

Dossier Urologie

Schneller Anschluss zum Urologen

Lange Wartezeiten für die eigenen Patienten, Warten auf Arztbriefe, die Frage der Konkurrenz – das Verhältnis zwischen Hausarzt und Facharzt ist nicht immer ganz einfach. Wir fragten einen Urologen, worauf seine Zuweiser besonderen Wert legen. **SEITE II**

Dauerkatheter: Ist er wirklich nötig?

Fünf bis zehn Prozent der Heimbewohner haben einen Dauerkatheter – häufig über Jahre. Kritisch hinschauen ist gefragt. **SEITE VI**



Reizblase: Therapie nach Verträglichkeit

Außer von Blasentraining und Physiotherapie profitieren Patienten mit überaktiver Blase von einer Pharmakotherapie. Die Auswahl richtet sich nach dem Nebenwirkungsprofil. Tipps dazu gibt es im Dossier auf **SEITE VII**

Urologie: Aufgaben wachsen

Die Alterung der Bevölkerung erfordert mehr urologische Kapazitäten. 30 Prozent der Fälle sind onkologischer Natur. Urologen sehen deshalb in Teilen des Versorgungsgesetzes eine Fehlkonstruktion.

VON HELMUT LASCHET

Auch Fachärzte wie Urologen bekommen die Überlastung von Hausärzten und die wachsende Mangelsituation in der primärärztlichen Versorgung inzwischen deutlich zu spüren. Immer mehr relativ einfach gelagerte Krankheitsfälle, die auch in den Praxen von Hausärzten abgearbeitet werden könnten, gelangen in die urologischen Facharztpraxen, stellt der Präsident des Berufsverbandes der Urologen, Dr. Axel Schroeder aus Neumünster, fest. Einen Vorwurf an seine hausärztlichen Kollegen will er damit gleichwohl nicht verbinden; die Zusammenarbeit vor Ort sei durchweg unproblematisch.

Wachsende Aufgaben für Fachärzte

Verwunderlich sei die stärkere Inanspruchnahme von Fachärzten keineswegs. Zum einen mag die Abschaffung der Praxisgebühr Anfang 2013 das Tor zur fachärztlichen Versorgung wieder weiter geöffnet haben. Noch entscheidender seien wohl die wachsenden Lücken in der Grundversorgung. Beispielführend führt Schroeder die Verhältnisse in seiner Heimatstadt Neumünster, einer größeren Mittelstadt zwischen Hamburg und Kiel an: Dort sind zwölf frei gewordene Hausarztpraxen nicht nachbesetzt worden.

Die Folge sei ein überproportionaler Leistungszuwachs unter anderem bei den grund- und spezialversorgenden Urologen. Angesichts der real existierenden Regelleistungsvolumina schätzt Schroeder den Anteil jener Leistungen, die nicht oder nur abgestaffelt honoriert werden, auf etwa 20 Prozent. „Wir müssen uns überlegen, wie wird mit unseren knappen Ressourcen umgehen sollen“, kommentiert Schroeder. Deshalb sei es paradox, Vertragsarztpraxen aus der Versorgung nehmen zu wollen und andererseits vermeintliche Wartezeiten durch Reglementierung abzubauen.

Nach Schroeders Auffassung entpuppt sich das Versorgungsstärkungs-Gesetz als „größter Angriff auf die Freiberuflichkeit der Ärzte“. Es sei ein Beleg dafür, dass in der Politik noch immer die Meinung vorherrscht, dass Hausärzte die Versorgungsprobleme der Zukunft lösen könnten. Die Dimension dieser Fehlgewichtung, was fachärztliche Versorgung heute schon leistet und künftig vermehrt leisten muss, werde unzureichend wahrgenommen, kritisiert der BDU-Präsident, der auch dem Vorstand des Spitzenverbandes der Fachärzte ange-

„Wir müssen uns überlegen, wie wir mit unseren knappen Ressourcen umgehen sollen.“

Dr. Axel Schroeder
Präsident des Berufsverbandes
Deutscher Urologen

hört. Und er erinnert an den Koalitionsvertrag, der vorsieht, dass auch die „fachärztliche Versorgung gefördert werden soll“. Insofern bedauert Schroeder, dass das Versorgungsstärkungs-Gesetz allein auf die Kapazitätsengpässe in der Allgemeinmedizin fokussiert wird. Strukturelle Reformen und Investitionen seien auch in der fachärztlichen Versorgung notwendig. Auf mittlere bis längere Sicht kommt auf das relativ kleine Fachgebiet eine wachsende Versorgungsaufgabe zu: durch die Alterung der Gesellschaft. Und durch den medizinischen Fortschritt, vor allem auch in der Onkologie, die bei den Urologen etwa 30 Prozent des Leistungsumfanges ausmacht. Insofern hält Schroeder es für kurzfristig, wenn in Köpfen mancher Gesundheitspolitiker immer noch das Bild einer überbesetzten doppelten Facharztschiene festsetzt.

Gerade am Beispiel der Urologie lässt sich aufzeigen, dass es dabei nicht allein um Geld geht, sondern auch um dringend notwendige strukturelle Reformen, bei denen sowohl der Gesetzgeber wie auch die ärztliche Selbstverwaltung gefragt ist.

Urologen arbeiten sowohl ambulant wie auch stationär, im Angestellten- oder Freiberuflerstatus. Der Anteil der ambulanten Behandlung – auch in Kliniken – wächst. Auch der Spezialisierungsgrad nimmt zu. Das hat Konsequenzen für die Weiterbildung des Nachwuchses. Ähnlich wie in der Allgemeinmedizin können nicht mehr alle Leistungsinhalte und Qualifikationen des Fachgebiets in Kliniken und erst recht nicht an einer Weiterbildungsstelle abgearbeitet und erworben werden – Rotationen und Wechsel zwischen stationären und ambulanten Anteilen an der Wei-

terbildung werden immer notwendiger. Die Bundesärztekammer hat inzwischen darauf reagiert und plant für die nächste Reform der Musterweiterbildungsordnung, zusätzliche Teile der Weiterbildungen auch für Fachärzte in die ambulante Medizin zu verlagern.

Damit entstehen zwei Probleme, die für die Allgemeinmedizin bereits erkannt sind und zumindest im Ansatz abgearbeitet werden, für die im Versorgungsstärkungs-Gesetz aber nun viel weitergehende Lösungen gefunden worden sind:

Erstens erfordert die Rotation über mehrere Weiterbildungsstellen und der Wechsel zwischen Klinik und Praxis die Organisation einer Verbundweiterbildung, in der für junge Ärzte sichergestellt wird, dass sie ohne Zeitverlust ihre Facharzt-Qualifikation erwerben können.

Allgemeinmedizin als Blaupause

Zweitens treten aber bislang noch nicht gelöste Finanzierungsprobleme auf: Während Ärzte in Weiterbildung in Kliniken ein Tarifgehalt bekommen und ihre Leistungen zumindest prinzipiell in die DRGs eingepreist sind, werden Leistungen von Assistenzärzten bei Vertragsärzten so gut wie nicht honoriert. Der Grund ist die gesetzliche Vorgabe, dass in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung grundsätzlich der Facharzt-Standard gilt, Leistungen, die von Nicht-Fachärzten erbracht werden, also auch nicht abgerechnet werden können. Der Leistungsmengenzuschlag, den Fachärzte zugebilligt bekommen, wenn sie einen Weiterbildungsassistenten beschäftigen, reicht aber bei weitem nicht aus, dessen Gehalt zu finanzieren – schon gar nicht

auf einem Niveau, das in den Kliniken Tarifstandard ist.

Erst vor kurzem ist der Urologenverband unter anderem auch deswegen bei Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe vorstellig geworden und hat angesichts der wachsenden Kooperation und Arbeitsteilung zwischen ambulanter und stationärer Medizin gerade auch in der Urologie für ein „Notprogramm für die Aus- und Weiterbildung“ geworben. Das Modell, dass jetzt im Versorgungsstärkungs-Gesetz für die Allgemeinmedizin verbindlich gemacht wird, könnte nach Schroeders Vorstellung ein Vorbild auch für die urologische und andere fachärztliche Weiterbildungen sein. Das liefe auf eine gezielte Förderung von Weiterbildungsstellen hinaus. Und nicht auf eine Abbildung von Assistenzarzt-Leistungen im EBM.

Eine dringende Notwendigkeit sieht Schroeder, Kooperationen und Netzwerke – interdisziplinär und intersektoral – zu bilden. In diesem Zusammenhang sieht er in der Konstruktion der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (Paragraf 116b) auch für die Urologie gute Chancen, die allerdings erst mittel- bis längerfristig realisiert werden könnten. In Teilen, so bei gastrointestinalen Tumoren, eine der ersten Indikationen, die der Gemeinsame Bundesausschuss für 116b-Konstruktionen identifiziert hat, seien die Urologen als Kooperationspartner vorgesehen. Schwere Verlaufsformen urologisch-onkologischer Erkrankungen werden künftig in den 116b-Katalog aufgenommen. Realisiert werden würde dies aber nicht vor 2016, glaubt Schroeder. „Aber wir sind da gut vorbereitet.“



© KLAUS ROSE