UROlogisch!

Nachrichten der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V.

3 / 2015 – November

EDITORIAL Verrohung der Sitten

Von Prof. Dr. med. Oliver Hakenberg, DGU-Generalsekretär

Die Entscheidung des Universitätsklinikums Aachen, den dortigen Lehrstuhl für Urologie mit dem Wechsel von Prof. Dr. Axel Heidenreich nach Köln nicht zu besetzen, sondern einen Chefarzt zu ernennen, ist für die DGU äußerst befremdlich. In noch nie dagewesener Art und Weise wird damit die Leitung einer Universitätsklinik ohne Ausschreibung und Bewerbungsverfahren besetzt. Dazu holt man einen „regionalen" Chefarzt aus einer Nachbarklinik nebst Oberärzten. Die Absicht, die offensichtlich dahintersteckt, ist es wohl, urologische Fälle nach Aachen zu ziehen, indem ein renommierter Chefarzt geholt wird und gleichzeitig durch dessen Weggang das konkurrierende Nachbarkrankenhaus geschwächt wird. Dieser Vorgang ist beispiellos. Offenbar zählen nur noch DRGs und Fallzahlen. Dass dies von einer renommierten Universitätsklinik so krass betrieben wird, ist schon sehr bemerkenswert und erschütternd.

Es geht wohlgemerkt nicht um die Person des designierten Chefarztes der Urologie am Universitätsklinikum Aachen, es geht darum, wie die Leitung einer Universitätsklinik ohne jegliches Augenmerk auf Forschung und Lehre ausschließlich nach klinisch-ökonomischen Gesichtspunkten besetzt wird. Denn die TH Aachen beabsichtigt nicht, die vakante W3-Professur für Urologie auszuschreiben und neu zu besetzen. Sinn und Zweck einer Univ.-Klinik werden ad absurdum geführt. Ein vorgeblicher Grund für diese Handlungsweise sei gewesen, dass es in der deutschen Urologie angeblich keinen für solche Posten qualifizierten Nachwuchs geben würde. Wer diese Schutzbehauptung erfunden hat, ist offenbar nicht informiert oder will es nicht sein. Die Wahrheit ist, dass es zahlreiche hochqualifizierte junge Urologen im akademischen Bereich gibt. Hätte man die DGU gefragt, wären wir als Fachgesellschaft gerne mit Empfehlungen behilflich gewesen, was auch nicht schwer gefallen wäre. Das ist aber nicht geschehen, und die Gründe dafür liegen scheinbar auf der Hand. Man kann nur mutmaßen, welche weiteren Gründe das Aachener Universitätsklinikum zu einem solchen Schritt bewogen haben. Ganz offensichtlich war man aber sehr schlecht beraten. Die DGU hat gegen die Vorgehensweise in Aachen offiziell und energisch Protest eingelegt, um darzulegen, dass es so nicht sein und es auch nicht ohne Ärger durchgehen kann. Aber natürlich liegt es nicht in der Macht der Fachgesellschaft, einem Universitätsklinikum Vorschriften zu machen. Man kann hoffen, dass das Beispiel nicht Schule macht.

INHALT

2 PREFERE kompakt
DGU-Ratgeber zur Kinderurologie

3 Der Innovationsfonds
Aus der Mitgliederversammlung
Buchvorstellung: Urologie 1945 – 1990

4 67. DGU-Kongress demonstriert Vielfalt
Stimmen vom Kongress

5 Nachrichten des BDU
Frühe Nutzenbewertung bei Arztmitteln: BDU fordert Korrekturen
VSG: BDU-Analyse sieht Schwächung der Versorgung

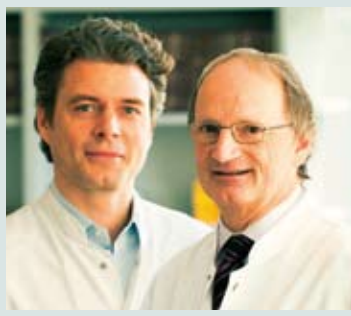
6 Stiftung Urologische Forschung
UroCurriculum Prostatakarzinom
S3-Leitlinie zum Nierenzellkrebs

7 Sexualmedizin – Botanik für Urologen
Online-Reise zum DGU-Kongress
Neu im DGU-Vorstand

8 DGU aberkennt Maximilian Nitze-Preis
Movember: Charity-Aktion
Veranstaltungen / Stellenbörse / Impressum

Prostatakarzinom:

Welche Technologien und Trends werden unseren klinischen Alltag maßgeblich verändern?

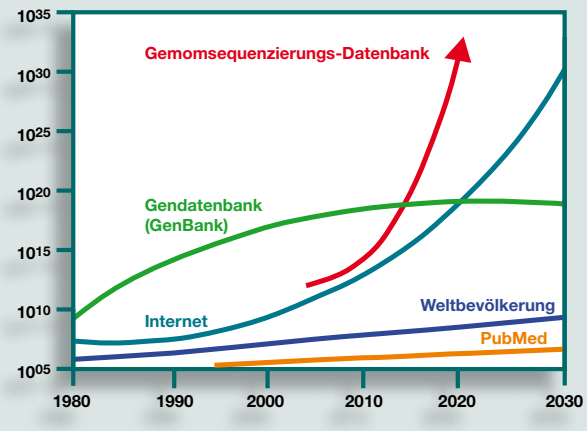


Von Prof. Dr. med. Thorsten Schlomm (li), Martini-Klinik, Prostatakarzinomzentrum, und Prof. Dr. med. Guido Sauter, Institut für Pathologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Wir denken, dass sich die Onkologie in den nächsten Jahren sehr rasant verändern wird. Neue technologische Entwicklungen und die zunehmende Bedeutung des Internets in der Medizin mit der damit verbundenen Möglichkeit von „Big Data"-basierten Analysen werden dabei eine Hauptrolle spielen. Aufgrund der besonderen Biologie des Prostatakarzinoms und seiner großen gesellschaftlichen Relevanz haben wir Urologen die einzigartige Chance, diese Entwicklungen maßgeblich mitzugestalten.

Internet und Genomforschung

Die beiden sich derzeit am schnellsten entwickelnden Technologien sind das Internet und die Genomik. Das Internet vernetzt mittlerweile mehr als die Hälfte der Weltbevölkerung, und moderne Gen-Sequenzierverfahren erlauben die komplette Entschlüsselung eines individuellen Genoms an einem Tag für wenige hundert Euro. Beide Technologien haben gemeinsam, dass sie unvorstellbare Datenmengen (Big Data) produzieren; so produziert und speichert das Internet in einem Jahr so viele Daten wie die gesamte Menschheit seit Anfang ihres Bestehens in Büchern, CDs und Filmen. Ein menschliches Genom hat mehrere Milliarden Variablen, die, jede für sich, einzigartig sein können und deren Verknüpfung eine nahezu unendliche Anzahl an Kombinationen erlaubt (Abbildung unten links).



Jeder Mann bekommt Prostatakrebs

Aus Autopsie-Studien wissen wir, dass praktisch jeder Mann, wenn er nur alt genug wird, ein – meist indolentes – Prostatakarzinom entwickelt. Die molekularen Mechanismen hierfür sind hauptsächlich mit der Einwirkung des Testosterons auf die Prostatazellen zu erklären. Hierdurch kommt es durch das immer wiederkehrende Ablesen von androgen regulierten Genen durch Testosteroneinwirkung zu genetischen Brüchen, welche dann die Zellen sensibel für weitere genetische Veränderungen (genetische Instabilität) und letztendlich zur Tumorentstehung (sensibel) machen. Dieser Prozess betrifft alle Prostataepithelzellen gleichermaßen, sodass viele Männer unabhängig von ihrem „ersten Prostatakrebs" einen zweiten, dritten oder sogar vierten Prostatakrebs entwickeln. Parallel dazu entstehen an verschiedenen Stellen in der alternden Prostata Krebsvorstufen (High Grade PIN). Man kann sich die alternde Prostata im Prinzip als genetisch verschlissenes Organ vorstellen, welches an vielen unabhängigen Stellen Tumore entwickelt. Bei keinem Tumor ist die Voraussage der individuellen Prognose so bedeutend wie beim Prostatakarzinom.

Die meisten häufig vorkommenden genomischen Veränderungen sind bereits identifiziert worden

In den letzten Jahren haben wir mithilfe moderner genomweiter Sequenzierverfahren ein immer differenzierteres Bild der molekularen Grundlagen des Prostatakarzinoms erlangen können. Vor allem die weltweit koordinierte Sequenzierung von hunderten von Prostatakarzinomen im Rahmen des International Cancer Genome Consortium (ICGC) hat zu einem Katalog von hunderten molekularen Veränderungen geführt, welche beim Prostatakarzinom auf der Ebene von DNA und RNA vorkommen. Diese Veränderungen werden aktuell von vielen Forschergruppen weiter untersucht.

Übersetzung in die Klinik steht noch aus

Wenn man den bisherigen Stand der Forschung jedoch kritisch zusammenfasst, muss man sagen, dass der wichtigste Schritt – die Übersetzung dieser Erkenntnisse in klinisch sinnvolle Tests und Therapien – noch fehlt. Zwar gibt es hunderte von Studien, die auf die prognostische Bedeutung von einzelnen molekularen Markern hinweisen, doch wurden die meisten Studien an (zu) kleinen Patientenkollektiven durchgeführt und dementsprechend von anderen Autoren, welche den gleichen Biomarker an einem anderen (zu) kleinen Kollektiv untersuchten, häufig auch nicht bestätigt.

Für die Suche nach prognostischen Parametern bei einem Tumor mit sehr guter Prognose braucht es tausende von Patienten

Die Hamburger Patientenkohorte umfasst mittlerweile mehr als 20.000 Patienten nach Prostatektomie mit klinischen Verlaufsdaten. Alle diese Tumoren sind in Form von „Gewebechips" gelagert, sodass die gesamte Kohorte in wenigen Tagen auf die Expression eines neuen potentiellen Prognosemarkers getestet werden kann. Mehr als 100 Biomarker wurden von uns bisher getestet, und es deutet sich an, dass verschiedene Marker-Kombinationen – in Verbindung mit einem „quantitativen" Gleason-Grading (unter Berücksichtigung der exakten Anteile der Gleason-Grad-Komponenten) – eine bessere Prognoseabschätzung erlauben wird. Da unsere Untersuchungen ausschließlich an therapierten Patienten durchgeführt wurden, sind diese Daten leider nicht ohne weiteres auf die prätherapeutische Situation übertragbar.

Große Patientenkollektive zur Validierung fehlen

Die größte Herausforderung besteht somit in der Identifizierung von sehr vielen Patienten mit Daten zu den verschiedenen relevanten klinischen Endpunkten, wie z.B. klinisch

Lesen Sie bitte weiter auf Seite 2

Prostatakarzinom

Fortsetzung von Seite 1

progressionsfreies Überleben ohne Therapie, Entwicklung von Metastasen, karzinomspezifisches Überleben und Ansprechen auf Therapien. Ausreichend große Kohorten mit solchen Endpunkten stehen zurzeit nicht zur Verfügung, da der onkologische Langzeitverlauf der überwiegenden Anzahl von Krebspatienten nicht systematisch erfasst wird. Die Lösung könnte die Etablierung einer globalen Prostatakrebsdatenbank sein. Bei geschätzten 11 Millionen weltweit lebenden und weiteren 20-30 Millionen innerhalb der letzten 20 Jahre verstorbenen Prostatakarzinompatienten muss es das Ziel der Prostatakarzinomgemeinschaft sein, die individuellen Krankheitsverläufe vieler dieser Patienten systematisch zu erfassen und der Wissenschaft zur Verfügung zu stellen.

„Big Data“ als Gegenmodell zur „hypothesenbasierten“ Forschung

Wir denken, dass „Big Data“-basierte Analysen die Medizin und die medizinische Forschung in den nächsten Jahren verändern werden. „Big Data“ werden automatisch kontinuierlich und ohne wissenschaftliche Absicht produziert. Ein gutes Beispiel hierfür ist „Google Flu Trends“, eine Internetseite, die Auskunft über nahende Grippewellen gab. Hierfür hat Google die aufgezeichneten Grippefälle aus bestimmten Regionen mit den Google-Suchergebnissen aus diesen Regionen verglichen und einen ständig neu lernenden Algorithmus entwickelt, der nur mithilfe von Suchmaschinenanfragen besser und genauer eine Grippewelle vorhersagen konnte als die offiziellen Behörden. Dieser Algorithmus besteht aus Millionen von Variablen, welche jede für sich genommen praktisch keinen Einfluss hat. Das klare Bild ergibt sich erst aus der Kombination aller Variablen. Warum Google Flu Trends ein gutes Beispiel für den Einfluss von Big Data ist, liegt in der Natur dieser Daten. Diese Suchmaschinendaten wurden nicht spezifisch für die Vorhersage von Grippewellen gesammelt. Hinter jeder Suchabfrage stand nicht die Hypothese, damit Krankheiten vorherzusagen. Und das unterscheidet Big Data von prospektiv wissenschaftlich erhobenen Daten, welche immer durch Hypothesen der sammelnden Wissenschaftler präselektioniert und beeinflusst sind. Solche Studiendaten erlauben meist lediglich eine zuvor formulierte Hypothese mehr oder minder genau zu beweisen oder zu verwerfen. Das Potential, unerwartete Beobachtungen zu machen oder neue Hypothesen zu generieren, haben diese Daten in der Regel nicht.

Globales Prostatakarzinomnetzwerk kann Forschung unterstützen

Wenn es gelänge, die krankheitsassoziierten Daten von auch nur 10% der weltweiten Prostatakrebspatienten in einer internetbasierten Datenbank zu sammeln, dann würden viele brennende Fragen beantwortet. Genau an diesem Projekt arbeitet derzeit eine internationale Gruppe von Patienten, Urologen, Pathologen und Informatikern. Die Entwicklung eines globalen Prostatakarzinomnetzwerkes (Progether) soll Patienten eine Plattform bieten, ihre individuellen Tumordaten und Krankheitsverläufe selber in ein internetbasiertes System einzugeben, um sich mit anderen Patienten zu vergleichen, zu kommunizieren und zu lernen, was andere Patienten in der gleichen Situation gemacht haben. Die eingegebenen Daten werden eine wichtige Ressource für die Wissenschaft darstellen. Bei einer genügend hohen Anzahl von beteiligten Patienten werden auch seltene, aber klinisch relevante Ereignisse und Situationen in so großer Anzahl identifiziert werden, dass auch für diese Patienten hilfreiche Informationen gesammelt werden können. Nicht zuletzt für uns Urologen könnte eine Zugriffsmöglichkeit auf weltweite Prostatakrebsdaten die tägliche Arbeit erheblich erleichtern.

Methodenbewertung: Gemeinsamer Bundesausschuss unterstreicht Bedeutung der PREFERE-Studie

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat heute in Berlin die Bedeutung der Prostatakrebs-Studie „PREFERE“ unterstrichen und gemeinsam mit der Patientenvertretung das Anliegen bekräftigt, dass die Studie zu einem erfolgreichen Abschluss kommt. Der G-BA appelliert an alle beteiligten Akteure, zum Gelingen der Studie beizutragen, um auf ihrer Basis eine bessere wissenschaftliche Grundlage für die Wahl der Behandlungsstrategien zu erhalten.

PREFERE steht für „Präferenzbasierte randomisierte Studie zur Evaluation von vier Behandlungsmodalitäten bei Prostatakarzinom mit niedrigem und ‚frühem intermediären‘ Risiko“. Gleichzeitig weist die Abkürzung PREFERE – „to prefer“ (englisch) für „etwas vorziehen“ oder „etwas lieber mögen“ – auf eine Besonderheit dieser Studie hin. Wenn ein Patient eine oder maximal zwei der Behandlungsoptionen für sich nicht akzeptiert, kann er diese ausschließen und dennoch an der Studie teilnehmen. In der Leitlinie zur Behandlung des Prostatakarzinoms zur Erstbehandlung beim lokal begrenzten Prostatakrebs werden folgende vier Behandlungsmöglichkeiten empfohlen:

1. die vollständige Entfernung der Prostata (radikale Prostatektomie),
2. die Strahlentherapie von außen über die Haut (perkutane Strahlentheraie),
3. die Bestrahlung durch dauerhaft in der Prostata platzierte kleine Strahlenquellen (permanente Seed Implantation oder Brachytherapie),
4. eine aktive Überwachung (Active Surveillance) mit regelmäßigen medizinischen Kontrollen, bei der die Behandlung einsetzt, wenn die Erkrankung fortschreitet.

Unklar ist derzeit jedoch, von welcher dieser Behandlungsoptionen der Patient unter Berücksichtigung der Nebenwirkungen und Komplikationen auf lange Sicht am meisten profitiert. Hier setzt die PREFERE-Studie an, die eine Nachbeobachtungszeit des Patienten von mindestens 13 Jahren vorsieht. Umfangreiche Informationen zu PREFERE werden auf den Internetseiten www.prefere.de bereitgestellt beispielsweise Fachinformationen für Ärzte, ein Kurzfilm zur Patientenaufklärung oder eine Patientenbroschüre mit einem Leitfaden für das Arzt-Patienten-Gespräch. Gelistet sind hier auch die an der Studie teilnehmenden Praxen und Praxisgemeinschaften sowie die klinischen Studienzentren.

Hintergrund: Methodenbewertung der LDR-Brachytherapie zur Behandlung des lokal begrenzten Prostatakarzinoms

Der G-BA hatte im Dezember 2013 beschlossen, seine Beratungen zur interstitiellen Low-Dose-Rate-Brachytherapie (LDR-Brachytherapie) aufgrund der begonnenen PREFERE-Studie bis Dezember 2030 auszusetzen, dem Zeitpunkt des voraussichtlichen Vorliegens der Ergebnisse der PREFERE-Studie. Für die Zeit der Aussetzung wurden verbindliche Anforderungen an Qualität und Dokumentation der Leistungserbringung festgelegt.

Pressemitteilung des G-BA / Juli 2015

3 Patienten für PREFERE

Die Deutsche Krebshilfe und die gesetzlichen Krankenkassen sowie die Privaten Krankenversicherungen haben die zweite Förderphase für PREFERE freigegeben.
Dies ist eine wichtige Entscheidung zum Wohle der Patienten. Nur durch derartige Studien kann evidenzbasiert die optimale Behandlung von Prostatakrebs-Patienten gesichert und medizinischer Fortschritt erzielt werden. Wenn wir dieses Projekt erfolgreich abschließen, eröffnen sich möglicherweise neue Förderperspektiven für die gesamte Medizin, die derzeit überwiegend auf Unterstützung durch die Industrie und in beschränktem Rahmen durch ministerielle und Stiftungsförderungen angewiesen ist. Für uns – und die beteiligten Nachbardisziplinen bietet sich mit der PREFERE-Studie die einmalige Chance, eine wichtige Frage der Urologie zu beantworten.
Wir bitten Sie im Namen der Patienten sehr herzlich um Ihre Unterstützung. Wenn nur jeder Urologe 3 Patienten in die Studie einbringt, ist die Rekrutierung gesichert. Das schaffen wir!
Kontakt: www.prefere.de
PREFERE Studienzentrale:
prefere@prefere.de
Tel.: 030-3229329-54 / -46

LESERBRIEF

Die PREFERE-Studie wird fortgesetzt, und der Gemeinsame Bundesausschuss bemüht sich um ihren Erfolg (Plenumsbeschluss vom 16. Juli 2015).

Als vom Prostatakarzinom Betroffener und Vater zweier Söhne begleite ich die PREFERE-Studie seit acht Jahren für den Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V. (BPS). Wir freuen uns, dass die Krankenkassen und die Deutsche Krebshilfe entschieden haben, die Studie fortzusetzen, um die Unsicherheiten über die beste Therapie des Niedrigrisiko-Prostatakarzinoms zu beseitigen. Ein Vorgehen, dass ich Sie, als unsere Partner, unsere medizinischen Betreuer, bitte, mit allen Kräften zu unterstützen. Wenn jeder niedergelassene Urologe 3 Patienten (jedes zertifizierte Prüfzentrum 70-80) rekrutiert, können wir gemeinsam diese Studie erfolgreich, wie geplant, abschließen. Die Patienten können bei dieser Studie ihren Präferenzen folgen und zwei der vier Therapiepfade ausschließen, eine besondere Erleichterung bei der Rekrutierung. Es verbleiben die gewählte Therapie und das abwartende Beobachten in der Randomisierung. Einige der urologischen Netzwerke zeigen, dass die Rekrutierung möglich ist.

Der Gemeinsame Bundesausschuss appellierte zusammen mit uns am 16. Juli an unsere Ärzteschaft und die Betroffenen, die PREFERE-Studie zu einem Erfolg zu machen. Bitte helfen Sie mit, eine bessere Entscheidungsgrundlage für unsere Enkelsöhne und deren Lebenspartner zu schaffen … (und auch für ihre Beratungsgespräche)!

Ich bedanke mich noch einmal bei den deutschen Krankenkassen (einschließlich der Privaten) und der Deutschen Krebshilfe für dieses Vorgehen. Ich hoffe auf Ihrer aller Mitarbeit und den Erfolg unserer gemeinsamen Bemühungen!

J.P. Zacharias,
ehem. Vorstandsmitglied des BPS,
Fördermitglied und Leiter des
Gesundheitspolitischen Arbeitskreises

Neue DGU-Patienteninformationen ab sofort online ordern:

Drei Ratgeber zur Kinderurologie

Drei druckfrische Ratgeber zur Kinderurologie präsentierte die Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V. den versammelten Medienvertretern auf der Eröffnungs-Pressekonferenz des 67. DGU-Kongresses im September 2015 in Hamburg.
Die drei Broschüren zum nächtlichen Einnässen und zu Harnwegsinfektionen, Phimose und Hodenhochstand sowie zu den selteneren kinderurologischen Erkrankungen Reflux und Harntransportstörungen können die Aufklärung durch den Kinderurologen/die Kinderurologin ergänzen und geben Eltern Rat und Hilfestellung bei der Begleitung ihrer erkrankten Kinder, aber auch Informationen zur altersgerechten Entwicklung. „Damit setzen wir unsere Initiative zur Aufklärung junger Eltern fort, die wir Anfang 2015 mit Kampagnen in den neuen Medien gestartet haben“, sagte DGU-Pressesprecherin Prof. Dr. Sabine Kliesch bei der Präsentation. „Die Ratgeber werden künftig in den Wartebereichen urologischer Praxen und Kliniken ausliegen, denn gut aufgeklärte Eltern können wesentlich dazu beitragen, Entwicklungsstörungen frühzeitig zu erkennen und sind sensibel für das Auftreten möglicher Krankheitssymptome“, ergänzte Prof. Dr. Stephan Roth, der das Projekt in seiner Amtszeit als DGU-Präsident initiierte. Sein Dank für die erfolgreiche Umsetzung gilt Prof. Anne-Karoline Ebert, PD Dr. Annette Schröder und Prof. Dr. Raimund Stein aus dem Arbeitskreis Kinder- und Jugendurologie.
Besucher des 67. DGU-Kongresses haben je ein Exemplar der Patienteninformationen für Eltern zum Kennenlernen in ihrer Kongresstasche vorgefunden. Inzwischen können Urologinnen und Urologen die neuen Broschüren für ihre Klinik oder Praxis, wie alle anderen Ratgeber von DGU und BDU, online auf dem Urologenportal bestellen.

Der Innovationsfonds

Ein Kommentar

Von Franziska Engehausen, Leiterin des DGU-Hauptstadtbüros

Der Innovationsfonds ist ein Kind des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes, das im Juli 2015 in Kraft getreten ist. Auf der Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit ist nachzulesen, dass das Gesetz darauf abzielt, „auch in Zukunft eine gut erreichbare medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten auf hohem Niveau sicherzustellen“. Zum Innovationsfond heißt es: „Zur Förderung von Innovationen in der Versorgung und von Versorgungsforschung wird ein Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss mit einem Volumen von 300 Mio. Euro jährlich – zunächst in den Jahren 2016 bis 2019 – eingerichtet“.
Mit diesem Gesetz erhielt der G-BA den Auftrag, neue Versorgungsformen und Versorgungsforschungsprojekte zu fördern, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen (§ 92a SGB V). Die Mittel für diesen Fonds werden je zur Hälfte aus dem Beitragsaufkommen der gesetzlichen Krankenversicherung und aus dem steuerfinanzierten Gesundheitsfonds getragen und vom Bundesversicherungsamt verwaltet.
So weit, so gut. Widerstand gegen die Einrichtung eines Innovationsfonds, mit dem laut Gesetz sektorale Begrenzungen der Versorgung überwunden und neue Versorgungsformen entwickelt werden sollen, gibt es kaum. Zumal die Zielsetzung des Innovationsfonds ziemlich klar die seit Jahren nachdrücklich vorgetragenen Forderungen an die Gesundheitspolitik aufnimmt. Für die innovativen Versorgungsprojekte werden künftig jährlich 225 Millionen Euro zur Verfügung gestellt. Weitere 75 Millionen Euro sollen aus dem Innovationsfonds in die Versorgungsforschung fließen, die dazu beitragen soll, die Versorgungseffektivität und -effizienz zu verbessern.
Über die Verteilung der Gelder entscheidet ein zehnköpfiger Innovationsausschuss beim G-BA, dem neben den Trägerorganisationen des G-BA drei Vertreter aus Bundesministerien angehören sollen. Dieser Ausschuss hat sich jetzt konstituiert. Nachdem im Vorfeld viel diskutiert wurde, wer denn in diesem Ausschuss vertreten sein solle und vor allem, wer auf keinen Fall, sind die Namen und die dazugehörende Geschäftsordnung jetzt klar. Zusätzlich zum Ausschussvorsitzenden, Prof. Josef Hecken, dem Vorsitzenden des G-BA, sind die weiteren Ausschussmitglieder aus den Reihen der Selbstverwaltung bisher nicht als Innovationstreiber aufgefallen. Aber, ein bisschen Optimismus schadet ja nie. Da sitzen also die bewährten Vertreter der Selbstverwaltung: auf der einen Seite die Führungsriege des GKV-Spitzenverbandes, auf der anderen die Ärztevertreter von KBV, KZBV und Deutscher Krankenhausgesellschaft sowie zwei Patientenvertreter. Im Gegensatz zu anderen Gremien der Selbstverwaltung sind diesmal auch drei Vertreter der Ministerien vertreten und abstimmungsberechtigt.
Der Innovationsfonds soll ein wesentliches neues Element in der Gesundheitspolitik darstellen. Dabei setzt die Bundespolitik hier auf Erfolg. Bereits die in Aussicht gestellten Millionenbeträge haben einen Kreativitätsschub bei den Akteuren ausgelöst, der selbst von der Vertragsfreiheit unter Gesundheitsministerin Andrea Fischer und durch den neuen Paragraphen 140 unter Gesundheitsministerin Ulla Schmidt nicht erreicht wurde.
Welche Projekte haben eine Chance, aus Geldern des Innovationsfonds gefördert zu werden? Wie klein dürfen zum Beispiel die Projekte eigentlich sein? Bisher scheiterten integrierte oder selektivvertragliche Versorgungsideen in Bezug auf den Roll-out in die Regelversorgung meist am regionalen Charakter dieser Modelle. Nun kann man zwar argumentieren, dass gerade regionale Lösungen genau das sind, was ambulante und stationäre Versorgung einander näherbringt.
Die Maßgabe des Innovationsfonds ist es aber, neue Versorgungsformen zu fördern, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen und potentiell in eine zukünftige Regelversorgung integriert, d.h. auch vergütet werden könnten. Dies schließt sehr regionale Projekte ohne Modellcharakter weitgehend aus.
Grundsätzlich kann nahezu jeder mitmachen, d.h. sich mit Projekten um Förderung bewerben. Nicht umgesetzt wurde die Idee der jährlichen Übertragbarkeit der Mittel, was nach sich zieht, dass das volle Programm – also 300 Millionen Euro – jedes Jahr komplett ausgeschüttet werden muss. Bei Kenntnis von Projektarbeit und insbesondere Forschungsprojekten ergibt sich, dass dies ziemlich unmöglich sein dürfte. Prof. Josef Hecken wird allerdings nicht müde, darauf hinzuweisen, dass ihm hierzu ein Rechtsgutachten vorliegt, das es ihm ermöglicht, die Mittel doch noch nach einem sinnvollen Modell zu strecken. Nun bleibt also für den Rest der Gesundheitspolitischen Republik, sich Gedanken über Projekte zu machen, die groß genug sind und ausreichend Versorgungscharakter haben, um angenommen zu werden.

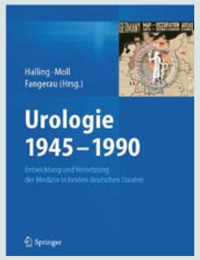
Meldungen – Personalia

Prof. Prof. h. c. Dr. Wolfgang Weidner wurde als Direktor der Klinik für Urologie, Kinderurologie und Andrologie am Universitätsklinikum Gießen-Marburg der Justus-Liebig-Universität Gießen mit dem Ende des Sommersemesters 2015 emeritiert. Der designierte Nachfolger im Amt des Direktors der Klinik und der W3-Professur für Urologie ist der bisherige Leitende Oberarzt, Prof. Dr. Florian Wagenlehner, der seinem bisherigen Chef nachfolgt und bis zur Berufung das Amt kommissarisch leitet. Zum 1. Oktober 2015 wechselte Prof. Wolfgang Weidner in das Amt des hauptamtlichen Dekans des Fachbereichs Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen.
Auf der Mitgliederversammlung der DGU während des letzten Jahreskongresses wurden turnusgemäß Neuwahlen für ausscheidende Vorstandsmitglieder durchgeführt. Als Nachfolger für Frau Prof. Dr. Sabine Kliesch im Amt der Schriftführerin und Vorstandsmitglied für Öffentlichkeitsarbeit wurde **Prof. Dr. Christian Wülfing**, Chefarzt an der Asklepios Klinik Hamburg-Altona, gewählt. Als Nachfolger für Prof. Dr. Stephan Michel im Amt des Vorstandsmitglieds für Fort- und Weiterbildung wurde **Prof. Dr. Axel Haferkamp**, Direktor der Klinik für Urologie und Kinderurologie am Univ.-Klinikum Frankfurt, gewählt. Als Nachfolger für Prof. Dr. Jürgen Gschwend im Amt des Vorstandsmitglieds für Leitlinien und Qualitätssicherung wurde **Frau Prof. Dr. Susanne Krege**, Direktorin der Klinik für Urologie, Kinderurologie und Urologische Onkologie an den Kliniken Essen-Mitte, gewählt. Zum 2. Vizepräsidenten und damit zum Kongresspräsidenten für 2017 wurde **Prof. Dr. Paolo Fornara**, Direktor der Klinik und Poliklinik für Urologie am Universitätsklinikum Halle, gewählt.
Frau Professor Dr. Kerstin Junker, Leiterin der Abteilung für klinisch-experimentelle Forschung in der Urologie und Kinderurologie am Universitätsklinikum des Saarlandes, hat die Leitung der Sektion für experimentelle Urologie (ESUR) innerhalb der European Association of Urology übernommen. Die ESUR hat das Ziel, die klinische und experimentelle Forschung in der Urologie in Europa voranzubringen und versteht sich als interdisziplinäre Plattform, um Forschergruppen aus verschiedenen Fachdisziplinen zu vernetzen. Auch soll die Zusammenarbeit mit der amerikanischen Schwesterorganisation (SBUR) der American Urological Association (AUA) intensiviert werden.

Aus der Mitgliederversammlung

Auf der Mitgliederversammlung anlässlich des letzten Kongresses der DGU in Hamburg wurden einige wichtige Beschlüsse gefasst und Vorstandswahlen durchgeführt.
Auf Vorschlag des Vorstandes wurde beschlossen, die jährlichen Mitgliedsgebühren von 130,- auf 160,- Euro anzuheben, die der Juniormitgliedschaft von 25,- auf 50,- Euro. Diese Anhebung war aufgrund der geänderten Besteuerungsgrundlagen der Kongresseinnahmen, die ab dem 1. 1. 2015 gelten, erforderlich geworden. Gleichzeitig hatte der Vorstand beschlossen, die Kongressgebühren anzuheben, dies war bereits für 2015 in Kraft getreten.
Dr. Brandt aus dem Saarland hatte als Mitglied zwei Vorschläge zur Umstrukturierung der DGU-Arbeit vor der Mitgliederversammlung eingereicht, die auf der Mitgliederversammlung diskutiert wurden. Der erste Vorschlag, jedem DGU-Kongresspräsidenten einen Kopräsidenten aus dem niedergelassenen Bereich zur Seite zu stellen, wurde vom Vorstand nicht befürwortet und von der Mitgliederversammlung durch Abstimmung abgelehnt. Der zweite Vorschlag, ein weiteres Vorstandsmitglied aus dem niedergelassenen Bereich zu wählen, das zusammen mit dem bisherigen Vorstandsmitglied für den Bereich „Wissenschaft und Praxis“ zuständig sein soll, wurde vom Vorstand und auch von der Mitgliederversammlung durch Abstimmung befürwortet.
Hierzu wird der Vorstand zunächst ein kooptiertes weiteres Vorstandsmitglied berufen. Auf der Mitgliederversammlung 2016 wird dann eine entsprechende Satzungsänderung zur Abstimmung kommen, da die Zahl der Vorstandsmitglieder in der Satzung bisher auf zehn beschränkt war.
In den Vorstand neu gewählt wurden auf Vorschlag des Vorstandes Prof. Dr. Christian Wülfing (Ressort Öffentlichkeitsarbeit und Schriftführer), Prof. Dr. Axel Haferkamp, Ressort Fort- und Weiterbildung, Frau Prof. Dr. Susanne Krege, Ressort Leitlinien und Qualitätssicherung, sowie Prof. Dr. Paolo Fornara als 2.Vizepräsident.
Turnusgemäß ausgeschieden sind mit Beendigung der jeweiligen Amtsperiode Prof. Dr. Jürgen Gschwend, Frau Prof. Dr. Sabine Kliesch, Prof. Dr. Stephan Michel und Prof. Dr. Stephan Roth.

Buchvorstellung: Urologie 1945-1990: Entwicklung und Vernetzung der Medizin in beiden deutschen Staaten



Passend zum 25. Jahrestag der deutschen Wiedervereinigung legte eine Gruppe von Medizinhistorikern der Universität Köln in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU) einen Sammelband zur Entwicklung der Urologie in beiden deutschen Staaten nach Ende des Zweiten Weltkriegs vor. Die Deutsche Gesellschaft für Urologie demonstriert auf 270 Seiten erneut ihr großes Traditionsbewusstsein. Anknüpfend an die von der Bundesärztekammer prämierten Studie zur Urologie im Nationalsozialismus, steht in der druckfrischen Publikation die Nachkriegszeit in Ost und West im Mittelpunkt.
Die insgesamt 14 Beiträge sind in vier Themenfelder gegliedert. Zunächst wird die Urologie in allgemeine Entwicklungslinien in Medizin, Gesundheitswesen und Gesellschaft eingeordnet. Dazu zählt auch die erstmals untersuchte Tätigkeit von Urologen als inoffizielle Mitarbeiter der Stasi. Wann und unter welchen Umständen urologische Fachabteilungen und Lehrstühle an den deutschen Universitäten eingerichtet wurden, wird sowohl für die alte Bundesrepublik als auch für die DDR beschrieben. Es zeigt sich, dass die Fachverselbständigung und institutionelle Entwicklung der Urologie parallel verliefen. Große Unterschiede stellen die Autoren in ihren Beispielen zur Klinischen Urologie fest. Während auf dem interdisziplinären Gebiet der Niereninsuffizienz die DDR-Urologen im Gegensatz zu ihren westdeutschen Kollegen die Führungsrolle in Forschung und Transplantation bis 1990 verteidigen konnten, ermöglichte erst die Wiedervereinigung eine flächendeckende Versorgung von Harnsteinpatienten mit der im Westen in den 1980er Jahren eingeführten Extrakorporalen Stoßwellenlithotripsie. Trotz der seit den 1960er Jahren zunehmend asymmetrisch verfügbaren Medizintechnik und schwieriger Reisemöglichkeiten blieben die ost- und westdeutschen Urologen gerade in der Harnsteinforschung im Gespräch. So erreichten die Jenaer Harnsteinsymposien in den 1970er und 1980er Jahren große internationale Beachtung.
Sehr interessante individuelle Perspektiven gewinnen die Beiträge durch die Einbeziehung von zahlreichen Zeitzeugen. Insbesondere für die frühe Nachkriegszeit bot sich die letzte Chance, mit Zeitzeugen ins Gespräch zu kommen und eine Vorstellung davon zu bekommen, wer und was die Urologie in diesen Jahren bewegt hat.
Mit dieser vielschichtigen, insbesondere auf systemübergreifende Vernetzungen fokussierenden Publikation stehen die Urologen ganz am Anfang einer medizinhistorischen Aufarbeitung einzelner medizinischer Fächer während des Kalten Krieges.

Von Andrologie bis Zirkumzision

67. DGU-Kongress in Hamburg demonstrierte Vielfalt

Vier Tage lang stand Hamburg im Zeichen der Urologie: Auf dem 67. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU) vom 23. bis 26. September 2015 im Congress Center Hamburg (CCH) demonstrierten 7200 Fachbesucher und ein vielfältiges Wissenschaftsprogramm nachdrücklich den breiten Versorgungsauftrag der Urologen in Deutschland. Gäste aus 39 Nationen besuchten die Jahrestagung unter dem Motto „Urologie umfasst mehr." in Hamburg, wo eine perfekt organisierte Großveranstaltung ihren Lauf nahm.

„Urologie umfasst mehr."

Fortbildung und Wissenschaftsaustausch standen im Zentrum der drittgrößten urologischen Tagung der Welt. Thematisch bildete der Kongress unter der Leitung von DGU-Präsident Prof. Dr. Stephan Roth die Urologie in ihrer gesamten Bandbreite ab. Diese Vielfalt nach außen zu tragen, hatte sich der Direktor der Klinik für Urologie und Kinderurologie am Helios Klinikum in Wuppertal auf die Fahne seiner Präsidentschaft geschrieben.
Das Kongress-Programm umfasste folglich alle Bereiche der Urologie: die Tumorerkrankungen von Blase, Nieren, Prostata und Hoden, Harnsteinerkrankungen, benigne funktionelle urologische Erkrankungen der Frau und andrologische Erkrankungen.
Eigenständige Foren waren unter anderem der Active Surveillance, der Behandlung der Nykturie, der kontinenten Harnableitung, der Psychoonkologie, der Komplementärmedizin sowie der neu etablierten Jungensprechstunde der Urologen gewidmet. Außerdem thematisierte die DGU neue Medien in der Urologie, die Richtlinie zur Lebendspende und gab einen Ausblick auf die neuen S3-Leitlinien zum Harnblasen- und Nierenzellkarzinom. Letztere wurde während des Kongresses veröffentlicht.

Pressekonferenzen

Auf der DGU-Eröffnungs-Pressekonferenz präsentierte Pressesprecherin Prof. Dr. Sabine Kliesch drei druckfrische Ratgeber zur Kinderurologie. Prof. Roth stellte das Weiterbildungsmodul für Praxis- und Klinikmitarbeiter zum „Assistenten für Urologische Kontinenztherapie" vor, und Prof. Dr. Kurt Miller thematisierte das erfolgreiche Zweitmeinungsmodell zum Hodentumor, das DGU und BDU bei der Ausgestaltung des Versorgungsstrukturgesetzes als Rollenmodell einbringen wollen. BDU-Pressesprecher Dr. Wolfgang Bühmann sprach sich für die HPV-Impfung für Jungen aus, und auch die DGU-Neuerscheinung „Urologie 1945 – 1990: Entwicklung und Vernetzung der Medizin in beiden deutschen Staaten" wurde der Presse vorgestellt. PREFERE und PROBASE standen im Mittelpunkt der anschließenden gemeinsamen Pressekonferenz von DGU und Deutscher Krebshilfe.

DGU: modern, nachhaltig, sozial

Auf dem Patientenforum informierten sich die Besucher über Harnsteinerkrankungen, Blasenschwäche und Prävention von Krebserkrankungen. Auf dem Schüleraktionstag „Werde Urologe/Urologin für einen Tag" konnten dank Dr. Nicola von Ostau und einem engagierten GeSRU-Team rund 100 OberstufenschülerInnen im CCH die Welt der Urologie kennenlernen. Auch der diesjährige Pflegekongress für die urologischen Pflege- und Assistenzberufe war mit über 1200 Teilnehmern sehr gut besucht. Das CCH sammelte bei seinen letzten Gästen vor dem Umbau noch einmal Bestnoten: Die zentrale Lage und kurze Wege fanden viel Lob. Das galt explizit auch der Industrieausstellung, die beachtlichen 180 Aussstellern die Möglichkeit zur Präsentation bot.
App, Ted und Co. bewährten sich in Hamburg erneut: Die App „DGU 2015" fand mehr als 2000 User, und auch die steigende Zahl von Kongress-Tweets zeugt vom modernen Kurs der DGU. Fortgesetzte Nachhaltigkeit bei der Kongressadministration und Kongresstaschen im ökologisch korrekten Filz-Design bestätigten die zeitgemäße Ausrichtung.
Ihrem sozialen Engagement blieben die Urologen ebenfalls treu: Mit den Ärzten für Afrika, der Kinder-Uni in Wuppertal und der Til Schweiger Foundation, die sich für die Flüchtlingshilfe einsetzt, unterstützte die Fachgesellschaft in diesem Jahr gleich drei Benefiz-Projekte.

Kongresspräsident Prof. Stephan Roth auf dem Eröffnungsforum.

Personalien

Mit der Maximilian Nitze-Medaille, wurde Professor Dr. med. Wolfgang Weidner aus Gießen geehrt. PD Dr. med. Dr. med. univ. Arkadius Miernik aus Freiburg erhielt mit dem Maximilian Nitze-Preis die höchste wissenschaftliche Auszeichnung der Fachgesellschaft. Die Präsidentschaftsübergabe beendete den 67. DGU-Kongress: Prof. Dr. med. Stephan Roth übergab das Amt des Präsidenten an Prof. Dr. med. Kurt Miller, Direktor der Urologischen Klinik und Poliklinik, Charité – Universitätsmedizin Berlin, der zur 68. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V. vom 28. September bis 1. Oktober 2016 nach Leipzig einlud. sg

Stimmen vom 67. DGU-Kongress

Möglicherweise haben Sie beobachtet, dass die DGU-Pressestelle während der jüngsten Jahrestagung in Hamburg auf Stimmenfang ging. Vielleicht gehören Sie auch zu den Befragten, die unsere Umfrage unter den Kongressbesuchern im Congress Center Hamburg (CCH) unterstützt und uns dankenswerter Weise geholfen haben, einige O-Töne vom diesjährigen Kongress einzuholen. Die zeigten ein rundum positives Stimmungsbild und – je nach Fragestellung – Erstaunliches.
So konnten **Atmosphäre, Organisation und Location** durchweg punkten: „gute Stimmung", „alle sehr nett", „übersichtlich", „gute Ausschilderung", „bin sehr zufrieden mit dem Kongress und der Qualität der Vorträge", hieß es zahlreich. Selbst das CCH wurde auf seine alten Tage ausdrücklich gelobt: „schöner Eingangsbereich", „helle Räume", „tolle Industrieausstellung", war diesbezüglich zu hören. Wenn die Teilnehmer etwas kritisierten, dann lag es am großen Andrang auf einige Veranstaltungen, der „teilweise überfüllte Räume" nach sich zog.
Auf die Frage nach der eigenen Beteiligung an der **PREFERE-Studie** erhielten wir erwartungsgemäß grundverschiedene Antworten. Etwa von Urologen, die sich nicht an der Studie beteiligten, weil sie den Studienaufbau selbst kritisch sehen, die Randomisierung nicht vermitteln können, ihre Patienten eine eigene Entscheidung treffen wollen oder sich mit dem Studiendesign einfach überfordert fühlen. Andere wiederum hätten bereits Patienten rekrutiert und beteiligten sich mit großem Engagement. Zwar sei es nicht einfach, die Patienten davon zu überzeugen, sich randomisieren zu lassen, die Studie sei aber sehr sinnvoll, und es liege am Engagement aller Urologen, sie durchzubringen.
Außerdem wollten wir von den Kongressteilnehmern wissen, was sie von dem neuen Weiterbildungsmodul für Praxis- und Klinikmitarbeiter zum **„Assistenten für Urologische Kontinenztherapie"** halten, das von der DGU und dem Berufsverband der Deutschen Urologen e.V. (BDU) entwickelt wurde. Diese Frage ging bei den meisten Befragten allerdings ins Leere, da es ihnen erstaunlicherweise noch unbekannt war. Das lässt sich aber durchaus ändern, denn alle wichtigen Informationen, auch zum Start der ersten Ausbildungsstaffel im April 2016, finden Sie online auf dem Urologenportal im Bereich Fachbesucher/Aktuell.
Zu den benannten Top-Veranstaltungen der Hamburger Jahrestagung zählten das Öffentlichkeitsforum „Kinder und Frauen in der Urologie – so wichtig wie Männer" und der Laparoskopie-Kurs für Anfänger. O-Töne auf die Frage nach den **persönlichen Highlights** vom 67. DGU-Kongress haben wir natürlich auch parat:

Ulrich Witzsch,
Krankenhaus Nordwest Frankfurt:
„Der ganze Kongress-Mittwoch hat mir sehr gut gefallen. Besonders die Akademie-Foren waren sehr informativ, weil sie viele Diskussionsmöglichkeiten bieten und im Vergleich zu den Vorträgen auch viel spannender und aufschlussreicher sind. Unter diesem Aspekt vermisse ich auch die ehemaligen Postervorträge, die mehr Diskussionen unter den Teilnehmern ermöglicht haben."

Dr. med. Hendrik Behrendt,
St.-Franziskus-Hospital Lohne:
„Ich bin im Allgemeinen sehr zufrieden mit dem Kongress. Es gab viele interessante Vorträge und auch die gute Organisation ist mir positiv aufgefallen.
Der Vortrag „Blasenkarzinom" war für mich die beste Veranstaltung."

Dr. med. Matthias Brunzel,
Juliusspital Würzburg:
„Mein persönliches Kongress-Highlight war die GeSRU Sitzung ‚Albträume', in der Kliniken aufzeigen, was schiefgehen bzw. unerwartet passieren kann.
Das war sehr interessant und lehrreich. Insgesamt hat mir der Kongress in Hamburg gut gefallen."

Nachrichten des Berufsverbandes der Deutschen Urologen e.V.

Frühe Nutzenbewertung bei Arzneimitteln:

BDU fordert Korrekturen

BDU-Präsident Dr. Axel Schroeder auf der Herbstsitzung des Urologie-Beirates

Auf der Herbstsitzung des Urologie-Beirates des BDU im Vorfeld des 67. DGU-Kongresses am 22. September 2015 in Hamburg diskutierten rund 30 geladene Unternehmensvertreter und BDU-Repräsentanten unter der Moderation des Politikexperten Ulrich Tilly, Partner WMP Healthcare, die Fortentwicklung der Arzneimittelerstattung im Nachgang des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG). Danach sind pharmazeutische Unternehmen seit 2011 verpflichtet, ihre neuen Produkte einer Nutzenbewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu unterziehen.
„Wenn nach vier Jahren Früher Nutzenbewertung für 60 Prozent der Medikamente kein Zusatznutzen festgestellt wurde und es zu über 50 Prozent Rabatt auf die Einstandspreise kommt, haben wir Anlass, dieses Thema hier zu diskutieren und eine Weiterentwicklung des Verfahrens zu fordern. Die Zeit ist reif für AMNOG-Korrekturen", sagte BDU-Präsident Dr. Axel Schroeder in der Hansestadt und betonte, dass die Bedeutung der Frühen Nutzenbewertung über das Ziel einer bloßen Kostenreduktion hinausgehen müsse.
Zwei Impulsreferate – aus Sicht der Arzneimittelhersteller und des G-BA – gaben Einblick in den Ablauf der Nutzenbewertung und offenbarten unterschiedliche Einschätzungen, vor allem hinsichtlich der Transparenz des Verfahrens und des Einflusses der mündlichen Anhörung durch den G-BA. Die anschließende Diskussion machte deutlich, dass viele Urologen auf eine stärkere Berücksichtung der Versorgungsrealität im Hinblick auf den Patientennutzen drängen: Insbesondere fehle eine „Späte Nutzenbewertung", da zum Zeitpunkt der Markteinführung der Zusatznutzen im Versorgungsalltag aufgrund fehlender Erfahrungen oft nur begrenzt zu bestimmen sei. Auch Sorgen um den Innovationsstandort Deutschland wurden deutlich. Dr. Axel Schroeder schloss die Veranstaltung in der Hoffnung auf eine praxistaugliche Weiterentwicklung der Arzneimittelerstattung, sodass auch langfristig der Zusatznutzen möglichst präzise ermittelt, Innovationen unterstützt und angemessene Preise bestimmt werden können.

Signalwirkung erwünscht

IV-Vertrag in Westfalen-Lippe: DAK übernimmt Botox-Injektionen

Obwohl Botox seit Februar 2013 für die Behandlung von Blasenfunktionsstörungen zugelassen ist, sind Botox-Injektionen in die Harnblase bekanntlich nicht im EBM abgebildet. Dank eines ersten IV-Vertrages nach § 140 a zwischen der DAK und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen Lippe, der auf Initiative des BDU e.V. entstand, können dortige Urologen seit dem 1. September 2015 bei Patienten mit Blasenfunktionsstörungen die intravesikale Injektion mit Botox abrechnen – mit einem Sonderentgeld von 240,- Euro. Der BDU hofft, dass andere gesetzliche Krankenkassen diesem Signal folgen werden. Bis zum Abschluss weiterer Selektivverträge bzw. einer bundesweiten Regelung bleibt für alle anderen GKV-Versicherten und Regionen nach wie vor die Kostenerstattung in dieser Sache empfohlen.

Jetzt mitgestalten! BDU-Mitgliederbefragung 2016

„Was erwarten die Mitglieder von ihrem Berufsverband?" „Wie zufrieden sind sie mit dem derzeitigen Angebot?" „Welche zusätzlichen Dienstleistungen werden in den einzelnen Leistungsbereichen gewünscht?" Diesen und anderen Fragestellungen will der Berufsverband der Deutschen Urologen e.V. (BDU) im kommenden Jahr in einer Mitgliederbefragung nachgehen.
Ziel der Befragung ist es, strategische Handlungsempfehlungen für die Geschäftsführung des Berufsverbandes abzuleiten und damit die Attraktivität der Mitgliedschaft im BDU e.V. zu erhöhen. Unser Motto lautet: Bestehende Mitglieder binden und zukünftige Mitglieder finden!
Damit wir die richtigen Fragen stellen und auch Ihre persönlichen Anliegen an den BDU berücksichtigen können, bitten wir alle Urologinnen und Urologen, uns bis zum 30.11.2015 Ihre Anregungen für die Ausgestaltung des Fragebogens zu übersenden.
Wir freuen uns auf Ihre E-Mail an: **office@bdu-praesident.de** oder Ihren Anruf unter **04321-92 25 28**. Vielen Dank!

Von wegen Versorgungsstärkungsgesetz...

BDU-Analyse sieht Schwächung der fachärztlichen Versorgung

Von BDU-Präsident Dr. Axel Schroeder

Das Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung zielt darauf ab, auch künftig eine flächendeckende und gut erreichbare medizinische Versorgung sicherzustellen, die Rahmenbedingungen in der vertragsärztlichen Versorgung zu verbessern, den schnellen Zugang der Versicherten zur medizinischen Versorgung zu schaffen und Innovationen in der Versorgung zu fördern.
In der Gesamtheit der zahlreichen Maßnahmen müssen wir als Berufsverband der Deutschen Urologen e.V. (BDU) jedoch feststellen, dass die Balance zwischen hausärztlichem und fachärztlichem sowie zwischen ambulantem und stationärem Versorgungsbereich fortgesetzt nachhaltig beschädigt wird. Dies wird der fachärztlichen Versorgung von heute und ihrer Bedeutung für die Versorgung von morgen nicht mehr gerecht. Die deutschen Fachärzte sind in großer Sorge, denn im Ergebnis wird zulasten der Patienten die gute bestehende ambulante Versorgung durch ein flächendeckendes System selbständiger Praxen freiberuflicher Ärzte gefährdet.
Exemplarisch genannt sind hier die neuen Aufkaufsregelungen bei der Nachbesetzung von Arztsitzen, die Einführung von Terminservicestellen und die Stärkung des stationären Sektors.

Aufkauf von Arztsitzen (§ 103 Abs. 3a SGB V)

Sachlich ist festzustellen, dass durch die Änderung des § 103 Absatz 3a von einer „Kann"- in eine „Soll"-Regelung ab Inkrafttreten alle künftigen Nachbesetzungsverfahren in Gebieten mit einer festgestellten Überversorgung bei einem Versorgungsgrad von mehr als 140 Prozent betroffen sind. Dies berührt die wirtschaftliche Praxis- und Lebensplanung von derzeit etwa 4000 Fachärzten, 7500 Psychotherapeuten und 350 Hausärzten.
Die Bedarfsplanung als Grundlage für die Aufkaufregelung sieht der BDU als ungeeignet an. Die reinen Verhältniszahlen von Einwohnern zu Ärzten in der heutigen Bedarfsplanung spiegeln weder den aktuellen noch den zukünftigen Versorgungsbedarf anhand der Morbidität wider. Zudem vernachlässigt sie alle sozio-demografischen Komponenten und deren Zusammenhang mit der Krankheitslast der Bevölkerung. Ferner fehlt die Einbeziehung der demografischen Situation der Ärzte im jeweiligen Planungsbereich. Auf Grundlage des Bundesarztregisters ist heute schon bekannt, dass in den nächsten fünf Jahren rund 25.000, in den nächsten zehn Jahren bis zu 50.000 Ärzte ihre Tätigkeit in der Niederlassung ruhestandsbedingt aufgeben werden. Erst auf Grundlage einer fundierten, an der heutigen Morbidität und dem zukünftigen Versorgungsbedarf orientierten Bedarfsplanung, die wissenschaftlich valide etabliert wird, kann in einem zweiten Schritt über die Verteilung von Arztsitzen entschieden werden.

Terminservicestellen (§ 75 Abs. 1a SGB V)

Der dem Gesetzesvorhaben zu Grunde liegende Koalitionsvertrag greift hier ein Thema mit einer subjektiven Betrachtungsweise auf, die zuvor nicht unter objektiven Kriterien umfassend beleuchtet wurde. Die sicherlich nicht zu leugnenden Fälle langer Wartezeiten auf einen Facharzttermin – bei insgesamt jährlich rund 580 Millionen ambulanten Behandlungsfällen (2013) – lassen sich nicht über eine pauschalierte und zentralisierte Regelung lösen.
Etwa zwei Drittel der Bundesbürger erhalten innerhalb von drei Tagen einen Facharzttermin (Repräsentativbefragung der KBV). Von einer überwiegenden Mehrheit der Versicherten wird die Terminvergabe nicht als ein drängendes Problem gesehen. Im internationalen Vergleich der OECD-Länder liegt Deutschland bei der Terminvergabe hinter der Schweiz auf Platz zwei.
In Wirklichkeit besteht hier ein Zielkonflikt aus einem ungehinderten, ungesteuerten und als Selbstverständnis beanspruchten Zugang zu allen Leistungen des Gesundheitssystems einerseits und begrenzten Mitteln andererseits.
Die Freiberuflichkeit des Vertragsarztes ist Garant für eine patientenorientierte Versorgung durch freie Arztwahl sowie das vertrauensvolle Patienten-Arzt-Verhältnis einerseits und den sachgerechten Einsatz der Mittel, also das Wirtschaftlichkeitserfordernis der Vertragsarztpraxis, andererseits.
Eine Verbesserung der Terminvergabe bei Fachärzten ist nur durch eine Weiterentwicklung der Patientensteuerung zu erzielen. Dabei müssen die freie Arztwahl und die Freiberuflichkeit des Vertragsarztes sichergestellt sein. Eine soziale Eigenbeteiligung und eine Stärkung der Eigenverantwortung des Patienten sind dabei unterstützende Elemente.
Die Einführung von Terminservicestellen wird zudem die bereits heute schon bekannte Unterversorgung in bestimmten Fachgruppen und Regionen bestätigen. Diese Unterversorgung lässt sich jedoch nicht durch eine Verlagerung der Versorgung in den stationären Sektor ausgleichen, da dort in der Regel dieselben Kapazitätsengpässe vorherrschen.

Einseitige Stärkung des stationären Sektors

Durch das Versorgungsstärkungsgesetz werden die Krankenhäuser für die ambulante Versorgung geöffnet. Dadurch werden insbesondere für heute und in Zukunft tätige Fachärzte in der Vertragsarztpraxis neue und für sie existenzielle Konkurrenzsituationen unter ungleichen Wettbewerbsbedingungen geschaffen: Dem Facharztstatus in der Praxis steht in der Regel der Facharztstandard in der Klinik gegenüber. Dies ist in der gerade beginnenden Qualitätsdiskussion anachronistisch und nicht zu erklären. In der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) erhalten die Kliniken für drei Jahre einen Bestandsschutz (§ 116 b SGB V), wenn sie in diesem Bereich vor dem 31.12.2011 tätig waren. Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V) erhalten verbesserten Zugang zur ambulanten Versorgung bei „schweren und komplexen Krankheitsbildern". Es wird somit ein paralleler Versorgungsbereich zur ASV errichtet, bei dem wiederum die Krankenhäuser Wettbewerbsvorteile genießen. Auch hier werden Sektorengrenzen eher auf- als abgebaut. Die Möglichkeit für Kommunen, auch in nicht unterversorgten Gebieten MVZ zu gründen (§ 95 Abs. 1a SGV V), schafft neue Konkurrenz für die vor Ort tätigen Fachärzte. Rein aus Kassenumsätzen geführte Praxen sind nicht in in der Lage, in Konkurrenz mit aus Steuermitteln finanzierten MVZ zu treten. Durch zentrale Terminvergabe bei Facharzterminen und der Möglichkeit der ersatzweisen ambulanten Versorgung an Krankenhäusern werden zudem ambulante fachärztliche Vergütungsteile bei der Terminvergabe (4-Wochen-Frist) zugunsten des Krankenhauses abfließen.
Aus Sicht des BDU gilt deshalb: erst die Krankenhausreform umsetzen und anschließend die Möglichkeiten für eine kooperative Einbeziehung der Kliniken in die Versorgung prüfen.
Weitere Problemfelder des Versorgungsstärkungsgesetzes sieht der BDU unter anderem in der Versorgung von Pflegebedürftigen (§ 22a SGB V), der fachärztlichen Weiterbildung, im Umgang mit Wirtschaftlichkeitsprüfungen (§ 106 SGB V), in der Förderung von Praxisnetzen (§ 87 b) und der Besetzung des Innovationsfonds (§ 92 a SGB V).

Stiftung Urologische Forschung Berlin

Die DGU ehrt Prof. Dr. Stefan Loening mit dem Ritter von Frisch-Preis

Prof. Roth überreicht auf dem DGU-Abend den Ritter von Frisch-Preis an Prof. em. Loening.

Foto: Bertram Solcher

Von Franziska Engehausen

Forschung ist aufwändiger und teurer geworden. Die öffentlichen Mittel für die Universitäten fließen immer spärlicher, entsprechend ist auch in Deutschland die private finanzielle Unterstützung wictiger geworden, wie sie in den USA schon sehr lange durch finanzstarke private Forschungsstiftungen praktiziert wird.

Es ist deshalb auch kein Zufall, das in Deutschland dieses Modell der Forschungsförderung durch Prof. Dr. Stefan Loening, der viele Jahre in den USA lebte und arbeitete, in seiner Zeit als Direktor der Urologischen Klinik an der Charité in Berlin verwirklicht wurde. Er gründete, zusammen mit tatkräftigen Mitstreitern, am 1. Dezember 1999 die Stiftung Urologische Forschung Berlin als rechtlich selbständige und gemeinnützige Stiftung mit Sitz in Berlin. Der satzungsgemäße Stiftungszweck war und ist die Unterstützung der gundlagenwissenschaftlichen und klinischen Forschung in der Urologie und deren angrenzenden Gebieten. Dies geschieht durch privates Engagement aufgrund finanzieller Zuwendungen durch Spenden und auch Nachlässe. Unter dem Vorsitz von Prof. em. Dr. Stefan Loening ist die Stiftung in den 15 Jahren ihres Bestehens diesem Ziel in anspruchsvoller Weise nahegekommen.

Eng verbunden war und ist die Stiftung Urologische Forschung seit ihrer Gründung mit der Urologischen Klinik und anderen Instituten an der Charité der Universitätsmedizin Berlin. Aber die dabei auch vorhandenen Bestrebungen der Stiftung, ihre Aktivitäten über Berlin hinaus und auch auf außeruniversitäre Einrichtungen auszudehnen, haben sich in der Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Urologie und dem Max-Delbrück-Center für Molekulare Medizin in Berlin-Buch niedergeschlagen.

Ein besonderes Mittel zur Stärkung einzelner Bereiche der Urologie war die Einrichtung von Stiftungsprofessuren, die für in der Regel fünf Jahre finanziert werden und als Impuls dienen sollen, um nach dieser Anschubfinanzierung von den jeweiligen Fakultäten verstetigt zu werden. So wurde vor über 10 Jahren die Berndt-Schönberger-Professur für Kinderurologie und Nierentransplantation an der Charité ins Leben gerufen. Ebenso wurde zur Stärkung speziell der Kinderurologie 2013 die Berndt-Ulrich-Scholz Stiftungsprofessor für Kinderurologie an der Universität Ulm eingerichtet. Diese Stiftungsprofessur wird gemeinsam von der DGU und der Stiftung Urologische Forschung als W3-Professur finanziert und wurde im August 2013 mit Frau Professor Dr. Anne-Karoline Ebert besetzt. Schließlich wurde 2014 die Hans-Schildbach-Stiftungsprofessur zur Erforschung urogenitaler Karzinome am Max-Delbrück-Center für Molekulare Medizin in Berlin-Buch verstetigt, ermöglicht durch eine Einzelspende des Ehepaares Klaus und Christel Schildbach und mit Prof. Dr. Kai Schmidt-Ott besetzt. Der wissenschaftliche Nachwuchs wird durch die Stiftung in vielfältiger Weise gefördert, durch die Vergabe von Promotionsstipendien sowie durch die Auszeichnung mit wissenschaftlichen Preisen für herausragende Publikationen, Dissertations- und Habilitationsschriften sowie sonstige Forschungsleistungen.

Als Anerkennung für seine Verdienste um die Urologie und das Wirken der von ihm ins Leben gerufenen Stiftung hat die DGU Professor Stefan Loening 2015 den Ritter von Frisch-Preis verliehen. Anlässlich der Preisverleihung auf dem 67. DGU-Kongress in Hamburg sagte Prof. Loening: „Immer mehr wird und muss unsere gesellschaftliche Ordnung in Deutschland und im alten Europa sich zur Bürgergesellschaft entwickeln. Ausdruck des Gemeinsinns können Vermächtnisse, Zustiftungen oder Spenden für humanitäre und kulturelle Zwecke sein. Sie tragen zur Sicherung und Vervollkommnung unserer hohen Standards bei."

Der Ritter von Frisch-Preis wird jählich zu Ehren des Mitbegründers und ersten Präsideten der Deutschen Gesellschaft für Urologie für besondere Verdienste um die wissenschaftlichen, berufs- oder vereinspolitischen Aufgaben der Deutschen Gesellschaft für Urologie verliehen.

DGU baut Leitlinien-Programm aus:

S3-Leitlinie zum Nierenzellkrebs publiziert

Bei der Wahl der geeigneten Therapie sind Tumorstadium, Tumorhistologie und Risikoprofil des Patienten entscheidend. Das berücksichtigt die neue Leitlinie", erklärte Koordinator Prof. Dr. Christian Doehn vom Urologikum in Lübeck in einer DGU-Pressemitteilung anlässlich der Publikation der ersten S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie des Nierenzellkarzinoms im September 2015. Prof. Dr. Susanne Krege, Urologin am Klinikum Essen-Mitte und ebenfalls Koordinatorin der Leitlinie ergänzte: „Bislang existierten für die Diagnose, die Behandlung und Nachsorge des Nierenzellkarzinoms lediglich einzelne Expertenempfehlungen, jetzt liegt eine von den Fachgesellschaften getragene Leitlinie vor, darüber freuen wir uns sehr." Die Leitlinie der Qualität S3 entstand im Rahmen des Leit-linienprogramms Onkologie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) unter der Federführung der Deutschen Gesellschaft für Urologie und der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie.

Die neue Leitlinie beinhaltet außerdem Qualitätsindikatoren, die im Rahmen der Zertifizierung von Krebszentren zur Qualitätssicherung bei der Behandlung von Nierenzellkarzinomen genutzt werden können. Eine laienverständliche Patientenleitlinie wird derzeit erstellt.

13./14. November 2015

Einladung zum UroCurriculum Prostatakarzinom in Leipzig

Von PD Dr. med. Carsten H. Ohlmann, Klinik für Kinderurologie, Universitätsklinikum des Saarlandes

Das UroCurriculum im November in Leipzig steht ganz im Zeichen des fortgeschrittenen Prostatakarzinoms. Ausgewiesene Experten aus verschiedenen Fachgebieten werden dabei einen Bogen von der Rezidivdiagnostik nach primär kurativer Therapie (Prostatektomie/Strahlentherapie) über die verschiedenen Therapieoptionen bis hin zur Supportiv- und Palliativtherapie spannen.

Den Auftakt wird das kontroverse Thema der operativen Entfernung von Lymphknotenmetastasen (Salvage-Lymphadenektomie) in einer Pro- und Contra-Diskussion machen, die durch die zunehmend verbesserte Diagnostik mittels Cholin- und PSMA-PET immer mehr in den Fokus auch der Patienten rückt, obwohl die Datenlage zum Nutzen weiterhin limitiert ist. Neben der operativen Therapie wird im Weiteren auch der Einsatz der Strahlen- und Hormontherapie beim PSA- und bildgebenden Rezidiv des Prostatakarzinoms beleuchtet.

Weiterhin in der Diskussion ist der Einsatz der kombinierten Chemohormontherapie beim hormonsensitiven, metastasierten Prostatakarzinom. Auf dem diesjährigen ASCO-Kongress wurden dazu neue Daten aus der STAMPEDE-Studie vorgestellt, die im Kontext mit weiteren Studien die Evidenz für den Einsatz der kombinierten Therapie erweitert haben. Darüber hinaus werden in Leipzig praxisnah verschiedene Aspekte zum Einsatz der Bildgebung, der Schmerztherapie, der primären Hormontherapie und des Therapiemonitorings dargestellt.

Wahrscheinlich weiterhin vernachlässigt, aber thematisiert, wird der frühe Einsatz der Palliativmedizin, der nachgewiesenermaßen die Prognose von Patienten mit fortgeschrittenen Tumorerkrankungen verbessern kann. Die Weiterentwicklung der Therapieoptionen beim kastrations-resistenten Prostatakarzinom wirft darüber hinaus viele Fragen zur Auswahl und Abfolge der zur Verfügung stehenden Therapien auf, und wird einen weiteren Schwerpunkt des UroCurriculum darstellen. Hierbei stellt sich vor allem die Frage nach der Auswahl der Patienten für eine weitergehende Hormontherapie bzw. eine Chemotherapie nach primärer Hormontherapie. Mit Einsatz der Chemohormontherapie beim hormon-sensitiven Prostatakarzinom erfährt die Fragestellung aktuell einen ganz neuen Aspekt. Neben den „konventionellen" Therapien stehen nuklearmedizinische Therapieverfahren wie das Radium-223 (Xofigo) bereits zur Verfügung, und neuartige zielgerichtete Radio-Ligandentherapien versprechen für die Zukunft eine Erweiterung des Portfolios für die Therapie des fortgeschrittenen Prostatakarzinoms.

Im klinischen Alltag stellen darüber hinaus Patienten mit seltenen histologischen Varianten des Prostatakarzinoms und konventionell austherapierte Patienten häufig eine Herausforderung dar.

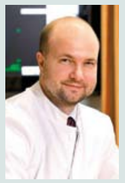
Ziel des Curriculum ist vor allem, neben den Neuerungen in der Diagnostik und Therapie einen Leitfaden für den klinischen Alltag aufzuzeigen, nach dem die Patienten behandelt werden können. Neben den Übersichtsvorträgen werden daher auch Fallbeispiele diskutiert, anhand derer die Umsetzung der Daten aus den klinischen Studien in den praktischen Alltag verdeutlich wird.

Die Akademie der Deutschen Urologen lädt alle Urologen/-innen und interessierten Kollegen/-innen aus allen Fachbereichen ganz herzlich zu diesem interdisziplinären UroCurriculum nach Leipzig ein.

Sexualmedizin:

Botanik für Urologen

Eine persönliche Betrachtung



Von Dr. Dr. Stefan Buntrock

Urologie umfasst mehr", war das Motto des letzten DGU-Kongresses. Anlass genug für einen Blick auf das Biotop des urologischen Tellerrandes, wo auf dem Porzellan die handgemalten Orchideen blühen. Die finden in der Regel nicht so viel Beachtung, denn der Heißhunger auf Onco-Suppe ist groß, und wie die serviert wird, ist in der Regel nicht so wichtig. Dabei gibt der Rand dem Teller seine Form und Bedeutung. Denn was wäre ein Teller ohne Rand? Er wäre im wahrsten Sinne des Wortes außer Rand und Band. Keine Onco-Suppe, keine Orchideen. Wir sollten uns die Orchideen erhalten, denn sie sind die wahrscheinlich urologischsten aller Pflanzen. Schließlich sehen ihre Wurzelknollen aus wie Hoden und haben diesen Gewächsen ihren Namen gegeben.

Die Orchidea medicinae sexualis ist eine solche Blume, die im Verborgenen blüht. Das Wort „Sexualmedizin" hört man zwar im beruflichen Alltag hier und da, doch welche Form von Geheimwissenschaft das ist, darum ranken sich allerhand Mythen. Die Angst vor dem Unbekannten beflügelt die Phantasie, und so war es wohl kein Wunder, dass den Gründern des Arbeitskreises Psychosomatische Urologie und Sexualmedizin 1986 mit der Polizei gedroht wurde, sollten sie es wagen, sich auf dem Gelände des DGU-Kongresses zu konstituieren. Wie gesagt, das war 1986 und nicht etwa 1896, als Havelock Ellis, einer der Gründerväter der Sexualmedizin, mit seinen Studies of the Psychology of Sex ähnliche auf die Ordnung bedachte Reaktionen hervorrief. Im Jahr 2015 sind zwar alle aufgeklärt, jedoch mangelt es hier und da immer noch an der nötigen Abgeklärtheit im Umgang mit dem Thema Sex.

Worum geht es bei Sexualmedizin eigentlich? 1795 postulierte Wilhelm von Humboldt, dass die „sinnliche Natur", also die Geschlechtlichkeit des Menschen, einen maßgeblichen Initiator von Gedanken und Handlungen darstellt. Denken und Handeln seien nicht isoliert von Geschlechtlichkeit zu betrachten. Dies war einer der Kristallisationskerne, aus der sich die moderne Sexualwissenschaft herausbildete. Anders ausgedrückt: es geht um den ganzen Menschen, und es lohnt sich, die Sexualität bei der klinischen Arbeit nicht aus dem Blick zu verlieren. Sich professionell mit menschlicher Sexualität auseinanderzusetzen heißt nämlich, Patienten nicht als Sammelbecken für Organe, sondern als Menschen wahrzunehmen. Und die haben alle denselben Bauplan und dieselben grundlegenden Bedürfnisse. Sie wollen von anderen Menschen akzeptiert und respektiert werden, sich in Gegenwart anderer sicher fühlen sowie Geborgenheit und Nähe erfahren. Diese psychosozialen Grundbedürfnisse können nur in der Interaktion mit anderen bedient werden und auf besondere Weise mit einem ganz speziellen anderen Menschen.

Während dieses Was von Individuum zu Individuum ziemlich gleich ist, kann das Wie jedoch reichlich variieren. An dieser Stelle können sich sexualmedizinisch relevante Problemstellungen herausbilden. Eine Rolle in diesem Zusammenhang spielen z.B. kulturelle Faktoren, die persönliche Entwicklung, der Alterungsprozess, Krankheiten, Medikamente, Operationen und auch die Präferenzstruktur. Angesichts der Vielzahl unterschiedlicher Störfaktoren treten Probleme mit der sexuellen Funktion überraschend häufig auf. Es heißt ja, jeder Topf finde seinen Deckel. Doch regelmäßig bringt der Deckel seine ganz eigene Prägung in die Partnerschaft ein, und das Überkochen ist vorprogrammiert. Hier kommt die Sexualmedizin ins Spiel. Topf und Deckel gehören zusammen, und was für das Einzelteil vielleicht unproblematisch ist, kann im Ensemble zu erheblicher Disharmonie führen. Es ist die Aufgabe der Sexualmedizin, dem Paar zu helfen, sich selbst zu helfen. Die Behandlung wird individuell der jeweiligen Paarkonstellation angepasst und reicht von einem beratenden Gespräch bis zur Sexualtherapie, die sich oftmals im Bereich von 15-25 wöchentlichen Sitzungen bewegt. Die oben beschriebene grundlegende Bedeutung von Sexualität zu begreifen und angstfrei umzusetzen, kann ein wichtiger Teil einer Sexualtherapie sein. Natürlich können auch PDE-5-Inhibitoren und Hilfsmittel zur Anwendung kommen. Warum man diese nicht kommentarlos einem Partner verordnen sollte, ist schnell erklärt. Versetzen Sie sich in die Lage einer Frau, deren Ehemann eines Abends ohne Vorankündigung im Schlafzimmer mit einer monströs anmutenden Maschine erscheint, in die er seinen Penis steckt und unter deren brummenden Motorgeräuschen er ihn zur Erektion bringt. Abgesehen davon, dass sich in dieser Situation jegliche Romantik schnell verflüchtigt, ist auch die Kränkung groß: „Ich bin so unattraktiv für ihn, dass er nur mittels einer Maschine mit mir schlafen kann." Dasselbe gilt auch für das im Vorübergehen ausgestellte Rezept für PDE-5-Inhibitoren.

© Daniel Ehrhardt - Fotolia.com

Urologie ist ein chirurgisches Fach und die Sexualfunktion bei operativen Eingriffen oft in Gefahr. Urologen sind also schon von Haus aus mitten drin im sexualmedizinischen Geschehen. Urologie umfasst mehr als chirurgisches Handwerk. Es geht auch um die Lebensqualität der Patienten, und zu der gehört die Sexualität als elementarer Bestandteil, weil Grundbedürfnisse nicht altern und sich der alte Mensch ganz genauso nach Nähe und Geborgenheit sehnt wie der Säugling. Daher sollte sexualmedizinische Basiskompetenz bei allen zum therapeutischen Repertoire gehören. Erfreulicherweise hat Sexualmedizin als Bestandteil der urologischen Facharztausbildung Eingang in die neue Weiterbildungsordnung gefunden. Viele Probleme mit der Sexualität lassen sich in einem kurzen Gespräch klären, auch wenn nicht viel Zeit zur Verfügung steht. Fortgeschrittene Fragestellungen gehören jedoch weiterhin in die Expertenhände am Tellerrand.

Neu im DGU-Vorstand

Auf der DGU-Mitgliederversammlung im Rahmen der 67. Jahrestagung in Hamburg im September 2015 wurden bei turnusgemäßen Neuwahlen vier neue Mitglieder in den Vorstand der Fachgesellschaft gewählt.

Nachdem **Univ.-Prof. Dr. med. Paolo Fornara** bereits von 2001 bis 2004 im DGU-Vorstand aktiv war, kehrt er nun als 2. Vizepräsident in den Vorstand der Fachgesellschaft zurück. Der Direktor der Universitätsklinik und Poliklinik für Urologie in Halle (Saale) ist in der Urologie als renommierter Transplantologe und Verfechter der Nierenlebendspende bekannt. Als Mitglied der Ständigen Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer begleitet Prof. Fornara derzeit federführend die Erstellung einer ersten Richtlinie für die Nierenlebendspende.

Zum neuen Vorstandsmitglied für Öffentlichkeitsarbeit und damit in das Amt des Schriftführers und DGU-Pressesprechers wurde **Prof. Dr. med. Christian Wülfing** gewählt. Er ist seit 2010 Chefarzt der Urologischen Abteilung der Asklepios Klinik Altona in seiner Wahlheimat Hamburg. Prof. Wülfing gilt als ausgewiesener Uroonkologe mit den Schwerpunkten Nieren-, Blasen- und fortgeschrittenes Prostatakarzinom, ist Vorstandsmitglied der Arbeitsgemeinschaft Urologische Onkologie (AUO) der Deutschen Krebsgesellschaft und als stellvertretender Vorsitzender der PatientenAkademie der Deutschen Urologen in der Öffentlichkeitsarbeit versiert.

Mit **Prof. Dr. med. Susanne Krege** übernimmt eine erfahrene Leitlinien-Koordinatorin das DGU-Vorstandsressort Leitlinien und Qualitätssicherung: Die Direktorin der Klinik für Urologie, Kinderurologie und Urologische Onkologie an den Kliniken Essen-Mitte und bekannte Expertin für Trans- und Intersexualität ist sowohl Mitkoordinatorin der 2014 veröffentlichten S2k-Leitlinie zu Varianten der Geschlechtsentwicklung als auch der aktuell publizierten S3-Leitlinie zum Nierenzellkarzinom.

Zum Leiter des Ressorts Fort- und Weiterbildung im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V. wurde **Univ.-Prof. Dr. med. Axel Haferkamp** gewählt. Der Direktor der Klinik für Urologie und Kinderurologie am Universitätsklinikum Frankfurt ist als Spezialist für die urologische Funktionsdiagnostik und Urologie der Frau bekannt und seit Anfang 2015 erster Vorsitzender der Deutschen Kontinenz Gesellschaft. Nach brandaktueller Nachrichtenlage wird Prof. Haferkamp ab April 2016 neuer Chef der Urologischen und Kinderurologischen Klinik der Universitätsmedizin in Mainz. sg

Online-Reise zum DGU-Kongress 2016:

Interaktive Kommunikation zur Kongressvorbereitung im Internet, über Facebook und Twitter

Der DGU-Kongress 2015 unter der Leitung von Prof. Dr. Stephan Roth in Hamburg hat eindrücklich gezeigt, wie kommunikativ die Urologie sein kann. Ideen und Innovationen entstehen durch Austausch und Kommunikation.

Um im Alltag informiert zu sein und kommunizieren zu können, nutzen viele von uns jeden Tag E-Mails, das Internet und soziale Medien wie Facebook oder Twitter. Dass ist zwar alles nicht jedermanns Sache, aber nicht nur junge Urologen nutzen diese Möglichkeiten. Damit man sich frühzeitig über die Vorbereitungen und Planungen für den DGU-Kongress 2016 in Leipzig unter der Leitung von Professor Dr. Kurt Miller aktuell informieren kann, will die DGU Sie auf die Reise nach Leipzig mitnehmen.

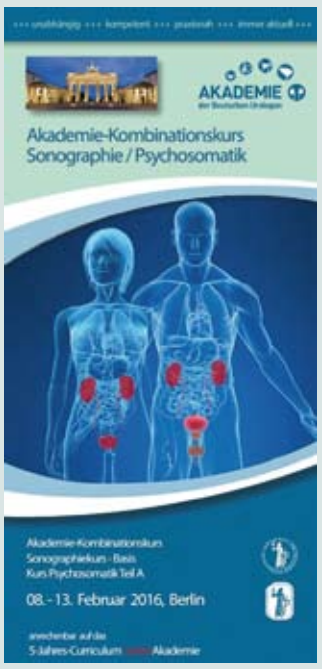
Über die neue Kongress-Homepage www.dgu-kongress.de, über Facebook und Twitter können Sie jederzeit Neuigkeiten zum Kongress 2016 erfahren. Ab sofort werden alle DGU-Mitglieder auch regelmäßig über einen Kongress-Newsletter informiert werden.

Da der nächste Kongress das Spannungsfeld von Medizin und Ökonomie beleuchten soll und unter diesem Motto stehen wird, sollen nicht nur die Kongressvorbereitungen Thema des Newsletters sein, sondern auch aktuelle Entwicklungen zu diesem Konfliktbereich der Medizin zwischen Ökonomie und Qualität vermitteln. Der qualitativ gute Austausch mit den Mitgliedern ist dabei wichtig. Deshalb sind alle eingeladen: Kommunizieren Sie mit dem Kongressteam! Kommentieren Sie die Beiträge! Machen Sie eigene Vorschläge und bringen Sie Ihre Ideen ein!

Also nutzen Sie die Möglichkeiten des Austausches – das Kongressteam freut sich über rege Beteiligung auf der gemeinsamen Reise zum DGU-Kongress 2016 in Leipzig.

Akademie Veranstaltungen

	Art der VA (Akademie, Arbeitskreise etc.)	Veranstaltungen	Datum	Ort
11 / 2015	AK Onkologie	Symposium	04.-05.11.2016	Köln
	UroCurriculum	Harndiagnostik in der Urologie (HWI, Marker)	11.-12.11.2016	Wiesbaden
	JuniorAkademie	Urologie kompakt für Einsteiger	23.-27.11.2016	Stromberg
12 / 2015	AuF	Workshop: EU-Anträge Antragstellung unter Horizont 2020	01.-03.12.2016	Düsseldorf
Nach Absprache	AK Bildgebende Systeme (Ständiges Angebot)	TRUS und C-TRUS / ANNA mit Biopsie	jeden Mi + Fr	Flensburg
	AK Geschichte der Urologie (Ständiges Angebot)	Führungen im Museum und Archiv der DGU	nach Absprache	Düsseldorf
	AK Operative Techniken	Klinische Hospitationen	nach Absprache	versch.



Impressum

UROlogisch!

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:
Stefan Buntrock
Franziska Engehausen
Sabine M. Glimm
Oliver Hakenberg
Carsten H. Ohlmann
Guido Sauter
Thorsten Schlomm
Axel Schroeder
Jens-Peter Zacharias

Grafik:
Barbara Saniter

Druck:
DBM Druckhaus
Berlin-Mitte GmbH

Auflage:
7300 Exemplare

Erscheinungsweise:
vierteljährlich

Ausgabe:
3 / 2015 – November

Movember: Charity-Aktion startete am 1. November

Mit dem November startete erneut die globale Männergesundheits-Aktion „Movember“: Hinter der Wortschöpfung aus November und moustache (englisch für Schnurrbart) steht eine weltweite Organisation, die seit 2003 Männer dazu aufruft, sich im Aktions-Monat einen Schnurrbart wachsen zu lassen, um damit auf die Initiative aufmerksam zu machen und Spenden für Gesundheitsprogramme in den Bereichen Prostata- und Hodenkrebs sowie seelisches Wohlbefinden und körperliche Aktivität zu sammeln. Bis heute haben sich Millionen sogenannter Mo-Brothers und Mo-Sisters in zahleichen Ländern dieser Welt für die Movember Foundation engagiert und mehr als 465 Millionen Euro Spendengelder gesammelt, mit denen über 1000 Gesundheitsprogramme in 21 Ländern unterstützt werden. Finanziert werden globale, länderspezifische sowie lokale Projekte, die in großer Transparenz online für jedermann einzusehen sind.

Auch in Deutschland findet der Movember jährlich zahlreiche Unterstützer. Mit dabei ist in diesem Jahr auch das global tätige Unternehmen Takeda, das sich seit nunmehr 25 Jahren im Dienste der Männergesundheit engagiert. Im Rahmen dieses Jubiläums hat das Urologie-Team bei Takeda in Deutschland auf der Homepage von Movember das Netzwerk „Takeda Movember Challenge“ eingerichtet und spendet für die ersten 2.000 Registrierungen jeweils 10 Euro. DGU und BDU begrüßen dieses Engagement.

Foto: Takeda

Den offiziellen Start der Takeda Challenge auf dem 67. DGU-Kongress in Hamburg begleiteten unter anderen hochrangige Vertreter der Urologen (im Foto von links nach rechts): BDU-Präsident Dr. Axel Schroeder, Prof. Dr. Christian Döhn, Ben Arslan, Movember Country Manager Deutschland, Jean-Luc Delay, Geschäftsführer Takeda Deutschland und DGU-Präsident Prof. Dr. Stephan Roth. Außerdem gab es prominente Unterstützung von den ehemaligen Handball-Stars Michael und Uli Roth (re. außen), die beide 2009 an Prostatakrebs erkrankten. Seitdem setzen sich die Zwillinge dafür ein, dass Männer frühzeitig zum Arzt gehen und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen nutzen.

Kooperationspartner von Movember in Deutschland ist der gemeinnützige Spenden- und Förderverein des Bundesverbandes Prostatakrebs Selbsthilfe e.V. (BPS): der Förderverein Hilfe bei Prostatakrebs e. V. (FHbP).

DGU aberkennt Maximilian Nitze-Preis

Der Maximilian Nitze-Preis ist die höchste wissenschaftliche Auszeichnung, die die DGU zu vergeben hat. Er wird alljährlich anlässlich des Jahreskongresses für herausragende wissenschaftliche Leistungen in der experimentellen oder klinischen Urologie vergeben und ist gegenwärtig mit 10.000 Euro dotiert.

2005 wurde der Maximilian Nitze-Preis an Dr. Hannes Strasser und seine Arbeitsgruppe aus Innsbruck für Arbeiten zur Therapie der iatrogenen Inkontinenz mittels der Injektion von Stammzellen verliehen („Transurethral ultrasound guided injection of adult stem cells in treatment of urinary incontinence“). 2007 hatte diese Arbeitsgruppe erstmalig in wissenschaftlichen Zeitschriften berichtet, dass sie Inkontinenz erfolgreich durch Injektion von Stammzellen behandelt hätte. Jedoch war diese Behandlung nicht so erfolgreich wie berichtet, und mehrere Patienten verklagten 2008 die Universitätsklinik Innsbruck auf Schmerzensgeld. Bei anschließenden Untersuchungen der durchgeführten Studie wurde durch die österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit festgestellt, dass schwere Mängel bei der Durchführung der Studie festzustellen waren. So fehlte die erforderliche Genehmigung einer Ethikkommission, die Patienten waren über den experimentellen Charakter der Behandlung nicht informiert gewesen, und es habe keine Probandenversicherung gegeben. Weiterhin wurde festgestellt, dass einige der vorgelegten Dokumente gefälscht gewesen seien und die Studie darüber hinaus schwerwiegende methodische Mängel aufgewiesen habe.

Mehrere in diesem Zusammenhang von Dr. Strasser veröffentlichte wissenschaftliche Publikationen müssten später offiziell zurückgenommen werden (so vom „World Journal of Urology“, 2007, und vom „Lancet“, 2007). Die Kontroverse um die Glaubwürdigkeit der Daten und die ethischen sowie juristischen Grundlagen der durchgeführten Therapieversuche führten zu einer heftigen Kontroverse um die Innsbrucker Universitätsklinik und zu gerichtlichen Auseinandersetzungen, die unter anderem dazu führten, dass der mittlerweile verstorbene damalige Leiter der urologischen Klinik an der Universität Innsbruck, Prof. Dr. Georg Bartsch, der ein Koautor der strittigen publizierten Studien gewesen war, sich von diesen Daten distanzierte. So wurde auf sein Verlangen sein Name von einer Publikation in „European Urology“, 2007, wieder entfernt. Die Fachzeitschrift Nature nannte die ganze Affäre „den größten Fall von wissenschaftlichem Fehlverhalten in Österreich“.

Dr. Strasser wurde vom Innsbrucker Klinikum entlassen. Aufgrund dieser Situation hat der Vorstand der DGU sich entschlossen, Herrn Dr. Strasser den damals verliehenen Maximilian Nitze-Preis abzuerkennen.

STELLENBÖRSE

Facharzt für Urologie für die Rehabilitationsklinik in Märkischer Schweiz gesucht. Die Klinik hat den Schwerpunkt Onkologie mit einem hohen Anteil an uro-onkologischen Patienten. Daher benötigen wir Verstärkung für unser urologisches Team. Bei Interesse an weiteren Informationen.
E-Mail: **b.bartels.reinisch@immanuel.de**
bzw. über die Website:
www.buckow.immanuel.de

Facharzt/Fachärztin für Urologie mit Führungserfahrung gesucht.
Sie sind motiviert sowie verantwortungsbewusst und besitzen die Fähigkeit zur engagierten team- und patientenorientierten Praxisarbeit. Sie besitzen freundliche und verbindliche Umgangsformen, sind flexibel, behalten auch in hektischen Zeiten den Überblick und reagieren stets professionell und sachlich. Verantwortungsbewusstsein und Organisationstalent runden Ihr Profil ab. Gerne machen wir Sie mit weiteren Details vertraut und freuen uns auf Ihre Bewerbung unter Angabe der Referenz 1416:
HealthCare Personalmanagement GmbH,
Merowingerplatz 1 40225 Düsseldorf
Telefon: 0211 220 58 90
Fax: 0211 220 58 91
info@healthcare-personal.de
www.healthcare-personal.de

Oberarzt Urologie (m/w) für das Klinikum Arnsberg gesucht.
Sie passen zu uns, wenn Sie Erfahrung als Facharzt für Urologie haben und über ein breites Spektrum an urologisch-operativer Erfahrung verfügen. Wir würden uns darüber hinaus sehr eine Expertise in urologischer Laparoskopie wünschen, um diese vor Ort weiter auszubauen.
Sie sind teamfähig und belastbar und verfügen über ein sicheres Auftreten und Entscheidungsfähigkeit. Sie sollten außerdem bereit sein, die Kollegen bei der Dienstversorgung zu unterstützen (als Hintergrunddienst).
Bewerbungsunterlagen, gerne vorzugsweise als Datei per E-Mail, an:
Klinikum Arnsberg GmbH - Personalwesen
Goethestraße 15 - 59755 Arnsberg
bewerbung@klinikum-arnsberg.de
www.klinikum-arnsberg.de