

EDITORIAL

Urologie in Deutschland:

Höchster prognostizierter Zuwachs an Versorgungsbedarf



Von Univ.-Prof. Dr. Maurice Stephan Michel, DGU-Generalsekretär und Sprecher des Vorstandes

Das Gute zuerst: Die Fachgruppe der Urologie hat gemäß Statistik des Zentralinstitutes für kassenärztliche Versorgung (Zi) mit 50% den größten Anteil an Patienten/-innen über 65 Jahren. Gemäß gleicher Statistik haben über 60-jährige Patienten/-innen den 6-fachen Leistungsbedarf innerhalb der Urologie im Vergleich zu Patienten/-innen, die jünger als 60 Jahre sind. Über alle Fachgruppen hinweg beträgt der vermehrte Leistungsbedarf der über 60-Jährigen nur das 1,8-Fache. Grund dafür ist laut Statistik des Bundesinstitutes für Bau, Stadt- und Raumforschung die demografische Entwicklung in Deutschland: Hier wird bis 2025 eine Abnahme der Gesamtbevölkerung um 1,1% und eine Zunahme der über 64-Jährigen von 20,5% berechnet. Trotz des Bevölkerungsrückgangs steigt der Versorgungsbedarf. Gemäß Zi ist der demografiebedingte Anstieg über alle anderen Fachgruppen hinweg in der Urologie mit 20% mit Abstand am höchsten. Die Urologie ist somit das größte Zukunftsfach in der Medizin: Von der Wiege bis zur Bahre – von der Diagnostik bis zur konservativen und operativen Therapie mit modernster Technologie.

Ist die Urologie auf diesen steigenden Versorgungsbedarf vorbereitet?

Nun die schlechte Nachricht: Mit den aktuellen Strukturen ist sie auf diesen dramatischen Zuwachs nicht vorbereitet. Gemäß Statistik der KBV sind aktuell ca. 70% der ca. 3200 niedergelassenen Urologen/-innen in Deutschland älter als 50 Jahre. Das bedeutet, bis zum Jahr 2030 ist der größte Teil im Ruhestand. Was kommt aus den Kliniken nach? Von den ca. 2400 Urologen/-innen in den Kliniken sind gemäß KBV aktuell 90% über 40 Jahre alt. Da eine Praxis Karriere in der Regel im Alter von ca. 35 Jahren begonnen wird, bedeutet dies sowohl für die Aufrechterhaltung als auch für die belastbar prognostizierte Zunahme des urologischen Versorgungsbedarfes um 20%, eine klaffende Lücke bei den niedergelassenen

Fachärzten. Diese Versorgungslücke in der ambulanten Urologie ist mit den urologischen Personalstrukturen an den Kliniken nicht auffangbar. Hier ist aufgrund des vermehrten stationären Versorgungsbedarfes ebenfalls eine Aufstockung der ärztlichen Mitarbeiter und Kapazitäten erforderlich. Ohne Fokussierung der Urologen, der DGU, des BDU sowie der Politik und den anderen Akteuren im Gesundheitswesen auf diesen sich zuspitzenden urologischen Versorgungsengpass ist eine Unterversorgung der Bevölkerungsgruppe der über 65-Jährigen absehbar. Urologie ist wie einige andere operative Fächer gemäß KBV Berufsmonitoring Medizinstudenten kein von Frauen favorisiertes Fach. In den letzten Jahren ist aber gerade der Anteil der Erstsemestristudentinnen gemäß Statistischem Bundesamt in der Medizin auf über 60% gestiegen. Gleichzeitig ist der Anteil der Ärztinnen um 50% gestiegen.

Welche Maßnahmen können ergriffen werden?

Die Wahrnehmung der Urologie in der Öffentlichkeit und bei den Schülern vor Beginn des Studiums, hinsichtlich ihres großen Spektrums, ihrer Kompetenz sowie des am stärksten in der Medizin steigenden Versorgungsbedarfes für alle Generationen und beide Geschlechter, muss nachhaltig verbessert werden.

Eine Jungenquote für das Medizinstudium wie in Österreich und eine höhere Attraktivität der Urologie bei den Studenten/-innen durch spezielle Lehrelemente wären geeignet, um das Interesse an der Urologie frühzeitig zu wecken und dem vermehrten Bedarf an Ärzten in der Urologie gerecht zu werden. Um dem steigenden Versorgungsbedarf gerecht zu werden, könnte ein Teil der Weiterbildung zum Urologen über einen Zeitraum von z.B. 1-2 Jahren im ambulanten Bereich von der Politik durch Zuschüsse, ähnlich wie in der Allgemeinmedizin, gefördert werden. Mit wissenschaftlichen Projekten muss die Urologie medizinische Entwicklungen vorantreiben, welche die Betreuung und Versorgung betagter und hochbetagter Menschen optimiert.

An diesen exemplarisch dargestellten und einigen anderen Schlüsselinitiativen arbeitet die DGU aktuell. Nur mit einer von uns einzufordernden entsprechenden Unterstützung durch die Politik und die weiteren relevanten Akteure im Gesundheitswesen wird es gelingen, dem in der Urologie am stärksten steigenden Versorgungsbedarf gerecht zu werden.



Foto: fotolia @ pictarena

DGU erklimmt den Sechstausender Mitgliederzahl erreicht neue Rekordhöhe

Die Zahl der Mitglieder der DGU steigt weiter und überschritt im Februar die Marke von 6.000 und liegt gegenwärtig bereits über 6.200. Dieser erfreuliche Trend scheint ungebrochen und hat sich in den letzten Jahren deutlich entwickelt. Alle ehrenamtlichen und hauptberuflichen Mitarbeiter der DGU freuen sich darüber sehr, zeigt es doch, dass die Aktivitäten der DGU positiv wahrgenommen werden, dass die Identifizierung vieler Urologen mit ihrem Fachgebiet mit der DGU-Mitgliedschaft verbunden ist und dass die Mitgliedschaft attraktiv ist. Der Vorstand und alle Mitarbeiter der DGU werden sich bemühen, dieses in sie gesetzte Vertrauen zu rechtfertigen und an weiteren positiven Entwicklungen arbeiten.

INHALT

- 2 Das Ende von PREFERE
Beendigung der weiteren Förderung
- 3 Transplantationsmedizin:
Vertrauen durch Transparenz
Paradigmenwechsel beim hormonsensitiven metastasierten Prostatakarzinom
Haben Genmutationen beim Prostatakarzinom klinische Relevanz?
- 4 Neues aus der Gesundheitspolitik
– 2017 ändert sich einiges
IQTIG fokussiert Prostatakarzinom
- 5 Themenwoche Hodenkrebs
Ernst von Bergmann als früher „Proto-Urologe“
- 6 Masterplan Medizinstudium 2020
– was kommt?
Aktionsbündnis Patientensicherheit
- 7 ASV – was ist das?
Urologische Tumore als nächstes im Fokus des G-BA
In den Ruhestand verabschiedet
- 8 Pharmadialog: Kompromisse im AMVSG
Akademie-Veranstaltungen / Impressum

DGU federführende Fachgesellschaft

Auftakt zur S3-Leitlinie Hodentumore

Als vorletzte urologische Tumorentität wird nun der maligne Hodentumor mit einer S3-Leitlinie bearbeitet. Der Hodentumor ist die häufigste Krebserkrankung des jungen Mannes und hat zweifelsohne große Bedeutung innerhalb der Uroonkologie. Bereits vor drei Jahren wurde vom Vorstand der DGU entschieden, nach Prostata, Niere und Harnblase auch den Hodentumor mit einer Leitlinie auf höchstem Niveau zu bearbeiten.

Die interdisziplinäre Arbeitsgruppe, bestehend aus Mandatsträgern von insgesamt 15 Fachgesellschaften und 15 Arbeitsgemeinschaften/Arbeitskreisen, steht unter der Leitung von Prof. Sabine Kliesch, die auch Sprecherin der Urologischen Hodentumorgruppe der Arbeitsgemeinschaft Urologische Onkologie (AUO) der Deutschen Krebsgesellschaft ist und gleichzeitig in der ‚German Testicular Cancer Study Group‘ (GTCSG) aktiv ist. Die stellvertretende Leitung hat Prof. Peter Albers. Wie bei allen großen Leitlinienprojekten erfolgt die Erstellung interdisziplinär nach den Regeln der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und teilweise finanziert von der Deutschen Krebshilfe, nach positiv beschiedener Antragstellung. Die umfangreiche Literaturarbeit mit systematischen Recherchen und Bewertung wird von der DGU selbst geleistet, nämlich durch ‚UroEvidence‘, dem „Wissenstransferzentrum“ der DGU, unter Leitung von Frau Dr. Schmidt. Für diese Leitlinienarbeit wurde für UroEvidence Frau Dr. Doris Wilborn, zuständig für die Literatursuche sowie für die Erstellung der Evidenztabelle und Textentwürfe, eingestellt. Zusätzlich wurde ein Leitlinienssekretariat eingerichtet,



Start der Leitlinienarbeit: Kick-off-Meeting in der Berliner DGU-Geschäftsstelle im Januar 2017.

dessen Arbeit von Frau Janine Weiberg ausgeführt wird. UroEvidence wurde genau für diesen Zweck vor sechs Jahren geschaffen, um die Literaturrecherche zu vereinfachen und Leitlinienvorarbeiten nicht mehr für teures Geld außer Haus geben zu müssen. UroEvidence hat bereits die S3-Leitlinie zur „Behandlung und Therapie der unkomplizierten Harnwegsinfekte“ wissenschaftlich und methodisch begleitet. Der Zeitplan ist ambitioniert: Die Fertigstellung der S3-Leitlinie ist für Herbst 2018 geplant. Die S3-Leitlinie wird die interdisziplinären Konsensempfehlungen, welche viele Jahre lang in größeren Abständen von der interdisziplinären Hodentumorgruppe der Deutschen Krebsgesellschaft (GTCSG) aktualisiert wurden, ablösen. Im Kick-off-Treffen der Leitliniengruppe im Januar wurden acht interdisziplinäre Arbeitsgruppen gebildet, die für ihr Themengebiet die Suchfragen (PICOs) festlegen, die Leitlinienempfehlungen und -Statements entwerfen und die Hintergrundtexte erstellen.

Als urologische Arbeitsgruppenleiter wurden Prof. J. Bedke (Tübingen), PD Dr. J. Busch (Berlin), PD Dr. J. Heinzelbecker (Homburg), Prof. D. Pfister (Köln), PD C. Ruf (Koblenz), Dr. C. Winter (Düsseldorf) und Dr. F. Zengerling (Ulm) ernannt.

Das Ende von PREFERE

Beendigung der weiteren Förderung



Von Prof. Dr. Oliver Hakenberg, DGU-Vize-Präsident

Das Projekt PREFERE ist beendet. Nach langwierigen Rettungsversuchen haben die Sponsoren der Studie, die Deutsche Krebshilfe und mehrere Krankenkassen, endgültig die Beendigung ihrer Finanzierung beschlossen. Damit ist die „größte deutsche Krebsstudie“ beendet. Die bereits rekrutierten Patienten werden weiter betreut und nachbeobachtet, das ist aber auch alles.

PREFERE war ein ungeheuer ehrgeiziges Projekt. Ein für alle Mal sollte zweifelsfrei geklärt werden, welche Therapie für das lokalisierte Prostatakarzinom die beste sei. Dafür wurde ein randomisiertes Verfahren gewählt, um jeden Bias angeblich auszuschließen, und die Probandenzahl musste riesig sein – geplant waren über 7.000. Der Endpunkt war wie immer die Karzinom-spezifische Mortalität. Die für den Patienten schwierige Randomisierung zwischen vier Varianten sollte dadurch erleichtert werden, dass zwei der vier Behandlungsvarianten „abgewählt“ werden konnten; dies erforderte dann aber eine sehr komplizierte statistische Subgruppenanalyse oder vielmehr die Aufteilung in verschiedene separate Unterstudien.

Neu war am PREFERE-Projekt, dass erstmalig Krankenkassen sich an den Kosten einer Studie beteiligten. Dies war ein Novum und ein wirklicher Erfolg, dass es gelang, Krankenkassen davon zu überzeugen, dass aussagekräftige Studien in ihrem und im Interesse der Patientenversorgung sind. Außergewöhnlich war auch der Kostenrahmen der Studie, geplant waren 25 Millionen Euro.

Die Planung von PREFERE allein war schon aufwändig und umfangreich, mit manchen Planungssitzungen, bei denen bis zu 30 Experten und Interessensvertreter am Tisch saßen. In diese größeren Planungsrunden waren die DGU und der BDU von Anfang an einbezogen. Aber PREFERE war

nie ein Projekt von DGU und BDU, sondern der Krebshilfe und der anderen Sponsoren. Ein sehr professionelles Mitarbeitersteam managte die Logistik von PREFERE. Es wurden umfangreiche und sehr gute Informationsmaterialien für die Patienten hergestellt. So ist das Aufklärungsvideo von PREFERE wirklich hervorragend.

Bevor überhaupt Studienzentren initiiert waren, wurde mit PREFERE an die Öffentlichkeit gegangen. Nach der ersten öffentlichen Presseerklärung dauerte es aber noch viele Monate, bevor die ersten Patienten rekrutiert werden konnten. Dadurch entstand sofort der - anfänglich falsche - Eindruck, PREFERE würde schlecht rekrutieren.

Der Gang an die Öffentlichkeit rief Kritiker auf den Plan. So wurde PREFERE noch bevor die Patientenrekrutierung begonnen hatte mit Kritik überhäuft und mit schlechter Presse bedacht. Dies war sehr unglücklich, da damit von Anfang an, bereits vor Rekrutierungsbeginn, ein Teil der Zielgruppe, die potentiellen Rekrutierer, abgeschreckt wurde.

Die Kritiker der PREFERE-Studie, zum Teil sehr namhafte Prostatakarzinomexperten, zum Teil weniger namhafte, führten Punkte zur Planung, zum Studiendesign, zur Statistik ins Feld. Einige dieser Kritikpunkte waren berechtigt, wurden aufgenommen und führten zu Veränderungen im Studiendesign. Neben berechtigten Kritikpunkten gab es aber auch weniger berechtigte. Die detaillierte Kritik war vielfach auch so kompliziert, dass viele sie nicht bis ins Einzelne verstehen und bewerten konnten.

Die öffentlich geführte und medial ausgeschlachtete Diskussion um PREFERE wurde mit Reden und Gegenreden und der gebetsmühlenartigen Wiederholung der schließlich immer gleichen Argumente mit der Zeit immer oberflächlicher und immer polemischer. Auf beiden Seiten machte sich Verbitterung in persönlichen Angriffen Luft, was bei Sicht von außen nur Kopfschütteln hervorrufen konnte. Von manchen wurde die dann schon wohlfeile PREFERE-Häme auch zur eigenen Profilierung benutzt.

Es verwundert dann schon nicht mehr, dass die Rekrutierung schleppend anlief und niemals auch nur annähernd die geplanten und erhofften Zahlen erreichte. An Motivation hat

es bei den Unterstützern der Studie dabei nicht gemangelt. Es gab Studienzentren, die ausgesprochen gut rekrutiert haben. Aber es waren zu wenige.

Als sich abzeichnete, dass die Rekrutierung bei weitem nicht für das geplante Studienergebnis ausreichen würde, musste natürlich die Frage nach der Weiterführung der Studie gestellt werden. Studien, die nicht ausreichend rekrutieren, werden ihr Ziel niemals erreichen können und müssen beendet werden, und zwar dann eher früher als später.

In dieser Phase wurde auch begonnen, nach Schuldigen zu suchen. Das Scheitern eines Großprojekts ist immer unerschön. DGU und BDU wurden seitens der Sponsoren mangelnde Unterstützung der Studie vorgeworfen und „die Urologen“ überhaupt wurden als Verantwortliche ausgemacht. Als damaliger DGU-Generalsekretär war es meine Pflicht, von der Urologie und von der DGU Schaden abzuwenden. DGU und BDU haben wiederholt und medienwirksam ihre nachhaltige Unterstützung für PREFERE erklärt. Dem pauschalen Vorwurf, die Urologie als Fachgruppe und besonders die niedergelassenen Urologen als potentielle Rekrutierer hätten versagt, haben wir immer wieder energisch widersprochen. Nun ist PREFERE Geschichte. Die tatsächlich entstandenen Kosten, die damit in den Sand gesetzt wurden, liegen knapp unter 4 Millionen Euro. Die rekrutierten Probanden werden weiter nachbeobachtet; kleine wissenschaftliche Erkenntnisse aus PREFERE bleiben dennoch, zum Beispiel der nachgewiesene Wert einer Referenzpathologie zur Biopsie.

Was bleibt sonst? Die Wahrnehmung, dass „die Urologie“ mit einem großen Studienprojekt gigantisch gescheitert ist. Diese Wahrnehmung ist leider weit verbreitet und findet sich bei den meisten Playern im Gesundheitswesen. Man kann dem zwar immer mit Argumenten widersprechen, aber der Eindruck bleibt. Er bleibt auch deshalb, weil einige der Protagonisten diesen Eindruck fördern. Hätte PREFERE Erfolg gehabt, hätten sich viele dies auf die Fahne geschrieben. Am Scheitern wollen die meisten nicht beteiligt gewesen sein.

Auch für viele der Sponsoren ist die offizielle Lesart die, dass „die Urologie“ versagt hätte. Dieser Vorwurf ist zutiefst eigenützig und dient nur dazu, den schwarzen Peter weiterzugeben und jegliche Eigenverantwortung von sich abzuwälzen. Auch die Sponsoren waren mit ihren Experten in die Studienplanung einbezogen. Auch die Sponsoren kennen sich mit klinischen Studien aus und sollten wissen, was sie tun. Woran hat es nun gelegen, dass PREFERE scheiterte? Es sind viele Fehler gemacht worden. PREFERE war zu ehrgeizig, zu

groß, die Studienziele nicht erreichbar. Die Bereitschaft aufgeklärter Männer, sich als Patient zwischen Nichtstun und Operation zu rein wissenschaftlichen Zwecken randomisieren zu lassen – eine ziemliche Zustimmung – wurde sträflich überschätzt. Die Unterstützung der Rekrutierer wurde nicht ausreichend mobilisiert. Etliche motivierte Zentren wurden aus formalen Gründen nicht als Studienzentren zugelassen. PREFERE wurde von Anfang an mit Kritik und Häme überzogen und es wurde aktiv gegen die Studie polemisiert, weit über das Maß begründeter Kritik hinaus. Die Verteidigungsstrategien gegen diese Anti-PREFERE-Kampagne war teilweise unglücklich und trugen nur zur Polemik bei. Vielleicht hätte man die absehbaren Quertreiber in die Studienplanung integrieren sollen, um sie schon im Vorfeld zu befrieden. Die Absatzbewegungen in der Schlussphase waren zum Teil sehr unehrlich und sollten von eigener Mitschuld ablenken. Seit dem Ende von PREFERE ist es von Seiten der Studienprotagonisten erstaunlich still geblieben. Es bleibt noch der Triumph der PREFERE-Gegner, aber auch die scheinen nicht zufrieden zu sein. Ein „Untersuchungsausschuss“ wird gefordert, angeblich um Fehler zu benennen, wohl mehr um Schuldige anzuprangern. Eine absurde Idee.

Mit Sicherheit haben viele einiges aus dem Scheitern von PREFERE gelernt, und man wird die gleichen Fehler – hoffentlich – nicht wiederholen. Man sollte sicherlich auch lernen, dass der öffentliche Diskurs über eigentlich rationale Angelegenheiten wie eine wissenschaftliche Studie besser geführt werden kann. Für „die Urologie“ bleibt zweifelsohne ein gewisser Imageschaden, der einige Zeit brauchen wird, um gehoben zu werden. Aber eine eingestellte Studie ist auch kein Weltuntergang. Studien scheitern immer wieder. Man muss es in Zukunft nur besser machen.

Transplantationsmedizin: Vertrauen durch Transparenz

Ergebnisse der Prüf- und Überwachungskommission: Stand 2016



Von Dr. Sandra Mühlstädt

Transplantationsmedizin ist wichtig. Etwa 8.000 Patienten warten allein auf ein Nierentransplantat. Seit Bekanntwerden des Göttinger Allokationskandals 2012 ist jedoch die gesamte Transplantationsmedizin in Missgerate geraten; zum Leid der Patienten, die dringend ein Organ benötigen. Selbstverwaltung und Gesetzgeber waren gefragt und haben ein ganzes Maßnahmenbündel auf den Weg gebracht. Hierzu gehören die Transplantationskonferenzen in den Transplantationszentren, bei denen im Mehraugenprinzip entschieden wird, ob ein Patient auf die Warteliste aufgenommen wird, die unabhängige Vertrauensstelle „Transplantationsmedizin“ [1], die auf vertraulicher Basis (auch anonyme) Hinweise zu Auffälligkeiten und Verstößen gegen das Transplantationsrecht entgegennimmt, sowie die Vor-Ort Prüfungen durch die Prüf- und Überwachungskommission, die die einzelnen Transplantationszentren besuchen [2]. In letztgenanntem Prüfprozess eingeschlossen sind auch die Vermittlungs- und Koordinierungsstellen, sprich Eurotransplant (ET) und die Deutsche Stiftung für Organtransplantation (DSO).

Dabei überprüft die Prüfkommision, ob die Zuteilung von Organen sachgemäß erfolgte. Sie überprüft auch die Vermittlungsstelle ET. Geleitet wird die Prüfkommision in ihrer nunmehr vierten Amtsperiode von Frau Anne-Gret Rinder, RichterIn am Kammergericht i.R. Im Unterschied dazu kontrolliert

die Überwachungskommission, ob die Gewinnung der postmortalen Spenderorgane entsprechend den Vorgaben erfolgte, dabei überprüft sie auch die Koordinierungsstelle DSO. Geleitet wird die Überwachungskommission gegenwärtig von Herrn Professor Dr. med. Dr. h.c. Hans Lippert, emeritierter Lehrstuhlinhaber für Chirurgie des Universitätsklinikums Magdeburg. Prüf- und Überwachungskommission werden vom Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Bundesärztekammer getragen. Beide Kommissionen sind im Transplantationsgesetz (TPG) verankert [3]. Als Kommissionsmitglieder sind neben Organsachverständigen auch Fachjuristen und Ethiker beteiligt, so dass auch im Rahmen dieses Prüfprozesses das Mehraugenprinzip erfüllt ist. Dieser Prüfprozess begann 2013 und seitdem wurden alle deutschen Transplantationszentren geprüft, also insgesamt 16 Herz-, 22 Nieren-, 15 Pankreas- und 12 Lungentransplantationsprogramme. Im Ergebnis des Prüfprozesses wurden tatsächlich systematische und auch schwerwiegende Richtlinienverstöße aufgedeckt. Dies betraf die Lebertransplantationsprogramme in den Transplantationszentren der Universitätskliniken Göttingen, Leipzig, München rechts der Isar und Münster.

Diese Verstöße stehen in Zusammenhang mit dem sogenannten „MELD“-Score für die Leberallokation, der 2003 eingeführt wurde. Dieses Scoring-System beruht auf der Angabe der drei Laborparameter Bilirubin, INR (Quick) und Kreatinin. Je höher dieser MELD-Score, desto dringlicher ist eine Lebertransplantation. Besteht nun infolge eines hepatorenenalen Syndroms die Indikation zur Hämodialyse, erhöht sich der MELD-

Score, weil der Kreatinin mit seinem rechnerisch höchsten Wert in den Score eingehen. Eine Leberallokation wird damit sehr wahrscheinlich, eine Transplantation wird dann wahrscheinlich zeitnah realisiert werden können. In den auffälligen Lebertransplantationszentren bestand der Richtlinienverstöß vor allem in einer systemischen Angabe einer Hämodialyse, obwohl die Patienten tatsächlich keine Dialyse erhielten. Das System wurde mutwillig getäuscht.

Bei der Nierentransplantation ist dies nicht möglich, da per definitionem jeder Patient, der auf ein Nierentransplantat wartet, dialysepflichtig ist (Ausnahme: die präemptive Lebendnierenspende). So wurden im Bereich der Nierentransplantation durch die Prüf- und Überwachungskommissionen lediglich vereinzelt unrichtige Mitteilungen gegenüber ET gefunden, die auf Dokumentationsfehler zurückzuführen waren. Anhaltspunkte für systematische Richtlinienverstöße und/oder Manipulationen fanden sich für die Nierentransplantation in Deutschland nicht. Für die Pankreas- und kombinierte Nieren-Pankreastransplantation wurden ebenfalls keine Auffälligkeiten festgestellt. Auch gab es keinerlei Anhaltspunkte für eine bevorzugte Behandlung privater Versicherter Patienten oder von sogenannten „Non-Residents“ (also Selbstzahlern mit Auslandswohnsitz).

Zusammenfassend konnte festgestellt werden, dass die große Mehrzahl der deutschen Transplantationszentren sehr korrekt arbeitet. Schwerwiegende Unregelmäßigkeiten sind nur in der Leberallokation aufgetreten. Für die Bereiche, in denen systemische Richtlinienverstöße nachgewiesen werden konnten, wurden Konsequenzen gezogen und Strukturen grundlegend geändert. Die Kommissionen werden ihre Arbeit fort-

setzen und jährlich die Vermittlungs- und Koordinierungsstellen (ET und DSO) sowie alle drei Jahre alle Transplantationszentren prüfen. Dabei kann die Prüfung kleinerer Transplantationszentren mit ≤25 Transplantationen pro Jahr auch durch Einreichung schriftlicher Unterlagen erfolgen.

Die Arbeit der Prüf- und Überwachungskommission schafft mehr bürokratische Kontrolle ärztlichen Handelns, aber sie schafft dadurch auch Rechtssicherheit und Rechtsklarheit und trägt damit zur dringend benötigten Transparenz bei. Denn wir können nur durch Transparenz das Vertrauen der Bevölkerung in die Transplantationsmedizin zurückgewinnen.

Sandra Mühlstädt, Karl Weigand, Nasreldin Mohammed, Paolo Fornara Universitätsklinik für Urologie und Nierentransplantation, Martin-Luther-Universität, Halle / Saale

Bundesärztekammer (2016): Vertrauensstelle „Transplantationsmedizin“. URL: <http://www.bundesaeztekammer.de/aezte/medizin-ethik/transplantationsmedizin/gremien/vertrauensstelle-transplantationsmedizin/> - Download vom 30.11.2016.

Bundesärztekammer (2016): Gremien. URL: <http://www.bundesaeztekammer.de/aezte/medizin-ethik/transplantationsmedizin/gremien/> - Download vom 30.11.2016.

Transplantationsgesetz (TPG): Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und Geweben. Bundesgesetz, Bundesrepublik Deutschland, Medizinrecht, ursprüngliche Fassung vom 05.11.1997, letzte Änderung Art. 2 G vom 21.11.2016 (BGBl. I S. 2623, 2629), Inkrafttreten der letzten Änderung am 26.11.2016.

Personalisierte Medizin am Horizont

Haben Genmutationen beim Prostatakarzinom klinische Relevanz?

Die Kenntnis von Genmutationen spielt beim Prostatakarzinom klinisch bislang keine Rolle. Ein nachgewiesenermaßen erhöhtes familiäres Risiko lässt sich nicht mit einer einzelnen Gensignatur verbinden. Kürzlich kommen aber neue Erkenntnisse zu zwei Keimbahnmutationen ins Spiel, und zwar BRCA1/2 und ATM, deren Rolle vor allem für das Mammakarzinom und das Lymphom beschrieben sind, die aber auch beim Prostatakarzinom vorkommen. Müssen wir neben dem PSA künftig auch diese Mutationen bestimmen lassen?

Zwar fanden sich in einem Kollektiv metastasierter Prostatakarzinome diese Mutationen in nur 10% der Fälle und auch ohne Bezug zur Familienanamnese (1). Aber jetzt wurde gezeigt, dass der Mutationsstatus von BRCA1/2 und ATM bei Patienten mit lokal begrenztem und metastasiertem PCA signifikant unterschiedlich ist (2). 12% der Patienten mit einem Überleben von weniger als 5 Jahren wiesen die Mutationen auf, aber nur etwa 1% der Patienten mit einem Überleben von mehr als 10 Jahren. Die Mutationsanalyse könnte also prognostische Bedeutung haben. Hätte dies auch klinische Konsequenzen?

Sicherlich würde allein die Prognoseabschätzung keine teure Mutationsanalyse rechtfertigen. Eine therapeutische Konsequenz? Mutierte Tumore zeigten ein besseres Ansprechen auf eine Kombinationstherapie des

PARP-Inhibitors Olaparib mit Cisplatin (3). Daraus könnte sich ergeben, dass man Patienten mit hormonsensitiven metastasiertem Prostatakarzinom und hoher Metastasenlast differenziert behandeln könnte – personalisierte Medizin. Dies würde zum Beispiel bedeuten können, dass man nach den CHAARTED-Daten Patienten ohne Mutationen mit Taxanen und solche mit Mutation wie eben beschrieben behandeln könnte(4). Bislang sicherlich eine Hypothese, die aber schon bald Wirklichkeit werden könnte.

1. Pritchard CC, Mateo J, Walsh MF, et al. Inherited DNA-repair gene mutations in men with metastatic prostate cancer. N Engl J Med 2016;375:443–53.
2. Na R, Zheng SL, Han M, et al. Germline mutations in ATM and BRCA1/2 distinguish risk for lethal and indolent prostate cancer and are associated with early age at death. Eur Urol 2017;71:740–7.
3. Mateo J, Carreira S, Sandhu S, et al. DNA-repair defects and olaparib in metastatic prostate cancer. N Engl J Med 2015;373:1697–708.
4. Sweeney CJ, Chen YH, Carducci M, Liu G, Jarrard DF, Eisenberger M, Wong YN, Hahn N, Kohli M, Cooney MM, Dreicer R, Vogelzang NJ, Picus J, Shevrit D, Hussain M, Garcia JA, DiPaola RS. Chemohormonal Therapy in Metastatic Hormone-Sensitive Prostate Cancer. N Engl J Med. 2015 Aug 20;373(8):737–46.

Erste Wahl bei der fokalen Therapie des Prostatakarzinoms

Validierung (CEUS)

Fokale Therapie

Elastische Fusion MRT/Ultraschall

Elastische Fusion 3D-Biopsie/Ultraschall

MRT

Ultraschall Focal One®

3D Biopsie

- ⊗ Präzise Ortung
- ⊗ Effiziente Behandlung
- ⊗ Validierung in Echtzeit

Für attraktive Nutzungsmodelle und technische Informationen:

- ⊗ +49 (0) 461 80 72 590
- ⊗ info@edap-tms.de

Informationen für Ihre Patienten

Kostenlose Flyer und Broschüren zur Therapie von Prostatakrebs anfordern unter:

- ⊗ 0800 - 50 90 805 (in Deutschland gebührenfrei)
- ⊗ +49 (0) 461 80 72 5923
- ⊗ info@hifu-planet.de

EDAP TMS GmbH
Holm 42
D-24937 Flensburg

Tel: +49 (0) 461 80 72 590
Fax: +49 (0) 461 80 72 5920
www.edap-tms.de · info@edap-tms.de

Aktualisierung der S3-Leitlinie Prostatakarzinom

Paradigmenwechsel beim hormonsensitiven metastasierten Prostatakarzinom

Das Leitlinienprogramm Onkologie der Deutschen Krebsgesellschaft hat Ende 2016 die Aktualisierung der S3-Leitlinie zur „Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms“ vorgestellt (<http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Prostatakarzinom.58.0.html>). Wie immer stand diese Leitlinie unter der Federführung der DGU. Koordinator des Lenkungsremiums ist Prof. Manfred Wirth von der Universitätsklinik Dresden. Die S3-Leitlinie zum Prostatakarzinom war die erste S3-Leitlinie urologischer Tumoren und ist das Flaggschiff der urologischen Leitlinien. Beim Update 2016 wurden die Empfehlungen zur Primär- und Rezidivdiagnostik sowie teilweise zur Strahlentherapie und zur medikamentösen Tumortherapie aufgrund neuer Erkenntnisse überarbeitet.

Zu den bestehenden diagnostischen Möglichkeiten beim Prostatakarzinom sind die MRT-Ultraschall-Fusionsbiopsie und neue Varianten der PET-Diagnostik (PSMA-PET/CT oder PSMA-PET/MRT) hinzugekommen. Bei der Strahlentherapie neu sind hypofraktionierte Bestrahlungskonzepte, bei der man die erforderliche Strahlendosis in kürzerer Zeit als bei der konventionellen Bestrahlung verabreicht. Für das metastasierte hormonsensitive Prostatakarzinom

findet sich jetzt aufgrund der geänderten Studienlage die frühe kombinierte Hormon-Chemotherapie mit Docetaxel in den Empfehlungen. Im Zuge dieser Überarbeitung wurden insgesamt elf Aktualisierungsergebnisse und fünf Recherchen zu neuen Themen durchgeführt. Das Gesamtkonzept für die Aktualisierung der Prostatakarzinomleitlinie ist das einer „living guideline“ mit einer geplanten modularen Überarbeitung in jährlichem Abstand. Damit gilt: Nach der Überarbeitung ist vor der Überarbeitung. Die Leitliniengruppe Prostatakarzinom arbeitet bereits an der nächsten Überarbeitung, die Ende 2017 abgeschlossen sein wird. Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), die Deutsche Krebsgesellschaft e.V. und die Deutsche Krebshilfe haben sich mit dem im Februar 2008 gestarteten Leitlinienprogramm Onkologie das Ziel gesetzt, die Entwicklung und Fortschreibung wissenschaftlich begründeter und praktischer Leitlinien in der Onkologie zu fördern und zu unterstützen. Mittlerweile umfasst das Leitlinienprogramm 19 S3-Leitlinien, die zu einem großen Teil auch laienverständliche Patientenleitlinien vorliegen (www.leitlinienprogramm-onkologie.de).

Neues aus der Gesundheitspolitik

2017 ändert sich einiges

Medikationsplan

Patienten, die mindestens drei auf Kassenrezept verordnete, systemisch wirkende Medikamente einnehmen, haben seit 1. Oktober 2016 Anspruch auf einen Medikationsplan. Dieser soll alle verschreibungspflichtigen Arzneimittel enthalten sowie die Selbstmedikation (Wirkstoff, Dosierung, Indikation, Hinweise zur Einnahme).

Ein Barcode auf dem ausgedruckten Medikationsplan soll die Informationen digitalisiert enthalten und von Praxis- und Apothekensoftware eingelesen und aktualisiert werden können. Um eine einheitliche Umsetzung in die Praxisverwaltungssysteme zu erreichen, sind die Softwareunternehmen verpflichtet, die notwendigen Funktionalitäten von der KBV zertifizieren zu lassen.

Beitragssätze Sozialversicherung

In der Krankenversicherung bleibt der Beitragssatz 2017 unverändert bei durchschnittlich 15,7%. Der Zusatzbeitrag, den die Arbeitnehmer allein zahlen, soll dabei bei 1,1% stabil bleiben. Er addiert sich zum Gesamtbeitrag von 14,6% den Arbeitgeber und Arbeitnehmer hälftig tragen. Der Beitragssatz zur Pflegeversicherung steigt 2017 auf 2,55% beziehungsweise 2,8% bei Kinderlosen. Die Beitragssätze zur Rentenversicherung und zur Arbeitslosenversicherung bleiben bei 18,7% bzw. 3,0%. Dabei wurde die Beitragsbemessungsgrenze, bis zu der auf Arbeitsentgelt oder Rente Beiträge in die GKV zu zahlen sind, auf € 52.200 erhöht. Die Pflichtgrenze zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung wurde auf € 57.600 erhöht.

Pflegegrade ersetzen Pflegestufen

Im Rahmen der Pflegereform gilt ab Januar 2017, dass die bislang gültigen drei Pflegestufen durch fünf Pflegegrade ersetzt werden. Die meisten auch bislang schon Pflegebedürftigen erhalten dadurch mehr Leistungen. Für die stationäre Pflege wird ein einrichtungseinheitlicher Eigenbetrag eingeführt. Um dies zu finanzieren, wurden die Beiträge zur Pflegeversicherung erhöht (s.o.).

Ärzte können kassenpflichtige Präventionsleistungen empfehlen

Ab Januar 2017 können Ärzte in Form einer ärztlichen Bescheinigung ihren Patienten Präventionsleistungen empfehlen, die diese dann als Vorsorgemaßnahmen bei ihrer Krankenkasse beantragen können. Dadurch sollen verhaltensbedingte Risikofaktoren beeinflusst werden. Dabei geht es um Raucherentwöhnung, aber auch um Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement u.a. Entsprechende G-BA-Beschlüsse zur Änderung der Früherkennungsrichtlinien für Kinder, Jugendliche und Erwachsene wurden gefasst.

Sicherstellungszuschläge für Krankenhäuser
Seit Ende 2016 gilt laut G-BA-Beschluss, dass Krankenhäuser und Krankenkassen sogenannte Sicherstellungszuschläge vereinbaren müssen. Dabei wurden die

Voraussetzungen für die Zuschlagsfähigkeit eines Krankenhauses, die Auswirkungen unzureichender Qualität sowie die Überprüfung durch die zuständigen Landesbehörden bundeseinheitlich festgelegt.

Hierbei geht es auch um die Definition einer flächendeckenden Krankenhausversorgung in Deutschland. Der G-BA hat eine Gefährdung der flächendeckenden Versorgung so definiert, dass diese gegeben ist, wenn durch Schließung eines nicht-zuschlagsfähigen Krankenhauses mindestens 5000 Einwohner Pkw-Fahrzeiten von mehr als 30 Minuten zusätzlich aufwenden müssen, um ein Krankenhaus zu erreichen. Eine Ausnahmeregelung ist für dünn besiedelte Regionen mit weniger als 50 Einwohnern/km² vorgesehen.

Qualitätsindikatoren für Gynäkologie, Geburtshilfe und Mammachirurgie für die Krankenhausplanung

Der G-BA hat erstmals Qualitätsindikatoren für die genannten Bereiche definiert und die dazu erforderlichen Datenerhebungen sowie das Verfahren zur Ermittlung der Qualitätsergebnisse geregelt. Der G-BA setzt damit den gesetzlichen Auftrag um, den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren als Empfehlungen zu übermitteln. Die Indikatoren werden im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung erhoben.

Strikte Personalanforderungen in der Intensivneonatology

Auf einer neonatologischen Intensivstation eines Perinatalzentrums muss ab 2017 jederzeit mindestens eine Kinderkrankenpflegerin je intensivtherapiepflichtigem Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht von unter 1500 Gramm verfügbar sein. Im Unterschied zur Intensivtherapiepflichtigkeit gilt für die Intensivüberwachung ein Schlüssel von eins zu zwei. Mindestens 30% der Pflegedienstmitarbeiter müssen eine Fachweiterbildung „Pädiatrische Intensivpflege“ abgeschlossen haben. Diese neuen Regelungen für Perinatalzentren unterliegen einer Übergangsfrist bis Ende 2019.

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung zur Vermeidung nosokomialer Infektionen

Ab 2017 beginnt ein sektorenübergreifendes Qualitätssicherungsverfahren zur Vermeidung nosokomialer Infektionen und postoperativer Wundinfektionen. Erfasst werden postoperative Wundinfektionen, die innerhalb eines festgelegten Zeitraums nach bestimmten operativen Eingriffen auftreten, unabhängig davon, ob der Eingriff in einer Klinik, einer Praxis oder einem MVZ durchgeführt wurde.

Vereinfachung bei langfristigem Heilmittelbedarf
Patienten, die aufgrund schwerer Schädigungen, Behinderungen oder chronischer Krankheiten mindestens ein Jahr lang Physiotherapie, Logopädie oder andere Heilmittel benötigen, werden künftig schneller und unbürokratischer versorgt. Ab dem 1. Januar 2017 greift ein vereinfachtes Genehmigungsverfahren für langfristigen

Heilmittelbedarf. Dazu gibt es festgelegte Diagnoselisten mit Erkrankungen, bei denen von einem längerfristigen Heilmittelbedarf auszugehen ist. Neu aufgenommen wurden u. a. angeborene Fehlbildungssyndrome, schwere COPD, Chromosomenanomalien, Syringomyelie, Systemischer Lupus und die Thalidomid-Embryopathie.

Heil- und Hilfsmittel-Versorgungsgesetz (HHVG) zum Frühjahr 2017

Das HHVG soll die Qualität der Hilfsmittel verbessern. So müssen Krankenkassen bei der Ausschreibung von z. B. Inkontinenzenhilfen, neben dem Preis auch qualitative Anforderungen an die Produkte zukünftig stärker beachten. Der Qualitätsaspekt muss bei der Auftragsvergabe zu mindestens 40% berücksichtigt werden. Dazu gehören Kriterien wie Erreichbarkeit der Leistungserbringer, Kundendienst oder Anwendungshilfen. Die Krankenkassen werden darüber hinaus verpflichtet, auch bei der durch Ausschreibung vergebenen Hilfsmittelversorgung ihren Versicherten Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen Hilfsmitteln zuzahlungsfrei einzuräumen.

Videosprechstunden

Das E-Health-Gesetz sieht vor, dass ab 1. Juli 2017 Online-Videosprechstunden Teil der vertragsärztlichen Versorgung werden. Hierbei soll die telemedizinische Betreuung die wiederholte persönliche Vorstellung in der Praxis teilweise ersetzen, beispielsweise zur Kontrolle des Behandlungsverlaufs oder Änderung einer Medikation. Der Ersttermin muss aber immer persönlich beim Arzt stattfinden. Der G-BA wird dazu entsprechende Anpassungen des EBM festlegen, die am 1. Juli 2017 in Kraft treten, und bestimmen, welche Fachgruppen die Videosprechstunde abrechnen können.

Entlassmanagement der Krankenhäuser

Am 1. Juli 2017 tritt ein Rahmenvertrag zwischen GKV-Spitzenverband, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der KBV in Kraft, der das sogenannte Entlassmanagement regelt. Damit soll die Kommunikation zwischen Krankenhäusern, Vertragsärzten und Krankenkassen verbessert werden. Dabei können Krankenhäuser zukünftig Rezepte für Medikamente und Hilfsmittel sowie AU-Bescheinigungen ausstellen. Auch ist ein Standard für die Patienten mit eingeschränkter Mobilität und Selbstversorgung vorgesehen.

Bundesweites Register für Samenspender

Die Bundesregierung plant, 2017 ein bundesweites Samenspender-Register aufzubauen. Damit sollen Kinder aus künstlicher Befruchtung die Identität ihres leiblichen Vaters ab dem 16. Lebensjahr erfahren können. Als Rechtsgrundlage hat das Bundeskabinett den Entwurf eines „Gesetzes zur Regelung des Rechts auf Kenntnis der Abstammung bei heterologer Verwendung von Samen“ beschlossen. Das zentrale Register soll beim Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) geschaffen werden. Dort sollen personenbezogene Angaben von Samenspendern und Empfängerinnen für die Dauer von 110 Jahren gespeichert werden.

IQTIG fokussiert Prostatakarzinom

Der G-BA wurde vom Gesetzgeber beauftragt, ein fachlich unabhängiges, wissenschaftliches „Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen“ zu gründen (Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung). 2014 wurde eine Stiftung für „Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen“ gegründet, diese ist Trägerin des gleichnamigen Instituts, abgekürzt „IQTIG“. Das IQTIG soll nun die Versorgungsqualität erfassen und Qualitätssicherungsmaßnahmen erarbeiten. Dazu werden Verfahren zur Einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung sowie zur Qualitätssicherung von Zertifizierungen (!) erarbeitet werden. Die Ergebnisse sollen in allgemein verständlicher Weise der Bevölkerung präsentiert werden.

Bis Ende 2017 soll das IQTIG sich mit dem lokal begrenzten Prostatakarzinom befassen. Besondere Bedeutung haben dabei die Schlagworte „sektorenübergreifend“, „partizipative Entscheidungsfindung“, „Ergebnisqualität“, „regionale Unterschiede“ und auch „Erkenntnisse aus der PREFERE-Studie“. Man darf gespannt sein, was das neue Institut hierzu wird erarbeiten können. Zur Verfügung stehen nämlich nur die bekannten Zahlen und Daten, neue Datenerhebungen sind nicht vorgesehen. Es wird also nur ein Rückgriff auf die statistischen Daten aus Deutschland und die publizierte Literatur von Registern und Studien möglich sein. Diese werden von Experten beraten werden, und das Ergebnis wird unter anderem von der personellen Zusammensetzung der Expertengremien abhängen. Vorgehen ist ein Anhörungsverfahren unter Beteiligung der Fachgesellschaften. Sehr bemerkenswert ist das Ziel, Zertifizierungen unter die Lupe zu nehmen, also die Qualitätssicherung der Qualitätssicherer zu betreiben. Damit kommt eine weitere Ausbaustufe der Bürokratisierung des Gesundheitswesens, mit neuen Kosten, die dann natürlich wieder von oben nach unten abgewälzt werden.

Meilenstein für die Marke Urologie:

Themenwoche Hodenkrebs

Mit der Urologischen Themenwoche Hodenkrebs hat die Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU) Ende März 2017 ein neues Format der Öffentlichkeitsarbeit eingeführt und für bundesweit beispiellose Aufmerksamkeit gesorgt – und damit einen Meilenstein sowohl bei der Aufklärung junger Männer wie auch bei der Positionierung der Marke Urologie setzen können.

Vom 27. bis 31. März 2017 hatte die DGU in Kooperation mit dem Berufsverband zur Aufklärung über Hodenkrebs aufgerufen. Basis des Erfolgs waren zielgruppenorientierte, in diesem Fall überwiegend online-basierte Aktionen, die an jedem Tag der Themenwoche an den Start gingen: Zum Auftakt wurde die eigens konzipierte Webseite www.hodencheck.de gelanct. Es folgten der Fußballer-Video-Clip „Entscheidendes Handspiel“ auf YouTube, ein Experten-Tag mit Interviews über Risikofaktoren, die Selbstuntersuchung und das Zweitmeinungsprojekt Hodentumor sowie eine Graffiti-Influenzer-Aktion in den sozialen Netzwerken. Am fünften Tag beantworteten Hodentumor-Spezialisten der DGU in einem zweistündigen Experten-Chat auf www.urologenportal.de die Fragen junger Männer. Im Vorfeld der Themenwoche hatte die Pressestelle die Medien

flächendeckend informiert, Flyer und Poster postalisch auf den Weg gebracht sowie Texte für die lokale Presse, Bildmaterial und Anzeigen etc. online zum Download zur Verfügung gestellt.

Getragen wurde der Erfolg von vielen Schultern: Urologinnen und Urologen in Praxis und Klinik, die vielerorts eigene Aktionen veranstaltet haben, den beteiligten Experten der DGU, zahlreichen Institutionen aus den Bereichen Bildung und Gesundheit, der kooperierenden Ärztlichen Gesellschaft zur Gesundheitsförderung e.V. (ÄGGF) mit ihrem Engagement in Schulen und nicht zuletzt den Medien, die landauf landab von der Aachener Zeitung bis zur ZEIT online berichtet haben.

Die Resonanz war selbst für die Organisatoren der Themenwoche, Prof. Dr. Maurice Stephan Michel, Prof. Dr. Christian Wülfing und die Pressestelle, überwältigend: Der Info-Kasten (siehe rechts) zeigt eine vorläufige Bilanz. Dass im Nachgang der Kampagne erste Kliniken von aktuell mehr diagnostizierten Hodentumorpatienten berichten, scheint die Bedeutung von Aufklärung und Selbstpalpation unmittelbar zu belegen und wird von den Verantwortlichen in der Nachbereitung und Auswertung der ersten Urologischen Themenwoche der DGU weiter verfolgt werden.



Der Erfolg in Zahlen

- Insgesamt haben sich 350 Unterstützer für die Themenwoche eingesetzt.
- Über 150 verschiedene Medien haben berichtet.
- Das Thema war 3 Tage an erster Stelle bei „Google News Gesundheit“ platziert.
- Noch jetzt sind 7.790 Ergebnisse in Google zum Stichwort „Themenwoche Hodenkrebs“ präsent.
- Unter „Google News“ waren bis Anfang Mai 130 Einträge zu finden.
- Der Experten-Chat zählte 275 Austausche.
- Der Videoclip „Entscheidendes Handspiel“: derzeit über 3000 Klicks.
- 70.000 Flyer und 500 Poster wurden versendet.
- Instagram: #ballkontrolle-121 Beiträge - 30.000 Klicks.
- Twitter brachte rund 1700 Tweets zur Themenwoche Hodenkrebs.
- Experteninterviews: bis heute jeweils knapp 100 Klicks.
- Urologenportal: 7800 Aufrufe innerhalb der Themenwoche Hodenkrebs.
- www.hodencheck.de wurde seit dem 12. April weit über 5000 Mal aufgerufen.

Unter www.urologenportal.de finden Sie die Urologische Themenwoche Hodenkrebs auf einen Blick.

Urologische TV-Schnipsel

ARD-Serie „Die Charité“:

Ernst von Bergmann als früher „Proto-Urologe“

Die ARD Mini-Serie „Die Charité“ beschaffte dem Sender Einschaltquoten von fast 25 Prozent und über 8 Millionen Zuschauer, was für eine historische „Arztserie“ beachtlich ist. In den Medien wurde dies als Beispiel hochkarätiger Unterhaltung überschwänglich bewertet. Es war sogar von einem „Quoten-Sprung“ in einem „Prime Time Slot“ die Rede. In einer SPIEGEL-Rezension nannte Arno Frank die Charité-Historienserie „eine Mischung aus der amerikanischen Krankenhausserie „Dr. House“ und Thomas Manns Literaturklassiker „Die Buddenbrooks“.

Neben den drei Nobelpreisträgern Robert Koch, Paul Ehrlich und Emil von Behring wurden auch der berühmte Chirurg und spätere Nobelpreiskandidat Ernst von Bergmann sowie der Pathologe Rudolf Virchow hervorragend in die stark verdichtete Spielhandlung integriert. Hierbei spielte es für das TV-Publikum auch keine Rolle, dass die Einzelbiographien der historisch realen Akteure jeweils für sich alleine für spannende Unterhaltung ausgereicht hätten. Dabei wurden die unterschiedlichen Wirkkreise dieser berühmten Protagonisten im Umfeld der Charité durch die Drehbuchautorin dramaturgisch geschickt sämtlich in die „Alte Charité“ um 1888 verlegt und damit verdichtet. Die aufwändig und mit Liebe zum Detail

gestaltete Kulisse am Prager Drehort – allerdings mit österreichischem Doppeladler anstelle des preußischen an der Fassade – täuschte aber nicht darüber hinweg, dass es sich zwar um ein gut inszeniertes, größtenteils aber fiktives Filmgeschehen handelte. Tatsächlich werden sich die historischen Figuren allenfalls auf Kongressen und Vorträgen begegnet sein, statt auf den Gängen der ehrwürdigen Charité. Die verschiedenen Arbeitsstätten von Robert Koch lagen ja noch nicht einmal auf dem Gelände der „Alten Charité“, die Infektionsbaracken waren ausgelagert. Medial begleitet wurde die Charité-Serie auch von packenden Erlebnisberichten aus dem modernen Großkrankenhaus Charité im SPIEGEL. Arztserien haben also immer noch Konjunktur, und wenn auch mal das Packende und gelegentlich Heroische dargestellt wird, anstatt fortwährender Berichte über Qualitätsmängel und Korruption, dann ist das durchaus zu begrüßen.

Ernst von Bergmann, im Film von Matthias Brenner dargestellt, war ein bedeutender und innovativer Chirurg, der den II. Chirurgischen Lehrstuhl seit 1882 in Berlin in der Ziegelstraße innehatte. Er war es, der verschiedenen neuen Operationstechniken wie der Appendektomie und dem Prinzip der Asepsis zum Durchbruch verhalf. Auch auf

Umzug von DGU und BDU in Berliner Büroetage

Die Geschäftsstellen von DGU und BDU sind in Berlin umgezogen. In der Kuno-Fischer-Straße im Haus der Deutschen Krebsgesellschaft war es zu eng geworden, und weitere Büroräume standen dort auch nicht zur Verfügung. Neue Mitarbeiterinnen für UroEvidence brauchten aber Platz. Nun findet man die Geschäftsstellen von DGU und BDU in der Nestorstraße 8-9 in einer großen Büroetage im ersten Hinterhof, 4. Stock, zentral gelegen unmittelbar am Kurfürstendamm und nur einen Kilometer entfernt von der bisherigen Geschäftsstelle. Den guten Austausch und die Synergie mit den Kolleginnen und Kollegen von der Deutschen Krebsgesellschaft werden wir auch weiterhin gerne pflegen.

Die große Büroetage in der Nestorstraße bietet ausreichend Platz für alle Mitarbeiter, einen großen und einen kleinen Konferenzraum wie auch für das Museum der DGU, das gegenwärtig Stück für Stück umzieht.

Dieses neue Domizil der Urologie bleibt aber auch weiterhin eine mittelfristige Zwischenlösung. Es wird immer noch nach einer Immobilie gesucht, die der Urologie in Berlin dauerhaft als angemessener Wohnort dienen kann.

Unsere neue Adresse lautet: Nestorstraße 8-9 10709 Berlin Kontaktdaten:	
Frank Petersilie, Geschäftsführer 030 - 88 70 833 0 petersilie@dgu.de	Dr. Stefanie Schmidt, Referentin UROEvidence 030 - 88 70 833 12 schmidt@dgu.de
Franziska Engehausen, stellvertretende Geschäftsführerin 030 - 88 70 833 11 engehausen@dgu.de	Dr. Doris Wilborn, Mitarbeiterin UROEvidence 030 - 88 70 833 13 wilborn@dgu.de



Ernst von Bergmann im OP
Leipziger Illustrierte Zeitung Mai 1891,
Museum, Bibliothek und Archiv, Deutsche
Gesellschaft für Urologie, Bildersammlung,
Repro Keyn, mit freundlicher Genehmigung

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

FARCO-PHARMA

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

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

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

www.farco-pharma.de

Farco-fil[®] Protect
Blocken und gleichzeitig schützen

FF_02

Masterplan Medizin Studium 2020 – was kommt?

Aus der Erklärung des Bundesgesundheitsministerium vom 31. März 2017

O bwohl das BMG betont, dass das deutsche Medizinstudium auch international einen guten Ruf habe, wird eine Reform („Masterplan Medizinstudium 2020“) angestrebt. Ziel ist die „Ausbildung der nächsten Medizinergenerationen“, „die den Herausforderungen einer Gesellschaft des längeren Lebens gerecht werden“ (können). Eingegangen in das Konzept sind Erfahrungen aus Modellstudiengängen, Empfehlungen des Wissenschaftsrates, des ‚Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen‘, Stellungnahmen von Fachgesellschaften sowie Berichte der Gesundheitsministerkonferenz und der Kultusministerkonferenz.

Ein weiteres erklärtes Ziel des Masterplanes ist es, die drohende Unterversorgung mit Landärzten abzuwenden. Der Masterplan beinhaltet zahlreiche Veränderungen: bei der Studienstruktur, den Ausbildungsinhalten, der Art der Lehre, der Zulassung und den Prüfungen.

Besonderes Gewicht wird inhaltlich auf die Arzt-Patienten-Kommunikation, die interdisziplinäre Zusammenarbeit unter den Ärzten und mit anderen Gesundheitsberufen, die Behandlung chronisch Kranker, die ambulante Medizin, Prävention & Gesundheitsförderung sowie auf die Vermittlung wissenschaftlichen Arbeitens gelegt.

Was kommt konkret?

Neustrukturierung des Medizinstudiums

durch die Reduzierung des Lehrstoffes, „kompetenzorientierte Ausbildung“ für den Erwerb von ‚Fähigkeiten, Fertigkeiten und Haltungen‘, vermehrt fächerübergreifenden Unterricht, die Befähigung zum wissenschaftlichen Arbeiten und Einführung des ‚Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin‘ (NKLM).

Der NKLM wurde vom Medizinischen Fakultätentag (MFT) 2015 beschlossen (<http://www.nklm.de/katalog/nklm/lernziel/uebersicht>). Seine Weiterentwicklung soll von einer ständigen Kommission aus Vertretern von Ministerien, IMPP, MFT, GMA sowie von BÄK, KBV, BZÄK, KZBV und AMWF betrieben werden. Der NKLM soll verbindlicher Bestandteil der Approbationsordnung werden.

Die Arzt-Patienten-Kommunikation (gute ärztliche Gesprächsführung) und die Zusammenarbeit mit Ärzten anderer Fachrichtungen und mit anderen Gesundheitsberufen („multiprofessionelle Teams“) sind wesentliche Ausbildungsziele. Dazu sollen gemeinsame Lehrveranstaltungen mit Auszubildenden/Studierenden anderer Gesundheitsfachberufe durchgeführt werden.

Praxisnahe Ausbildung

mit konsequenter Orientierung am Patienten und Gewichtung auf alltägliche Erkrankungen in der ambulanten und stationären Versorgung. Lehrpraxen sollen verstärkt einbezogen werden, klinische und theoretische Inhalte vom ersten Semester an miteinander verknüpft werden. Teilstudienplätze werden abgeschafft.

Stärkung der Allgemeinmedizin in der Ausbildung

Die Allgemeinmedizin „muss in der Ausbildung den Stellenwert erhalten, der ihr in der Versorgung zukommt“. Damit soll mehr allgemeinmedizinischer Nachwuchs für die flächendeckende Versorgung gewonnen werden.

Es sollen an allen Fakultäten Lehrstühle für Allgemeinmedizin eingerichtet werden. Alle Studierenden werden im letzten Staatsexamen in Allgemeinmedizin geprüft. Das PJ wird von Tertialen auf Quartale umgestellt mit vier Abschnitten à 12 Wochen. Innere Medizin und Chirurgie bleiben Pflichtfächer, dazu gibt es zwei Wahlfächer in anderen klinisch-praktischen Fächern, von denen mindestens eines im ambulanten vertragsärztlichen Bereich sein muss.

Praxisnahe Prüfungen

Die „Ärztliche Prüfung“ erfolgt in drei Abschnitten. Nach vier Semestern erfolgt der schriftliche Teil des ersten Abschnitts („Physikum“), nach dem sechsten Semester der mündlich-praktische Teil des ersten Abschnitts, der nach Möglichkeit als strukturierte klinisch-praktische Prüfung (‚objective structured clinical examination‘, OSCE) erfolgen soll. Der zweite Abschnitt der Staatsprüfung ist schriftlich und

wird vom IMPP anhand des NKLM durchgeführt; die Prüfung soll mittelfristig mit elektronischer Unterstützung stattfinden.

Der dritte Abschnitt beinhaltet wie bisher die Prüfung am Patientenbett, die Bewertung soll mit standardisierten IMPP-Checklisten erfolgen. Der zweite Prüfungstag soll als OSCE stattfinden, mit Fragestellungen ausschließlich aus Innerer Medizin, Chirurgie, Allgemeinmedizin und dem Wahlfach.

Zulassung zum Studium

Zugelassen werden sollen Bewerber, die beste Voraussetzungen mitbringen, um gute Ärzte in der Patientenversorgung zu werden oder in Wissenschaft und Forschung erfolgreich tätig zu sein. Außerdem sollen die Zugelassenen gute Ausichten haben, das Studium erfolgreich zu absolvieren.

Die Abiturnote bietet zwar einen rechtssicheren und planbaren Weg zum Studium und zeigt eine Korrelation mit dem Studienerfolg, der ein wichtiges Kriterium für Medizin als einem der teuersten Studiengänge ist. Daher soll die Abiturnote ein wichtiges Auswahlkriterium bleiben, aber soziale und kommunikative Kompetenzen sowie einschlägige Berufserfahrung sollen stärker berücksichtigt werden.

60% der Studienplätze werden über das Auswahlverfahren der Hochschulen aufgrund von Studierfähigkeitstests und Auswahlgesprächen vergeben. Neben der Abiturnote sollen mindestens zwei weitere Auswahlkriterien berücksichtigt werden (soziale und kommunikative Fähigkeiten, Leistungsbereitschaft, Ausbildung/Erfahrung in medizinischen Berufen, ehrenamtliches Engagement in medizinischen Bereichen).

Mehr Nachwuchs für die Landärzte

Mehr Medizinabsolventen sollen für eine Landarztztätigkeit gewonnen werden. Bei der Zulassung sollen bis zu 10% der Studienplätze aufgrund einer Selbstverpflichtung vergeben werden, die eine Weiterbildung in der Allgemeinmedizin und eine bis zu zehnjährige Landarztztätigkeit beinhaltet. Diese Verpflichtung soll mit wirksamen Sanktionen abgesichert werden.

ASV – was ist das?

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung als Projekt der Gesundheitspolitik

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) geht zurück auf das Gesetz zur „Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung“, das Anfang 2012 in Kraft getreten ist. Mit dem „GKV-Modernisierungsgesetz“ und dem „GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz“ wurde der bis dahin geltende §116b SGB V „Ambulante Behandlung im Krankenhaus“ abgelöst. An der Schnittstelle zwischen niedergelassenen Fachärzten und Krankenhäusern soll nun auf gesetzlich regulierter Grundlage ein „eigener“ Versorgungsbereich, genannt „ambulante spezialärztliche Versorgung“, geschaffen werden. In dieser sollen die ambulante Behandlung seltener Erkrankungen, die Therapie schwerer Verlaufsformen von anderen Krankheiten sowie ausgewählte hochspezialisierte Leistungen eingeordnet werden. Die im Rahmen der ASV zu erbringenden ambulanten ärztlichen Leistungen sollen dabei von niedergelassenen Fachärzten und Krankenhausärzten im ASV-Team erbracht werden.

Nach den Vorstellungen des Gesetzgebers soll die ASV die Diagnostik und Behandlung komplexer und schwieriger therapierbarer Krankheiten beinhalten, die jeweils spezielle ärztliche Qualifikationen, interdisziplinäre Zusammenarbeit und u.U. besondere diagnostische und/oder therapeutische Möglichkeiten erfordern. Mit der Umsetzung der ASV hat das Bundesgesundheitsministerium den G-BA beauftragt. Die Details der ASV wie die darin enthaltenen Krankheitsbilder und die Zugangsvoraussetzungen für Ärzte und Krankenhäuser wurden durch den G-BA beschlossen. Bereits im März 2013 wurde eine erste Fassung der ASV-Richtlinie mit allgemeinen Regelungen verabschiedet. Bislang etabliert ist die ASV für kolorektale und gynäkologische Tumore sowie rheumatologische Erkrankungen. Als ‚seltene Erkrankungen‘ wurden bislang Tuberkulose, Marfan-Syndrom, Pulmonale Hypertonie und Mukoviszidose definiert und für die ASV vorgesehen.

Wie sind die Regulierungen für die uroonkologische ASV?

Die Konkretisierungen zu den urologischen Tumoren werden aktuell vom zuständigen Unterausschuss des G-BA bearbeitet. Dies soll bis zum Ende des Jahres 2017 abgeschlossen sein. DGU und BDU haben in Gesprächen mit dem G-BA Unterausschuss ihre Vorstellungen eingebracht (siehe Kasten). Zur Festlegung der „schweren Verlaufsform“ von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen sollen ICD-10 Codes, gegebenenfalls in Verbindung mit weiteren, überprüfbaren Kriterien herangezogen werden. Für die teilnehmenden Ärzte definiert der G-BA Qualifikationskriterien, ebenso für die strukturellen und organisatorischen Voraussetzungen beteiligter Praxen und Kliniken. Beispielsweise müssen die Kliniken über eine Intensivstation und ein Notfalllabor verfügen. Die Richtlinie regelt außerdem die Überweisung von Patienten in die ASV und beschreibt den Behandlungsumfang sowie die Anforderungen an die Qualitätssicherung.

Wie ist die Zusammensetzung eines ASV-Teams?

Das ASV-Team wird von einem Facharzt des Krankenhauses oder einer Praxis geleitet. Gemeinsam mit weiteren Ärzten anderer Fachgebiete, die für die Behandlung der jeweiligen Erkrankung notwendig sind, bilden sie das Kernteam, weitere können zusätzlich herangezogen werden, z.B. Psychoonkologen. Erster Ansprechpartner für die Patienten soll die fachärztliche Teamleitung sein, die die Behandlung koordinieren und für die fächerübergreifende Abstimmung der Teammitglieder sorgen soll.

Wie laufen Antragstellung und ASV-Team-Bildung?

Grundvoraussetzung für die Teilnahme an der ASV ist die Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team, bestehend aus niedergelassenen Fachärzten und Klinikern. Das Team besteht aus einer Teamleitung, einem Kernteam und weiteren Ärzten, die bedarfsweise hinzugezogen werden. Steht das Team, muss eine Anzeige zur Teilnahme an der ASV beim erweiterten Landesausschuss (eLA), der aus Ver-

tretern von Ärzteschaft, Krankenkassen und Krankenhäusern besteht, gestellt werden. Dieser prüft, ob die Ärzte die Zugangsvoraussetzungen zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung erfüllen.

Wie erfolgt die Vergütung der ASV-Leistungen?

Der G-BA legt für jedes ASV-Krankheitsbild den so genannten „Behandlungsumfang“ fest und regelt damit, was an ambulanten Leistungen im Rahmen der ASV abgerechnet werden darf. Dazu werden indikationsspezifische, an den EBM angelehnte Kataloge erstellt.

Mittel- bis langfristig soll eine eigene Gebührenordnung für die ASV entwickelt werden. Diese soll diagnoseabhängige Fallpauschalen enthalten („ambulante DRGs“). Das würde bedeuten, dass das gesamte ASV-Team gemeinsam eine Fallpauschale bekäme, die dann aufzuteilen wäre. Die Einzelheiten sollen in Verhandlungen zwischen GKV-Spitzenverband, Deutscher Krankenhausgesellschaft und Kassenärztlicher Bundesvereinigung geklärt werden.

ASV – Die urologischen Kapitel sind in Arbeit

Urologische Tumore als nächstes im Fokus des G-BA

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) onkologischer Erkrankungen erreicht nun auch die Urologie. Nach dem gegenwärtigen Zeitplan des G-BA werden nach den kolorektalen und gynäkologischen Tumorerkrankungen als nächstes die urologischen Tumorentitäten bearbeitet. Bereits für das Ende dieses Jahres ist die Beschlussfassung des G-BA für das uroonkologische Kapitel vorgesehen. Bis dahin muss aber noch einiges getan werden. Die DGU als Fachgesellschaft ist angefragt, mit ihrer Expertise die Ausarbeitung der von ASV-Regelungen für die Urologie zu begleiten. Darüber hinaus liegt es im Interesse der DGU, sich frühzeitig einzubringen, damit auch praktikable Regeln gefunden werden.

Um die Position der DGU auszuarbeiten, wurde eine DGU-Arbeitsgruppe gebildet (Prof. Roigas und Dr. Speck als Vorstandsmitglieder, Geschäftsführer Petersilie, die gesundheitspolitische Sprecherin Frau Engehausen und Roger Zillmann, niedergelassener Urologe aus Berlin). Diese Gruppe führte im April ein erstes vorbereitendes Gespräch mit

Frau Dr. Regine Klakow-Franck vom G-BA, die die Vorsitzende des zuständigen ASV-Unterausschusses ist.

Die DGU-Arbeitsgruppe ASV brachte dabei die Vorstellungen der DGU zum Ausdruck. Folgende Eckpunkte wurden zum Ausdruck gebracht:

1. Schwerwiegende Verläufe im Sinne der ASV bedeutet fortgeschrittene/metastasierte Tumorerkrankungen.
2. Die gesamtheitliche Betrachtung aller uroonkologischen Entitäten in einer ASV-Einheit ist erforderlich.
3. Die Leitung des ASV-Kernteam für urologische Tumore sollte ein Urologe/eine Urologin haben, weitere vertretene Fachgebiete sollten Strahlentherapie, Nuklearmedizin und Onkologie sein.

Es ist noch nicht ganz klar, inwieweit es in Anlehnung an z.B. die Onkologievereinbarung oder die Zertifizierungsregeln

von Prostatakarzinomzentren oder Onkologischen Zentren klare Anforderungen im Sinne von ‚Mindestmengen‘ für die ASV-Teams geben wird. Seitens der DGU wurde die Zahl von 115 behandelten uroonkologischen Patienten im Jahr als realistisch angesehen. Kritik übt die DGU-Vertreter gegenüber dem G-BA an der bürokratischen und aufwändigen Antragstellung; unbedingt muss eine papierlose Antragstellung möglich sein. Eine ASV kann unseren Patienten nur nützen, wenn sie unser aller Ressourcen nicht verschwendet und eine Überregulierung eindeutig vermieden wird; auch dies wurde klar zum Ausdruck gebracht. Die Diskussion mit den Vertretern des G-BA fand in sehr offener und konstruktiver Atmosphäre statt, die Vorstellungen der DGU wurden mit Interesse aufgenommen. Auch der BDU hat bereits mit dem G-BA gesprochen. Weitere Gespräche werden erforderlich sein, gemeinsam mit Vertretern des BDU, um dafür zu sorgen, dass eine ASV wirklich Sinn macht und nicht ein bürokratisches Monstrum wird.

Takeda Pharma Vertrieb GmbH & Co. KG, Jägerstr. 27, 10117 Berlin

Digitaler Sp(r)itzen-service

prostata.de/fachkreise

- ✓ ausgewählte Fachbeiträge
- ✓ informative Videos
- ✓ exklusive Webinare

Aktionsbündnis Patientensicherheit

Als Mitglied des „Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.“ (APS) fördert die DGU die Stärkung der Patientensicherheit in Deutschland.

Patientensicherheit ist heute ein wichtiger Bestandteil der Qualitätssicherung in der Medizin. Unter Mitwirkung der Bundesärztekammer wurde das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. im April 2005 als gemeinnütziger Verein von Vertretern der Gesundheitsberufe, ihrer Verbände und verschiedener Patientenorganisationen gegründet. Der Verein setzt sich für eine sichere Gesundheitsversorgung ein und widmet sich der Erforschung, Entwicklung und Verbreitung von geeigneten Methoden im Gesundheitswesen. Multidisziplinäre Arbeits- und Expertengruppen des Vereins erstellen Anleitungen zur Umsetzung von Sicherheitsstrategien, entwickeln konkrete Projekte, Aktionen und Kampagnen, um ein gemeinsames Netzwerk zur Verbesserung der Patientensicherheit in Deutschland aufzubauen. Die Ergebnisse der verschiedenen Arbeitsgruppen werden als Handlungsempfehlungen, Patienteninformationen und Publikationen herausgebracht, die allen Einrichtungen im deutschen Gesundheitswesen sowie Patienten und deren Angehörigen unentgeltlich zur Verfügung stehen.

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit hat bereits durch eine Fülle von Publikationen auf Fehler und ihre Folgen im Gesundheitsbetrieb hingewiesen. Das wichtigste Instrument zur Verbesserung der Patientensicherheit sei danach das gemeinsame Lernen aus Fehlern. Unter der Überschrift der ‚Gemeinsamkeit‘ hat die rührige Vorsitzende des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e.V., Frau Hedwig Francois-Kettner, angeboten, im Rahmen von DGU-Veranstaltungen über Ihren Verein und die Aktivitäten zu berichten (www.aps-ev.de).

In den Ruhestand verabschiedet:

Karin Radziewski und Elfy Scholten

Elfy Scholten und Karin Radziewski waren beide viele Jahre in der DGU-Geschäftsstelle tätig, Frau Scholten in der Organisation der Akademie und Frau Radziewski als wesentliche Kraft der Buchhaltung.

Karin Radziewski war seit 1998 bei der DGU tätig und hat von Anfang an maßgeblich zum Aufbau der Verwaltungsstrukturen der DGU beigetragen. Seither war sie für Verwaltungstätigkeiten des Schatzmeisters zuständig. Ihre überaus korrekte Arbeitsweise, ihre freundliche und liebenswerte Art und ihr verständnisvoller Umgang mit allen Problemen haben dazu geführt, dass sie von Kollegen, Mitgliedern und allen Vorstandsmitgliedern

über die Jahre hochgeschätzt wurde. 2006 wurde auf dem DGU-Kongress ihre Arbeit mit dem Preis der Präsidenten gewürdigt. Elfy Scholten war seit 2003 bei der DGU und wurde eingestellt, um die Akademie aufzubauen und zu verwalten. Mit großem Engagement und viel Herzblut widmete sich Frau Scholten dieser Aufgabe, die in den Anfangszeiten der Akademie auch den Aufbau der Verwaltung für die CME-Punkte der Akademiemitglieder beinhalten. Dazu übernahm und verantwortete sie die professionelle Organisation der Akademie-Veranstaltungen, so von UroCurriculum und UroAktuell. Mit diesen Jahren nahm die Akademie so immer mehr an Fahrt auf, und die Akademie

war Frau Scholten ‚Baby‘. Im Rahmen von UroAktuell 2017 dankte Prof. Michel als ehemaliger Akademievorsitzender und jetziger DGU-Generalsekretär Frau Scholten sehr herzlich für ihre Arbeit. DGU-Geschäftsführer Frank Petersilie dankte beiden Damen bei einer Abschiedsfeier der Geschäftstellenmitarbeiter für die langjährige gute und vertrauensvolle Zusammenarbeit sowie ihr großes Engagement. Die DGU verliert mit Frau Radziewski und Frau Scholten zwei sehr wertvolle Mitarbeiterinnen, die eine Lücke hinterlassen werden. Die besten Wünsche der großen DGU-Gemeinschaft begleiten beide Damen in den wohlverdienten „Un-Ruhestand“.



Pharmadialog: Kompromisse im AMVSG

Nun ist das „Gesetz zur Stärkung der Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (AMVSG) in Kraft getreten. Es ersetzt und ändert das alte AMNOG (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz) von 2011. Im Rahmen des AMNOG sind über 200 Verfahren zur „frühen Nutzenbewertung neuer Arzneimittel“ vom G-BA durchgeführt worden.

In dieser 2017 zu Ende gehenden Legislaturperiode war unter der großen Koalition die Arzneimittelpolitik von neuer Gesetzgebung verschont geblieben. Der Grund war der andauernde „Pharmadialog“, bei dem 15 Monate lang Vertreter aus den Ministerien, der Wissenschaft, der Wirtschaft und der Pharmaindustrie beraten hatten. Nicht beteiligt waren die Ärzteschaft, die Krankenkassen und auch nicht Experten der Regierungsfractionen im Bundestag.

Dabei ging es im „Pharmadialog“ darum, das bestehende AMNOG-Verfahren auf den Prüfstand zu stellen. Nach Daten der GKV werden Arzneimittel ohne Zusatznutzen fast ebenso häufig wie Arzneimittel mit Zusatznutzen verordnet. Dies legt nahe, dass die G-BA-Beschlüsse in der Verordnungspraxis nicht ankommen. Deshalb wollte das BMG ein Arztinformationssystem entwickeln, in dem die Ergebnisse der Nutzenbewertung „besser und schneller zugänglich“ sein sollten.

Im April 2016 stellte der „Pharmadialog“ seinen Abschlussbericht vor und daraus resultierte der Gesetzentwurf, der nun als AMVSG Realität geworden ist. Daran waren andere Marktbeteiligte dann doch beteiligt, zu erkennen an der Verlängerung des Preismoratoriums und der Erhöhung des Apothekenhonorars. Unzufrieden blieb die Pharmaindustrie, die sich beschwerte, dass von den Abmachungen des „Pharmadialogs“ wenig übrig geblieben sei.

Das AMVSG modifiziert das AMNOG-Verfahren der frühen Nutzenbewertung neuer Medikamente in einigen Punkten. So soll der Zusatznutzen für Arzneimittel in der Pädiatrie zukünftig nicht mehr mit Studien belegt werden müssen, wenn diese Medikamente bereits für Erwachsene zugelassen sind – eine ausgesprochen sinnvolle Änderung.

Auch wurde neu festgelegt, dass in begründeten Einzelfällen auch ohne Nachweis eines Zusatznutzens von der Regel abgewichen werden kann, dass der Erstattungsbetrag sich an der zweckmäßigen Vergleichstherapie orientieren muss.

Die bedeutsamste Änderung ist aber die für Arzneimittelverschreibungen zukünftig zwingend vorgeschriebene Verwendung eines Arzneiinformationssystems (AIS). Dieses soll spätestens drei Monate nach Erlass einer entsprechenden Rechtsverordnung durch das BMG in allen Praxissoftware-

Systemen von Vertragsärzten implementiert sein. Diese Informationssysteme sollen die Wirtschaftlichkeit von Arzneimittelverordnungen verbessern. Damit entsteht ein extrem effektives Steuerungsinstrument für das ärztliche Verschreibungsverhalten im Hinblick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 SGB V). Zu klären sind allerdings noch viele technische und auch finanzielle Fragen, bevor das BMG diese Rechtsverordnung erlassen kann. Ganz sicher wird das AIS nicht nur steuern, sondern auch kontrollieren. Den Interessen der Pharmaindustrie geschuldet ist die Intention, dass das AIS auch über die Verordnungsfähigkeit informieren soll, da gleichwertige Therapiealternativen nicht benachteiligt werden sollen. Eine Darstellung der Arzneimittelbewertung, unterteilt in Subgruppen, Zusatznutzen und Bewertung, wäre hilfreich.

Bei den Arzneipreisen blieb im AMVSG die angekündigte Revolution aus. Es bleibt dabei, dass die Hersteller für das erste Jahr der Zulassung den Preis festsetzen. Danach wird verhandelt. Der Plan, den späteren Erstattungspreis ab einer Umsatzschwelle von 250 Millionen Euro im ersten Jahr rückwirkend geltend zu machen, wurde im parlamentarischen Verfahren fallengelassen. Auch die ursprünglich vorgesehene Vertraulichkeit der Erstattungspreise, auf die die Pharmakonzerne gedrängt hatten, wurde nicht eingeführt. Bedeutsam ist, dass Zytostatika-Ausschreibungen einzelner

Krankenkassen jetzt nicht mehr erlaubt sind. Bereits bestehende Verträge werden damit unwirksam. Bei Arzneimittelrabattverträgen gilt zwischen Zuschlag und Umsetzung künftig eine Frist von sechs Monaten; dadurch soll mehr Planungssicherheit für pharmazeutische Unternehmen geschaffen werden. Bei der Bildung von Festbetragsgruppen und der Bewertung des Zusatznutzens von Antibiotika muss ab sofort die Resistenzsituation für das jeweilige Antibiotikum berücksichtigt werden. Es soll geprüft werden, in welchem Umfang eine schnelle Antibiotikatherapie in der vertragsärztlichen Versorgung eingesetzt werden kann, um den gezielten Einsatz von Antibiotika zu unterstützen. Dazu soll auch der EBM gegebenenfalls angepasst werden. Eine ähnliche Regelung ist für sogenannte ‚companion diagnostics‘ vorgesehen. Darunter versteht man Begleitdiagnostika im Rahmen der personalisierten Medizin.

Für Standardrezepturen und Arzneimittel mit besonders hohem Dokumentationsaufwand wird die Apothekenvergütung steigen und es sollen die gleichen Preisregelungen und Abschläge wie bei Fertigarzneimitteln zur Anwendung kommen. Insgesamt keine Revolution, sondern eine gezielte Nachbesserung des AMNOG, untere Berücksichtigung vieler Partikularinteressen. Für die Ärzte ist das geplante AIS bedeutsam, das sicherlich mehr können wird als nur Informationen anzubieten.

Beispielhafte Darstellung von Arzneimitteln in einem AIS

(hier Homepage der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie, mit freundlicher Genehmigung)

The screenshot shows a webpage titled 'onkopedia guidelines' with a navigation bar. The main content is a drug evaluation for 'Enzalutamid (Xtandi®) vor Docetaxel'. It includes a title, a brief description of the drug's use for metastasized, castration-resistant prostate cancer, and a table with 1 benefit evaluation. The table compares the drug to placebo, showing a benefit in terms of progression-free survival and overall survival.

Akademie / AK-Veranstaltungen Juni – Dezember 2017

Veranstaltungen	Datum	Ort	Veranstaltungen	Datum	Ort
Onkologischer Auffrischkurs für Pflege- u. Ass.-Personal	08.06.2017	Essen	Workshop: Akademische Karriere in der Urologie – Das ABC der Karriereplanung für Akademiker	20.09.2017	Dresden
Fortbildungsmodul: Assistenten für Urol. Kontinenztherapie für Pflege- u. Ass.-Personal	08. – 09.06.2017	Essen	Intensivkurs Uro-Onkologie - Teil 1 (von 3)	29. – 30.09.2017	Bergisch-Gladbach
Onkologischer Auffrischkurs für Pflege- u. Ass.-Personal	16. – 17.06.2017	Rostock	8. Basis-Seminar ‚Vom Beginner zum Gewinner‘	04. – 05.10.2017	Garmisch-Partenkirchen
Webinar UROLOGIE online: Prostatakarzinom	14.06.2017	online	10. Basis-Naht-Workshop ‚Mit Nadel und Faden‘	05.10.2017	Garmisch-Partenkirchen
Fortbildungsmodul: Assistenten für Urol. Kontinenztherapie für Pflege- u. Ass.-Personal	15. – 16.06.2017	Rostock	16. Garmisch-Partenkirchener Assistentenseminar	05. – 08.10.2017	Garmisch-Partenkirchen
Spermiogrammkurs	15.06.2017	Rostock	Webinar UROLOGIE online: Urologische Notfälle	11.10.2017	online
Sonographiekurs I - III	15. – 16.06.2017	Rostock	Intensivkurs Uro-Onkologie – Teil 2 (von 3)	20. – 21.10.2017	Bergisch-Gladbach
Onkologischer Auffrischkurs für Pflege- u. Ass.-personal (i.R.d. Nordkongresses)	16. – 17.06.2017	Rostock	Psychosomatische Urologie (zum Erwerb der Psychosomatischen Grundversorgung) – Teil D	20. – 22.10.2017	Berlin
Pflegekongress (i.R.d. Nordkongresses)	16.06.2017	Rostock	School of TUR	26. – 27.10.2017	Tübingen
44. Laborpraktikum Urinzytologie	20.05.2017	Magdeburg	25. Jahrestagung des AK	02. – 03.11.2017	Dresden
Fortbildungsmodul: Assistenten für Urol. Kontinenztherapie für Pflege- u. Ass.-Personal	20. – 21.06.2017	Frankfurt	Intensivkurs Uro-Onkologie – Teil 3 (von 3)	03. – 04.11.2017	Bergisch-Gladbach
Pflegekongress (i.R.d. SWDGU)	22.06.2017	Frankfurt	UroCurriculum: Kinderurologie		Düsseldorf
Basiskurs 6: Sexualmedizin in der Urologie – Teil C	23. – 24.06.2017	Berlin	Urologie kompakt für Einsteiger	10. – 11.11.2017	Stromberg
6. Barmbeker Endourologisches Symposium	30.06. – 01.07.2017	Hamburg	9. Symposium Urologische Forschung	16. – 18.11.2017	Freiburg
Transsexualität - Transidentität, Geschlechtsdysphorie	30.06. – 01.07.2017	Essen	UroCurriculumKompakt in Berlin	01. – 02.12.2017	Berlin
Psychosomatische Urologie (zum Erwerb der Psychosomatischen Grundversorgung) – Teil C	07. – 09.07.2017	Berlin	School of TUR	07. – 08.12.2017	Tübingen
Webinar UROLOGIE online: Kinderurologie	12.07.2017	online	TRUS und C-TRUS / ANNA mit Biopsie	jeden Mi + Fr nach Absprache	Flensburg
Webinar UROLOGIE online: Peniskarzinom	09.08.2017	online	Führungen im Museum und Archiv der DGU	nach Absprache	Düsseldorf
AKO-Symposium:	08. – 09.09.2017	Rostock	Klinische Hospitationen	nach Absprache	versch.
Webinar UROLOGIE online: Entzündliche Erkrankungen	13.09.2017	online			

Impressum

Verantwortliche Herausgeber:
 Prof. Dr. Oliver Hakenberg
 Prof. Dr. Maurice Stephan Michel
 Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V.
 Uerdinger Str. 64
 40474 Düsseldorf

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

Autoren:
 Franziska Engehausen
 Oliver Hakenberg
 Maurice Stephan Michel
 Fritz Moll
 Sandra Mühlstädt
 Stefanie Schmidt
 Thomas Speck
 Janine Weiberg
 Christian Wülfing

Grafik:
 Barbara Saniter

Druck:
 DBM Druckhaus
 Berlin-Mitte GmbH

Auflage:
 6200 Exemplare

Ausgabe:
 1/ 2017 – Mai