

Inhaltsverzeichnis

I. FDP im Gesundheitsministerium – Ist das Korbmodell obsolet?	2
II. Meinung: TAD-Pharma zur „Aut idem“-Regelung	4
III. Kommentar: „Aut idem“ ist das überhaupt ein Kreuz wert?	7
IV. „Kölner Runde“: Vier Facharzt-Gruppen ziehen künftig an einem Strang	8
V. Und wenn alle Stricke reißen.....	9
VI. Uro-GmbH Nordrhein benötigt Ihre Mithilfe zum Aufbau eines Datenpools	10
VII. Am Rande bemerkt: Soziale Gerechtigkeit für Ärzte... ..	11
VIII. Unsere Kooperationspartner	13
Anmeldeformular.....	14

Redaktion: Uro-GmbH Nordrhein
Copyright (c) 2010 Uro-GmbH Nordrhein

Alle Rechte vorbehalten. Bitte beachten Sie unsere Urheberrechte an diesem Newsletter. 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.

I. FDP im Gesundheitsministerium – Ist das Korbmodell obsolet?

Das noch vor zwei Monaten Undenkbare ist Realität geworden: Ein liberaler Bundesminister, FDP-Mann Bahr Staatssekretär zusammen mit Frau Wiedmann-Mautz (CDU). Die Verführung ist, sich entspannt zurücklehnen und zu erwarten, dass sich alles wie von selbst, frei von ideologischen Absurditäten, im Sinne der Patienten und Ärzte entwickeln wird.

Schön wär's! Aber schon die ersten zaghaften Ankündigungen des frisch gebackenen Gesundheitsministers Richtung Systemumbau laufen in das Sperrfeuer der alten CDU-Systembewahrer Seehofer, Rüttgers et al. Außerdem wird kein noch so liberaler Gesundheitsminister der Versuchung widerstehen, die aus politischer Sicht so einmalig vorteilhafte Zwangsjacke aus Sicherstellungsauftrag und Honorarbudget aufzuschüren.

Doch die größte Gefahr droht von der vierten Macht im Staat, den Medien. Nur 15 % der Journalisten sind – einer Umfrage der Uni Hamburg zu deren Parteienpräferenz zu Folge – der schwarz-gelben Koalition nahe stehend. Jede noch so kleine Verbesserung der ärztlichen Arbeitsbedingungen (und damit der Patientenversorgung!) würde von der linken Mediengewalt als Klientelpolitik aufs äußerste bekämpft. Wir erleben es jeden Tag.

Deswegen, und gerade zur Stärkung der liberalen Positionen des Gesundheitsministers bedarf es eines massiven Eintretens für einen effizienten Umbau des Gesundheitswesens durch eine **wehrhafte** Ärzteschaft.

Wehrhaft aber heißt – wie schon so oft dargelegt – nach Identifizierung der Achillessehne des politischen Gegners, diese verhandlungstaktisch zu nutzen. Der Supergau für die Kassen, dem Staat im Staate, ist die zwangsweise Übernahme des Sicherstellungsauftrags. Schließlich hätten dann die Kassen die Verantwortung, eine flächendeckende medizinische Versorgung zu jedem Zeitpunkt sicherzustellen. Dazu mussten sie Versorgungsverträge mit freien, zu keiner Leistung qua Gesetz verpflichteten Verbänden verhandeln. Ein Alptraum für die Kassen! Nur der Starke kann Respekt und Würde erwarten.

Anbiederung und Hilflosigkeit folgen öffentliche Demütigung und medialer Rufmord geradezu zwangsläufig auf dem Fuße. Wir erleben es tagtäglich.

Unsere KV ist – weitgehend unverschuldet – das beste Beispiel. Die avisierte Klage der KV gegen die bundesweite Honorarverteilung vor dem Sozialgericht ist nichts anderes als die weiße Fahne der Kapitulation (siehe „Am Rande bemerkt: Soziale Gerechtigkeit für Ärzte“, Seite 11).

Ein starker Verhandlungspartner kennt und nutzt sowohl die **Wünsche**, aber noch mehr die **Ängste** seiner Gegner. Er ist nachvollziehbar(!) in der Lage, die Drohpotentiale auch umzusetzen. Verbalattacken, pseudoprofessionelle Hintergrundgespräche, Unterschriftenlisten und Patientenbelästigungen in Form von Praxisschließungen etc. haben sich längst als wirkungslos erwiesen.

Für uns heißt das konkret, wir müssen in der Lage sein, die heiße Kartoffel „Sicherstellung“ den Kassen auch gegen ihren Willen auf das Auge zu drücken.

Soweit so gut, aber wie? Dazu bedarf es zuerst einer **Organisation**, die zur Realisierung eines **alternativen**, körperschaftsfreien, jedoch auch alle Urologen schützenden **Kollektivvertragssystems** fähig ist: Die Uro-GmbH Nordrhein ist dafür gerüstet.

Eine gute Organisation allein reicht jedoch noch nicht! **Power erhält die Uro-GmbH Nordrhein erst durch seine Mitglieder! Und zwar durch deren glaubhaftes Mehrheitsmandat** (vergleichsweise mit einer Urabstimmung einer Gewerkschaft), sich durch ein alternatives Kollektivvertragssystem vertreten zu lassen, falls Gesetzgeber und Kassen nicht freiwillig ihren patienten- und ärztefeindlichen Kurs verlassen.

Dieses Mandat ist nur über einen kollektiven, notariell geschützten Zulassungspool, dem Korbmodell, nach außen glaubhaft zu machen.

Korbmodell, dieses Wort bleibt immer noch vielen Urologen im emotionalen Bauch hängen, bevor das Hirn eine Chance zur intellektuellen Analyse hat. Nachfolgend mein letzter Versuch, dieses politisch höchst effiziente Tool einer rational-nüchternen Betrachtung zuzuführen.

Die Korb-Strategie ist nichts Anstößiges, wir erleben sie tagtäglich. Diese Strategie ist unabdingbar, wenn Individualinteressen nur im Schulterschluss eines Kollektivs durchzusetzen sind. Selbst Kassen diskutieren Korbmodelle, um gemeinschaftlich Zusatzbeiträge durchsetzen zu können, ohne ihren Mitgliederbestand zu gefährden, etc., etc.

Auch wird eine liberale Politik Bestrebungen zu mehr Freiheit und besserer Patientenversorgung durch ein freiheitliches Kollektivvertragssystem – ausgehandelt durch Partner auf gleicher Augenhöhe – schon aus dem liberalen Selbstverständnis heraus Sympathien entgegenbringen.

Korbmodell heißt nicht Ausstieg!! Es ist primär eine **Urabstimmung über die Systemzufriedenheit**, nicht mehr. Es fehlen uns 20 % um den Korb als schlagkräftiges Argument einzusetzen. **Es würde selbst der KV den Rücken stärken gegenüber den Kassen und der Politik!**

Erst wenn alle Vernunftstricke von Politik und Selbstverwaltung reißen, und erst nach **erneuter persönlicher, aktiver** Mandatierung durch jeden einzelnen Urologen könnte der geordnete Auszug aus dem System aktiviert werden (siehe Seite 8 „Und wenn alle Stricke reißen“).

Im nordrheinischen Urologenkorb sitzen bereits seit 2006 zahlreiche Urologen, ohne dass ihre vertragsärztliche Tätigkeit dadurch in irgendeiner Form bisher gefährdet wurde. Der Korbsitzer hat kein Risiko, sein Aufwand ist minimal! Die „Black-box“-Situation des Pools ist gleichwohl für Kassen, KVen und Politik unheimlich. Seien Sie versichert, niemand riskiert, eines Morgens ohne Zulassung aufzuwachen!

Aber jeder der seine Zulassung – durch mehrfache Sicherungen geschützt – nicht im Zentraldepot hat, schwächt die Verhandlungsposition der Uro-GmbH. Nicht umsonst sind dort, wo starke Korbmodelle realisiert worden sind, die wirtschaftlichen Verhältnisse mit Fallwerten zwischen 80 und 100 EURO durch Selektivverträge in eine, verglichen mit Nordrhein, andere Welt katapultiert.

Die neue Onkologievereinbarung, so kritikwürdig sie sein mag, ist ein Paradebeispiel für die These „Ohne Druck kein Erfolg“: Die Kassen wollten nach Kündigung der alten Vereinbarung unter keinen Umständen eine Folgevereinbarung.

Mit den üblichen Tricks wurde Anfang 2009 die KBV an der Nase rumgeführt, bis ein blitzschnell verabschiedetes Gesetz dem unwürdigen Spiel des GKV-Spitzenverbandes im Frühsommer 2009 ein Ende machte.

Warum hat Ulla Schmidt dieses Gesetz auf den Weg gebracht? Aus Einsicht? Zeugen des BMG-Prozesses berichten, dass es letztendlich die Angst war, kurz vor der Wahl als „Verräter“ der Krebskranken an den Pranger gestellt zu werden. Aber genau das hat die Uro-GmbH Nordrhein in seiner Briefkampagne an die Verantwortlichen in Politik und Selbstverwaltung bundes- und landesweit angedroht...

Korb-Unterlagen und Segelanweisung: www.urologennetz-duesseldorf.de → Downloads

von Dr. Wolfgang Rulf (Ärztlicher Geschäftsführer der Uro-GmbH Nordrhein)

II. Meinung: TAD-Pharma zur „Aut idem“-Regelung

„Aut idem“ – Die Sicherheit durch das Kreuz

In Zeiten des steigenden Kostendrucks im Gesundheitssystem und der damit verbundenen Budgetierung der Arzneimittelausgaben ist eine effiziente und von Nachdenken geprägte Verordnungsweise des einzelnen Arztes mehr als notwendig geworden.

Durch zahlreiche, verunsichernde Verlautbarungen der Krankenkassen und mehrerer Kassenärztlicher Vereinigungen nur noch Wirkstoffverordnungen durchzuführen, können sich für Arzt und Patient Nachteile ergeben.

Der Apotheker, der seit dem AMG 2002 dazu angehalten ist eines der drei preisgünstigen, wirkstoffgleichen Präparate abzugeben, wird seit dem 1.4.2007 laut GKV-WSG verpflichtet Rabattvertragspräparate abzugeben. Nun spielen die drei preisgünstigsten Präparate nur noch eine Rolle, wenn einmal kein Rabattvertrag vorhanden ist.

Entscheidend sind die Rabattvereinbarungen der Krankenkassen mit den Pharmazeutischen Herstellern (vgl. <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=66879>). Wie hoch der Rabatt ist und wie „günstig“ das Medikament wirklich ist, weiß weder der Apotheker, noch der Arzt.

Im Dezember 2008 hatten 215 Krankenkassen mit 116 Pharmaunternehmen Rabattverträge über das gesamte Sortiment oder einzelne Wirkstoffe geschlossen. Insgesamt waren dies 5.777 Rabattverträge (vgl. <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=66879>).

Krankenkassen haben Rabattverträge zu den gleichen Wirkstoffen mit verschiedenen Pharmaunternehmen und zu unterschiedlichsten Konditionen geschlossen.

Bei einer Wirkstoffverordnung kann der Patient so jedes Mal ein anderes Präparat von einem anderen Hersteller bekommen. Die Tablette kann mal grün, mal rot, mal teilbar, mal nicht teilbar sein. Welche Packung der Patient bekommt, entscheidet der Apotheker. Er kann sehen, welche Pharmahersteller im Moment einen Vertrag mit der Kasse haben. Die Sicherheit welches Präparat „Mein Patient“ bekommt, ist bei Wirkstoffverordnungen nicht mehr gegeben.

Ärzte sind aber dazu verpflichtet, ihre Patienten über den verordneten Wirkstoff und dessen Nebenwirkungen zu informieren! Bei Wirkstoffverordnungen kann dieser Informationspflicht nicht mehr nachgekommen werden, weil der verordnende Arzt nicht weiß, welches Präparat der Apotheker heraus gibt.

Hieraus können sich auch haftungsrechtliche Folgen für den verordnenden Arzt ergeben, wenn es zu Nebenwirkungen oder sonstigen Komplikationen für den Patienten kommt (vgl. <http://www.vertragsarztrecht.net/behandlungsfehler/haftungsrisikenbeiautidems substitution.html>). Dass das nicht in Ordnung ist, wird auch vom Hartmannbund und der PVS unterstützt (vgl. <http://www.hartmannbund.de/start.php?action=voll&id=3729> und http://www.pvs-infodok.de/download/4/dokument_441.pdf).

Unterstrichen wird dieser Wirrwarr durch Präparate, die im Wirkstoff gleich sind, aber andere Zulassungsindikationen haben. Hier kann leicht die Schwelle zum Off-label-use überschritten werden. Aus datenschutzrechtlichen Gründen hat der Apotheker keine Kenntnis der Indikation/Diagnose. Wird ein wirkstoffgleiches Präparat abgegeben, das nicht die Zulassung für die Erkrankung des Patienten beinhaltet, findet hier nach den Arzneimittelrichtlinien ein Off-label-use statt (vgl. die Anlage VI zum Abschnitt K der Arzneimittelrichtlinie mit Stand vom 30.07.2009).

Aufgrund der Behandlungs- und Therapiefreiheit des Arztes kann dieser nicht nur über die Verordnung des entsprechenden Präparates und dessen Fixierung durch Ausschluss von „Aut idem“ entscheiden, sondern auch über die Wirtschaftlichkeit der Verordnung!

Durch die Therapie- und Verordnungsfreiheit und durch das Setzen des „Aut idem“-Kreuzes entscheidet einzig und allein der Verordner, welches Präparat abgegeben wird und vor allem auch zu welchem Preis. Denn der Preis des Arzneimittels (Apothekenverkaufspreis inkl. MwSt.) belastet das jeweilige Arzt-Budget. Der Apotheker ist **nicht** verpflichtet auf den Preis zu achten. Er sieht, ob es Rabattverträge gibt und kann dann selbst auswählen, welches Medikament von welchem Hersteller mit Rabattvertrag er bevorzugt.

Es ist hervorzuheben, dass die Rabattverträge der Krankenkassen nicht immer wirtschaftlich sind. Das unterstreicht auch die KV Bayern: Am Beispiel von Omeprazol 40 mg kann bei gleicher Wirkstoff- und Verordnungsmenge ein Preisunterschied von 23 Euro pro Packungen entstehen (vgl. Verordnung aktuell, Rabattpräparate oder Paragraphendschunzel vom 09.09.2009). Wenn ein Generikahersteller 20 % Rabatt gewährt und ein Originalhersteller ebenfalls 20 % Rabatt, dann ist der Preisunterschied und damit die Budgetbelastung nach wie vor unterschiedlich hoch! Teuer bleibt teuer!

Die KV Rheinland-Pfalz führt in ihrer Mitgliederinformation die teuren Rabattpräparate an. Hier wurden u. a. Rabattverträge mit Originatoren und Generikahersteller seitens der AOK geschlossen. Dabei wird ebenfalls deutlich, dass die Belastung des Arzneimittelbudgets in Höhe des Apothekenverkaufspreises inkl. MwSt. erfolgt:

Die Belastung des Budgets ist davon abhängig, welches Arzneimittel der Apotheker abgibt. Der Apotheker ist hier nicht verpflichtet nach dem günstigsten zu schauen, wenn er den Rabattvertrag bedient (vgl. http://www.kv-rlp.de/thema/news-aktuelles/news-aktuelles-details/article/teure-rabattpraeparate.html?tx_ttnews%5BbackPid%5D=260&cHash=06f0cd0741).

Auch hat der Apotheker seine sich am jeweiligen Rx-Medikamentenumsatzes orientierende Reimportquote zu erfüllen. Bei Nichterfüllung dieses prozentualen Anteils droht ihm ein Regress. Ein nicht gesetztes „Aut idem“-Kreuz kann so zu einer höheren Budgetbelastung für den Arzt führen.

Es wird gesagt, dass die Verordnung von Rabattvertragspräparaten budgetneutral erfolgen soll. Gemäß § 106 Abs. 2 S. 8 SGB V werden Verordnungen von Arzneimitteln aus der Richtgrößenprüfung heraus gerechnet, wenn der Arzt der Vereinbarung nach § 130a Abs. 8 SGB V (Rabattvertrag) beigetreten ist. Diese Verträge sind rein bilateral zwischen Krankenkasse und Industrie verhandelt worden und sind bisher nie für Ärzte oder KVen geöffnet worden ([//www.kv-rlp.de/thema/news-aktuelles/news-aktuelles-details/article/teure-rabattpraeparate.html?tx_ttnews%5BbackPid%5D=260&cHash=06f0cd0741](http://www.kv-rlp.de/thema/news-aktuelles/news-aktuelles-details/article/teure-rabattpraeparate.html?tx_ttnews%5BbackPid%5D=260&cHash=06f0cd0741)).

Die Behandlungs- und Therapiehoheit liegt immer noch beim Verordner. Hat der Arzt innerhalb seines Budgets verordnet, so ist das wirtschaftlich und es sind keine Folgen zu befürchten.

Für den zwei Jahre zurückliegenden Betrachtungszeitraum im Regressverfahren sollen die Rabatte als tatsächlicher Betrag, meist aber als Pauschale bei Überschreitungen des Arztbudgets, wieder heraus gerechnet werden. Wie das gehen soll und wie hoch die Rabatte prozentual angesetzt werden, weiß noch keiner so genau. Nur die Krankenkassen und die Hersteller kennen die Rabatte. Alle anderen spekulieren **UND** das zu Lasten der Ärzte und Patienten!

Insgesamt betrachtet, gibt es bei der Anwendung des „Aut idem“-Kreuzes deutliche regionale Unterschiede. So lag im Bereich der KV Sachsen einer Untersuchung zufolge der Anteil des Kreuzes bei GEK-Versicherten im Oktober 2008 bei 42,2 %. Im Bereich der KV Nordrhein lag er im Vergleichszeitraum dagegen bei 11,6 % (<http://aerzteblatt.lnsdata.de/pdf/106/48/m783.pdf>).

Fazit:

Diesen Ausführungen folgend, dient das Setzen des „Aut idem“-Kreuzes einer über die Arztsoftware nachprüfbar und dokumentierten Wirtschaftlichkeit. Die Einflussnahme Dritter auf Ihre Therapie und Ihr Medikamentenbudget wird reduziert.

Die Verunsicherung des Patienten wird im selben Maße verringert, wie sich dessen Compliance erhöht. Die Arzt-Patienten-Gespräche können sich wieder verstärkt um Ihren Patienten drehen. Der ggf. ansteigende Zeitaufwand in der Umstellungszeit durch Anfragen aus Apotheken steht dabei dem Zeitgewinn durch weniger Interaktionen zwischen dem Patienten auf der einen Seite sowie dem Praxispersonal und Ihnen auf der anderen Seite gegenüber.

Das Setzen des „Aut idem“-Kreuzes zahlt sich somit für die Praxis, den Arzt und den Patienten aus.

von Joachim Jährig (TAD Pharma GmbH)

III. Kommentar: „Aut idem“ ist das überhaupt ein Kreuz wert?

Seit Jahren wird über „Aut idem“ diskutiert, und kaum ein Arzt macht sich große Gedanken, was qualitativ und rechtlich dahinter steht.

Mit „Aut idem“ lässt der verordnende Arzt dem Apotheker die Auswahl, das abzugeben, was er für richtig hält, wofür es einen Vertrag mit der Gesetzlichen Krankenkasse gibt oder was besonders „preiswert“ oder besser ausgedrückt „billig“ ist.

Das Fatale ist, dass das Vergessen des Kreuzes auf dem Rezept genau dies bewirkt.

Leider lassen wir uns seit Jahren vor diesen Karren spannen und machen alles treu und brav mit, ohne über die Konsequenzen nachzudenken. Die Konsequenzen sind vielfältig und sollten überdacht werden.

Reden wir zunächst über die Qualität:

Viele dieser „sogenannten“ Generika werden nicht mehr in Deutschland oder in Europa produziert, wo man noch eine einigermaßen hohe Arzneimittelqualität hat, sondern kommen aus Drittländern, aus Fernost, aus Asien oder Lateinamerika. Die Qualitätskriterien dort sind mit unseren nicht mehr vergleichbar.

Als Pharmazeut erlaube ich mir durchaus dieses Urteil, denn es gibt Belege über die schlechte Qualität. Ein Manager solcher Unternehmen hat einmal im internen Kreis gesagt: Müssen wir ein Arzneimittel noch billiger machen, damit wir als Billigster auch weiterhin Verträge mit den deutschen Krankassen bekommen, werden wir den Wirkstoff einfach vermindern.

Dies ist bei vielen Arzneimitteln auch tatsächlich passiert. DESITIN z.B. hat in großen Anzeigen vor einem Jahr vor dem Austausch seines Antiepileptikums gewarnt, weil es nach der Einnahme mehrerer Generika zu vermehrten epileptischen Anfällen bei den Patienten kam.

Keiner von uns weiß, wie oft er Antibiotika verordnet hat, die gar nicht geholfen haben, sondern wo die Natur spontan geheilt hat. Warum haben bei BPH-Patienten u.U. die Alphablocker nicht gewirkt, oder noch schlimmer, wieso ist das PSA unter LH-RH-Therapie nicht weiter abgefallen, sondern vielleicht sogar angestiegen?

Es gibt auch rechtliche Aspekte:

Verantwortlich für die Verschreibung bleibt immer der Arzt. Wir müssen über alle Nebenwirkungen eines Arzneimittels aufklären, auch über alle möglichen Generika, wenn wir „Aut idem“ zulassen.

Im Klartext heißt dies, dass wir mit dem Weglassen des Kreuzes – nach dem Motto: Soll doch der Apotheker das billigste für die Kasse aussuchen – nicht aus der Verantwortung entlassen sind.

Wer von uns kennt die Zusammensetzungen, Hilfs- und Füllstoffe, Bindemittel und Konservierungsstoffe, die in jedem möglichen Generikum enthalten und in aller Regel total unterschiedlich gegenüber dem Originalpräparat sind. Allein darüber – die Galenik – wird bereits die Wirkung eines Arzneimittels gesteuert und ausgelöst.

Wir tragen auch weiterhin die Verantwortung und werden im Schadensfall immer haftbar gemacht werden, das sollte jeder wissen. Urteile dazu gibt es bereits.

Der berufspolitische Aspekt ist der dritte im Bunde:

Wie lange wollen wir das „Billigverordnen“ mitmachen. Die Kassen reiben sich die Hände und sagen sich: Geht doch, also Arzneimittelquote weiter senken. Haben Sie mal bemerkt, wie sich die Arzneimittelquoten in den letzten Jahren nach unten verändert haben. Und da haben alle kräftig mitgemacht.

Ich möchte mich nicht falsch verstanden wissen, es geht nicht um die Mehrung der Pharmaindustriegewinne, nein, es geht um unsere Patienten und Qualität in der Arzneimittelversorgung.

Wir haben es selbst in der Hand, dafür zu sorgen, dass unsere Arzneimittelbudgets groß genug sind und bleiben, um eine hochwertige Versorgung mit Medikamenten gewährleisten zu können. Es gibt durchaus qualitativ hochwertige Generika, die auch verordnet werden können, aber Sie bestimmen, was abgegeben wird.

Deshalb immer das „Aut idem“ Kreuz setzen – am besten automatisch über das Rezeptformular Ihrer Praxissoftware, um die Verordnungshoheit zu dokumentieren, die Nebenwirkungsrate so klein wie möglich zu halten und die gewünschte Wirkung auch tatsächlich zu erzielen.

von Dr. Reinhold Schaefer (Ärztlicher Geschäftsführer der Uro-GmbH Nordrhein)

IV. „Kölner Runde“: Vier Facharzt-Gruppen ziehen künftig an einem Strang

Am 8. März 2010 trafen sich in Köln Vertreter der vier Fachgruppen, die ergänzend zu ihren Berufsverbänden landesweit eine eigene Gesellschaft zur Wahrnehmung ihrer Interessen aufgebaut haben:

- Uro-GmbH Nordrhein
- HNO-netNRW e. G.
- Orthonet-NRW e. G.
- Genogyn Rheinland

Gemeinsam vertreten diese Gesellschaften die Interessen von über 1.000 Fachärzten in Nordrhein-Westfalen. Ziel des erfolgreich verlaufenen Gespräches war die Abklärung gemeinsamer Ziele sowie die Vereinbarung von gemeinsamen Maßnahmen.

Die Vertreter der vier Gesellschaften haben vereinbart, gemeinsame Zielvereinbarungen zu erstellen und sich künftig regelmäßig abzustimmen, um den Einfluss dieser vier Facharztgruppen auf Medizin und Politik durch gemeinsames Auftreten zu stärken.

von Oliver Frielingsdorf (Kaufmännischer Geschäftsführer der Uro-GmbH Nordrhein)

V. Und wenn alle Stricke reißen...

Wer verantwortlich ist für die wirtschaftliche Zukunft von Hunderten von Kollegen muss alle möglichen Szenarien mit der im realen Leben möglichen Sicherheit antizipieren und daraus entsprechende Strategien ableiten. Sonst wäre er ein Rattenfänger. Das gilt für die Korb-Strategie insbesondere.

Leider ist es aus gutem Grund nicht ausgeschlossen, dass die Kassen und KVen den Urologen nicht zutrauen, einen Zulassungskorb, und sei er auch noch so voll, umzusetzen. Man wird ausloten, ob die Urologen nur bluffen, wird testen, wer die besseren Nerven hat.

Sollten die Urologen standhaft bleiben und nach den vorgesehenen umfangreichen Präliminarien die Zulassungen beim Zulassungsausschuss einreichen, wird die Situation für Kassen und KVen, nicht für die Urologen(!), brenzlich.

Bislang effiziente Disziplinierungsstrategien bis hin zur Androhung des Zulassungsentzuges bei unbotmäßigem Verhalten haben dann ihren Schrecken verloren. Selbstverständlich wissen die Bürokraten des „Systems“ genau, dass die durch eine Organisation wie der Uro-GmbH kollektiv geschützten Aussteiger nicht nur überleben werden, sondern auf einem deutlich besserem wirtschaftlichen Niveau ihre Patienten versorgen können als vorher. Der sofortige Kollaps des gesamten Systems wäre nur noch eine Frage der Zeit.

Das wahrscheinlichste Szenario wäre also, die rückgabewilligen Ärzte mit „Geld und guten Worten“ dazu zu bewegen, die Rückgabe kollektiv wieder zurückzunehmen. Welch ein Triumph dann für die Selbstverwaltung, wenn ihr das gelänge. Das wird man sich einiges kosten lassen und genau das ist es ja, was wir erreichen wollen.

Auch die sehr unwahrscheinliche Möglichkeit, dass die KVen und Kassen die kollektive Rückgabe der Zulassung auf Anhieb akzeptieren, wurde sorgfältig analytisch durchgespielt. Intensive Aufklärungsveranstaltungen würden in diesem Fall sicherstellen, dass:

- alle Kollegen wissen, wie die neue Welt aussehen wird.
- es der schlimmste Fehler wäre, sich von den Kassen aus der Gemeinschaft der Uro-GmbH heraus kaufen zu lassen.
- jede kassenseitige individuelle Diskriminierung von Kollegen, insbesondere in den Randbereichen des Geltungsbereiches der KV Nordrhein, über einen kollektiven Bann dieser Krankenkasse durch die Uro-GmbH beantwortet wird.

Jeder Urologe kann sich des kollektiven Schutzes durch die Uro-GmbH sicher sein.

Bereits jetzt wurden Gespräche mit der APO-Bank geführt. Es wurde zugesagt, dass es zu keiner Rückforderung von Niederlassungskrediten wegen fehlender Sicherheit kommen wird. Auch die APO-Bank hat erkannt, dass die Zulassung kein Wert an sich und schon gar keinen Schutz vor Insolvenz ist.

Die **Abrechnung** erfolgt weiterhin kollektiv, nicht durch den Arzt mit der Krankenkasse oder dem Patienten, sondern gesetzeskonform über die Uro-GmbH unter Einschluss von professionellen Abrechnungssystemen der PVS. Durch die ausstehenden KV Zahlungen ist eine lückenlose Anschlussonorierung gewährleistet.

Dies provoziert unweigerlich die Gretchenfrage: Und wenn die Kassen trotz Zahlungspflicht diese verweigern?

Das Einklagen des Rechtsweges ist mühselig, langwierig und daher eher eine theoretische Option. Erheblich effizienter ist eine Abmahnung der betreffenden Kasse in Verbindung mit einer entsprechenden Information der Versicherten dieser Kasse durch die Uro-GmbH, dass ab einem gewissen, fair zu bemessenden Zeitraum die Versicherten dieser Kasse wegen deren Zahlungsverweigerung nicht mehr behandelt werden können.

Ebenso werden die Patienten darauf hingewiesen, dass es die Pflicht ihrer Krankenkasse ist, ihnen jederzeit eine angemessene, flächendeckende, wohnortnahe ärztliche Versorgung zu gewährleisten. Ein massiver Behandlungsstau würde sich blitzartig aufbauen. Wie lange wird eine Kasse dies aushalten? AOK-Chef Jacobs hat schon 2006 zu Recht davor gewarnt.

Die glaubhafte Androhung der Übertragung des Sicherstellungsauftrages auf die Kassen und eine Organisation, welches das Überleben „in freier Wildbahn“ sichert, ist eine derart massive Bedrohung des Systems der Megabürokratie „Selbstverwaltung“, dass sie zu jedem Kompromiss bereit sein werden.

von Dr. Wolfgang Rulf (Ärztlicher Geschäftsführer der Uro-GmbH Nordrhein)

VI. Uro-GmbH Nordrhein benötigt Ihre Mithilfe zum Aufbau eines Datenpools

In den letzten Uro-GmbH-Nachrichten haben wir Ihnen von unseren Bemühungen berichtet, einen eigenen Datenpool für die Uro-GmbH Nordrhein aufzubauen. Ziel dieses Projektes ist es, in den anstehenden Verhandlungen mit Krankenkassen „Waffengleichheit“ herzustellen. Bislang können wir in Verhandlungen die von den Kassen behaupteten Fakten nicht anzweifeln, da uns eigene Daten bspw. zum Verordnungsverhalten der nordrheinischen Urologengruppe als Ganzes fehlen.

Um diese Lücke zu schließen, haben wir einen Kooperationsvertrag mit der bekannten Firma Medimed abgeschlossen, die uns diese Daten statistisch aufbereitet und für Verhandlungen zur Verfügung stellt.

Abhängig ist der Aufbau eines Datenpools natürlich von Ihrer Mitarbeit. Seit Start des Projektes haben wir die Zahl der Teilnehmer bereits verdoppeln können. Dies ist sehr erfreulich. Dennoch benötigen wir noch weitere Teilnehmer, um repräsentative Daten zu erhalten.

Jeder teilnehmende Arzt erhält von der Uro GmbH Nordrhein bei kompletter Datenlieferung pro Quartal eine Aufwandsvergütung in Höhe von € 30. Für das Quartal I/2010 schüttet die Uro-GmbH Nordrhein bereits € 1.140 an die teilnehmenden Urologen aus.

Nahezu jede Arztpraxis kann teilnehmen. Durch die Kooperation mit fast allen Arzt-Praxis-Software-Anbietern ist die benötigte Medimed-Schnittstelle in 98% der installierten Systeme integriert – jedoch inaktiviert.

Erklären Sie mithilfe des beiliegenden Formulars Ihre Teilnahme, erhalten Sie von Medimed einen Freischaltcode, der die sofortige Teilnahme ermöglicht. Die Übermittlung des

Datensatzes an Medimed dauert nur wenige Minuten und beeinträchtigt Ihren Tagesablauf nicht.

Vier Wochen später erhalten Sie Ihr persönliches Datenfeedback, welches Ihnen eine Übersicht über Ihr tatsächliches Ordnungsverhalten gibt – jeweils im Vergleich zum KV- und Bundesdurchschnitt. Damit bietet Medimed Ihnen Schutz vor Regress- und Prüfverfahren und schafft die Möglichkeit, die Arzneimittelverordnungen zu kontrollieren und zu steuern, sowie die Patientenstruktur und Diagnosen mit denen der Fachgruppenkollegen zu vergleichen.

Zusätzlich unterstützen Sie auf diese Weise die Uro-GmbH Nordrhein bei Ihrer Arbeit für die gesamte Urologenschaft in Nordrhein.

Medimed verarbeitet die erhobenen Daten gemäß den gesetzlichen Vorgaben zum Datenschutz. Unser Justitiar Herr RA O. Walter hat dies geprüft und hierzu eine juristische Unbedenklichkeitserklärung verfasst, die Sie auf Wunsch in der Geschäftsstelle abrufen können.

von Oliver Frielingsdorf (Kaufmännischer Geschäftsführer der Uro-GmbH Nordrhein)

VII. Am Rande bemerkt: Soziale Gerechtigkeit für Ärzte...

...fordert unsere KV! Recht so! Wir müssen ihr helfen!

Zum Hintergrund: Viele Jahre war es gepflegte KVNo-Tradition, regelmäßige Hiobsbotschaften zur Lage an der Honorarfront mit hoffnungsvollen Zukunftsversprechungen, garniert mit verbalem Muskelspiel und Selbstbeweihräucherung, zu versüßen. Naturgemäß realisierten sich die Verheißungen nie – von vereinzelten tranquillierenden „flair-ups“ für mal die eine, mal die andere Fachgruppe abgesehen.

Neue Besen aber kehren bekanntermaßen zwar nicht immer besser, aber anders: Ungewohnt realistisch konstatiert der neue KVNo-Vorsitzende Bernd Brautmeier: *„Wir haben die (bundesweit) rote (Honorar-)Laterne, unsere Haus- und Fachärzte haben nach der Honorarreform die niedrigsten Fallwerte pro Patient. Mit anderen Worten: Für die Behandlung eines Patienten werden in anderen Bundesländern bis zu 35 Prozent mehr gezahlt.“*

Und weiter wird in ungewohnter Nüchternheit ein düsteres Bild für 2010 gezeichnet: Weiter sinkende Honorare aufgrund bundesweiter Verteilungsungerechtigkeit, wegen pumpgezahlter Honorare 2009 etc., etc.

Und jetzt? Was macht unsere starke Interessenvertretung mit immerhin 30.000 Ärzten im Rücken (einschließlich, dem mit ähnlichen Problemen kämpfenden Westfalen-Lippe)? Sie greift zum Äußersten: Sie appelliert an die Gerechtigkeit: *„Die Forderung der nordrhein-westfälischen Ärzte ist klar: Die Honorarreform ist kein Erfolg, solange nicht **Gerechtigkeit** hergestellt wird.“*

Nur, diese Gerechtigkeit interessiert die Nation einen feuchten Kehrriech.

Da half und hilft es auch nicht, Minister Laumann vor den Karren zu spannen. Reiner Theaterdonner fürs Publikum!

Wenn eine im Selbstverständnis derart mächtige Organisation zu nicht mehr in der Lage ist als zu mitleidheischem Appell an die Gerechtigkeit, so ist das ein dramatisches Bild der Hilflosigkeit – zugegeben, im Falle der KV systembedingt.

Eingedenk dieser Hilflosigkeit spielt der KV-Vorstand mit einem ungewöhnlichen Schritt: Eine Klage vor dem Sozialgericht für mehr Verteilungsgerechtigkeit.

Bei Licht betrachtet ist diese Klage allerdings die ultimative Bankrotterklärung des Systems. Es ist letztendlich eine Klage der Selbstverwaltung gegen sich selbst! Und darüber hinaus: Was eigentlich soll das Gericht entscheiden und gegen wen? Und vor allen Dingen, in wie viel Jahren wäre ein rechtskräftiges Urteil zu erwarten?

Ein Akt der Ohnmacht, ohne Chance auf Erfolg, geschuldet der Erkenntnis, dass die KV – bedingt durch ihre gesetzliche Konstruktion – bar jeden Druckmittels ist.

Wir müssen ihr helfen! Das Drohpotenzial einer entschlossenen, gut organisierten Fachgruppe – wie wir Urologen –, die bereit ist, sich diesem Affentheater durch einen alternativen, selbstbestimmten Kollektivvertrag zu entziehen, wäre eine ungemein schärfere Waffe **für die KV** als noch so viele Appelle an die Gerechtigkeit (siehe auch auf Seite 8 den Artikel zum Korbmodell).

von Dr. Wolfgang Rulf (Ärztlicher Geschäftsführer der Uro-GmbH Nordrhein)

VIII. Unsere Kooperationspartner

Unsere Premiumpartner:



Takeda Pharma

Unsere Partner:



Anmeldung zur Teilnahme

per Fax oder per Post

Ja, ich möchte den Medimed-Verordnungsmonitor „prescriber“ nutzen.

Benutzerdaten

Arzt-Nr.: Haupt- u. ggf. Nebenbetriebsstätten-Nr.:

Mitglied eines Ärztenetzes nein ja Name des Netzes:

Mitglied eines MVZ nein ja Name des MVZ:

USt-pflichtig? nein ja, meine Steuernummer lautet

Geburtsdatum: Niederlassungsjahr: Studienabschluss wo:

e-mail Adresse:

Meine Praxis ist eine Einzelpraxis Gemeinschaftspraxis Praxisgemeinschaft

Spezialgebiete/Schwerpunkte der Praxis:

.....

Anzahl Mitarbeiter (ohne Arzt): Vollzeit Teilzeit Auszubildende

Führen Sie Arzneimittelstudien durch? nein ja, und zwar

Name des Ansprechpartners in der Praxis:

Ich wünsche meinen Verordnungsmonitor für die angekreuzte Fachgruppe/Schwerpunktpraxis:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Allgemeinmedizin/Prakt. | <input type="checkbox"/> Gynäkologie | <input type="checkbox"/> Orthopädie |
| <input type="checkbox"/> Anästhesie | <input type="checkbox"/> HNO | <input type="checkbox"/> Pädiatrie |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie | <input type="checkbox"/> Innere Medizin | <input type="checkbox"/> Facharzt <input type="checkbox"/> Hausarzt |
| <input type="checkbox"/> - Mund-Kiefer-Gesichts- | <input type="checkbox"/> Kardiologie | <input type="checkbox"/> Pneumologie |
| <input type="checkbox"/> - Neuro- | <input type="checkbox"/> Nephrologie | <input type="checkbox"/> Phys.-rehabilit. Med. |
| <input type="checkbox"/> Dermatologie | <input type="checkbox"/> Neurologie | <input type="checkbox"/> Psychiatrie |
| <input type="checkbox"/> Diabetologie | <input type="checkbox"/> Onkologie | <input type="checkbox"/> Psychotherapeut. Med. |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterologie | <input type="checkbox"/> Ophthalmologie | <input type="checkbox"/> Rheumatologie |
| | | <input type="checkbox"/> Schmerztherapie |
| | | <input type="checkbox"/> Urologie |

Technische Daten

Praxis-Software:

Praxiscomputer-Betriebssystem: Windows UNIX anderes:

Datenübertragung: per Medimed-Homepage: www.medimed.info

per e-mail an Medimed-Adresse: daten@medimed.cegedim.de

FTP-Datenübertragung (CommDoc) GUS-BOX Diskette

Wichtig für die Erstellung Ihres Praxis-Verordnungsmonitors:

Zuständige KV-Geschäftsstelle:

Fach- bzw. Vergleichsgruppe:

Bei Fragen bitte 06251/84 84 522 anrufen, der Medimed Ärzte-Service hilft Ihnen gerne.

Für die Teilnahme am Verordnungsmonitor „prescriber“ gelten die umseitigen Teilnahmebedingungen.

Ich habe diese gelesen und bin damit einverstanden.

Datum: Unterschrift: Praxisstempel: