Urologe 2019 · 58:178–180
<https://doi.org/10.1007/s00120-019-0859-8>
 Online publiziert: 28. Januar 2019
 © Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2019

Maximilian Burger

Klinik für Urologie der Universität Regensburg am Caritas-Krankenhaus St. Josef, Regensburg, Deutschland

Das Wesen der Urologie muss zukunftsicher sein

Komplettbehandlung des Urogenitalsystems bei sektoraler Trennung

Wo stehe ich und wie bin ich dahin gekommen?

Ich bin Direktor der Klinik für Urologie am Caritas-Krankenhaus St. Josef in Regensburg, die den Lehrstuhl für Urologie der Universität Regensburg trägt. Sie sehen – das ist keine klassische Universitätsklinik, sondern ein Haus der medizinischen Versorgung mit einem darin eingebetteten Lehrstuhl. Und so steht in Regensburg die klinische und v. a. die operative Arbeit ganz im Vordergrund. Unsere akademische Seite vertieft unser klinisches Profil und erweitert unser Angebot über das komplette Spektrum der etablierten Methoden hinaus. So stellen wir im Rahmen der Regensburger Universitätsmedizin urologische Maximalversorgung für Ostbayern sicher. Und das in einem kollegialen und kooperativen Sinn – worauf wir stolz sind. Wir sind Bestandteil eines regionalen Netzwerks von Urologen in Praxen, Beleg- und auch Hauptabteilungen. So gibt es eine enge Zusammenarbeit mit Partnerpraxen der Region in Regensburg und Umgebung, aber auch den Kreisen Kelheim, Cham oder Schwandorf inklusive einer Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV). Es gibt Verträge mit den Kliniken Deggendorf und Neumarkt und bspw. über das CCC-Ostbayern eine gelebte Kooperation mit den Kliniken in Weiden und Straubing. All das ist kollegial und großteils schon freundschaftlich.

Ich habe meine urologische Facharztweiterbildung bei Prof. Thüroff in Mainz und bei meinem Vorgänger Prof. Wieland in Regensburg absolviert. Dort habe ich

parallel zur klinischen Ausbildung – also quasi klassisch am Abend und am Wochenende – wissenschaftlich an uroonkologischen Fragestellungen gearbeitet und mich habilitiert. Und dort wurde ich auch Oberarzt. Dann ging ich nach einer kürzeren Zeit als geschäftsführender Oberarzt bei Prof. Wullich in Erlangen als Leitender Oberarzt zu Prof. Riedmiller nach Würzburg. Dreimal habe ich mich von Würzburg aus dann auf Ordinariate beworben, nämlich auf Münster, Lübeck und Regensburg. Jeweils habe ich einen Listenplatz erhalten. Mit 39 wurde ich dann auf den Regensburger Lehrstuhl berufen, wo ich seit etwas über 5 Jahren bin. Und dieser Weg hat wieder in einem Netzwerk stattgefunden, als Mitglied in einem Team. So habe ich mich immer verstanden. Und enge, gute und kollegial abgestimmte Zusammenarbeit hat meinen gerade geschilderten Weg gekennzeichnet.

Würde ich alles wieder so machen?

Spontan habe ich bei dieser Frage gedacht: natürlich nicht! Man müsste doch irgendwie alles anders machen. Aber dann beim Nachdenken ist mir nicht recht viel eingefallen. Unter uns: diese Vita ist doch eigentlich langweilig. War ich länger im Ausland? Nein. Habe ich irgendwo einen Faktor Abenteuer drin? Auch nicht. Ich habe immer die klinische/operative Arbeit in den Vordergrund gestellt. Da hätte sowas ja nur einen Zeitverlust bedeutet. Hat mir das geschadet? Naja, drei Listenplätze bei drei

Berufungsverfahren auf universitäre Kliniken von Würzburg aus sprechen klar für die Klinik von Hubertus Riedmiller, aber wohl auch für meinen gesamten Weg. Da hat mir evtl. wenig gefehlt. Hat mir selber was gefehlt? Eigentlich auch nicht – ganz ehrlich. Elternzeit wäre nett gewesen, klar. Aber nicht entscheidend.

Was ist gut an meiner Arbeit und was nicht?

Vorneweg, meine Arbeit macht mir wirklich Spaß oder besser sogar Freude. Ich mache das echt gerne. Gut oder eigentlich zentral dabei ist das Zusammenarbeiten mit anderen, mit meinem Team, mit den Partnern in der Praxis und der Klinik – wie oben geschildert. Der Austausch, das kritische aber konstruktive Hinterfragen und Verbessern hält einen wach und in Schwung. Aber ich muss ja auch jammern. Eh klar: die Verwaltung, die Restriktionen, die Motivation der Mitarbeiter ... Nur, ich finde wenig. Die Rahmenbedingungen unseres Gesundheitssystems sind nicht ideal, aber auch nicht so schlecht, verglichen mit fast allen anderen EU-Ländern. Ökonomische Zwänge kenne ich in meiner Arbeit nicht so wirklich. Es geht um Qualität der Versorgung, denn die ist auch ökonomisch gut. Und meine Verwaltungen der Diözese und des Universitätsklinikums Regensburg sehen das auch so. Und die Mitarbeiter? Ja – die sind wesentlich für uns. Das stetige Fortentwickeln eines Teams und der einzelnen Karrieren braucht stetiges Kümmern. Das ist kein Selbstläufer. Aber es belastet mich nicht. Natürlich kenne

ich das Gefühl, mal genervt zu sein. Aber ein gutes Team wird dann doch irgendwie allen Anforderungen gerecht.

Was für Risiken sehe ich?

Das zentrale Wesen der Urologie ist doch, dass wir zwei definierte Organsysteme komplett bearbeiten. Und das zentrale Wesen der deutschen Urologie ist doch die sektoral getrennte Arbeit von niedergelassenen und stationären Urologen. Beides ist wichtig und richtig. Und beides ist in Gefahr.

Zum ersten Punkt, dem Profil des Fachs Urologie: Diagnose, konservative und operative Therapie gehören genauso dazu wie die medikamentöse Tumorthherapie. Überall gibt es neue Entwicklungen. Und wenn wir Urologen die nicht klipp und klar besetzen, dann haben wir ein Problem. Die neuen Entwicklungen kennen Sie alle. Wollen Sie ein Szenario haben, das sich realisieren könnte? Der Allgemeinmediziner detektiert einen erhöhten PSA-Wert, schickt den Patienten zum Radiologen, der „diagnostiziert“ ein Prostatakarzinom mittels MRT und macht vielleicht eine Biopsie. Dann schickt er ihn gleich zum Strahlentherapeuten oder macht selber vielleicht sogar eine irreversible Elektroporation. Entwickelt sich das Ganze dann in die falsche Richtung, geht der Patient direkt zum Onkologen. Oder der Allgemeinmediziner kommt bei der Therapie eines BPS mit Tamsulosin nicht mehr hin und schickt den Patienten wieder zum Radiologen, der dann eine Embolisation der Prostata durchführt. Geht das dann in die falsche Richtung, könnte der Urologe endlich ins Spiel kommen. Den Urologen gibt es also noch. Aber als Auftragsoperator für wenige Eingriffe von anderer Disziplinen Gnade.

Zum zweiten Punkt, der deutschen urologischen Versorgungsstruktur: die sektorale Trennung steht für Qualitätskontrolle. Ein niedergelassener Urologe betreut seinen Patienten seit Jahren hervorragend. Jetzt stellt er eine Operationsindikation – von der er ökonomisch selber nichts hat. Er empfiehlt dem Patienten einen stationären Anbieter, den er kennt und für seine Arbeit schätzt. Er bekommt dafür aber ökonomisch nichts.

Nach der Operation wird der Patient wieder vom niedergelassenen Urologen betreut, der das Ergebnis der Behandlung beurteilt – unabhängig von der operierenden Einheit – frei und objektiv. Und wenn er damit nicht zufrieden ist? Na, dann findet sich ein anderer stationärer Anbieter. Das ist Markt, das ist Qualität. Wollen Sie wieder ein Szenario haben, das sich realisieren könnte? Der ambulante und der stationäre Urologe bilden eine wirtschaftliche Einheit; ein gewisser ökonomischer Druck, operative Leistung zu generieren, hätte einen gewissen Einfluss auf die ambulante Betreuung und Indikationsstellung. Und die postoperative Kontrolle täte sich evtl. schwerer, ein weniger gutes Ergebnis klar zu benennen, geschweige denn, Konsequenzen im Sinne eines freien Markts daraus zu ziehen. Sie werden sagen: Es gibt ja Hauptabteilungen mit eigenem MVZ. Dieses Szenario ist doch real. Ja, aber wir alle respektieren diese Kollegen und wissen, dass sie dem entgegenstehen. Und diese Konstruktionen versorgen auch die Minderheit der Patienten. Aber was, wenn der ökonomische Druck steigt? Sowohl auf die Kollegen in solchen Konstruktionen als auf stationäre Anbieter, sich diese zuzulegen?

Was ist meine Vision für meine Arbeit und unser Fach im Jahr 2025

Meine Vision ist, beide oben genannten Szenarien zu verhindern. Und wie geht das?

Zum ersten Punkt, dem Profil des Fachs Urologie: Wir kümmern uns um alle Neuerungen. Und dabei haben wir Diagnostik und konservative und operative Therapie ebenso auf dem Schirm wie die medikamentöse Tumorthherapie und auch primär nichturologische Interventionen. Die Neuerungen kommen nicht unbedingt initial von uns, aber wir nehmen sie früh wahr und evaluieren sie. Neugierig, offen, aber eben auch kritisch. Damit haben wir die Deutungshoheit. Damit definieren wir, was für unsere Patienten gut ist – transparent und glaubwürdig. Doch das geht nur im Team. Niedergelassene Kollegen und verschiedene Klinken müssen zusammenarbeiten,

um erst mal wenigen Patienten mit einer guten Eignung für Neuerungen zu poolen. Ein Zentrum kümmert sich um eine Thematik und wird dabei von anderen unterstützt. Das kann aber nur funktionieren, wenn was zurückkommt, Geben und Nehmen in Balance sind, wenn man also auch in der Routineversorgung eng zusammenarbeitet und sich gegenseitig unterstützt. Ein „nationales Spitzenzentrum“ wird hier von den Urologen vor Ort zu weit weg sein, um wirklich einen Knoten in einem Netz zu bilden. Aber klar: Deutschland ist föderal und die Regionen sind stark – jede für sich. Hier gibt es also „regionale Spitzenzentren“, die wirklich in einem Netzwerk arbeiten, mit einem Benefit für alle – allen voran dem Patienten. Diese Netzwerke werden definiert und belastbar gestaltet. Ein CCC wäre im Bereich der Onkologie ein gutes Beispiel dafür, wenn es nur alle wesentlichen Akteure in der Region mitnimmt. Das können wir Urologen schaffen – im onkologischen und nichtonkologischen Bereich. Wir Urologen spielen unseren Vorteil aus, dass wir zusammenarbeiten können und die Patienten diesen Teamgeist schätzen. Diese Vision ist nicht mutig, das funktioniert schon – in unserer Region, in Ostbayern.

Zum zweiten Punkt, der deutschen urologischen Versorgungsstruktur: Wir erhalten zwei Dinge aufrecht: die sektorale Trennung und die möglichst heimatnahe Spitzenversorgung. Niedergelassene Urologen brauchen einen stationären Partner bester Qualität. Aber umgekehrt ist das noch klarer, denn stationäre Urologen brauchen ambulante Partner höchster Kompetenz, die mit Ihnen konstruktiv aber kritisch zusammenarbeiten. Mit klarer Qualitätssicherung durch eine freie ambulante Urologie, die in der Regel nicht das Eigentum einer Hauptabteilung ist. Zwischen ambulanter und stationärer Urologie bleiben unnötige Reibereien auf politischer Ebene endlich außen vor und wir erkennen, dass der „Feind“ nicht im Inneren sitzt. Eitelkeiten definieren nichts mehr und es gibt ein echtes Zusammenwirken unter einem Dach. Auf der praktischen Ebene aber bauen wir dieses Netzwerk aus und verstärken es. Die Niedergelassenen und die Kliniker vor Ort vernetzen

sich mehr. So bekommen junge Urologen Kontakt zur Niederlassung und nehmen die Perspektive der Niederlassung positiv wahr, werden als Nachfolger herangeführt. Hier könnten gemeinsame Weiterbildungsverbünde eine Rolle spielen. Und jede Region hat ein Zentrum mit komplettem urologischen Angebot auf höchstem Niveau. Die Niedergelassenen und anderen Kliniken der Region arbeiten mit diesem Zentrum zusammen und schicken die wenigen speziellen Fälle, die an einem solchen Zentrum besser betreut werden, auch dorthin. Aber Geben und Nehmen sind in einer Balance. Diese Zentren binden z. B. die lokalen Partner in diese Betreuung mit ein, so dass der Patient weiß, dass er in einem Netz aus Partnern aufgehoben ist. Die Patienten vor Ort wissen also, dass sie in ihrer lokalen urologischen Klinik den Zugang zur Maximalversorgung haben und sich nicht alleine auf den Weg irgendwohin machen müssen. Und die Zentren unterstützen die anderen Kliniken der Region in der Routine, mit mehr als nur Know-how. Sie ermöglichen den anderen Kliniken die frühe Anwendung neuer Techniken und sichern die dortige Weiterbildung. Und auch das ist keine gewagte Vision. Auch das funktioniert schon – in unserer Region, in Ostbayern und so sicher auch im Rest Deutschlands. Wir Urologen spielen wieder unseren Vorteil aus, dass wir zusammenarbeiten können und die Patienten genau diesen Teamgeist schätzen.

Und was ist mein Fazit?

Naja, der rote Faden durch meinen eigenen Weg, meine heutige Arbeit und meine Visionen 2025 für unser Fach sind klar: Wir Urologen sind Teamplayer. So erhalten wir unser Fach und unsere Rolle darin. Und damit auch die Freude, die wir alle haben – zumindest haben sollten. Dieser Teamgeist kommt uns zugute und v. a. unseren Patienten. Und das heute und 2025.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Maximilian Burger, FEBU
Klinik für Urologie der
Universität Regensburg am
Caritas-Krankenhaus St. Josef
Landshuter Str. 65,
93053 Regensburg,
Deutschland
mburger@caritasstjosef.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. M. Burger gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine vom Autor durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Fachnachrichten

Stationäre Krankenhauskosten um fast 4% gestiegen

Die Kosten der stationären Krankenhausversorgung betrugen im Jahr 2017 laut Statistischem Bundesamt rund 91,3 Milliarden Euro.

Die stationären Krankenhauskosten belaufen sich für 2017 um 3,9% mehr als im Jahr 2016 (87,8 Milliarden Euro). Umgerechnet auf rund 19,4 Millionen Patientinnen und Patienten, die 2017 vollstationär im Krankenhaus behandelt wurden, lagen die stationären Krankenhauskosten je Fall bei durchschnittlich 4 695 Euro und damit um 4,4% höher als im Jahr zuvor (4 497 Euro).

Fallkosten erstmals >5.000 Euro

Die durchschnittlichen stationären Kosten je Fall waren in Brandenburg mit 4 235 Euro am niedrigsten und in Hamburg mit 5 408 Euro am höchsten. Auch in Baden-Württemberg, Berlin und Bremen übersteigen die durchschnittlichen Fallkosten erstmals den Betrag von 5 000 Euro. Regionale Unterschiede sind auch strukturell bedingt: Sie werden vom Versorgungsangebot sowie von der Art und Schwere der behandelten Erkrankungen beeinflusst. Am deutlichsten stiegen die stationären Kosten je Fall im Vergleich zum Vorjahr in Hessen und Rheinland-Pfalz mit jeweils +5,3%. In Mecklenburg-Vorpommern gab es mit +2,9% den geringsten Kostenanstieg.

Gesamtkosten: 105,7 Milliarden Euro

Zusammen mit den Ausgaben für nicht-stationäre Leistungen (zum Beispiel für Ambulanz, wissenschaftliche Forschung und Lehre) in Höhe von 14,5 Milliarden Euro beliefen sich die Gesamtkosten der Krankenhäuser im Jahr 2017 auf 105,7 Milliarden Euro (2016: 101,7 Milliarden Euro). Sie setzten sich im Wesentlichen aus den Personalkosten von 63,8 Milliarden Euro (+4,5% gegenüber 2016) und den Sachkosten von 39,1 Milliarden Euro (+3,1%) zusammen.

Quelle: Statistisches Bundesamt
(www.destatis.de)