

# URO-GmbH Nachrichten



**Fortbildung – wieder anders?**

**Neue Reformen  
im Gesundheitswesen**

**Praxisabgabe: Werbemaßnahmen  
können Kaufvertrag unwirksam  
machen**

**Kurznachrichten**

ANZEIGE

**AMGEN**<sup>®</sup>

janssen  Oncology  
PHARMACEUTICAL COMPANIES OF *Johnson & Johnson*

*Takeda*

**UROMED**  
PRODUKTE FÜR DIE UROLOGIE

 **APOGEPHA**  
Ihr Partner in der Urologie

 **astellas**

 **BESINS**  
HEALTHCARE  
Innovating for Well-being

 **Dr. Pfleger**  
ARZNEIMITTEL

 **HEXAL**  
A Sanofi Brand

 **IPSEN**  
Innovation for patient care

**Jenapharm**   
Liebe. Leben. Gesundheit.

**medac**  
urologie

 **T I E T Z E & P O Z O**  
Medizintechnik GmbH

## Inhaltsverzeichnis

I.	Editorial	4
II.	Fortbildung – wieder anders?	5
III.	Neue Reformen im Gesundheitswesen	6 - 9
IV.	Praxisabgabe: Werbemaßnahmen können Kaufvertrag unwirksam machen	11 - 12
V.	Kurznachrichten	14

## I. Editorial

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

kaum legt die Pandemie eine Atempause ein, ploppen die alten Themen des Gesundheitssystems in Deutschland wieder auf und entzaubern den Gesundheitsminister. Die Pandemie erklären war einfach, jetzt braucht es ein neues Expertengremium, das eigentlich – wie immer in solchen Fällen – den Versicherten und den Leistungserbringern die unangenehmen Maßnahmen in Zukunft beibringen soll. Als Erstes sollen die Kliniken unter die Lupe genommen werden, aber mit der Ausweitung des ambulanten Operierens, werden sich auch die Kolleginnen und Kollegen in der Praxis umstellen müssen.

Es bleibt spannend!

Ihre Uro-GmbH Nordrhein



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

## II. Fortbildung – wieder anders?



Lange haben wir darauf gewartet, jetzt können wir uns wieder in Präsenz fortbilden. Die erste Möglichkeit gab es beim nordrhein-westfälischen Urologen Kongress in Münster. Wollen wir hoffen, dass dies so weitergeht. Eines haben wir aus der hinter uns liegenden Pandemie gelernt, Fortbildung geht auch anders als nur in Präsenz. Ich glaube, dass die vielen Online-Veranstaltungen schon einen Eindruck bei uns allen hinterlassen haben. Wir haben gemerkt, es geht auch anders. Manchmal fanden wir sogar auch diese Fortbildung als sehr angenehm, weil man sie zum Beispiel von zu Hause aus machen konnte, gegebenenfalls am Feierabend nach getaner Arbeit bei einem Gläschen Wein oder auch einem Glas Bier.

Dass dies nicht die Fortbildung der Zukunft ist, war uns, glaube ich, allen bewusst. Natürlich wird es in Zukunft auch viele onlinebasierte Veranstaltungen geben – wir haben gerade zum zehnten Mal die Veranstaltung für unsere MFA's zur Auffrischung der Onkologie online durchgeführt. Hier sind wir inzwischen bei über 600 Teilnehmern. Man kann also mit Fug und Recht sagen, dies war ein Erfolgsmodell, auch, wenn es damals noch keine Pandemie gab.

Wir haben gelernt, dass wir auch auf anderen Wegen unsere neuesten Informationen bekommen können. Wir haben gelernt, auch hier mit großer Disziplin nicht nur zuzuhören, sondern auch mitzudiskutieren und eine erfolgreiche Lernkontrolle zu absolvieren. So manch eine Fortbildungsveranstaltung wird auch in naher Zukunft so ablaufen, was mir persönlich sehr gefällt. Wir wollen jetzt hoffen, dass der Herbst uns nicht wieder eines Besseren belehrt und die gesamten Auflagen des letzten Herbstes wieder Wirklichkeit werden. Nach einer jetzt erstmals wieder in Präsenz durchgeführten Gesellschafterversammlung habe ich die Hoffnung, dass wir uns in den nächsten Monaten auch wieder öfters persönlich begegnen werden.

Ich wünsche allen einen schönen und erholsamen Urlaub und eine gesunde Heimkehr.

**Dr. Reinhold Schaefer**

(ärztlicher Geschäftsführer der Uro-GmbH Nordrhein)

### III. Neue Reformen im Gesundheitswesen

Kaum legt die Corona-Pandemie eine Pause ein, treten die alten Probleme des deutschen Gesundheitswesens wieder hervor. Diese heißen immer noch: Überalterung der Versicherten, Überalterung der Leistungserbringer, steigende Ansprüche, wissenschaftlicher Fortschritt, Überlastung in Pflege und Medizin, geänderte Arbeitsvorstellungen der jüngeren Generationen und vor allem - wie soll das finanziert werden?

Entsprechend sieht sich Karl Lauterbach in der Bredouille, dass ein guter Ein-Mann-Talk-Show-Pandemie-Erklärer eben noch lange kein guter Gesundheitsminister sein muss. Entsprechend handelt er nach dem Motto: Wenn Du nicht mehr weiter weißt, dann gründe einen Arbeitskreis! So hat er in den letzten Tagen zur Krankenhausreform ein neues Expertengremium, das vorrangig aus Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern besteht, präsentiert, das getreu seinen Ankündigungen in den nächsten zwei Jahren wissenschaftlich, evidenzbasierte Vorschläge zur Reform der Krankenhausversorgung machen soll. Vertreter der Leistungserbringer und Kostenträger wurden in diesem Kreis ausdrücklich ausgeschlossen, was darauf schließen lässt, dass die Ergebnisse der Experten zunächst einmal unabhängig von Lobbyinteressen erarbeitet werden sollen. Vorsitzender des Gremiums ist der Psychiater und offensichtliche Dutzfreund Prof. Tom Bschor aus Berlin.

Neben der beabsichtigten Krankenhausreform findet parallel eine Reform des ambulanten Operierens (AOP) statt. Im Auftrag von KBV, GKV-Spitzenverband und DKG hat das IGES-Institut ein Gutachten vorgelegt, das 2500 zusätzliche ambulante Operationen definiert hat, die bisher vollstationär erbracht wurden. Eine Reform in diesem Bereich sowie die Krankenhausreform könnten im Zusammenspiel erhebliche Auswirkungen auf die Versorgungslandschaft in Deutschland haben.

6

In allen offiziellen Veröffentlichungen zu diesen Themen wird sehr ausführlich, systematisch und zum Teil, wie im Krankenhausplan NRW, mathematisch begründet, warum und wie Leistungen anders erbracht werden sollten und wie viele Leistungen zu erwarten sind. Im NRW-Plan finden vor allem Leistungsgruppierungen statt. Sie haben das Ziel, die Versorgung zu kategorisieren, um in Zukunft verschiedene Kategorien von Krankenhäusern zu planen. Dabei soll es nach dem Willen von NRW-Gesundheitsminister Laumann für jeden Bürger ein Krankenhaus geben, das innerhalb von 20 Minuten zu erreichen ist. Es soll dabei kleinere Krankenhäuser geben, die eine einfachere Grundversorgung vorhalten und wenige große Kliniken, die Maximalversorgung und damit komplexere Behandlungen anbieten. Auch in den Vorstellungen des Marburger Bundes (MB) für die Zukunft der Krankenhäuser spielen diese Kategorien eine wesentliche Rolle, wobei es nach den Vorstellungen des MB zusätzlich eine Kooperation zwischen den Grundversorger-Kliniken und den Kliniken der Maximalversorgung geben soll. Wenn gleichzeitig 2500 diagnostische und operative Prozeduren zusätzlich aus dem bisher stationären in den ambulanten Leistungsbereich überführt werden sollen, bedeutet dies eine deutliche Umstrukturierung der Kliniken, da für solche ambulanten Prozeduren auch entsprechende Ressourcen geschaffen werden müssen, die es jetzt noch nicht ausreichend gibt. Im Ergebnis könnte es darauf hinauslaufen, dass es unter den Kliniken zu Arbeitsaufteilungen kommt. Kleinere Kliniken in Ballungsräumen könnten so zu ambulanten Leistungszentren umstrukturiert werden, während sich die komplexen Prozeduren an wenigen Kliniken in den Ballungsräumen konzentrieren. Kliniken in ländlichen Regionen werden zu Gesundheitszentren mit Notfallversorgung und stationärer Basisversorgung umfunktionierte, um Patienten zu selektieren, in den komplexen Versorgungsbereich zu überführen und anschließend weiter zu betreuen.

Auf das Fach Urologie würde ein solches Szenario erhebliche Auswirkungen haben. Die großen tumorchirurgischen Eingriffe würden sich auf deutlich weniger Kliniken konzentrieren als bisher. Die „Brot- und Butter“-Eingriffe in der Urologie, die heutzutage noch stationär durchgeführt werden, wie TUR-BT, URS bei Steintherapie, DJS-Einlage bei Steintherapie, ESWL, Prostatabiopsie und urodynamische Abklärung würden weitgehend in den ambulanten Bereich verschoben.

ANZEIGE

AMGEN

janssen Oncology  
PHARMACEUTICAL COMPANIES OF Johnson & Johnson

Takeda

UROMED  
PRODUKTE FÜR DIE UROLOGIE

Alle diese Reformüberlegungen sind nicht neu und so logisch und sinnvoll sie klingen mögen, so sehr scheitern sie bisher an den Vergütungsstrukturen. Denn das eigentliche Problem des deutschen Gesundheitssystems heißt nicht, dass die deutschen Leistungserbringer reformresistent wären, sondern es völlig falsche Vergütungssysteme gibt, die Reformen in die ein oder andere Richtung nahezu unmöglich machen. Insbesondere die Sektor-differente Vergütung erweist sich hier als das eigentliche Problem des deutschen Gesundheitssystems. Man kann nicht verlangen, dass ambulante Operationen mit dem gleichen Qualitätsanspruch zu einem Bruchteil des Honorars im Vergleich zur stationären Fallpauschale vergütet werden.

Und wenn in Zukunft ambulante OPs nach einer einheitlichen Systematik besser vergütet werden, kann es nicht sein, dass die Untersuchung und Abklärung zur Indikationsstellung anders bemessen wird. Solange die Budgetierung im ambulanten und die Pauschalisierung im stationären Versorgungssystem nicht geändert werden, wird es keine Reformen im Deutschen Gesundheitssystem geben. Solange die demographische Entwicklung aber einen gewaltigen Berg von Versorgung bedeutet, werden Kostenträger im deutschen Solidar- und Umlagesystem nicht auf Budgetierung und Pauschalisierung verzichten können. Tatsächlich logisch ist daher zunächst eine Reform der Finanzierung des Deutschen Gesundheitssystems. Dies ist aber mit rein wissenschaftlichen Methoden nicht zu erbringen. Dies ist vor allem eine politische und gesellschaftliche Aufgabe, um die sich seit mindestens 20 Jahren herumgedrückt wird. Was es endlich bräuchte, wäre eine ehrliche Kommunikation darüber, was Krankheit und Pflege kosten wird und eine Diskussion darüber, dass dies über eine Umlageversicherung nicht mehr zu leisten ist. Es braucht keine neuen Expertengremien oder dicke Gutachten. Ohne eine Reform der Finanzierung des Gesundheitswesens, ist jede weitere Reform am System der Leistungserbringer nur ein herumdoktern an den Symptomen. Dies bringt nur neue Verkomplizierung, neue Bürokratie, neue Bürokratiegewinner und zusätzliche Bürokratiekosten. An dem eigentlichen Ziel im Gesundheitswesen, einer bestmöglichen Versorgung der Patienten, ändern Bürokraten aber nichts.

Kennzahlen 2020 Deutschland – Fachbereich Urologie stationär –	
Abteilungen	495
Aufgestellte Betten	13 864
Belegungsgrad	65,4%
Behandlungsfälle	797 813
durchschnittliche Verweildauer (Tage)	4,2
Belegungstage	3 324 758
davon Belegungstage Intensivmedizin	67 183

Quelle: © Statistisches Bundesamt (Destatis), 2022

### Prognostizierte stationäre Behandlungsfälle in NRW in 2024 – Leistungsgruppe "Urologie"

#### Leistungsgruppendefinition

Die Leistungen der allgemeinen Leistungsgruppe "Urologie" orientieren sich am Gebiet "Urologie" der Weiterbildungsordnungen der beiden nordrhein-westfälischen Ärztekammern. Die Fallzuordnung erfolgt anhand der in der nachstehenden Tabelle aufgeführten Fachabteilungsschlüssel.

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Definition	ICD/OPS-Nr.	ICD/OPS-Bezeichnung + weitere Angaben	FAB-ID	FAB-Bezeichnung
20.1	Urologie	WBO		Orientierung am WBO-Gebiet Urologie	2200 2290	Urologie Urologie - Sonstiger Schwerpunkt

Quelle: Krankenhausplan NRW 2022, Ministerium Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen

#### Bedarfsprognose und Versorgungsziel

Für das Jahr 2024 sind nach der durchgeführten Bedarfsprognose 198.898 Fälle zu erwarten.

## Aus den TOP 20 der in 2019 abgerechneten Fallpauschalen (DRGs) in Kliniken

### Allgemeine Behandlungen

Rang	DRG	Inhalt der DRG	Anzahl
7	L63F	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte mäßig aufwendige / aufwendige / hochaufwendige Behandlung, ohne Komplexbeh. MRE, ohne best. schwere Infektionen, Alter > 5 und < 18 Jahre, ohne schwere CC od. Alter > 17 und < 90 Jahre	155 913
17	L64D	Andere Erkrankungen der Harnorgane ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte Diagnose oder ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre	82 287

### Tumorbehandlungen

Rang	DRG	Inhalt der DRG	Anzahl
6	M60C	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne hochgradig komplexer Chemotherapie	37 275
8	L62C	Neubildungen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre	29846
14	M60B	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC, mit hochgradig komplexer Chemotherapie	2 489

Quelle: IGES-Institut GmbH, Gutachten nach §115b, SGB V, März 2022

## TOP 23 Urologische OPS-Empfehlungen zur Erweiterung §115b

OPS-Code	KapNr.	Titel	Anzahl vollst. Fälle in 2019
1-463.1	1	Perkutane (Nadel-)Biopsie an Harnorganen und männlichen Geschlechtsorganen: Prostata	1.784
1-464.00	1	Transrektale Biopsie an männlichen Geschlechtsorganen: Stanzbiopsie der Prostata: Weniger als 20 Zylinder	14.481
1-464.01	1	Transrektale Biopsie an männlichen Geschlechtsorganen: Stanzbiopsie der Prostata: 20 oder mehr Zylinder	5.077
1-465.1	1	Perkutane Biopsie an Harnorganen und männlichen Geschlechtsorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Prostata	3.891
5-601.6	5	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Elektrische Vaporisation	2.230
5-601.70	5	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Exzision durch Laser: Holmium-Laser-Enukleation	7.904



OPS-Code	KapNr.	Titel	Anzahl vollst. Fälle in 2019
5-573.1	5	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Inzision des Harnblasenhalses	9.082
5-573.41	5	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Resektion: Fluoreszenzgestützt mit Hexaminolävilinsäure	28.109
5-573.40	5	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Resektion: Nicht fluoreszenzgestützt	82.709
5-579.62	5	Andere Operationen an der Harnblase: Injektionsbehandlung: Transurethral	9.944
1-460.0	1	Transurethrale Biopsie an Harnorganen und Prostata: Nierenbecken	1.731
1-463.0	1	Perkutane (Nadel-)Biopsie an Harnorganen und männlichen Geschlechtsorganen: Niere	2.293
1-465.0	1	Perkutane Biopsie an Harnorganen und männlichen Geschlechtsorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Niere	11.977
1-460.1	1	Transurethrale Biopsie an Harnorganen und Prostata: Ureter	4.128
1-665	1	Diagnostische Ureterorenoskopie	43.149
5-550.1	5	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung: Nephrostomie	20.134
5-550.20	5	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung: Entfernung eines Steines: Perkutan-transrenal	2.998
5-550.21	5	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung: Entfernung eines Steines: Ureterorenoskopisch	12.740
5-550.31	5	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung: Entfernung eines Steines mit Desintegration (Lithotripsie): Ureterorenoskopisch	11.764
5-560.2	5	Transurethrale und perkutan-transrenale Erweiterung des Ureters: Bougierung, transurethral	14.124
5-560.8	5	Transurethrale und perkutan-transrenale Erweiterung des Ureters: Entfernung eines Stents, transurethral	3.117
5-561.7	5	Inzision, Resektion und (andere) Erweiterung des Ureterostiums: Bougierung, transurethral	3.791
1-565	1	Biopsie am Hoden durch Inzision	2.445

Quelle: IGES-Institut GmbH, Gutachten nach §115b, SGB V, März 2022

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

## Deine Manndeckung – Aufklärung zur Früherkennung von Prostatakrebs

Viele Männer beschäftigen sich nur ungern mit dem Thema Prostatakrebsfrüherkennung. Dabei ist Prostatakrebs die häufigste Krebserkrankung bei Männern in Deutschland. Das möchten wir von Janssen Deutschland - mit der Initiative "Deine Manndeckung" ändern.

Bereits seit 2015 ist die Initiative „Deine Manndeckung“ im Sinne der Prostatakrebsfrüherkennung aktiv. In Fußballstadien oder anderen Sportvereinen wurden bundesweit zahlreiche Männer der Zielgruppe auf das wichtige Thema aufmerksam gemacht.

Eine begehbare Prostata kam auch zum Einsatz und konnte von Männern „unter die Lupe“ genommen werden. Viele engagierte Urologen, Urologenverbände sowie der Bundesverband der deutschen Urologen unterstützen die Initiative kontinuierlich und mit viel Engagement. Mittlerweile ist die Initiative stark digital unterwegs – über Online Portale und Social Media wird die Aufklärung digital in der Zielgruppe ausgeweitet.



## DEINE-MANNDECKUNG.DE Aufklärung zur Früherkennung Prostatakrebs

Eine Initiative der Janssen-Cilag GmbH

**janssen** Oncology  
PHARMACEUTICAL COMPANIES OF Johnson & Johnson

Mehr Erfahren unter: [www.deine-manndeckung.de](http://www.deine-manndeckung.de)



Zusätzlich geht es auch akustisch weiter. Ganz nach dem Motto „JETZT WIRD TACHELES GEREDET“ informiert „Deine Manndeckung“ in einem Podcast rund um das Thema Früherkennung:

<https://www.janssenwithme.de/de-de/prostatakrebs-vorsorge/podcast>

## IV. Praxisabgabe: Werbemaßnahmen können Kaufvertrag unwirksam machen

Ein niedergelassener Zahnarzt einigte sich mit einer die Tätigkeit einstellenden Kollegin über den Erwerb des Patientenstamms ihrer privat- und vertragszahnärztlichen Praxis und die künftige Versorgung ihrer Patienten. Unter anderem wurde die Umleitung der Anrufe auf dem Telefonanschluss und der Aufrufe der Internetseite der Zahnärztin auf den Anschluss und die Domain des Käufers vereinbart. Die Patientenkartei und sämtliche Krankenunterlagen sollten mit vollständiger Kaufpreiszahlung in Eigentum und Besitz des Käufers übergehen, soweit Patienten-Einwilligungserklärungen vorlägen. Unabhängig davon sollte der Käufer sowohl die manuell geführte Patientenkartei (in einem verschlossenen Aktenschrank) als auch die elektronische Patientenkartei (geschützt durch ein ihm zur Verfügung stehendes Passwort) für die Abgeberin in Verwahrung nehmen. Im Übrigen verpflichtete sich die Zahnärztin, ihren Patienten in einem informativen Rundschreiben die Fortsetzung der Behandlungen durch den Kläger zu empfehlen. Nachdem die Zahnärztin eine Rechtsauskunft bei der Landeszahnärztekammer eingeholt und diese Bedenken bezüglich der Weiterleitung der Patienten geäußert hatte, berief sich die Zahnärztin auf die Unwirksamkeit dieser Regelungen und verweigerte die Vertragserfüllung.



Die Klage des Käufers auf Vertragserfüllung hatte keinen Erfolg. Der BGH bestätigte die Nichtigkeit des Kaufvertrags. Der „Verkauf eines Patientenstamms“ sei – anders als der Verkauf einer Arztpraxis im Ganzen – rechtlich nicht möglich. Die Berufsordnung untersage es, für die Zuweisung von Patienten oder Untersuchungsmaterial ein Entgelt oder eine sonstige wirtschaftliche Vergünstigung zu fordern, sich versprechen oder gewähren zu lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren. Bei Praxisveräußerungen gelte insoweit keine Ausnahme.

Der Begriff der „Zuführung“ in §§ 299a, 299b StGB entspreche inhaltlich dem in der einschlägigen Berufsordnung sowie in § 73 Abs. 7 SGB V und § 11 Abs. 1 S. 1 ApoG gleichbedeutenden Begriff der „Zuweisung“. Hierunter sei jede Einwirkung auf Patienten mit der Absicht zu verstehen, deren Wahl unter Ärzten oder anderen Leistungserbringern zu beeinflussen. Entscheidend sei dabei nicht die Handlungsmodalität, also wie auf die Patienten eingewirkt wird, sondern mit welcher Intention dies geschieht. Die von den Parteien vereinbarten Um- und Weiterleitungen sowie das Empfehlungsanschreiben stellten zweifellos eine unzulässige Zuweisung dar.

Bundesgerichtshof, Beschluss vom 09.11.2021 – VIII ZR 362/19

**Fazit:** Im Rahmen einer (Teil-)Übertragung einer Praxis bzw. des Patientenstamms kommt der Kontinuität des Außenauftritts eine erhebliche Bedeutung zu, damit die Patienten wissen, dass sie auch weiterhin gut versorgt werden und sich nicht nach alternativen Behandlungsmöglichkeiten umschauchen müssen. Daher wird der Abgeber regelmäßig verpflichtet, an der Überleitung der Kommunikationsanbindungen (Telefon, Internetdomain) auf den Erwerber mitzuwirken.

Auch der Patientenkartei kommt bei der Überleitung des Patientenstamms eine besondere Bedeutung zu. Denn der Erwerber geht davon aus, dass sich die Patienten dort weiterbehandeln lassen, wo sich deren Unterlagen befinden – und er erwartet vom Veräußerer entsprechende Mitwirkungshandlungen bzw. Werbemaßnahmen, die darauf abzielen, die Patienten dem Erwerber zuzuführen bzw. diesem zu erhalten.

Auch wenn sich die Ausführungen des BGH bewusst nicht auf den Verkauf einer Praxis im Ganzen beziehen, ist zu erwarten, dass im Zusammenhang mit einer Praxisveräußerung ungefragt an Patienten gerichtete Empfehlungen zur Weiterbehandlung ebenfalls als unzulässig gewertet werden und zur Vertragsnichtigkeit führen können.

**Praxistipp:** Informationen über die Beendigung der ärztlichen Tätigkeit in der jeweiligen Praxis sind unproblematisch. Diese finden meistens im persönlichen Gespräch mit den Patienten statt, können aber auch durch Aushang oder auf der Homepage verbreitet werden. Der Name des Nachfolgers darf ebenfalls genannt werden. Auf die fachlichen Qualifikationen des Nachfolgers kann hingewiesen werden.

Allerdings darf die Fortsetzung der Behandlung durch den Nachfolger nicht ungefragt empfohlen werden. Auf Nachfrage des Patienten kann eine Empfehlung für einen Nachbehandler ausgesprochen werden. Da allerdings ein Teil des Kaufpreises als Vergütung für Mitwirkungshandlungen zur Übertragung des Patientenstamms eingestuft werden könnte, sollte auch auf Nachfrage des Patienten keine Empfehlung für den Nachfolger ausgesprochen werden, da nicht nachzuweisen ist, dass die Empfehlung auf sachlichen und nicht finanziellen Erwägungen beruht.

Problematisch ist nunmehr die Übernahme oder Umleitung von Telefonanschlüssen: Die einvernehmliche Überlassung der Kommunikationsanschlüsse dient dem Zweck, dass die Patienten Kontakt zu dem neuen Praxisinhaber aufnehmen, obwohl sie evtl. keine Kenntnis von dem Inhaberwechsel haben. Hierin sieht der BGH eine unzulässige Zuweisung. Daher müsste sich der Praxiserwerber neue Kommunikationsanschlüsse zuweisen lassen. Eine von der Entscheidung der anrufenden Patienten abhängige Rufweiterleitung (etwa durch ein entsprechendes Sprachdialogsystem) würde auch deren Interessen berücksichtigen.

**RA Olaf Walter**

(Justiziar der Uro-GmbH Nordrhein)

## Osteoprotektion mit XGEVA® bei Patienten mit fortgeschrittenem Prostatakarzinom<sup>1</sup>

Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen können unter anderem aufgrund neuer Therapien häufig immer länger leben. Das betrifft auch Patienten mit Prostatakarzinom. Da es bei dieser Krebsart in ca. 80-90% der Fälle zur Bildung von Knochenmetastasen kommen kann<sup>2</sup>, ist die Prävention von skelettbezogenen Komplikationen<sup>1</sup> z.B. mit XGEVA® für den Erhalt der Lebensqualität von besonderer Bedeutung.



Als skelettbezogene Komplikationen (SREs) definiert sind pathologische Fraktur, Bestrahlung des Knochens, Rückenmarkskompression und operative Eingriffe am Knochen<sup>1</sup>. Die Bedeutung von SREs und deren Vermeidung durch einen Knochenschutz mit Arzneimitteln wird z.B. durch eine Sicherheitsanalyse der Studie PEACE-3 bestätigt<sup>3</sup>. Das Design der Studie PEACE-3 war so gestaltet, dass Radium-223 plus Enzalutamid mit Enzalutamid allein bei mCPRC<sup>4</sup> Patienten verglichen wurde. Ohne Knochenschutz stieg die Zahl der Frakturen in beiden Behandlungsarmen deutlich an: Nach einem und 1,5 Jahren lag die kumulative Inzidenz von Knochenfrakturen ohne Osteoprotektion in der Enzalutamid-Gruppe bei 15,8 % bzw. 22,3 %, mit Osteoprotektion dagegen nur bei jeweils 2,8 %. Noch deutlicher war der Unterschied unter der Kombinationstherapie Radium-223 plus Enzalutamid. Hier lag die kumulative Inzidenz nach einem bzw. eineinhalb Jahren ohne Osteoprotektion bei 37,1 % bzw. 45,9 %, mit Osteoprotektion hingegen nur bei 2,8 % bzw. 3,9 %.

	erhielten Osteoprotektion		erhielten KEINE Osteoprotektion	
	Enza+Ra223 (N=82)	Enza (N=87)	Enza+Ra223 (N=36)	Enza (N=32)
1 Jahre	2,8 (0,5-8,8)	3,9 (1,0-10,1)	37,1 (21,3-53,0)	15,8 (5,6-30,7)
1.5 Jahre	2,8 (0,5-8,8)	3,9 (1,0-10,1)	45,9 (28,6-61,6)	22,3 (9,6-38,2)

1. Fachinformation XGEVA® aktueller Stand  
2. Sethakorn N et al. Cancers 2022, 14, 757

3. Gillissen S et al. Journal of Clinical Oncology 2021;39: Abstract 5002  
4. mCPRC=metastasiertes kastrationsresistentes Prostatakarzinom

### Kurzinformation:

XGEVA® 120 mg Injektionslösung in einer Durchstechflasche. **Wirkstoff:** Denosumab. **Zusammensetzung:** Arzneilich wirksamer Bestandteil: Jede Durchstechflasche enthält 120 mg Denosumab in 1,7 ml Lösung (70 mg/ml). Denosumab ist ein humaner monoklonaler IgG2-Antikörper, der mittels rekombinanter DNA-Technologie in einer Säugetierzelllinie (Ovarialzellen des Chinesischen Hamsters) hergestellt wird. Sonstige Bestandteile: Essigsäure 99 %, Natriumhydroxid (zur pH-Wert-Einstellung), Sorbitol (E 420), Polysorbat 20, Wasser für Injektionszwecke. Jeweils 1,7 ml der Lösung enthalten 78 mg Sorbitol (E 420). Dieses Arzneimittel enthält Natrium, aber weniger als 1 mmol (23 mg) Natrium pro 120 mg, d. h. es ist nahezu „natriumfrei“. Anwendungsgebiete: Prävention skelettbezogener Komplikationen (pathologische Fraktur, Bestrahlung des Knochens, Rückenmarkskompression oder operative Eingriffe am Knochen) bei Erwachsenen mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen und Knochenbefall. Behandlung von Erwachsenen und skelettal ausgereiften Jugendlichen mit Riesenzelltumoren des Knochens, die nicht resezierbar sind oder bei denen eine operative Resektion wahrscheinlich zu einer schweren Morbidität führt. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile; schwere, unbehandelte Hypokalzämie; nicht verheilte Läsionen aus Zahnoperationen oder Operationen im Mundbereich. Nebenwirkungen: Sehr häufig: Hypokalzämie, Dyspnoe, Diarrhö, muskuloskeletale Schmerzen; Häufig: neues primäres Malignom, Hypophosphatämie, Zahnextraktion, Hyperhidrose, Kieferosteonekrose; Gelegentlich: Hyperkalzämie nach Behandlungsende bei Patienten mit Riesenzelltumoren des Knochens, lichenoider Arzneimittellexanthem, atypische Femurfraktur; Selten: Arzneimittelüberempfindlichkeit, anaphylaktische Reaktion; Nicht bekannt: Osteonekrose des äußeren Gehörgangs. Weitere Angaben: s. Fach- und Gebrauchsinformation. Verschreibungspflichtig. Stand der Information: Juni 2020. AMGEN Europe B.V., 4817 ZK Breda, Niederlande (örtlicher Vertreter Deutschland: AMGEN GmbH, 80992 München).

DE-XGT-0322-00009

13

## V. Kurznachrichten

Aufgrund hartnäckiger Überzeugung durch BvDU und Uro-GmbH Nordrhein ist es gelungen, den **Zuschlag 86520** der Onkologievereinbarung in die regional angepasste „kleine Onkologievereinbarung“ in Nordrhein zu implementieren.

Damit kann der Zuschlag rückwirkend zum 01.04.2022 bei urologischen Patienten mit einer oralen Tumorthherapie bei metastasierter Erkrankung angesetzt werden. Als orale Tumorthherapie gelten beim Prostata-Ca auch die neuen Antiandrogene Apalutamid, Enzalutamid, Abirateronacetat. Darolutamid ist derzeit noch ausschließlich im nicht metastasierten Stadium zugelassen. Würde aber bei Zulassungserweiterung auch in diese Gruppe fallen.



### Für Ihre Notizen ...

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

#### 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: 09.06.2022  
Die Uro-GmbH Nachrichten erscheinen vierteljährlich.  
Die Uro-GmbH Nachrichten sind für Mitglieder kostenlos.

**Organisation und Gestaltung:** Robst-PR, Heiers-arte

**Fotos:** Adobe Stock: ©EricSmit, ©AndreyPopov, ©kasto, ©Alexstr., ©himself100

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, Astellas Pharma GmbH, Besins Healthcare, Dr. R. Pflieger GmbH, HEXAL AG, Ipsen Pharma GmbH, Jenapharm, 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](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)**