

EDITORIAL Neues von der DGU



Von Prof. Dr. Oliver Hakenberg,
DGU-Generalsekretär

Kurz vor dem Kongress kann die DGU einige Neuerungen vermelden. Die Homepage wurde einem ‚Relaunch‘ unterzogen. Was ist das? Eine komplette Überarbeitung, neues Layout, neue Farben, insgesamt moderner und eine Zusammenfassung aller bisherigen zum Teil unabhängigen Websites von DGU und BDU unter einem Dach. Damit sind nunmehr auf der neuen Homepage (weiterhin „urologenportal.de“) auch alle Arbeitskreise mit ihren Darstellungen vertreten. Die Urologensuche wurde auch erneuert und erweitert. Zielgruppe dieser Internetpräsenz sind die Öffentlichkeit inklusive der Presse sowie natürlich die eigenen Mitglieder, für die besondere Informatio-

nen im geschützten Bereich zugänglich gemacht sind. Ein Besuch lohnt sich.

Zum 1. Oktober wird die DGU endgültig nach Berlin umziehen. Eine große Bürotage wurde zentral angemietet und bietet Platz genug. Damit wird die Hauptgeschäftsstelle zukünftig in Berlin sein, mit allen Mitarbeitern, mit einer Übergangszeit von zwei Jahren. Die DGU hofft, dass der BDU mitziehen wird und die bewährte Bürogemeinschaft aufrechterhalten wird; alles andere wäre ein ganz schlechtes Signal.

Die S3-Leitlinie zum Harnblasenkarzinom ist fertiggestellt, die Überarbeitung der S3-Leitlinie Prostatakarzinom hat begonnen, die Novelle der Musterweiterbildungsordnung nimmt nach dem Stillstand, der durch die Bundesärztekammer verursacht worden war, wieder Fahrt auf, auch die Novellierung der GOÄ nähert sich deutlich einer vielleicht erkennbaren Zielgeraden. Was lange währt, wird vielleicht endlich gut.

Der Jahreskongress im schönen Kongresszentrum in der schönen Stadt Leipzig wird ein interessantes Programm bieten, thematischer Mittelpunkt wird das Konfliktthema ‚Ökonomie in der Medizin‘ sein. Der Wandel im Denken und Handeln, der durch sich verändernde ökonomische Rahmenbedingungen uns allen aufgezwungen wurde, hat Spuren hinterlassen. Es gilt, sich dieser Mechanismen bewusst zu sein, auch Grenzen zu ziehen und Einfluss zu nehmen. Vieles von dem, was sich geändert hat, ist wohl unvermeidlich, aber auch nicht alles, und wir müssen erkennen, was wir beeinflussen können und was nicht. Sonst werden uns immer mehr die medizinfremden Bürokraten sagen und vorschreiben, was in der Medizin zu geschehen hat. Auf dem Kongress wird es dazu viele interessante Veranstaltungen geben.

In der Mitgliederversammlung stehen für die DGU wichtige Wahlen an, auch dies etwas, was man sich im Kongresskalender vormerken sollte.

INHALT

- 2 Entscheidungshilfe Prostatakrebs – Rechtliches Parlamentarischer Abend
- 3 DGU-Kongress: Ausstellung Urologie und Nobelpreise Highlights auf dem 68. DGU-Kongress Umzug der DGU nach Berlin
- 4 Hodenkrebs? Nie gehört! - Kampagne der ÄGGF
- 5 Nachrichten des BDU Ambulante fachärztliche Weiterbildung
- 6 Erwischt!
- 7 Uro-Kodex: DGU hat Big Data im Visier Gemeinsame Zusatzweiterbildung mit der DGKCh GKV-Versorgungsstärkungsgesetz Misere bei Hilfsmittelversorgung Initiative zur Patientenbefragung zum ISK
- 8 Informierte Patienten Das neue Urologenportal Geschlecht. Selbst. Bestimmt Akademie-Veranstaltungen / Impressum

Die „Entscheidungshilfe Prostatakrebs“ der DGU-PatientenAkademie ist seit Juni online verfügbar



Von PD Dr. Dr. Johannes Huber,
Projektleiter „Entscheidungshilfe
Prostatakrebs“

Radikale oder Bestrahlung oder Active Surveillance? Alle 9 Minuten muss sich in Deutschland ein Patient entscheiden. Seit Juni 2016 gibt es ein Online-Entscheidungsportal für Patienten, erstellt von der PatientenAkademie. Auch für die behandelnden Urologen. Im deutschsprachigen Raum ist das Konzept bislang einzigartig: Der ‚Clou‘ des Angebotes liegt in der interaktiven Personalisierung nach onkologischem Risiko, Erektionsfunktion und Begleiterkrankungen. Das kann keine noch so gute Broschüre leisten.

Prof. Dr. Sabine Kliesch als Leiterin der PatientenAkademie möchte alle Kollegen und Kolleginnen ausdrücklich ermutigen, die ‚Entscheidungshilfe Prostatakrebs‘ selbst zu testen und sie ihren Patienten nahezulegen. Das Angebot kommt aus urologischer Hand und transportiert ohne Mehraufwand die Inhalte der S3-Leitlinie Prostatakarzinom zum Patienten. Der Patient kommt vorinformiert und mit bereits erhobenen Daten und Wünschen zum Gespräch.

So funktioniert

www.entscheidungshilfe-prostatakrebs.info

Die Entscheidungshilfe Prostatakrebs vermittelt bewusst keine Therapieempfehlung. Das Ziel ist es, den Patienten möglichst gut auf das Arztgespräch vorzubereiten. Man bietet dem Patienten kurz nach der Erstdiagnose die Nutzung der personalisierten Entscheidungshilfe an und stellt ihm einen individuellen Zugangscode sowie acht klinische Angaben zur Verfügung. Auf Basis seiner Online-Eingaben erhält der Patient leitliniengerechte personalisierte Informationen zur Erkrankung und den Behandlungsmöglichkeiten. So kann er sich in Ruhe zu Hause informieren und beraten. Alle Inhalte sind als patientenorientierte Erklärvideos aufbereitet. Zum anschließenden Arztgespräch bringt der Patient dann



eine standardisierte Zusammenfassung seiner Daten in Form eines DIN-A4-Blattes als Ausdruck mit. Für Urologen stellen diese gezielte Vorbereitung und ihre automatische Dokumentation eine Entlastung im Praxisalltag dar. Dieser „analoge“ Ablauf für den Arzt spart wertvolle Zeit für das

Beratungsgespräch. Informationen zur Entscheidungshilfe wurden bereits über den Takeda Außendienst verbreitet, da Takeda das Projekt gesponsort hat. Bislang nutzten seit dem ‚Launch‘ im Durchschnitt 30 Patienten die Entscheidungshilfe jede Woche.

Die wichtigsten Informationen auf einen Blick:

Wie erhalte ich Zugangskarten für meine Patienten?

Von Ihrem betreuenden Takeda-Mitarbeiter erhalten Sie eine Box mit 30 Zugangskarten für Ihre Patienten. Dabei enthält jede Zugangskarte genau einen individuellen Log-in und kann damit jeweils nur für einen Patienten verwendet werden. Sie können jederzeit über Ihren betreuenden Takeda-Mitarbeiter eine neue Box erhalten oder diese im Takeda-Service Center bestellen:

Telefon: 030 2062770

E-Mail: bestellung@entscheidungshilfe-prostatakrebs.de

Testzugang für Urologen

www.entscheidungshilfe-prostatakrebs.de

Benutzer: 4001

Passwort: cukucf

Informationsvideos



Übersicht (3:11 Minuten)
<https://youtu.be/t4LU4Az7BjI>



Tutorial (20:32 Minuten)
<https://youtu.be/Rnc0Ujq4aGI>

Weitere Informationen

www.entscheidungshilfe-prostatakrebs.info
E-Mail: info@entscheidungshilfe-prostatakrebs.de

Rechtliche Relevanz für die Patientenaufklärung



Von Rechtsanwalt
Frank Petersilie,
DGU-Geschäftsführer

Die PatientenAkademie von DGU und BDU hat durch das interaktive Informationsmodul „Entscheidungshilfe Prostatakrebs“ nicht nur einen Beitrag zur qualitätsgesicherten Patienteninformation geleistet, sondern auch dem behandelnden Urologen eine Unterstützung bei der Aufklärung von Patienten mit nicht-metastasiertem Prostatakarzinom an die Hand gegeben. Die adäquate mündliche Aufklärung des Patienten wird dadurch aber nicht entbehrt.

An dieser Stelle ist vielleicht zunächst ein kurzer Blick auf die gesetzliche Regelung zur Patientenaufklärung hilfreich. Der in den §§ 630 a-h BGB geregelte Behandlungsvertrag differenziert nunmehr zwischen der früher als therapeutische bzw. Sicherungsaufklärung bezeichneten Behandlungsinformation (§ 630 c Abs. 2, Satz 1 BGB) einerseits und der Eingriffs- bzw. Risikoaufklärung des § 630 e BGB andererseits. Zur Behandlungs-

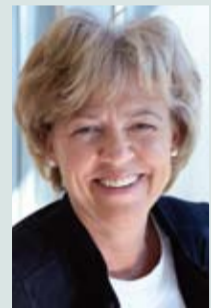
information enthält das BGB keine formalen Anforderungen, auch wenn die Kommentarliteratur die mündliche Aufklärung in der Regel für unverzichtbar hält. Für die Eingriffsaufklärung hingegen sieht § 630 e BGB ausdrücklich einige Vorgaben zur Art und Weise wie Mündlichkeit, Qualifikation des Aufklärenden oder Verpflichtung zur Ausdrücklichkeit von Abschriften unterzeichneter Unterlagen vor (vertiefend: Fischer, Petersilie: „Patientenaufklärung in der Urologie“; Der Urologe 12/2014, 1833 ff.). Selbst für Juristen ist die Abgrenzung zwischen beiden Aufklärungsvarianten nicht immer eindeutig, so dass man sich im Zweifel eher an den formalen Anforderungen der Eingriffsaufklärung orientieren sollte.

Letztlich ist die Differenzierung nach Art der Aufklärung für die „Entscheidungshilfe Prostatakrebs“ weniger relevant, da es sich nicht um eine eigenständige Form der Aufklärung handelt oder diese gar ersetzt. Sie ist ein Tool zur Patienteninformation, dass das Aufklärungsgespräch vorbereitet. Für Ärzte besteht damit das Angebot, dieses Modul als Unterstützung bei der Patientenaufklärung zu verwenden. Ein Patient wiederum, dem die Nutzung durch den Arzt vorgeschlagen wird, ist selbstverständlich nicht verpflichtet,

diese Informationsquelle tatsächlich zu nutzen. Besteht ein Patient auf der ausschließlichen Aufklärung durch den behandelnden Arzt, so ist dies vom Arzt zu akzeptieren. Ist aber der Patient willens und in der Lage, die „Entscheidungshilfe Prostatakrebs“ zu nutzen, so spricht vieles für den Einsatz. Der Umfang der Nutzung liegt im Ermessen des Patienten; im Optimalfall lässt er sich nach Eingabe der Daten aus der vom Arzt ausgefüllten Zugangskarte durch das Programm führen und erhält abschließend ein Zusammenfassungsblatt, das er zum Aufklärungsgespräch mit dem Arzt mitbringen kann. Ein weiterer Vorteil für den Arzt ist hierbei, dass er die verlässliche Informationsbasis des Patienten nachvollziehen kann. Zudem erhält der Arzt Anhaltspunkte für das individuelle Aufklärungsgespräch. Da dieses Gespräch durch die Zusammenfassung keinesfalls entbehrlich oder auf kurze Verständnisfragen reduziert wird, wäre es allerdings unzureichend, wenn der behandelnde Arzt die Zusammenfassung mit einer aufgeklärten Patientenmeinung gleichsetzte und sie unkommentiert als Nachweis der Aufklärung zu den Akten nähme. Man sollte also u.a. nachfragen, ob der Patient alle Angaben nach wie vor so machen würde oder ob sich

zwischen der Dateneingabe und dem Gespräch neue Aspekte ergeben haben. Wenn der Patient in der Zusammenfassung bestimmte Behandlungsmöglichkeiten als Präferenz angegeben hat, so sollte man noch einmal nachvollziehen, aus welchen Gründen dies erfolgte und warum die anderen in Betracht kommenden Therapieoptionen ausgeschlossen wurden, selbst wenn die weiteren Angaben in der Zusammenfassung die genannte Präferenz als schlüssig bestätigen. Denn das Primat der vollständigen mündlichen Aufklärung sollte immer beachtet werden. Zu Dokumentationszwecken empfiehlt es sich – soweit der Patient damit einverstanden ist –, den Zusammenfassungsbogen, ggfs. ergänzt durch handschriftliche Anmerkungen, nebst der Dokumentation des Aufklärungsgesprächs zur Patientenakte zu nehmen. Um auch den formalen Anforderungen der Eingriffs- bzw. Risikoaufklärung zu genügen (§ 630 e BGB), wären dem Patienten weitere Aufklärungsunterlagen in Textform und von ihm unterschriebene Unterlagen in Kopie auszuhändigen. Für die Eingriffsaufklärung ist die „Entscheidungshilfe Prostatakrebs“ aber nicht konzipiert. Sie soll primär Arzt und Patient beim Treffen der Behandlungsentscheidung unterstützen.

5. Parlamentarischer Abend der DGU



Von Franziska
Engehausen,
Leiterin des DGU-
Hauptstadtbüros

Im Juni fand zum fünften Mal ein Parlamentarischer Abend der DGU in der Parlamentarischen Gesellschaft,

neben dem Reichstag, in Berlin statt. Veranstaltungen in den ehrwürdigen Räumlichkeiten der Parlamentarischen Gesellschaft sind etwas Besonderes und können nur mit einem MdB als Schirmherr und offiziellem Gastgeber durchgeführt werden. Dann hat man die Möglichkeit, vor geladenen Gästen aus Politik, Presse und anderen wichtigen Bereichen der Hauptstadtzone eine Veranstaltung mit eigenen Themen zu machen, die man als Botschaft verbreiten möchte. Also eine durchaus sehr politische Veranstaltung.

Das Thema, das die DGU diesmal „unten Volk bringen“ wollte, war die Problematik von Innovationen in der Medizin sowie den Kontroversen um deren Verbreitung und manchmal auch kritische Anwendung. Das Thema war dementsprechend „MRT und Prostatakrebs“.

Der DGU-Präsident Prof. Kurt Miller moderierte und führte in das Thema ein: Wie geht unser Gesundheitssystem mit medizintechnischen Innovationen um? Welchen Wert hat das Bewertungsverfahren nach §137h SGB V für die Patientensicherheit einerseits und für die Rechts- und Planungssicherheit bezüglich der Finanzierung in Kliniken und Praxen andererseits? Wann ist der Nutzen einer innovativen Behandlungsmethode als hinreichend belegt anzusehen? Wer definiert denn, ob eine neue Methode das Potenzial einer nützlichen Innovation bietet? Stehen wir insbesondere bei Krebserkrankungen vor einem erneuten Paradigmenwechsel? Dann sprach Prof. Heinz-Peter Schlemmer, Radiologe



Intensive
Gesprächsrunden
prägten
den Parlamentarischen
Abend der DGU.

vom Deutschen Krebsforschungszentrum in Heidelberg als enthusiastischer Protagonist zur MRT-Bildgebung beim Prostatakarzinom. Die Vielzahl an Kongressen und Weiterbildungen mit großen Zulauf von Radiologen zeige, dass die Bildgebung beim Prostatakarzinom immer wichtiger werde, einhergehend mit einem ständig steigendem Angebot an mpMRT-Maschinen sowohl im ambulanten wie stationären Bereich. Als Radiologe vertrat er die Auffassung, dass die Zukunft der gezielten TRUS/MRT-Fusionsbiopsie gehöre, diese aber nur nach Auffälligkeiten im MRT indiziert sein würde. Erschwerend sei allerdings, dass verschiedene Gerätehersteller mit unterschiedlichen Gerätegenerationen auf dem Markt vertreten seien, was Vergleichbare erschwere. Auch fehle eine stringente Standardisierung, eine Qualitätskontrolle sowieso.

Als „advocatus diaboli“ sprach dann DGU-Generalsekretär Prof. Oliver Hakenberg zur Frage: Jeder PCa-Verdacht bekommt ein MRT? Natürlich gebe es potentielle Vorteile der mpMRT-Fusionsbiopsie, die Gesamtdeckungsrate sei aber nur geringfügig höher als bei der systematischen Biopsie und eine vermehrte Detektion „signifikanter“ Prostatakarzinome sei bisher nicht bewiesen. Die Nachteile flächendeckender MRT-Anwendung lägen auf der Hand, nämlich höhere Kosten bei zum Teil doch recht „unscharfer“ Bildgebung. Aktuelle Kostenmodelle seien hypothetisch und

suggestierten lediglich Kosteneffizienz. Hier würde ein Trend geschaffen, der dem Patientenwunsch nachkomme, Biopsien zu vermeiden, dies Versprechen aber gar nicht halten könne.

Als Dritter sprach Prof. Reinhard Busse von der Fakultät Wirtschaft und Management der FU Berlin: Spagat im Gesundheitsmanagement mit neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, Patientenvorschub und Wirklichkeit, Qualitäts-Zu- und Abschläge. Der §137h greife das Problem der schnelleren Zurverfügungstellung von Innovationen für das Gesundheitswesen zwar auf, würde mit einem komplizierten Prozess aber nur wenige Technologien betreffen und sei im Übrigen bislang nicht erprobt. Für die Kostenkalkulation der Krankenhäuser sei aber festzuhalten, dass heute geltende DRGs auf Kostendaten von vor 2 Jahren beruhen würden, was bedeutet, dass damals noch nicht existierende Leistungen nicht in die Kalkulation einbezogen wurden. Es sei illusorisch, dass angesichts des medizintechnologischen Fortschrittes eine noch zeitnahe kalkulatorische und damit vergütungsrelevante Umsetzung möglich wäre. Die anschließende Diskussion war lebhaft und spannend. Diese musste dann allerdings irgendwann beendet werden, weil an dem Abend Deutschland in der EM gegen Nordirland spielte. Die DGU erhielt viel positive Resonanz dafür – auch auf Twitter – dass sie kontroverse Themen auch kontrovers zur Diskussion stellte.

Statement des BPS anlässlich des Parlamentarischen Abends der DGU am 21. Juni 2016

Von Jens-Peter Zacharias

Wir sind Anhänger der evidenzbasierten Medizin und der qualitätsgesicherten, transparenten Patienteninformation und Entscheidung. Wir unterstützen die Forschung mit all unseren Möglichkeiten. Uns ist klar, dass wir in Deutschland hinsichtlich des Zugangs und der Finanzierung eine komfortable Situation haben. Andererseits sind die finanziellen Mittel, der Anteil am Brutto sozialprodukt, der für medizinische Versorgung zur Verfügung stehen kann, begrenzt. Der G-BA hat darüber hinaus die Aufgabe, die Mittel altersgruppengerecht und krankheitsgerecht zu verwenden. Hier droht also für die Onkologie ein Paradigmenwechsel, wie Prof. Hakenberg in der Einladung zu diesem Parlamentarischen Abend feststellte. In Diskussionen waren wir schon verschiedentlich damit konfrontiert. Uns ist das bewusst!

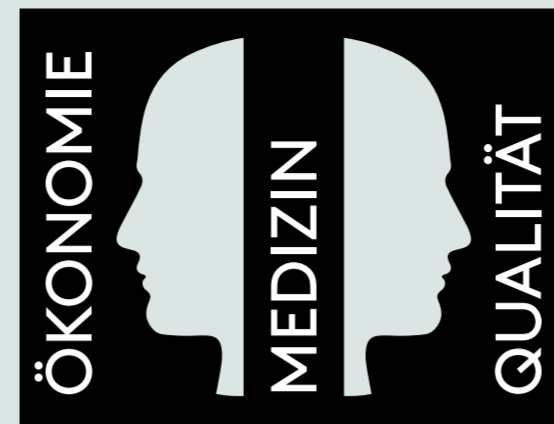
Wir sind der Meinung, dass man für die Entwicklung optimierter Strukturen mit etlichen Jahren oder einigen Jahrzehnten rechnen kann.

Hierfür stehen wir mit unserer Arbeit:

- ▶ Für eine globale koordinierte Forschung,
- ▶ aktuelle, gepflegte Leitlinien,
- ▶ qualitätsgesicherte Diagnosen und Therapien,
- ▶ neue Methoden nur in kontrollierten Studien, und
- ▶ optimierte Versorgungsstrukturen.

400 Kliniken in Deutschland, die radikale Prostatektomien ausführen und ein 5-jähriges Jubiläum unseres Qualitäts-Antrages im G-BA sind dafür keine guten Beispiele! Wir sind aber Optimisten und setzen uns mit all unseren Kräften für optimierte Versorgungsstrukturen ein.

Die Verschwendung im Gesundheitswesen müssen wir beenden, wie Frau Prof. Schmutzler kürzlich im „Onkologischen Brennpunkt“ forderte. Wir schließen uns dieser Forderung an und hoffen auf eine stark beschleunigte Anpassung der Strukturen, wie es von dieser und sicherlich auch der kommenden Bundesregierung geplant ist. Wir wünschen der Selbstverwaltung dabei schnelle Erfolge!



68. Kongress der
Deutschen Gesellschaft
für Urologie e.V.

28.09. – 01.10.2016 Congress Center Leipzig

Präsident: Prof. Dr. Kurt Miller
Direktor der Klinik für Urologie
Charité – Universitätsmedizin Berlin



Urologie und Nobelpreise - Thema der historischen Ausstellung auf dem diesjährigen DGU-Kongress



Von Dr. Nils Hansson,
Heinrich-Heine-Universität
Düsseldorf

Der Nobelpreis für Physiologie und Medizin wird seit 1901 jährlich vergeben und ist seit 2012 mit 8 Millionen Schwedischen Kronen (ca. 850.000 Euro) dotiert.

Mit Werner Forßmann (1904-1979, Nobelpreis 1956) und Charles Huggins (1901-1997, Nobelpreis 1966) wurden bis heute zwei auf dem Gebiet der Urologie arbeitende Ärzte mit dem „Heiligen Gral“ der Wissenschaft ausgezeichnet.

Aber auch in der Zeit davor, als sich die nationalen und internationalen urologischen Gesellschaften gerade erst etablierten, wurden drei Ärzte für ihre Arbeiten zur Physiologie und Pathologie der Harn- und Geschlechtsorgane für den Nobelpreis nominiert: Diese waren der Deutsche James Israel (1848-1926, nominiert 1903), der Franzose Félix Guyon (1831-1920, nominiert 1911) und der Brite Peter Freyer (1851-1921, nominiert 1913). Mit James Israel und Félix Guyon waren dies zugleich zwei Gründungsmitglieder der Société Internationale d'Urologie, die 1907 gegründet worden war. Alle drei nominierten Urologen waren vorwiegend für ihre innovativen operativen Techniken bekannt.

In der Frühphase des Nobelpreises wurden wesentlich häufiger als heute Entdecker und praktische Anwen-

der auf dem Gebiet der operativen Medizin nominiert und ausgezeichnet. Die Chirurgie der Harn- und Geschlechtsorgane galt zu dieser Zeit als „cutting edge“ der operativen Medizin. Auch fällt auf, dass alle drei Nominierten international gut vernetzt waren und in den damaligen Zentren der Urologie (Berlin, London, Paris) wirkten, was wohl schon damals als eine wichtige Grundvoraussetzung für internationale Anerkennung galten haben muss.

Während die Preisträger fast ewigen Ruhm erlangten, blieben die lediglich nominierten Kandidaten aus der Urologie lange unbekannt, was unter anderem dem tradierten Vorschlagswesen bei der Vergabe des Nobelpreises geschuldet sein dürfte. Den Nobelpreis – so hatte es Alfred Nobel es in seinem Testament festgelegt – sollten diejenigen erhalten, die der Menschheit den größten Nutzen gebracht hätten. Diese Vorgabe erlaubt dem Nobelkomitee bis heute einen großen Interpretationsspielraum. Daraus ergibt sich auch, dass zahlreiche hochverdiente Wissenschaftler letztendlich leer ausgehen. Manchmal werden die preiswürdigen Kandidaten einfach auch zu „schlecht verkauft“.

In der diesjährigen historischen Ausstellung möchten Museum, Bibliothek und Archiv der DGU in Zusammenarbeit mit dem Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin der Universität Düsseldorf dieses spannende Thema der Wissenschaftsgeschichte einem breiten Publikum näherbringen und präsentieren auch dieses Mal ein vielfältiges Kaleidoskop an Dokumenten und Exponaten zu den nominierten, aber nicht ausgezeichneten Nobelpreisandidaten der Urologie.

DGU zieht endgültig nach Berlin



Foto: fotolia © JFL Photography

Nachdem die Mitgliederversammlung schon vor Jahren für eine endgültige Verlegung der DGU-Geschäftsstelle nach Berlin beschlossen hatte, ist einige Zeit vergangen. Die Suche nach einer geeigneten Immobilie zum Kauf auf dem zunehmend enger werdenden Berliner Markt gestaltete sich schwieriger als gedacht. Daher wurde nun vom Vorstand beschlossen, zunächst geeignete Räumlichkeiten in Berlin anzumieten. Dies ist nun geschehen, und die DGU wird mit der Geschäftsstelle am 1. Oktober dieses Jahres in die Nestorallee 18 umziehen, in der Nähe vom Kurfürstendamm sehr zentral gelegen.

zu ziehen, die DGU trägt die Umzugskosten. Wer von diesem Angebot Gebrauch machen wird, steht noch nicht fest. Fest steht, dass Herr Petersilie als Geschäftsführer der DGU erhalten bleiben wird.

Die DGU würde es sehr begrüßen, wenn der BDU mitziehen würde und die bisherige Bürogemeinschaft, die im Hauptstadtbüro bestand, aufrechterhalten wird. Der BDU tut sich, wie schon bei der Einrichtung des Hauptstadtbüros 2011, schwer damit, sich für diese Gemeinsamkeit mit der DGU zu entscheiden, weil man glaubt, „näher an den Entscheidern“ sein Büro haben zu müssen. oh

HIGHLIGHTS AUF DEM 68. DGU-KONGRESS

Eröffnungsplenary „Qualität und Ökonomie in der Medizin“

Im Klinik- und Praxisalltag dominiert zunehmend die Ökonomie über die Medizin. Mehr Fälle bringen mehr Geld, ist das wirklich die Lösung? Das derzeitige Anreizsystem – vor allem im Bereich der stationären Krankenversorgung – hat ein erhebliches Missbrauchspotential, auch die Politik hat das erkannt. Die Gründung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz Gesundheitswesen (IQTiG) im Jahr 2015 ist zumindest eine Auswirkung dieser Erkenntnis. Aber wohin soll die Reise gehen?

Wie können wir Qualität in die Entgeltsysteme einbauen, und wo sind vernünftige Grenzen für die Ökonomisierung? Über diese Themen diskutieren im Eröffnungsplenum am Kongress-Donnerstag: Prof. Josef Hecken, seit 2012 Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA), dem zentralen Entscheidungsgremium im deutschen Gesundheitswesen, Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher, Vorstandsvorsitzender der DAK, Prof. Dr. med. Matthias Schrappe, Gesundheitsexperte und Autor des Buches „Qualität 2030 – die umfassende Strategie für das Gesundheitswesen“, sowie Prof. Dr. Björn Volmer, DRG-Experte der Deutschen Gesellschaft für Urologie. Die Moderation dieser Talkrunde wird der Generalsekretär der DGU, Prof. Dr. Oliver Hakenberg, übernehmen. Wir erwarten eine spannende und kontroverse Diskussion.

Zum ersten Mal auf dem DGU-Kongress: „Surgery Day“

Den ganzen Mittwoch werden Live-Operationen mit vielen Gast-Operateuren aus dem Klinikum Leipzig übertragen. Themen: HOLEP und BiopolEP, Ureteroskopie flexibel und mit „single use“ Systemen, PCNL, Fusionsbiopsie, robotische Nierenteilresektion, retroperitoneoskopische Nephrektomie und fokale Therapie des Prostatakarzinoms. Teilnehmer haben Gelegenheit, ihre Fragen direkt an die Operateure zu richten, Diskussionszeit ist reichlich vorgesehen: Der „Surgery Day“ verspricht spannende und lehrreiche Veranstaltungen.

Novum auf dem DGU-Kongress: „Praxis Track“

Zwei Forumssitzungen von Niedergelassenen für Niedergelassene. Thomas Speck aus Berlin und Henrik Suttmann aus Hamburg haben gemeinsam mit Andreas Eisenhardt aus Mühlheim ein spezielles Programm für den Freitagnachmittag zusammengestellt: Es geht um MRT und Fusionsbiopsie aus Sicht der Praxis im ersten Forum; das zweite befasst sich mit der Zukunft der ambulanten Urologie. Wir sind sehr gespannt, wie das angenommen wird. Und bedenken Sie: Für die Teilnahme am Freitag und an der Plenarsitzung: „Was Sie aus 2016 mitnehmen sollten“ am Samstag gibt es schon 9 CME-Punkte. Für die komplette Kongressdauer von Mittwoch bis Samstag erhalten Sie insgesamt 21 CME-Punkte.

Was Sie schon immer wissen wollten ...

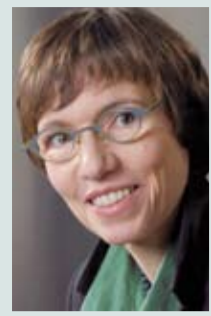
Der Titel geht zurück auf einen Film von Woody Allen aus dem Jahr 1973: „Was Sie schon immer über Sex wissen wollten, aber bisher nicht zu fragen wagten“. Allerdings geht es auf dem Akademie-Forum am Mittwochvormittag um klassische Leitsymptome aus der Sprechstunde: Reizblase, Nykturie, Nachträufeln und Inkontinenz bei Neoblase. Die Abklärung und Behandlung hat es meistens in sich. Das Beste: Hier können Sie einfach in der Veranstaltung fragen!

Wie viel Impact hat die Evidenz?

In diesem Akademie-Forum am Donnerstagnachmittag geht es um die Frage: Warum ist es notwendig, die Qualität in der Medizin zu sichern? Was passiert, wenn diese Mechanismen nicht greifen? Von Therapieentscheidungen sind häufig große Bevölkerungsgruppen betroffen. Daher ist es umso wichtiger, diese Entscheidungen auf gesichertem Wissen zu treffen. Aber wie kommt dieses Wissen zustande? Und wie hält es Einzug in die tägliche klinische Praxis?

„Hodenkrebs? Nie gehört!“

Hodenkrebs ist den meisten Jungen und jungen Männern unbekannt



Von Dr. Heike Kramer, Vorstandsmitglied der Ärztlichen Gesellschaft zur Gesundheitsförderung e.V.

So laut das Fazit der Ärztlichen Gesellschaft zur Gesundheitsförderung e.V. (ÄGGF). Die ÄGGF besteht aus 75 Ärztinnen, die in Schulen Aufklärungsstunden zu sexuellen und urogenitalen Problemen geben. Dass die Jugendlichen nichts über Hodenkrebs wissen, wissen die Ärztinnen der ÄGGF nicht nur aus den alltäglichen Erfahrungen, sondern auch aus der aktuellen wissenschaftlichen Evaluation des bayerischen ÄGGF-Jungenprojekts. Begriffe wie Impotenz, Kastration, Penisbruch – „Probleme älterer Männer wegen so einem Ding hinten drin“ – werden von den Schülern benannt, ohne dass sie diese selbst mit sachlichem Inhalt füllen können. Hodenkrebs gehört fast nie dazu. Da Hodenkrebs der häufigste bösartige Tumor des jungen Mannes ist und seit dem Wegfall der Musterungsuntersuchung die erste Vorsorgeuntersuchung bei Männern in Bezug auf das Genitale erst ab 45 Jahren stattfindet, sind Jungen und junge Männer die wichtigste Zielgruppe für gezielte Aufklärungsarbeit geworden.

Aufsuchende Präventionsarbeit durch „ärztliche Informationsstunden“

Ärztliche Informationsstunden der ÄGGF finden in allen Schultypen und Altersstufen von 10-20 Jahren statt. Für diese Arbeit der ÄGGF übernahm die DGU 2012 die Schirmherrschaft und leistete finanzielle Hilfe. Je älter die Jugendlichen sind, desto überzeugter sind sie, dass sie eigentlich gut informiert seien. Ihr Wissen beziehen sie dabei hauptsächlich aus dem Internet sowie von Freunden und Bekannten. Im Rahmen der Arbeit mit Jungen zeigt sich aber, dass Anatomie und Physiologie der männlichen Geschlechtsorgane kaum detailliert verstanden werden; das Unwissen ist noch größer, wenn es zur Thematisierung von Pathologien kommt. Zwar nennen die Teilnehmer in diesem Zusammenhang viele Begriffe, die sie schon mal gehört haben, aber kaum jemand kennt deren richtige Bedeutung. Dass Jungen, trotz anfänglicher Skepsis, sehr interessiert an diesen Stunden sind und neues Wissen erwerben, zeigte die in Bayern durchgeführte randomisiert-kontrollierte Evaluation in den Klassenstufen 6, 8/9 und 11 im Rahmen des 2-jährigen Jungenprojekts „Vom Jungen zum Mann – gesund erwachsen werden“. Hierbei wurden in 511 ÄGGF-Veranstaltungen 8.221 Jungen erreicht. Die Ergebnisse der Interventionsgruppe zeigten 4 Wochen nach der ärztlichen Informationsstunde im Vergleich zur Kontrollgruppe über

alle Klassenstufen und Schultypen hinweg einen Wissenszuwinn von 28%. Die Akzeptanz des Unterrichts durch Ärztinnen im Vergleich zu Lehrkräften wurde durchschnittlich mit der Note 1,6 bewertet. Die Beurteilung der Informationsstunden erhielt die Durchschnittsnote 1,7, Berufsschüler beurteilten mit 1,48 am höchsten, obwohl diese zu Beginn der Studie die größte Skepsis gezeigt hatten.

Hodenkrebs – ein den Jungen unbekanntes Risiko

Hodenkrebs als häufigstes Malignom in dieser Altersgruppe wurde im Rahmen des Projekts in den höheren Klassen thematisiert. Manche Jungen erinnerten sich an Lance Armstrong und meinten dann zu wissen, dass intensives Radfahren Hodenkrebs auslösen könne. In diesem Zusammenhang traten auch weitere Fehlinformationen zu Tage: So mache intensives Radfahren impotent. Häufige Tritte in den Hoden, könnten zu Unfruchtbarkeit oder Hodenkrebs führen. Genauso gering ist das Wissen über die Möglichkeit der Selbstuntersuchung zur Früherkennung von Hodenkrebs. Gleichzeitig war aber festzustellen, dass Jungen bei diesen Themen sehr interessiert sind und Handlungskompetenz erlangen, wenn man das Thema verständlich und sachgerecht mit ihnen bespricht.

Motivation und Schulung für junge Männer zur Hodenselbstuntersuchung mit dem Modell „Tastikel“

Was es bislang nicht gab, waren Anschauungsmodelle zur Selbstuntersuchung. Deshalb entwickelte die ÄGGF in Kooperation mit der Urologischen Uniklinik Erlangen unter Leitung von Professor B. Wullich ein Hodentastmodell (Tastikel®) mit drei unterschiedlich großen „Tumoren“. Hiermit bekommen die Junge ein Gespür dafür, wie ein Tumor im Hoden sich anfühlt. In dem Modell ist dabei der Nebenhoden deutlich tastbar, um Verwechslungen mit einem Tumor vorzubeugen. Finanziert wurden die Modelle durch die ÄGGF, die Bayerische Urologenvereinigung und die DGU. Inzwischen setzen auch einige niedergelassene Kollegen*innen, sowie kinderurologische Abteilungen die „Tastikel“ in ihrer Jungensprechstunde ein.

Zusätzliche Aufklärung über die Hodentorsion

Zusätzlich kann mit Hilfe des Modells sehr anschaulich die Gefahr der Hodentorsion verdeutlicht werden. Jugendliche haben im Verlauf der Veranstaltungen grundsätzlich konkrete Fragen zu Therapie und Heilungschancen sowohl bei Hodenkrebs als auch bei einer Hodentorsion.



Evaluation bayrisches ÄGGF-Jungenprojekt 2014-16 Wissenszuwachs Warte-Kontrollgruppe zu Interventionsgruppe

Veränderung des Wissensbestandes (Summe über alle inhaltlichen Bereiche)				
WK	Mean	Std. Err.	(95% Conf.	Interval)
WK	1.04	.01	1.01	1.08
IV	1.32	.01	1.29	1.34

n=520

Von TD nach T2 verbessert sich das Antwortverhalten der Wartekontrollgruppe (WK)
 Von TD nach T2 verbessert sich das Antwortverhalten der Wartekontrollgruppe (WK)
Effekte der Intervention: 28 % Wissenszuwachs

Evaluation bayrisches ÄGGF-Jungenprojekt 2014-16 Ärztinnen statt Lehrer/innen?

Wie findest du/finden Sie es, dass eine Ärztin und nicht ein Lehrer/eine Lehrerin die Stunde gehalten hat?					
	Alle	Mittelschule	Realschule	Gymnasium	Berufsschule
Mittelwert	1.60	1.77	1.77	1.48	1.38

n=520, 1=sehr gut, 5=schlecht

Gymnasiasten und Berufsschüler finden das signifikant noch besser als Mitte- und Realschüler
 Gymnasiasten und Berufsschüler bewerten diesen Aspekt durchschnittlich mit „sehr gut“

Die ÄGGF-Ärztinnen als Brückenbauer zu den Urologen/Urologinnen

Was die Jungen in der Regel nicht wissen, ist, zu welchem Arzt/welcher Ärztin sie bei Verdacht oder Beschwerden gehen sollten. Die Frage eines Gymnasiasten kurz vorm Abitur: „Gibt es eigentlich auch einen Frauenarzt für Männer?“ spiegelt dies deutlich wieder. Der Begriff „Urologe“ ist vielfach völlig unbekannt. Auch hierzu schlagen die ÄGGF-Ärztinnen im Rahmen ihrer Veranstaltungen die Brücke zur Urologie.

Bundesweite Kampagne erforderlich

Aufgrund der bisherigen Erfahrungen und der bayerischen Evaluationsergebnisse plant die ÄGGF ein bundesweites Aufklärungsprojekt mit ärztlichen Informationsveranstaltungen an Schulen zur Hodenkrebsfrüherkennung und Selbstuntersuchung für Jungen und junge Männer, unter Einbeziehung von Informationen zur Hodentorsion. Aktuell werden zur Absicherung der Finanzierung Projektpartner möglichst auf Bundesebene gesucht.

DGU und BDU empfehlen die HPV-Impfung für Jungen

Die Sächsische Impfkommission (SIKO) empfiehlt die HPV-Impfung für Jungen seit Jahren, da HP-Viren Plattenepithelkarzinome des Anogenitalbereichs verursachen können. Die von der bundesweiten Ständigen Impfkommission (STIKO) bislang empfohlene Praxis, lediglich Mädchen zwischen 9 und 14 Jahren zu impfen, ist nach Ansicht von DGU und BDU nicht mehr zeitgemäß. Ein Argument für die alleinige Impfung der Mädchen war bisher immer, auf diese Weise die HPV-Last bei sexuell aktiven jungen Frauen so stark abzusenken, dass sich junge Männer als Sexualpartner geimpfter Frauen ebenfalls nicht mehr anstecken können. Dies funktioniert aber nicht, weil die Impfrate bei jungen Frauen (ca. 40%) bislang zu niedrig ist. Die HPV-Impfung ist sicher und schützt effektiv vor der Infektion mit einigen der Hochrisiko-HP-Viren, wie Studien



aus Deutschland, Dänemark, Australien und den USA belegen. Die höchste Wirksamkeit zeigt die Impfung vor dem ersten Geschlechtsverkehr. Seit April 2016 steht ein nonavalenter Impfstoff zur Verfügung, der gegen neun HPV-Subtypen schützt. Die Kosten für die HPV-Jungenimpfung werden bislang nur von einzelnen Krankenkassen übernommen. Um die Jungensprechstunde und damit auch die HPV-Impfung für Jungen in urologischen Praxen stärker zu etablieren, wird auf dem kommenden 68. DGU-Kongress in Leipzig am 28. September 2016 ein Impfkurs vom BDU angeboten.

Foto: fotolia @ Mediantaneo



Eine Chance für die ambulante fachärztliche Weiterbildung

Von BDU-Präsident Dr. Axel Schroeder

Förderprogramm beschlossen

Die große Mehrheit der niedergelassenen Urologen würde laut einer aktuellen GeSRU-Umfrage grundsätzlich gerne weiterbilden, 25 Prozent der befragten gut 200 Teilnehmer bilden in ihren Praxen tatsächlich Assistenzärzte aus. Das ist wichtig für unser Fach: Um Nachwuchskräfte für die Urologie zu gewinnen und die vollumfängliche ambulante fachärztliche Versorgung in der Urologie zu sichern, denn die ergänzende urologische Facharztweiterbildung in der Niederlassung kann die Breite des Faches erhalten. Manche Weiterbildungsinhalte sind mittlerweile nur in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung anzutreffen und zu vermitteln. Hauptgrund der Praxisinhaber, einen Weiterbildungsassistenten nicht einzustellen, war nach der kürzlich in „Der Urologe“ veröffentlichten Befragung der GeSRU die fehlende Vergütung. Diesbezüglich ist nun Besserung in Sicht.

Weiterbildungsermächtigung wichtiger denn je

Die KVn und die Landesverbände der Krankenkassen müssen sich nun bis zum 1. Oktober auf die zu fördernden Facharztgruppen einigen. Finanziert werden Fachgruppen, für die eine Weiterbildungszeit

von mindestens 24 Monaten vorgesehen ist. Dem trägt zwar die Novellierung der Musterweiterbildungsordnung schon Rechnung, trotzdem setzt sich der BDU dafür ein, die Weiterbildungszeit schon ab zwölf Monaten in der Vertragsarztpraxis zu fördern. Der BDU begrüßt es, dass die Politik nun endlich auch Facharztgebiete fördern will und verstanden hat, dass es nicht nur um Hausarztmangel, sondern auch um den Mangel in der fachärztlichen Versorgung geht. Für Inhaber urologischer Vertragsarztpraxen heißt es also, vorbereitet zu sein und die formalen Voraussetzungen für die Weiterbildung zu erfüllen, damit wir die Chance zur Förderung der Weiterbildungs-Assistenten in der Urologie nutzen können. Die entscheidende Frage lautet also: Sind Sie im Besitz einer Weiterbildungsermächtigung für das Fachgebiet Urologie? Wenn nicht, sollten Sie diese beantragen! 1000 Förderstellen im Bereich der ambulanten fachärztlichen Weiterbildung bedeuten immerhin einen Schritt in die richtige Richtung, von dem auch Urologen profitieren können.

MELDUNGEN

Urologenportal: Auch der Mitgliederbereich des BDU präsentiert sich neu

Mit dem großen Relaunch der gemeinsamen Homepage von BDU und DGU hat der Berufsverband auch seinen Mitgliederbereich neu aufgestellt und präsentiert sich den Fachbesuchern aus Klinik und Praxis nun in aufgeräumter Form. Sie sind BDU-Mitglied und möchten das Positionspapier Ihres Berufsverbands zur „Rili-BÄK“ in der Urologie bestellen? „Positionspapier Cystoskopaufbereitung“ bestellen? Kein Problem, diese und andere Serviceleistungen des BDU werden ebenso wie unsere aktuellen Tätigkeitsfelder deutlicher hervorgehoben und ermöglichen eine nutzerfreundliche Orientierung. Wir freuen uns auf Ihren Besuch und empfehlen, den Klick auf die Urologensuche zum Anlass zu nehmen, Ihre dortigen Angaben auf Aktualität zu überprüfen, denn auch diese – bekanntlich meistbesuchten – Seiten von www.urologenportal.de präsentieren sich nach dem Relaunch in neuer Version und mit zusätzlichen Suchfunktionen.

Spifa: Agenda zum „Facharzt 2020“

Es geht um die Sicherung der künftigen fachärztlichen Versorgung in Klinik und Praxis: Dafür hat der Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. (Spifa) seine Forderungen und Positionen in einem zwölf Punkte umfassenden Grundsatzpapier „Facharzt 2020“ zusammengefasst. Die Agenda kann auf www.spifa.de eingesehen werden und umfasst folgende Punkte: Erhalt und Stärkung der freiberuflichen Tätigkeit des Arztes, Niederlassungsfreiheit für Fachärzte, Bekenntnis zur gemeinsamen fachärztlichen Versorgung, Wahlfreiheit der Versicherten durch Qualität von GKV und PKV, Versorgungsverbesserung durch die Kombination von Kollektiv- und Selektivverträgen, Etablierung einer liberalen Wettbewerbsordnung, Stärkung der sektorenübergreifenden Verbundweiterbildung, sinnvolle Steuerung der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, Neuordnung der Sektorengrenzen und Sicherung der Innovationsfähigkeit innerhalb des Gesundheitswesens, Ausbau von IT-Strukturen und digitalen Prozesse zur Unterstützung des Arztes, eine überarbeitete Referenzgebührenordnung für Ärzte (GOÄ) sowie die Reform der ärztlichen Selbstverwaltung innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Nun kann der Dialog unter den Mitgliedern und in den Gremien der im Spifa organisierten Verbände – also auch im BDU – beginnen!

Für Ihr Patientengespräch: Aufklärungsbogen „Active Surveillance beim Prostatakarzinom“

In Zusammenarbeit mit der Berliner Urologischen Gesellschaft hat der BDU einen Gesprächsleitfaden zum Niedrigrisiko-Prostatakarzinom erstellt, der speziell auf die aktive Überwachung ausgerichtet ist. Der Leitfaden ist nicht nur verpflichtend in den urologischen Selektivverträgen mit der AOK in Berlin und Baden-Württemberg, sondern generell empfehlenswert als Aufklärungsdokument bei Active-Surveillance-Patienten und über www.bunder-urologen.de zu beziehen.

Foto: fotolia @ rocketclips



Zum 1. Oktober in Kraft

Erster Facharztvertrag Urologie in Baden-Württemberg

Mit Erfolg engagierten sich auf Seiten des Berufsverbandes der Deutschen Urologen der Vorsitzende des BDU-Landesverbandes Baden, Dr. Michael Rug, der Vorsitzende des BDU-Landesverbandes Württemberg, Dr. Marcus Kroll, der Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft der niedergelassenen Urologen (AGNU), Dr. Robert Rudolph, und BDU-Präsident Dr. Axel Schroeder für einen ersten Facharztvertrag Urologie in Baden-Württemberg: Im Juli konnte schließlich nach langen Verhandlungen dem dortigen Hausarztvertrag ein weiteres Facharztmodul – Urologie – (§73c) hinzugefügt werden. Der Vertrag zwischen der AOK Baden-Württemberg und der Bosch BKK sowie auf ärztlicher Seite dem MEDI Baden-Württemberg, dem BDU und der AGNU wird zum 1. Oktober in Kraft treten. Versicherte der beiden Krankenkassen, die im Hausarzt- und Facharztprogramm eingeschrieben sind, können dann mit einer Überweisung ihres Hausarztes einen teilnehmenden Urologen aufsuchen. Die bisherigen Facharztprogramme werden seitens der AOK von rund 520.000 der 4,1 Millionen Versicherten genutzt. Bei der Bosch BKK sind rund 10.000 der landesweit 106.000 Versicherten eingeschrieben.

Schreiben Sie sich ein!

„Der Selektivvertrag hebt im Besonderen auf eine verlängerte ärztliche Beratungszeit ab und leistet damit einen weiteren Schritt zu einer verbesserten Versorgung urologischer Patienten“, sagt Dr. Axel Schroeder. „Bei vielen urologischen Erkrankungen, allen voran beim Prostatakrebs, benötigen wir zur umfänglichen Aufklärung und gemeinsamen Therapieentscheidung eine entsprechend umfangreiche Beratungszeit, die in der Regelversorgung nicht ausreichend vergütet wird.“ Für die höheren Qualitätsanforderungen und Mehrleistungen im Urologievertrag in Baden-Württemberg erhalten die teilnehmenden Urologen ein leistungsgerechtes Honorar ohne Fallzahlbegrenzung, das, wie bei allen Facharztverträgen, deutlich höher als in der Regelversorgung ausfällt. Das Quorum der teilnehmenden Urologinnen und Urologen wurde unter den landesweit 350 niedergelassenen Urologinnen und Urologen bereits im Juli erreicht. Dennoch appelliert BDU-Präsident Dr. Schroeder: „Mit jedem weiteren Teilnehmer gewinnt der Vertrag an Wirkung!“

Chance vertan!

Delegation Nichtärztlicher Praxismitarbeiter für Fachärzte (NÄPA) unzureichend geregelt

Wir Fachärzte brauchen eine „NÄPA“, nicht für fast alle Fälle wie in der Allgemeinmedizin, sondern wie in der Urologie für anerkannte delegierbare Leistungen. Deshalb gemäß Anlage 27 BMV-Ä auch von den fachärztlichen „NÄPAS“ eine zusätzliche hausärztliche Qualifikation zu fordern, geht an dem Versorgungsbedarf vorbei und ist nicht zielführend. Als Berufsverband fordern wir deshalb die gleiche Förderung delegierbarer Leistungen uner nichtärztlichen Praxismitarbeiter, andernfalls werden sich Fachärzte an Kooperationsvereinbarungen mit Alten- und Pflegeheimen nicht beteiligen können. Hintergrund: Haus- und Fachärzte können neue Leistungen abrechnen, wenn sie mit Pflegeheimen einen besonderen Kooperationsvertrag (§ 119b Abs.2 SGB V) abschließen. Dazu wurden zum 1. Juli 2016 neue Leistungen in den EBM-Kapiteln 37 und 38 aufgenommen.

BDU-Termine vor und auf dem 68. DGU-Kongress in Leipzig

- Di., 27.09.16 – 16:00 – 18:00** (für geladene Gäste)
Sitzung BDU-Urologiebeitrat: „Das neue Antikorruptionsgesetz im Spannungsfeld von Ärzteschaft/Klinik/Wirtschaft“, Panorama-Tower Leipzig
- Mi., 28.09.16 – 9:00 – 18:30**
Impfkursus: Zertifizierter Impfkursus für Urologen, Raum M2, Messehaus
- Mi., 28.09.16 – 16:30 – 18:00**
BDU-Seminar: „Perspektive: Urologie in der Niederlassung – Praxisabgabe/ Praxisübergabe“, Raum 14
- Do., 29.09.16 – 14:30 – 16:30**
Bund e.G.: 9. Urologische Netzkonferenz: „Digitale Vernetzung I Telemedizin – Wie viel E-Health braucht die Medizin?“, Raum 7
- Do., 29.09.16 – 16:45 – 17:45**
Bund e.G.: Mitgliederversammlung, Raum 7
- Fr., 30.09.16 – 08:30 – 10:00**
Berufspolitische Forum: „Antikorruptionsgesetz: Wann Staatsanwälte Fragen stellen – Wenn der Staatsanwalt kommt“, Saal 3
- Fr., 30.09.16 – 13:00 – 15:00**
BDU Mitgliederversammlung: u.a. Wahlen zum 1. Vizepräsidenten und Schatzmeister, Saal 2
- Sa., 01.10.16 – 09:00 – 12:00**
BDU/ Bund/ GeSRU: Niederlassungsseminar, Raum 10
- Sa., 01.10.16 – 10:30 – 12:00**
AK Belegärzte: Sitzung, Raum 9

Changing tomorrow

Astellas has made a commitment to change tomorrow – a commitment that we are bringing to the field of oncology. We aim to create innovative treatments that will genuinely improve the lives of cancer patients. To do this we are focusing our R&D and partnership efforts into precision medicine that will create first-in-class or best-in-class programmes. This has resulted in no fewer than 12 separate therapies under clinical development into conditions including prostate cancer, other solid tumours like breast cancer, lung cancer and bladder cancer, as well as haematological malignancies.

These are the challenges we have set ourselves because *changing tomorrow* is more than just words – it is what we must do to give cancer patients real hope of a tomorrow worth looking forward to.

www.astellas.eu
 © April 2014 Astellas Pharma Europe Ltd. DNC14/0042/EU
 ASTELLAS, Leading Light for Life, the Star logo, Covivio, tomorrow and the Ribbon logos are trade marks of Astellas Pharma Inc. and/or its related entities.

Erwischt!



Von Prof. Dr. Bernd Jürgen Schmitz-Dräger

Neulich habe ich Post bekommen. Man hatte mich erwischt! Nein, nicht, wie viele denken mögen, die mich ein wenig kennen, von der Polizei wegen Nichtbeachtung von Geschwindigkeitsbegrenzungen. Der Brief kam von einem Gesetzestreuern und qualitätsbewussten Pharmazeutischen Unternehmen aus Mittelfranken. Der Vorwurf lautete auf Unterschlagen von Informationen nach dem Arzneimittelgesetz [1]. Mein „Fall“ hatte sogar ein Aktenzeichen. Ich fühlte mich betroffen.

Was war passiert? Auf einem Symposium zur Therapie von Patienten mit metastasiertem Nierenzellkarzinom mit innovativen Therapieverfahren hatte ich einen Patienten vorgestellt, der sich erdreistet hatte, sowohl auf seine Erstlinien- als auch auf die Zweitlinientherapie nach temporärem Ansprechen wieder progredient zu werden. Und dabei war ich von investigativ tätigen Vertretern des Unternehmens erwischt worden. Unter Berufung auf das Arzneimittelgesetz wurde ich darauf hingewiesen, dass ich das Therapieversagen in der Zweitlinie (Aufreten von Metastasen) selbstverständlich dem Hersteller hätte melden müssen und zuhabe gegeben, die Meldung unverzüglich nachzuholen. Wohlgermerkt, es handelte sich nicht um Nebenwirkungen des Präparates, sondern um die Tatsache, dass es in palliativer Situation unter Therapie zur Progression gekommen war. Dass sich mein Referat eigentlich mit der Behandlung von Nebenwirkungen der Drittlinientherapie auseinandersetzte, war in diesem Zusammenhang naturgemäß unerheblich.

Dem Schreiben waren ein lediglich 3-seitiger Dokumentationsbogen, ein Vordruck zur Schweigepflichtentbindung durch den Pati-

enten (die noch einzuholen wäre) sowie eine Belehrung zum Datenschutz und ein Freiumschlag (!) beigelegt.

Das Schreiben hat mich tief getroffen, sonst hätte ich den vorliegenden Artikel ja gar nicht abgefasst. Ich möchte ja auch höchst ethisch und qualitätsbewusst sein und allen gesetzlichen Vorgaben genügen. Aber ein wenig ins Grübeln bringt mich dieser Brief (und die kurz darauf eintreffende Mahnung) schon: Wir alle haben viele Patienten mit metastasierten Tumorerkrankungen, und es ist ja auch nicht ganz ungewöhnlich, dass solche Patienten schon einmal progredient werden; trotz hoch innovativer Therapien unserer – nein, ich wiederhole mich nicht! – forschenden Pharmazeutischen Industrie! Und sinnvollerweise sollte natürlich jeder Hersteller über das Versagen seines Medikamentes informiert werden. Schließlich lassen sich daraus wichtige Erkenntnisse ableiten.

Obwohl die Argumentation absolut überzeugt, macht man sich ein paar Gedanken: Wann muss man denn so informieren? Und wen? Denken wir mal an einen Patienten mit einem metastasierten Prostatakarzinom, der unter einer Behandlung mit maximalem Hormonentzug und einem Knochenschutz einen PSA-Anstieg hat und wegen seiner Knochenschmerzen eine Strahlentherapie benötigt. Welches Medikament hat versagt? Das LH-RH-Analogon, das Antiandrogen oder das Präparat zum Knochenschutz? Vermutlich ist es da am besten, allen Herstellern eine Information zukommen zu lassen. Oder muss man warten, dass 3 konsekutive steigende PSA-Werte vorliegen, bis man die Hersteller des LH-RH-Analogons und des Antiandrogens informiert. Aber wahrscheinlich ist es ohnehin sicherer, wenn man bei jedem PSA-Anstieg informiert. Klingt merkwürdig, aber man wird mir zugeben, dass es solche Fälle schon einmal geben kann.

Nachdem im Anschreiben genauere Angaben fehlten, habe ich – tief verunsichert – das Arzneimittelgesetz zu Rate gezogen. Und es stimmt tatsächlich: §63c (1) bestimmt,



„... der Inhaber der Zulassung Unterlagen über alle Verdachtsfälle von Nebenwirkungen zu führen“ hat. Möglicherweise hat sich der Verfasser des Anschreibens aber auch auf §63d (1) Absatz 2 bezogen, der vom Inhaber einer Zulassung eine regelmäßige, „... wissenschaftliche Bewertung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses des Arzneimittels (verlangt), die auf sämtlichen verfügbaren Daten beruht ...“.

Treffen die genannten Artikel tatsächlich auf meinen Patienten zu? Vermutlich nicht, denn das AMG zielt vor allem auf die Verbesserung der Patientensicherheit. In diesem Zusammenhang sollen möglichst alle unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) erfasst werden. Insbesondere für neue Medikamente, die noch keine 5 Jahre im Markt sind (hier zutreffend), sollen derartige Daten erhoben werden. Und das ist auch richtig so! Aber stellt die Progression eines metastasierten Tumors eine UAW im Sinne des AMG dar? Sicherlich, eine Progression ist durchaus unerwünscht, aber nicht „unerwartet“. Edwards und Aronson [2], die sich zur Definition der UAW Gedanken gemacht haben, sehen die Progression aber nur dann als ein UAW, wenn sie unerwartet ist. Zumindest im vorliegenden Fall dürfte das nicht zutreffen. Und was ist mit §63d (1) Absatz 2? Betrachtet man den Wortlaut, dann hat das Unternehmen möglicherweise Recht, mich zu schelten. Stören tut mich dabei lediglich der Ausdruck „wissenschaftliche Bewertung“. Ich mag nicht glauben, dass die ungezielte Sammlung von Kasuistiken Grundlage einer wissenschaftlichen Bewertung sein kann oder darf. Schon gar nicht in einem qualitätsbewussten Unternehmen!

Aber möglicherweise ist mir das Gefühl für Wissenschaftlichkeit im Rahmen einer langjährigen Tätigkeit in der Niederlassung abhandengekommen. In jedem Fall stelle ich mich mal für die Zukunft auf mehr Post ein, denn erfahrungsgemäß endet praktisch jede von mir durchgeführte palliative Behandlung in einer (durchaus unerwünschten) Progression.

Was für Rückschlüsse ziehe ich für meine künftige Tätigkeit aus diesen Überlegungen? Um einem hoch ethischen, gesetzeskonformen und qualitätsbewussten Vorgehen wenigstens ein wenig näher zu kommen, habe ich beschlossen, den maximalen Hormonentzug aufzugeben. Das spart Kopfschmerzen und mindestens ein Anschreiben. Auch eine M-VAC-Chemotherapie beim Harnblasenkarzinom werde ich nicht mehr durchführen. Mit Gemcitabine und Cisplatin spare ich 50% des Schriftverkehrs (natürlich nur, wenn der Patient unerwartet progredient werden sollte). Trotzdem bleibt es natürlich lästig, beim Apo-

theker anzurufen, um herauszufinden, wer der Hersteller der Medikamente gewesen ist, und es wird zum GAU, wenn er mir mitteilt, dass er zwischen dem 2. und dem 3. Zyklus den Hersteller gewechselt hat. Auch den Aufklärungsbogen vor Therapie habe ich geändert. Mein Patient muss mir jetzt erst mal seine Zustimmung dazu geben, dass ich Informationen über das Versagen der geplanten Therapie unmittelbar an den Präparate-Hersteller melde. Das schafft Vertrauen und Zuversicht! Natürlich erfolgt die Meldung in pseudonymisierter Form! Da habe ich dann auch unsere Datenschutzerklärung gleich einmal angepasst.

Und noch etwas habe ich gelernt: Meine präsentierten Kasuistiken werden in Zukunft das Label „wie immer frei erfunden“ tragen. Nimmt beim Zuhörer vielleicht ein wenig die Spannung, entspannt aber wenigstens den Referenten. Und bei unerwünschten Nachfragen kann man den Verlauf einfach ändern. Noch nicht ganz geklärt habe ich das Kostenproblem. Allein die Meldung jeder Progression ist ein gigantischer Aufwand, das Einholen des Patienteneinverständnisses einmal gar nicht berücksichtigt. Möglicherweise ist auch nicht jedes Unternehmen so generös, einen Freiumschlag zu stellen. Und natürlich ist die Meldung allein nicht ausreichend. Wie ist die Progression gemessen worden? Wie lange wurde behandelt? Welche Nebenwirkungen sind aufgetreten? Und ein paar demographische Informationen wären ja auch schön! Vorbehandlungen? Ja, natürlich! Mir würden sogar noch ein paar weitere wichtige Fragen einfallen, die alle von Bedeutung sind oder sein könnten. Aus den mir zugesandten 3 Seiten könnte man locker auch 6 machen. Nur von einer Vergütung für diesen Aufwand stand eigentlich nichts im Anschreiben. Hat da schon einmal irgendjemand drüber nachgedacht? Als niedergelassener Urologe macht man sich eben auch über solche Nichtigkeiten seine Gedanken.

Ich muss leider aufhören, die Sprechstunde geht weiter. Ich hoffe inständig, dass heute keiner meiner Patienten eine Progression seiner Tumorerkrankung hat.

P.S.: Der Autor ist Rheinländer! Vorsichtshalber möchte ich aber dennoch darauf hinweisen, dass nicht alles im o.g. Artikel ernst gemeint ist.

P.P.S.: Aber ein Aspekt stimmt mich am Ende heiter: Offensichtlich ist es mir gelungen, den vollkommen konstruierten Fall so lebensnah erscheinen zu lassen, dass er selbst erfahrenen Vertretern der Pharmazeutischen Industrie real erschienen ist. Und darauf bin ich dann doch ein wenig stolz.

Literatur:
 1. https://www.pei.de/SharedDocs/Downloads/gesetzte/arzneimittelgesetz.pdf?__blob=publicationFile&v=6
 2. Edwards IR, Aronson JK: Adverse drug reactions: definitions, diagnosis, and management. Lancet 2000; 356: 1255-1259

Foto: fotolia © Andrey Popov

DGU hat Big Data im Visier

Der „Uro-Kodex“ definiert Standards im Umgang mit Patientendaten für die Versorgungsforschung

Urologen preschen mit Leitfaden „Uro-Kodex“, titelte die Ärzte Zeitung, als die DGU im Juli dieses Jahres mit dem „Uro-Kodex“ einen Leitfaden für den Umgang mit Patientendaten im Rahmen von Versorgungsforschung publik machte (www.urologenportal.de).

Die DGU ist die erste medizinische Fachgesellschaft, die sich dieses Themas angenommen hat. Die moderne IT generiert riesige Mengen an Patientendaten, die dann für die sogenannte „Versorgungsforschung“ nutzbar gemacht werden könnten. Bisher fehlte es an den notwendigen Voraussetzungen, um riesige Datenmengen in meist nicht miteinander kompatiblen Systemen nutzbar zu machen, ebensowenig waren ethische und rechtliche Standards klar definiert.

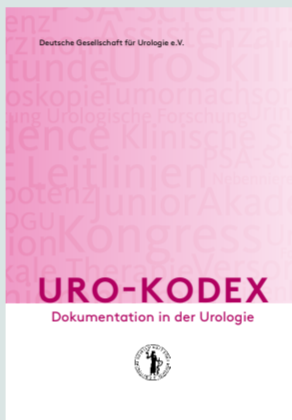
2014 erfolgte der Startschuss zur Erstellung eines Dokumentationskodex durch die DGU-Arbeitsgruppe „Dokumentationsleitfaden“ unter der Leitung von Prof. Bernd Wullich. 2016 wurde dieser endgültig fertig gestellt und veröffentlicht. Entstanden ist ein Katalog von stan-

dardisierten Regeln zur datenschutzgerechten Speicherung und Nutzung von Behandlungsdaten und -dokumenten mit dem Ziel, eine Wissensdatenbank aufzubauen und valide Versorgungsforschung mit Daten aus Klinik und Praxis zu ermöglichen.

Voraussetzung für eine einrichtungsübergreifende elektronische Nutzung ist eine indikationsspezifische standardisierte Patientendokumentation in den verschiedenen Versorgungsinstitutionen, wie sie jetzt für die Urologie definiert wurde.

Der Uro-Kodex soll den unterschiedlichen Anforderungen von Wissenschaft und Gesetzgebung Rechnung tragen und wurde von der Arbeitsgruppe unter Beteiligung von BDU und BPS

entwickelt. Die medizinische Dokumentation soll in Struktur, Inhalten und Prozessen systemunabhängig vereinheitlicht werden. Allerdings zeigt dieser Kodex auch, wie umfangreich die Vorarbeiten und Regulierungen sind, wenn man im großen Stil Versorgungsforschung betreiben möchte. oh



Die Misere bei der chronischen Hilfsmittelversorgung

Windeln, Preise, Wettbewerb – Politik wird aktiv



Von Franziska Engehausen

Der Petitionsausschuss des Bundestages beschäftigt sich mit der Verbesserung der Qualitätsstandards bei der Versorgung mit Inkontinenzhilfsmitteln. In einem einstimmigen Beschluss wurde Anfang Juli eine Petition an das Bundesgesundheitsministerium verabschiedet. Darin wird gefordert, dass bei Ausschreibungen und Beitragsverträgen für Inkontinenzhilfsmittel die persönlichen Belange und die Eignung für den Alltag gewährleistet sein müssen und für diese Versorgung keine Mehrkosten zulasten der Versicherten entstehen sollen. Das Bundesgesundheitsministerium ist gehalten, auf eine Anfrage des Petitionsausschusses innerhalb von sechs Wochen zu antworten.

Nun gibt es umfangreiche gesetzliche Vorgaben, die bei der Hilfsmittelversorgung das Wirtschaftlichkeitsgebot regeln. Die im Hilfsmittelverzeichnis enthaltenen Vorgaben für die Produktgruppe „Inkontinenzhilfen“ be-

stehen allerdings seit 23 Jahren unverändert und entsprechen damit sicher nicht mehr dem aktuellen Stand. Karl-Josef Laumann, Patientenbeauftragter der Bundesregierung, sagte bereits vor einem Jahr in einem Interview (Frankfurter Rundschau): „Mich haben besonders in jüngster Zeit viele Beschwerden erreicht, beispielsweise über qualitativ minderwertige Inkontinenzartikel“.

„Gerade in einem so sensiblen Bereich, der oftmals mit Schamgefühl verbunden ist, darf es keine Versorgungsprobleme geben“, kritisierte Laumann dabei die Kassen. Dies gab Anlass zur Hoffnung, dass etwas geschehen würde (UroLogisch 2/2016).

Karl-Josef Laumann ging sogar noch weiter und kündigte eine Studie an, mit der die Qualität der Produkte getestet werden solle. „Die Versicherten haben einen klaren Anspruch auf eine qualitativ und quantitativ angemessene Versorgung mit Hilfsmitteln ... Und es ist die gesetzlich klar verankerte Aufgabe der Krankenkassen, die notwendige Versorgung ohne Wenn und Aber sicherzustellen“. Dazu hatte er Patienten aufgefordert, ihm Exemplare sogenannter „Kassenwindeln“ zu schicken. Offenbar kam daraufhin massen-

GKV-Versorgungsstärkungsgesetz verbessert das Entlassmanagement

Zukünftig können Krankenhausärzte zur „Sicherstellung“ der medizinischen Versorgung der Patienten unmittelbar nach einem Krankenhausaufenthalt Rezepte ausstellen und AU-Bescheinigungen mitgeben. Zwar bestehen gewisse Voraussetzungen (Verordnung nur von N1) und gelegentlich soll die Medikation mitgegeben werden (Feiertage). Insgesamt wird dadurch aber das Entlassmanagement deutlich verbessert und für den Patienten bequemer: Der sofortige Gang zum Hausarzt zur Krankschreibung entfällt. Einzelheiten zur Durchführung hat der Gemeinsame Bundesausschuss bereits geregelt, ein bundesweiter Rahmenvertrag steht aber noch aus. Dieser noch fehlende Rahmenvertrag soll Einzelheiten zu den Formularen oder der Betriebsstättennummern regeln. Bei den neuen Regelungen zur Entlassmedikation handelt es sich jedoch um eine „Kann-Vorschrift“. Ansonsten sind die niedergelassenen Ärzte für die Medikation zuständig. Einige Krankenhäuser fordern Patienten auf, bei einem stationären Aufenthalt ihre üblichen Arzneimittel mitzubringen. Eine Versorgung der Patienten im Krankenhaus mit den mitgebrachten Medikamenten ist aber nach dem Krankenhausentgeltgesetz unzulässig. oh

DGU einigt sich mit Deutscher Gesellschaft für Kinderchirurgie auf gemeinsame Zusatzweiterbildung

Im Rahmen der Novellierung der Musterweiterbildungsordnung durch die Bundesärztekammer hatten sowohl die DGU wie auch die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCh) eine Zusatzweiterbildung „Kinderurologie“ beantragt, unabhängig voneinander. In Gesprächen zwischen DGU und Vertretern der DGKCh wurde Ende August einvernehmlich aus beiden Entwürfen ein gemeinsamer, konsentierter Entwurf gemacht. Die Verhandlungen, von beiden Seiten ausgesprochen konstruktiv geführt, ergaben, dass die Vorstellungen bezüglich der Inhalte und Mindestzahlen ohne weiteres in einem gemeinsamen Entwurf zu vereinigen waren. Dieser gemeinsame Entwurf beider Fachgesellschaften geht an die Bundesärztekammer und hat als konsentierter Entwurf für die Zusatzweiterbildung gute Aussicht, vom Deutschen Ärztetag akzeptiert zu werden.

Sollte dies der Fall sein, würden Fachärzte für Urologie oder Kinderchirurgie eine 18-monatige Zusatzweiterbildung bei einem Weiterbildungsermächtigten, egal ob Kinderchirurg oder Urologe, absolvieren können. Daraus ergibt sich zwangsläufig, dass nur einige der urologischen Hauptabteilungen eine Weiterbildungsermächtigung „Kinderurologie“ werden haben können, da dies Mindestzahlen komplexerer Eingriffe verbunden ist. Andererseits sieht der Entwurf „Facharzt Urologie“ vor, dass die häufigen Aspekte der Kinderurologie im „Grundfacharzt“ enthalten sind. Die Einigung zwischen DGKCh und DGU stellt einen wichtigen Schritt interdisziplinärer Zusammenarbeit dar, der überfällig schien. Dass dies möglich war, zeigt aber auch, dass die Zeit reif dafür war. oh

Hilfsmittelversorgung: Initiative zur Patientenbefragung zum ISK „isk.pollytix.de“



Von Prof. Dr. Oliver Hakenberg

Die bekannte Versorgungsproblematik bei Inkontinenz und ISK-Versorgung mit der verbreiteten Problematik, dass minderwertige Hilfsmittel aus Kostengründen von den Kassen ausgegeben werden, hat zu einer Initiative („Faktor Lebensqualität“) des BVMed – Bundesverband Medizintechnologie e.V. geführt. Der BVMed ist ein Zusammenschluss von Firmen, die Produkte zur Versorgung herstellen, insbesondere zur ISK-Versorgung. Zusammen mit der Medizinischen Gesellschaft für Paraplegie (DMGP) führt sie eine groß angelegte Patientenbefragung zum ISK durch und zu Problemen, die durch kostenbedingte Katheterwechsel entstehen. Geplant ist, den mehrseitigen Fragebogen an Patienten auszugeben, um mithilfe der Befragung von mehreren Tausend Patienten belastbare Daten zu erhalten, damit konkrete Forderungen bezüglich einer möglicherweise notwendigen Verbesserung der Versorgung aufgestellt werden können. Einbezogen werden Patienten älter als 18 Jahre mit neurogener Blasenfunktionsstörung und regelmäßiger ISK-Anwendung. Urologen und Urologinnen aus Praxis und Klinik werden gebeten, entsprechende Patienten auf diese Befragung und in die Fragebögen hinzuweisen und zur Teilnahme zu ermuntern.

Die Umfrage erfolgt online (isk.pollytix.de) oder in Papierform (Fragebogen kann ausgedruckt und per Post oder E-Mail zurückgesandt werden (studie@pollytix.de)). Es ist sehr wünschenswert, diese Initiative zu unterstützen.

Foto: fotolia © laboko

Digitaler Sp(r)itzen-service

prostata.de/fachkreise
 ✓ ausgewählte Fachbeiträge
 ✓ informative Videos
 ✓ exklusive Webinare

Enantone
Trenantone
Sixantone

Informierte Patienten:

Kein Problem für Deutschlands Urologen

Reges Medienecho hat eine jüngst von der Bertelsmann Stiftung und der Barmer GEK veröffentlichte Umfrage unter niedergelassenen Ärzten in Deutschland hervorgerufen, nach der die Mehrzahl der rund 800 befragten Ärzte informierte Patienten als problematisch und kritisch ansehen. In ihren offiziellen Statements begrüßen DGU und BDU dagegen ausdrücklich, dass es den „informierten Patienten“ zunehmend gibt und dies ist mehr als ein politisch korrektes Statement. Beide weisen dabei auch auf das eigene Engagement in der medizinischen Aufklärung der Bevölkerung hin. Zuletzt wurde das Aufklärungspaket im Juni dieses Jahres durch die innovative „Online-Entscheidungshilfe Prostatakrebs“ noch einmal erweitert. Ohne Zweifel besteht ein legitimes Informationsbedürfnis der Patienten. Aber natürlich ist es für den Laien bei der selbstständigen Internetrecherche oft nicht möglich, seriöse Quellen zu identifizieren. Die „PatientenAkademie“ der DGU widmet sich ausschließlich der Patienteninformation, zuletzt ihrer interaktiven „Entscheidungshilfe Prostatakrebs“. Dies wird von den Mitgliedern beider Verbände unterstützt: Nach einer eigenen aktuellen Umfrage heißen 89 Prozent der befragten

464 Mitglieder von DGU und BDU eine geteilte Entscheidungsfindung gut. 77 Prozent würden ihre Patienten zur Nutzung einer Entscheidungshilfe wie unter www.entscheidungshilfe-prostatakrebs.info motivieren.

DGU und BDU leisten engagierte Aufklärung

- zahlreiche Patientenbroschüren zu urologischen Erkrankungen und deren Prävention,
- der Patientenbereich auf dem Internetportal der deutschen Urologen (www.urologenportal.de),
- das Engagement bei Patientenleitlinien zum Prostata-, Nieren- und Harnblasenkrebs,
- die Website www.jungensprechstunde.de für männliche Adoleszente,
- die Internetkampagne zum Hodenhochstand für junge Eltern im Jahr 2015,
- ein spezieller Prostatakrebs-Aufklärungslauf für das Arzt-Patientengespräch,
- Patientenforen wie am 1. Oktober 2016 auf dem 68. DGU-Kongress in Leipzig,
- die „Entscheidungshilfe Prostatakrebs“ (www.entscheidungshilfe-prostatakrebs.info).

Seit August online:

Das neue Urologenportal



Der große Relaunch ist vollbracht: Nach rund zweieinhalb Jahren intensiver Gremienarbeit präsentiert sich die Homepage von DGU und BDU in einer runderneueten Version – optisch aufgeräumt und modern, mit vielen neuen Funktionen und aktualisierten Inhalten. Hingucker seit dem Relaunch am 9. August ist ein Slider auf der Startseite, dessen variable Fotos auf spezielle Inhalte der Webseite und aktuelle Themen hinwei-

sen. Nach wie vor bietet die Homepage separate Bereiche für Patienten, Fachbesucher und Medienvertreter, die nun zielgruppengerecht durch das neue Menü geführt werden. Die „Urologensuche“ zeigt sich, ebenso wie die Datenbank der Selbsthilfegruppen, in überarbeiteter Form mit neuen Suchfunktionen. Fachbesucher haben direkten Zugang von www.urologenportal.de zur Kongress-Webseite, zur Internetpräsenz der Akademie der Deutschen Urologen und allen anderen wichtigen Webauftritten der Fachgesellschaft und des Berufsverbandes. Mitglieder von DGU und BDU finden Serviceleistungen nun auf einen Blick und können sich zum Beispiel auf ein neues Leitlinien-Tool freuen, das alle urologisch relevanten Leitlinien in aufbereiteter Form zur Verfügung stellt. Die technische Umsetzung des Relaunches lag in Händen der Firma Blitz Internet, die das Urologenportal seit seinem ersten Auftritt im Jahre 2001 betreut.

Akademie / AK-Veranstaltungen bis Ende 2016

Datum	Ort	Akademie, Arbeitskreise etc.	Veranstaltung	Wissenschaftliche Leitung
13.-15.10.2016	Freiburg	AuF	AuF-Workshop: Grundkurs Evidenzbasierte Medizin	Prof. Dr. med. M. Burger / Prof. Dr. med. J. Meerpohl
14.-15.10.2016	Bergisch-Gladbach	AK Onkologie	Intensivkurs Uro-Onkologie – Teil 2 (von 3)	Prof. Dr. med. J. Gschwend / Prof. Dr. med. P. Albers
21.-23.10.2016	Wiesbaden	AK Psychosomatische Urologie und Sexualmedizin	Psychosomatische Urologie (zum Erwerb der Psychosomatischen Grundversorgung) – Teil D	Dr. med. U. Hohenfellner
04.-05.11.2016	Köln	AK Onkologie	AKO-Symposium	Prof. Dr. med. G. Lümmer / Prof. Dr. med. J. M. Wolff
04.-05.11.2016	Köln	AK BPS	23. Seminar des AK	Dr. med. R. Berges
04.-05.11.2016	Baden-Baden	AK Urologische Funktionsdiagnostik und Urologie der Frau	83. Seminar des AK	Prof. Dr. med. D. Schultz-Lampel
09.11.2016	online	JuniorAkademie	UROLOGIE onLINE – Thema: BPS	Dr. med. Ulrike Necknig
11.-12.11.2016	Wiesbaden	UroCurriculum	Harndiagnostik in der Urologie (HWI, Marker)	Prof. Dr. med. F. Wagenlehner
23.-27.11.2016	Stromberg	JuniorAkademie	Urologie kompakt für Einsteiger	Prof. Dr. med. H.-U. Schmelz
24.-26.11.2016	Bonn	AuF	8. Symposium Urologische Forschung der DGU	Prof. Dr. med. M. Burger
01.-03.12.2016	Düsseldorf	AuF	Workshop: EU-Anträge Antragstellung unter Horizont 2020	Prof. Dr. med. M. Burger / Prof. Dr. med. A. Schwarzenberger
03.12.2016	Düren	AK Urinzytologie und urologische Marker	193. Fort- u. Weiterbildungsseminar: Urinzytologie in Klinik und Praxis	Dr. med. I. Rathert
09.11.2016	online	JuniorAkademie	UROLOGIE onLINE – Thema: PC	Dr. med. Ulrike Necknig
16.-17.12.2016	Bergisch-Gladbach	AK Onkologie	Intensivkurs Uro-Onkologie – Teil 3 (von 3)	Prof. Dr. med. J. Gschwend / Prof. Dr. med. P. Albers
Mi + Fr nach Absprache	Flensburg	AK Bildgebende Systeme (Ständiges Angebot)	TRUS und C-TRUS / ANNA mit Biopsie	Prof. Dr. med. T. Loch
nach Absprache	Düsseldorf	AK Geschichte der Urologie (Ständiges Angebot)	Führungen im Museum und Archiv der DGU	Dr. med. F. H. Moll
nach Absprache	versch.	AK Operative Techniken	Klinische Hospitationen	Prof. Dr. med. E. Becht

Bei vielen Patienten mit Dauerkathetern kommt es zu Verkrustungen, Entzündungen und Komplikationen

FARCO-PHARMA

**Endlich bessere Aussichten:
Die Blockerlösung mit
Anti-Verkrustung-Effekt**

- Weniger Verkrustungen des Katheters¹
- Seltener Verstopfungen des Katheters
- Deutliche Reduktion der Bakteriurie¹

1 Pannek J., Vestweber A.-M. Aktuel Urol 2011; 42: 51-54

www.farco-pharma.de

Farco-fill® Protect
Blocken und gleichzeitig schützen

FFP_02

Stuttgarter Erklärung zur menschenrechtskonformen Behandlung Transsexueller

Geschlecht.Selbst.Bestimmt

Die sogenannte Stuttgarter Erklärung ist ein konsentiertes Statement zu geschlechtlichen Normabweichungen in Form von Transsexualität und Intersexualität, die von einer Gruppe von interessierten Ärzten, Psychotherapeuten, Menschenrechtlern und Betroffenen erarbeitet und herausgegeben wurde. Diese Erklärung wurde dann von vielen Hunderten von Unterstützern unterzeichnet. Die Erklärung macht sich „für eine Medizin stark, die ohne Genderdeutung auskommt und sich auf das konzentriert, worum es eigentlich gehen sollte: Menschen zu helfen ...“. Die Erklärung behandelt die Würde des Menschen, Fragen der selbstbestimmten Genderfestlegung, Ablehnung jeglicher Fremdbestimmung, Verbesserung der Behandlungs- und Kostenübernahmemöglichkeiten, Vermehrung der Zahl kompetenter Beratungsstellen, u.a.m. Der Tenor liegt auf einer deutlichen Stärkung der Selbstbestimmung. Die Unterzeichner stellen eine sehr heterogene Gruppe dar, die viele gesellschaftspolitische Strömungen widerspiegeln.

oh <http://die-erklaerung.de/wp-content/uploads/2015/04/StuttgarterErklaerung>

Impressum

Verantwortliche Herausgeber:
Prof. Dr. Oliver Hakenberg
Prof. Dr. Christian Wülfing
Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V.
Uerdinger Str. 64
40474 Düsseldorf

Redaktion:
Franziska Engehausen
Sabine M. Glimm
Bettina-C. Wahlers

Autoren:
Franziska Engehausen
Sabine M. Glimm
Oliver Hakenberg
Nils Hansson
Johannes Huber
Heike Kramer
Frank Petersilie
Bernd Schmitz-Dräger
Axel Schroeder
Jens-Peter Zacharias

Grafik: Barbara Saniter

Druck: DBM Druckhaus Berlin-Mitte GmbH
Auflage: 7300 Exemplare

Erscheinungsweise:
vierteljährlich

Ausgabe:
3/2016 – September