

### EDITORIAL Ein Aufschub, keine Lösung



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

**P**REFERE und kein Ende. Man mag es fast nicht mehr hören, werden viele sagen. Das Thema aber bleibt und es ist wichtiger denn je. Die größte deutsche Krebsstudie bleibt ein schwieriges Dauerthema für uns. PREFERE scheint nun erst mal gerettet; die Entscheidung der Deutschen Krebshilfe und der Kranken, kassen ist im Juni gefallen, die Studie wird trotz bislang schlechter Rekrutierung weiter gefördert, für zunächst zwei Jahre. Damit ist Zeit gewonnen, mehr nicht. Die öffentlichen Bekenntnisse von DGU und BDU, die Werbung, die wir für PREFERE gemacht haben, waren notwendig, um diese Entscheidung der Geldgeber zu bewirken. Es waren aber keine Lippenbekenntnisse. Als

offizielle Fachverbände sind wir fest davon überzeugt, dass das zukünftige Wohl und Wehe der Urologie in Deutschland auch vom Gelingen der PREFERE-Studie abhängt. Die Bedeutung dieser Studie für die Urologie in Deutschland kann gar nicht hoch genug eingeschätzt werden. Wie kein anderes Projekt wird es mit „den Urologen“ identifiziert, und die Politik beobachtet sehr genau, wie wir uns verhalten. Man erwartet schlicht, dass besser rekrutiert wird. Die Schwierigkeiten der Randomisierung sind allen klar, aber es muss möglich sein, mehr als bisher für PREFERE zu tun. Ohne Frage ist es das auch. Jeder kann einen oder vielleicht zwei Patienten im Verlauf der nächsten zwei Jahre einbringen, das wäre schon reichlich. Nur muss es auch jeder machen. Es muss uns allen klar sein, dass wir uns tatsächlich ins Zeug legen müssen, damit wir gemeinschaftlich als Urologen für alle Zeiten nicht den schwarzen Peter behalten werden, dass wir nicht willens waren, ein von allen begrüßtes, gesundheitspolitisches

korrektes Studienprojekt so zu unterstützen, dass es funktionieren konnte. Tatsächlich liegt es an uns, denn niemand sonst hat den Zugang zu den Patienten. Und wissenschaftlich ist die Argumentation der Krebshilfe absolut richtig: Wir wissen nicht, was für das kleine Gleason 6 Prostatakarzinom die beste Therapie ist. Darum ist es wirklich unerlässlich, dass wir uns alle Mühe geben; ob es am Ende 7000 Patienten sein können, muss bezweifelt werden, aber deutlich mehr als die bisherigen 300 müssen es werden. Es hängt für uns Urologen als Fachgruppe viel mehr vom Gelingen von PREFERE ab, als jeder Einzelne glauben mag. Ob die Gesundheitspolitik uns künftig als Fach und Fachgruppe mit Wohlwollen oder verständnislos begegnet, hängt tatsächlich deutlich von diesem von allen wahrgenommenen Projekt PREFERE ab, sei es bei der Musterweiterbildungsordnung, der GOÄ, der ASV und vielem anderen mehr. Wir dürfen den Vertrauensvorsprung, den man der Urologie mit der Finanzierung von PREFERE gegeben hat, nicht verspielen. Jeder Einzelne von uns ist dafür mitverantwortlich.

### INHALT

- 2 PI-RADS-Klassifikation
- 3 Chemohormontherapie beim CRPC  
Zweite Förderphase für PREFERE freigegeben
- 4 Landgericht Göttingen spricht  
Transplantationschirurgen frei  
DGU-Präsident stärkt Präsenz der Kinderurologie im Netz
- 5 Nachrichten des BDU: Streitfall ambulante  
spezialfachärztliche Versorgung  
SpiFa initiiert ersten Fachärztetag in Berlin
- 6 Benignes Prostata Syndrom:  
Nach der Leitlinie ist vor der Leitlinie  
25. Symposium Medizinische Museologie
- 7 Krankenhausstrukturgesetz im  
Bundeskabinett beschlossen  
Historische Miszellen zur Prostatahyperplasie
- 8 Umfrage zur „Jungensprechstunde“  
Übersicht Akademie-Veranstaltungen  
Stellenbörse  
Impressum

## PI-RADS-Klassifikation



Von PD Dr. med. Tobias Franiel, Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie, Universitätsklinikum Jena

**D**ie Magnetresonanztomographie (MRT) der Prostata wird als ergänzendes Verfahren für die Diagnostik des Prostatakarzinoms zunehmend häufiger angewendet. Dabei steht in Deutschland vor allem die Detektion eines Prostatakarzinoms bei Patienten mit vorhergehender negativer Biopsie und/oder auffälligem oder ansteigendem PSA-Wert im Vordergrund. Das Verfahren der Wahl stellt die multiparametrische MRT dar. Diese besteht aus morphologischen hochauflösenden T2-gewichteten (T2w) Sequenzen und den funktionellen Methoden diffusionsgewichtete MRT (DWI), dynamische kontrastmittelgestützte MRT (DCE-MRI) und Protonen-MR-Spektroskopie (1H-MRS) (1, 2). Die multiparametrische MRT sollte als Kombination aus einer morphologisch hoch auflösenden T2w Bildgebung und mindestens zwei weiteren Methoden durchgeführt werden, da diese eine bessere Detektion und Charakterisierung ermöglicht als die Kombination aus T2w und nur einer Methode (3). Während die T2w Bildgebung anatomische Informationen liefert und mit einer hohen Sensitivität ein Karzinom nachweist, erhöht die DWI und die 1H-MRS die Spezifität, während die DCE-MRI wiederum hauptsächlich die Sensitivität erhöht. Für die Durchführung und die standardisierte Befundübermittlung existierten bislang keine einheitlichen Empfehlungen. Um die Qualität von Durchführung und Befundung der MRT der Prostata zu steigern, hatte eine Expertengruppe der European Society of Urogenital Radiology (ESUR) 2012 eine Leitlinie zur MRT der Prostata herausgegeben (4). Neben Empfehlungen zur Indikation und Mindeststandards der MR-Protokolle wurde ein strukturiertes Befundungsschema mit dem Namen „Prostate Imaging – Reporting and Data System“ (PI-RADS) beschrieben.

### PI-RADS Klassifikation Version 1

Das Klassifikationsschema nach PI-RADS basiert auf einer Likert Skala, welche von 1 bis 5 reicht. Ganz allgemein

wird bei der PI-RADS Klassifikation V1 für jede suspekt Läsion und deren Erscheinungsbild in jeder verwendeten MRT Methode ein Punktwert (Score) von 1 bis 5 vergeben. Für jede Läsion wird zusätzlich ein Gesamtscore gebildet, der die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen eines klinisch signifikanten Karzinoms angibt. Im Einzelnen bedeutet ein:

### PI-RADS Klassifikation V1 Scoring Schema

- PI-RADS Score 1: das Vorliegen eines klinisch signifikanten Karzinoms ist sehr unwahrscheinlich
- PI-RADS Score 2: das Vorliegen eines klinisch signifikanten Karzinoms ist unwahrscheinlich
- PI-RADS Score 3: das Vorliegen eines klinisch signifikanten Karzinoms ist fragwürdig (unklarer Befund)
- PI-RADS Score 4: das Vorliegen eines klinisch signifikanten Karzinoms ist wahrscheinlich
- PI-RADS Score 5: das Vorliegen eines klinisch signifikanten Karzinoms ist sehr wahrscheinlich

Da die Bildung des Gesamtscores aus den verwendeten MRT-Methoden anfangs unklar war, wurde vorgeschlagen, aus den einzelnen Punktwerten einen Summscore zu bilden. Dieser reicht von 3 bis 15 Punkten bei Verwendung von drei Methoden und von 4 bis 20 Punkten bei Verwendung von vier Methoden (2). Dieser Summscore wird nach einem festen Schema in den Gesamtscore konvertiert, der unabhängig von der Anzahl der verwendeten Methoden ist und damit einfach kommuniziert werden kann. Für die Befundübermittlung sollte des Weiteren der Ort einer jeder Läsion auf einem standardisierten, graphischen Befundungsschema mit minimal 16, optimal 27 Regionen angegeben werden. Anfangs waren die Kriterien für den Score jeder MRT-Methode nicht allgemein akzeptiert und basierten neben Ergebnissen wissenschaftlicher Veröffentlichungen auf einer Konsensempfehlung von Experten auf dem Gebiet der MRT der Prostata (4). Am weitesten entwickelt und wissenschaftlich sehr gut validiert war die quantitative Evaluation der Spektren der 1H-MRS (5). In den letzten drei Jahren wurde daher intensiv auch an der Evaluation der anderen Methoden und an der PI-RADS V1 Klassifikation im Ganzen gearbeitet.

### Evaluation der PI-RADS V1 Klassifikation

Der Nutzen der PI-RADS Klassifikation V1 konnte bisher in mehreren Studien belegt werden. Im Besonderen konnte gezeigt werden, dass der zusätzliche Einsatz der 1H-MRS keinen diagnostischen Vorteil im Vergleich zu der Kombination aus T2w+DWI+DCE-MRI erzielte (6). Daher beziehen sich die nachfolgend angegebenen Werte ausschließlich auf die Kombination T2w + DWI + DCE-MRI. Prostatakarzinome mit einem Gleason Score  $\geq 3+4$  konnten mit Hilfe des Gesamtscore mit einer diagnostischen Genauigkeit von 0,88 nachgewiesen werden (6). Die Anwendung des Summscores erhöhte die diagnostische Genauigkeit sogar auf 0,90. Bei einem Grenzwert von 9 im Summscore (entspricht einem Gesamtscore von 3 oder höher) betrug in dieser Studie die Sensitivität für den Nachweis des Prostatakarzinoms 96% und die Spezifität 71%. Im Einzelnen entsprach histologisch eine Läsion mit einem PI-RADS Gesamtscore 3 in 15% der Fälle einem Prostatakarzinom und eine Läsion mit einem PI-RADS Gesamtscore 4 in 27% der Fälle einem Prostatakarzinom. Eine Läsion mit einem PI-RADS Gesamtscore 5 war dagegen in 88% der Fälle mit einem Prostatakarzinom vergesellschaftet (7). Läsionen mit einem PI-RADS Gesamtscore 1 oder 2 enthielten in keinem einzigen Fall ein high-risk Prostatakarzinom und nur in 1,3% der Fälle ein moderaterisk Karzinom (8). Die Interreader Variabilität, d.h. wie gut mehrere Radiologen in ihrer Diagnose übereinstimmen, ist bei Verwendung des PI-RADS Score moderat bis gut und verbessert sich auf gute Werte von bis zu  $K = 0,80$  bei ausschließlicher Berücksichtigung von Läsionen mit einem Prostatakarzinom (9). Im Vergleich zur herkömmlichen urologischen Diagnostik (Tastbefund, Serum-PSA-Wert und Prostataavolumen) konnte des Weiteren gezeigt werden, dass sich bei Verwendung der MRT und des PI-RADS Score die diagnostische Genauigkeit für den Nachweis signifikanter Prostatakarzinome von 0,81 auf 0,91 erhöht (8). Dieses Ergebnis war unabhängig von der verwendeten Feldstärke des MRT-Geräts (1,5- oder 3,0-Tesla). Auch das Argument, dass die MRT-Strategie im Vergleich zur TRUS-Strategie teurer ist, konnte widerlegt werden; beide Strategien verursachen in etwa die gleichen Kosten (10). Zusätzlich führt die MRT-Strategie im Vergleich zur TRUS-Strategie zu einer Reduktion der Überdiagnose und Übertherapie von low-risk Prostatakarzinomen.

## PI-RADS-Klassifikation

Fortsetzung von Seite 1

Bei der Evaluation der PI-RADS Klassifikation Version 1 zeigten sich jedoch auch deren Grenzen. Der Umstand, dass die Wichtung der einzelnen Sequenzen für den Gesamtscore unklar bleibt bzw. die Sequenzen im Summenscore mit dem gleichen Gewicht in den Gesamtscore eingehen, wurde in mehreren Studien relativiert. Es konnte gezeigt werden, dass die DCE-MRI die Detektionsgenauigkeit eines Prostatakarzinoms insbesondere in der peripheren Zone erhöht, und die DWI neben der T2w die führende Sequenz in der Transitionalzone war (11). Eine weitere Studie schlussfolgerte, dass ein alleiniger Score der morphologischen T2w Bildgebung für zentral gelegene Läsionen und ein Score der DWI für Läsionen in der peripheren Zone ausreichend sein könnten (12).

### PIRADS Klassifikation Version 2

Die erstmals im Dezember 2014 vorgestellte Klassifikation nach PI-RADS in der Version 2 (PI-RADS V2) ist seit Anfang des Jahres 2015 als pdf Dokument unter dem Link <http://www.acr.org/Quality-Safety/Resources/PIRADS/> abrufbar (13). Diese in Zusammenarbeit von European Society of Urogenital Radiology (ESUR) und American College of Radiology (ACR) entstandene Version nimmt für sich in Anspruch, die Limitationen der 1. Version zu minimieren und eine global akzeptierte Standardisierung zu erreichen. Anders als die PI-RADS V1 liegen für die PI-RADS V2 bisher noch keine Evaluationsergebnisse vor. Genau wie in der 1. Version werden ausschließlich die Bilder der multiparametrischen MRT für die Klassifikation herangezogen. In der Version 2 bleibt die Klassifizierung in PI-RADS 1-5 bestehen. Jedoch wird für die Beurteilung nach PI-RADS die 1H-MRS nicht mehr berücksichtigt. Die Bildung des Summenscores entfällt ebenfalls. Von entscheidender Bedeutung für die Beurteilung der peripheren Zone sind nun die diffusionsgewichteten Bilder (Abbildung 1) und für die Beurteilung der zentralen Drüsenregionen die morphologischen T2w Bilder von entscheidender Bedeutung. Eine erste Evaluation der PI-RADS Klassifikation Version 2 im Vergleich zur Version 1 deutet darauf hin, dass die Version 2 die diagnostische Genauigkeit und die Übereinstimmung der befundenen Radiologen in ihrer Diagnose (Interreader Variabilität) nochmals erhöht.

PI-RADS V2 Scoring Schema für die periphere Zone: führende Sequenz ist die diffusionsgewichtete Bildgebung (DWI)			
Score 1	Alle*	Alle	PI-RADS 1
Score 2	Alle	Alle	PI-RADS 2
Score 3	Alle	-**	PI-RADS 3
Score 4		+***	PI-RADS 4
Score 5	Alle	Alle	PI-RADS 5
*,Alle“ steht für Score 1-5 **,+,“ bedeutet früher fokaler Anstieg der Signalintensitäten in der suspekten Läsion nach der Kontrastmittelgabe ***,-“ bedeutet kein früher Anstieg der Signalintensitäten oder diffuser Anstieg der Signalintensitäten nach der Kontrastmittelgabe, welche mit dem suspekten Befund nicht korrelierenoder fokaler Anstieg der Signalintensitäten, korrespondierend zu typischen BPH-Knoten			

PI-RADS V2 Scoring Schema für die zentralen Drüsenanteile: führende Sequenz ist die morphologische T2w Bildgebung			
TW 1	DW	DCE-MRI	PI-RADS Score
Score 1	Alle*	Alle	PI-RADS 1
Score 2	Alle	Alle	PI-RADS 2
Score 3	1-4	Alle	PI-RADS 3
Score 4	5	Alle	PI-RADS 4
Score 5	Alle	Alle	PI-RADS 5
Alle steht für Score 1-5			

sollte für jede dieser Läsionen mindestens die maximale Ausdehnung angegeben werden. Eine weitere Erneuerung betrifft das Sektorenmodell, welches nun 39 Regionen unterscheidet: 36 für die Prostata, 2 für die Samenblasen und 1 für den externen Sphinkter der Urethra. Für diese Regionen werden statt der Zahlen nun an die Anatomie angelehnte, einfach zu verstehende Abkürzungen verwendet. Erste eigene Ergebnisse deuten darauf hin, dass die diagnostische Genauigkeit bei Verwendung der Version 2 nochmals gesteigert werden kann. Insbesondere kann mit der Version 2 die Anzahl der falsch positiven Befunde reduziert werden. Dies bedeutet, dass im Vergleich zu der Version 1 ein Prostatakarzinom mit weniger Stanzbiopsien nachgewiesen werden kann. Auch die Interreader Variabilität, das heißt die Übereinstimmung der Befunde von zwei Radiologen, konnte in der eigenen Studie bei Verwendung der Version 2 gesteigert werden. Insgesamt hilft die Klassifikation nach PI-RADS Version 2 die Diagnostik nochmals zu verbessern.

### Zusammenfassung

Die PI-RADS Klassifikation basiert auf den Bildern der multiparametrischen MRT und gibt für jede Läsion die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen eines klinisch signifikanten Karzinoms auf einer Skala von 0 bis 5 an. Dabei ist die Kombination aus morphologischer T2w Bildgebung, DWI und DCE-MRI suffizient, ein moderate-/high-risk Prostatakarzinom mit einer diagnostischen Genauigkeit von 0,9 nachzuweisen. Dieser ausgezeichnete Wert wird aber nur erzielt, wenn alle Läsionen mit einem PI-RADS Gesamtscore ≥ 3 gezielt biopsiert werden. Im Vergleich zur herkömmlichen urologischen Diagnostik erhöht die PI-RADS Klassifikation die diagnostische Genauigkeit und zwar unabhängig von der verwendeten Feldstärke 1,5 Tesla (unter Verwendung der Endorektalspule) oder 3,0 Tesla. In der neuen PI-RADS Klassifikation Version 2 sind für die Beurteilung der peripheren Zone nun die DWI und für die Beurteilung der zentralen Drüsenregionen die morphologischen T2w Bilder von entscheidender Bedeutung. Eine erste Evaluation der PI-RADS Klassifikation Version 2 im Vergleich zur Version 1 deutet darauf hin, dass die Version 2 die diagnostische Genauigkeit und die Übereinstimmung der befundenen Radiologen in ihrer Diagnose (Interreader Variabilität) nochmals erhöht.

### Literaturverzeichnis

1. Franiel T. Multiparametric magnetic resonance imaging of the prostate - technique and clinical applications. Fortschr Röntgenstr. 2011;183(7):607-17.
2. Röttke M, Blondin D, Schlemmer HP, Franiel T. PI-RADS-Klassifikation: Strukturiertes Befundungsschema für die MRT der Prostata. Fortschr Röntgenstr. 2013;185(3):253-61.
3. Franiel T, Stephan C, Erbersdobler A, et al. Areas suspicious for prostate cancer: MR-guided biopsy in patients with at least one transrectal US-guided biopsy with a negative finding--multiparametric MR imaging for detection and biopsy planning. Radiology. 2011;259(1):162-72.
4. Barentsz JO, Richenberg J, Clements R, et al. ESUR prostate MR guidelines 2012. Eur Radiol. 2012;22(4):746-57.
5. Futterer JJ, Scheenen TW, Heijmink SW, et al. Standardized threshold approach using three-dimensional proton magnetic resonance spectroscopic imaging in prostate cancer localization of the entire prostate. Invest Radiol. 2007;42(2):116-22.
6. Roethke MC, Kuru TH, Schultze S, et al. Evaluation of the ESUR PI-RADS scoring system for multiparametric MRI of the prostate with targeted MR/TRUS fusion-guided biopsy at 3.0 Tesla. Eur Radiol. 2014;24(2):344-52.
7. Schimmoller L, Quentin M, Arsov C, et al. Predictive power of the ESUR scoring system for prostate cancer diagnosis verified with targeted MR-guided in-bore biopsy. Eur J Radiol. 2014;83(12):2103-8.
8. Thompson JE, Moses D, Shnier R, et al. Multiparametric Magnetic Resonance Imaging Guided Diagnostic Biopsy Detects Significant prostate Cancer and could Reduce Unnecessary Biopsies and Over Detection: A Prospective Study. J Urol. 2014;192(1):67-74.
9. Schimmoller L, Quentin M, Arsov C, et al. Inter-reader agreement of the ESUR score for prostate MRI using in-bore MRI-guided biopsies as the reference standard. Eur Radiol. 2013;23(11):3185-90.
10. de Rooij M, Crienens S, Witjes JA, et al. Cost-effectiveness of magnetic resonance (MR) imaging and MR-guided targeted biopsy versus systematic transrectal ultrasound-guided biopsy in diagnosing prostate cancer: a modelling study from a health care perspective. Eur Urol. 2014;66(3):430-6.
11. Schimmoller L, Quentin M, Arsov C, et al. MR-sequences for prostate cancer diagnostics: validation based on the PI-RADS scoring system and targeted MR-guided in-bore biopsy. Eur Radiol. 2014;24(10):2582-9.
12. Baur AD, Maxeiner A, Franiel T, et al. Evaluation of the prostate imaging reporting and data system for the detection of prostate cancer by the results of targeted biopsy of the prostate. Invest Radiol. 2014;49(6):411-20.
13. American College of Radiology. MR Prostate Imaging Reporting and Data System version 2.0. 2015.

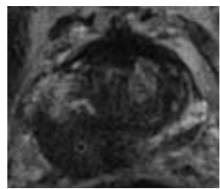


Abbildung 1:

Prostata eines 72-jährigen Patienten mit einem kontinuierlich ansteigenden Serum PSA Wert von aktuell 8,2 ng/ml und einmaliger negativer systematischer TRUS gestützter Biopsie vor 2 Jahren. Die bei 3 Tesla durchgeführte multiparametrische MRT der Prostata detektiert ein hochwahrscheinlich malignes Areal in der rechten peripheren Zone der mittleren Drüse (Stern). Nach der PI-RADS V2 Klassifikation wird dieses Areal mit 5 klassifiziert, da es eine erniedrigte Diffusion aufweist, fokal und größer als 1,5cm ist.



Auf dem morphologischen Bild (a) imponiert das Areal homogen dunkel und zeigt eine eingeschränkte Diffusion auf den diffusionsgewichteten Aufnahmen (b+c). Die dynamischen Bilder nach Kontrastmittelgabe zeigen in diesem Areal eine fokal erhöhte Vaskularisation (d+e) und eine Typ III Kurve (f) mit einem steilen Anstieg und einem starken Abfall der Kurve im weiteren Verlauf. Die gezielte MRT gestützte in-bore Biopsie (g) wies in dem PI-RADS 5 Areal ein Prostatakarzinom mit einem Gleason Score von 4+4 in 70% der Stanzbiopsie nach.

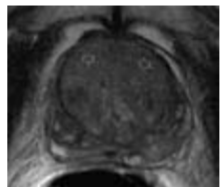
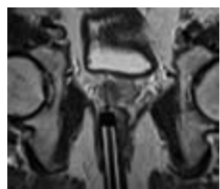
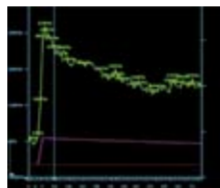
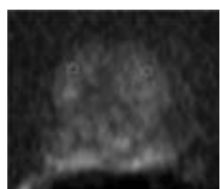
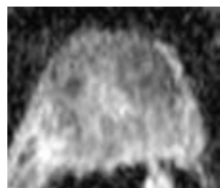


Abbildung 2:

Prostata eines 73-jährigen Patienten mit einem aktuellen Serum PSA Wert von 25ng/ml. In der unmittelbar vorangegangenen systematischen TRUS gestützten Biopsie wurde in einer Probe eine ASAP (atypical small acinar proliferation-atypische mikroazinäre Proliferation) nachgewiesen. Aufgrund der Befunddiskrepanz wurde eine multiparametrische MRT der Prostata durchgeführt. Hier zeigt sich ein hochwahrscheinlich malignes Areal in der anterioren Transitionalzone (Sterne).



Nach der PI-RADS V2 Klassifikation wird dieses Areal mit 5 klassifiziert, da auf dem morphologischen T2w Bild (a) das Areal homogen dunkel (hypointens) und größer als 1,5cm ist. Die anderen Sequenzen spielen in diesem Fall keine Rolle. Jedoch bestätigen die diffusionsgewichteten Aufnahmen (b+c) den Verdacht. Auf den dynamischen Bildern nach Kontrastmittelgabe (d+e) zeigt das anterior gelegene Areal, ähnlich wie die normalen BPH Knoten im posterioren Anteil der Transitionalzone, eine erhöhte Vaskularisation. Die gezielte MRT-gestützte in-bore Biopsie wies in dem PI-RADS 5 Areal, ein Prostatakarzinom mit einem Gleason Score von 4+3, 60%-80% der Stanzzyylinder einnehmend, nach (f).

# Chemohormontherapie beim CRPC

## Kombinierte Chemohormontherapie beim metastasierten hormon-sensitiven Prostatakarzinom: Effektivität und Update der gemeinsamen Stellungnahme des Arbeitskreises Onkologie (AKO) und der Arbeitsgemeinschaft Urologische Onkologie (AUO)



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

Die Standardtherapie beim metastasierten hormon-sensitiven Prostatakarzinom besteht gemäß der aktuellen Leitlinien der EAU und der DGU in der Einleitung einer Androgendeprivation [1, 4]. Die Addition einer Chemotherapie zur Androgendeprivation (ADT) konnte bisher keinen Überlebensvorteil gegenüber der alleinigen ADT zeigen. Auch die prospektiv randomisierte GETUG-AFU 15-Studie, in der erstmalig Docetaxel plus ADT versus ADT allein untersucht wurde, zeigte lediglich einen Vorteil beim progressionsfreien Überleben, jedoch nicht beim Gesamtüberleben [3]. Auch mit dem Update der Überlebensdaten findet sich zwar eine Verlängerung des Gesamtüberlebens zugunsten der Chemohormontherapie von 14,4 Monaten, der aber weiterhin nicht statistisch signifikant ist (s. Tabelle 1, [2]).

### Neue Studiendaten zur Effektivität der Chemohormontherapie

Auf dem Kongress der American Society of Clinical Oncology (ASCO) 2014 wurden erstmals die Ergebnisse der ECOG-E3805 Studie „Chaarted: ChemoHormonal Therapy versus Androgen Ablation Randomized Trial for Extensive Disease in Prostate Cancer“ (NCT00309985) vorgestellt, die aktuell als Vollpublikation im NEJM erschienen sind [7]. In der Chaarted Studie wurde die Androgendeprivation randomisiert gegenüber einer Kombination aus Androgen- deprivation plus maximal sechs Zyklen Chemotherapie mit Docetaxel (75mg/m<sup>2</sup>, 3-wöchentlich) verglichen. Dabei wurden zunächst nur Patienten mit einer hohen Tumormast (s. Tabelle 1) eingeschlossen – nach einem Amendment konnten später auch Patienten mit niedriger Tumormast in die Studie aufgenommen werden. Ähnlich wie in der Stampepe-Studie war der Großteil der Patienten primär metastasiert, nur 27% der Patienten hatten in der Vorgeschichte eine Lokaltherapie der Prostata erhalten. Die Ergebnisse der Studie zeigen einen statistisch signifikanten Vorteil im Hinblick auf das progressionsfreie Überleben und Gesamtüberleben zugunsten der kombinierten Chemohormontherapie (s. Tabelle 1). Dabei findet sich ein Überlebensvorteil von 17 Monaten für Patienten mit einer hohen Tumormast, die außer einer viszeralen Metastasierung auch durch das Vorhandensein von ≥4 ossären Metastasen inkl. einer Metastase außerhalb des knöchernen Beckens/Wirbelsäule definiert sein konnte. In der Subgruppe der Patienten mit niedriger Tumormast wurde das mediane Überleben in beiden Therapiearmen noch nicht erreicht. Neben der Chaarted-Studie im Vorjahr wurden jetzt aktuell auf dem ASCO 2015 die ersten Überlebensdaten der STAMPEPE-Studie vorgestellt [6]. Die STAMPEPE-Studie ist eine Multiarm-Studie, in der verschiedene Therapieregime gegenüber der Androgendeprivation als Standardtherapie verglichen werden. Die Therapie in diesem Kontrollarm bestand aus einer LHRH-Therapie/Orchiektomie +/- Addition

eines Antiandrogen. Eingeschlossen wurden sowohl Patienten mit einem lokal fortgeschrittenen Prostatakarzinom (cT3/4, PSA≥40ng/ml oder Gleason-Score 8-10), Patienten im Progress nach primärer Lokaltherapie (PSA >4ng/ml + PSADT <6 Monate, PSA ≥20ng/ml, N+, M+) oder primär metastasierte Prostatakarzinompatienten (cTx, N+/M+). In einer ersten Auswertung des Kontrollarms lag das mediane Überleben dieser Patienten nach einem mittleren Follow-up von 20 Monaten bei 42.1 Monaten [5]. Als Prognosefaktoren für das Überleben konnten dabei der Allgemeinzustand, Alter, Gleason-Score und die Metastasenlokalisation identifiziert werden. Neben weiteren Therapiearmen wurden aktuell die Ergebnisse zum Vergleich ADT+Docetaxel versus ADT ausgewertet. Hierbei zeigt sich ebenfalls ein Vorteil im Gesamtüberleben zugunsten der Chemohormontherapie im Vergleich zur alleinigen Androgendeprivation von 10 Monaten (77 vs. 67 Monate, HR 0.76(0.63-0.91), p=0.003). In der Subgruppen-Analyse zeigt sich dabei, dass Patienten ohne Fernmetastasen (M0) scheinbar nicht durch die Chemohormontherapie profitieren. Allerdings ist in dieser Subgruppe von Patienten (39% d. P.) das mittlere Überleben noch nicht erreicht. In der Subgruppe der metastasierten Patienten (61% d. P.) liegt der Überlebensvorteil bei 22 Monaten (65 vs. 43 Monate, HR 0.73 (0.59, 0.89), p=0.002). Eine Unterscheidung zwischen Patienten mit niedriger bzw. hoher Metastasenlast bzw. mit/ohne vorherige Lokaltherapie ist dabei nicht erfolgt. Eine erste zusammenfassende Bewertung der Studien auf dem ASCO 2015 erfolgte durch Ian Tannock, der als Diskutant der STAMPEPE-Studie eine Metaanalyse der drei Studien (Chaarted, GETUG-AFU 15 und STAMPEPE) anhand der vorhandenen Hazard-Ratios präsentierte [8]. Hierbei zeigt sich eine relative Risiko-Reduktion im Gesamtüberleben von 26% bei einer Hazard-Ratio von 0.74.

Aufgrund von Unterschieden im Patientenkollektiv (Anzahl eingeschlossener Patienten, medianer PSA-Wert zur Baseline, Tumormast der eingeschlossenen Patienten, Anteil entdifferenzierter Tumore) lassen sich die Ergebnisse der Chaarted-Studie, der STAMPEPE-Studie und der GETUG-AFU 15-Studie nicht direkt miteinander vergleichen. Anhand der vorliegenden Ergebnisse der Chaarted führt die kombinierte Chemohormontherapie bei Patienten mit hoher Tumormast zu einem statistisch signifikanten und klinisch relevanten Überlebensvorteil.

Auch wenn die Evidenzgrundlage für die Definition zur Unterscheidung zwischen niedriger und hoher Tumormast gering ist, so ist der Überlebensvorteil für die Patienten mit hoher Tumormast beeindruckend. Auf der Basis der vorliegenden Studienergebnisse ist eine weitergehende Identifikation von Patienten, die von einer kombinierten Chemohormontherapie profitieren und nicht unter die Definition einer hohen Tumormast fallen, nicht möglich. Ob sich auch für die Patienten mit niedriger Tumormast ein Überlebensvorteil in der Chaarted-Studie zeigen wird, kann erst mit einem längeren Follow-up und Erreichen des medianen Überlebens in den Therapiearmen beurteilt werden.

### Stellungnahme des AKO und der AUO

Basierend auf den Ergebnissen von insgesamt 3 Phase-III Studien besteht eine ausreichende Evidenz, eine Empfehlung zum Nutzen der Chemohormontherapie auszusprechen. Nach erneuter Abstimmung über die Evidenzlage durch die Mitglieder

des AKO und der Vorstandsmitglieder der AUO sollte Patienten mit einem hormonsensitiven, metastasierten Prostatakarzinom eine kombinierte Chemohormontherapie angeboten werden. Dabei profitieren vor allem Patienten mit einer hohen Metastasenlast von der Therapie im Sinne einer Überlebensverlängerung. Gemäß der Patientencharakteristika der Chaarted- und der STAMPEPE-Studie sollten nur Patienten mit einem guten Allgemeinzustand (ECOG 0/1) die Therapie erhalten. Weitere Empfehlungen zur Charakterisierung, welche Patienten von der Therapie am ehesten profitieren, sind aufgrund der Datenlage bislang noch nicht möglich.

Abstimmungsergebnis zur Stellungnahme des AKO (N=29)	
Kann	N=7 (24,14%)
Sollte	N=14 (48,28%)
Soll	N=8 (27,59%)
Keine Empfehlung	N=0 (0,0%)

	Chaarted-Studie N=790				Stamped N=177		GETUG-AFU 15 N=192	
	Low volume	High volume	Gesamt		Gesamt		Gesamt	
	ADT	ADT+D	ADT	ADT+D	ADT (N=592)	ADT+D	ADT N=184	ADT + D
Gleason-Score 8-10			70%	67%			59%	55%
Lokaltherapie in der Vorgeschichte (Prostektomie/Radiatio)			27%		6%		44%	
Primär metastasiertes Pca			77%		61% (davon 85% mit Knochenmetastasen)		71%	
High Volume			63.9%	66.2%	Nicht bekannt		52%	
Anzahl Zyklen Docetaxel (75mg/m2)			6 Zyklen		6 Zyklen		9 Zyklen	
Follow-up			29 Monate		42 Monate		83 Monate	
Medianes Überleben (Monate)	Nicht erreicht	Nicht erreicht	32.2	49.2	67	77	46.5	60.9
HR (95% CI)	0.63 (0.34-1.17)		0.60 (0.45-0.81)		0.61 (0.47-0.80)		0.76 (0.63-0.91)	
p-Wert	P=0.1398		P=0.0006		P=0.0003		P=0.955	
Mediane Zeit bis zur klinischen Progression (Monate)			19.8	32.7	21	37	15.4	23.5
HR (95% CI)			0.49 (0.37-0.65)		0.62 (0.54-0.70)		0.75 (0.59-0.94)	
p-Wert			P<0.0001		P<0.000000001		P=0.015	
Gesamtauswertung			HR: 0.74 (0.60-0.90), p=0.003[8]					

Ergebnisse der Chaarted-Studie, der Stampepe und der GETUG-AFU 15-Studie im Vergleich

### Literaturverzeichnis

1. Interdisziplinäre-Leitlinie-der-Qualität-S3-zur-Früherkennung,-Diagnose-und-Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms. AWMF-Register-Nummer (043-0220L) Version 2.0 – 1. Aktualisierung 2011; www.awmf.org
2. Gravis G, Boher JM, Joly F et al. (2015) Androgen deprivation therapy (ADT) plus docetaxel (D) versus ADT alone for hormone-naïve metastatic prostate cancer (PCa): Long-term analysis of the GETUG-AFU 15 phase III trial. J Clin Oncol 33 (suppl 7; abstr 140)
3. Gravis G, Fizazi K, Joly F et al. (2013) Androgen-deprivation therapy alone or with docetaxel in non-castrate metastatic prostate cancer (GETUG-AFU 15): a randomised, open-label, phase 3 trial. The Lancet. Oncology 14:149-158
4. Heidenreich A, Bastian PJ, Bellmunt J et al. (2014) EAU guidelines on prostate cancer. Part II: Treatment of advanced, relapsing, and castration-resistant prostate cancer. European urology 65:467-479
5. James ND, Spears MR, Clarke NW et al. (2015) Survival with Newly Diagnosed Metastatic Prostate Cancer in the "Docetaxel Era": Data from 917 Patients in the Control Arm of the STAMPEPE Trial (MRC PR08, CRUK/06/019). European urology 67:1028-1038
6. James ND, Sydes MR, Mason M et al. (2015) Docetaxel and/or zoledronic acid for hormone-naïve prostate cancer: First overall survival results from STAMPEPE (NCT00268476). J Clin Oncol 33 (suppl);abstr 5001)
7. Sweeney C, Chen Y, Carducci MA et al. (2014) Impact on overall survival (OS) with chemohormonal therapy versus hormonal therapy for hormone-sensitive newly metastatic prostate cancer (mPrCa): An ECOG-led phase III randomized trial. J Clin Oncol 32:5s (suppl); abstr LBA2)
8. Tannock IF, Amir E (2015) Clinical Trial Design and Chemotherapy Use in Prostate Cancer: Correcting Old Mistakes, Making New Ones. In: ASCO Annual Meeting. J Clin Oncol, Chicago
9. Tannock IF, Amir E (2015) Clinical Trial Design and Chemotherapy Use in Prostate Cancer: Correcting Old Mistakes, Making New Ones. Discussant of abstr. 5001. In: ASCO Annual Meeting. J Clin Oncol, Chicago

## Die Deutsche Krebshilfe und die gesetzlichen Krankenkassen sowie die Privaten Krankenversicherungen haben die zweite Förderphase für PREFERE freigegeben

Dies ist eine wichtige Entscheidung zum Wohle der Patienten. Nur durch derartige Studien kann evidenzbasiert die optimale Behandlung von Prostatakrebs-Patienten gesichert und medizinischer Fortschritt erzielt werden. Wenn wir dieses Projekt erfolgreich abschließen, eröffnen sich möglicherweise neue Förderperspektiven für

die gesamte Medizin, die derzeit überwiegend auf Unterstützung durch die Industrie und in beschränktem Rahmen durch ministerielle und Stiftungsförderungen angewiesen ist. Für uns – und die beteiligten Nachbar-Disziplinen – stellt sich mit der PREFERE-Studie die einmalige Chance, eine wichtige Frage der Urologie zu beantworten. Wir bitten Sie im



Namen der Patienten sehr herzlich um Ihre Unterstützung. Wenn jeder Urologe drei Patienten in die Studie einbringt, ist die Rekrutierung gesichert. Das sollten wir schaffen, wir halten das jedenfalls für eine sehr realistische Möglichkeit. Kontakt: [www.prefere.de](mailto:www.prefere.de) PREFERE Studienzentrale [prefere@prefere.de](mailto:prefere@prefere.de) Tel. 030-3229329-54 / -46.

## Manipulation von Wartelisten bei der Lebertransplantation Landgericht Göttingen spricht Transplantationschirurgen frei



Von Rechtsanwalt  
Frank Petersilie,  
DGU-Geschäftsführer

In seinem Urteil vom 6. Mai 2015 (6 Ks 4/13) hat das Landgericht Göttingen den angeklagten Leiter der Transplantationsmedizin der Universitätsklinik Göttingen in allen Punkten freigesprochen, da strafrechtlich relevantes Verhalten nicht nachgewiesen werden könne. Es ist das erste Urteil im sogenannten Organspendeskandal. In der Manipulation von Patientendaten im Zuge anstehender Lebertransplantationen ist nach Auffassung des Landgerichts kein versuchter Totschlag zu Lasten von besser platzierten Wärtenden, die eigentlich vorrangig Anspruch auf eine Transplantation gehabt hätten, zu sehen. Es fehle dafür an dem auch für versuchten Totschlag erforderlichen konkreten Kausalzusammenhang. Auch eine schwere Körperverletzung mit Todesfolge wegen des Versterbens von drei (zu Unrecht bevorzugt) Transplantierten nach der Operation sei nicht gegeben. Letzteres hatte die Staatsanwaltschaft in drei Fällen angenommen, da nach ihrer Auffassung die Transplantation ohne hinreichenden medizinischen Anlass und ohne Einwilligung erfolgte. Dem folgte das Gericht nicht. Von Interesse in diesem Zusammenhang ist auch, dass das Gericht den vorliegenden Verstoß gegen Richtlinien der BÄK zur Organtransplantation insbesondere deswegen für unbeachtlich hält, weil sie wegen diskriminierender Ausschlussstatbestände (Alkoholiker, fortgeschrittene Krebserkrankung) verfassungsrechtlich nicht haltbar seien. Die veranlasste Datenmanipulation

an sich war zum Zeitpunkt der Tat (2012) noch nicht strafbar. Zwar wurde nachfolgend ein entsprechender Straftatbestand in das Transplantationsgesetz (§ 19) eingefügt. Auf dieser Basis können aber nur Manipulationen bestraft werden, die nach Inkrafttreten des Gesetzes erfolgten. Man kann unterschiedlicher Auffassung darüber sein, ob die Einschätzung des Gerichts zwingend ist, und es gibt durchaus Stimmen in der Strafrechtswissenschaft, die insbesondere den versuchten Totschlag bejahen würden. Das letzte Wort ist hier aber noch nicht gesprochen, da die Staatsanwaltschaft gegen das Urteil des LG Göttingen Revision eingelegt hat. Unstreitig ist aber sicher, dass das Verhalten des Transplantationsmediziners aus medizin-ethischer Sicht inakzeptabel ist. Im Ergebnis wurde nicht nur eine Gesundheitsgefährdung von auf der Warteliste besser platzierten Betroffenen in Kauf genommen, vielmehr wurde das Vertrauen in das gesamte System erschüttert, was sich auch in der rückläufigen Zahl von Organspenden zeigt. Durch die zwischenzeitliche Optimierung des Verfahrens, z.B. weitergehende Überwachungsrechte der Prüfkommision und Festschreibung des Mehraugenprinzips bei der Anmeldung von Wartelisten-Patienten, ist aber das Risiko von Missbrauch für die Zukunft deutlich reduziert worden. Zudem dürfte die Schaffung des Straftatbestands für die Manipulation von Wartelisten abschreckende Wirkung haben. Je nach Revisionsentscheidung des BGH wird sich die Abschreckungswirkung der Strafbarkeit ggfs. noch vergrößern. An dieser Stelle sollte aber auch noch einmal deutlich darauf hingewiesen werden, dass sich kein einziger Manipulationsfall auf die Nierentransplantation bezog. Um so ärgerlicher ist es, dass in der öffentlichen Diskussion meist pauschal von „Organspendeskandal“ gesprochen und im Zuge dessen auch die Nierentransplantation unberechtigt in den Strudel hineingezogen wurde.



### DGU-Präsident stärkt Präsenz der Kinderurologie im Netz:

## „Wir wollen das Internet optimal nutzen!“



Im Interview mit der  
Pressestelle:  
DGU-Präsident Prof.  
Dr. med. Stephan Roth

Herr Prof. Roth,  
Was sagen Sie zum  
Erfolg der Internet-  
Kampagne zum  
Hodenhochstand?

Prof. Roth: Da bin ich selbst ein bisschen überrascht, aber die Zahlen sprechen eine deutliche Sprache und belegen einen sehr großen Erfolg. Aktuelle Auswertungen zeigen, dass wir seit dem Start der Aktion Mitte April bis Mitte Juni 3.551 Sitzungen und 3.181 neue Nutzer sowie 583 Downloads unserer Online-Broschüre zum Hodenhochstand registrieren konnten. In Worten der begleitenden Internet-Profis ergeben diese Zahlen „eine extrem gute Conversions-Rate“, die als eine der wichtigsten Kontrollgrößen für Online-Marketing-Aktivitäten gilt.

Wie entstand die Idee, und wie funktioniert so eine Kampagne?

Prof. Roth: Meine Absicht, die Kinderurologie auch in der Wahrnehmung der Öffentlichkeit zu stärken, ist bekannt. Daraus entstand die Idee, die Zielgruppe möglichst genau ansprechen zu wollen und das bedeutet heute, die modernen Formen der sozialen Interaktion zu nutzen und internetaffine Eltern kleiner Jungen in ihren Lebenswelten abzuholen. Thematisch haben wir für diese Aktion zunächst den Hodenhochstand als eine der häufigsten urologischen Erkrankungen der Jungen, ausgewählt und mithilfe des DGU-Arbeitskreises Kinder- und Jugendurologie sowie der DGU-Pressestelle eine illustrierte Online-Broschüre erstellt, die nun im Internet präsent ist. Suchanfragen in Verbindung mit Hodenhochstand werden mithilfe entsprechender Maßnahmen gezielt auf unsere Broschüre bzw. das Urologenportal gelenkt. Dafür werden etwa das Google-Werbesystem AdWords und Anzeigen bei Facebook genutzt, die auf eine Landingpage führen, auf der die Besucher unsere Broschüre herunterladen können. Unserem Arbeitskreis, namentlich Prof. Anne-Karoline Ebert und Prof. Raimund Stein, danke ich an dieser Stelle nochmals herzlich für die Erstellung der Broschüre.

Springt die DGU nun auf jeden angesagten Zug im Netz?

Prof. Roth: Nein, so ist die Aktion nicht zu verstehen! Aber bei der Öffentlichkeitsarbeit, abhängig von der jeweiligen Ziel-

gruppe, neue Wege zu gehen, ist auch für uns als medizinische Fachgesellschaft ein Muss, und wir können uns durchaus vorstellen, Kampagnen dieser Art auch in der Zukunft einzusetzen, um das Internet optimal zu nutzen. Natürlich sind wir auch in diesem Fall nicht eingleisig gefahren – die Pressemitteilung sozusagen als traditionelles Informations-Instrument wurde bei der Kampagne zum Hodenhochstand ebenso erfolgreich eingesetzt. Zahlreiche Veröffentlichungen, darunter in der Ärzte Zeitung, und Broschüren-Downloads belegen das.

Wie ist das Öffentlichkeits-Konzept in Sachen Kinderurologie insgesamt strukturiert?

Prof. Roth: Ganz klar verfolgen wir das Projekt langfristig und auf verschiedenen Ebenen. So haben wir die Internetpräsenz gerade mit einer zweiten Online-Broschüre zur Phimose erweitert und werden weitere Informationen zu häufigen kinderurologische Erkrankungen folgen lassen. Letztlich werden alle diese Online-Flyer auch in einer klassischen Druck-Broschüre zusammengefasst und zugänglich gemacht. Auf dem kommenden DGU-Kongress werden wir kinderurologische Themen in der Pressekongferenz und den Öffentlichkeitsforen platzieren, und natürlich erhoffen wir uns ebenso eine rege Berichterstattung über die medizinischen Kongressforen zum Thema Kinderurologie. Darüber hinaus versuchen wir bei diesem Thema auch gänzlich Neues: So ist der DGU-Arbeitskreis Kinder- und Jugendurologie gerade dabei, eine App zum Bettnässen zu entwickeln, die eine zielgruppengerichtete Ansprache im Sinne eines „serious games“ leistet und Selbstkontrolle durch spielerisches Erfassen von Parametern wie „Wasser gelassen?“ oder „Getrunken?“ ermöglicht. Und vielleicht finden wir ja sogar über dieses Interview Sponsoren für dieses innovative Projekt ...

Wo liegt Ihre persönliche Motivation für Ihr Engagement?

Prof. Roth: Als DGU-Präsident geht es mir darum, die Kinderurologie als unverzichtbares Teilgebiet unseres Faches auf allen Ebenen zu stärken – und dazu gehört deren öffentliche Wahrnehmung. Als Arzt und Vater sehe ich dabei ganz klar den Benefit für unsere kleinen Patienten, denn gut aufgeklärte Eltern sind sowohl bei akuten Erkrankungen als auch bei der Prävention urologischer Erkrankungen ihrer Kinder sehr wichtig und können die notwendige Gesundheitserziehung leisten. Dies zu fördern, ist wiederum auch erklärtes Ziel unserer Fachgesellschaft.



## Streitfall ambulante spezialfachärztliche Versorgung

### Die Diskussion um die ASV bleibt kontrovers und emotional – der Berufsverband der Deutschen Urologen e.V. hat klare Positionen

#### Rückblick

Seit mehr als zehn Jahren öffnet der Gesetzgeber die Krankenhäuser einseitig für die ambulante Versorgung: nicht etwa zugunsten der Krankenhausärzte, sondern zum Wohl der Krankenträger. Im Wettbewerb zwischen Niedergelassenen und Krankenhäusern hatten letztere stets klare Vorteile. Dies hat der alte § 116b SGB V (ambulante Behandlung am Krankenhaus) gefördert und wird der § 117b (Öffnung der Uniklinik-Ambulanzen) weiter forcieren. Erst mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz 2012 wurde die ASV im § 116b für komplexe und schwer therapierbare Krankheitsbilder, für seltene Erkrankungen und hochspezialisierte Leistungen eingeführt und damit eine neue sektorenverbindende, interdisziplinäre Versorgungsstruktur geschaffen. Dabei bietet die ASV erstmals Chancengleichheit zwischen Krankenhaus-trägern und spezialisierten Fachärzten. In Kombination mit § 115 ff (vor- und nachstationäre Behandlung, ambulante Operieren am Krankenhaus) ergibt sich für niedergelassene Fachärzte die Möglichkeit, den Patienten entlang der Sektoren zu begleiten und die eigene selbstständige Praxisstruktur wirtschaftlich und zukunftsfest zu gestalten. Im Zusammenwirken ambulanter und stationärer Strukturen wird es möglich sein, die Vergütung dem zukommen zu lassen, der die fachärztliche Leistung erbringt.

#### Aktuelles

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat mit der Ausgestaltung der ASV eine wichtige Rolle übernommen und die zeitlichen Abläufe maßgeblich bestimmt. Mit Inkrafttreten des Versorgungsstärkungsgesetzes zum 01. August 2015 wird die ASV in den onkologischen und rheumatischen Krankheitsbildern nicht mehr nur auf die schweren Verlaufsformen eingegrenzt, sondern an dem ursprüng-

lichen Ansatz – komplexe Erkrankungen – festgehalten. Der Gesetzgeber greift jetzt mit dem VSG in die bestehende Rechtslage ein und führt letztendlich aber auch wieder eine Befristung der Verträge 116b alt ein. Die im G-BA entstandene Überbürokratisierung hat die neuen Möglichkeiten der ASV entscheidend behindert. Hier hat der BDU u.a. die unterschiedlichen Richtlinien und Umsetzungen zum Anzeigungsverfahren in den erweiterten Landesausschüssen beanstandet und ein standardisiertes, schlankes Antragsverfahren vom G-BA gefordert.

#### Risiken und Chancen

Trotz dieser Anlaufschwierigkeiten bietet die ASV Möglichkeiten, die Bevorteilung der Krankenträger zu stoppen. Vor diesem Hintergrund war die gemeinsame Intervention von KBV und Deutscher Krankenhausgesellschaft (DKG) zu sehen, die beinhaltet, dass der einseitige Bestandsschutz seitens der Krankenhäuser entfällt und die „schweren Verlaufsformen“ nicht eingeführt werden – so wie es jetzt auch durch das VSG in der ASV initiiert und beschlossen wurde. Die Eingangskriterien eines ASV-Falls werden die gesicherte Diagnose und der interdisziplinäre Behandlungsfall sein, dessen Umfang sich an multimodale Behandlung und z.B. Strahlentherapie richtet. Das Signal an die Politik lautet: Wir lösen unsere Probleme in der Selbstverwaltung selbst! Der Vorwurf, dies beschneide die fachärztliche Grundversorgung, entkräftet das Gesetz selbst: Dort sind die Indikationen bereits festgeschrieben. Den Behandlungsumfang legt der G-BA fest. In der Uro-Onkologie ist die ambulante Versorgung der Krebspatienten in der Regel durch den qualifizierten niedergelassenen Urologen (onkologisch bevollmächtigter Arzt gemäß Onkologievereinbarung und Zusatzbezeichnung medikamentöse Tumortherapie) gegeben. Aber

auch außerhalb urologischer Krankheitsbilder werden Urologinnen/Urologen bei Bedarf als hinzugezogene Konsiliarärzte eingebunden.

#### Vergütung

Die Höhe der Vergütung für Leistungen der ASV wird zwischen der KBV, dem GKV-Spitzenverband und der DKG im sogenannten ergänzten Bewertungsausschuss beschlossen und von den Krankenkassen direkt und zu festen Preisen vergütet. Diese Systematik geht derzeit noch vom EBM aus und berücksichtigt auch nichtärztliche Leistungen wie Sach- und Investitionskosten. Leistungen, die noch nicht im EBM abgebildet sind, werden zwischen dem 1,0- und 1,5-fachen der GOÄ abgerechnet. Mit dieser Maßnahme können auch niedergelassene Fachärzte Innovationen in der ambulanten Versorgung abrechnen und sind auf Augenhöhe mit den Kliniken. Die in der ASV adressierten Krankheitsbilder werden in Zukunft eine hohe Kosten- und Leistungsdynamik verursachen. Daher ist es wichtig, dass zum Schutz der Patienten in der Grundversorgung und der Ärzte, die diese Versorgung übernehmen, diese Krankheitsbilder mit ihrer ganzen Dynamik extrabudgetär vergütet werden und damit das Morbiditätsrisiko auf die Krankenkassen übergeht. Beispielfhaft sei hier die innovative weiterführende Diagnostik und Therapie der urologischen Tumoren genannt. Diese können gemäß Beschlussfassung des G-BA und des ergänzten Bewertungsausschusses nach GOÄ in der ASV abgerechnet werden. Der finanzielle Aufwand bleibt demnach extrabudgetär und damit zulasten der Kostenträger. Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung ist nach Gesetzeslage um die ASV-Leistungen zu bereinigen. Diese Bereinigung darf nicht zulasten des häusärztlichen Vergütungsanteils und der fachärztlichen Grundversorgung gehen (Begründung zum GKV-VStG zu § 116 b, Punkt 13).

Angenehme Lektüre wünscht  
Ihr Axel Schroeder

### GeSRU befragt niedergelassene Urologinnen/Urologen nach Weiterbildungsinteresse und -befähigung

Der BDU unterstützt die Vertragsärzte-Befragung der GeSRU zu Interesse und Zulassung zur ambulanten Weiterbildung im Fachgebiet Urologie. Längst werden nicht mehr alle Weiterbildungsinhalte im Fachgebiet Urologie an den Kliniken angeboten. So ist es erforderlich, dass sich niedergelassene Urologen gemäß ihrer Möglichkeiten an der Weiterbildung zukünftiger Urologen beteiligen. Die Umfrage finden Sie im Urologenportal unter „Fachbesucher“: [www.urologenportal.de](http://www.urologenportal.de)

## SpiFa initiiert ersten Fachärztetag in Berlin

Im Rahmen des Hauptstadt-Kongresses in Berlin am 10.6.2015 gestaltete der neu strukturierte Vorstand des Spitzenverbandes der Fachärzte e.V. (SpiFa) mit Dirk Heinrich (Berufsverband HNO) als Vorsitzendem, Axel Schroeder (BDU) als 2. Vorsitzendem, Christian Albring (Berufsverband der Frauenärzte) und Hans-Friedrich Spies (BDI) den ersten Fachärztetag mit Impulsreferaten zur „Situation und Perspektive medizinischer Versorgung“ (Dirk Heinrich), „Struktur und Wir-



kung eines modernen Spitzenverbandes“ (Lars Lindemann) und „Fachärzte im ärztlichen Verbund“ vom Berliner Ärztekammerpräsidenten Günther Jonitz, bevor Axel Schroeder mit dem Fazit aus diesen Beiträgen zum Podiums-Diskussion „Miteinander statt

Im April gewählt (v.l.n.r.) SpiFa-Vorstände:  
Dr. med. Christian Albring (3. Vors.),  
Dr. med. Hans-Friedrich Spies (4. Vors.),  
2. Vorsitzender Dr. med. Axel Schroeder  
und Dr. med. Dirk Heinrich (1. Vors.)



nebeneinander – Was erwartet die Politik von den Fachärzten“ mit Bundespolitikern und KBV-Vorsitzendem Andreas Gassen unter Moderation von Rolf Koschorrek (HNO-Berufsverband) überleitete. Der Fachärztetag soll als feste und wachsende Konstante in den Hauptstadt-Kongress eingebettet werden, um den mittlerweile 140.000 Fachärzten in 28 Facharztgruppen unter seinem Dach ein Forum zum Austausch mit den anderen Akteuren im Gesundheitswesen zu bieten.

Foto: SpiFa/Schoelzel

Benignes Prostata Syndrom:

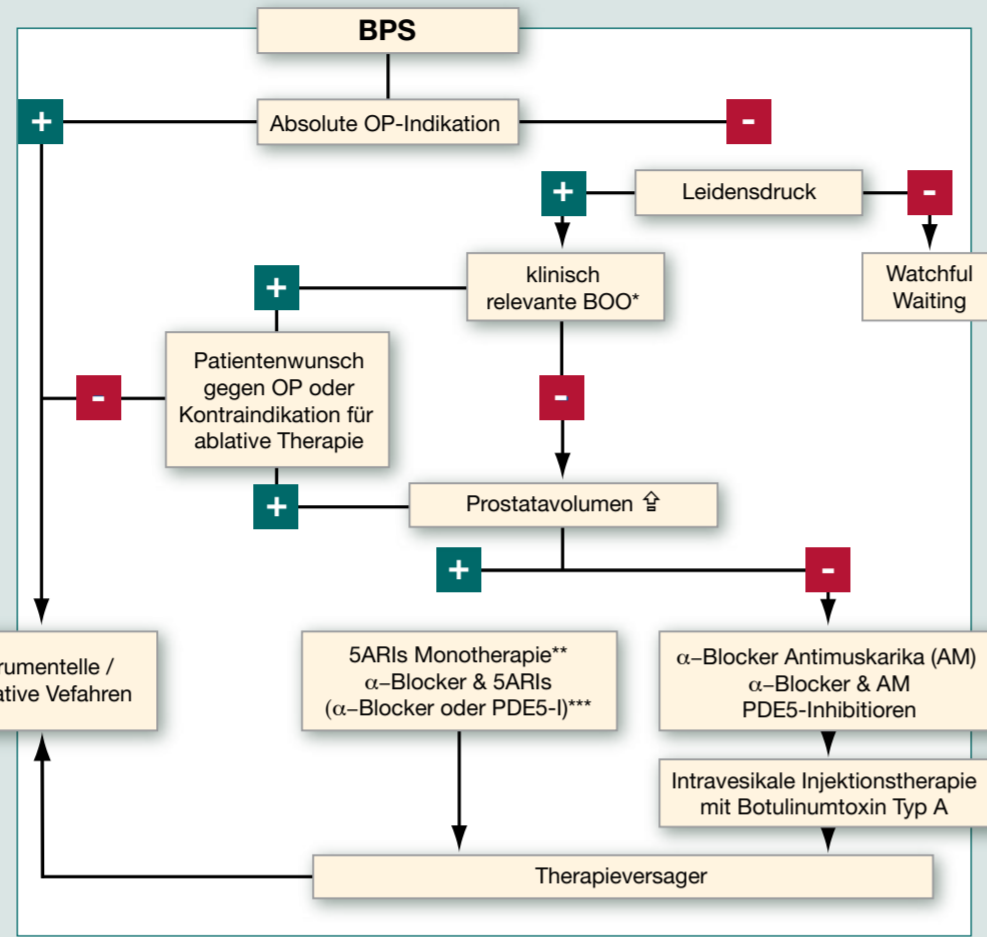
# Nach der Leitlinie ist vor der Leitlinie



Von Prof. Dr. med. Klaus Höfner, Urologische Klinik, Ev. Krankenhaus Oberhausen

Die Arbeit des Arbeitskreises BPS war in den letzten drei Jahren im Wesentlichen durch die Arbeit am Update der Leitlinien zur Therapie des benignen Prostata-Syndroms geprägt. Die Leitlinien beinhalten die Langfassung des Leitlinientextes, eine Evidenzanalyse sowie weitere Evidenzberichte zur TUMT und zum Einfluss verschiedener Therapieoptionen auf die Blasenlass-obstruktion (BOO). Das Update konnte im September 2014 mit einem Umfang von nahezu 700 Seiten erfolgreich abgeschlossen werden und ist unter <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/043-035.html> veröffentlicht. Aktuell wird im Arbeitskreis an der Veröffentlichung zweier Kurzversionen – medikamentöse und instrumentelle/operative Therapie – im Urologen gearbeitet. Welche Erfahrungen bleiben nach drei Jahren intensiver Arbeit? Brauchen wir überhaupt eine „deutsche“ Version von BPS Leitlinien und wenn ja, worin unterscheidet sich diese von internationalen Guidelines von NICE, EAU oder AUA? Die Besonderheit der deutschen Leitlinien besteht eindeutig darin, dass das Ausmaß der BOO im Flowchart der Therapieplanung eine zentrale Rolle spielt. Hier sehen wir die immense berufspolitische Bedeutung, da die Rolle des Urologen mit seiner Kompetenz für die Beurteilung der BOO besonders herausgestellt wird (Abbildung). Diese Tatsache war bereits Teil der Vorgängerversionen der Leitlinien. Im aktuellen Update wird jedoch erstmalig die Evidenz der Aussage mit einer eigenen

Aufarbeitung der Wirkung von verschiedenen Therapieoptionen auf die BOO präzisiert. Bei der Aktualisierung handelt es sich um eine Leitlinie der Klasse S2e. Der Anspruch, evidenzbasiert zu arbeiten, mutiert bei jährlich mehr als 500 publizierten Arbeiten zum BPS, zur Herkulesaufgabe. Der Arbeitskreis hatte deshalb noch vor Beginn der Arbeit am Update der Leitlinien entschieden, professionelle Hilfe vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) in Anspruch zu nehmen. Die Arbeit des Instituts ist zwangsläufig kostenpflichtig, und dankenswerter Weise stellte der Vorstand der DGU die Mittel zur Verfügung. Leider erwies sich die Zusammenarbeit mit dem ÄZQ als problematisch: ständiger Wechsel der Ansprechpartner, Terminverzögerungen, Wechsel der Kostenkalkulation, Dissens über Evidenzkriterien etc.. Als Hauptproblem erwies sich jedoch die „Interpretation“ von Evidenz, die zunächst vom ÄZQ nach eigenen, dort geltenden Kriterien ohne optimale Involvierung der Leitliniengruppe vorgenommen wurde. Erst nach durchaus zäher und zeitaufwändiger Kommunikation mit dem Institut und Überarbeitung des Berichtes durch die Leitliniengruppe war es möglich, die bestehende Datenlage in einer Leitliniengruppen-konformen Weise umzusetzen und einen tragfähigen Kompromiss zu erreichen. Die Literaturlaufarbeitung der bis 2017 gültigen Therapiel Leitlinie endete im August 2012, sodass nach der Leitlinie vor der Leitlinie ist. Der Arbeitskreis hat deshalb begonnen, ein Update der Therapie-Leitlinien unter Berücksichtigung der aktuellen Literatur und eine Neufassung der Diagnostik-Leitlinie des BPS vorzubereiten. Im Bereich der konservativen Therapie ist es vor allem die Behandlung mit Kombinationen aus Alpha-Blockern und Muskarin-



rezeptorantagonisten, PDE-5-Hemmern und deren Kombination mit Alpha-Blockern bzw. 5-alpha-Reduktasehemmern. Auf dem Gebiet der instrumentellen/operativen Therapie sind neben dem zwischenzeitlich geltenden Standard der modifizierten bipolaren TURP und dem Holmium Laser neue beachtenswerte Studien zum Greenlight Laser und neue Daten zum Thulium Laser zu berücksichtigen. In diesem Zusammenhang ist es besonders wichtig, den Einfluss der Fachgesellschaft auf die anstehenden Entscheidungen des gemeinsamen Bundesausschusses 2016 wahrzunehmen, damit die von uns empfohlenen, nicht-medikamentösen instru-

mentellen Therapieverfahren in die uneingeschränkte Erstattungsfähigkeit gelangen. Zu den aktuellen Entwicklungen im Arbeitskreis BPS gehören natürlich auch personelle Veränderungen. Ich habe den Arbeitskreis im April des Jahres gebeten, mich vom Vorsitz des Arbeitskreises zu entlasten. Ich möchte mich bei allen Mitgliedern des Arbeitskreises BPS für die Unterstützung und die hervorragende Zusammenarbeit der letzten Jahre herzlich bedanken. Wir haben mit Professor Thorsten Bach aus Hamburg einen würdigen Nachfolger gefunden, der mit hoher Kompetenz, Erfahrung und Engagement die Arbeit weiterführen wird. Wir wünschen ihm viel Erfolg dabei.

## Große Krankenhausreform, oder Tiger, der als Bettvorleger landet?

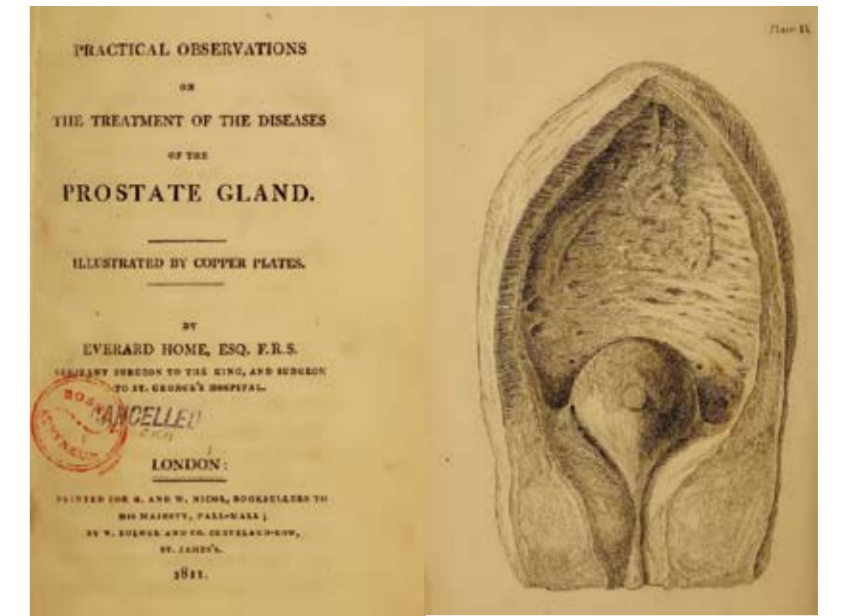
# Krankenhausstrukturgesetz im Bundeskabinett beschlossen



Von Franziska Engehausen, Leiterin des DGU-Hauptstadtbüros

Grundsätzlich könnte man festhalten, dass mit dem vorliegenden Entwurf eines Krankenhausstrukturgesetzes vieles erst einmal so bleibt, wie es bisher war. Und eben hier liegt auch das zentrale Problem: Es wurden keine neuen Perspektiven zur Investitionskostenfinanzierung geschaffen – im Gegenteil, der Investitionskostenrückstau wird damit institutionalisiert. Insoweit bleiben die Themen Verbesserung der IT-Infrastruktur oder Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe den einzelnen Häusern überlassen. Der Strukturfonds von 500 Mio. Euro ist allerdings ein Schritt in die richtige Richtung. Erreicht werden sollen damit der Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von Krankenhausbauorten sowie die Umwidmung von Krankenhäusern in nicht-akutstationäre Versorgungseinrichtungen. Jedoch sind hier die Bedenken groß, dass der Fonds nicht ausgeschöpft werden kann, da die Höhe der Fördermittel vom Investitionsanteil der Länder abhängt. Können die Länder aufgrund der Geldknappheit durch die Schuldenbremse nicht genügend Finanzmittel beisteuern, fällt auch der Fonds weitaus geringer aus. Denn der Bund steuert eben nur so viel bei wie die Länder. Interessant ist hier die Klausel, dass nicht verausgabte Mittel von anderen Bundesländern abgerufen werden können. Doch was ist mit dem neuen Pflegestellenförderprogramm? Insgesamt werden über die kommenden drei Jahre 660 Mio. Euro zur Stärkung der allgemeinen „Pflege am Bett“ bereitgestellt. Hier wird ein großes Problem für alle Kliniken angegangen – die Personalknappheit in der Pflege. Besonders mit dem demographischen Wandel gewinnt das Thema immer mehr an Gewicht und soll mit dem Förderprogramm berücksichtigt werden. Was im ersten Augenblick nach einer Menge Geld klingt, ist für viele nur ein Tropfen auf den heißen Stein. Verschiedenen Berechnungen zufolge resultieren für jede Klinik daraus nur 1 – 3 Pflegestellen – oftmals nicht genug, um die angesammelten Überstunden auszugleichen. Zudem sollen sich die Kliniken mit 10% Eigenanteil an den Pflegestellen beteiligen. Geld, an dem es ohnehin mangelt. Inwiefern das Pflegestellenförderprogramm also wirklich Früchte tragen wird, bleibt abzuwarten. „Qualität ist ein Schlüsselfeld bei der Weiterentwicklung der Versorgung“. Mit diesen Worten wird ein besonderer Schwerpunkt der Reform eingeleitet: Zukünftig sollen bundesweite Qualitätsstandards erarbeitet werden und die Qualitätssicherung als zentrales Instrument zur Bewertung von Krankenhausleistungen dienen. Im gleichen Atemzug werden dabei die Krankenhäuser unter den Generalverdacht gestellt, Qualitätsstandards nicht einzuhalten und rein aus Wirtschaftlichkeitsgründen Operationen durchzuführen. Beispielhaft wird auch in diesem Entwurf das Thema Zweitmeinung erwähnt, dass sich im Versorgungsstrukturgesetz wiederfindet. Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe geht sogar so weit, Zu- und Abschläge für Qualitätsstandards zu vereinbaren. Interessant

ist, dass der MDK, der medizinische Dienst der Krankenkassen beauftragt werden soll, die noch festzulegenden Qualitätsindikatoren vor Ort zu überprüfen. Bund und Länder wollen eine qualitätsorientierte Vergütung in die stationäre Versorgung einführen. Dass keine Mehreinnahmen durch eine rein wirtschaftliche Fallzahlsteigerung erreicht werden dürfen, ist nichts Neues. Dafür soll der Gemeinsame Bundesausschuss bis zum 31.12.2016 einen Katalog von Leistungen erstellen, für deren Erbringung Zuschläge oder Abschläge vorzusehen sind. Die Höhe sowie die nähere Ausgestaltung der Zu- und Abschläge sollen die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren. Krankenhäuser sollen ein Jahr Zeit erhalten, beanstandete Mängel zu beseitigen, bevor sie Abschläge hinnehmen müssen. Der G-BA soll ebenfalls bis zum 31.12.2016 Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität erarbeiten, die die Bundesländer in ihrer Krankenhausplanung nutzen können. Die Länder können jedoch auch eigene Indikatoren verwenden. Wenn Krankenhäuser ihre Leistungen nicht oder nicht ausreichend qualitätsgesichert erbringen, können sie aus dem Krankenhausplan herausgenommen werden. Ebenfalls bis zum 31.12.2016 soll der G-BA vier planbare Leistungen festlegen für die Krankenkassen und Krankenhäuser sogenannte Qualitätsverträge abschließen sollen. Darin soll erprobt werden, inwieweit die Versorgung „durch Vereinbarungen von Anreizen und die Vereinbarung höherwertiger Qualitätsstandards“ optimiert werden kann. Erfreulich ist in diesem Zusammenhang, dass die AWMF in ihrer Stellungnahme zum Gesetzentwurf darauf hinweist, dass der Sachverstand der medizinischen Fachgesellschaften hier einzubinden ist. Anzumerken ist auch, dass gerade in Bezug auf die Qualität medizinische Fachgesellschaften wie die DGU durch das Erstellen von Leitlinien ständig einen entscheidenden Beitrag zur Prozessqualität schaffen. Der Grundtenor der gesetzlichen Eckpunkte deutet darauf hin, dass eine Krankenhauslandschaft angestrebt wird, in welcher Kliniken ihre Daseinsberechtigung erlangen, weil sie etwas Besonderes leisten. Stark gefördert werden beispielsweise Kliniken, die notwendig sind, um eine Versorgung in Wohnortnähe zu gewährleisten. Positiv ist das für Kliniken im ländlichen Raum; kritisch für diejenigen in den Ballungsgebieten. Doch auch hier bedeuten die Beschlüsse nicht, dass solche Kliniken „dem Untergang geweiht“ sind. Denn zukünftig sollen Sicherstellungszuschläge für die Vorkauf von Kapazitäten gezahlt werden, die aufgrund des geringen Versorgungsbedarfs mit den Fallpauschalen nicht kostendeckend finanzierbar, aber zur Versorgung der Bevölkerung notwendig sind. Der Zuschlag wird gewährt, wenn ein entsprechendes Krankenhaus nicht nur in einzelnen Leistungsbereichen, sondern insgesamt Defizite erwirtschaftet. Die Höhe des Sicherstellungszuschlags wird durch die Vertragsparteien vor Ort verhandelt. Zynisch betrachtet besteht die Gefahr, dass die neuen Maßnahmen nur dort eingesetzt oder erprobt werden wo sie machbar oder aus politischen Gründen angezeigt scheinen, aber nicht dort, wo sie notwendig sind. Das könnte dazu führen, dass sowohl die Wirksamkeit als auch die Effizienz nur gering sein werden, aber Ressourcen verbraucht werden, die an anderen Stellen der Versorgung dringend notwendig wären.



Frontispiz sowie Tafel 9 „Mittellappenhypertrophie“ aus dem Werk von Everard Home zur Prostatahyperplasie, Repro Keyn, mit freundlicher Genehmigung. Lange Zeit war das Eponym Homescher Lappen mit dieser Anatomischen Struktur verbunden

## Historische Miszellen zur Prostatahyperplasie



Von DGU-Kurator Dr. med. Friedrich Moll, M. A.

Auch die Prostatahyperplasie entwickelte sich erst relativ spät zu einer als eigenständig wahrgenommenen Erkrankungsentität innerhalb von Medizin und Urologie. Waren zwar Strangurie und Harnsperrigkeit seit dem Altertum bekannte behandlungsbedürftige Befunde, blieben vielfach die genaueren Ursachen unbekannt. „... die Hebräer dagegen setzten ... rotes von Huren gesponnenes Garn“, das sie um den Penis des Kranken wickelten. Auch vertrauten sie auf Läuse, die an die Mündung des Penis gesetzt, Harnröhre und Blase durch ihren Biss dazu anreizen sollten, sich zu entleeren ...“, führt der Journalist Jürgen Thorwald (1915 – 2006) 1994 in seinem Bestseller „Der geplagte Mann“ publikumswirksam an. Trotz einer sehr alten operativen Behandlung der Blasensteine wurde die Rolle der Blasenhalsostraktion durch die Prostatahyperplasie (BPH) als ihre Ursache erst in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts verstanden. Lange wurden sogenannte „carcinomatosen-carnositäten“ als Ursache eines infravesikalen Abflusshindernisses angesehen. Giovanni Morgagni (1682 – 1771) war der erste, welcher die senilen Harnbeschwerden aufgrund anatomischer Untersuchungen einer Vergrößerung der Prostata zuschrieb. Die älteren französischen Autoren wie Jean Louis Petit (1674 – 1750), Francois Chopart (1743 – 1795) und Pierre Joseph Desault (1744 – 1795) beschrieben noch infolge von Syphilis und Gonorrhoe. Die Bedeutung von Seiten- und Mittellappenhypertrophie für die „Blasenhalsostraktion“ und die Folgen für Blase und obere Harnwege erkannte erst 1788 John Hunter (1728-93) und deutete die Veränderungen an der Blasenmuskulatur und den oberen Harnwegen als Folge der Obstruktion. Sein Schwager Everard Home verfasste 1811 das erste Buch über Prostataerkrankungen auf der Basis von Hunters unveröffentlichten Manuskripten. „Practical Observations on the Treatment of the Diseases of the Prostate Gland“ Nicol, London 1811. Louis Auguste Mercier (1811 – 1882), der Namensgeber der Verbindungslinie zwischen den beiden Harnleitern wurde, benutzte 1841 dann den Namen Prostatahypertrophie und betonte die Rolle der feingewebliche Zuordnung („drüsig“-„musculär“) in der Wissenschaft unklar. Mit den Arbeiten von Felix Guyon (1831-1920) und seiner Schule entspann sich dann eine über längere Zeit, bis in das 20. Jahrhundert geführte Diskussion über die Atherosklerose als eigentliche Ursache. Guyon führte dann auch die Einteilung in drei klinische Stadien in die Literatur ein, die bereits um 1900 fest etabliert war und Einzug in die entsprechenden Lehrbücher u. a. von Anton Ritter von Frisch (1849 – 1917), Leopold Casper (1859 – 1959) oder Berthold Goldberg (1867 – 1926) fanden. Auch in dem nach dem zweiten Weltkrieg von C. E. Alken (1909 – 1986) bei Thieme in Stuttgart neu herausgegebenen Taschenlehrbuch „Leitfaden der Urologie“ taucht diese Einteilung auf, wobei der Name des Erstbeschreibers verblasst. Daher wird heute vielfach diese Einteilung in drei Stadien im deutschsprachigen Raum mit dem Namen Alkens, der sich wissenschaftlich mit dem Thema der Prostatahyperplasie in den 1950er- 1960er Jahren beschäftigte, in Zusammenhang gebracht.

## 25. Symposium Medizinische Museologie im Museum der DGU in Düsseldorf 17. – 19.7.2015

Im Museum, Bibliothek und Archiv zur Geschichte der Urologie in Düsseldorf fand zwischen dem 17. bis 19. Juli 2015 das 25. Symposium „Medizinische Museologie“, das als das wichtigste deutschsprachige Forum im Fachgebiet der medizinischen Museologie gilt, statt. Unter dem Gesichtspunkt „Museum-Sammlung-Sammler“ wurden vielfältige Themen beleuchtet. Hinter jedem Objekt in der Dauerausstellung oder der thematischen Ausstellung auf den Jahreskongressen der DGU und im Museum verbirgt sich nämlich eine Geschichte. Diese Geschichten haben nicht nur mit der historischen Bedeutung der Objekte zu tun, sondern auch und vor allem mit der Art und Weise, wie sie in das Museum gelangten, wobei der Sammler und Spender in den Mittelpunkt rückt. Die Veranstaltung verdeutlichte die hohe Wertschätzung, die die Fachkollegen der deutschsprachigen medizinischen Museologie dem Museum und den Sammlungen der Deutschen Gesellschaft für Urologie entgegenbringen. Die Vortragenden Kollegen von verschiedenen deutschen Einrichtungen sowie aus der Schweiz und Belgien stellten ihre neuen Projekte oder ihre Sammlungen vor, werteten vergangene und laufende Ausstellungen aus,

berichteten von ihren Erfahrungen bei der Inventarisierung und wissenschaftlichen Erschließung ihrer Sammlungen und beleuchteten museologische Fragen bis hin zur Qualitätssicherung. Museologie umfasst also mehr als nur das Geschehen im Museum. Neben dem theoretischen Bereich stehen die Museographie für alle praktischen Aspekte und die Expographie für alle mit der Ausstellung zusammenhängenden Probleme. Der praktische Teil des Programms in Düsseldorf und Köln umfasste Besuche weiterer Museen und Einrichtungen wie dem Friedhof Melaten oder der Sonder-Ausstellung im Römisch Germanischen Museum in Köln „Medicus – Der Arzt im römischen Köln“, die vom 12. Juni bis 2. November neben bedeutenden Exponaten der Antike zum Vergleich ein Steinschnittbesteck des Museums der DGU sowie ein OP-Besteck als Leihgabe präsentiert.



Museum, Bibliothek und Archiv, Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V. Urologie Dr. G. Alken, Düsseldorf, Medizin von yphidat. Anfertigung unter: www.museologie.de, www.museologie.org/medmuseum/dgu

UMFRAGE

# Was halten Sie von der „Jungensprechstunde“, die derzeit von DGU und BDU etabliert wird?

**Dr. med. Cord-Marten Junghans, niedergelassener Urologe aus Burgdorf**

„Meine Erfahrung aus 21-jähriger Praxistätigkeit zeigt in meinem Praxiseumfeld einen eher geringen Bedarf an einem solchen speziellen Angebot. Die Idee ist sicherlich gut, die Resonanz beurteile ich prospektiv jedoch zurückhaltend. Da wir im Bereich Hannover Fortbildungen u.a. in unserer Urologengenosenschaft Hannover anbieten und koordinieren, werde ich dieses Thema im Rahmen unserer nächsten Vorstands-/ Aufsichtsratssitzung gerne einmal ansprechen.“

sind entsprechend zu fokussieren. Die Grenzen zu anderen Fachgebieten, wie Pädiatrie, Dermatologie, Endokrinologie etc., sind fließend und sollten entsprechend definiert werden. Für meine Praxis kann ich es mir im Augenblick noch nicht vorstellen, da ich in meinem Einzugsgebiet unterdurchschnittlich wenige 20 - 40-jährige Patienten habe, aber natürlich kann bei einem entsprechenden Angebot/Werbung dies durchaus eine zweite Erwägung wert sein. Zu klären wäre dann natürlich auch die Frage nach der Kostenübernahme der Jungensprechstunde.“

die über sexuell übertragbare Infektionen informiert und in diesem Jahr in Bonn Station gemacht hat. Gerne bin ich an einer Fortbildung interessiert und gerne aktiv dabei. Prima, dass BDU und DGU dies auf den Weg bringen.“



**Dr. med. Steffen Baumann, niedergelassener Urologe aus Leipzig**

„Grundsätzlich ist eine Jungensprechstunde durchaus positiv zu sehen, allerdings bedarf es da erstens der Klärung, um welchen Altersbereich es wirklich gehen soll - Pubertät, junger Erwachsener oder junger Berufstätiger. Die Ansprüche sind da doch recht unterschiedlich und Weiterbildungen



**Dr. med. Sigrid Tapken, niedergelassene Fachärztin für Urologie in Bonn**

„Ich halte viel von einer Jungensprechstunde, führe diese bereits durch, wenn Jungs auf urologische Fragen aufmerksam werden, ich halte Vorträge an Berufsorientierungstagen in Schulen oder bei der mobilen Ausstellung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ‚Große Freiheit‘,



**Dr. med. Frank E. Zemke, Facharzt für Urologie im Gesundheitszentrum in Berlin**

„Ich bin davon überzeugt, dass in jüngeren Gemeinschaftspraxen das Modell einer ‚Jungensprechstunde‘ durchaus erfolgreich sein könnte, wenn man ein vernünftiges, attraktives inhaltliches Konzept dafür hat. Mein Interesse, dies in den letzten Jahren meiner beruflichen Praxis interessiert zu verfolgen, ist, wie bei Vielen in den vergangenen Jahrzehnten, groß und ich habe meine Schwerpunkte auch gesetzt. Natürlich nimmt die medikamentöse Tumorthherapie einen besonderen Platz ein, und auch für das Thema ‚Männergesundheit‘ habe ich mich u.a. engagiert. In meiner Praxis werde ich die ‚Jungensprechstunde‘ allerdings ganz sicher nicht mehr anbieten.



**Dr. med. Matthias Bauermeister, niedergelassener Facharzt für Urologie in Pinneberg**

„Die Etablierung des Urologen in der Öffentlichkeit als medizinischen Experten und vertrauten Ansprechpartner von Jungen gerade in der Pubertät halte ich für sehr sinnvoll. Die Jungensprechstunde bietet die Chance, die Schamgrenze von männlichen Teenagern, intime Dinge mit einem Arzt zu besprechen, zu senken. Zudem eröffnet sie die Möglichkeit, auch über Probleme, wie ersten Sex, vorzeitigen Samenerguss, Vorhautverengung oder Alkohol und Drogen, offen zu reden. Männergesundheit beginnt nämlich bei der Jungengesundheit! Dies beinhaltet auch die Hoffnung, dass diese Jungen in späteren Jahren als Männer zur Krebsfrüherkennungsuntersuchung zum Urologen kommen. Als Vorsitzender des Netzwerk Urologie Schleswig-Holstein Süd (NUSS) werde ich dieses in unserer Urologenvereinigung zum Thema machen. Aktuelle Fortbildungen halte ich in diesem Bereich für sinnvoll.“

STELLENBÖRSE

Die Elbe Kliniken suchen Sie als **Fachärztin/Facharzt für Urologie oder Oberärztin/Oberarzt** für Urologie zum nächstmöglichen Termin, als Verstärkung im Team der Klinik für Urologie. Ihr Profil: Sie sind Facharzt für Urologie, wünschenswert mit Zusatzweiterbildung wie Medikamentöse Tumorthherapie und/ oder Andrologie, Fachkunde Strahlenschutz. Sie sind motiviert, ein Teil eines tollen Teams zu werden. Dann freuen wir uns über Ihre Bewerbung! Elbe Kliniken Stade-Buxtehude GmbH, Bereich Personal, Bremervörder Str. 111 21682 Stade, E-Mail: [personalservice@elbekliniken.de](mailto:personalservice@elbekliniken.de)

Ich suche eine **Urologin/ einen Urologen** zu sofort oder später für Anstellung. KV Sitz vorhanden. Späterer Einstieg/Übernahme möglich. Erfahrung in Praxis von Vorteil, großer P-Anteil. Kontakt: [Dr.woeste@gmx.de](mailto:Dr.woeste@gmx.de)

Für unsere Urologische Klinik im Klinikum am Steinenberg suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt mit 50% der tariflichen Arbeitszeit einen **Facharzt (m/w) oder Assistenzarzt (m/w)** (in fortgeschrittener Weiterbildung) befristet für die Restdauer der Weiterbildung. Ausführliche Informationen finden Sie auf unserer Homepage unter ‚Beruf & Karriere‘. Bei Fragen steht Ihnen unser Chefarzt Dr. Schwaibold unter der Telefonnummer 07121/200-3610 gerne zur Verfügung. Kreiskliniken Reutlingen GmbH – Serviceabteilung Personal, Steinenbergstraße 31 72764 Reutlingen, E-Mail: [karriere@kreiskliniken-reutlingen.de](mailto:karriere@kreiskliniken-reutlingen.de)

## Akademie Veranstaltungen 2015

	Art der VA (Akademie, Arbeitskreise etc.)	Veranstaltungen	Datum	Ort
09 / 2015	AuF-Workshop	Clinical Outcome Research – Statistik von der Datenbank zur Publikation	17.-19.09.2015	Dortmund
	AK Onkologie	Intensivkurs Uro-Onkologie – Teil 1 (von 3)	18.-19.09.2015	Nettetal
	DGU-Kongress	67. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie	23.-26.09.2015	Hamburg
10 / 2015	Klinischer Hands-On-Kurs der Akademie UroSkills	TUR-P / TUR-B, PDD	19.-20.10.2015	Hannover
	Klinischer Hands-On-Kurs der Akademie UroSkills	PNL und MiniPNL	22.-23.10.2015	Tübingen
11 / 2015	UroCurriculum	Prostatakarzinom II (Rezidiv, Bildgebung, Hormon-, Chemo-, Schmerztherapie, Palliation, Supportion, Psychosomatik)	13.-14.11.2015	Leipzig
	JuniorAkademie	Urologie kompakt für Einsteiger	11.-15.11.2015	Stromberg
	Arbeitskreis Nierentransplantation	23. Jahrestagung des Arbeitskreises	12.-13.11.2015	Homburg/Saar
	AK Onkologie	Intensivkurs Uro-Onkologie - Teil 2 (von 3)	13.-14.11.2015	Nettetal
	AuF	7. Symposium Urologische Forschung der DGU	19.-21.11.2015	Dresden
	AK Psychosomatische Urologie und Sexualmedizin	Akademie-Kombinationskurs Psychosomatik Teil III	27.-29.11.2015	Düsseldorf
	Arbeitskreis Urologische Funktionsdiagnostik u. Urologie der Frau	27. Kongress der Deutschen Kontinenz Gesellschaft und 81. Seminar des AK	27.-28.11.2015	München
	AK Onkologie	AKO Symposium	27.-28.11.2015	München
	12 / 2015	AuF-Workshop:	Skills for Medical Writing - Successful scientific Publishing	04.-05.12.2015
	AK Onkologie	Intensivkurs Uro-Onkologie - Teil 3 (von 3)	11.-12.12.2015	Nettetal
	AK Urinzytologie und uringebundene Marker	Seminar des AK: Urinzytologie in Praxis und Klinik	05.12.2015	Düren
nach Absprache	AK Bildgebende Systeme (Ständiges Angebot)	TRUS und C-TRUS / ANNA mit Biopsie	jeden Mi + Fr	Flensburg
	AK Geschichte der Urologie (Ständiges Angebot)	Führungen im Museum und Archiv der DGU		Düsseldorf
	AK Operative Techniken	Klinische Hospitationen		(siehe Flyer) verschiedene

## Impressum

**UROlogisch!**  
**Verantwortliche Herausgeber:**  
 Prof. Dr. Oliver Hakenberg  
 Prof. Dr. Sabine Kliesch  
 Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V.  
 Uerdinger Str. 64  
 40474 Düsseldorf  
**Redaktion:**  
 Franziska Engehausen  
 Sabine M. Glimm  
 Bettina-C. Wahlers  
**Autoren:**  
 Wolfgang Bühmann  
 Franziska Engehausen  
 Tobias Franiel  
 Oliver Hakenberg  
 Klaus Höfner  
 Friedrich Moll  
 Carsten H. Ohlmann  
 Frank Petersilie  
 Stephan Roth  
 Axel Schroeder  
**Grafik:** Barbara Saniter  
**Druck:** DBM Druckhaus Berlin-Mitte GmbH  
**Auflage:** 7300 Exemplare  
**Erscheinungsweise:** vierteljährlich  
**Ausgabe:** 2 / 2015 – Juli