


# URO-GmbH Nachrichten



**Fortbildung in NRW**

**Die Zukunft der Urologie**

**Urologische Tumore:  
Ambulante spezialfachärztliche  
Versorgung (ASV) soll in 2017  
kommen – Tipps zur Vorbereitung**

ANZEIGE

**AMGEN**<sup>®</sup>

**Dunker**

**janssen**  
PHARMACEUTICAL COMPANIES  
OF *Johnson-Johnson*

**Jenapharm**  
Liebe. Leben. Gesundheit.

**Takeda**

**UROMED**  
PRODUKTE FÜR DIE UROLOGIE

**APOGEPHA**

**Dr. Pflieger**  
ARZNEIMITTEL

**HEXAL**

**IPSEN**  
Innovation for patient care

**DR. KADE  
BESINS**

**KH**

**medac**  
urologie

## Inhaltsverzeichnis

I.	Editorial	4
II.	Fortbildung in NRW	5
III.	Die Zukunft der Urologie	6 - 12
IV.	Urologische Tumore: Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) soll in 2017 kommen – Tipps zur Vorbereitung	13 - 14

## I. Editorial

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

Eine Legislaturperiode geht zu Ende. Bundestagswahlen stehen unmittelbar bevor. Gesundheitspolitik eignet sich dabei nicht als Wahlkampfthema. Diese Erkenntnis von Horst Seehofer (u.a. Ex-Bundesgesundheitsminister von 1992-1998) scheint sich herumgesprochen zu haben. Selbst der „Erfinder“ der Bürgerversicherung Prof. Karl Lauterbach sitzt nicht mehr in jeder Talkshow mit diesem Thema. Der Grund ist einfach. Egal welche Position die Politik vertritt, es wird immer eine Wählergruppe verprellt. Die gesunden Beitragszahler und Arbeitgeber wollen möglichst wenig zahlen, als Patienten möchten sie aber eine möglichst umfangreiche schnelle Versorgung nach modernstem Standard. Um möglichst beides gleichzeitig zu gewährleisten, kann die Politik im Prinzip nur bei den Leistungserbringern ansetzen. So funktioniert dann auch seit Horst Seehofer die Gesundheitspolitik und so wird sie leider auch weiterlaufen, egal welche Partei am 24.09. vorne liegt.

Dies kann berechtigterweise beklagt werden. Resignieren sollten wir aber nicht. Wir sollten vielmehr die Herausforderungen der Zukunft analysieren und unsere Zukunft selber aktiv mitgestalten. Dazu sind besonders in unserem Fach aber Veränderungen notwendig. Grundvoraussetzung ist dabei die fachliche Qualifikation der Urologinnen und Urologen und unserer Mitarbeiterinnen über den urologischen Tellerrand hinaus. Nur mit Forschung und Fortbildung kann unser Fach überleben. Dazu bietet die Uro-GmbH Nordrhein neue Fortbildungen an, die Ihrer Praxis zugutekommen. Daneben ist die Vernetzung ein unbedingter Faktor für eine erfolgreiche Zukunft. Das Festhalten an einer streng Sektor-getrennten Urologie wird unserem Fach schaden. Die ASV wird eine erste Nagelprobe ganz besonders für die Urologie werden. Wir aus der Praxis sollten das unbedingt mitgestalten.

Ihre Uro-GmbH Nordrhein



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

## II. Fortbildung in NRW

Die Uro-GmbH Nordrhein hat es geschafft, mit der Ausbildung zum „Hygienebeauftragten Arzt“ eine eigene, urologische Fortbildungsreihe aus eigenen Kräften zu generieren und auch bei der Ärztekammer zu etablieren. Der Weg war steinig und besonderer Dank gilt Wolfgang Rulf, der sich in bekannter Art und Weise für das Projekt mit Erfolg engagiert hat. Der erste Kurs ging im Juni problemlos über die Bühne, zwei weitere werden im Oktober und November folgen. Durch großes Geschick hat Wolfgang Rulf es geschafft, dass dieser Kurs an einem Wochenende (Samstag und Sonntag) stattfinden kann. Ein Online-Teil im Selbststudium schließt sich noch an. Auch die Finanzen haben gestimmt und die Uro-GmbH Nordrhein hat einen guten Erlös erzielen können. Brechen wir also auf zu neuen wirtschaftlichen Ufern.

**von Dr. Reinhold Schaefer**

(ärztlicher Geschäftsführer der Uro-GmbH Nordrhein)

### Nächste Fortbildungen

#### Qualifikationskurs "Hygienebeauftragter Arzt" in der urologischen Arztpraxis

Termin: 14.10.2017 – 15.10.2017

Uhrzeit: Samstag 09:00 - 19:00 Uhr und Sonntag 09:00 - 18:00 Uhr

Ort: Düsseldorf

Weitere Informationen und eine Anmeldeöglichkeit finden Sie unter [www.hygieschulung.uro-gmbh.de](http://www.hygieschulung.uro-gmbh.de).

#### Zertifizierter Fortbildungsgang: "Praxismanager/in (IHK) – Arztpraxis"

Termin: 16.10.2017 – 20.10.2017

Der einwöchige Kompakt-Fortbildungsgang stellt eine Kombination aus Seminaren und Übungen dar und garantiert so eine intensive und individuelle Vermittlung der Inhalte, die umgehend in den Praxisalltag integriert werden können. Weitere Informationen zu den einzelnen Programmpunkten und Anmeldeöglichkeiten erhalten Sie unter der Rufnummer 0221 / 13 98 36 -63, per Mail unter [akademie@frielingsdorf.de](mailto:akademie@frielingsdorf.de) oder auf [www.frielingsdorf-akademie.de](http://www.frielingsdorf-akademie.de) – hier können Sie sich auch direkt online für die Fortbildung registrieren.

Uro-GmbH-Mitglieder bzw. -Mitgliedspraxen erhalten einen Rabatt in Höhe von 10% – bitte vermerken Sie Ihre Mitgliedschaft auf der Anmeldung.

#### Qualifikationskurs "Hygienebeauftragter Arzt" in der urologischen Arztpraxis

Termin: 18.11.2017 – 19.11.2017

Uhrzeit: Samstag 09:00 - 19:00 Uhr und Sonntag 09:00 - 18:00 Uhr

Ort: Düsseldorf

Weitere Informationen und eine Anmeldeöglichkeit finden Sie unter [www.hygieschulung.uro-gmbh.de](http://www.hygieschulung.uro-gmbh.de).

#### Medical-English-Kurs für MFA

Termin: 22.11.2017 von 14:00 - 19:00 Uhr, 23.11.2017 von 09:00 - 16:00 Uhr

Ort: Hotel Brenner'scher Hof\*\*\*\*, Wilhelm-von-Capitaine-Str. 15-17, 50858 Köln

Referentin: Yvonne Ford (Amerikanerin), Bachelor of Arts and Post-graduate Diploma in English, Centre for Communication in Health Care, Frankfurt/M

Kosten pro Teilnehmer/in:

Für Uro-GmbH-Mitglieder gilt generell die ermäßigte Kursgebühr in Höhe von € 390,- (zzgl. MwSt.).

Informationen unter [www.uro-gmbh.de](http://www.uro-gmbh.de).

### III. Die Zukunft der Urologie

Schon seit einiger Zeit wird aufgrund des demografischen Wandels unserer Gesellschaft über die Zukunft des Gesundheitssystems in der Öffentlichkeit diskutiert. Die Anforderungen einer alternden Gesellschaft bei steigender Lebenserwartung, stetigem medizinischen Fortschritt und steigenden Ansprüchen an das System sind enorm. Hinzu kommt eine Veränderung des ärztlichen Selbstverständnisses bei der jüngeren Mediziner- generation. So diskutieren mittlerweile alle medizinischen Fachgesellschaften und Verbände über das eigene zukünftige Handeln.

In den letzten Monaten wird diese Diskussion verstärkt auch in der deutschen Urologie geführt. Dank des neuen Generalsekretärs der DGU Prof. Michel und BDU Präsident Axel Schröder sind die zukünftigen Anforderungen der deutschen Urologie klar benannt worden. Auf dem Kongress der NRWGU in Essen hat dieses Jahr die Präsidentin Frau Prof. Krege extra ein Symposium zur Zukunft der Urologie aus verschiedenen Blickwinkeln abgehalten. Für manche Urologinnen und Urologen ist jedoch nach wie vor die Rolle der bisher ambulant in der Praxis tätigen Kollegen nicht klar genug definiert. Im Folgenden sollen deshalb die zukünftigen Anforderungen näher beleuchtet werden.

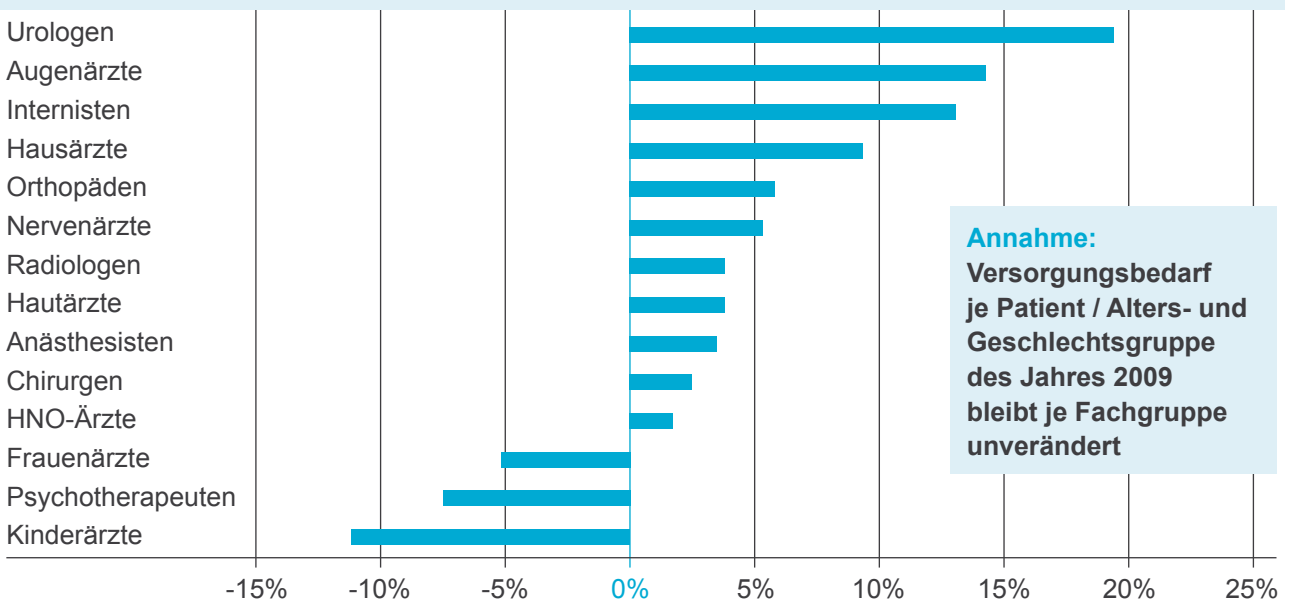
#### Demografische Voraussetzungen

Mit dem Älterwerden der sogenannten Baby-Boomer-Jahrgänge (1955-1965) kommt auf Deutschland eine starke Überalterung der Bevölkerung zu. Die gleichzeitig zahlenmäßig deutlich schwächeren nachfolgenden Jahrgänge müssen die Lasten der Sozialsysteme schultern. Einer potentiell stark steigenden Patientenzahl steht eine ebenfalls älter werdende Ärzteschaft zur Versorgung gegenüber. Da das urologische Fachgebiet vor allem Erkrankungen des Alters behandelt, hat das ZI im Auftrag der KBV für die ambulante Urologie den größten Zuwachs im Versorgungsbedarf bis 2025 berechnet.

#### Entwicklung des Versorgungsbedarfs bis 2025

**Trotz des Bevölkerungsrückgangs steigt der Versorgungsbedarf.  
Die stärkste Zunahme wird – demografiebedingt – in der Urologie erwartet.**

demografisch bedingte Entwicklung des fachgruppenspezifischen Versorgungsbedarfs bis 2025



**Annahme:**  
Versorgungsbedarf je Patient / Alters- und Geschlechtsgruppe des Jahres 2009 bleibt je Fachgruppe unverändert

Auch wenn dies auf den ersten Blick für die Zukunft der Urologie scheinbar sehr gut aussieht, muss berücksichtigt werden, dass gleichzeitig die Urologinnen und Urologen in Klinik und Praxis ebenso älter geworden sind. Die Gruppe der 50-59-jährigen Kollegen ist die stärkste Altersgruppe. Insbesondere die Zahl der heute 35-39-jährigen Kolleginnen und Kollegen (junge Fachärztinnen und Fachärzte), an deren Zahl sich nichts mehr ändern wird, ist nur noch ein Drittel so stark.

Berufstätige Ärztinnen/Ärzte nach Gebietsbezeichnungen und Altersgruppen								
Stand: 31.12.2016								
Gebietsbezeichnung	Anzahl	Veränderung zum Vorjahr	Altersgruppen					
			bis 34	35 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 65	über 65
Urologie	5883	1.9%	269	711	1733	2044	768	358

Damit ergibt sich für das Fachgebiet eine erhebliche Herausforderung, um den potentiellen Versorgungsbedarf zu bewältigen. Gleichzeitig stehen wir als Fachgruppe in Konkurrenz zu anderen Fachgruppen, die von der Kollegenzahl wesentlich stärker sind. Große Teile der urologischen Versorgung könnten deshalb an andere Fachgruppen wie Internisten, Geriater und Onkologen verloren gehen. In den Kliniken werden die urologischen Facharztstellen immer schwerer zu besetzen sein und in den Praxen werden die Nachfolger fehlen. Neben dieser statistisch klar zu berechnenden Entwicklung gibt es zusätzlich eine Veränderung in der Arbeitsvorstellung der jüngeren Kolleginnen und Kollegen. Während in der Babyboomer-Generation der Konkurrenzdruck untereinander zu einer hohen Leistungsbereitschaft und zur „Selbstaussbeutung“ in Form von unbezahlten Überstunden geführt hat, ist in der heutigen Generation der jungen Kollegen die Work-Life-Balance wichtiger. Eine möglichst steile Karriere oder ein hohes Einkommen haben in der Priorität gegenüber Familie und ausreichender Freizeit deutlich verloren.

### Fachliche Voraussetzungen

Die medizinische Ausbildung in Deutschland ist im internationalen Vergleich sehr gut. Allerdings liegt der Schwerpunkt der universitären Ausbildung derzeit immer noch im basiswissenschaftlichen theoretischen Bereich. Die klinisch-praktische Ausbildung kommt im Studium immer noch zu kurz. Auch wenn die Bundesärztekammer dies in einer Novelle des Ausbildungscurriculums deutlich verbessern möchte, müssen junge Ärztinnen und Ärzte ihre klinisch notwendigen Fähigkeiten erst nach dem Studium erlernen. Dazu ist nach wie vor ein hohes Maß an Eigeninitiative und viel Zeit gefragt. Die Curricula der Facharztausbildungen sind dazu sehr stark an Leistungszahlen und Zeitvorgaben und weniger an Überprüfung der klinischen und praktischen Fähigkeiten orientiert. Es fehlt an strukturierten Ausbildungsprogrammen der Kliniken, in denen junge Ärzte durch verschiedene Schwerpunktabteilungen rotieren und dort ihre Fähigkeiten erlernen und unter Beweis stellen müssen. In vielen Kliniken ist deshalb derzeit das Erlernen eines Faches wie Urologie „Privatangelegenheit“. Durch die Vorgaben des Arbeitszeitgesetzes und der Work-Life-Balance brauchen die jungen Kollegen außerdem deutlich längere Ausbildungszeiten, um gleiche Erfahrungen wie die Vorgängergenerationen zu sammeln. Hinzu kommt, dass viele Ausbilder in ihren Kliniken keine umfassende urologische Ausbildung mehr anbieten können, da ihnen selbst die Erfahrung für verschiedene Teilgebiete des Faches wie Andrologie, Mikrobiologie und medikamentöse Tumorthherapie fehlen und damit in zunehmender Anzahl auch die Ausbildungsgenehmigung fehlt. In der ambulanten Urologie findet außer an den Universitätskliniken derzeit überhaupt keine Ausbildung statt, weil eine Anstellung von auszubildenden Ärzten in der Vergütungssystematik schlicht nicht vorgesehen ist. So müssen junge Ärztinnen und Ärzte nach einer abgeschlossenen Facharztausbildung häufig in der ambulanten Medizin völlig neue Behandlungsformen erlernen.

Besonders fatal ist allerdings, dass es um die urologische Forschung in Deutschland nicht gut bestellt ist. Die Anzahl der urologischen Publikationen steigt zwar weltweit, bezieht sich aber im Wesentlichen auf die onkologischen Erkrankungen und wird von Autoren aus USA, Asien und Resteuropa publiziert. Urologische Grundlagenforschung ist nahezu komplett auf onkologische Erkrankungen reduziert und in andere Fächer abgewandert. In einigen Bereichen wie Infektiologie und Andrologie findet fast keine Grundlagenforschung mehr statt. Auch die klinische Forschung hat sich in der Urologie nicht weiterentwickelt. Es fehlen systematische Anstrengungen, klinische Register weiter auszubauen, um aus den Daten direkte Empfehlungen für die praktische Therapie abzuleiten. Insbesondere die Praxen, in denen ein großer Teil dieser Daten schlummern, sind derzeit unbeteiligt.

### Monetäre Voraussetzungen

Der steigende medizinische Versorgungsbedarf wird potentiell zu einem starken Anstieg der Gesundheitskosten in allen Gesundheitssystemen führen. Dies hat die Politik schon seit den 1990er Jahren erkannt und deshalb in den letzten Jahrzehnten bereits Budgetmaßnahmen in den Sektoren der Versorgung eingeführt, die bis heute zu einer ausufernden Bürokratie und zu einem Verfall der Vergütung der ärztlichen Einzelleistung geführt haben. Das finanzielle Risiko einer steigenden Morbidität wird zu großen Teilen von den Leistungsanbietern getragen. Ein Gesundheitssystem, in dem die Zahl der Leistungsempfänger wächst und die der Beitragszahler schrumpft, kann nur über höhere Beiträge, weniger Leistung, geringere Leistungsvergütung oder einem Mix aus diesen drei Faktoren finanziert werden. Höhere Beiträge können nur bei höherer Produktivität und damit steigenden Löhnen erwartet werden. Ein durchschnittlicher Lohnzuwachs, der so hohe Beiträge finanziert, dass die berechenbaren steigenden Leistungsanforderungen gedeckt werden können, ist unrealistisch. Damit wird die Finanzierung des GKV-Systems auf eine Deckelung der Leistungsmenge und vor allem der Leistungspreise angewiesen sein. Dies wird den Verteilungskampf der Leistungsanbieter um Budgetanteile verschärfen.

Dabei geht es schon heute in zunehmendem Maße weniger um eine leistungsgerechte, sondern vielmehr um eine politisch-ideologische Verteilung dieser Budgetanteile. Da Krankenhäuser und Hausärzte bisher in den Augen von Kassen und Politik eine höhere Priorität haben als ambulante Fachärzte, werden diese in der Budgetverteilung noch bevorzugt. Allerdings setzt sich bei vielen Medizinökonomen und Kassenfunktionären die Erkenntnis durch, dass im Bereich der stationären Therapie die höchsten Einsparpotentiale stecken. Die Zahl der Krankenhäuser, der stationären Betten und auch der urologischen Abteilungen pro Einwohner liegt in Deutschland deutlich über dem OECD-Durchschnitt, ohne dass wir deutlich bessere Ergebnisse in Bezug auf Morbidität, Mortalität verschiedener Erkrankungen und Behandlungsqualität aufweisen können. Eine Reduktion von Krankenhäusern, Betten und Abteilungen





scheitert derzeit nur noch an der Lokalpolitik. Hilfsweise sehen seit der ehemaligen Gesundheitsministerin Ulla Schmidt viele Politiker deshalb das Krankenhaus zunehmend als Ort der ambulanten Medizin. Damit wurde und wird bewusst eine Konkurrenz zu den Fachkollegen in der Praxis geschürt. Gleichzeitig haben in den letzten Jahren Wirtschaftskonzerne die stationäre Gesundheitsversorgung als Geschäftsmodell ausgebaut. Dabei setzen sie das klassische ökonomische Prinzip der Effizienz durch striktes Prozessmanagement und Kostenregulierung bei klar definierten Erkrankungen um und machen damit im Gegensatz zu vielen kommunalen oder kirchlich geführten Kliniken einen wirtschaftlichen Gewinn. Der ambulante Gesundheitsmarkt wurde bisher in diesem Konzept lediglich als Rekrutierung für effiziente Krankenhaufälle angesehen. Dabei arbeiten die MVZ-Einrichtungen der Wirtschaftskonzerne einzeln betrachtet bisher mehrheitlich defizitär.

### Fachliche Anforderungen für die Zukunft

„Urologie ohne Forschung hat keine Zukunft“. Diese Feststellung von Stephan Roth auf dem NRWGU Symposium kann nur unterstrichen werden. Ohne wissenschaftliche Arbeit werden wir in unserem Fach keine neuen Erkenntnisse gewinnen und in Diagnostik und Therapie urologischer Erkrankungen stagnieren. Dann werden andere Fächer primär urologische Erkrankungen aufgreifen und ihrerseits Expertise und Behandlungshoheit gewinnen. In der urologischen Onkologie ist dieser Trend schon erkennbar. In der urologischen Infektiologie gibt es leider nur noch wenig wissenschaftliche Expertise. Was fehlt sind strukturierte Programmangebote in der Ausbildung der jungen Kollegen, in der die Forschung einen festen Stellenwert hat. Die lobenswerten Eisenberger Stipendien der DGU sind ein erster Schritt, aber insgesamt zu wenig. Urologische Universitätskliniken sollten sich mit Versorgungsabteilungen und Versorgungspraxen zusammenschließen und gemeinsam Rotationsprogramme ausschreiben, in denen auch ein Forschungsjahr fester Bestandteil des 6-jährigen Ausbildungsprogrammes ist. So muss urologische Forschung nicht in der „Freizeit“ neben der klinischen Ausbildung stattfinden. In solchen Rotationsprogrammen könnten jeweils Schwerpunkte der Ausbildung in den verschiedenen Stationen angeboten und erlernt werden (Basisausbildung in Diagnostik und Behandlung, operative Behandlung, Endourologie, Andrologie, Infektiologie, medikamentöse Tumortherapie, Kinderuro-

logie). Jeder interessierte junge Mediziner, der sich für eine solche Rotation entscheidet, weiß dann genau, dass er in einer definierten Zeit alle Aspekte des Faches erlernen kann.

Solche Programme könnten im Wettbewerb mit anderen Fächern die Attraktivität der Urologie für junge Kollegen deutlich steigern und unser vielseitiges Fach in allen Aspekten erhalten. Darüber hinaus brauchen wir verstärkte Anstrengungen zum Aufbau urologischer Register, um aus den Behandlungsverläufen mehr Erkenntnisse zu gewinnen. Die digitale Patientenakte, die in den meisten Kliniken und Praxen bereits umgesetzt ist, gibt dazu eigentlich alle Möglichkeiten. Es scheitert bisher aber immer noch an Softwarein-



EFFICIENCY

COST

QUALITY

kompatibilitäten, so dass die Dokumentation für verschiedene Register – zeit- und personalraubend – doppelt und dreifach erfolgen muss. Die DGU-Arbeitskreise EDV und Versorgungsforschung müssen hier alle Anstrengungen unternehmen, um solche Register aufzubauen, populär zu machen und entsprechende Schulungen auszuarbeiten. Insbesondere die Urologinnen und Urologen in den Praxen müssen sich unbedingt an dieser Registerarbeit beteiligen und dies zum festen Bestandteil der Praxisarbeit machen.

### Personelle Anforderungen für die Zukunft

An der Zahl der heute tätigen urologischen Generationen lässt sich nichts mehr ändern. Lediglich bei den Studienabsolventen oder den jungen Kollegen in der Ausbildung anderer Fächer lassen sich noch angehende Urologinnen und Urologen rekrutieren. Dabei stehen wir im Wettbewerb mit anderen Fächern, denen es ähnlich geht. Mit der derzeitigen Zahl der urologischen Fachärztinnen und Fachärzte laufen wir auf eine deutliche Verknappung der personellen Ressourcen zu. Die heute jungen Fachärzte können die Zahl der heute in Klinik und Praxis Tätigen nicht ersetzen. Damit wird es perspektivisch Kliniken geben, die kein Personal mehr bekommen, und Praxen, die nicht nachbesetzt werden können. Eine Umfrage unter GESRU-Mitgliedern im Vorfeld des NRWGU-Kongresses zeigt, dass die meisten der heute in urologischer Ausbildung befindlichen Kolleginnen und Kollegen nach der Facharztprüfung noch in den Kliniken bleiben möchten. Langfristig haben aber gut die Hälfte den Wunsch, selbstständig zu arbeiten. Davon überwiegend in Gemeinschaftspraxen.

In Zukunft sollten deshalb alle Formen einer urologischen Berufsausübung angeboten werden. Die klassischen Formen entweder als Angestellter in der Klinik oder als Selbständiger in der Praxis werden nicht ausreichen, um jeden Arbeitswunsch zukünftiger Urologen zu erfüllen. Insbesondere die zunehmende Anzahl von Kolleginnen in der Urologie verlangt Arbeitsmodelle, die ein Nebeneinander von erfüllender beruflicher Tätigkeit und Familie ermöglichen. Hier haben die bisher klassischen Modelle leider nicht genug zu bieten. Wir brauchen Vernetzung von ambulantem und stationärem Sektor, um die Talente, Qualifikation, Wissen und Erfahrung für jeden urologischen Patienten zu erhalten und einer potentiell steigenden Zahl an Patienten überhaupt anbieten zu können. Gemeinschaftspraxen sind ein erster Schritt, der aber nicht ausreicht.

Wo sehen Sie ihre Tätigkeit in 5 Jahren?	Frauen	Männer	Gesamt
Angestellter Arzt (Assistenzarzt, Oberarzt) in der Klinik	16	16	32
Angestellter Arzt (Assistenzarzt, Oberarzt) im MVZ	1	1	2
Angestellter Arzt (Assistenzarzt, Oberarzt) in der Praxis	3	1	4
Teilanstellung (Assistenzarzt, Oberarzt) in der Klinik und MVZ	3	0	3
Teilanstellung (Assistenzarzt, Oberarzt) in der Klinik und Praxis	3	1	4
Selbstständiger Arzt in Einzelpraxis	0	2	2
Selbstständiger Arzt in Gemeinschaftspraxis	1	1	2
Selbstständiger Arzt mit zusätzlicher Teilzeitanstellung in Klinik	0	1	1
Selbstständiger Belegarzt in Belegabteilung	1	0	1
Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität	0	2	2
Wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Industrie	0	1	1
Weiß ich nicht	1	0	1
<b>Gesamt</b>	<b>29</b>	<b>26</b>	<b>55</b>

Wo sehen Sie ihre Tätigkeit in 10 Jahren?	Frauen	Männer	Gesamt
Angestellter Chefarzt	2	2	4
Angestellter Arzt (Assistenzarzt, Oberarzt) in der Klinik	7	5	12
Angestellter Arzt (Assistenzarzt, Oberarzt) im MVZ	3	0	3
Teilanstellung (Assistenzarzt, Oberarzt) in der Klinik und MVZ	1	1	2
Teilanstellung (Assistenzarzt, Oberarzt) in der Klinik und Praxis	0	1	1
Selbstständiger Arzt in Einzelpraxis	3	1	4
Selbstständiger Arzt in Gemeinschaftspraxis	8	7	15
Selbstständiger Arzt mit zusätzlicher Teilzeitanstellung in Klinik	1	4	5
Selbstständiger Belegarzt in Belegabteilung	0	4	4
Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität	1	0	1
Wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Industrie	0	1	1
Weiß ich nicht	3	0	3
<b>Gesamt</b>	<b>29</b>	<b>26</b>	<b>55</b>

Wir brauchen Arbeitsmodelle, die Sektoren-übergreifend funktionieren. Langfristig sehe ich diese Möglichkeit am ehesten in MVZ-Konstruktionen, in denen die Handelnden gleichzeitig Gesellschafter sind. So kann auf individuelle Arbeitszeitvorstellungen am besten eingegangen werden und junge Kollegen können zunächst als Angestellte gebunden werden, um später als Teilhaber weiter arbeiten zu können. So müssen ältere Kollegen nicht vollständig aufhören und die Praxis übergeben, sondern können als Teilhaber reduzieren und nach eigenen Vorstellungen noch weiter tätig sein. Je nach Interessenschwerpunkt kann über Teilstellungsmodelle mehr in der ambulanten Versorgung oder mehr in der stationären Versorgung gearbeitet werden.

### Darstellung der Urologie gegenüber Patienten und Öffentlichkeit

Das derzeitige Image der Urologie ist eher bescheiden. Nach wie vor ist einem großen Teil der Bevölkerung überhaupt nicht klar, was ein Urologe eigentlich behandelt. Und wenn rudimentäre Vorstellungen vorhanden sind, sind diese meist mit negativen Assoziationen verbunden. Lediglich bei Prostataerkrankungen und Harnsteinleiden werden Urologinnen und Urologen als erste Ansprechpartner assoziiert. Mit allen anderen urologischen Erkrankungen werden häufig zunächst andere Fachrichtungen aufgesucht. Dieses Image muss sich dringend ändern. Die von der DGU ins Leben gerufene Kampagne ist dazu bestens geeignet. Es braucht aber Nachhaltigkeit in diesen Anstrengungen. Im Zeitalter der digitalen Kommunikation und Social-Media-Plattformen müssen diese Medien konsequent genutzt werden. DGU und BDU sind aufgerufen, dies in die Wege zu leiten. Mit dem neuen Patientenratgeber im Urologenportal ist ein erster Schritt getan. Die Seiten sind aber noch zu wenig interaktiv und mit Bildern oder Filmclips gefüllt. Ein eigener Youtube-Kanal mit Vorträgen ist notwendig. Lokal vor Ort sollten Kliniken und Praxen immer wieder Informationsveranstaltungen anbieten und Selbsthilfegruppen unterstützen.

Gegenüber Politik, Kostenträgern und Journalisten muss die PR-Arbeit erheblich professionalisiert werden. Die einzige größere politische Wahrnehmung der deutschen Urologen war das Scheitern der PREFERE-Studie. So etwas darf sich nicht wiederholen.

## Politische Bedingungen der Zukunft

Unabhängig vom Ausgang der Bundestagswahl im September werden die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen nicht besser. Mit der demografischen Herausforderung unserer Sozialsysteme wird es weiter eine rigide planwirtschaftliche Steuerung des Gesundheitswesens geben. Eine Liberalisierung mit Wahlmöglichkeiten für die Patienten verspricht nur die FDP. Alle anderen Parteien setzen auf einen Mix aus mehr Effizienz, Kosteneinsparung und Beibehaltung des Leistungsangebotes. Da sind Versprechungen, die auf dem Rücken der Leistungserbringer gemacht werden. Die von einigen Parteien angekündigte Bürgerversicherung ist, bei Licht betrachtet, vor allem populistisch. Gleichmacherei kommt eben bei großen Wählerkreisen gut an. Dabei ist allen Parteien klar, dass eine 1 zu 1 Übernahme der Privatpatienten in die GKV viele Risiken für die Versorgung birgt. Schon sprechen Gutachten der Bertelsmann-Stiftung und des Instituts für Mikrodaten-Analyse, die im Auftrag der Politik agieren, von einer Kompensation für Kliniken und Praxen bei Wegfall der PKV-Umsätze. Das zeigt, dass die Politik sehr wohl realisiert hat, dass durch die PKV-Einnahmen Investitionen und Innovationen erfolgen, die auch wesentlich zur Versorgung der GKV-Patienten beitragen. Eine Veränderung in diesem Bereich birgt große Risiken, die heute niemand vollständig überblicken kann. Darüber hinaus wird ein Gesundheitssystem mit einer Einheitsversicherung zu einem 2. Markt, der entweder über Zusatzversicherungen oder über private Zusatzzahlungen finanziert wird. Diese können sich dann natürlich nur finanzstarke Patienten leisten. Somit wäre eine Zweiklassenmedizin, die ja eigentlich abgeschafft werden soll, erst recht festzementiert.

Wir werden uns zunächst eher auf ein Preisdumping in der nächsten GoÄ einstellen müssen. Hier sind sich Politik und alle Kostenträger von PKV bis Beihilfe einig, dass eine neue GoÄ kostenneutral ausfallen muss. Mit dem neuen Verfassungsgerichtsurteil zur Tarifeinheit wird die Macht des Marburger Bundes in den Kliniken schwinden. Ob Verdi dann noch genauso an Tarifsteigerungen der angestellten Ärzte interessiert ist, kann bezweifelt werden.

Für die Urologie bedeutet dies konkret, dass die anstehenden Aufgaben nicht durch zu erwartende Mehreinnahmen finanziert werden können. Umso wichtiger ist es, über intersektorale Vernetzung und neue Arbeitsmodelle, die Finanzierung auf beide Sektoren aufzuteilen. In einem von den Kostenträgern eher gewünschten Konkurrenzszenario werden beide Sektoren verlieren. Leistungsmenge und Anforderungen werden aber steigen.

## Zusammenfassung

Wer geglaubt hat, dass die demografische Entwicklung zu einer sorgenfreien Zukunft der Urologie führt, irrt. Einer steigenden Zahl von Patienten steht mittelfristig eine deutlich geringere Anzahl an urologischen Fachärztinnen und Fachärzten gegenüber, die zudem andere Anforderungen an den Beruf, Familie und Freizeit stellen als bisher. Wir werden als Fachgebiet nur weiterleben, wenn wir Forschung, Qualität der Ausbildung und die Kompetenz aller Teilbereiche der Urologie hochhalten. Dazu sind Vernetzung, intersektorale Zusammenarbeit in der Ausbildung und neue Arbeitsmodelle notwendig. Sollten wir diese Herausforderungen nicht bewältigen, werden große Teile unseres Fachgebietes von anderen Fachbereichen, die deutlich personalstärker sind, mitversorgt. Die Vielfältigkeit unseres Faches, die einst die Väter der deutschen Urologie großgemacht haben, wird dann wieder verloren gehen.

**Dr. Michael Stephan-Odenthal**

(ärztlicher Geschäftsführer der Uro-GmbH Nordrhein)

## IV. Urologische Tumore: Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) soll in 2017 kommen – Tipps zur Vorbereitung



Nach Verlautbarungen der kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie des gemeinsamen Bundesausschusses soll die Richtlinie des GBA für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) um die Gruppe urologischer Tumore ergänzt werden. Ab Inkrafttreten der entsprechenden Beschlüsse können dann auch urologische Tumore im Zuge der ASV behandelt werden.

Die ASV nach § 116b SGB V bietet den niedergelassenen Vertragsärzten einige Chancen: So wird für die Behandlung der jeweiligen Erkrankung für den ambulanten und den stationären Sektor ein einheitlicher Leistungskatalog mit einer einheitlichen Gebührenordnung und einer einheitlichen Qualitätssicherung entwickelt. Dies soll für gleiche Wettbewerbsbedingungen für den ambulanten und stationären Sektor sorgen. Wirtschaftlich attraktiv ist, dass für die ASV keine Budgetierung vorgesehen ist, sondern dass die Leistungen ohne Mengenbegrenzung zu festen Preisen vergütet werden.

Die ASV ist insbesondere dadurch gekennzeichnet, dass die ärztlichen Leistungen von interdisziplinären Teams erbracht werden, die aus mehreren Ärzten bestehen. Obligat ist bei der Versorgung onkologischer Erkrankungen, dass das Team aus niedergelassenen Vertragsärzten und Krankenhausärzten bestehen muss. Schließen sich also niedergelassene Vertragsärzte zu einem Team zusammen, muss zwingend mindestens ein Krankenhausarzt in das Team zusätzlich aufgenommen werden. In Vorbereitung auf die Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sollten die interessierten Urologen in ihren Netzwerken nach geeigneten Kooperationspartnern suchen, mit denen ein Team für die ASV gebildet werden kann.

Das ASV-Team besteht immer aus einer Teamleitung für die Koordination, dem Kernteam mit weiteren Teammitgliedern und Ärzten, die hinzugezogen werden können. Welche Fachrichtungen beteiligt werden müssen, muss vom gemeinsamen Bundesausschuss noch festgelegt werden. Neben Urologen dürfte es sich um Hämatonkologen sowie Strahlentherapeuten handeln. Diese Fachärzte bilden mit dem Urologen das sogenannte Kernteam, von dem ein Arzt die Teamleitung übernimmt. Ein Facharzt wird voraussichtlich über die Zusatzweiterbildung Palliativmedizin verfügen müssen. Bei den Urologen ist zu erwarten, dass diese die Zusatz-Weiterbildung „medikamentöse Tumortherapie“ und eine Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung sowie Mindestmengen nachweisen müssen. Darüber hinaus können zusätzlich zu dem Kernteam noch Ärzte weiterer Fachgebiete hinzugezogen werden, wobei die entsprechenden Gebietsbezeichnungen vom GBA noch festgelegt werden müssen. Organisatorisch-strukturelle Voraussetzungen werden voraussichtlich eine 24-Stunden-Notfallversorgung, regelmäßige Tumorkonferenzen sowie die Zusammenarbeit mit sozialen Diensten und Einrichtungen der Palliativversorgung sein. Ferner dürften intensiv-medizinische Behandlungsmöglichkeiten sowie Möglichkeiten zur stationären Notfalloperation nachzuweisen sein. Wichtig ist, dass die beteiligten Leistungserbringer in räumlicher Nähe zueinander sein müssen. Die Richtlinie des GBA erwähnt hierbei eine Entfernung von „in der Regel 30 Minuten“.

Strategisch ist sinnvoll, dass zur Stärkung der ambulanten urologischen Facharztschiene ein niedergelassener Urologe die Teamleitung übernimmt und dies nicht den Krankenhausärzten oder anderen Fachgebieten überlassen wird. Dabei ist zu beachten, dass die spezialfachärztlichen Leistungen der Teammitglieder mindestens an einem Tag in der Woche am Tätigkeitsort der Teamleitung angeboten werden müssen.

Die Teilnahme an der ASV ist nicht genehmigungspflichtig, sondern muss dem erweiterten Landesausschuss unter Vorlage einer Kooperationsvereinbarung sowie weiterer Unterlagen angezeigt werden. Der erweiterte Landesausschuss überprüft, ob die Kooperationsvereinbarung und die vorzulegenden Nachweise mit den Vorgaben der ASV-Richtlinie übereinstimmen. Ist dies nicht der Fall, ergeht ein entsprechender Bescheid, mit dem die Teilnahme an der ASV versagt wird. Besondere Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang der Kooperationsvereinbarung zu, da in dieser die Einzelheiten der interdisziplinären und sektorenübergreifenden Zusammenarbeit zu regeln sind. Damit die Teilnahme an der ASV möglichst reibungslos an den Start gehen kann, sollte darauf geachtet werden, dass die Vorgaben der ASV-Richtlinie beachtet und in der Kooperationsvereinbarung entsprechend umgesetzt werden. Dabei geht es etwa um die Aufgaben der Teamleitung, Dokumentation, Tumorboards, Qualitätssicherung, Erfüllen der organisatorisch-strukturellen Voraussetzungen, Teilnahme an Studien etc. Schließlich sollte die Vereinbarung die notwendigen gesellschaftsrechtlichen Regelungen enthalten, da durch die Kooperation jedenfalls faktisch eine BGB-Gesellschaft gebildet wird.

Bezüglich der Voraussetzungen für die Teilnahme an der ASV im Einzelnen bleibt nun die Beschlussfassung des GBA über eine entsprechende Erweiterung der ASV-Richtlinie abzuwarten. Dennoch sollten im Vorfeld passende Kooperationspartner gesucht und die grundlegenden Strukturen eines ASV-Teams einschließlich der Teamleitung abgestimmt werden.

**Praxistipp:** Die Teilnahme an der Onkologievereinbarung ist neben der Teilnahme an der ASV weiterhin möglich, wenn der Patient nicht innerhalb der ASV behandelt wird. Die Patienten, die im Rahmen der Onkologievereinbarung behandelt werden, zählen bei der Berechnung der Mindestmenge mit, die von den Mitgliedern des Kernteams nachzuweisen sind.

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

## IMPRESSUM

**Herausgeber:**  
Uro-GmbH Nordrhein  
Hohenstaufenring 48 - 54  
50674 Köln

**Verantwortlich:**  
Dr. med. Reinhold M. Schaefer  
Dr. med. Michael Stephan-Odenthal  
Oliver Frielingsdorf  
RA Olaf Walter

Druckauflage: 1.000  
Redaktionsschluss dieser Ausgabe: 01.09.2017  
Die Uro-GmbH Nachrichten erscheinen vierteljährlich.  
Die Uro-GmbH Nachrichten sind für Mitglieder kostenlos.

**Organisation und Gestaltung:** komm | public!, Sabine Schmedemann  
**Fotos:** Fotolia: ©everythingpossible, ©zagandesign, ©Ayzek

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, Dunker Medizin- und Röntgenbedarf GmbH,  
Janssen-Cilag, Jenapharm, Takeda Pharma GmbH, UROMED Kurt Drews KG**

**APOGEPHA Arzneimittel GmbH, Dr. R. Pfleger GmbH, HEXAL AG, Ipsen Pharma GmbH,  
DR. KADE/BESINS, medac Gesellschaft für klinische Spezialpräparate mbH**

**„Wir packen es (an)!“**

**Uro-GmbH Nordrhein**

Hohenstaufering 48 - 54  
50674 Köln

**Telefon: 0221 / 139 836 - 55**

**Telefax: 0221 / 139 836 - 65**

**[info@uro-nordrhein.de](mailto:info@uro-nordrhein.de)**

Für Ärzte: **[www.uro-gmbh.de](http://www.uro-gmbh.de)**

Für Patienten: **[www.urologen-nrw.de](http://www.urologen-nrw.de)**