



DGU-Eröffnungs-Pressekonferenz

24. September 2015

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

vom 23. bis 26. September 2015
in Hamburg



Inhalt der Pressemappe

Teilnehmerliste der DGU-Eröffnungs-Pressekonferenz

Vorträge

Prof. Dr. med. Kurt Miller

Dem Versorgungsstärkungsgesetz voraus:
Die Zweitmeinung in der Urologie

Prof. Dr. med. Sabine Kliesch

„Urologie ist mehr“ – DGU-Initiative zur Kinderurologie

Prof. Dr. med. Stephan Roth

„Assistenten für Urologische Kontinenztherapie“ –
eine neue Ausbildung für Praxis- und Klinikmitarbeiter durch
die Akademie der Deutschen Urologen

Prof. Dr. med. Oliver Hakenberg

Die Problematik von Studien zum Prostatakarzinom

Dr. med. Axel Schroeder

Neues aus der Berufspolitik

Dr. med. Wolfgang Bühmann

„Impft auch die Jungs!“ – Was hat Krebs mit
Jungensprechstunde zu tun?

Moderation: DGU-Pressesprecherin Prof. Dr. med. Sabine Kliesch

Service-Hinweis: Weitere Informationen, Curricula Vitae und Fotos
der Teilnehmer online unter: <http://fotos.wahlers-pr.de>
Passwort: Presse67

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



Teilnehmer der Eröffnungs-Presskonferenz

Prof. Dr. med. Stephan Roth

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V.
Direktor der Klinik für Urologie und Kinderurologie
Helios Klinikum Wuppertal

Prof. Dr. med. Oliver Hakenberg

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

Prof. Dr. med. Sabine Kliesch

Pressesprecherin der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V.
Chefärztin der Klinischen Andrologie
Centrum für Reproduktionsmedizin und Andrologie
WHO Kollaborationszentrum, EAA Ausbildungszentrum
Universitätsklinikum Münster

Dr. med. Axel Schroeder

Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Urologen e.V.

Prof. Dr. med. Kurt Miller

Vize-Präsident der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V.
Direktor der Urologischen Klinik und Poliklinik
Charité – Universitätsmedizin Berlin

Dr. med. Wolfgang Bühmann

Pressesprecher des Berufsverbandes der
Deutschen Urologen e.V.



Prof. Dr. med. Kurt Miller
Vize-Präsident der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V.
Direktor der Urologischen Klinik und Poliklinik
Charité – Universitätsmedizin Berlin

Dem Versorgungsstärkungsgesetz voraus: Die Zweitmeinung in der Urologie

Im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD ist zu lesen, dass im Zentrum der Gesundheitspolitik die Patientinnen und Patienten und die Qualität ihrer medizinischen Versorgung stehen. Vor diesem Hintergrund findet sich nun im „Versorgungsstärkungsgesetz“ im neu geschaffenen § 27 b SGB V der folgende Wortlaut wieder:

Versicherte, bei denen die Indikation zu einem planbaren Eingriff gestellt wird, bei dem insbesondere im Hinblick auf die zahlenmäßige Entwicklung seiner Durchführung die Gefahr einer Indikationsausweitung nicht auszuschließen ist, haben Anspruch darauf, eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung bei einem Arzt oder einer Einrichtung nach Absatz 3 einzuholen. Die Zweitmeinung kann nicht bei einem Arzt oder einer Einrichtung eingeholt werden, durch den oder durch die der Eingriff durchgeführt werden soll.

Damit wird zunächst der Blick auf die zahlenmäßige Entwicklung und die Gefahr der Indikationsausweitung – und damit der Kostensteigerung – gelenkt. Gleichzeitig wird der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, festzulegen für welche planbaren Eingriffe der Anspruch der Patienten auf die Einholung der Zweitmeinung bestehen wird. Krankenkassen können noch zusätzliche Zweitmeinungsangebote definieren.

Der G-BA soll es also wieder richten und planbare Operationen benennen, die – laut Koalitionsvertrag – „zu häufig“ vorgenommen werden. Hierzu zählen zum Beispiel OPs an Knie, Hüfte oder



Rücken. Bei solchen Operationen soll künftig eine standardisierte Zweitmeinung als Kassenleistung möglich werden. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass Ärzte die Patienten bei Indikationsstellung über deren Recht zur Einholung einer Zweitmeinung verbindlich aufklären müssen und zwar mindestens 10 Tage vor der Operation. Man darf gespannt sein, welche Operationen vom G-BA als „zu häufig durchgeführt“ identifiziert werden und nach welchen Kriterien dies definiert wird. Vorstellbar ist durchaus, dass auch eine ganze Reihe von Operationen, die aufgrund onkologischer Erkrankungen durchgeführt werden, in die Kategorie zweitmeinungswürdig aufgenommen werden.

Positiv zu bewerten ist, dass anders als bisher, die Zweitmeinung im EBM aufgeführt werden muss und damit abgerechnet werden kann.

Geht es dabei nur darum, Geld zu sparen (durch Reduktion der Eingriffe) oder steht tatsächlich auch die Verbesserung der medizinischen Qualität auf der Agenda? Zumindest ist es möglich, den neuen Paragraphen umfassend für den gesamten Bereich der medizinischen Indikationsstellung zu interpretieren. Auch wenn man aus „alter Gewohnheit“ die Problemstellung schnell auf den zu häufig durchgeführten Gelenkersatz zurückführen könnte und damit auf die rein ökonomische Sicht der Dinge käme.

So ist zum Beispiel bei gewissen Patienten mit einem Prostatakarzinom eine Leistung zeitlich planbar und inhaltlich nicht eindeutig vorgegeben. Grundlage der PREFERE-Studie ist z.B. die fehlende Datenlage zur besten Therapie bei lokal begrenztem Prostatakarzinom mit niedrigem Risiko.

Es ist also offensichtlich nicht nur aus ökonomischen, sondern auch aus medizinischen Gründen notwendig und sinnvoll, eine qualitätsgesicherte medizinische Indikationsstellung zu realisieren. Wichtig wäre dabei die im Gesetz vorgesehene Trennung zwischen der Indikationsstellung und dem finanziellen Anreiz, den Eingriff durchzuführen.



Wie soll das nun umgesetzt werden? Hier werden bei näherer Betrachtung einige Fragen aufgeworfen:

- Wer ist „der besonders qualifizierte Arzt“, der die Zweitmeinung abgibt? Ohne eine hierarchische Differenzierung wird der Prozess der Erst- und Zweitmeiner vermutlich nur bei einer einvernehmlichen Übereinstimmung die Lösung sein.
- Muss die Zweitmeinung mit einer persönlichen Vorstellung beim Arzt einhergehen oder sind andere Formen der Versorgung möglich?
- Wie geht der Patient mit einer kontroversen Zweitmeinung in der Praxis um? Um beim Beispiel des Prostatakarzinoms zu bleiben: Der erste Urologe schlägt eine operative Entfernung der Prostata vor, der Zweitmeiner eine aktive Überwachung. Zurück bleibt möglicherweise ein verunsicherter Patient, für den die Probleme nicht ab, sondern zugenommen haben.
- Wie groß ist die Gefahr „ökonomischer“ Einflussnahme? Unterscheiden sich die Empfehlungen deutlich bezüglich der anfallenden Kosten, so sollte man diese Gefahr nicht unterschätzen: „... ist der Zweitmeinungsprozess medizinisch zu unterschiedlichen Empfehlungen gekommen, wird immer das günstigste Verfahren gewählt.“

Es wird also spannend sein, zu sehen, wie sich die strukturelle Ausgestaltung des Projektes Zweitmeinung entwickelt.

Die DGU hält eine internetbasierte Lösung für das Einholen der Zweitmeinung für eine realistische Richtung. Rollenmodell könnte das Zweitmeinungsprojekt Hodentumor sein. Es wurde von der German Testicular Cancer Study Group im Jahr 2006 unter dem Namen „Zweitmeinungsprojekt Keimzelltumoren“ ins Leben gerufen. Ziel ist ein flächendeckendes Angebot zur Konsultation von Zweitmeinungszentren vor der therapeutischen Weichenstellung. Mithilfe der Therapieabstimmung von Primärversorgern und Zweitmeinungszentren über eine internet-



basierte Plattform (<http://www.zm-hodentumor.de>) sollte eine bessere Versorgung von Hodentumorpatienten erreicht werden.

Bis jetzt wurden über 4000 Zweitmeinungen im Rahmen dieses Projektes eingeholt. Die letzte Auswertung, die im Februar 2014 auf dem 31. Deutschen Krebskongress präsentiert wurde, ergab in 31,5 % der Fälle eine Diskrepanz zwischen Erstmeinung und Zweitmeinung. Insgesamt führte etwa jede 6. Zweitmeinung zu einer relevanten Änderung des vorgeschlagenen Therapieumfanges, wobei eine Reduktion in etwa dreimal häufiger war als eine Intensivierung der Therapie.

Die hohe Akzeptanz des Projektes und die ermutigenden Daten geben Anlass zu Überlegungen, das Zweitmeinungsnetzwerk-Modell auch auf andere Erkrankungen zu übertragen. Erste Gespräche mit Kostenträgern haben stattgefunden.

Mit dem „Prototyp nationales Zweitmeinungszentrum Peniskarzinom“ ist derzeit ein weiteres Zweitmeinungsprojekt in der Urologie im Aufbau.

Das Zweitmeinungsprojekt Hodentumor ist bereits ein gutes Beispiel, wie mit begrenztem Aufwand die Qualität der Versorgung verbessert werden kann, und könnte als Rollenmodell für das geplante Zweitmeinungsverfahren des Versorgungsstärkungsgesetzes dienen.



Prof. Dr. med. Sabine Kliesch
Pressesprecherin der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V.
Chefärztin der Klinischen Andrologie
Centrum für Reproduktionsmedizin und Andrologie
WHO Kollaborationszentrum, EAA Ausbildungszentrum
Universitätsklinikum Münster

“Urologie ist mehr” – DGU-Initiative zur Kinderurologie

Prävention beginnt im Kindesalter – und da sind die Eltern die Ansprechpartner. Aus diesem Grund hat sich die Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V. Anfang 2015 dazu entschlossen, neue Wege zu gehen, um die Zielgruppe „Kind mit Hodenhochstand“ über die Eltern zu erreichen – und dies mit großem Erfolg!

Warum ist dies überhaupt notwendig? Es gibt doch Leitlinien, die klar den Umgang mit dem Hodenhochstand vorgeben und die Kinderärzten hinlänglich bekannt sein sollten! Diese Leitlinien empfehlen eindeutig, einen Hodenhochstand beim Jungen bis zum Ende seines 1. Lebensjahres zu korrigieren. Leider sieht die Realität anders aus: Im Zeitraum 2009 bis 2012 wurden >1800 Kinder mit Hodenhochstand, die in sieben verschiedenen kinderchirurgischen Zentren (Praxen und Kliniken) in Baden-Württemberg behandelt wurden, ausgewertet: Nur jedes 5. Kind wurde zeitgerecht bis zum Ende des 1. Lebensjahres behandelt. Die Daten wurden 2014 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht (Dtsch Ärztebl Int 2014, 111:649-57). Die Folgen für die Kinder sind im späteren Mannesalter u.U. erheblich: Einschränkungen der Zeugungsfähigkeit, ein erhöhtes Risiko für einen Hodentumor und ein Hormonmangel im fortgeschrittenen Lebensalter. Gründe genug für die UrologInnen, hier aktiv zu werden und das Thema Hodenhochstand bei den Eltern ins Bewusstsein zu rufen.

Die Kampagne richtet sich an junge Eltern, die im Internet aktiv sind. Ziel ist es, die Urologie als kompetenten und hilfsbereiten Ansprechpartner zum Thema Hodenhochstand zu etablieren.



Über die Medienkanäle Adwords und Facebook, aber natürlich auch durch DGU-eigene PR-Arbeit, werden die Besucher auf eine Landing Page geführt, auf der sie eine Broschüre zum Thema Hodenhochstand runterladen können und sich bei Wunsch natürlich auch weiter auf dem Urologenportal (www.urologenportal.de) der Deutschen Urologen informieren können. Die Aktion wurde vom 01. April bis 31. August 2015 als Pilotprojekt durchgeführt. In diesem Zeitraum konnten insgesamt 7369 Sitzungen und damit Nutzer angesprochen werden. Die Broschüre wurde 1086 Mal heruntergeladen. Die Kampagne hat gezeigt, dass junge Eltern auch für dieses doch sehr spezielle Thema gezielt online nach hochwertigen Informationen suchen.

„Urologie umfasst mehr“ – dieses Wissen zu transportieren und die Urologie als Marke für die gesundheitsbewusste Familie zu etablieren, ist eine wichtige Aufgabe, um präventive Strategien bei relevanten Krankheitsbildern zu vermitteln. Und hierzu gehört nicht nur das Prostatakarzinom! Prävention beginnt in der Wiege, erster Ansprechpartner sind die Eltern. In der Adoleszenz haben es uns die Frauenärzte mit der „Mädchensprechstunde“ erfolgreich vorgemacht – die „Jungensprechstunde“ ist aus diesem Grund ein seit mehr als zwei Jahren aktiv verfolgtes Projekt der Deutschen Urologen, welches gezielt ausgebaut wird (www.jungensprechstun.de). Die Phase der Adoleszenz ist besonders relevant für die Ausbildung nicht nur der männlichen Identität und die Auseinandersetzung mit Körperlichkeit und Sexualität, sondern auch relevant für das Erlernen gesundheitsbezogenen Verhaltens. Nicht zuletzt hat auch die wissenschaftliche Erkenntnis, dass urologische Erkrankungen Signalwirkung für andere systemisch relevante Erkrankungen des menschlichen Organismus haben, Eingang gefunden in den „Bericht zur gesundheitlichen Lage der Männer in Deutschland“ des Robert Koch-Instituts, der 2014 erschienen ist. Hier ist das Auftreten einer erektilen Dysfunktion als „erster Indikator für eine chronisch-ischämische Herzkrankheit bei Männern“ herausgestellt worden, verbunden mit der Empfehlung, dass diese „... daher unbedingt abgeklärt werden ...“ sollte.



Für das Gebiet der Kinderurologie bedeutet dies, dass wir die jungen Eltern erreichen, sensibilisieren und fundiert aufklären wollen mit dem Ziel, die Urologin und den Urologen als kompetenten Ansprechpartner für das Wohl des Kindes im urologischen Arbeitsgebiet bewusst anzunehmen, am besten im Dialog mit den jeweils zuständigen Kinderärzten und -ärztinnen. Die vorliegenden drei Broschüren zur Kinderurologie, die sich sowohl mit häufigen als auch selteneren Erkrankungen befassen, verbunden mit der gezielten Internetpräsenz, sind ein Weg, bei dem uns die öffentliche Berichterstattung sinnvoll zum Wohle des Kindes unterstützen kann.



Prof. Dr. med. Stephan Roth
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Urologie 2015
Direktor der Klinik für Urologie und Kinderurologie
HELIOS Klinikum Wuppertal
Universitätsklinikum der Universität Witten / Herdecke
Lehrstuhl für Urologie

„Assistenten für Urologische Kontinenztherapie“ – eine neue Ausbildung für Praxis- und Klinikmitarbeiter durch die Akademie der Deutschen Urologen

Die Urologie wird in der Bevölkerung inzwischen mehrheitlich als eine ausschließlich auf den Mann fixierte Spezialdisziplin wahrgenommen, die „nur“ andrologische und karzinomassoziierte Krankheiten behandelt. Dabei drohen andere Funktionsstörungen von Niere und Blase (unberechtigterweise) in den Hintergrund zu treten. Denn Blasenfunktionsstörungen von Kindern und Erwachsenen sind urologische Erkrankungen von herausragender quantitativer Bedeutung. Es wird geschätzt, dass allein in Deutschland 4-6 Millionen Menschen davon betroffen sind, wobei Frauen zwei- bis viermal häufiger darunter leiden. Auch sollte dabei nicht vergessen werden, dass außerdem 10 % aller 7-Jährigen unter nächtlichem Einnässen (Enuresis) leiden, was fast 1/2 Millionen Kindern entspricht.

Egal, ob es sich um die Enuresis von Kindern, die Belastungskontinenz von Frauen, das Symptom der Nykturie bei Männern und Frauen oder die sogenannte überaktive Blase handelt – urologisch verfügen wir heute über eine breite Palette an effektiven verhaltenstherapeutischen, medikamentösen, interventionellen und operativen Therapiestrategien. Gemeinsam ist vielen dieser Therapieoptionen, dass sowohl die diagnostischen, aber auch die therapeutischen Maßnahmen zum Teil sehr beratungs- und damit zeitintensiv sind.



Bereits die Aufklärung zur korrekten Durchführung und Auswertung eines der zentralen diagnostischen Verfahren, dem Miktionsprotokoll, benötigt in aller Regel mindestens eine Viertelstunde. Ebenso verhält es sich mit den Erklärungen und protokollarischen Verlaufs-dokumentationen zu Strategien der Verhaltenstherapie, speziellen Blasen-Kontroll-Strategien, dem Blasentraining, dem Beckenbodentraining und dem Flüssigkeitsmanagement.

Sieht man nun einerseits die hohe Zahl der von Blasenfunktionsstörungen Betroffenen, aber andererseits die zunehmende Budgetrestriktion, insbesondere im ambulanten Bereich der Urologie, so wird offensichtlich, dass wir als Urologen Strategien entwickeln müssen, um den Bedarf an medizinischer Hilfe urologisch zu decken. Nur dann erscheint es realistisch, dass wir den immanenten urologischen Therapieauftrag der geschlechterübergreifenden Behandlung von Nieren-, Blasen- und Genitalerkrankungen auch in Zukunft wieder bzw. weiter erfüllen können. Dies gilt besonders vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und der damit verbundenen Zunahme einer altersassoziierten Harninkontinenz.

Deshalb haben die Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU) und der Berufsverband der Deutschen Urologen e.V. (BDU) gemeinsam beschlossen, ein ergänzendes Curriculum zu entwickeln, welches von der Akademie der Deutschen Urologen angeboten werden wird (darüber hinaus ist eine Anerkennung durch die Landesärztekammern geplant). Durch eine 2-tägige modulare Fortbildung soll das Zertifikat der Akademie der Deutschen Urologen „Assistenten für Urologische Kontinenztherapie“ erworben werden können.

Ziel ist es, dass entsprechend weiter qualifizierte Praxis- und Klinikmitarbeiter zunächst durch vorgeschaltete Anamnesegespräche wegweisende (nicht-invasive) Untersuchungen veranlassen, die dann eine gezielte ärztliche Therapieeinleitung erlauben. Darüber hinaus sollen die urologischen Kontinenztherapeuten die ärztlich vorgeschlagene Therapie begleiten und ggf. Änderungen vorschlagen. Denn wir erleben im Alltag immer wieder, dass beispielsweise medikamentöse Therapien geändert oder Verhaltens-



therapien unterstützt werden müssen. Selten sind die Effekte so durchschlagend, dass die Patienten geheilt sind und nicht mehr wieder kommen. In der Mehrzahl müssen die Patienten begleitet werden und beispielsweise durch repetitive Miktionsprotokolle, subjektiv nicht wahrgenommene Therapieerfolge, erfasst werden. All dies kann der spezialärztlich qualifizierte Urologe neben seinen anderen Aufgaben kaum wahrnehmen – deshalb ist eine unterstützende, entsprechende qualifizierte Assistenz als delegationsfähige Leistung sinnvoll und weiterführend.

Die Qualifikation wird ab 2016 im Rahmen der Regionalkongresse angeboten und kann dazu beitragen, die umfassende Urologie, und damit auch Erkrankungen von Kindern und Frauen in der Urologie, zu stärken.

„Assistenten für Urologische Kontinenztherapie“

Ziele:

Es geht um eine verbesserte Versorgung von Frauen, Männern und Kindern mit Blasenfunktionsstörungen (Inkontinenz, überaktive Blase, Enuresis und Nykturie). Praxis- und Klinikmitarbeiter und hierbei insbesondere Pflegende und Medizinische Fachangestellte sollen befähigt werden, delegationsfähige Leistungen in der Diagnostik und Therapie der Betroffenen zu erbringen. Es geht NICHT darum, die ärztliche Therapieentscheidung zu ersetzen. Vielmehr ist es Realität, dass viele diagnostische und therapeutische Maßnahmen einer zeitintensiven Erklärung bedürfen. Bevor diese wegen der häufig engen Zeitkorridore nicht oder nur unzureichend erfolgen, macht es aber Sinn, diese an entsprechend qualifizierte Mitarbeiter zu delegieren.

Da nur Wenige eine mehrmonatige berufsbegleitende Ausbildung beispielsweise zum Urotherapeuten zeitlich erübrigen bzw. finanzieren können, soll diese Ausbildung im Sinne einer Kompaktqualifikation erfolgen. Dadurch erscheint langfristig eine flächendeckende und folglich insgesamt verbesserte Versorgung der von Blasenfunktionsstörungen betroffenen Frauen, Kinder und Männer vorstellbar.

Voraussetzungen zur Teilnahme:

Medizinische Fachangestellte aus urologischen Praxen und Mitarbeiter aus Pflegeberufen aus urologischen Kliniken

Dauer und Lerninhalte:

2 Tage (16 Stunden) mit Abschlussprüfung

Erfolgreiche Absolventen erhalten ein Zertifikat der Akademie der Deutschen Urologen (eine Anerkennung durch die Landesärztekammer wird vorbereitet).

Gesamtüberblick über die Lerninhalte der „Assistenten für Urologische Kontinenztherapie“

Module	Inhalte	Stunden
1	Kommunikation und Gesprächsführung	1 Std.
2	Wahrnehmung und Motivation	1 Std.
3	Allgemeine und spezielle Grundlagen der Inkontinenz	2 Std.
4	Spez. medizinische und technische Untersuchungen	4 Std.
5	Therapie der Harninkontinenz	4 Std.
6	Urologische Notfälle	1 Std.
7	Praxisorganisation, Antragswesen Inkontinenzversorgung	1 Std.
8	Strukturierte praktische Übungen (zu Modulen 4 + 5)	2 Std.
		16 Std.

Bei einer erfolgreichen Abschlussprüfung erhalten die Teilnehmer ein Zertifikat der Akademie der Deutschen Urologen.

Um die Vielfalt der diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten bei einer Blasenfunktionsstörung zu verstehen, werden die Themen bzw. Inhalte der beiden Kernmodule 4 und 5 gezeigt.



Inhalte des Moduls 4

„Spezielle medizinische und technische Untersuchungen“

Anamnese und Basisuntersuchungen

- Miktionsprotokoll
- Praxis des Vorlagentestes (PAD-Test)
- Fragebögen zur Inkontinenz und Lebensqualität

Instrumentelle Basisuntersuchungen

- Uroflowmetrie
- Flow-EMG
- Sonographische Restharmessung mit Fallbeispielen

Theorie der Blasendruckmessung (Urodynamik)

- Untersuchungsablauf, Grundlagen und Fallbeispiele

Vorstellung uroradiologischer Diagnostik

- Urethrogramm, Miktionszysturethrogramm, Video-Urodynamik

Inhalte des Moduls 5

Therapie der Harninkontinenz

Erstellen von Miktions- und Trinkplänen

Allgemeine kontinenzfördernde Maßnahmen

- Blasentraining
- Toilettengang mit Zeitintervallen
- Mobile Toilettenhilfen

Inkontinenz-assoziierte Dermatitis

- Aussehen, Schweregrade, Prävention

Alarmsysteme bei Kindern mit Enuresis

- Modelle und Funktionsweise

Grundlagen der Hilfsmittelversorgung

- Vorlagen, Kondomurinale, Penisklemmen, Pessare, Inkontinenztampons

Grundlagen medikamentöse Inkontinenztherapie

- Orale Medikation
- Pflasterapplikation und Cremes
- Botulinumtoxin-Injektion
- Instillationstherapie

Grundlagen der Beckenbodentherapie

Instrumentelle Therapie bei Blasenentleerungs- und Speicherstörungen

- Selbst- und Fremdkatheterismus
- Transurethrale und suprapubische Katheter

Überblick über operative Verfahren bei Harninkontinenz



Vorläufige Kurstermine 2016:

Donnerstag und Freitag, 14. – 15. April 2016, Münster (NRWGU-Jahrestagung)
Donnerstag und Freitag, 28. – 29. April 2016, Dresden (UroAktuell 2016)
Donnerstag und Freitag, 9. – 10. Juni 2016, Ludwigshafen (SWDGU-Jahrestagung)
Donnerstag und Freitag, 16. – 17. Juni 2016, Berlin (Nordkongress-Jahrestagung)

Teilnehmeranzahl: max. 35 Teilnehmer

Veranstalter:

Akademie der Deutschen Urologen, Sektion TeamAkademie

Inhaltserstellung und Lehrbeauftragte

Frau Birgit Düver (Wuppertal)

Krankenschwester und Wolfgang-Knipper-Preisträgerin der Dt. Gesellschaft für Urologie 2007

Frau Christine Friedrich (Villingen-Schwenningen)

Krankenschwester, Urotherapeutin und Wolfgang-Knipper-Preisträgerin der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V. 2011

Frau Heike Fleig (Wuppertal)

Krankenschwester und Endo-urologische Ausbildungsbeauftragte

Priv.-Doz. Dr. Andreas Wiedemann (Witten)

Chefarzt der Urologischen Klinik Witten

Prof. Dr. Stephan Roth (Wuppertal)

Direktor der Urologischen Klinik, HELIOS-Klinikum Wuppertal,
Lehrstuhl für Urologie der Universität Witten-Herdecke



Prof. Dr. med. Oliver Hakenberg
Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V.
Direktor der Klinik und Poliklinik für Urologie
Universitätsklinikum Rostock

Die Problematik von Studien zum Prostatakarzinom

Prostatakrebs ist der häufigste bösartige Tumor bei Männern, 20% der Betroffenen versterben am Prostatakrebs. Damit ist die Volkskrankheit überhaupt nicht harmlos, auch wenn viele sehr alte Männer auch Prostatakrebs haben und nicht daran versterben. Die Problematik besteht darin, dass jüngere Männer, die Prostatakrebs haben, ein viel höheres Risiko haben, daran auch zu versterben.

Gerade die Tatsache, dass Prostatakrebs mit dem Tumormarker PSA und einer Biopsie recht früh festgestellt werden kann, führt einerseits dazu, dass in frühen Stadien eine wirksame Therapie mit Heilung durch Operation oder Bestrahlung möglich ist, dass aber auch viele Prostatakarzinome entdeckt werden, die eigentlich keiner Therapie bedürfen, weil sie nicht zum Tode führen werden. Dieses Dilemma wird mit den Stichwörtern „Überdiagnose“ und „Übertherapie“ zusammengefasst. Einerseits ist frühe Diagnose möglich, andererseits kann daraus eine Übertherapie resultieren, die Nebenwirkungen mit sich bringt.

Gerade die Behandlung des kleinen, früh entdeckten Prostatakarzinoms ist daher Gegenstand kontroverser Diskussionen, die nicht einfach aufzulösen sind.

Mehrere nationale Studien versuchen gegenwärtig, die Behandlung des frühen Prostatakrebses genauer zu untersuchen und zu klären, was besser sein könnte: Operation oder Bestrahlung oder Beobachtung mit regelmäßigen Verlaufskontrollen und einer Therapie erst dann, wenn der individuelle Prostatakrebs deutliche Anzeichen eines Fortschreitens zeigt.



Die sogenannten PROBASE- und PREFERE-Studien, beide von der Deutschen Krebshilfe geförderte Projekte, sind Beispiele deutscher Studien, die sich mit dieser Frage befassen. Diesem Thema wird in einer eigenen Pressekonferenz Raum für Fragen und Diskussion gegeben.

Gerade die PREFERE-Studie ist in erhebliche Kritik geraten, weil trotz großer Anstrengungen der Einschluss von Patienten bislang sehr schleppend verläuft. Die PREFERE-Studie basiert darauf, dass Patienten sich einer von vier „Behandlungsgruppen“ nach Losverfahren (Randomisierung) zuteilen lassen: entweder Operation oder Bestrahlung oder Brachytherapie (eine spezielle Form der Bestrahlung) oder kontrolliertem Abwarten. Zwar können Patienten statt dieser 4er Randomisierung durch Ausschluss einzelner Optionen dies auf eine 3er oder 2er Randomisierung reduzieren, aber eine zufällige Zuteilung muss bleiben, weil sonst keine aussagekräftigen Ergebnisse erzielt werden können. Gerade diese Zufallszuteilung ist für viele Männer, die heute als mündige Patienten selbst entscheiden, problematisch. Auch ist eine Anzahl von Urologen nicht davon überzeugt, dass diese vier Optionen wirklich gleichwertig sind, obwohl die wissenschaftliche Datenbasis dies bislang so zeigt.

Das Problem der PREFERE Studie, in die erstmalig auch die Krankenkassen als Kostenträger investieren, wird es sein, die Patientenrekrutierung erheblich zu steigern, wenn dieses größte deutsche Studienprojekt zu einem Erfolg gebracht werden soll.



Dr. med. Axel Schroeder

Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Urologen e.V.

Neues aus der Berufspolitik

1. Versorgungsstärkungsgesetz schwächt fachärztliche Versorgung

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 17.000 Vertragsarztpraxen, von 3500 hausärztlichen Internisten und 7000 Psychotherapeuten.

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-demographischen Komponenten und ihren Zusammenhang mit der Krankheitslast der Bevölkerung. Zudem 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 und das vertrauensvolle Patienten-Arzt-Verhältnis einerseits und 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 SGB V), schafft neue Konkurrenz für die vor Ort tätigen Fachärzte. Rein aus Kassenumsätzen geführte Praxen sind nicht in der Lage in Konkurrenz mit Steuermitteln finanzierten MVZ zu treten. Durch zentrale Terminvergabe bei Facharztterminen 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).

Die komplette Stellungnahme des Berufsverbandes der Deutschen Urologen e.V. zum Versorgungsstärkungsgesetz ist unter <http://fotos.wahlers-pr.de> Passwort: Presse67 abrufbar.

2. Gemeinsame Zweitmeinungs-Initiative von BDU und DGU

Das Recht auf Zweitmeinung wird ebenfalls im Versorgungsstärkungsgesetz geregelt, und auch hier sehen die urologischen Standesvertreter berufspolitischen Handlungsbedarf. Deshalb bringt sich der BDU, gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU), aktiv in die Ausgestaltung des Gesetzes ein. Die Urologie kann mit dem Zweitmeinungs-Projekt Hoden-



tumor bereits auf eine strukturierte und erfolgreiche Zweitmeinungs-Praxis blicken. Diese Erfahrungen gilt es nun, in die Politik zu tragen, um ähnliche Verfahren auf andere Indikationen zu übertragen. Erwartet wird, dass der Gemeinsame Bundesausschuss bei der Festlegung, für welche planbaren Eingriffe ein Recht auf Zweitmeinung bestehen soll, die Indikationen Prostatakarzinom und benignes Prostatasyndrom (BPS) einbeziehen wird.

3. IV-Vertrag in Westfalen-Lippe:

Botox-Injektionen bei Blasenfunktionsstörungen erstmals Kassenleistung

Für DAK-Versicherte mit Blasenfunktionsstörungen in Westfalen-Lippe ist die Behandlung mit Botox-Injektionen seit dem 1. September 2015 Kassenleistung. Möglich wird dies durch einen IV-Vertrag nach § 140 a zwischen der DAK und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen Lippe, der auf Initiative des BDU e.V. entstand. Als Berufsverband der Deutschen Urologen hoffen wir, dass dieser erste Selektivvertrag zum Wohle der betroffenen Patienten Signalwirkung hat und andere gesetzliche Krankenkassen folgen werden.

Hintergrund: Obwohl Botox seit Februar 2013 für die Behandlung von Blasenfunktionsstörungen zugelassen ist und die Therapie Patienten, etwa mit Dranginkontinenz oder überaktiver Blase, monatelange Linderung verschafft, sind die transurethralen Botox-Injektionen in die Harnblase keine anerkannte Kassenleistung.



BDU-Statement: Dr. med. Wolfgang Bühmann

Pressesprecher des Berufsverbandes der Deutschen Urologen e.V.

„Impft auch die Jungs!“ –

Was hat Krebs mit Jungensprechstunde zu tun?

„Ich bin tief davon überzeugt, dass die HPV-Impfung von Jungen von großer Bedeutung ist – nicht nur wegen der Tatsache, dass Männer die Hauptübertragungsquelle für Hochrisiko-Papillomvirusinfektionen sind, sondern auch, weil sowohl im Oropharyngeal-Bereich wie auch im Anal- und externen Genitalbereich Krebserkrankungen auftreten, die zumindest zu einem großen Teil durch die gleichen Viren verursacht werden wie beim Gebärmutterhalskrebs. Schließlich sollte auch noch betont werden, dass Genitalwarzen bei beiden Geschlechtern ein extrem unangenehmes Problem darstellen und zumindest eine der verfügbaren Impfungen auch einen Schutz gegen diese Warzen verleiht.“

Diese Worte darf ich Ihnen, verehrte Anwesende, im Namen von Herrn Prof. Dr. Harald zur Hausen, Medizin-Nobelpreisträger 2008, Entdecker der HP-Viren als Krebserreger und Vater der HPV-Impfung, aus Heidelberg übermitteln. Speziell zur Eröffnungspressekonferenz dieses Kongresses hat er mir in einem Telefonat diese Botschaft gesendet:

„In Deutschland erkranken pro Jahr mehr als sechstausend Frauen an Gebärmutterhalskrebs. Zweitausend sterben an diesem Krebs. Das ist mit 30% eine viel zu hohe Rate. Und wenn man sich vor Augen hält, in welchem Umfang die Vorstufen des Gebärmutterhalskrebses behandelt werden, die ja immerhin etwa 100.000 Operationen pro Jahr in Deutschland erfordern, ist das schon eine sehr hohe Zahl.“



Seit Einführung der Mädchenimpfung vor dem ersten Geschlechtsverkehr wurden laut Robert Koch-Institut bis zum Juni 2015 etwa 40% der Mädchen zwischen 14 und 17 Jahren geimpft.

Um einen wirksamen Schutz vor der Übertragung und Erkrankung zu erreichen, müssten etwa 85% der Mädchen geimpft werden, wobei die homosexuellen Jungen als potentielle Überträger gar nicht erreicht würden. Die sogenannte Herdenimmunität verhindert – das wissen wir aus den Erfahrungen mit australischen Buschbränden – das Übergreifen der Viren auf andere analog einer Brandschneise das Übergreifen der Flammen; je breiter die Brandschneise, also je mehr Geimpfte, desto größer ist der Schutz. Aber die Australier können nicht nur Großbrände löschen: Neben den USA, Kanada und Österreich sind sie die einzige Nation, die das verstanden hat und selbstverständlich auch die Jungen impft. Aktuell hat übrigens der Humanarzneimittelausschuss der EMA (European Medicines Agency) empfohlen, einen weiteren HPV-Impfstoff zuzulassen. Das neue Präparat schützt vor neun potenziell kanzerogenen HPV-Subtypen, die derzeit erhältlichen Vakzine nur vor vier (Gardasil) bzw. zwei (Cervarix) Subtypen und ist in den USA bereits für Mädchen und Jungen zugelassen.

HPV (Human papilloma virus) verursacht als heute weltweit häufigster sexuell übertragbarer Erreger nicht nur die unangenehmen Feigwarzen und 80% der Gebärmutterhalskarzinome bei Frauen, sondern auch eine durch Diversifizierung der Sexualpraktiken steigende Zahl der geschlechtsunabhängigen Anal- und Mund-/Rachenkarzinome. Bei konsequenter Durchimpfung wären neben etwa 80.000 Gebärmutterhalsoperationen bei Frauen, fast allen Feigwarzen eben auch viele oft nicht optimal behandelbare Krebserkrankungen des Anus und Mund-Rachenbereiches vermeidbar.

Und was tun die Kostenträger in unserem reichsten Gesundheitssystem der Welt? Trotzdem der Impfstoff für beide Geschlechter zugelassen ist und die AWMF-S-3-Leitlinie zur Impfprävention HPV-assoziiierter Neoplasien die Impfung für



Jungen einstimmig empfiehlt, übernehmen derzeit nur 15 von 133 Krankenkassen – überwiegend kleine, innovative BKKen – die Kosten für die Jungenimpfung. Und die Ärzte? Nur die offensichtlich fortschrittlichen Sachsen empfehlen die Impfung für Jungen über ihre Impfkommission. Wie halten wir es da mit „Gender-Medizin“ bei dieser offenkundigen Diskriminierung des männlichen Geschlechtes? Das war wohl nichts...

Niemand käme doch auf die Idee, bei z.B. den hochgefährlichen, sexuell übertragbaren Hepatitis-Formen B,C,D etc. eine wirksame Prävention nur der einen Hälfte der Risikogruppen zu empfehlen. Urteil: komplett durchgefallen!

Wo ist der Zusammenhang zur Jungensprechstunde? Nun, mit diesem Konzept, den Jungen mit allen Fragen um die Pubertät die Urologen als Ansprechpartner zu empfehlen, können wir als Experten für sexuell übertragbare Erkrankungen als idealer Mediator für diesen nachhaltigen Beitrag zur Frauen- und Männergesundheit dienen.

Also: Fordern wir alle gemeinsam die Kostenträger hörbar und unmissverständlich auf, ihre Pflicht zu tun und folgen der Botschaft von Harald zur Hausen als weltweit exponiertem Forscher: „Impft auch die Jungs!“



Buchvorstellung auf dem 67. DGU-Kongress



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

Passend zum 25. Jahrestag der deutschen Wiedervereinigung legte jetzt eine Gruppe von Medizinhistorikern der Universität Köln in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Urologie 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. Anknüp-

fend 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.

Ausgewiesene Medienvertreter erhalten ein Rezensionsexemplar im Pressezentrum.
Die Anzahl ist begrenzt.

Veranstaltungshinweis:

Forum 7, „Geschichte der Urologie“

Donnerstag, 24. September 2015, 13.00 – 14.30 Uhr, Saal 7