

EDITORIAL Meinung oder Evidenz?



Von Prof. Dr. Oliver Hakenberg, DGU-Generalsekretär

Das Deutsche Ärzteblatt ist immer bemüht, kontroverse Themen auf den Punkt zu bringen. Unter dem Titel „Seriose Forschung oder wissenschaftlicher Müll“ (DÄ 113, 19, 766-767, 2016) wird die umstrittene medizinische Promotion thematisiert, als leuchtendes Vorbild soll der Studiengang in Lübeck dienen. Geschrieben wurde der Beitrag von den verantwortlichen Protagonisten aus Lübeck selbst. Dort sei die Promotion in den Studiengang integriert, Doktoranden und Wissenschaftler würden „Hand in Hand“ arbeiten und 60% der Doktorarbeiten würden publiziert.

Dies klingt schön, ignoriert aber, dass viele Fakultäten ähnliche und zum Teil strengere Kriterien anlegen, ohne deshalb zu glauben, dass alles Gold wäre, was glänzt.

In der gleichen Ausgabe, aber unter anderem Titel, wurden die Ergebnisse der „HAROW-Studie“ im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht (DÄ 113, 19, 329-336, 2016). Die Autoren sparen nicht mit Eigenlob – „die erste deutsche Versorgungsstudie zum Prostatakarzinom“. Was kam bei dieser von GAZPROM finanzierten Studie nun tatsächlich heraus?

Das erste Ergebnis: Die deutschen Urologen sind in der Lage, richtige Indikationen bezüglich der vier Optionen zur Therapie des Niedrig-Risiko-Prostatakarzinoms zu stellen! Das ist überaus beruhigend, wusste man aber eigentlich schon, wenn man nicht die niedergelassenen Urologen für dumm hält. Zweites Ergebnis: Die Lebensqualität bei den vier Optionen unterscheidet sich nach

Ablauf des ersten Jahres nicht signifikant. Das wiederum mag überraschen, zumal das Augenmerk der Studienleiter ja auf der Förderung der Active Surveillance lag.

Diese Absicht kommt dann aber doch sehr deutlich zum Ausdruck, wenn die Autoren konstatieren, es ließe sich eine Übertherapie bei den radikal operierten oder bestrahlten Männern feststellen. Wie das? Die Nachbeobachtungszeit ist dermaßen kurz, dass zum onkologischen Outcome ja nichts zu sagen ist (und auch nicht gesagt wird), gleichzeitig wird aber festgestellt, dass die Lebensqualität die gleiche sei. Also wieso Übertherapie? Wer will das sagen, außer man hat eine vorgefasste Meinung. Man sollte also die bisherigen Ergebnisse dieser Studie nicht mit Vorurteilen überinterpretieren. Hoffentlich wird die Nachbeobachtung fortgeführt, und nach weiteren zehn Jahren ist dann vielleicht eine sinnvolle Aussage zur Frage der Übertherapie möglich.

INHALT

- 2 Fallpauschalensystem in deutschen Krankenhäusern
Innovation ohne Finanzierungsanreize?
- 3 110 Jahre DGU
Gesetzentwurf zum Transplantationsregister
- 4 Was bedeutet das E-Health-Gesetz?
S3-Leitlinie zum Nierenzellkarzinom
- 5 Nachrichten des BDU
Facharzt 2020
- 6 UroCurriculum Urindiagnostik
E-Health-Lösungen
Röntgendiagnostik in der Urologie
- 7 Gesetz gegen Korruption
10 Jahre Zweitmeinungsprojekt Hodentumor
„Medicines Patent Pool“
- 8 Entscheidungshilfe Prostatakrebs im Praxistest
Akademie Veranstaltungen
Stellenbörse / Impressum



Was wird uns der Innovationsfonds bringen?



Von Franziska Engehausen, Leiterin des DGU-Hauptstadtbüros

In den letzten Wochen wurden wesentliche Kraftanstrengungen unternommen, um arbeitsfähige Gremien rund um den Innovationsfonds zu schaffen. Entstanden sind ein Innovationsausschuss und ein Expertenbeirat sowie eine Geschäftsstelle. Die operativen Abläufe soll, warum auch immer, das Deutsche Zentrum für Luft- und Raumfahrt (DLR) als Projektträger sicherstellen. Der Innovationsfonds wird gemäß dem Willen des Gesetzgebers mit einem Volumen von 300 Mio. EUR jährlich für die Jahre 2016 bis 2019 ausgestattet werden. Für Projekte zu innovativen sektorenübergreifenden Versorgungsformen, vornehmlich Prozessinnovationen, sollen pro Jahr 225 Mio. EUR zur Verfügung gestellt werden, die restlichen 75 Mio. EUR sollen der Versorgungsforschung zugutekommen. Ziel ist es, das schwerfällige deutsche Gesundheitssystem in Bewegung zu bringen und innovative Projekte in die Regelversorgung zu überführen. Das deutsche Gesundheitssystem zählt zwar zu den leistungsfähigsten weltweit, doch aufgrund seiner starken Trennung zwischen ambulanten und stationärem Sektor sowie der Separierung der Kostenträger, die für Krankenversicherung, Pflege, Reha und andere sozialstaatliche Leistungen aufkommen, bedarf es struktureller Veränderungen, um den aktuellen Herausforderungen gerecht zu werden. Insbesondere das Versorgungsmanagement chronisch und multimorbid kranker Menschen mit einem wachsenden Anteil an Hochbetagten stellt eine große Herausforderung dar.

Erste Förderbescheide im Oktober 2016

Anfang April wurde die Bekanntmachung für die erste Förderwelle im Innovationsausschuss konsentiert. Dieser Entwurf ging an den Expertenbeirat, der dann drei Wochen Zeit zur Stellungnahme hatte. Die Ausschreibungsfrist beträgt voraussichtlich drei Monate. Nach deren Ablauf folgt eine sechswöchige Begutachtungsphase beim Expertenbeirat. Anschließend hat der Innovationsausschuss eine Förderentscheidung zu treffen. Dies würde bedeutend, dass im Oktober 2016 die ersten Förderbescheide ergehen könnten. Das Themenspektrum der Förderschwerpunkte in Bezug auf Versorgungsformen reicht von Versorgungsmodellen in strukturschwachen Gebieten über Modellprojekte zur

Arzneimitteltherapie, Versorgung unter Nutzung von Telemedizin bis zu Modellen für spezielle Patientengruppen. Bei der Versorgungsforschung geht es z.B. um die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung und Patientensicherheit, die Verbesserung von Instrumenten zur Messung von Lebensqualität, innovative Konzepte zur patientenorientierten Pflege. Darüber hinaus sollen Projekte gefördert werden, die den Fokus auf Ursachen, Umfang und Auswirkungen administrativer und bürokratischer Anforderungen im Gesundheitswesen auf die Patientenversorgung haben, oder solche, die sich mit dem Einsatz und der Verknüpfung von Routinedaten zur Verbesserung der Versorgung beschäftigen.

Überlegungen, wer gemeinsam mit wem einen Förderantrag stellen kann, sind inzwischen in jeder denkbaren Konstellation angestellt worden. Fakt ist, dass nach den gesetzlichen Vorgaben in der Regel eine Krankenkasse dabei sein sollte. Danach wird es bei der Antragstellung knifflig: Die Entwicklung innovativer Versorgungsansätze erfordert in der Regel die Zusammenarbeit mit externen Partnern. Deshalb ist davon auszugehen, dass die erfolgreichen Anträge von Konsortien gestellt werden. Empfehlenswert ist allemal, dass alle Projektbeteiligten auch Antragsteller sind.

Noch nicht in trockenen Tüchern ist dagegen die Frage der vergaberechtlichen Regelungen. Krankenkassen sind öffentliche Auftraggeber und damit verpflichtet, Aufträge in vielen Fällen auszuschreiben. Nun bleibt offen, ob ein Projekt unter Beteiligung einer Krankenkasse europaweit ausgeschrieben werden muss und ob es dann in der Realität kompatibel mit dem überaus ambitionierten Förderplan des Innovationsausschusses ist.

Der Kampf um die Gelder hat begonnen

Seit Bekanntmachung des Innovationsfonds werden Antragsskizzen zusammengestellt. Von Seiten des G-BA wurde bisher vor allem für eine Konzentration auf größere Projekte plädiert, um aufgrund größerer Zahlen eine belastbare Evidenz zu erhalten. Im Bereich der Versorgungsforschung könnte es nach Aussagen des G-BA schwierig werden, die für 2016 vorgesehenen 75 Mio. EUR zu binden, da die



bisher vorgelegten Vorhaben sich eher in kleinerem finanziellen Rahmen bewegen. Aufgrund dieser scheinbaren Entwicklung ist es laut Prof. Hecken (GBA) denkbar, dass aus dem Versorgungsforschungstopf im ersten Jahr auch die Evaluationen zu den Projekten aus dem Bereich der neuen Versorgungsformen finanziert werden.

Dass nahezu jede Krankenkasse einen Förderantrag

stellen wird, ist ebenso interessant. Die Begründung dafür ist, dass die Gelder für den Innovationsfonds zu 50 % aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds stammen und die anderen 150 Mio. EUR von den Kassen direkt zu tragen sind. Somit sei ein Rückfluss dieser Mittel legitim. Bleibt an dieser Stelle zu hoffen, dass die Kassenvertreter in den Gremien nicht mit Pawlow'schem Reflex alle Anträge mit Beteiligung einer Kasse durchwinken, sondern Qualität von Quantität unterscheiden können. Auch die KBV als Dachverband der kassenärztlichen Vereinigungen selber will übrigens mit zwei Anträgen in das Rennen gehen.

Mittlerweile wird jeder noch so kleine Innovationsgedanke von seinen Müttern und Vätern als preiswürdig und „Innovationsfonds-verdächtig“ betrachtet. Gleichzeitig entstand in den letzten Monaten ein Heer von Beratungsunternehmen zur Antragstellung bis zu Angeboten zur Antragsbegleitung durch Berater, Anwälte und Satellitenunternehmen aus der Gesundheitsszene. Wie immer generiert das große Geld einen neuen Markt, an dem viele partizipieren wollen. Die Begierlichkeiten sind also geweckt, und in der Hauptstadtzone ist eine eigenartige Form von Goldgräberstimmung spürbar. Kein Wunder, ist doch das System ständig dem Spannungsverhältnis zwischen Ökonomie und Qualität unterworfen. Der Hype relativiert sich allerdings angesichts der Tatsache, dass der Umfang der jährlichen 300 Millionen aus dem Innovationsfonds bei 70 Millionen GKV-Versicherten eine Einzelförderung von 4,29 EUR pro Versichertem darstellt. Im Jahr 2014 lagen die Ausgaben der GKV bei 205,5 Milliarden EUR, dabei beliefen sich die reinen Leistungsausgaben auf rund 193,6 Milliarden EUR, was einem Anteil der GKV-Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt von 6,7 % entspricht. Bleibt der Wunsch, dass die 300 Millionen jährlich für den Innovationsfonds zumindest ein Anfang sind, um endlich Bewegung in das deutsche Gesundheitssystem zu bringen.

Debatte im Gesundheitsausschuss des Bundestages:

Das Fallpauschalensystem in deutschen Krankenhäusern



Von Prof. Dr. Oliver Hakenberg

Anlässlich einer öffentlichen Anhörung im Gesundheitsausschuss im April 2016 über einen Antrag der Fraktion Die Linke beklagten Experten vor allem ausbleibende Investitionen der dafür zuständigen Bundesländer in den Krankenhäusern sowie den Mangel an Pflegepersonal. Die Linke fordert eine Krankenhausreform, die am Gemeinwohl orientiert sei und den Krankenhäusern eine bedarfsgerechte Finanzierung ermögliche. Der wichtigste Schritt zur Verbesserung der Strukturqualität sei mehr Personal. So müsse eine verbindliche Personalbemessung schnellstmöglich eingeführt werden.

Umstritten in der Anhörung waren die 2003 eingeführten Fallpauschalen (DRGs). Mehrere Experten warnten nachdrücklich vor einer Rückkehr zum Prinzip der Selbstkostendeckung. Dies würde zu Intransparenz und unkalkulierbaren Kosten führen. Die Unterscheidung zwischen ambulant, stationär und pflegerisch sollte zugunsten einer sektorenübergreifenden Bedarfsplanung überwunden werden. Das System der diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRG) müsse, so die Forderung einiger Experten, abgeschafft werden.

Der Bundestag hat im vergangenen Jahr ein Krankenhausstrukturgesetz mit dem Ziel einer verbesserten Qualität in der stationären Versorgung verabschiedet. Das Gesetz soll maßgeblich dazu beitragen, die Zahl der Kliniken in überversorgten Regionen,

vor allem in Großstädten, zu reduzieren. Experten bezweifeln jedoch, dass die für die Krankenhausplanung zuständigen Länder die notwendigen Reformen wirklich angehen werden.

Dagegen sah der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) die Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung zwar auch kritisch, lehnte eine Abschaffung der DRGs aber ab. Ein Expandsprecher sagte in der Anhörung, wenn es Probleme mit Dieselmotoren gebe, komme auch keiner auf die Idee, wieder auf Pferdefuhrwerke zu setzen. Das DRG-System habe bezüglich Transparenz und Wirtschaftlichkeit eine „hervorragende Bilanz“. Dagegen sei die „strukturkonservierende Kapazitätsplanung“ der Länder überholungsbedürftig. Es sei bislang nicht gelungen, den „überfälligen Abbau von stationären Überkapazitäten einzuleiten“. Auch der Gesundheitsökonom Hartmut Reiners stellte fest, dass Kliniken keine „ökonomiefreie Zone“ sein dürften. In der Anhörung räumte er jedoch ein, dass das DRG-System auch Fehlanreize biete. Widerspruch dazu wurde vom Sachverständigen Michael Simon von der Hochschule Hannover erhoben, der feststellte, dass das DRG-System vielfach nicht kostendeckend sei und dadurch eine Verwirklichung der krankenhauplanerischen Ziele gefährde. Nach seiner Ansicht liege dem System der Fallpauschalen ein zweifelhafter Wirtschaftlichkeitsbegriff zugrunde.

Nach Auffassung der Gewerkschaft Verdi bietet das jetzige DRG-System einen „Anreiz zum Personalabbau vor allem in den pflegerischen, therapeutischen und hauswirtschaftlichen Berufen“. So fehlten in den Krankenhäusern bundesweit bereits 162.000 Stellen, davon allein 70.000 in der Pflege.



Foto: Bertram Solcher

Von „Fehlsteuerungen in der Krankenhausversorgung“ sprach auch der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) und sieht die Unterfinanzierung der Kliniken auch mit dem Krankenhausstrukturgesetz nicht gelöst. Gebraucht würden Vorgaben für die Personalbemessung im Pflegedienst. Der Verband fordert eine „erlösrelevante Abbildung von Pflegeleistungen im DRG-System“. Nach Angaben des Verbandes der Universitätsklinika Deutschlands (VUD) unterscheiden sich Krankenhäuser fachlich, organisatorisch, in den Arbeitsabläufen, in den baulichen Grundlagen und auch hinsichtlich der Patienten teilweise erheblich. Somit könne der Personalbedarf krankenhausergreifend nicht pauschal festgelegt werden. Der Interessenverband kommunaler Krankenhäuser machte den zunehmenden kommerziellen Wettbewerb für die „Misere des Krankenhauswesens“ verantwortlich. Ein Krankenhaus sei zwar ein Unternehmen,

jedoch kein kommerzielles, sondern ein soziales. Der Zweck ergebe sich aus dem Versorgungsauftrag. Dieser Auftrag müsse so sparsam wie möglich erfüllt werden. Bund und Länder seien in der Pflicht, Krankenhäuser durch die Bereitstellung der nötigen Mittel in die Lage zu versetzen, wirtschaftlich erfolgreich zu sein. Daher müsse das eigennützige, kommerzielle Interesse am Betrieb eines Krankenhauses ausgeschlossen sein. Dem widersprach der Vertreter des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken (BDPK), der organisatorische Mängel in kommunalen Krankenhäusern als wesentlichen Grund die Probleme beschrieb. Fast alle von privaten Klinikbetreibern übernommenen kommunalen Krankenhäuser seien heute wieder leistungsfähig, weil die privaten Betreiber die Häuser besser organisiert hätten, Gewinne erwirtschafteten und diese „in gute Medizin, moderne Infrastruktur sowie in qualifiziertes Personal“ reinvestierten.

AUS DEM HAUPTSTADTBÜRO Geht Innovation ohne Finanzierungsanreize - wie veränderungsbereit ist das deutsche Gesundheitssystem?



Von Franziska Engehausen

Im US-amerikanischen Sprachgebrauch gibt es den Begriff „unchangeableness“, welcher mit einem Wort beschreibt, was wir unter mangelnder Veränderungsbereitschaft definieren. Die vom Gesetzgeber geschaffenen Möglichkeiten, Prozessinnovationen in das Gesundheitssystem (GKV) zu bringen, haben bisher praktisch nie Eingang in die Regelversorgung gefunden. Die Rede ist von innovativen Versorgungsformen wie IV-Verträgen oder Selektivverträgen, die das Ziel haben, die Versorgungssektoren ambulant, stationär und Reha stärker zu verzahnen. Innovation bedeutet Erneuerung im Sinne von neuen Ideen und Erfindungen. Mit dem normativen Eingriff in das Genehmigungsverfahren von innovativen Projekten, nämlich durch den Innovationsausschuss, soll nunmehr, nach Jahren des überwiegenden Scheiterns von unterschiedlichen Modellsätzen, neuen Ideen für das Gesundheitssystem Raum geschaffen werden. In dem Reformwerk von 2004 wurde aus damaliger Sicht ein wichtiger Grundstein für

den Erfolg integrierter Versorgungsmodelle gelegt: Die Anschubfinanzierung in Höhe von 1 % der Gesamtvergütung ambulanter und stationärer Leistungen wurde bereitgestellt, um die Inanspruchnahme der neuen Möglichkeiten zu beschleunigen. Danach standen bis zum Jahr 2007 jährlich maximal 680 Mio. EUR dafür zur Verfügung. Bis zum Auslaufen der Anschubfinanzierung waren insgesamt 4553 IV-Verträge in Deutschland abgeschlossen worden. Das Ende der Anschubfinanzierung bedeutete aber auch gleichzeitig das Ende vieler, vor allem wirtschaftlich unrentabler Verträge. Darüber hinaus ist der Umfang der Prozessinnovationen klein: Im Jahr 2011 gab die GKV rd. 180 Mrd. EUR aus, der Anteil der Ausgaben für IV-Verträge lag dabei bei rd. 0,75 % dieser Summe. Teilnehmerzahlen und finanzielle Volumina der einzelnen Verträge sind gering. Auch nach Ablauf der Anschubfinanzierung werden noch Projekte der Integrierten Versorgung von Kassen betrieben, daher scheinen diese einen gewissen Mehrwert zu besitzen. Es scheint jedoch bisher noch keinen ausreichenden Anreiz zu geben, diese Prozessinnovationen in die Regelversorgung zu überführen, oder aber die Hemmnisse im Umsetzungsprozess sind so umfassend, dass diese nicht überwunden werden könnten.

Die Gründe hierfür sind unterschiedlich. Innovative Projekte scheitern bspw. an mangelnder statistischer Größe, an fehlendem Mut zum Investitionsrisiko der Krankenkassen oder an der zu geringen regionalen Ausdehnung sowie anderen „Unwägbarkeiten“, welche aber alle nichts über den Nutzen und den Innovationsgrad des Prozesses oder Projektes an sich aussagen. Als ursächlich für die langsame Entwicklung und Translation von innovativen Versorgungsprogrammen könnten folgende Punkte gelten: Die Vielzahl an Vertragsoptionen beinhaltet widersprüchliche Anreize. Bspw. führte die Anschubfinanzierung für die Integrierten Versorgungs-Verträge anfangs zu einem deutlichen Abschlussanreiz bei den Kassen. Der Übergang in die Regelversorgung wurde aber nicht mehr gefördert, dementsprechend verloren IV-Verträge wieder ihren Reiz. Selektivverträge unterliegen einem komplexen Genehmigungsprozess, der für viele, insbesondere für kleine Kassen, abschreckend ist. So wurde immer wieder von überzogenen regulativen Kontrollen der selektivvertraglichen Aktivitäten durch die Aufsichtsbehörden gesprochen. Kassen vermeiden es zum Teil, Selektivverträge mit einem Mehrwert für kranke Menschen anzubieten, weil hierdurch falsche Risiken angezogen werden könnten. Kassen fürchten

finanzielle Verluste. Innovative Versorgungsangebote verursachen meist hohe Entwicklung-, Investitions- und Transaktionskosten und weisen häufig nur geringe Teilnehmerzahlen auf. Und all dies hat nichts damit zu tun, ob es sich bei Selektivverträgen um sinnvolle Innovationen handelt oder nicht. Die ursprünglichen IV-Verträge wurden durch einen Abzug von der Regelversorgung finanziert. Von den Leistungserbringern und den verschiedenen Sektoren profitierten also diejenigen, die viele IV-Verträge vereinbart hatten. Weiterer Nachteil: Wenn das Honorarvolumen der IV-Verträge die Anschubfinanzierung überstieg, konnte die Gesamtlösung der niedergelassenen Ärzte, nicht aber das Honorar der Kliniken, weiter gekürzt werden. Argumente dieser Art halten sich lange im Gedächtnis der unterschiedlichen Akteure. Das Fazit ist allerdings auch, dass offensichtlich keine Innovation dieser Welt die Chance hat, ins GKV-System zu kommen, wenn sie nicht zusätzlich angeschoben oder vergütet wird. Klar ist aber auch, dass das Gesamtvolumen der Regelleistungen nicht größer werden wird, sondern dass in diesem Zusammenhang andere Regelleistungen auf den Prüfstand gestellt werden und gegebenenfalls mit dem Label „zu verändern“ versehen werden.

Die Deutsche Gesellschaft für Urologie wird 110 Jahre alt

Am 16. September 1906 wurde die DGU in Stuttgart gegründet: Die ersten Anfänge reichen noch weitere 10 Jahre zurück



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

Schon bei der Gründung der „Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V.“ wurde der September für die wichtigsten urologischen Aktivitäten ausgewählt, denn sie fand am 16. September 1906 in Stuttgart statt. Dies lag nicht nur, aber auch, am Ende der Kursaison der Wildunger, Karlsbader und Brückenaauer Kurärzte.

Die Gründung unserer medizinischen Fachgesellschaft fällt in den Zeitraum der sich weiter ausdifferenzierenden naturwissenschaftlich orientierten Medizin am Ende des 19. Jahrhunderts. Schon 1867 trafen sich Urologen zum wissenschaftlichen Austausch auf internationaler Ebene im Rahmen der „Allgemeinmedizinischen Kongresse“, die sich infolge der zweiten Weltausstellung in Paris etabliert hatten.

Die Gründung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie bot ab 1872 operativ tätigen Ärzten im Deutschen Reich erstmalig eine strukturierte und regelmäßige Plattform zum professionalisierten wissenschaftlichen Austausch. Auf der „68. Naturforscherversammlung“ im September 1896 in Frankfurt/Main trafen sich dann erstmals ca. 10-15 Urologen (u. a. Goldberg, Kollmann, Kümmell, Küster, Kulisch, Nitze, Mankiewitz), wohl auf Anregung des Dresdner Dermato-Urologen Felix Martin Oberländer (1849-1915), mit dem Ziel, „der Gründung einer Urologischen Fachgesellschaft näherzutreten“. Dies blieb jedoch in Deutschland zunächst ohne konkrete Folgen. Ein Narrativ hat hier immer wieder den streitbaren Maximilian Nitze (1848-1906) im Visier.

Im gleichen Jahre, 1896, wurde dann nur einen Monat später schon die französische Gesellschaft für Urologie gegründet und sechs Jahre später, 1902, die amerikanische als „American Urological Association“ (AUA). Der AUA gehörten von Anfang an einige namhafte deutschsprachige Pioniere der Urologie (u. a. Leopold Casper und Maximilian Nitze) als Ehrenmitglieder an, also noch bevor es in ihrem eigenen Land eine urologische Fachgesellschaft gab. Erst nach dem Tod des charakterlich nicht immer einfachen Inaugurators der Zystoskopie, Maximilian Nitze, im Jahre 1906 wurde dann umgehend auf der nächsten (78.) Tagung der Naturforscherversammlung in Stuttgart am 16. September 1906 die Gründung der Deutschen Gesellschaft für Urologie realisiert. Die Initiative dazu war insbesondere von der Berliner Urologen-Schule ausgegangen, in der die jüdische Bildungselite stark repräsentiert war (u.a. Leopold Casper (1859-1959) und Carl Posner (1848-1926)). Die Gruppe der Gründungsmitglieder spiegelte bereits die interdisziplinäre funktion- und organbezogene Interessenslage mit von Anfang an internationaler Ausrichtung wider: modern formuliert von der Andrologie über die operative Urologie und Onkologie bis zur Zytologie mit Schwerpunkten in der Endoskopie und bei minimal-invasiven Eingriffen.

Dies zeigt anschaulich die einzelnen, das engere Fach überschreitenden Netzwerke und Kommunikationszusammenhänge der Zeit, aber auch die Regionalbezüge der jeweiligen Protagonisten. Der Katalog der Themen wirkt aber auch erstaunlich modern und belegt, wie aktuell die Auffassung vom Fach Urologie war

und geblieben ist. Gleichzeitig widerlegt diese für Außenstehende oft heterogen erscheinende Themengruppierung aber auch deutlich die manchmal noch vertretene These, die Urologie habe sich aus der Chirurgie abgespalten.

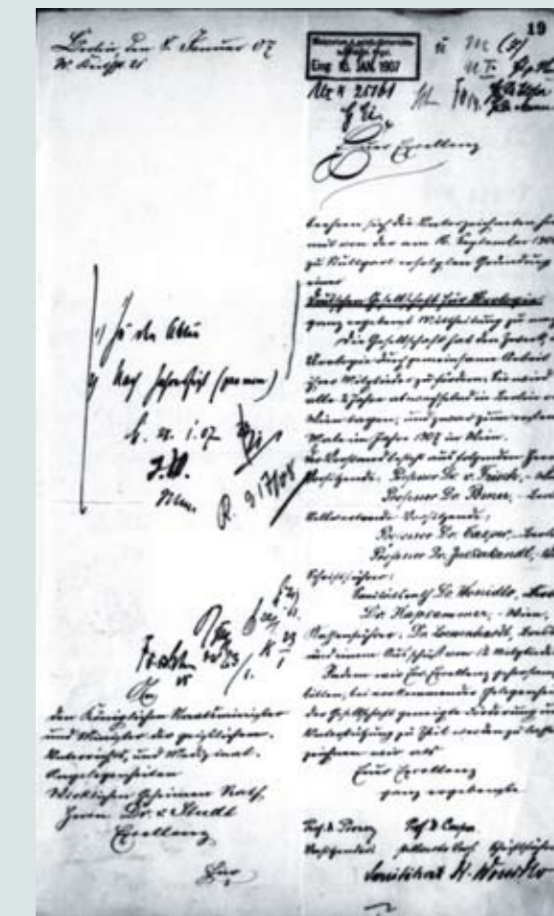
Neben den aus der operativen Medizin/Chirurgie stammenden Vertretern der Urologie wie James Israel (1848-1926), Leiter der operativen Abteilung des Berliner Jüdischen Krankenhauses, Hermann Kümmel (1852-1937), Hamburg-Eppendorf, Hans Wildbolz (1873-1940), Bern, Anton Ritter von Frisch (1849-1917), Allgemeine Wiener Poliklinik, waren auch ganz anders ausgerichtete Mediziner beteiligt: Vertreter der Dermato-Venerologie wie Arthur Kollmann (1858-1941), Leipzig, und Felix Martin Oberländer (1851-1915), Dresden, der andrologisch und sexualwissenschaftlich ausgerichtete Karl Riess, Stuttgart, Vertreter der Frauenheilkunde wie Walter Stoeckel (1871-1961), Berlin, der Physiologie bzw. Inneren Medizin wie Alexander von Korányi (1866-1944), Budapest oder Paul Friedrich Richter (1868-1935), Berlin und dann besonders die zystoskopisch-endoskopisch-minimal-invasiv tätigen Ärzte wie Leopold Casper, Robert Kutner (1867-1913), beide Berlin, Felix Schlagintweit (1868-1950), München, und Berthold Goldberg (1866-1925), Köln-Bad Wildungen waren als Gründungsmitglieder vertreten. Zunächst wurden alle Vorstandsposten doppelt besetzt, paritätisch mit Vertretern aus dem Deutschen Kaiserreich sowie aus der k.u.k. Doppelmonarchie Österreich-Ungarn. Dazu passend wurde festgelegt, dass die jährlichen Kongresse abwechselnd in Berlin und Wien stattfinden sollten.

Der amerikanisch-deutsche Wissensaustausch wurde von den deutschstämmigen amerikanischen Urologen Carl Beck (1856-1911), Willy Meyer (1858-1932) und dem Nestor der amerikanischen Urologie, Hugh Hampton Young (1870-1945), bereits in dieser Frühphase etabliert und besonders gefördert. Zu den ersten weiblichen Mitgliedern der DGU, die auch mit wissenschaftlichen Präsentationen auf den Kongressen vertreten waren, gehörte seit 1911 die jüdische Wiener Gynäko-Urologin Dora Teleky (1885-1963).

Der erste Kongress der neu gegründeten Deutschen Gesellschaft für Urologie wurde für den 2.-5. Oktober 1907 nach Wien einberufen. Von den 38 Gründungsmitgliedern ausgehend, war die Mitgliederzahl innerhalb eines Jahres auf 250 angewachsen, was das große Interesse an der Urologie als Querschnittsfach innerhalb der Medizin verdeutlicht und den besonderen Wunsch nach Austausch gut belegt. Die Mitglieder und Vortragenden sowie Teilnehmer des ersten Kongresses, der in deutscher Sprache abgehalten wurde, kamen daher nicht nur aus den deutschsprachigen Ländern, sondern auch aus den USA, Holland, Frankreich, Polen, Italien, der Mandchurei, Griechenland und Japan, was die besondere Internationalität, die die deutsche Medizin vor dem 1. Weltkrieg noch auszeichnete, belegt. Eine Internationale Gesellschaft für Urologie wurde erst sehr viel später gegründet.

Literatur:

- Konert, J. Moll, F. (2006), 100 Jahre Deutsche Gesellschaft für Urologie, Urologe 45: 1092-1102
- Rathert, P. Moll, F. (2006), Urologie in Deutschland im Spiegel der Kongresse der Deutschen Gesellschaft für Urologie 1907-2007 in AK Geschichte (Hrsg.) Urologie in Deutschland, Bilanz und Perspektiven, Springer, Berlin, S. 33-48



Mitteilung über die Gründung einer Deutschen Gesellschaft für Urologie vom 8.1.1907 an den Preussischen Minister der Geistlichen, Kultus- und Medizinalangelegenheiten, Conrad von Studt (1838-1921). Die Eintragung in das Vereinsregister fand erst in den 1920er Jahren statt. In diesem erhaltenen Schriftwechsel ist bereits das Emblem der DGU festgeschrieben.

Saal in der Stuttgarter Liederhalle um 1900



Gesetzentwurf zum Transplantationsregister beschlossen

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe: „Transplantationsregister verbessert die Versorgung und die Sicherheit der Patientinnen und Patienten“

Von Prof. Dr. Oliver Hakenberg

Das Bundeskabinett hat im März den Entwurf eines Gesetzes zur Errichtung eines Transplantationsregisters beschlossen. Das Gesetz bedarf nicht der Zustimmung des Bundesrates und soll noch 2016 in Kraft treten.

Die Eckpunkte des Gesetzentwurfes: Das Transplantationsregister soll Daten von verstorbenen Organspendern, Organempfängern und Lebendspendern und Lebendspendern sowie einer unabhängigen Vertrauensstelle für die Pseudonymisierung personenbezogener Daten vertraglich beauftragen. Bundesgesundheitsminister Gröhe: „Mehr als 10.000 Menschen warten bundesweit zentral zusammenfassend und verknüpfen. Daten von Organempfängern und von Lebendspendern werden (nur mit ausdrücklicher Einwilligung) an das Transplantationsregister übermittelt, das unter Aufsicht der Bundesbeauftragten für den Datenschutz (BfD) stehen soll. Das Register soll langfristig dazu beitragen, die Wartelistenkriterien sowie die Verteilung der Spenderorgane weiterentwickeln. Dazu soll es fundierte Informationen darüber liefern, zu welchem Organempfänger ein Spenderorgan am ehesten passt. Die Verknüpfung der Daten soll auch die Qualitätsverbesserung von Transplantationszentren ermöglichen sowie die Nutzung zu wissenschaftlichen Forschungszwecken.“

Der Gesetzentwurf legt fest, dass die Selbstverwaltungspartner (GKV-Spitzenverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft und Bundesärztekammer) geeignete Stellen mit der Errichtung und dem Betrieb einer Transplantationsregisterstelle sowie einer unabhängigen Vertrauensstelle für die Pseudonymisierung personenbezogener Daten vertraglich beauftragen. Bundesgesundheitsminister Gröhe: „Mehr als 10.000 Menschen warten bundesweit zentral zusammenfassend und verknüpfen. Daten von Organempfängern und von Lebendspendern werden (nur mit ausdrücklicher Einwilligung) an das Transplantationsregister übermittelt, das unter Aufsicht der Bundesbeauftragten für den Datenschutz (BfD) stehen soll. Das Register soll langfristig dazu beitragen, die Wartelistenkriterien sowie die Verteilung der Spenderorgane weiterentwickeln. Dazu soll es fundierte Informationen darüber liefern, zu welchem Organempfänger ein Spenderorgan am ehesten passt. Die Verknüpfung der Daten soll auch die Qualitätsverbesserung von Transplantationszentren ermöglichen sowie die Nutzung zu wissenschaftlichen Forschungszwecken.“



Foto: fotolia @ Alexander Rattus

Schöne neue digitale Gesundheitswelt:

Was bedeutet das E-Health-Gesetz?



Von Franziska Engehausen

Mit dem E-Health-Gesetz sollen moderne Informations- und Kommunikationstechnologien in der medizinischen Versorgung reguliert und die digitale Vernetzung der Akteure im Gesundheitswesen vorangebracht werden. Die digitale Infrastruktur soll damit sicherer werden, zu einer besseren Gesundheitsversorgung führen und die Selbstbestimmung der Patienten stärken. In Sachen Digitalisierung des Gesundheitswesens hat sich in den letzten Jahren nicht viel getan. Noch immer ist ein unkomplizierter Datenaustausch zwischen Ärzten, Apotheken, Krankenhäusern und Kassen nicht gewährleistet. Doch was soll das neue „Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen“ daran ändern? Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe meint, das neue Gesetz treibe den „Fortschritt im Gesundheitswesen voran.“ Hierbei stehen für ihn „Patientennutzen und Datenschutz im Mittelpunkt“.

Die Sache mit dem Datenschutz ist aber nicht so einfach, wie sich der Gesetzgeber das gedacht hat. Denn ein realer Hemmschuh in Sachen digitaler Infrastruktur im Gesundheitswesen ist und bleibt der Datenschutz, der in Deutschland politisch und in der Gesellschaft einen hohen Wert genießt. Und natürlich ist es daher nicht überraschend, dass die Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens mit Vehemenz darauf hingewiesen haben, dass bei der Umsetzung der Maßnahmen sehr hohe Anforderungen an Datenschutz und Datensicherheit zu stellen seien. Den Bedenken der Datenschützer zum Trotz ist das Gesetz jedoch jetzt in Kraft getreten. Vereinfacht gesagt, bietet es einen konkreten Fahrplan für die bundesweite Einführung einer Telematik-Infrastruktur. Das heißt: Die unterschiedlichen IT-Systeme von Arztpraxen, Apotheken, Krankenhäusern und Krankenkassen sollen nach und nach vernetzt werden, um so den Austausch von medizinischen Daten zu gewährleisten. Diese „Datenautobahnen“ sollen es ermöglichen, Informationen über Patienten schnell und unkompliziert miteinander zu verknüpfen und abzugleichen. Wichtiger Bestandteil dieser Telematik-Infrastruktur ist die elektronische Gesundheitskarte (eGK): Der Medikationsplan, der mit diesem Gesetz eingeführt wurde, soll ab 2019 in elektronischer Form verfügbar sein. Damit können zukünftig Verordnungen aller Ärzte eines Patienten sowie die Selbstmedikation auf einem einheitlichen Medikationsplan erfasst werden. Die Apotheke ergänzt den Medikationsplan auf Wunsch des Patienten um die in der Apotheke abge-

benen Arzneimittel. Ab 2019 müssen dann alle Vertragsärzte und Apotheker in der Lage sein, einen auf der eGK gespeicherten Medikationsplan zu aktualisieren. Neu aufgenommen in das Gesetz wurde auch die elektronische Patientenakte, die ab 2019 als freiwillige Anwendung für die Versicherten zur Verfügung stehen soll. Sie soll unter anderem den Notfalldatensatz, den Medikationsplan, Arztbriefe und weitere medizinische Dokumente, wie etwa den elektronischen Mutterpass und den Impfpass, aufnehmen und erfordert als Zugriffsberechtigung vonseiten des Behandlers den elektronischen Heilberufsausweis (HBA). Ab 2019 soll es auch ein Patientenfach auf der eGK geben, auf das die Versicherten auch außerhalb der Arztpraxis zugreifen können. In dem Patientenfach können dann eigene Daten (etwa aus Fitnesstrackern oder Wearables wie Smartwatches) gespeichert werden oder auch die auf der eGK gespeicherten Daten durch zugriffsberechtigte Leistungserbringer für sich speichern lassen. Ärzte sind verpflichtet, die Patienten über die Möglichkeit des Patientenfachs „unaufgefordert“ zu informieren. Tatsächlich fördert das Gesetz sinnvolle Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) wie den Medikationsplan und den Notfalldatensatz. Mittels Standardisierung und offener Schnittstellen soll auch ein Wechsel von einem Praxisverwaltungssystem zu einem anderen deutlich erleichtert werden. Tatsache ist auch, dass das E-Health Gesetz dazu dient, der Gesellschaft für Telematik-Anwendungen der Gesundheitskarte mbH (gematik) endlich Beine zu machen. In der gematik sind die wichtigen Institutionen des Gesundheitswesens vertreten: die Bundesärztekammer, die Bundeszahnärztekammer, der Deutsche Apothekerverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der GKV-Spitzenverband, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung. Mit dem Gesetz wurde für die bundesweite Einführung der Telematik-Infrastruktur ein Zeitfenster definiert. Der daraus resultierende Zeitplan für die gematik und die beauftragte Industrie beginnt Mitte 2016; bis Mitte 2018 sollen Arztpraxen und Krankenhäuser flächendeckend an die Telematik-Infrastruktur angeschlossen sein. Gesetzlich ist auch geregelt, dass den in der gematik vertretenen Körperschaften massive Sanktionen drohen, wenn die gesetzten Termine nicht eingehalten werden. Und da dies

nach aktuellem Stand keineswegs ausgeschlossen ist, wirken manche der Beteiligten hochnervös. Während das Gesundheitssystem bislang nur vereinzelt von den Möglichkeiten der Digitalisierung profitiert, haben Patienten den Nutzen von Gesundheits-Apps und entsprechenden Online-Angeboten längst entdeckt. Das ist das Ergebnis einer aktuellen Umfrage des Marktforschungsinstituts ePatient RSD. Demnach prägen therapiebezogene Internetdienste und Apps zunehmend das Therapieverhalten und die Meinung der Patienten über ihre Erkrankung. So gaben laut dieser Studie rund Dreiviertel der Befragten an, ihre persönliche Medikation dank virtueller Helfer deutlich (46 Prozent) oder etwas besser (30 Prozent) im Griff zu haben, 80 Prozent glauben, dass Coaching- und medizinische Messgeräte-Apps im Umgang mit der eigenen Krankheit helfen, 87 Prozent lobten den Nutzen der elektronischen Gesundheitsakte. Die rasante Entwicklung von Apps und Social Media in der Medizin zeigt, dass seitens großer Teile der Bevölkerung ein Bedarf herrscht, eigene medizinische Daten beispielsweise auf dem Smartphone vorzuhalten, das eigene Verhalten zu monitoren und einzelne Parameter, zum Beispiel den Blutzuckerspiegel, selbst nachzuvollziehen. Das Angebot ist bereits jetzt schier unübersichtlich geworden. Genauso unübersichtlich sind die offenen Fragen des Datenschutzes und die damit einhergehenden Gefahren des potentiellen Missbrauchs. Dies entwickelt sich alles jenseits und quasi im Schatten der Diskussion um die eGK und die Einführung der Telematik-Infrastruktur, die sich innerärztlich seit Jahren fast ausschließlich um die Einführung des Versichertenstammdatenmanagements dreht. Diese Diskussion kommt viel zu kurz, sie erfüllt die Funktion einer selbst gezündeten Nebelkerze. Sie wird der Komplexität der Veränderungen, vor denen das Gesundheitswesen steht, nicht im Ansatz gerecht. Fest steht: Das Gesundheitswesen wird digital und zwar unaufhaltsam. Der Einsatz von IT, den wir aus allen anderen Lebenslagen kennen, wird nun in der Medizin zur innerärztlichen Kommunikation und zum Austausch zwischen Arzt und Patient sowie Arzt und Kostenträger einzugreifen. Offene Schnittstellen für einen einfachen Datenaustausch müssen schnellstmöglich geschaffen werden. Dabei darf es nicht nur um die Schnittstelle von und in die Praxis- und Krankenhausinformationssysteme gehen. Sondern auch um gute Applikationen, die gegebenenfalls primär von Patienten genutzt werden können (wie zu Beispiel Smartphone-Apps), die die Arzt-Patienten-Information und -Kommunikation erleichtern.



Foto: fotolia @ Štěpán Kápiš

Changing tomorrow

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

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

www.astellas.eu
© April 2014 Astellas Pharma Europe Ltd. ONC14/0042 EU
ASTELLAS, Leading Light for Life, the Star logo, Cytovene, tomorrow and the Ribbon logos are trademarks of Astellas Pharma Inc. and/or its related entities.

S3-Leitlinie zum Nierenzellkarzinom empfiehlt: risikoadaptierte Tumornachsorge

Von Prof. Dr. Christian Wülfing, DGU-Pressesprecher

Die operative Therapie des Nierentumors unterliegt gegenwärtig einem Paradigmenwechsel. Während früher die radikale und vollständige Entfernung der tumortragenden Niere Standard war, empfehlen alle nationalen und internationalen Leitlinien heute die organerhaltende Tumorektomie der Niere als neuen Standard. Der Vorteil dieses Vorgehens gegenüber der radikalen Nierenentfernung besteht in einem verbesserten Nierenfunktionserhalt mit entsprechenden Implikationen für das Gesamtüberleben. Die onkologische Sicherheit der organerhaltenden Operationen wurde in zahlreichen Studien dokumentiert: so konnten identische onkologische Langzeitergebnisse für die Nephrektomie und die Nierenteilresektion gezeigt werden. Nichtsdestotrotz besteht abhängig vom Tumorstadium ein Rezidivrisiko, weswegen üblicherweise eine Tumornachsorge empfohlen wird. In der im Herbst 2015 publizierten S3-Leitlinie zum Nierenzellkarzinom, welche

unter der Federführung der Deutschen Gesellschaft für Urologie entstanden ist, wird nun erstmals eine strukturierte und risikoadaptierte Tumornachsorge nach operativer Behandlung des Nierentumors empfohlen. Diese gilt es nun, möglichst flächendeckend zu etablieren. Dabei kann die Nachsorgeintensität anhand des vorliegenden Progressionsrisikos individuell bestimmt und ein entsprechendes Nachuntersuchungsintervall festgelegt werden. Sollte es zu einer Metastasierung kommen, kann die intensivere Nachsorge zu einer frühzeitigeren Diagnose beitragen und die Chance für eine operative Metastasentfernung verbessern oder zu einer schnelleren Einleitung einer systemischen medikamentösen Therapie beitragen.

Veranstaltungstipp auf dem 68. DGU-Kongress in Leipzig

29.09.2016, 14:30 – 16:00 Uhr
Saal E / Ebene 0, Halle 2 F33

Aktualisierung der S3-Leitlinie Nierenzellkarzinom und EAU Guidelines on Oncology 2016



Ein Berufsbild im Wandel:

Der „Facharzt 2020“ fordert neue Arbeitsbedingungen in der ambulanten Versorgung



Von BDU-Präsident Dr. Axel Schroeder

Die jüngste Ärztestatistik der Bundesärztekammer spiegelt einen Wandel in den Erwartungen des ärztlichen Nachwuchses an den künftigen Beruf wider. Die Arbeit hat zwar nach wie vor Priorität, aber für eine zunehmend größere Zahl nicht länger bedingungslos - insbesondere in Bezug auf ausreichend Raum für das Privatleben. Der Status des angestellten Arztes ist eine gefragte Alternative. Die BÄK-Statistik dokumentiert auch für die Urologie, dass die Zahl der Niedergelassenen 2015 im Vergleich zu 2014 weiter gesunken ist (minus 0,6 Prozent), während im gleichen Zeitraum die der angestellten Fachärzte zugenommen hat (plus 3,3 Prozent). Auf diese Entwicklung hat der BDU bereits vor zwei Jahren mit der Einrichtung des Arbeitskreises „Angestellte Ärzte“ im Berufsverband reagiert. Der Arbeitskreis hilft, die Interessen von angestellten Kolleginnen und Kollegen in der ambulanten Versorgung berufs- und standespolitisch adäquat wahrzunehmen. Aktuell arbeitet der Berufsverband an der Umsetzung

seines Leitbildes vom Facharzt 2020, um dem sich wandelnden Berufsbild produktiv zu begegnen und die ambulante urologische Versorgung zu verbessern.

Zahl der angestellten Ärzte steigt
Zwar ist der niedergelassene Facharzt in eigener Praxis nach wie vor der Hauptakteur in der ambulanten Patientenversorgung, jedoch wächst im Berufsverband die Zahl angestellter Mitglieder aus dem ambulanten Bereich, die großenteils in Krankenhäusern, aber auch in Medizinischen Versorgungszentren und Praxen beschäftigt sind. Arbeit ohne Ruf- und Bereitschaftsdienste, höhere Flexibilität bei den Arbeitszeiten sowie geregelte Einkommen unabhängig von Risiken und dem bürokratischen Aufwand einer Selbstständigkeit im deutschen Gesundheitssystem sind häufige Triebfedern für die Wahl des angestellten Status. Die von der jungen Ärztegeneration geforderte Vereinbarkeit von Familie und Freizeit mit dem Beruf ist hier in der Regel arbeitsrechtlich exakt fixiert. In diesem Bereich der Arbeitsbedingungen liegt nach Ansicht des BDU eine der wesentlichen Herausforderungen, um urologischen Nachwuchs auch für die Niederlassung und damit für die flächendeckende ambulante Versorgung zu rekrutieren.

Reformschritte unerlässlich
Einen wichtigen Schritt stellt dabei das Leitbild Facharzt 2020 dar. Der Facharzt 2020 ist in der Urologie ein qualifizierter Operateur, ein kompetenter Uro-Onkologe, ein Spezialist mit diversen Zusatzqualifikationen. Eingebettet in regionale Netzwerke arbeitet er interdisziplinär und sektorübergreifend. Er fordert jedoch auch eine angemessene Work-Life-Balance ein. Vor diesem Hintergrund macht der BDU sich für verschiedene Reformschritte stark. So sollen Versorgungsnetzwerke intensiver ausgebaut und auch wirtschaftlich sinnvolle sektorübergreifende Kooperationsmöglichkeiten geschaffen werden. Angesichts des als Folge des demografischen Wandels zu erwartenden weiter stark anwachsenden Bedarfs an ambulanten fachärztlichen Leistungen sind moderne Konzepte und ein ausgewogenes Zusammenwirken zwischen ambulantem und stationärem Bereich für den BDU unerlässlich. Dies nach dem Prinzip „ambulant durch stationär“ bewältigen zu wollen, wäre der falsche Ansatz. Im Gegenteil ist eine stärkere Ambulantisierung der Medizin sinnvoll, die mit dem Erhalt mittelständischer Strukturen und flächendeckend selbstständig niedergelassenen Fachärzten einhergeht. Vordringlichste Aufgabe ist, mehr junge fachärztliche Kompetenz für die Urologie zu gewinnen.

BDU erweitert Mitglieder-Service: „Positionspapier Qualitätssicherung im urologischen Labor und der Urinmikrobiologie“

Nach dem großen Erfolg des „Positionspapiers Cystoskopieaufbereitung“ hat der BDU nachgelegt und bietet seinen Mitgliedern nun auch das „Positionspapier Qualitätssicherung im urologischen Labor und der Urinmikrobiologie“ an. Es wurde vom BDU-Sachausschuss Qualitätssicherung erarbeitet und richtet sich an Urologen und Urologinnen, die in ihrer Praxis oder anderweitigen medizinischen Einrichtungen ein urologisches und mikrobiologisches Labor betreiben. Das Positionspapier gibt Hilfestellung bei der Durchführung der Urinmikrobiologie im Allgemeinen und dem Einhalten der Qualitätssicherungs-Standards im Besonderen. Um die aktuellen Anforderungen an das Urinlabor zu erfassen und zu meistern, werden folgende Inhalte behandelt:

- der aktuelle rechtliche, fachliche, medizinische und technische Stand der Urinmikrobiologie, bezogen vor allem auf das Praxislabor,
- die Möglichkeiten und die Notwendigkeit der urologischen Praxen, untereinander und mit Firmen, Gesetzgebern und Beratern zu kooperieren,
- die Vorgaben für das Einrichten und Betreiben eines Labors, die Stellen, die diese festlegen und die Kontrollorgane, welche diese gegebenenfalls überprüfen,
- eine kurze Methodenübersicht für die Abläufe in der Urinmikrobiologie,
- die notwendige Dokumentation der Befunde,
- die Anforderungen an die Qualitätssicherung in der Urinmikrobiologie,
- die Möglichkeiten und die Notwendigkeit von Schulungen und Fortbildungen für das Laborpersonal und den leitenden Arzt.

Wenn auch Sie als BDU-Mitglied ein Exemplar des kostenlosen, personalisierten Positionspapiers beziehen möchten, dann wenden Sie sich bitte per Telefon (030) 30207566 oder E-Mail: info@bdu-urologie.de an die Berliner BDU-Geschäftsstelle.

BDU-Geschäftsstelle ab sofort in Berlin

Kontakt: Kuno-Fischer-Str. 8, 14057 Berlin,
Tel.: (030) 302 07 566
Fax: (030) 302 09 672
E-Mail: info@bdu-urologie.de

Workshops und Impfkurse: Jetzt für die Jungensprechstunde qualifizieren!

Die Devise ist klar: Wenn wir heute die Jungen erreichen, verbessern wir die Männergesundheit von morgen. Damit wir die Jungensprechstunde in der urologischen Praxis möglichst bald flächendeckend anbieten können, hat der BDU im Frühjahr 2016 eine Fortbildungsoffensive gestartet und bietet Workshops und Impfkurse an, mit denen Sie sich für das neue Versorgungsangebot qualifizieren und das Leistungsspektrum Ihrer Praxis erweitern können. Denn wer die Jungensprechstunde anbietet, kann sie ideal um die HPV-Impfung für Jungen ergänzen. Unser mit 11 CME-Punkten zertifiziertes Curriculum ermöglicht die Abrechnungsvoraussetzung über die KVen.

AKTUELLE TERMINE WORKSHOPS JUNGENSPRECHSTUNDE

Ludwigshafen: Donnerstag, 09.06.2016, 14:30 – 16:45 Uhr auf dem 57. SvdGU-Kongress www.svdgu.de/2016

Berlin: Donnerstag, 16.06.2016, 15:00 – 16:30 Uhr auf dem 10. Nordkongress www.nordkongress2016.de

IMPFKURSE

Ludwigshafen: Samstag, 11.06.2016, 09:00 – 18:00 Uhr im Europa-Hotel Ludwigshafen

Berlin: Samstag, 18.06.2016, 09:00 – 18:00 Uhr auf dem 10. Nordkongress in Berlin

Leipzig: 28.09. 2016, 09:00 – 18:00 Uhr auf dem 68. DGU-Kongress www.dgu-kongress.de

Die Kurse sind anmeldepflichtig, die Teilnehmerzahl ist begrenzt. Vorzugspreis für BDU-Mitglieder: 50,00 €, für Nicht-Mitglieder: 195,00 €. Weitere Informationen & Anmeldung: www.bund-der-urologen.de Ansprechpartner: Boris Rogowski, E-Mail: b.rogowski@bdu-eg.de, Tel.: 030- 30 20 96 70

Medizinisch und ökonomisch: Deutsche Fachärzte setzen respektablen Fußabdruck

Gute Nachrichten für das Selbstverständnis der deutschen Fachärzte veröffentlichte jüngst der Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa) in seiner neuen Broschüre „Medizinisch-Ökonomischer Fußabdruck der Fachärzte“. Danach sichern Fachärzte nicht allein die medizinische Versorgung der Bevölkerung, sondern sind darüber hinaus längst auch zu einem starken ökonomischen Faktor in unserer Gesellschaft geworden. Beispielsweise investieren die niedergelassenen Fachärzte pro Kalenderjahr rund eine Milliarde Euro in den Aufbau und Erhalt von Arbeitsplätzen und effektiven Versorgungsstrukturen. Der „Medizinisch-Ökonomische Fußabdruck“ beschreibt die Rolle des Facharztes als Unternehmer und Arbeitsplatzgarant über den reinen Versorgungsbereich hinaus für die gesamte Gesundheitswirtschaft. Diese verzeichnet derzeit über fünf Millionen Beschäftigte. Im Vergleich dazu liegt die Beschäftigtenzahl in der deutschen Automobilindustrie mit knapp 775.000 Menschen (BMW, 2016) deutlich niedriger, heißt es in der Pressemitteilung des SpiFa. Der BDU hat die Broschüre als erster der SpiFa-Mitgliedsverbände eigens für seine Mitglieder aufbereitet und zum Download auf dem Urologenportal unter www.urologenportal.de bereitgestellt.



Foto: fotolia @ pdsdesign1

Im November in Wiesbaden: UroCurriculum Urindiagnostik



Von Prof. Dr. Florian Wagenlehner, Vorsitzender des AK Infektion und Hygiene



Die Harnschau symbolisiert historisch betrachtet die Geburtsstunde der Urologie. Mit der Veranstaltung „Harndiagnostik in der Urologie“ wollen wir Ihnen einen aktuellen Überblick über das geben, was sich aus diesen Anfängen entwickelt hat, und Sie umfassend über Innovationen und neue Standards auf den Gebieten „Harnwegsinfektionen“ und „Markerdiagnostik urologischer und nephrologischer Erkrankungen“ informieren.

Im Rahmen dieses Moduls der Reihe „UroCurriculum“ werden wir mit Ihnen die aktuellen Leitlinien in der Diagnostik und Therapie von Harnwegsinfektionen sowie spezielle Aspekte daraus diskutieren. Einen weiteren Block widmen wir kontroversen Fragen der Markerdiagnostik von Urotheltumoren und vermitteln Hinweise zur praktischen Anwendung. Beide Einheiten beinhalten einen Refresherkurs zu den Themen „Urinmikrobiologie in der Praxis“ und „Urinzytologie für Fortgeschrittene“. Zuletzt steht noch ein Block zur Urindiagnostik in der Nephrologie sowie zu den zirkulierenden Tumorzellen als Markerdiagnostik urologischer Tumore im Programm. Praxisbezug und interaktive Formate sind ein Charakteristikum der UroCurriculum-Veranstaltungen und werden nicht zuletzt im Rahmen von

Falldarstellungen vermittelt. Die Einbindung verschiedener Arbeitskreise der Akademie der Deutschen Urologen garantiert eine qualitativ hochwertige Fortbildungsveranstaltung. Wiesbaden mit seinem eleganten Kurhaus bietet zudem als zentraler Tagungsort das passende Ambiente, um ein spannendes wissenschaftliches Programm zu begleiten. In Namen der Akademie der Deutschen Urologen darf ich Sie herzlich zu dieser Fortbildung mit hoffentlich anregenden Diskussionen einladen. Wir würden uns sehr freuen, Sie möglichst zahlreich am 11. und 12. November 2016 in Wiesbaden begrüßen zu können!

Siemens plant den Aufbau einer E-Health-Anwendung für das Deutsche Radiologienetz



Von Prof. Dr. Oliver Hakenberg

Laut einer Pressemitteilung der Siemens Healthcare vom 18. April 2016 wollen die Curagita Holding AG und Siemens Healthcare gemeinsam neue E-Health-Lösungen für die 100 Praxen des Radiologienetz Deutschland aufbauen. Die geplante Anwendung soll konkret für die Befundung und Diagnose von Prostatakrebs angewandt werden und digitale Befunde für Ärzte und Patienten liefern. In einer Pilotphase wird eine E-Health-Anwendung in netzgezeigten radiologisch-nuklearmedizinischen Großpraxen in Hamburg und München getestet, die Befundung, Diagnose und Qualitätsverbund unterstützen soll. Ab Mitte 2016 sollen in netzeigenen Referenzpraxen sowohl Ärzte als auch Patienten auf Befunde elektronisch zugreifen können. Außerdem wird ein Langzeitarchiv von Siemens getestet. Die Curagita managt das Radiologienetz Deutschland, in dem derzeit 360 Radiologen in 100 Praxen und 70 Krankenhausabteilungen zusammengeschlossen sind, sowie die Deutsche Radiologienetz AG, die ein Krankenhaus und zwei radiologisch-nuklearmedizinische

MVZs in Hamburg und in München betreibt. Siemens und Curagita möchten auf Basis der bereits bestehenden Zusammenarbeit bei bildgebenden Systemen auch im Bereich IT kooperieren. Als Pilotprojekt dient dazu das RaDiagnostiX-Programm zur Prostatakrebsdiagnose des Radiologienetz Deutschland. Eine Besonderheit soll eine enge Zusammenarbeit von Urologen, Radiologen, Strahlentherapeuten und anderen Fachärzten anhand standardisierter Dokumentation und enger Kommunikation sein. Mit Hilfe von senseI, einer in Österreich bereits erprobten Siemens-Plattform für intersektorale Kommunikation, werden Praxen, die als Zweiter, Erst- oder Zweitbefunder an Untersuchung und Diagnose beteiligt sind, vernetzt. Eine neue Bildbefundungssoftware (syngo.via) wird ebenfalls erprobt. Dabei wird syngo.share als VNA (Vendor Neutral Archive) zur standortübergreifenden Langzeitarchivierung mit Fall-datenbank getestet. „Nach erfolgreicher Pilotphase wollen wir mit Hilfe von Siemens Vorreiter in der Vernetzung mit unseren klinischen Partnern werden, um unseren gemeinsamen Anspruch an eine hochqualitative Patientenversorgung auch digital zu verdeutlichen“, so Dr. Johannes Schmidt-Tophoff, Vorstand der Curagita Holding AG und der Deutsche Radiologienetz AG.

Röntgendiagnostik in der Urologie: Eine historische Betrachtung



Von Dr. Friedrich H. Moll

Die Entwicklung einer eigenständigen, auf das Fachgebiet bezogenen Röntgendiagnostik ist für die Urologie fachkonstituierend. Einblick nehmen zu können in die inneren Teile des menschlichen Körpers, das durch die Einführung einer praktikablen Zystoskopie durch Maximilian Nitze (1848-1906) ab 1876 vorangetrieben wurde, erhielt zwanzig Jahre später durch die von dem Würzburger Ordinarius für Physik Conrad Röntgen im November 1895 beobachteten und später nach ihm benannten Röntgenstrahlen einen weiteren, wichtigen Impuls. Schon 1896 verweigerten in Wien Patienten die Untersuchung zum Blasensteinnachweis mit der Harnröhrensonde und verlangten die Anwendung der „neuen“ Strahlen zum Steinnachweis. Da die technischen Voraussetzungen einerseits leicht zu schaffen waren, andererseits Medizingerätehersteller wie Reiniger-Gebbert und Schall, heute Siemens Medizintechnik in Erlangen, schon mit den elektrifizierten Zystoskopen Produktionserfahrung besaßen, entwickelten sich auch hier rasch Kooperationen im sich differenzierenden Gebiet der Urologie. 1887 schlug der Franzose Martin Theodore Tuffier (1857-1929) die Anwendung bleierer Ureterkatheter zur Kontrastierung des Harntraktes vor. Zu diesem Zeitpunkt wurde der Routine-Harnleiterkatheterismus zur seitengetrenten Funktionsuntersuchung durch technisch verbesserte Instrumente gerade erst etabliert (Brenner 1887, Casper 1895, Albarran 1887). Die differentialdiagnostischen Probleme bei der Beurteilung von Harnleiterkonkrementen mit der schattengebenden Harnleitersonde beförderten die Suche nach Kontrastmitteln in der Uro-Radiologie. Friedrich Voelcker (1872-1955) und Alexander von Lichtenberg (1880-1949), die 1905 schon Untersuchungen zur „Cystographie“ publiziert hatten, traten im Januar 1906 dann mit ihrer bis heute rezeptierten Arbeit zur „Pyelographie“ hervor, die sie publikumswirksam in der

damals vielgelesenen „Münchener Medizinischen Wochenschrift“ veröffentlichten. War die Methode bei einigen Fachkollegen in den darauffolgenden Jahren noch umstritten, beförderten Publikationen in den USA, beispielsweise von William Braasch (1878-1975) von der Mayo Klinik in Rochester, die weltweite Akzeptanz und Verbreitung der Methode. Somit konnte dieses diagnostische Standbein eine entscheidend verbesserte Operationsplanung der „chirurgischen Nierenerkrankungen“ etablieren und die endoskopische Untersuchung des unteren Harntraktes durch die bildliche Darstellung des oberen Harntraktes ergänzen. Ab 1929 konnten dann aus der klinischen Zusammenarbeit zwischen dem amerikanischen Stipendiaten Moses Swick (1900-1985) und Alexander von Lichtenberg am St. Hedwig-Krankenhaus in Berlin nach umfangreichen Voruntersuchungen erste brauchbare Röntgenaufnahmen mit intravenös verabreichtem Kontrastmittel (Uro-Selactan®) erzeugt werden. Kurze Zeit später führten die Versuche am Kölner Bürgerhospital mit Abrodil® zu ähnlich guten Ergebnissen (Bronner und Schüller). Leider entwickelte sich hieraus ein Prioritätsstreit zwischen dem jungen amerikanischen Stipendiaten Swick und dem deutschen Urologen Lichtenberg, da letzterer die wissenschaftlich eigenständigen Untersuchungen Swicks auf dem amerikanischen Urologienkongress und in weiteren Publikationen nicht erwähnte. Schon in den 1940er Jahren war die Diagnostik so weit entwickelt, das Siemens-Reiniger (Veifa) urologische Untersuchungstische nach Griessmann (Bucky Blende unter dem Tisch, Röntgenröhre über dem Tisch) produzierte und vertrieb, die Röntgenuntersuchungen in Steinschnittlage und somit im heutigen Sinne „endo-urologische“ Eingriffe ohne Patientenumlagerung erlaubten. Noch heute finden sich in Darstellungen zu urologischen Praxen und Kliniken in allen Medien besondere Hinweise zur urologischen Röntgenuntersuchung, obwohl die moderne Schnittbildagnostik viele Untersuchungen in radiologische Abteilungen verlagert hat.



Von Rechtsanwalt Frank Petersilie, DGU-Geschäftsführer

Am 14.04.2016 hat der Bundestag in 2. und 3. Lesung das Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen beschlossen. Gegenüber der bisherigen Entwurfsfassung sind im Wesentlichen die Streichung der Strafbarkeitsrelevanz berufsrechtlicher Pflichtverletzungen und der Wegfall des Strafantragserfordernisses als Änderung zu benennen. Eine grundlegende Änderung des bisher vielfältig kommentierten Gesetzesentwurfs ist damit aber nicht verbunden. Mit der Herausnahme der Berufsrechtsrelevanz soll verfassungsrechtlichen Bedenken im Hinblick auf die Unbestimmtheit und Uneinheitlichkeit der Berufsordnungen Rechnung getragen werden. Die verbliebene Bezugnahme auf allgemeine wettbewerbsrechtliche Aspekte bei den in § 299 a und § 299 b Nr. 1 - 3 StGB genannten Handlungen erfasst aber auch ohne Berufsrechtsbezug das nach Ansicht des Gesetzgebers strafwürdige Verhalten im Gesundheitswesen. Mit dem Wegfall des Antrageserfordernisses in § 301 StGB werden die Straftatbestände zum Offizialdelikt, was nichts anderes heißt, als dass Staatsanwaltschaften nicht nur auf Antrag, sondern bei einem entsprechendem Verdacht von Amts wegen tätig werden müssen. Das Gesetz soll am „Tag nach der Verkündung“, also nach der Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt in Kraft treten. Dies dürfte zum Zeitpunkt der Publikation dieser Mitteilung bereits erfolgt sein.

URO & RECHT

Beschlossen: Gesetz gegen Korruption im Gesundheitswesen

Im Folgenden der nunmehr endgültige Gesetzestext:

§ 299 a Bestechlichkeit im Gesundheitswesen

Wer als Angehöriger eines Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert, im Zusammenhang mit der Ausübung seines Berufs einen Vorteil für sich oder einen Dritten als Gegenleistung dafür fordert, sich versprechen lässt oder annimmt, dass er

1. bei der Verordnung von Arznei, Heil- oder Hilfsmitteln oder von Medizinprodukten,
2. bei dem Bezug von Arznei- oder Hilfsmitteln oder von Medizinprodukten, die jeweils zur unmittelbaren Anwendung durch den Heilberufangehörigen oder einen seiner Berufshelfer bestimmt sind, oder
3. bei der Zuführung von Patienten oder Untersuchungsmaterial einen anderen im inländischen oder ausländischen Wettbewerb in unlauterer Weise bevorzugen, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

§ 299 b Bestechung im Gesundheitswesen

Wer einem Angehörigen eines Heilberufs im Sinne des § 299 a im Zusammenhang mit dessen Berufsausübung einen Vorteil für diesen oder einen Dritten als Gegenleistung dafür anbietet, verspricht oder gewährt, dass er

1. bei der Verordnung von Arznei-, Heil- Hilfsmitteln oder von Medizinprodukten,
2. bei dem Bezug von Arznei- oder Hilfsmitteln oder von Medizinprodukten, die jeweils zur unmittelbaren Anwendung durch den Heilberufangehörigen oder einen seiner Berufshelfer bestimmt sind, oder
3. bei der Zuführung von Patienten oder Untersuchungsmaterial ihn oder einen anderen im inländischen oder ausländischen Wettbewerb in unlauterer Weise bevorzugen, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

§ 300 Besonders schwere Fälle der Bestechlichkeit und Bestechung im geschäftlichen Verkehr und im Gesundheitswesen

In besonders schweren Fällen wird eine Tat nach den §§ 299, 299 a und 299 b mit Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren bestraft. Ein besonders schwerer Fall liegt in der Regel vor, wenn

1. die Tat sich auf einen Vorteil großen Ausmaßes bezieht oder
2. der Täter gewerbsmäßig handelt oder als Mitglied einer Bande, die sich zur fortgesetzten Begehung solcher Taten verbunden hat.

§ 301 Strafantrag

entfällt

Pharma-Riese engagiert sich für Patienten in der dritten Welt

Von Prof. Dr. Oliver Hakenberg

Der Pharmagigant Bristol-Myers mit Sitz in New York hat angekündigt, das Anti-Hepatitis-C-Medikament Daklinza (Daclatasvir) für 10.000 Patienten, die sowohl mit HIV als auch Hepatitis C infiziert sind, kostenfrei zur Verfügung zu stellen. Noch viel wichtiger: Bristol Myers Squibb hat im vergangenen November mit dem „Medicines Patent Pool“ der Vereinten Nationen eine Vereinbarung getroffen, nach der Generikahersteller in Entwicklungsländern das Medikament unter kostenfreier Lizenz in insgesamt 112 Ländern herstellen dürfen. Bristol-Myers selbst wird das Medikament für Patienten in Äthiopien, Myanmar, Nigeria, Ruanda und Vietnam bereitstellen. In diesen Ländern gibt es zusammen annähernd 30 Millionen Hepatitis-C-Infizierte aufgrund von Zahlen der Clinton Foundation, deren Clinton Health Access Initiative zusammen mit AmeriCares an dem Zustandekommen der Vereinbarung beteiligt war und die Medikamente vor Ort bringen will. Offiziell kostet Daklinza in den USA für eine 12-wöchige Behandlung \$63,000. Nach einer Verlautbarung von Bristol Myers werden vier Generikahersteller mit Sitz in Indien aufgrund der Vereinbarung Daclatasvir in Lizenz herstellen. Melissa Osborn, ein Associate Professor an der Case Western University in Cleveland, kritisierte, dass es zwar lobenswert sei, dass Pharmafirmen Hilfe dahin bringen würden, wo sie erforderlich sei, dass aber ähnliche Hilfe Patienten in den USA, deren Versicherung die Kosten für Daklinza nicht zahlen wolle, versagt bliebe.

Behandlungsqualität signifikant verbessert:



10 Jahre Zweitmeinungsprojekt Hodentumor



Von Prof. Dr. Christian Wülfing

Die Zweitmeinung in der Urologie ist eine Erfolgsgeschichte: Das Zweitmeinungsprojekt Hodentumor der DGU kann 2016 auf zehn Jahre gelebte internetbasierte Zweitmeinungspraxis zurückblicken und ist damit weltweit einzigartig. Das Netzwerk der Deutschen Hodentumor Studiengruppe unter der Leitung von Prof. Dr. Mark Schrader, Berlin, zählt in diesen Tagen fast 5000 Zweitmeinungskonsultationen und ist als Plattform für einen systematischen Zweitmeinungsabgleich bei der Therapiefestlegung anerkannt. Jüngste Daten zeigen eine hohe Akzeptanz und eine signifikant verbesserte Behandlungsqualität, weshalb das Projekt bereits als Modell für den Aufbau eines nationalen Zweitmeinungszentrums Peniskarzinom und eines nationalen Zweitmeinungszentrums Sarkom fungiert. Damit ist die Urologie dem Versorgungsstärkungsgesetz um Längen voraus, denn strukturierte Zweitmeinungsverfahren sind noch längst nicht etabliert – lediglich für bestimmte, planbare Eingriffe im Gesetz verankert.

5000 Zweitmeinungs-Konsultationen

Das Verfahren ist bekanntlich überaus einfach: Über die Internetseite www.zm-hodentumor.de können Urologen und Urologinen anonymisiert die Daten ihrer Hodentumor-Patienten online eingeben und die eigene Therapieplanung oder die Frage

nach der weiteren Therapie an eines der 32 Zweitmeinungszentren in Deutschland und Österreich übermitteln. Auf dieser Datengrundlage folgen in der Regel binnen 36 Stunden die Behandlungsempfehlungen der Spezialisten aus dem Netzwerk als Antwort. Die jüngste Bilanz von Prof. Dr. Schrader: In 40 Prozent der Fälle unterscheiden sich Erst- und Zweitmeinung. Etwa jede sechste Zweitmeinung führte zu einer Änderung der Therapieplanung. In jedem vierten Fall konnte der Therapieumfang reduziert und damit die Lebensqualität des Patienten verbessert werden. In vielen Fällen ist die gemeinsame Diskussion der Fälle mit Hodentumorspezialisten für das Wohl der Patienten aus den unterschiedlichsten Gründen äußerst hilfreich. Wegen des kostenfreien und unkomplizierten Zugangs zum Zweitmeinungsnetzwerk findet die dortige Expertise breite Akzeptanz. Die Projektleitung erwartet, dass 2016 etwa 25 Prozent der neu diagnostizierten Fälle in dem Netzwerk vorgestellt werden, das von der Deutschen Krebshilfe und der DGU finanziell unterstützt wird. Die Techniker Krankenkasse wird ab Herbst 2016 ihren Versicherten grundsätzlich die Einholung einer Zweitmeinung in dem Netzwerk bei außerbudgetärer Kostenvergütung ermöglichen. Zudem prüft eine der größten deutschen Automotive-Unternehmensstiftungen gegenwärtig, das Projekt ebenfalls finanziell zu unterstützen.

Modellfunktion für das Zweitmeinungszentrums Peniskarzinom

Derzeit baut die DGU ihre Vorreiterrolle bei den strukturierten Zweitmeinungsverfahren aus, um die Qualität der uro-

onkologischen Versorgung in der Fläche zu stärken: Mit dem „Prototyp nationales Zweitmeinungszentrum Peniskarzinom“ ist ein weiteres Zweitmeinungsprojekt im Aufbau, das in Kooperation zwischen dem Studiengang „Medizininformatik“ der Fachhochschule Brandenburg und der Universität Rostock unter der Leitung von DGU-Generalsekretär Prof. Dr. Oliver Hakenberg ist bereits Standort des Peniskarzinomregisters in Deutschland und bietet damit beste Voraussetzungen für ein nationales Zweitmeinungszentrum zu dieser Tumorentität. Damit hat die DGU neben ihrem umfangreichen Leitlinienprogramm weitere wesentliche Instrumente zur Qualitätssicherung bereits geschaffen: Sie stärken die Ergebnisqualität und verbessern damit die Versorgung. Die DGU ist davon überzeugt, dass ihre internetbasierten Zweitmeinungsverfahren Lösungsmöglichkeiten darstellen, die die Versorgungsqualität mit überschaubarem Aufwand verbessern können und im Hinblick auf den im Versorgungsstärkungsgesetz vorgesehenen Anspruch auf eine ärztliche Zweitmeinung als Rollenmodell dienen können. Dass sich unsere Patienten vor der Therapieentscheidung eine zweite Meinung wünschen, haben Barmer GEK und Bertelsmann Stiftung jüngst repräsentativ erhoben. Danach würden fast 90 Prozent der Deutschen bei ernsthaften Erkrankungen eine ärztliche Zweitmeinung einholen wollen. Etwa jeder Vierte hat diese Möglichkeit bereits genutzt, und drei von vier dieser Patienten haben daraufhin ihre ursprüngliche Behandlungsentscheidung geändert.

„Ein guter Mann wird stets das Bessere wählen.“
Euripides (480 v. Chr.)

Sp(r)itzenleistung!
Mit einem KLICK mehr Sicherheit

Enantone
Trenantone
Sixantone

Jetzt online:

Entscheidungshilfe Prostatakrebs im Praxistest

Umfrage



Weitere Informationen unter: www.entscheidungshilfe-prostatakrebs.info

Die interaktive personalisierte online-basierte Entscheidungshilfe für Patienten mit lokalisiertem Prostatakrebs ist seit 1. Juni online: Im Usability Test für Ärzte konnten einige Urologen das Portal der PatientenAkademie der Deutschen Urologen bereits vorab kennenlernen. Die DGU-Pressetel- le fragte nach:

1. Hat die Webseite in Ihren Augen den Praxistest bestanden?
2. Was hat Ihnen besonders gut gefallen, wo sehen Sie Optimierungsbedarf?
3. Können Sie sich vorstellen, die Online-Entscheidungshilfe zukünftig in die Therapiefindung einzubeziehen?



Dr. med. Clemens Linné, niedergelassener Urologe aus Dresden

Die Webseite erscheint in der Ansprache und Erklärung der Therapieoptionen sehr patientenorientiert und kann so für den interessierten Patienten eine gute Unterstützung zur Aufklärung durch den Urologen darstellen. Dies gilt insbesondere für den Umstand, dass diese Informationen von dem Patienten unabhängig vom Urologen zu einem beliebigen Zeitpunkt abgerufen werden können.

Die einzelnen Videos sind in ihrer Länge und Verständlichkeit angemessen. Sicher wird der eine oder andere Patient auch bei dieser insgesamt sehr patientenfreundlichen Information überfordert sein; hier sollte der Verweis auf das Gespräch und die Klärung möglicher einzelner Fragen durch den Urologen an einigen Stellen noch hervorgehoben werden.

Ich kann mir durchaus vorstellen, bei ausgewählten Patienten ohne „Internet-Furcht“ diese Webseite zur Unterstützung bei der Besprechung der möglichen Therapieoptionen einzusetzen. Letztendlich steht aber die unmittelbare Aufklärung durch den behandelnden Urologen und auch das letztendliche Entscheiden der endgültigen Therapie mit dem Patienten immer im Mittelpunkt.



Dr. med. Achim Luther, niedergelassener Urologe aus Miltenberg

Die Website hat aus meiner Sicht den Praxistest bestanden.

Die informative Gestaltung der Patienteninformation und das Eingehen auf das Risikoprofil des Patienten sowie die Entscheidungspräferenz ohne Beeinflussung von außen finde ich gut gelöst. Optimierungsbedarf: evtl. Bereitstellung einer Patienten-DVD für

nicht computerbewanderte Patienten mit schriftlichen Antwortbögen per Papier zur anschließenden Eingabe in das Tool durch MFA.

Ich kann mir sehr gut vorstellen, das Tool im Praxisbetrieb einzusetzen.



Dr. med. Alwin Weber, niedergelassener Urologe und Belegarzt aus Michelstadt

Die Webseite der PatientenAkademie „Entscheidungshilfe Prostatakrebs“ ist ein sehr praxisnahes, patientenorientiertes, umfangreiches Informationstool. Die Videoclips machen es möglich, die Fülle der Informationen ohne wesentliche Konzentrationsverluste aufzunehmen. Extrem innovativ sind die individualisierten Informationspakete. Die implementierten Fragebögen könnten bei dem einen oder anderen Patienten eine Her-

ausforderung darstellen. Dennoch ist diese Plattform eine unvergleichlich gute Gelegenheit für den Betroffenen, sich mit seiner Erkrankung zu beschäftigen.

Die Navigation auf der Seite ist sehr intuitiv, die Buttons sind selbsterklärend, die Farbgebung freundlich und sachlich. Die Kombination aus Video mit gut lesbaren Textfenstern ist didaktisch sehr gelungen. Vielleicht könnte man mit Buttons die Schriftvergrößerung programmieren.

Da wir schon heute in unserer Uro-Onkologischen Belegarztpraxis mit Patienten-Coaches arbeiten, die unseren Patienten Informationen über ausgewählte Websites zugänglich machen, ist diese professionell programmierte und gestaltete Website quasi eine Evolution unserer bisherigen Bemühungen. Gerne werden wir mit daran arbeiten, dieses Tool so weiterzuentwickeln, dass daraus eine im Sinne der Internet-usability barrierefreie Entscheidungshilfe wird.

Foto: fotolia @ L.Klausner

Akademie Veranstaltungen

	Art der VA (Akademie, Arbeitskreise etc.)	Veranstaltungen	Datum	Ort	Wissenschaftliche Leitung
06 / 2016	TeamAkademie	Fortbildungsmodul: Assistenten für Urologische Kontinenztherapie	14.-15.06.2016	Berlin	Prof. Dr. med. St. Roth
	JuniorAkademie	7. Basis-Seminar ‚Vom Beginner zum Gewinner‘	22.-23.06.2016	Garmisch-Partenkirchen	Prof. Dr. med. H. Leyh / Dr. med. U. Necknig
	JuniorAkademie	9. Basis-Naht-Workshop ‚Mit Nadel und Faden‘	23.06.2016	Garmisch-Partenkirchen	Prof. Dr. med. H. Leyh / Dr. med. U. Necknig
	JuniorAkademie	15. Garmisch-Partenkirchener Assistentenseminar	23.-26.06.2016	Garmisch-Partenkirchen	Prof. Dr. med. H. Leyh / Dr. med. U. Necknig
07 / 2016	AuF	Workshop: Biomarker-Studien – Design, Durchführung und Praxis	01.07.2016	Düsseldorf	Prof. Dr. med. M. Burger
09 / 2016	AK Psychosomatische Urologie und Sexualmedizin	Psychosomatische Urologie (zum Erwerb der Psychosomatischen Grundversorgung) – Teil C	08.-10.07.2016	Wiesbaden	Dr. med. U. Hohenfellner
	AK Onkologie	Intensivkurs Uro-Onkologie – Teil 1 (von 3)	09.-10.09.2016	Bergisch-Gladbach	Prof. Dr. med. J. Gschwend / Prof. Dr. med. P. Albers
10 / 2016	AK Onkologie	Intensivkurs Uro-Onkologie – Teil 2 (von 3)	14.-15.10.2016	Bergisch-Gladbach	Prof. Dr. med. J. Gschwend / Prof. Dr. med. P. Albers
	AK Psychosomatische Urologie und Sexualmedizin	Psychosomatische Urologie (zum Erwerb der Psychosomatischen Grundversorgung) – Teil D	21.-23.10.2016	Wiesbaden	Dr. med. U. Hohenfellner

Instillagel®
Lidocain & Chlorhexidin

Endosgel®
Chlorhexidin

Sterile Gleitgele in steriler Verpackung

FARCO-PHARMA
Im Dienste der Urologie

www.farco-pharma.de

STELLENBÖRSE

Urologe sucht eine Arbeitstelle
Ich komme aus Syrien und habe dort 8 Jahre als Urologe gearbeitet. Jetzt bin ich seit 3 Jahren in Deutschland und möchte meinen Beruf weiter ausüben. Neben Deutsch spreche ich auch Arabisch, Russisch und Englisch.
Kontakt: majedsheikhi@gmail.com

FA für Urologie mit ‚Da Vinci Operationssystem‘ Zertifikat
Seit fünfundzwanzig Jahren arbeite ich als Facharzt für Urologie. Im Verlauf meiner Berufsausbildung habe ich mich vorzugsweise auf offene, vor allem auf radikale onkologische, als auch rekonstruktive Operationen fokussiert. Ab dem Jahr 2007 führe ich darüber hinaus laparoskopische Operationen durch und bin im Besitz eines Zertifikates für das „Da Vinci Operationssystem“. Ich suche nach einer attraktiven FA-OA Stelle in Deutschland,

Bayern, Baden-Württemberg und Sachsen bevorzugt.
Kontakt: info@medicultra.com

Urologische Oberarztstelle gesucht
FA für Urologie mit Zusatzbezeichnung „med. Tumorthherapie“ sowie „fachgebundene Röntgendiagnostik“, Laparoskopie- und DaVinci-Erfahrung sowie langjähriger Tätigkeit an einer Uniklinik sucht eine OA-Stelle in einer Klinik mit DaVinci-System in Westdeutschland.
Kontakt: stellengesuch.urologie@yahoo.com

MVZ gesucht
Urologe mit Zusatzbezeichnung „med. Tumorthherapie“ sucht neue Herausforderung in Praxis MVZ. 10 Jahre Erfahrung im Krankenhaus, 1 Jahre Erfahrung in der Praxis. Bevorzugt in Hessen oder Umgebung.
Kontakt: student-de@gmx.de

Impressum

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

Redaktion:
Franziska Engehausen
Sabine M. Glimm
Bettina-C. Wahlers
Autoren:
Franziska Engehausen
Sabine M. Glimm
Oliver Hakenberg
Friedrich H. Moll
Frank Petersilie
Axel Schroeder
Florian Wagenlehner
Christian Wülfing

Grafik: Barbara Saniter
Druck: DBM Druckhaus Berlin-Mitte GmbH

Auflage: 7300 Exemplare

Erscheinungsweise: vierteljährlich

Ausgabe: 2 / 2016 – Juni