



DGU-Eröffnungs-Presskonferenz

19. September 2019

71. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU)

vom 18. bis 21. September 2019
in Hamburg



Inhalt der Pressemappe

Teilnehmerliste der DGU-Eröffnungs-Pressekonferenz

Vorträge

Prof. Dr. med. Oliver W. Hakenberg

Vorstellung der Konsultationsfassung:
Erste S3-Leitlinie „Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Peniskarzinoms“

Univ.-Prof. Dr. med. Maurice Stephan Michel

Bewegte Nachwuchs-Werbung
Deutsche Gesellschaft für Urologie präsentiert Image-Film

Prof. Dr. med. Oliver W. Hakenberg

Nutzenbewertung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA):
DGU veröffentlicht wissenschaftliche Stellungnahme zum Nutzen des PSA-Tests

Univ.-Prof. Dr. med. Paolo Fornara

Vor der Entscheidung im Bundestag:
Aktuelle Zahlen zur Situation der Organspende und Nierentransplantation

Moderation: DGU-Pressesprecher Prof. Dr. med. Christian Wülfing

Service-Hinweis: Weitere Informationen und Fotos der Teilnehmer online unter:
<http://fotos.wahlers-pr.de>
Passwort: Presse71

Über Belegexemplare
Ihrer Veröffentlichungen an
pressestelle@dgu.de
würden wir uns freuen.



Teilnehmer der Eröffnungs-Pressekonferenz

Prof. Dr. med. Oliver W. Hakenberg

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V.
Direktor der Klinik und Poliklinik für Urologie Universitätsklinikum Rostock

Univ.-Prof. Dr. med. Maurice Stephan Michel

Generalsekretär und Sprecher des Vorstandes der
Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V.
Direktor der Klinik für Urologie Universitätsklinikum Mannheim

Univ.-Prof. Dr. med. Paolo Fornara

Past-Präsident der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V.
Direktor der Universitätsklinik und Poliklinik für Urologie
und des Nierentransplantationszentrums
Universitätsklinikum Halle (Saale) Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Prof. Dr. med. Christian Wülfing

Pressesprecher der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V.
Chefarzt der Abteilung für Urologie Asklepios Klinik Altona

Dr. Holger Uthoff

Vizepräsident Berufsverband der Deutschen Urologen e.V.



Prof. Dr. med. Oliver W. Hakenberg

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V.

Direktor der Klinik und Poliklinik für Urologie Universitätsklinikum Rostock

Vorstellung der Konsultationsfassung:

Erste S3-Leitlinie „Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Peniskarzinoms“

Das Peniskarzinom ist mit ca. 800 Neuerkrankungen/Jahr in Deutschland relativ selten. Die Therapie ist naturgemäß für den betroffenen Mann bedrohlich, bei nicht sachgerechter Therapie ist das früh metastasierende Peniskarzinom tödlich. Da die meisten Urologen aufgrund der Seltenheit der Erkrankung kaum eigene Erfahrung mit diesem Krankheitsbild haben, ist die Unsicherheit oft groß. Auch hat die Therapie sich in den letzten 15 Jahren radikal verändert – während früher die Teilamputation des Penis mit einem Sicherheitsabstand zum Tumor von 2 cm als Standardtherapie galt, gilt heute: soviel Radikalität wie nötig, soviel Organerhalt wie möglich! Es wird dementsprechend heute mit sehr kleinen „Sicherheitsabständen“ reseziert, um dem betroffenen Mann möglichst die Verstümmelung zu ersparen. Besonderes Augenmerk muss auf die richtige Therapie der inguinalen Lymphknoten gelegt werden, da sich hier oft Mikrometastasen finden, und nur die frühzeitige Entfernung dieser Lymphknoten mit adjuvanter Chemotherapie Heilung bringen kann.

Dieser Paradigmenwechsel bedeutet auch, dass die Notwendigkeit einer standardisierten, stadiengerechten Behandlung enorm gewachsen ist. Aus diesem Grund hat die Deutsche Gesellschaft für Urologie als federführende Fachgesellschaft eine AWMF „S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie des Peniskarzinoms“ initiiert, die 2019 fertiggestellt wurde und auf dem Kongress in Hamburg erstmals vorge-

stellt wird. Damit gibt es für alle vier Tumorentitäten, mit denen sich die Urologie befasst, heute S3-Leitlinien.

Die HPV-Impfung ist in Deutschland zugelassen, für Mädchen, aber mittlerweile auch für Jungen. Dieser Meilenstein in der Prävention des Zervixkarzinoms wird leider in der Bevölkerung nicht ausreichend wertgeschätzt. Mit der frühzeitigen HPV-Impfung ist es möglich, das Zervixkarzinom komplett zu verhindern. Derzeit sterben in Deutschland jährlich über 1500 Frauen an Gebärmutterhalskrebs und die relative 5-Jahres-Überlebensrate beim invasiven Zervixkarzinom liegt bei nur 69%. Invasiv bedeutet hier über den reinen Schleimhautbefall (Carcinoma in situ) hinaus.

Angesichts dieser Zahlen ist die HPV-Impfrate aber erschreckend niedrig geblieben, in Deutschland bei ca. 30% (in Australien, wo es ein Schulimpfprogramm gibt, liegt diese bei 75%). Es erscheint unverständlich, warum in Deutschland mit diesem Thema mit so großer Sorglosigkeit umgegangen wird. Fortschritte der Medizin kommen nur zum Tragen, wenn sie von der Bevölkerung auch angenommen werden.

Für Jungen bedeutet die HPV-Impfung auch einen Beitrag zur Prävention des Zervixkarzinoms, aber auch einen relativen Schutz vor Peniskarzinom, Analkarzinom und Oropharynxkarzinomen sowie Kondylomen.



Univ.-Prof. Dr. med. Maurice Stephan Michel
Generalsekretär und Sprecher des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft
für Urologie e.V.
Direktor der Klinik für Urologie Universitätsklinikum Mannheim

Bewegte Nachwuchs-Werbung

Deutsche Gesellschaft für Urologie präsentiert Image-Film

Arztzeit wird knapp: Laut der Ärztestatistik 2018 der Bundesärztekammer steigt zwar die Zahl der Ärztinnen und Ärzte – nicht aber die Arbeitskapazität, also die Zahl der zur Verfügung stehenden Arztstunden. Als Hauptursachen gelten die Feminisierung in der Medizin und der Trend zur Anstellung. Bereits jetzt beträgt der Anteil von Ärztinnen in Klinik und Praxis 47,2 Prozent und wird weiter steigen. Allerdings sind Ärztinnen überdurchschnittlich häufig in Teilzeit tätig. Auch die Zahl der angestellten Ärzte in der ambulanten Medizin wächst und stieg im vergangenen Jahr um 10,4 Prozent auf 39.816 Ärztinnen und Ärzte, die im Angestelltenverhältnis arbeiten und zwar zu einem erheblichen Teil ebenfalls in Teilzeit.

Fehlende Arztzeit trifft das Fachgebiet der Urologie besonders, denn mit dem demografischen Wandel ist eine starke Zunahme des Anteils betagter und hochbetagter Menschen in unserer Gesellschaft verbunden. Der demografiebedingte Versorgungsanstieg ist über alle anderen Fachgruppen hinweg in der Urologie mit 20% mit Abstand am höchsten. Hinzu kommt, dass rund zwei Drittel der niedergelassenen Urologinnen und Urologen in Deutschland älter als 50 Jahre ist und in den kommenden 15 Jahren in den Ruhestand gehen wird und es an potenziellen Nachfolgern in den Kliniken fehlt. Damit droht die urologische Unterversorgung der Bevölkerungsgruppe der über 65-Jährigen.

Angesichts des überproportional ansteigenden Versorgungsbedarf urologischer Patienten und des gleichzeitig prognostizierten Ärztemangels in Deutschland, der sich bis zum Jahr 2030 auf rund 6000 fehlende Ärzte belaufen wird, ist es für die Deutsche Gesellschaft für Urologie e. V. (DGU) eine zentrale Herausforderung, den ärztlichen Nachwuchs für die Urologie zu begeistern, zu gewinnen und gut auszubilden, um eine ausreichende urologische Patientenversorgung in den kommenden Jahrzehnten zu sichern.

Entsprechend stark hat die Fachgesellschaft ihre langjährig bestehenden Programme zur Nachwuchsförderung rund um die qualitätsorientierte Facharztausbildung, Promotionspreise und Forschungsstipendien ausgebaut und Anfang 2018 gemeinsam mit der German Society for Residents in Urology (GeSRU e. V.) zur Koordinierung der Nachwuchsarbeit die Arbeitsgemeinschaft Junge Urologen gegründet und jüngst ein Positionspapier zur Nachwuchsförderung verfasst.

Ganz bewusst setzt die Fachgesellschaft auch auf Initiativen, die bereits weit vor der ärztlichen Approbation ansetzen: Beispielhaft seien der bekannte Schülertag "Werde Urologin/ Urologin für einen Tag" und die Vergabe von Reisestipendien für Medizinstudenten zum Jahreskongress der DGU genannt. Seit 2018 gehört auch der DGU-Studententag mit



eigenem Programm speziell für Medizinstudierende dazu, der auf dem 71. DGU-Kongress in Hamburg zum zweiten Mal stattfindet.

Brandneu hat die DGU einen Image-Film über die Attraktivität des Faches Urologie produziert, der anlässlich des diesjährigen DGU-Kongresses seine Premiere feiert: Zwei Minuten Urologie pur, emotional und schnell geschnitten, zeigt die bewegte Nachwuchswerbung die Vielfalt des Faches, das mit 20 Prozent Versorgungszuwachs beste Karrierechancen bietet. Nun heißt es, Film ab – im Netz, in urologischen Hörsälen und Wartezimmern.

Die Produktion des Films lag in den bewährten Händen der Hamburger Agentur Tank Tank, die bereits 2018 die urologische Themenwoche zur HPV-Impfung sehr erfolgreich umgesetzt hat.



Prof. Dr. med. Oliver W. Hakenberg

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V.

Direktor der Klinik und Poliklinik für Urologie Universitätsklinikum Rostock

Nutzenbewertung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA):

DGU veröffentlicht wissenschaftliche Stellungnahme zum Nutzen des PSA-Tests

Auf Antrag der Patientenvertretung hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) am 20. Dezember 2018 ein Beratungsverfahren zur Bewertung eines Prostatakarzinom-Screenings mittels Bestimmung des prostataspezifischen Antigens (PSA) eingeleitet. Im Zuge dieses Verfahrens wurde das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit der Durchführung der Recherche, Darstellung und Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes der Bewertung eines Prostatakrebs-Screenings mithilfe des PSA-Tests beauftragt. Zu diesem Zweck hat das IQWiG die Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V. zu einer Stellungnahme aufgefordert. Die Stellungnahme folgt der vorgegebenen Form eines Fragenkataloges.

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V. zur Nutzenbewertung eines Prostatakarzinom-Screenings mittels Bestimmung des prostataspezifischen Antigens (PSA) vom 6. Mai 2019

1. Sollte ein Prostatakrebs-Screening mittels Bestimmung des PSA (PSA-Screening) eingeführt werden? (Begründung: z. B. Prävalenz und Inzidenz in Deutschland; Krankheitsverlauf)

Das Prostatakarzinom ist das häufigste Organmalignom des Mannes in Deutschland (25,4% aller diagnostizierten Krebserkrankungen). Bei den töd-

lich verlaufenden Tumorerkrankungen steht es bei Männern mit 11,3 % in Deutschland an zweiter Stelle.

Das mittlere Erkrankungsalter liegt in Deutschland bei 69 Jahren und die Inzidenz des Prostatakarzinoms ist stark altersabhängig. Die Inzidenzen liegen in Deutschland in der Altersgruppe der 45-49-Jährigen bei 17,3/100.000, bei den 70-74-Jährigen bei 653,7/100.000 und bei den ≥ 85 -Jährigen bei 692,7/100.000 Männer [1].

Bei ca. 60.000 Neuerkrankungen pro Jahr sterben in Deutschland jährlich ca. 12.000 Männer am Prostatakarzinom, d.h. 20% der Erkrankten versterben karzinom-spezifisch am Prostatakarzinom. Aufgrund der demografischen Entwicklung ist zu erwarten, dass sowohl Inzidenz als auch Prävalenz des Prostatakarzinoms weiter zunehmen.

Der PSA-Wert als Tumormarker hat unbestritten eine sehr große Bedeutung in der Therapie des Prostatakarzinoms. Für die Diagnostik des Prostatakarzinoms wird die Bedeutung des PSA-Wertes jedoch immer noch kontrovers diskutiert.

Fest steht aber auch, dass über die PSA-Bestimmung als Trigger für eine Prostatabiopsie mehr Prostatakarzinomfälle in einem frühen Stadium diagnostiziert werden, als über die digital-rektale Untersuchung allein. Kurative Behandlung setzt aber die Diagnose in einem Frühstadium voraus.

Die bisherige Kritik an der PSA-basierten Früherkennung bezieht sich daher auf die Probleme von „Überdiagnose“ und „Übertherapie“ und darauf, dass ein erhöhter PSA-Wert keine Ja/Nein-Entscheidung für



das Vorliegen eines Prostatakarzinoms darstellt. Das gilt naturgemäß für jeden Tumormarker. Ein allgemeines ‚Screening‘ ähnlich dem Versuch, alle Frauen zum Mammographie-Screening zu motivieren, sollte es für das PSA nicht geben. Zum einen müsste es auf bestimmte Altersgruppen, in denen eine frühe Diagnose mit kurativer Therapie möglich und sinnvoll ist, eingeschränkt werden. Zum anderen sollten die Intervalle, in denen PSA bestimmt wird in Abhängigkeit vom Ausgangs-PSA-Wert variieren. Dieser PSA-Ausgangswert, z.B. bestimmt im Alter von 40 Jahren, sagt sehr viel aus über die Wahrscheinlichkeit, im weiteren Lebensverlauf ein Prostatakarzinom zu entwickeln. Dies wäre z.B. bei einem PSA-Wert unter 1,0 ng/ml im Alter von 40 Jahren sehr gering, bei einem Wert über 3,0 ng/ml im Alter von 40 Jahren wesentlich höher. In der Vergangenheit wurde in der Diskussion über den PSA-Wert das Prostatakarzinom als Erkrankung oft bagatellisiert („...man stirbt nicht ‚am‘, sondern ‚mit‘ einem Prostatakarzinom“). Diese Ansicht ist jedoch falsch (s.o.). Bei Früherkennung ist eine Kurierung durch Operation oder Bestrahlung möglich. Selbstredend haben diese Therapien Folgen und Nebenwirkungen, das alleine ist aber kein Grund, eine Kurierung und damit Verhinderung der Entstehung einer metastasierten Erkrankung zu unterlassen.

Aus Sicht der DGU wurden unsere Empfehlungen für die PSA-basierte Früherkennung (nicht Screening) in der S3 Leitlinie Prostatakarzinom niedergelegt, entlang dem oben dargelegten Grundsätzen: Bestimmung des PSA-Wertes ab dem 45. bis zum 70. Lebensjahr, bei einer weiteren wahrscheinlichen Lebenserwartung von mindestens 10 Jahren. Bei familiärem Risiko sollte die erste PSA-Bestimmung ab dem 40. Lebensjahr erfolgen. Das Intervall der weiteren PSA-Kontrollen sollte in Abhängigkeit vom ersten PSA-Wert erfolgen (3).

Unter diesen Prämissen ist die Verwendung eines

PSA-‚Screenings‘ dringend zu empfehlen.

Zur Wirksamkeit der PSA-gestützten Früherkennung liegen insgesamt fünf RCTs vor (ERSPC, PLCO, Québec, Stockholm, Norrköping), von denen drei von schwacher methodischer Qualität sind. In einer multizentrischen europäischen Studie (ERSPC) (n = 162.243) wurde bei einer Altersgruppe von 55 bis 69 Jahren eine signifikante Senkung der prostatakrebspezifischen Mortalität nach einer medianen Beobachtungszeit von 16 Jahren aufgezeigt (2).

In einem multizentrischen amerikanischen RCT (PLCO) (n=76.700) zeigt sich nach 13 Jahren kein Effekt auf die prostatakrebspezifische Mortalität. Allerdings wird in dieser Studie eine Kontamination des Kontrollarms von 86% berichtet (4), womit die Ergebnisse nicht hinreichend gepowert sind und ein Übersehen eines Effekts wahrscheinlich ist.

Metaanalysen, welche die Daten der RCTs trotz Heterogenität poolen, zeigen weder in der Gesamtgruppe, noch für unterschiedliche Altersgruppen, eine Senkung der prostatakrebspezifischen Mortalität oder des Gesamtüberlebens (5). Die zusammenfassende Interpretation der bisherigen Studienergebnisse wird erschwert durch die Unterschiedlichkeit der Screeningprogramme (z. B. bezüglich des Intervalls oder PSA-Grenzwertes), der untersuchten Populationen (Beteiligung an der Intervention und Kontamination in der Kontrollgruppe, allgemeines Erkrankungsrisiko) und der Nachbeobachtungszeiträume.

Alle RCTs zur PSA-gestützten Früherkennung zeigen eine signifikant erhöhte Zahl an detektierten Prostatakarzinomen in der Screeninggruppe und damit eine signifikante Rate an Überdiagnosen: In der europäischen Studie (ERSPC) wurden in der Screeninggruppe 1.301 Fälle an Prostatakarzinom mehr diagnostiziert als in der Kontrollgruppe (7.408 vs. 6.107), das entspricht einer kumulativen Inzidenz von 10,2 % bzw. 6,8 % [6].



Die alleinige digital-rektale Untersuchung muss zur Früherkennung als nicht ausreichend angesehen werden. Primäres Verfahren zur Früherkennung ist die PSA-Wert-Bestimmung, weil die Sensitivität der PSA-Bestimmung höher ist als die Sensitivität anderer Verfahren [7-11].

Die Kombination aus PSA-Wert plus DRU erhöht die Spezifität der Prostatakarzinom-Erkennung [7, 12]. In der systematischen Übersichtsarbeit von Harris et al. wird für Screeningstudien die Karzinentdeckung mit PSA (cut-off 4 ng/ml) mit 4,6 % und in Kombination mit DRU mit 5,8 % angegeben [12]. Analysen der PLCO-Screening-Studie [13,14] haben ergeben, dass eine Auffälligkeit des einen nicht immer mit einem auffälligen Befund des anderen Indikators einhergeht. Sowohl ein suspekter DRU-Befund als auch ein PSA-Wert oberhalb des definierten Schwellenwerts ist mit der Detektion eines klinisch signifikanten Prostatakarzinoms als auch mit prostatakrebspezifischer Mortalität assoziiert; die hazard ratios sind für PSA jeweils höher als für DRU (5.48 vs. 2.21; 5.23 vs. 2.54).

2. Welches Ziel soll mit einem PSA-Screening erreicht werden?

Erreicht werden soll die Diagnose von Männern mit einem Prostatakarzinom in einem frühen, kurativ behandelbaren Stadium. Eine Senkung der Mortalität am Prostatakarzinom ist dabei jedoch nicht das wesentliche Ziel.

Die Wahrscheinlichkeit, in Deutschland an einem Prostatakarzinom zu versterben, liegt bei etwa 3 %. Eine PSA-basierte Früherkennung kann diese Wahrscheinlichkeit bei Annahme der positivsten Ergebnisse auf 2,4 % bis maximal etwa 1,8 % senken (ERSPC Studie) (15).

Da das Prostatakarzinom ohnehin eine sehr lange biologische Laufzeit hat, ist das Ziel der PSA-basier-

ten Früherkennung die Senkung der Morbidität am metastasierten Prostatakarzinom. Das fortgeschrittene und später metastasierte Prostatakarzinom ist eine Erkrankung mit langer natürlicher Laufzeit, die in den letzten Jahren durch immer neue Therapien weiter verlängert wurde. Die frühe Diagnose mit kurativer Therapie soll gerade die Morbidität am fortgeschrittenen Prostatakarzinom (zahlreiche Therapien mit Nebenwirkungen und hohen Kosten für das Gesundheitswesen) reduzieren.

3. Welche Folgen resultieren aus der durch ein PSA-Screening bedingten Vorverlegung des Diagnosezeitpunktes hinsichtlich des Verlaufs der Erkrankung/ des Überlebens / Prognose?

Die beabsichtigten Folgen sind eine Reduktion der Morbidität durch das metastasierte Prostatakarzinom und möglicherweise eine geringfügige Reduktion der Mortalität. Kurative Therapien werden für einen Teil der Betroffenen auch negative Folgen haben, wie bleibende Inkontinenz bei einem Teil der Patienten oder chronifizierte radiogen bedingte Blasenfunktionstörungen.

4. Welche Therapien sind beim Prostatakrebs in ihrer therapeutischen Wirksamkeit belegt? Welche Faktoren beeinflussen ggf. eine wirksame Therapie?

Wissenschaftlich belegt sind eine geringfügige Reduktion der Mortalität durch kurative Therapie mittels radikaler Prostatektomie, für einzelne Indikationsgruppen auch durch Radiotherapie (16).

Sehr viel deutlicher wissenschaftlich belegt ist die Reduktion der Morbidität durch eine erhebliche Reduktion des Auftretens metastasierter Krankheitsstadien.



Es ist ein grundlegender Fehler der Diskussion um die PSA-basierte Diagnose, nur den Endpunkt der Mortalität in den Blick zu nehmen. In vielerlei Hinsicht ist das Prostatakarzinom heute zu einer chronischen Erkrankung geworden. Die biologisch ohnehin lange Laufzeit wird durch eine lange Therapiesequenz mit Hormonablation, Chemotherapie, sekundärer Androgenrezeptortherapie, sekundärer Chemotherapie, nuklearmedizinischer Behandlung von Knochenmetastasen heute erheblich verlängert. Auch die Behandlung des bereits kastrationsresistenten Prostatakarzinoms zieht sich heute mit diesen Therapien über viele Jahre hin (und verursacht erhebliche Kosten).

Für das Prostatakarzinom muss deshalb die Verhinderung des metastasierten Stadiums als Endpunkt der Betrachtung der Frage, ob eine Früherkennung mit der Folge kurativer Therapie sinnvoll ist oder nicht, gesehen werden.

Viele Studien orientierten sich immer nur am Endpunkt der Krebs-spezifischen Mortalität; dies ist für das Prostatakarzinom nicht angemessen, auch weil vom Lebensalter der Patientengruppe her eine große Anzahl natürlich aus anderen Ursachen versterben wird, bevor der Endpunkt ‚Mortalität am Prostatakarzinom‘ sie erreicht hätte.

Faktoren, die die Wirksamkeit der potentiell kurativ wirksamen Therapien beeinflussen, sind vor allem das Krankheitsstadium zum Zeitpunkt der Diagnose. Je früher die Diagnose gestellt wird, desto wahrscheinlicher ist eine Heilung durch lokale Therapien.

5. Für welche Zielgruppe soll ein PSA-Screening durchgeführt werden?

Gemäß den Empfehlungen der deutschen S3-Leitlinie sollte dies für Männer ab dem 45. Lebensjahr mit einer Mindestlebenserwartung von 10 Jahren gelten, bis zum 70. Lebensjahr, bei familiärem

Risiko schon ab dem 40. Lebensjahr. Die Intervalle der PSA-Bestimmung sollten dabei nicht notwendigerweise jährlich sein, sondern in Abhängigkeit vom PSA-Ausgangswert bemessen werden.

6. Welche PSA-Messverfahren sind für ein PSA-Screening geeignet und zu welchem Zeitpunkt sollten diese durchgeführt werden? Bitte geben Sie zu dem von Ihnen empfohlenen Screeningtest möglichst genaue Angaben zur Zuverlässigkeit, Sensitivität und Spezifität, positiven und negativen prädiktiven Werten sowie Reproduzierbarkeit an.

Es gibt zahlreiche validierte und zuverlässige PSA-Bestimmungsverfahren, deren labortechnische Genauigkeit eigentlich nicht zur Diskussion stehen sollte. Ungeeignet sind sogenannte PSA-Schnelltests; geeignet sind alle labormedizinisch zugelassenen Verfahren. Eine gewisse Problematik ergibt sich daraus, dass die Vergleichbarkeit von PSA-Werten, die mit verschiedenen Messverfahren bestimmt wurden, nicht immer direkt gegeben ist.

Die Höhe der PSA-Konzentration, die durch verschiedene PSA-Messverfahren ermittelt wird, hängt von der Kalibrierung des Messsystems ab. Eine Kalibrierung mit dem WHO-International-Standard 96/668 oder 96/670 führt im Vergleich zu der Kalibrierung in Anlehnung an Hybritech zu Messergebnissen mit ca. 20 % niedrigeren PSA-Konzentrationen in identischen Proben [68]. Da auch trotz identischer Kalibrierung die Messwerte verschiedener Messsysteme klinisch relevant voneinander abweichen können, wird empfohlen, dass für jedes Messsystem der speziell für dieses Verfahren ermittelte Referenzbereich bei der Interpretation des Messergebnisses bekannt sein soll. Weiterhin ist bei der Interpretation der Messwerte, besonders bei nur kurzen Beobachtungsintervallen, die intra-individuelle Variabilität zu berücksichtigen [17, 18].



7. Ab welchem PSA-Wert gilt ein Screening-Ergebnis als auffällig? Gibt es Faktoren, die bei der Bewertung der Messergebnisse berücksichtigt werden müssen (z. B. Alter)?

Aufgrund sehr großer Studien wurde ein PSA-Wert von 4 ng/ml per Konsens als Grenzwert festgelegt. Diese Zahl ist eine rein empirische Bezugsgröße und kann keinen absoluten ‚Cut-off‘ darstellen. Zu berücksichtigen sind das Alter des Mannes, die Größe der Prostata und möglicherweise bekannte entzündliche Vorerkrankungen der Prostata. Daher ist die Beurteilung des PSA-Wertes als Trigger für weitere Diagnostik im Hinblick auf ein mögliches Prostatakarzinom auch nicht eine rein normative Betrachtung des PSA-Wertes.

8. Vorgehen bei auffälligem Screening-Ergebnis: Welche diagnostischen Verfahren sind allein oder in Kombination zum eindeutigen Nachweis (Abklärungsdiagnostik) geeignet? Bitte geben Sie zu den von Ihnen empfohlenen Abklärungsuntersuchungen möglichst genaue Angaben zur Zuverlässigkeit, Sensitivität und Spezifität, positiven und negativen prädiktiven Werten sowie zur Reproduzierbarkeit an.

Ein auffälliger PSA-Wert gibt Anlass zu weiterführender Diagnostik mittels Prostatastanzbiopsie, die allein geeignet ist, den Nachweis eines Prostatakarzinoms zu führen. Vorgeschaltet werden kann ein MRT der Prostata, das bei Detektion auffälliger Herde nach der PIRADS Klassifikation zusätzlich zur systematischen Stanzbiopsie die gezielte Läsionsbiopsie ermöglicht.

9. Wie sollte ein PSA-Screening organisiert sein? (z.B. optimale(e) Testzeitpunkt(e), Abklärungs-/ Folgediagnostik, Therapieeinleitung)

Es sollte ein opportunistisches und kein populationsbezogenes Screening durchgeführt werden. Die PSA-basierte Früherkennung soll Männern in dem oben angegebenen Altersfenster angeboten werden. Vorausgehen muss ärztliche Beratung und Aufklärung über Sinn und Nutzen sowie die möglichen Folgen der Biopsie und ggfs. der Therapieoptionen.

10. Bitte benennen Sie die relevanten Leitlinien und Studien zum PSA-Screening. Differenzieren Sie bitte ggf. nach unterschiedlichen Vorgehensweisen und Konzepten, insofern dies auf Grundlage Ihrer Kenntnisse bzw. auf Grundlage der Literatur möglich ist.

Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms“, Version 5.0 – April 2018

11. Wie schätzen Sie den Nutzen eines PSA-Screenings mit Blick auf patientenrelevante Zielgrößen und Endpunkte ein? Bitte belegen Sie Ihre Aussagen nach Möglichkeit mit geeigneten Studien.

Individuelle Patientenrelevante Zielgrößen sind eine mögliche Kuration des Prostatakarzinoms, das in einem frühen Stadium diagnostiziert wird. Allgemeine Zielgrößen sind eine signifikante Reduktion von Morbidität und in geringerem Maße auch von karzinom-spezifischer Mortalität.

12. Welche negativen Folgen sind bei einem PSA-Screening zu erwarten und welche Bedeutung messen Sie ihnen bei (z. B. falsch positive/negative Befunde, Belastung durch Verdachtsbefunde, Komplikationen durch Abklärungsdiagnostik; Überdiagnostik und Übertherapie)?

Eine Überdiagnose an kleinen und gut differenzierten Prostatakarzinomen ist eine unvermeidliche Folge; dieser Möglichkeit wird durch die Option der ‚aktiven Überwachung‘ als Management-/Therapieoption Rechnung getragen. Dies beinhaltet allerdings für den Patienten das Wissen um das Vorhandensein eines Prostatakarzinoms mit möglicherweise negativen psychischen Auswirkungen sowie die weitere Notwendigkeit ärztlicher Überwachungsuntersuchungen.

13. Bitte benennen Sie erkrankungsspezifische Aspekte, welche die medizinische Notwendigkeit für ein PSA Screening begründen können. Nehmen Sie hierbei bitte auch Bezug auf alternative Vorgehensweisen sowie ggf. auf unterschiedliche Vorgehensweisen und Konzepte.

Die alternative Vorgehensweise ist die Prostatakrebs-Früherkennung mittels DRU alleine. Trotz geringer Sensitivität weist die digital-rektale Untersuchung (DRU) eine relativ hohe Spezifität und einen sehr hohen negativen prädiktiven Wert auf. Eine Metaanalyse [19] ergab eine Sensitivität von 59 % (51-67 %), eine Spezifität von 94 % (91-96 %), einen positiven prädiktiven Wert von 28 % (20-36 %) und einen negativen prädiktiven Wert von 99 % (98-99 %). Wie oben bereits dargelegt, weist die Kombination von PSA-Bestimmung und DRU höhere Detektionsraten auf. Die medizinische Notwendigkeit der PSA-basierten Früherkennung wurde oben bereits ausführlich begründet: Reduktion der Morbidität.

14. Sind in Deutschland genügend Ärzte und Einrichtungen vorhanden, um ein PSA-Screening, die ggf. erforderliche Abklärungsdiagnostik und die ggf. erforderliche Therapie durchzuführen?

Es gibt ausreichend niedergelassene Urologen und ambulant tätige Klinikurologen, um eine PSA-basierte Früherkennung mit den oben genannten Einschränkungen durchzuführen.

15. Welche Qualitätsvorgaben (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) halten Sie für ein PSA-Screening für erforderlich?

Die Bestimmung von Laborwerten wird durch die Ärztekammern in den Richtlinien der Bundesärztekammer (RILiBÄK) hinreichend beschrieben. Interpretation und Handlungsempfehlungen bei erhöhtem PSA-Wert erfordern eine fachärztliche Beratung.

16. Bitte machen Sie Angaben zu den direkten und indirekten Kosten eines PSA-Screenings. Nehmen Sie hierbei bitte auch Bezug auf unterschiedliche Vorgehensweisen und Konzepte.

Es entstehen Kosten für die Durchführung des PSA-Wertes, in der Folge für sich anschließende Biopsien und Therapien. Dies hängt auch davon ab, wie viele Männer die PSA-basierte Früherkennung tatsächlich in Anspruch nehmen würden. Dem entgegen stehen eingesparte Kosten für verhinderte metastasierte Verläufe mit jahrelangen und zum Teil hohen Therapiekosten.

17. Bitte benennen Sie weiterführende Aspekte, die in den oben aufgeführten Fragen keine Berücksichtigung fanden und zu denen Sie Stellung nehmen möchten.

Wir sehen seit Jahren eine gesundheitspolitische Schiefelage bei den Vorsorgeuntersuchungen zwischen den Geschlechtern. Während das Mammakarzinom-Screening mit hohem Aufwand seit Jahren forciert und propagiert wird, wird beim häufigsten Tumor des Mannes die Erkrankung als solche bagatellisiert und die Vorsorge – obwohl ein diagnostischer Marker wie bei keinem anderen Karzinom vorhanden ist – blockiert. Die Datenlage für die Reduktion der Mortalität am Mammakarzinom ist vergleichsweise nicht viel überzeugender als beim Prostatakarzinom. Hier besteht eine gender-spezifische Schiefelage, die aus politischen Gründen entstanden ist und korrigiert werden sollte.

Zitierte Literatur

(1) Robert Koch Institut (RKI), Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland (GEKID). Krebs in Deutschland für 2013/2014. 11th ed. Berlin: RKI; 2017.

(2) Hugosson J, Roobol MJ, Månsson M, Tammela TLJ, Zappa M, et al; ERSPC investigators; A 16-yr Follow-up of the European Randomized study of Screening for Prostate Cancer. Eur Urol. 2019. pii: S0302-2838(19)30150-2. doi: 10.1016/j.eururo.2019.02.009. [Epub ahead of print]

(3) Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms . Version 5.0 – April 2018 AWMF-Registernummer: 043/022OL

(4) Pinsky PF, Prorok PC, Yu K, Kramer BS, Black A, Gohagan JK, Crawford ED, Grubb RL, Andriole GL. Extended mortality results for prostate cancer screening in the PLCO trial with median follow-up of 15 years. Cancer 2017;123(4):592-9 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27911486>, DOI: 10.1002/cncr.30474.

(5) Ilic D, Neuberger MM, Djulbegovic M, Dahm P. Screening for prostate cancer. Cochrane Database Syst Rev 2013;1:CD004720 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23440794>, DOI: 10.1002/14651858.CD004720.pub3.

(6) Schroder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TL, Zappa M, Nelen V, Kwiatkowski M, Lujan M, Maattanen L, Lilja H, Denis LJ, Recker F, Paez A, Bangma CH, Carlsson S, Puliti D, Villers A, Rebillard X, Hakama M, Stenman UH, Kujala P, Taari K, Aus G, Huber A, van der Kwast TH, van Schaik RH, de Koning HJ, Moss SM, Auvinen A. Screening and prostate cancer mortality: results of the European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) at 13 years of follow-up. Lancet 2014; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25108889>, DOI: S0140-6736(14)60525-0 [pii];10.1016/S0140-6736(14)60525-0 [doi].



- (7)** Mistry K, Cable G. Meta-analysis of prostate-specific antigen and digital rectal examination as screening tests for prostate carcinoma. *J Am Board Fam Pract* 2003;16(2):95-101 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12665174>.
- (8)** Auvinen A, Maattanen L, Finne P, Stenman UH, Aro J, Juusela H, Rannikko S, Tammela TL, Hakama M. Test sensitivity of prostate-specific antigen in the Finnish randomised prostate cancer screening trial. *Int J Cancer* 2004;111(6):940-3 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15300807>.
- (9)** Candas B, Cusan L, Gomez JL, Diamond P, Suburu RE, Levesque J, Brousseau G, Belanger A, Labrie F. Evaluation of prostatic specific antigen and digital rectal examination as screening tests for prostate cancer. *Prostate* 2000;45(1):19-35 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10960839>.
- (10)** Maattanen L, Hakama M, Tammela TL, Ruutu M, la-Opas M, Juusela H, Martikainen P, Stenman UH, Auvinen A. Specificity of serum prostate-specific antigen determination in the Finnish prostate cancer screening trial. *Br J Cancer* 2007;96(1):56-60 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17213825>.
- (11)** McLernon DJ, Donnan PT, Gray M, Weller D, Sullivan F. Receiver operating characteristics of the prostate specific antigen test in an unselected population. *J Med Screen* 2006;13(2):102-7 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16792835>.
- (12)** Harris R, Lohr KN. Screening for prostate cancer: an update of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2002;137(11):917-29 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12458993>.
- (13)** Halpern JA, Shoag JE, Mittal S, Oromendia C, Ballman KV, Hershman DL, Wright JD, Shih YT, Nguyen PL, Hu JC. Prognostic Significance of Digital Rectal Examination and Prostate Specific Antigen in the Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian (PLCO) Cancer Screening Arm. *Journal of Urology* 2017;197(2):363-8 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27569432>, DOI: 10.1016/j.juro.2016.08.092.
- (14)** Cui T, Kovell RC, Terlecki RP. Is it time to abandon the digital rectal examination? Lessons from the PLCO Cancer Screening Trial and peer-reviewed literature. *Curr Med Res Opin* 2016;1-7 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27264113>, DOI: 10.1080/03007995.2016.1198312.
- (15)** Hugosson J, Carlsson S, Aus G, Bergdahl S, Khatami A, Lodding P, Pihl CG, Stranne J, Holmberg E, Lilja H. Mortality results from the Goteborg randomised population-based prostate-cancer screening trial. *Lancet Oncol* 2010;11(8):725-32
- (16)** Bill-Axelson A, Holmberg L, Garmo H, Taari K, Busch C, Nordling S, Häggman M, Andersson SO, Andrén O, Steineck G, Adami HO, Johansson JE. Radical Prostatectomy or Watchful Waiting in Prostate Cancer - 29-Year Follow-up. *N Engl J Med*. 2018 Dec 13;379(24):2319-2329
- (17)** Soletormos G, Semjonow A, Sibley PE, Lamerz R, Petersen PH, Albrecht W, Bialk P, Gion M, Junker F, Schmid HP, Van Poppel H. Biological variation of total prostate-specific antigen: a survey of published estimates and consequences for clinical practice. *Clin Chem* 2005;51(8):1342-51 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15961552>.
- (18)** Stephan C, Klaas M, Muller C, Schnorr D, Loening SA, Jung K. Interchangeability of measurements of total and free prostate-specific antigen in serum with 5 frequently used assay combinations: an update. *Clin Chem* 2006;52(1):59-64
- (19)** Hoogendam A, Buntinx F, de Vet HC. The diagnostic value of digital rectal examination in primary care screening for prostate cancer: a meta-analysis. *Fam Pract* 1999;16(6):621-6



Univ.-Prof. Dr. med. Paolo Fornara
Past-Präsident der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V.
Direktor der Universitätsklinik und Poliklinik für Urologie und des
Nierentransplantationszentrums
Universitätsklinikum Halle (Saale) Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Mitglied der Ständigen Kommission Organtransplantation sowie der
Prüfungs- und Überwachungskommission der Bundesärztekammer

Vor der Entscheidung im Bundestag:

Aktuelle Zahlen zur Situation der Organspende und Nierentransplantation

Noch in diesem Jahr könnte der Bundestag über eine Neuregelung der Organspende in Deutschland entscheiden: Angesichts der jüngsten Entwicklung bei der Organspende und -transplantation erneuert die Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU) ihre Forderung nach Einführung der doppelten Widerspruchslösung.

Es gibt keine Entwarnung, im Gegenteil: Der Blick auf die aktuellen Statistiken zur Entwicklung der Organspende und -transplantation zeigt, dass die Spendebereitschaft, nach einer initialen Erholung im Jahr 2018, in den ersten fünf Monaten 2019 erneut zurückgegangen ist. Damit haben sich alle Hoffnungen auf eine Kehrtwende zerschlagen.

Im Vergleich zu 2018 (Januar bis Mai) ist die Zahl postmortaler Organspender in Deutschland 2019 um 4,3 Prozent zurückgegangen. Das ist ein stärkerer Rückgang als 2017 (3,3 %), dem Jahr mit dem bis dahin geringsten Spenderaufkommen.

Die Zahl der postmortal gespendeten Organe sank im Vergleichszeitraum um 3,3%. Mit Blick auf die postmortal gespendeten Nieren in Deutschland müssen wir im Vergleich zu 2018 einen Rückgang um 5,1% konstatieren. Hinzu kommt, dass circa

10 bis 12 % der gespendeten Organe aus medizinischen Gründen – in der Regel wegen der grenzwertigen Funktion – nicht transplantiert werden können.

Neben der mangelnden Spendebereitschaft wird die Situation bei der Nierentransplantation in Deutschland durch die demografische Entwicklung und dem damit einhergehenden größeren Anteil älterer Spender zusätzlich verschärft, da die Funktion der Nieren altersabhängig abnimmt und folglich ein größerer Anteil der gespendeten Organe nicht zur Transplantation geeignet ist.

Dass die DGU Anfang 2018 die jetzige Debatte anstoßen konnte, dass der Gesetzgeber Konsequenzen gezogen hat und unsere Forderungen nach Systemkorrekturen Eingang in das Gesetz zur Verbesserung der Zusammenarbeit und der Strukturen bei der Organspende gefunden hat, war ein wichtiger erster Schritt. Seine Wirksamkeit muss das Gesetz, das am 1. April 2019 in Kraft getreten ist, erst entwickeln und zukünftig unter Beweis stellen. Im Sinne unserer Patienten auf der Warteliste für eine Organspende sollte Deutschland deshalb auch den zweiten Schritt gehen.



Der internationale Vergleich ist ernüchternd. In 24 von 30 Ländern in Europa gilt die Widerspruchslösung, in den Niederlanden tritt sie 2020 in Kraft. Mit der derzeit gültigen Entscheidungslösung steht Deutschland international allein. Im Vergleich der Mitgliedsländer von Eurotransplant belegt Deutschland mit nur 9,7 postmortalen Organspendern pro einer Million Einwohner den letzten Platz und rangiert international, hinter dem Iran und vor Rumänien, auf Platz 30.

Vor diesem Hintergrund und der anstehenden Entscheidung im Bundestag bekräftigt die DGU ihre Forderung nach Einführung der doppelten Widerspruchslösung, mit der wohlgerne keine Pflicht zur Organspende entsteht. Vielmehr ist jeder Einzelne gefordert, persönlich Stellung zu beziehen, was Angehörige in der Stunde der Not entlastet. Wer seine Organe nicht spenden möchte, hat das Recht, aktiv zu widersprechen. Überdies haben im Rahmen der angestrebten doppelten Widerspruchslösung auch Angehörige im konkreten Fall ein Einspruchsrecht.

Arbeitskultur in der Urologie

Haben Ärzte keine gesunden Grenzen?

Hamburg, 19.09.2019. Ob in Klinik oder Praxis, die ärztliche Arbeit ist im Wandel: Bürokratie, Digitalisierung und wirtschaftlicher Druck fordern auch die urologische Ärzteschaft tagtäglich heraus. Ärzte führen häufig ein Leben, von dem sie ihren Patienten dringend abraten. Ständig unter Druck, Warnsignale missachtend, Grenzen überschreitend. Das Patientenwohl steht im Selbstverständnis an allererster Stelle. Die eigene Gesundheit wird dabei häufig vernachlässigt.

Aber auch Ärzte dürfen krank werden. Sie scheuen sich jedoch, Schwäche zu zeigen. „Wir als Berufsverband möchten unsere Kolleginnen und Kollegen dazu ermutigen, offener über ihre körperlichen Grenzen zu sprechen, das Thema salonfähig machen und uns kritisch mit unserem ärztlichen Selbstbild vom stets belastbaren, sich unermüdlich kümmernden und eigene Bedürfnisse verleugnenden Helfer auseinandersetzen“, erklärt Dr. Axel Schroeder, Präsident des Berufsverbands der Deutschen Urologen e.V. heute anlässlich des 71. DGU-Fachkongresses in Hamburg.

Ärzte sind suchtfährdet

Typische Krankheitsbilder überlasteter Mediziner sind Depressionen sowie Herz-Kreislauf- und Suchterkrankungen. Ärzte greifen aufgrund ihrer herausfordernden Tätigkeit gegenüber anderen Berufsgruppen häufiger zu Alkohol, Zigaretten, Tabletten & Co. Auch täuschen sich Betroffene oft länger als andere über die Abhängigkeit hinweg. Hilfe,

wie etwa Interventionsprogramme für Suchtkranke der Landesärztekammern, nehmen sie eher selten und meist zu spät in Anspruch.

Gesündere Arbeitsbedingungen notwendig

Weniger Einfluss haben Ärzte natürlich auf ihre Arbeitsbedingungen und den daraus resultierenden krankmachenden Faktoren. Eine Umfrage unter knapp 500 urologischen Assistenzärzten zeigt, dass über 80 Prozent unter hoher Arbeitsverdichtung mit Zeitdruck leiden. Auch Überstunden stehen an der Tagesordnung, nur einem Drittel aller Befragten werden diese vergütet.

„Hieran sehen wir, wie eng die Ärztesundheit mit den aktuellen berufspolitischen und standespolitischen Debatten verbunden ist“, so BvDU-Präsident Schroeder. „Denn es stellt sich die Frage, wie wir unsere Selbstbestimmung und Selbstverwaltung in einem Gesundheitssystem bewahren können, das zunehmend kommerzialisiert, bürokratisiert und digitalisiert wird.“ Schon beim vergangenen Deutschen Ärztetag in Münster wurde von den Arbeitgebern gefordert, für gesundheitsförderliche ärztliche Arbeitsbedingungen zu sorgen, um Erschöpfung, Depressionen, Burnout oder Sucht vorzubeugen. Angeregt wurden außerdem Resilienzprogramme als Teil von Studium und Fortbildung.

Der Berufsverband der Deutschen Urologen e.V. stellt auf dem DGU-Fachkongress 2019 sein BvDU-Berufspolitisches Forum deshalb unter

das Leitthema „Arbeitskultur in der Urologie: Sind wir Ärzte ohne gesunde Grenzen?“. Experten und Teilnehmer diskutieren die Ärztegesundheit, die Vereinbarkeit von Beruf und Familie sowie den Auswirkungen der Fallpauschalen auf die ärztliche Arbeit in der Klinik.

Pressekontakt

Berufsverband der Deutschen Urologen e.V.
Silja Koenig
Referentin Öffentlichkeitsarbeit
Kantstr. 149
10623 Berlin

Tel.: 030 - 887 225 53 /
Mobil auf dem Kongress:
0173 - 571 06 85
FAX: 030 - 887 225 59

pressestelle@bdu-urologie.de
info@urologie-gestalten.de
Twitter @BDUrologie