

URO-GmbH-Nachrichten



**Ausweg Kostenerstattung:
Nicht jammern – handeln!**

**Nebeneinanderberechnung
von Wahlleistung(en) und
GKV-Leistungen**

**NRW-Anforderungen an die
Aufbereitung von Medizin-
produkten – Diskussion 2. Teil**

**Wie leidensfähig ist ein
deutscher Vertragsarzt?**

**Am Rande bemerkt: Das Volk
der Dichter und Föhler**

Unsere PREMIUMpartner:

AMGEN[®]

 **astellas**
Leading Light for Life

Dunker

Janssen 
PHARMACEUTICAL COMPANIES
OF *Johnson & Johnson*

Jenapharm 
Liebe. Leben. Gesundheit.

sanofi aventis
Das Wichtigste ist die Gesundheit

TAD
Pharma
MEMBER OF KRKA GROUP


Takeda Pharma

Unsere Partner:

Alere[™]

 **APOGEPHA**

**DR. KADE
BESINS** 

 **FRESENIUS
KABI**
caring for life

 **IPSEN**
Innovation for patient care

medac
orologie

 **NOVARTIS**
ONCOLOGY

Inhaltsverzeichnis

I.	Editorial	4
II.	Ausweg Kostenerstattung: Nicht jammern – handeln!	5
III.	Stellungnahme zu „Onkologische Früherkennung – sinnvolle Medizin oder Patientenabzocke“ von Prof. Dr. Weißbach	6 - 7
IV.	Abschließende Antwort auf die Stellungnahme	8 - 10
V.	Nebeneinanderberechnung von Wahlleistung(en) und GKV-Leistungen	11
VI.	NRW-Anforderungen an die Aufbereitung von Medizinprodukten – Diskussion 2. Teil	12 - 13
VII.	Wie leidensfähig ist ein deutscher Vertragsarzt?	14 - 15
VIII.	Uro-GmbH Nordrhein kooperiert bei Kontrastmitteln mit Dunker	15
IX.	Presseinformation unseres Kooperationspartners DR. KADE/BESINS	16
X.	Am Rande bemerkt: Das Volk der Dichter und Fühler	17 - 18

I. Editorial

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

in den letzten Tagen teilte uns die KVNo wieder die neuen Regelleistungsvolumina und qualitätsgebundenen Zusatzvolumina mit. Nur den Wenigsten fiel auf, dass die Fallzahlen teilweise drastisch reduziert wurden, so dass das Regelleistungsvolumen fast identisch erscheint. Ich weiß immer noch nicht, wann bei uns Urologen die „Schmerzgrenze“ erreicht ist und wie lange wir unsere Patienten tatsächlich noch mit diesen Honoraren versorgen können?

Dazu kommen die Beschlüsse der Vertreterversammlung, die so heimlich, still und leise umgesetzt werden. Wer hat schon großartig mitbekommen, dass die Zuschläge für die Berufsausübungsgemeinschaften Zug um Zug bis auf Null gekürzt werden? Dabei dürfte es die Urologen kaum interessieren, ob der Fallwert in Kollektiv- oder Selektiv-Verträgen auf einheitliche Werte umgestellt werden soll. Die KV hält an den Regelleistungsvolumina fest – aus Angst, eine andere Honorarverteilung würde bei dem sowieso niedrigsten Honorarniveau in Deutschland nur noch mehr Verwerfung verursachen. Man spricht vom „Erreichen einer größtmöglichen Verteilungsgerechtigkeit“.

Die KVNo hält ausbudgetierte Leistungen für Psychotherapie, Labor oder Notdienst für möglich. Die nötigen HVM-Änderungen stehen aber noch aus. Außerdem wurde beschlossen, die Konvergenzregelungen, mit denen EBM-bedingte Verluste abgefedert werden sollten, bis zum 30. Juni 2013 auslaufen zu lassen. Die Onkologievereinbarung wird Schritt um Schritt verschärft und sorgt für weniger urologische Versorger – oder besser – weniger Honorar für gleiche Leistung, denn wir werden unsere Patienten ja nicht im Stich lassen. Zusammenfassend kann man das in einem Satz sagen: Es wird weiterhin immer weniger Honorar für immer mehr Aufwand geben.

Immer mehr „Kernleistungen“ werden – ohne Murren der DGU – aus unserem Fach entfernt. Demnächst sind große Teile des Speziallabors dran, denn ab 1. Januar 2014 wird nur die Mikrobiologie übrig bleiben. Spermioogramme sind wirtschaftlich aufgrund der Qualitätsanforderungen auch nicht mehr zu erbringen, Röntgenleistungen im Übrigen auch nicht mehr.



Wie gehen wir Urologen damit um?

Lesen Sie dazu auch meinen Beitrag
„Wie leidensfähig ist ein deutscher Vertragsarzt?“ auf den Seiten 14 - 15.

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

II. Ausweg Kostenerstattung: Nicht jammern – handeln!

RLV, QZV, Bürokratiewahn ohne Ende: Der Leidensdruck niedergelassener Ärzte wächst. Es wird gespart, bis der Arzt geht – entweder in den vorzeitigen Ruhestand oder ins Ausland. Die einzige Lösung, den unsäglichen gordischen Knoten im Gesundheitssystem zu zerschlagen, heißt Kostenerstattung.

Namhafte Politiker, Wissenschaftler und Ärztesfunktionäre drängen schon seit langem auf ein Ende des Sachleistungssystems und auf die Einführung einer praktikablen, EU-konformen Kostenerstattung. Das, was bei der Kostenerstattung bislang möglich ist, reicht bei Weitem nicht aus, um sie flächendeckend umzusetzen. Also ist die Basis der Ärzteschaft gefordert, diejenigen mit breiter Mehrheit zu unterstützen, die dies so rasch wie möglich ändern wollen. Aber es geht nur mit Mut, Aktivität und in großer Solidarität.

Noch immer tun sich jedoch viele Ärzte bei dem Gedanken an Kostenerstattung schwer. Sie klammern sich an ein Sachleistungssystem, das ihnen Riesenmengen an bürokratischem Unsinn aufbürdet und zu allem Überfluss auch noch von ihnen selbst bezahlt wird. Andererseits freuen sie sich über jeden Privatpatienten. Das ist paradox, aber so sind sie es gewohnt.

Ängste abbauen, Verunsicherung vermeiden, Probleme verhindern:
Nur wenn wir verstehen, dass wir wieder selbst das Heft in die Hand nehmen müssen und wir schließlich verstehen, dass wir der Politik gemeinsam signalisieren sollten: „Wir, die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte wollen das!“, kann aus jedem Kassenpatienten in absehbarer Zukunft eine Art Privatpatient werden.



Wertvolle Praxishilfen für Sie zum kostenlosen Download

Im internen Bereich der Uro-GmbH-Nordrhein-Homepage finden Sie wertvolle Informationsmaterialien, ein Manual für Sie und Ihr Team sowie Patienteninformationen zum Thema Kostenerstattung. Diese Unterlagen wurden für Sie von der Uro-GmbH Nordrhein sowie den weiteren, im „Aktionsbündnis fachärztlicher Organisationen (AFO)“ vertretenen, Facharztgruppen zusammengestellt.

Ihre Geschäftsleitung der Uro-GmbH Nordrhein

III. Stellungnahme von Prof. Dr. Lothar Weißbach zu „Onkologische Früherkennung – sinnvolle Medizin oder Patientenabzocke“ in Uro-GmbH-Nachrichten I/2012

Der gut geführte Dialog führt zu Erkenntnis und Wahrheit und gilt als eine intensive Form kollegialer Kommunikation. Deshalb soll Zeit und Platz für eine Erwiderung auf den Artikel von Herrn Dr. Rulf sein. Er hat völlig Recht, eine Statistik kann und soll nicht das Einzelschicksal abbilden. Sie versucht sich ihm mit wissenschaftlichen Methoden zu nähern und – im Falle der Früherkennung – ohne Industriefärbung. Deshalb ist die statistische Wahrscheinlichkeit naturgemäß nicht gleichbedeutend mit der persönlichen Prognose.

Für die Entscheidung eines (bislange) gesunden Mannes, an der Früherkennung teilzunehmen oder nicht, ist neben den individuellen Faktoren (familiäre Belastung, Lebensstil und Präferenz) die Statistik aber von erheblicher Bedeutung. Denn sie vermittelt ihm einen Eindruck davon, wie wahrscheinlich das von ihm erhoffte Ereignis durchschnittlich eintritt. Und das ist durchaus eine wichtige Entscheidungsgrundlage.

Denn auch das im Text angesprochene Einzelschicksal des Mannes, der zur Früherkennung geht, ist geprägt von den beiden Polen des Verlaufs: Tumortod auf der einen und Überbehandlung mit den bekannten Folgen auf der anderen Seite. Und obwohl der mögliche Nutzen – nämlich das Bewahren vor dem Tod durch Prostatakrebs – ungleich schwerer wiegen mag, so ist er doch 37 mal seltener als der Schaden durch Überdiagnose und -behandlung. Und für einen Mann, der durch die Operation an einem Tumor, der ohne Früherkennung nie entdeckt worden wäre, impotent wird, ist dieser Schaden erheblich. Wir wissen dank verallgemeinernder Studien aus mehreren 100 oder gar 100.000 Einzelschicksalen, dass von 1.055 Männern, die über 11 Jahre zum PSA-Test gehen, 1 gerettet wird, 4 trotz Screening am PCa sterben, 37 eine Überdiagnose und -therapie erhalten und 12 infolge der unnötigen Behandlung impotent sind (Schröder 2012, Carlsson 2011). Das sind die Fakten. Es geht also bei der Früherkennung – kurz gesprochen – um die Abwägung einer geringen, aber sehr bedeutsamen Chance (Bewahren vor dem Tod durch PCa) gegen eine sehr viel häufigere Gefahr einer Überdiagnose mit den möglichen Schäden durch eine unnötige Behandlung.

Ein Mann, der sich für oder gegen Früherkennung entscheidet, sollte das wissen. Die Voraussetzung hierfür ist gewissenhafte ärztliche Aufklärung. Und da fragt man sich schon, auf welcher Grundlage Herr Dr. Rulf aufklärt? Ist das persönliche Meinung, wie wir das von unserer Väter Medizin kennen? Oder sind es wissenschaftliche Erkenntnisse? Der Ratsuchende setzt letzteres voraus, sonst hätte er nicht den Facharzt aufgesucht.

Ja, als Facharzt stütze ich mich mit meiner Behauptung, Früherkennung über 65 sei nicht indiziert, auf die einzige Studie (Bill-Axelson 2011). Das erscheint mir besser als mit Meinung oder Bauchgefühl zu argumentieren. Mehr als diese eine Studie zum Nutzen der radikalen Prostatektomie haben wir Urologen (noch) nicht. Und selbst das ist mehr als die meisten anderen onkologisch tätigen Fachkollegen haben. Diese Studie ist hochwertig und wurde in der S3-Leitlinie von den Methodikern mit dem Evidenzlevel 1+ bewertet. Für die Kliniker war sie Grundlage einer A-Empfehlung: Patienten **sollen** darüber aufgeklärt werden, dass die radikale Operation im Vergleich zu WW (Watchful Waiting) das Risiko, am PCa zu sterben, um 44% senkt. Hier besteht allgemeine Einigkeit und die Statistik findet die Zustimmung der Community. Warum aber regt sich so viel Widerstand gegen den belegten fehlenden Nutzen bei über-65-Jährigen? Die operativen Aktionisten argumentieren mit der Demographie und dehnen täglich die Indikation ihres Handelns weit über die 70 hinaus. Tatsächlich werden die Männer heute nur drei Jahre älter als zur Rekrutierungszeit der Studie.

Aber die Daten von Bill-Axelson stammen aus der Prä-Screening-Ära. Durch die PSA-gestützte Früherkennung wird jetzt die Diagnose um sieben bis zehn Jahre vorverlegt (lead time bias). Das Argument der Demographie greift also noch lange nicht!

Es gibt keine Daten, die der Studie von Bill-Axelson widersprechen. Im Gegenteil! PIVOT – auf dem letzten AUA (American Urological Association) vorgestellt, aber noch nicht veröffentlicht – hat über alle Altersgruppen hinweg für low und intermediate risk Tumoren keinen Nutzen der radikalen Prostatektomie gegenüber Nichtstun festgestellt. Als Richtschnur für sinnvolles urologisches Handeln gibt es noch die Studie von Vickers (2010), die besagt: keine weitere Früherkennung bei 60-Jährigen mit einem PSA-Wert von 1ng/ml und weniger.

Was könnte da, um Herrn Rulf entgegenzukommen, die rektale Untersuchung bringen? Man komme mir nicht mit einer weiteren Kasuistik (Rektumkarzinom) – dann lieber gleich das Ganzkörper-MRT, aber bitte beim Urologen.

Fazit: Urologen sind Überzeugungstäter, ändern ihre Überzeugungen aber nur langsam. Welche Überzeugungen sollten sie rasch ändern?

1. „Durch Früherkennung können alle Tumoren rechtzeitig erkannt und geheilt werden.“
So schön das wäre, aber bei Schröder sterben 4 von 1.055 trotz Früherkennung am PCa und nur einer wird gerettet.
2. „Jeder Tumor ist – unabhängig von seiner Risikoklassifikation – tödlich.“
Dabei verläuft nur etwa jeder fünfte Tumor ohne Behandlung tödlich, wie Bill-Axelson zeigt.
3. „Die Folgen der Behandlung muss man in Kauf nehmen, wenn man den Krebs besiegen will.“
Nicht jedes PCa muss entdeckt und besiegt werden. Das Leben rettet man nur sehr wenigen.

Ich verstehe die Haltung des Kollegen Rulf, weil darin eine zutiefst ärztliche zum Ausdruck kommt: der Wunsch, heilsam zu wirken. Aber wir sollten auch so mutig sein, die Grenzen unseres Handelns zu erkennen und zuzugeben. Helfen können wir wenigen, schaden vielen. Legt man die Zahlen der neuesten Auswertung der ERSPC jedoch zugrunde, so müsste man, um zehn Männer zu retten, 10.550 untersuchen, 2.800 Männer biospiieren, 2.000 falsch positive Befunde verkünden sowie 370 Überdiagnosen stellen und vermutlich auch behandeln. Das wäre schon eine bemerkenswerte Lebensleistung.

Patienten, vor allem die gesunden Männer, die zum PSA-Test kommen, sollten darüber Bescheid wissen. Der Arzt, und wenn er noch so sehr heilen und Gutes tun will, sollte neutral aufklären. Und dann die Entscheidung des Mannes respektieren, egal, wie sie ausfällt.

von Prof. Dr. Lothar Weißbach

IV. Abschließende Antwort auf die Stellungnahme von Prof. Dr. Lothar Weißbach

Herrn Prof. Dr. Weißbach möchte ich zunächst für seine engagierte, nachdenkenswert und faktenreiche Stellungnahme danken. Nachdrücklich möchte ich Herrn Prof. Dr. Weißbach zustimmen, dass die Diskussion – insbesondere über die Folgen der PCa-Früherkennung – mit großer Sorgfalt unter Einbeziehung **aller** Pros und Contras patientenindividuell geführt werden muss. *Umso schlimmer sind die hausärztlichen PSA-Exzesse.* Der Respekt vor der Patientenentscheidung ist selbstverständlich.

Einige Schlussfolgerungen sind allerdings aus meiner Sicht nur bedingt überzeugend. Zwar bestätigt er einleitend die Diskrepanz zwischen Einzelschicksal (*im Falle der Früherkennung immerhin das einzige Leben eines Menschen*) und der Statistik. Im Nachfolgenden limitiert sich seine Argumentationskette aber doch wieder weitestgehend auf die Dateninterpretation. Zweifellos reizt eine Auseinandersetzung mit jedem Satz seiner Ausführungen. Der Rahmen dieses Artikels zwingt mich jedoch zur Beschränkung auf einige wesentliche, besonders diskussionswürdige Argumentationen:

1. Definition der onkologischen Früherkennung
2. Stellenwert der Statistik in der onkologischen Früherkennung
3. On/Off-Argumentation von Prof. Dr. Weißbach in der Prostatakarzinom-Früherkennung hinsichtlich
 - a. der zwanghaften Kopplung zwischen Diagnose und Behandlung
 - b. der Entscheidungsfindung statistisch/emotional
4. Überzeugungen, die es laut Prof. Dr. Weißbach zu ändern gilt

8

Punkt 1

Prof. Dr. Weißbach spricht grundsätzlich allgemein von Früherkennung, meint offensichtlich jedoch die des Prostatakarzinoms. Diese Verkürzung ist nicht zulässig, da ein wesentliches Element der urologischen Früherkennung auch die des Nierenzell- und Blasenkarzinoms ist. Ist diese Einschränkung fehlenden Studien geschuldet? Ist die Früherkennung dieser Karzinome daher wissenschaftlich eine No-go-Area? Menschlich und gesellschaftlich wäre das fatal, wenn wir zu recht glauben („wissen“ wäre eine studienmäßig nicht belegte Behauptung), dass beispielsweise symptomatische Nierentumoren regelhaft nicht kurabel sind – ganz im Gegensatz zu den zufällig oder im Rahmen der Früherkennung entdeckten Tumoren. Dies ist jedoch nicht nur für das Einzelschicksal, sondern auch zunehmend volkswirtschaftlich von Bedeutung. Denn die sequenzielle Tumorthherapie, nicht nur des metastasierten Nierenzellkarzinoms, droht alle finanziellen Barrieren zu sprengen.

Die Entwicklung der medikamentösen Antitumorthherapie ist rasant. Zunehmend werden nicht heilbare Tumoren in den Status einer chronischen Erkrankung überführt. Die dadurch ausgelösten Kosten werden in nicht allzu langer Zeit die Gesellschaft überfordern. Wäre es da nicht sinnvoll, alle Anstrengungen zu unternehmen, gerade in einer immer älter werdenden Gesellschaft Tumoren so frühzeitig zu identifizieren, dass die Menge der langzeit-palliativ zu behandelnden Malignome gesenkt werden kann und damit die Kosten im Griff bleiben? Keineswegs bedeutet das, dass die im einzelnen zwar sehr überschaubaren, in der Summe jedoch exorbitanten Kosten einer breiten Früherkennung der Solidargemeinschaft aufgebürdet werden müssen. Des Bürgers Mündigkeit geht nicht ohne Selbstverantwortung einher. Überschreitet der Gegenwert einer Tankfüllung pro Jahr diese Selbstverantwortung? Ist das zumutbar? Wem nützt die Verweigerung einer ehrlichen Diskussion über die Inhalte einer solidarischen Krankenversicherung – der Bevölkerung oder mutlosen Politikern und imageängstlichen Kassenfunktionären in Kumpanei mit ideologieblinden Verbraucherschützern?

Punkt 2

Die Wertigkeit der Statistik in der Frage des Überlebens durch Früherkennung ist eine andere als in der Evaluierung der Überlegenheit oder Nichtunterlegenheit eines Medikaments oder einer Behandlung gegenüber dem Standard. Die von Prof. Dr. Weißbach angeführten Schlussfolgerungen aus der Statistik negieren die psychologischen Hintergründe des Menschen in der Wahrnehmung seiner (Über-)Lebensrisiken.

An einem Beispiel aus einem anderen potentiell lebensgefährlichen Bereich, der Fliegerei, sei dies verdeutlicht: Ohne jegliche statistische Evidenz sind in der Verkehrssicherheit zwei, auf Langstrecken drei Piloten vorgeschrieben. Grundlage ist allein die *Vermutung*, der zweite oder dritte Pilot könne den Fehler oder den Ausfall des ersteren kompensieren. Statistisch noch hanebüchener ist die Verpflichtung zur Ausstattung der Flugzeugtüren mit Schlauchbooten. Nicht ein einziges Mal wurden dadurch Menschenleben gerettet!

Statistisch gesehen sind diese Zulassungsvoraussetzungen unsinnig, die „Nebenwirkungen“ dagegen nicht nur potentiell gravierend. Für die unbewiesene und extrem unwahrscheinliche Chance, Menschenleben zu retten, werden enorme Kosten und Umweltverschmutzung durch vermehrten Kerosinverbrauch und damit erhöhter CO₂-Belastung (!!) diskussionsfrei akzeptiert – jenseits jeglicher statistischer Evidenz.

Was ich damit sagen will, ist, dass es den Menschen bei der Frage des Überlebens immer um das Minimieren, auch des unwahrscheinlichsten Risikos geht: beim Fliegen, im täglichen Leben und eben auch bei der Krebsbedrohung. Ein sehr differenzierter Patient hat es mir gegenüber auf den Punkt gebracht: „Herr Doktor, mich interessiert nicht mein statistisches, mich interessiert ausschließlich mein persönliches Risiko.“ Statistik ist vor dem Schicksal nicht einklagbar.

Punkt 3a.

Zitat Prof. Dr. Weißbach: „Und obwohl der mögliche Nutzen – nämlich das Bewahren vor dem Tod durch Prostatakrebs – ungleich schwerer wiegen mag, so ist er jedoch 37 mal seltener als der Schaden durch Überdiagnose und -behandlung.“ Diese Aussage implementiert die zwanghafte Kopplung von Diagnose und Therapie. Dies entspricht nicht (mehr) der Wirklichkeit, nicht zuletzt dank Prof. Dr. Weißbach aufgrund der Einführung von Active Surveillance und Watchful Waiting in das Management des Prostatakarzinoms.

Gültig aber bleibt die Erkenntnis: „Gefahr erkannt, Gefahr (häufig) gebannt.“ Ist die Bedrohung identifiziert, erwächst daraus die ärztliche Verpflichtung, mit dem Patienten die korrekten Konsequenzen unter eingehender Erörterung aller Risiken und potentieller Kollateralschäden zu ziehen. Genau deswegen brauchen wir (nicht nur) keinen Statistiker in seinem Daten-Elfenbeinturm hinsichtlich der Frage der Früherkennung, sondern den Arzt, was zu Punkt 3b. überleitet.



Punkt 3b.

Mit der Frage von Prof. Dr. Weißbach an mich, ob ich auf der Basis wissenschaftlicher **oder** persönlicher Kenntnisse aufkläre, kann ich zugegebenermaßen wenig anfangen. Wieso entweder / oder? Selbstverständlich ist die Statistik die Grundlage der Beratung, aber ebenso unverzichtbar sind persönliche Erfahrung sowie Wünsche, Ängste und Erwartungen des Patienten im Rahmen seines Schutzbedürfnisses vor dem Tumortod. Dieser Herausforderung wird erst die intellektuelle Synthese aller Entscheidungskomponenten gerecht. Nicht ausreichend dagegen ist, mit der Gaußschen Verteilungskurve und Herrn Bill-Axelson im Kopf, dem Patienten von vornherein jegliche Möglichkeiten zu nehmen, ein individuelles, von ihm gefürchtetes Schicksal abzuwenden. Herr Prof. Dr. Weißbach lehnt Früherkennungsuntersuchungen (des PCa) ab 65 Jahren ab – leider benutzt er hier erneut diese On/Off-Argumentation. Ich bin überzeugt, dass der Rat an Prof. Dr. Weißbach, den Blick von den Zahlen zu heben und aus dem Fenster in das reale Leben zu schauen, unangebracht ist. Warum aber differenziert er nicht zwischen dem multimorbiden und dem risikofreien Rentner? Ein gesunder 70-Jähriger ohne metabolische und kardio-angiologische Risikofaktoren hat mittlerweile eine statistische Lebenserwartung von über 90 Jahren. Genug Zeit, die volle Bandbreite des PCa und anderer Karzinome erleben zu dürfen.

Punkt 4

Lieber Herr Prof. Dr. Weißbach, Ihre Forderungen sind längst erfüllt. Kein Urologe glaubt mehr die Thesen 1, 2 sowie 3 zweiter Satz. These 3 Satz 1 „Die Folgen einer Behandlung sind in Kauf zu nehmen, wenn man Krebs besiegen will“ wird aber leider als Basis der Güterabwägung aller Therapieentscheidungen systemimmanent bleiben.

Abschließend nehme ich noch zu den von Prof. Dr. Weißbach zitierten ERSPC-Daten Stellung: Unabhängig davon, ob tatsächlich die Rate falsch positiver Biopsiebefunde unglaubliche 72% (2.000 von 2.800) beträgt, legt die Formulierung die Schlussfolgerung nahe, dass das Retten von zehn Menschenleben aufwandsabhängig diskutiert werden muss. Tatsächlich ist eine derartige Abwägung, wenn sie mit Verantwortung geführt wird, berechtigt, ja notwendig. Das alleinige Zitieren eindrucksvoll großer globaler Zahlen birgt jedoch die Gefahr, suggestiv eine gewünschte Meinung zu provozieren. Die GKV ist ungekrönter Meister in dieser Taktik. Bei genauer Betrachtung ist der tatsächliche *individuelle* Aufwand für Arzt und Patient allerdings gering – in Deutschland RLV-bedingt selbst für die Kostenträger!

Den zehn Männern aber müssen nicht die Statistiker, nicht die Krankenkassenfunktionäre und nicht die Sprecher der Verbraucherorganisationen, sondern wir Urologen vor Ort ins Auge schauen. Und wir müssen ihnen sagen, dass sie sterben müssen, weil der statistisch-theoretische Aufwand das Retten ihrer Leben nicht rechtfertigt. Ich bin mir sicher, dass Prof. Dr. Weißbach das so nicht gemeint haben kann.

Vielleicht sollten wir einfach mal die Betroffenen selbst fragen! Was ist Ihnen lieber:

- eine Über- oder eine Untertherapie vor dem Hintergrund der jeweiligen Risiken und Chancen?
oder
- keine Früherkennung oder selbstfinanzierte Früherkennung?

Selbst für EbM-Altmeister David Sackett ist der Patientenwille eine der drei Säulen der Entscheidungsfindung.

von **Dr. Wolfgang Rulf**

(Ärztlicher Geschäftsführer der Uro-GmbH Nordrhein)

V. Nebeneinanderberechnung von Wahlleistung(en) und GKV-Leistungen

Mehrere Nachfragen von Urologen geben Anlass, auf einige Aspekte der Nebeneinanderberechnung von Wahl- und Kassenleistungen hinzuweisen.

Abzugsgrenzen sind Wahlleistung(en) zunächst von Wunschleistung(en):

Keine Wahlleistung, sondern eine Wunschbehandlung liegt vor, wenn Leistungen erbracht werden, die grundsätzlich zwar im Leistungskatalog der GKV enthalten sind und von Vertragsärzten auch erbracht werden können, die aber im konkreten Behandlungsfall nicht zweckmäßig oder nicht erforderlich im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebots sind. Eine solche Wunschbehandlung wird immer privat liquidiert.

Hieran anknüpfend ergibt sich die Handhabung der Kombinationen zwischen Wahl- und GKV-Leistungen:

Sucht ein Patient einen Vertragsarzt einzig und allein zu dem Zweck auf, eine nicht erforderliche, nicht indizierte oder nicht zum GKV-Leistungskatalog zählende Leistung in Anspruch zu nehmen – beispielsweise nicht indizierte Circumcision, müssen alle Leistungen privat abgerechnet werden. Auch die Grundpauschale kann nicht „auf Chipkarte“ abgerechnet werden, da die Konsultation des Arztes in diesem Fall gar nicht zweckmäßig, erforderlich und notwendig im Sinne des § 12 SGB V ist.

Wird anlässlich einer Wahlleistung – beispielsweise Sono – eine behandlungsbedürftige Krankheit festgestellt, so verbleibt die Wahlleistung Sono-Untersuchung privat zu liquidieren. Die anschließende Behandlung der Erkrankung ist als GKV-Leistung abzurechnen. In diesem Fall kann – wenn mit der Behandlung noch am Tage der Untersuchung begonnen wird – die Grundpauschale abgerechnet werden.

Der Kassenpatient wünscht nur einzelne Wahlleistung(en), möchte aber im Übrigen GKV-Sachleistungen in Anspruch nehmen:

Dieses Leistungssplitting ist zulässig, sofern die Wahlleistung eine selbständige Leistung ist. Beispielsweise wünscht der Patient eine privatärztliche Behandlung, will aber die daraus resultierende Arzneiverordnung über die GKV als Sachleistung in Anspruch nehmen.

Ist der Patient im Anschluss an eine Wahlleistung arbeitsunfähig, darf grundsätzlich keine AU-Bescheinigung ausgestellt werden, da nach dem Entgeltfortzahlungsgesetz und dem SGB V die Lohnfortzahlung und das Krankengeld eine tatsächliche Erkrankung voraussetzen. Ausnahmeregelungen gelten nur bei einer nicht rechtswidrigen Sterilisation.

Sofern aufgrund einer ästhetischen Behandlung wegen Komplikationen die Behandlung einer Erkrankung erforderlich wird, kann der Patient Sachleistungen der GKV beanspruchen. Das GKV-WSG hat in § 52 Abs. 2 SGB V allerdings eine Regelung eingeführt, wonach die Krankenkassen von den Versicherten eine angemessene Kostenbeteiligung einzufordern haben, wenn infolge einer ästhetischen Operation eine Erkrankung des Patienten entstanden ist.

von **RA Olaf Walter**

(Justitiar der Uro-GmbH Nordrhein)

VI. NRW-Anforderungen an die Aufbereitung von Medizinprodukten – Diskussion 2. Teil

Zur Rekapitulation fasse ich für Sie die Diskussion 1. Teil (siehe Uro-GmbH Nachrichten I/2012, S. 10 - 11) gern noch einmal zusammen:

Im März 2012 wurde von der KV Nordrhein die von der NRW Landesregierung 2008 (!) ausgegebene „Anforderung an die Aufbereitung von Medizinprodukten in NRW“ als verbindliche Richtlinie an alle ambulanten Operateure versandt. Aufgrund der Passagen zur **manuellen** Aufbereitung sind diese von der Landesregierung etablierten Richtlinien für **alle endoskopierenden** Urologen höchst relevant – insbesondere im Falle einer Begehung oder Haftungsklage. Problematisch ist, dass die in dieser NRW-Richtlinie formulierten Anforderungen – zumindest aus der Sicht des Berufsverbandes – ohne Rechtsgrundlage über die Anforderungen der rechtlich legitimierten Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprophylaxe (KRINKO) hinausgehen. Konkret betrifft dies die Anforderungen für die **manuelle Reinigung** und **Desinfektion** von „kritisch B“-Medizinprodukten (MP) sowie die Qualifikation der aufbereitenden Personen.

Zur Erinnerung: starre Zystoskope sind gemäß RKI-Klassifizierung „kritisch B“-Medizinprodukte und flexible Zystoskope „semikritisch B“-Medizinprodukte. Auf die Sinn- oder Unsinnigkeit dieser differenzierenden Klassifizierung soll an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden.

Im Einzelnen wurde von urologischer Seite moniert:

1. Manuelle **Reinigung** von „kritisch B“-Produkten: die Forderung der periodischen Erfolgskontrolle mittels semiquantitativem Nachweis, beispielsweise mittels Biuret-Methode
2. Manuelle **Desinfektion** von „kritisch B“-Produkten: ebenfalls quantitative Erfolgskontrolle in periodischen Abständen zum Nachweis einer Keimbelastung von unter 1 KBE/20 ml (Koloniebildende Einheit/ml) Flüssigkeitsprobe
3. Nachzuweisende Ausbildungs-Curricula zur Sterilgutassistentin für alle aufbereitenden Personen, unabhängig von der Risikoklassifizierung der aufzubereitenden Medizinprodukte

Die Unzulässigkeit dieser Anforderungen wurde vom Berufsverband im März 2012 in einem Anschreiben an das zuständige NRW-Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGPEA) dargelegt. Abschriftlich wurde dieses auch an die KV Nordrhein (Vorstand und zuständige Qualitätssicherungskommission) sowie an das BBU-Präsidium versandt. Am 19. Mai 2012 antwortete das Ministerium auf dieses Anschreiben. Es bestätigte die rechtstheoretische Auffassung des Berufsverbandes bezüglich der Normgebungslegitimation und nahm zu den oben aufgeführten Punkten 1. - 3. wie folgt Stellung:

Punkt 1

Die Forderung nach einer semiquantitativen Erfolgskontrolle der manuellen Reinigung wird begründet mit der Empfehlung des Robert-Koch-Instituts (RKI) „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“ und hier speziell mit den Ausführungen der in Anhang B „anerkannten Regeln der Technik“. So weit, so gut. Weniger gut ist allerdings die vom Ministerium herangezogene DIN EN ISO 15883. Diese ist nämlich nicht Bestandteil der dezidierten Auflistung der zu beziehenden Normen des RKI. Des Weiteren verweist das Ministerium auf die Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Sterilgutversorgung (DGSV), der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) und des Arbeitskreises Instrumentenaufbereitung (AKI). Trotz wohlklingender Namen ist diese Leitlinie nach Auffassung des Berufsverbandes und der beratenden Juristen rechtlich nicht normgebend, sofern sie über die Anforderungen der KRINKO hinausgehen.

Punkt 2

Das Ministerium ist der Meinung, dass quantitative mikrobiologische Kontrollen nicht Bestandteil der NRW-Anforderung zur Aufbereitung von Medizinprodukten sind und bestätigt damit die Auffassung des Berufsverbandes der Unzulässigkeit einer solchen Forderung. Dies wirft allerdings die Frage auf, wie die Forderung des Nachweises einer KBE von unter 1 pro Milliliter in einer 20 ml Flüssigkeitsprobe zu verstehen ist (Kapitel 5 Buchstabe C der NRW-Anforderung).

Punkt 3

Das Ministerium bestätigt, dass außer für die Aufbereitung von „kritisch B“-Produkten der spezielle Nachweis der formalen Ausbildung zur Sterilgutassistentin nicht notwendig ist. Diese Klarstellung ist wichtig, da die entsprechenden Ausführungen in den NRW-Anforderungen höchst missverständlich formuliert sind. Bei in Zukunft möglichen Auseinandersetzungen mit Prüfbehörden, KV und Gerichten hierüber wird diese Stellungnahme des Ministeriums hilfreich sein. Hinsichtlich der Ausführungen des Ministeriums zu den Punkten 1 und 2, die aus Sicht des Berufsverbandes nicht korrekt beziehungsweise widersprüchlich sind, wurde in einem zweiten Anschreiben an das Ministerium vom 29. Mai 2012 eine Klarstellung gefordert. Mit Interesse sehen wir der Reaktion des Ministeriums entgegen. Sowohl das Schreiben des Ministeriums vom 19. Mai 2012 als auch die Schreiben des BDU vom 12. März 2012 sowie vom 29. Mai 2012 finden Sie im Download-Bereich der Uro-GmbH Homepage.

von **Dr. Wolfgang Rulf**

(Ärztlicher Geschäftsführer der Uro-GmbH Nordrhein)

Nachtrag: kurz nach Redaktionsschluss ging das Antwortschreiben des Ministeriums ein. Es ist eine interessante Dokumentation, wie sich im Behördendeutsch wortreich gleichzeitig vor- und zurückrudern lässt. Einleitend werden die Kritikpunkte des Berufsverbandes zurückgewiesen, im Nachfolgenden dann jedoch zunehmend inhaltlich bestätigt. Konsens besteht in der Auffassung, dass eine suffiziente Desinfektion nur nach optimal durchgeführter Reinigung möglich ist.

Kritikpunkt 1: die **quantitative** Kontrolle des **Reinigungsprozesses** von „kritisch-B“-Produkten, z.B. starre Zystoskope. Die vom Ministerium zitierte und vom Berufsverband kritisierte Norm DIN EN ISO 15883 ist einschlägig für die **maschinelle** Reinigung, aber eben nicht für die **manuelle** Reinigung. Für die quantitative Kontrolle Letzterer kann das Ministerium keine Norm nennen. Genau das entspricht der Auffassung des Berufsverbandes.

Kritikpunkt 2: die **quantitative** Kontrolle der **Desinfektion** von „kritisch-B“-Produkten. Das Ministerium argumentiert nun, es handele sich in den Vorgaben nur um **ungefähre Angaben in Anlehnung** an RKI-Empfehlungen. **Ungefähre Anlehnungen** können jedoch keine rechtsverbindliche Vorgabe sein.

Kritikpunkt 3: die **Mitarbeiterqualifikation**. Jetzt wird nur noch eine Qualifikation **analog** zum 40-Stunden Sachkundekurs der DGSV gefordert. Diese Inhalte könnte jedoch ein gut weitergebildeter Hygienebeauftragter (Praxischef) selbst vermitteln.

Insgesamt wurden die für Urologen problematischen Aufbereitungsvoraussetzungen vom zuständigen Ministerialrat Dr. Stollmann deutlich weichgespült. Das hilft im Konfliktfall jedoch nur dann weiter, wenn diese Ausführungen vorliegen. Deshalb ist der gesamte Schriftverkehr auf der Homepage der Uro-GmbH abzurufen. Zusätzlich wird der BDU erneut auf die aktuellen Ausführungen des Ministeriums antworten. Dieses Antwortschreiben stellen wir in Kürze ebenfalls zum Download bereit. Falls erforderlich wird der Berufsverband die Einladung zu einem klärenden Gespräch ins Ministerium annehmen.

VII. Wie leidensfähig ist ein deutscher Vertragsarzt?

Diese Frage beschäftigt seit Jahren die Institute deutscher gesetzlicher Krankenkassen. Man ist zu dem Schluss gekommen, dass auch noch so viele Sanktionen einen Vertragsarzt nicht davon abhalten werden, seine Patienten gut zu versorgen – er ist ja ethisch dazu verpflichtet. Und schon im Eid des Hippokrates steht, dass man für ärztliche Leistung kein Geld nehmen darf. Also hat man beschlossen, die Gewinne der Krankenkassen (derzeit fast 20 Milliarden, 20.000.000.000 €) dadurch zu erhöhen, dass man den Vertragsärzten immer weniger Honorare auszahlt. Gerade die Fachärzte sind ja eigentlich überflüssig, weil sie nur Kosten produzieren, die Leiden der Patienten nur unnötig in die Länge ziehen und die Versicherungsbeiträge, die man besser für Vorstandsgehälter, Dienstwagen und neue Prachtbauten verbrauchen könnte, unnötig verprassen. Also muss man hier ansetzen und mal schauen, wie lange die Vertragsärzte das mitmachen, denn für 10 - 20 € pro Quartal werden sie wohl immer noch die Patienten versorgen, notfalls aus ihrem eigenen Portemonnaie.

Da die Vertragsärzte großzügig auf ein Streikrecht verzichtet haben, sowohl das Morbiditätsrisiko als auch den Sicherstellungsauftrag selbst tragen, sind die gesetzlichen Krankenkassen fein raus. Die Aufstockung der Honorare erfolgt nicht mehr nach der Grundlohnsummensteigerung, sondern nach frei verhandelbaren Summen mit den einzelnen KVen, natürlich weit unter dem Niveau der Grundlohnsummenanpassung. Also tragen die Kassen kein Risiko. Der Gesundheitsfond bedient – wie man sieht – alle mehr oder weniger gut und komfortabel, außer den Leistungserbringern.

15% der deutschen Krankenhäuser stehen vor der Insolvenz. Gott sei Dank, sagen die Kassen, die sind sowieso zu teuer und warum müssen so viele Patienten stationär behandelt werden, wo es doch ambulant immer billiger geht.

Also werden wir Vertragsärzte weiter die Zeche zahlen. Die Versuche der Vertragsärzte, aus dem System auszubrechen, haben die Krankenkassen erfolgreich durch Angstmache und Drohgebärden verhindert. Also brauchen sie sich nicht zu fürchten. Und eine Lobby haben Vertragsärzte auch nicht. Sie werden sich also in die Insolvenz arbeiten. Wen interessiert schon ein insolventer Vertragsarzt? Arbeitslosengeld bekommt er nicht, Hartz IV erst, wenn er all sein Vermögen verbraucht hat. Für Kassen und Politik kein Risiko. Die Patienten werden nicht mehr „überversorgt“, können so endlich früher sterben, belasten weniger die Rentenkassen und verbrauchen keine Beiträge mehr. Wieso auch sich um Kranke kümmern, wenn man doch Gesundheitskasse heißt?



Zum Glück – der kranken Kassen – gibt es ab 2013 die ASV (Ambulante Spezialärztliche Versorgung). Hier kann man nochmals richtig „aufräumen“. So werden weitere Vertragsärzte aus der Versorgung beispielsweise Krebskranker „herausgekegelt“. Die Wege zum Facharzt werden länger und weiter, die Zahl der Behandler deutlich geringer, die Qualität schlechter (nein, nur transparenter – ein Schelm, der Böses dabei denkt). Das Sachverständigengutachten, das der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen gerade vorgestellt hat, zeigte einmal mehr, dass Politik und Kassen das „totale“ Ende der Sektoren wollen. Damit werden die Fachärzte ganz schnell flächendeckend ausradiert und an Kliniken Ambulanzen etabliert.

Wenn wir jetzt nicht ernsthaft über unsere Zukunft nachdenken, dürfen wir uns nicht wundern, wenn wir keine haben. In diesem System gibt es keine Zukunft und deshalb muss die Konsequenz das Verlassen dieses Systems sein. Es möge jeder im stillen Kämmerlein nachdenken, wie lange er noch mit seinem Privatvermögen (oder Privateinnahmen) Kassenpatienten subventionieren will und kann. Übrigens kann man seine Kredite auch nicht mehr abtragen, wenn das Honorar nur noch für die Bezahlung des Personals ausreicht. Das Verlassen des Systems ist die einzige Möglichkeit, auch unsere ärztliche Würde wieder zu bekommen und weiterhin zum Wohle unserer Patienten da sein zu können. Die private Versicherung wird ausgetrocknet, darüber sind sich die beiden großen Volksparteien einig. IGeL im Zusammenhang mit Kassenleistungen wird es ab Ende 2013 auch nicht mehr geben. Was muss eigentlich noch passieren, damit deutsche Vertragsärzte und besonders Urologen endlich aufwachen?

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

VIII. Uro-GmbH Nordrhein kooperiert bei Kontrastmitteln mit Dunker

Die Uro-GmbH Nordrhein hat ihre Produktpalette im Bereich der Röntgen-Kontrastmittel um die Produkte Cetegnost und Iohexol-Uropharm erweitert. Beide Produkte werden von der Firma Dunker an die Praxen ausgeliefert. Bestellformulare, auf der auch die beiden neuen Kontrastmittel zur Auswahl stehen, werden in Kürze auf dem Postweg an die urologischen Praxen in Nordrhein verschickt.

Bestellungen von Kontrastmitteln über die Uro-GmbH Nordrhein stärken die Urologie in Nordrhein. Die hierdurch generierten finanziellen Mittel setzt die Uro-GmbH Nordrhein unter anderem zu berufspolitischen Zwecken und zur Öffentlichkeitsarbeit im Sinne der Urologie ein.

Bei Fragen zur Kontrastmittelbestellung über die Uro-GmbH Nordrhein wenden Sie sich bitte an Frau Liesner in der Geschäftsstelle der Uro-GmbH Nordrhein unter der Telefon-Nr. **0221 / 139 836-55** oder info@uro-nordrhein.de.

IX. Presseinformation unseres Kooperationspartners DR. KADE/BESINS

Testosteronsubstitution:

Androtop® Gel jetzt wieder im Produktsortiment von DR. KADE/BESINS

Androtop® Gel zur Testosteronsubstitution bei männlichem Hypogonadismus wird seit 1. April 2012 wieder vom Berliner Unternehmen DR. KADE/BESINS Pharma GmbH vertrieben. Das Gel-Präparat stammt aus der Forschung von BESINS Healthcare. Das Unternehmen besitzt die europäische Zulassung und ist weltweiter Hersteller der Gel-Formulierung. Androtop® Gel wurde 2003 von DR. KADE/BESINS* und SOLVAY ARZNEIMITTEL GmbH im Co-Marketing in Deutschland auf den Markt gebracht. Von 2005 bis März 2012 wurde Androtop® Gel von SOLVAY ARZNEIMITTEL, der heutigen ABBOTT, vermarktet. Ab April 2012 übernimmt DR. KADE/BESINS wieder den alleinigen Vertrieb des Testosteron-Gels und ergänzt damit das Produktsortiment innovativer transdermaler Hormonpräparate.

Gute Wirksamkeit bei konstanten Serumspiegeln

Androtop® Gel wird seit langem erfolgreich zur effektiven Behandlung des männlichen Hypogonadismus eingesetzt. Androtop® Gel ist individuell dosierbar, trocknet nach dem Auftragen rasch und rückstandslos und gibt nach perkutaner Resorption Testosteron in konstanten Mengen über 24 Stunden in den systemischen Kreislauf ab. Somit werden über den ganzen Tag physiologische Wirkspiegel im Blut erreicht. Das Gel erwies sich in klinischen Studien als sehr gut verträglich. Im Unterschied zur Injektionstherapie ist die Behandlung mit Androtop® Gel sehr gut steuerbar. Das 1 %-ige hydroalkoholische Testosteron-Gel wird in dosiersicheren, einzeln verpackten Sachets zu 25 mg oder 50 mg Testosteron angeboten.

PZN	Bezeichnung	Menge
3933531	ANDROTOP GEL 25MG	30 Sachets à 2,5 g
3933548	ANDROTOP GEL 25MG	3 x 30 Sachets à 2,5 g
3933554	ANDROTOP GEL 50MG	30 Sachets à 5 g
3933560	ANDROTOP GEL 50MG	3 x 30 Sachets à 5 g

Bei einer Veröffentlichung freuen wir uns über ein Belegexemplar.
Für Rückfragen und Informationen wenden Sie sich bitte an:

Schuster Public Relations & Media Consulting GmbH

Schleißheimer Str. 12
85221 Dachau
Tel. 08131 / 66 996 80
Fax 08131 / 66 996 88
E-Mail: info@schuster-pr.de



*) Joint-Venture zwischen BESINS Healthcare und DR. KADE Deutschland

X. Am Rande bemerkt: Das Volk der Dichter und Fühler

Dichten und Denken als nationales Charakteristikum war gestern. Evolutionär weiterentwickelt sind wir heute das Volk der Dichter und Fühler. Das hat viele Vorteile: Denken ist ein langwierig-lästiger Prozess – wir alle erinnern uns mit Grausen an dialektische Schulaufsätze. Zeitraubende Thesen und Antithesen-Analysen in eine rationale Synthese zusammenzuführen kann sich doch heute keiner mehr leisten. Schließlich absorbiert das iPhone den Löwenanteil unserer Aufmerksamkeit – von der kopfgesteuerten Gefühlskälte ganz zu schweigen.

Dagegen sind Fühlen und Empfinden zeitsparend, menscheind und versorgen das Hirn mit einem Endorphin-Tsunami, der jeglichen Versuch des Denkens unnötig und unmöglich macht. Denken ist nicht jedermanns Sache, fühlen dagegen kann jeder. Wo früher langatmig trockene Fakten rational verlinkt werden mussten, ist heute buchstäblich mit einem Wort alles gesagt. Dazu bedarf es allerdings unabdingbar der zweiten Nationaleigenschaft: des Dichtens – genauer gesagt des Zusammendichtens möglichst emotionaler Begriffe. Zwar sind Dichtung und Wahrheit systemimmanente Antipoden, was aber zum Vorteil der Informationseffizienz nun wirklich keine Rolle spielen darf! Speziell unseren Medien, entweder in intellektueller Eigenleistung oder auf Zuruf genehmer Stichwortgeber, gebührt als Spiritus Rectores der neuen praktischen Gefühlswelt uneingeschränkte Anerkennung. Wie einfach die Welt sein kann! Beispiele von Begriffen gefällig, die mehr sagen als tausend Worte?

Nacktscanner: ein Begriff, eine Assoziation: Herden uniformierter Voyeure, die sich über die Wampe von Herrn Müller und Frau Maier lustig machen. Ein „Ganzkörper-Sicherheitsscanner“ wäre zwar auch möglich, aber wo bliebe dann der quotenbringende Aufreger, die kollektive selbstrührige Empörung der modernen Moralisten? Es tut einfach zu gut, ein besserer Mensch zu sein.

Bürgerversicherung: eine gar wohlige, wärmende Gefühle vermittelnde Wortschöpfung – da möchte man sofort hineinschlüpfen. Bei der Kopfprämie hingegen sieht man selbigen schon in der Schlinge. Die Notwendigkeit ermüdend langatmiger Erklärungen/Interpretationen/Analysen der unterschiedlichen Modelle hat sich in Sekundenschnelle in Luft aufgelöst. Wie wäre wohl die emotionale Akzeptanz, hieße Erstere „Allgemeine Krankenpflichtversicherung“ und Letztere „Bürger-Gesundheitsprämie“? Hallo CDU, das Zeitalter des Denkens ist vorbei. Schon gemerkt?

Der Lorbeerkranz der Dichtkunst aber gebührt – Fanfare – den genialen Köpfen der gesetzlichen Krankenversicherung:

Fangprämie: ein Kriminalroman, ein Skandal, ein Schocker – und das alles konzentriert in einem Wort. Ein Begriff, der sich unverrückbar ins Hirn brennt: tiefste Entrüstung und das berauschte Gefühl der moralischen Überlegenheit bei den Nichtbetroffenen, zerknirschte Beschämung bei den derart Beschuldeten auslösend. Man hat es geradezu greifbar vor Augen: Hinter einer Straßenecke versteckte Ärzte überfallen hilflos-friedliche Patienten und schleppen die sich verzweifelt Wehrenden gefesselt ins Krankenhaus zur – selbstverständlich unnötigen – Operation. Währenddessen quillt der Judaslohn den Ärzten aus der Kitteltasche. Bei einer derartigen Quotennummer in Tateinheit mit einem geliebten Vorurteil ist es für Medien, Gewerkschaftsfunktionäre und Politiker aller Couleur völlig überflüssig, ja kontraproduktiv, die GKV-Auftragsstudien nach so kopfgesteuerten Kriterien wie Fakten, Studiendesign, Sponsoren-Bias, Plausibilität und Signifikanz zu hinterfragen. Dass die Profi-Ärztelfunktionäre schuldbewusst in das gleiche Horn blasend Besserung ihrer Schäfchen geloben, spricht für die Genialität der Dichtkunst.

Natürlich könnte man, wenn es dann tatsächlich Geldzahlungen ohne Gegenleistung überhaupt gäbe, von einer „Einweisungsempfehlungs-Aufwandsentschädigung“ sprechen. Das macht die Sache zwar nicht weniger berufsrechtswidrig, würde allerdings in der geneigten Öffentlichkeit allenfalls Gähnreflexe auslösen. Und das wäre dann ein Schuss in den Ofen. Schließlich geht es nicht um die Sache, sondern um eine taktische mediale Kreuzigung.

Genau deswegen aber sollte ich mir diesen Begriff urheberrechtlich schützen lassen. Zumindest, wenn Gesetz wird, was man als Satiriker als Frontalangriff auf sein ureigenes Terrain verstehen muss: das Krankenhaus-Empfehlungsrecht der GKV, den Patienten schmackhaft gemacht durch den Erlass der Eigenbeteiligung bis 260 Euro! Dieser Real-Zynismus ist definitiv nicht zu toppen! Statt der Ärzte ausgerechnet die Kassen als Gralshüter des Patientenwohls!

Die ehrenwerte Gesellschaft, die ihr grenzenloses soziales Gewissen wahrlich nicht nur bei der City-BKK-Pleite oder der weitgehenden Verhinderung der seit 2009 gesetzlich vorgeschriebenen „spezialisierten ambulanten Palliativversorgung“ todkranker Menschen eindrucksvoll unter Beweis gestellt hat! Der Bock als Gärtner! Und unser kleiner FDP-Danny als hilflose Beute des genialen GKV-Lobbyismus. Man ist hin und her gerissen zwischen dem Bedürfnis, sich totzulachen oder krank zu ärgern.

Die Kassenbosse sehen in erregter Vorfreude bereits die Krankenhausdirektoren im besten Sonntagsanzug mit Blumenstrauß für einen guten Listenplatz antichambrieren. Nun bedarf die Vermutung wahrlich keiner weltfremden Fantasie, dass erst die Fähigkeit zu einem angemessenen Abschlag auf den Basisfallwert die besondere Qualität des Hauses nachhaltig unter Beweis stellen wird. Die Kassen müssen schließlich den immensen zeitlichen Aufwand der Patientenberatung und den Verlust der Patientenzahlung irgendwie wieder reinbringen! Boni müssen gesichert werden! Und die gibt es nun mal nur bei Einsparungen in der Versorgung.

Fatalerweise ist nicht ganz auszuschließen, dass das zeitgeistwidrig nachdenkliche Volk dieses als Erpressung zu seinem Nachteil missinterpretiert. Denken aber muss verhindert werden! Nicht mit komplizierten Erklärungen – das macht nur misstrauisch. Ein Begriff muss erdichtet werden, ein Begriff mit eingebautem Turbo-Narkoseeffekt. Und dann liege ich mit meiner „**Einweisungsberatungs-Aufwandsentschädigung**“ doch heiß im Rennen, oder?

von **Dr. Wolfgang Rulf**

(Ärztlicher Geschäftsführer der Uro-GmbH Nordrhein)

IMPRESSUM

Herausgeber:

Uro-GmbH Nordrhein
Kaiser-Wilhelm-Ring 50
50672 Köln

Verantwortlich:

Dr. med. Wolfgang Rulf
Dr. med. Reinhold M. Schaefer
Oliver Frielingsdorf
RA Olaf Walter

Druckauflage: 1.000

Redaktionsschluss dieser Ausgabe: 30.06.2012

Die Uro-GmbH-Nachrichten erscheinen vierteljährlich.

Die Uro-GmbH-Nachrichten sind für Mitglieder kostenlos.

Gestaltung und Organisation: Frielingsdorf Consult GmbH, komm | public!, Sabine Schmedemann

Fotos: Fotolia

Copyright® 2012 Uro-GmbH Nordrhein

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, Astellas Pharma GmbH, Dunker Medizin- und Röntgenbedarf GmbH, Janssen-Cilag, Jenapharm, Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, TAD Pharma GmbH, Takeda Pharma GmbH

Alere GmbH, APOGEPHA Arzneimittel GmbH, DR. KADE/BESINS, Fresenius Kabi AG, Ipsen Pharma GmbH, medac Gesellschaft für klinische Spezialpräparate mbH, Novartis Pharma GmbH

„Wir packen es (an)!“

Uro-GmbH Nordrhein
Kaiser-Wilhelm-Ring 50
50672 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**