

# Prostataerkrankungen: Eine weitere Volkskrankheit

## Schlußfolgerungen zur Studie über Prostataerkrankungen des Zentralinstitutes für die Kassenärztliche Versorgung

Im November 1997 wurde der sogenannte URO-EBM als alternatives Honorierungsmodell für das Fachgebiet Urologie vom Berufsverband der Deutschen Urologen (BDU) veröffentlicht. Die Ziele des URO-EBM sind die Gewährleistung einer bedarfsgerechten Patientenversorgung und die Beendigung der systembedingten, honorarmindernden Mengendynamik durch Begrenzung der Leistungshäufigkeit auf das medizinisch-wissenschaftlich Notwendige. Dabei wurde die Leistungserbringung selbst nach der kunstgerechten ärztlichen Vorgehensweise

### **„Vom Symptom zur Diagnose“ und „Von der Diagnose zur Indikation“**

definiert und für den Regelfall symptom- und indikationsbezogene Leistungskomplexe gebildet und ihre Funktionsabläufe dargestellt. Damit folgte der BDU den Vorgaben des Gesetzgebers nach § 87 Abs. 2a SGB V, wonach in einer vom Gesetzgeber geforderten Reform des EBM eine Einzelleistungsvergütung nur noch dort Bestand haben soll, wo sie medizinisch unumgänglich ist. Ansonsten sollen die Leistungen des EBM in Leistungskomplexe zusammengefaßt werden. Die Datenerhebung zur Bildung symptombezogener Diagnostikkomplexe erfolgte durch Auswertung der urologischen Fachliteratur. Die häufigsten Diagnosen zur Definition indikationsbezogener Betreuungskomplexe ergaben sich aus einer gezielten Auswertung von mehreren tausend Fällen ambulanter, kassenärztlicher Fälle mit zusätzlicher Evaluierung aller urologischen Tumorarten aus mehreren Quartalen dieses Zeitraumes, zunächst

abschließend mit dem 2. Quartal 1996 sowie Nutzung zusätzlicher Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (Formblatt 1).

Gemeinsam mit einer Arbeitsgruppe der Deutschen Gesellschaft für Urologie wurden alle Leistungselemente dieser Leistungskomplexe auf ihre medizinische Notwendigkeit hin bei der Diagnosefindung und Behandlung überprüft und nach betriebswirtschaftlicher Kalkulation für jede einzelne Leistungsart das Honorar in Prozenten gewichtet errechnet.

Bei der Kalkulation des Honorarbedarfes für die gesamte Fachgruppe wurden entsprechend des Formblattes 1 der KBV 3.200 ambulante-kurative Scheine für die bundesdurchschnittliche urologische Praxis (West) des Jahres 1994 zugrunde gelegt.

Bei vorgesehenen Modellvorhaben zur Einführung des URO-EBM in den Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Saarland zeigte sich allerdings ein überdurchschnittlicher Fallzahlanstieg, der eine zeitnahe Überprüfung und Anpassung des URO-EBM an die neuen Realitäten erforderlich machte, da auch eine vergleichbare Fallzahlentwicklung bundesweit eingetreten war.

In einer gemeinsamen Ursachenforschung mit dem Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (ZI) zeigte sich nun, daß von 1993 bis 1998 alle Fachgebiete durchschnittlich eine Fallzahlsteigerung von 23 % hatten, im Jahresdurchschnitt durchaus den vorangegangenen Jahren entsprechend.

Die Fallzahlen im Fachgebiet Urologie allerdings hatten in diesem Zeitraum um 44 % zugenommen. Es stellte sich die Frage, ob

- ▶ die demografische Entwicklung,
- ▶ die Morbidität oder
- ▶ innovative Arzneimittel auslösende Faktoren für diese Entwicklung seien.

Die Ergebnisse dieser Studie wurden nun mit den Vorgaben des URO-EBM auf ihre Validität hin verglichen, s. Tabelle 1-4.

Prostataerkrankungen sind die häufigsten in der urologischen Praxis zu behandelnden Krankheitsbilder. Gegenüber der „Urfassung“ des URO-EBM erhöhten sich die Fallzahlen in den urologischen Praxen (West) des Jahres 1993 von 5.685 Tsd. Fälle auf 8.079 Tsd. Fälle im Jahre 1998 (= + 42 %). Bei einer Zunahme der Urologen um 15 % vergrößerte sich die durchschnittliche Fallzahl um 24 % auf 3.899 Fälle. Während der prozentuale Anteil der Männer (70 %) unverändert blieb, nahm die Zahl der BPH-Behandlungsfälle um 65 %, der P-Ca-Behandlungsfälle sogar um 111 % zu.

Für das Jahr 1998 lagen erstmals durchgehende Zahlen für die Ost-KV'en vor, so daß hier kein direkter Vergleich mit dem Jahre 1993 möglich ist (Tabelle 1).

Im Rahmen der Studie hat das ZI in 30 urologischen Praxen der KV Nordrhein insgesamt 34.799 Fälle, davon 24.298 männliche Fälle (= 69,8 %), des 1. Quartals 2000 auf ihre Hauptdiagnosen hin untersucht. Dabei wurden 30,6 % BPH-Fälle und 11,5 % P-Ca-Fälle erhoben. Diese Daten entsprechen unter Berücksichtigung der zu erwartenden Entwicklung den Erhebungen für den URO-EBM 1998 mit 29,9 % bzw. 10,8 % (Tabelle 2).

Im Zeitraum von 1993 bis 1998 nahm nach Angaben des Statistischen Bundesamtes die Zahl der über 60-jähr-

rigen Männer in Deutschland um 17,5 % zu, in den alten Bundesländern absolut um 880.000 Männer. Die Fallzahlsteigerung (West) betrug in diesem Zeitraum 2.384 Tsd. Fälle, davon 1.675 Tsd. Fälle/Männer. Unterlegt man die festgestellten prozentualen Anteile für BPH und P-Ca, so hat dieser Demografieeffekt insgesamt 281.000 Krankheitsfälle mit 991.000 Behandlungsfällen für diese beiden Krankheiten ausgelöst, was immerhin 59,2 % des gesamten Fallzahlzuwachses ausmacht (Tabelle 3).

Im Jahre 1998 lebten in der Bundesrepublik Deutschland 12,6 Mio. Männer über 49 Jahre. Insgesamt hatten in diesem Jahr die urologischen Vertragsärzte 7.087 Tsd. männliche Behandlungsfälle zu versorgen, davon gehörte 87 % zu dieser Altersgruppe. Mit insgesamt 2.885 Tsd. Behandlungsfällen (= 46,8 %) waren BPH und P-Ca die Leitdiagnosen (Tabelle 4).

## Schlußfolgerungen

- Die Datensammlung zur Entwicklung des URO-EBM entspricht den Einzelauswertungen des Zentralinstitutes für die Kassenärztliche Versorgung im Bereich der KV Nordrhein und ermöglicht so genaue epidemiologische Aussagen zur Krankheitsstruktur in der ambulanten urologischen Versorgung.
- Der Demografieeffekt erklärt den überdurchschnittlichen Fallzahlanstieg im Fachgebiet Urologie. Diese Entwicklung läßt aber auch durchaus den Schluß zu, daß die Urologie im Vergleich zu anderen Arztgruppen die Hauptlast einer immer älter werdenden Bevölkerung zu schultern hat.
- Prostataerkrankungen stellen mit rund 50 % den Hauptanteil der urologischen Krankheitsfälle.
- Der Prostatakrebs ist zwischenzeitlich mit über 31.000 Neuerkrankungen im Jahre 1998 die häufigste bösartige Tumorerkrankung des Mannes, durchschnittlich werden also täglich etwa 100 Neuerkrankungen aufgedeckt.
- Prostataerkrankungen haben sich somit zu einer „Volkskrankheit“ entwickelt. Der Koordinierungsausschuß wird aufgefordert, die benigne Prostatahyperplasie und das Prostatakarzinom in das Disease-Management-Programm aufzunehmen.

**Tabelle 1**  
**Entwicklung von Prostataerkrankungen 1993 vs. 1998**  
**Simulationsgrundlagen: URO-EBM 1998/Formblatt 1 (KBV)**

	1993		1998		Änd. in%	Ost	gesamt
	West	in%	West	in%			
Fälle gesamt (in Tsd.)	5.685		8.079		+ 42	2.046	10.125
Urologen	1.810		2.072		+ 15	355	2.427
Fälle/Urologe	3.141		3.899		+ 24	5.764	4.172
Fälle: männlich (in Tsd.)	3.980	70,0	5.655	70,0	+ 42	1.432	7.087
BPH-Fälle (in Tsd.)	1.023	25,7	1.693	29,9	+ 65	428	2.121
P-CA-Fälle (in Tsd.)	289	7,3	610	10,8	+ 111	154	764

Dr. K. Schalkhäuser - Berufsverband der deutschen Urologen e. V.

**Tabelle 2**  
**Prostataerkrankungen**  
**Vergleich der KV Nordrhein 1/2000 mit URO-EBM 1998**

Fälle gesamt	34.799
Fälle männlich gesamt	24.298
Urologen	30
Fälle/Urologe	1.160
Fälle männlich/Urologe	810
BPH-Fälle gesamt	7.271=29,9% URO-EBM
BPH-Fälle gesamt (Zi)	7.435=30,6%
P-Ca-Fälle gesamt	2.622=10,8% URO-EBM
P-Ca-Fälle gesamt (Zi)	2.794=11,5%

Dr. K. Schalkhäuser - Berufsverband der deutschen Urologen e. V.

**Tabelle 3**  
**Auswirkungen des Demografie-Effekts (West) auf die Fallzahlentwicklung bei Prostataerkrankungen 1993 vs. 1998**

Bev.-zuwachs	+ 880.000	Männer > 59 Jahre
Fallzahlzuwachs	+ 1.675.000	
BPH-Behandlungsfälle	+ 670.000	=197.000 Krankheitsfälle (3,4 x aus 4 Abrechnungsquartalen)
P-Ca-Behandlungsfälle	+ 321.000	=84.000 Krankheitsfälle (3,4 x aus 4 Abrechnungsquartalen)
BPH- und P-Ca-Behandlungsfälle	991.000	=281.000 Krankheitsfälle
		59,2% des Fallzahlzuwachses (West)
		32,0% aus Bevölkerungszuwachs

Dr. K. Schalkhäuser - Berufsverband der deutschen Urologen e. V.

**Tabelle 4**  
**Prostataerkrankungen eine weitere Volkskrankheit**

	1993 (West)	1998 (gesamt)
Männer, > 49 Jahre	9.866.000	12.620.000
Männer, Behandlungsfälle	3.980.000	7.087.000
Fälle der Altersgruppe	3.104.000 (= 78,0 %)	6.166.000 (= 87,0 %)
Prostataerkrankungen	1.312.000 (= 42,3 %)	2.885.000 (= 46,8 %)

Dr. K. Schalkhäuser - Berufsverband der deutschen Urologen e. V.

# Prostataerkrankungen

## Strukturelle Veränderungen durch Demographie, Morbidität und Innovation der Behandlung

### Zusammenfassung

Der Anstieg der Fallzahl bei niedergelassenen Urologen in Deutschland im Zeitraum von 1993 bis 1998 ist ceteris paribus zu 48,8% durch demographieinduzierte Änderungen in Verbindung mit BPH zu erklären.

Die Einführung neuer Therapieprinzipien bei der benignen Prostatahyperplasie in Form neuer Wirkstoffe bewirkte steigende Verordnungszahlen der entsprechenden Prostatamittel. Weiter war die Zahl der Operationen aufgrund von BPH rückläufig, was als Erfolg von Arzneimittelinnovationen anzusehen ist. Seit Einführung neuer Wirkstoffe werden Patienten zunehmend häufiger und evtl. auch früher behandelt als vorher. Wegen der dabei erforderlichen engmaschigeren Kontrolle der möglichen Nebenwirkungen ist anzunehmen, dass dies zusätzlich zum dargestellten Demographieeffekt die Fallzahl bei Urologen im Untersuchungszeitraum erhöhte.

Bei bösartigen Neubildungen der Prostata war die Zahl der stationär versorgten Fälle steigend, was teilweise auf verbesserte diagnostische Möglichkeiten zurückgeführt werden kann. Es ist gesichert, dass diese zusätzlichen stationären Fälle vor und nach dem Klinikaufenthalt die ambulante Versorgung in Anspruch nahmen.

### Schlüsselwörter

Fallzahlwachstum · Behandlungsprävalenz · Prostatahyperplasie · Arzneiverordnung · Prostatamittel · Diagnosen · Behandlung · Bösartige Neubildung · Prostataoperation

### Fragestellung

Seit 1993 ist die Zahl der Abrechnungsfälle von Urologen in freier Praxis im Bundesgebiet deutlich stärker gestiegen als bei allen Arztgruppen (Abb. 1). Sie stiegen bei niedergelassenen Urologen um 44% (von 7 Mio. auf 10,1 Mio.), während bei allen Arztgruppen der Fallzahlanstieg seit 1993 etwa 23% betrug.

Folgende Einflussfaktoren können dafür verantwortlich sein:

- ▶ Veränderung der Morbidität,
- ▶ Veränderung der Bevölkerungsstruktur,
- ▶ Veränderung der Behandlungsstrategien,
- ▶ Verlagerung stationärer Versorgung in die ambulante Behandlung.

Der Zusammenhang zwischen steigender Behandlungsmorbidität und Fallzahlsteigerung ist zu zeigen.

Ideal wäre ein Analysemodell, das simultan das Zusammenwirken der genannten Einflussfaktoren darstellt. Da die verwendeten Daten dies nur ansatzweise gestatten, kann der Einfluss und das Zusammenwirken der verschiedenen Faktoren als Ursache für die Fallzahlensteigerung hier nur annähernd bestimmt werden.

### Datenquellen

Grundlage für die vorliegende Ausarbeitung sind amtliche Statistiken und weitere publizierte Quellen. Angaben zur behandelten Morbidität stammen aus dem ADT-Panel des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung, das Pa-

tienten aus etwa 450 Arztpraxen in der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Nordrhein sowie aus etwa 450 weiteren Arztpraxen in der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg enthält. Seit 1998 werden im ZI-Panel die Diagnosen und weitere Behandlungsdaten patientenbezogen (pseudonymisiert) erfasst. In jedem Quartal stehen aus jeder der beiden Stichproben jeweils etwa 2 Mio. Diagnosen, verschlüsselt nach der ICD-10-SGB V, von jeweils etwa 600.000 Patienten zur Verfügung. Alter, Geschlecht, ambulante ärztliche Leistungen und Behandlungskosten sowie die Zahl der Arztkontakte sind Kriterien, anhand derer die behandelte Morbidität – auch kassenbezogen – analysiert werden kann.

Die Daten des Panels aus der KV Nordrhein liegen inzwischen aus einem Zeitraum vom 3. Quartal 1998 bis zum 1. Quartal 2000 vor, aus der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg ab 1. Quartal 2000. Um Abweichungen zwischen dem Panel in Nordrhein und Brandenburg zu berichten, wird das 1. Quartal 2000 zu Grunde gelegt, und unterstellt, dass die angegebenen Verteilungen im Wesentlichen auch auf die Jahre des Untersuchungszeitraums 1993 bis 1998 zutreffen.

---

Joachim Heuer

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Höninger Weg 115, 50969 Köln  
e-mail: jheuer@kbv.de

## Diseases of the prostate

### Structural changes induced by demographical changes, morbidity and innovative forms of therapy

#### Abstract

The increasing number of cases treated by office-based urologists in Germany between 1993 and 1998 can, irrespective of other factors for 48.8% be explained by demographic changes in connection with benign prostatic hyperplasia (BPH).

With the introduction of new substances for the medical therapy of BPH, more drugs containing these substances were prescribed. In addition, the number of inpatient surgical procedures for BPH declined due to the success of these new drugs. Thus, a higher number of patients received such drugs, often at an earlier stage of the disease than in the past. It can therefore be assumed that the increasing number of cases treated by urologists was not only related to demographics but was also the result of the thorough control of potential side effects required when new substances become available.

The higher number of inpatient treatments of carcinoma of the prostate can be attributed to improved diagnostic methods. It was ascertained that these patients were treated by office-based physicians before and after their hospital stay.

#### Keywords

Increase in number of urological cases · Prevalence of treatment · Prostatic hyperplasia · Drug prescription · Prostatic remedy · Diagnoses · Treatment · Carcinoma

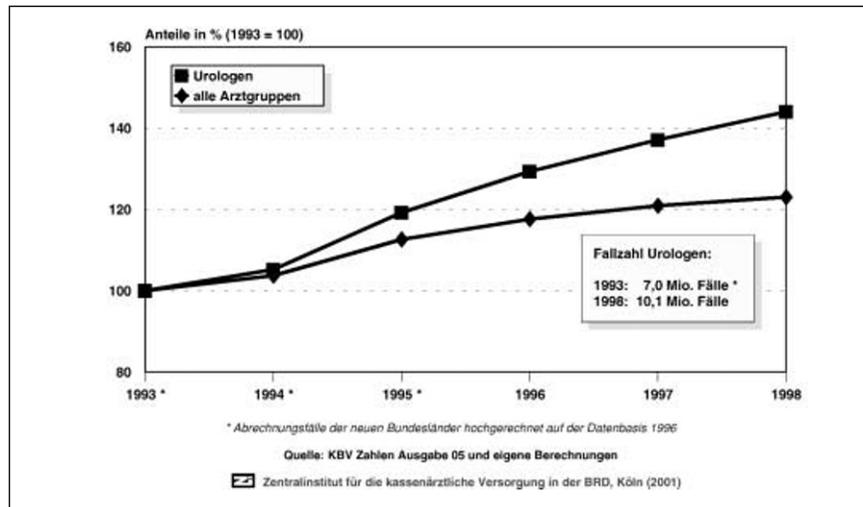


Abb. 1 ▲ GKV-Abrechnungsfälle von Urologen in freier Praxis – gesamtes Bundesgebiet –

## Ergebnisse

Diagnosen von Patienten bei Urologen konzentrierten sich erwartungsgemäß auf Erkrankungen des Urogenitalsystems, unter denen im ADT-Panel Nordrhein in I/2000 79% der Urologenpatienten litten (Abb. 2). Relativ häufig wurden auch Neubildungen und Symptome diagnostiziert. Der geringe Anteil von diagnostizierten Infektionen ist dadurch zu erklären, dass die von Urologen relativ häufig diagnostizierten Harnwegsinfektionen in der ICD-10-SGB V im Kapitel "Krankheiten des Urogenitalsystems" subsumiert werden.

Annähernd 70% der Patienten sind Männer. Von diesen sind es wiederum 31%, bei denen ausschließlich benigne

Prostatahyperplasie diagnostiziert wurde<sup>1)</sup>, sowie weitere 8% der männlichen Fälle, für die diese Diagnose in Verbindung mit anderen Diagnosen gestellt wurde.

Vier Diagnosen der Prostata bestimmen mehr als die Hälfte (53,6%) des Diagnosenspektrums männlicher Patienten:

- ▶ Prostatahyperplasie (N40),
- ▶ entzündliche Krankheiten der Prostata (N41),
- ▶ sonstige Krankheiten der Prostata (N42),
- ▶ bösartige Neubildung der Prostata (C61) (Abb. 3).

<sup>1)</sup> insgesamt 38,9% aller männlichen Urologenpatienten

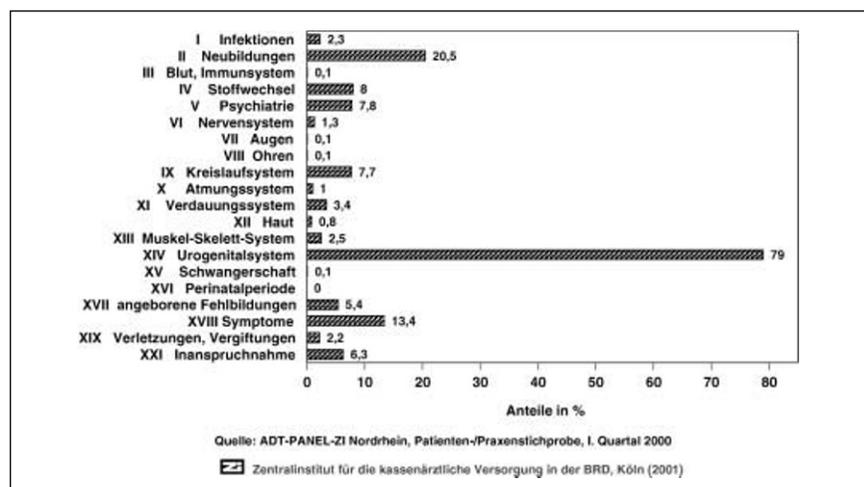


Abb. 2 ▲ Diagnosen von Patienten bei ausgewählten urologischen Praxen im ADT-Panel Nordrhein

Überwiegend konzentrieren sich Prostataerkrankungen auf lediglich eine ICD-10-SGB V-Schlüsselnummer: N40, Prostatahyperplasie (Abb. 3). Nur zu einem geringen Anteil (4,4%) treten Prostatahyperplasie und entzündliche Krankheiten der Prostata oder sonstige Krankheiten der Prostata in Kombination auf. Bösartige Neubildungen der Prostata treten als alleinige Diagnose in 7 % der Fälle auf, in weiteren 4,5 % in Kombination mit einer Prostatahyperplasie, sonstigen oder entzündlichen Krankheiten der Prostata. Bei einer Diagnose zusammen mit einer Prostatahyperplasie ist eine bösartige Neubildung der Prostata als Leitdiagnose anzusehen.

Im ADT-Panel Brandenburg war der Anteil von männlichen Patienten mit be-

nigener Prostatahyperplasie (BPH), verglichen mit dem ADT-Panel Nordrhein, auffällig hoch (Tabelle 1). Während im ADT-Panel Nordrhein der Anteil bei 38,9% lag, fiel er im ADT-Panel Brandenburg 20% höher aus, nämlich 59,0%. Die Patienten in der Stichprobe des ADT-Panels Nordrhein hatten ein Durchschnittsalter von 57,6 Jahren, während das Durchschnittsalter im ADT-Panel Brandenburg 59,9 Jahre betrug. Damit konnte ein signifikanter Unterschied gefunden werden ( $p=0,05$ ). Die abweichenden anteiligen Häufigkeiten von BPH zeigten sich allerdings auch in den einzelnen Altersgruppen. Eine unterschiedliche Altersverteilung in den Stichproben scheidet als Erklärung für die Abweichungen daher aus. Wodurch diese gravierenden Unterschie-

de letztendlich zustande kommen, muss jedoch in einer separaten Untersuchung geklärt werden, da es den Rahmen dieser Abhandlung sprengen würde.

Aufgrund der festgestellten hohen Behandlungsprävalenz konzentriert sich die weitere Analyse auf die Prostatahyperplasie.

Die benigne Prostatahyperplasie (BPH) ist ein gutartiger, aus verschiedenen histologischen Komponenten zusammengesetzter "Tumor", eigentlich eine Fibroadenomyomatose [15]. Sie kann bei fast allen Männern über 50 Jahre nachgewiesen werden [6]. Nicht jeder Patient mit großem Drüsenvolumen präsentiert sich mit Blasenentleerungsstörungen [7]. 30% aller Männer über 50 Lebensjahren leiden an behandlungsbedürftigen Miktionsbeschwerden [6]. An anderer Stelle findet sich, dass 50% aller über 60 Jahre alten Männer betroffen sind [9]. Es finden sich Miktionsbeschwerden alterskorreliert zwischen 50 und 60 Jahren bei 23,7% zwischen 60 und 70 Jahren bei 43% und bei über 70-Jährigen bei 40% der Patienten [7, 9].

Etwa 30% aller deutschen Männer mit benigner Prostatahyperplasie (BPH) werden wegen Miktionsstörungen behandelt [1]. Nach den Ergebnissen der Herner LUTS-Studie, einer Befragung von 9000 Männern zwischen 50 und 80 Jahren, gehen nur ein Drittel der Männer mit Beschwerden beim Wasserlassen zum Arzt [2, 6]. Unter den Patienten im ADT-Panel Nordrhein wurde die BPH

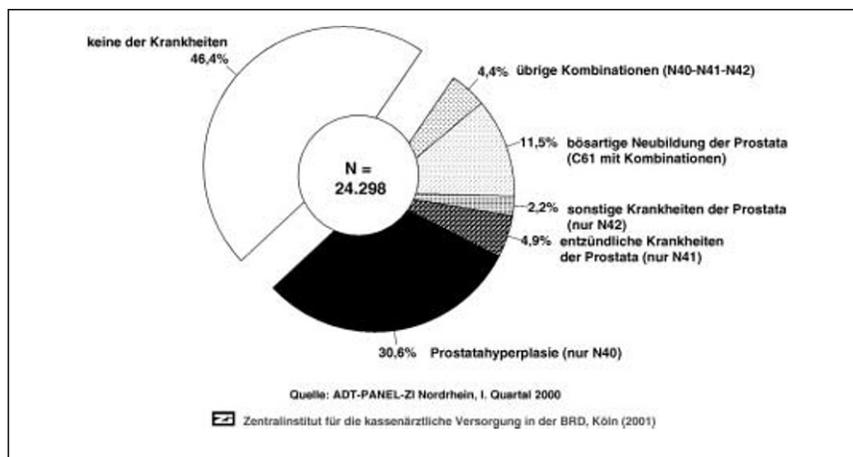


Abb. 3 ▲ Ausgewählte Aufgreifdiagnosen bei männlichen Patienten von Urologen (ICD-10-Schlüsselnummern C61, N40, N41, N42)

Tabelle 1

**Anteil männlicher Patienten mit der Diagnose Prostatahyperplasie (Prostatahyperplasie als alleinige Diagnose und in Verbindung mit allen anderen Diagnosen) im ZI-ADT-Panel Nordrhein und im ZI-ADT-Panel Brandenburg**

Altersgruppe in Jahren	Männliche Urologenpatienten (West)	Darunter Patienten mit Prostatahyperplasie (N40)	Männliche Urologenpatienten (Ost)	Darunter Patienten mit Prostatahyperplasie (N40)
<10	710	0,0	466	0,0
10–19	502	0,0	797	0,0
20–29	1.125	0,4	1.066	0,5
30–39	2.544	0,9	1.746	1,9
40–49	2.174	10,7	2.700	19,9
50–59	3.304	43,5	5.147	58,8
60–69	6.636	58,2	13.139	74,1
70–79	5.254	54,8	8.479	73,5
>79	2.049	49,4	2.544	68,3
Gesamt	24.298	38,9	36.085 <sup>a</sup>	59,0

<sup>a</sup>1 Patient mit fehlender Altersabgabe mit fehlender Altersangabe eingeschlossen

Quelle: ADT-Panel-ZI-Nordrhein und Brandenburg

mit hohen Anteilen bei Patienten über 50 Jahre diagnostiziert (Abb. 4).

Besonders hohe Anteile sind bei Männern über 60 Jahre festzustellen. Der hohe Fallzahlanstieg in den Jahren von 1993 bis 1998 legte es nahe, für diesen Zeitraum die demographische Entwicklung der über 60-jährigen Männer zu untersuchen.

Die männliche Bevölkerung in der Altersgruppe über 60 Jahre wuchs im Bundesgebiet von 1993 bis 1998 von 6,4 Mio. auf 7,5 Mio. um 17,5% (Abb. 5). Demnach waren es 1998 über 1 Mio. ältere Männer mehr, die zumindest teilweise zusätzlich wegen Prostatabeschwerden von niedergelassenen Urologen versorgt werden mussten. In dem hier gewählten Modell wird davon ausgegangen, dass die Prävalenz und Inzidenz der Prostatahyperplasie im Bundesgebiet im Zeitraum 1993 bis 1998 konstant war.

Ausschließlich demographiebedingt wären die Fallzahlen zwischen 1993 und 1998 um 44,0% oder 1,5 Mio. gestiegen. Der Demographieeffekt kann damit allein 48,8% des Behandlungszuwachses bei Urologen von 3,1 Mio. Fällen erklären (Anhangtabelle 1).

Ergänzend sei an dieser Stelle angemerkt, dass diese während des Untersuchungszeitraums zusätzlich aufgetretenen Fälle von BPH in Praxen von niedergelassenen Urologen behandelt wurden. Andere Arztgruppen sind, wie Tabelle 2 zeigt, zu einem geringen Teil an der BPH-Behandlung beteiligt.

Als weiterer Einflussfaktor für die hohe Fallzahlsteigerung wurde die Veränderung der Behandlungsstrategie bei BPH untersucht. Es konnte festgestellt werden, dass die Behandlung der Prostatahyperplasie in dem Zeitraum 1993–1998 durch neue Medikamente ent-

scheidend verändert wurde. Für die benigne Prostatahyperplasie existieren mit Einführung der  $\alpha_1$ -Rezeptorenblocker medikamentöse Therapieoptionen, die bei leichter bis mäßiger Symptomatik zumindest in der Zeit bis zur Operation eine wirksame Behandlung möglich machen [13]. Nach wie vor ist die transurethrale Resektion der Prostata bei Obstruktion und Miktionsstörungen Therapie der Wahl [13].

Zu Anfang des Untersuchungszeitraums wurden diese neuen Therapieprinzipien zur konservativen Therapie der BPH eingeführt.  $\alpha_1$ -Rezeptorenblocker bewirken, dass die Urinflussrate steigt und das Restharnvolumen sinkt. Ab 1996 waren die Wirkstoffe Tamsulosin, Alfuzosin, Terazosin und Doxazosin verfügbar. Weiterhin wird der 5 $\alpha$ -Reduktasehemmer Finasterid eingesetzt, um die Umwandlung von Testosteron in Dihydrotestosteron zu hemmen, das 10fach wirksamer als die Muttersubstanz das Adenomwachstum fördert [13]. Seit ihrer Einführung wurden die Medikamente in steigendem Maß verordnet, von 12,4 Mio. DDD auf 81,2 Mio. DDD in 1998 (Abb. 6).

Während des Untersuchungszeitraums stiegen die verordneten Tagesdosen pflanzlicher Prostatamittel zunächst an. Mit der Einführung der neuen Prostatamittel sanken sie deutlich unter das Niveau von 1993 auf 181,7 Mio. DDD. Dieser Rückgang wurde allerdings durch den Anstieg der neu eingeführten Prostatamittel überkompensiert. Damit stieg die Zahl verordneter Prostatamittel von 1993 bis 1998 um 26,6%, also 9,1% stärker als der Demographieeffekt. Zwei Faktoren erklären diesen Verordnungsanstieg: Bei unveränderten Therapieprinzipien führt die demographisch bedingte erhöhte Zahl von Patienten mit BPH dazu, dass mehr Prostatamittel verordnet werden. Tatsächlich führten die seit 1995/96 eingeführten Wirkstoffe dazu, dass ein höherer Anteil der Patienten mit BPH-Verordnungen diese Arzneien erhielt als vor deren Einführung [12]. Um deren Nebenwirkungen zu kontrollieren, sind häufigere Arzt-Patienten-Kontakte als bei pflanzlichen Arzneimitteln erforderlich. Sofern dadurch auch eine zusätzliche Fallzählung in der Abrechnungstatistik ausgelöst wurde, hat dies neben dem Demographieeffekt zur dargestellten Fallzahlsteigerung bei Urologen beigetragen. Exakt lässt sich

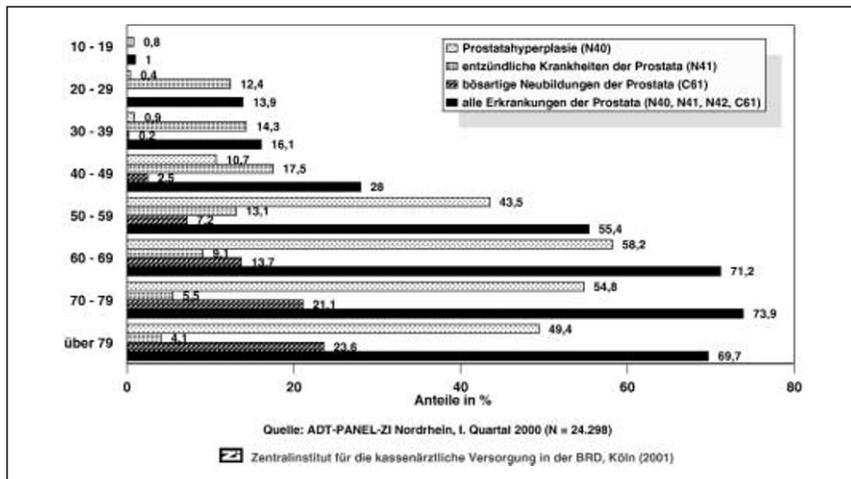


Abb. 4 ▲ Aufgreifdiagnosen bei männlichen Patienten von Urologen nach Altersgruppen

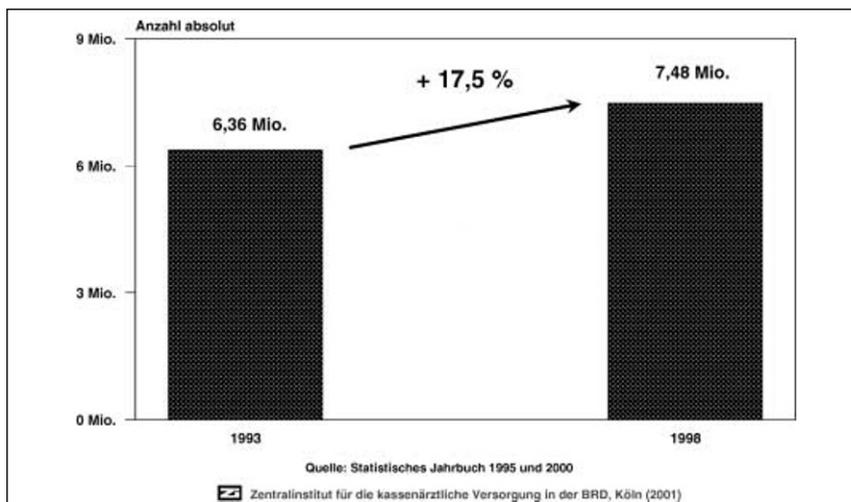


Abb. 5 ▲ Bevölkerungszuwachs der über 60-jährigen Männer von 1993 bis 1998

**Tabelle 2**  
**Anteil der Patienten mit benigner Prostatahyperplasie in % aller männlichen Patienten der jeweiligen Arztgruppen**

Arztgruppe	[%] aller männlichen Patienten
Allgemeinärzte	4,4
Anästhesisten	0,1
Chirurgen	0,1
Gynäkologen	0,4
Hautärzte	0,0
Internisten fachärztlich tätig	1,1
Internisten hausärztlich tätig	4,5
Nervenärzte	0,0
Radiologen	0,1
Urologen	38,9

Quelle: ADT-Panel-ZI-Nordrhein, Patienten-/Praxenstichprobe 1/2000

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, Köln

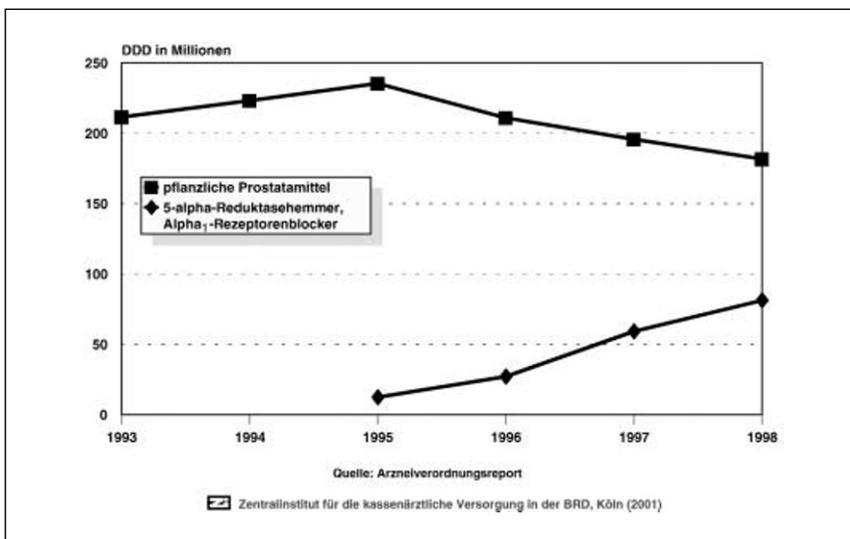


Abb. 6 ▲ Verordnete Tagesdosen von Prostatamitteln in Deutschland

dies jedoch mit den vorliegenden Daten nicht quantifizieren.

Die Umstellung der Therapieprinzipien bewirkte, dass Patienten länger ambulant behandelt werden und Krankenhausaufenthalte und stationäre Operationen vermieden oder zeitlich hinausgeschoben werden konnten [3].

Tatsächlich war die Zahl stationär behandelter Patienten mit der Hauptdiagnose Prostatahyperplasie von 1993 bis 1998 rückläufig, darunter auch die Zahl der Fälle mit Operation (Abb. 7). Die aus der geänderten Bevölkerungsstruktur resultierende Behandlungsmorbidität bei der Prostata verursachte im ambulanten Bereich einen höheren Ressourceneinsatz bei gleichzeitigem Rückgang im stationären Bereich. Die Zahl der Krankenhaussfälle mit Prostatahyperpla-

sie war im Zeitraum 1993–1998 um 14,5% rückläufig. Substitutionseffekte zwischen ambulanter und stationärer Behandlung lassen sich durch den Einsatz innovativer Prostatamittel einerseits und den Rückgang der Krankenhaussfälle mit und ohne Operation andererseits belegen.

Stationäre Fälle mit BPH wurden teilweise als belegärztliche Fälle behandelt. Die dabei ausgeführten operativen Entfernungen eines Prostataadenoms (EBM-Ziffer 1778) wurden zwischen 1993 und 1998 um 10% weniger abgerechnet (KBV-Abrechnungsstatistik). Es ist anzunehmen, dass auch Belegärzte verstärkt mit Arzneimitteln anstelle von Operationen therapierten und damit zum dargestellten Substitutionseffekt beitrugen.

Die dargestellten Änderungen bei Krankenhaussfällen und ambulanten Fällen von Prostatahyperplasie sowie bei der Verordnung von Prostatamitteln hatten auch Änderungen des Behandlungsaufwands zur Folge (Abb. 8). Die Aufwandsänderung für Krankenhaussfälle lässt sich allerdings nur annähernd quantifizieren. Im Jahre 1998 wären etwa 60,2 Mio. DM weniger für stationäre Fälle von Prostatahyperplasie im Vergleich zu 1993 angefallen, wenn lediglich die Fallzahl ausschlaggebend gewesen wäre (Anhangtabelle 2). Diese Aufwandsänderung zeigte sich jedoch wahrscheinlich in den tatsächlichen Ausgaben nicht in diesem Maße, weil Mindererlöse in prospektiv vereinbarten Krankenhausbudgets teilweise ausgeglichen werden. Für den Demographieeffekt in der ambulanten Behandlung von BPH sind für 1998, verglichen mit 1993, etwa 196,7 Mio. DM an zusätzlichem Aufwand zu veranschlagen (Anhangtabelle 3). Auch diese Angabe ist näherungsweise ermittelt, weil die Auswirkungen von Punktwertänderungen nicht berücksichtigt werden konnten. Die Substitutionseffekte zwischen stationärer und ambulanter Behandlung von BPH wirkten sich außerdem nicht in den Budgets der beiden Sektoren aus, weil diese getrennt voneinander vereinbart werden und Ausgleichsmechanismen nicht existieren. Die gegenläufige Entwicklung der Verordnung von pflanzlichen und "chemischen" Prostatamitteln (5 $\alpha$ -Reduktasehemmer/ $\alpha_1$ -Rezeptorenblocker) fand ihre Entsprechung in dem dadurch verursachten Umsatz. Während der Umsatz für pflanzliche Prostatamittel in 1998, verglichen mit 1993, 48,1 Mio. DM geringer ausfiel, schlug für "chemische" Prostatamittel in 1998 der Umsatz von 177,6 Mio. DM gegenüber 1993 zu Buche (Anhangtabelle 4). 1993 (Basisjahr des Untersuchungszeitraums) waren die betreffenden Mittel noch nicht auf dem Markt. Insgesamt ergibt sich bei Prostatamitteln eine Umsatzsteigerung von 129,5 Mio. DM.

Bei bösartigen Neubildungen der Prostata war die Zahl der stationär versorgten Fälle steigend. Die Zunahme betrug im Zeitverlauf 23,5%. Die Zahl der bösartigen Neubildungen mit Operation zeigte mit 24,1% eine stärkere Zunahme (Abb. 7). Hier ist ein Zusammenhang zur gesteigerten Inzidenz seit etwa 1990

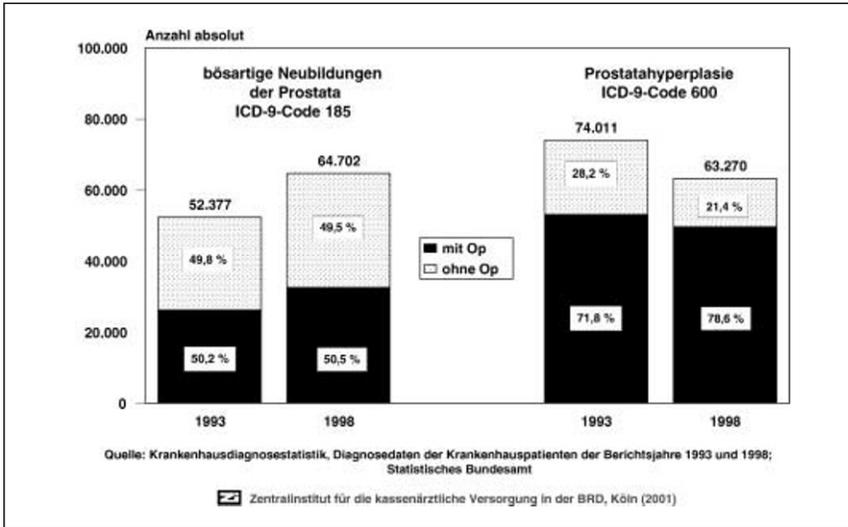


Abb. 7 ▲ Zahl der Krankenhausfälle insgesamt und Krankenhausfälle mit Operation

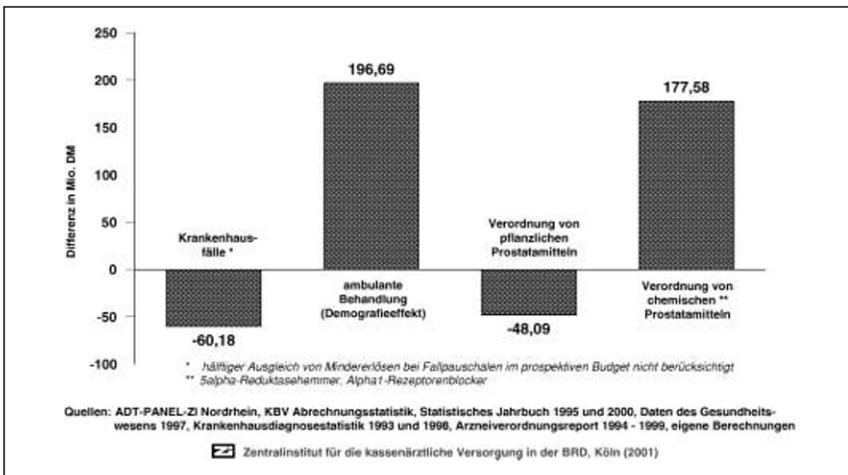


Abb. 8 ▲ Änderung des Aufwands für Stationäre Behandlung von BPH, demografiebedingte Aufwandsänderung der ambulanten Behandlung von BPH und Umsatzänderung von Prostatamitteln 1998 im Vergleich zu 1993

anzunehmen, die zu einem großen Teil vermutlich auf die Einführung spezieller und verbesserter Methoden in der Frühdiagnostik zurückzuführen ist [5]. Der dargestellte Demografieeffekt wirkte sich ebenfalls in der Fallzahlenentwicklung von Prostatakarzinomen aus. Da die Inzidenz des Prostatakarzinoms stark altersabhängig ist und in hohem Alter am stärksten ausgeprägt ist, führt eine steigende Zahl alter Männer in der Bevölkerung zu mehr Fällen mit bösartigen Neubildungen der Prostata. Es ist gesichert, dass diese zusätzlichen stationären Fälle vor und nach dem Klinikaufenthalt ambulante Versorgung in Anspruch nahmen. Soweit diese Fälle noch nicht wegen anderer Krankheiten in den Praxen waren, stieg auch durch

die so entdeckten Fälle von Prostatakarzinom die Fallzahl bei niedergelassenen Urologen.

Die herausragende Rolle der dargestellten Diagnosen für die Entwicklung der Inanspruchnahme wird durch eine weitere Studie, die im Auftrag des Zentralinstituts durchgeführt wurde, bestätigt, die den Zeitraum 1994 bis 1997 untersuchte. Für die Diagnosenhauptgruppen Erkrankungen des Urogenitalsystems, Neubildungen und Symptome wurden in einer Stichprobe von Urologenpatienten aus dem Gebiet der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns die stärksten Leistungszuwächse des Leistungsbedarfs in der Fachgruppe Urologie festgestellt [11].

## Diskussion und Schlussfolgerungen

Durch die Therapie der BPH mit den neuen chemischen Arzneimitteln kann bei den meisten Patienten die Operation zumindest hinausgeschoben werden. Unter den verschiedenen Wirkstoffen wurde Tamsulosin am häufigsten verordnet [13]. Nach der placebokontrollierten doppelblinden PLESS-Studie (Proscar Long-Term Efficacy and Safety Study) wurde durch das Medikament Finasterid (Proscar®) unter anderem das Risiko für einen akuten Harnverhalt und eine Operation mehr als halbiert [4]. In der Studie wurden über 3000 Patienten 4 Jahre mit Finasterid (Proscar®) behandelt. In einer weiteren Studie wurde kein signifikanter Unterschied zwischen Finasterid und den  $\alpha_1$ -Rezeptorenblockern Tamsulosin, Alfuzosin, Terazosin und Doxazosin gefunden, dass durch die Einnahme dieser Medikamente eine Katheterisierung oder eine Operation vermieden werden könnte [12]. Bei etwa 20% der diagnostizierten Patienten ist gleichwohl entweder primär aufgrund eindeutiger Befunde oder sekundär nach erfolgloser medikamentöser Behandlung ein operativer Eingriff nötig [10]. Ob durch die erfolgreiche medikamentöse Therapie Operationen auf Dauer vermieden werden können, muss in zukünftigen Studien noch untersucht werden [9].

Der Anstieg der Fallzahl bei niedergelassenen Urologen im Zeitraum von 1993 bis 1998 um 3,1 Mio. ist ceteris paribus zu 48,8 % (1,5 Mio. Fälle) durch demographieinduzierte und morbiditätsbedingte Änderungen zu erklären. Prognosen zeigen eine Verdoppelung der Zahl älterer Männer bis zum Jahr 2025 [6]. Demographische Effekte werden daher auch in Zukunft großen Einfluss auf die Behandlung durch Urologen haben.

Die Einführung neuer Therapieprinzipien bei der benignen Prostatahyperplasie in Form neuer Wirkstoffe bewirkte steigende Verordnungszahlen der entsprechenden Prostatamittel. Weiter war die Zahl der Operationen aufgrund von BPH rückläufig, was als Erfolg von Arzneimittelinnovationen anzusehen ist. Seit Einführung neuer Wirkstoffe werden Patienten zunehmend häufiger und eventuell auch früher behandelt als vorher. Wegen der dabei erforderlichen engmaschigeren Kontrolle der mögli-

chen Nebenwirkungen ist anzunehmen, dass dies zusätzlich zum dargestellten Demographieeffekt die Fallzahl bei Urologen im Untersuchungszeitraum erhöhte.

Bei bösartigen Neubildungen der Prostata war die Zahl der stationär versorgten Fälle steigend, sowohl die Fälle mit als auch ohne Operation, was teilweise auf verbesserte diagnostische Möglichkeiten zurückgeführt werden kann. Es ist gesichert, dass diese zusätzlichen stationären Fälle vor und nach dem Klinikaufenthalt ambulante Versorgung in Anspruch nahmen.

Die berichteten Trends stationärer Fälle wären wegen Mängeln in der Datenbasis der Krankenhausdiagnostik im Jahre 1993 noch zu korrigieren. Die Angaben zum folgenden Jahr 1994 als Basisjahr des Untersuchungszeitraums sind nicht mehr mit diesen Mängeln behaftet und zeigen in einer Kontrollrechnung keine wesentlich anderen Ergebnisse.

Die Auswirkungen aller dargestellten Einflussfaktoren aus Demographie, Inanspruchnahme, Arzneimittelinnovation und Behandlungsverlagerung zwischen stationär und ambulant auf den Behandlungsaufwand der Prostatahyperplasie lassen sich näherungsweise berechnen. Insgesamt entstanden dem Gesundheitswesen auf diese Weise Mehraufwendungen von 266 Mio. DM im Jahre 1998, verglichen mit 1993. Dieses Beispiel zeigt, dass die Einsparungen von 108 Mio. DM durch die Mehrausgaben von

374 Mio. DM infolge des demographiebedingten Zuwachses in der Inanspruchnahme und durch Arzneimittelinnovation überkompensiert werden (Abb. 8). Darüber hinaus werden die kalkulierten Einsparungen nicht in voller Höhe wirksam, weil Mindererlöse im stationären Bereich teilweise ausgeglichen werden. Werden Rationalisierungseffekte durch Demographieeffekte und Innovationen nachweislich überkompensiert, muss dies einen Niederschlag in den verfügbaren Finanzmitteln finden. Andernfalls führt dies zu einer verdeckten Rationierung.

## Literatur

- (Anonym) (2000) Benigne Prostatahyperplasie – Große europäische prospektive Beobachtungsstudie TRIUMPH soll Wirksamkeit und Kosten verschiedener BPH-Therapien klären. *Ärzte-Zeitung*, 19.05.2000
- (Anonym) (2000) Benigne Prostatahyperplasie (BPH) – Angst und Scham führen oft zum Schweigen. Nur ein Drittel der Männer mit Miktionsbeschwerden geht zum Arzt. *Ärzte Zeitung*, 21.08.2000
- (Anonym) (2000) Erste Daten vom paneuropäischen TRIUMPH-Projekt – Ärzte behandeln BPH-Patienten anders als früher. Statt Zwarten jetzt schnelles Handeln. Frühzeitig behandelte Patienten mit BPH werden selten operiert. *Ärzte Zeitung*, 28.04.2000
- (Anonym) (2001) Langzeittherapie bei Prostatahypertrophie hat sich bewährt. *Ärzte Zeitung*, 01.03.2001
- Arbeitsgemeinschaft Bevölkerungsbezogener Krebsregister in Deutschland (Hrsg) (1999) Krebs in Deutschland. Häufigkeiten und Trends. 2. Aktualisierte Ausgabe, Saarbrücken
- Berges R, Pientka L (1999) Management of the BPH syndrome in Germany: Who is treated and how? *Eur Urol* 36 [Suppl 3]: 21–27
- Berges R, Senge T (2001) Benigne Prostatahyperplasie. In: Hautmann R, Huland H (Hrsg) *Urologie*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio
- Farmer RTP, Clifford GM, Logie JW, Williams TJ (o.J.) Benign prostatic hypertrophy incidence and treatment rates. Survey (unveröff. Manuskript)
- Goepel M, Schulze H, Sökeland J (2000) Die benigne Prostatahyperplasie: Pathogenese, Diagnostik und konservative Therapie. *Dtsch Ärztebl* 97/24: A-1677
- Hartung R, Barba M (2000) Instrumentelle Therapie der benignen Prostatahyperplasie. *Dtsch Ärztebl* 97/15: A-989
- IGES (2000) Veränderte Anforderungen an die ambulante Versorgung und deren Auswirkungen auf die ärztlichen Leistungen. Studie im Auftrag des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Berlin
- Logie JW, Clifford GM, Farmer RTD, Meesen BPW (2001) Lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic obstruction. TRIUMPH: the role of general practice databases (in press)
- Mühlbauer B, Oßwald H (2001) *Urologika*. In: Schwabe U, Paffrath D (Hrsg) *Arzneiverordnungsreport 2000*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio
- Rassweiler J, Eisenberger F (1996) Tumoren der Urogenitalorgane. In: Hofstetter AG, Eisenberger F (Hrsg) *Urologie für die Praxis*. Springer, Berlin Heidelberg New York, S. 125 ff
- Rutishauser G (1998) *Basiswissen Urologie*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio

Anhangtabelle 1

### Berechnung der Fallzahlsteigerung durch den Demografieeffekt bei Patienten mit BPH bei niedergelassenen Urologen

	1993 – absolut in 1000	1998 – absolut in 1000	Veränderung – absolut in 1000	Veränderung – in [%]
Männliche Bevölkerung über 60 Jahre <sup>a</sup>	6.363,5	7.478,5	1.115,0	17,5
Darunter Urologenpatienten mit BPH <sup>b</sup>	1.909,1	2.243,6	334,5	17,5
Fallzahl der Urologenpatienten mit BPH über 60 Jahre <sup>c</sup>	3.428,6	4.935,8	1.507,2	44,0
Gesamtfallzahl bei Urologen <sup>d</sup>	7.031,8	10.122,8	3.091,0	44,0

Anteil des demographiebedingten Fallzahlenstiegs wegen BPH am Gesamtfallzahlenstiegs

48,8

<sup>a</sup> Quelle: Statistisches Jahrbuch 1995 und 2000

<sup>b</sup> Nach Aussage von Experten kann bei fast allen Männern über 60 Jahre BPH diagnostiziert werden. Für die Modellrechnung wird angenommen, dass 30% der Männer dieser Altersgruppe Arztkontakte mit Urologen haben (Rutishauser 1998; Berges, Senge 2001, Berges, Pientka 1999)

<sup>c</sup> Laut ZI-ADT-Panel verursachen Urologenpatienten mit BPH im Jahr 1998 durchschnittlich 2,2 Fälle bei Urologen pro Jahr, in 1993 1,8 Fälle pro Jahr, letztere Zahl ergibt sich aus der Annahme eines konstanten Anteils der Fälle mit BPH an der Gesamtfallzahl bei Urologen

<sup>d</sup> KBV-Abrechnungstatistik, 1993 neue Bundesländer hochgerechnet auf der Datenbasis 1996

 Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, Köln

**Anhangtabelle 2**  
**Aufwand für stationäre Fälle von BPH**

	1993	1998	Veränderung absolut
Fälle	74.011	63.270	-10.741
Aufwand in Mio. DM (BRD) <sup>a</sup>	406,63	346,4	-60,2

<sup>a</sup> 1993: West 85% von 1,1 Mio. Krankenhaustagen, mittlere Verweildauer von 13,7 Tagen und mittlerer Pflegesatz von DM 407,67;

Ost 15% von 1,1 Mio Krankenhaustagen, mittlere Verweildauer von 13,7 Tagen und mittlerer Pflegesatz von DM 364,73;

1998: bei Fallpauschale 14.02 mit 5070 Punkten, Punktwert 1,08 DM Schätzungen, gemäß tel. Auskunft Herr Pflaumenbaum, KBCV: hälftiger Ausgleich von Mindererlösen bei Fallpauschalen im prospektiven Budget nicht berücksichtigt.

Quelle: Daten des Gesundheitswesens 1997, Krankenhausdiagnosestatistik, tel. Auskunft Herr Pflaumenbaum, KBV, eig. Berechn.

 Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, Köln

**Anhangtabelle 3**  
**Behandlungsaufwand ambulanter Fälle von BPH-Patienten über 60 Jahre in Urologenpraxen**

	Mittlerer Leistungsbedarf je Fall in Punkten <sup>a</sup>	Anzahl Fälle Tsd.	Leistungsbedarf gesamt Mio. DM <sup>b</sup> im Bundesgebiet
1993	1305	3428,6	447,43
1998	1305	4935,8	644,12
Differenz			196,69

<sup>a</sup> ADT-Panel KV Nordrhein 1/2000

<sup>b</sup> Punktwert DM 0,10, Hochrechnung auf der Basis der Panel-Daten

Quelle: ZI-ADT-Panel Nordrhein 1/2000, eig. Berechn.

 Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, Köln

**Anhangtabelle 4**  
**Umsatz von Prostatamitteln in Mio. DM<sup>a</sup>**

	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Uroxatral (Alfuzosin)			8,5	16,3	18,3	20,5
Flotrin (Terazosin)				14,6	11,3	12,5
Urion (Alfuzosin)				9,8	10,4	14,2
Omnice (Tamsulosin)					31,4	47,0
Alna (Tamsulosin)					35,8	52,7
Proscar (Finasterid)			28,8	32,2	26,3	30,8
<b>Summe:</b>						
5 $\alpha$ -Reduktasehemmer, $\alpha$ 1-Rezeptorenblocker	0	0	37,3	72,9	133,5	177,6
Pflanzliche Prostatamittel <sup>b</sup>	146,8	165,3	175,0	208,8	178,1	165,3
Kombinationspräparate bis 1995	66,6	56,5	55,3			
<b>Gesamt</b>	<b>213,4</b>	<b>221,8</b>	<b>267,6</b>	<b>281,6</b>	<b>311,6</b>	<b>342,9</b>

<sup>a</sup> ermittelt aus Verordnungen und DDD-Kosten, daher teilweise rundungsbedingte Abweichungen zu Umsatzangaben im Arzneiverordnungsreport

<sup>b</sup> 1993-1995 ohne Kombinationspräparate

Quelle: Arzneiverordnungsreport, Jahrgänge 1994-1999, eig. Berechn.

 Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, Köln

# Bei Verdacht auf Hodentorsion muss der Hoden freigelegt werden

## I. Vorbemerkung

Fehlerhaftes Agieren und Therapieren eines Arztes kann bekanntlich zur Strafverfolgung - zumindest - wegen eines Körperverletzungstatbestandes, vor allem aber zu immer massiveren Schadensersatzforderungen führen. Die Frage, ob eine Fehlbehandlung auf Seiten des Arztes vorliegt oder nicht, entscheidet in der Regel der ärztliche Standard in jeder einzelnen Facharztdisziplin und - in der prozessualen Auseinandersetzung - der vom Gericht bestellte Gutachter, der stets ein Fachkollege des beklagten bzw. angeklagten Arztes ist. Kein Richter darf - da medizinischer Laie - im zu entscheidenden Fall auf die Begutachtung durch einen Sachverständigen verzichten.

So haben auch im nachstehend wiedergegebenen Fall des Oberlandesgerichts Oldenburg die von den Richtern zweier Instanzen mit der Begutachtung des Falles beauftragten Sachverständigen letztlich das Verfahren zu Gunsten der drei beklagten Ärzte (allesamt Urologen) vorentschieden.

## II. Der Sachverhalt

Der Kl. beehrte von drei Bekl. Schmerzensgeld und von diesen sowie der Bekl. zu 2 als Trägerin des Krankenhauses, in dem die drei Bekl. beschäftigt sind, die Feststellung der Haftung für zukünftige Schäden mit der Behauptung, er sei im August 1991 fehlerhaft behandelt worden. Die bei einer Hodentorsion gebotene Behandlung sei nicht vorgenommen worden.

Der 1976 geborene Kl. hatte im Alter von sechs Jahren nach einer Hodenverlagerung rechts eine Hodenatrophie erlitten. Am 7.8.1991 wurde er während eines Urlaubs in der Schweiz von seiner

Schwester in den Hoden „gekniffen“. Nachdem er in der Folgezeit Schmerzen verspürte, suchte er am 10.8.1991 das Spital N. auf, wo der Arzt Dr. S. bei ihm ein Hodentrauma links bei bekannter Hodenatrophie rechts diagnostizierte.

Am 12.8.1991 konsultierten seine Eltern mit ihm in O. den Urologen Dr. E. Dieser vermerkte in seiner Karteikarte u.a., daß das linke Skrotum stark geschwollen und der linke Hoden normal groß sei. Er begann eine Therapie mit einem Antibiotikum. Am Abend des 17.8.1991, einem Samstag, begab sich der Kl. in die urologische Abteilung des Krankenhauses, dessen Trägerin die Bekl. zu 2 ist. Dort wurde er von dem Bekl. zu 4 als diensthabendem Facharzt für Urologie untersucht, der als Befund u.a. erhob, daß das linke Skrotalfach kleinfaustgroß geschwollen und derbhart sei und die Hoden/Nebenhoden nicht abgrenzbar sowie druckdolent seien. Als Diagnose vermerkte der Bekl. zu 4 eine schwere Epididymitis links.

Am 18.8.1991 untersuchte der Bekl. zu 3, Facharzt für Urologie und Oberarzt in der urologischen Abteilung, den Kl. und stellt anschließend einen sehr massiven Befund am linken Hoden bzw. Skrotum fest, und zwar eine deutlich schmerzliche Schwellung und einen nicht abgrenzbaren Nebenhoden. Zu einer durchgeführten Sonographie gab er an, daß auch die echoarmen Zonen zentral seien. Am 19.8.1991, einem Montag, sah der Bekl. zu 1, Chefarzt im Krankenhaus der Bekl. zu 2, erstmals den Kl. Er nahm einen ausführlichen Vermerk auf, nach dem ihm aufgrund der Anamnese und des Schallbefundes eine Hodentorsion äußerst unwahrscheinlich erschien. Selbst aber dann, wenn es sich um eine Torsion gehandelt haben sollte, sei der Zeitpunkt zur Retorquierung verpaßt. Eine Freilegung in diesem ver-

schwielten Stadium würde mit großer Wahrscheinlichkeit in einer Semikastration enden. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf diesen Vermerk verwiesen. Eine operative Freilegung des Hodens wurde nicht vorgenommen. Am 2.9.1991 wurde der Kl. aus der stationären Behandlung entlassen.

In der kinderchirurgischen Klinik des Klinikums M. wurde im November 1991 der linke Hoden freigelegt. Dabei wurde eine zeitlich zurückliegende Hodentorsion festgestellt, die der kommissarische Direktor der Klinik Prof. Dr. B. in den Zeitraum August 1991 einordnete.

Der Kl. behauptet, die Bekl. zu 1, 3 und 4 hätten bei einer ordnungsgemäßen Behandlung den linken Hoden freilegen müssen. Die Torsion hätte sich zu dem Zeitpunkt noch in einem frühen Stadium befunden. Dies folge aus den Testosteronwerten, wie sie am vierten Tag der Einlieferung in das Krankenhaus der Bekl. zu 2 erhoben worden seien. Hätten die Bekl. den Eingriff vorgenommen, wären die Zeugungsunfähigkeit und der vollständige hormonelle Ausfall vermieden worden. Der Kl. machte gegen die Bekl. zu 1, 3 und 4 einen Anspruch auf Zahlung eines angemessenen Schmerzensgeldes geltend und beantragte gegen alle Bekl. die Feststellung, daß sie als Gesamtschuldner verpflichtet seien, ihm aufgrund der fehlerhaften Behandlung alle Schäden zu ersetzen, die ihm künftig entstehen, soweit die Ansprüche nicht auf SVT oder Dritte übergehen.

---

Prof. Dr. jur. Gerhard H. Schlund  
Vorsitzender Richter am OLG a.D.  
Josef-Schlicht-Straße 6a, 81245 München

Das LG hat die Klage abgewiesen. Die Berufung des Kl. hatte keinen Erfolg.

### III. Die Entscheidung

Das OLG Oldenburg meinte in seiner Entscheidung vom 28.10.1997 (5U 191/96), die der BGH durch Nichtannahme der Revision mit Beschluß von 19.5.1998 (VI ZR 341/97) billigte, u.a. Folgendes:

Der Kl. hat gegen die Bekl. zu 1, 3 und 4 keinen Anspruch auf Zahlung eines Schmerzensgeldes gem. §§ 823 Abs. § 847 BGB. Eben so besteht kein Feststellungsanspruch gegen die Bekl. hinsichtlich einer Haftung für zukünftige Schäden.

Dabei kann dahingestellt bleiben, ob es einen schuldhaften Behandlungsfehler darstellt, daß die Bekl. zu 1, 3 und 4 aufgrund ihrer Diagnosen vom 17., 18. und 19.8.1991 eine operative Freilegung des linken Hodens unterließen oder ob dies nicht als Behandlungsfehler zu werten ist, wie der Sachverständige Prof. Dr. R. ausgeführt hat. Denn ein Ersatzanspruch scheidet bereits deshalb aus, weil der Kl. den Beweis dafür, daß ein eventuelles Fehlverhalten der Bekl. ursächlich für den eingetretenen Schaden war, nicht geführt hat. Er hat nicht bewiesen, daß die unterlassene Operation im Krankenhaus der Bekl. zu 2 zum Verlust des Hodens geführt hat, dieser also bei Beginn der Behandlung infolge der Torsion nicht schon irreversibel geschädigt war (wird ausgeführt).

Die uneingeschränkte Aussage, daß durch eine Operation eine Rettung des Hodens möglich gewesen wäre, trifft lediglich Dr. T. in seiner - kurzen - ärztlichen Bescheinigung vom 4.1.1997, ohne dabei jedoch auf die aufgezeigten zeitlichen Komponenten einzugehen, die Prof. Dr. R. und Prof. Dr. P. differenziert dargestellt haben. Im Hinblick darauf läßt die Äußerung von Dr. T. nicht den Schluß zu, daß ein Erfolg der Operation am 17.8.1991 auf jeden Fall möglich gewesen wäre.

Einen solchen Beweis kann der Kl. auch nicht mittels des Testosteronspiegels führen, für dessen Bestimmung dem Kl. nach der Eintragung in der Karteikarte des Krankenhauses zu „Visite-Verordnung“ am 19.8.1991 Blut abgenommen werden sollte, nach Behauptung des Kl. am 20.8.1991 abgenommen worden ist. Nach dem Befundbericht der

Dres. E. und W. vom 23.8.1991 wies das Serum bei der endokrinologischen Funktionsdiagnostik einen LH-Wert von 10.6 IU/l, einen FSH-Wert von 26.4 IU/l und freies Testosteron von 3.0 pg/ml auf. Ein weiterer Befundbericht der Dres. E. und W. für ein am 29.8.1991 beim Labor eingegangenes Serum ergab einen LH-Wert von 15.2 IU/l, einen FSH-Wert von 37.0 IU/l und einen Testosteronwert von 1.1 pg/ml. Der Testosteronwert weist darauf hin, daß zu diesem Zeitpunkt endokrin funktionsfähiges Testisgewebe vorhanden war, wie Prof. Dr. G. dem Vater des Kl. am 26.3.1996 bescheinigt hat, wobei Prof. Dr. G. allerdings von 10 pmol/l ausgegangen ist. Auch Prof. Dr. B. hat in seiner Vernehmung am 21.10.1996 bestätigt, daß der Wert von 3.0 (pg/ml) eine endokrine Funktion des Hodens zeige. Zugleich hat Prof. Dr. B. aber auch ausgeführt, aus den hohen FSH-Werten könne hergeleitet werden, daß schon zum Zeitpunkt der ersten Blutuntersuchung eine ausgeprägte Schädigung des Tubulussystems des Hodens eingetreten sei.

Weiterhin hat Prof. Dr. B. auf Vorhalt des Gutachtens von Prof. Dr. R. vom 8.9.1994 durch das LG geantwortet. Dieser hatte ausgeführt, die Bestimmung des Testosteronwerts vom 20.8.1991 könne nicht als ein Beweis dafür herangezogen werden, ob zu diesem Zeitpunkt noch funktionsfähiges Hodengewebe vorhanden war oder nicht. Der Wert des freien Testosterons im Serum von 3.0 pg/ml im Vergleich zum letzten Wert von 1.1 pg/ml bedeute eine Minderung vom 20. zum 29.8.1991, lasse jedoch nicht den Schluß zu, daß zum ersten Zeitpunkt die Torsion noch in einem so frühen Stadium gewesen sei, daß bei einer Hodenfreilegung und Retorsion die Zeugungsfähigkeit oder auch die Fähigkeit des linken Hodens, noch Hormone zu bilden, eindeutig geschont hätte werden können. Prof. Dr. B. hat dazu erklärt, diese Frage sei für die Zukunft weder so noch so zu beantworten. Wenn nach einer Blutentnahme die Produktion von Testosteron nachgewiesen werde, so bedeute dies nicht, daß auch in Zukunft weiter Testosteron produziert werde (wird weiter ausgeführt).

Der Kl. trägt die Beweislast dafür, daß der behauptete Behandlungsfehler ursächlich für den Schadenseintritt war (vgl. BGH VersR 86, 1121 [1123] = NJW 87, 705 [706]; OLG Celle VersR 88, 159 -

ebenfalls eine Hodentorsion betreffend). Diese Beweislast kehrt sich hier nicht aus dem Gesichtspunkt eines groben Behandlungsfehlers um. Ein grober Behandlungsfehler kann zu Beweiserleichterungen bis hin zur Beweislastumkehr führen (BGHZ 72, 132 [133] = VersR 78, 1022). Ein solcher ist hier jedoch nicht festzustellen. Zwar haben die Bekl. zu 1, 3 und 4 bei der Behandlung eine im nachhinein gesehen falsche Diagnose abgegeben, indem sie von einer Epididymitis ausgingen. Gegenüber dem Vorwurf unzutreffender Diagnosestellung ist aber Zurückhaltung geboten (Senat vom 18.12.1990 - 5 U 82/90 - VersR 91, 1141). Ein Diagnoseirrtum darf nur dann als „grob“ bezeichnet werden, wenn es sich um einen fundamentalen Diagnoseirrtum handelt (BGH VersR 81, 1033 [1034]; 88, 293 [294]). Auch wenn der Senat es offen läßt, ob sich aus der im nachhinein gesehen falschen Diagnose ein Behandlungsfehler ergibt, so schließt er gleichwohl einen groben Behandlungsfehler unter Berücksichtigung aller vorliegenden Gutachten aufgrund der konkreten Situation aus.

Der erstinstanzliche Sachverständige Prof. Dr. R. hat einen Behandlungsfehler der Ärzte verneint. Er hat dazu u.a. ausgeführt, der sonographische Befund spreche eher für die Beeinträchtigung des Nebenhodens. Insgesamt weiche der Befund deutlich von den üblichen Befunden ab, so daß es nachvollziehbar sei, daß die behandelnden Ärzte von einer Freilegung des Hodens abgesehen hätten. Soweit sich Prof. Dr. R. dabei auf vorliegende Sonographiebilder gestützt hat, besteht kein Zweifel daran, daß die in den Krankenakten vorhandenen Sonographiebilder solche sind, die den Hoden des Kl. zeigen. Zwar sind keine Namen auf den Bildern angegeben, jedoch zeigen die Aufnahmen jeweils Bilder eines Hodens. Es gibt keinerlei Anhaltspunkte dafür, daß es sich um einen anderen Patienten handelt. Vielmehr ist es so, daß sich ein Sonographiebild der urologischen Klinik mit Datum 26.8.1991 und Uhrzeit 15.28 Uhr in der Krankenakte befindet, während ein weiteres mit selbem Datum und Uhrzeit 15.29 Uhr Teil der von Dr. E. eingereichten Krankenunterlagen ist. Beide zeigen einen Hoden. Sie unterscheiden sich in der Beschriftung außer in der Uhrzeit im Textteil nur dadurch, daß bei ersten „Tief 50“, beim zweiten „Tief 65“

angegeben ist. Dies läßt den Schluß zu, daß diese beiden Sonographiebilder in zeitlichem Zusammenhang gefertigt wurden. Daraus folgt aber gleichfalls, daß beide Aufnahmen den Hoden desselben Patienten zeigen. Dabei handelt es sich um den Kl., entsprechend der Angabe auf den Krankenakten des Krankenhauses und von Dr. E.

Weiterhin ist Prof. Dr. R. der Auffassung, es bestehe kein Zweifel, daß im Fall einer Hodenfreilegung bei schwerer Nebenhodenentzündung das Risiko bestanden habe, den Hoden entfernen zu müssen. Es sei korrekt, daß man eine frische Nebenhodenentzündung freilegen könne, ohne große Schwierigkeiten für den Hoden zu befürchten. Im Falle des Kl. habe aber am 17./18.8.1991 keine frische Nebenhodenentzündung vorgelegen, wenn man bedenke, daß erste Symptome am 7.8.1991 und schwerwiegende Symptome eindeutig am 12.8.1991 bestanden hatten und behandelt wurden. Man könne den betroffenen Ärzten keinen Vorwurf machen, weil sie in Anbetracht dieser besonderen Krankheitsvorgeschichte, der Vorbehandlung sowie des Test- und Ultraschallbefundes des Hodens zu dem Schluß gekommen seien, daß viele Zeichen für eine Nebenhodenentzündung sprächen und es bei der Differentialdiagnose Hodentorsion für eine Rettung des Hodens zu spät gewesen wäre (wird weiter ausgeführt).

Zwar kann es fehlerhaft sein, wenn beim Verdacht auf eine Hodentorsion die Freilegung des Hodens unterlassen wird (dahin gehend auch Senat vom 15.3.1994 - 5 U 152/93 - VersR 95, 96), hier liegen aber bereits am 17.8.1991 und erst recht an den Folgetagen so viele besondere Umstände vor, daß ein grobes Fehlverhalten der Bekl. zu 1, 3 und 4 auszuschließen ist. Der Kl. hatte am 17.8.1991 bereits seit fast zehn Tagen eine Schwellung des Hodens, eine Torsion war bereits in der Schweiz ausgeschlossen worden, er war seit dem 12.8.1991 in Behandlung des Facharztes Dr. E. Von diesem wurde er medikamentös behandelt. Die Schwellung war zwischenzeitlich rückläufig gewesen. Zwischendurch hatte der Kl. auch Fieber. Dies alles - also auch den Gedanken an eine Torsion - nahm der Bekl. zu 4 bei der Anamnese anlässlich der ersten Untersuchung auf, wie der Einlagebogen zum Krankenblatt belegt. Damit waren schon zwei Ärzte - davon ein Facharzt - vor der Kranken-

hausbehandlung nicht von einer Hodentorsion ausgegangen. Zudem handelte es sich - wie dargestellt - um einen untypischen Befund.

Eine Beweislastumkehr könnte weiterhin in Betracht kommen, wenn - wie der Kl. behauptet - der Bekl. zu 1 am 19.8.1991 den Eltern des Kl. gegenüber erklärt hätte, aufgrund des Ultraschallbefundes sei eine Hodentorsion ausgeschlossen, es liege eine Nebenhodenentzündung vor. Dadurch könnte er in fehlerhafter Weise eine Klärung des Ursachenzusammenhangs durch die sonst beabsichtigte Operation verhindert haben. Eine Ultraschalluntersuchung mit dem B-Bild-Verfahren, wie sie in der Klinik der Bekl. zu 2 durchgeführt wurde, ist nach den Ausführungen von Prof. Dr. R. und Prof. Dr. P. keine Untersuchungsmethode, die zum Ausschluß einer Hodentorsion geeignet ist.

Die Beweisaufnahme hat aber nicht ergeben, daß der Bekl. zu 1 sich gegenüber den Eltern des Kl. tatsächlich in dieser Weise geäußert hat (wird ausgeführt).

Unter Berücksichtigung aller dieser Gesichtspunkte ist der Senat nicht davon überzeugt, daß die Behauptungen des Kl. zu den Äußerungen des Bekl. zu 1 gegenüber seinen Eltern zutreffend sind. Insoweit bleibt der Kl. beweisfällig.

Eine Beweislastumkehr kommt auch nicht aus dem Gesichtspunkt der Nichterhebung weiterer Befunde in Betracht. Bei Verstößen gegen Befunderhebungs- und Befundsicherungspflichten kann der Beweis dafür erleichtert werden, wie der nicht erhobene Befund ausgesehen haben würde. Dazu wird jedoch vorausgesetzt, daß der so vermutete Verlauf, also ein positiver Befund wahrscheinlich war (Steffen, Neue Entwicklungslinien der BGH-Rechtsprechung zum Arzthaftungsrecht 6. Aufl. S. 212 f.; Frahm/Nixdorf, Arzthaftungsrecht 1996 Rdn. 123). Hier kamen als weitere Untersuchungsmethoden die Doppler-Sonographie und die Perfusionsszintigraphie in Betracht, die allerdings beide in der von der Bekl. zu 2 getragenen Klinik nicht durchgeführt werden konnten. Im übrigen sind beide Untersuchungsmethoden nach Angaben von Prof. Dr. P. auch nur bedingt in der Lage, die Annahme wahrscheinlicher zu machen, daß keine Torsion vorlag. Diesen Befund unterstellt, hätte sich an der weiteren Behandlung nichts geändert,

insbesondere wäre das Verhalten der Bekl. zu 1, 3 und 4 in diesem Fall nicht als grob fehlerhaft zu qualifizieren.

Eine Beweislastumkehr läßt sich auch nicht aus einem Dokumentationsmangel herleiten. Ärztliche Versäumnisse bei der Befunderhebung können für den Patienten Beweiserleichterungen nur dann begründen, wenn dadurch die Aufklärung eines immerhin wahrscheinlichen Ursachenzusammenhangs zwischen ärztlichem Behandlungsfehler und Gesundheitsschaden erschwert oder vereitelt wird (BGH VersR 89, 80 [81] = NJW 88, 2949 [2951] m.w.N.).

Die in der Klinik der Bekl. zu 2 erstellte Dokumentation ist nach den Ausführungen von Prof. Dr. R. insoweit mit Mängeln behaftet, als Sonographiebilder für den 18., 21., 22., 26., 28.8. und 2.9.1991 in den Krankenhausunterlagen sowie für den 20. und 26.8.1991 in den Behandlungsunterlagen des Dr. E. vorliegen, aus den Unterlagen demgegenüber Ultraschalluntersuchungen für den 17., 18., 19., 21. und 22.8.1991 folgen. Die durchgeführte Ultraschalluntersuchung, mit dem B-Bild-Verfahren ist aber - wie bereits ausgeführt - keine Untersuchungsmethode, die zum Ausschluß einer Hodentorsion geeignet ist. Hierauf beruft sich ebenfalls der Kl. Dann kann aus fehlenden Bildern aber gerade nicht der Schluß gezogen werden, die Aufklärung zwischen ärztlichem Behandlungsfehler und Gesundheitsschaden werde durch die Mängel in der Dokumentation erschwert.

#### IV. Fazit

Die Entscheidung kann man wie folgt zusammenfassen:

Wenn bei Verdacht auf eine Hodentorsion die Freilegung desselben unterlassen wird, liegt darin in der Regel ein grob fehlerhaftes Verhalten des behandelnden Arztes.

Dies gilt aber dann nicht, wenn der Arzt einen untypischen Befund - wie die Schwellung des Hodens seit zehn Tagen - vorfindet.

Ein grob fehlerhaftes Verhalten kann aber auch dann zu bejahen sein, wenn der Arzt durch eine unzutreffende Darstellung des Untersuchungsergebnisses verhindert, den Ursachenzusammenhang der Erkrankung durch eine Operation zu klären.

## Aut-idem-Regelung führt zu grotesker Haftungssituation

Die Apotheker sollen Anfang nächsten Jahres ein wirkstoffidentisches, kostengünstiges Arzneimittel abgeben, wenn der Arzt nicht ausdrücklich auf der Abgabe eines bestimmten Arzneimittels besteht (sog. Aut-idem-Regelung, aut-idem heißt „oder dasselbe“, bzw. „wirkstoffgleich“).

Seit 1994 können Vertragsärzte bei der Arzneimittelverordnung auf die Aut-idem-Verordnung zurückgreifen. Grundlage hierfür ist § 129 Abs. 1 SGB V. Danach sind die Apotheken zur Abgabe eines preisgünstigen Arzneimittels verpflichtet, wenn der verordnende Arzt ein Arzneimittel nur unter seiner Wirkstoffbezeichnung verordnet oder die Ersetzung des Arzneimittels durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel durch den Apotheker zugelassen hat. Lediglich das entsprechende „Aut-idem“-Feld links von der Verordnungszeile muss gekennzeichnet werden.

Nach § 73 Abs. 5 Satz 1 SGB V muss der Arzt dem Apotheker die Substitution ausdrücklich erlauben. Dabei bleibt die Haftung des Arztes für die Verordnung auch dann bestehen, wenn der Apotheker das Präparat ausgesucht hat. Werden die Pläne des Gesundheitsministeriums Gesetz, ist der Apotheker nicht mehr der Erfüllungsgehilfe des Arztes, das Rezept würde den Apotheker nicht länger binden. Um dies zu verhindern, müsste der Arzt die Substitution seiner Verordnung

durch ein wirkstoffgleiches Präparat explizit untersagen. Die Aut-idem-Regelung kehrt die heutige Rechtslage, bei der das Substitutionsrecht des Apothekers die Ausnahme ist, die der Arzt ausdrücklich erlauben muss, um.

Bei fehlerhafter Substitution müsste der Apotheker für Patientenschäden und Unwirtschaftlichkeit haften. Denn bei Umsetzung der Aut-idem-Regelung für Arzneiverordnungen wird der Apotheker quasi Mitbehandler des Arztes. Das ist aber unvereinbar mit dem Berufsbild des Apothekers, aber auch des Arztes, weil insoweit ärztliche Aufgaben mit Nicht-Ärzten nicht teilbar sind. Der Arzt hat bekanntlich den Patienten darauf hinzuweisen, dass er bei auftretenden Nebenwirkungen konsultiert werden muss. Schreibt aber der Arzt künftig nur noch den Wirkstoff auf das Rezept und bei Generika nicht mehr den Handelsnamen, und gibt daraufhin der Apotheker das preisgünstigste Medikament an den Patienten ab, so liegt eine geteilte Therapieentscheidung von Arzt und Apotheker vor. Folglich ist dann der Apotheker für seine Auswahlentscheidung auch zur Verantwortung zu ziehen. Er muss also dafür zivil- und strafrechtlich haften.

**Da nur der Arzt die Anamnese kennt und diese auch aus Schweigepflichtsgründen dem Apotheker nicht mitgeteilt werden kann, muss die Verantwortung für die Medikation beim Arzt verbleiben.**

Ein Patient mit Alkoholproblemen wird vom Arzt kein Arzneimittel mit Alkohol verordnet bekommen. Diese Kenntnisse fehlen dem Apotheker. Der Apotheker müsste Diagnose und Indikation kennen, wenn er das konkrete Arzneimittel auswählt. Und damit träfe er quasi eine therapeutische Entscheidung, die naturgemäß Sache des Arztes ist.

Der Arzt kann die Arzneitherapie bei der ins Auge gefassten Regelung nicht mehr ordnungsgemäß dokumentieren. Mit der systematischen Substitution übt der Apotheker Heilkunde aus.

Bei einer derartigen Regelung gäbe es auch keinerlei Rechtfertigung mehr für die Schaffung von Arzneimittelrichtgrößen und Arzneimittelregressen wegen unwirtschaftlicher Verordnungsweise. Der Arzt kann dann nur noch für Verordnungsmengen, nicht jedoch für Budgets oder Wirtschaftlichkeit verantwortlich gemacht werden.

Bei einer falschen Substitution durch den Apotheker, wenn also das spezielle vom Apotheker ausgewählte Arzneimittel infolge von Nebenwirkungen zu Körperschäden oder zum Tod des Patienten führt, kann der Arzt nicht mehr zur Verantwortung gezogen werden, vielmehr müsste dann der Apotheker dafür gerade stehen. Die Auswahlverantwortung muss infolgedessen beim unmittelbar Handelnden verbleiben. Die systematische Übertragung der Auswahlverantwortung für Arzneimittel an einen Nicht-Arzt scheint wegen der damit verbundenen Patientengefährdung verantwortungslos.

**Ergebnis: Die gezielte Therapie sollte also beim Arzt verbleiben. Nur dann kann er sie weiterhin gegenüber seinen Patienten vertreten.**

RA M. Broglie

# Terrorismus per Post

## Handlungsanweisungen bei verdächtigem Material

Zunächst als Einzelfälle nicht sicher einzustufen, gehen in den USA die zuständigen Stellen jetzt davon aus, dass die verursachten Milzbrand-Infektionen terroristischen Anschlägen zuzuordnen sind. Die Versendung von infektiösem Material erfolgte als Briefpost in Form von beigefügtem Pulver. Bei dem Erreger *Bacillus anthracis*, der nach Experten-Meinung in früheren Jahren von einigen Ländern in größeren Mengen für die biologische Kriegsführung hergestellt wurde, unterscheidet man nach Aufnahme der Bakterien bzw. ihrer Sporen drei Arten: Die kutane (Hautmilzbrand), die orale (gastrointestinaler Milzbrand) und die aerogene (Lungenmilzbrand). Ein Todesfall, entsprechende Hauterkrankungen und mehrfacher Erregernachweis in den Atemwegen betroffener Personen sind die traurige Bilanz eines menschenverachtenden Terrorismus. Darüber hinaus sorgen so genannte Trittbrettfahrer, die mit der Angst vor dem Milzbranderreger ihr böses Spiel treiben und jetzt auch in unserem Lande die deutsche Polizei in Atem halten, für eine weitergehende psychologische Belastung der Bevölkerung. Der Aufwand ist riesig und verschlingt hohe Kosten, da jeder Verdachtsfall erst dann als geklärt angesehen werden darf, wenn alle Sicherheitsmaßnahmen veranlasst und eine Analyse der verdächtigen Substanz erfolgt ist. Abgesehen von der Personengefährdung können so Schäden in Millionen-DM-Höhe entstehen, weil unter Umständen vorübergehend ganze Betriebe geschlossen werden müssen.

Das Risiko einer Zusendung infektiösen Materials kann nicht vermieden werden, jedoch lassen sich bei der Beachtung einiger Grundregeln Gefährdungen minimieren. Nach offiziellen Verlautbarungen deutscher Behörden und unter Arbeitssicherheitsaspekten empfehlen sich folgende Verfahrensweisen:

### Posteingang

Die eingehende Post, vor allem Briefpost, sollte nur in einem Raum auflaufen. Dieser könnte im Verdachtsfall isoliert verschlossen und später desinfiziert werden.

Bei notwendigem Transport innerhalb eines Gebäudes z.B. von der Annahmestelle Pfortner zur Poststelle empfiehlt es sich, die Briefpost in einem feuchtigkeits- und staubgeschützten verschlossenen Behälter zu bewegen. Im Eventualfall kann damit ebenfalls eine Infizierung räumlich begrenzt werden.

Die Post, insbesondere Briefpost, sollte per Hand sortiert werden. Objektive Kriterien, um verdächtige Briefe zu identifizieren, gibt es, auch auf Nachfrage bei den zuständigen Behörden, nicht. Man sollte auf äußere Merkmale von Briefen achten, die sich von üblicher Post unterscheiden. Dazu können z.B. gehören: auffällige Adressierungen oder Absender, merkwürdige Absender-Orte, ungewöhnliche Beschriftungen oder Notierungen auf den Umschlägen oder sonstige Aufmachungen und Markierungen. Wichtig ist in jedem Fall, durch Schütteln des Umschlages zu überprüfen, ob sich eine abnorme Substanz wie Pulver im Umschlag befindet.

### Umgang mit verdächtiger Briefpost

- ▶ Briefumschläge mit potenziell verdächtigem Inhalt nicht öffnen.
- ▶ Im Verdachtsfall den Brief in einem feuchtigkeits- und staubgeschützten Behälter verschließen.

- ▶ Im Verdachtsfall umgehend die Feuerwehr und/oder die Polizei verständigen.
- ▶ Personen, die Kontakt mit verdächtigen Gegenständen oder Pulver hatten, sollten sich für weitere Nachfragen durch Einsatzkräfte von Feuerwehr/Gesundheitsamt bereithalten.
- ▶ Sofern ein verdächtiges Pulver schon ausgetreten ist: Stelle im Umkreis von 5 m absperren bzw. betroffenen Raum verschließen. Feuerwehr und/oder Polizei sofort alarmieren.
- ▶ Vor Ort werden in jedem Einzelfall Verhaltens-Hinweise an betroffene Personen durch Mitarbeiter/innen des Gesundheitsamtes und/oder der Feuerwehr gegeben.

Da sich die Zahl der Fehlalarme durch unverantwortlich handelnde Trittbrettfahrer häufen, sei auch an dieser Stelle deutlich darauf hingewiesen, dass derartige Aktionen nach dem Strafgesetzbuch geahndet werden können und nach Äußerungen aus dem Innenministerium auch mit dem Höchststrafmaß geahndet werden. Der entsprechende § 126, der dafür herangezogen wird, besagt: „Störung des öffentlichen Friedens durch Androhung von Straftaten“. Den Absendern solcher Briefe drohen Haftstrafen bis zu drei Jahren.

Mein Appell richtet sich an jeden von Ihnen, in Ihrer Umgebung und am Arbeitsplatz die erforderliche Wachsamkeit für solche Vorgänge aufzubringen. Werden die dargestellten Grundregeln beachtet, so können Sie von einem ausreichenden Grad von Sicherheit ausgehen, der keinen Anlass für Panikreaktionen bietet.

# Organisation des Bereitschaftsdienstes und der Rufbereitschaft

*Herrn Dr. med. Ingo Flenker  
Präsident der Ärztekammer  
Westfalen-Lippe  
Postfach 4067  
D-48022 Münster*

Lieber Herr Flenker,

in den Zeiten immer knapper werdender Finanzressourcen einerseits und ständig sinkender Zahl junger Ärztinnen und Ärzte, die unter den gegebenen Umständen noch in deutschen Krankenhäusern arbeiten wollen andererseits, sehe ich große Probleme auf uns zukommen.

Die Krankenhausträger auch von Kliniken der Maximalversorgung denken darüber nach, fachspezifische Bereitschaftsdienste durch fachübergreifende (bis zu vier Kliniken) Bereitschaftsdienste und einen fachspezifischen Oberarzttrufdienst zu ersetzen.

Die Umsetzung eines solchen Gedankens würde meines Erachtens eine deutliche Qualitätsminderung der ärztlichen Versorgung nach sich ziehen, wengleich ich einräumen muss, dass natürlich seit jeher der Großteil unserer Bereitschaftsdienste in den Krankenhäusern nicht von Fachärzten geleistet wird (vergleiche hierzu auch den kürzlich erschienenen Artikel „Facharztstandard“ in der September-Ausgabe der Zeitschrift „Arzt und Krankenhaus“).

Ich wäre Ihnen sehr dankbar um eine Stellungnahme und persönliche Einschätzung dieses Problems.

mit freundlichen Grüßen  
Ihr  
Prof. Dr. med. Schulze  
Direktor der Klinik

*Herrn Prof. Dr. med Harald Schulze  
Deutsche Gesellschaft  
für Urologie e. V.  
Uerdinger Str. 64  
D-40474 Düsseldorf*

Sehr geehrter Herr Kollege Prof. Schulze,

haben Sie vielen Dank für Ihr Schreiben vom 04.10.2001, das ich mit großen Interesse gelesen habe. Gerne will ich die Gelegenheit nutzen, zu der in Ihrem Schreiben angesprochenen Problematik Stellung zu nehmen:

Mit der stationären Aufnahme eines Patienten geht der Krankenhausträger gegenüber dem Patienten u.a. auch die Verpflichtung ein, dessen ärztliche Versorgung - wenn man so will - „rund um die Uhr“ sicherzustellen. Deshalb muß vom Grundsatz her der Träger den ärztlichen Personaleinsatz so organisieren, dass eine 24-stündige ärztliche Versorgung der Patienten gewährleistet ist. Die Leitenden Ärzte einer stationären Einrichtung tragen hierbei eine Mitverantwortung, da ihnen regelmäßig durch eine entsprechende Vereinbarung im Dienstvertrag die Einteilung und Organisation des ärztlichen Dienstes als Dienstpflicht auferlegt wird. Abgesehen von der speziellen Situation, dass einem Leitenden Arzt vertraglich das Alleinrecht zur Organisation des Bereitschaftsdienstes und der Rufbereitschaft in vollem Umfang zugesichert worden ist, besteht aber für den Träger regelmäßig durchaus die Möglichkeit, durch Ausübung der ihm zustehenden Organisations- und Direktionsbefugnis die Dienste nach eigenen Vorstellungen zu organisieren. Allerdings obliegt vor dem Hintergrund der angesprochenen dienstvertraglichen Regelung selbstverständlich den Leitenden Ärzten die konkrete Einteilung der ärztlichen Mitarbeiter. In diesem Zusammenhang ist von Bedeutung, dass es derzeit durch kodifiziertes Recht nicht verboten ist, den

Bereitschaftsdienst ggfs. auch fachübergreifend zu organisieren.

Dennoch müssen Träger und Leitender Arzt, wollen sie den Vorwurf eines sog. „Organisationsverschuldens“ bzw. „Organisationsmitverschuldens“ vermeiden, durch Organisationsanweisung bzw. Dienstanzweisung dafür Sorge tragen, dass nachgeordnete Ärzte ihrer Ausbildung und ihrem Wissensstand entsprechend („richtig“) eingesetzt werden. Die Organisationsverantwortung des Einrichtungsträgers bzw. die Organisationsmitverantwortung des Leitenden Arztes umfaßt nämlich die Einhaltung aller Sorgfaltspflichten, die für einen ordnungsgemäßen Betrieb der Einrichtung zum Ausschluß von Schadensfällen zum Teil des Patienten notwendig sind. Zu den dabei einzuhaltenen Sorgfaltspflichten gehört auch und gerade, die Organisation des Bereitschaftsdienstes und der Rufbereitschaft in einer Weise zu gewährleisten, dass für den Patienten in Not- und Eilfällen der Standard einer fachärztlichen Versorgung gewährleistet ist. In diesem Zusammenhang verweisen Sie völlig zu Recht auf die kürzlich erschienene Veröffentlichung aus „Arzt und Krankenhaus“ (Heft 9/01 „Facharztstandard“), in der dieses Thema noch einmal abgehandelt worden ist.

Denn es stellt sich tatsächlich die Frage, ob der von der Rechtsprechung geforderte fachärztliche Versorgungsstandard im Falle der Organisation eines fachübergreifenden Bereitschaftsdienstes gewährleistet ist. Vom Grundsatz her gesehen ist der Standard dann gewährleistet, wenn ein Facharzt mit entsprechendem Kenntnisstand den Bereitschaftsdienst leistet. Ist hingegen der bereitchaftsdiensthabende Arzt kein Facharzt, wird der geforderte Standard heute üblicherweise - hierauf weisen Sie selbst zu Recht hin - dadurch gewährleistet, dass die Rufbereitschaft von einem Facharzt versehen wird, an den sich der bereitchaftsdiensthabende

de Arzt in einer für ihn nicht zu bewältigenden Situation wenden kann. Gerade letzteres wird von Krankenhausträgern zunehmend zum Anlaß genommen, die Möglichkeit der Einrichtung eines fachübergreifenden Bereitschaftsdienstes bei bestehender fachärztlicher Rufbereitschaft zu diskutieren. Zu Recht wird in diesem Zusammenhang in der hierzu existierenden juristischen Literatur differenziert. Danach ist es zwar durchaus denkbar und letztlich auch vertretbar, dass an Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung fachübergreifende Bereitschaftsdienste bestehen. Dies insbesondere dann, wenn es um verwandte Fachgebiete geht (so z.B. ausdrücklich Rieger „Lexikon des Arztrechts“, 2. Auflage, Heibelberg 2001, Nr. 830, Rz. 22). Demgegenüber ist in Einrichtungen der Akutversorgung aller Versorgungsstufen - gerade vor dem Hintergrund des derzeitigen Standes der medizinisch-wissenschaftlichen Entwicklung und der hohen fachlichen Differenzierung - ein fachübergreifender Bereitschaftsdienst wohl nicht mehr zu verantworten. Denn gerade dort besteht z.B. die Gefahr, dass Problemsituationen auftreten oder nicht rechtzeitig erkannt werden und der in Rufbereitschaft befindliche Facharzt nicht rechtzeitig gerufen werden kann. Man darf und muß dabei den Umstand zusätzlich mitberücksichtigen, dass in Einrichtungen der Maximalversorgung häufig ein bereits selektiertes Patientengut eintrifft, das regelmäßig einen besonders hohen ärztlichen Versorgungsstandard erfordert. Abstrakt gesehen steht zu erwarten, dass es in diesem Bereich kaum möglich sein wird, das mit einem fachübergreifenden Bereitschaftsdienst einhergehende Risiko durch eine fachgebundene Rufbereitschaft auszugleichen (so Laufs/Uhlenbruck, „Handbuch des Arztrechts“ 2. Auflage, München 1999, § 90 Rz. 48).

Ich hoffe, Ihnen mit dem Vorstehenden meine durchaus kritische Haltung gegenüber der Einführung eines fachübergreifenden Bereitschaftsdienstes jedenfalls in einer Einrichtung der Maximalversorgung ausreichend deutlich gemacht zu haben.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen  
Dr. med. Ingo Flenker  
Präsident

# Protokoll der Mitgliederversammlung des Berufsverbandes der Deutschen Urologen e. V. am Freitag, 21. September 2001, Congress-Center, Düsseldorf

**Beginn: 10.30 Uhr**  
**Ende: 12.30 Uhr**

## TOP 1

Der Präsident begrüßt die Mitglieder und heißt insbesondere den DGU-Präsidenten, Herrn Prof. Rübben, sowie den am Vortrage gewählten Vizepräsidenten, Herrn Prof. Alken, willkommen und stellt die ordnungsgemäße und fristgerechte Einladung fest.

Der Präsident verliest die Namen der verstorbenen Mitglieder und die Beileidsadresse an die AUA anlässlich der Katastrophe des Terroranschlags von New York und Washington.

„Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, herzlich begrüße ich Sie persönlich und im Namen des Präsidiums hier in Düsseldorf. Wir begrüßen Ehrenmitglieder unseres Berufsverbandes, den Präsidenten Prof. Dr. Herbert Rübben und den Vizepräsidenten Prof. Dr. Jens Altwein sowie den Generalsekretär Prof. Dr. Lothar Hertle und weitere Vorstandsmitglieder des DGU.

Wir grüßen unseren Ehrenpräsidenten Prof. Dr. Wolfgang Knipper und bedauern, daß er heute nicht in unserer Mitte sein kann.

Mit Genugtuung ist festzustellen, daß unsere wissenschaftliche Fachgesellschaft die standespolitischen Sachzwänge auch in diesem Jahr zu zentralen Verhandlungspunkten dieser Tagung gemacht hat, wofür wir uns herzlich bedanken und hoffen, daß diese Themenlage Bestandteil einer regelmäßigen Programmgestaltung in bewährter Abstimmung mit dem BDU bleibt.

*Der Vorsitzende der kassenärztlichen Bundesvereinigung, unser langjähriger 1. Vizepräsident Dr. Manfred Richter-Reichhelm, begrüßt uns herzlich und bedauert, daß er wegen anderweitiger Verpflichtungen nicht an dieser Mitgliederversammlung teilnehmen kann. Wir Urologen wünschen ihm in dieser äußerst schwierigen Zeit weiterhin eine glückliche Hand, die Geschicke und Zukunft der Vertragsärzte erfolgreich zu gestalten.*

*Die Mitgliederzahl unseres Berufsverbandes ist mit 2905 Mitgliedern absolut zwar gegenüber dem vergangenen Jahr weitgehend unverändert geblieben, bereinigt durch Ausschluß unbekannt verzogener Mitglieder oder solcher Mitglieder, die trotz mehrfacher Mahnung ihren Mitgliedsbeitrag nicht entrichtet haben, aber relativ weiter anstiegen.*

*Wir nehmen Abschied und gedenken der Mitglieder, die uns in den zurückliegenden Monaten für immer verlassen haben:*

*Dr. Robert Müller, Ingolstadt  
Dr. Hans-Ulrich Kuna, Magdeburg  
Dr. Klaus Schulte, Diepholz  
Prof. Dr. Max Bressel, Hamburg  
Dr. Hans-Jörg Pongs, Bad Kreuznach  
Prof. Dr. Horst Wille-Baumkauff, Braunschweig  
Dr. Heinrich Kugler, Mannheim  
Dr. Thomas Liesegang, Halle  
Dr. Udo Morawietz, Bottrop  
Harald Gola, Rimbach  
Reinhard Bode, Chemnitz  
Unsere volle Anteilnahme gehört ihren Familien.*

*Wir gedenken in stiller Trauer der vielen Tausend Mitbürger, die das amerikanische Volk zu beklagen hat und die Opfer barbarischer Terroranschläge und einer menschenverachtenden Gewalt wurden.*

*Unser tiefempfundenes Mitgefühl gilt ihnen und ihren Angehörigen.*

*Unseren erkrankten Mitgliedern wünschen wir baldige Genesung.“*

Originaltext der Beileidsadresse an:  
Mr. Dr. E. Darracott Vaughan, jr.  
President of the American Urological Ass.  
1120 North Charles Street, Baltimore,  
Maryland 21201-5559

*Dear President, dear Colleague, the Professional Urological Association of Germany is shocked and deeply concerned about the terrible attack that hit your country. We consider this attack as one on ourselves and on the ideals of the western world that we all stand for. Our thoughts and sympathy are with the victims of this crime and with those that lost relatives and friends.*

*Be sure we are at your side in these days of mourning and are ready to defend together with you the principles of our civilised world.*

*With best personal regards  
Dr. Klaus Schalkhäuser*

## TOP 2 Bericht zur Lage

Rechenschaftsbericht des Präsidenten im UROLOGEN B, Heft 5-2001 bereits veröffentlicht.

Es folgt die Diskussion zum Bericht der Lage.

Herr Dr. Bernd Richter konstatiert, dass die Disease-Management-Programme die größte Bedrohung für die urologischen Kassenärzte bedeuten. Der Präsident schlägt vor, zu versuchen, die Erkrankung der Prostata, die er in einer viel beachteten Pressekonferenz aufgrund der hohen Behandlungszahlen von etwa 3 Millionen Fällen pro Jahr als Volkskrankheit bezeichnet hatte, in das Disease-Management-Programm zu integrieren. Allerdings sei es unsicher, ob ein solcher Schritt gelinge. Er bittet gleichwohl, die Mitgliederversammlung um Zustimmung zu diesem Vorgehen.

Die Mitgliederversammlung stimmt diesem Vorschlag ohne Enthaltung und Gegenstimmen geschlossen zu.

Dr. Bloch fragt nach den Alternativen, die den Urologen verbleiben, falls dieser Versuch mißlinge. „Dann müssten wir aus dem System aussteigen, mit allen Konsequenzen und Risiken. Würden die Mitglieder einem solchen Schritt folgen?“, erwidert der Präsident.

Ein Mitglied aus Niedersachsen fordert eine stärkere Beachtung der Nischen des Systems z. B. die Kostenerstattung bei freiwillig Versicherten, welche 15 Millionen DM ausmache.

Diese Kostenerstattung der freiwillig Versicherten, entgegnet der Präsident, werde jedoch auch aus dem Budget gezahlt.

Herr Dr. Ottmann erwähnt, dass dies nur einen geringen Prozentsatz der Praxiserlöse ausmache.

Herr Dr. Meier aus München erinnert, dass der Versuch eines Ausstiegs aus der KV in München anlässlich der Problematik der O-III-Leistungserstattung kläglich fehlgeschlagen sei.

Dr. Bühmann:

Welches Interesse sollten freiwillig Versicherte an einer Kostenerstattungsregelung haben?

Dr. Ludwig fragt, was der BDU gegen den Punktwertverfall tue?

Herr Dr. Schalkhäuser entgegnet, dass dies nur lokal in den Landes-KVen, Vorort durch Lobbyarbeit und Beeinflussung des Honorarverteilungsmaßstabes geändert werden könne.

Dr. Rosenkranz aus Thüringen beklagt, dass die Versorgung von Tumorpatienten nicht kostendeckend sei.

Herr Dr. Schalkhäuser erinnert daran, dass die Erlöse der urologischen Praxen in den neuen Bundesländern und in den alten Bundesländern im Durchschnitt gleich seien. Dabei würden die Erlöse in den neuen Bundesländern durch hohe Fallzahlen mit geringen Punktwerten, in den alten Bundesländern jedoch mit höheren Punktwerten und geringeren Fallzahlen erreicht.

Herr Dr. Schröder:

Die kassenärztlichen Erlöse durch GKV-Leistungen bieten keine Perspektiven mehr. Es gelte das Prinzip: Neues Geld für neue Leistung.

Herr Dr. Simon fordert ein kämpferisches Vorgehen in der Berufspolitik und eine Aufgabe der vornehmen Zurückhaltung gegenüber den Hausärzten.

Herr Dr. Schalkhäuser weist darauf hin, dass die GFB hierzu nur bedingt in der Lage sei, zu verschiedenen seien die Interessen. Größte Gruppe in der GFB seien die Internisten, von denen 90 % jedoch hausärztlich tätig seien. Auch die Frauenärzte empfänden sich eher als Hausärzte der Frauen.

Herr Dr. Jonitz plädiert, im Sinne der Zukunftssicherung für eine Fusion von Praxen, um die Kosten zu optimieren und verweist auf den Zusammenschluß von fünf urologischen Kollegen in Darmstadt.

## TOP 3 Kassenbericht

Herr Dr. Fudickar gibt den Kassenbericht für das Jahr 2000. Die Prüfung der Buchführungsunterlagen erfolgte durch den Steuerberater sowie durch die Kassenprüfer Herr Prof. Jocham und Herrn Dr. Isfort.

Herr Prof. Jocham konstatiert eine exzellente und vorbildliche Buchführung und einen wirtschaftlichen Umgang mit den Geldern der Berufsverbandes. Er könne dies sicher sachgerecht beurteilen, da er lange Jahre als Schatzmeister der DGU tätig war.

Herr Dr. Fudickar dankt für die Beurteilung und erinnert an die tatkräftige Hilfe seines Vorgängers Herr Dr. Czaja bei der Übergabe des Schatzamtes. Er dankt ihm noch einmal für sein Engagement.

Herr Dr. Fudickar stellt die neue Sekretärin der BDU-Geschäftsstelle Frau Habeder sowie den EDV-Fachmann Herrn Beckmann vor, der hauptamtlich von der DGU eingestellt wurde, aber auch als Teilzeitkraft dem BDU als EDV-Fachmann zur Verfügung stehe.

Nach Vorstellung der Buchführungsunterlagen fragt Herr Dr. Müller aus Hessen nach den hohen Kosten für Rechtsstreitigkeiten, die sich im Vergleich zum Vorjahr verdoppelt hätten.

Herr Dr. Fudickar entgegnet, dass diese Rechtsanwaltskosten durch die Rechtsstreitigkeiten mit dem ehemaligen Landesvorsitzenden von Hessen, Herrn Dr. Wutzke, sowohl in Sachen EDV/Dr. Schneider als auch aufgrund der Vorgänge im Landesverband Hessen entstanden seien.

Dr. Möller schlägt vor, die Kosten für den Internetstreit abzuschreiben. Die Gelder, die durch den Satzungsverstoß von Herrn Dr. Wutzke auch zu einer

außerordentlichen Mitgliederversammlung des Landesverbandes Hessen geführt hätten, jedoch bei Herrn Dr. Wutzke geltend zu machen.

Herr Dr. Heina schlägt ein Schlichtungsverfahren vor und wendet sich gegen Geltendmachen von Kosten aus dem Rechtsverfahren von Dr. Wutzke.

Herr Dr. Karlheinz Schmitz beantragt das Verfahren ohne weitere juristische Schritte abzuschließen.

Herr Dr. Bloch stellt den Antrag auf Weiterverfolgung des Verfahrens und Geltendmachen der Kosten aus den Internetstreitigkeiten.

Es folgt die Abstimmung der Mitgliederversammlung:

Bei wenigen Gegenstimmen spricht sich die überwältigende Mehrheit für eine Einstellung und Nichtweiterverfolgung der Verfahren aus.

Im Rahmen der Diskussion über die Höhe der BDU-Mitgliedsbeiträge weist Herr Dr. Schalkhäuser darauf hin, dass diese am Ende der Skala der Mitgliedsbeiträge aller Berufsverbände stünden. Eine Änderung käme frühestens im Jahre 2002 im Rahmen einer Satzungsänderung nach seiner Ansicht in Frage.

Herr Prof. Peter bittet um Beibehaltung der Beiträge von Oberärzten und Assistenzärzten, da durch die schlechten Chefarztverträge die Poolbeteiligung der nachgeordneten Mitarbeiter geringer würden.

Herr Dr. Schröder empfiehlt eine Anhebung der Beiträge im Jahre 2002.

Herr Dr. Popa beantragt die Entlastung des Vorstandes.

Die Entlastung des Vorstandes wird ohne Gegenstimme und ohne Enthaltung durch die Mitglieder erteilt.

## TOP 5

Der Präsident stellt mögliche Strukturen einer künftigen Satzung des BDU vor.

- ▶ Zentrale Geschäftsstelle mit der DGU
- ▶ Einstellung eines Geschäftsführers
- ▶ Reduktion der Zahl der Hauptausschuss-Mitglieder.
- ▶ Beirat zum Präsidium
- ▶ Reduktion der Sachausschüsse

Als zusätzliche Alternativen einer künftigen Struktur kämen in Betracht:

1. die fortgeschriebene Selbständigkeit des BDU gegenüber der DGU.
2. eine enge Kooperation mit der DGU
3. ein Zusammenschluss von BDU und DGU

Herr Dr. Scheibe favorisiert die Alternative 3.

Der Generalsekretär der DGU, Herr Prof. Hertle, weist auf die 80 %ige Zustimmung der DGU-Mitglieder am Vortag zu einer engen Kooperation von BDU und DGU hin. Er fordert, dass alle Urologe in beiden Verbänden organisiert sein sollten. Sowohl DGU als auch BDU müssten ihre Strukturen reformieren. Er wirbt um Zustimmung des BDU zum Zusammenschluss.

Dr. Schalkhäuser empfiehlt zunächst, die Alternative 2 im Sinne einer engen Kooperation mit der DGU, um dann später in einem weiteren Schritt zu einem Zusammenschluss der beiden Organisationen zu kommen.

Auch Herr Dr. Ottmann favorisiert die Alternative 2.

Auch Dr. Cuno empfiehlt die Alternative 2 mit Ziel Alternative 3 zu realisieren.

## Alternative 1:

In der anschließenden Abstimmung stimmen 2 Mitglieder für diese Alternative, die Mehrzahl lehnt den Vorschlag ab.

## Alternative 2:

Die überwiegende Mehrzahl der Mitglieder stimmt für diese Alternative.

## Alternative 3:

10 Mitglieder stimmen für diese Alternative.

Damit ist die Alternative 2 angenommen.

Der Präsident dankt für die Voten und wird entsprechende Schritte zur Realisierung einleiten.

## TOP 6

Der Zusammenschluß der Zeitschriften UROLOGE A und B steht zur Zeit noch nicht zur Abstimmung, da noch Vertragsverhandlungen mit dem Springer-Verlag erfolgen werden.

## TOP 7

Unter Punkt „Verschiedenes“ werden keine Wortmeldungen gewünscht.

Krefeld, 30.10.2001

Prof. Dr. med. W. Wagner  
Schriftführer

Dr. med. K. Schalkhäuser  
Präsident

# Jubilare

Der Berufsverband gratuliert seinen Mitgliedern:

## 85 Jahre

19.01.1917 - Dr.med. Johann Albrecht Rief, Oberbuchhäusle, D-88410 Bad Wurzach

30.01.1917 - Dr.med. Kurt Erdmann, Hästen 8, D-42659 Solingen

## 80 Jahre

30.01.1922 - Dr.med. Peter Seidl, Turfweg 4, D-93049 Regensburg

13.03.1922 - Dr.med. Hermann Zillmer, Overmannstr. 28, D-59555 Lippstadt

21.03.1922 - Prof.Dr.med. Artur Taupitz, Gesekerweg 38, D-59556 Lippstadt

14.04.1922 - Prof.Dr.med. Gerhard Rodeck, Posener Str. 3, D-35043 Marburg

## 75 Jahre

11.01.1927 - Dr.med. Helmut Christinck, Riensberger Str. 51c, D-28213 Bremen

15.01.1927 - Dr.med. Bernhard Kuhnen, Kielmansege 1, D-59379 Selm

23.01.1927 - Prof.Dr.med. Wolfgang Kaden, Ernst-Schnellerstr. 1, D-08315 Bernsbach

08.02.1927 - Dr.Dr.med. Erwin Walter Rugendorff, Bootshausstr. 2, D-89231 Neu-Ulm

20.02.1927 - Dr.med. Carljost Bodem, Pöttcherstr. 12, D-32423 Minden

21.02.1927 - Prof.Dr.med. Reinhard Nagel, Oldenburg Allee 62, D-14052 Berlin

08.03.1927 - Dr.med. Hanskarl Klug, Zum Hohenhof 32, D-58091 Hagen

19.03.1927 - Dr.med. Friedrich Huss, Vordere Seestr. 41, D-82237 Wörthsee

04.04.1927 - Dr.med. Dieter Heck, Tullastr. 3, D-68161 Mannheim

30.04.1927 - Dr.med. Gerhard Engehauen, Drosselweg 6, D-44791 Bochum

## 70 Jahre

29.01.1932 - Prof.Dr.med. Otto Hallwachs, Mendelssohnstr. 9, D-64285 Darmstadt

## 65 Jahre

27.01.1937 - Dr.med. Rainer Franzen, Kaiserstr. 7, D-76437 Rastatt

02.02.1937 - Dr.med. Klaus Gebhardt, F.-Naumann-Str. 3, D-09734 Nordhausen

09.02.1937 - Prof.Dr.med. Peter Burchardt, Seeparkstr., D-27607 Langen

22.02.1937 - Dr.med. Peter Fischer, Auf der Kinzig 63, D-79112 Freiburg

25.02.1937 - Prof.Dr.med. Theodor Senge Oberhofstr. 5, D-44575 Castrop-Rauxel

14.03.1937 - Dr.med. Abdul Al-Samir, Falkenstr. 27, D-30449 Hannover

22.03.1937 - Dr.med. Dieter Wüstemann Am Scherenbach 2, D-46282 Schermbeck

05.04.1937 - Dr.med. Bahman Hariri, Neuer Weg 95, D-38302 Wolfenbüttel

16.04.1937 - Dr.med. Jürgen Steck, Alte Landstr. 11, D-22927 Großhansdorf

17.04.1937 - Dr.med. Hans-Jürgen Kellner, Rankestr. 9, D-08523 Plauen

22.04.1937 - Dr.med. Hinnerk Deutz, Mühlenweg 33, D-28355 Bremen

24.04.1937 - Dr.med. Axel Froesewitte, Valentinianstr. 25, D-68526 Ladenburg

# Neue Mitglieder und Änderungen

## (1) Baden

Dr. Ulrich Koppermann, Bertoldstr. 45, 79098 Freiburg NA

Dr. Roman Braun-Chaurasia, Moltkestraße 9, 97318 Kitzingen NA

Dr. Uwe Takele, Hegau-Klinikum Singen, Virchowstraße 10, 78224 Singen AA

Dr. Ralf Kühnert, Städt.Klinikum Pforzheim, Kanzlerstraße 2-6, 75175 Pforzheim AA

### Änderungen:

Dr. Michael Beitzinger, Kaiserstraße 7, 76437 Rastatt, NA

Dr. Rainer Franzen Brokner Str.3 76347 Rastatt RS

Michael Rug, Seewiesenackerweg 54, 76199 Karlsruhe

## (2) Bayern-Nord

Dr. Stephan Königsberger, Sonnenstr. 8c, 93059 Regensburg AA

### Änderungen :

Dr. Thomas Rosenkranz, Cuno-Hoffmeister-Straße 18, 96515 Sonneberg NA

Dr. Jan Wolf, Friesener Straße 41, 96317 Kornach NA

## (4) Berlin

Dr. Peter Raschke, Landsberger Allee 44, 10249 Berlin NA

### Änderungen:

Dr. Burkhard Gesche, Uhlandstraße 138/39, 10719 Berlin RS

Dr. Fadhil Said, Tiergartenstraße 4 107

Dr. Hartmut Wegner, Clayallee 345, 14169 Berlin

## (8) Hessen

### Änderungen:

DR. Michele BALDUCCI, Praxis im Ärztehaus, Escheheimer Anlage 7, 60316 Frankfurt am Main

Dr. Karl-Heinz von Kellenbach Leiter der Urologischen Klinik am Leberberg GmbH, Abeggstraße 8A,

65193 Wiesbaden  
Dr. Calin Blotiu, Bahnstr. 42-46 61381  
Friedrichsdorf/Taunus NA  
Dr. Walter Merkle, Stiftung Deutsche  
Klinik für Diagnostik GmbH, Aukamm-  
allee 33, 65191 Wiesbaden, CA

**(9) Mecklenb.-Vorpom.**

*Änderungen:*

Dr. Reinhard Bast, Kirchenplatz 9 18119  
Rostock/Warnemünde  
Dr. Rainer Koch, Müritzklinikum,  
Weinbergstraße 19, 17192 Waren(Müritzk)  
Dr. Andreas Baars, Müritzklinikum,  
Weinbergstraße 19, 17192 Waren(Müritzk)

**(10) Niedersachsen**

Dr. Christian Skrezek, Schachtweg 22,  
38440 Wolfsburg NA  
Dr. Burkhard Luetkemeyer, Lindenstra-  
ße 35, 49152 Bad Essen NA  
Dr. Alfred Buse, Bahnhofstraße 5, 31244  
Peine NA

*Änderungen:*

Dr. Peter Wentzky, Forstweg 21, 30890  
Barsinghausen

**(11) Nordrhein**

Dr. Andreas O. Mühlhäußer, Heiligen-  
hauser Str. 49, 42549 Velbert NA  
Nicolette Münstermann, Kreiskranken-  
haus Mechernich, St. Elisabeth Str. 2-8,  
53894 Mechernich AA  
Silke Maria Kleinertz, Kreiskrankenhaus  
Mechernich, St. Elisabeth Str. 2-8, 53894  
Mechernich AA  
Dr. Andreas Stammel, Kaiserring 23  
46483 Wesel NA

*Änderungen:*

Dr.med. H. Duvenbeck, Steenhalensweg  
38, 47608 Geldern RS  
Dr. Mark Goepel, Kilinikum Niederberg  
,Robert-Koch-Str.2, 42549 Velbert CA  
Prof.Dr. Stephan Roth, Rathausufer 21,  
40213 Düsseldorf  
Holger Kozlowski, Kolianstraße 56A,  
46514 Schermbeck  
Ayk-Peter Richter, St. Augustiner Straße  
21, 53225 Bonn NA  
Dr. Heinz Buchmüller, Bruchhauser Weg  
20, 40723 Hilden RS

**(12) Rheinland-Pfalz**

Michael Bruch, Xyländerstr. 8, 76829  
Landau NA

*Änderungen:*

Dr. Peter Heravi, Fleckensteinstraße 26,  
66994 Dahn RS  
Dr. Nikolaus Roos, Kreuzstraße 28, 67434  
Neustadt verz. von (18)  
Dr. Franz-Bernd Ueberholz, Unterer  
Sehlemet 5, 54516 Wittlich RS

**(14) Sachsen**

*Änderungen:*

Dr. Sigrid Wagner, K.Liebknechtstraße  
20, 06114 Halle  
Dr. Rosemarie Sämann, Alte Chemnitzer  
Str. 12, 09405 Gornau

**(15) Sachsen-Anhalt**

*Änderungen:*

Dr. Folkhard Mewis, Alte Molkerei 10,  
18225 Ostseebad Kühlungsborn RS  
Dr. Dirk Samland, Falterstieg 17, 39120  
Magdeburg

**(16) Schleswig-Holstein**

Dr. Stephen Thomas, Ratzeburger Allee  
111-125, 23562 Lübeck NA  
*Änderungen:*  
Dr. Dietrich Sauerland, Husumer Straße  
310, 24941 Flensburg  
Orthmann, Jens Arndtplatz 1, 24116 Kiel

**(18) Westfalen-Lippe**

Dr. Quoc-Tuan Nguyen, Am Lothberg  
40, 33617 Bielefeld AA  
Dr. Hans-Hermann Liedtke, Poststraße  
17, 49477 Ibbenbüren NA  
*Änderungen:*

Dr. Michael A.M. Ostermann, Mittelstra-  
ße 87 58285 Gevelsberg  
Dr. Wolf-Christian Anton, Bahnhofstra-  
ße 68, 45879 Gelsenkirchen  
Dr. Wolfgang Dobek, Oststraße 3, 49477  
Ibbenbüren RS  
Dr. Wolf-Dieter Olbrich, Am Markt 38,  
32105 Bad Salzufflen

**(19) Württemberg**

Heinrich Rodewald, Elisabethen-Kran-  
kenhaus, Klinik f. Urologie 88212  
Ravensburg AA

*Änderungen:*

Dr. Erich Mayer, Am Wetterkreuz  
16,89584 Ehingen

**Ausland**

Prof.Dr. Bernhard Planz, Urologische  
Universitätsklinik Wien, Wöhringer  
Gürtel 18, A-1090 Wien

**BDU-Mitgliedsbeiträge – Umstellung auf Euro ab 02.01.2002**

Aufnahmegebühr (einmalig) € 25,00  
Chefärzte und niedergelassene Ärzte € 185,00  
Ober- und Assistenzärzte und angestellte Urologen € 105,00  
Ruheständler € 25,00