


# URO-GmbH-Nachrichten



**Umsetzung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) durch die Landesregierung NRW – Brauchen Urologen jetzt eine Hygienefachkraft?**

**Stellungnahme des BDU zur Umsetzung des IfSG**

**Onkologische Früherkennung – Sinnvolle Medizin oder Patientenabzocke?**

**Entscheidung zu wahlärztlichen Leistungen durch Honorarärzte**

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 NIKKO GROUP

  
**Takeda Pharma**

Unsere Partner:

**Alere**

**APOGEPHA**

**FRESENIUS  
KABI**  
caring for life

**IPSEN**  
Innovation for patient care

**medac**  
orologie

**NOVARTIS**  
ONCOLOGY

## Inhaltsverzeichnis

I.	Editorial	4 - 5
II.	Onkologische Früherkennung – Sinnvolle Medizin oder Patientenabzocke?	6 - 7
III.	Entscheidung zu wahlärztlichen Leistungen durch Honorarärzte – Urteil des Amtsgerichts Würzburg vom 09.02.2012	8 - 9
IV.	Umsetzung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) durch die Landesregierung NRW – Brauchen Urologen jetzt eine Hygienefachkraft?	10 - 11
V.	Stellungnahme des BDU zur Umsetzung des IfSG	12 - 13
VI.	Ergebnisse der Praxisumfrage 2011	14
VII.	Kurznachrichten	15
VIII.	Am Rande bemerkt: Wohin mit der Kohle?	16
	Patienteninformation des BDU: Freiwillige Vorsorgeleistungen – sinnvoll oder Abzocke?	17

## I. Editorial

### Brauchen wir Urologen die Onkologie?

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen der Uro-GmbH,

manchmal drängt sich leider der Eindruck auf, dass Urologen nur die operative, nicht aber die konservative Onkologie brauchen. So auch neulich bei der ersten Bewertung der neuen Medikamente Abiraterone und Cabazitaxel gegen das kastrationsrefraktäre, metastasierte Prostatakarzinom durch das IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen). Es ging um den Zusatznutzen und die Stellungnahme aller Fachverbände. Bei Abiraterone war noch ein Urologe neben einem Hämatonkologen bei der Befragung anwesend (Prof. Weißbach für den BDU und DVPZ), während sie bei Cabazitaxel gar nicht erst dazu gebeten wurden. Hier wurden nur die Hämatonkologen befragt.

Es ist doch sehr bezeichnend, dass wir uns in Zukunft bei solchen – insbesondere uns niedergelassene Urologen angehende – Fragen wohl durch die Hämatonkologen vertreten lassen müssen. Urologie ist nicht nur ein operatives Fach, auch wenn viele Operateure immer noch meinen, dass das Prostatakarzinom auch in 20 Jahren weiterhin radikal operiert wird. Hier wird der Trend völlig übersehen. Die Zukunft der Onkologie liegt in der medikamentösen Therapie. Wenn Antikörper- und Gentherapien auch unsere Tumoren erfasst haben, bleibt zum Operieren nicht mehr viel übrig.

Ich glaube, dass wir Urologen diese Entwicklung verschlafen. Es scheint einfach unvorstellbar, dass der Prostatakrebs nicht mehr mit dem Messer behandelt wird. Auch wenn noch mehr Operationsroboter in deutschen Kliniken stehen, ändert sich nichts an dieser Tatsache. Hier funktioniert das Marketing des Herstellers hervorragend und die urologischen Operateure machen eifrig mit. Eines Tages werden diese Roboter dann vielleicht noch zum Zähneputzen für die Patienten eingesetzt. Sowohl das automatische als auch das manuelle Operieren wird deutlich abnehmen. Daran sollten die Akteure unserer Fachgesellschaften denken, wenn sie sich zur Nutzenbewertung von Arzneimitteln äußern.

Wir sind gerade wieder dabei, Teile unseres Fachgebietes aufzugeben und zu verspielen. Eine neue Onkologievereinbarung steht uns ins Haus, und hier muss die urologische Seite an vorderster Front kämpfen. Es reicht doch wohl, was wir bisher aus unserem Fachgebiet abgeben oder uns durch mühsame Sonderprüfungen wiedererlangen mussten. Hier können und dürfen keine neuen Hürden in der Weiterbildungsordnung entstehen. Das ist kontraproduktiv. Wir Urologen behandeln die meisten Organumoren in der Medizin, aber nirgendwo wird unser Anspruch auf die Onkologie sicht- oder hörbar. Das ist Teil unserer Facharztausbildung und gehört nicht in eine weitere Sonderprüfung.

Die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO) besetzt dieses Feld seit Jahren geschickt und gibt den onkologischen Ton in Politik und im Gesundheitswesen an. Diese Fachgesellschaft hat erkannt, dass wir Urologen sie bereichern können und hält uns seit mehr als einem Jahr die Tür weit offen. Der Arbeitskreis Prostatakarzinom in der DGHO hat seine Arbeit im August 2011 aufgenommen und beteiligt sich bereits aktiv an der Gestaltung der im Oktober stattfindenden Jahrestagung in Stuttgart. Hier engagieren sich neben einigen Hämatonkologen, Genetikern und der Selbsthilfegruppe Prostatakrebs überwiegend aktive Urologen. Alle urologischen Themen auf der diesjährigen Jahrestagung werden auch von Urologen moderiert. Die Arbeitsatmosphäre ist gut, der Umgang mit den Kollegen sehr kollegial.



Integrierte Onkologie heißt die Zauberformel der onkologischen Zukunft. Zusammen mit anderen Fachdisziplinen werden wir urologische Tumorpatienten gemeinsam behandeln und behandeln müssen. Der Berufsverband hat diese Notwendigkeit endlich erkannt und zusammen mit dem Berufsverband der Hämatonkologen (BNHO) und dem Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe (BPS) eine Studie initiiert. Schon jetzt werden viele Patienten in Tumorkonferenzen interdisziplinär therapiert. Je komplexer Krankheitsbilder und vielfältiger die Therapieoptionen werden, desto mehr sind wir auf diese interdisziplinäre Kollegialität angewiesen. Genau hier setzt die Studie „Interdisziplinäre Behandlung urologischer Tumoren (IBuTu)“ an. Ich wünsche mir eine hohe Beteiligung der niedergelassenen Urologen an dieser Studie und auch im onkologischen Alltag, insbesondere aus Nordrhein.

5

Im nationalen Krebsplan und im Versorgungsstrukturgesetz hat der Gesetzgeber jetzt die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Krebstherapie neu geschaffen. Es nutzt nichts, sich verbal gegen die Ambulante spezialärztliche Versorgung (ASV) zu stemmen – sie ist durch das Gesetz Tatsache.

Wir sind aufgefordert, uns an der Ausgestaltung dieser neuen Versorgungsformen zu beteiligen, unsere Stimme zu erheben und für die angemessene Position der Urologen zu kämpfen. Hier gibt es Chancen, die wir auf keinen Fall versäumen sollten. Wir aktiven niedergelassenen, urologischen Onkologen müssen die Geschicke selbst in die Hand nehmen. Wir brauchen engagierte Urologen, keine Mitläufer. Geht uns die Onkologie verloren oder wird uns die Teilnahme an den Verträgen verwehrt, ist der größte Teil unserer Praxen finanziell gefährdet. In der Onkologie liegt unsere Zukunft.



„Die Zukunft sollte man nicht voraussehen wollen, sondern sie möglich machen“, sagte zu Beginn des letzten Jahrhunderts der französische Schriftsteller Antoine de Saint-Exupéry. Das geht aber nur, wenn wir uns jetzt aktiv in die gesundheitspolitische Diskussion einbringen. Ich bin gespannt. Oder liegt unsere Zukunft bei der DGHO und dem BNHO?

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

## II. Onkologische Früherkennung – Sinnvolle Medizin oder Patientenabzocke?

4. Februar 2012: Überraschung auf dem Weltkrebstag. In den aufgrund ihres Gesundheitssystems stets gescholtenen USA überleben deutlich mehr Menschen die häufigsten Krebsarten – unter anderem das Prostatakarzinom – als in Deutschland. Das ist laut Frau Dr. Eva Hiripi vom Deutschen Krebsforschungsinstitut das Ergebnis einer aktuell publizierten Studie (Ann Oncol 2012, 23: 472). Experten sehen ausgerechnet in Vorsorgeprogrammen, die in Amerika viel länger und intensiver genutzt werden, eine mögliche Erklärung.

Aber halt: Werden nicht gerade in Deutschland Krebsvorsorgeprogramme, insbesondere Wahlleistungs-Vorsorgen (historisch: IGeL) von allen möglichen „Experten“ in Frage gestellt, ja gar als Abzocke verurteilt?

Diese sogenannten Experten bilden eine bunte Truppe mit bester Aufmerksamkeit der Medien: Da ist der Gesundheitsexperte, der Verbraucherschützer Wolfgang Schuldzinski, seines Zeichens Jurist (!), flankiert von dem Diplom-Theologen und Patientenvertreter im G-BA Stefan Etgeton und den von den Kassen finanzierten MDK-Ärzten. Der IQWiG-Chef Prof. J. Windeler (Internist) geht sogar nur zum Arzt, wenn er Beschwerden hat. Das sei immer noch früh genug. Die Expertise dieser Truppe ist wahrlich zu hinterfragen. Der eine versteht gar nichts von Medizin, die anderen kennen die Patienten auch nur vom „Hörensagen“.

Wirklich unerfreulich wird es aber erst, wenn ein durchaus renommierter Urologie-Professor medienwirksam unter dem griffigen Titel „Im Dutzend überflüssig“ (URO-NEWS 1/2012) postuliert, dass die Früherkennung bei Männern über 65 ebenso überflüssig sei wie die DRE bei normalem PSA. Wer von uns wüsste nicht von Patienten, die diese Aussagen Lügen strafen. Tatsächlich stützt sich Kollege Weißbach bei seinen provokanten Thesen kühn auf eine einzige Studie (von Bill-Axelsson).

Gerne hätte ich Herrn Weißbach mit einem Patienten konfrontiert, der mir gerade vor 14 Tagen nach dem üblichen Herunterbeten der Statistik mit tiefem Ernst geantwortet hat: *„Die Statistik interessiert mich nicht, dafür kann ich mir letztendlich nichts kaufen. Ich möchte von Ihnen, Herr Doktor, nicht mein statistisches, sondern mein ganz persönliches Risiko erfahren.“* Ich frage mich, ob die Jünger der Statistik überhaupt in der Lage sind zu verstehen, was dieser Patient ausdrücken will.

Wir in den Praxen sind doch verantwortlich für das persönliche und nicht für das statistische Schicksal unserer Patienten. Wir haben ihre Ängste und ihr individuelles Sicherheitsbedürfnis zu respektieren. Wir und nicht die bunte Truppe der Theoretiker und Statistikfans müssen den Patienten in die Augen schauen, wenn die Statistik versagt. Wir dürfen uns nicht, hinter Zahlen verschanzt, das Leben leicht machen. Der Hinweis, dass sein Fall ein ganz seltener ist, tröstet den Betroffenen ganz sicher nicht.

Das Ergebnis der zitierten Studie ist dabei nicht mehr als das, was der gesunde Menschenverstand vorgibt. Mit dem haben die Statistiker, im Gegensatz zum Erfinder der „evidence based medicine“, Prof. Sackett, allerdings ein echtes Problem.

Es gilt also, dem ideologisch oder intellektuell verkürzten Blick auf die onkologische Prävention die Bedürfnisse der Versorgungsrealität gegenüberzustellen.

## Zwei gute Gründe für eine umfassende Krebsfrüherkennung

### 1. Der gesunde Menschenverstand

Krebszellen vermehren sich anfangs in der Regel unbemerkt, ohne Symptome und lokal. In diesem Stadium ist jeder Tumor heilbar. Die zwangsläufige Logik ist die Verpflichtung, alles zu tun, um die Zeitbombe in diesem Stadium zu entschärfen. Das mag häufig nicht gelingen. Doch im Einzelfall ist es ein Mensch, der überlebt. Wenn Prof. Windeler (IQWiG) tönt, er gehe nur zum Arzt, wenn es schmerzt, ist das selbstverständlich sein gutes Recht. Es ist aber in höchstem Maße verantwortungslos, dies öffentlich als mustergültig zu deklamieren.

### 2. Das Problem der Statistiken

Statistiken sind keineswegs fehlerfrei. Wir alle wissen, dass die unfehlbare Statistik von gestern leider allzu oft der Irrtum von heute ist. Es stellt sich also die Frage, mit welcher Hybris die Apologeten der Statistik glauben, ausgerechnet heute sei das statistische Fehlerrisiko eradiziert. Bei Prostatakrebs lassen zudem auch methodisch korrekte Überlebensstatistiken nur auf sehr lange Sicht Rückschlüsse zu. Die ERSPC-Studie zeigt eindrucksvoll, wie sich die Datenlage im weiteren Verlauf der Studie verändert.

Viel wichtiger: Der Mensch ist nicht nur ein Punkt auf einer Grafik. Ob ein Individuum mit seinem einzigen Leben innerhalb oder außerhalb des Mediums der Gauß'schen Normverteilung liegt, lässt sich durch keine Erhebung dieser Welt voraussagen. Die Fokussierung auf Statistiken wird daher der Realität und dem Bedürfnis der Menschen nach größtmöglicher Sicherheit nicht gerecht.

7

Selbstverständlich wäre es Kernaufgabe der kassenärztlichen Bundesvereinigung, diesem ideologisch bedingten Trommelfeuer der Kassen (z.B. IGeL-Monitor) öffentlichkeitswirksam entgegenzutreten. Ebenso selbstverständlich hat sie dies als Sancho Pansa der Krankenkassen nicht getan, sondern stattdessen – formal abgemildert – „ins gleiche Horn geblasen“.

Aus diesem Grund hat der BDU auf Initiative der Uro-GmbH eine Patienten-Information als Argumentationshilfe für die Urologen in ihrer täglichen Praxisarbeit erstellt. Die entsprechende Patienteninformation finden Sie als Kopiervorlage auf Seite 17 dieser Nachrichten. Darüber hinaus können Sie das Dokument auch im internen Bereich unserer Website [www.uro-gmbh.de](http://www.uro-gmbh.de) herunterladen.

Diese Patienteninformation wurde von einer Presseerklärung („Wird mit dem Leben der Patienten gespielt?“) des Aktionsbündnisses fachärztlicher Organisationen (AFO) und des Berufsverbandes Deutscher Urologen e.V. (BDU) flankiert, die an Deutlichkeit wenig übrig ließ. Interessiert hat es die Laien-Journaille wie erwartet nicht. Nachlesen können Sie erwähnte Presseinformation ebenfalls im internen Bereich unserer Website [www.uro-gmbh.de](http://www.uro-gmbh.de).

von **Dr. Wolfgang Rulf**

(Ärztlicher Geschäftsführer der Uro-GmbH Nordrhein)

### III. Entscheidung zu wahlärztlichen Leistungen durch Honorarärzte – Urteil des Amtsgerichts Würzburg vom 09.02.2012

Für alle niedergelassenen Ärzte, die auch als operierende Honorarärzte in einem Krankenhaus tätig sind, besteht seit einiger Zeit eine rechtliche Unsicherheit, ob die von ihnen erbrachten wahlärztlichen Leistungen im Rahmen der Wahlarztkette abgerechnet werden können. Nachdem mit dem Versorgungsstrukturgesetz die zunächst angekündigten Klarstellungen in letzter Minute vom Gesetzgeber wieder gestrichen wurden, hat jetzt das Amtsgericht Würzburg in einem zivilrechtlichen Verfahren (Az. 17 C 1700/11) die Rechtmäßigkeit einer wahlärztlichen Liquidation durch einen Honorararzt bejaht.



Der Patient verlangte vom liquidierenden Honorararzt die Rückzahlung des Honorars, da es ohne Rechtsgrund bezahlt worden sei. Der beklagte Honorararzt wandte sich mit dem Hinweis auf die Möglichkeit der externen Wahlarztkette dagegen. Das Amtsgericht Würzburg urteilte, dass dem Patienten kein Anspruch auf Rückzahlung des Arzthonorars zustünde, da die Zahlung mit Rechtsgrund erfolgt sei.

In seiner Urteilsbegründung führte das Gericht aus: Der Arzt erbrachte im Sinne des Vergütungsrechts Leistungen der stationären Krankenhausbehandlung. Die honorarärztlichen Leistungen des Arztes sind als Krankenhausleistungen nach § 2 I 1 KHEntgG einzustufen, da zu den Krankenhausleistungen im stationären Bereich auch „die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter“ gehören. Eine Hauptleistung des Arztes liegt nicht vor, weil seine Operationsleistungen nicht den Hauptbestandteil der Krankenhausleistung ausmachen und auf den Operateur nur 10-15% des gesamten wirtschaftlichen Aufwands entfallen. Entgegen der Ansicht des Patienten liegt auch kein Verstoß gegen § 17 III KHEntgG vor. Es ist allerdings streitig, ob Leistungen hinzugezogener Honorarärzte auch als Wahlleistungen gemäß der Regelung des § 17 KHEntgG angeboten werden können.

Zunächst spricht der Wortlaut des § 17 III 1 KHEntgG dafür, dass nur Leistungen von arbeitsvertraglich oder durch das Beamtenrecht an das Krankenhaus gebundene Ärzte als wahlärztliche Leistungen erbracht werden dürfen, da die gesetzliche Regelung von „angestellten“ bzw. „beamteten“ Ärzten spricht. Auch eine „Veranlassung“ der Wahlleistung von den „angestellten oder beamteten“ Ärzten scheidet aus, da die Leistung durch den Krankenhausträger veranlasst werde. Gegen diesen Ansatz und damit für die „Wahlarztfähigkeit“ werden nachfolgende Argumente vorgebracht:



Die Formulierung „beamtete“ und „angestellte“ Ärzte der Regelung des § 17 III KHEntgG muss zunächst dahingehend betrachtet werden, dass der Gesetzgeber bis vor kurzem andere stationäre Kooperationsformen als die belegärztliche Kooperation nicht kannte. Daher kann die Formulierung „beamtete“ und „angestellte“ Ärzte aus damaliger Sicht als Abgrenzung zu den im Krankenhaus tätigen Belegärzten zu verstehen sein, die gerade keine Krankenhausleistungen erbringen. Die Formulierung „angestellter Arzt“ muss daher auch nicht zwangsläufig als sozialversicherungsrechtliches Arbeitsverhältnis zwischen dem Krankenhausträger und dem die Leistung erbringenden Arzt definiert werden.

Weiter wurde die Regelung des § 17 KHEntgG durch das Fallpauschalengesetz vom 23.04.2002 mit Wirkung zum 01.01.2005 erlassen. Nach der amtlichen Begründung des Fallpauschalengesetzes sollte hierdurch „im Wesentlichen“ eine Übernahme der entsprechenden Vorschriften der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) erfolgen. Allerdings enthielt die betreffende Vorgängervorschrift des § 22 BPfIV in ihrer letztmalig geltenden Fassung gerade keine Einschränkung auf „beamtete“ und „angestellte“ Ärzte des Krankenhauses, so dass nicht nachvollziehbar ist, aus welchen Gründen diese einschränkende Formulierung in § 17 III 1 KHEntgG aufgenommen wurde. Auch die Regelung des § 6 der Bundespflegesatzverordnung vom 25.04.1973 enthält keine Einschränkung für die Abrechnung gesondert berechenbarer ärztlicher Leistungen im Hinblick auf die Rechtsbeziehung des Arztes zum Krankenhausträger. Vielmehr wurde in dieser Fassung ebenso nur von „Ärzten des Krankenhauses“ gesprochen, woraus sich dann auch nicht der gesetzgeberische Gedanke einer Begrenzung des wahlärztlichen Leistungsspektrums ableiten lässt.

Der Krankenhausträger kann im Übrigen nach der Flexibilisierung der grundlegenden gesetzlichen Rahmenbedingungen grundsätzlich frei über den Einsatz von „Drittärzten“ entscheiden. Zudem wird in der Vorschrift des § 17 I 2 KHEntgG selbst normiert, dass die diagnostische und therapeutische Leistung von „einem Arzt“ erbracht werden muss. Wollte man dem Gesetzgeber bei der Regelung unterstellen, dass er nur „angestellte“ Ärzte hiervon umfasst sehen wollte, hätte er hier ebenso tätig werden müssen. Daher ist nicht ersichtlich, dass der Gesetzgeber durch die Formulierung des § 17 III 1 KHEntgG die Erbringung von wahlärztlichen Leistungen des Krankenhauses durch Kooperationsärzte dezidiert ausschließen wollte. Wenn demnach der Honorararzt als Leistungserbringer für das Krankenhaus anerkannt ist, kann diese Leistung auch „wahlleistungsfähig“ sein.

**Fazit:** Diese Entscheidung stärkt eindeutig die Position der Honorarärzte in den laufenden Auseinandersetzungen um die Tätigkeit niedergelassener Ärzte im Krankenhaus. Die Begründung des AG Würzburg ist stichhaltig und berücksichtigt insbesondere auch die Gesetzgebungshistorie des Krankenhausentgeltgesetzes, die von den anderslautenden Entscheidungen bislang nicht einbezogen wurde. Ferner geht das Urteil des AG Würzburg in erfreulicher Weise auf die Versorgungsrealität ein, die künftig mehr und mehr von einer Tätigkeit der Ärzte in ihrer Praxis und im Krankenhaus geprägt sein dürfte. Es ist zu hoffen, dass das Urteil in künftigen Rechtsstreitigkeiten erkenntnisleitend herangezogen wird.

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

## IV. Umsetzung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) durch die Landesregierung NRW – Brauchen Urologen jetzt eine Hygienefachkraft?

Die Mühlen des Gesetzes arbeiten langsam, aber stetig. Rund neun Monate nach Inkrafttreten der Neufassung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) unterbreitete die Landesregierung ihren Entwurf zur Umsetzung des § 23 Abs. 5 und 8 der KV Nordrhein – als eine Organisation unter etwa 50 weiteren – zur Stellungnahme. Die KV leitete diesen Entwurf zur Kommentierung an die Qualitätssicherungskommission „Ambulantes Operieren“ weiter.

Die Absätze 5 und 8 des § 23 IfSG erwähnen Einrichtungen zum ambulanten Operieren expressis verbis. Durch etwas schwammige Formulierungen im Gesetz ist es jedoch gut möglich, dass nicht operierende, aber endoskopierende Praxen – und damit letztendlich alle urologischen Praxen – ebenfalls unter die neuen gesetzlichen Vorgaben fallen.

Absatz 5 fordert von den Verantwortlichen innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene in Hygieneplänen, um – in Kombination mit § 23 Abs. 3 IfSG – die Weiterverbreitung von Krankheitserregern, insbesondere mit Resistenzen, zu vermeiden. Dies sollte jedoch mittlerweile in den urologischen Praxen problemloser Standard sein. Gemäß § 23 Abs. 4 IfSG ist aber darauf zu achten, dass das Auftreten von Keimen mit Resistenzen und Multiresistenzen **sowie deren Management** organisiert und dokumentiert wird.

**Cave:** Verstöße gegen Absatz 4 können mit 25.000 Euro und gegen Absatz 5 mit 2.500 Euro sanktioniert werden.

Brisant ist die Umsetzung des Absatzes 8, der die Landesregierungen verpflichtet, durch Rechtsverordnung **Maßnahmen zur Verhütung, Erkennung, Erfassung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und Krankheitserregern mit Resistenzen zu regeln**, insbesondere durch:

1. hygienische Mindestanforderungen an Bau, Ausstattung und Betrieb der Einrichtungen
2. Bestellung, Aufgaben und Zusammensetzung einer Hygienekommission
3. die erforderliche personelle Ausstattung mit **Hygienefachkräften** sowie Krankenhaushygienikern und die Bestellung von hygienebeauftragten Ärzten, einschließlich bis zum 31. Dezember 2016
4. befristete Übergangsvorschriften zur Qualifikation einer ausreichenden Zahl geeigneten Fachpersonals, Aufgaben und Anforderungen an Fort- und Weiterbildung der in der Einrichtung erforderlichen Hygienefachkräfte, Krankenhaushygieniker und hygienebeauftragten Ärzte
5. die erforderliche Qualifikation und Schulung des Personals hinsichtlich der Infektionsprävention
6. Strukturen und Methoden zur Erkennung von nosokomialen Infektionen und resistenten Erregern und zur Erfassung im Rahmen der ärztlichen und pflegerischen Dokumentationspflicht
7. die zur Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben erforderliche Einsichtnahme der in Nummer 4 genannten Personen in Akten der jeweiligen Einrichtung einschließlich der Patientenakten
8. die Information des Personals über Maßnahmen, die zur Verhütung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und Krankheitserregern mit Resistenzen erforderlich sind
9. die klinisch-mikrobiologisch und klinisch-pharmazeutische Beratung des ärztlichen Personals

Es ist offensichtlich, dass diese Bedingungen von Praxen nicht zu erfüllen sind. Im Entwurf der Landesregierung wurde dementsprechend auch eine Differenzierung zwischen Praxen und Krankenhäusern vorgenommen – allerdings mit einer gravierenden Ausnahme: der Verpflichtung für Praxen zu einer Hygienefachkraft! Es ist müßig darüber nachzudenken, ob dem Gesetzgeber – also der Landesregierung – bei der Formulierung „Hygienefachkraft“ bewusst war, dass es sich hier um eine geschützte Berufsbezeichnung handelt, die eine definierte, umfassende Weiterbildung zur Grundlage hat. Voraussetzung hierfür ist eine abgeschlossene Berufsausbildung zur Krankenschwester oder zum Krankenpfleger, eine mehrjährige Berufstätigkeit und eine sich daran anschließende zweijährige Zusatzweiterbildung. Selbst wenn, was selbstredend nicht der Fall ist, die Praxen derartige Fachkräfte finanzieren könnten, wären bei Weitem nicht ausreichend Hygienefachkräfte auf dem Markt.

Erfreulicherweise hat die KV Nordrhein in ihrer Stellungnahme die entsprechenden Kommentierungen der Qualitätssicherungskommission übernommen und an die Landesregierung weitergeleitet. Weniger erfreulich ist, dass die Einwände der KV Nordrhein im Ministerium auf weitgehend taube Ohren gestoßen sind. Man war lediglich bereit, auf die Forderung der festen Einstellung zu verzichten. Die definitive Ausgestaltung der Rechtsordnung bleibt abzuwarten.

Im Kielwasser der Aktivitäten aus dem Ministerium wurde die Abteilung Qualitätssicherung der KV Nordrhein aktiv. Mit einem im Februar 2012 verfassten Anschreiben wurden alle ambulant operativ tätigen Vertragsärzte aufgefordert, die beigefügten „Anforderungen an die hygienische Aufbereitung von Medizinprodukten in Nordrhein-Westfalen“, Stand 5. Juni 2008 (!!), umzusetzen. Bei genauer Durchsicht fällt auf, dass diese – für uns endoskopierenden Urologen eminent wichtig – höhere Anforderungen an die Aufbereitung stellen als die entsprechenden gesetzlich legitimierten Normen der Kommission am Robert-Koch-Institut. Dies betrifft die Qualitätssicherung der **manuellen Reinigung** und der **manuellen Desinfektion** sowie die Ausbildungsverpflichtung unserer Mitarbeiter. Gestützt werden diese Anforderungen durch Empfehlungen entsprechender Fachgesellschaften.

Nach Rechtsauffassung des Unterzeichners, welche von den Justiziarern des Berufsverbandes der deutschen Urologen e.V. und der Uro-GmbH bestätigt wurden, sind diese Fachgesellschaften jedoch zur rechtsverbindlichen Normgebung nicht berechtigt. Um Wiederholungen zu vermeiden, ist das entsprechende Schreiben an das Landesministerium und die KV Nordrhein auf den folgenden Seiten abgedruckt. Die Antworten aus dem Ministerium beziehungsweise der KV stehen noch aus.

von **Dr. Wolfgang Rulf**

(Ärztlicher Geschäftsführer der Uro-GmbH Nordrhein)

## V. Stellungnahme des BDU zur Umsetzung des IfSG

### BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN UROLOGEN E.V.

AUSSCHUSS FÜR  
GEBÜHRENORDNUNG  
(EBM, GOÄ) UND AMBULANTES  
OPERIEREN  
DR. WOLFGANG RULF



BERGSTRASSE 9  
40699 ERKRATH  
Telefon: 02104 - 4 30 48  
Telefax: 02104 - 4 30 40  
Email: W.Rulf@t-online.de

BDU - Dr. Wolfgang Rulf Bergstrasse 9 40699 Erkrath

Herrn  
Geschäftsführer der KV Nordrhein  
Stephan Bohnekamp  
Tersteegenstraße 9  
40474 Düsseldorf

nachrichtlich bzw durch getrenntes Anschreiben:

- Frau Ministerin  
Barbara Steffens  
Landesministerium Nordrhein-Westfalen  
für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter
- Herrn Dr. Peter Potthoff  
erster Vorsitzender KV Nordrhein
- Qualitätssicherungskommission  
„ambulantes Operieren“ der KV Nordrhein,  
zu Händen Herrn Dr. Reinhold Schaefer
- Dr. Axel Schroeder  
Vorsitzender  
Berufsverband der Deutschen Urologen (BDU)

12. März 2012

#### Anforderungen an die hygienische Aufbereitung von Medizinprodukten in NRW Ihr Schreiben vom Februar 2012; Ihr Zeichen: H1/411

Sehr geehrter Herr Bohnekamp,

als Fachreferent für Hygiene und Arbeitsschutz des Berufsverbandes der deutschen Urologen darf ich zu dem Vorgang wie folgt Stellung nehmen:

Ihrem Anschreiben zu den Anlagen *Anforderungen an die hygienische Aufbereitung von Medizinprodukten in Nordrhein-Westfalen (Stand 5.6.2008)* und *Empfehlung für die Überwachung der Aufbereitung von Medizinprodukten - Rahmenbedingungen für ein einheitliches Verwaltungshandeln* kann man entnehmen, dass die KV Nordrhein uneingeschränkt die in den Anlagen festgelegten Forderungen akzeptiert.

Dies ist aus Sicht des BDU - schon aus rein rechtlichen Erwägungen heraus - nicht in allen Punkten zu akzeptieren:

Das Recht, mit Normen gegebenenfalls in die Berufsfreiheit einschränkend einzugreifen, hat ausschließlich der Gesetzgeber sowie die von ihm ausdrücklich per Gesetz beauftragten Institutionen und die den entsprechenden Ministerien unterstellten Behörden. Mit Bezug auf das Thema Hygiene und Aufbereitung von Medizinprodukten sind normgebend das Medizinproduktgesetz (MPG), die Medizinproduktebetriebsverordnung (MPBetreibV), sowie die staatlichen Behörden Robert-Koch-Institut (RKI) und Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) mir ihren vom Gesetzgebern initiierten Kommissionen.

Sonstige Institute ohne staatlichen Auftrag - zum Beispiel eingetragene Vereine - sind trotz wohlklingender Namen (DGKH, DGSV et cetera) nicht zur Normensetzung

autorisiert, insbesondere vor dem Hintergrund der weit reichenden Konsequenzen (Teil-Berufsverbot).

In diesem Zusammenhang verweise ich auch auf die Ausführungen der KBV in den von ihr herausgegebenen Regelungen zum ambulanten Operieren, Seite 50, Kapitel 4.4 "Normen" zur Rechtsverbindlichkeit der durch das Deutsche Institut für Normierung e. V. (DIN) entwickelten Normen.

Unter der Voraussetzung des oben Genannten können die nachfolgend zitierten Passagen Ihres Schreibens nicht rechtsverbindlich sein, da diese sich - soweit von uns recherchierbar - nicht in den staatlich legitimierten Normen wiederfinden:

1. Kapitel 4 „Anforderungen an die manuelle Reinigung“ E: - Seite 11 - die geforderte Überprüfung auf Proteinrückstände mit geeigneten Probennahmen und mit einer semi-quantitativen Nachweismethode (z.B. Biuret,O-PA) ist nicht Gegenstand einer legitimierten Norm, sondern entspringt einer Leitlinie privater Vereine und haben damit unverbindlichen Empfehlungscharakter.

2. Gleiches gilt für die Forderung unter 5. „Anforderung an die manuelle Desinfektion“, C - Seite 13 - nach quantitativen mikrobiellen Kontrollen

3. des Weiteren kann ich die im ersten Absatz unter „B. Aufbereitung im ambulanten Bereich“ – Seite 18 - geforderte Mindestausbildung des Personals weder der MPBetreibV noch der entsprechenden RKI-Empfehlung entnehmen. Im Gegenteil, die RKI-Empfehlung „Anforderungen der Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“ schreibt die Qualifikation zur Sterilgutassistentin lediglich bei der Aufbereitung von Medizinprodukten der Klassifizierung "kritisch B und C" vor.

Im Namen des Berufsverbandes bitte ich, die Legitimität der monierten zulassungsrelevanten Normen nachzuweisen oder eine entsprechende Korrektur vorzunehmen.

Im Übrigen ist in diesem Zusammenhang auf § 23 Abs. 3 Satz 2 des IfSG hinzuweisen, wonach die Einhaltung des Standes der medizinischen Wissenschaft gesetzlich vermutet wird, wenn die Empfehlungen des RKI eingehalten wurden. Darüber hinausgehende Anforderungen einzelner Gruppen können diese gesetzliche Vermutung mithin nicht erschüttern, so dass diese weitergehenden Anforderungen auch aus diesem Grunde nicht ernsthaft verlangt werden können.

Für weitere Fragen stehe ich Ihnen gerne jederzeit zur Verfügung

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Wolfgang Ruff

## VI. Ergebnisse der Praxisumfrage 2011

Es ist geschafft: Die Praxisbefragung 2011 ist abgeschlossen. Insgesamt haben uns 82 Urologen einen ausgefüllten Fragebogen zugeschickt, so dass die Geschäftsstelle die Auswertung der interessanten Befragung auf einer zufriedenstellenden statistischen Basis durchführen konnte.

An dieser Stelle wollen wir uns zunächst ganz besonders bei den Einsendern für ihre Bemühungen bedanken, denn der diesjährige Fragebogen war ziemlich umfangreich. Aus allen Rücksendern haben wir zwei Gewinner der ausgelobten Preise gezogen.

### Gewonnen haben:

1. Preis (1.000 €)

*Frau Dr. Christina Grund, Köln*

2. Preis (500 €)

*Herr Dr. Markus Bücker, Wesseling*



### HERZLICHEN GLÜCKWUNSCH!!

Nachfolgend möchten wir Ihnen einige **ausgewählte Ergebnisse** der Befragung präsentieren:

Viele Kollegen sehen die Onkologie in der Urologie als gefährdet an. Entsprechend wünschen sich 72% der Befragten, dass die Uro-GmbH Nordrhein auch in 2012 weiterhin an der Stärkung der Onkologie arbeitet.

Eine unmittelbare Einflussnahme auf das KV-Honorarsystem und weiteres Engagement in der urologischen Berufspolitik wünschen sich 2/3 der Befragten von der Uro-GmbH Nordrhein. Als weniger wichtig gelten die Organisation von Fortbildungsveranstaltungen, die Gründung einer Einkaufsgemeinschaft und der Abschluss von Kassenverträgen. Die Geschäftsleitung der Uro-GmbH Nordrhein wird ihre Prioritäten für 2012 an diesen Ergebnissen orientieren.

Bei durchschnittlich immerhin gut 30% aller Generika-Verordnungen wird von den Befragten das aut-idem-Kreuz gesetzt, um sicherzustellen, dass der Patient das Produkt bekommt, von dessen Qualität der Verordner überzeugt ist.

Ein Großteil der Befragten – rund 40% – will seine Praxisstruktur im nächsten Jahr unverändert lassen. Von den Veränderungswilligen planen die meisten eine Kooperation mit Kliniken oder die Gründung/Erweiterung einer Gemeinschaftspraxis.

Der sehr umfangreiche medizinische Teil der Befragung wird an die Vorstände der Gesellschafternetze der Uro-GmbH Nordrhein sowie statistisch zusammengefasst an die Industrie-Partner weitergeleitet.

von **Oliver Frielingsdorf**

(Kaufmännischer Geschäftsführer der Uro-GmbH Nordrhein)

## VII. Kurznachrichten

### Veränderungen im Kreis der Partnerunternehmen

Der Kreis unserer Industrie-Partner hat sich verändert. Wir freuen uns, die Firma Janssen-Cilag seit dem 1. Januar 2012 als Premium-Partner begrüßen zu dürfen.



Frau Desiree Hillen, Frau Sabine August und Herr Dr. Arnulf Lutz betreuen die Urologen in Nordrhein und werden künftig auch mit der Geschäftsleitung der Uro-GmbH Nordrhein für die Projektarbeit in Kontakt stehen.

Ausgeschieden aus dem Kreis der Partnerunternehmen, die die Uro-GmbH Nordrhein und ihre berufspolitischen Anliegen unterstützen, sind dagegen die Firmen Pfizer, Rottapharm/Madaus und Orion Pharma.

### Einheitliches Auftreten des Aktionsbündnisses fachärztlicher Organisationen (AFO)

Um zukünftig die fünf Organisationen HNOet NRW eG, orthonet-NRW eG, GenoGyn Rheinland e.G., Anästhesienetz NRW e.V. und Uro-GmbH Nordrhein des Aktionsbündnisses fachärztlicher Organisationen (AFO) mit einer Stimme sprechen zu lassen, haben wir für das AFO ein einheitliches Logo entwickeln lassen. Neben einem besseren Wiedererkennungswert wird es uns so künftig gelingen, bei gemeinsamen Anliegen geschlossen aufzutreten.



## VIII. Am Rande bemerkt: Wohin mit der Kohle?

Stellen Sie sich vor, jemand, nennen wir ihn Herr Gekafau oder kurz: Herr G., hätte bei Hinz und Kunz (kurz: H. & K.) Schulden. Seit Menschengedenken pumpt er mit großem Gejammer über die kranke Oma Gott und die Welt an, um in Wirklichkeit seine Ausgaben bei Tiffany's, im Golfclub und auf der Kö zu bezahlen. Leider hat Herr G. Macht über besagte H. & K., so dass diese mit der Faust in der Tasche zahlen. Auch haben sie ziemlich die Hosen voll, denn Herr G. hat mächtige Freunde.

Nun kommt Herr G. unverhofft zu Reichtum. Aber statt seine Schulden bei seinen Gläubigern Hinz und Kunz zu bezahlen, verkündet Herr G., er müsse die Kohle für magere Zeiten zurücklegen, sonst riskiere er, zukünftig seine Schulden bei Tiffany's, im Golfclub oder auf der Kö nicht mehr bezahlen zu können. Das könnten doch H. & K. nicht wollen, denn sonst müsse er in Zukunft H. & K. noch mehr anpumpen. Außerdem habe er genug damit zu tun, Begehrlichkeiten von Fritz und Franz abzuwehren. Diese haben zwar Herrn G. bisher keinen Cent geliehen, gleichwohl würde er – mit noch mächtigeren Freunden im Rücken – den unerwarteten Geldsegen doch zu gern zum eigenen Vorteil ausgeben.

Auch die Nachbarschaft diskutiert emsig, ob nun Fritz oder doch Franz was abkriegen sollte. Nur über Hinz redet keiner, ebenso wenig wie über Kunz. Denn die sind ganz still und verzichten gerne. Herr Gekafau könnte ja böse werden und dann könnte es noch viel schlimmer kommen. Da sind H. & K. froh, dass es ist, wie es ist. Eine blöde Geschichte finden Sie? Bestimmt, aber eine wahre! Wer Herr Gekafau ist, wissen Sie. Wer Hinz und Kunz sind, ahnen Sie – die Story hinter der Story vielleicht auch.

Finden Sie es nicht faszinierend, dass die Kassenüberschüsse für alles Mögliche verwendet werden sollen? Jedoch kommt niemand auf die doch naheliegende Idee, die täglich zunehmenden Schulden bei den Kassenärzten zum Vorteil einer verbesserten Patientenversorgung – zumindest ansatzweise – auszugleichen! Selbstredend auch nicht H. & K.'s Freunde, die KBV, die GFB, der HB, die KV Nordrhein, um nur einige zu nennen.

Niemand? Nun ja niemand, außer – nach einer doch sehr erstaunlichen Latenzzeit – den Vertreterversammlungen der KVen Hamburg und Hessen. Die fordern tatsächlich, den ausstehenden Werklohn bei den Ärzten auszugleichen, bevor Milliarden als Wahlgeschenke verpuffen, im Steuersäckel verschwinden oder mediterranen Schlendrian subventionieren.

Und, selbstredend niemand außer Ihrer Uro-GmbH. Zusammen mit unseren Freunden vom BDU LVNo haben wir Vorstand und Vertreterversammlung der KV Nordrhein nachdrücklich aufgefordert, im Sinne der KVen Hamburg und Hessen zu handeln. Schau'n mer mal auf die Antwort.

Alternativ wüsste ich noch einen honorablen Empfänger: die Mafia (die andere, die eine hat das Geld ja schon). Unsere treu sorgende Mutter KBGKV sollte uns ein paar Mille Schutzgeld allemal wert sein.

von **Dr. Wolfgang Rulf**

(Ärztlicher Geschäftsführer der Uro-GmbH Nordrhein)



# FREIWILLIGE Vorsorgeleistungen

## - sinnvoll oder Abzocke?

Liebe Patienten,  
Vorsorge ist wichtig – und das nicht erst im höheren Alter. Jeder Lebensabschnitt bringt Veränderungen und gesundheitliche Gefahren mit sich. Auch und vor allem im urologischen Bereich können präventive Untersuchungen Leben retten. Leider fallen diese nicht oder erst viel zu spät in die kassenübliche Versorgung. Gesetzlich versicherte Patienten haben jedoch die Möglichkeit, diese Vorsorgeleistungen als Selbstzahlerleistungen (IGeL) zu wählen.

Doch immer häufiger verurteilen Krankenkassen, Verbraucherschutzorganisationen und sogar einige Mediziner Selbstzahlerleistungen als unmoralische Abzocke vermeintlich geldgieriger Ärzte. Ihr Hauptargument: Überlebensstatistiken. Die Wirklichkeit sieht jedoch ganz anders aus!

Eine aktuelle Studie belegt, dass in den USA deutlich mehr Menschen die häufigsten Krebsarten überleben als in Deutschland. Experten sehen in Vorsorgeprogrammen, die in Amerika viel länger und intensiver genutzt werden, eine mögliche Erklärung (Quelle: Annals of oncology 2012; 23 / Ärztezeitung vom 3.2.2012). Das zeigt ganz deutlich unseren Nachholbedarf. Wir als Berufsverband Deutscher Urologen möchten Ihnen daher heute unsere Sicht nahe bringen:

### GUTE GRÜNDE FÜR SELBSTZAHLERLEISTUNGEN

#### 1. Der gesunde Menschenverstand

Bösartige Krebszellen vermehren sich tückischerweise in der Regel unbemerkt und ohne Symptome. Hat ein Tumor jedoch erst einmal gestreut, gibt es oft keine Heilung mehr. Eine Entfernung im frühen Stadium offenbart jedoch meist gute Genesungschancen. Nicht immer, aber – wenn überhaupt – durch präventive Untersuchungen!

#### 2. Das Problem der Statistiken

Statistiken sind keineswegs unfehlbar. Oft widersprechen sie sich sogar und werden von bestimmten Interessengruppen in Auftrag gegeben oder in ihrem Sinne interpretiert. Insbesondere bei Prostatakrebs lassen selbst methodisch korrekte Überlebensstatistiken nur auf sehr lange Sicht Rückschlüsse zu.

#### 3. Der Tunnelblick auf Statistiken

Der Mensch ist nicht nur ein Punkt auf einer Grafik. Ob ein Individuum mit seinem einzigen Leben innerhalb oder außerhalb der statistischen Wahrscheinlichkeit liegt, lässt sich durch keine Erhebung dieser Welt voraussagen. Die Fokussierung auf Statistiken wird daher der Realität und dem Bedürfnis der Menschen nach größtmöglicher Sicherheit nicht gerecht.

Wir möchten Ihnen daher ausdrücklich ans Herz legen, sich nicht durch die öffentliche Meinungsmache verunsichern zu lassen. Auch nicht vom IGeL-Monitor der Kassen. Diese Auflistung angeblich unnötiger Angebote – wie beispielsweise der PSA-Test zur Früherkennung von Prostatakrebs beim Urologen – soll Ihnen lediglich den Eindruck vermitteln, durch die Kassenleistungen ausreichend versorgt zu sein. Gerade bei der Krebsvorsorge gilt jedoch das Prinzip: Sicherheit geht vor. So viel sollte jedem seine Gesundheit wert sein!

**Sprechen Sie uns an. Wir beraten Sie gern.**





## 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: 31.03.2012

Die Uro-GmbH-Nachrichten erscheinen vierteljährlich.

Die Uro-GmbH-Nachrichten sind für Mitglieder kostenlos.

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

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, 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](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)**