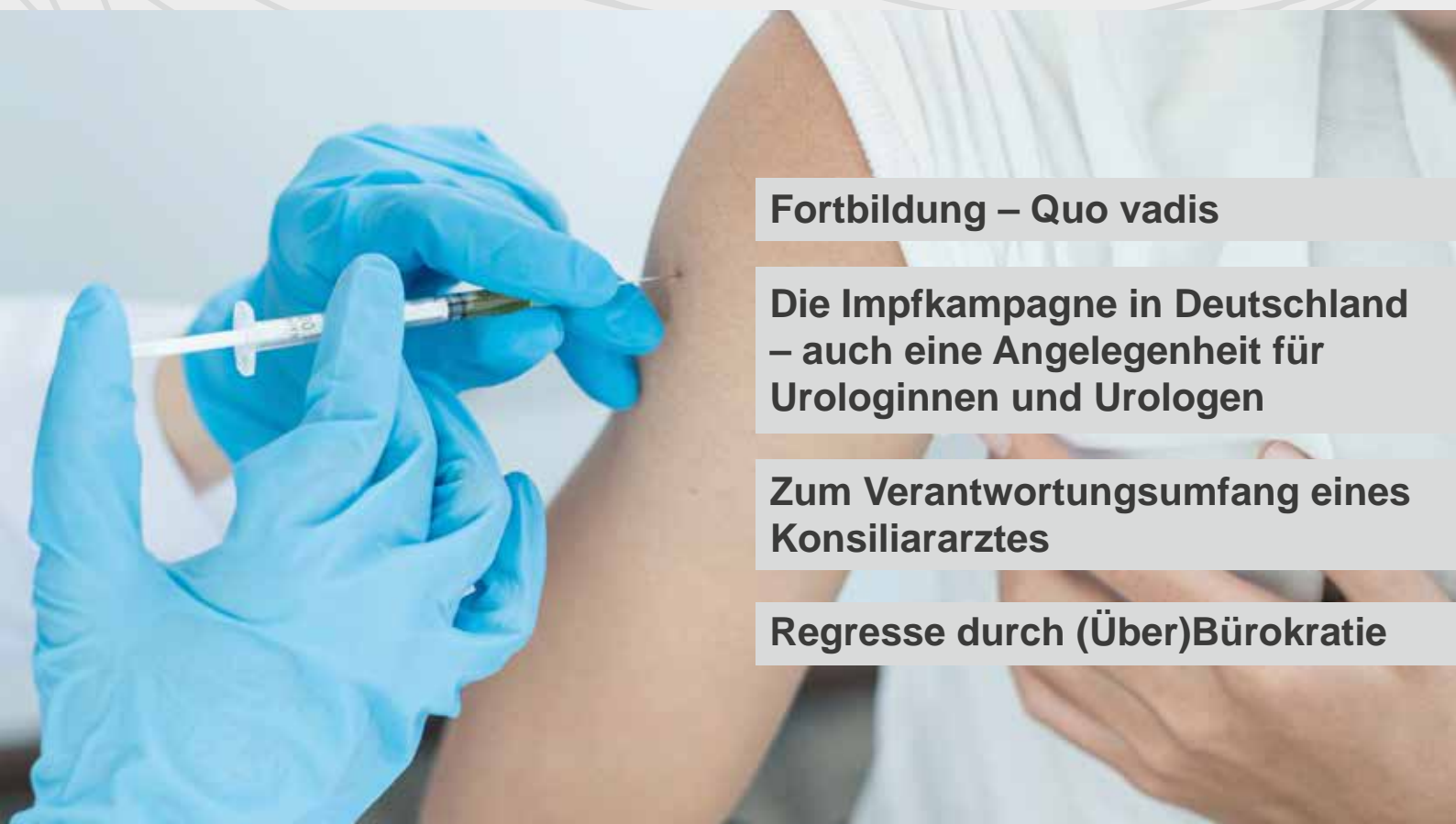


URO-GmbH Nachrichten



Fortbildung – Quo vadis

**Die Impfkampagne in Deutschland
– auch eine Angelegenheit für
Urologinnen und Urologen**

**Zum Verantwortungsumfang eines
Konsiliararztes**

Regress durch (Über)Bürokratie

ANZEIGE

AMGEN[®]

Janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES
OF *Johnson & Johnson*

Takeda

UROMED
PRODUKTE FÜR DIE UROLOGIE

APOGEPHA
Ihr Partner in der Urologie

Dr. Pfleger
ARZNEIMITTEL

HEXAL
A. Schwarz Group

IPSEN
Innovation for patient care

Jenapharm
Liebe. Leben. Gesundheit.

**DR. KADE
BESINS**

medac
Urologie

**T
P
M**
TIETZE & POZO
Medizinische Geräte GmbH

Inhaltsverzeichnis

I.	Editorial	4
II.	Fortbildung – Quo vadis	5
III.	Die Impfkampagne in Deutschland – auch eine Angelegenheit für Urologinnen und Urologen	6 - 7
IV.	Knochengesundheit und Lebensqualität	8 - 9
V.	Zum Verantwortungsumfang eines Konsiliararztes	10 - 11
VI.	Regress durch (Über)Bürokratie	12 - 13

I. Editorial

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

es scheint als könnte die Pandemie in Bälde überwunden werden. Vor allem weil nun auch die niedergelassenen Ärzte in Deutschland mitimpfen, hat die Impfkampagne erheblich an Fahrt aufgenommen und mittlerweile werden nahezu 1 Millionen Impfungen pro Tag durchgeführt. Dabei werden Urologinnen und Urologen auch gebraucht, vor allem weil bei uns ein großer Teil der Tumorpatienten und der in Remission befindlichen Patienten in Behandlung ist. Viele sind aufgrund der Alterskriterien bisher nicht von den Impfzentren erfasst worden. Dies bedeutet jedoch auch zusätzliche Arbeit, die neben der täglichen Behandlung in unseren Praxen bewältigt werden muss. Da ist eine weitere Bindung unserer Arbeitskraft durch eine unsinnige und überbordende Bürokratie durch Regresse der Kostenträger absolut kontraproduktiv. Trotz aller Beteuerungen von KVen und der Gesundheitspolitik werden die Regresse von den Kassen als Druckmittel gegen die Ärzteschaft eingesetzt, denn nach der Pandemie wird Kassensturz gemacht werden müssen. Dabei deutet sich jetzt schon ein böses Erwachen für den Sozialstaat an. Die nächsten Diskussionen um Sparreformen werden ab Herbst auf uns zu kommen.

Mit mehr Arbeit bleibt weniger Zeit für Fortbildung. Die digitalen Fortbildungsformate können uns dabei helfen, zeitsparend auf dem Stand der Wissenschaft zu bleiben. Allerdings ist das Angebot derzeit so inflationär, dass schon wieder ein Abstumpfungseffekt eintritt. Außerdem vermissen wir den persönlichen Kontakt zu Kollegen und Partnern. Ein Mittelweg zwischen digital und analog muss das Ziel in Zukunft sein.

In der Hoffnung auf einen Sommer der Öffnung wünschen wir Ihnen und Ihren Familien Erholung in den Ferien. Bleiben Sie gesund!

Ihre Uro-GmbH Nordrhein



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

II. Fortbildung – Quo vadis

Die letzten Monate, ja fast zwei Jahre, waren geprägt von der Pandemie. Präsenzveranstaltungen zur Fort- und Weiterbildung waren so gut wie unmöglich. Wir alle haben Fortbildungen in neuem Gewande miterlebt, mitgemacht, vielleicht auch nur zugehört und hingeschaut.

Wie wird es weitergehen, wenn die Infektions- und Ansteckungsgefahr geringer wird? Werden wir zur alten, gewohnten Fortbildung zurückkehren?

Die neuen Formen der Fortbildung, die wir zwischenzeitlich ausprobiert haben, haben auch ihre guten Seiten gezeigt. Fortbildung lässt sich auch dann machen, wenn wir persönlich lieber zu Hause sein wollen und nicht noch in der Gegend herumfahren müssen, um an einer Präsenzveranstaltung teilzunehmen.



Die Zukunft wird zeigen, ob wir mit Online-Veranstaltungen dasselbe erreichen können, wie mit Veranstaltungen, wo wir persönlich vor Ort sind. Eines ist sicher, der persönliche Austausch und das persönliche Gespräch sind durch keine Online-Veranstaltung zu ersetzen, das ist uns bitter bewusst geworden. Deshalb werden auch wieder Präsenzveranstaltungen in den Fokus rücken.

Allerdings werden wir auch vermehrt digitale Fortbildungsangebote besuchen, denn das Format hat gezeigt, dass es einer Präsenzveranstaltung in gewissen Maßen ebenbürtig sein kann. Deshalb wird ein sinnvolles Nebeneinander der Veranstaltungstypen in Zukunft die Regel werden.

Ich habe davor keine Angst, denn der Vorteil, eine Veranstaltung von zu Hause aus besuchen zu können, ist schon ein gutes Stück Lebensqualität. Vor allem nach einem arbeitsreichen Alltag in der Praxis. Ein ausgewogenes Gleichgewicht zwischen den verschiedenen Veranstaltungstypen ist daher eine Aufgabe der Berufsverbände, unserer Fachgesellschaften und an uns als Veranstalter. Wir werden uns bemühen, allem weitestgehend gerecht zu werden.

Dr. Reinhold Schaefer

(ärztlicher Geschäftsführer der Uro-GmbH Nordrhein)

III. Die Impfkampagne in Deutschland – auch eine Angelegenheit für Urologinnen und Urologen

In der COVID-Pandemie wurden bisher viele Fehler gemacht. Aus denen müssen wir lernen. Angefangen bei dem überheblichen Bewusstsein, als hochentwickeltes Land seien wir mit unseren theoretisch durchgespielten Pandemieplänen in den Schubladen der Gesundheitsämter gut vorbereitet. In der Realität wusste keiner wie die Pläne konkret umgesetzt werden sollten. Der öffentliche Gesundheitsdienst war und ist bis heute nicht annähernd in der Lage, aus Nachverfolgungen des Infektionsgeschehens lokal eindämmende oder gar präventive Maßnahmen abzuleiten. Die teuer vom Staat in Auftrag gegebene Corona-App, die zwar perfekten Datenschutz bietet, hat sich jedoch in der Funktion zur Nachverfolgung als Flop erwiesen. Die einzig effektiven Maßnahmen sind bis heute: Maske und Lock-Down für alle.



6

Die unzureichende Digitalisierung der öffentlichen Einrichtungen wurde durch die Pandemie gnadenlos offengelegt. Bis heute gibt es keine suffiziente Vernetzung der Behörden, nicht mal innerhalb eines Bundeslandes. Diese fehlende Vernetzung macht es dann vor allem schwer, eine zentral überregionale Steuerung der Maßnahmen gut und effektiv umzusetzen. Dadurch bestehen in der Beschaffung und Verteilung von Schutzmitteln bis heute Defizite. Als die Mittel dringend gebraucht wurden, war nichts zu bekommen. Jetzt sind die völlig überteuert gekauften Mittel im Überfluss vorhanden.

Die zentrale Bestellung von Impfstoff durch die EU mit offensichtlich zögerlicher und überheblicher Verhandlungsstrategie führte dazu, dass die Impfung als einzig effektive Maßnahme zur Überwindung der Pandemie mit erheblicher Verzögerung in Europa und Deutschland gestartet ist. Dabei glaubten die involvierten Behörden offensichtlich, das Rad neu erfinden zu müssen, statt auf eingespielte Vertriebs- und Verteilungswege zu setzen. Mit dem Effekt, dass wir am Anfang zwar teuer aufgebaute Impfzentren hatten, diese aber wochenlang wegen Impfstoffmangel nichts zu tun hatten. Nachdem nun seit Anfang April auch die Hausärzte als traditionelle Impfvorsorger eingebunden sind und mehr Impfstoff zur Verfügung steht, werden pro Tag zwischen 800 Tausend und 1,2 Millionen Impfungen durchgeführt. Dies ist vor allem möglich geworden, weil die anfängliche Strategie einer möglichst zulassungskonformen, streng zeitgerechten Zweitimpfung aufgegeben wurde. Die anfängliche Zurückstellung von Impfstoff hat die Impfkampagne erheblich verlangsamt und am Ende auch Menschenleben gekostet.

Andere Länder wie Israel und Großbritannien haben von Anfang an auf eine Maximierung bei den Erstimpfungen gesetzt und sind damit heute deutlich weiter in der Pandemiebewältigung. Denn die Pandemiebewältigung durch Impfungen ist vor allem eine Zeitfrage. Die wissenschaftlichen Daten zeigen, dass mit zuneh-

ANZEIGE

AMGEN

Janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES
OF Johnson & Johnson

Takeda

UROMED
PRODUKTE FÜR DIE UROLOGIE

mender Dauer der Pandemie immer neue Virusmutationen auftauchen, von denen wir über kurz oder lang erwarten müssen, dass die bisherigen Impfstoffe keinen ausreichenden Schutz bieten und mit angepassten Impfstoffen nachgeimpft werden muss. Damit aber nicht jede Mutation zu einem starken erneuten Ausbruch der Pandemie führt, muss die Ansteckung durch die bisherigen Virusvarianten soweit wie möglich eingedämmt werden. Wenn weniger Virusmasse in der Population verbreitet ist, gibt es weniger häufig Mutationen. Diese sind besser zu kontrollieren. Deshalb muss die Impfkampagne weiter beschleunigt werden. Neben den Hausärzten müssen unbedingt auch die Fachärzte und die Betriebsärzte involviert werden.

Als Urologinnen und Urologen können wir uns da nicht raushalten, sondern sollten uns aktiv an den COVID-Impfungen beteiligen. Für die urologische Praxis stellt das Vorgehen keine große medizinische, jedoch eine logistische Herausforderung dar. Neben der meist schon ausgelasteten Sprechstunde müssen parallele Zeiten für die Impfungen eingerichtet werden. Die Bestellung der Impfstoffe erfolgt jeweils dienstags für die darauffolgende Woche über die Apotheken. Um die Impfstoffmengen der jeweiligen Impfstoffe abschätzen zu können, sollten vorher Listen von Impf-Patienten für die jeweilige Woche erstellt werden. Die Aufklärungsunterlagen können bei der KVNO bestellt oder auf der Internetseite des Robert-Koch-Institutes heruntergeladen werden und sollten den Impfpatienten im Vorfeld schon ausgehändigt werden. Offene Fragen sollten dann am Impftermin besprochen werden. Die eigentliche i.m.-Injektion kann auch durch die MFA erfolgen. Die Dokumentation erfolgt im mitgebrachten Impfpass und in der Praxissoftware mit der Chargennummer des Impfstoffes. Alternativ kann auch das Ersatzformblatt ausgedruckt und ausgefüllt werden. Am Tagesende müssen die Impfungen über das KVNO-Portal (Services >> Impferfassung) Impfstoffspezifisch und nach Alter (über oder unter 60 Jahren) übermittelt werden. Die EBM-Ziffern sind nach der 1. und 2. Impfung impfstoffspezifisch einzutragen. Für jede Impfung werden 20 € extrabudgetär vergütet. Auch die Impfung von Privatpatienten wird über die GKV-Abrechnung erfasst, da die Kosten für die Impfung nicht von den gesetzlichen Krankenkassen, sondern vom Bundesamt getragen werden.

AUF EINEN BLICK

Vergütung

- 20 Euro je Erst- und je Abschlussimpfung
- Zusätzlich 35 Euro für den Hausbesuch und 15 Euro für den Mitbesuch
- 10 Euro für eine ausschließliche Impfberatung ohne Impfung

Abrechnung

- Erfolgt über die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung (auch für Nicht-GKV-Versicherte)
- Mit gesonderten Pseudoziffern
- Kodierung der Impfung mit ICD-10-Kode U11.9

Wichtige Meldung von Impfdaten in zwei Schritten

- *Schritt 1: Tägliche Schnell-Doku über das Impf-DokuPortal*
Meldung der Anzahl der Erst- und Abschlussimpfung je Impfstoff am Tag sowie der Anzahl der über 60-Jährigen je Erst- und Abschlussimpfung
- *Schritt 2: Quartalsweise Dokumentation und die Abrechnung*
Erfassen der Impfindikation bei Erst- und Abschlussimpfung über die Pseudoziffern sowie Angabe der Chargennummer; die Meldung an das Robert Koch-Institut (RKI) erfolgt durch die KVEn

<https://www.kbv.de/html/50987.php>

Dr. Michael Stephan-Odenthal

(ärztlicher Geschäftsführer der Uro-GmbH Nordrhein)

IV. Knochengesundheit und Lebensqualität

Die Lebensqualität von unter anderem Prostatakarzinompatienten kann durch den Einsatz von Osteoprotektiva erhalten werden. Dazu ist in Situationen wie z.B. bei krebstherapieinduzierter Osteoporose und im metastasierten Stadium ein effektiver Knochenschutz durch anti-resorptive Arzneimittel erforderlich. Kürzlich haben mehrere Experten mit dem Entscheidungsbaum eine alltagstaugliche Matrix erstellt, um unkompliziert gemäß der gegebenen Situation patientenrelevante Aussagen zu treffen.

Laut BTA (bone targeting agent)-Leitlinie der ESMO sollen alle Männer mit Prostatakarzinom und Knochenmetastasen eine osteoprotektive Therapie erhalten unabhängig davon, ob die Metastasen Symptome verursachen oder nicht. Denn beim Prostatakarzinom ist das Risiko für Knochenkomplikationen und skelettale Ereignisse besonders hoch. Als Arzneimittel werden die Antiresorptiva Denosumab oder Zoledronsäure empfohlen. Die ESMO sieht Denosumab wegen seiner hohen Wirksamkeit, einfachen Anwendung und Nierenverträglichkeit als bevorzugten Wirkstoff. Es hatte sich bereits früher in klinischen Studien gezeigt, dass Denosumab im Vergleich zu Zoledronat wirksamer ist. Kumulative skelettale Ereignisse wurden durch Denosumab um 18% reduziert.

Entscheidungsbaum Patienten

Der Entscheidungsbaum für Männer mit z.B. Prostatakarzinom (siehe Abbildung) ermöglicht es, einfach und schnell das Vorgehen festzulegen. Sind eine oder mehrere Knochenmetastasen diagnostiziert, sollte sofort ein Osteoprotektivum, z.B. Denosumab in onkologischer Dosierung (120 mg alle 4 Wochen; XGEVA®) eingesetzt werden. Denn skelettale Ereignisse treten häufig schon in den ersten Monaten auf. Die Therapie sollte über die Dauer der Erkrankung fortgesetzt werden. Denosumab ist im Bezug auf Adhärenz als subkutane Injektion einfach. Außerdem ist Denosumab Mittel der Wahl bei eingeschränkter Nierenfunktion (< 60 ml/min KrCl).

Patienten, die eine Chemotherapie oder eine endokrine Therapie erhalten, sind gefährdet für einen Verlust an Knochenmasse. Ergibt sich ein T-Score < -2, liegen zwei oder mehr Frakturrisikofaktoren vor oder dauert die Hormon- bzw. Chemotherapie länger als 6 Monate, sollte ein Osteoprotektivum in Osteoporose-Dosierung (z.B. Denosumab 60 mg alle 6 Monate, Prolia®) gegeben werden. Bleibt das Frakturrisiko im Verlauf hoch, kann die osteoprotektive Therapie eventuell mit einem Osteoanabolikum wie Teriparatid ergänzt werden. Besteht kein erhöhtes Frakturrisiko mehr, sollte die osteoprotektive Therapie beendet werden. Im Fall von Denosumab muss eine überschießende Osteoklastenantwort verhindert werden. Deshalb wechselt man zunächst auf ein Bisphosphonat für 12 - 24 Monate.

Osteoporose ist bei Männern selten. Wird z. B. durch einen T-Score < -2,5 eine manifeste Osteoporose festgestellt, sollte zusätzlich zu einer Substitution von Kalzium und Vitamin D sowie Sport zum Muskelaufbau ein Osteoprotektivum eingesetzt werden, z.B. Denosumab 60 mg alle 6 Monate (Prolia®). Kontrollen sollten im Verlauf alle 2 - 5 Jahre angesetzt werden.

Mit freundlicher Unterstützung der Amgen GmbH, München




ANZEIGE






V. Zum Verantwortungsumfang eines Konsiliararztes

In einer wegweisenden Entscheidung hat sich das Oberlandesgericht Hamm mit den Pflichten des Konsiliararztes an der Schnittstelle zum Krankenhaus befasst und eine klare Grenze zu den Pflichten der Ärzte gezogen, die die Behandlung des Patienten führen.

In dem vom OLG entschiedenen Fall ging es um konsiliarische Untersuchungen eines Frühgeborenen durch einen Augenarzt in einem Perinatalzentrum. Die Kinderärzte hatten aufgrund eines bestimmten Risikoprofils drei augenärztliche Konsile angefordert, in denen der Augenarzt regelmäßig eine erneute augenärztliche Untersuchung nach sieben Tagen empfahl. Dennoch wurden seitens der Kinderärzte nach dem dritten Konsil weitere augenärztliche Konsile nicht mehr entsprechend der Empfehlung angefordert. Im Verlauf erlitt das Neugeborene erhebliche dauerhafte Beeinträchtigungen des Sehvermögens infolge zu spät erkannter Schädigungen der Augen.

Das Landgericht hatte eine Haftung des Augenarztes festgestellt, da dieser aufgrund der besonderen Risikokonstellation des Frühgeborenen gesteigerte Überwachungspflichten bezüglich des Sehvermögens des Kindes hätte wahrnehmen müssen, was er jedoch pflichtwidrig unterlassen habe. So habe er etwa nach Abschluss der konsiliarischen Untersuchung auf die rechtzeitige weitere Kontrolluntersuchung drängen und von sich aus aktiv den Kontakt mit dem Patienten suchen müssen.

Das OLG Hamm hob das Urteil gegen den Augenarzt auf und wies die Klage ab. Das Landgericht habe das Verhältnis zwischen dem die Behandlung führenden Arzt und dem lediglich hinzugezogenen Konsiliarius nicht richtig bewertet: Denn der hinzugezogene Arzt sei regelmäßig an den konkreten Auftrag gebunden, wenn er konsiliarisch tätig wird. Die Behandlungsverantwortung mit der Pflicht vollständiger therapeutischer Aufklärung verbleibe bei dem die Behandlung führenden Arzt. Nach dem Ende seiner Behandlung kann und muss sich der konsiliarisch hinzugezogene Arzt im Regelfall darauf verlassen, dass der überweisende Arzt seinen Empfehlungen folgt und die erforderlichen Maßnahmen veranlasst.



Einer Rückfrage oder gar Kontaktaufnahme des Konsiliarius beim Patienten bedarf es dann in der Regel nicht. Da der Augenarzt hier leitliniengerecht eine Wiedervorstellung nach einer Woche empfohlen hatte, könne er erwarten, dass seine Empfehlung auch von dem Hauptbehandler umgesetzt werde.

Diese Verantwortungsverteilung zeige sich, so das OLG Hamm weiter, auch in der Dokumentation der Behandlung: Die Konsiliarärzte legen grundsätzlich keine eigene Behandlungsdokumentation an. Vielmehr erfolge die konsiliarische Behandlung allein aufgrund einer entsprechenden Konsilanforderung und werde ausschließlich auf dem Konsiliarschein dokumentiert, dessen Original bei der Patientenakte bei dem die Behandlung führenden Arzt bzw. im Krankenhaus verbleibe. (Oberlandesgericht Hamm, Urt. v. 30.10.2020, Az. I-26 U 131/19)

Fazit: Wird ein Facharzt von einem anderen Arzt konsiliarisch hinzugezogen, bleibt der ursprüngliche Behandler für die Gesamtbehandlung verantwortlich. Der Konsiliararzt haftet nicht dafür, dass der behandelnde Arzt die Empfehlungen des Konsiliarius nicht oder verspätet umsetzt. Die Organisations- und Koordinationsverantwortung bleibt beim „Hauptbehandler“.

Ein Konsiliararzt ist daher grundsätzlich auch nicht verpflichtet, bei ausbleibender weiterer Anforderung eigenständig zum Patienten Kontakt aufzunehmen, um den Behandlungsverlauf zu überprüfen. Er darf sich darauf verlassen, dass der überweisende Arzt seinen Empfehlungen folgt. Einer Rückfrage bedarf es regelmäßig nicht.

Auch der BGH hat bislang konsiliarisch tätigen Ärzten zwar eine Pflicht zur Weitergabe einer Handlungsanweisung oder Empfehlung an den Hauptbehandler auferlegt, aber keine eigenständige Überwachungspflicht dahingehend konstatiert, ob das behandelnde Krankenhaus dieser Empfehlung auch tatsächlich nachkommt (vgl. BGH, Urt. v. 21.1.2014 – VI ZR 78/13, juris = GesR 2014, 150).

RA Olaf Walter
(Justiziar der Uro-GmbH Nordrhein)

VI. Regresse durch (Über)Bürokratie

Die Gefahr von Regressen sind für die meisten jungen Ärzte ein wesentlicher Hinderungsgrund, freiberuflich in der Praxis arbeiten zu wollen. Dies ist längst bei Kostenträgern und Politik angekommen. Alle Gesundheitsminister der letzten Jahre haben entsprechend angekündigt, diese Regressangst zu nehmen. Gehandelt wird jedoch nicht. Ganz im Gegenteil. Die Kassen haben jüngst einen Vertrag mit der KBV gekündigt, nach dem bei Regressansprüchen der Kassen nicht die gesamten Kosten, sondern nur noch die Kosten in Regress gestellt werden sollten, welche eine übliche Behandlung übersteigen. Und die Kostenträger legen nach. Durch die Prüfstelle Duderstadt werden derzeit alle Ärzte in der KVNO mit Regressandrohungen zum Sprechstundenbedarf überzogen. Dabei geht es in der Urologie insbesondere um die Spüllösungen und Überleitgeräte für die Zystoskopie in unseren Praxen. Durch die erheblich gestiegenen Hygieneanforderungen können im Prinzip nur noch sterile Fertiglösungen oder steriles Wasser in Fertiggebinden eingesetzt werden. Dabei werden nahezu alle NaCL-Lösungen derzeit für die Quartale 3 und 4/2019 regressiert. In Großen Praxen standen dabei 4-stellige Beträge – in Nordrhein insgesamt hohe 5-stellige Beträge – im Raum.



Bei einem Blick auf die Sprechstundenbedarf-Vereinbarung (SSB) aus 2019 fällt auf, dass aber sowohl Kochsalzlösung als auch Spüllösungen für urologische Verrichtungen als SSB verordnet werden können. Die Beratungshotline der KVNO zum Thema SSB konnte den Widerspruch zu den ausgesprochenen Regressen nicht lösen. Stattdessen wird auf den Unterschied zwischen Medizinprodukt und zugelassenem Arzneimittel verwiesen, wobei als SSB nur zugelassene Arzneimittel und Hilfsmittel verordnet werden können. Weitere Recherchen haben ergeben, dass die Prüfstelle Duderstadt einfach alle NaCL 0,9% in Regress gestellt hat, weil man dort glaubte, dass die Lösungen bei Röntgenuntersuchungen als Infusionsträgerlösung eingesetzt werden und 2019 mit der Sachkostenerstattung der Kontrastmittel abgegolten seien. Offensichtlich sitzen also dort Sachbearbeiter, die keine Sachkenntnis über urologische Tätigkeiten haben und/oder ein Interesse daran haben, möglichst viele Regresse auszusprechen.

Nach meiner Intervention als BvDU-Landesvorsitzender und mit Hilfe der KVNO ist es nun gelungen, der Prüfstelle den Einsatz von Spüllösungen in der urologischen Praxis klar zu machen. Mündlich wurde danach zugesagt, die ausgesprochenen Regresse zurückzuziehen. Ich empfehle trotzdem, gegen die vorliegenden Regresse noch Widerspruch einzulegen und als Begründung bei den Spüllösungen und Überleitgeräten auf den Einsatz zur Zystoskopie hinzuweisen.



Der Sprechstundenbedarf wird mit den Kassen jedes Jahr neu verhandelt. Zu allem bürokratischen Überfluss muss also jedes Jahr neu geprüft werden, was auf den Rezepten verordnet werden kann. Hinzu kommt ab 01.04.2021 noch die neue Sachkostenliste, bei der die Überleitschlauchsysteme (Überleitgeräte) für die Zystoskopie nun mit der Sachkostenziffer 99539 zusätzlich zur GOP für die Zystoskopie 26310 oder 26311 abgerechnet werden. Im Gegenzug müssen die Artikel jedoch von der Praxis auf eigene Kosten angeschafft werden. Die Rechnungen müssen der KVNO vorgelegt werden können. Obwohl damit der Streit um die SSB-Rezepte entschärft werden könnte und mit der Sachkostenliste auch weitere Artikel z.B. zur Urodynamik und Prostatabiopsie nun neu abrechnungsfähig sind, nimmt damit insgesamt der Bürokratismus zu und verprellt damit immer mehr Ärzte, die eigentlich für die Versorgung von Kranken ausgebildet worden sind.

Dr. Michael Stephan-Odenthal
 (ärztlicher Geschäftsführer 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: 02.06.2021
Die Uro-GmbH Nachrichten erscheinen vierteljährlich.
Die Uro-GmbH Nachrichten sind für Mitglieder kostenlos.

Organisation und Gestaltung: Robst-PR, Heiers-arte

Fotos: Adobe Stock: ©Jane, ©TinoNeitz, ©Orathai, ©Zerbor, ©alexstr

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, Janssen-Cilag, Takeda Pharma GmbH, UROMED Kurt Drews KG

APOGEPHA Arzneimittel GmbH, Dr. R. Pflieger GmbH, HEXAL AG, Ipsen Pharma GmbH, Jenapharm,
DR. KADE/BESINS, medac Gesellschaft für klinische Spezialpräparate mbH, Tietze & Pozo Medizintechnik GmbH

„Wir packen es (an)!“

Uro-GmbH Nordrhein

Hohenstaufering 48 - 54
50674 Köln

Telefon: 0221 / 139 836 - 55

Telefax: 0221 / 139 836 - 65

info@uro-nordrhein.de

Für Ärzte: **www.uro-gmbh.de**

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