



Ausgabe 2 – 2026



www.uro-nordrhein.de



Uro-GmbH Nachrichten



Was macht erfolgreiche Netzwerke aus?

Gesundheitsreform 2026 – Anfang vom Ende?

Doctolib Connect – Gemeinsam besser vernetzt

Johnson&Johnson

UROMED
PRODUKTE FÜR DIE UROLOGIE

 **APOGEPHA**
Ihr Partner in der Urologie

 **astellas**

 **Bayer**

 **Dr. Pflieger**
ARZNEIMITTEL

 **IPSEN**
Innovation for patient care

 **medac**
improving human health

 **Takeda**

 **TIETZE & POZO**
Medizintechnik GmbH



Ausgabe 2 – 2026



www.uro-nordrhein.de



Uro-GmbH Nachrichten

Inhaltsverzeichnis

- 4 Editorial
- 5 Was macht erfolgreiche Netzwerke aus?
Netzwerkorganisation neu gedacht?
- 6 Gesundheitsreform 2026 – Anfang vom Ende?
- 13 Rechtsbehelfe: Widerspruch ist ausschließlich
gegen tatsächlichen Bescheid möglich
- 14 Neue gerichtliche Zuständigkeiten
für GOÄ-Honorarklagen
- 16 Doctolib Connect –
Gemeinsam besser vernetzt
- 19 Novartis beendet Zusammenarbeit
mit der Uro-GmbH Nordrhein
- 19 Pressenachrichten
- 24 Seminare für Ärztinnen und Ärzte
sowie Praxispersonal in 2026
- 25 Impressum

Editorial



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

„Die Katze ist aus dem Sack!“

Der Expertenrat hat sein Gutachten zur Sicherung der Finanzierung der GKV vorgelegt. Den größten Posten stellen dabei die Beiträge der Bürgergeldversicherten von 12 Mrd. Euro dar, die aus dem Bundeshaushalt finanziert werden müssten.

Des Weiteren 65 Einsparmöglichkeiten, schwerpunktmäßig auf der Seite der Leistungserbringer und der Pharmaindustrie. Bis auf eine Begrenzung der Vorstandsgehälter der GKVen und Einschränkung der Werbekosten müssen die Krankenkassen nicht sparen.

Jetzt kommt es darauf an, was die Regierung und der Bundestag mit dem Gutachten machen. Der Kabinettentwurf sieht alle Sparmöglichkeiten auf Seiten der Leistungserbringer vor. Ausgerechnet die Beiträge der Bürgergeldversicherten sollen aber nur „homöopathisch“ behandelt werden. Der Kabinett-Entwurf sieht lediglich 200 – 250 Mio. Euro vor. Dabei kürzt der Finanzminister auch noch 2 Mrd. Euro aus dem Gesundheitsfond. Wie derart die Versichertenbeiträge stabil gehalten werden sollen, bleibt ein Geheimnis.

Jetzt im Bundestag werden vor allem die Sparbeiträge der Pharmaindustrie in Frage gestellt, weil ansonsten Industrieabwanderung droht. Es bleibt also voraussichtlich „alles beim Alten“. Die Sparmaßnahmen werden auf dem Rücken der Leistungserbringer stattfinden! Dort war ja in der Vergangenheit der geringste Widerstand zu erwarten.

Fazit: Der Politik sind die Ärztinnen und Ärzte völlig egal! Sie sind keine relevante Wählergruppe und gehören sowieso zu den Besserverdienern. Warum also Rücksicht nehmen?

Fatale Signale, die die Probleme Deutschlands verschärfen und nicht verringern werden. Mit Reformpolitik hat das nicht das Geringste zu tun.

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

Was macht erfolgreiche Netzwerke aus? Netzwerkorganisation neu gedacht?

von Dr. Henning Klein,
ärztlicher Berater der Uro-GmbH Nordrhein

Ärztliche Netzwerke leben nicht von ihrer Struktur, sondern von den Menschen, die sie gestalten und in ihnen wirken. Viele Netzwerke und Vereine kennen dieselbe Herausforderung: Die Mitglieder schätzen das Angebot, beteiligen sich überwiegend lediglich zurückhaltend. Dabei entsteht ein starkes lebendiges Netzwerk genau dann, wenn aus passiven Mitgliedern aktive Mitgestalter werden. Der Alltag aller KollegInnen in Praxis und Klinik ist dicht getaktet, Zeit ist knapp, und der unmittelbare Nutzen eines Engagements erscheint schwer erkennbar.

Die Urologie verändert sich rasant. Zunehmende Verlagerung von Leistungen in den ambulanten Sektor, Ärzte-Nachwuchsmangel, wirtschaftlicher Druck, Digitalisierung, neue Leitlinien sowie gesundheitspolitische Entwicklungen betreffen jeden von uns unmittelbar. Kein einzelner Arzt kann diese Veränderungen alleine bewältigen. Somit ist Engagement heute wichtiger denn je.

Halten Sie Kontakt zu Ihrem lokalen Netzwerk!

Ein Netzwerk ist in erster Linie als lokale organisatorische Plattform der Uro GmbH und dem Berufsverband vorgeschaltet und dient zum fachlichen Austausch sowie der kollegialen Unterstützung, möglich aber auch der Interessenvertretung gegenüber Politik und Kostenträgern.

Viele Netzwerke oder Berufsverbände konzentrieren sich primär auf die Weitergabe von Informationen und Veranstaltungen. Das allein erzeugt jedoch noch keine echte Anbindung. Mitglieder möchten wahrgenommen werden – fachlich und

persönlich. Gerade auf lokaler Ebene sind persönliche Beziehungen entscheidend. Wer KollegInnen kennt, beteiligt sich eher an Diskussionen, Projekten oder Veranstaltungen.

Deshalb braucht ein modernes urologisches Netzwerk zusätzliche Möglichkeiten für einen echten Austausch in Form von z.B. regelmäßigen Treffen. Neue Mitglieder können im Rahmen solch regionaler Treffen persönlich vorgestellt werden, ein Mentoring-Programm zwischen erfahrenen und jüngeren KollegInnen kann aufgebaut werden und sich entwickeln.

Aus einem anonymen Netzwerk kann so ein kollegialer Verbund werden. Der konkrete Nutzen muss bestenfalls für jedes Mitglied sichtbar sein und die Auswirkungen im beruflichen Alltag sollten spürbar sein, z.B. in Form von fachlichem Austausch oder Unterstützung bei administrativen Praxisangelegenheiten sowie der Nachwuchs- und Ausbildungsermittlung.

Die Zukunft eines Berufsverbandes oder Netzwerkes entscheidet sich über den Nachwuchs – der sich langfristig mit der Grundidee identifizieren kann. Die Beteiligung muss einfach, vielfältig und niederschwellig sein. Wer erlebt, dass sein Beitrag etwas bewegt, wird motiviert und bleibt dabei.

So gewinnen direkte, schnelle und unkomplizierte Kommunikationsmöglichkeiten über Plattformen weiter an Bedeutung, ebenso Podcasts oder Hybridveranstaltungen. Auch hier unterstützt zukünftig die Uro GmbH.

Ein starkes urologisches Netzwerk kann nicht nur als Organisation funktionieren. Es braucht Menschen hinter den Strukturen, um etwas zu bewegen. Denn die Urologie braucht nicht nur moderne Medizin – sie braucht auch eine starke Gemeinschaft.

Halten Sie Kontakt zu Ihrem lokalen Netzwerk!

Gesundheitsreform 2026 – Anfang vom Ende?

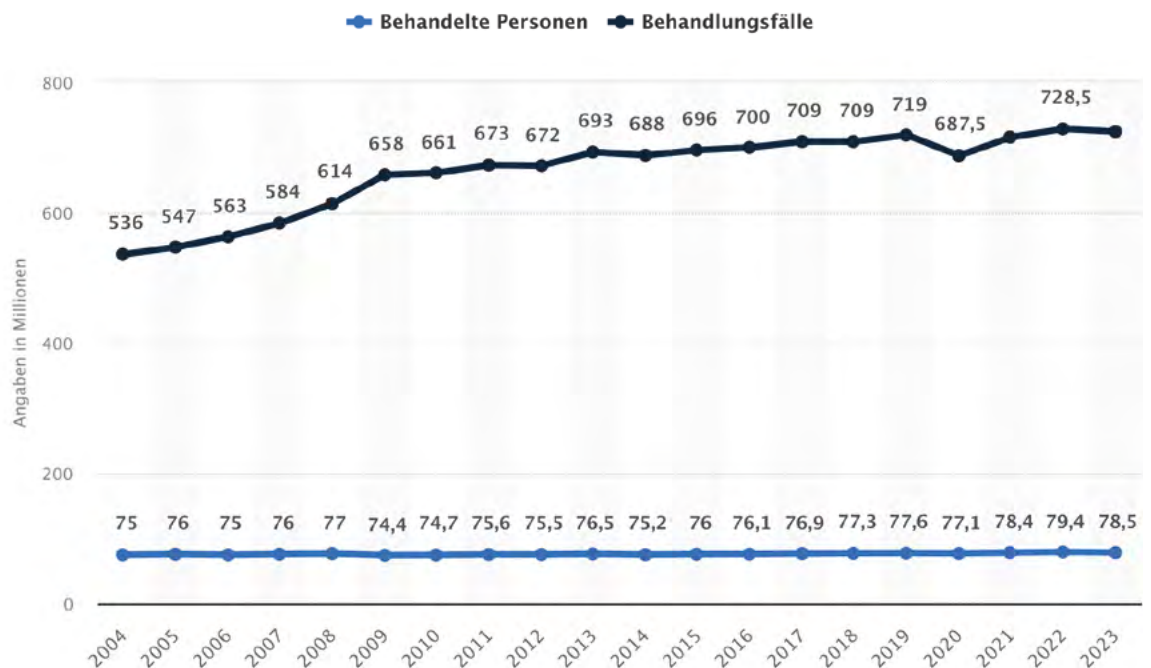
Dr. med. Michael Stephan-Odenthal,
ärztlicher Berater der Uro-GmbH Nordrhein

Unbegrenzt Leistungsversprechen trifft auf begrenzte finanzielle Möglichkeiten – dem Gesundheitssystem in Deutschland droht die Insolvenz!

Die voraussichtliche Finanzierungslücke für 2027 beträgt 15 Mrd. Euro. Diese Feststellung ist an sich keine Neuigkeit, denn schon in den letzten Jahren zeigte sich, dass das umlagefinanzierte Solidar-system, ähnlich des Rentensystems, bei nun derb zuschlagendem Demographie-Wandel auf Dauer ausschließlich mit steigenden Beiträgen finanzierbar ist. Weil die Beiträge zur Hälfte die Unternehmen in Deutschland belasten, dürfen die Beiträge schon allein aus wirtschaftlichen Gründen, vor allem in einer Wirtschaftskrise, nicht steigen.

Deshalb werden schon seit Jahren über den Gesundheitsfond steigende Steuerbeträge in das System gepumpt. Ohne diese Steuerbeiträge wären die Beitragssätze schon lange gestiegen.

Da jetzt mit der Babyboomer Generation die größte Bevölkerungsgruppe ins gesundheitskritische Alter kommt, die Ansprüche an das System in allen Altersgruppen gestiegen ist und der medizinische Fortschritt immer mehr möglich macht, steigt die Nachfrage nach medizinischen Leistungen unbegrenzt. Im Jahr 2024 wurden 578 Mio. Behandlungsfälle in deutschen Arztpraxen mit fast 1 Mrd. Arzt-Patientenkontakten in Deutschland erbracht, Tendenz in den letzten 20 Jahren steigend.



Quelle: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/75608/umfrage/von-aerzten-behandelte-personen-und-aerztliche-behandlungsfaelle>

Die steigende Nachfrage trifft auf ein von Krankenkassen und Politik immer wieder suggeriertes unbegrenztes Leistungsversprechen. Nun knirscht es mit diesem Leistungsversprechen schon seit Jahren, weil spätestens seit der Coronapandemie die Leistungserbringer völlig überlastet sind. So führen die Praxen zunehmend eine hysterische Diskussion um Terminvergabe nach den Bedürfnissen der Versicherten. Demgegenüber gilt schon seit 2003 mit Einführung der Morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV) und der daraus abgeleiteten Regelleistungsvolumina (RLV) eine strikte Budgetierung vor allem im Facharztbereich, die in der Urologie ca. 20% der erbrachten Basis-Leistungen jedes Jahr nicht vergütet. Zwar ist der Anteil der extrabudgetären Leistungen in der Urologie auf zuletzt ca. 50% des Gesamthonorars gestiegen, jedoch werden immer noch viele Basisleistungen nicht bezahlt.

Die Gesundheitsreform soll es richten

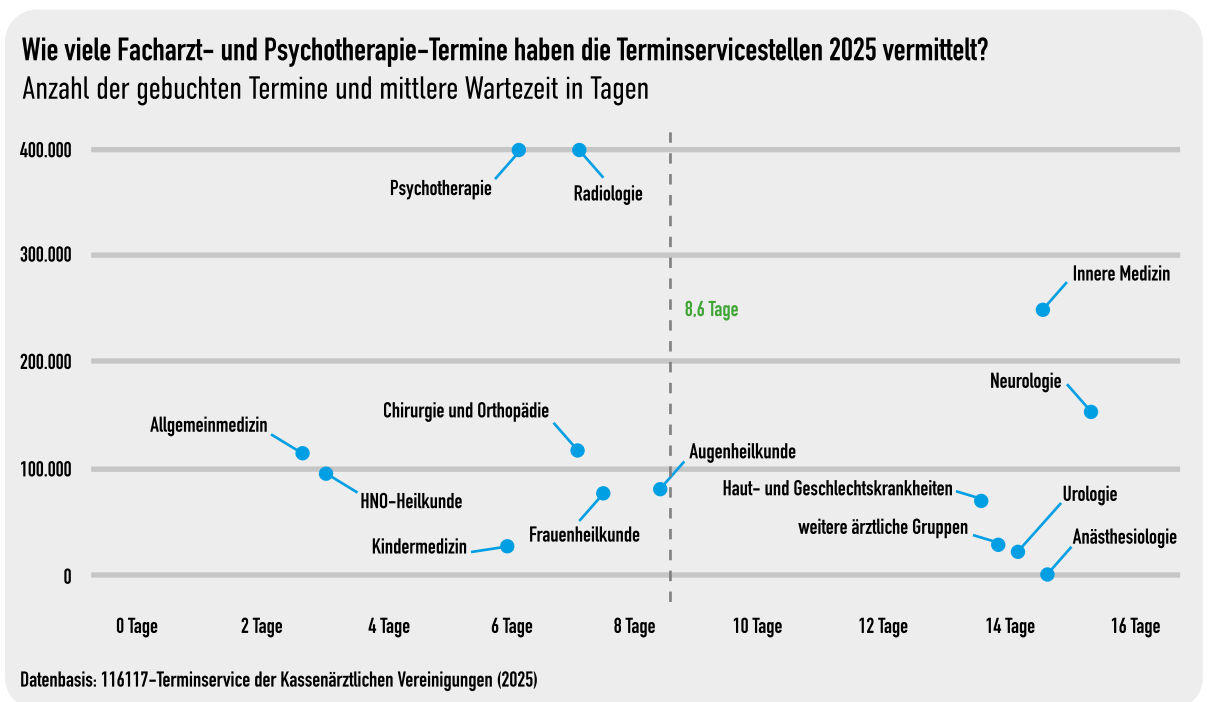
Schon seit 20 Jahren werden fast jährlich sogenannte „Gesundheitsreformen“ durchgeführt, um das System zu stabilisieren. Letztlich wurde an den eigentlichen Ursachen nie etwas geändert. Fast alle Reformen zielten im Kern auf eine Kostendämpfung vor allem zu Lasten der Leistungserbringer. Außerdem hielt mit jeder Reform mehr Bürokratie Einzug in die Arztpraxen. In dem Maße wie die Bürokratie stieg, wuchs die Bedeutung der Verwaltungsapparate von Krankenkassen und KVen. Die Entscheidungsfreiheit der ärztlichen Tätigkeit wurde immer mehr beschnitten und wer

sich im Bürokratiedschungel verirrt, wurde durch Regresse zusätzlich bestraft. Mit dem Termin-Service und Versorgungsstärkungsgesetz (TSVG) vom ehemaligen Minister Jens Spahn sollte die Termindiskussion besänftigt werden. Ausgelobt wurden finanzielle Anreize zur schnelleren Terminvermittlung zwischen Hausarzt und Facharzt. Zusätzlich wurden die Terminservicestellen auf Kosten der

Fast alle Reformen zielten im Kern auf eine Kostendämpfung vor allem zu Lasten der Leistungserbringer.

KVen eingerichtet. Im Gegenzug sollten die Ärzte statt 20 Mindestsprechstunden pro Woche 25 Stunden anbieten. Dabei lag die durchschnittliche Sprechstundenzeit zu diesem Zeitpunkt laut GKV-Spitzenverband schon bei 29 Stunden pro Woche! Die TSVG-Honorare wurden extrabudgetär ausbezahlt und machten in 2025 ca. 6% der Honorare in der durchschnittlichen urologischen Praxis in Nordrhein aus. Die Krankenkassen waren im Glauben, durch das TSVG würden deutlich mehr Patienten behandelt, was aber schon bei durchschnittlich 29 Sprechstunden pro Woche gar nicht zu erwarten war. Dennoch hat das TSVG vor allem nachweislich zu einer schnelleren Terminvergabe nach medizinischem Bedarf geführt wie das ZI nachweisen konnte. So waren die tatsächlichen Wartezeiten, je nach medizinischer Notwendigkeit, im internationalen Vergleich gering.

Gesundheitsreform 2026 – Anfang vom Ende?



Quelle: <https://www.zi.de/das-zi/medien/grafik-des-monats/detailansicht/februar-2026>

Da die Erwartungen einer nachlassenden Termin- diskussion für die Krankenkassen und Patienten- verbände nicht erfüllt wurden, gar die Termin- bevorzugung der PKV-Patienten zunehmend thematisiert wurde, stellten Bundesrechnungshof und Krankenkassen die Behauptung auf, dass die zusätzlichen Gelder im TSVG nichts zur Ver- sorgung der Patienten beitragen würden. Diese unlogische und falsche Behauptung wurde von der wissenschaftlichen Kommission zur Stabilisierung des Gesundheitswesens 1:1 übernommen und als Einsparpotential benannt, weil dadurch keine Auswirkungen auf die zukünftige Versorgung zu

erwarten seien. Ansonsten wurde von der Kom- mission richtigerweise eine „Einnahme-orientier- te-Ausgabenpolitik“ vorgeschlagen. So sollen die zukünftigen Honorarsteigerungen an die Steige- rung der Grundlöhne angepasst werden. Dass ein unbegrenztes Leistungsversprechen nicht zu solchen Empfehlungen passt, wurde ignoriert. Der größte Empfehlungsposten zur Stabilisierung des Systems wurde im Übrigen mit der Finan- zierung der Beiträge der Bürgergeldempfänger (12 Mrd. Euro) benannt. Daneben sollen auch die Versicherten mit höheren Gebühren für verordnete Medikamente zur Stabilisierung beitragen. Emp-

fehlungen zu strukturellen Veränderungen, also echte Reformveränderungen im System, wurden nicht vorgeschlagen. Sie sollen in einer weiteren Empfehlung folgen.

Nun war es an der Ministerin Warken aus den Empfehlungen ein Gesetz zu formulieren, das nach ihren Vorgaben die Lasten gerecht auf alle Schultern verteilen sollte. Was dabei herauskam, war erwartungsgemäß wie bei allen anderen „Reformen“, vor allem eine weitere Kostendämpfung bei den Leistungserbringern nach den Vorgaben der Kommissionsempfehlung. Die Bürgergeldbeiträge werden nur minimal mit 250 Mio. Euro geleistet. Zusätzlich werden 2 Mrd. Euro aus dem Gesundheitsfond gestrichen, so dass netto die staatlichen Leistungen zur Stabilisierung gekürzt werden. Dieser Gesetzentwurf ist nun im Bundestag und soll bis zum Sommer verabschiedet werden.

Die Signale der Reform sind verheerend

Die Kassen sind zufrieden. Einsparungen bei Werbungskosten und Deckel der ohnehin schon üppigen Führungsgehälter lassen sich verkraften. Für die selbständigen Leistungserbringer in den Praxen allerdings bedeuten die Einsparungen ohne eine Begrenzung des Leistungsversprechens eine weitere Geringschätzung und bewusste Missachtung ihrer berechtigten Einwände. 23 Jahre Budgetierung mit Vorenthaltung von Honoraren und jetzt sollen zusätzlich ihre „Beiträge zur Stabilisierung“ Einsparungen leisten. Dies alles

ohne Rücknahme der im TSVG-Gesetz erhöhten Mindestsprechstundenzeit zurückzunehmen. Unter dem Strich sollen die Praxisinhaber mehr Arbeit leisten bei gleichzeitig niedrigerem Verdienst und weiterhin unbegrenztem Leistungsversprechen, wie es den Versicherten suggeriert wird. Für die älteren Praxisbetreiber ist damit die Grenze des Zumutbaren erreicht und jüngere potentielle Nachfolger winken dankend ab. Die Folge der „Reformen“ wird zunächst sein, dass die Verfügbarkeit von ärztlicher Dienstleistung abnehmen wird. Die Praxen werden sich nicht bei deutlich gestiegenen Kosten von durchschnittlich 20% in den letzten 5 Jahren weiter in die Pleite arbeiten wollen. Zur Wahrheit gehört, dass die GKV-Praxis in vielen fachärztlichen Bereichen schon seit Jahren nicht mehr gewinnbringend ist, sondern die Gewinne im Wesentlichen im PKV-Bereich erzielt werden. So wird als Folge der aktuellen Sparmaßnahme die GKV-Praxis reduziert werden, während die PKV-Praxis an Bedeutung gewinnt. Damit wird die Reform unmittelbar die sogenannte „Zwei-Klassen-Medizin“ weiter beflügeln, die Terminwartzeiten für GKV-Versicherte werden weiter steigen. Dass die Sparmaßnahmen keine Auswirkung auf die Versorgung haben werden, wie es die Kommission postuliert, ist absurd.

Die Bürokraten mit der Staatsmedizin sind auf dem Vormarsch

Nun sollen im nächsten Jahr die „richtigen Reformen“ laut wissenschaftlicher Kommission kommen. Darin angedacht war von ärztlicher Seite

CQ – das Netzwerk inhabergeführter Dienstleister für Arztpraxen

Für jeden Bedarf der richtige Spezialist an Ihrer Seite, der für Qualität, Effizienz und verlässliche Zusammenarbeit in Ihrer Praxis sorgt:

- ✓ Hygienemanagement
- ✓ Instrumentenaufbereitung
- ✓ QM-Software Paul
- ✓ Datenschutz
- ✓ Verbrauchsmaterialien
- ✓ Qualitätsmanagement
- ✓ Arbeitssicherheit
- ✓ Medizintechnik
- ✓ Fortbildungen
- ✓ Medizinische Gase
- ✓ Chirurgische Instrumente
- ✓ Praxisausstattung

Partner von CQ:



Qualifizierung für Ihr Praxisteam



Schulung für Brandschutzhelfer

Die Schulung richtet sich an Mitarbeitende in Arztpraxen und erfüllt die gesetzliche Pflicht zur Ausbildung von Brandschutzhelfer:innen gemäß DGUV Information 205-023.

- ✓ **Grundlagen & Gefahren:** Brandschutz, Brandgefahren, Verhalten im Ernstfall
- ✓ **Organisation & Technik:** Betriebliche Brandschutzorganisation, Alarmierung
- ✓ **Praxis & Einsatzgrenzen:** Handhabung von Feuerlöscheinrichtungen, Löschtechniken und Grenzen der Brandbekämpfung

Nächste Termine:

📅 17.06.26 | 14:00 – 17:00 (in Alsdorf)

📅 16.09.26 | 14:00 – 17:00 (in Erfstadt)



99 €
zzgl. Steuern

Mehr Informationen:
connected-quality.de

79 €
zzgl. Steuern
für Stammkunden
der Partner von
CQ



Hygienebeauftragte in der Arztpraxis

Die Schulung richtet sich an Medizinische Fachangestellte.

- ✓ **Grundlagen:** in Geschichte der Hygiene, Recht, Mikrobiologie, Hygienemanagement
- ✓ **Hygienemaßnahmen & Schutz:** Persönliche- und Flächenhygiene, Antiseptik sowie Schutzausrüstung
- ✓ **Praxis & Umgang:** Umgang mit Medizinprodukten, Arzneimitteln, infektiöse Patient:innen und Abfallentsorgung

Nächste Termine:

📅 01.07.26 | 09:00 – 16:30 (in Alsdorf)

📅 21.10.26 | 09:00 – 16:30 (in Erfstadt)



299 €
zzgl. Steuern

Mehr Informationen:
connected-quality.de

249 €
zzgl. Steuern
für Stammkunden
der Partner von
CQ

Gesundheitsreform 2026 – Anfang vom Ende?

eine Primärarztversorgung mit dem Hausarzt als Lotse im System. Doch schon ereifern sich die Krankenkassen mit Vorschlägen zu einer Primärversorgung ohne Ärzte. Da wird von verbindlicher digitaler Ersteinschätzung im Notfall, von Primärkontakten mit geschultem Gesundheitspersonal und von digitaler zentraler Terminvergabe in medizinischen Einrichtungen gesprochen. Offen bleibt, wer eigentlich verantwortlich sein soll für die Entscheidungen der digitalen Ersteinschätzung oder den Entscheidungen des Primärkontaktes. Wer soll das betriebswirtschaftliche Risiko mit Investitionen in Räume, Personal und Ausstattung für dieses System übernehmen? Freiberufliche Ärztinnen und Ärzte werden das sicher nicht sein. Offensichtlich sollen GKV-Versicherte und Ärzte vollständig durch die Gesundheitsbürokratie bevormundet werden. In dem Fall müssen allerdings der Staat oder die Krankenkassen auch das betriebswirtschaftliche Risiko übernehmen. Freie Arztwahl und freie ärztliche Entscheidung wird es dann ausschließlich noch in der Privatpraxis geben. Wer das jetzt schon erleben möchte, sollte nach England blicken, wo dieses System schon seit Jahrzehnten existiert. Mit Wartezeiten, die die Patienten sich hier sicher nicht wünschen. Die naheliegendsten Änderungen für ein zukunftsfestes Gesundheitssystem werden dabei vollständig ignoriert. Die Selbstverantwortlichkeit für Gesundheit wird bewusst abgelehnt. Selbstbeteiligungen zur Steuerung der Inanspruchnahme für Bagatellbeschwerden werden bewusst vermieden.

Am Ende – Wie wird die Praxis in Zukunft sein?

Mit der aktuellen Gesundheitsreform wird die Geringschätzung der aktuellen ambulanten Versorgung fortgesetzt. Die Bevormundung sowie die Bürokratie werden durch angedachte weitere Schritte vorangetrieben. Die unabhängige ärztliche Tätigkeit für GKV-Versicherte wird damit weiter ausgehöhlt und mittel- bis langfristig abgeschafft. Zukünftige Kolleginnen und Kollegen werden die Versicherten vor allem nach Vorgaben der Versicherungen unter Kostengesichtspunkten behandeln müssen und nicht mehr nach individuellen Bedürfnissen unter medizinischen Gesichtspunkten. Diese Versorgung wird vorwiegend in großen Behandlungseinrichtungen stattfinden, die dann von Krankenkassen oder staatlichen Institutionen geleitet werden. Ärztinnen und Ärzte werden dort angestellt sein und geleitet werden. Die Versicherten werden ausschließlich nach wirtschaftlich orientierten Leitlinien versorgt werden, individuelle Bedürfnisse werden eine untergeordnete Rolle spielen.

Diese wird es lediglich in der PKV- oder Selbstzahler-Praxis geben, die sich neben diesen Versorgungseinrichtungen immer mehr etablieren werden. Die Ärztinnen und Ärzte werden neben ihrer angestellten Tätigkeit in der GKV-Versorgungseinrichtung vor allem auch in solchen privaten Praxen arbeiten und dort für die, die es sich leisten können, individuelle medizinische Behandlung anbieten.

Mehr Hygienevorgaben. Mehr Kontrollen. Und am Ende mehr QM-Arbeit für Ihre Praxis.

Dieses Jahr finden in vielen Regionen mehr behördliche Kontrollen statt. Und plötzlich reicht es nicht mehr, „es irgendwie im Griff zu haben“. Jetzt muss alles passen. **Das Problem ist aber meistens nicht die Begehung. Sondern der Aufwand davor.** QM bedeutet heute, ständig alles im Blick zu behalten – neben dem eigentlichen Praxisalltag.

Genau für diese Herausforderungen haben wir Paul entwickelt: Aus **über 15 Jahren Erfahrung in der QM- und Hygieneberatung** entstanden, in Köln entwickelt und heute von **über 100 urologischen Praxen genutzt**. Paul strukturiert alles rund um Ihr

QM. Damit Umsetzung, Dokumentation und Nachweise im Alltag einfach zusammenpassen und Sie jederzeit sicher nach aktuellen RKI-Standards aufgestellt sind. So entsteht im Alltag ein Gefühl, das viele Praxen lange nicht mehr hatten: Dass alles rund um QM & Hygiene einfach geregelt ist.

„Dank Paul haben wir uns bestens auf die Begehung vorbereiten können. Diese war dann auch nach 30 Minuten ohne Mängel absolviert. Vielen Dank an das ganze Team!“

Dr. med. Arno Göbel

Paul – QM + Hygiene in einem System geregelt

- ✓ **Automatische Dokumentenlenkung:** Immer die aktuelle Version zur Hand
- ✓ **100+ GBA- & RKI-konforme Musterdokumente:** Inkl. aller Urologie-spezifischen Dokumente
- ✓ **Intelligente Volltextsuche:** Info schneller gefunden, als die Kollegin gefragt
- ✓ **Aufgabenverwaltung:** Endlich den Kopf frei dank wiederkehrenden Aufgaben.

Lesebestätigung

Gelesen: **33.33%** Verstanden: **13.33%**

Suche

Vorname ↓	Nachname ↓	Gesehen ↓	Bestätigt ↓
Christian	Lese	✓	✗
DEMO	ASBE	✗	✗
Demo	Test	✗	✗

✓ **Mängellos durch die Kontrolle**

✓ **100+ urologische Praxen setzen auf Paul**



30 Tage kostenlos und unverbindlich testen und Erstgespräch vereinbaren:

🌐 paul-solutions.de/uro

✉ info@paul-solutions.de

**300 €
Warengutschein**
für TPM-Hygieneprodukte
bei Einführung von Paul

Rechtsbehelfe: Widerspruch ist ausschließlich gegen tatsächlichen Bescheid möglich

RA Olaf Walter,
Justiziar der Uro-GmbH Nordrhein

Widersprüche gegen Entscheidungen der Zulassungsgremien oder der Gremien der Wirtschaftlichkeitsprüfung können auch zu früh erfolgen. Liegt noch gar kein richtiger Bescheid vor, läuft ein etwaiger „vorsorglicher“ Widerspruch ins Leere. In einem vom Sozialgericht München aktuell entschiedenen Fall hatte die KV per E-Mail den Entzug der Zulassung angekündigt. Ein Widerspruch gegen diese E-Mail war verfrüht und daher unwirksam, wie das Sozialgericht München entschied. Im Streitfall geht es um ein MVZ, dem die Zulassung wegen Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit zu entziehen war. Noch am Entscheidungstag des Zulassungsausschusses informierte eine Mitarbeiterin der KV das MVZ vorab in einer E-Mail. Ein schriftlicher Bescheid folge „in den nächsten Wochen“. Das MVZ legte vor Zugang des schriftlichen Bescheides „vorsorglich Widerspruch“ ein.

Hierzu betonte nun das Sozialgericht, dass ein Widerspruch erst ab formeller Bekanntgabe der Entscheidung möglich ist. Die E-Mail sei keine solche Bekanntgabe gewesen. Mit ihr sei weder das Protokoll der Sitzung noch sonst der Wortlaut der Entscheidung mitgeteilt worden.

Nicht einmal der Absender sei klar gewesen, weil die Sachbearbeiterin zwar von der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses geschrieben, ihre E-Mail aber als KV-Mitarbeiterin unterschrieben habe. Ausdrücklich habe sie den Bescheid erst für die nächsten Wochen angekündigt.

Schließlich sei in dem schriftlichen Bescheid die dann laufende einmonatige Widerspruchsfrist explizit genannt worden. Diese hat das MVZ dann jedoch verstreichen lassen.

Sozialgericht München, Az.: S 49 KA 6/22

Praxistipp

Obige Grundsätze gelten in sämtlichen verwaltungs- oder sozialrechtlichen Angelegenheiten des Vertragsarztrechts. Egal, ob es um Verfahren der Plausibilitäts- oder Abrechnungsprüfung, um Angelegenheiten der Wirtschaftlichkeitsprüfung bei der Prüfungsstelle oder um eine sachlich-rechnerische Richtigstellung geht: Ein tatsächlicher „Widerspruch“ ist ausschließlich gegen den eigentlichen Bescheid möglich, mit dem die jeweilige Stelle, sei es die KV oder einer der Ausschüsse, die Entscheidung bekannt gibt und beispielsweise einen Regress festsetzt. In der Regel ist im Text der schriftlichen Entscheidung die Formulierung „Bescheid“ oder „Beschluss“ enthalten sowie zumeist eine „Rechtsbehelfsbelehrung“, in der im Einzelnen beschrieben wird, wie sich der Adressat gegen die Entscheidung wehren kann. Gegen dieses Schreiben ist der Widerspruch der statthafte Rechtsbehelf. Nach der Rechtsprechung des Sozialgerichts München entfaltet ein „vorsorglicher Widerspruch“, der erhoben wird, bevor überhaupt der streitgegenständliche Bescheid bekannt gegeben wird, keinerlei Wirkung.

Neue gerichtliche Zuständigkeiten für GOÄ-Honorarklagen

RA Olaf Walter,
Justiziar der Uro-GmbH Nordrhein

Seit Anfang 2026 sind GOÄ-Honorarklagen grundsätzlich vor Landgerichten zu führen. Das bedeutet, dass Rechtsstreitigkeiten um GOÄ-Rechnungen künftig teurer und voraussichtlich auch länger dauern werden. Anlass ist das Gesetz zur Änderung des Zuständigkeitsstreitwerts der Amtsgerichte, zum Ausbau der Spezialisierung der Justiz in Zivilsachen und zur Änderung weiterer prozessualer Regelungen, das am 1. Januar 2026 in Kraft getreten ist. Danach sind Landgerichte zuständig für Streitigkeiten aus Heilbehandlungen, wozu nicht nur Arzthaftungsfälle, sondern auch Honorarstreitigkeiten aus GOÄ-Abrechnungen gehören. Unabhängig von der Höhe der Rechnung muss jede GOÄ-Klage nun vor dem Landgericht eingereicht werden; zuvor konnten bei niedrigeren Streitwerten auch Amtsgerichte zuständig sein. Vor den Landgerichten herrscht jedoch Anwaltszwang:

Durch den Anwaltszwang steigen die Kosten der Rechtsverfolgung: Beim Landgericht muss die Forderung aus GOÄ-Rechnungen von einem Rechtsanwalt geltend gemacht werden, und auch die Gegenseite muss anwaltlich vertreten sein. Das bedeutet für Ärzte und Verrechnungsstellen, die bislang selbst vor Amtsgerichten klagten, deutlich höhere Kosten. Zudem wird erwartet, dass sich Verfahren deutlich länger hinziehen können. Laut Justizstatistik dauern Landgericht-Verfahren durchschnittlich rund 17,5 Monate, während Amtsgerichte für die Abwicklung etwa 8,8 Monate benötigen. Leider hat der Gesetzgeber keine gesetzliche Regelung vorgesehen, die etwa bei Streitwerten unter 1.000,- € das Verfahren ohne mündliche Verhandlung nach billigem Ermessen ermöglichen. Durchaus positive Aussichten bestehen jedoch hinsichtlich der Rechtsanwendung: Die Landgerichte verfügen über spezialisierte Kammern im Medizinrecht, was zu fachlich fundierteren und hoffentlich einheitlicheren Entscheidungen führen wird.



**EMPFOHLEN ALS BEVORZUGTE ERSTLINIENTHERAPIE
VON ESMO- UND EAU-LEITLINIEN*¹⁻³**

DURCHSTARTEN FÜR EIN LÄNGERES ÜBERLEBEN

**KOMBINATIONSTHERAPIE PADCEV + PEMBROLIZUMAB ALS STANDARD FÜR DIE BEHANDLUNG
DES NICHT RESEZIERBAREN ODER METASTASIIERTEN UROTHELKRZINOMS*^{2,3}**

Hohe Wirksamkeit von PADCEV + Pembrolizumab vs. platinhaltiger Chemotherapie^{a, 4}

✓ Verdoppelung des mOS: 33,8 Monate vs. 15,9 Monate ($p < 0,00001$)^{b, 4}

✓ Hohe Ansprechrate (ORR): 67,5 % vs. 44,2 %; $p < 0,0001$ ^c; langanhaltendes Ansprechen mit mDOR: 23,3 Monate vs. 7 Monate^{d, 4}

Sicherheitsprofil ist managebar^{1, 4}

✓ Weniger schwere Nebenwirkungen Grad ≥ 3 unter PADCEV + Pembrolizumab als unter Chemotherapie^{a, 5}

* PADCEV in Kombination mit Pembrolizumab ist angezeigt zur Erstlinientherapie bei erwachsenen Patienten mit nicht resezierbarem oder metastasiertem Urothelkarzinom, die für eine platinhaltige Chemotherapie infrage kommen.¹

a: Die Langzeitdaten (~ 2,5 Jahre Follow-Up) der EV-302-Studie wurden auf dem ASCO GU 2025 präsentiert.⁴ | b: HR = 0,51; 95% KI: 0,43 – 0,61. | c: ORR 67,5 % [95% KI: 62,9 – 71,9] vs. 44,2 % [95% KI: 39,5 – 49,0]. | d: mDOR 23,3 Monate (17,8 – NE) vs. 7 Monate (6,2 – 9,0).

Referenzen:

1 Aktuelle Fachinformation PADCEV. | 2 Powles T, Bellmunt J, Comperat E et al. ESMO Clinical Practice Guideline Interim Update on First-Line Therapy in Advanced Urothelial Carcinoma. Annals of Oncology 2024 [journal pre-proof]. | 3 European Association of Urology. EAU guidelines on muscle-invasive and metastatic bladder cancer. Verfügbar unter: <https://d56bochluqxqz.cloudfront.net/documents/full-guideline/EAU-Guidelines-on-Muscle-Invasive-Bladder-Cancer-2025.pdf>; Zuletzt aufgerufen: September 2025. | 4 Powles T et al., Ann Oncol. 2025; 36 (10) 1212-1219. | 5 Powles T, Valderrama BP, Gupta S et al. Enfortumab Vedotin and Pembrolizumab in Untreated Advanced Urothelial Cancer. N Engl J Med 2024; 390(10):875-888.

HR: Hazard Ratio | KI: Konfidenzintervall | mDOR: mediane Ansprechdauer | mOS: Medianes Gesamtüberleben | NE: nicht abschätzbar | ORR: Gesamtansprechrate.

PADCEV™ 20 mg / 30 mg Pulver für ein Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung. Wirkstoff: Enfortumab vedotin. **Zusammensetzung:** Eine Durchstichflasche mit Pulver für ein Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung enthält Wirkstoff: 20 mg / 30 mg Enfortumab vedotin. Nach Rekonstitution enthält 1 ml der Lösung 10 mg Enfortumab vedotin. **Sonstige Bestandteile:** Histidin, Histidinhydrochlorid-Monohydrat, Trihalose-Dihydrat (Ph. Eur.), Polysorbit 20. **Anwendungsgebiete:** Padcev in Kombination mit Pembrolizumab ist angezeigt zur Erstlinientherapie bei erwachsenen Patienten mit nicht resezierbarem oder metastasiertem Urothelkarzinom, die für eine platinhaltige Chemotherapie infrage kommen. Padcev ist als Monotherapie angezeigt zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Urothelkarzinom, die zuvor eine platinhaltige Chemotherapie und einen Programmed Death Receptor-1- oder Programmed Death Ligand-1-Inhibitor erhalten haben (siehe Abschnitt 5.1 „Pharmakodynamische Eigenschaften“ in der Fachinformation). **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** **Monotherapie:** *Sehr häufig* ($\geq 1/10$): Anämie; Hyperglykämie, verminderter Appetit; periphere sensorische Neuropathie, Dysgeusie; trockenes Auge; Diarrhö, Erbrechen, Übelkeit; Alopezie, Pruritus, Ausschlag, makulo-papulöser Ausschlag, trockene Haut; Ermüdung/Fatigue; erhöhte Alaninaminotransferase, erhöhte Aspartataminotransferase, erniedrigtes Gewicht. *Häufig* ($\geq 1/100$, $< 1/10$): Sepsis, Pneumonie, Thrombozytopenie; periphere Neuropathie, periphere motorische Neuropathie, periphere sensorische Neuropathie, Parästhesie, Hypoästhesie, Gangstörung, muskuläre Schwäche; Pneumonitis/Interstitielle Lungenerkrankung (ILD); Medikamentenausschlag, Exfoliation der Haut, Konjunktivitis, bullöse Dermatitis, Blasen, Stomatitis, palmar-plantares Erythrodyasästhesie-Syndrom, Ekzem, Erythem, erythematöser Ausschlag, makulöser Ausschlag, papulöser Ausschlag, Ausschlag mit Juckreiz, blasiger Hautausschlag, Extravasat an der Infusionsstelle; Reaktion in Zusammenhang mit einer Infusion. *Gelegentlich* ($\geq 1/1.000$, $< 1/100$): demyelinisierende Polyneuropathie, Polyneuropathie, Parästhesie, Hypoästhesie, Gangstörung, muskuläre Schwäche; Ausschlag, Exfoliation der Haut, Konjunktivitis, bullöse Dermatitis, Blasen, Stomatitis, palmar-plantares Erythrodyasästhesie-Syndrom, Ekzem, Erythem, erythematöser Ausschlag, papulöser Ausschlag, Ausschlag mit Juckreiz, blasiger Hautausschlag, Erythema multiforme, Dermatitis, Myositis; Extravasat an der Infusionsstelle; erhöhte Lipase; Reaktion in Zusammenhang mit einer Infusion. *Gelegentlich* ($\geq 1/1.000$, $< 1/100$): Neurotoxizität, Dysästhesie, Myasthenia gravis, Neuralgie, Peroneuslähmung, brennendes Gefühl auf der Haut; Medikamentenausschlag, generalisierte exfoliative Dermatitis, exfoliativer Hautausschlag, Pemphigoid, Kontaktdermatitis, Intertrigo, Hautreizung, Stauungsdermatitis, Blutblase. *Nicht bekannt (Häufigkeit auf Grundlage der verfügbaren Daten nicht abschätzbar):* Neutropenie, febrile Neutropenie, erniedrigte Neutrophilenzahl; diabetische Ketoazidose; Epidermolysis acuta toxica, Hauthyperpigmentierung, Hautverfärbung, Pigmentierungsstörung, Stevens-Johnson-Syndrom, Epidermalnekrose, symmetrisches arzneimittelbedingtes intertriginöses und flexurales Exanthem. **In Kombination mit Pembrolizumab:** *Sehr häufig* ($\geq 1/10$): Anämie; Hypothyreose; Hyperglykämie, verminderter Appetit; periphere sensorische Neuropathie, Dysgeusie; trockenes Auge; Pneumonitis/ILD; Diarrhö, Erbrechen, Übelkeit; Alopezie, Pruritus, makulo-papulöser Ausschlag, trockene Haut, makulöser Ausschlag; Ermüdung/Fatigue; erhöhte Alaninaminotransferase, erhöhte Aspartataminotransferase, erniedrigtes Gewicht. *Häufig* ($\geq 1/100$, $< 1/10$): Sepsis, Pneumonie; Thrombozytopenie; periphere motorische Neuropathie, periphere sensorische Neuropathie, Parästhesie, Hypoästhesie, Gangstörung, muskuläre Schwäche; Ausschlag, Exfoliation der Haut, Konjunktivitis, bullöse Dermatitis, Blasen, Stomatitis, palmar-plantares Erythrodyasästhesie-Syndrom, Ekzem, Erythem, erythematöser Ausschlag, papulöser Ausschlag, Ausschlag mit Juckreiz, blasiger Hautausschlag, Erythema multiforme, Dermatitis, Myositis; Extravasat an der Infusionsstelle; erhöhte Lipase; Reaktion in Zusammenhang mit einer Infusion. *Gelegentlich* ($\geq 1/1.000$, $< 1/100$): Neurotoxizität, Dysästhesie, Myasthenia gravis, Neuralgie, Peroneuslähmung, brennendes Gefühl auf der Haut; Medikamentenausschlag, generalisierte exfoliative Dermatitis, exfoliativer Hautausschlag, Pemphigoid, Kontaktdermatitis, Intertrigo, Hautreizung, Stauungsdermatitis. *Nicht bekannt (Häufigkeit auf Grundlage der verfügbaren Daten nicht abschätzbar):* Neutropenie, febrile Neutropenie, erniedrigte Neutrophilenzahl; diabetische Ketoazidose; Epidermolysis acuta toxica, Hauthyperpigmentierung, Hautverfärbung, Pigmentierungsstörung, Stevens-Johnson-Syndrom, Epidermalnekrose, symmetrisches arzneimittelbedingtes intertriginöses und flexurales Exanthem. **Besondere Nebenwirkungen:** Immunogenität, Hautreaktionen, Pneumonitis/ILD, Hyperglykämie, periphere Neuropathie, Augenerkrankungen. **Warnhinweise:** Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. **Verschreibungspflichtig.** Weitere Einzelheiten enthalten die Fach- und Gebrauchsinformation. **Pharmazeutischer Unternehmer:** Astellas Pharma Europe B.V., Sylviusweg 62, 2333 BE Leiden, Niederlande; Deutsche Vertretung des pharmazeutischen Unternehmers: Astellas Pharma GmbH, Ridlerstraße 57, 80339 München. **Stand:** September 2025.



Doctolib Connect – Gemeinsam besser vernetzt

Kathrin Hoven,
Geschäftsstelle der Uro-GmbH Nordrhein

Die Anforderungen an eine moderne medizinische Versorgung steigen stetig – und mit ihnen die Bedeutung einer schnellen, sicheren und unkomplizierten Kommunikation.

Um den Austausch innerhalb unserer Managementgesellschaft weiter zu stärken, führen wir mit *Doctolib Connect* ein neues digitales Kommunikationstool ein, das wir langfristig als festen Bestandteil unserer Zusammenarbeit etablieren möchten.

Welche Vorteile bringt dieses Tool für Sie?

Mit *Doctolib Connect* steht Ihnen eine Plattform zur Verfügung, über die Sie Informationen effizient und datenschutzkonform austauschen können.

Für einen flexiblen Zugriff können Sie neben der App für mobile Endgeräte auch eine Webversion nutzen. Die Anwendung ist bewusst einfach gehalten und lässt sich ohne zusätzlichen Aufwand in den Arbeitsalltag integrieren. So werden nicht nur Kommunikationswege verkürzt und Abstimmungen zwischen den beteiligten Akteuren deutlich erleichtert, sondern auch die Zusammenarbeit innerhalb des Netzwerks wird transparenter und besser koordiniert.

Wie bekommen Sie Zugang zum Netzwerk der Uro-GmbH Nordrhein?

Um dem Netzwerk in *Doctolib Connect* beizutreten, nutzen Sie bitte den untenstehenden QR-Code. Dieser führt Sie direkt zur Anmeldung bzw. zur entsprechenden Netzwerkeinladung in der App.

1. Laden Sie die *Doctolib Connect* App im App Store oder Google Play Store auf Ihr Smartphone herunter.
2. Registrieren Sie sich in der App.
3. Scannen Sie anschließend den QR-Code oder wählen Sie in der App die Option „Netzwerk beitreten“.
4. Nach erfolgreichem Beitritt sind Sie direkt mit dem Netzwerk verbunden und können ab sofort die neuen Kommunikationsfunktionen nutzen.

Zugang zur Webversion erhalten Sie über folgenden Link:

<https://connect-web.doctolib.com>

Den dort angezeigten QR-Code müssten Sie dann mit der App scannen (entweder im Bereich „Chats“ oder „Profil“ unten rechts auf den blauen Button mit dem „+“ klicken und dann ganz oben „QR-Code scannen“).

Damit wir *Doctolib Connect* fest als neuen Kommunikationskanal etablieren können, sind wir auf Ihre tatkräftige Unterstützung angewiesen. Wir möchten Sie daher ausdrücklich ermutigen, die Anwendung aktiv zu nutzen und die Vorteile im täglichen Arbeiten kennenzulernen. Selbstverständlich stehen wir Ihnen jederzeit gerne als Ansprechpartner zur Verfügung, sollten Sie Fragen oder Unterstützungsbedarf bei der Einrichtung oder Anwendung der App haben.

Wir freuen uns, mit Ihnen gemeinsam die digitale Vernetzung weiter voranzutreiben und die Zusammenarbeit im Netzwerk nachhaltig zu stärken.



QR-Code „Uro-GmbH Nordrhein“

Potenzielle Mitglieder können diesen QR-Code mit der *Doctolib Connect*-App scannen, um automatisch zu Ihrer Organisation hinzugefügt zu werden. Den QR-Code-Scanner in der *Doctolib Connect*-App finden Sie im Menü.



<https://app.siilo.com/qr/37ba5d84>

Name
Uro-GmbH Nordrhein

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.

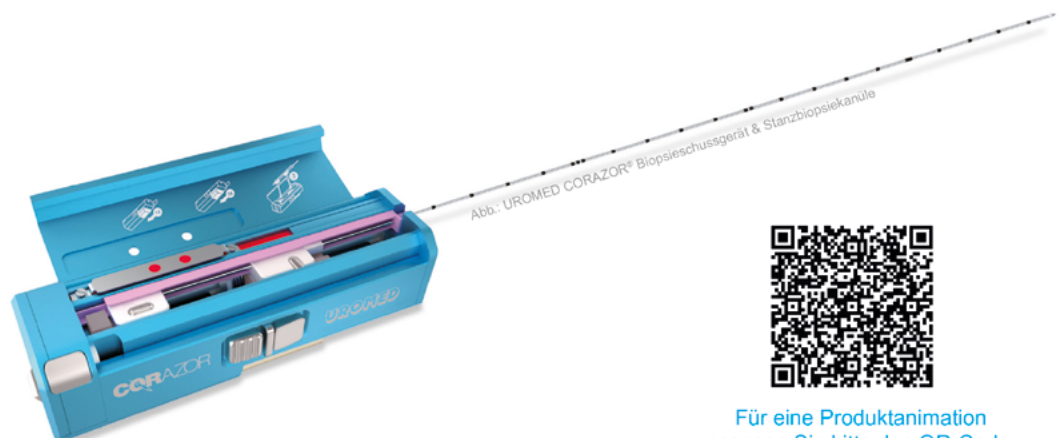
Verschiedene Einmal-Biopsiesysteme und Einmal-Kanülenführungen runden das umfangreiche UROMED Biopsie Sortiment ab.

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

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.

Novartis beendet Zusammenarbeit mit der Uro-GmbH Nordrhein

Oliver Frielingsdorf,
Geschäftsleitung der Uro-GmbH Nordrhein

Zum Jahresende 2025 ist Novartis aus dem Kreis der Partnerunternehmen der Uro-GmbH Nordrhein ausgeschieden.

Presse­nachrichten

Von BVB bis Blasen­spiegelung: Vorsorge-Kampagnen im Februar

Unter dem Motto „Balls for Balls“ schickte der BVB seine Fans beim Heimspiel gegen Mainz direkt in urologische Check-up-Zelte. Zur Belohnung für einen Hodenkrebs-Check gab es signierte Fußbälle. Über 500 Männer machten mit. Weitere 1.000 Männer wurden über die Kampagnenseite ballsforballs.de aktiviert. Ebenfalls im Februar startete die Urologische Stiftung Gesundheit zehn neue Folgen der YouTube-Serie „Hose runter! Der Uro Check“ zum Thema Blasenkrebs. Beide Kampagnen setzen auf einen kreativen Umgang mit Hemmschwellen – und auf Früherkennung.

Alphablocker und Glaukom: Risiko um 52 Prozent erhöht

Alphablocker sind die meistverordnete Medikamentengruppe beim benignen Prostatasyndrom – doch eine aktuelle Studie aus Südkorea zeigt: Unter dieser Therapie steigt das Risiko für einen Glaukomanfall um 52 Prozent. Die Daten legen nahe, dass Patienten vor Behandlungsbeginn möglicherweise eine augenärztliche Voruntersuchung brauchen. Für niedergelassene Urologen stellt sich damit die praktische Frage nach Aufklärungspflichten und interdisziplinärer Abstimmung.

Blasenkrebs nicht erkannt: Urologe zu 56.572,- € Schadensersatz verurteilt

Das Oberlandesgericht Hamm hat einen Urologen zu über 56.000,- € Schadensersatz verurteilt, weil er bei einem Patienten mit wiederholt aufgetretener Makrohämaturie keine Zystoskopie durchführte. Das berichtet der Medizinanwalt der Klägerseite – eine unabhängige redaktionelle Berichterstattung liegt bislang nicht vor. Laut dem Anwalt stellte das Gericht klar: Sichtbares Blut im Urin ist bis zum Beweis des Gegenteils grundsätzlich als Karzinomverdacht zu behandeln. Der BTA-STAT-Test allein reiche dafür nicht aus. Der Patient verstarb an einem fortgeschrittenen Urothelkarzinom.

Hybrid-DRGs: Urologie unter Druck

Beim 17. Rheinischen Gespräch in Düsseldorf (2. März 2026) zog DGU-Vorstand Dr. Christian Eggersmann eine ernüchternde Bilanz: 70 % der Kliniken können urologische Hybrid-DRG-Fälle nicht kostendeckend erbringen. Bei der Steintherapie entstehen Materialkosten von bis zu 1.200,- € pro Fall, die die Pauschalen nicht abdecken. Die mangelhafte Kalkulation ist laut Dr. Eggersmann schon lange bekannt, die DGU konnte in Verhandlungen jedoch keine Änderung bewirken.

WARTEN KOSTET LEBENSZEIT. [◇]

CABOMETRYX[®]: Überzeugen Sie sich von der Wirksamkeit^{*,1-11} und verschreiben Sie frühzeitig[◇] beim RCC, HCC, DTC und NET.

Jetzt neu bei NET!



RCC[#]



NET[†]



HCC[§]



DTC[°]

Zeit, mehr Lebenszeit zu geben. ^{◇,1-11}

Fachinformation



www.ipsen.com/germany/produkte/

DTC: differenziertes Schilddrüsenkarzinom (differentiated thyroid carcinoma); **HCC:** Leberzellkarzinom (hepatocellular carcinoma); **mOS:** medianes Gesamtüberleben (median overall survival); **mPFS:** medianes progressionsfreies Überleben (median progression-free survival); **NA:** nicht abschätzbar; **NET:** neuroendokriner Tumor; **RCC:** Nierenzellkarzinom (renal cell carcinoma).

[◇]mOS in CheckMate-9ER bei 1L RCC: CABOMETRYX[®] + Nivolumab 46,5 Monate vs. Sunitinib 35,5 Monate.³ mOS in CABOSUN bei 1L RCC: CABOMETRYX[®] 26,6 Monate vs. Sunitinib 21,2 Monate.⁵ mOS in METEOR bei 2L RCC: CABOMETRYX[®] 21,4 Monate vs. Everolimus 16,5 Monate.⁴ mOS in CELESTIAL ab 2L HCC nach Sorafenib: CABOMETRYX[®] 10,2 Monate vs. Placebo 8,0 Monate.⁷ mOS in COSMIC-311 ab 2L DTC: CABOMETRYX[®] 19,4 Monate vs. Placebo NA.¹⁰ mPFS in CABINET ab 2L NET: epNET CABOMETRYX[®] 8,4 Monate vs. Placebo 3,9 Monate; pNET CABOMETRYX[®] 13,8 Monate vs. Placebo 4,4 Monate.¹¹ *1L RCC: vs. Sunitinib; 2L RCC: vs. Everolimus; HCC: vs. Placebo; DTC: vs. Placebo; NET: vs. Placebo.¹ # Als Kombinationstherapie mit Nivolumab für die Erstlinienbehandlung des fortgeschrittenen Nierenzellkarzinoms bei Erwachsenen.¹⁻³ Als Monotherapie bei fortgeschrittenem Nierenzellkarzinom (RCC) für die Erstlinienbehandlung von erwachsenen Patienten mit mittlerem oder hohem Risiko sowie bei Erwachsenen nach vorangegangener zielgerichteter Therapie gegen VEGF (vaskulärer endothelialer Wachstumsfaktor).^{1,4-6} † Als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit nicht resezierbaren oder metastasierten, gut differenzierten extra-pankreatischen (epNET) und pankreatischen (pNET) neuroendokrinen Tumoren, die nach mindestens einer vorherigen systemischen Therapie (andere systemische Therapie als Somatostatinanaloga) progredient sind.^{1,11} § Als Monotherapie für die Behandlung des Leberzellkarzinoms (HCC) bei Erwachsenen, die zuvor mit Sorafenib behandelt wurden.^{1,7,8} ° Als Monotherapie für die Behandlung von Erwachsenen mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem differenziertem Schilddrüsenkarzinom (DTC) indiziert, die refraktär gegenüber Radiojod (RAI) sind oder dafür nicht in Frage kommen und bei denen während oder nach einer vorherigen systemischen Therapie eine Progression aufgetreten ist.^{1,9,10}

Referenzen:

1. Aktuelle Fachinformation CABOMETRYX[®]. 2. Choueiri TK et al. N Engl J Med. 2021;384(9):829-841. 3. Motzer RJ et al. Presented at ASCO GU 2025. J Clin Oncol. 2025;43(suppl 5): abstr 439. 4. Choueiri TK et al. Lancet Oncol. 2016;17(7):917-927. 5. Choueiri TK et al. Eur J Cancer. 2018;94:115-125. 6. Motzer RJ et al. Br J Cancer. 2018;118(9):1176-1178. 7. Abou-Alfa GK et al. N Engl J Med. 2018;379(1):54-63. 8. Kelley RK et al. ESMO Open. 2020;5(4):e000714. 9. Brose MS et al. Lancet Oncol. 2021;22(8):1126-1138. 10. Brose MS et al. Cancer. 2022;128(24):4203-4212. 11. Chan J et al. N Engl J Med. 2025;392(7):653-665.

CABOMETRYX[®]
(cabozantinib)Tabletten

CABOMETRYX[®]
(cabozantinib)Tabletten
+ NIVOLUMAB

IPSEN

Pressenachrichten

SpiFa warnt vor Abschaffung der TSVG-Vergütung

Der Spitzenverband Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands (SpiFa) widerspricht der Forderung des Bundesrechnungshofes nach einer ersatzlosen Streichung der TSVG-Vergütungsregelungen. Die extrabudgetäre Vergütung und die Anhebung der Mindestsprechstundenzeit von 20 auf 25 Wochenstunden sind im TSVG untrennbar verknüpft. Eine Rücknahme würde laut SpiFa die verfügbaren Facharzttermine um bis zu 20 Prozent reduzieren und die Versorgungslage spürbar verschlechtern.

Jahresrezept für Chroniker – Reform kommt im Frühjahr

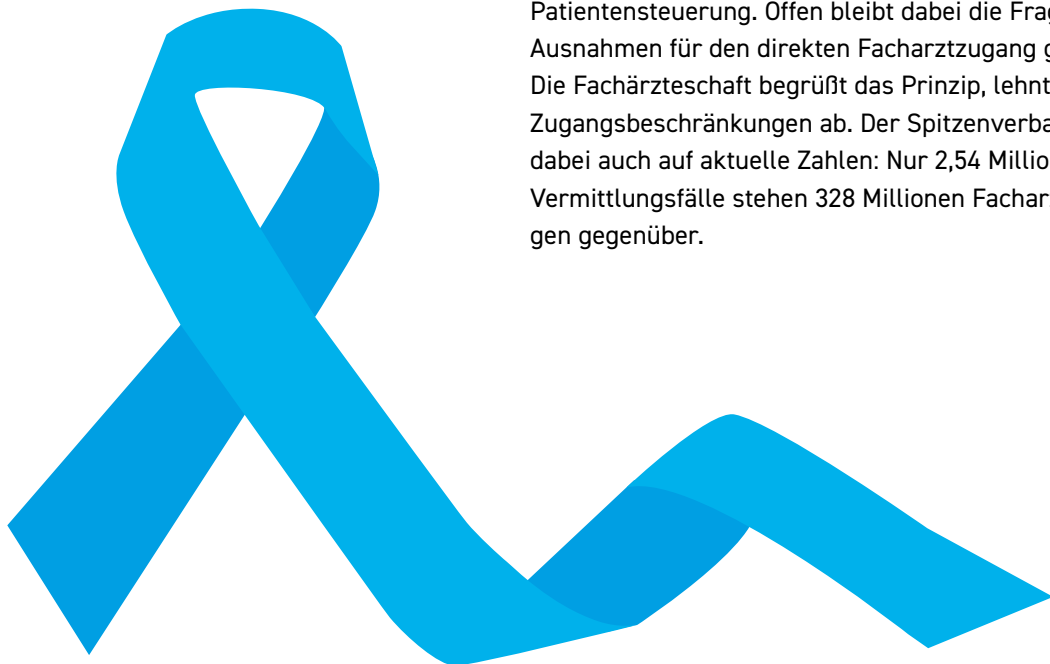
Ministerin Warken will die Quartalslogik bei Rezepten für chronisch Kranke überwinden. Statt vierteljährlicher Pflichttermine soll ein Jahresrezept kommen. Für Urologen mit vielen Langzeitpatienten bedeutet das weniger Routine-Quartalsbesuche, allerdings auch weniger regelmäßiger Patientenkontakt.

FinanzKommission Gesundheit: Sparvorschläge mit direkten Folgen für die Praxis

Die von Gesundheitsministerin Warken eingesetzte Finanzkommission Gesundheit hat am 30. März 2026 ihren ersten Bericht mit 66 Sparvorschlägen vorgelegt. Zwei davon sind besonders brisant: die Streichung der extrabudgetären TSVG-Vergütung sowie eine globale Begrenzung der Vergütungsanstiege. KBV, SpiFa und BvDU reagieren mit deutlicher Kritik. Die KBV warnt vor weniger Facharztterminen. Der SpiFa betont, dass die Fachärzteschaft bereits heute jährlich Milliarden zu GKV-Einsparungen beiträgt. Der BvDU fordert mehr Einsparungen bei Kliniken und eine Priorisierung ambulanter Leistungen.

Primärarztssystem: Warken plant Konzept bis Sommer

Beim SpiFa-Fachärztetag am 19./20. März 2026 in Berlin kündigte Gesundheitsministerin Warken an, bis Sommer 2026 ein Konzept für ein neues Primärversorgungssystem vorzulegen. Kern: digitale Ersteinschätzung und bessere Patientensteuerung. Offen bleibt dabei die Frage, welche Ausnahmen für den direkten Facharztzugang gelten sollen. Die Fachärzteschaft begrüßt das Prinzip, lehnt jedoch starre Zugangsbeschränkungen ab. Der Spitzenverband stützt sich dabei auch auf aktuelle Zahlen: Nur 2,54 Millionen Hausarzt-Vermittlungsfälle stehen 328 Millionen Facharztbehandlungen gegenüber.



Pressenachrichten

Männer meiden Arztbesuche und Früherkennung

Eine aktuelle KKH-Auswertung zeigt, dass Deutsche im Schnitt neunmal pro Jahr zum Arzt gehen. Dabei kommen Männer unter 40 Jahren lediglich auf fünf Arztbesuche, Frauen auf acht bis neun Arztbesuche. Mehr als 20 % der Männer zwischen 20 und 49 Jahren haben im gesamten Jahr keinen einzigen Arztkontakt. Mit steigendem Alter gleichen sich die Zahlen an – doch dann ist die Chance zur Früherkennung oft schon verpasst.

DKFZ: PSA-Test so gut wie Mammografie

In einer Analyse der PROBASE-Studie kommt das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ) zu dem Ergebnis, dass ein risikoadaptiertes PSA-Screening bei Männern ab 45 Jahren beim Erkennen von Krebs und beim Vermeiden von Überdiagnosen vergleichbar gut ist wie das etablierte Mammografie-Screening bei Frauen. Der Anteil entdeckter, klinisch relevanter Krebserkrankungen war mit 60 % bis 74 % nahezu identisch zur Mammografie (73 %). Das DKFZ meint daher: Wer das Brustkrebs-Screening befürwortet, sollte das Prostatakrebs-Screening ebenfalls befürworten.

G-BA fördert neue Prostatakrebs-Studie von Prof. Dr. Albers

Der Innovationsausschuss des G-BA fördert eine neue große Multicenter-Studie der Uniklinik Düsseldorf mit 4,3 Millionen Euro. Untersucht wird, ob digitale Patientenfragebögen (ePROMs) – standardisierte, app- oder webbasierte Selbsteinschätzungen zu Symptomen und Lebensqualität – die Behandlungsergebnisse beim lokal fortgeschrittenen Prostatakrebs verbessern. 14 Standorte in Deutschland sind beteiligt. Die Leitung liegt bei Prof. Dr. Peter Albers.

App gegen Blasenschwäche: Fast jede vierte Frau beschwerdefrei

Die DiGA „Kranus Mictera“ zur Behandlung von Harninkontinenz bei Frauen zeigt positive Ergebnisse. In der randomisierten, kontrollierten DINKS-Studie unter Leitung von Prof. Haferkamp (Uniklinik Mainz) berichteten nach zwölf Wochen 23 % der Teilnehmerinnen keine Inkontinenzepisoden mehr – eine Symptomverbesserung von 59 % gegenüber der Kontrollgruppe. Digitale Therapieoptionen sind bei diesem sehr häufigen Beschwerdebild somit eine echte Alternative oder Ergänzung der klassischen Behandlung.

Dauer der ADT: Metastudie widerspricht Leitlinie

Eine Meta-Analyse von 13 randomisierten Phase-3-Studien mit über 10.000 Patienten spricht dafür, dass der Nutzen der Androgendeprivationstherapie (ADT) beim lokalisierten Prostatakarzinom ab einer Dauer von 9–12 Monaten deutlich abflacht. Je nach Risikogruppe empfehlen die Autoren daher eine deutlich kürzere Therapiedauer als bisher üblich. Bei Patienten mit mittlerem Risiko würden demnach sechs Monate ausreichen, bei Hochrisikopatienten werden zwölf Monate empfohlen. Aktuelle Leitlinien empfehlen teils noch 18 bis 36 Monate.



Pressenachrichten

71. NRWGU-Kongress: GOÄ-Reform

Der 71. Kongress der Nordrhein-Westfälischen Gesellschaft für Urologie zog 806 Teilnehmerinnen und Teilnehmer nach Essen. Berufspolitisch dominierte die geplante GOÄ-Reform: Die neue Gebührenordnung soll voraussichtlich 2028 in Kraft treten und im Schnitt rund 18 % mehr Honorar bringen. Urologische Laborleistungen wie die PSA- und Testosteronbestimmung sollen jedoch abgewertet werden.

GKV-Spargesetz: Vergütung für offene Sprechstunden soll gestrichen werden

Das geplante Gesetz zur Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung sieht vor, die Sondervergütung zu streichen, die niedergelassene Ärztinnen und Ärzte für erweiterte Öffnungszeiten erhalten. Die Verpflichtung, fünf dieser Stunden pro Woche anzubieten, bliebe bestehen, würde aber nicht zusätzlich bezahlt. Der Berufsverband der Deutschen Urologie (BvDU) bezeichnet das als Wortbruch des Bundesgesundheitsministeriums und beteiligt sich an einem fachübergreifenden Widerstand, der in den Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder koordiniert wird. Die KBV arbeitet unterdessen an einem einnahmeorientierten Leistungsangebot – einem Instrument, das Arztpraxen ermöglichen soll, ihr Leistungsvolumen auf die tatsächlich verfügbaren Honorarmittel zu begrenzen. Das Gesetz wurde am 29. April 2026 im Bundeskabinett verabschiedet.



GKV-Spargesetz: Analyse zeigt Vergütungsausfall für urologische Praxen

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) hat berechnet, was das geplante GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz konkret für einzelne Fachgruppen bedeutet. Für urologische Praxen ergibt sich demnach ein durchschnittlicher Vergütungsausfall von 14.667,- € pro Jahr. Andere Fachgruppen werden deutlich härter getroffen – der durchschnittliche Vergütungsausfall liegt bei rund 24.000,- € pro Jahr. Die Hauptgründe dafür sind der Wegfall von Sondervergütungen für eine schnelle Terminvergabe und für das Befüllen der ePA.

Zi-Vorstandsvorsitzender Dr. Dominik von Stillfried warnt vor dem „Einstieg in die Wartelisten- und Rationierungsmedizin“ und prognostiziert, dass Praxen als Reaktion hierauf Personal abbauen und Öffnungszeiten reduzieren werden.

Seminare für Ärztinnen und Ärzte sowie Praxispersonal in 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.

Seminare

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

„Betriebswirtschaftliche Praxisführung“

16. September 2026
im Courtyard Hotel Köln

Die Telematikinfrastruktur gewinnbringend einsetzen

14. Oktober 2026
online

Planung und Implementierung digitaler Prozesse in der Facharztpraxis

1. September 2026
online

„GOÄneu – ein Überblick“

25. Juni 2026
online

„KV-Honorarbescheide – richtig lesen und verstehen!“

10. November 2026 im Courtyard Hotel Köln

IHK-Zertifikatslehrgänge

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

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

28. September – 02. Oktober 2026
im Steigenberger Hotel Köln
+ 02. Oktober 2026 online-Prüfung

„MVZ-Geschäftsführer/in (IHK)“

31. August – 04. September 2026
im Ameron Regent Hotel Köln
+ 11. September 2026 online-Prüfungstermin

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

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

Fortbildungen für Ärztinnen und Ärzte

Details zu den Fortbildungen können Sie im Kalender unter www.uro-nordrhein.de/aerzte/fortbildungen einsehen.



Impressum

Herausgeber:

Uro-GmbH Nordrhein · Hohenstaufenring 48 – 54 · 50674 Köln

Verantwortlich:

Dr. med. Henning Klein
Dr. med. Michael Stephan-Odenthal
Oliver Frielingsdorf
RA Olaf Walter

Druckauflage: 1.000

Redaktionsschluss dieser Ausgabe: 15.05.2026

Die Uro-GmbH Nachrichten erscheinen vierteljährlich.

Die Uro-GmbH Nachrichten sind für Mitglieder kostenlos.

Gestaltung: Kerstin Lünenschloß, Aachen

Fotos: Adobe Stock: ©Toowongsa, ©natali_mis, ©fizkes;
Unsplash: @Conny Schneider, ©Diego Ph, @Esther Ann,
©Sasun Bughdaryan

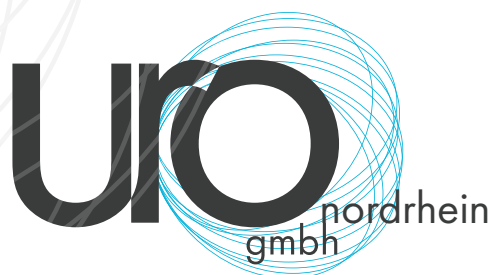
Alle Rechte vorbehalten. Bitte beachten Sie unsere Urheberrechte an diesen Uro-GmbH-Nachrichten. Jede weitergehende Verwendung, insbesondere die Speicherung in Datenbanken, Veröffentlichung, Vervielfältigung und jede Form von gewerblicher Nutzung sowie die Weitergabe an Dritte – auch in Teilen oder in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

Mit freundlicher Unterstützung von:

Johnson&Johnson, UROMED Kurt Drews KG

APOGEPHA Arzneimittel GmbH, Astellas Pharma GmbH,
Bayer Vital GmbH, Dr. R. Pflieger GmbH, Ipsen Pharma GmbH,
medac Gesellschaft für klinische Spezialpräparate mbH,
Takeda Pharma GmbH, Tietze & Pozo Medizintechnik GmbH





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

www.uro-nordrhein.de