

# URO-GmbH Nachrichten



**Nachruf Dr. med. Richard Berges**

**Fortbildung**

**Personelle Hygienequalifikationen  
in der urologischen Praxis**

**Die ASV kommt?!**

**Rettet die Medizin!**

**Bundessozialgericht zur Über-  
tragung von Zulassung auf MVZ**

ANZEIGE

**AMGEN**<sup>®</sup>

**Dunker**

**janssen**  
PHARMACEUTICAL COMPANIES  
OF *Johnson-Johnson*

**Jenapharm**  
Liebe. Leben. Gesundheit.

**Takeda**

**UROMED**  
PRODUKTE FÜR DIE UROLOGIE

**APOGEPHA**

**Dr. Pflieger**  
ARZNEIMITTEL

**HEXAL**  
Arzneimittel  
Ihres Vertrauens

**IPSEN**  
Innovation for patient care

**DR. KADE  
BESINS**

**KH**

**medac**  
urologie

## Inhaltsverzeichnis

I.	Editorial	4
II.	Nachruf Dr. med. Richard Berges	5
III.	Fortbildung	6
IV.	Personelle Hygienequalifikationen in der urologischen Praxis	7
V.	Die ASV kommt?!	8 - 9
VI.	Rettet die Medizin!	10 - 11
VII.	Bundessozialgericht zur Übertragung von Zulassung auf MVZ – bei Zulassungsverzicht muss mindestens dreijährige Angestelltentätigkeit folgen	12 - 13

## I. Editorial

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

die öffentliche Berichterstattung im neuen Jahr kennt bisher nur das Thema der amerikanischen Präsidentschaftswahl und der anstehenden Bundestagswahl im September in Deutschland. Gesundheitspolitik ist aus den Nachrichten seit einiger Zeit gänzlich verschwunden. Dabei werden hinter den Kulissen die Fäden weiter gezogen. Egal welchen Ausgang die Bundestagswahl im September nimmt, wir werden uns mit der Bürgerversicherung im Gesundheitssystem auseinandersetzen müssen. Die Bertelsmann Stiftung, mit den dahinter stehenden Politikern, hat dazu kürzlich mit einer Studie zur Überführung der Beamten in die GKV die Pflöcke eingeschlagen. Das Gesundheitssystem soll nach dem Willen vieler Politiker in ein Einheitssystem unter staatlicher Kontrolle überführt werden. Deshalb werden auch von Gerichten die vor Jahren erstrittenen, flexiblen Versorgungsmöglichkeiten erschwert. Dieses Vorgehen spielt bisher allen großen Konzernen auf dem Gesundheitsmarkt in die Karten, denn diese erhoffen sich auf dem Wachstumsmarkt einen Platz über die Köpfe der Patienten und Behandler hinweg.

Als Ärzte und Versorger müssen wir alle Anstrengungen unternehmen, die Medizin in ihrer eigentlichen Aufgabe zu retten. Dies geht nur gemeinsam und über die Sektorengrenzen hinweg. Dazu müssen wir die Instrumente wie die ASV nutzen und nach deren Anforderungen unsere Patienten formen. Die empathische Betreuung und hochwertige, moderne, individuell angepasste Therapie der Kranken muss das Maß aller Dinge sein. Dies steht im diametralen Gegensatz zu den Vorstellungen einer preiswerten „Schubladenmedizin“, die in Zukunft, durch Apps kontrolliert, von Computeralgorithmen gesteuert wird.

4

Ihre Uro-GmbH Nordrhein



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

## II. Nachruf: Dr. med. Richard Berges

\*03.08.1961 † 30.01.2017



„Totalausfall“ – lautete Anfang des Jahres die Betreffzeile seiner letzten Email an mich. In unserem Telefonat hat er dann unter Luftnot mitgeteilt, dass er schwer erkrankt sei und sich auf eine längere Therapiezeit einstelle. Er klang allerdings gewohnt optimistisch und bat mich, für die Zeit seiner Genesung die Geschäfte des BDU in Nordrhein zu leiten. Eine Aufgabe, die angesichts seines bisherigen Arbeitspensums jedem schwer fallen muss. Richard Berges war ein Mensch mit großer Kreativität und großem Fleiß. Für ihn gab es keinen Stillstand. Er war getrieben von dem Bewusstsein, dass sich die Welt ständig ändert und nur Neugier, Engagement und aktive Gestaltung positive Veränderungen bringen. Diese Eigenschaften haben ihn schon während seiner wissenschaftlichen Laufbahn in der Erforschung der benignen Prostatahyperplasie ausgezeichnet. Er hat sich auf diesem Gebiet einen internationalen Namen gemacht und war bis zuletzt in wissenschaftliche Projekte zur BPH eingebunden.

Als er vor 15 Jahren nach Köln kam und in die urologische Praxis in der PAN-Klinik einstieg, haben viele etablierte Urologen den Dynamiker aus Herne argwöhnisch betrachtet. Seine erste Vorstellung im Arbeitskreis der „jungen Urologen“ hat allerdings viele Kollegen beeindruckt. Da kam Einer, der klare Vorstellungen von der Zukunft der Urologie hatte und vor Ideen, wie diese umzusetzen seien, nur so übersprudelte. Erstmals äußerte jemand Gedanken über die Qualität unserer täglichen Praxis und hatte Ideen, wie sie verbessert werden könnte. Dabei ging es ihm im Unterschied zu vielen anderen nicht darum, sich selber als das Maß aller Dinge darzustellen, sondern er vermittelte uns das Bewusstsein, dass jeder mit seinen Fähigkeiten zu einer Verbesserung beitragen kann. Er machte uns klar, dass Qualitätsmanagement ein notwendiger und permanenter Prozess ist, der nicht nur dem Wohl unserer Patienten sondern auch dem eigenen wirtschaftlichen Erfolg nutzt.

Auf seine Initiative hin haben wir damals einen Zertifizierungskurs gestartet, indem einige Praxen aus Nordrhein die Systematik eines QM nach DIN ISO kennengelernt und auf die eigene Praxis übertragen haben. Richard Berges hat diese Idee konsequent weiterverfolgt. Zusammen mit anderen Urologen aus der Republik gründete er den Dachverband der Prostatazentren und übernahm den Vorsitz. Dabei ging es ihm vor allem auch um eine Vernetzung von Klinik und Praxis. Der Logik folgend, dass die urologischen Erkrankungen keine Sektorengrenzen kennen und wir Urologen deshalb in der gemeinsamen Behandlung der Patienten diese Grenzen auch überwinden sollten, wurden – maßgeblich vom ihm vorangetrieben – bisher 24 Prostatazentren im DVPZ gegründet. Die Idee der intersektoral vernetzten Urologie hat er als Berufspolitiker konsequent weiterverfolgt und sich damit als Landesvorsitzender in Nordrhein sowie Präsidiumsmitglied des BDU einen Namen gemacht. Motivation und Elan bei der Verfolgung seiner Idee haben bei ihm nie nachgelassen und waren deshalb für viele von uns ansteckend.

Sein früher, unerwarteter Tod hinterlässt eine große Lücke in der Urologie. Seine Ideen weisen uns jedoch weiter den Weg für die Zukunft.

**Dr. Michael Stephan-Odenthal**

(ärztlicher Geschäftsführer der Uro-GmbH Nordrhein)



### III. Fortbildung

Eigentlich hatte ich nur eine geringe Resonanz auf meinen letzten Artikel erwartet, aber immerhin fünf Urologen haben mir geantwortet.

Eindeutiger Tenor: kein Interesse mehr an den großen oder regionalen Kongressen, sondern der Trend geht zur Fortbildung im kleinen Kreise. Auch die neuen Medien und Möglichkeiten werden gerne angenommen.

Gut, das ist nur eine kleine Schnittmenge, die sicher nicht repräsentativ ist, aber immerhin eine Meinungsäußerung, die man ernst nehmen sollte.

Die Uro-GmbH Nordrhein wird sich dieser Entwicklung nicht verschließen. Mit dem Röntgenkurs ist die erste, interaktive Fortbildung sehr erfolgreich verlaufen, so dass wir auf dieses Konzept weiter aufbauen.

Am 24. und 25. Juni wird der erste Kurs „Hygienebeauftragter Arzt“ in Düsseldorf in den Räumen der KV von der Uro-GmbH Nordrhein angeboten, der ebenfalls interaktive Inhalte hat. Näheres entnehmen Sie bitte dem nebenstehenden Beitrag von Dr. Rulf und dem beiliegenden Flyer. Die Hauptarbeit dieses Kurses hat Wolfgang Rulf geleistet. Besonders die Akkreditierung durch die ÄK Nordrhein ist sein Verdienst. Unterstützt wird er bei der Fortbildung von Frau Birgit Ross aus Essen, Götz Geiges aus Berlin und mir.

Ebenfalls am 24. Juni findet in Düsseldorf im Medienhafen die Fortbildung „Urologische Tumorthherapie – Update mit MEDAC“ statt. Dazu erfolgt noch eine Einladung. Es gibt ein Update für alle Therapieoptionen und ein Repetitorium aller urologischen Tumoren mit aktuellen Informationen zur Prüfung und der ASV. Demnächst erscheint das genaue Programm und wir werden alle nochmals per Mail informieren.

Die NÄPA, nichtärztliche Praxisassistentin, hält möglicherweise auch Einzug in urologische (Facharzt-)Praxen. Wir wollen dann darauf vorbereitet sein. Derzeit erstellt die BÄK ein Curriculum für die Ausbildung, an deren urologischen Teil ich mitarbeiten werde. Es wird dann also eine Fort- und Weiterbildung zur UNÄPA, urologische NÄPA, geben, die wir auch selbst bestreiten wollen. Dazu bei nächster Gelegenheit mehr.

**von Dr. Reinhold Schaefer**

(ärztlicher Geschäftsführer der Uro-GmbH Nordrhein)

## IV. Personelle Hygienequalifikationen in der urologischen Praxis

Die bürokratischen Zwänge in unseren Praxen, euphemistisch unter dem Begriff „Qualitätsmanagement“ subsummiert, sind zunehmend Gegenstand behördlicher Überwachung und Aufgreifkriterium bei Haftpflicht-Auseinandersetzungen.

Ein zentrales Element ist die Erfüllung gesetzlich vorgegebener Qualifikationen. Im Focus steht unter anderem das Hygienemanagement. Das kann durchaus sinnvoll sein, denn auch wir möchten nicht Patient/Patientin in einer hygienisch sorglosen Praxis sein. Leider wird in den angebotenen Qualifikationskursen nicht selten die Kür zur Pflicht, ohne Rücksicht auf die materiellen Folgen für das Unternehmen Arztpraxis.

### In urologischen Praxen sind folgende Qualifikationen vorzuhalten:

1. Ein „Hygienebeauftragter“ gemäß § 1 Abs. 1, Nummer 3 und Abs. 2. der „Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (HygMedVO)“ des Landes Nordrhein-Westfalen. Diese müssen gemäß § 5 Ärzte sein (im Gegensatz zur Auffassung der KV Nordrhein, die allerdings bezüglich der HygMedVO keine Richtlinienkompetenz hat)
2. Sachkundige, medizinische Fachangestellte zum Management und zur Aufbereitung von Medizinprodukten gemäß der Anlage 6 der „KRINKO-Empfehlung zur Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“.

Näheres entnehmen Sie bitte dem Artikel „Personelle Hygienequalifikationen in der urologischen Praxis – eine Übersicht“, in der April-Ausgabe 2017 in der Zeitschrift „Uro-News“ erscheinen wird.

7

Die Uro-GmbH Nordrhein bietet in Düsseldorf am 24. und 25. Juni 2017 einen von der ÄK Nordrhein anerkannten Kurs zum Erwerb der Qualifikation zum „Hygienebeauftragten Arzt“ an. Näheres und auch die Begründung, warum die Uro-GmbH Nordrhein in Absprache mit dem Berufsverband der Deutschen Urologen (BDU) diesen Kurs anbietet, entnehmen Sie bitte dem beiliegenden Flyer.

Auch ein Qualifizierungskurs zur Sachkunde unserer MFAs wird von Urologen für Urologen, also aus der Praxis für die Praxis, am 5. und 6. Mai in Berlin angeboten. Weitere Informationen hierzu erfolgen in Kürze.

Für die behördliche Anerkennung wichtig ist die Industrieunabhängigkeit. Daher lässt sich leider eine Kursgebühr nicht vermeiden.

Wir würden uns freuen, Sie bzw. Ihre Mitarbeiter in einem unserer Urologen-Hygienekurse begrüßen zu dürfen.

von Dr. Wolfgang Rulf



## V. Die ASV kommt?!

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) wurde 2013 vom Gesetzgeber als neuer sektorenübergreifender Bereich zur Versorgung von Patienten mit seltenen oder schwerwiegenden Erkrankungen eingeführt, um den alten Paragraphen 116b SGB V (ambulante Therapie im Krankenhaus) zu ersetzen. Dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) fiel dabei die Aufgabe zu, die Erkrankungen und den Umfang der Versorgung zu definieren. Die Vergütung der ASV sollte, ursprünglich vom Gesetzgeber gewollt, von den Kassen außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV) zusätzlich zu festen Sätzen bezahlt werden. Später wurde verfügt, dass zunächst die Kosten der ASV in der MGV bereinigt, sprich in der Vorwegnahme abgezogen, werden.

Als erste Erkrankung wurde die in Deutschland seltene Tuberkulose definiert. Es folgten das Marfan Syndrom, die pulmonale Hypertonie und die gastrointestinalen Tumorerkrankungen. 2016 wurden die gynäkologischen Tumorerkrankungen definiert und mit dem Beschluss des G-BA vom 15.12.2016 sollen in 2017 die urogenitalen Tumorerkrankungen folgen. Dies gibt Anlass, uns als Urologen erneut mit dem Thema zu beschäftigen.

Eine genaue Betrachtung der bisherigen Aktivitäten der ASV zeigt aber, dass die vom Gesetzgeber gewollte Dynamik in diesem Versorgungsbereich weit hinter den Erwartungen zurück bleibt. Bei den seltenen Erkrankungen war zu erwarten, dass sich nicht an jedem Ort ASV-Teams bilden. Schnell hat sich nämlich herausgestellt, dass der bürokratische Aufwand zur Gründung solcher Teams, bestehend aus Klinik- und Praxisärzten, immens ist. Aber bei den häufigen Tumorerkrankungen wurde eigentlich erwartet, dass viele Patienten zukünftig in der ASV versorgt werden. Tatsächlich haben sich bei den gastrointestinalen Tumoren bisher bundesweit aber nur 42 ASV-Teams angemeldet, davon 6 in Berlin und 14 in NRW. Die Teams wurden zum Teil von großen Kliniken wie der Charité, zum Teil aber auch von hämatologischen Praxen gegründet. Von einer bundesweiten Abdeckung der Versorgung dieser

### Ambulante spezialfachärztliche Versorgung: So können Sie mitmachen

KBV

- 1
Team bilden

In der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) übernehmen interdisziplinäre Teams die Behandlung der Patienten. Deshalb: Suchen Sie sich zunächst Kollegen, mit denen Sie zusammenarbeiten wollen. Schließen Sie dann mit den einzelnen Teammitgliedern schriftlich eine Kooperationsvereinbarung ab. Ärzte welcher Fachgruppen dem Team angehören müssen, regelt für jede Indikation die Anlage zur ASV-Richtlinie.
- 2
Teilnahme beim erweiterten Landesausschuss anzeigen

Steht das Team, folgt die Anzeige beim erweiterten Landesausschuss (eLA):

  - Der ASV-Teamleiter reicht die Unterlagen seines Teams beim eLA des KV-Bereichs ein, in dem er zugelassen ist.
  - Der Ausschuss hat zwei Monate Zeit, den Antrag zu prüfen.
  - Wenn binnen zwei Monaten ein zustimmender Bescheid ergeht oder keine Ablehnung erfolgt, kann das Team an der ASV-Versorgung teilnehmen.

Was für den Antrag u.a. benötigt wird:

  - Namentliche Benennung des Teamleiters und der Mitglieder des Kernteams, bei den hinzuzuziehenden Ärzten reicht die Angabe der Institution (z.B. Name des Labors)
  - Nachweise, dass das Team alle Anforderungen der ASV-Richtlinie und der entsprechenden Anlage erfüllt
  - Schriftliche Kooperationsvereinbarungen zwischen den Teammitgliedern

**Hinweis:** Ein Formular für die Anzeige sowie weitere Informationen erhalten Sie beim erweiterten Landesausschuss.
- 3
ASV-Teamnummer erhalten

Sobald das Team seine ASV-Berechtigung hat, informiert der Teamleiter die ASV-Servicestelle. Das Team erhält dann eine ASV-Teamnummer. Diese Nummer benötigen Sie und Ihre Teammitglieder für die Abrechnung, für Verordnungen und Überweisungen.

**Hinweis:** Der Teamleiter kann die Nummer bereits beantragen, sobald er dem erweiterten Landesausschuss die ASV-Teilnahme angezeigt hat. Wie das geht und welche Angaben die Servicestelle benötigt, erfahren Sie hier: [www.asv-servicestelle.de](http://www.asv-servicestelle.de)
- 4
Vertrag für die Abrechnung schließen

Legen Sie nun fest, wie Sie Ihre ASV-Leistungen abrechnen möchten: Über Ihre Kassenärztliche Vereinigung, direkt mit den Krankenkassen oder über eine andere Stelle, z.B. eine privatärztliche Verrechnungsstelle. Wählen Sie die KV als Dienstleister, schließen Sie mit ihr eine schriftliche Vereinbarung ab.
- 5
Starten und Patienten informieren

Sobald Sie und Ihre Teammitglieder die ASV-Berechtigung sowie die Teamnummer erhalten haben, können Sie Patienten mit einer ASV-Indikation nach den Anlagen zur ASV-Richtlinie behandeln. Informieren Sie nun die Patienten über die spezialfachärztliche Versorgung, das interdisziplinäre Team und dessen Leistungsspektrum. Ist die Behandlung abgeschlossen, erhält der Patient eine schriftliche Information über die Ergebnisse sowie das weitere Vorgehen. Auch den Vertragsarzt, der Ihnen den Patienten überwiesen hat, informieren Sie über die Aufnahme sowie den Abschluss der ASV.

Mehr Informationen zur ASV sowie die Kontaktdaten der ASV-Servicestelle und der erweiterten Landesausschüsse: [www.kbv.de/asv](http://www.kbv.de/asv)



Tumorerkrankungen sind wir zwei Jahre nach Einführung aber weit entfernt. Noch dünner sieht es mit der Versorgung der gynäkologischen Tumorerkrankungen in der ASV aus. Seit Mitte 2016 hat sich bisher noch kein ASV-Team bundesweit gemeldet!

Die Gründe dafür sind bei näherer Betrachtung vielfältig. Zunächst einmal haben viele Kliniken, die einen alten Vertrag mit den Kassen nach §116b haben, erst einmal kein großes Interesse, diesen vorzeitig zu aktualisieren. Denn im alten 116b war eine zwingende Kooperation und damit Honorarteilung mit den ambulanten Ärzten nicht vorgesehen. Weiterhin ist die Bildung von ASV-Teams nicht so einfach wie auf dem Papier, da vielenorts die vorgesehenen Versorger sich bisher als Konkurrenten sehen. Eine vertragliche, bürokratisch festgezurrt Zusammenarbeit kommt so wohl nicht zustande. Auch für die niedergelassenen Behandler besteht die Gefahr, dass die bisher im Onkologievertrag abgebildeten Leistungen in Zukunft entfallen und die ersetzenden ASV-Honorare geteilt werden müssen. Als wesentlicher Hemmschuh stellt sich aber vor allem die bürokratische Beantragung der ASV dar. Die Teilnahme muss in einem 61-seitigen Antrag beim erweiterten Landesausschuss angezeigt werden. Dabei müssen haarklein alle geforderten Bedingungen und handelnden Personen dargestellt werden. Die Anzeige setzt außerdem einen Kooperationsvertrag zwischen den Behandlern voraus. Dieser Antrag wird dann binnen zwei Monaten vom Landesausschuss geprüft. Sollten Fehler gefunden werden oder Nachfragen erfolgen, müssen diese nachgebessert werden, was dann wieder bis zu zwei Monate Prüfung bedeutet. Eine weitere Erschwernis für die ASV ist die Abrechnung der Leistungen, denn diese kann entweder über die KV oder direkt mit den Kassen erfolgen. Eine Direktabrechnung mit den Kassen ist für die ambulanten Ärzte aber bisher nahezu unmöglich, da dies eine bestimmte EDV-Infrastruktur voraussetzt. Eine Abrechnung mit der KV ist aber den Kliniken ein Dorn im Auge, da die stationären Erlöse bisher direkt mit den Kassen abgerechnet werden. Wer also wie abrechnet und wie das Honorar im Team dann weiterverteilt wird, muss im ASV-Vertrag definiert werden. Und dabei können sich die Geister bekanntermaßen scheiden.

Auffällig ist in der bisherigen Struktur der ASV-Teams, dass in der Versorgung der Tumorerkrankungen nahezu ausschließlich Kliniken und niedergelassene Hämatonkologen organisiert sind. Bei der Versorgung der gastrointestinalen Tumore spielen niedergelassene Gastroenterologen nahezu keine Rolle. Ähnliches deutet sich in der Versorgung der gynäkologischen Tumore an. Dies liegt wohl vor allem daran, dass sich die niedergelassenen Kollegen dieser Fachdisziplinen in der Vergangenheit fast alle aus der onkologischen Versorgung verabschiedet und für sich andere ambulante Behandlungsschwerpunkte gesetzt haben. Für uns Urologinnen und Urologen stellt sich dies aber komplett anders dar. Die überwiegende Anzahl urologischer Tumorpatienten wird derzeit ambulant in urologischen Praxen behandelt. Damit müssen wir uns unbedingt in die ASV mit einbringen, wenn wir nicht riskieren wollen, die uroonkologische Therapie abzugeben. Dazu sollten wir in Nordrhein, analog den BDU-Empfehlungen und der Checkliste der KBV, in den Regionen unter den Kollegen und Kliniken die regelmäßig zusammenarbeiten Veranstaltungen organisieren. In denen sollte die ASV-Teambildung diskutiert und das weitere gemeinsame Vorgehen festgelegt werden. Eine strikte Verweigerung der ASV wird dazu führen, dass auch in unserem Fachgebiet Klinken und Hämatonkologen die Behandlung der Tumorpatienten langfristig übernehmen. Ziel muss es sein, dass wir uns als ambulante Behandler auf Augenhöhe mit den Kliniken präsentieren und Ansprüche auf die Teamleitung im ASV-Team stellen.

#### **Weiterführende Information:**

ASV-Serviceestelle: <https://www.asv-servicestelle.de/Home/ASVVerzeichnis>

KBV: <http://www.kbv.de/html/8504.php>

GBA: <https://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/116b/>

#### **Dr. Michael Stephan-Odenthal**

(ärztlicher Geschäftsführer der Uro-GmbH Nordrhein)

## VI. Rettet die Medizin!

Dieses Buch mit dem Titel „Rettet die Medizin!“ fiel mir vor Kurzem in die Hände. Der Kollege Peter Pramstaller aus Bozen, Wissenschaftler und Manager, analysiert in exzellenter Weise die Situation in der Medizin, unserem Beruf und wie wir Ärzte uns als Akteure durch die Politik immer weiter haben zurückdrängen lassen.

In keinem Krankenhaus – egal ob Deutschland oder Österreich – haben die Mediziner mehr das Sagen. Die Manager der Klinikkonzerne machen Vorgaben, die wir Ärzte, als Untergebene, zu erfüllen haben. Auch in der ambulanten Medizin ist dies nicht anders. Die KV – eigentlich unsere Interessensvertretung – hat sich komplett verselbständigt und schreibt uns vor, was wir zu verschreiben haben, was wir an Leistungen erbringen dürfen und welche Pflichten wir erfüllen müssen. Rechte haben wir kaum noch. Selbst in den Grundrechten sind wir beschnitten (Streikrecht), denn wir müssen ja aus ethischen Gründen handeln und das notfalls auch ohne Erlös. Siehe Originalleid des Hippokrates.

Leitlinien – an den wir auch noch fleißig mitarbeiten – ersetzen längst das individuelle Handeln an unseren Patienten, obwohl wir wissen, dass Leitlinien lediglich ein etwas besseres Lehrbuch sind. Jede Erkrankung ist individuell. Immer mit dem Damoklesschwert über dem Kopf, haben wir kaum noch ein eigenes Rückgrat und behandeln Menschen wie Maschinen. So kann man einen Industriekonzern führen, aber nicht Kranke mit ihren ganz eigenen schicksalhaften Leiden therapieren. Das Wort Disease-Management-Programm drückt bereits in meinen Augen eine derartige Verachtung gegenüber Patient und Arzt aus, dass ich den Begriff als unethisch empfinde. Man kann einen Industriekonzern managen, aber nicht eine individuelle, bei jedem Menschen anders verlaufende Erkrankung.

Ich frage mich, wie lange das noch gut geht. Der Mensch steht doch eigentlich bei unserem Handeln im Mittelpunkt, nicht die Krankenkassen oder die KVen. Wir haben eine Berufung und keinen Beruf.

Interessanter Weise war bereits vor zwei Jahren im Deutschen Ärzteblatt zu lesen, dass der Patient im Krankenhaus nur der Wertschöpfung dient. Und so verfahren Krankenhäuser auch mit ihren Ärzten. Nur solange der Patient im Krankenhaus Geld bringt, ist er willkommen. Sollte Geld draufgelegt werden müssen, muss der Patient die Klinik verlassen. In der Praxis ist es häufig nicht anders. In Greifswald wurde vor Kurzem ein Ordinarius entlassen, weil er angeblich zu viele Ärzte eingestellt hatte. Es ist traurige Realität geworden, Ärzte zu Handlangern der Konzerne und Krankenkassen zu degradieren.



Ich frage mich wirklich, wie lange wir diese Unterwürfigkeit noch weiter betreiben wollen. Natürlich war diese Unterwürfigkeit früher ein Teil unserer autoritären, medizinischen Erziehung. Ordinarius, Chefarzt und Oberärzte waren das Höchste und Beste. Nur was ist aus ihnen geworden? Sie sind auch nur noch Befehlsempfänger der Klinikleitungen, bei denen wir Ärzte nichts mehr zu sagen haben. Die Verwaltung einer Klinik ist heute personell mindestens so gut aufgestellt wie es angestellte Ärzte gibt. Ist das nicht bereits ein bedenkliches Omen?

Zu lange warten wir schon auf eine Reform des Studiums, die uns auch mit der betriebswirtschaftlichen Seite unseres Berufes bekannt macht. Spitzenmedizin ist heute nicht, ohne den Blick aufs finanziell Machbare zu betreiben. Wann lernen wir Ärzte endlich, uns dieser Seite unseres Berufes anzunehmen? Nur dann können wir auf Augenhöhe mit Managern und Kassenbossen verhandeln. Selbst als niedergelassener Arzt ist man heute nur in Scheinselbstständigkeit. Wochenendkurse oder ein Semester Medizinmanagement im Gesundheitswesen reichen nicht aus, um uns auf die gleiche Ebene zu heben.

Kein Tag vergeht, ohne dass man in Tages- und Wochenzeitungen lesen muss, was wieder gesetzlich alles im Arztberuf neu geregelt ist, wird und werden soll, um Korruption und Missbrauch zu unterbinden. Gegen vereinzelte, schwarze Schafe in unserem Beruf werden wir auch mit diesen Verordnungen kaum etwas bewirken. Es wird aber immer ein ganzer Berufszweig diskreditiert. Ausschüsse entscheiden, welche Medikamente wir einsetzen dürfen oder müssen. Der Mensch ist nicht mehr gefragt. Diskutiert wird nur noch über Nutzenbewertung, Studienergebnisse und Behandlungsverträge zwischen Pharmaindustrie und Geldgebern.

Der größte Teil meiner beruflichen, ärztlichen Tätigkeit liegt hinter mir. Die jungen und mitteljungen Kollegen müssen das Zepter für die Zukunft in die Hand nehmen. Nach dem Motto zu verfahren "Es wird schon alles gut", funktioniert schon seit langer Zeit nicht mehr.

Wenn wir uns nicht zum Reparaturmeister von Kassen und Konzerns Gnaden machen lassen wollen, wird es jetzt Zeit umzusteuern. Wir müssen uns mit wirtschaftlichen Kennzahlen auseinandersetzen, ökonomische Ansätze in der Bewältigung bösartiger Erkrankungen entwickeln und wieder den Menschen in den Mittelpunkt unseres Handelns rücken. Lassen wir uns nicht noch weiter die Butter vom Brot nehmen, bis wir zu Sklavenarbeitern der Gesetzlichen Krankenkassen mutiert sind.

Viele Kollegen sind schon in die innere Emigration gegangen, sind resigniert oder haben bereits ein Burnout-Syndrom. Soll das so weitergehen?

Das Buch von Peter Pramstaller zeigt mögliche Wege auf. Ich kann es jedem nur empfehlen. Knapp 20 Euro, die gut angelegt sind.

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

## VII. Bundessozialgericht zur Übertragung von Zulassung auf MVZ – bei Zulassungsverzicht muss mindestens dreijährige Angestelltentätigkeit folgen

Das Bundessozialgericht hat in einem für die Fachwelt überraschenden Urteil entschieden, dass ein Vertragsarzt, der auf seine Zulassung zugunsten eines MVZs oder einer Arztpraxis verzichtet, um anschließend in diesem MVZ oder der Praxis als Angestellter tätig zu sein, dort anschließend mindestens drei Jahre tätig sein müsse. Die Spruchpraxis der Zulassungsgremien hatte bei dieser Konstellation bislang regelmäßig eine Anstellungszeit von einem bis drei Quartalen genügen lassen. Denn der Zulassungsverzicht mit einer anschließenden nur kurzen Anstellungszeit hat einerseits für die verzichtenden Ärzte die „Verwertung“ ihrer Zulassung vor dem Ruhestand sehr einfach ermöglicht und die MVZs konnten hierdurch auf einem sicheren Weg Arztstellen von abgabewilligen Vertragsärzten erwerben.

Grundsätzlich kann der Vertragsarzt auf seine Zulassung verzichten, um selbst als Angestellter entweder bei einem Vertragsarzt oder in einem MVZ tätig zu werden. Für diesen Fall ist weder eine Entscheidung des Zulassungsausschusses zum „ob“ der Nachbesetzung noch eine Auswahlentscheidung zwischen mehreren Bewerbern um die Praxisnachfolge vorgesehen. Vielmehr ist dem MVZ die Genehmigung zur Anstellung des Arztes zu erteilen, der auf seine Zulassung verzichtet hat.

Das BSG hat nun betont, dass die entscheidende Voraussetzung für diese Vereinfachung des Verfahrens gerade sei, dass der Arzt auf seine Zulassung verzichtet habe, „um in einem medizinischen Versorgungszentrum tätig zu werden“. Entsprechendes gelte für die Tätigkeit als Angestellter bei einem Vertragsarzt. Der verzichtende Vertragsarzt wolle bei dieser Gestaltung seine Tätigkeit innerhalb des Systems der vertragsärztlichen Versorgung nur mit einem anderen Status – dem des Angestellten – fortführen. Diese Gestaltung des Verzichts auf die Zulassung sei deshalb von vornherein auf eine Weiterführung der Versorgung und nicht auf ein Ausscheiden aus dem System angelegt. Daraus folgert das BSG, dass MVZs und Vertragsärzte die Vereinfachungen dieser Gestaltung grundsätzlich nur in Anspruch nehmen können, wenn und soweit der Arzt auf seine Zulassung gerade mit dem Ziel verzichte, selbst in dem MVZ oder bei dem Vertragsarzt als angestellter Arzt tätig zu werden. Es bedürfe daher zunächst der Personenidentität zwischen dem auf die Zulassung verzichtenden Arzt und dem Arzt, der die Anstellung in dem MVZ aufnehme.

Aus der Tatsache, dass eine Anstellungsgenehmigung hier nur erteilt werden dürfe, wenn der anzustellende Arzt gerade mit dem Ziel auf seine Zulassung verzichte, in dem MVZ tätig zu werden und aus dem Ausnahmecharakter der Regelung folge, dass nicht jede beliebig geringe Dauer einer angestrebten Angestelltentätigkeit den Anspruch auf die Erteilung einer Genehmigung nach dieser Vorschrift begründen könne. Zweifellos werde sich der Wille des Arztes, in einem MVZ tätig zu werden, aber jedenfalls nicht in einer „logischen Sekunde“ erschöpfen dürfen, so das BSG. Vielmehr müsse die Tätigkeit als Angestellter tatsächlich ausgeübt werden. Der häufig vertretenen Auffassung, nach der eine Dauer der Angestelltentätigkeit von ein oder zwei Quartalen ausreiche, um zu dokumentieren, dass auf die Zulassung gerade mit Ziel verzichtet wurde, in einem MVZ tätig zu werden, sei nicht zu folgen.

Das BSG orientiert sich vielmehr an der Privilegierung von Bewerbern in Nachbesetzungsverfahren, die bereits drei Jahre als Angestellte in der Praxis des bisherigen Vertragsarztes tätig waren oder die Praxis mit diesem gemeinschaftlich betrieben haben. Diese Regelung solle ausweislich der Gesetzesbegründung ver-





hindern, dass die Regelungen zum Abbau von Überversorgung durch ein nur kurzzeitiges Anstellungs- oder Jobsharing-Verhältnis umgangen werden. Dieser Gedanke könne nach Ansicht des BSG auf die Anstellungsgenehmigung nach Verzicht übertragen werden. Die Genehmigung werde dem MVZ erteilt, weil der Vertragsarzt dort als Angestellter tätig werden möchte. Nach Ablauf von drei Jahren der Tätigkeit dieses Arztes im MVZ könne davon ausgegangen werden, dass die gesetzlich vorgegebene Gestaltung auch tatsächlich gewollt und gelebt worden sei. (BSG, Urte. v. 04.05.2016, B 6 KA 21/15 R)

Fazit: Die BSG-Entscheidung hat erhebliche Konsequenzen für die Planung der Praxisabgabe für Vertragsärzte; ein einfacher Zulassungsverzicht zugunsten eines MVZ und einer Anstellung für nur ein oder zwei Quartale ist nicht mehr möglich. Auch die Erweiterung von MVZs wird erschwert. Ebenso wird der Zugang junger Ärzte in das ambulante Vertragsarzt-System behindert. Denn diese konnten bislang recht kurzfristig auf Arztstellen in Praxen oder MVZs gesetzt werden, die kurz zuvor von einem in den Ruhestand gehenden Vertragsarzt erworben worden sind. Auch die komfortable Möglichkeit, ein ggf. in begehrten Fachgruppen und deutlich Überversorgten Planungsbereichen mühsames Nachbesetzungsverfahren zu vermeiden, indem auf die Zulassung zum Zwecke der Anstellung in einem MVZ verzichtet wird, ist deutlich erschwert worden. Es bleibt abzuwarten, ob der Gesetzgeber die Entscheidung des BSG durch entsprechende Regelungen im SGB V abmildert.

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





## IMPRESSUM

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

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

Druckauflage: 1.000  
Redaktionsschluss dieser Ausgabe: 02.03.2017  
Die Uro-GmbH Nachrichten erscheinen vierteljährlich.  
Die Uro-GmbH Nachrichten sind für Mitglieder kostenlos.

**Organisation und Gestaltung:** komm | public!, Sabine Schmedemann  
**Fotos:** Fotolia: ©Gerhard Seybert, ©Blackosaka, ©Style-Photography, ©Monkey Business

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

### Mit freundlicher Unterstützung von:

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

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

**„Wir packen es (an)!“**

**Uro-GmbH Nordrhein**

Hohenstaufenring 48 - 54  
50674 Köln

**Telefon: 0221 / 139 836 - 55**

**Telefax: 0221 / 139 836 - 65**

**[info@uro-nordrhein.de](mailto:info@uro-nordrhein.de)**

Für Ärzte: **[www.uro-gmbh.de](http://www.uro-gmbh.de)**

Für Patienten: **[www.urologen-nrw.de](http://www.urologen-nrw.de)**