



Ausgabe 3 – 2025



www.uro-nordrhein.de



Uro-GmbH Nachrichten



Unterweisungen
in medizinischen
Einrichtungen

Prostatakrebs-
früherkennung 2.0 !?

Unterlassene Fortbildung
führt zu Honorarkürzung –
gegebenfalls für das gesamte
MVZ

AMGEN[®]

Johnson&Johnson

UROMED
PRODUKTE FÜR DIE UROLOGIE

APOGEPHA
Ihr Partner in der Urologie

 **astellas**

BESINS
HEALTHCARE
Innovating for Well-being

 **Bayer**

 **Dr. Pfleger**
ARZNEIMITTEL

SANDOZ | 

 **IPSEN**
Innovation for patient care

medac
improving human health

 **NOVARTIS**

 **Takeda**

 **TIETZE & POZO**
Medizintechnik GmbH



Ausgabe 3 – 2025



www.uro-nordrhein.de



Uro-GmbH Nachrichten

Inhaltsverzeichnis

- 4 Editorial
- 5 Unterweisungen in
medizinischen Einrichtungen
- 10 Prostatakrebsfrüherkennung 2.0 !?
- 14 Unterlassene Fortbildung
führt zu Honorarkürzung –
gegebenfalls für das gesamte MVZ
- 16 Regresse zur Verordnung von Zytiga®
- 18 Pressenachrichten
- 21 Fortbildungen für Ärztinnen und Ärzte

Editorial



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

von einer Sommerpause ist in diesem Jahr nichts zu spüren. Die neue Regierung ist sowohl mit außenpolitischen als auch mit innenpolitischen Themen ausreichend beschäftigt. Innenpolitisch ist insbesondere die zukünftige Finanzierbarkeit der Sozialkassen in Frage gestellt. In der Gesundheitspolitik sollen nach über 20 Jahren Kostendämpfungsmaßnahme nun echte Reformen mit Notfallreform und Primärarztsystem umgesetzt werden. Für die Umsetzung dieser Reformen wird dringend qualifiziertes Personal sowie eine kalkulierbare Finanzierung benötigt. Derzeit fehlt es jedoch jetzt schon an ausreichendem Personal in Klinik und Praxis. Um mehr Personal zu gewinnen, ist eine deutliche Verbesserung der Vergütung bzw. Honorare notwendig, doch hier blockieren Kostenträger und Politik schon jetzt. Die Krankenhausreform benötigt hohe Transformationsgelder, so dass für die Transformation im ambulanten Bereich keine Reserve vorhanden ist. Alternativ würde lediglich eine deutliche Reduzierung der Nachfrage nach ärztlichen Leistungen von Patientenseite aus dem Dilemma führen. Dies wollen jedoch die Politiker den alternden Wählern nicht zumuten. So bleiben wohl alle Bemühungen im Ansatz stecken und wir „wurschteln“ weiter wie bisher. Deutschland ist kein Land der Reformwilligen. In der Urologie ist eine Reform der Krebsfrüherkennungsuntersuchung seit vielen Jahren dem wissenschaftlichen Fortschritt geschuldet. Mit 17,85 € als GKV-Leistung einmal im Jahr sind nicht mal die Praxiskosten gedeckt. Der neue Anlauf der Leitlinienkommission, der auf der ProBase-Studie basiert, ist sehr löblich, hat allerdings den Nachteil, dass er deutlich teurer sein wird und bisher ausschließlich für Männer im Alter von 45 Jahren Aussagen machen kann. Der größte Teil der Männer, die an einer solchen Untersuchung interessiert sind, ist leider deutlich älter. Bleibt abzuwarten, ob der Gemeinsame Bundesausschuss einer solchen Reform zustimmen wird.

Ihre Uro-GmbH Nordrhein

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

Unterweisungen in medizinischen Einrichtungen

von Dr. Reinhold Schaefer,
ärztlicher Geschäftsführer der Uro-GmbH Nordrhein

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
da uns immer wieder Anfragen bezüglich **Unterweisungen** in der Praxis erreichen, möchte ich dies einmal systematisch zusammenfassen.

Unterweisungen in medizinischen Einrichtungen

Dass das Thema relevant ist, merken alle von uns durch immer mehr Nachfragen bei Ämterkontrollen, bei denen direkt Unterschriftenlisten der Unterweisungen oder sonstige Nachweise gefordert werden.

Ganz generell gilt dabei: alle Mitarbeiter müssen in regelmäßigen Abständen unterwiesen werden. Dabei gibt es verschiedene Themenbereiche, für die einerseits Unterweisungen gesetzlich vorgeschrieben sind und andere, für die es keine gesetzlichen Vorgaben gibt. Hier ist eine Unterweisung nicht zwingend vorgeschrieben, aber sie kann natürlich trotzdem durchaus sinnvoll sein. Machen Sie lieber mal eine Unterweisung zu viel als zu wenig. Ihre Patienten werden es Ihnen danken.

Nachfolgend finden Sie eine Auflistung der entsprechenden Unterweisungen in der Urologischen Praxis. Unterweisungen für Praxen mit Laboruntersuchungen, Serum- und/oder Mikrobiologie und Röntgenuntersuchungen sind ebenfalls aufgeführt.



Unterweisung Arbeitsschutz

Jährliche Unterweisung für das **gesamte Praxisteam** zum Thema Arbeitsschutz.

- Welche Gefahren gibt es im Praxisalltag?
- Wie kann man diese vermeiden?
- Welche Maßnahmen können ergriffen werden?



Unterweisung Brandschutz

Jährliche Unterweisung des **gesamten Praxisteam** zum Thema Brandschutz.

- Welche Brandgefahren gibt es in der Praxis?
- Welche Brandschutzeinrichtungen hat die Praxis?
- Wie verhalte ich mich im Brandfall?
- Muss ein Alarm-, Flucht- und Rettungsplan vorhanden sein?



Unterweisung Biostoffe

Jährliche Unterweisung für das **gesamte Praxisteam** zum Thema Biostoffe.

- Welche rechtlichen Grundlagen spielen bei der Arbeit mit Biostoffen eine Rolle?
- Wie werden biologische Arbeitsstoffe eingeteilt?
- Welche Gefährdungen entstehen durch Biostoffe?
- Welche Schutzmaßnahmen sollten in einer Arztpraxis ergriffen werden?



Unterweisung Hygiene

Jährliche Unterweisung für das **gesamte Praxisteam** zum Thema Hygiene.

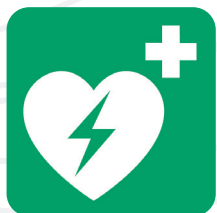
- Welche Krankheitserreger und Übertragungswege spielen bei der Hygiene eine Rolle?
- Was versteht man unter Reinigung, Desinfektion und Sterilisation?
- Was gehört zum Hygienemanagement in einer Arztpraxis?
- Gibt es einen Hygieneplan?



Unterweisung Datenschutz

Jährliche Unterweisung zum Thema Datenschutz für **sämtliche Praxismitarbeiter**.

Dabei werden Informationen zum Datenschutz allgemein und speziell für die Arztpraxis vermittelt.



Unterweisung Wiederbelebung

Regelmäßige Unterweisung zum Thema Wiederbelebung für **alle Praxismitarbeiter**.

Dabei werden der Notfallkoffer, dessen Inhalt und die Anwendung der beinhaltenen Medikamente und Utensilien besprochen und demonstriert. Besonders die Wiederbelebung mit Herzdruckmassage und Atemspende wird eingeübt.

Für eine Praxis sind die folgenden Unterweisungen eine **jährliche Pflichtveranstaltung** für **alle Mitarbeiter**:

Arbeitsschutz

Biostoffe (vor allem für Praxen mit Labor)

Brandschutz.

Gefahrstoffunterweisungen und **Geräteeinweisungen** müssen Sie ebenfalls regelmäßig durchführen.

Weitere Unterweisungen sind in einer Urologischen Praxis relevant:

Datenschutzunterweisung

Hygieneunterweisung

Strahlenexposition

Unterweisung in Methoden und Arbeitsmittel



Was sind Unterweisungen?

Unterweisungen sind interne Besprechungen / Schulungen zu bestimmten Themenbereichen. Normalerweise sollten diese vom Arbeitgeber durchgeführt werden, aber auch qualifizierte Mitarbeiter oder externe Dienstleister können Unterweisungen durchführen. In bestimmten Arbeitsbereichen sind Unterweisungen bindend, wie beispielsweise beim Arbeitsschutz und beim Umgang mit Biostoffen (Labor). Sie finden aber auch bei der Einarbeitung von Mitarbeitern in neue Geräte oder Methoden statt. Das heißt, Unterweisungen sind auch ein wichtiger Baustein im Qualitätsmanagement, da durch diese die Mitarbeiter informiert und qualifiziert werden.

Welche Unterweisungen gibt es?

Tatsächlich gibt es eine Reihe von Unterweisungen, die regelmäßig in der Arztpraxis durchgeführt werden können bzw. durchgeführt werden müssen.

Arbeitsschutz

Laut Arbeitsschutzgesetz §12 hat der Arbeitgeber seine Mitarbeiter über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit ausreichend und angemessen zu unterweisen bzw. durch fachkundige Personen (wie z.B. eine Fachkraft für Arbeitssicherheit) unterweisen zu lassen. In der Regel erfolgt dies mündlich. Sinn und Ziel der Unterweisung ist, dass die Mitarbeiter eine Sicherheits- und Gesundheitsgefahr erkennen und entsprechend der vorgesehenen Schutzmaßnahmen handeln können. Hier kann es sinnvoll sein, die Gefährdungsbeurteilung zu besprechen. Je besser die Mitarbeiter über mög-

liche Gefahren am Arbeitsplatz und die entsprechenden Schutzmaßnahmen informiert sind, desto wirksamer können sie von diesen auch umgesetzt werden.

Biostoffe (= Krankheitserreger)

Unterweisungen in Sachen Biostoffen gehören ebenfalls zu den Unterweisungen, die gesetzlich vorgeschrieben sind (Biostoffverordnung §14), zumindest wenn mit Biostoffen gearbeitet wird. Es ist sicherzustellen, dass die Mitarbeiter über alle möglicherweise auftretenden Gefährdungen und erforderlichen Schutzmaßnahmen bei Tätigkeiten mit Biostoffen mündlich unterwiesen werden. Zudem sollte das richtige Verhalten im Labor, der Umgang mit der persönlichen Schutzausrüstung und die zu erwartenden Keime besprochen werden. Auch über Ansprüche auf arbeitsmedizinische Vorsorge ist zu informieren.

Gefahrstoffe

Die Mitarbeiter müssen über alle möglicherweise auftretenden Gefährdungen und entsprechende Schutzmaßnahmen vom Arbeitgeber mündlich unterwiesen werden (§14 Gefahrstoffverordnung). Bei der Unterweisung wird der Umgang mit den und die Kennzeichnung der am Arbeitsplatz vorhandenen Gefahrstoffen und den möglicherweise entstehenden Gefahren besprochen. Die Mitarbeiter werden auf mögliche Gefährdungen ihrer Gesundheit hingewiesen, über eine sichere Lagerung der Gefahrstoffe, deren Transport und Entsorgung aufgeklärt. Außerdem wird das richtige Vorgehen bei Unfällen besprochen. Dies gilt insbesondere für Praxen, in denen Chemo- oder Immuntherapien

sowie andere intravenöse Behandlungen durchgeführt werden. Ein entsprechendes SPILL-Kit muss gezeigt und demonstriert werden. Des Weiteren sollten die Mitarbeiter darüber unterrichtet werden, dass sie einen Anspruch auf arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen haben. Zur Besprechung einzelner Gefahrstoffe eignen sich als Vorlage das Gefahrstoffverzeichnis, die Betriebsanweisungen und die Sicherheitsdatenblätter der Gefahrstoffe.

Brandschutz

Unterweisungen zum Brandschutz sind ebenfalls rechtlich vorgeschrieben. Die Mitarbeiter müssen über Brandschutzmaßnahmen, die richtigen Verhaltensweisen im Brandfall und im Umgang mit Feuerlöschern und anderen brandeindämmenden Maßnahmen informiert sein.

Datenschutz

Datenschutzunterweisungen sind nicht vorgeschrieben, sind jedoch sehr sinnvoll. Gerade in Arztpraxen, in denen mit sensiblen Daten gearbeitet wird, ist es wichtig, dass die Mitarbeiter im Umgang mit diesen informiert sind, um unbewusste Verstöße gegen die Datenschutzrichtlinien zu vermeiden. Die Mitarbeiter können durch Unterweisungen im richtigen Umgang mit Patientendaten und auch den Personaldaten geschult werden.

Welche Daten der Patienten werden aufgenommen? Haben die Patienten der Aufnahme ihrer Daten zugestimmt? Wer darf die Daten einsehen? An wen dürfen die Daten weitergeleitet und wie lange müssen diese aufbewahrt werden? – sind

die wichtigsten Fragen, die in einer solchen Unterweisung geklärt werden sollten. Durch die immer weitergehende Digitalisierung ist diese Unterrichtung sehr sinnvoll. Kleinste Fehler können verheerende Auswirkungen haben.

Hygiene

Unterweisungen im Bereich Hygiene sind nicht gesetzlich vorgeschrieben, aber natürlich sehr sinnvoll zum Einhalten der Hygienestandards in der Praxis. Eine Grundlage für diese Unterweisung sollte der Hygieneplan sein. Zum einen sollten die Infektionsgefahren und die Gefährdungen am Arbeitsplatz besprochen und zum anderen natürlich auch die entsprechenden Schutzmaßnahmen erklärt werden. Auch die Verhaltensweisen bei Arbeitsunfällen und Notfallsituationen, die Durchführung der richtigen Händehygiene und die richtige Verwendung der persönlichen Schutzausrüstung bieten sich ebenfalls als Themen an. Zu den Hygienemaßnahmen in einer Praxis gehören die Reinigung und Desinfektion von Geräten und Arbeitsbereichen sowie die Entsorgung von Praxisabfällen und die Aufbereitung von Medizinprodukten.

Strahlenexposition

Werden in der Praxis Röntgenuntersuchungen durchgeführt, müssen Mitarbeiter nach Röntgenverordnung §36 vor dem erstmaligen Zutritt der Röntgenräume über die Arbeitsmethoden, die möglichen Gefahren und die anzuwendenden Sicherheits- und Schutzmaßnahmen, sowie die Strahlenschutzanweisung unterwiesen werden. Die Unterweisung ist mindestens einmal im Jahr

durchzuführen. Mitarbeiter müssen darauf hingewiesen werden, dass eine bei ihnen vorliegende Schwangerschaft, in Hinblick auf die Risiken einer Strahlenexposition für das ungeborene Kind, so früh wie möglich mitzuteilen ist.

Geräte / Methoden / Arbeitsmittel

Bei der Einarbeitung von Mitarbeitern in bestimmte Methoden, wie die Bedienung von Geräten oder den Umgang mit Arbeitsmitteln, kann man auch dies in Form einer Unterweisung durchführen. Hier können mögliche Gefahren bei der Benutzung von Geräten, Methoden und Arbeitsmitteln aufgezeigt werden. Die Erstunterweisung zu einem Gerät hat durch den Steller (Händler oder Hersteller) zu erfolgen. Vom Hersteller eingewiesene Mitarbeiter können andere Mitarbeiter in das Gerät einweisen. Von anderen Mitarbeitern eingewiesene Mitarbeiter dürfen jedoch nicht weitere Mitarbeiter einweisen, ggf. muss eine erneute Einweisung durch den Hersteller erfolgen.

Wiederbelebung

Wiederbelebungsmaßnahmen gehören zum Glück nicht zum Alltag in einer Praxis. Sie sollten gerade deshalb besprochen und geübt werden. In den Schulen in Nordrhein-Westfalen soll Wiederbelebung in den Unterrichtsstoff aufgenommen werden. Daher sollte man in einer Arztpraxis erst recht gut unterrichtet und vorbereitet sein.

Dokumentation der Unterweisung und deren Aufbewahrung

Alle Unterweisungen, die Sie in Ihrer Praxis durchführen oder durchführen lassen, sind zu dokumentieren. Dabei werden Datum der Unterweisung, Inhalt und Namen der teilnehmenden Mitarbeiter in einer Liste vermerkt. Sowohl der Unterweisende als auch die Unterwiesenen unterschreiben schließlich das Dokument.

Mindestens bis zur nächsten Unterweisung sollte man die Unterweisungsbelege (Unterschriftenlisten) aufbewahren, so dass sie im Ernstfall eine Beweisfunktion haben können. Die Dokumentation nach Strahlenschutzverordnung und nach Röntgenverordnung müssen fünf Jahre lang aufbewahrt werden. Empfehlenswert ist es, alle Unterweisungsbelege mindestens fünf Jahre lang aufzubewahren, wie es für viele andere Dokumente des Qualitätsmanagements auch vorgesehen ist.

Achten Sie darauf, dass alle Verzeichnisse in Ihrem Qualitätsmanagement-Handbuch jährlich aktualisiert werden. Dies gilt besonders für das Gefahrstoffverzeichnis und den Hygieneplan.

Neben den Unterweisungen gibt es die Pflicht- und entsprechende Auffrischungsfortbildungen. Darüber unterrichtet Sie ebenfalls die Uro-GmbH. Nutzen Sie dazu gerne den Fortbildungskalender im Internet.



www.uro-nordrhein.de/aerzte/fortbildungen/

Prostatakrebsfrüherkennung 2.0 !?

Dr. med. Michael Stephan-Odenthal,
ärztlicher Geschäftsführer der Uro-GmbH Nordrhein

Die Krebsfrüherkennungs-Untersuchung für Männer ab einem Alter von 45 Jahren gehört zu den Präventionsangeboten des Deutschen Gesundheitssystems und wurde inhaltlich in den 1970er Jahren entwickelt. Sie beinhaltet die Untersuchung des männlichen Genitals mit Hoden und Penis, der Haut des Genital- und Analbereiches, der Lymphknoten des Genitalbereiches und der rektalen Tastuntersuchung von Enddarm und Prostata. Für die meisten Männer ist diese Untersuchung synonym mit der „Prostatakrebsvorsorge“.

Die Bestimmung des Prostata-Spezifischen Antigens (PSA) im Serum wurde in den 1980er Jahren in die allgemeine Diagnostik eingeführt. Dabei zeigte sich rasch, dass der Laborparameter Veränderungen der Prostata und Prostatakrebs sehr viel früher anzeigt als die Tastuntersuchung der Prostata. Untersuchungen an Prostatektomie-Präparaten aus den 1990er Jahren zeigten, dass im Vergleich zu PSA-Werten bis 10 ng/ml, Prostatakarzinome mit einem positiven Tastbefund in über 50% der Fälle T3-Tumoren waren und damit nicht im Frühstadium erkannt worden waren ^[1-4].

Ende der 1990er Jahre wurde die Europäische Screening Studie in Rotterdam ins Leben gerufen. Diese vergleicht das Überleben von PSA-gescreenten gegenüber nicht gescreenten PCa-Fällen. Die ersten Auswertungen in den 2000er Jahren zeigten dabei eine hohe Zahl an erhöhten PSA-Werten ohne Krebsnachweis. Die Anzahl der Patienten die gescreent werden mussten, um einem Patienten den Tod am PCa zu ersparen, lag bei 1410 (Number needed to screen, NNS) ^[5]. Aktuell, nach über 20 Jahren, liegt die NNS nur noch bei 246 ^[6]. Ein Beweis für die Effektivität des PSA-Screenings. Allerdings werden auch heute noch zahlreiche

Patienten durch hohe PSA-Werte verunsichert und viele Tumore durch PSA detektiert, die nicht zum Tod der Patienten führten. Aufgrund dessen scheiterte leider ein Antrag zum PSA-Screening beim GB-A vor einigen Jahren.

Daraufhin hat eine Deutsche Pro-Base Gruppe um Prof. Albers, Prof. Kuczyk, Prof. Hadaschik und Prof. Gschwend eine Screening Studie initiiert, die Männer im Alter zwischen 45 und 50 Jahren zur Teilnahme eingeladen hat. Dabei wurde ein Baseline-PSA-Wert bestimmt und in Abhängigkeit von der Höhe des Wertes ggf. weitere Diagnostik mit mpMRT und Biopsie sowie das Intervall für die Folgeuntersuchung festgelegt ^[7-9]. Die erste Auswertung zeigt eine deutliche Überlegenheit dieser Maßnahmen gegenüber der Tastuntersuchung in der Früherkennung von PCa bei bisher allerdings nur wenigen PCa-Fällen. Die Untersuchungsgruppe schlussfolgert daraus, dass die Tastuntersuchung in der Früherkennung keinen Stellenwert mehr hat. Dies wurde konsequenterweise jetzt in die seit Juli 2025 gültige 8. Version der PCa-Leitlinie implementiert. Die Ergebnisse sollen außerdem zu einem neuen Anlauf einer Änderung der Krebsfrüherkennungs-Untersuchung der GKV führen. Ein entsprechender Antrag wird von den Selbsthilfegruppen beim GB-A gestellt.

Diese Erkenntnis der ProBase Studie überrascht sicher niemanden der klinisch tätigen Urologen und Urologinnen. Die Studie ist in ihrer Konzeption sehr gut gemacht, hat in ihrer derzeit frühen Auswertungsphase neben der bisher geringen Anzahl an detektierten PCa-Fällen jedoch vor allem die Einschränkung, dass die Aussagen lediglich für Männer im Alter von 45 Jahren gelten. Diese

Altersgruppe ist jedoch nicht das Patientenkontinuum, das bisher die Krebsfrüherkennungs-Untersuchung auf eigene Initiative wahrgenommen hat. Daten der Barmer und der Techniker KK zeigen, dass nur 12-24% der Männer überhaupt eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung in Anspruch nehmen, dabei lag in den Barmer-Daten aus Schleswig-Holstein in 2016 die Gruppe der 45- bis 49-jährigen nur bei 10% aller Teilnehmer. Eine Analyse des eigenen Patienten-Klientels im Zeitraum der letzten 10 Jahre zeigt, dass bei 18.479 durchgeführten Untersuchungen die Gruppe der 45- bis 50-Jährigen lediglich 2% der Teilnehmer ausmacht. Die größte Gruppe der Teilnehmer in unserer Praxis ist die Altersgruppe zwischen 60 und 75 Jahren.

Was lässt sich daraus im Hinblick auf eine mögliche Änderung der Krebsfrüherkennung schließen?

1. Eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung für Männer im Alter von 45 Jahren ist ausschließlich mit einem systematischen, einladungs-basierten Screening sinnvoll.
2. Die freiwillige Teilnahme (opportunistisches Screening) scheint dagegen für die höheren Altersgruppen interessanter zu sein.
3. Die Abschaffung der Tastuntersuchung gilt richtigerweise für Männer im Alter von 45 Jahren. In dieser Altersgruppe ist eine relevante, benigne Vergrößerung der Prostata selten. In höheren Altersgruppen hingegen findet sich diese Veränderung häufig und beeinflusst den PSA-Wert. Hier ist zur Volumenabschätzung die Tastuntersuchung durchaus sinnvoll, noch besser ist die transrektal sonographische Volumetrie der Prostata. Diese wurde richtigerwei-

se in die Leitlinie im Kapitel 4.2. (Diagnostik) aufgenommen.

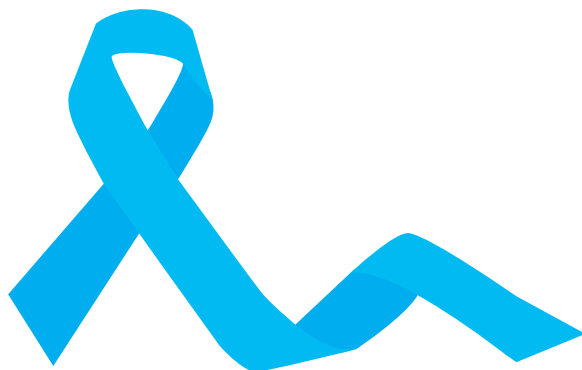
4. In einem neuen Screening-Programm müsste damit das jeweilige Alter des Patienten zum Zeitpunkt der Untersuchung berücksichtigt und der jeweilige Untersuchungsumfang dem Alter angepasst werden.
5. Alternativ müsste es zwei Programme geben. Ein systematisches Prostatakrebs-Screening-Programm analog der ProBase Kriterien mit Einladung zur Untersuchung und wie bisher ein opportunistisches Krebsfrüherkennungs-Programm für alle Altersgruppen (bis 75 Jahre). Solche Programme haben wir derzeit bereits im gynäkologischen Bereich mit Brustkrebs-Screening und zusätzlicher Krebsfrüherkennungsuntersuchung für Frauen.

Ob sich der GB-A auf eine Änderung einlässt, wird im Wesentlichen von der Bewertung des IQWiG abhängen. Dort werden die Ergebnisse der ProBase-Studie im Moment noch kritisch betrachtet und viele Fragen zu einer Übertragung in ein Nationales Screening Programm gesehen. Mit der Aufnahme des PSA-Wertes als Kassenleistung im Rahmen eines solchen Programmes und vor allem mit der Aufnahme des mpMRT werden sich die Kassen sicher querstellen, da der PSA-Wert seit je her von diversen Plattformen der Kassen als unnötig bis schädlich eingestuft wird. Offen ist auch die Frage, welche Leistungserbringer in diesem Screening Programm eingebunden werden sollen. Bisher kann die Krebsfrüherkennung für Männer sowohl von Hausärzten als auch von Urologen erbracht werden. Ein ProBase Screening Programm könnte primär in die Hand von Labormedizinern und Radiologen gelegt werden. Urologische Ex-

pertise wäre erst in höheren Altersgruppen und bei suspekten Befunden gefragt. Das darf nicht urologischer Anspruch sein. Gerade die bisherige Praxis zeigt, dass Patienten, deren Screening-Befunde nicht im Kontext beraten werden, besonders verunsichert sind und mehrere Ärzte oder Ärztinnen aufsuchen, um eine Entscheidung für sich treffen zu können. Hier ist urologische Expertise besonders gefragt. Deshalb sollte die zukünftige Krebsfrüherkennung für Männer in der Hand von Urologinnen und Urologen liegen.

Literatur:

1. Hammerer P, Huland H. Status of PSA determination for early detection of prostate carcinoma. *Versicherungsmedizin / herausgegeben vom Verband der Lebensversicherungs-Unternehmen eV und Verband der Privaten Krankenversicherung eV*. 1995;47(3):83–6.
2. Hammerer P, Huland H. [Value of determining prostate-specific antigen for early detection or prostatic carcinoma]. *Urologe A*. 1995 Jul;34(4):283–9.
3. Tsui KH, Chang PL, Wang TM, Hsieh ML. Diagnosis of prostate cancer: comparison of serum prostate specific antigen, digital rectal examination and transrectal ultrasonography. *Changgeng Yi Xue Za Zhi*. 1997 Mar;20(1):23–8.
4. Ellis WJ, Chetner MP, Preston SD, Brawer MK. Diagnosis of prostatic carcinoma: The yield of serum prostate specific antigen, digital rectal examination and transrectal ultrasonography. *Journal of Urology*. 1994;152(5 I):1520–5.
5. Schroder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TLJ, Ciatto S, Nelen V, et al. Screening and prostate-cancer mortality in a randomized European study. *N Engl J Med*. 2009;360(13):1320–8.
6. de Vos II, Meertens A, Hogenhout R, Remmers S, Roobol MJ. A Detailed Evaluation of the Effect of Prostate-specific Antigen-based Screening on Morbidity and Mortality of Prostate Cancer: 21-year Follow-up Results of the Rotterdam Section of the European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer. *Eur Urol*. 2023 Oct;84(4):426–34.
7. Arsov C, Becker N, Hadaschik BA, Hohenfellner M, Herkommer K, Gschwend JE, et al. Prospective Randomized Evaluation of Risk-adapted Prostate-specific Antigen Screening in Young Men: The PROBASE Trial. *Eur Urol*. 2013 Dec;64(6):873–5.
8. Arsov C, Albers P, Herkommer K, Gschwend J, Imkamp F, Peters I, et al. A randomized trial of risk-adapted screening for prostate cancer in young men—Results of the first screening round of the PROBASE trial. *Int J Cancer*. 2022 Jun;150(11):1861–9.
9. Boschheidgen M, Albers P, Schlemmer HP, Hellms S, Bonekamp D, Sauter A, et al. Multiparametric Magnetic Resonance Imaging in Prostate Cancer Screening at the Age of 45 Years: Results from the First Screening Round of the PROBASE Trial. *Eur Urol*. 2024 Feb;85(2):105–11.



Zusammenfassung der ProBase Studie

1. Zielsetzung & Design der Studie

- **Risikoadaptiertes Prostatakrebs-Screening**, basierend auf dem PSA-Grundwert im Alter von **45 oder 50 Jahren**
- randomisiert:
 - **Arm A:** PSA-Messung mit 45 Jahren
 - **Arm B:** PSA-Messung erst mit 50 Jahren
- Die weitere Vorgehensweise nach dem Basis-PSA-Wert:
 - **< 1,5 ng/ml** → Folge-PSA in 5 Jahren
 - **1,5–2,99 ng/ml** → Folge-PSA alle 2 Jahre
 - **≥ 3 ng/ml** → erneute PSA Messung anschließend ggf. MRT und Biopsie

2. Teilnahme & Adhärenz

- Insgesamt **46.642 Männer** zwischen 45 und 50 Jahren von 2014 – 2019 rekrutiert
- Arm A **80 %** Teilnahme
- Arm B etwa **74 %** Teilnahme
- Etwa 15,8 % (PSA) bzw. 34,4 % (rektale Tastuntersuchung) hatten vor Studienbeginn bereits eigeninitiativ solche Tests durchführen lassen

3. PSA-Risikogruppen & Befunde

- Bei Arm A:
 - **89 %** PSA-Werte < 1,5 ng/ml
 - **ca. 9 %** PSA 1,5–2,99 ng/ml
 - **1,5 %** PSA ≥ 3 ng/ml
- **186 Männer** wurden nach bestätigtem PSA ≥ 3 ng/ml in die Hochrisikogruppe eingestuft (0,8 % aller Teilnehmer)
- **48 Prostatakarzinome** wurden entdeckt – darunter **4 Tumore mit aggressivem Verlauf** (0,02 % aller Studienteilnehmer)

4. Vergleich mit Tastuntersuchung (Arm B)

- In Arm B wurde ausschließlich die **rektale Tastuntersuchung bei Männern** im Alter von 45 Jahren durchgeführt – es wurden lediglich zwei Karzinome entdeckt.

- Im Vergleich zu Arm A zeigt das den deutlich geringeren Nutzen dieser Methode für die Früherkennung

5. Biopsie Akzeptanz & PSA-Schwankungen

- Bei Männern mit **PSA ≥ 3 ng/ml** wurde nur in **63,6 %** der Fälle einer Biopsieempfehlung zugestimmt (Varianten je nach PSA-Höhe und MRT-Befund) .
- PSA-Werte erwiesen sich als variabel: Von **344 Männern** mit initialem PSA ≥ 3 ng/ml bestätigte sich der Wert nur bei **186** nach zwei Wochen – rund ein Drittel wurde zurückgestuft (z. B. in mittleres Niedrigrisiko)

6. Schlussfolgerungen der Autoren in der ersten Auswertungsrunde

- Das risikoadaptierte Screening (Arm A) war deutlich effektiver als die alleinige Tastuntersuchung (Arm B) zur Früherkennung aggressiver Karzinome.
- Die hohe Teilnahmequote und konsequente Einhaltung des Protokolls sprechen für die Akzeptanz dieses Vorgehens.
- Wichtig ist jedoch eine **zweite PSA-Messung**, um fluktuierende Werte zu verifizieren und Überdiagnosen zu vermeiden.
- Männer sollten ausreichend über Risiken und Nutzen informiert werden, um die Vorteile des risikoadaptierten Ansatzes zu verstehen.

Fazit

- Ein **PSA-basierter risikoadaptierter Ansatz** bei Patienten im Alter von 45 Jahren kann aggressive Prostatakarzinome effektiver früh erkennen als allein die Tastuntersuchung.
- Gleichzeitig wird das Risiko der Überdiagnose reduziert.
- Hingegen erfordert das Konzept eine sorgfältige Patienteninformation und Verifizierung erhöhter PSA-Werte durch Wiederholungsmessungen.

Unterlassene Fortbildung führt zu Honorarkürzung – gegebenenfalls für das gesamte MVZ

RA Olaf Walter,
Justiziar der Uro-GmbH Nordrhein

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte sind gemäß § 95d SGB V zu regelmäßigen Fortbildungen verpflichtet. Hierfür müssen sie innerhalb von fünf Jahren 250 Fortbildungspunkte erreichen. Der entsprechende Nachweis wird über die Ärztekammer an die Kassenärztliche Vereinigung übermittelt. Verstöße gegen die Fortbildungspflicht führen zu Honorarkürzungen, zunächst um 10%, später um 25% (§ 95d Abs. 3 SGB V). In der nächsten Sanktionsstufe soll die vertragsärztliche Zulassung entzogen werden.

Kritisch wird die Honorarkürzung in großen Praxen und MVZ, da die gesamte Praxis bzw. das gesamte MVZ der Honorarkürzung unterzogen werden kann.

Kritisch wird die Honorarkürzung in großen Praxen und MVZ, da die gesamte Praxis bzw. das gesamte MVZ der Honorarkürzung unterzogen werden kann. Mitunter haben die Inhaber der Praxis oder des MVZ keine Kenntnis von der fehlenden Fortbildung eines angestellten Arztes.

Aktuell musste sich das SG Düsseldorf mit der Frage einer Honorarkürzung eines MVZ aufgrund fehlender Fortbildungsnachweise eines angestellten Arztes befassen. Der fragliche Arzt war seit

2001 zunächst in eigener Zulassung tätig, im Jahr 2018 stellte das MVZ den Arzt an. Im Januar 2019 und April 2019 erinnerte die beklagte Kassenärztliche Vereinigung jeweils den Arzt an den Ablauf des Nachweiszeitraumes hinsichtlich der Fortbildungspflicht zu Ende Juni 2019. Mit Bescheid vom Januar 2020 kürzte die KV die Vergütung für das dritte Quartal 2019 um 10%, kulanter Weise lediglich auf die von dem betroffenen Arzt erbrachten Leistungen.

Im Widerspruchsverfahren argumentierte die Trägerin des MVZ, dass der Honorarabschlag rechtswidrig sei, vor allem weil der Arzt nicht im gesamten Fünf-Jahres-Zeitraum bei ihr beschäftigt gewesen sei; die Anstellungsgenehmigung führe zu einer Zäsur des Fünf-Jahres-Zeitraums. Das Gericht betonte jedoch, dass Sinn und Zweck der Fortbildungsverpflichtung die Sicherstellung der fachlichen und persönlichen Eignung eines konkreten Arztes sei, unabhängig von der Form seiner Beschäftigung. In Übereinstimmung mit der Rechtsprechung des BSG sah das Sozialgericht in dem Honorarabschlag eine Disziplinierungsfunktion ähnlich einem Disziplinarverfahren. In der Erteilung der Anstellungsgenehmigung mitten im Fünf-Jahres-Zeitraum liege daher keine Zäsur-Wirkung, die diesen habe neu beginnen lassen. Nach der gesetzlichen Bestimmung würde selbst das Ruhen der Zulassung die Frist lediglich unterbrechen, jedoch nicht neu beginnen lassen. Selbst der Wegzug aus dem Bezirk des bisherigen Vertragsarztsitzes lasse die Frist weiterlaufen.

Fazit:

Das Urteil ist richtig und die gesetzliche Regelung eindeutig. Dem Träger des MVZ war der Rechtsschutz zu versagen. Das MVZ hatte insofern Glück, da die KV – entgegen der eindeutigen gesetzlichen Bestimmung – lediglich das von dem betroffenen Arzt erwirtschaftete Honorar, nicht jedoch das Honorar des gesamten Medizinischen Versorgungszentrums, kürzte.

(Sozialgericht Düsseldorf,
Urt. v. 17.03.2025 – S 51 KA 491/20)

**Praxistipp**

Jeder Praxisinhaber oder Träger eines MVZ sollte Mitwirkungs- und insbesondere Offenlegungspflichten bezüglich der zu leistenden Fortbildung arbeitsvertraglich mit dem jeweiligen angestellten Arzt vereinbaren, da es bei MVZ eher zu Konflikten kommt, sobald ein Arzt seiner Fortbildungspflicht nicht nachkommt und das gesamte Ärzteteam unter Umständen durch Honorarkürzungen bestraft wird.

Ein gutes Praxismanagement, welches die jeweiligen Fortbildungszeiträume aller angestellten Ärzte im Blick hat und die angestellten Ärzte regelmäßig nach ihrem jeweiligen Punktestand befragt, ist eine wertvolle Einrichtung in der Praxisorganisation.

Im Zweifel sollten Schadensersatzansprüche im Rechtsrahmen des innerbetrieblichen Schadensausgleiches angedroht und eingefordert werden.

Regresse zur Verordnung von Zytiga®

Dr. med. Michael Stephan-Odenthal,
ärztlicher Geschäftsführer der Uro-GmbH Nordrhein

Aktuell laufen bundesweit Anträge der Kassen (AOK, Techniker, Barmer) zur Verordnung von Zytiga®. Die Regresse beziehen sich derzeit auf Verordnungen aus dem Jahr 2023.

Regressiert werden:

1. Verordnungen, die seinerzeit mit „aut idem“ Kreuz versehen waren. Dadurch konnten die Apotheken ein erheblich preiswerteres Generikum nicht herausgeben. Es besteht der Vorwurf der unwirtschaftlichen Verordnung.
2. Verordnung von Abirasolon® (Kombination von Abirateronacetat und Prednisolon in einem Blister). Das Präparat ist erheblich teurer als die Einzelverordnung beider Wirkstoffe. Es besteht der Vorwurf der unwirtschaftlichen Verordnung.

Betroffene Kolleginnen und Kollegen sollten sich beim Berufsverband BvDU oder der UroGmbH melden. Derzeit laufen mit der KVNO Gespräche zur Abwendung der Regresse.

Zu beachten:

1. Bitte achten Sie bei **Wiederholungsrezepten** auf eine mögliche „aut idem“ Kennzeichnung, da diese von vielen PVS-Systemen einfach übernommen wird.
Löschen Sie die Kennzeichnung bei Wiederholungsrezepten bzw. verordnen Sie Generika im Wiederholungsfall ohne „aut idem“ Kennzeichnung.
2. Grundsätzlich **keine „aut idem“ Kennzeichnung** bei hochpreisigen Medikamenten.
3. Bei der Verordnung von Abirateronacetat sollten 28/56/112 Tabletten verordnet werden. Andere Blistergrößen 30/60/90/120/ sind teurer und dürfen von den Apotheken nicht ausgetauscht werden. Die Kassen hatten dazu ein Informationsschreiben versandt, das in Regressfällen als Pharmako-Therapieaufklärung gilt.

AMGEN

XGEVA®
(Denosumab)

Jetzt neu
**RABATT-
VERTRÄGE**
FÜR XGEVA®

Schenken Sie Ihren Patient:innen
**MEHR ZEIT FÜRS
WESENTLICHE**



Die XGEVA®-Fertigspritze
zur Selbstinjektion^{*,1,2}

- ▶ Zeitersparnis für Ärzt:innen und Patient:innen
- ▶ Entlastung des Praxispersonals
- ▶ Einmal alle 4 Wochen 120 mg subkutan, unabhängig von der Nierenfunktion^{**,***,2}

* Selbstinjektion ist nach Einweisung durch den Arzt/die Ärztin/eine medizinische Fachkraft zu Hause möglich. ** Für Patient:innen mit Riesenzelltumoren des Knochens gilt: zusätzliche Dosen von 120 mg an den Tagen 8 und 15 des ersten Behandlungsmonats.³ *** Bei Patient:innen mit schwerer Nierenfunktionsstörung (Kreatinin-Clearance < 30 ml/min) oder bei dialysepflichtigen Patient:innen besteht ein höheres Risiko, dass sie eine Hypokalzämie entwickeln. Das Risiko, eine Hypokalzämie und einen begleitenden Parathormon-Anstieg zu entwickeln, erhöht sich mit steigendem Grad der Nierenfunktionsstörung. Bei diesen Patient:innen ist eine adäquate Einnahme von Calcium und Vitamin D sowie eine regelmäßige Überwachung der Calciumwerte besonders wichtig.
1. XGEVA®-Fertigspritze Gebrauchsinformation. 2. XGEVA® Fachinformation, aktueller Stand.

Kurzinformation: XGEVA® 120 mg Injektionslösung in einer Durchstechflasche; XGEVA® 120 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze. **Wirkstoff:** Denosumab. **Zusammensetzung:** Arzneilich wirksamer Bestandteil: Jede Durchstechflasche enthält 120 mg Denosumab in 1,7 ml Lösung (70 mg/ml). Jede Fertigspritze enthält 120 mg Denosumab in 1,0 ml Lösung (120 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: **Durchstechflasche:** Essigsäure 99 %, Natriumhydroxid (zur pH-Wert-Einstellung), Sorbitol (E 420), Polysorbitol 20, Wasser für Injektionszwecke. Jeweils 1,7 ml der Lösung enthalten 78 mg Sorbitol (E 420). **Fertigspritze:** Essigsäure 99 %, Natriumhydroxid (zur pH-Wert-Einstellung), Sorbitol (E 420), L-Phenylalanin, Polysorbitol 20, Wasser für Injektionszwecke. Jeweils 1,0 ml der Lösung enthalten 37 mg Sorbitol (E 420) und 6,1 mg L-Phenylalanin. Dieses Arzneimittel enthält weniger als 1 mmol Natrium (23 mg) pro 120-mg-Dosis, 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 ausgeprägten 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 verteilte Läsionen aus Zahnoperationen oder Operationen im Mundbereich. **Nebenwirkungen:** Sehr häufig: Hypokalzämie, Dyspnoe, Diarrhö, muskuloskelettale Schmerzen; Häufig: neues primäres Malignom, Hypophosphatämie, Zahnextraktion, Hyperhidrose, Kieferosteonekrose; Gelegentlich: Hyperkalzämie nach Behandlungsende bei Patienten mit Riesenzelltumoren des Knochens, lässenoide Arzneimittelreaktion, atypische Femurfraktur; Selten: Arzneimittelüberempfindlichkeit, anaphylaktische Reaktion; Nicht bekannt: Osteonekrose des äußeren Gehörgangs. **Weitere Angaben:** s. Fach- und Gebrauchsinformation. Verschreibungspflichtig. Stand der Information: Dezember 2024. Amgen Europe B.V., 4817 ZK Breda, Niederlande (örtlicher Vertreter Deutschland: Amgen GmbH, 80992 München).

Pressenachrichten

Honorarumsatz in der Urologie steigt um 4,2 %

Der neueste Honorarbericht zeigt, dass im Jahr 2023 eine deutliche Steigerung der Umsätze in der ambulanten Urologie zu verzeichnen ist. Die Steigerung bleibt allerdings unter der Inflationsrate. Die Umsätze in der Region Nordrhein liegen dabei unter dem bundesweiten Durchschnitt. Je Behandlungsfall werden hier rund zehn Prozent weniger abgerechnet. Nur in Sachsen und Brandenburg wird noch weniger verdient. Der Abstand zum Spitzenreiter ist groß: Im Bereich der KV Baden-Württemberg liegen die Einnahmen rund 29 Prozent höher als am Nordrhein. Die Zahlen beziehen sich auf das vierte Quartal 2023.

Debatte über Primärarztssystem

In zahlreichen Meinungsäußerungen diskutieren Medizin, Politik und Gesellschaft über die geplante Einführung eines Primärarztmodells. Wenig überraschend sind Hausärzte-Vertreter für die Reform. Auch die Bundesärztekammer stellt sich hinter den Vorschlag. Die KBV warnt jedoch vor den Konsequenzen und mahnt Einschränkungen an. So könnte das System beispielsweise nur für ältere Menschen gelten.

Neues Rezum-Zentrum in Viersen

Die Rezum-Therapie gilt als besonders schonende Methode zur Behandlung gutartiger Prostatavergrößerungen. In mehr als 400 Fällen hat das Allgemeine Krankenhaus (AKH) Viersen diese Therapie in den vergangenen Jahren angewendet. Der Erfahrungsschatz wurde jetzt mit einer offiziellen Anerkennung gewürdigt: Die Klinik für Urologie am AKH Viersen ist als Rezum-Zentrum zertifiziert.

HPV-Läsionen: Partner sollten ebenfalls zum Screening

Die Ärzte Zeitung berichtet über eine französische Studie, die Schlussfolgerungen aus hochgradigen HPV-Läsionen für die Partner betroffener Frauen untersucht. Vor allem bei Frauen

mit HSIL fanden die Forscher eine deutlich erhöhte Wahrscheinlichkeit für einen relevanten Befund bei ihrem jeweiligen Partner. Hier sollte eine Peniskopie angeboten werden, denn „das könnte die Persistenz oder die Rückkehr zervikaler HSIL bei ihren Partnerinnen vermeiden“

Prostatakrebs: Aktualisierte Leitlinie stärkt PSA-Test

Anfang Juli 2025 ist die achte Version der S3-Leitlinie zum Prostatakarzinom erschienen. In der Früherkennung soll zukünftig keine digitale rektale Untersuchung (DRU) stattfinden. Stattdessen gilt – nach ergebnisoffener Beratung – der PSA-Wert als wichtigster Indikator. In der Diagnostik, also bei einem konkreten Verdacht, ist die DRU weiterhin vorgesehen. Außerdem wird in der Diagnostik stärker auf das Ergebnis von MRT-Bildern vertraut. Falls ein MRT-Befund eine sehr geringe Wahrscheinlichkeit für ein Karzinom aufweist, soll standardmäßig keine Biopsie folgen.

SpiFa gegen Primärarztmodell: Fachärztlicher Zugang muss erhalten bleiben

In einer aktuellen Stellungnahme warnt der Spitzenverband der Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa) vor einer verpflichtenden hausärztlichen Primärarztregelung. Diese könne den freien Zugang zu Fachärzten bzw. Fachärztinnen unnötig einschränken und zu mehr Bürokratie führen. Stattdessen fordert der Verband eine koordinierte, sektorenübergreifende Versorgung mit klarer Rollenverteilung – bei gleichzeitiger Wahlfreiheit für Patient*innen.

Da-Vinci-Roboter bewähren sich

Unabhängig voneinander blicken zwei urologische Kliniken auf den erfolgreichen Einsatz des Da-Vinci-Systems bei urologischen Operationen zurück. Am Diakonie Klinikum Siegen hat der Roboter in den zurückliegenden fünf Jahren rund 2.000 Einsätze absolviert. Am Städtischen Klinikum Dessau gab es in den vergangenen beiden Jahren etwa 250 roboter-

gestützte Operationen. In beiden Fällen handelt es sich meist um chirurgische Eingriffe zur Behandlung von Prostatakarzinomen. Auch bei Blasenkrebs und Nierenkrebs findet die minimalinvasive Technologie Anwendung.

ePA-Modul jetzt prüfen – Pflicht kommt ab Oktober 2025

Die elektronische Patientenakte (ePA) wird ab 1. Oktober 2025 verpflichtend – auch für urologische Praxen. Die KBV hat nun eine Übersicht veröffentlicht, welche PVS-Anbieter die ePA-Funktion bereits ausgeliefert haben und welche noch folgen. Wichtig: ohne das ePA-Modul ist keine gesetzeskonforme Nutzung möglich. Arztpraxen sollten die kommenden Wochen nutzen, um ihr System zu prüfen und ggf. Schulungsangebote der Anbieter wahrnehmen.

Fünf Jahre KIM

Seit 2020 wird KIM genutzt, um mithilfe der TI sicher zu kommunizieren. Insgesamt 600 Millionen Nachrichten werden inzwischen wöchentlich über KIM versendet. Dass KIM sich als Plattform bewährt hat, zeigt auch der standardmäßige Versand der eAU sowie der elektronische Arztbriefe über KIM. Weitere Erfolgsgeschichten auf Basis von KIM sind beispielsweise die elektronische Ersatzbescheinigung (eEB). Der Vorläuferdienst KV-Connect wird daher nur noch bis Oktober 2025 betrieben.

Kaum freie urologische Kassensitze in NRW

Das Land NRW hat eine interaktive Übersichtsseite veröffentlicht, die für verschiedene ärztliche Fachgruppen einen Überblick über die Versorgungslage bietet. In der Urologie gibt es demnach in 52 von 54 Planungsbereichen einen Versorgungsgrad von mindestens 110 Prozent. Hier sind Niederlassungen regulär nicht möglich. Jeweils einen halben freien Kassensitz gibt es in Kleve und Mönchengladbach.

„Bruchlandung“ für die ePA?

Wie mehrere Medien berichten, nutzt weiterhin nur ein geringer Anteil der Versicherten die ePA – die Zahl liegt im einstelligen Prozentbereich. Grund dafür ist insbesondere die komplizierte Registrierung. Der Hausärzteverband warnt vor einer „Bruchlandung“ und wünscht sich eine stärkere Kommunikation durch die Krankenkassen. Auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft und Verbraucherschutzorganisationen sehen die Akzeptanz noch als Herausforderung. Was dabei kaum erwähnt wird: Unabhängig von der Nutzung durch Versicherte erhält die ePA ab Oktober 2025 einen Schub durch die verpflichtende Nutzung in der ärztlichen Versorgung.

Primärarztsystem spaltet die Ärzteschaft

72 Prozent aller Hausärztinnen und Hausärzte befürworten ein Primärarztsystem. Bei Fachärztinnen und Fachärzten liegt die Zustimmung gerade einmal bei 38 Prozent. Wenn das Primärarztsystem mit einer Steuerung von Patienten verbunden sein soll, fällt der Unterschied noch größer aus. Das zeigte eine Befragung von mehr als 1.100 Ärztinnen und Ärzten der KV-Region Nordrhein.

DKFZ startet UroBot

Ab sofort kommt der Chatbot „UroBot“ des DKFZ in der urologischen Ausbildung zum Einsatz. Besonders in der Prüfungsvorbereitung soll der Chatbot unterstützen, denn er wurde mit urologischem Fachwissen trainiert und kennt einschlägige Leitlinien. In einem Test mit 200 Urologinnen und Urologen konnte der Chatbot knapp 90 Prozent aller Fragen korrekt beantworten. Über die Fortbildungsplattform urotube können Ärztinnen und Ärzte den UroBot nun kostenfrei nutzen.

BIOPSIE-SYSTEME VON UROMED

ZIELGERICHTETE ENTNAHME VON GEWEBEPROBEN AUS DER PROSTATA

Die Qualität der während einer Prostata-Biopsie gewonnenen Gewebeproben beeinflusst maßgeblich die Aussagekraft von histologischen Befunden. Daher sind bei der Auswahl von Biopsie-Systemen Faktoren wie die stabile Führbarkeit der Kanüle, die Schusskraft des Instruments sowie die richtige Kanülenauswahl, ausschlaggebende Kriterien.

Das **UROMED CORAZOR® Biopsieschussgerät** (REF 6020) bietet Ihnen die oben aufgeführten Erfolgsfaktoren und kann somit zu einer präzisen Diagnostik beitragen.

Die Vorteile der **UROMED CORAZOR® Stanzbiopsiekanülen** (REF 6029-6033) für Sie im Überblick:

- **Reibungslose Führbarkeit der Kanüle** – auch im gebogenen Zustand – durch eine stabile Einlage und die 3-Punkt-Fixierung der Kanüle im Mehrfach-Schussgerät
- **Hoch qualitative Biopsate** durch Axial-Rotationsschliff der Kanüle sowie durch die starke Federkraft des CORAZOR® Mehrfach-Schussgerätes
- **Kontaminations- und Kanülenschutz** zur Unfallverhütung und Gewährleistung der Sterilität der Kanüle

Wenn Sie noch zielgerichteter Gewebeproben entnehmen wollen, empfehlen wir Ihnen unsere Präzisions-Kanüle. Die **UROMED CORAZOR® 3K|TROKAR Stanzbiopsiekanüle** (REF 6025) weist einen 3-kantigen Trokarschliff auf. Dieser besondere Kanülenschliff bedingt, dass es bei der Gewebeproben-Entnahme zu geringeren Abweichungen kommt und das Zielareal im prostatistischen Gewebe somit punktgenauer erreicht wird als mit herkömmlichen Stanzbiopsiekanülen.

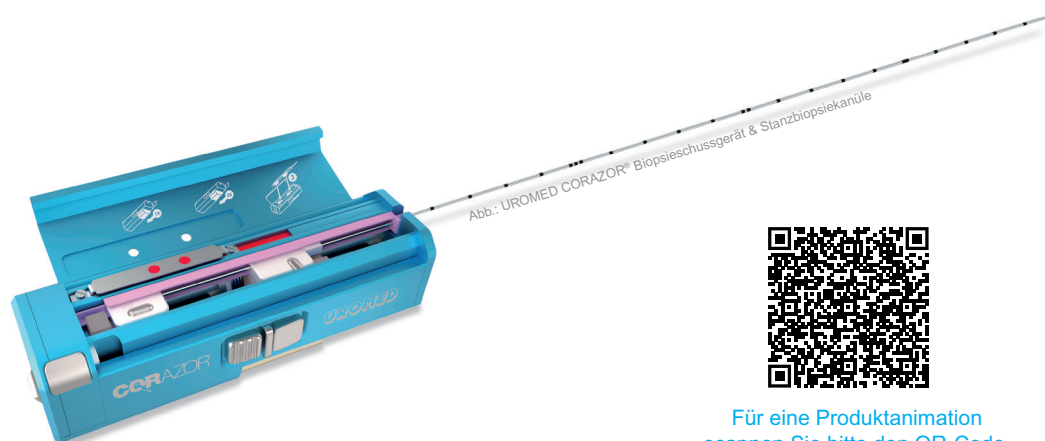
Verschiedene Einmal-Biopsiesysteme und Einmal-Kanülenführungen runden das umfangreiche UROMED Biopsie Sortiment ab.

Haben Sie Fragen zum UROMED Produktportfolio?
Dann melden Sie sich gerne per E-Mail oder telefonisch bei unserem UROMED Regionalleiter Nord:

Herrn Oliver Rocholl
Mobil: 0171 555 45 35
E-Mail: Oliver.Rocholl@uromed.de

Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme.

Mit freundlichen Grüßen
UROMED Kurt Drews KG



Für eine Produktanimation
scannen Sie bitte den QR-Code.

Seminare für Ärztinnen und Ärzte sowie Praxispersonal in 2025/2026

Alle weiteren Details und Informationen zu unseren IHK-Zertifikatslehrgängen und Seminaren erhalten Sie auf der Internetseite www.frielingsdorf-akademie.de oder im persönlichen Kontakt mit Claudia König unter der Rufnummer 02 21 – 139 836-63 sowie per Mail unter koenig@frielingsdorf.de.

IHK-Zertifikatslehrgänge

Uro-GmbH-Mitglieder erhalten einen Rabatt in Höhe von 10% auf die Kursgebühr

„Praxismanager/in (IHK) – Arztpraxis / MVZ“

13. – 17. April 2026
im Steigenberger Hotel Köln

„MVZ-Geschäftsführerin / MVZ-Geschäftsführer (IHK)“

03. – 07. November 2025
im Ameron Regent Hotel Köln

„Abrechnungsmanager/in (IHK) – Arztpraxis / MVZ“

07. – 11. September 2026 in Köln
+ 18. September 2026 online-Prüfungstermin

Seminare

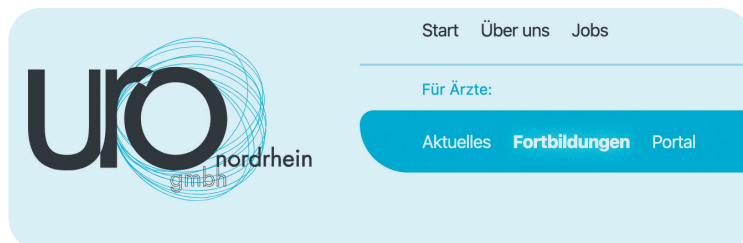
Für Uro-GmbH-Mitglieder gilt jeweils die ermäßigte Seminargebühr in Höhe von € 390,- (zzgl. MwSt.) anstatt € 540,- (zzgl. MwSt.).

Betriebswirtschaftliche Praxisführung

27. Februar 2026
im Courtyard Hotel Köln

„KV-Honorarbescheide – richtig lesen und verstehen!“

04. November 2025
im Courtyard Hotel Köln



Fachübergreifender Auffrischkurs „Hygienebeauftragter Arzt“ für Niedergelassene (Online-Seminar)

13. November 2025

www.uro-nordrhein.de/aerzte/fortbildungen/

UroBert

KI-Ansprechpartner der Uro-GmbH Nordrhein

Deine erste Anlaufstelle, um diskret über deine urologischen Beschwerden zu chatten, bevor du einen Arzt aufsuchst.

- + Anonym
- + KI-basiert
- + Sicher



Hallo, hier schreibt dein **UroBert**.
Wenn du möchtest, kannst du
mit mir über deine urologischen
Sorgen reden.



www.uro-nordrhein.de



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: 15.08.2025

Die Uro-GmbH Nachrichten erscheinen vierteljährlich.

Die Uro-GmbH Nachrichten sind für Mitglieder kostenlos.

Gestaltung: Kerstin Lünenschloß, Aachen

Fotos: Adobe Stock: ©Valerie M, ©fizkes, ©natali_mis;

Unsplash: ©Chris Montgomery, ©headway;

Sicherheitszeichen Arbeitsschutz: BGW

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, Johnson&Johnson, UROMED Kurt Drews KG

APOGEPHA Arzneimittel GmbH, Astellas Pharma GmbH,
Besins Healthcare, Dr. R. Pfleger GmbH,
Sandoz Deutschland / Hexal AG, Ipsen Pharma GmbH,
medac Gesellschaft für klinische Spezialpräparate mbH,
Novartis Radiopharmaceuticals, Takeda Pharma GmbH,
Tietze & Pozo Medizintechnik GmbH





Uro-GmbH Nordrhein
Hohenstaufenring 48 - 54
50674 Köln
Telefon: 0221 / 139 836 - 55
Telefax: 0221 / 139 836 - 65
info@uro-nordrhein.de

www.uro-nordrhein.de