



Eröffnungs-Pressekonferenz

21. September 2005, 10.30-12 Uhr

anlässlich des 57. Kongresses der

Deutschen Gesellschaft für Urologie e. V.

vom 21. bis 24. September 2005

in Düsseldorf



Inhalt der Pressemappe

Teilnehmerliste zur Pressekonferenz

Referat Professorin Dr. Daniela Schultz-Lampel: „Harninkontinenz“

Lebenslauf & Veranstaltungstipps

Referat Professor Dr. Paolo Fornara: „Neue Techniken in der Urologie“

Lebenslauf & Veranstaltungstipps

Referat Professor Dr. Lothar Hertle: „PCA, PSA, Früherkennung“

Lebenslauf & Veranstaltungstipps

Referat Dr. Klaus Schalkhäuser: „Gesundheitssystem vor dem Kollaps“

Lebenslauf & Veranstaltungstipps

Die Highlights im Überblick

Fotos der Referenten finden Sie sofort,
alle weiteren Kongress-Fotos im Laufe der Veranstaltung
zur freien Veröffentlichung als Download
im Internet auf www.wahlers-pr.de/fotoarchiv



Teilnehmer der Eröffnungs-Pressekonferenz

Professorin Dr. Margit Fisch

Chefärztin Urologisches Zentrum Hamburg,
Pressesprecherin der DGU, Moderatorin der Pressekonferenz

Professor Dr. Detlef Frohneberg

Direktor der Urologischen Klinik,
Städtisches Klinikum Karlsruhe GmbH, Kongress-Präsident
und DGU-Präsident

Professorin Dr. Daniela Schultz-Lampel

Direktorin und ärztliche Leiterin des Kontinenzentrums
Südwest, Villingen-Schwenningen

Professor Dr. Paolo Fornara

Direktor der Universitätsklinik und Poliklinik für Urologie,
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Professor Dr. Lothar Hertle

Direktor der Klinik und Poliklinik für Urologie,
Universitätsklinikum Münster

Dr. Klaus Schalkhäuser

Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Urologen e.V.

Professor Dr. Michael Stöckle

Direktor der Klinik und Poliklinik für Urologie und
Kinderurologie, Universitätskliniken des Saarlandes



Referentin: Prof. Dr. Daniela Schultz-Lampel, Villingen-Schwenningen

Thema: Harninkontinenz (unwillkürlicher Harnverlust)

Die Harninkontinenz ist heute eines der größten Gesundheitsprobleme, aber auch ein gesundheitspolitisches und sozioökonomisches Problem für die Gesellschaft.

Jeder kann von Inkontinenz betroffen werden

Harninkontinenz kann Menschen jeglichen Alters und jeglichen Geschlechtes betreffen. Grundsätzlich sind das höhere Alter, sowie Frauen häufiger betroffen als junge Menschen und Männer. Epidemiologische Studien beschreiben Prävalenzdaten zwischen 20-50% aller Frauen, Männer sind zu einem Viertel seltener von Harninkontinenz betroffen.

Trotz starker Beeinträchtigung der Lebensqualität, suchen nur ca. 40% der Betroffenen ärztliche Hilfe auf. Dabei kann in mehr als 90% der Fälle eine Heilung oder wesentliche Besserung erzielt werden.

Voraussetzung dafür ist jedoch, durch geeignete Diagnostik den Inkontinenztyp zu klassifizieren, da gerade die beiden Haupttypen Drang- und Belastungsinkontinenz vollkommen unterschiedlich zu behandeln sind.



Auf dem diesjährigen Urologenkongress stehen drei aktuelle und klinisch relevante Aspekte der Inkontinenz im Fokus:

1. Das Syndrom der überaktiven Blase (OAB-Syndrom)
2. Die Belastungsinkontinenz der Frau
3. Die Harninkontinenz des Mannes nach Radikaloperation der Prostata

1. OAB-Syndrom - Wenn sich das Leben nur noch um die Toilette dreht

„Mein Leben findet nur noch im Umkreis der Toilette statt, ich traue mir gar keine aushäusigen Aktivitäten mehr zu, da ich ständig zur Toilette muss“. Ständiger Harndrang, häufiges Wasserlassen, nicht zu unterdrückender Harndrang am Tag und in der Nacht, der ohne und mit dranghaftem Urinverlust einhergehen kann, sind die typischen Symptome der überaktiven Blase, die die Lebensqualität des Betroffenen entscheidend einschränkt. 15-20% der Menschen in den Industrieländern sind davon betroffen, wobei diese Blasenstörung typisch für das höhere Alter ist. Medikamente, sogenannte Anticholinergika wie Oxybutynin, Tolterodine, Trospiumchlorid, Propiverin, Solifenacin und Darifenacin, bessern die Symptome in zwei Drittel der Fälle. Nebenwirkungen wie Mundtrockenheit, Sehstörungen, Obstipation und Blasenentleerungsstörungen beeinflussen allerdings die Compliance, so dass nach 12 Monaten nur noch 20% der Patienten die verordnete Medikation einnimmt. Neue Darreichungsformen mit veränderter Pharmakokinetik, sog. Slow-Release-Formen oder die Applikation als Pflaster sollen helfen, diese Probleme zu vermeiden. Bei therapieresistenten Fällen oder unbeeinflussbaren Unverträglichkeiten können verschiedene Formen der Elektrotherapie, Magnetfeldtherapie oder neue pharmakologische Ansätze wie Botulinim-A-Toxin-Injektion in den Detrusor zum Einsatz kommen.



2. Weibliche Belastungsinkontinenz – muss man immer operieren?

50% der inkontinenten Frauen haben eine Belastungsinkontinenz, d.h. einen Urinverlust beim Husten, Niesen, Heben, Sport oder anderen körperlichen Anstrengungen. Leichtere Formen können konservativ mittels physiotherapeutischen Verfahren wie Beckenbodentraining, Biofeedback-Training oder Elektrotherapie behandelt werden. Seit 1 Jahr steht mit Duloxetin auch eine medikamentöse Therapie zur Verfügung. Die Erfolgsraten der konservativen Therapie liegen zwischen 30%-60%. Bei therapieresistenten Fällen ist eine Inkontinenzoperation Mittel der Wahl. Hier haben heute minimal-invasive, spannungsfreie Bänder die klassischen Kolpususpensionsverfahren fast verdrängt. Allerdings sind aufwändigere Korrekturoperationen bei zusätzlichen Senkungsproblemen auch heute noch indiziert. Bei richtiger Indikationsstellung und richtiger Wahl des Operationsverfahrens sind Erfolgsraten zwischen 63-98% zu erzielen. Die Patientenzufriedenheit nach einer Inkontinenzoperation liegt allerdings nur bei 71-83%.



3. Radikale Prostatektomie:

Der Krebs ist weg – die Inkontinenz kommt?

Eine Belastungsinkontinenz bei Männern tritt fast nur nach operativen Eingriffen im Bereich der Prostata auf. Bei verbesserter Früherkennung des Prostatakrebses und damit steter Zunahme der Radikaloperationen, hat die Inkontinenz beim Mann eine andere Dimension bekommen als früher. Direkt postoperativ sind fast alle Männer nass. Mit zunehmendem zeitlichen Abstand zur Operation bessert sich in den meisten Fällen die Kontinenz. Daher sollte zunächst nur konservativ mit Schließmuskeltraining, Biofeedback-Training, Elektro- oder Magnetfeldtherapie behandelt werden. Auch der off-label-Einsatz von Duloxetin, das bislang nur für die Belastungsinkontinenz der Frau zugelassen ist, kann die Inkontinenz bessern. In Fällen, in denen die Kontinenz auch ein Jahr postoperativ nicht zufriedenstellend ist, können operative Interventionen indiziert sein.

Inkontinenz ist eine Krankheit, für die viel getan werden kann, wenn es gelingt, Hilfe und Information darüber zu optimieren. Professionelles Engagement, öffentliches Bewusstsein und Aufklärung sind die wichtigsten Voraussetzungen dafür.



Veranstaltungstipps zur Thematik „Harninkontinenz“

Verschiedene Vortrags- und Postersitzungen sowie Satellitensymposien und Workshops werden sich mit dem Thema der Harninkontinenz beschäftigen:

Mittwoch, 21.09.2005

16.30 – 18 Uhr, Sat 1, Bayer Vital

Neue innovative Therapieoptionen zur Verbesserung der Lebensqualität bei ED und OAB

16.30 – 18 Uhr, Sat 4, Pfizer

Vier moderne Anticholinergika – drei Ziele

Donnerstag, 22.09.2005

10.30 – 12.30 Uhr, Forum 5, Urogynäkologie

Dieses Forum beschäftigt sich insbesondere mit lokal fortgeschrittenen gynäkologischen Tumoren mit Beteiligung des Harntraktes, bei dem ein häufiges Leitsymptom die Inkontinenz ist.

10.30 – 12.30 Uhr, V2, Unterer Harntrakt, Urodynamik, Neurourologie I

13.30 – 15.30 Uhr, V5, Unterer Harntrakt, Urodynamik, Neurourologie II

18 - 19.30 Uhr, Sat 5, Apogepha

Überaktive Blase in verschiedenen Lebensabschnitten: interaktives Seminar



Freitag, 23.09.2005

8.30 – 10 Uhr, Forum 11,
Inkontinenz nach radikaler Prostatektomie –
was hilft wirklich?

Dieses Forum beschäftigt sich mit Ursache und
Therapie der Inkontinenz des Mannes
nach Prostataoperationen.

10.30 – 12 Uhr, V7, Gynäkologische Urologie

13.30 – 15.30 Uhr, P exp 7 Lower Urinary Tract /
Neurourology Research

13.30 – 15 Uhr, Forum 18, Überaktive Blase
Dieses Forum beschäftigt sich mit der Problematik
des Harndranges und häufigen Wasserlassens
mit und ohne dranghaftem Urinverlust.

16 – 17.30 Uhr, Sat 8,
Lilly-Boehringer Harninkontinenz

16 – 17.30, Sat 11, UCB -Pharma
Das erste Inkontinenz-Pflaster: ein neuer Weg
zur Behandlung der überaktiven Blase

Samstag, 24.09.2005

11 – 13.30 Uhr, Forum 25, Was gibt es Neues?
In diesem Forum wird u.a. über Innovationen
auf dem Gebiet der Harninkontinenz und
der Neuroregeneration des unteren Harntraktes
berichtet.



**Prof. Dr. Daniela Schultz-Lampel, Direktorin und ärztliche Leiterin
Kontinenzzentrum Südwest, Villingen-Schwenningen**

Curriculum vitae

Persönliche Daten

Name	Schultz-Lampel
Vorname	Daniela
Akademischer Grad	Prof. Dr. med.
Geboren	in Karlsruhe, am 20. März 1960

Studium

1978 – 1984	Medizinstudium an der Universität des Saarlandes, Homburg/Saar
16. Oktober 1984	Staatsexamen an der Universität des Saarlandes, Homburg/Saar
25. Oktober 1984	Approbation durch den Minister für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung des Saarlandes
Januar 1986	Promotion „cum laude“, Mentor: Prof. Dr. F.C. Sitzmann. „Messung pulmonaler Ventilationsstörungen mittels 81-Krypton-Inhalationsszintigraphie und Blutgasanalysen bei mukoviszidosekranken Kindern“

Beruflicher Werdegang

November 1984 – Oktober 1988	Assistenzärztin der Klinik für Urologie, Klinikum Barmen, Wuppertal, (Direktor: Prof. Dr. K.-F. Albrecht
ab Sept. 1987	Prof. Dr. J.W. Thüroff)



- November 1988
– Oktober 1989 Assistenzärztin der Klinik für Chirurgie, Klinikum Barmen,
Wuppertal (Direktor: Prof. Dr. G. Engelhardt)
- November 1989
– September 1990 Assistenzärztin der Klinik für Urologie und Kinderurologie,
Klinikum Wuppertal, (Direktor: Prof. Dr. J.W. Thüroff)
15. Februar 1990 Facharztanerkennung durch die Ärztekammer Nordrhein
- Oktober 1990
– Februar 2000 Oberärztin der Klinik für Urologie und Kinderurologie,
Klinikum Wuppertal, (Direktor: Prof. Dr. J.W. Thüroff,
seit 1. Nov. 1997 Prof. Dr. S. Roth)
- März 2000
– August 2000 Leitende Oberärztin der Klinik für Urologie und Kinder-
urologie, Klinikum Wuppertal (Direktor: Prof. Dr. S. Roth)
28. Feb. 1996 Anerkennung Spezielle Urologische Chirurgie durch die
Ärztekammer Nordrhein
28. Dez. 1997 Habilitation, Universität Witten/Herdecke
„Neurophysiologische Grundlagen und klinische Anwendung
der sakralen Neuromodulation zur Therapie von
Blasenfunktionsstörungen“
- seit Oktober 2000 Ärztliche Leitung Kontinenzzentrum Südwest
Klinikum der Stadt Villingen-Schwenningen

Spezialgebiete

Harninkontinenz
Neurourologie
Gynäkologische Urologie
Kinderurologie



Referent: Prof. Dr. Paolo Fornara

Thema: Neue Techniken in der Urologie

Laparoskopie in der Uro-Onkologie: Tumornephrektomie und Radikale Prostatektomie an vielen Kliniken Routine

Die laparoskopische Tumornephrektomie – die minimal-invasive Variante der bisher nur durch einen Bauch- bzw. Flankenschnitt durchführbaren radikalen Entfernung einer tumorbehafteten Niere – ist in der Lage, das operationsbedingte Trauma und die damit verbundene Belastung für den Patienten deutlich zu reduzieren.

Seit Beginn der 90-er Jahre wurde die Urologie, wie auch andere Fachdisziplinen von der Einführung laparoskopischer Techniken geprägt. Diese führten zunächst aber eher ein Schattendasein und hatten ihren eigentlichen Durchbruch erst Anfang dieses Jahrzehnts durch die Etablierung der laparoskopischen radikalen Prostatektomie beim Prostatakarzinom.

Reduktion des Operationstraumas, weniger Schmerzen, verkürzte Liegedauer und Rekonvaleszenzzeit sowie schnellere Wiederaufnahme der Arbeitsfähigkeit stehen bei der Laparoskopie im Mittelpunkt. In den letzten Jahren wurden immer mehr urologische Tumorarten laparoskopisch operiert. Bezüglich der laparoskopischen Tumornephrektomie und der radikalen Prostatektomie kann mittlerweile auf eine langjährige solide Erfahrung zurückgegriffen werden.

Aus onkologischer Sicht ist die laparoskopische Tumornephrektomie der offenen Operation bei kleinen Tumoren gleichwertig.



In Deutschland werden weltweit die meisten Patienten laparoskopisch radikal prostatektomiert. In den letzten fünf Jahren sind hierzulande fast 6.000 Patienten laparoskopisch radikal prostatektomiert worden. Neben den bekannten Vorteilen der Laparoskopie hat, die Einführung dieser Technik das operative Spektrum deutlich erweitert, so dass heute individuell nach medizinischen Erfordernissen, aber auch nach dem Wunsch des Patienten, die Operationstechnik gewählt werden kann.

Die laparoskopischen Operationstechniken beeinflussen aufgrund ihrer minimalen Invasivität kaum den Patienten im postoperativen Verlauf. So kann sich der Patient schneller erholen, gegen die Tumorerkrankung besser wehren, eventuell notwendige zusätzliche Therapien können früher eingeleitet werden und greifen besser.

Ein weiteres interessantes Feld bietet die Entwicklung der laparoskopischen roboterassistierten Operationsverfahren in der Urologie. Hier sitzt der Operateur an einem Monitor außerhalb des OP-Raumes und bedient über Joysticks die von einem Roboter geführten OP-Instrumente. So können feinste, mikrochirurgische Griffe millimetergenau ausgeführt werden, da die menschliche Komponente, wie z. B. das Zittern, gänzlich ausgeschaltet ist. Ermutigende Ergebnisse werden aus den wenigen zur Zeit in Europa existierenden Zentren berichtet; die hohen Anschaffungskosten limitieren derzeit eine flächendeckende Verbreitung dieser Technik.

Der für das Fach Urologie typische Trend zur minimalen Invasivität – deren Meilensteine die transurethralen und perkutanen Operationstechniken sowie die extrakorporale Stoßwellenlithotripsie sind – erfährt durch die Laparoskopie in der Urologie einen weiteren Impuls. Große radikal-chirurgische Eingriffe, die bis vor kurzem einen großen Schnitt nach sich gezogen haben, können nun diesbezüglich schonend durchgeführt werden.



Veranstaltungstipps zur Thematik „Neue Techniken in der Urologie“

Verschiedene Vortrags- und Postersitzungen sowie Satellitensymposien und Workshops werden sich mit dem Thema „Neue Techniken in der Urologie“ beschäftigen:

Mittwoch, 21.09.2005	14 – 15.30 Uhr, Workshop 1, Halle 2.1: Laparoskopie
Donnerstag, 22.09.2005	10.30 – 12 Uhr, Workshop 6, Halle 2.1: Laparoskopie
	13.30 – 15 Uhr, Workshop 10, Halle 2.1: Laparoskopie
Freitag, 23.09.2005	8 – 9.30 Uhr, Forum 12, Raum 3: State of the Art lecture „Ist Laparoskopie tatsächlich minimal invasiv?“



Professor Dr. Paolo Fornara
Direktor der Universitätsklinik und Poliklinik für Urologie
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Curriculum vitae

Persönliche Daten

Name	Fornara
Vorname	Paolo
Akademischer Grad	Univ. Prof. Dr. med. (C4)
Geboren	in Rom, am 20. Oktober 1955

Studium

1974 – 1980	Medizinstudium an der Universität degli Studi di Padova
28.02.1981	Approbation
24.03.1981	Promotion mit der Note „summa cum laude“

Beruflicher Werdegang

1981 – 1984	Klinik und Poliklinik für Chirurgie und Transplantationschirurgie Universität Padua
1984 – 1986	Transplantationszentrum, Ludwig-Maximilians-Universität München, Klinikum Großhadern
1986 – 1989	Urologische Klinik, Ludwig-Maximilians-Universität München, Klinikum Großhadern



1988	Anerkennung als Arzt für Urologie
1989 – 1990	Oberarzt der Urologischen Klinik und Poliklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München, Klinikum Großhadern
1990 – 1995	Oberarzt der Klinik und Poliklinik für Urologie der Universität zu Lübeck
1992	Anerkennung als Arzt für Chirurgie
1995 – 2000	Stellvertretender Klinikdirektor der Klinik und Poliklinik für Urologie der Universität zu Lübeck
1997	Habilitation und Ernennung zum Privatdozenten
1999	Berufung zum C3–Professor für Urologie Universität zu Lübeck
2000	Berufung zum C4-Professor für Urologie Ernennung zum Direktor der Universitätsklinik und Poliklinik für Urologie der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
2001	Stellvertretender Ärztlicher Direktor des Klinikums der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
2001	Wahl in den Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Urologie
2003	Mitglied des Fakultätsrates der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Medizinische Fakultät
2004 – 2007	Mitglied der Ständigen Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer (Organsachverständiger Berater für Nierentransplantation)



Spezialgebiete

Operative Techniken in der Urologischen Onkologie unter besonderer Berücksichtigung kontinenter, harnableitender Verfahren sowie potenterhaltender, radikaler Prostatektomie

Operative Techniken inklusive ureterorenoskopischer, perkutaner laparoskopischer und mikrochirurgischer Techniken in der Kinderurologie

Nierentransplantation

Grundlagenforschung der Akuten Phase Reaktion und des Prostagressionsstoffwechsels nach operativem Trauma

Plastisch-rekonstruktive Techniken, mikrochirurgische Samenentnahmetechniken und Refertilisierungsmaßnahmen

Harnröhrenchirurgie

Urologische Tumormarker

Männliche Infertilität

Geschlechtsangleichende Operationstechniken

Laparoskopie

Perkutane und ureterorenoskopische Steintherapie



Auszeichnungen und Preise

- | | |
|------|---|
| 1997 | New Technology in Urology Award
(American Urological Association; AUA) |
| 1998 | Most Innovative Urology Award
(American Urological Association; AUA) |
| 2000 | Rudolf Schindler-Preis (Deutsche Gesellschaft für
Endoskopie und bildgebende Verfahren; DG-BV) |
| 2002 | Publication Award (European Association of Urology; EAU)
für die beste Veröffentlichung in European Urology 2001 |
| 2002 | Innovationspreis des Arbeitskreises Nierentransplantation
der Deutschen Gesellschaft für Urologie |



Referent: Prof. Dr. Lothar Hertle

Thema: PCA, PSA, Früherkennung

Mit jährlich 40.000 neuen Fällen in Deutschland ist der Prostatakrebs (Prostatakarzinom) die zweithäufigste krebserkrankung bedingte Todesursache des Mannes. Prostatatumoren entstehen durch unkontrollierte Teilung von Zellen der Prostata vor allem in den hinteren Teilen des Organs: Rund 90 Prozent der Tumoren werden auf der dem Enddarm zugewandten Seite diagnostiziert. Sie wachsen langsam und bereiten, solange sie noch klein sind, kaum Beschwerden. Tatsächlich findet man bei sehr vielen älteren Männern, wenn man die Prostata oder Teile davon aus anderen Gründen entnimmt und mikroskopisch untersucht, kleine Tumoren. Das Wachstum ist oft so langsam, dass die Tumoren dem Träger zu Lebzeiten wahrscheinlich niemals Probleme oder Symptome bereiten werden.

Manche Prostatakarzinome wachsen schnell

Ein Teil der Prostatakarzinome wächst allerdings aus Gründen, die man noch nicht versteht, schneller. Wenn der Tumor so groß geworden ist, dass er zum Beispiel Druck auf die Harnröhre ausübt, kommt es zu Symptomen wie Blasenentleerungsstörungen. In vielen Fällen hat der Tumor zu einem solchen Zeitpunkt schon die Grenze der Prostata überschritten – der Mediziner spricht von einer lokal fortgeschrittenen Erkrankung – und kann dann nicht mehr komplett operativ entfernt werden.



Prostatatumoren bilden Ableger im Knochen

Außerdem neigen Prostatatumoren dazu, bereits früh Metastasen vor allem in Knochen der Lendenwirbelsäule und des Beckens abzusiedeln. Diese Knochenmetastasen können zu sehr ernststen Komplikationen, wie zum Beispiel zu Wirbelbrüchen, führen. Sowohl der Tumor, als auch die Metastasen sprechen oft sehr gut auf Strahlen- und/oder Hormontherapie an. Knochenmetastasen des Prostatakarzinoms und die durch sie bedingten Skelettkomplikationen, lassen sich heute durch neu entwickelte Medikamente in vielen Fällen gut behandeln.

Testen ist eine Möglichkeit

Leider wird im Rahmen des Krebs-Früherkennungsprogramms bzgl. des Prostatakarzinoms nur eine Untersuchung angeboten und von den Kassen bezahlt, die der Mediziner als digitale rektale Untersuchung (DRU oder DRE) bezeichnet: Die DRE ist die älteste Methode der Früherkennung. Diese Untersuchung sollte unbedingt ein Arzt durchführen, der damit Erfahrung hat (am Besten ein Urologe). Dabei nutzt der Arzt die enge Nachbarschaft zwischen Prostata und Enddarm, indem er den Zeigefinger in den Enddarm einführt und die Rückseite der Prostata tastet. Schon kleine Unregelmäßigkeiten (Verhärtungen, nicht Organvergrößerungen sind verdächtig) der Oberfläche sind so festzustellen. Ergibt sich aus der Untersuchung der Verdacht auf ein Prostatakarzinom, muss eine ultraschallgestützte Stanzbiopsie der Prostata (mind. sechs Proben) durch einen Urologen vorgenommen werden. Nach der Entnahme von Gewebe aus der Prostata wird dies dann mikroskopisch auf das Vorliegen von Tumorzellen untersucht.



PSA-Wert kann Aufschluss geben

Seit dem Jahre 1988 kann das Prostata-spezifische Antigen (PSA) im Blut bestimmt werden. Dieser Tumormarker ist in der Vorsorge der DRE überlegen; die Kombination von PSA-Bestimmung und DRE hat die höchste Erkennungsrate für das Vorliegen eines Prostatakarzinoms. Diese Bestimmung im Blut wird allerdings derzeit in Deutschland von den Krankenkassen nicht im Rahmen der Früherkennung, sondern nur bei der Nachsorge bezahlt.

PSA ist wahrscheinlich der beste Tumormarker in der Medizin, aber leider auch kein vollkommener Marker. Erhöhte PSA-Werte finden sich auch bei zum Beispiel gutartigen Prostataerkrankungen oder -entzündungen. Andererseits haben nicht alle Prostatakarzinom-Patienten einen erhöhten PSA-Wert bei der Diagnose. Ob die Früherkennung mittels PSA-Wert-Bestimmung die Sterblichkeitsrate des Tumorleidens senken kann, wird aktuell noch kontrovers diskutiert und erst nach der Auswertung großer epidemiologischer Studien voraussichtlich im Jahr 2008 geklärt werden können.

Die Operation kann helfen

Die Therapie der Wahl beim Prostatakarzinom ist im Regelfall die totale Entfernung der Vorsteherdrüse, die so genannte radikale Prostatektomie. Genau genommen handelt es sich dabei sogar um eine Prostatovesikulektomie, das heißt, die Prostata wird einschließlich Kapsel, Samenbläschen, Teilen der Samenleiter und eines Teils des Blasenhalses entfernt. Regelfall heißt hier, dass der Patient abgesehen von seinem Tumor so gesund ist, dass diese diffizile Operation ohne ein erhöhtes Risiko für ihn durchführbar ist. Im allgemeinen operiert man bis zu einem Alter von 70 bis 75 Jahren, in Einzelfällen aber auch ältere, körperlich fitte Patienten. Entscheidend ist eine Lebenserwartung von noch mindestens zehn Jahren; andernfalls würde der Patient bei dem relativ langsam wachsenden Tumor von der Operation nicht profitieren.



Veranstaltungstipps zur Thematik „PCA, PSA, Früherkennung“

Verschiedene Vortrags- und Postersitzungen sowie Foren werden sich mit dem Thema der PCA, PSA, Früherkennung beschäftigen:

- Donnerstag, 22.09.2005** 8 – 9.30 Uhr, Forum 3,
Raum 1: Eröffnungsforum
„PSA – Segen oder Fluch?“
- 10.30 – 12 Uhr, Vortragssitzung 1,
Raum 3: PCA Diagnostik
Experimentelle Postersitzung 1,
Raum 8: PCA Research I
- Freitag, 23.09.2005** 8 – 9.30 Uhr, Forum 10,
Raum 1: International Localized PCA
- 10.30 – 12 Uhr, Forum 14,
Raum 1: Lokalrezidiv des PCA
Klinische Postersitzung 5,
Raum 6: PCA Therapie
- 13.30 – 15 Uhr, Klinische Postersitzung 6,
Raum 6: PCA Diagnostik
Vortragssitzung 10,
Raum 7: PCA Therapie
- Samstag, 24.09.2005** 8 – 9.30 Uhr, Forum 22,
Raum 1: Therapie lokoreg. PCA Komplikationen
Vortragssitzung 15,
Raum 27: PCA-Therapie fortgeschr. Tumoren



Professor Dr. med. Lothar Hertle
Direktor der Klinik und Poliklinik für Urologie
am Universitätsklinikum Münster

Curriculum vitae

Persönliche Daten

Name	Hertle
Vorname	Lothar
Akademischer Grad	Prof. Dr. med.
Geboren	in Montabaur, am 01. Februar 1949

Studium

Bis 1973	Medizinstudium an der Johannes-Gutenberg Universität in Mainz
1973	Staatsexamen
1974	Approbation
1975	Promotion, Universität Mainz



Beruflicher Werdegang

Ärztliche Weiterbildung in Limburg, Fulda, Ingolstadt
und Universitätsklinikum Mainz

1982 – 1990 Oberarzt an der Ruhr-Universität Bochum

1986 Habilitation über „Wirkungen und Mechanismen
von Pharmaka am oberen ableitenden Harntrakt des
Menschen“

Seit 1990 Direktor der Klinik und Poliklinik für Urologie
am Universitätsklinikum Münster

Mitglied mehrerer wissenschaftlicher Fachgesellschaften u. a.
AUA und EAU

Mitglied im Vorstand der Akademie für ärztliche Fort- und
Weiterbildung der Ärztekammer Westfalen-Lippe

Stellv. Ärztlicher Direktor des Universitätsklinikums Münster

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Urologie

Preise und Auszeichnungen

1986 Maximilian-Nitze-Preis der Deutschen Gesellschaft
für Urologie

1988 C.E. Alken-Preis der C.E. Alken-Stiftung



Referent: Dr. Klaus Schalkhäuser, Dorfen

Thema: Gesundheitssystem vor dem Kollaps

Die sozialen Sicherungssysteme der Bundesrepublik Deutschland sind weltweit anerkannt und wegweisend. Es müssen aber erhebliche Zweifel angemeldet werden, ob diese Systeme mit dem Prinzip der Solidarität und Subsidiarität uneingeschränkt auf Dauer Bestand haben können. Eine immer größer werdende Zahl älterer Menschen, die sich nicht mehr in einem sozialversicherungspflichtigen Arbeitsprozess befindet, das Heer der Arbeitslosen und eine zunehmende Kinderarmut verlangen eine nachhaltige Finanzierungssicherung. Die neue Bundesregierung ist deshalb gefordert, die mit dem GKV-Modernisierungsgesetz eingeleitete Reform unseres Gesundheitssystems fortzusetzen. Das derzeitige, umlagefinanzierte und ausschließlich an den Faktor Arbeit gekoppelte Gesundheitssystem wird den bestehenden Anforderungen unserer Gesellschaft nicht mehr gerecht. Ob sich nun die Politik letztlich für eine Bürgerversicherung oder eine Kopfpauschale oder aber für ein alternatives Modell entscheidet, ist zwar in seinen Auswirkungen nicht unerheblich. Jedes Modell ist aber zu begrüßen, das dazu beiträgt, den finanziellen Kollaps unseres Sozialstaates zu vermeiden. Wenn es allerdings zu einem grundsätzlichen Umbau unseres Gesundheitssystems kommen sollte, dann werden auch die historisch gewachsenen Strukturen der ärztlichen Selbstverwaltung einem grundlegenden Wechsel unterzogen werden. Dabei sind nicht unerhebliche Auswirkungen auch auf die vertragsärztliche Versorgungsebene zu erwarten. Es ist der politische Wille, dem Hausarzt eine Lotsenfunktion im System einzuräumen.



Die Praxiseintrittsgebühr ist ein erster Schritt in diese Richtung. Es ist aber auch politischer Wille, die doppelte fachärztliche Versorgung zugunsten des Krankenhauses zur Disposition zu stellen. Deshalb ist es durchaus vorstellbar, dass Voraussetzungen geschaffen werden, die geeignet sind, die Zahl der freiberuflichen Fachärzte über Einzelvertragslösungen schrittweise zu reduzieren. Eine derartige Entwicklung würde zu einem erheblichen Qualitätsverlust der Patientenversorgung führen und muss gerade auch deshalb standespolitisch verhindert werden. Eigenverantwortlichkeit, Gemeinwohlverpflichtung und Selbstkontrolle bestimmen das Wesen unseres von der Freiberuflichkeit getragenen Gesundheitssystems.

Der Berufsverband der Deutschen Urologen e.V. fordert deshalb von der neuen Bundesregierung eine patientenorientierte Reform, die die Eigenverantwortung der Versicherten stärkt, wenigstens eine obligatorische Krankheitskostenversicherung für den Kernleistungsbereich im Sinne des Solidarausgleiches sichert und einen fairen Leistungswettbewerb der Leistungsträger unseres Gesundheitssystems unter Berücksichtigung der Besonderheiten der Freiberuflichkeit, die erhalten und gestärkt werden muss.

Veranstaltungstipps zur Thematik „Berufspolitik“

Sonnabend, 24.09.2005 08.00 – 10 Uhr, Berufspolitisches Forum,
Entwicklung und Perspektiven für das
Gesundheitswesen nach der Bundestagswahl



Dr. med. Klaus Schalkhäuser
Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Urologen e.V.

Curriculum vitae

Persönliche Daten

Name	Schalkhäuser
Vorname	Klaus
Akademischer Grad	Dr. med.
Geboren	in Berlin, am 03. März 1940

Studium

1960 bis 1967	Studium der Medizin, Universität Bonn
1973	Facharzt für Urologie

Beruflicher Werdegang

1973 bis 1974	Oberarzt KH Barmherzige Brüder, München
Seit 1974	Belegarzt am KKH Erding, Klinik Dorfen
1977 – 2002	Vorsitzender „Arbeitskreis Belegärzte“ im Berufsverband der Deutschen Urologen e.V. (BDU) Vizepräsident BDU
seit 1987	Präsident BDU



1988 – 2002	Stellvertretender Bundesvorsitzender Bundesverband der Belegärzte e.V. (BDB)
seit 2002	Bundesvorsitzender BDB
seit 1992	Vizepräsident der Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände (GFB)
1989 – 1997	Chairman „Manpower Committee“ des European Board of Urology (EBU)
1993 – 1994	Vizepräsident des EBU
1994 – 1995	Präsident des EBU
seit 1997	Liaison Officer des EBU zur EU
	Mitglied des Krankenhausausschusses der Bundesärztekammer
	Mitglied der Expertenkommission des BMA zur Entwicklung des GRG (1987/1988)
	Mitglied der Expertenkommission des BMG zur Entwicklung von Fallpauschalen, Sonderentgelten und des Bundespflegesatzrechtes (1991 – 1995)
3. Oktober 2003	Gründungsmitglied „Bund der Urologen e.G.“; Wahl zum Vorstandssprecher



Die Highlights im Überblick

Männergesundheit – das Thema boomt

Die Schlagworte heißen u.a.:

Welches Hormon braucht der Mann wirklich?

Der Männerarzt –Notwendigkeit oder Modeerscheinung?

Was sind die Männerkiller?

Forum 1 – Praxisforum

„Männergesundheit – Eine interdisziplinäre Fragestellung“,

Mi. 21.9. Raum 1 14.00 – 16.00 Uhr

Satellitensymposium 7

„Sexualität im Wandel – von den Hite Reports bis Viagra“,

Do. 22.9. Raum Y 18.00 – 19.30 Uhr

PSA-Testung

Kaum eine medizinische Methode wird in der Öffentlichkeit so kontrovers diskutiert wie die Blutuntersuchung zur Messung des prostataspezifischen Antigen-Wertes (PSA) im Rahmen der Früherkennungsmaßnahmen von Prostatakrebs.

Forum 3 – Eröffnungsforum, „PSA – Segen oder Fluch?“

Do. 22.9. Raum 1 8.00 – 10 Uhr



Neues aus Forschung, Therapie und OP

Die Schlagworte lauten u.a.:

Stammzellenforschung, Inkontinenz, Roboterchirurgie.

Forum 6 – „Was gibt es Neues aus der Forschung?“,

Do. 22.9. Raum 14 10.30 – 12.30 Uhr

Forum 11 – „Inkontinenz nach radikaler Prostatektomie –

Was hilft wirklich?“, Fr. 23.9. Raum 2 8.30 – 10.00 Uhr

Forum 18 – „Überaktive Blase“, Fr. 23.9. Raum 1 13.30 – 15.00 Uhr

Zum Thema Inkontinenz: Siehe auch die Satellitensymposien 1,4,5,8 und 11, das erste Inkontinenz-Pflaster, Programm S. 56 bis 64

Forum 12 – „Laparoskopie – Roboterchirurgie“,

FR. 23.9. Raum 3 8.00 – 10.00 Uhr

Forum 25 – Schlussforum „Was gibt es Neues?“,

Sa. 24.9. Raum 1 11.00 – 13.30 Uhr

Jubiläum: 25 Jahre Nierenstein-Zertrümmerung mit Stoßwellen

Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie statt eines aufwändigen operativen Eingriffs:
Vier Deutsche waren es, die die Behandlung von Nierensteinen revolutionierten.

Forum 20 – Historisches Forum II

„Steine rund um die Welt – Behandlung über Jahrtausende“,

Fr. 23.9. Raum 3 13.30 – 15.30 Uhr



Krebs-Prävention

Blasenkrebs, Nierenkrebs, Hodenkrebs – es kann jeden treffen.

Das Prostatakarzinom ist bereits die häufigste Krebserkrankung des Mannes. Welche Rolle spielen Ernährung, Sport und Psyche bei der Verhinderung und Behandlung urologischer Tumoren? Die DGU will Antworten geben.

Öffentliches Patientenforum 1

„Urologische Tumorerkrankungen – Was kann der Patient tun?“,

Do. 22.9. Stadthalle CCD 18.30 – 20.00 Uhr

Es referiert u.a. Professor Dr. Frank Sommer, Inhaber der weltweit ersten Professur für Männergesundheit in Hamburg.

Weitere Informationen siehe beiliegende PI

Berufspolitik mit viel Prominenz

Die Rolle der Fachärzte und die integrierte Versorgung gehören zu den umstrittenen Schlagworten in der aktuellen berufspolitischen Debatte.

Es diskutieren u.a.: BDU-Präsident Dr. Klaus Schalkhäuser, der KBV-Vorsitzende Dr. Andreas Köhler, ehem. Vorsitzender der KBV und der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin Dr. Manfred Richter-Reichhelm, Dr. Herrmann Schulte-Sasse, Staatssekretär in der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz Berlin, Dr. Wolfgang Friesdorf, Arbeitswissenschaftler der TU Berlin

Forum 23 – Berufspolitisches Forum

„Perspektiven für das deutsche Gesundheitswesen“,

Sa. 24.9. Raum 2 8.00 – 10.00 Uhr



Zwei neue Auszeichnungen

verleiht die DGU im Rahmen ihres Nachwuchs-Förderprogramms für junge Urologen. Der DGU-Promotionspreis und „Science around thirty“ werden erstmals vergeben.

Forum 21 „Science around thirty“,

Fr. 23.9. Raum 14 13.30. – 15.30 Uhr

Festabend, Fr. 23.9. Hotel Hilton Düsseldorf, Rheinlandsaal 19.00 Uhr

Weitere Infos dazu siehe beiliegende PI und Programm S. 180/181

Übersicht Preisverleihungen siehe Programm S. 34

Kunst, Kongress und Benefiz

In Düsseldorf heißt das: Kongress-Präsident und Kunstliebhaber Professor Dr. Frohneberg stellt während des Kongresses zeitgenössische Werke des Karlsruher Künstlers Johannes Gervé aus und lässt zwei davon auf einer DGU Benefiznight verlosen. Der Erlös des Abends geht je zur Hälfte an „Ärzte für die Dritte Welt“ und das „Kindernetzwerk e. V.“ Aschaffenburg.

Kunstaussstellung im 1. OG, Übergang zu Halle 1, Industrieausstellung

DGU Benefiznight Do. 22.9. Nachtresidenz, Düsseldorf 19.30 Uhr

Experten-Interviews vermittelt die DGU-Kongress-Pressestelle im Pressecenter, CCD, 1.OG.: Bettina Wahlers & Sabine Glimm