

8 Fragen an Prof. Dr. med. Stephan Roth



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. Stephan Roth, Direktor der Klinik für Urologie und Kinderurologie am Helios Klinikum in Wuppertal und 2. Vize-Präsident der DGU.

Herr Prof. Roth, viele von uns kennen Sie als Leiter des DGU-Arbeitskreises Fort- und Weiterbildung für urologisches Assistenzpersonal und als geistigen Vater des Pflegekongresses: Was sollten die DGU-Mitglieder noch über ihren neuen 2. Vize-Präsidenten und seine fachlichen Schwerpunkte wissen?

Der Arbeitskreis Fort- und Weiterbildung für urologisches Assistenzpersonal wurde 1976 von Prof. Knipper gemeinsam mit Prof. Hubmann gegründet und viele Jahre mit höchstem Engagement entwickelt. Ihnen gebührt die Anerkennung, der Bedeutung dieser Berufsgruppe durch die Gründung des Arbeitskreises Rechnung getragen zu haben. Ich habe dann dieses „erwach-

sene“ Kind vor einigen Jahren übernommen. Ich leite diesen Arbeitskreis nicht alleine, sondern gemeinsam mit Prof. Kälble. Und dieser Arbeitskreis lebt letztlich aufgrund der ehrenamtlichen Mitarbeit der übrigen Kollegen.

Mein fachlicher Schwerpunkt ist die onkologische Urochirurgie. In meiner Zeit als Assistenzarzt (1985-1990) war eines der großen Themen in der Urologie die Entwicklung von kontinenten Ersatzblasen. Ich war von dieser rekonstruktiven Chirurgie fasziniert, und sie fesselt mich bis heute. Während meiner Zeit als Assistenzarzt an der Urologischen Klinik in Düren bei Prof. Rathert stieß ich durch einen Zufall auf ein bis dahin weitgehend unbeachtetes klinisches Phänomen.

Eine Patientin hatte nach mehrfachen Darmausschaltungen wegen Revisionsoperationen nach komplexer Harnableitung eine massive Osteoporose entwickelt. Letztlich haben sich die heute bekannten metabolischen Komplikationen nach Harnableitungen als internistisch abzuleitende Pathophysiologien demaskiert, damals stand jedoch die Frage im Raum, ob durch Integration von Darmsegmenten in den Urogenitaltrakt bislang unbekannte Pathophysiologien ausgelöst würden. Im Rahmen meines DFG-Auslandsstipendiums in Frankreich und den USA habe ich dann tierexperimentell die Auswirkungen von Darersatzblasen auf den Knochenstoffwechsel untersucht. Dass ich für diese Forschungen auch noch den Alken-Preis erhielt, hat mir bei der akademischen Weiterentwicklung sehr geholfen. Deshalb halte ich die Strategie der DGU, den akademisch interessierten Nachwuchs durch wissenschaft-

liche Preise zu motivieren, für existentiell wichtig.

An der Universität Münster, wo ich im Anschluss an mein Auslandsstipendium für fünf Jahre als leitender Oberarzt tätig war, konnte ich dann operative Modifikationen bei den kontinentalen Poches mit katheterisierbarem Stoma (sog. kontinenter Nabelpouch) entwickeln. Auslöser waren operative Notsituationen oder überzufällig häufig auftretende Komplikationen bei bis dahin bekannten Verfahren. Eine wichtige Erfahrung in dieser Zeit war die Begleitung und das Zutrauen durch meinen damaligen Chef, Herrn Prof. Hertle. Als ich ihm eines Tages berichtete, ich hätte etwas Neues „probiert“, schaute er mich einen Moment schweigend an und sagte dann: „Herr Roth, Hauptsache, es funktioniert.“ Diese Eigenschaft eines Chefs, nicht nur die eigene „Operationswelt“ als alleinigen Maßstab gelten zu lassen, sondern Mitarbeitern Vertrauen zu schenken und Entwicklungsmöglichkeiten zu geben, hat mich nachhaltig geprägt.

In Wuppertal, wo ich seit 1997 als Nachfolger von Prof. Thüroff tätig bin, ist neben der Ersatzblasenchirurgie ein wissenschaftlicher Schwerpunkt die Retroperitoneale Fibrose. Dank der Mitarbeit von engagierten Mitarbeitern (OA Dr. Brandt, Frau Dr. Kukuk und Frau Dr. Soares) und einer Forschungsförderung durch die Else-Kröner-Fresenius-Stiftung mit einem Studienbüro und Laboratoriumsflächen haben wir ein großes nationales Register aufbauen können und betreuen inzwischen mehr als 300 Patienten mit dieser Erkrankung. Hierbei haben sich spannende neue Aspekte bei der Bildgebung der Erkrankung, der medikamentösen Therapie mit Tamoxifen oder Cortison und verschiedensten operativen Techniken bei der Rekonstruktion irreversibel geschädigter Ureteren ergeben. Neueste Kooperationen mit den Forschungslaboratorien der Firma Bayer lassen uns hoffen, vielleicht auch einen Serum-

marker für die Erkrankung gefunden zu haben.

Wer oder was hat Sie für die Urologie begeistert?

Zur Urologie kam ich letztlich durch einen Zufall! Ich wollte Kinderarzt werden und als dann die PJ-Plätze vergeben wurden, hatte ich mir konsequenterweise als Wahlfach die Kinderheilkunde ausgesucht. Da ich am Tage der Vergabe der Plätze in den Wahlfächern mit den Auswertungen meiner Promotion beschäftigt war, bat ich einen Freund und Wohngemeinschaftskollegen, für mich hinzugehen. Er rief dann später in unserer Wohngemeinschaft an und teilte einer Mitbewohnerin (Studentin der Sozialwissenschaften) mit, es gäbe keine Plätze mehr bei „den Kindern“. Ich könne noch zwischen Gynäkologie und Urologie wählen. Als dann die Mitbewohnerin mich in meinem Zimmer mit der ernüchternden Realität konfrontierte, überlegte ich kurz und sagte dann „Also Gynäkologie, und wenn nichts anderes geht, halt Urologie“. Der Weg zum Standtelefon quer durch die große Wohnung war aber lang (Handys gab es 1985 noch nicht) und die Mitbewohnerin sehr verträumt. Sie sagte dann „Urologie – und wenn nichts anderes geht, halt Gynäkologie.“ Dadurch wurde ich zum einzigen urologischen PJ-Studenten – und wurde lebenslang infiziert. So können Versprecher einen Berufsweg entscheiden.

Ich kam in die Klinik von Prof. Rathert in Düren und war so fasziniert von der Vielfalt der Urologie, dem anspruchsvollen operativen Spektrum und der tollen Arbeitsatmosphäre, so dass ich dann sogar ein halbes Jahr auf eine Assistenzarztstelle in der Klinik gewartet habe. Ich ging zur Überbrückung nach Paris zu Prof. Küss und erlebte noch einen „großen Alten“ in den letzten Monaten seines Berufslebens.

Wer oder was hat Sie für die Arbeit in Gremien begeistert?

Die Frage nach der Begeisterung für die Gremienarbeit lässt sich nicht so einfach beantworten. Und um ehrlich zu sein: Ich kann nicht sagen, dass mich Jemand für die Gremienarbeit begeistert hätte. Gremienarbeit ist anstrengend und erfordert Schreibtischdisziplin, die man vom operativen und wissenschaftlichen Zeitkontingent abzweigen muss. Ich habe aber gelernt, dass die Arbeit in übergeordneten Strukturen notwendiger Faktor bei der Durchsetzung von Ideen ist. Zwar war ich auch während meines gesamten Studiums in der Fachschaftsvertretung und dem ASTA aktiv, aber ob das nachhaltige Gremienarbeit war, weiß ich bis heute nicht. Ich habe als urologischer Assistent erlebt, dass man viel Engagement zeigen muss, um eine Idee zu realisieren. In meiner Zeit in Düren baute Prof. Rathert das urologische Archiv auf, sammelte Spendengelder und fuhr durch die Welt, um seltene historische Fundstücke für die DGU zu sichern. Heute stehen sie wie selbstverständlich in der Geschäftsstelle der DGU in Düsseldorf – damals fing alles mit Kartons in einem nassen Abstellraum an. Später entstand dann in Düren mit Spendengeldern ein eigenes Museum und Archiv, das wiederum zehn Jahre später nach Düsseldorf transferiert wurde.

Und damals veranstaltete Prof. Rathert die ersten Kurse der Urinzytologie in der Cafeteria des Krankenhauses Düren. Ich glaube, alle Urologen Deutschlands haben dort einen Kurs besucht. Dieses Engagement führte dann später auch zur Etablierung einer eigenen Abrechnungsziffer – ich habe erlebt, wie heftig Prof. Rathert auch berufspolitisch gekämpft hat, um dieses diagnostische Werkzeug der Urologie zu erhalten und nicht an die Pathologie abzutreten. Als junger Assistent war ich beeindruckt, mit welcher Beharrlichkeit Prof. Rathert seine beiden urologischen Steckenpferde, die Geschichte

der Urologie und die Urinzytologie, zu Leben erweckt hat. Genau hier findet sich der Brückenschlag zur Gremienarbeit – ich habe kennen gelernt, dass es Engagement braucht, um Ideen zu realisieren.

In der Phase als Oberarzt war ich sehr mit Klinikalltag, Lehre, eigenen wissenschaftlichen Projekten und der Vereinbarkeit mit der Familie beschäftigt. Deshalb war nachhaltige Gremienarbeit kaum möglich. Zudem waren europäische Meetings eher sporadisch, die EAU noch jung und eminenzbeherrscht. Leitlinien Diskussionen und Zentrenbildungen waren Mitte der 90er Jahre noch weitgehend unbekannt – was aber nicht heißt, dass man nicht schon intensiv um Verbesserungen medizinischer Standards bemüht war.

Auch die ersten Jahre als Klinikleiter in Wuppertal waren extrem intensiv, an übergeordnete berufspolitische Gremienarbeit war nicht zu denken. Zudem wurde ich nach zwei Jahren als Leiter der Urologischen Klinik in Wuppertal dann auch noch Ärztlicher Direktor des Klinikums. Dies war in der Phase des Überganges von einem Haus der Maximalversorgung unter kommunaler Aufsicht in ein Haus mit privater Trägerschaft, das alles mit dem universitären Konstrukt Witten-Herdecke. In dieser Zeit habe ich gelernt bzw. lernen müssen, dass Veränderungen oft nicht durch Einsicht, sondern mittels lobbyistischer Machtstrukturen zu Stande kommen. Mit der privaten Trägerschaft zeigten sich auf einmal wohlthuend nachvollziehbare Entscheidungskorridore, die auf Leistung basierten. Das möchte ich aber nicht so verstanden wissen, dass ich den ökonomischen Wettbewerb als allein seligmachende Lösung auf der Suche nach der besten Struktur zur medizinischen Versorgung ansehe.

Der Wunsch, mich im Vorstand der DGU zu engagieren, ist in den letzten Jahren entstanden. In diesem Gremium sind extrem engagierte Urologen und Urolo-

ginnen bemüht, den Lebensraum der Urologie nicht nur zu erhalten, sondern weiter zu entwickeln. Die oft bemühte Zukunftsfähigkeit der Urologie ist durch das politische Umfeld in Gefahr geraten. Gerade der ökonomische Druck durch das angeblich notwendige Wachstum wird zu einem Damoklesschwert, der es immer schwerer macht, inhaltlich medizinische Fragen zu lösen. Der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Urologie hat es meiner Ansicht trotz ständig geänderter „Kampflinien“ verstanden, zukunftsweisende Konzepte zu entwickeln. Unser Generalsekretär, Herr Prof. Hakenberg, hat dies im Rahmen der letzten Mitgliederversammlung beeindruckend dargelegt.

Was meinen Sie, wenn Sie sagen „Der ökonomische Wettbewerb sei nicht die allein seligmachende Lösung“?

Die Krankenhausmedizin hat sich heute weitgehend aus politisch-kommunalen Entscheidungsstrukturen befreit - hier fanden häufig politisch geprägte Entscheidungen statt, die vielleicht gut gemeint, aber nicht unbedingt von Sachverstand gekennzeichnet waren. Bei den Kliniken sind zwar erst ca. zehn Prozent der Häuser in privater Trägerschaft, aber auch die anderen Häuser organisieren sich in größeren Strukturen und werden von Kaufleuten geführt. Ich habe erlebt, dass diese Befreiung aus politisch-kommunalen Entscheidungsstrukturen den Haushalt in Wuppertal (und sicher auch in vielen anderen Städten) jährlich um Millionenbeiträge entlastet hat, die vorher immerfort den kommunalen Aufgaben entzogen werden mussten, weil Investitionslöcher im Klinikum gestopft werden mussten. Mit der Etablierung von objektiven und nachvollziehbaren Entscheidungskorridoren kam es zu einer deutlichen Verbesserung der „Qualität und Effizienz“.

Aber die anfänglich von mir als sinnvoll bewertete Neuausrichtung auf der Basis von Leis-

tungsdaten läuft Gefahr, sich ins Gegenteil zu verkehren. Die Kosten steigen immerfort - in den ersten Jahren konnte dies durch Verschlankung und bessere Nutzung vorhandener Ressourcen aufgefangen werden. Irgendwann sind aber alle Reserven ausgeschöpft. Und genau dann wird der Zwang zum Wachstum nicht nur ökonomisch, sondern auch moralisch belastend. Denn Wachstum wird heutzutage meist ausschließlich quantitativ betrachtet. Geht man aber wie in unseren Ländern von einem gesättigten „Gesundheitsmarkt“ aus, kann quantitatives Wachstum nur stattfinden, wenn man Anderen etwas wegnimmt.

Da die von der Gesellschaft zur Verfügung gestellten Ressourcen aber eher weniger als mehr werden, gleichzeitig aber insbesondere onkologische Therapieinnovationen immer teurer werden, wird über die Einschränkung von Leistungen diskutiert werden (müssen). Diese Priorisierungsdebatte scheuen aber alle Beteiligten, denn sie ist schwierig. Derzeit schieben Mediziner und Politiker die Initiative dem jeweils Anderen zu - die Politiker wollen nicht zugeben, dass entweder mehr Geld ins System muss oder Leistungseinschränkungen erforderlich sind - und werfen stattdessen den Ärzten unökonomisches Handeln und privaten Reichtum vor. In dieser argumentativen Einöde breiten sich die Kaufleute aus und besetzen das Feld des Handelns. Der Wettbewerb soll es richten. Ich halte das für fatal.

Ein weiteres oft gebrauchtes Argument ist, dass durch Wettbewerb bzw. Konkurrenz Qualität entstehen soll, da sich der bzw. das Bessere durchsetzt. Das bezweifle ich und halte den sogenannten Gesundheitsmarkt für diese rein ökonomische Betrachtungsweise für ungeeignet. Denn welche Qualität wird gemessen? Wir wissen alle, dass viele Qualitätsparameter den wirklich langfristigen Erfolg beispielsweise von Operationen gar nicht erfassen, es sind immer nur kurz-

fristige Ziele, Handbücher, Audits und vieles mehr. Deshalb hat sich aus der Qualitätsdebatte eine komplette Parallelindustrie entwickelt, bei der Ressourcenverbrauch und gewonnene Qualität exzessiv disproportional sind. Es wird immer mehr gemessen und dokumentiert, und oft fragt man sich, wofür das alles gut sein soll. Leider beteiligen sich die Mediziner weitgehend protestlos daran - jeder hofft, durch noch schnellere oder bessere Datenverarbeitung bzw. Dokumentation einen Vorteil im Wettbewerb zu erzielen.

Aber auch bei dieser wettbewerbsinduzierten (scheinbaren?) Qualitätsverbesserung werden wir wieder den Kaufleuten hinterher laufen. Für den Kaufmann ist der Preis entscheidend, genauso wie es immer um quantitatives, nicht um qualitatives Wachstum geht. Und beim Preis geht es in erster Linie um billigere Produktion und nicht um bessere Qualität. Und so, wie es ausgelagerte Billigproduzenten gibt, werden wir vermutlich eines Tages durch transkontinentale, roboter-assistierte Chirurgen aus anderen Teilen der Welt „ersetzt“ und die Aufklärung erfolgt per Videoschaltung. Ob das dann qualitativ besser ist, wäre zu evaluieren - aber bis die Evaluation erhoben ist, wird der Kaufmann wegen der preiswerteren Variante das Verfahren schon etabliert haben. Hier sind wir Mediziner den Kaufleuten inzwischen hoffnungslos unterlegen und laufen Gefahr, unsere Selbstständigkeit oder gar Mitbestimmung zu verlieren.

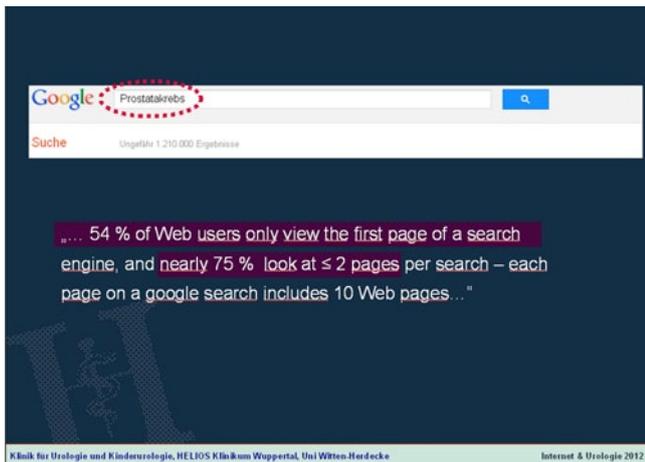
Und es gibt einen weiteren Punkt, der problematisch ist. Das klassische Denken der Qualitätssteigerung durch Konkurrenz wird durch das Internet massiv beeinflusst. Dies deshalb, weil insbesondere das internet-basierte Marketing dazu führt, dass eine patienten-orientierte Werbung mit Angaben betrieben wird, deren Grundlage wissenschaftlich nicht nachvollziehbar ist und nur dem besseren Umsatz dient. Hierzu sollte sich je-

der Urologe einmal unter Google mit dem Suchbegriff „Prostatatrebs“ die erste Internet-Seite anschauen - wenn man dann weiß, dass 54 Prozent aller Nutzer nur die Links der ersten Seite öffnen, weiß man, warum gerade durch das Internet Medizin zur Spielwiese des „direct-to-patient-marketing“ zu verkommen droht. Obwohl dies „nur“ in den USA und Neuseeland erlaubt ist, ist es durch das unkontrollierbare Medium Internet noch nie so „preiswert“ gewesen, ungesicherte Versprechen ungeprüft zu verbreiten und Patienten auf einen (leider nur ökonomisch für den Anbieter sinnvollen) Diagnose- und / oder Therapiewege zu bringen.

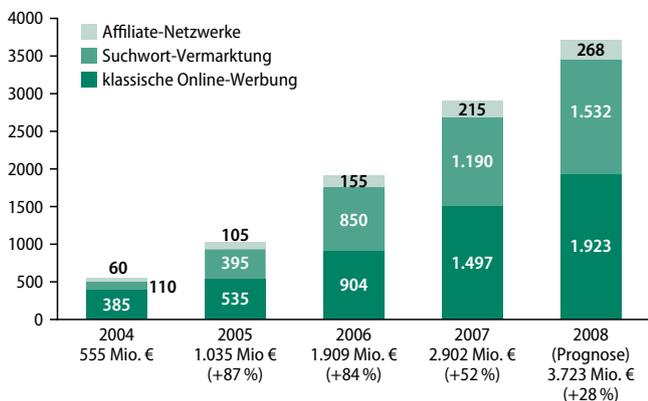
Der Pflegekongress im Rahmen der DGU-Jahrestagung ist heute etabliert, mit jeweils knapp 1200 Teilnehmern stets gut besucht und zweifellos ein großer Erfolg: Welches sind aktuell die größten Herausforderungen im Bereich der urologischen Assistenz- und Pflegeberufe?

Seit einigen Jahren bemüht sich der Arbeitskreis „Urologische Assistenz- und Pflegeberufe“, weitergehende Qualifikationen für das Assistenzpersonal zu entwickeln. Die im Jahr 2013 erneut stattfindende Tagung „Urologie Aktuell“ wird erstmals nicht nur einen Vortragsteil für Pflege- und Assistenzberufe haben, sondern auch ein Fortbildungsmodul, das langfristig in zertifizierten Einzelkomponenten münden soll. Es soll hierbei ein Konzept erarbeitet werden, dass sämtliche Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, die auch für Praxismitarbeiter notwendig sind (z.B. onkologische Fachqualifikationen), durch den Arbeitskreis bzw. die Akademie der Deutschen Urologen angeboten und zertifiziert werden.

Zudem hat der Arbeitskreis ein Anforderungsprofil erarbeitet, das in der Etablierung eines Studienganges zum „Physician Assistant“ mit urologischer Kompetenz münden soll. An-



▲ Bedeutung der Internetpräsenz beim „direct-to-patient-marketing“



▲ Angaben über Anstieg der Ausgaben zur „Netzvermarktung“ (Quelle: Diplomarbeit 2007)

fangs war versucht worden, dies mit einer Universität in privater Trägerschaft zu etablieren. Allerdings sind die Kosten für eine solche Ausbildung enorm, und es wird wohl nicht gelingen, dauerhaft einen Kurs mit mindestens 20-30 urologischen Pflegenden jährlich zu besetzen. Dies haben wir am Anfang unterschätzt. Deshalb bauen wir aktuell eine Kooperation mit der Dualen Hochschule Baden Württemberg in Karlsruhe in staatlicher Trägerschaft aus. Bei dieser Institution fallen keine Studiengebühren an, es ist keine (urologische) Mindestteilnehmerzahl zur Kostendeckung erforderlich und die rechtlichen Rahmenbedingungen sind geklärt.

Eine solche Initiative kann aber nicht durch einen Arbeitskreis der DGU alleine verantwortet werden. Deshalb ist das

Konzept im Rahmen der jüngsten Vorstandssitzungen der DGU präsentiert und diskutiert worden, und es wurde beschlossen, die Etablierung eines solchen Berufsbildes aktiv unter dem Dach der Akademie der DGU zu unterstützen.

Diese „Physician Assistants“ könnten bei entsprechender Qualifikation in den urologischen Kliniken „übertragbare ärztliche Leistungen“ erbringen. Dabei geht es primär nicht um invasive Diagnostik oder operative Leistungen, sondern die Assistenz bzw. Ausführung von delegierbaren Routinearbeiten, die durch wechselnde (oder nicht mehr vorhandene) Assistenten mutmaßlich schlechter gemacht wird als durch entsprechend weiter qualifizierte ehemalige Pflegekräfte. Dazu können sowohl Dokumentationen, prä- und post-

stationäres Management, sonographische Basisuntersuchungen, Urodynamiken, Verbands- und Wundmanagement und eine vorläufige Arztbrieferstellung gehören. Welche dieser Leistungen dann wirklich übertragbar oder delegierbar ist, wird noch in einem langwierigen Diskussionsprozess unter Beteiligung von Bundesärztekammer, Marburger Bund, der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften, des Gemeinsamen Bundesausschusses und Juristen (um nur einige zu nennen) zu klären sein.

Ich bin mir aber sicher, dass dieser Weg auch in der Urologie kommen wird, in anderen Ländern ist er schon sehr weit fortgeschritten und in anderen Fachgesellschaften in Deutschland wie beispielsweise bei den Allgemein- und Viszeralchirurgen sowie Unfallchirurgen und Gefäßchirurgen bereits eingeleitet.

Im DGU-Vorstand leiten Sie nun das Ressort Internationale Beziehungen: Gibt es Neuigkeiten aus diesem Amtsreich?

Das Hospitations-Programm der sogenannten West-Ost-Kommission der Deutschen Gesellschaft für Urologie wurde im Gefolge der Wiedervereinigung 1994 gegründet. Es gibt in den osteuropäischen Ländern Koordinatoren, die in örtlichen Zeitschriften Hospitationsstipendien ausloben. Nach einem Begutachtungsverfahren durch die Ost-West-Kommission können dann 3-monatige Hospitationen mit einem Monatsbetrag von 1.200 Euro gefördert werden. Das Geld wird von der DGU an die Gastkliniken gezahlt, die es den Hospitanten weiterleiten. In den vergangenen Jahren wurden insgesamt 60 Hospitanten/Stipendiaten von der DGU gefördert, wobei es im Jahre 2011 nur noch drei und im Jahre 2012 nur noch zwei Hospitanten gab.

Wir haben in der jüngsten Vorstandssitzung der DGU diskutiert, dieses Hospitationsprogramm eventuell zu erweitern

und nicht mehr ausschließlich auf die Ost-West-Achse zu fokussieren. Es wurde allerdings beschlossen, den Kontakt mit den betroffenen Ländern (Ukraine, Slowakische Republik, Rumänien, Estland, Weißrussland, Slowenien, Lettland, Ungarn, Bulgarien, Tschechische Republik, Serbien, Polen, Kroatien und Georgien) nochmals zu intensivieren und das Angebot vermehrt über die Koordinatoren und ehemaligen Stipendiaten zu propagieren. Auch die „Urologia Internationalis“ als internationale Zeitschrift der DGU soll hierzu vermehrt genutzt werden.

Grundvoraussetzung wird aber sein, weitere Spendengelder von Stiftungen wie der Krupp-Stiftung und der Industrie zu bekommen. Wir sind mit dem Schatzmeister Prof. Kröpfl dabei, eine entsprechende Anfrage vorzubereiten.

Im Jahre 2015 werden Sie turnusgemäß DGU- und Kongresspräsident sein. Können Sie folgenden Satz bereits heute vollenden? Als Kongresspräsident werde ich...

...dafür sorgen, dass erneut ein wissenschaftlicher Fachkongress stattfindet. Das ist ohne jeden Zweifel die Hauptaufgabe der DGU-Jahrestagung.

Aber es gibt ein Struktur- oder Verteilungsproblem, das uns allen in der Urologie unter den Nägeln brennt und über das derzeit eher hinter vorgehaltener Hand mehr lamentiert und agiert als offen diskutiert wird. Ich frage mich, ob unser Jahreskongress ein geeignetes Forum zur Erörterung dieser Problematik darstellt, denn primär muss unser Jahreskongress ein Wissenschaftskongress bleiben.

Und doch möchte ich zu dem Thema Stellung beziehen. Meine Position ist - meiner Meinung nach missverständlich - als angeblich pauschale Verurteilung der ambulant tätigen Urologen ausgelegt worden und hat auf der letzten Mitgliederversammlung zu Irritationen geführt. Deshalb möchte ich unabhängig von

der Frage, ob die Erörterung dieser Frage Bestandteil des Jahreskongresses 2014/2015 sein wird, zu diesem urologischen Struktur- und Verteilungsproblem meinen Standpunkt darlegen.

Die gegenwärtige transsektorale Zusammenarbeit von ambulanter und stationärer Urologie birgt Konfliktpotentiale, die der schwierigen ökonomischen Situation der ambulanten Urologie geschuldet ist. Ich halte es ohne jede Einschränkung für skandalös, dass urologische Patienten für eine Pauschale im Quartal behandelt werden müssen bzw. sollen, die weit unter der Rechnung eines Ein-Personen-Menüs in einem normalen bürgerlichen Restaurant liegt. Das ist eine inakzeptable Entwertung der ärztlichen Arbeit! Hier haben die niedergelassenen urologischen Kollegen mein vollstes Verständnis und meine Solidarität.

Andererseits ist aber die Position von ambulant tätigen Urologen bzw. deren Netzwerken, über Teilanstellungsverträge kompensatorisch Zugriff auf operative Leistungen in Krankenhäusern zu bekommen, mit Sprengstoff beladen. In vielen Gesprächen mit anderen urologischen Chefs aus der gesamten Republik wurde mir mitgeteilt, dass von Urologen bzw. deren Netzwerken verstärkt die Forderung nach Teilanstellungsverträgen erhoben wird. Und in mehr und mehr Fällen werden operativ versierte Urologen in urologische Netzwerke auf einen Kassensitz integriert und operieren die Patienten der Gruppe/des Netzwerkes der niedergelassenen in einer oder mehreren Kliniken im Rahmen von Teilanstellungsverträgen.

Dieser Einbruch ambulant tätiger Urologen in den stationären Sektor erfolgt insbesondere in bereits jetzt überversorgten Regionen bzw. Ballungszentren. Und es führt sowohl akut als auch perspektivisch zu einer bedrohlichen Schiefelage. Was hinsichtlich der proportionalen Übernahme stationärer Leistungen im Einzelfall gut und fair auf Augenhöhe gelebt wird (übrigens auch

bei uns in Wuppertal mit einem Teil der niedergelassenen Urologen, der sog. PandaMed Gruppe als überörtlicher Gemeinschaftspraxis mit 12 Urologen in Wuppertal und Remscheid), bedingt in anderen Fällen, dass urologische Hauptabteilungen zu urologischen Konsilabteilungen mutieren. Der Unterschied zu den seit Jahrzehnten zugelassenen Belegärzten ist, dass die Menge der Belegabteilungen durch entsprechende Zulassungsverfahren nicht beliebig ausgeweitet werden kann. Darüber hinaus haben Belegurologen die Verantwortung der „Rund-um-die-Uhr-Versorgung“ ihrer Patienten sicherzustellen. Dies besteht bei den teileingestellten ambulanten Ärzten nicht. Sie werden für die operative Leistung bezahlt, überlassen dann aber die (unliebsame und unbequeme) Notfallversorgung und Dienstbereitschaft der „gastgebenden“ Klinik. Unabhängig von der qualitativen und juristischen Letztverantwortung durch den Klinikleiter - der durch den „Zwang“ zur Kooperation aber von seiner Weisungsbefugnis keinen Gebrauch machen wird, da er sonst einen Teil seiner „operierenden Zuweiser“ verlieren könnte - ergeben sich dadurch strukturelle Folgeprobleme.

Die strukturellen Probleme sind perspektivisch katastrophal. In erster Linie wird die Ausbildung der Assistenten schwieriger bis teilweise unmöglich, da die Mehrzahl der unproblematischen - und damit ökonomisch für die teileingestellten Kollegen profitablen Operationen - durch externe teileingestellte Ärzte durchgeführt werden. Zudem werden die Geschäftsführer der betroffenen Kliniken über Einsparungen in den betroffenen Kliniken wieder das Geld erwirtschaften wollen, das sie den teileingestellten Ärzten veräußern müssen. Damit werden die unattraktiven Bereiche wie Stationsversorgung und Dienste immer schwieriger abzudecken, denn wer will schon in einer Klinik arbeiten, in der sich die Facharztausbildung auf Sta-

tionsverwaltung und Dienstbereitschaft reduziert. Spätestens dann, wenn Ober- und Chefärzte wieder zur Sicherung des vertraglich geregelten Versorgungsauftrages in den Vordergrunddienst gehen müssen, wird der Exodus an urologischen Kliniken Einzug halten. Und dies wird perspektivisch zur Auflösung urologischer Kliniken führen, und man kann sich vorstellen, dass dann wieder chirurgische Unterabteilungen entstehen.

Die von DGU-Kritikern immer wieder ins Feld geführte notwendige Umorientierung der DGU in eine Wissensgesellschaft erscheint in Anbetracht dieser Strukturprobleme als ein verklärendes Ablenkungsmanöver. Ich bestreite, dass die DGU keine Wissensgesellschaft ist - zu keiner Zeit wurde von der DGU mehr getan als gegenwärtig, um eine Wissensvermehrung und Wissenstransparenz zu gewährleisten. Die neustrukturierten Aktivitäten der Akademie seien da nur beispielhaft genannt. Vielmehr ist der Überlebenskampf der Urologen in Praxis und Kliniken nicht von Unwissen, sondern von Entsolidarisierung, Qualitäts- und Zertifizierungswahn und ökonomischem Druck durch Kostenträger und Kaufleute bedroht.

Hier sollten in den nächsten Jahren vertrauliche Gesprächsforen aller Urologen stattfinden. Es sollten Kooperationsmodelle entwickelt werden, in denen beispielsweise durch Ausbildung der Physician Assistants die viel zu hohe Anzahl urologischer Fachärzte wieder reduziert wird, ohne dass die Qualität der Patientenversorgung in den urologischen Kliniken leidet. Perspektivisch könnten die verbleibenden Ärzte in Weiterbildung besser operativ ausgebildet werden und die ambulante urologische Arbeit würde auch monetär wieder an Wert gewinnen.

Und es erscheint durchaus legitim, einzelne Operationssegmente durch teileingestellte urologische Kollegen durchführen zu lassen - wenn dies einen kriti-

schen prozentualen Anteil nicht überschreitet und diese Operationen auch den Mitarbeitern in Ausbildung „geteacht“ werden. Die erhofften Gespräche müssen von Vertrauen und echter Augenhöhe geprägt sein, denn Misstrauen wird nur zu juristisch nicht regelbaren Grauzonen führen, und am Ende wird wieder ein Kaufmann entscheiden.

Was verraten Sie uns über den Privatmann Stephan Roth?

Ich liebe das Familienleben, das trotzdem zu kurz kommt, ich liebe den Sport, den ich früher intensiv betrieben habe und der sich leider auf Cross-Trainer Stunden und gemeinsames Tennisspielen mit der Tochter oder Wanderungen in Südtirol reduziert, ich liebe das Lesen von Zeitungen und diskutiere unterschiedlichste Artikel in regelmäßigen „Blattsalons“ mit engen Freunden, ich liebe gesellige Abende mit Freunden und liebe meine Markteinkäufe am Samstagmorgen auf dem Carlsplatz in Düsseldorf.