

Inhaltsverzeichnis

I. Editorial.....	2
II. Uro-GmbH Nordrhein zahlt für Teilnahme an „Datensammlung“ (Medimed)	3
III. Ärztekammer erkennt Fortbildungen für Urologische MFA an	3
IV. Information von Pfizer Pharma GmbH	4
V. Bundesweite Datensammlung des ZI	5
VI. Neue Informationspflichten bei IGeL- und Wellness-Leistungen beachten!.....	5
VII. Erfahrungsbericht zur Kostenerstattung nach § 13 SGB V	6
VIII. Honorarverteilung in einer überörtlichen Gemeinschaftspraxis.....	7
IX. Glosse: Am Rande bemerkt – „Stabilität“	8
X. Unsere Kooperationspartner	11

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. Editorial

Werbung in den URO-GmbH-Nachrichten?

Werbung ist auch für seriöse medizinische Fachzeitschriften – vom Ärzteblatt über „Der Urologe“ bis zu den Uro-News – überlebenswichtiger Bestandteil der Finanzierung. Auch wenn sich die **URO-GmbH-Nachrichten** nicht mit den vorgenannten Publikationsorganen vergleichen dürfen, so sind auch diese nicht kostenfrei zu produzieren.

Andererseits ist, dass hat unsere Umfrage bei Ihnen im letzten Jahr ergeben, eine lückenlose Information über Aktuelles (**URO-GmbH Aktuell**) und Grundsätzliches (**URO-GmbH-Nachrichten**) eine zentrale Dienstleistung für die URO-GmbH-Urologen. Die Vertreter der Urologischen Netze haben daher auf der letzten Gesellschafterversammlung dem Vorschlag der Geschäftsführung zugestimmt, Informationen der Industrie in unseren **URO-GmbH-Nachrichten** zu ermöglichen, allerdings auf unsere Kooperationspartner beschränkt.

Ein weiterer Unterschied zum üblichen Werbegeschehen im medizinischen Blätterwald ist die Differenzierung zwischen reiner Werbung und medizinisch-wissenschaftlicher Information – zum Beispiel Studienergebnisse unserer Kooperationspartner. Pfizer Pharma GmbH macht in dieser Ausgabe den Anfang (s. Seite 4).

Diese Industrieinformationen sind durch das Layout und durch den Hinweis, dass es sich um eine Information des entsprechenden Kooperationspartners handelt, für die die URO-GmbH-Redaktion keine Verantwortung übernimmt, als solche klar von den übrigen Inhalten der **URO-GmbH-Nachrichten** zu unterscheiden.

Es ist der Industrie kaum zu verübeln, an dieser Stelle Studien mit positiver Aussage zu ihren Produkten einzubringen. Daraus grundsätzlich fehlende wissenschaftliche Relevanz zu unterstellen, ist jedoch nicht angebracht – eingedenk uns allen bekannter Studien als Grundlage neuer, erfolgreicher Therapien.

Eine Lektüre mit kritischem Interesse wird zumindest die Diskussion zur Sache beleben, nicht zuletzt mit den Pharmareferenten des Kooperationspartners.

In der Hoffnung, dass Sie, der geneigte Leser, mit den strukturellen Modifikationen unseres Nachrichtenorgans einverstanden sind, wünsche ich Ihnen eine informative Lektüre aus der urologischen Welt Nordrheins.

Herzlichst
Ihr

Wolfgang Rulf (Ärztlicher Geschäftsführer der Uro-GmbH Nordrhein)

II. Uro-GmbH Nordrhein zahlt für Teilnahme an „Datensammlung“ (Medimed)

Die Uro-GmbH Nordrhein hat wie angekündigt zum ersten Mal Gelder ausgeschüttet an diejenigen Urologen, die im I. Quartal 2010 vollständige Daten an Medimed geliefert haben. Eine Liste der Kollegen mit vollständiger Datenlieferung wird im geschützten Mitglieder-Bereich der Internetseite www.uro-nordrhein.de hinterlegt.

Ziel der Datensammlung über Medimed ist es, für die Uro-GmbH Nordrhein eine eigene Datenbank aufzubauen, die im Rahmen von Vertragsverhandlungen mit Kassen von großem Wert sein wird.

Wer sich an der Datensammlung beteiligen möchte, wendet sich bitte an unsere Geschäftsstelle – Frau Kapla stellt dann den Kontakt zu Medimed her.

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

III. Ärztekammer erkennt Fortbildungen für Urologische MFA an

Die Ärztekammer Nordrhein hat mit Schreiben vom 27. Mai 2010 den Kursus „Onkologie für Medizinische Fachangestellte“, der bereits zum dritten Mal in Nordrhein stattfindet, in vollem Umfang anerkannt.

Die Bundesärztekammer hat im März erstmalig ein Fortbildungscurriculum für Medizinische Fachangestellte und Arzthelfer/innen „Onkologie“ herausgegeben, das sich interessanter Weise eng an das von den Urologen bereits vor Jahren erarbeitete Ausbildungscurriculum anlehnt.

Die Fortbildung ist derzeit im Rahmen der Onkologie-Vereinbarung verbindlich für alle urologischen Praxen gefordert, die an dieser Vereinbarung teilnehmen. Damit waren die Urologen auch auf diesem Gebiet mal wieder die Vorreiter für gute Fort- und Weiterbildung für unsere Mitarbeiter.

Im derzeitigen Kurs, der über 2 Jahre bis zum Ende 2011 gehen wird, sind 80 Mitarbeiter/innen aus Praxen in Nordrhein, Westfalen und aus Rheinland-Pfalz beteiligt. Die exzellente Qualität der Referenten, die zum Teil bereits seit vielen Jahren dabei sind, lässt die Teilnehmer immer wieder in der Bewertung Bestnoten vergeben.

Neu im derzeitigen Kurs ist ein schriftlicher Nachweis über die geleisteten Praktikumsstunden. Auch hier sind wir wieder der Bundesärztekammer zuvor gekommen. Ebenfalls neu ist eine schriftliche Arbeit, die jede/r Teilnehmer/in am Ende einreichen muss. Hier sind wir dabei, eine intelligente Lösung für alle zu erarbeiten.

Am Ende der Ausbildung erhalten somit alle Teilnehmer/innen ein Zertifikat der Ärztekammer Nordrhein, das allen Anerkennungskriterien entspricht.

Die wissenschaftliche Leitung liegt in den Händen von Dr. Reinhold Schaefer aus Bonn, die organisatorische Unterstützung kommt durch die Firmen Medac GmbH und Astellas Pharma GmbH. Zuletzt sei auch noch die KVNo erwähnt, die in Köln die Räumlichkeiten zur Verfügung stellt.

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

IV. Information von Pfizer Pharma GmbH*

66
PHARMA-Report
der niedergelassene arzt 4/2010

FACT-Studie zur Behandlung der überaktiven Blase

Ergebnisse belegen: Fesoterodin ist Tolterodin überlegen

Zur Therapie der überaktiven Blase (UAB) sind unter anderem Fesoterodin (Toviaz®) und Tolterodin (Detrusitol®) zugelassen: Zwei Antimuskarinika mit guter Wirksamkeit und Verträglichkeit sowie einfacher Anwendung.

Auf der Pressekonferenz der Pfizer Pharma GmbH am 10. Februar 2010 in Berlin präsentierten Experten nun die Ergebnisse der FACT-Studie¹, nach der Fesoterodin gegenüber Tolterodin überlegen ist. Die FACT-Studie ist die erste Head-to-head-Studie mit Überlegenheitsdesign zum Vergleich der beiden Antimuskarinika. Dabei wurden auch die von den Patienten berichteten Ergebnisse (PROs, patient reported outcomes) einbezogen. Eingeschlossen wurden Patienten mit einer täglichen Miktionsrate von mindestens acht Miktionen und einer oder mehr Drangepisoden pro Tag.

Die 1.697 überwiegend weiblichen Patienten (80 Prozent) mit einem durchschnittlichen Alter von 58 Jahren wurden in drei Gruppen eingeteilt. 684 Patienten wurden in die Tolterodin-Gruppe und 334 Teilnehmer in die Placebo-Gruppe randomisiert. Diese Patienten wurden über zwölf Wochen mit Tolterodin (4 mg) bzw. Placebo behandelt. Die 679 Patienten im Fesoterodin-Arm erhielten hingegen die erste Woche Fesoterodin (4 mg) und im Anschluss elf Wochen Fesoterodin (8 mg). Zu Studienbeginn, nach vier Wochen Therapie und nach Behandlungsende (nach zwölf Wochen) wurden die Drangepisoden pro Tag und die tägliche Miktionsrate in einem Miktionstagebuch (über drei Tage) notiert.

Fesoterodin im primären Endpunkt überlegen

Fesoterodin zeigte sich im primären Studienendpunkt, der Veränderung der mittleren Zahl der Dranginkontinenz-Episoden (Urgency Urinary Incontinence; UUI)

über 24 Stunden bis Woche zwölf im Vergleich zum Ausgangswert gegenüber Tolterodin als überlegen. Dr. med. Daniela Marschall-Kehrel, Frankfurt am Main, betonte: „Eine Reduktion der Dranginkontinenzepisoden unter Fesoterodin um 1,7 in der FACT-Studie bedeutet, der Patient hat maximal eine oder nur ab und zu in der Woche eine Inkontinenzepisode. Dieser Unterschied ist klinisch sehr relevant.“ Mit Tolterodin konnte die Anzahl der Dranginkontinenzepisoden pro Tag um 1,6 und mit Placebo um 1,45 Ereignisse reduziert werden.

Eine deutliche Überlegenheit von Fesoterodin gegenüber Tolterodin zeigte sich

mit in diesem Studienpunkt ebenfalls gegenüber Tolterodin (57 Prozent; $p < 0,001$) signifikant überlegen. Mit Placebo konnten die Tage ohne Inkontinenz um 45 Prozent gesteigert werden. Die Anzahl der Drangepisoden pro Tag zwischen Ausgangswert und Woche zwölf konnten mit Fesoterodin um 3,5 gegenüber 3,1 unter Tolterodin und 2,0 unter Placebo verringert werden.

Fesoterodin auch von den Patienten als wirksamer beurteilt

Nach einer Post-hoc-Analyse berichteten 40 Prozent der Studienteilnehmer unter Fesoterodin von einer deutlichen Verbesserung der Patientenwahrnehmung des Blasenzustandes (Patient Perception of Bladder Condition; PPBC), unter Tolterodin waren es 33 Prozent und in der Placebo-Gruppe trat dieser Effekt lediglich bei 21 Prozent der Patienten auf. Eine weitere Post-hoc-

**Mittleres Miktionsvolumen pro Miktion
Veränderung zwischen Ausgangswert und Woche 12**

Gruppe	n	BL (ml)	W12 (ml)
Placebo	313	147,0	16,8
Tolterodin	533	154,1	23,5
Fesoterodin	628	155,3	32,9

¹ Anzahl der Patienten ohne mittlere Veränderung zwischen Ausgangswert und Woche 12 $p < 0,05$ vs. Placebo $p < 0,005$ Tolterodin vs. Placebo nicht signifikant. Die p-Werte für die mittlere Veränderung (KCM) basieren auf einem ANCOVA-Modell mit Engpass für Land, Behandlung und mit dem Ausgangswert als Kovariable. KCM = Klemmquadratmethode.

Hoch-Hershorn S et al. BJU International 2009; 105: 58-66. Early online-Vorabpublikation, 13. November 2009. Zusammenfassung für das Internet von PubMed (CITR-Bescheinigung NC170044482). Protocol ADZ11009. www.clinicalstudyresults.org.

bei der Veränderung des Miktionsvolumens pro Miktion zwischen Ausgangswert und Woche zwölf: Unter Fesoterodin konnte das mittlere Miktionsvolumen um 33 Prozent gesteigert werden.

Mit Placebo wurde eine Steigerung um 17 Prozent ($p < 0,05$) und mit Tolterodin um 24 Prozent ($p < 0,05$) beobachtet. „Dass es hier zwischen Fesoterodin und Tolterodin einen so deutlichen Unterschied nach zwölf Wochen gibt, ist überraschend“, betonte Marschall-Kehrel (Abb. 1). Nach einer Post-hoc-Analyse verbesserte Fesoterodin die Zahl der kontinenten Tage um 64 Prozent und war da-

*Die Uro-GmbH Nordrhein ist für den Inhalt dieses Beitrages nicht verantwortlich.

V. Bundesweite Datensammlung des ZI

In der Uro-GmbH aktuell 07/2010 berichteten wir von dem Projekt ZiPP des Zentralinstitutes für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland.

Die Geschäftsleitung der Uro-GmbH Nordrhein hatte sich auf Wunsch einiger Urologen mit der Projektleitung im ZI in Verbindung gesetzt, um Hintergrund, Zielsetzung und Sicherheit dieses Projektes zu erfahren. Nach allen vorliegenden Informationen ist die Geschäftsleitung der Uro-GmbH Nordrhein der Auffassung, dass es sich um ein sinnvolles und nützliches Projekt handelt, dass Unterstützung verdient.

Zusätzlicher Nutzen für die Uro-GmbH Nordrhein ist, dass wir im Gegenzug anonymisierte Daten der nordrheinischen Urologen vom ZI erhalten können, um damit unsere eigene Projekte befördern zu können. Hilfreich sind die erhobenen Daten bspw. für anstehende Verhandlungen mit Krankenkassen.

Zum 31. Mai 2010 haben nach Auskunft des ZI bundesweit bereits einige Fachgruppen die erforderliche Einsende-Quote von 80% erreicht. Diese Quote ist Voraussetzung für eine statistisch repräsentative Auswertung der Daten durch das ZI.

Die Urologie liegt bislang bei einer Rücksendequote von 41%, und damit nur im Mittelfeld. Unsere Bitte geht daher an diejenigen Urologen in Nordrhein, die vom ZI im Rahmen des Projektes ZiPP angeschrieben wurden, sich an der noch laufenden Erhebung zu beteiligen, damit auch die Urologie über entsprechende Daten verfügen kann.

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

VI. Neue Informationspflichten bei IGeL- und Wellness-Leistungen beachten!

Am 12.05.2010 trat die neue Dienstleistungsverordnung „DL-InfoV“ in Kraft, die sich an alle Personen richtet, die Dienstleistungen erbringen.

Für Ärzte gelten jedoch Ausnahmen: Die „gewöhnliche“ Patientenbehandlungen fallen nicht unter den Anwendungsbereich der Verordnung. Werden jedoch Dienstleistungen nicht gegenüber einem Patienten, sondern gegenüber anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen erbracht oder dient die Behandlung eines Patienten lediglich der Verbesserung des Wohlbefindens oder seiner Entspannung, sind diese Leistungen von der Verordnung betroffen.

Daher gelten die neuen Informationspflichten insbesondere bei IGeL, sofern diese nicht diagnostischen oder therapeutischen Zwecken dienen, bei „Wellness-Leistungen“ sowie Leistungen, die gegenüber einem anderen Anbieter von Gesundheitsleistungen – etwa einer Klinik oder einer anderen Arztpraxis – erbracht werden. Sollen derartige Leistungen erbracht werden, müssen vor der Leistungserbringung folgende Informationspflichten eingehalten werden:

Der Leistungserbringer muss seinem Kunden bzw. Patienten vor Abschluss eines schriftlichen Vertrages oder wenn kein solcher Vertrag geschlossen wird, vor Erbringung der Dienstleistung bestimmte Informationen in „*klarer und verständlicher Form*“ zur Verfügung stellen.

Diese Informationen umfassen die üblichen Angaben wie **Namen, Anschrift**, ggf. Angaben des Handels- oder Partnerschaftsregisters (wenn vorhanden), **Aufsichtsbehörden**, ggf. Umsatzsteueridentifikationsnummer, **Berufsbezeichnung, verleihender Staat und Kammer** etc.

Diese Angaben mussten bislang bereits aufgrund des Telemediengesetzes auf der Homepage veröffentlicht werden. Neu ist, dass diese Angabepflichten jetzt auch auf den „normalen“ Geschäftsverkehr ausgedehnt werden, so dass die vorstehenden Informationen **auch in der Arztpraxis kommuniziert** werden müssen. Einige der zu nennenden Daten sind dabei bereits auf dem Praxisschild genannt; die übrigen sind in der Praxis entsprechend den nachfolgenden Hinweisen anzubieten. Neu ist zudem, dass der **Name und die Anschrift der Berufshaftpflichtversicherung** und der räumliche Geltungsbereich der Versicherung genannt werden müssen.

Wie die Informationen angekündigt werden, bleibt dem Praxisinhaber überlassen: Der Arzt hat die Wahl, ob er diese Informationen von sich aus dem Patienten mitteilt oder sie am Ort der Leistungserbringung, also z.B. in der Praxis so vorhält, dass sie leicht zugänglich sind (etwa durch einen **Aushang am Empfang**).

Es besteht auch die Möglichkeit, die Angaben elektronisch leicht zugänglich zu machen, also beispielsweise über das **Internet**, wobei der Patient wiederum durch einen geeigneten Hinweis – etwa einen Aushang in der Praxis, der auf die Homepage verweist – auf diese Informationsquelle aufmerksam zu machen ist.

Schließlich können die Angaben auch „in alle dem Dienstleistungsempfänger zur Verfügung gestellten ausführlichen Informationsunterlagen über die angebotene Dienstleistung“ aufgenommen werden. Die vorstehenden Informationen können also auch in **Aufklärungsbögen** oder **Honorarvereinbarungen** aufgenommen werden. Bei GKV-Patienten muss wegen § 18 Abs. 8 BMV-Ä ohnehin eine schriftliche Honorarvereinbarung geschlossen werden, bevor Leistungen erbracht werden, die nicht zum Leistungsumfang der GKV gehören; jedenfalls bei derartigen Konstellationen bietet sich die Aufnahme der neuen Pflichtangaben in die IGeL-Honorarvereinbarung an.

Ein Verstoß gegen die Hinweispflichten ist eine Ordnungswidrigkeit und kann mit einem Bußgeld geahndet werden. Ferner könnte ein Wettbewerber eine kostenpflichtige Abmahnung veranlassen, die mit Anwaltskosten von ca. 1.000,00 € verbunden sein kann.

Daher empfiehlt es sich, im Zusammenhang mit dem Anbieten von ärztlichen Leistungen, die nicht der „klassischen“ Diagnostik, Therapie und Vorsorge dienen, die neuen Hinweispflichten zu beachten.

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

VII. Erfahrungsbericht zur Kostenerstattung nach § 13 SGB V

Seit 2004 können Kassenpatienten statt dem Sachleistungsprinzip auch die Kostenerstattung wählen („Gesundheitsmodernisierungsgesetz“).

Bislang ist wenig Gebrauch von dieser Möglichkeit gemacht worden. Vielfach wurde der Beratungsaufwand gefürchtet. Auf Hinweis einer Berufsausübungsgemeinschaft Duisburger

Urologen, die dieses System schon seit vielen Jahren betreibt, hat sich die Geschäftsführung der Uro-GmbH Nordrhein mit Vertretern einer Service-Gesellschaft getroffen, die die Beratung von Kassenpatienten zu den Möglichkeiten der Kostenerstattung für den Arzt übernimmt.

In dem System der Firma KE-patient GmbH werden Patienten vom Arzt gezielt mit nur zwei Sätzen angesprochen. Sie werden informiert, dass eine alternative Versorgung auch für gesetzlich versicherte Patienten möglich ist.

Ist der Patient interessiert, erfolgt die gesamte weitere Abwicklung (Patientenbegleitung einschließlich Haftungsübernahme) durch das Beratungsunternehmen. Jeder Patient wird dort unter Beachtung aller gesetzlichen Vorgaben individuell und wunschgemäß aufgeklärt und beraten. Die bislang hohe Erfolgsquote der KE-patient GmbH in der Umsetzung von Kostenerstattung hat nach dortigen Angaben einen weiteren Grund: Das System wird von namhaften Krankenkassen und privaten Versicherern mitgetragen und unterstützt.

Die Firma KE-patient GmbH hat sich bereitgefunden, exklusiv für die Uro-GmbH Nordrhein eine abendliche Informationsveranstaltung zum Thema anzubieten. Die Teilnehmerzahl ist dabei auf 30 Gäste begrenzt. Neben erfahrenen Urologen werden bei dieser Veranstaltung auch weitere Informationen von einem Juristen und einem Vertreter der Krankenkasse erteilt. Interessierte melden sich bitte in unserem Sekretariat bei Frau Sabine Kapla unter kapla@frielingsdorf.de oder der Rufnummer 0221-139 836-55.

Die Kostenerstattung überwindet erstaunlich einfach viele Probleme des Sachleistungsprinzips. Sie ermöglicht, aus der Rationierungsspirale zu entkommen und dient damit gleichermaßen Ärzten und Patienten. Sie ist gesetzlich gewollt – deswegen ist es legitim, ihre Möglichkeiten zu nutzen.

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

VIII. Honorarverteilung in einer überörtlichen Gemeinschaftspraxis

Seit 2007 besteht die Möglichkeit, eine Gemeinschaftspraxis über mehrere Praxis-Standorte hinweg zu gründen. Die Partner müssen also nicht mehr in gemeinsame Räumlichkeiten ziehen, um eine Gemeinschaftspraxis zu gründen.

Eine solche Konstruktion wird als „Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft“ bezeichnet, kurz ÜBAG. Die Vorteile reichen von RLV-Aufschlägen über das Arbeiten an mehreren Standorten bis hin zur Bündelung von Verhandlungsstärke.

Seit zwei Jahren werden daher ÜBAGs bundesweit in großer Zahl gegründet. Zumeist handelt es sich um Zusammenschlüsse von Fachkollegen. Weniger häufig werden interdisziplinäre ÜBAGs gegründet.

Die Hürden bei der Gründung sind relativ gering, da keiner der Partner umziehen muss. Im laufenden Betrieb einer ÜBAG muss die Frage beantwortet werden, wie das von der KV für die ÜBAG als Ganzes eintreffende Honorar auf die einzelnen Standorte und Partner aufgeteilt wird. Hierzu liegen mittlerweile Praxiserfahrungen vor.

Eine praxistaugliche Lösung besteht darin, eine „Interne KV“ zu simulieren. Die dafür notwendigen Informationen liefern die Abrechnungsdatensätze der beteiligten Praxen.

Aus diesen Datensätzen lässt sich das zu erwartende Gesamt-Honorar frühzeitig gut simulieren. Ziffern und Honorar-Teile, die nicht von der Praxis, sondern von der KV zugesetzt werden (Wirtschaftlichkeitsbonus, AOP-Vertrag) müssen dabei im Rahmen der „Internen KV“ ergänzt werden.

Das simulierte Gesamt-Honorar sollte stets anhand der BSNR oder der LANR auf die einzelnen Standorte aufgeteilt werden. Wer als Einzelpraxis in eine ÜBAG eintritt, kommt dabei in den Genuss eines mindestens 10%igen RLV-Zuschlages.

Nicht zur Auszahlung gelangen darf natürlich die vereinnahmte Praxisgebühr. Deren Höhe kann entweder den Kassenbüchern entnommen oder mittels der Anzahl an Original-Scheinen (ohne Überweisungen, Befreiungen etc.) ermittelt werden.

Nach Eintreffen des KV-Bescheides ist abschließend zu prüfen, ob von der KV gegenüber der Praxis-Abrechnung Kürzungen vorgenommen wurden. Für mögliche Kürzungen sollten zuvor zwischen 5% und 10% des Gesamthonorars zurückgestellt werden, damit es für die ÜBAG-Partner nicht zu Rückzahlungen kommt.

Tipp:

Die Frielingsdorf Consult GmbH erbringt die hier dargestellte Funktion einer „Internen KV“ bereits für mehrere standortübergreifende Gemeinschaften als externer und damit neutraler Dienstleister. Bei Interesse erhalten Sie unter 0221 / 139 836-0 oder info@frielingsdorf.de nähere Informationen bzw. ein Angebot.

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

IX. Glosse: Am Rande bemerkt – „Stabilität“

Stabilitätspakte sind „in“ und wir Ärzte immer dabei. Die Forderung des Verzichts auf den eigentlich gesetzlich zustehenden und wirtschaftlich notwendigen ärztlichen Honorarsanspruch steht an bevorzugter Stelle, wenn es gilt, märchenhafte Einkünfte und Boni zum Segen der Weltwirtschaft für diejenigen zu sichern, die selbige Weltwirtschaft an den Rand des Abgrunds gebracht haben oder die Unlust unserer mediterranen Freunde auszugleichen, ihre unter glühender Sonne erwirtschafteten Einkünfte zu versteuern – nur recht und billig angesichts unseres gemäßigten Klimas. Da ist auf uns Ärzte Verlass!

Wir kennen unsere staatsbürgerliche Stabilisierungspflicht. Wir Ärzte lieben stabile Verhältnisse, schließlich kennen wir keine anderen: Seit vielen Jahren genießen wir den **stabilen Abwärtstrend** unserer GKV-„Gewinne“ – stabil umgekehrt proportional zu den Einkünften der Funktionäre unserer Selbstbedienung... sorry, Selbstverwaltung.

Dieser Stabilität sind wir verpflichtet. Wer sonst, wenn nicht wir?

Da bedarf es nicht der aufmunternden Worte von **DAK-Chef Prof. Herbert Rebscher**, der jüngst von sich gab: Wer sein Einkommen aus den Beiträgen der GKV-Versicherten bezieht, **muss seinen Beitrag zur Stabilität leisten.**

Der gute Professor muss es wissen, denn er ist ein besonders schlauer – auch wenn seine Kasse angeblich kurz vor der Pleite steht –, hat er doch Professor und Doktor ohne die übliche akademische Ochsentour erreicht. Und wer so schlau ist, wird doch nicht übersehen

haben, dass er selbst noch mehr als die Ärzte sein stetig steigendes Einkommen nebst Boni aus den oben genannten Beiträgen bezieht, oder? Also **Spareinsicht bei den Funktionären?**

Aber nein, kein Anlass zum Stabilitätsalarm. Nicht der Anklage, sondern unserer Erleichterung dient die Feststellung **des Vorsitzenden des Bundesrechnungshofes, Prof. Engels, er habe sich eine derartige Selbstbedienung** (der Kassen-Spitzenfunktionäre nach Überprüfung der Kassenhaushalte) **am Vermögen der Kassen nicht vorstellen können**. Nein Herr Prof. Engels, hier wird nicht abgesahnt, sondern harter Dienst am Aufschwung geleistet.

Ein **perfektes Stabilitäts-Teamwork** zwischen Ärzten und Kassen: Die Ärzte stabilisieren die Staatsfinanzen durch Verzicht, die Kassenfunktionäre fördern das Wirtschaftswachstum durch Konsum. Schließlich haben wir Ärzte das Glück unserer Ethik, die bedauernswerten Tröpfe der Verwaltung nur ihr profanes Gewinnstreben.

Da kommt das brandaktuelle **CDU-Strategiepapier** doch wie gerufen, demzufolge **It. Focus Geld** durch **Nullrunden für Ärzte** und **Minusrunden für Zahnkollegen** und **Kliniken** zu den Kassen umgeleitet werden soll.

Bei so viel Stabilitätsbegeisterung möchte die **Kassenärztliche Bundesvereinigung** selbstredend nicht nur am Rande sondern mittendrin stehen. Und zwar durch ein ureigenes Stabilitätskunstwerk! „Es sei ein **Meilenstein der Honorarpolitik**“, so der KBV-Stabilitätsguru Köhler, im Überschwang der Gefühle über sein eigenes Werk.

Wer könnte es ihm nicht nachfühlen? Schien doch der **stabile Abwärtstrend** der Honorare durch gepumptes Geld im ersten Quartal 2009 und durch konstant auf dem Niveau von circa 20,00 € verharrende urologische RLVs in Nordrhein **nachhaltig gefährdet**. In letzter Sekunde wurde das ins instabile Fahrwasser geratene KV/GKV-Schiff wieder eindrucksvoll auf den alten Stabilitätskurs nach unten gebracht.

QZV heißt die Zauberformel, mit dem nichts Geringeres als die Grundversorgung innerhalb der RLVs gesichert werden soll. Das stolze Ergebnis: Ein Rückgang des Fallwertes in Nordrhein um ca. 40% im Vergleich zum Quartal I/2009 bzw. **sportliche 25% im Vergleich zum derzeitigen Quartal**.

So ein Stabilitätsmanöver, wenn auch im Kern nur für Stabilitätsprofis verständlich, muss erst mal einer nachmachen. Allerdings – Ehre wem Ehre gebührt – ohne **unsere KV Nordrhein**, die kreativ auch noch die **Sonographie, die ESWL** und das **Röntgen geschreddert**...äh stabilisiert hat, wäre der Stabilitätspakt nicht das, was er ist.

Doch ist befriedigtes Zurücklehnen nicht angebracht. **Europa** zwingt zum Blick über die Grenzen. Und so müssen wir feststellen, dass nicht alle Nationen ihre Stabilitäts-Hausaufgaben so kongenial wie wir Deutschen erledigen. **Beispielsweise die Angelsachsen**: 30% soll eingespart werden, im Gesundheitssystem! In Worten: dreißig vom Hundert.

Die armen Ärzte, schießt es einem da etwas stabilitätsabtrünnig in den Kopf. Aber weit gefehlt. **Nicht in der Versorgung, in der Verwaltung ausschließlich soll der Rotstift angesetzt werden** (Quelle: Rheinische Post). Ist dies dem englischen Humor oder der völlig irri- gen Annahme, dass Versorgung wichtiger als Verwaltung sei, geschuldet?

Da kann Stabilität und Wirtschaftsbelebung einfach nicht gelingen! Und, um dem britischen Instabilitäts-Fass die Krone aufzusetzen, soll auch noch ein Teil des eingesparten Geldes in die Versorgung fließen. Herr Professor Doktor h.c. Rebscher, was sagen Sie dazu? **Die spinnen, die Tommies!**

Man stelle sich vor, **Gesundheitsminister Rösler** würde eine Einsparung von 30% bei den GKV-Kassen – und das auch noch zum Vorteil der Patientenversorgung – fordern! Wo bliebe der Aufschwung, was wäre mit den ungezählten GKV-Versorgungsposten für auszumustern-de Gewerkschaftsfunktionäre?

Jedoch, Naserümpfen gegenüber unseren Nachbarn aus dem Vereinigten Königreich ist völlig fehl am Platz! **Auch bei uns gibt es subversive Attentäter der Stabilität.** Verantwortunglose Vertragsärzte attackieren mit defätistischen Ideen, wie Korbmodell und Systemausstieg, die Stabilität des Landes in den Grundfesten.

Begründet wird dies fantasielos und ethikfrei mit der billigen Behauptung, **die stabile Tal-fahrt der Honorare gefährde die wirtschaftliche Existenz der Praxen.** Ein geradezu staatsfeindliches, terroristisches Gedankengut!

Der Systemausstieg gefährdet tatsächlich die Stabilität, nicht nur die der Selbstverwaltungsfunktionäre auf **ihrem luftig hohen Ross**, sondern – fragen Sie die Rebschers der Nation – unzweifelhaft auch die wirtschaftliche Erholung dieses unseres Landes, die Rentenzahlung Griechenlands, Boni-Ausschüttungen an die Bankenelite, den Klimawandel in der Südsee und selbstverständlich auch die Sicherheit der Bohrinseln im Golf von Mexiko.

Glücklicherweise ist die Mehrheit unserer Kollegen auf der Hut. **Nie, komme es noch so dicke, werden sie den Pfad der Stabilität verlassen.** Deswegen dürfen wir hoffnungsfroh darauf bauen, dass auch ein RLV von 17,00 € inklusive Sono-QZV rasch der Vergangenheit angehören wird. Ein Glück, dass wir keine Engländer sind!

In diesem Sinne, bleiben Sie stabil!

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

X. Unsere Kooperationspartner

Unsere Premiumpartner:



Unsere Partner:

