

Urologe 2011 · 50:xxxx-xxxx
DOI 10.1007/s00120-011-2752-y
© Springer-Verlag 2011

Redaktion
W. Bühmann, Wenningstedt/Sylt

Inhalt

Editorial: Zwischenbilanz. Was wurde erreicht – was gibt's noch zu tun?	xxxx
BDU-Nachlese 63. DGU Kongress Hamburg	xxxx
Urologen an einem Tisch mit Gesundheitsminister Bahr	xxxx
Interviewreihe: 6 Fragen an Dr. med. Bernd König	xxxx
Uro-Skopie: Niemand ist eine Insel – Burnout im Arztberuf	xxxx
Nur ein gesunder Arzt ist ein guter Arzt – „Burn out“ nimmt bei Ärzten deutlich zu	xxxx
Sucht und Psyche treiben Ärzte in die Frührente	xxxx
Versorgungsforschung: Regionale Unterschiede: Bertelsmann bietet Faktencheck – bis zu 600% bei der radikalen Prostatektomie	xxxx
Wie sich Ärzte mit Rabatt-IGeL ins eigene Fleisch schneiden	xxxx
Praxisübernahme:	
Personal muss nicht automatisch übernommen werden	xxxx
Prostatahyperplasie: Sägepalme auch in hoher Dosis nur ein Placebo	xxxx
Ergebnisprotokoll der Generalversammlung Bund der Urologen e.G. am Donnerstag, 15.9.2011 in Hamburg, Kongresszentrum	xxxx
Neue Mitglieder	xxxx
Jubilare	xxxx
Beitrittserklärung	xxxx

Editorial

Zwischenbilanz

Was wurde erreicht – was gibt's noch zu tun?



Die ersten zwölf Monate im Amt des BDU-Präsidenten liegen hinter mir – Zeit für eine Zwischenbilanz.

Im Oktober 2010 erfolgte die Amtsübergabe und Übernahme der Amtsgeschäfte. Nach einem Jahr kann ich feststellen: Der Be-

rufsverband ist neu positioniert, effektiv aufgestellt und für die gesundheitspolitische Zukunft gerüstet.

Oberste Priorität hat für uns im Präsidium und im Hauptausschuss die Herstellung von mehr Transparenz und die Förderung der internen Kommunikation im Verband. Diesem Anspruch kommen wir nach.

Die Verbandszeitschrift „Der Urologe“ ist unser primäres Organ in der Mitgliederinformation. Das Fachmagazin erscheint monatlich und bietet uns aktuelle Informationen rund um die Gesundheitspolitik – im weitesten Sinne.

Ergänzt wird diese Mitgliederinformation durch den Online-Newsletter, den wir ein bis zwei Mal im Monat aussenden und durch die ständige Aktualisierung des Urologenportals.

Bewährt hat sich auch die neue Online-Kommunikation für den Hauptausschuss. Dieser tagt jetzt online alle zwei Monate. Auch den Mitgliedern steht diese Online-Plattform zur Verfügung: über Online-Sprechstunden mit dem Präsidenten oder mit den Landesvorsitzenden. Dies ist Voraussetzung für eine aktive und effektive Verbandsarbeit.

Zu meinen ersten Aufgaben gehörte auch eine neue Strategie und Position zum Thema Uro-Onkologie zu entwickeln, die Implementierung von Versorgungsforschung in der Urologie und die Umsetzung einer Strukturreform im BDU auf den Weg zu bringen.

Es ist Mitte des Jahres gelungen, eine gemeinsame Position zur Uro-Onkologie zu formulieren. DGU, AUO und BDU verständigten sich auf ein gemeinsames Papier, welches unseren Anspruch der uro-onkologischen Versorgung unterstreicht, aber auch eine fachgruppenübergreifende Kooperation in der Diagnostik und Therapie unserer urologischen Krebspatienten hervorhebt. Dieses Papier richtet sich zum einen an die „urologische Community“ mit dem Anspruch der qualifizierten, wohnortnahen und flächendeckenden Versorgung unserer urologischen Krebspatienten als auch an Politik und Kassen.

Zielsetzung ist eine dringende Novellierung des Bundesmantelvertrages Onkologie und der Musterweiterbildungsordnung. Basierend auf dieser Position sind die Gespräche und Verhandlungen mit der KBV und BÄK angelaufen, ebenso wie der Dialog mit den Hämatoonkologen.

Eine Strukturkommission aus Präsidium und Hauptausschuss des BDU hat im Sommer diesen

Jahres ihre Arbeit aufgenommen und die Strukturreform des BDU eingeleitet, welche durch Beschluss der Mitgliederversammlung im September in Hamburg jüngst genehmigt wurde.

Den Auftrag der Mitgliederversammlung in 2010, eine Strukturreform einzuleiten, haben wir damit begonnen. Durch die Genehmigung der Änderung der Beitragsordnung ist die Umsetzung jetzt auch möglich.

Für diesen Vertrauensvorschuss sind Ihnen Präsidium und Hauptausschuss dankbar, denn damit schaffen wir neue Möglichkeiten, die Interessen unserer Mitglieder effektiver zu vertreten. Die Voraussetzungen für eine Neuausrichtung der Berufspolitik sind in der Satzung gegeben. Die BDU-Reform ist eine Neugestaltung von innen heraus einschließlich inhaltlicher und personeller Überprüfung der Sachausschüsse, ergänzt durch professionelle Strukturen, Prozesse wie ein Büro in Berlin, Beratern und Geschäftsführer.

Die Herausforderungen für den BDU sind immens. Das Gesundheitswesen ist die dynamischste und größte Wirtschaftsbranche. Die Steuerung erfolgt weniger über Markt und Wettbewerb als über Politik und Recht. In der Umsetzung von Gesetzen spielen unsere ärztliche Selbstverwaltung und unser Berufsverband eine zunehmende Rolle. Gesundheitsreformen haben Systeme verändert. Aktives Versorgungsmanagement und integrierte Versorgungsstrukturen sind für uns als BDU Herausforderungen, denen es sich zu stellen gilt.

Die gesundheitspolitische Zukunft sowie die Zukunft der Urologie aktiv im Dialog zu gestalten und unsere berufs- und gesundheitspolitischen Interessen zu formulieren, sind unsere primären Aufgaben im BDU.

Der gesellschaftliche Wandel führt dazu, dass unser Fachgebiet Urologie an Bedeutung zunehmen wird. Dies gilt es, in der

Ärzeschaft, in der Politik und bei den Kostenträgern zu betonen. Als BDU müssen wir diese Zukunftsthemen mitgestalten.

Dies wird mit nur ehrenamtlichen Mandatsträgern nicht zu leisten sein. Hier bedarf es professioneller Unterstützung zwecks Analysen des Ist-Zustandes und Ableitung konkreter Handlungsansätze. So gilt es, u.a. die Politik für das Anliegen des BDU zu sensibilisieren und unsere Botschaften bei bestimmten Schlüsselpersonen zu platzieren.

BDU-Nachlese

63. DGU Kongress Hamburg

Drei Veranstaltungen standen für den BDU im Mittelpunkt des diesjährigen Kongresses in Hamburg:

Auf der gemeinsamen **DGU/BDU-Presskonferenz mit etwa 80 teilnehmenden Journalisten** stellte der BDU durch seinen Pressesprecher **Dr. Wolfgang Bühmann** gemeinsam mit DGU-Generalsekretär **Prof. Dr. med. Oliver Hakenberg** das Positionspapier zur Urologischen Onkologie vor, anschließend das BDU-Projekt „Versorgungsforschung“. Beide Themen waren bereits in „Der Urologe“ (Heft 8 und 9/2011) veröffentlicht worden.

Im **Berufspolitischen Forum** hatten rund 250 Teilnehmer nach Begrüßung durch BDU-Präsident **Dr. Axel Schroeder** Gelegenheit, nach einem beeindruckenden Impulsvortrag von **Prof. Dr. med. Fritz Beske**, Institut für Gesundheitssystemforschung, Kiel, über die **ökonomischen und inhaltlichen Grenzen der Entwicklung des solidarisch finanzierten Gesundheitssystems**, an einer durchaus kontroversen Diskussion über das „**Versorgungsgesetz auf dem Prüfstand**“ teilzunehmen.

Transparenz und Kommunikation bedeuten uns viel bei der Bewältigung der genannten Aufgaben. Bitte nutzen Sie deshalb die Sprechstunden in den Landesverbänden und mit dem Präsidenten via Online-Plattform beziehungsweise die Info-Veranstaltungen in Ihren Landesverbänden, um den Dialog unter uns zu stärken.

Dr. Axel Schroeder
Präsident

November 2011

Dr. Albrecht Klöpfer, Journalist aus Berlin, moderierte die Debatte zwischen den Panel-Teilnehmern **Dr. Thomas Ballast**, Vorstandsvorsitzender des Verbandes der Ersatzkassen, **Dr. Klaus Bittmann**, Vorstandssprecher der Ärztegenossenschaft Nord, **Dr. Andreas Köhler**, Vorstandsvorsitzender der KBV, **Dr. Dirk Heinrich**, Vorsitzender der Potsdamer Runde e.V. und des Berufsverbandes der HNO-Ärzte und **Dr. Rolf Koschorrek**, MdB (CDU), Mitglied des Gesundheitsausschusses des Bundestages und Zahnarzt, bei der die kontroversen Positionen zwischen Politikern, Krankenkassen, Kassenärztlicher Bundesvereinigung deutlich wurden und naturgemäß nicht zu einheitlichen Meinungen zusammengeführt werden konnten – klar wurde jedoch, dass die Ärzteschaft noch sehr deutlich, energisch und beharrlich ihre Forderungen in den Gesetzgebungsprozeß einbringen müssen.

Die **BDU-Mitgliederversammlung** billigte mit über 99% Stimmen der 240 Teilnehmer durch BDU-Präsident **Dr. Axel Schroeder** und **Dr. Richard Berges**, Mitglied der BDU-Struktur-

kommission, vorgestellte **Struktureform** (ebenfalls im Heft 8 „Der Urologe“ bereits vorgestellt), mit der die notwendige Professionalisierung des Berufsverbandes durch Neustrukturierung der Sachausschüsse und Erweiterung der berufspolitischen Vertretung durch externe Beratung bzw. Geschäftsführung umgesetzt werden soll. Mit der gleichen Mehr-

heit wurden die dazu notwendigen Finanzmittel durch die Änderung der Beitragsordnung (siehe den folgenden Beitrag) bewilligt. Über die Details der Strukturreform werden wir sie in den nächsten Ausgaben von „Der Urologe“ informieren.

Dr. med. Wolfgang Bühmann
Pressesprecher des BDU e.V.

Neue Beitragsordnung mit beeindruckender Mehrheit verabschiedet

Folgender Antrag des Hauptausschusses wurde anlässlich der BDU-Mitgliederversammlung am 16.9.11 in Hamburg mit 237 „Ja“- und 1 „Nein“- Stimme bei zwei Enthaltungen beschlossen:

Der Hauptausschuss schlägt der Mitgliederversammlung gem. § 6 Abs. 1 der Satzung vor, § 3 der Beitragsordnung wird wie folgt gefasst (**Änderungen fett gedruckt**):

§ 3 Mitgliedsbeitrag

(1) Der laufende Mitgliedsbeitrag beträgt für ordentliche Mitglieder pro Kalenderjahr

1. für niedergelassene Ärzte und Chefarzte **365,00 €**
2. für Assistenz-, Oberärzte oder angestellte Ärzte **180,00 €**
3. für Ärzte im Ruhestand **50,00 €**

(2) Der laufende Mitgliedsbeitrag beträgt für außerordentliche Mitglieder pro Kalenderjahr 100,00 €.

(3) Mitglieder gemäß Abs. 1 zahlen eine einmalige Aufnahmegebühr in Höhe von 25,00 €.

(4) Ärzte, die sich zum Zeitpunkt ihres Beitritts in der Weiterbildung zum Facharzt für Urologie befinden und dies nachweisen, sind von der Entrichtung einer Aufnahmegebühr befreit. Für Mitglieder gem. Abs. 1 Ziff. 2, die sich in der Weiterbildung zum Facharzt für Urologie befinden, reduziert sich der Mitgliedsbeitrag bis zum Abschluss der Weiterbildung, längstens jedoch für einen Zeitraum von 5 Jahren, auf 25,00 €. § 3 Abs. 6 gilt entsprechend.

(5) Der Mitgliedsbeitrag ist jeweils zum 15. Januar eines jeden Kalenderjahres (Beitragsjahr) im Voraus fällig. Mitglieder, die während des laufenden Beitragsjahres in den Verband eintreten, leisten für jeden vollen Monat der Mitgliedschaft 1/12 des Mitgliedsbeitrages gemäß Abs. 1. Der Mitgliedsbeitrag ist innerhalb von 14 Tagen nach Zugang der Aufnahmebestätigung im Voraus zusammen mit einer etwaigen Aufnahmegebühr zu entrichten.

(6) Änderungen des Mitgliedsstatus gemäß Abs. 1 Nr. 1 bis 3 sind der Geschäftsstelle des Verbandes schriftlich mitzuteilen. Unterbleibt die Mitteilung oder erfolgt sie verspätet nach dem Statuswechsel, sind zu wenig geleistete Beiträge nachzuzahlen und zu viel geleistete Beiträge nicht zu erstatten.

Urologen an einem Tisch mit Gesundheitsminister Bahr

Forderungen präzisiert: „Gleich lange Spieße“ bei ambulanter spezialärztlicher Versorgung unerlässlich

Zur weiteren Verbesserung der Patientenversorgung benötigt die Fachärzteschaft neue Möglichkeiten in den Strukturen und Versorgungsformen – insbesondere sektorübergreifend und unter der Prämisse ambulant vor stationär. Unter diesen Vorzeichen haben Vertreter fachärztlicher Verbände, darunter der Berufsverband der Deutschen Urologen e. V. (BDU), bei einem Treffen mit Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) am 29. September 2011 in Berlin dessen Reformen im Entwurf eines GKV-Versorgungsstrukturgesetzes im Grundsatz ihre Anerkennung und Zustimmung signalisiert. Bei der Veranstaltung mit dem Minister und mit Bundesärztekammerpräsident Frank Ulrich Montgomery ging es, wie auch tags darauf bei einem Treffen mit dem KBV-Vorsitzenden Dr. Andreas Köhler, jedoch hauptsächlich um die umstrittene Ausgestaltung der ambulanten spezialärztlichen Versorgung, die der Gesetzentwurf der Regierung in Paragraph 116b vorsieht.

In einem Schreiben an Minister Bahr haben die fachärztlichen Landesverbände und der BDU nach den beiden Treffen ihre wichtigsten Anliegen zur Neugestaltung der ambulanten spezialärztlichen Versorgung zusammengefasst: Der bisherige Paragraph 116b, der de facto eine Einbahnstraße für Kliniken in die ambulante spezialärztliche Versorgung darstellt, bedarf dringend einer Neuregelung. Er muss einen gesetzlichen Rahmen schaffen, der die Fachärzte zumindest unter gleichen Bedingungen wie die Kliniken an dieser Versorgung beteiligt. Hierbei sei nur an den Wettbewerbsvorteil der meist doppelt finanzier-

ten Kliniken erinnert. Liberale Ansätze im neuen Gesetz wie etwa die Vergütung nach Einzelleistung ohne Mengensteuerung seien löblich, sorgten aber noch nicht für die erforderlichen „gleich langen Spieße“ von Niedergelassenen und Kliniken für eine bestmögliche Patientenversorgung.

Für den BDU und ebenso die fachärztlichen Landesverbände sind folgende Voraussetzungen unerlässlich und bedürfen der gesetzlichen Fixierung: Erst nach Diagnose durch einen Facharzt kann von hier eine Patientenüberweisung in die ambulante spezialärztliche Versorgung erfolgen. In den Kliniken muss der Facharztvorbehalt gelten, und Leistungen dürfen auch dort nur nach persönlicher Erbringung durch den Spezialisten abgerechnet werden. Zudem muss der Katalog der Erkrankungen, für die Paragraph 116b gilt, beschränkt bleiben auf Fälle, die seltener als fünf Mal unter einer Million Einwohner vorkommen. Verdachtsfälle bleiben hierbei ausgeschlossen. Bezüglich neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden muss künftig auch für Niedergelassene statt des Verbots- der Erlaubnisvorbehalt gelten, wie es bei Kliniken der Fall ist. Außerdem darf eine Bereinigung nicht zulasten von Fachärzten ohne Teilhabe an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung gehen.

Grundsätzlich sehen die Fachärzte in der ambulanten spezialärztlichen Versorgung des neuen Paragraphen 116b keinen neuen dritten Sektor neben ambulanten und stationären, sondern eine Ergänzung zur bisherigen ambulanten fachärztlichen Versorgung für spezielle Erkrankungs-

fälle. Vor diesem Hintergrund wird denn auch die Position des Bundesgesundheitsministers nicht geteilt, der eine Legaldefinition des Facharztes im Fünften Sozialgesetzbuch ablehnt.

Der Bundestag will das GKV-Versorgungsstrukturgesetz noch in diesem Jahr verabschieden, damit es wie geplant Anfang 2012 in Kraft treten kann. Der Bundesrat hat dagegen am 23. September

2011 vorgeschlagen, den Komplex der ambulanten spezialärztlichen Versorgung aus dem Regierungsentwurf herauszunehmen, um ihn in einem separaten Gesetz zu regeln. Das Gesetz bedarf jedoch nicht der Zustimmung des Bundesrates.

Dr. Axel Schroeder
BDU-Präsident

Interviewreihe

6 Fragen an Dr. med. Bernd König



Sie arbeiten aktiv in den Gremien der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V. und des Berufsverbands 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 Dr. Bernd König. Er ist niedergelassener Facharzt für Urologie in Sögel und 1. Vorsitzender des BDU-Landesverbandes Niedersachsen.

1. Warum haben Sie sich für die Urologie entschieden?

Die Begeisterung für die Urologie entstand bereits früh während meiner Studienzeit. Auslöser war eine Famulatur in einer kleinen

urologischen Belegabteilung in meinem Heimatort im Sauerland. Den weiteren Anstoß gab dann die Arbeit an meiner Doktorarbeit zum Thema „Indikation, Ergebnisse und Komplikationen der urologischen Lymphknoten Chirurgie“, die ich an der Urologischen Universitätsklinik zu Köln absolvierte.

2. Was hat Sie in die Verbände-/Gremienarbeit für Ihr Fachgebiet geführt?

Nach meiner Niederlassung 1997 führten mich im Jahr 2000 mein damaliger BDU Obmann Herr Dr. Pinske aus Leer und der damalige BDU-Landesvorsitzende in Niedersachsen Herr Dr. Penkert zur aktiven Mitarbeit in den BDU. Sie weckten in mir das Interesse, mich aktiv an der Gestaltung der Rahmenbedingungen für die Urologen einzumischen und dies führte letztlich zu meiner Wahl in den Landesvorstand in Niedersachsen, in dem ich seitdem als 2. Landesvorsitzender und seit 2008 als 1. Landesvorsitzender tätig bin.

3. Was sind die aktuellen inhaltlichen Schwerpunkte, an denen Sie dort mitarbeiten?

Als Belegarzt arbeite ich mit Herrn Dr. Schneider im AK der Belegärzte im BDU. Hier gilt es, die belegärztliche Tätigkeit zu fördern und gerade jungen niederlassungswilligen Urologen das Modell Belegarztwesens schmackhaft zu machen. Ohne meine Tätigkeit als Belegarzt wäre eine Niederlassung für mich nicht vorstellbar. Es geht darum, die Vorteile des Belegarztwesens an die jungen Kollegen zu transportieren und ihnen die Chancen darzustellen, die diese Kooperationsform mit einem Krankenhaus bringen kann. Wichtig ist es natürlich, dass der BDU über den AK Belegärzte entsprechende Hilfen und Beratungsangebote an die jungen Kollegen gibt. Gerade hierzu ist ein neues Konzept im Arbeitskreis in Vorbereitung.

Ein weiterer Schwerpunkt meiner Arbeit liegt im AK Gebührenordnung. Hier sind die Abrechnungsverzerrungen im Rahmen der Onkologievereinbarung ein Themenschwerpunkt. Die Absenkung der Punktwerte für die Ordinationskomplexe mit Einführung der Ziffer 26315 und die bestehende Streichung der Parallelabrechnung der Ziffern 26315 und 86512 – 86518 sind hier nur ein Beispiel. Aber auch die regional unterschiedliche Umsetzung der Onkologievereinbarung mit der derzeit anstehenden erneuten Kürzung der Onkologiepauschalen 86512- 86518 in Niedersachsen binden aktuell viel Zeit. Erfreulicherweise sind die Vorstellungen dazu von der KV Niedersachsen und dem BDU deckungsgleich, so dass wir hier Hand in Hand arbeiten.

4. Welches sind die langfristigen Ziele Ihres Engagements?

Stärkung und Förderung der freiberuflichen ärztlichen Tätigkeit. Aufbau und Förderung von sinnvollen Kooperationsformen zwischen den Beteiligten im Gesundheitswesen, vor allem bei der Kooperation von Niederge-

lassenen untereinander und mit den Krankenhäusern. Da ich als Belegarzt die integrierte Versorgung täglich lebe und die Interessen der Niedergelassenen und der Krankenhäuser kenne, sehe ich hier meine besondere Aufgabe bei der Beseitigung von Vorurteilen und Vorurteilen.

5. Woher nehmen Sie die Kraft für Patienten und Ehrenamt?

Objektiv kann ich diese Frage nicht beantworten. Subjektiv ist es wohl die Freude an beiden Teilen meiner Tätigkeit. Da auch für berufspolitisch nicht aktive niedergelassene Kollegen die Arbeit an und mit den Patienten immer verbunden ist mit gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen, die die ärztliche Kernarbeit mal positiv und mal negativ beeinflussen, hilft mir der Informationsgewinn den ich durch meine Ehrenamtstätigkeit gewinne und führt so zu einer gesunden Gelassenheit. Unkenntnis führt zu Angst. Kenntnis und Transparenz baut Ängste ab. Und ohne Angst entsteht Kraft.

6. Was beschäftigt Sie, wenn Sie nicht in der Praxis/in der Klinik sind?

Als Vater von vier Töchtern im Alter von sieben bis 17 Jahren nimmt die Familie natürlich einen großen Teil meiner Freizeit ein. Aber daneben erfreue ich mich noch an zwei weiteren Hobbys. Das eine ist der Gesang im Papenburger Shantychor. Das andere ist eine alte Liebe aus dem Jahre 1962. Ein Karmann Ghia Cabriolet.

Uro-Skopie

Niemand ist eine Insel – Burnout im Arztberuf



„Niemand ist eine Insel ganz für sich; jeder Mensch ist ein Stück des Kontinents, ein Teil des Festlands. Wenn ein Erdklumpen ins Meer gespült wird, wird Europa weniger, genauso als wenn's eine Landzunge würde, oder ein Landgut deines Freundes oder dein eigenes. Jedes Menschen Tod ist mein Verlust, denn ich bin Teil der Menschheit; und darum verlange nie zu wissen, **wem die Stunde schlägt**; sie schlägt dir selbst.“

(John Donne, 1572-1631, britischer metaphysischer Schriftsteller und Priester, Meditation XVII)

...mit diesem Titel und Zitat des bedeutendsten metaphysischen Dichters, aus dem Ernest Hemingway wiederum seinen Roman „Wem die Stunde schlägt“ überitelte, beginnt Jutta Menschik-Bendele, ordentliche Professorin für Klinische Psychologie und Psychoanalyse an der Universität Klagenfurt/Österreich ihr frisch erschienenen Buch „Burnout und Prävention“, aus dem ich mit freundlicher, persönlicher Genehmigung der Autorin im Folgenden zitiere.

Nicht nur die politisch verordneten finanziellen Restriktionen erschweren uns Ärzten die angemessene und qualitativ hochwertige Ausübung unseres Berufes, auch die zunehmende Leistungsverdrängung und emotionalen Erwartungen seitens unserer zunehmend schwerkran-

ken Patienten belasten uns mindestens ebenso stark, wobei diese Komponente in der öffentlichen wie der eigenen Wahrnehmung gerne unterdrückt oder verdrängt wird. Gerade der Arzt als seinen Patienten und Partnern menschlich gleichwertiges Individuum stößt in der Selbsteinschätzung als allgegenwärtiger Helfer an seine Grenzen.

„Ärzte weiterhin vorn“ – eine Dauerüberschrift in der Allensbacher Berufsprestige-Skala, seit vielen Jahren rangieren die Ärzte mit rund 80% an der Spitze der „Top Ten“ der angesehensten Berufe, weit vor den Pfarrern (39%), Hochschulprofessoren (34%) und Grundschullehrern (33%) – Schlusslichter bilden ebenso konstant Gewerkschaftsführer, Politiker und – eher erstaunlicherweise – Buchhändler. Die meisten Deutschen nennen „Arzt“ als ihren heimlichen Traumberuf – die Faszination dieser Profession leidet nicht einmal unter der zunehmenden Kritik: 63% beklagen, dass sich Ärzte zu wenig Zeit nehmen, 52% bemängeln, dass Privatpatienten wichtiger sind als andere und 44%, dass die Behandlung nicht erklärt wird. Nur ein Drittel der Ärzte wird als „menschlich“ und auf die Patienten eingehend erlebt. Dennoch sind Ärzte gesellschaftlich hoch angesehen, man bescheinigt ihnen moralische Integrität und die Fähigkeit, das Leben gegen den Tod zu verteidigen.

Als Hauptgrund der Absicht, Arzt zu werden, nennen Medizinstudenten idealistisch-humanitäre Motive, die den Wunsch ausdrücken, anderen zu helfen und sozial-karitativ tätig zu sein, danach folgt das Interesse an naturwissenschaftlichen Themen und erst dann die in den Medien hauptsächlich verbreitete Trias aus finanzieller Sicherheit, so-

zialem Ansehen und selbständigem Arbeiten, ganz am Schluss die Einflüsse von Vorbildern und Familientraditionen. Die äußere Zuschreibung von Vertrauen, Macht, Ansehen und Kompetenz führen zu einer gewaltigen Idealisierung des Arztberufes mit der daraus resultierenden unrealistischen Übertreibung der positiven Eigenschaften des Berufsstandes mit der Verführung der Ärzte, das ärztliche Selbst zum unrealistisch überhöhten Ideal zu erheben – befeuert ganz alltäglich durch TV-Serien wie „Das Krankenhaus am Rande der Stadt“ 1979 und „Die Schwarzwaldklinik“ 1985 mit sonst nie erreichten Rekord-Zuschauerzahlen von 28 Millionen (60% Marktanteil): so wird Volks(ver)bildung betrieben.

In der Psychoanalyse wird Idealismus als Abwehrmechanismus gegen unlustvolle Affekte wie Angst, Scham Schuld und Unvermögen definiert, bei Ärzten möglicherweise zum Schutz des psychischen Gleichgewichtes. Die von Hippokrates für Ärzte postulierten Erwartungen, die das Wohl des Kranken, die Würde des Menschen, die Erhaltung des Lebens, die Abwendung von Schaden und die Vertrauenswürdigkeit zum Ziel haben, stellen erhebliche Anforderungen an die Persönlichkeit des Arztes.

Was ist Burnout?

Vereinfacht definiert wird Burnout als **emotionale Erschöpfung, Verlust an Energien und teilweise sozialer Rückzug aus Arbeit und privaten sozialen Kontakten**; ausgelöst durch übermäßige und andauernde Belastung, Druck und Überanstrengung. Somatische Symptome umfassen kardiale Beschwerden, Verdauungsprobleme, Kopfschmerz, Müdigkeit, Muskelverspannung und generelle Lustlosigkeit. Mentale Symptome zeigen Konzentrationsschwächen, fehlende Ziele und verminderte Belastbarkeit, dazu emotionale Auffälligkeiten wie Nervosität, depressive Verstimmungen, Unruhe, Pessimis-

mus, fehlende Motivation, Kontaktverlust, innere Leere, vermindertes Selbstwertgefühl und Zynismus. Cave: erkennen Sie sich schon wieder?

Und die Ärzte? Mindestens 20% aller Ärzte kämpfen mit manifesten Beschwerden im Sinne eines Burnout; 78% äußern sich resignativ oder unzufrieden über ihren Beruf, 58% möchten nicht mehr als Vertragsarzt arbeiten und 37% würden den Beruf heute nicht mehr ergreifen (Bergner 2004). Morbiditäts-, Mortalitäts- und Suizidrisiko wie auch die Suchtgefährdung liegen bis zu 2,5fach höher als in der Gesamtbevölkerung. Sind das nicht alarmierende Zahlen für die Berufsgruppe mit dem höchsten Ansehen oder ist das der dafür zu zahlende Preis? Stellen Sie sich einmal vor, welche finanziell üppig ausgestatteten Präventions- und Therapiekampagnen aufgelegt würden, wenn diese Zahlen bei Politikern bekannt würden... Das idealisierte Selbstbild von Ärzten als Menschenfreunde und Helfer lässt Hilfe für sich selbst oft nicht zu: Lebens-Aufgabe statt Lebensaufgabe?

Fazit: Nicht nur immer weniger Honorar für immer mehr Arbeit, auch immer mehr seelische Belastung bei immer weniger Zufriedenheit im Beruf haben Ärzte zu schultern. Um auch diesem Aspekt angemessenen Raum in der zukünftigen berufspolitischen Vertretung zu geben, möchten wir Sie als erste humanmedizinische Fachgruppe einladen, sich an einer ehrlichen Analyse zu beteiligen, um daraus notwendige Schlüsse abzuleiten und Maßnahmen zu entwickeln. Durch Vertiefung in den folgenden Beitrag von Frau Kollegin Geuenich, Leiterin der Wissenschaftlichen Akademie für Psychosomatik in der Arbeitswelt in der Röher Park Klinik in Eschweiler, und Ihre Beteiligung an der von ihr entwickelten Burnout-Umfrage geben Sie Ihrem Berufsverband Daten

und Fakten an die Hand, uns allen die Freude am schönsten aller Berufe wieder steigern zu helfen. Die Lektüre des in diesem Beitrag viel zitierten Buches „Burnout und Prävention – ein Lesebuch für Ärzte, Pfleger und Therapeuten“ von Ratheiser, Menschik-Bendele, Krainz und Burger (Springer Verlag Wien New York, ISBN 978-3-211-88895-

7) lege ich Ihnen zusätzlich ans Herz. Über die Ergebnisse der Umfrage und die daraus folgenden möglichen Instrumente berichte ich Ihnen Anfang 2012 an gleicher Stelle.

„Niemand ist eine Insel!“

Ihr

Wolfgang Bühmann

Nur ein gesunder Arzt ist ein guter Arzt – „Burn out“ nimmt bei Ärzten deutlich zu

Gerade die sozialen Berufe gehören zu denjenigen mit dem Risiko eines berufsbedingten Burnout (z.B. Hagemann, 2009; Bergner, 2006). Wir leben in Zeiten des steigenden Arbeitstempos, -umfangs und -dichte. Dies gilt für Ärzte noch mehr, da sie hohe Verantwortung tragen, jeden Tag, jede Woche, jeden Monat und mit der Erwartung einer maximalen fachlichen Leistung und menschlichen Hingabe im Rücken. Jedoch sind die Studien, welche sich mit der Stressbelastung einzelner Fachbereiche der Medizin befassen, recht selten. Eine Befragung von möglichst vielen der im Bundesgebiet tätigen Urologen ist daher in den nächsten vier Wochen mit Hilfe dieser Zeitschrift geplant.

Fallbeispiel

Ein 57jähriger Arzt berichtet:

„Ich bin eigentlich gerne Arzt. Immer noch. Trotz allem. Aber es hat sich was geändert. Ich kann nicht mehr der Arzt sein, den ich mir so vorstelle. Meine Kraft reicht nicht. Es ist einfach zu viel. Zu viel Zeitdruck. Zu viel Papierkram. Zu viel an organisatorischen Dingen. Zu viele zu lange Tage, zu viele klei-

ne und größere Entscheidungen, die ich immer wieder mit Bedacht treffen muss, ohne viel Zeit zu haben. Ich könnte bisweilen meinen PC aus dem Fenster schmeißen, wenn nach einem langen Tag auch noch weiß Gott wie viele E-mails aufgelaufen sind, die ich zumindest lesen muss. Und dann die Patienten. Die, die mir eigentlich am meisten am Herzen liegen, die mit einer schweren Erkrankung ... früher konnte ich denen was geben. Mehr als ein Rezept. Ein Stück echte ärztliche Betreuung, Teilhabe am Patienten, dessen Leben. Auch an den Tagen – und das sind leider wenige – an denen ich mehr Zeit für sie habe, kann ich das nicht mehr. Ich fühle mich stumpfer, habe weniger Gefühle. Ich halte ihr Leid nicht mehr gut aus, weil ich selbst so geschafft bin. Das ist das Schlimmste. Ich schaffe es nicht mehr, wirklich Arzt zu sein. Und dann das, was so dazukommt. Schlafstörungen, Müdigkeit, Konzentrationsprobleme, Reizbarkeit und die Frage, wie lange ich es noch aushalte, in dieser Mühle drin zu bleiben. Ich bin oft so müde, dass ich nicht mal mehr merke, was in meine Familie passiert. Ich habe immer häufiger Magenprobleme. Bluthochdruck

habe ich schon länger. Aber ich habe immer gedacht, dass ich das alles noch irgendwie hinbekomme. Nun zweifle ich daran, ob ich das überhaupt will. Ich funktioniere mehr als sonst was. Ich hake ab. Nicht immer – schon klar, aber einfach zu oft ..."

Was ist ein Burnout?

Burnout ist Ausdruck und Folge einer tief greifenden Verausgabung durch chronischen Stress. Diesem Stress sind Körper und Psyche nicht mehr gewachsen. Das eigene Leistungsniveau kann nicht mehr erreicht werden. Erschöpfung, Reizbarkeit und (Selbst-)Unsicherheit machen sich dort breit, wo vorher Engagement, Idealismus und Leistungsfreude ihren Platz hatten. Ängste, negatives Denken, Ruhelosigkeit und innere Spannungen nehmen zu. Depressive Symptome, innere Leere, Zweifel, Ohnmachtsgefühle und ein Verlust von persönlichen Zielen treten zusätzlich zur Erschöpfung hinzu. Eine Unterscheidung zwischen einer depressiver Erkrankung und einem voll ausgeprägten Burnout ist schwierig. Wie aus der **Abb. 1** erkennbar wird, gehen häufig auch weitere psychosomatische Beschwerden mit

Burnout und dessen Entwicklung einher (Geuenich, 2010 (1 + 2)).

Was fördert ein Burnout?

Burnout trifft immer mehr Berufstätige. Die Inzidenzzahlen sind steigend (z.B. Zurich Versicherung: Stand 2006). Als Stressoren werden oft folgende Faktoren genannt: Lange Arbeitszeit, steigende Arbeitsdichte, zusätzliche organisatorische Aufgaben (Dokumentation, Abrechnung etc.) hohe Erwartungshaltung der Patienten und schwierige Krankheitsverläufe. Als Risikofaktor hat sich auch ein Verlust von Arbeitsfreude herauskristallisiert (Geuenich, 2009), da sie mit Stress und Burnout in engem Zusammenhang steht. Zur Datenerhebung ihrer Ärztstudie setzte Geuenich die Burnout-Screening-Skalen BOSS I und II (Hagemann und Geuenich, 2009) ein. Die BOS-Skalen sind standardisiert und normiert, ermöglichen also Aussagen über unauffällige, erhöhte und erniedrigte Belastungswerte in Bezug auf die hier untersuchte Ärztgruppe. In der Studie (Gesamteilnehmerzahl: n = 1287) wurden folglich die Ärzte, welche über erhöhte Belastungen und Stress im Beruf berichteten (n = 413) in ihrem beruflichen

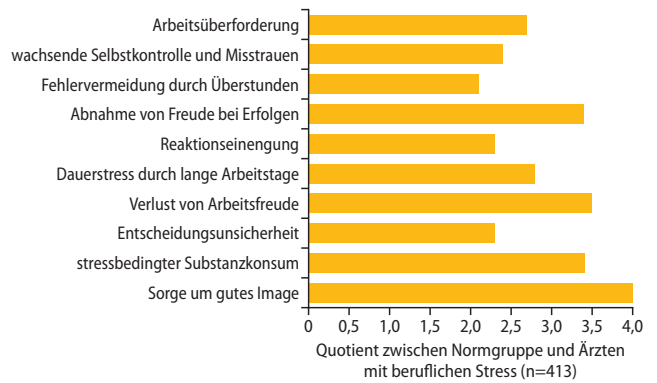


Abb. 2 ▲ Vergleich der Normstichprobe (n = 269) und der Gruppe der Ärzte (n = 413), die von erhöhtem Stress berichteten in der Skala Beruf der Burnout-Screening-Skala I

Belastungsprofil mit der BOSS-Normstichprobe (n = 269) verglichen. Es zeigte sich, dass die Gruppe der Ärzte, welche unter signifikant erhöhten (T-Werte > 60) Stress standen, wesentlich höhere Belastungen angab als die Normgruppe. Dies ist nicht weiter verwunderlich. Bemerkenswert ist aber doch, dass der Multiplikationsquotient im Durchschnitt bei 2,9 lag. Das heißt, dass die Ärzte mit Stressbelastung im Schnitt 2,9mal so hohe Beschwerdewerte erhielten als die Normgruppe (siehe **Abb. 2**).

Besonders hoch fiel die Diskrepanz der Werte zwischen Norm- und Stressgruppe in den Merkmalen Abnahme von Arbeitsfreude, Dauerstress durch lange Arbeitstage, stressbedingter Substanzkonsum und Sorge um das gute Image aus. Erwähnenswert auch, dass die Gruppe der Ärzte mit signifikant erhöhten Belastungswerten 32% der Gesamtstichprobe ausmachte. Das heißt, gut jeder dritte Arzt war in dieser Studie um bis zu viermal höher beruflich belastet als die Normalpopulation.

Der Zusammenhang zwischen Belastungen im Beruf und Belastungen in anderen Lebensbereichen war signifikant positiv. Dies gilt insbesondere für den Zusammenhang zwischen den Bereich Beruf und Familie/Partnerschaft. Es sind nun zusätzliche Befragungen innerhalb der einzelnen Fachbereiche der Ärzteschaft sinnvoll, um spezifische

Stressoren zu identifizieren und um Präventionsstrategien planen zu können. Gerade bei den Urologen, die einen hohen Anteil von Krebspatienten behandeln, ist die emotionale Herausforderung durch die Betreuung von schwerkranken Patienten vermutlich ein sehr ernst zu nehmender Stressfaktor, was bislang aber noch nicht empirisch belegt wurde.

Was schützt vor Burnout?

Auf dem Weg aus einem Burnout heraus bedarf es einer grundlegenden inneren Neupositionierung, eines Erspürens neuer (gesunder) Lebensziele. Und es bedarf des Erwerbs der dazugehörigen, individuell ausgestalteten Verhaltensgewohnheiten. Bevor jedoch eine intensive Auseinandersetzung mit den Ursachen des Burnouts begonnen werden kann, ist eine Phase der Entlastung und Stabilisierung für die meisten Betroffenen eine absolute Notwendigkeit (Geuenich, 2010 (1)).

Es gilt, Ressourcen zu stärken, auf- und/oder auszubauen. Menschliche Bedürfnisse wie Autonomie, Kontrolle, Bindung, Zugehörigkeit, Freude, Vitalität und Selbstwertstabilität gilt es nicht nur wahrzunehmen, sondern auch erfahrbar zu machen, ihre Befriedigung in den Alltag zu integrieren. Selbstfürsorge und Achtsamkeit für die eigenen Bedürfnisse und (Leistungs-)

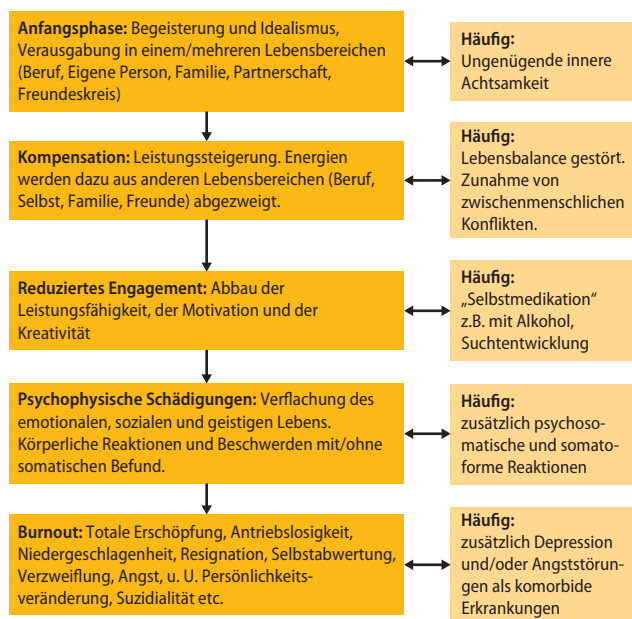


Abb. 1 ▲ Merkmale einer Burnout-Entwicklung

grenzen sind grundlegend für eine Gesundheit und Schutz vor Burnout. Ziel ist es, zwischen Lebensbereichen Beruf, Eigene Person, Familie/Partnerschaft und Freunde eine Balance zu finden. Dazu ist es nötig, die eigenen „inneren Antreiber“ und stressverstärkenden Gedanken und Verhaltensmuster zu entdecken und zu modifizieren, was in der Regel eine tiefe innere Auseinandersetzung mit den eigenen Gefühlen impliziert, weswegen sich viele Betroffene zu Recht, aber leider oftmals erst spät, psychotherapeutischen Rat einholen. Umso wichtiger, dass persönliche und betriebliche Prävention ernst genommen wird, und Stress kein Tabuthema ist.

- Geuenich, K. (2009) Sind Sie burnoutgefährdet? Ergebnisse einer empirischen Ärztteststudie. Der Hausarzt, 20, 09, 39 – 41
- Geuenich, K. (2010) Wenn Berufsstress die Gesundheit gefährdet. Dtsch. Tierärzteblatt, 9, (1), 1148 – 1151
- Geuenich, K. (2010) Berufliche Überbelastung: Sind die gestressten Ärzte von heute die depressiven Patienten von morgen. Dtsch Arztebl (2); 107 (33); 1562
- Hagemann, W. (2009) Burnout bei Lehrern. Ursachen, Hilfen, Therapien. (2. Aufl.). München: C. H. Beck
- Hagemann, W. & Geuenich, K. (2009). Burnout-Screening-Skalen. Test und Testmanual. Göttingen. Hogrefe-Verlag
- Zurich, Gruppe Deutschland, 2006. www.zurich.de.

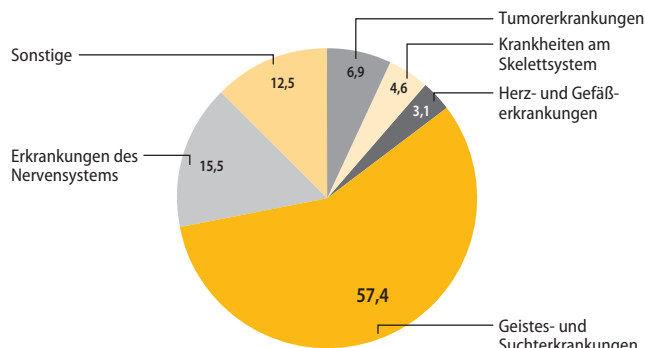
Dr. rer. nat. Dipl.-Psych.

Katja Geuenich
Wissenschaftliche Leiterin der Akademie für Psychosomatik in der Arbeitswelt, Röher Parkklinik, Röherstraße 53, 52249 Eschweiler info@roeherparkklinik.de

Literatur

- Bergner, Th. (2006) Burnout bei Ärzten. Arztsein zwischen Lebensaufgabe und Lebens-Aufgabe. Stuttgart. Schattauer Verlag.
- Geuenich, K. (2009) Wenn die Arbeitsfreude abnimmt. Ein Frühwarnzeichen für Burnout. Der Hausarzt, 14, 09, 38 – 39

Sucht und Psyche treiben Ärzte in die Frührente



▲ Zwangsausstieg ist eine Herzenssache. Ursachen für ärztliche Berufsunfähigkeit in Westfalen-Lippe (Quelle: AV WL)

Somatische Erkrankungen spielen bei der Berufsunfähigkeit von Ärzten eine untergeordnete Rolle. Viel häufiger als in der übrigen Bevölkerung sind psychische und Suchterkrankungen die Gründe für einen frühzeitigen Ausstieg aus dem Berufsleben. Das zeigen die Zahlen der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe.

Ende 2010 hatte das Versorgungswerk der westfälisch-lippischen Ärzte insgesamt 548 Berufsunfähigkeitsrenten im Bestand. Zum Vergleich: 8645 Mediziner erhielten eine Altersrente. Bei den Berufsunfähigkeitsrenten waren 57,4% auf Geistes- oder Suchterkrankungen zurückzuführen. Bei 15,5% waren Erkrankungen des Nervensystems der Grund.

Große Dominanz psychischer Ursachen

Die Ärzteversorgung Westfalen-Lippe verzeichnet nach eigenen Angaben bereits seit Jahren eine große Dominanz psychischer Ursachen bei der Berufsunfähigkeit von Ärzten. Auch die nordrheinische Ärzteversorgung registriert bei diesen Erkrankungen einen Anteil von deutlich über 50%.

Quelle: Ärztezeitung

Erfahren Sie Ihr Burnout- Risiko!

Machen Sie den Online-Test und beteiligen Sie sich damit an unserer wissenschaftlichen Studie zur Erfassung der beruflichen Belastungssituation der Urologen.

Die Befragung läuft vom 15. November bis 15. Dezember 2011

unter www.urologen-studie.de

Es ist keine namentliche Anmeldung erforderlich und Ihre Angaben werden anonymisiert!

Sie erhalten unmittelbar eine individuelle Rückmeldung über Ihr Burnout-Risiko am Bildschirm. Das Gesamtergebnis wird in der Februar-Ausgabe 2012 in „Der Urologe“ veröffentlicht.

Investieren Sie einige Minuten für die Beantwortung der Fragen. Basierend auf der Datenbasis einer deutschlandweiten Normstichprobe erhalten Sie umgehend Ihren persönlichen Stresslevel.

Erwerbsfähigkeit bei Männern zu 33,4% aufgrund psychischer Störungen

Zum Vergleich: Bei der Deutschen Rentenversicherung Westfalen waren 2010 die Renten durch verminderte Erwerbsfähigkeit bei Männern zu 33,4% und bei Frauen zu 45,6% auf psychische Störungen zurückzuführen. Hinzu kamen Krankheiten des Nervensystems mit 5,8% bei Männern und 6,3% bei Frauen.

Regionale Unterschiede: Bertelsmann bietet Faktencheck – bis zu 600% bei der radikalen Prostatektomie

Die Bertelsmann Stiftung will Bürger dabei unterstützen zu hinterfragen, welche gesundheitlichen Leistungen ihrem Bedarf entsprechen und wie die Versorgung besser gestaltet wäre. Bereits Anfang des Jahres hat sie deshalb die „Initiative für gute Gesundheitsversorgung“ ins Leben gerufen. Erster Themenschwerpunkt sind unerwünschte regionale Varianten in der Gesundheitsversorgung, die es in vielen Ländern gibt. Am Mittwoch findet zu diesem Schwerpunkt eine Tagung in Berlin statt, die – anders als die geplanten weiteren Schwerpunkte – einen Überblick geben soll.

Kernpunkte der Initiative sollen regelmäßig erscheinende „Faktenchecks Gesundheit“ sein. Jeder davon soll die regionalen Versorgungsunterschiede zu einem bestimmten Aspekt behandeln. Ein wissenschaftlicher Autor jedes „Faktenchecks“ soll dabei als „Themenpate“ Inhalte und Aussagen für Laien verständlich in der Öffentlichkeit vertreten. Brigitte Mohn, Vorstandsmitglied der Bertelsmann Stiftung, im Interview zu überraschenden Ergebnissen, Vorbildern im Ausland und möglichen Kooperationen.

Fünf Fragen an Brigitte Mohn

DÄ: Frau Mohn, der erste „Faktencheck“ dient dem Überblick über regionale Unterschiede in der Versorgung in Deutschland. Welche Ergebnisse haben Sie besonders überrascht?

Mohn: Mich hat das große Ausmaß an regionalen Variationen über viele Themen hinweg überrascht. Nehmen Sie zum Beispiel Tonsillektomien, die vollständige

Entfernung der Gaumenmandeln. Im Landkreis mit den meisten Operationen liegt die Wahrscheinlichkeit für Kinder und Jugendliche, die Gaumenmandeln entfernt zu bekommen, um mehr als das Achtfache höher als im Landkreis mit den wenigsten Operationen.

Bei der Analyse waren keine durchgängigen Muster zu erkennen, in welchen Regionen den Kindern besonders häufig oder besonders selten die Mandeln entfernt werden. Ein möglicher Anreiz für eine großzügigere Indikationsstellung ist dem „Faktencheck“ zufolge darin zu sehen, dass vor allem in kleineren HNO-Abteilungen von Krankenhäusern ein nennenswerter Teil des Operationsaufkommens auf Tonsillektomien entfällt.

DÄ: Welchen Aspekten des Themas müsste man sich Ihrer Meinung nach besonders intensiv widmen?

Mohn: Wir wissen bisher viel zu wenig darüber, wie die Entscheidung für eine Operation in Deutschland zustande kommt. Lagen dem Patienten alle wichtigen Informationen über die Behandlungsalternativen und deren jeweilige Vor- und Nachteile vor? Hat der Arzt dem Patienten diese Informationen zur Verfügung gestellt und ihn ausreichend in die Entscheidungsfindung mit einbezogen? Das sind Fragen, die mich umtreiben.

DÄ: Was halten Sie von der Internet-Plattform der Kassenärztlichen Bundesvereinigung www.versorgungsatlas.de, die dazu beitragen soll, relevante Daten zu regionalen Versorgungsunter-

schieden zusammenzutragen und die Diskussion zu fördern?

Mohn: Ich finde die Plattform der KBV spannend und hoffe, dass wir in Zukunft Ergebnisse austauschen und auf beiden Webseiten darstellen können. Die Bertelsmann Stiftung hat allerdings den Anspruch, immer auch die breite Öffentlichkeit zu erreichen. Dazu müssen die Inhalte laiengerecht aufgearbeitet werden.

DÄ: Von wem kann man über das Thema regionale Versorgungsunterschiede etwas lernen?

Mohn: In den USA hat man sich des Themas der unerwünschten regionalen Variationen bereits vor Jahren angenommen. Das prominenteste Beispiel hierfür ist der Dartmouth Atlas of Healthcare. Verschiedene Auswertungen dafür haben immer wieder gezeigt, dass in den USA Regionen mit hohen Ausgaben vielfach nicht eine überdurchschnittliche, sondern einer mittelmäßige Versorgungsqualität aufweisen.

Auch in den Niederlanden sowie in Großbritannien setzt man sich bereits seit einiger Zeit damit auseinander. Lernen können wir aber auch von der Datenverfügbarkeit und -transparenz in anderen Ländern: Was die Versorgungsforschung angeht, hinkt Deutschland aufgrund mangelnder öffentlich verfügbarer Daten hinterher.

DÄ: Im Rahmen der Initiative für gute Gesundheitsversorgung wollen Sie Bürger stärker unterstützen, sich mit ihren Versorgungsbedürfnissen und den Versorgungsstrukturen auseinanderzusetzen. Was könnte sich in ein, zwei Jahren vielleicht bereits geändert haben?

Mohn: Je mehr wir uns mit der Thematik auseinander gesetzt haben, desto mehr mussten wir feststellen, dass komplexe Zusammenhänge, eine unklare Datenlage und unterschiedliche Interessen notwendigen Veränderungen im Wege stehen. Die Tatsache, dass der Paragraph 303 SGB V im Rahmen des Versorgungs-

strukturgesetzes geändert werden soll, bietet Gelegenheit, die Transparenz im Gesundheitswesen durch einen erleichterten Zugang zu relevanten Daten über die Versorgung und ihre Qualität zu verbessern.

Das begrüßen wir. Darüber hinaus hoffen wir, dass alle Beteiligten an der Weiterentwicklung von Leitlinien intensiv weiterarbeiten, auch, um diese in Richtung Patientenleitlinien weiterzuentwickeln. Dies wäre ein wichtiger und notwendiger Schritt hin zu mehr evidenzbasierten Entscheidungshilfen für Patienten.

© Rie/aerzteblatt.de

Kommentar: Diese Studie enthält allerhand Dampf im Kessel – wir empfehlen zur Orientierung die Lektüre folgender Website:

www.faktencheck-gesundheit.de/regionale-unterschiede/entfernung-der-prostata/ und anschließende gedankliche Analyse, wie wir Urologen das bewerten.

Wie sich Ärzte mit Rabatt-IGeL ins eigene Fleisch schneiden

Auf einem Rabattportal haben Ärzte und Zahnärzte IGeL zum Spottpreis angeboten. Das geht jetzt für sie nach hinten los: Zum einen moniert die Wettbewerbszentrale die Angebote. Zum anderen ist die Nachfrage größer als gedacht – betriebswirtschaftlich gesehen ein Fiasko.

Oberlidstraffung für 799 Euro statt 1650 Euro: Diese Offerte einer Kölner Schönheitsklinik tauchte im Web auf, just nachdem die Wettbewerbszentrale mitgeteilt hatte, sie habe über 30 Discount-Ärzte abgemahnt. Seit Beginn dieses Jahres beobachten Ärztekammern, Arztverbände und Wettbewerbschützer immer mehr Rabattaktionen für ärztliche Leistungen auf Gutschein-Plattformen im Internet. Die bisherigen Abmahnungen und Warnungen von Ärztekammern scheinen noch nicht abschreckend zu wirken.

Groupon kassiert einen Teil des Gutscheinwerts

Beim Geschäftsmodell von Groupon und ähnlichen Unternehmen werden Waren und Dienstleistungen mit teilweise hohem Rabatt für kurze Zeit im Web angeboten, die Plattform selbst kassiert einen Teil des Gutscheinwerts. Zahnärzte in Nordrhein-Westfalen sollen sich damit richtige Probleme eingehandelt haben: Sie haben, wie Insider berichten, professionelle Zahnreinigung zum Niedrigpreis angeboten und weit mehr Gutscheine abgesetzt als erwartet.

Nun stünden die Praxen vor der Frage, wie sie je rund 1000 Zahnreinigungen innerhalb der Gültigkeitsdauer der Gutscheine abarbeiten sollen. Zudem gehe etwa die Hälfte des Gutscheinwerts an den Plattformbetreiber.

Arbeiten weit unter Selbstkosten – Patientengewinnung ungewiss

Die betroffenen Praxischefs und ihre Angestellten seien somit nicht nur überlastet, sie müssten auch weit unter Selbstkosten arbeiten. Ob der erhoffte Effekt eintrete, nämlich Gewinnung neuer Patienten für andere Behandlungen, sei mehr als ungewiss. In der Wirtschaftspresse wurde wiederholt berichtet, dass insbesondere kleine Betriebe durch fehlkalkulierte Aktionen auf Rabatt-Plattformen wirtschaftlich in Bedrängnis gekommen seien. Als Beispiele werden Restaurantbetreiber genannt, die weit mehr stark verbilligte Mahlzeiten ausgeben mussten als kalkuliert und so in die roten Zahlen gerieten. Hinzu kommt bei Ärzten, dass sie nach Meinung von Juristen gegen das Berufsrecht und damit das Wettbewerbsrecht verstoßen, wenn sie ärztliche Leistungen zu Honoraren unterhalb der Gebührenordnungsätze anbieten.

Verstöße gegen das Berufsrecht

Außerdem können weitere Verstöße gegen das Berufsrecht vorliegen, zum Beispiel wenn Ärzte mit ihrer Rabattwerbung – etwa für Brustvergrößerungen oder sogar Magenbänder – Patienten zu Eingriffen mit medizinischem Risiko verleiten. Aus Sicht von Christiane Köber, Rechtsanwältin bei der Bad Homburger Zentrale zur Bekämpfung unlauteren Wettbewerbs, stellen die Rabattaktionen eine neue Qualität der Preiswerbung von Ärzten dar. Früher seien im Jahr etwa fünf Ärzte mit berufsrechtswidrigen Angeboten aufgefallen, zum Beispiel anlässlich der Praxiser-

öffnung mit Gutscheinen für eine Botulinumtoxin-Behandlung.

Rabatte betreffen typische IGeL-Leistungen

Seit Jahresbeginn sind der Wettbewerbszentrale schon 40 Fälle auf Discount-Websites bekannt geworden. Die Rabatte betreffen typische IGeL: Schönheitsoperationen, Zahnreinigung, Bleaching, LASIK-Operationen. "Das ist eine Wettbewerbsverzerrung zulasten der Ärzte, die ordentlich abrechnen", so Köber. Die Zahl der Ärzte, die bisher auf Gutschein-Plattformen aufgetreten sind, ist schwer zu schätzen. Manche Ärztekammern übergeben das Problem an die Wettbewerbszentrale, andere gehen selbst dagegen vor. Die Landeszahnärztekammer Nordrhein hat bereits im März dieses Jahres vor Discount-Aktionen gewarnt und ihre Warnung soeben wiederholt. Nach ihrer Auffassung verstoßen Kooperationen zwischen gewerblichen Anbietern und Zahnärzten mit rabattierten Preisen für zahnärztliche Leistungen in "Tages-Deals" gegen das Berufsrecht und sind somit wettbewerbswidrig.

Unbekannte Patienten mit unklarem Gesundheitszustand

Zudem werde eine gewissenhafte Berufsausübung vereitelt, wenn sich Zahnärzte zu Behandlungen von unbekanntem Patienten mit unklarem Gesundheitszustand verpflichteten. Die Kammer sei gehalten, in jedem Einzelfall gegen den in der Werbung genannten Zahnarzt vorzugehen, und es sei bereits eine Vielzahl berufsrechtlicher Verfahren durchgeführt worden. Die Berücksichtigung der Rechtsauffassung der Kammer sei "dringend angeraten". Neben dem berufsrechtlichen Verfahren könne auch eine "wettbewerbsrechtliche Inanspruchnahme" durch Wettbewerbsverbände und Mitbewerber drohen. Ob der Plattformbetreiber Groupon aktiv bei

Ärzten und Zahnärzten akquiriert, ist unklar. Auf Anfrage der "Ärzte Zeitung" hieß es: "In jüngerer Zeit interessieren sich auch immer mehr Ärzte und Zahnärzte für eine Zusammenarbeit mit Groupon. Parallel halten wir auch selbst Ausschau nach spannenden hochwertigen Partnern."

Größere Verbreitung der Gesundheitsvorsorge

Zur berufsrechtlichen Problematik gibt Groupon diese Einschätzung: "Die Angebote von Ärzten und Zahnärzten bei Groupon sind geeignet, Hemmschwellen beim Verbraucher abzubauen sowie Ärzte und Patienten in verschiedenen medizinischen Bereichen zusammenzuführen. Die obergerichtliche Rechtsprechung gibt zu erkennen, dass sie diese Tendenzen unterstützt. So verbessere ein preislicher Wettbewerb, der zu einer größeren Verbreitung der Gesundheitsvorsorge führe, das Gesundheitswesen, statt es zu gefährden." Dabei bezieht sich Groupon auf ein Urteil des Kammergerichts Berlin, das ein zeitlich begrenztes Angebot zur kostenlosen Kariesprophylaxe bei Kindern als zulässig erachtet hatte.

Quelle: Ärztezeitung

Kommentar: Seriöse Uro-IGeL-Anbieter orientieren sich an den BDU-Empfehlungen (siehe Heft 10/11 „Der Urologe“) und vermeiden Rabatt-Angebote, da jede IGeL ihren gleichen Wert gegenüber den GOÄ-Leistungen für Privatversicherte hat. Gegen Gutscheine, die für z.B. Komplettvorsorgen als zu erwerbende Geschenke für Angehörige etc. angeboten werden, spricht nichts, sie sollten jedoch dann einen nach GOÄ berechneten Gegenwert beinhalten. Und: eine Fremdfirma benötigen die Urologen dafür nicht!

Praxisübernahme: Personal muss nicht automatisch übernommen werden

Das Bundesarbeitsgericht (BAG) hat in einem Urteil vom 22.06.2011 (8 AZR 107/10) entschieden, dass ein Arzt bei der Praxisübernahme nicht automatisch verpflichtet ist, das Praxispersonal seines Vorgängers zu übernehmen.

In dem Streitfall wehrte sich eine Arzthelferin gegen die Kündigung ihres Arbeitsverhältnisses, nachdem die bisherige Praxisinhaberin aus Altersgründen den Praxissitz samt einigem geringwertigen Inventar verkauft hatte. Die Nachfolgerin führte die Praxis in anderen Räumlichkeiten und mit anderem Personal in ca. 10 km Entfernung fort. Die alten Praxisräume wurden verkauft und privat genutzt, das verbliebene Inventar ebenso wie die Patientenkartei lagerte die bisherige Praxisinhaberin in ihren Kellerräumen ein.

Das BAG entschied, die Kündigung sei wirksam und die Nachfolgerin müsse die Arzthelferin nicht weiter beschäftigen, da kein Betriebsübergang vorliege. Ein solcher sei nur dann anzunehmen, wenn die wirtschaftliche Einheit unter Wahrung der Identität fortgeführt werde. Bei der Prüfung, ob diese übergegangen sei, seien sämtliche Tatsachen zu berücksichtigen, zu denen insbesondere die Art des betreffenden Betriebs, der Übergang materieller Betriebsmittel sowie deren Wert und Bedeutung, die Übernahme der immateriellen Betriebsmittel und der vorhandenen Organisation, der Grad der Ähnlichkeit mit der Betriebstätigkeit des bisherigen Inhabers, die Weiterbeschäftigung der Mitarbeiter etc. zählen würden.

Bei einer Arztpraxis stünden jedoch nicht die materiellen Betriebsmittel (z.B. Büro-, Wartezimmer Einrichtung, Patienten-

kartei, medizinische Untersuchungs- und Behandlungsgeräte sowie vor allem Praxisräume), sondern vielmehr die Patientenbetreuung durch den Arzt und die nichtärztlichen Praxismitarbeiter im Mittelpunkt der betrieblichen Tätigkeit. So sei die gesamte Organisation vor allem bei einer Einzelpraxis auf die Person des Arztes zugeschnitten, insbesondere auf dessen individuelle ärztliche Arbeitsweise. Hinzu komme, dass Patienten eine Arztpraxis häufig deshalb aufsuchen würden, weil sie dem dort tätigen Arzt besonderes Vertrauen entgegenbringen, dessen Sachkunde oder Fähigkeiten schätzen und sie sich von ihm und seinen Mitarbeitern gut betreut fühlen würden.

Damit werde die Arbeit einer Arztpraxis in der Regel durch die dort tätigen Personen, nicht durch die vorhandenen Betriebsmittel geprägt. Ausnahmen von diesem Grundsatz könnten allenfalls dann vorliegen, wenn eine Arztpraxis vor allem durch die vorhandenen medizinischen Geräte und weniger durch die dort tätigen Ärzte geprägt sei, und die Praxis in erster Linie wegen der medizinischen Untersuchungs- bzw. Behandlungsgerätschaften aufgesucht werde (z.B. radiologische oder nuklearmedizinische Praxen). Das BAG stellte jedoch auch klar, dass es, neben dem Arzt zur Erreichung des Betriebszweckes der Arztpraxis, auch auf ein "eingespieltes Mitarbeiter-Team" und die Fachkenntnisse dieser Mitarbeiter ankomme.

Deswegen ist Vorsicht geboten, wenn der Praxisnachfolger einzelne Mitarbeiter weiter beschäftigen möchte. In diesem Fall könnte ein Betriebsübergang anzunehmen sein, so dass die Kündigung einzelner Mitarbeiter dann unwirksam sein könnte.

Je mehr an materiellen Betriebsmitteln und/oder einzelnen Mitarbeitern übernommen wird, desto eher kann – trotz dieser Entscheidung des BAG – auch bei einer Arztpraxis von einem Betriebsübergang auszugehen sein.

Quelle:

RAin Anna Stenger, LL.M. Medizinrecht
WIENKE & BECKER – KÖLN,
Rechtsanwälte,
Sachsenring 6, 50677 Köln
Tel.: 0221/3765-310,
Fax: 0221/3765-312
www.Kanzlei-WBK.de

Prostatahyperplasie: Sägepalme auch in hoher Dosis nur ein Placebo

Extrakte aus den Früchten der Sägepalme (*Sabal serrulata*), ein nicht nur in Deutschland populäres Phytotherapeutikum, waren in einer randomisierten Studie im US-amerikanischen Ärzteblatt (JAMA 2011; 306: 1344-1351) auch in dreifacher Dosierung nicht in der Lage, die Harnwegs-symptome von Patienten mit benigner Prostatahyperplasie (BPH) besser zu lindern als ein Placebo.

Die BPH ist eine häufige Störung bei älteren Männern. Im Alter über 60 Jahre leidet jeder zweite an Blasenentleerungsstörungen infolge einer Einengung der Harnröhre auf ihrem Weg durch die vergrößerte Prostata. Bei den über 70-Jährigen steigt die Prävalenz auf bis zu 90 Prozent. Obwohl medikamentöse (Alpha-Blocker, 5alpha-Reduktasehemmer) und im fortgeschrittenen Stadium auch chirurgische Therapien (transurethrale Resektion der Prostata oder andere ablativ Katheterbehandlungen) zur Verfügung stehen, greifen die meisten Patienten zunächst zu Naturheilmitteln. Bis 2004 waren diese in Deutschland eine erstattungsfähige Kassenleistung.

Die größte Popularität genießen Extrakte aus den Früchten der Sägepalme. Die Bewertung

fiel auch in der Fachwelt lange positiv aus. Eine Cochrane-Meta-Analyse kam 2002 auf der Basis von 21 Studien zu dem Schluss, dass Nykturie, maximaler Urinfluss und die Symptome der Patienten signifikant verbessert würden. Seither sind aber neue Studien hinzugekommen, die die Wirkungen nicht bestätigen konnten. Eine Cochrane-Meta-Analyse aus dem Jahr 2009 sieht allenfalls noch eine Verminderung der Nykturie.

Die wichtigste Negativstudie war die Saw Palmetto Treatment for Enlarged Prostates oder STEP-Studie aus dem Jahr 2006. Dort hatte die zweimal tägliche Einnahme eines Präparates mit 160 mg Sägepalmenextrakt weder die Symptome noch den urologischen Befund gegenüber Placebo verbessert (NEJM 2006; 354: 557-56).

Es waren aber auch keine wesentlichen Toxizitäten aufgetreten. Dies veranlasste das US-National Center for Complementary and Alternative Medicine zu einer weiteren Studie, in der die Dosis bis zum Dreifachen der STEP-Dosierung gesteigert wurde.

Die randomisierte placebo-kontrollierte Doppelblindstudie wurde zwischen Juni 2008 und

Oktober 2010 an 11 Zentren in den USA und Kanada durchgeführt. Es nahmen 369 Männern im Alter von mindestens 45 Jahren teil, bei denen es zu mittleren bis starken Beschwerden gekommen war. Der American Urological Association Symptom Index (AUASI) musste auf 8 oder höher gestiegen sein. Für den maximalen Harnfluss gab es keine Begrenzung nach oben, er durfte allerdings nicht unter 4 ml/Sek. liegen. (Als akzeptabel gelten bei älteren Männern Werte über 12 ml/sec).

Wie in der STEP-Studie begann die Therapie mit einer Tagesdosis von 320 mg. Sie wurde nach 24 Wochen auf 640 mg und nach 48 Wochen auf 960 mg gesteigert. Zum Einsatz kam ein Extrakt aus reifen getrockneten Früchten von *Serenoa repens* eines deutschen Herstellers. Primärer Endpunkt war die Veränderung des AUSAI-Scores am Ende der 72-wöchigen Therapiephase.

Wie Michael Barry vom Massachusetts General Hospital in Boston mitteilt, kam es in beiden Gruppen zu einer signifikanten Verbesserung des AUASI-Score. Er sank unter der Therapie mit

dem Extrakt um 2,2 Punkte (von 14,4 auf 12,2 Punkte). Doch die Ergebnisse im Placebo-Arm waren noch besser. Hier wurde eine Reduktion um 3 Punkte (von 14,7 auf 11,7 Punkte) erzielt.

Auch in den sekundären Endpunkten zu den Miktionsbeschwerden, Nykturie, maximaler Harnfluss, Residualvolumen nach der Entleerung, PSA-Wert, der globalen Einschätzung durch den Teilnehmer und in Indizes zu Sexualfunktion, Kontinenz, Schlafqualität und Prostatitis-Symptome gab es keine Vorteile für das Sägepalmen-Extrakt.

Die Therapie zeigte deshalb keine über Placebo hinausgehende Wirkung. Streng genommen gelten die Ergebnisse nur für das untersuchte Produkt. Es sei aber ein hochwertiges („well-characterized“) Produkt verwendet worden, schreiben dies Autoren. Solange andere Hersteller für ihre Produkte keine besseren Ergebnisse vorweisen können, dürfte die Studie die generellen Zweifel vieler Experten an der Therapie mit Sägepalmextrakten bestärken.

© rme/aerzteblatt.de



Ergebnisprotokoll der Generalversammlung Bund der Urologen e.G., Donnerstag, 15.9.2011, Hamburg, Kongresszentrum



Quelle: Bund der Urologen e.G.

Bericht des Vorstandes (Dr. Schroeder)

In 2010 ist es zu einem leichten Mitgliederzuwachs von 222 auf 229 Mitglieder gekommen, die 293 Geschäftsanteile gezeichnet haben.

Im Sektor „Veranstaltungen“ gab es 30 Veranstaltungen in 2010, davon 8 bundesweit zum Thema **S3-Leitlinie Prostata-Ca** zwischen März und Juni; 3 zum Thema **„Alles Gute für den Mann“** zwischen Januar und September 2010; 1 zum Thema **HistoScanning™** im November 2010 sowie 19 zum Thema **Uro-Onkologische Teil-BAG** zwischen September und Dezember 2010. Für 2011 wurden bis September 22 Veranstaltungen in 2011 durchgeführt, davon 7 zum Thema **„Von A (AKR) – Z (Zulassung)“** zwischen Februar und August 2011; 15 zum Thema **Uro-Onkologische Teil-BAG** zwischen Januar und September 2011.

Dr. Schroeder verweist auch auf die innovativen Projekte wie

Printportal, HistoScanning und auf die neuen Seminare über Wahlleistungen (IGeL-Leistungen) und Überörtliche, dezentrale (Voll-) Berufsausübungsgemeinschaft. Für letztere werden im Herbst die Einladungen verschickt mit genauer Inhaltsangabe.

Einkaufspartner sind AVIS, Clinic- und Jobdress, HRS, Otto Office, Praxispartner, PVS Medis, RA-Sozietät Rehborn, Tripke Medizintechnik, Tietze und Pozo Medizintechnik, Dammeyer und Selzer-Praxisbedarf

Bericht des Aufsichtsrats

Der AR-Vorsitzende Dr. Münch weist darauf hin, dass das finanzielle Defizit, welches bei der Übernahme der Verantwortung für den Bund durch den jetzigen Vorstand und Aufsichtsrat vorgefunden wurde, durch Neuausrichtung der internen Organisation (Entschädigungsverzicht der Aufsichtsräte, Reduktion der Vorstandsentschädigungen, personelle Verkleinerung von Vor-

stand und Aufsichtsrat) jetzt fast vollständig ausgeglichen werden konnte. Zur Erleichterung des Einstiegs neuer Mitglieder wird eine Verringerung der Höhe eines Geschäftsanteiles von Euro 1000 auf Euro 250 beschlossen. Der Wert der bisherigen Geschäftsanteile wird für die bisherigen Mitglieder dadurch nicht beeinflusst. Nur halten die Mitglieder jetzt statt einen Geschäftsanteil von 1000 Euro 4 Anteile zu je 250 Euro. Der bisherige

Höchstbetrag an Geschäftsanteilen von Euro 5000 ändert sich auch nicht, nur halten die bisherigen Mitglieder ab sofort dann nicht mehr 5 Anteile zu je 1000 Euro, sondern 20 Anteile zu je 250 Euro.

Ludwigshafen, den 20.9.2011

gez: Dr. Gerd Popa,
Schriftführer und
Aufsichtsratsmitglied

Neue Mitglieder

— (1) BADEN

Dr. med. Hanno **Keller**
Gemeinschaftspraxis Dres. Radler,
Keller
Tullastraße 3
68161 Mannheim

Dr. med. Andrea **Seitz Escobar**
Assistenzärztin
Schwarzwald Baar Klinikum Schwenningen
Vöhrenbacher Straße 23
78050 Villingen

Priv.-Doz. Dr. med. Wassilios **Bentas**
Bahnhofstraße 17
78223 Singen

— (2) Bayern-Nord

Doctor-Medic Eduard **Buhut**
Oberarzt im Klinikum Kulmbach
Albert Schweitzer Straße 10
95326 Kulmbach

— (7) Hamburg

Dr. med. Jan **Schlaudraff**
Gemeinschaftspraxis Hauschild, Netzbandt, Schlaudraff
Hermann-Balk-Straße 127a
22147 Hamburg

— (8) Hessen

Dr. med. Martin **Ludwig**
Krumbogen 15
35089 Marburg

— (9) Mecklenburg Vorpommern

Priv.-Doz. Dr. med. habil Petra L. **Kessler-Zumpe**
Rigaer Straße 9
17493 Greifswald

— (16) Schleswig-Holstein

Matthias **Fritze**
Am Markt 5
23730 Neustadt

Priv.-Doz. Dr. med. Jan **Lehmann**
Gemeinschaftspraxis Nürnberg, Bach,
van der Horst
Prüner Gang 15
24103 Kiel

Priv.-Doz. Dr. med. Christoph Seif

Alter Markt 11
24103 Kiel

— (18) Westfalen-Lippe

Neue Mitglieder
Prof. Dr. med. Hansjürgen **Piechota**
Chefarzt der Klinik für Urologie und
Kinderurologie
Johannes Wesling Klinikum Minden
Hans-Nolte-Straße 1
32429 Minden

Jubilare

Der Berufsverband gratuliert seinen Mitgliedern

90 Jahre alt werden

03.12.1921
Dr. med. Eberhard Meltzer, Gersfeld
20.12.1921
Dr. med. Peter Lückhoff, Wuppertal

75 Jahre alt werden

12.12.1936
Dr. med. Mohammad
Haschemi-Schirazi, Rinteln
19.12.1936
Dr. med. Walter Houda, Plauen

70 Jahre alt werden

03.12.1941
Dr. med. Wolfgang Buchwald,
Ober-Ramstadt
08.12.1941
Ulrich Hadaschik, Siegen
11.12.1941
Dr. med. Erich Mayer, Ehingen
12.12.1941
Dr. med. Ehrfried Oeltze,
Haldensleben
14.12.1941
Dr. med. Jürgen Herzig, Berlin
17.12.1941
Dr. med. Jürgen Metker, Wernigerode
17.12.1941
Dr. med. Horst Witthöft,
Bad Zwischenahn
18.12.1941
Dr. med. Hans Tonnesen, Warstein

19.12.1941

Prof. Dr.med.em. Klaus-J. Klebingat,
Hanshagen
29.12.1941
Dr. med. Wolfgang Zacher, Halle
31.12.1941
Dr. med. Wolf Kraus, Karlsruhe

65 Jahre alt werden

01.12.1946
Dr. med. Günter Reißfelder, Wiesloch
25.12.1946
Dr. med. Michael Gäck,
Bad Wildungen
29.12.1946
Dr. med. Attila Rosta, Varell
31.12.1946
Dr. med. Rainer Hasenäcker,
Paderborn

60 Jahre alt werden

03.12.1951
Dr. med. Walter Jeßang,
Höchenschwand
23.12.1951
Dr. med. Emil Constantine,
Großhansdorf
24.12.1951
Dr. med. Christoph
Essmeyer-Schoeneich, Bremen
24.12.1951
Dr. med. Christine Mutschall, Berlin
25.12.1951
Bernd-Peer Hannig, Halle

Sehr geehrter Jubilar,
falls Sie eine Bekanntgabe Ihres Jubiläums auf diesen Seiten nicht wünschen, teilen Sie dies bitte rechtzeitig dem BDU
(bdu-schatzmeister@t-online.de oder Tel. 0211/95 13 729) mit.

Berufsverband der Deutschen Urologen e.V.

Geschäftsstelle, Uerdinger Straße 64, 40474 Düsseldorf



Änderungsmitteilung/Beitrittserklärung

Die Zeit ist reif

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

der Berufsverband der Deutschen Urologen ist nur dann im Stande, die Interessen seiner Mitglieder mit dem nötigen Nachdruck zu vertreten, wenn er sich auf die Mitgliedschaft eines hohen Prozentsatzes der deutschen Urologen berufen kann. Die intensive berufspolitische Information, wie sie die Zeitschrift „Der Urologe“ aus dem Springer Medizin Verlag bietet, ist für jeden Urologen genauso wichtig wie die wissenschaftliche Weiterbildung. Sollten Sie bis jetzt noch nicht zu den Mitgliedern des Berufsverbandes zählen, so sollten Sie überlegen, ob es nicht Zeit ist, die umseitige Beitrittserklärung auszufüllen und abzuschicken.

Argumente für eine Mitgliedschaft im BDU

- Es gibt keine bessere Vertretung einer Berufsgruppe als durch den Berufsverband
- Innovative Entwicklungen für die Praxis
- Beste Kontakte zu Politik und Kassen
- Möglichkeiten eines umfassenden Rechtsschutzes bzw. von Versicherungen
- Überproportionale Fortbildungsveranstaltungen bundesweit
- Enge Kontakte zu unserer wissenschaftlichen Gesellschaft DGU

ACHTUNG: Änderungen ab 1.1.2012

Die Jahresbeiträge liegen z. Zt.

1. für Chefarzte und niedergelassene Kollegen bei **€ 365,00**, zzgl. einer einmaligen Aufnahmegebühr von € 25,00.
2. Ober-, Assistenzärzte und angestellte Urologen entrichten einen ermäßigten Beitrag von **€ 180,00**, Ruheständler **€ 50,00**.
3. **Ärzte aus 2., die sich zum Zeitpunkt des Beitritts in Weiterbildung befinden und dies nachweisen, sind von der Aufnahmegebühr befreit und zahlen bis zum Abschluss ihrer Weiterbildung, höchstens jedoch für 5 Jahre, nur € 25,00 pro Jahr.**

Das Präsidium des Berufsverbandes erwartet die Zahlung des Jahresbeitrags bis spätestens zum 30.03. des Jahres und empfiehlt Ihnen, sich dem Lastschriftverfahren anzuschließen. Wenn Sie die Zeit für reif halten, dann wenden Sie sich an unsere Geschäftsstelle mit nebenstehendem Antrag.

📌 Ihre Beitrittserklärung bzw. Änderungsmitteilung senden Sie bitte an: BDU-Geschäftsstelle, Frau Christine Habeder, Uerdinger Straße 64, 40474 Düsseldorf
Tel. 0211-9 51 37 29, Fax 0211-9 51 37 32, bdu-schatzmeister@t-online.de

Zur Beachtung

Der Berufsverband versucht u.a. niederlassungswillige junge Kollegen bei der Wahl ihres zukünftigen Praxisortes so zu beraten, dass einerseits urologische Versorgungslücken ausgefüllt, andererseits aber auch dem betreffenden Kollegen möglichst optimale Arbeitsvoraussetzungen geschaffen werden. Daneben können auf diese Weise aber auch bereits niedergelassenen Kollegen Partner für eine eventuell zu gründende Gemeinschaftspraxis namhaft gemacht werden.

Schließlich verbindet sich mit diesem Komplex zwangsläufig die Möglichkeit, jüngeren Kollegen eine Praxisvertretung zu vermitteln, während der sie erste Einblicke in die Kassenpraxis gewinnen können, sowie niedergelassenen Kollegen zu einer Urlaubsvertretung zu verhelfen.

Interessenten dieser Möglichkeit wenden sich bitte an ihren zuständigen BDU-Landesvorsitzenden.

In begrenztem Umfang kann auch im URO-Telegramm in kurzer Form auf Praxisanbieter und -sucher hingewiesen werden

Änderungsmitteilung

_____	_____	_____
Name	Vorname	Titel

Hiermit gebe ich Ihnen folgende Änderungen bekannt:

Änderung der Anschrift

alt, _____

neu, _____

Änderung akad. Titel/Dienstbezeichnung

Niederlassung ab, _____ in _____

Facharztanerkennung ab, _____

Neues Konto für Lastschriftverfahren

BLZ / Geldinstitut, _____ Konto-Nr., _____

Datum , , , , , , Unterschrift

Wir weisen nochmals daraufhin, dass die Mitglieder jede Änderung (z.B. Statusänderung, Adressenänderung oder Kontoänderung) der Geschäftsstelle kurzfristig mitteilen sollten. Bankgebühren für Rücklastschriften werden dem jeweiligen Mitglied in Rechnung gestellt.

Beitrittserklärung BDU

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

bitte senden Sie die ausgefüllte Beitrittserklärung und damit Ihr dokumentiertes Einverständnis für Ihre Internetpräsenz als zukünftiges Mitglied des Berufsverbandes der deutschen Urologen an die BDU-Geschäftsstelle, Uerdinger Straße 64, 40 474 Düsseldorf, Telefon 0211 – 95 13 729, Fax 0211 – 95 13 732, bdu-schatzmeister@t-online.de

Name Vorname Titel Geburtsdatum

DGU-Mitglied Arzt/Ärztin in der urologischen Abteilung Facharzt/Fachärztin für Urologie

Facharzt/Fachärztin für _____

Niedergelassene(r) Arzt/Ärztin

Einzelpraxis

Gemeinschaftspraxis – Name der Partner: _____

Praxisgemeinschaft – Name der Partner: _____

Belegarzt am Krankenhaus: _____

Ambulante Operationen: _____

Sonstige Schwerpunkte: _____

Arzt/Ärztin im Krankenhaus

AIP Assistenzarzt Oberarzt Chefarzt Direktor Ltd. Arzt

Arzt in Weiterbildung bis voraussichtlich _____ Sonstiges: _____

Name des Krankenhauses: _____

Anzahl der Betten: _____, Anzahl der Assistenten: _____

Ärzttekammerbereich – Name der Institution; _____

Sonstige hauptberufliche Tätigkeit (z.B. Arzt in Reha); _____

Mitglied ohne Berufsausübung / Arzt/Ärztin im Ruhestand

Anschrift

Straße: _____

PlZ/Ort: _____

Tel. / Fax: _____

E-Mail: _____, Homepage: _____

Privatanschrift: _____

Datum

Unterschrift

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen mittels Lastschrift

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teilinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Name, Anschrift; _____

BLZ / Name des Kreditinstituts, _____

Konto-Nr., , _____ Zahlungen wegen (Verpflichtungsgrund, evtl. Betragsbegrenzung) Beitragszahlung/Aufnahmegebühr

Datum

Unterschrift