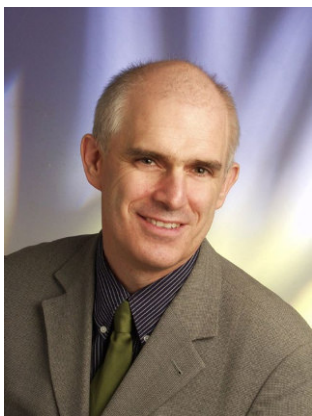


Im Gespräch mit Prof. Dr. Theodor Klotz



Sie arbeiten aktiv in den Gremien der Deutschen Gesellschaft für Urologie e. V. und des Berufsverbandes der Deutschen Urologen e. V. oder vertreten die Urologie darüber hinaus auf nationaler und internationaler Ebene: Zahlreiche Urologinnen und Urologen engagieren sich ehrenamtlich für ihr Fachgebiet. Darunter ist auch Prof. Dr. med. Theodor Klotz, MPH. Er ist Chefarzt im Kollegialsystem an der Klinik für Urologie, Andrologie und Kinderurologie am Klinikum Weiden der Kliniken Nordoberpfalz, wissenschaftlicher Vorstand der Stiftung

Männergesundheit, zusätzlich seit 2015 mit einem halben Kassenarztsitz im Urologiezentrum Schwandorf niedergelassen, seit zehn Jahren Stadtrat und neuerdings 2. federführender Herausgeber des Urologen.

Herr Prof. Klotz, Ihr Engagement für die Urologie ist groß: Sie sind unter anderem Gutachter im Bereich Urologie für die Ärztekammer Bayern, Delegierter der Ärztekammer Bayern und nun auch Herausgeber des Urologen: Was ist Ihre persönliche Motivation?

Die Urologie ist ein tolles medizinisches Fach – egal, ob im ambulanten oder stationären Bereich. Von meinen früheren Lehrern Prof. Dr. Udo Engelmann in Köln und vor allem Dr. Andreas Schoenenberger in der Schweiz habe ich ein familiäres, verantwortungsgeprägtes Verhältnis zu urologischen Patienten und dem Fach Urologie vermittelt bekommen. Das hat mich geprägt – bei vorhandenem politischem Interesse kommt dann im Laufe der Zeit eins zum anderen.

Welche berufspolitischen Schwerpunkte werden Sie als Herausgeber des Urologen verfolgen?

Die Arbeit und Funktion der niedergelassenen Urologen/innen sollten meiner Meinung nach deutlich sichtbar sein. Dies kann z. B. über gesundheits- und berufspolitische Beiträge geschehen, die sich mit der ambulanten Versorgung sowohl wissenschaftlich als auch praktisch beschäftigen. Hier gibt es bekannte interessante Bereiche – denken Sie an die Notfallversorgung, die geriatrische Versorgung, die Infektiologie oder die leidige Trennung der Versorgungssektoren. Es kann nicht sein, dass wir immer noch in Sektoren denken, die für uns Urologen oder Patienten Barrieren darstellen – das ist völlig anachronistisch. Für mich war dies eine von mehreren Motivationen, auch in einer großen Praxis tätig zu sein. Als Herausgeber sehe ich als Vorbild ein bisschen das New England Journal of Medicine, das neben hochrangigen wissenschaftlichen Artikeln auch Versorgungsartikel im Bereich des US-Gesundheitssystems und gut lesbare medizinische Diskussionen bietet, was das Heft abwechslungsreich macht.

Welche Inhalte liegen Ihnen als Experte für Prävention, Männergesundheit, Uroonkologie und Andrologie besonders am Herzen?

Für die Zukunft sehe ich dramatische Veränderungen vor allem in der Uroonkologie. So wird die Kostendiskussion in der medikamen-

tösen Therapie die Zukunft beherrschen – denken sie an die molekulargenetische Diagnostik. Wir wissen, dass das molekulargenetische „Gesicht“ eines Tumors sich im Laufe der Erkrankung ändert. Dies wird in zwei bis vier Jahren eine neue Ära der kostenintensiven Diagnostik einläuten mit der Möglichkeit von echten individuellen maßgeschneiderten Therapien – alles Bereiche, die in der urologischen Praxis entschieden, koordiniert und verantwortet werden müssen! Endlich kommen wir weg von der bisherigen „Gießkannentherapie“, wie sie eine nur stadienorientierte Chemotherapie dargestellt hat. Das ist unglaublich spannend. Hier dürfen wir als Fach nicht abgehängt werden.

In der Männergesundheit müssen wir für eine intelligente Sozialpolitik Stellung beziehen. Das ist jedoch keine rein urologische, sondern vor allem eine gesellschaftspolitische Aufgabe. Ich kann weder die unreflektierte Genderdiskussion noch das Märchen der weiblichen Universalbenachteiligung noch die Ansicht, dass Männer „Gesundheitsidioten“ seien, mehr hören. Jungengesundheit, Rollenverständnis, allgemeine Gesundheitsvorsorge, Rentenübergang sind Themen der Männergesundheit, die weit über die Organurologie hinausgehen, aber dennoch indirekt mit ihr verwoben sind. Dieses Feld ist unglaublich schwer zu bearbeiten – weil wir über den Tellerrand blicken und Widerstände überwinden müssen.

Wird die Urologie dem im Zuge des demografischen Wandels wachsenden Versorgungsbedarf gerecht werden können? Und welche Maßnahmen sehen Sie dafür als notwendig an?

Ich bin zuversichtlich, dass wir den demographischen Wandel im Rahmen des Versorgungsbedarfs meistern, wenn – und das ist die entscheidende Bedingung – wir uns nicht zwischen den Sektoren aufreiben und uns als Fach auseinanderdividieren lassen. Ich bin ein energischer Gegner einer weitergehenden Separation von Teilbereichen innerhalb der Urologie. Auch die fortwährende Betonung von „Zentren“ für die eine oder andere Erkrankung, Prozedur oder Operation sehe ich skeptisch. Mittlerweile gibt es fast keine wissenschaftliche Arbeit, die nicht am Ende des Abstracts die sinnleere Floskel enthält, dass diese oder jene Erkrankung oder Therapie nur in „spezialisierten Zentren“ diagnostiziert oder behandelt werden sollte. Bald gibt es die ersten zertifizierten „Phimosezentren“. Ich halte dies bei aller Sinnhaftigkeit einer spezialisierten Expertise für ein nicht sehr kluges kannibalisierendes Marketing innerhalb der eigenen Berufsgruppe und langfristig nachteilig für das Fach. Getriggert wird dies durch den ökonomischen Druck, dem vor allem die stationäre DRG-Urologie unterliegt. Wir müssen die Urologie als kompaktes starkes Fach in seiner Vielfalt unbedingt erkennbar halten, sonst haben wir gegenüber sparsamen Kostenträgern, effizienten Geschäftsführern und eifrigen Politikern keine Chance!

Die aktuelle berufspolitische Diskussion wird beherrscht durch die Themen Bürgerversicherung, Zwei-Klassen-Medizin und Honorarangleichung: Welche Entwicklungen erwarten Sie?

Die Bürgerversicherung ist eine schöne Worthülse – letztlich führt sie aber zur Einheitskrankenkasse mit Rationierung und in Wahrheit zu einer Verstärkung der Zwei-Klassenmedizin. Wir haben dieses Modell in den zentralistisch organisierten Gesundheitssystemen wie England. Problem ist, dass aus einigen prominenten Köpfen diese Worthülse nicht herauszubekommen ist und mit einer für Deutschland typischen Gerechtigkeitsdiskussion vermengt wird, um Politik zu machen. Leider wird dadurch unser sehr leistungsfähiges Gesundheitssystem auf Kosten derjenigen, die darin arbeiten, demontiert. Tatsächlich gibt es meiner Meinung nach, wenn man vielleicht von Wartezeiten absieht, in Deutschland keine Zweiklassenmedizin, und wir sind im Vergleich zu anderen Nationen sehr leistungsfähig und

innovativ in der täglichen Versorgung der Patienten – gerade durch die beiden Systeme der GKV und PKV.

Mich erinnert die aktuelle Diskussion an die vor 20 Jahren geführte Transparenz- und Kostendiskussion für stationäre Leistungen in den Kliniken. Dadurch kam es dann zur Einführung des DRG-Systems, was zu einer eher negativen Industrialisierung und Verteuerung der stationären Medizin geführt hat.

Gute Medizin ist kein Produkt, und Patienten sind gerade keine Kunden, und eigentlich will keiner unsere therapeutische Dienstleistung „freiwillig“. Einer weiteren Ökonomisierung und dem Mantra der Effizienzsteigerung im Hamsterrad für die gleiche oder sogar geringere Wertschätzung müssen wir entgegentreten – ich hoffe, dass sich vor allem die jungen Kollegen/innen nicht zu sehr von einer betriebswirtschaftlichen Denkweise beeinflussen lassen. Den älteren Kollegen/innen, zu denen ich mich mittlerweile leider auch zählen muss, kommt hier eine wichtige Aufgabe als Vorbild zu.

Ebenso sehr beschäftigt die Urologinnen und Urologen derzeit die ASV: Wird die ambulante spezialfachärztliche Versorgung eine bessere Versorgung der Patienten bewirken und tatsächlich die Sektoren zusammenführen? Wie ist Ihre Position zur ASV?

Ich bin ein klarer Befürworter der ASV – sie könnte endlich die Sektoren in der täglichen Arbeit überwinden. Für die Patienten und uns Urologen bedeutet dies eine Chance, die Versorgung zu verbessern und den niedergelassenen und stationären Bereich durch echte handelnde Personen und nicht wie bisher durch bunte sinnfreie Formulare zu verknüpfen. Dies kann unser Fach stärken – auch wenn die Bürokratie und der Organisationsaufwand enorm sind. Die ASV als dritte Versorgungssäule könnte auch verkrustete Strukturen und Denkweisen in der KV und Kliniken aufweichen – das wird spannend und muss gestaltet werden. Wir dürfen jedoch nicht den Fehler machen, Kollegen/innen auszugrenzen. Dieses Risiko sehe ich, da Fragen der Honorarverteilung innerhalb der Urologie zunehmend thematisiert werden. Es geht meiner Meinung nicht so sehr darum, mehr Geld zu verdienen, sondern die eigene Expertise und die Uroonkologie intersektoral vor Ort zu stärken.

Das Interview führten Bettina-Cathrin Wahlers und Sabine Martina Glimm, BvDU Pressestelle