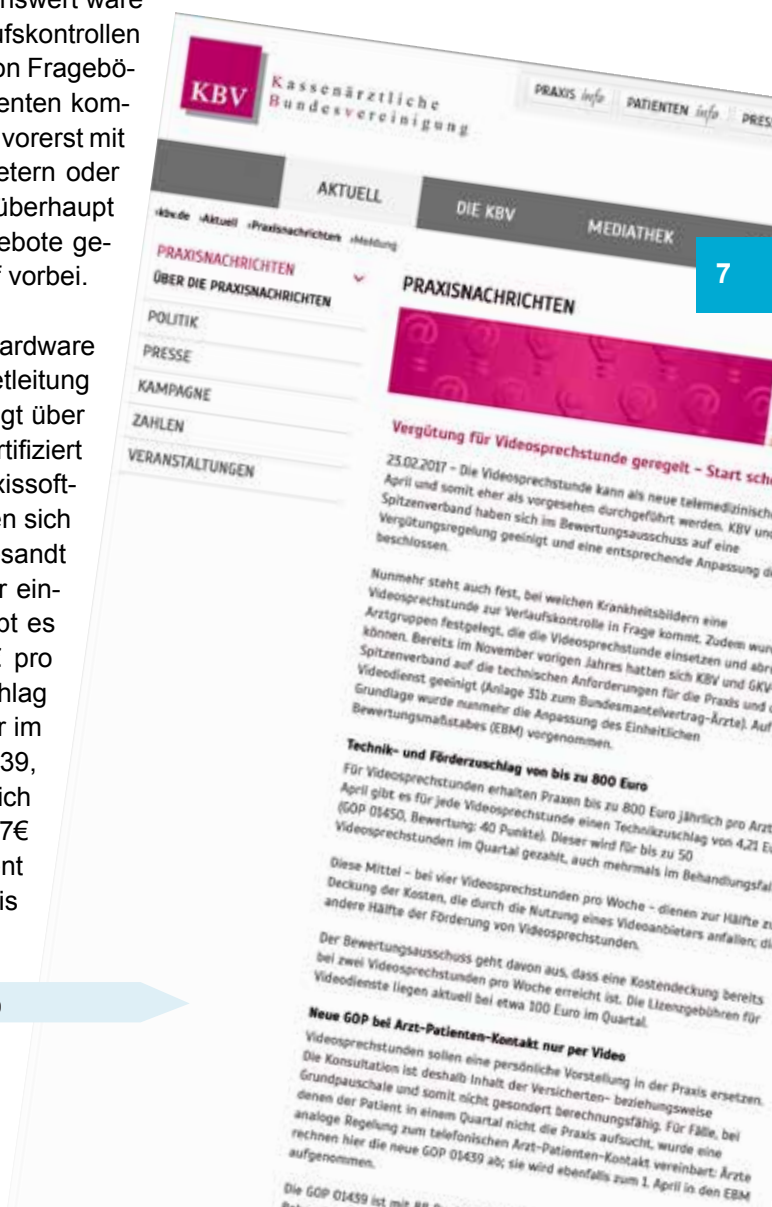
Videosprechstunde seit 01.04.2017 möglich

Die KBV hat zur Versorgung der Patienten eine Videosprechstunde definiert. Die Leistung kann auch von Urologen erbracht werden. Die Indikationen für eine solche Videosprechstunde sind jedoch sehr stark eingeschränkt. Derzeit kann die Videosprechstunde urologisch nur bei postoperativen Verlaufskontrollen zur Beurteilung der Wundheilung durchgeführt werden. Wünschenswert wäre es gewesen, Beratungen zu Röntgenbefunden, Verlaufskontrollen unter medikamentöser Therapie oder einen Austausch von Fragebögen zum Behandlungsverlauf auf diese Art mit den Patienten kommunizieren zu können. Stattdessen müssen wir uns wohl vorerst mit Videobildern von operierten Genitalien, liegenden Kathetern oder Katheterbeuteln oder ähnlichem begnügen, wenn das überhaupt von den Patienten gewünscht wird. Die bisherigen Angebote gehen damit eindeutig am potentiellen urologischen Bedarf vorbei.

Voraussetzung für die Videosprechstunde ist neben der Hardware (Computer, Mikrofon, Videokamera) eine schnelle Internetleitung auf Praxis- und Patientenseite. Die Kommunikation erfolgt über einen Peer-to-Peer-Server, der für diese Leistung zertifiziert sein muss und üblicherweise von den Anbietern der Praxissoftware zur Verfügung gestellt wird. Patient und Arzt müssen sich dann mit einem individuellen Zugang, der vorher zugesandt wurde, zu einem verabredeten Zeitpunkt auf den Server einwählen und können erst dann kommunizieren. Dafür gibt es mit der Ziffer 01450 einen Technikzuschlag von 4,21€ pro Videositzung, maximal 50 pro Arzt und Quartal. Der Zuschlag kann nur gezahlt werden, wenn der Patient bereits zuvor im Quartal in der Praxis war oder als Zuschlag zur Ziffer 01439, wenn der Patient in dem jeweiligen Quartal ausschließlich per Video kontaktiert wurde. Die Ziffer 01439 ist mit 9,27€ bewertet und kann nur angesetzt werden, wenn der Patient in letzten zwei Quartalen mindestens einmal in der Praxis vorstellig war.

http://www.kbv.de/html/1150_27150.php

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



IV. Qualitätssicherung ambulantes Operieren in der GKV-Praxis ab 1.1.2018 (WI-sQS)

Gemäß den Vorgaben des § 137 SGBV haben die KBV und der Spitzenverband der GKV im Bundesmanteltarif eine verpflichtende Qualitätssicherung zum ambulanten Operieren ab 2018 implementiert. Dieses Kind hat auch einen eingängigen Namen: „Zweites sektorübergreifendes Qualitätssicherungsverfahren (sQS-Verfahren): Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen“ (QS-WI)“. Dieses Verfahren erfolgt in Form einer Befragung, erstmals Anfang 2018. Inhalt der Fragen ist jedoch das Hygienemanagement der – wenigen (s. Tracer-Operationen) – betroffenen Praxen ab 2017! Es ist eine 5-jährige Erprobungsphase vorgesehen. Gravierende Regelverstöße können jedoch auch währenddessen zu Konsequenzen (Honorarabschläge / Begehungen / Auflagen etc.) führen. Aufgreifkriterium sind die postoperativen Wundinfektionen, die stationär behandelt werden. Diese können über die Sozialdaten von den Krankenkassen auf die „Verursacher“ zurückgeführt werden! Aufgrund der sehr detaillierten 93 Fragen ist es daher dringend geboten, schon jetzt die Fragen, die von der KV Nordrhein an die betroffenen Praxen versandt wurden, genau zu studieren, um sich vor Problemen bei der Beantwortung zu schützen.

Welche urologischen Praxen sind betroffen?

Praxen, die im Jahr 2016 mindestens einen so genannten Tracer-Eingriff durchgeführt haben, wurden von der KV Nordrhein angeschrieben. Praxen, die erst im Laufe des Jahres 2017 eine dieser Tracer-Eingriffe durchführen, werden sicher in die Pflicht-Befragung eingeschlossen.

8



Was sind die urologischen Tracer-Eingriffe?

Diese sind in einer höchst unübersichtlichen Tabelle aufgeführt, die zum Einen zwischen ambulant operierenden Praxen und Krankenhäusern unterscheidet und zum Anderen zahlreiche Ein- und Ausschlusskriterien beinhaltet. Von dem Versuch, in der Auswahl eine Logik zu entdecken, wird dringend abgeraten. Warum beispielsweise ausgerechnet der häufigste Skrotaleingriff – die Hydrozele – außen vor gelassen wurde, bleibt ein Geheimnis des G-BA.

Aktuelle urologische Tracer-Eingriff ambulant:

- 5-622.0 Orchidektomie: Skrotal, ohne Epididymektomie
- 5-622.1 Orchidektomie: Skrotal, mit Epididymektomie
- 5-622.2 Orchidektomie: Inguinalhoden, ohne Epididymektomie
- 5-622.6 Orchidektomie: Inguinalhoden, mit Epididymektomie
- 5-622.7 Orchidektomie: Inguinalhoden, Entfernung eines Resthodens
- 5-622.8 Orchidektomie: Skrotalhoden, Entfernung eines Resthodens
- 5-630.0 Operative Behandlung einer Varikozele und einer Hydrocele funiculi spermatici: Sklerosierung der V. spermatica, skrotal
- 5-630.1 Operative Behandlung einer Varikozele und einer Hydrocele funiculi spermatici: Resektion der V. spermatica (und A. spermatica) [Varikozelenoperation], inguinal
- 5-630.2 Operative Behandlung einer Varikozele und einer Hydrocele funiculi spermatici: Resektion der V. spermatica (und A. spermatica) [Varikozelenoperation], lumbal
- 5-630.4 Operative Behandlung einer Varikozele und einer Hydrocele funiculi spermatici: Resektion der V. spermatica (und A. spermatica) [Varikozelenoperation], abdominal, laparoskopisch
- 5-630.5 Operative Behandlung einer Varikozele und einer Hydrocele funiculi spermatici: Operation einer Hydrocele funiculi spermatici
- 5-631.0 Exzision im Bereich der Epididymis: Zyste
- 5-631.1 Exzision im Bereich der Epididymis: Spermatozele
- 5-631.2 Exzision im Bereich der Epididymis: Morgagni-Hydatide
- 5-633.0 Epididymektomie: Partiiell
- 5-633.1 Epididymektomie: Total

(www.g-ba.de/downloads/39-261-2818/2016-12-15-Qesue-RL_QS-WI-spezifikation-QS-Doku.pdf)

Interessanterweise sind die Zirkumzision und die Frenuloplastik keine Tracer-Eingriffe für ambulante Praxen, gleichwohl aber für Krankenhäuser! Hintergrund ist, dass alle dermatologischen Eingriffe nach Kapitel 31.2.2 EBM und damit die Zirkumzision u.a. nicht inkludiert sind. Man kann getrost davon ausgehen, dass sich die Inhalte des Kataloges noch ändern werden.

Einige Anmerkungen zum Fragenkatalog: (www.kbv.de/html/sqs.php)

Die 93 Fragen decken alle Bereiche des Hygienemanagements ab. Bereits jetzt besteht Handlungsbedarf in der Aktualisierung der persönlichen Hygiene-Qualifikationen (s. dazu Artikel „Personelle Hygienequalifikationen in der urologischen Praxis – Eine Übersicht“ in diesem Heft, Seite 12-16) und in den Dokumentationen der praxisinternen, jährlich vorgeschriebenen Schulungen bezüglich der allgemeinen Hygiene sowie ggf. die Aktualisierung aller Hygieneplaninhalte rund um das ambulante Operieren einschließlich dem Antibiotika-Management. Des Weiteren wird dezidiert nach der dokumentierten hygienebezogenen Compliance der Mitarbeiter gefragt. Etwas Kopfschütteln löst die Frage zum Jahres-Verbrauch von Hände-Desinfektionsmitteln aus.

von Dr. Wolfgang Rulf

V. Eilrechtsschutz gegen Honorarrückforderungen der Kassenärztlichen Vereinigung

In einer unlängst veröffentlichten Entscheidung befasste sich das Landessozialgericht NRW in Essen mit den Voraussetzungen des Eilrechtsschutzes gegen einen Honorarrückforderungsbescheid der Kassenärztlichen Vereinigung. Fordert die KV per Bescheid vertragsärztliche Honorare zurück, so hat ein Widerspruch des Arztes gegen diesen Bescheid Kraft des Gesetzes keine aufschiebende Wirkung. Das heißt, dass die KV trotz Widerspruch des betroffenen Arztes den Rückzahlungsbetrag mit anstehenden Honorar- oder Abschlagszahlungen verrechnen kann. Hiergegen kann der betroffene Vertragsarzt beim Sozialgericht im Eilverfahren beantragen, dass das Gericht die aufschiebende Wirkung des Widerspruchs anordnet, so dass die KV den Regress nicht einfordern oder mit den laufenden Abschlägen verrechnen darf. Wie sich in der aktuellen Entscheidung des LSG zeigt, sind die Hürden für den Erfolg eines solchen Eilverfahrens sehr hoch:

In dem aktuellen Fall wehrte sich der Vertragsarzt gegen einen von der KV erlassenen Honorarrückforderungsbescheides i.H.v. ca. 270.000 Euro. Vorausgegangen war eine strittige Kooperation mit einem Praxispartner in Form einer Praxismgemeinschaft mit erheblicher Patientenidentität der Partner. In solchen Konstellationen ist die KV zur sachlich-rechnerischen Richtigstellung von vertragsärztlichen Honorarforderungen bei einem (mutmaßlichen) Missbrauch der vertragsärztlichen Kooperationsformen berechtigt. Ein solcher Missbrauch ist gegeben, wenn die in einer Praxismgemeinschaft verbundenen Ärzte faktisch eine Gemeinschaftspraxis betreiben. Die KV forderte im vorliegenden Fall daher Honorare in vorgenannter Höhe zurück, stellte die Forderung sofort fällig und kündigte einen Einbehalt von den kommenden Abschlagszahlungen in Höhe von 20% an. Der Vertragsarzt legte gegen den Honorarrückforderungsbescheid Widerspruch ein und beantragte beim Sozialgericht im Eilrechtsschutz, die aufschiebende Wirkung seines Widerspruchs anzuordnen. Der Vertragsarzt scheiterte mit diesem Antrag jedoch sowohl beim Sozialgericht als auch beim Landessozialgericht:

Als Maßstab für die richterliche Eilentscheidung nahm das LSG die Abwägung des öffentlichen Interesses an der Durchsetzung des Regresses und des privaten Interesses des Vertragsarztes wie folgt vor: Es müssten die für und gegen eine sofortige Vollziehung der Rückforderung sprechenden Gesichtspunkte gegeneinander abgewogen werden. Hierbei sei zu beachten, dass die Vollziehung nur ausgesetzt werden solle, wenn ernstliche Zweifel an der Rechtmäßigkeit des angefochtenen Rückforderungsbescheides bestünden oder die Vollziehung für den Vertragsarzt eine unbillige, nicht durch überwiegende öffentliche Interessen gebotene Härte zur Folge hätte. Zudem komme es anlässlich der Interessenabwägung ggf. auch auf wirtschaftliche Beeinträchtigungen des Arztes an.

Unter Berücksichtigung dieses Prüfungsmaßstabes meinte das LSG hierzu, dass die von dem Vertragsarzt behaupteten wirtschaftlich äußerst gravierenden Folgen des Regresses bis hin zur Existenzgefährdung nachvollziehbar darzulegen seien. Dabei komme es darauf an, dass die wirtschaftliche Situation kausal auf den Honorarregress zurückzuführen sei, also dieser der Grund für die behauptete Existenzgefährdung sei. Reklamiere der Vertragsarzt – wie hier – erhebliche Zahlungsverpflichtungen außerhalb des Praxisbetriebes, können diese die Aussetzung des Regresses nicht rechtfertigen. Ebenso wenig reiche es aus, wenn der Vertragsarzt defizitäre Salden, ausweisende steuerliche Bilanzen oder Gewinn- und Verlustrechnungen vorlege. Denn die steuerrechtlichen Regelungen räumten angesichts ihrer spezifischen Zielsetzung eine Vielzahl von disponiblen und manipulativen Gestaltungsmöglichkeiten ein. Sie seien mithin von vornherein ungeeignet, einen Grund für die Aussetzung des Regresses glaubhaft zu machen. Im Übrigen müsste der Vertragsarzt

glaubhaft machen, personelle und organisatorische Effizienzoptimierungsmaßnahmen ausgeschöpft zu haben, unmittelbar von Insolvenz bedroht zu sein oder die Schließung oder doch nennenswerte Einschränkung seines Praxisbetriebs befürchten zu müssen. Daran fehlte es im zu entscheidenden Fall.
(LSG Essen, Beschluss vom 13.06.2016, L 11 KA 75/15 B ER)



Fazit: Der vom LSG Essen angelegte Prüfungsmaßstab geht einher mit der ständigen Rechtsprechung, wonach das private Interesse des belasteten Vertragsarztes an der Aufschiebung des Regresses das öffentliche Interesse an der sofortigen Vollziehung der Rückforderung beispielsweise nur dann überwiegt, wenn deren unmittelbare Vollziehung zu einer unbilligen Härte für den Arzt führt, also eine wirtschaftliche Existenzgefährdung darstellt.

Praxistipp: Der Beschluss des LSG bestätigt, dass die Rechtsprechung an einen Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung hohe Anforderungen stellt, die in den seltensten Fällen vorliegen dürften. Daher sollte bei Honorarrückzahlungsbescheiden immer versucht werden, mit der KV im Verhandlungswege eine Vereinbarung über eine Stundung oder Ratenzahlung des Regresses zu erzielen, natürlich mit der Maßgabe, dass bereits geleistete Rückzahlungen des Arztes zu erstatten sind, wenn der Bescheid bestandskräftig aufgehoben wird.

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

VI. Personelle Hygienequalifikationen in der urologischen Praxis – Eine Übersicht

Es herrscht eine gewisse Verwirrung, ausgelöst durch das Infektionsschutzgesetz von 2011 und durch konsequente Aktivitäten der Prüfbehörden, welche personellen Qualifikationen aufgrund welcher gesetzlichen Vorgaben in den urologischen Praxen vorzuhalten und mit welchen Qualifikations-Curricula diese zu erreichen sind.

Die urologische Praxis:

Das behördliche Verwirrspiel beginnt bereits mit der Praxisdefinition. Im Sinne des Verordnungsgebers ist Praxis nicht gleich Praxis. Per Definition wird unterschieden zwischen Praxen mit invasiven Eingriffen (es wird häufig die Zahnarztpraxis beispielgebend zitiert) und ambulant operierenden „Einrichtungen“ mit unterschiedlichen Anforderung an die personelle Hygienequalifikation.

Eine rechtssichere Unterscheidung der beiden ambulanten Einrichtungen gibt es nicht. Eine urologische Praxis ist zweifellos allein durch die Endoskopie invasiv, ob sie als ambulant operierende Einrichtung einzustufen ist, bleibt in den meisten Bundesländern der willkürlichen Definition der Prüfbehörden überlassen. Laut unverbindlicher Auskunft der KV Nordrhein betrachten die (meisten) Prüfbehörden in Nordrhein – in der Regel die Bezirksregierungen – urologische Praxen schon wegen der Endoskopie als operierende Einheit. Hintergrund ist möglicherweise die extrabudgetäre Abrechnung als § 115b-Leistung.

Rechtliche Hintergründe:

Das Verwirrspiel geht weiter: Es gibt bundeseinheitliche und länderspezifische rechtliche Vorgaben. Das Infektionsschutzgesetz (IfSG) i. d. F. v. 18.7.2016 und das Medizinproduktegesetz i. d. F. v. 23.12.2016 bilden die gesetzmäßige Basis auf Bundesebene. Eine praktische Umsetzung erfahren Gesetze üblicherweise in Form von Verordnungen durch gesetzlich ermächtigte oberste bzw. obere Bundesbehörden. Die korrespondierenden Verordnungen zur Hygienequalifikation sind:

Auf Bundesebene:

- die Medizinproduktebetrieberverordnung i. d. F. v., 27.9.2016 (1)
- die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) am Robert Koch-Institut (RKI) und des Bundesamtes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), hier die
 - Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten (2)
 - personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen (3)

Auf Landesebene

- die länderspezifischen Verordnungen zur „Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen“ (HygMedVO) (4)

Die Qualifikationen im Einzelnen:

Für die urologische Praxis unverzichtbar sind

1. die sachkundige (nicht fachkundige!) medizinische Fachangestellte (MFA)
2. der „hygienebeauftragte Arzt“.

1. Sachkundige medizinische Fachangestellte (MFA) zur Aufbereitung von Medizinprodukten:

Alle endoskopierenden Praxen – so auch alle urologischen Praxen – brauchen mindestens zwei(!) sachkundige medizinische Fachangestellte.

Rechtsgrundlage:

MPBetreibV § 8 Abs. 1 und 2 mit Verweis auf die KRINKO-Empfehlung zur Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten. Anlage 6, in der die Qualifizierungsinhalte aufgeführt sind.

Qualifizierung:

Es ist gemäß Anlage 6 eine „geeignete Fortbildung“ zu besuchen, die Qualifizierungsinhalte vermittelt. Eine Mindeststundenzahl oder eine spezielle Zertifizierung dieser Fortbildung wird nicht gefordert, sofern eine Ausbildung „in einem Medizinalfachberuf“ nachgewiesen werden kann. Die Bundesärztekammer hat gleichwohl ein 24 Stunden Curriculum entwickelt. Dieses ist zwar rechtlich nicht bindend, verbessert aber die Position des verantwortlichen Praxisbetreibers bei Begehungen oder im Fall einer Haftungsklage. Kursangebote, die deutlich unter dieser Stundenzahl liegen – zum Beispiel Halbtageskurse – und Kurse, die über die 24 Stunden hinausgehen – mit entsprechend hohen Kursgebühren – sind aus Sicht des Autors nicht empfehlenswert. Günstig sind so genannte blended-learning-Kurse, da diese aus einem verkürzten Präsenzanteil (in der Regel zwei Tage) und einem Online-Part bestehen.

Hinweis:

Eine curriculare Zusatzweiterbildung kann entfallen, wenn diese Lerninhalte Bestandteil des Rahmenlehrplans zur MFA sind. Das dürfte aber ausschließlich in den neueren Lehrplänen der Fall sein.

2. Hygienebeauftragter Arzt:

Unbeschadet der Verpflichtungen aus Berufsrecht und Qualitätsmanagement für jede Praxis zur Fortbildung mindestens eines Praxisbetreibers zum „hygieneverantwortlichen“ Arzt besteht je nach Bundesland und Praxisstruktur die Qualifikationsverpflichtung zu einem Hygienebeauftragten bzw. „hygienebeauftragten Arzt“.

Rechtsgrundlage:

Landesspezifische Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen des Landes NRW.

Qualifikation in NRW:

„Ambulant operierende Einheiten“: Ärztliche Approbation, Facharztstatus und Weisungsbefugnis. Zusätzlich ein Kurs – vorzugsweise, aber nicht expressis verbis verbindlich 40-Stunden – in Anlehnung an das Modul 1 des BÄK-Curriculums „Krankenhaushygiene“. Eine Auffrischung ist einzig in NRW alle 2 Jahre vorgeschrieben.

Aufgaben:

„Generalbevollmächtigter“ und Ansprechpartner für die Praxishygiene sowie Risikoevaluierung, Dokumentation und Schulung in allen Fragen nosokomialer Infektionen.



ANZEIGE

AMGEN

Dunker

janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES
of Johnson & Johnson

Jenapharm
Liebe. Leben. Gesundheit.

Takeda

UROMED
PROGRAMME FÜR DIE UROLOGIE

Externe Hygiene-Beratung für die urologische Praxis

Neben diesen praxisinternen Qualifikationen traktieren die Behörden mit externen Beratungsverpflichtungen durch Krankenhaushygieniker und Hygienefachkräfte.

Krankenhaushygieniker(in):

Qualifikation:

FA für Hygiene, Umweltmedizin oder Mikrobiologie, Virologie / Infektionsepidemiologie oder FA + Zusatzbezeichnung Krankenhaushygiene oder 200-Stunden Curriculum „Krankenhaushygiene“ der BÄK.

Aufgaben:

Prävention und Management von nosokomialen Infektionen, Ausbruchmanagement, „antibiotic stewardship“ und „Beratung ambulant operierender Einrichtungen“.

Hygienefachkraft:

Rechtsgrundlage:

Weiterbildungs- und Prüfungsverordnung zur Hygienefachkraft (WeiVHygPfl) KRINKO: Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen.

Qualifikation:

Abgeschlossene Ausbildung zur Krankenschwester / zum Krankenpfleger + 2-jährige Berufserfahrung + 1-2-jährige Zusatzausbildung zur Fachkraft für Hygiene.

Aufgaben:

„Rechte Hand“ des Krankenhaushygienikers, Hygiene-Begehungen im klinischen „Verantwortungsbereich“, Begehung und „Beratung“ von ambulant operierenden Einrichtungen.

Welche Rolle spielen Krankenhaushygieniker und Hygienefachkräfte in der urologischen Praxis?

1. Weitgehend unbekannt ist die KRINKO in ihrer „Empfehlung“ „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ unter 3.1.4 (Seite 954). Sie ist der Ansicht, dass „...jede stationäre wie ambulante medizinische Einrichtung organisatorisch sicherstellen sollte, dass eine Beratung durch eine/n Krankenhaushygienikerin/-hygieniker gewährleistet ist“. Über den verpflichtenden Charakter des Konjunktivs „sollte“ lässt sich streiten. Nach Ansicht des Verfassers ist daraus nicht der Zwang zur Beratung durch einen Krankenhaushygieniker für jede urologische Praxis abzuleiten.

2. Anders ist die Situation für ambulant operierende Einrichtungen: Für diese schreibt die NRW-HygMedVO sowohl eine Beratung durch einen Krankenhaushygieniker als auch die Beschäftigung einer Hygienefachkraft vor (1 Vollkraft auf 50.000 Fälle). Die praktische Umsetzung wird der Phantasie des Praxisbetreibers überlassen (Nur operative Fälle oder alle Fälle der Praxis? Pro Quartal oder pro Jahr? Teilzeit ist wie umsetzbar?). Fakt ist jedoch, dass nur ein Bruchteil der erforderlichen Krankenhaushygieniker und Hygienefachkräfte „auf dem Markt“ oder in der Ausbildung sind (Prof. G. Wille, Gießen, 2011) (5), so dass eine flächendeckende Umsetzung schon aus Kapazitätsgründen derzeit nicht möglich ist. Daher besteht eine Übergangsfrist bis 31.12.2019.

Zusammenfassung:

Eine Qualifizierung zur „sachkundigen medizinischen Fachangestellten“ für das Management von Medizinprodukten (mindestens 2 pro Praxis) sind für alle urologischen Praxen verpflichtend, ein 40-Stunden-Kurs wie beispielsweise von der DGSV jedoch nicht.

Ambulant operierende Einheiten bedürfen eines „hygienebeauftragten Arztes“. Ob für „lediglich“ endoskopierende urologische Praxen eine MFA-Hygienebeauftragte ausreicht, bleibt offen. Die Grenze zwischen den Praxis-Entitäten ist nicht rechtssicher definiert. Unabhängig zur verpflichtenden Qualifikation zum „hygienebeauftragten Arzt“ muss in jeder Praxis ein hygieneverantwortlicher Arzt – mit welcher Ausbildung auch immer – selbstverständlich sein.

Fortbildungsangebote:

Zwar gibt es entsprechende Qualifizierungskurse, gleichwohl bietet die Uro-GmbH Nordrhein im Oktober und November in Düsseldorf ein industrieunabhängiges, alternatives, zeitökonomisches und preiswertes Kursprojekt zum „hygienebeauftragten Arzt“ an – nicht aus dem Elfenbeinturm der Hygiene, sondern aus der Praxis für die Praxis: www.hygienschulung.uro-gmbh.de

Auch zur MFA-Qualifizierung gibt es von Urologen für Urologen am 29./30. September 2017 in Düsseldorf eine kosten-, zeit- und inhaltoptimierte Alternative zu Kursen „Urologie-ferner“ Anbieter. <https://www.mfa-fortbildung.com>



Literatur:

1. <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/mpbetreibv/gesamt.pdf>
2. Bundesgesundheitsbl 2012 · 55:1244–1310; DOI 10.1007/s00103-012-1548
3. Bundesgesundheitsbl 2009 · 52:951–962 DOI 10.1007/s00103-009-0929-y
4. Gesetz- und Verordnungsblatt (GV.NRW.) Ausgabe 2012 Nr. 8 vom 30.3.2012, Seite 139 bis 154
5. Wille B. Hygiene: Realitätsfern. Dtsch Ärztebl. 2011; 108(34-35): A-1798/B-1536/C-1529.

von Dr. Wolfgang Rulf

VII. Kurznachrichten

Praxisumfrage 2016 abgeschlossen

Die Auswertung der Praxisumfrage 2016 erbrachte für die Geschäftsführung der Uro-GmbH Nordrhein und für unsere Partnerunternehmen wie in den Vorjahren wieder wichtige Erkenntnisse und Hinweise. Wir danken allen Teilnehmern an der Praxisbefragung für ihre Unterstützung und für ihre Bemühungen ganz herzlich.

Die folgenden Teilnehmer wurden als Gewinner gezogen und erhalten die ausgelobten Teilnehmer-Preise:

1. **Dr. Joachim Morell**, Dahlenerstr. 69, 41239 Mönchengladbach
2. **Dr. Michael Faber**, Kaiserstr. 24-26, 51145 Köln
3. **Marc Radely**, Hardenbergstr. 60, 51373 Leverkusen
4. **Dr. Werner Funkel**, Viersener Str. 50-52, 41061 Mönchengladbach
5. **Dr. Wolfram Klappoth**, Markt 36, 47608 Geldern
6. **Johannes Wessel**, Alter Markt 5-7, 42275 Wuppertal
7. **Dr. Christian Winter**, Bergstr. 9, 40699 Erkrath
8. **Thomas Kunze**, Bahnstr. 26, 46535 Dinslaken
9. **Dr. Eva Hellmis**, Kometenplatz 29, 47179 Duisburg
10. **Dr. Helmut Leufgens**, Steinfeldtstr. 5, 52222 Stolberg

IMPRESSUM

Herausgeber:
Uro-GmbH Nordrhein
Hohenstaufenring 48 - 54
50674 Köln

Verantwortlich:
Dr. med. Reinhold M. Schaefer
Dr. med. Michael Stephan-Odenthal
Oliver Frielingsdorf
RA Olaf Walter

Druckauflage: 1.000
Redaktionsschluss dieser Ausgabe: 14.06.2017
Die Uro-GmbH Nachrichten erscheinen vierteljährlich.
Die Uro-GmbH Nachrichten sind für Mitglieder kostenlos.

Organisation und Gestaltung: komm | public!, Sabine Schmedemann
Fotos: Fotolia: ©Andrey Popov, ©Ralf85, ©DOC RABE Media, ©BillionPhotos.com, ©sudok1

Alle Rechte vorbehalten. Bitte beachten Sie unsere Urheberrechte an diesen Uro-GmbH-Nachrichten. Jede weitergehende Verwendung, insbesondere die Speicherung in Datenbanken, Veröffentlichung, Vervielfältigung und jede Form von gewerblicher Nutzung sowie die Weitergabe an Dritte – auch in Teilen oder in überarbeiteter Form – ohne Zustimmung der Uro-GmbH Nordrhein, ist untersagt.

Mit freundlicher Unterstützung von:

**Amgen GmbH, Dunker Medizin- und Röntgenbedarf GmbH,
Janssen-Cilag, Jenapharm, Takeda Pharma GmbH, UROMED Kurt Drews KG**

**APOGEPHA Arzneimittel GmbH, Dr. R. Pfleger GmbH, HEXAL AG, Ipsen Pharma GmbH,
DR. KADE/BESINS, medac Gesellschaft für klinische Spezialpräparate mbH**

„Wir packen es (an)!“

Uro-GmbH Nordrhein

Hohenstaufenring 48 - 54
50674 Köln

Telefon: 0221 / 139 836 - 55

Telefax: 0221 / 139 836 - 65

info@uro-nordrhein.de

Für Ärzte: **www.uro-gmbh.de**

Für Patienten: **www.urologen-nrw.de**