

DGU-Leitlinien 2018/2019

Leitlinien zu Hodentumor und Peniskarzinom folgen bis 2019

Im Rahmen der DGU-Pressekonferenz informierte Prof. Susanne Krege, Essen, zum derzeitigen Stand der Leitlinien: Die erste S3-Leitlinie zum Prostatakarzinom wurde bereits 2009 fertiggestellt und mehrfach aktualisiert. 2015/2016 folgte die Fertigstellung der S3-Leitlinien zum Nierenzell- und Blasenkarzinom. Im Moment wird intensiv an der Aktualisierung der Leitlinie zum Blasenkarzinom gearbeitet, mit deren Veröffentlichung 2019 gerechnet wird. Allzu viel durfte Prof. Margitta Retz, München, zwar noch nicht zu den Neuerungen sagen, verwies aber schon auf interessante Aspekte, etwa zu Atezolizumab

und Pembrolizumab in der Erst- und Zweitlinientherapie. Prof. Sabine Kliesch, Münster, stellte die neue, erstmals verfasste S3-Leitlinie „Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Keimzelltumoren des Hoden“ vor. Die Tumor-Leitlinien werden nun als Living Guidelines mit jährlicher Aktualisierung überarbeitet. Die S2k-Leitlinie zu Varianten der Geschlechtsentwicklung wird gerade bei der Erarbeitung einer Gesetzesvorlage zu geschlechtsangleichenden Maßnahmen im Kleinkindalter herangezogen. Die neue S2k-Leitlinie zur interstitiellen Zystitis steht nun auf der AWMF-Seite zum Download bereit. ■

Eröffnungsrede des DGU-Kongresses

Christian Wulff fordert mehr Multikulturalismus

Dr. Christian Wulff, Bundespräsident a.D., ist eher nicht für begeisternde Reden bekannt, aber im Eröffnungsplenum des DGU-Kongresses überraschte er das Auditorium positiv. Unter dem Titel „Verantwortung in Zeiten der Beschleunigung: Tradition und Innovation bejahen“ kritisierte Wulff mit-

reißend die Ängstlichkeit, Abgrenzung und Untätigkeit in Deutschland, würdigte aber auch, dass die Urologie als Fach trotz vieler drängender Aufgaben gesellschaftliche Verantwortung bei der Organspende übernommen habe. Er appellierte, die Chancen der Zuwanderung aus anderen Ländern zu

Ausgezeichnete Forschung

DGU verleiht ihre Vortragspreise

Im Rahmen des DGU-Kongresses in Dresden wurden die Vortragspreise der DGU in den Kategorien „klinisch“ und „experimentell“ vergeben. Der erste experimentelle DGU-Vortragspreis 2018 ging an Dr. Martin Hennenberg aus München für eine Präsentation zum Thema „Molekulare Mechanismen zwischen metabolischem Syndrom und Symptomen des unteren Harntrakts, die auf BPH hindeuten: erste Hinweise auf eine Beteiligung des Ghrelin-Systems“.

Die weiteren Preise der Kategorie gingen an Dr. Sebastian Frees, Billigheim-Ingelheim, sowie Dr. Simon Hein aus Freiburg. Mit dem ersten kli-

nischen Vortragspreis wurde der Münsteraner Urologe Dr. Jann-Frederik Cremers ausgezeichnet. Er referierte über „Fertilität und Altern bei gesunden Männern“. Dabei ging es um erste Ergebnisse der monozentrischen Querschnitts-Studie FAME. Weitere Preise der Kategorie erhielten Dr. Katharina Böhm aus Mainz, Prof. Christian Gratzke aus München sowie PD Dr. Hojjat Ahmadzadehfar aus Bonn.

Dr. Malin Nientiedt aus Bonn erhielt den DGU-Promotionspreis für ihre Arbeit über kurze, nicht kodierende RNAs im Gewebe und Serum von Patienten mit klarzelligem Nierenzellkarzinom. ■

Pflegenotstand

Pflegekräfte: DGU prangert Missstände an

Nach Schätzungen von *Verdi* sind in Deutschland derzeit etwa 70.000 Stellen in der Pflege nicht besetzt. Bis 2030 werden bis zu 300.000 Pflegekräfte fehlen. DGU-Präsident Prof. Paolo Fornara prangerte in Dresden Missstände wie schlechte Bezahlung und die mit 10,7 Jahren kürzeste Verweildauer im Beruf überhaupt an. „Und wir schaffen es in den Kliniken nicht, die Öffnungszeiten der Kindertagesstätten auf die Dienstzeiten der Pflegekräfte abzustimmen. Ich denke, jemand muss die Mängel offen ansprechen“, so Fornara. Das sei Übernahme von Verantwortung. ■

nutzen. Multikulturalismus sei die Zukunft des Landes. In diesem Zusammenhang verwies der Alt-Bundespräsident z.B. auf erfolgreiche Sportler mit Migrationshintergrund, die internationale Titel für Deutschland holten. Verantwortung bedeute heute vor allem, sich nicht dem Defätismus zu ergeben. Gerade in wirtschaftlich guten Zeiten wie diesen irritiere ihn das sehr. „Wir müssen uns wieder in das Gelingen verlieben“, forderte Wulff.

Wulff traf damit offenbar den Nerv des Publikums, denn am Ende gab es Standing Ovations – wohl zum ersten Mal in der Geschichte der Eröffnungsveranstaltungen des DGU-Kongresses. ■



Prominente Runde zum Kongressauftakt: DGU-Präsident Prof. Paolo Fornara (v.l.), DGU-Generalsekretär Prof. Maurice Stephan Michel, Alt-Bundespräsident Dr. Christian Wulff sowie BvDU-Präsident Dr. Axel Schroeder.

Personalien



Hartwig Huland

Die **Maximilian-Nitze-Medaille 2018** der DGU erhielt **Prof. Hartwig Huland**, leitender Arzt der Hamburger Martini-Klinik. Als Mitglied der Deutschen, Europäischen und Amerikanischen Gesellschaft für Urologie genießt Huland internationales Renomee für die nerverhaltende radikale Prostatektomie. 1997/98 war Huland DGU-Präsident.



Thomas Knoll

Prof. Thomas Knoll ist der diesjährige Träger des **Felix-Martin-Oberländer-Preises**, der zur Erinnerung an den Dresdner Urologen Oberländer und seine Verdienste um Infektiologie und Endoskopie verliehen wird. Der Preis ist eine Auszeichnung für besonders aktive Mitglieder von DGU-Arbeitskreisen.

Knoll ist Chefarzt und Leiter der Urologischen Klinik Sindelfingen und war etliche Jahre 1. Vorsitzender des DGU-Arbeitskreises Harnsteine.



Manfred Wirth

Prof. Manfred Wirth, DGU-Präsident 2008 und EAU-Vorstandsmitglied, wurde am Kongress-Festabend mit dem **Ritter-von-Frisch-Preis** der DGU ausgezeichnet. Der Preis wird jährlich zu Ehren des Mitbegründers und ersten DGU-Präsidenten für besondere Verdienste um die wissenschaftlichen, berufs- oder vereinspolitischen Aufgaben der DGU verliehen. Wirth ist Inhaber der Professur für Urologie an der TU Dresden und Direktor der Klinik für Urologie am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus.



Maximilian Cohausz

Der **Alexander-von-Lichtenberg-Preis** ging in diesem Jahr an die Urologische Gemeinschaftspraxis **Dr. Maximilian Cohausz** und Kollegen in Münster.

Im Jahr 2012 erfolgte unter Federführung der Gemeinschaftspraxis die Gründung des fachübergreifenden „Prostatazentrums Münsterland“, ein Zusammenschluss von neun urologischen Praxen, einer onkologischen Praxis, zwei Krankenhäusern und drei pathologischen Instituten. Die Zertifizierung dieses ersten Zentrums im Münsterland durch den Dachverband der Prostatazentren erfolgte 2013. Nach Ansicht der Fachjury wird das Projekt der Gemeinschaftspraxis den Anforderungen an eine intersektorale Versorgung von urologischen Krebspatienten in besonderer Weise gerecht. Der Alexander-von-Lichtenberg-Preis wird von **Takeda Pharma**, BvDU und DGU gemeinsam verliehen.



Stephan C. Müller

Die **Ehrenmitgliedschaft der DGU** verlieh der Vorstand an den Direktor der Klinik und Poliklinik für Urologie und Kinderurologie Bonn, **Prof. Stephan C. Müller**, und an den Ärztlichen Direktor und Chefarzt der Abteilung Arge an der Klinik für Urologie der Kliniken Hartenstein/Bad Wildungen, **Prof. Ullrich Otto**.

Zu korrespondierenden Mitgliedern ernannte die Fachgesellschaft Prof. Guglielmo Breda aus Padua in Italien sowie Prof. Hisham Hammouda aus Assiut in Ägypten.



Ullrich Otto



Axel Schroeder

Die **Mitgliederversammlung des BvDU** bestätigte den **Präsidenten Dr. Axel Schroeder** sowie den zweiten Vizepräsidenten Dr. Matthias Schulze im Amt. Schroeder erhielt einige, Schulze eine Gegenstimme. Beide gehören dem Präsidium des Berufsverbands seit 2010 an. Schroeder kündigte an, dass er 2022 nicht nochmals antreten werde.



Arnulf Stenzl

Die Mitgliederversammlung der DGU wählte den Tübinger Ordinarius **Prof. Arnulf Stenzl** zum **Vizepräsidenten und zum DGU-Präsidenten 2021**. Stenzl ist Ärztlicher Direktor der Universitätsklinik für Urologie Tübingen.

Neuer **Schatzmeister der DGU** wird **Prof. Christian Bolenz**, der an die Stelle des Kieler Urologen PD Dr. Jan Lehmann tritt. Bolenz ist seit 2015 Ärztlicher Direktor der Klinik für Urologie und Kinderurologie am Universitätsklinikum Ulm.



Christian Bolenz

Mit **Prof. Daniela Schultz-Lampel** wird eine weitere Frau dem **DGU-Vorstand** angehören. Sie wird das bisher von Prof. Jan Roigas aus Berlin betreute Ressort Wissenschaft und Praxis übernehmen. Schultz-Lampel ist Chefärztin und Direktorin der Klinik am Kontinenzentrum Südwest, in Villingen-Schwenningen.



Daniela Schultz-Lampel

Für weitere zwei Jahre bestätigten die DGU-Mitglieder schließlich Prof. Christian Wülfing, Hamburg, als DGU-Schriftführer. Wiedergewählt wurden auch Prof. Susanne Krege, Essen, im Ressort Leitlinien und Qualitätssicherung sowie Prof. Dirk Schultheiss, Gießen, als Archivar.

Verleihung des Maximilian-Nitze-Preises

DGU ehrt den Münchner Urologen Matthias Heck

Im Rahmen des DGU-Kongresses in Dresden verlieh DGU-Präsident Prof. Paolo Fornara dem Münchner Oberarzt PD Dr. Matthias Heck im Plenum den Maximilian-Nitze-Preis 2018. Den Preis erhält Heck für seine Veröffentlichung zum Thema „Molekularer Lymphknotenstatus zur prognostischen Stratifizierung von Prostatakarzinompatienten nach Radikaler Prostatektomie und Analyse der pelvinen Lymphknoten“.

Der Maximilian-Nitze-Preis ist die höchste wissenschaftliche Auszeichnung der DGU und wird für herausragende wissenschaftliche Leistungen in der experimen-

tellen oder klinischen Urologie vergeben.

Matthias Heck ist Oberarzt an der Urologie im Klinikum rechts der Isar an der Technischen Universität München. Der 1981 in Karlsruhe geborene Urologe studierte in Heidelberg und absolvier-

te in München ab 2008 seine Weiterbildung zum Facharzt für Urologie. Es folgte eine umfangreiche Forschungstätigkeit im dortigen Labor für experimentelle Urologie. Nach der Habilitation 2016 wurde Heck 2018 zum Oberarzt ernannt. Er führt die Zusatzbezeichnung Medi-

kamentöse Tumorthherapie. Hecks wissenschaftliche und klinische Schwerpunkte sind die operative und medikamentöse Uroonkologie, funktionserhaltende und minimalinvasive OP-Techniken inklusive der roboterassistierten Chirurgie sowie die translationale Forschung zum Prostata- und Blasenkarzinom. Er arbeitet im uroonkologischen Tumorboard sowie im Nieren-Tumorboard und er koordiniert das Prostatakarzinom-Zentrum.

Der Maximilian-Nitze-Preis der DGU ist mit 10.000 Euro dotiert und erinnert an den in Dresden und Berlin tätigen Erfinder des Zystoskops und ersten Inhaber einer Professur für Urologie in Deutschland.



DGU-Präsident Prof. Paolo Fornara freut sich mit PD Dr. Matthias Heck über den Nitze-Preis 2018.

HPV-Jungenimpfung

DGU startet Themenwoche zur HPV-Impfung

Als Reaktion auf die G-BA-Entscheidung zur Aufnahme der HPV-Impfung für Jungen in den GKV-Katalog haben DGU und BvDU in Dresden eine urologische Themenwoche angekündigt, die vom 19.–24. November bundesweit stattfinden wird. Wie Prof. Peter Schneede, Klinikum Memmingen, auf dem DGU-Kongress ankündigte, wird die HPV-Themenwoche unter dem Motto „Gegen Krebs – für Gesundheit“ stehen. Neben diversen Medienangeboten wie Social-Media-Projekten, Filmen für Jungen sowie Informationsflyern für Eltern werden auch Aufklärungsprojekte an Schulen in Kooperation mit der Ärztlichen Gesellschaft zur Ge-

sundheitsförderung (ÄGGF) stattfinden.

Dies war auch der aktuelle Anlass für die DGU, die ÄGGF mit einer Spende zu unterstützen. DGU-Präsident Prof. Paolo Fornara übergab während des DGU-Eröff-

nungsplenums gemeinsam mit Alt-Bundespräsident Dr. Christian Wulff einen symbolischen Scheck über 25.000 Euro an ÄGGF-Vorstandsmitglied Dr. Heike Kramer.

Die DGU arbeitet bereits seit

vielen Jahren mit der ÄGGF bei Projekten der gesundheitlichen Prävention zusammen. Das aktuelle HPV-Thema bot deshalb den willkommenen Anlass zur Würdigung der ÄGGF. „Die ÄGGF erreicht Jugendliche, die eigentlich aus bildungsfernen Milieus kommen und die keinen Zugang zu den üblichen Informationskanälen ihrer Altersgenossen haben. Seit 25 Jahren hat sie es sich zur Aufgabe gemacht, durch aufklärende Prävention und Information pubertierenden Mädchen und Jungen objektive Informationen zur Verfügung zu stellen. Mittlerweile hat die ÄGGF rund zwei Millionen Jungen und Mädchen erreicht“, stellte Fornara in seiner Laudatio zur Scheckübergabe fest.

Bei der Implementierung der



DGU-Präsident Prof. Paolo Fornara und Alt-Bundespräsident Dr. Christian Wulff übergaben den Scheck symbolisch an ÄGGF-Vorstand Dr. Heike Kramer.

Thema des Monats: Organspenden

DGU fordert Diskussion um Herztoddiagnostik

Franz-Günter Runkel

Die Einführung der Widerspruchslösung zur Steigerung der Organspendenzahlen in Deutschland war die zentrale gesundheitspolitische Forderung des 70. DGU-Kongresses in Dresden. Seit Anfang September haben sich auch Bundesgesundheitsminister Jens Spahn sowie SPD-Gesundheitsexperte Prof. Karl Lauterbach diesem Vorstoß der DGU angeschlossen. Im Referententwurf des Gesetzes für bessere Zusammenarbeit und bessere Strukturen bei der Organspende werden unter anderem eine stärkere Rolle der Transplantationsbeauftragten sowie eine aufwandsgerechte Honorierung der transplantierenden Kliniken gefordert. Auf der DGU-Presskonferenz setzte sich DGU-Präsident Prof. Paolo Fornara zudem für die Einführung der Herztoddiagnostik als Bedingung für eine Organentnahme ein.

„In der Frage Hirntoddiagnostik versus Herztoddiagnostik wünsche ich mir eine ergebnisoffene Diskussion vor dem Hintergrund von Fakten“, stellte Fornara fest. Ein zivilisiertes Land wie Kanada zum Beispiel praktiziere die Herztoddiagnostik statt der Hirntoddiagnostik und hätte innerhalb von nur fünf Jahren eine Verdopplung der Organspenden erreicht. Angesichts der kontroversen Diskussion um die Frage, ob eine Herztoddiagnostik zur Organentnahme ausreiche oder ob der Hirntod unbedingt festgestellt werden müsse, betonte der DGU-Präsident, die Herztoddiagnostik sei kein Hokus-pokus, sondern die allgemein anerkannte Form der Todesdiagnostik.

Aus Sicht Fornaras wird die Herztoddiagnostik „als Pforte zur Ausweidung von Menschen sowie zum skrupellosen Organhandel“ dämonisiert. „Aus meiner Sicht ist die Herztoddiagnostik eine ganz normale Form der Diagnostik, die auf der Basis von festgelegten, international definierten Kriterien erfolgt. Sie wird in vielen Ländern, zum Beispiel in Großbritannien oder den Niederlanden, praktiziert“, erläuterte er. Am konkreten Beispiel diskutierte Fornara die Folgen: In Großbritannien starb ein Säugling und der Tod wurde mithilfe der Herztoddiagnostik fest-

gestellt. Die Organe konnten in Großbritannien kurzfristig nicht verwendet werden, so Fornara, weil die Spenderorgane in einer bestimmten Größenrelation zum Körper des Organempfängers stehen müssen. Es gab also in Großbritannien in diesem Moment keinen passenden Empfänger und die Organe drohten verloren zu gehen. Ein Herz und zwei Lungen wurden daraufhin europaweit freigegeben. In Deutschland sei daraufhin ideologisch verbissen diskutiert worden, ob diese Organe in Deutschland eingepflanzt werden dürften, da die britische Herztoddiagnostik hierzulande nicht legitim sei. „Wenn die Mehrheit der Bevölkerung am Ende meint, dass es in Deutschland keine Herztoddiagnostik geben soll, dann ist es so. Aber die Diskussion über dieses Thema fordere ich ein“, so Fornara.

Organmangel und die Verantwortung der DGU

Im Eröffnungsplenum des DGU-Kongresses machte Fornara deutlich, dass er die Fachgesellschaft in der Verantwortung sieht für die sterbenden Menschen auf der Warteliste für eine Niere. Im Vergleich zwischen 2007 und 2017 ist die Zahl der Organspender um 39 % eingebrochen. In

Deutschland kamen 2017 nur noch 9,7 Organspender auf eine Mio. Einwohner, die Zahl der Nierentransplantationen schrumpfte um 770 auf 1.381. Hinzu kommt laut Fornara: 12 % dieser entnommenen Nieren seien aufgrund schlechter Organqualität gar nicht erst transplantiert worden. Etwa 40 Nieren wurden von der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) sowie von Eurotransplant auf der Basis der vorliegenden Unterlagen aussortiert. Weitere 135 Nieren akzeptierten entweder die Transplantationschirurgen oder die Transplantationszentren nicht.

Dabei ist die Einstellung der Bevölkerung zur Organspende laut Fornara positiv, zumindest solange das Votum unverbindlich bleibt. Eine bundesweite Repräsentativumfrage der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung habe ergeben, dass mehr als 80 % der Bevölkerung eine positive Einstellung zur Organspende hätten. Die Realität sehe aber anders aus: In der Eurotransplant-Rangliste bilde Deutschland das Schlusslicht. Noch deutlicher werde das Problem im Vergleich mit den europäischen Nicht-Eurotransplant-Ländern: Spanien habe fünfmal und Italien dreimal so viele Organspender, Frankreich und das vereinigte Königreich 2,5-mal so viele Spender wie Deutschland. Weltweit belege Deutschland Rang 35 in der internationalen Rangliste – hinter dem Iran und knapp vor Rumänien, so Fornara.

Kritik an der Qualität der Transplantationsmedizin

Aber auch um die Qualität der Transplantationsmedizin sei es nicht zum Besten bestellt, 50 % der transplantierenden Universitätskliniken kämen noch nicht einmal auf fünf transplantierte Organe jährlich. „Das ist kein Ruhmesblatt für die deutsche Medizin!“, stellte Fornara fest. Als die Bundesärztekammer 2016 die Zusatz-

bezeichnung Transplantationsmedizin in der Musterweiterbildungsordnung verabschiedete, um die Qualität in der Nachsorge der Transplantation zu verbessern, sei dies nur in Sachsen-Anhalt umgesetzt worden. „Es ist kein Trost zu sagen, dass der beste Wein aus dem kleinen Fass kommt“, so Fornara.

26 % der Patienten warteten aufgrund des Mangels acht Jahre und länger auf eine Niere. Jeder zehnte Patient auf deutschen Wartelisten warte länger als eine Dekade. Die Wartezeit auf eine Niere korreliere direkt mit der Überlebenszeit nach der Transplantation. „Wenn die Patienten fünf Jahre lang auf ein Organ warten müssen, dann ist die Überlebenszeit ihres Transplantats 20 % geringer als bei einer zügigen Transplantation. Nach zehn Jahren Wartezeit beträgt der Unterschied sogar 34 %“, unterstrich Fornara.

DGU: Organmangel ist eines zivilisierten Landes unwürdig

„Die Situation in der Organspende ist eines zivilisierten Landes nicht würdig. Ich schäme mich dafür, dass wir nicht in der Lage sind, diesen Missstand zu beseitigen“, empörte sich der DGU-Präsident. Seine persönliche Motivation in dieser Frage verdeutlichte Fornara mit der konkreten Situation eines Sterbenden: „Ich fordere die Widerspruchslösung, weil eine Mutter heute in der Todesstunde ihres Sohns gefragt wird, ob sie seine Organe freigibt. Das ist doch nicht zumutbar und es funktioniert auch nicht. Sie wird zunächst sagen, dass sie es nicht weiß. Im Zweifel wird sie am Ende sagen, dass die Ärzte die Organe lieber nicht entnehmen sollen. Unter Umständen quälen sie dann ein Leben lang Gewissensbisse, weil sie vielleicht die falsche Entscheidung getroffen hat. Es ist für die betroffenen Angehörigen einfach zu viel verlangt, sich in diesem hoch-emotionalen Moment auch noch Gedanken über eine Organspende machen zu müssen. Jeder von uns, der einen lieben Menschen verloren hat, weiß doch, dass der letzte Satz nicht

gesagt worden ist. Vielfach ist nie über Organspende gesprochen worden. Deshalb bin ich für die Widerspruchslösung“, so Fornara.

In anderen europäischen Ländern habe sich die Widerspruchslösung als



vernünftig und praktikabel erwiesen. In Italien zum Beispiel kreuzten 93 % der Menschen bei der Verlängerung des Personalausweises oder der Ausstellung eines Führerscheins ihre Zustimmung zur Organspende an. „Sind das alles Bestien? Nein, das sind zivilisierte Menschen, von denen wir uns eine Scheibe abschneiden können“, so Fornara.

Die DGU fordert eine aufwandsgerechte Honorierung

Zur Widerspruchslösung müssen aus Sicht der Fachgesellschaft allerdings weitere strukturelle Maßnahmen kommen. So sei die Rolle der Transplantationsbeauftragten durch ein föderalistisches Wirrwarr von Vorschriften und Bedingungen gekennzeichnet. Hier müsse höhere Effektivität durch einheitliche Arbeitsbedingungen erzeugt werden.

Für die Transplantationskliniken fordert die DGU eine gestaffelte, aufwandsgerechte Honorierung des erheblichen personellen, organisatorischen und räumlichen Aufwands im Fall einer Organentnahme. Die derzeitige DRG-Honorierung betrage zwischen 3.000 und 5.500 Euro. Ein

einziges Tag auf der Intensivstation koste schon 4.000 Euro. „Die Krankenhäuser arbeiten heute unter einem erheblichen wirtschaftlichen Druck und können sich Organentnahmen als karitative Maßnahmen einfach nicht mehr leisten.“

Die Widerspruchslösung gewinnt an Zustimmung

24 europäische Länder fordern heute bereits von ihren Staatsbürgern, der Organentnahme aktiv zu widersprechen, wenn sie dies nicht wollen. Fünf weitere Länder setzen die aktive Zustimmung des Organträgers voraus. Lediglich Deutschland entschloss sich 2012 im Lichte des Transplantations-skandals zur freiwilligen Entscheidungslösung. Diese Lösung sieht vor, dass die Menschen ergebnisoffen über die Möglichkeit einer Organspende informiert werden und sich dann entscheiden können. Für den Transplantateur Fornara ist dieser deutsche Sonderweg „ein Zeichen tiefer politischer Hilflosigkeit“.

Im Februar 2018 hat der DGU-Vorstand beschlossen, diese Situation nicht weiter hinzunehmen. Man forderte einen radikalen Systemwechsel, die Einführung der Widerspruchslösung sowie ein ganzes Paket zur Stärkung der Transplantationsbeauftragten und der Kliniken, die Organe entnehmen.

Diesem ersten Aufruf der Urologen schlossen sich die Deutsche Gesellschaft für Nephrologie, die Deutsche Transplantationsgesellschaft sowie die Deutsche Gesellschaft für Transfusionsmedizin an. Nach der Bundesärztekammer folgte am 11. Mai 2018 eine eindeutige Neupositionierung des Deutschen Ärztetags pro Widerspruchslösung.

Am Ende ist der DGU-Vorstoß in einen Gesetzesentwurf sowie klare Bekenntnisse der Großen Koalition gemündet. Der Systemwechsel in der Organspende, so scheint es, ist zum Greifen nah. *fgr*



Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)

BvDU befürchtet Sprechzeiten nach Kassenlage

Die Erhöhung der Mindestsprechstundenzahl pro Woche zum Nulltarif und die Ausweitung der Terminservicestellen trotz limitierter Leistungsbudgets lehnte BvDU-Präsident Dr. Axel Schroeder auf dem DGU-Kongress als Populismus ab. Der demografisch bedingten Zunahme der Versorgungsnachfrage kann aus Sicht des Verbands nur durch eine Entbudgetierung begegnet werden. Ohne zusätzliches Geld werde sich die Terminknappheit verschärfen. Die GKV-Sprechstunde nach Kassenlage droht Realität zu werden. Das TSVG prägte die berufspolitische Diskussion auf dem DGU-Kongress.

Es ist schon sehr vielsagend, dass sich die zunächst positive Haltung des Berufsverbands zu Bundesgesundheitsminister Jens Spahn und seinem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) seit dem Sommer stark eingetrübt hat. Noch im Juli 2018 gab Schroeder dem *Urologen* ein Interview und hob vor allem die positiven Aspekte des von Spahn vorgelegten Referentenentwurfs zum TSVG hervor. „Mit dem Gesetzentwurf scheint das Thema der Entbudgetierung in der Politik angekommen zu sein. Die Bundesregierung erkennt an, dass die Budgetierung ärztlicher Leistungen wesentliche Ursache der Versorgungsprobleme ist. Will man der demografischen Entwicklung gerecht werden, kann der Mehrbedarf an medizinischer Versorgung in einem ersten Schritt durch Aufhebung von Budgets entschärft werden“, stellte Schroeder damals fest.

Allerdings sei es zielführender, alle Grundleistungen von Haus- und Fachärzten zu entbudgetieren. Dann erübrige sich der schwerwiegende Eingriff in die ärztliche Selbstverwaltung, in die Vertragshoheit und in die Praxis.

In Dresden dominierte deutlich die TSVG-Skepsis

Zwei Monate später – auf dem DGU-Kongress in Dresden – zeigte man sich dann doch skeptisch gegenüber dem TSVG: Mit dem Gesetz könne man die Probleme nicht lösen und keine zusätzlichen Sprechstunden für die Patienten generieren, hieß es hier. „Vor-

allem die vorgesehene populär-politische Erhöhung der Mindestsprechstundenzeiten ist vielmehr dazu angetan, das Arzt-Patienten-Verhältnis weiter zu untergraben, denn es suggeriert, Ärzte arbeiteten nicht genug für ihre gesetzlich krankenversicherten Patienten“, warnte Schroeder im Eröffnungsplenum des Kongresses. Kernstücke des Gesetzes sind der Ausbau der Terminservicestellen (TSS) auf ein 24-Stunden-Angebot an sieben Tagen in der Woche sowie, voraussichtlich ab 1. April 2019, und eine Erhöhung der Sprechzeiten für gesetzlich Krankenversicherte von bisher 20 auf dann mindestens 25 Stunden pro Woche. Grundversorgende Vertragsärzte müssen fünf offene Sprechstunden ohne feste Terminvergabe anbieten.

In der vertragsärztlichen urologischen Versorgung habe die Terminvergabe über die Terminservicestellen aus gutem Grund bislang keine Rolle gespielt, erbrächten doch die urologischen Praxen bundesweit einen Großteil ihrer Leistungen über das Budget hinaus, so der BvDU-Präsident. „Wenn 40 % unserer Leistungen außerhalb des Budgets liegen, ist dies ein Rabatt an die Krankenkassen, den wir künftig nicht mehr gewähren werden. Bleibt es bei den Budgets und bei begrenztem Honorar, werden wir die ärztlichen Leistungen dem Geld anpassen müssen. Das bedeutet GKV-Sprechstunden nach Kassenlage“, warnte Schroeder. Der einzige Ausweg aus dem Demografie-Dilemma sei die „Aufhebung der Budgets Zug um Zug und die Übernah-

me der Morbiditätslast durch die Kostenträger“. Jetzt sei die Selbstverwaltung am Zug und müsse im Hinterkopf haben: „Mehrarbeit ohne zusätzliche Vergütung verspielt auch noch das letzte Vertrauen der Ärzteschaft und ihre Mitwirkung.“

Schroeder unterstrich: „Die Budgetierung ist die Mutter aller Probleme in der ambulanten medizinischen Versorgung. Als Berufsverband fordern wir deshalb schon lange die Abschaf-

”



Dr. Axel Schroeder, Präsident des BvDU

Die Budgetierung ist die Mutter aller Versorgungsprobleme. “

fung der Budgetierung und eine anlassbezogene Vergütung.“ Das Privileg der Freiberuflichkeit mit allen schillernden Rechten und Pflichten gelte für alle Urologen – für Selbstständige wie für angestellte Ärzte in den Krankenhäusern, medizinischen Versorgungszentren und Praxen. Die ärztliche Freiberuflichkeit sei kein alter Zopf, sondern bleibe der Garant eines unabhängigen Verhältnisses zwischen Arzt und Patient.

Viele Ärzte hatten nie einen Patienten von der TSS

Der Ärztenachrichtendienst (ÄND) befragte kürzlich rund 1.400 Ärzte zur Relevanz der Terminservicestellen in ihrer Praxis. 95 % der Befragten gaben an, dass die eigene Praxis nie oder nur extrem selten von der TSS mit Terminanfragen konfrontiert worden sei. Demgegenüber steht laut Schroeder zu befürchten, dass ein 24/7-Service bei den Patienten unhaltbare Erwartungen schüre und den Anspruch auf permanente Verfügbarkeit ärztlicher Leistung wecke. Die per Gesetz verpflichtende Mindestsprechstundenzeit wird laut

ÄND-Umfrage von 85 % der Ärzte, also der überwältigenden Mehrheit, bereits heute überschritten. Eine 2016 veröffentlichte Analyse des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) zeigt zudem: Lediglich 8,1 % der Einzelpraxen weisen wöchentliche Betriebszeiten mit Arztpräsenz von weniger als 25 Stunden auf. Bei den Fachärzten liegt die durchschnittliche Betriebszeit demnach bei 40,8 Stunden pro Woche.

Mehr Regulation führt nicht zu mehr Sprechstunden

Schroeders Fazit in Dresden war eindeutig: „Mehr offene Sprechstunden für gesetzlich krankenversicherte Patienten statt Terminsprechstunden bringen unter der geltenden Budgetierung im Ergebnis nicht mehr Sprechstunden.“ Die im TSVG vorgesehenen Anreize durch eine extrabudgetäre Vergütung zum Beispiel bei der Neuaufnahme von Patienten wirkten nur, wenn die neue Leistung auch tatsäch-

lich neues Honorar in der Gesamtvergütung bedeute und am Ende nicht nur auf eine veränderte Honorarverteilungsquote und neue Honorarverteilungsmaßstäbe hinauslaufe, so der BvDU-Präsident. „Ohne Budgets gäbe es die Chance auf mehr Sprechstundenzeiten, schnellere Termine und eine bessere Versorgung.“

Alles nur Symbolpolitik?

Im TSVG sieht Schroeder vor allem einen erneuten Versuch, die Selbstverwaltung unter staatliche Aufsicht zu zwingen. „Wir erleben einen Bundesgesundheitsminister, der den populistischen Pfaden seiner Vorgänger mit Gesetzesinitiativen folgt, der sich direkt in die Befugnisse des einzelnen Vertragsarztes und der Selbstverwaltung, ja sogar in verbindliche Verträge einmischte“, so Schroeder.



Das neue Gesetz wird wahrscheinlich zum zweiten Quartal 2019 in Kraft treten. Der Entwurf hat derweil eine erste Hürde genommen, denn das Berliner Kabinett hat ihn am 26. September verabschiedet. Darin soll nun auch die geforderte Finanzierung fruchtbarkeitserhaltender Maßnahmen für junge Krebspatienten durch die Krankenkassen enthalten sein. Angesichts des demografischen Wandels ist diese Strategie des Gesetzgebers aus Sicht des Berufsverbands lediglich Symbolpolitik, um den Mangel zu kaschieren. Tatsächlich gehe es um die Rationierung medizinischer Leistungen. Diese Strategie der Bundespolitik hat aber einen Haken: Der Versorgungsbedarf der alternden Bevölkerung wird zukünftig größer sein als die zur Verfügung stehenden materiellen Ressourcen. Da hilft dann auch keine Symbolpolitik. ■

GOÄ-Novelle

Die Zukunft der GOÄ hängt am seidenen Faden

Eine wissenschaftliche Kommission, die von der Berliner Großen Koalition eingesetzt wurde, soll bis Ende 2019 Vorschläge für die ärztlichen Gebührenordnungen der Zukunft machen. Voraussichtlich erst in der kommenden Legislaturperiode wird dann entschieden, ob es bei einem Einheitlichen Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen und einer privatärztlichen Gebührenordnung für Ärzte bleiben wird. Im berufspolitischen Forum des DGU-Kongresses ging es um den aktuellen Stand der Gebührenordnung und die Chancen der GOÄ-Novelle auf eine politische Umsetzung. Dabei wurde deutlich, dass die Zukunft der GOÄ am seidenen Faden hängt.

„Einem freien Beruf steht eine eigene Gebührenordnung zu“, stellte BvDU-Präsident Dr. Axel Schroeder zu Beginn des berufspolitischen Forums fest. Einerseits werde die novellierte GOÄ von staatlichen Organen genehmigt, andererseits stehe die akute Reformbedürftigkeit der Gebührenordnung fest. Gegenüber der alten GOÄ werde die Novelle im Paragrafenteil

ein anderes ordnungspolitisches Konzept enthalten. Es wird eine gemeinsame Kommission geben, die den Verlauf der Gebührenordnung jederzeit begleitet. Die Legendierung der neuen Gebührenordnung ist laut Schroeder im Rahmen einer intensiven Kooperation zwischen Berufsverband, Fachgesellschaft und BÄK abgeschlossen worden. Hingegen

stehe die Preisbewertung der Leistungen bislang noch aus.

Eine Kommission entscheidet über das Schicksal der GOÄ

Nach Ansicht von Dr. Dirk Heinrich, dem Vorsitzenden des Spitzenverbands Fachärzte (SpiFa), fällt die politische Entscheidung über die GOÄ in der Kommission der Großen Koalition, die sich bis Ende 2019 zur Frage der ärztlichen Gebührenordnungen äußern soll: „Ich hoffe, dass die Juristen in der Kommission unseren Anspruch auf eine eigene Gebührenordnung anerkennen werden. Auf dieser neuen Gebührenordnung fußend kann es dann eine Rabattgebührenordnung für die gesetzlich Krankenversicherten geben.“ Ende 2019 werde sich herausstellen, ob der Anspruch der Ärzte auf eine solche Gebührenordnung Realität werden kann. Wie ernst er die Diskussion um die Gebührenordnung nimmt, daran ließ Heinrich

keine Zweifel: „Der freie Beruf des Arztes steht auf dem Spiel.“

Die GOÄ-Strategie von Dr. Klaus Reinhardt, Vorsitzender des Hartmannbunds und Ressortleiter GOÄ-Novellierung bei der Bundesärztekammer, verläuft offenbar zweigleisig. Er sieht die politische Umsetzung der neuen GOÄ nicht als gesichert an und plant, unabhängig von der politischen Entscheidungslage Fakten zu schaffen. Neben der ärztlichen Ideal-Variante mit Wunschhonoraren werde es eine PKV-Variante mit einem Zielkorridor für die Honorarsteigerung gegenüber der alten

”



Dr. Dirk Heinrich,
Vorstandsvorsitzender
des SpiFa

Der freie Beruf des Arztes steht auf dem Spiel

GOÄ von etwa plus 6,4 % bis 8 % Vergütungsanstieg geben, um die Versicherungswirtschaft nicht zu überfordern. Die privaten Krankenversicherungen werden das in Hinblick auf den Arztlohn nachvollziehen können, so Reinhardt. Ab einem gewissen Zeitpunkt werde man dann einfach keine Privatabrechnungen nach der alten GOÄ mehr stellen, sondern nur noch nach der modernen Version. Natürlich werden laut Reinhardt nicht alle Ärzte mitmachen, aber er hoffe auf einen deutlichen Anteil. Auf der anderen Seite habe auch die PKV ein Interesse, eine moderne und verlässliche Form der privaten Abrechnung zu etablieren, was ihn „durchaus optimistisch“ mache.

140 Verbände wurden in die Arbeit an der GOÄ eingebunden

„Insgesamt wurden mehr als 140 Fachgesellschaften und Berufsverbände in die GOÄ-Novellierung eingebunden. Gerade im Hinblick auf die ordnungspolitischen Veränderungen

war die Einbindung ärztlichen Sachverständs und ärztlicher Verbände unbedingt notwendig“, stellte Reinhardt klar. Zunächst hätten sich die jeweiligen Fachgesellschaften und die BÄK an einen Tisch gesetzt und gemeinsam einen Vorschlag erarbeitet. In den folgenden Gesprächen mit den privaten Krankenversicherungen habe sich dann ergeben, dass die Legendierungsvorschläge der ärztlichen Seite in 98 % der Fälle von den Versicherungen akzeptiert worden seien. „Deshalb kann man sagen, dass wir heute mit der Leistungslegendierung der neuen GOÄ fertig sind. Gegenüber der ersten Fassung der Gebührenordnung wurden dabei etwa 45 % der Legendierungen verändert. Das ist eine ganze Menge!“, so Reinhardt.

Verzicht auf Steigerungssätze soll Reibereien vermindern

Ein Strukturmerkmal der neuen GOÄ wird der Verzicht auf Steigerungssätze sein. Derzeit werden fast alle Leistungen mit dem 2,3-fachen Satz alt gesteigert. Anstelle dieser Steigerungssätze wurden nun in der neuen GOÄ hoch kalkulierte Durchschnittssätze zugrunde gelegt, um Streitereien mit den Kostenträgern zu vermeiden. Was den Zeitfaktor pro Leistung angeht, steht die GOÄ im Plausibilitätswettbewerb mit dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), der historisch auf großen Leistungsmengen basiert. Niemals sind dort Leistungen im Sinne einer praxisnahen Realanalyse hinterlegt worden. Im Schnitt gibt es im EBM kurze Plausibilitätszeiten und große Leistungsmengen. In der GOÄ-Verhandlung seien deshalb Pragmatismus und Realismus notwendig, um die Zeit- und Bewertungsvorstellungen durchsetzen zu können.

Lob für die plausiblen Zeitansätze der Urologen

„Ich kann der Fachgruppe der Urologen das Kompliment machen, dass sie diese Zeitbewertung äußerst plausibel vorgenommen hat“, so Reinhardt. Er lobte die Bescheidenheit der Uro-

logen, die einige Leistungen im Fachvergleich eher zu knapp bemessen hätten. Andere Fachgruppen wie die Kardiologen hätten da weniger Zurückhaltung gezeigt. „Am Ende führt natürlich kein Weg daran vorbei, dass wir eine Top-down-Adjustierung [Gesamtanpassung, d. Red.] vornehmen müssen, um die einzelnen Leistungsvolumen in ein realistisches Verhältnis zueinander zu bringen. Das Ziel besteht darin, am Ende ein relatives Gewicht der Leistungen zu erzeugen.“ Reinhardt geht davon aus, dass die Konsensvorschläge der Bundesärztekammer am Ende plausibel und nur schwer zu erschüttern sein werden. „Wahrscheinlich wird dieser Prozess der GOÄ-Adjustierung im Februar oder März 2019 stattfinden.“

”



Dr. Klaus Reinhardt,
BÄK, Ressortleiter
GOÄ-Novellierung

Im Februar oder März 2019 soll die Adjustierung der GOÄ stattfinden.

Im Sommer hatte Reinhardt Gelegenheit, mit der wissenschaftlichen Kommission der Großen Koalition über die Gebührenordnungen zu sprechen. „Die Kommission besteht aus 13 Wissenschaftlern, darunter Sozialwissenschaftler, Juristen, Volkswirte und Gesundheitsökonom. 40 % der beteiligten Wissenschaftler haben eine eher liberale Vorstellung und verstehen die privatärztliche Abrechnung als Marktgeschehen, das dann am besten funktioniert, wenn es die Gegebenheiten des Marktes am besten wiedergibt. Etwa 60 % der Wissenschaftler sind eher linksorientiert und gehen von einem pluralistischen und planungsrechtlichen Ansatz aus“, so Reinhardt. Die unterschiedlichen Bewertungen würden dann den fehlenden Konsens der Kommission ausdrücken. Insofern bleibt die GOÄ-Novelle auf viele Jahre im Ungewissen. fgr

Integration ambulanter und stationärer Urologie

Vier Modelle der intersektoralen Kooperation

Ein gemeinsames Kongress-Forum beider urologischer Fachverbände thematisierte die Integration von ambulanter und stationärer Urologie in ein Versorgungssystem. Trotz vieler guter Beispiele zeigte die Veranstaltung, dass der Weg zur wirklichen Fachkooperation noch weit ist. Eine Hürde ist das Antikorruptionsgesetz, weitere Hindernisse sind die Expansionspläne privater Klinikketten. Dazu kommen Akzeptanzprobleme in der Fachgruppe.

„Die intersektorale Versorgung ist für den Berufsverband eine Herausforderung“, stellte BvDU-Präsident Dr. Axel Schroeder fest. Vor allem der demografische Wandel allgemein und speziell in den Gesundheitsberufen werde den Akteuren keine andere Wahl lassen, als auf Kooperation zwischen ambulanter und stationärer Urologie zu setzen. So verlange das Ziel der wohnortnahen Versorgung nach mehr Kooperation. Die intersektorale Versorgung verbessere auch die Behandlungspfade zwischen Klinik und Praxis. Für die Krankenhäuser biete eine Kooperation außerdem die Chance, die Einweiser zu binden. Schließlich eröffne sich auch Klinikärzten die Möglichkeit, in der Vertragsarztpraxis zu arbeiten, so Schroeder.

Pfade der intersektoralen Kooperation in der Urologie

Wie funktioniert die Kooperation zwischen den Sektoren heute? Schroeder nannte mehrere Möglichkeiten:

- ASV § 116 b SGB V,
- prä- bzw. poststationäre Behandlungspfade nach § 115 a SGB V,
- ambulantes Operieren in Kliniken nach § 115 b SGB V,
- klinische Tätigkeit niedergelassener Urologen,
- Praxistätigkeit von Klinikärzten,
- medizinische Versorgungszentren,
- regionale urologische Netzwerke.

Für die Tätigkeit niedergelassener Urologen in der Klinik gibt es nach Darstellung Schroeders mehrere Ansätze: Als Belegärzte könnten Urologen freiberuflich im Krankenhaus arbeiten und

für eine feste Anzahl von Betten zuständig sein. Sie schlossen dabei Behandlungsverträge mit den Patienten und unterlägen der Weisungsfreiheit, dürften aber maximal 13 Stunden pro Woche arbeiten. Honorärärzte schließlich seien selbstständige Unternehmer, die auf Rechnung bei wechselnden Arbeitgebern arbeiten können.

Die Große Koalition hat eine Arbeitsgemeinschaft zur sektorenübergreifenden Versorgung in Bund und Ländern ins Leben gerufen. Sie widmet sich einerseits der Weiterentwicklung im ambulanten bzw. stationären System im Hinblick auf Bedarfsplanung und Zulassung, Honorierung, Kodierung und Dokumentation, Kooperation der Gesundheitsberufe sowie die IT. Andererseits soll sich die Arbeitsgemeinschaft auch um die Zusammenarbeit und Vernetzung zwischen den Sektoren im Gesundheitssystem kümmern und den Ausbau bzw. die Intensität der Kooperationen verbessern, erläuterte der BvDU-Präsident.

Prof. Maurice Stephan Michel, Generalsekretär der DGU, äußerte unter dem Strich eher Skepsis als Kooperationseuphorie. Er befasste sich auffallend mehr mit der Positionierung der stationären Urologie als mit dem Mehrwert der Kooperation: „Ich möchte gerne die Ambulantisierung in der Urologie erreichen, weil ich meine Betten gerne für meine chirurgische Kernkompetenz freimachen möchte.“ Das Statistische Bundesamt analysierte 2017 die Krankenhausaufenthalte und nahm dazu die Operationen und Pro-

zeduren der Klinikfälle aus dem Jahr 2016 unter die Lupe. Demzufolge waren Urologen an 16,8 Mio. Operationen sowie 15,1 Mio. nicht operativen therapeutischen Maßnahmen beteiligt. Angesichts der demografischen Herausforderungen mahnte Michel eine umsichtige Strategie des Fachs und seiner Verbände an. „Wir müssen über die Zukunftspositionierung nachdenken, wenn wir 20 % mehr Betten aufgrund des Patientenzuwachses bis 2030 brauchen werden.“ Wird die Urologie diese Kapazität zur Verfügung haben?

DGU: Wenig Raum für die Ambulantisierung der Urologie

Aus dem Krankenhaus-Report 2018 des Statistischen Bundesamts schloss Michel, dass ambulante Operationen im Krankenhaus wenig Entwicklungspotenzial besäßen. 2009 wurden 3.675 ambulante Operationen im Krankenhaus durchgeführt. 2015 waren es bereits 4.225. Diese nahmen in vielen Fällen Vertragsärzte vor. Aber: „Eine Universitätsklinik ist baulich und organisatorisch gar nicht für ambulantes Operieren ausgelegt.“ Trotz des demografisch bedingt steigenden Versorgungsbedarfs in der stationären wie ambulanten Urologie konstatierte Michel daher „wenig Potenzial der Ambulantisierung in der Urologie“. Das Fach müsse eine breite urologische Versorgung in der Fläche verfügbar halten und sei gleichzeitig zur Spezialisierung verpflichtet.

Vier Kooperationsmodelle aus drei Bundesländern

Wie intersektorale Zusammenarbeit aussehen kann, zeigten die im Anschluss vorgestellten vier Kooperationsmodelle.

■ Modell 1: Klinik für Urologie, Helios-Universitätsklinikum Wuppertal und MVZ DGU (Die Gesundheitsunion GmbH)

(Prof. Stephan Roth und Dr. Jochen Gleißner, Wuppertal)

Im Wuppertaler Helios-Modell steht ein privater Klinikkonzern mit hoher

Renditeerwartung im Mittelpunkt. Nach dem Uniklinikum Wuppertal kaufte er eine beherrschende Großpraxis hinzu: das Medizinische Versorgungszentrum DGU („Die Gesundheitsunion GmbH“). Das Tandem setzt auf Kooperation und Spezialisierung. Für Klinikdirektor Prof. Stephan Roth ist der Fall klar: „Die stationäre Urologie wird in Zukunft nicht mehr ohne



Die Helios-Kooperation stellten Dr. Jochen Gleißner (l.) und Prof. Stephan Roth vor.

eine Kooperation mit der ambulanten Urologie bestehen können.“ Das MVZ wiederum nutzt die Synergieeffekte des Helios-Konzerns in den Bereichen Hygiene, Arbeitsmedizin, Datenschutz, IT, Medizintechnik, Personalverwaltung sowie im kaufmännischen Bereich. Den rechtlichen Rahmen für die Kooperation bilden die strengen Regularien des Antikorruptionsgesetzes. Das Fazit von MVZ-Chef Dr. Jochen Gleißner zeigt den Erfolgsdruck: „Wenn man Teil des Helios-Konzerns ist, der 15 % Rendite erwirtschaften möchte, steht man auch als MVZ unter Druck.“

■ **Modell 2: Ambulante und stationäre Urologie im Urologischen Zentrum am Boxberg in Neunkirchen** (Dr. Christoph Pönicke)

Das onkologische Zentrum am Boxberg in Neunkirchen, die Belegabteilung im Diakonieklinikum Neunkirchen sowie das Knappschaftsklinikum Saar sind die Partner in einem saarländischen Modell der intersektoralen Kooperation. Die kooperative belegärztliche Tätigkeit erfolgt im Diakonieklinikum Neunkirchen. Die Praxisärzte sind dort Belegärzte und bieten sowohl Endovesikal-Operationen als auch onkologische Schnittoperationen bis hin zur großen Tumorchirurgie an. Zusätzlich zur belegärztlichen Tätigkeit hat die



In die saarländische Chefarzt-Kolleg-Kooperation mit Belegarzt-Ergänzung führte Dr. Christoph Pönicke ein.

Praxis im Jahr 2012 ein Chefarzt-Kollegialsystem mit dem Knappschaftsklinikum Sulzbach vereinbart. Dort arbeitet ein Kollegium, das aus einer Chefarzt-Vollzeitstelle sowie drei ergänzenden kollegialen Chefärzten in Teilzeit besteht. Die Vorteile liegen auf der Hand: „Es gibt ein gemeinsames interdisziplinäres Tumorboard der Kliniken sowie der Praxen. Das Therapiekonzept ist patientenzentriert sowie sektorenübergreifend“, fasste Dr. Christoph Pönicke zusammen.

■ **Modell 3: Urologische Praxis Dessau Berufsausübungsgemeinschaft** (Dr. Hugo Plate)

Das Dessauer Modell umfasst eine Kooperation zwischen der urologischen Praxis Dessau und dem Diakonissenkrankenhaus Dessau. Die Vorteile liegen im Zugang zu moderner Technik im Rahmen gemeinsamer



Über eine klassische Klinik-Praxis-Kooperation in Dessau informierte Dr. Hugo Plate.

Gerätenutzung sowie im übergreifenden Personalmanagement. Das erweiterte Leistungsspektrum sorgt für zusätzliche Vergütung, kombiniert mit betriebswirtschaftlichen Vorteilen beim Gerätekauf sowie diversen Kosteneinsparungen. Weitere Bereiche der Zusammenarbeit sind die kassen-

spezifische integrierte Versorgung, die Honorararztstätigkeit sowie das Prostatakarzinomzentrum. In der Zukunft wird eine Zusammenarbeit im Bereich der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung möglich sein. Für Besorgnis sorgen auch hier die Untiefen des Antikorruptionsgesetzes. „Nach 15 Monaten Kooperationsmodell Dessau zeigen sich deutliche betriebswirtschaftliche Verbesserungen, Vorteile im Hygienebereich, im Rahmen der Techniknutzung, im Personalbereich sowie im Leistungsspektrum“, unterstrich Dr. Hugo Plate.

■ **Modell 4: Kooperationsmodell Freiberuflichkeit plus Klinikanstellung zwischen Urologie Leichlingen und Klinikum Leverkusen** (PD Dr. Moritz Braun)

Im Leverkusener Modell kombiniert PD Dr. Moritz Braun seine freiberufliche Tätigkeit als niedergelassener Urologe in der Urologie Leichlingen mit einer



Die Leverkusener Personalunion-Kooperation stellte PD Dr. Moritz Braun in den Mittelpunkt.

50 %igen Anstellung als geschäftsführender Oberarzt an der Klinik für Urologie am Klinikum Leverkusen. In seiner Leichlinger Praxis nutzt er die Möglichkeiten aus der Onkologielizenz. Im Klinikum stehen ambulante sowie stationäre Operationen bis zur Tumorchirurgie im Vordergrund. Für den Urologen ist es eine inhaltlich sehr interessante Tätigkeit, die zudem aus Juristensicht nicht zu beanstanden ist. „Das Leverkusener Kooperationsmodell ist eine Vorstufe für ein sektorenübergreifendes Department-System“, resümierte Braun. Der Patient nehme die Vorteile der kooperativen Versorgungsform zwischen Praxis und Klinik sehr gut an. fgr

Therapie des lokalisierten PCa

PREFERE: Ergebnisse der Qualitätssicherung

P. Albers, H. Schmidberger, G. Kristiansen, P. Martus, R. Bussar-Maatz, M. Härter, T. Wiegel, M. Stöckle (im Namen des Steering-Committees der PREFERE-Studie)

Nach dem offiziellen PREFERE-Studiende am 15. Januar 2018 hat das Steering Committee (s. Kasten) gemeinsam mit der Deutschen Krebshilfe eine Strategie entwickelt, um die Studiendaten aufzuarbeiten und der Öffentlichkeit zugänglich zu machen. Auf dem DGU-Kongress wurden erstmals Ergebnisse der Studie präsentiert. Sie sind klinisch relevant und beziehen sich vor allem auf die umfangreichen Qualitätssicherungsmaßnahmen in Diagnostik und Therapie der Studie. Insbesondere wurden Daten zur Referenzpathologie und zur kritischen Bewertung der diagnostischen Grenze zwischen Gleason Summenscore 6 und 7 in der Stanzbiopsie vorgestellt. Zudem wurde über die Qualität der strahlentherapeutischen Optionen sowie der Aktiven Überwachung berichtet.

PREFERE war die weltweit einzige randomisierte prospektive Studie zu allen derzeit verfügbaren evidenzbasierten Therapieoptionen des lokalisierten Prostatakarzinoms (PCa). Das Protokoll war insofern innovativ, als es die Präferenz des Patienten für die jeweilige Therapieoption ausloten wollte: Die Entscheidung des Patienten mithilfe einer sehr aufwändigen und umfassenden Aufklärung stand im Vordergrund.

PREFERE: Die Wahl der Therapieoption stand im Fokus

Bei nur wenigen großen internationalen Studien, die die PCa-Therapieoptionen randomisiert geprüft haben, war PREFERE ein wichtiger Ansatz, um zu klären, ob z. B. die LDR-Brachytherapie eine vergleichbar gute Option zur Behandlung der Patienten darstellt. Dies jedenfalls war der vom G-BA gewünschte Ausgangspunkt für das Studiendesign. Die radikale Prostatektomie wurde nach einer Randomisation gegen „watchful waiting“ in einer skandinavischen Studie als Standardarm der Behandlung angenommen. Patienten konnten bis zu zwei der vier Optionen (radikale Prostatektomie, externe Strahlentherapie, LDR-Brachytherapie und Aktive Überwachung) abwählen und sich dann

zwischen den verbliebenen Therapieoptionen randomisieren lassen. Dies alles erfolgte vor dem Hintergrund einer videogestützten, neutralen Aufklärung. Die Studie war in über 60 aktiven Studienzentren organisiert und führte zur engen Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen urologischen Fachärzten und in der Klinik tätigen Urologen.

Nach 5,5 Jahren Laufzeit wurde die Studie aufgrund einer unzureichenden Rekrutierung vorzeitig beendet. Viele Studienzentren konnten problemlos Patienten in das Protokoll rekrutieren. Die Randomisation stellte vielerorts kein Problem dar. An vielen anderen Stellen wurde die Therapiefreiheit des Arztes angezweifelt und es wurde gegen die randomisierte Studie polemisiert. Letztlich konnten zu wenige Urologen motiviert

werden, das Protokoll durch eine erfolgreiche Gewinnung von Patienten zu Ende zu führen.

Gesundheitspolitisch ist dies von besonderer Tragweite, weil PREFERE die erste randomisierte klinische Studie war, die von allen Leistungsträgern des Gesundheitssystems (GKV, PKV), der Deutschen Krebshilfe als privater Stiftung und den Fachgesellschaften ge-

Randomisierungsergebnisse	
	Anzahl Patienten (n)
Gesamtstudie	345
4-armig	42
3-armig	59
2-armig	244
Verteilung auf Therapien (ITT)	
radikale Prostatektomie	69
externe Strahlentherapie	54
LDR-Brachytherapie	93
aktive Überwachung	129

Tab. 1: Die Verteilung der 345 Patienten auf die verschiedenen Therapiearme

tragen und vor allem finanziert wurde. Das vorzeitige Studiende führte daher in nicht unerheblichem Ausmaß zu Unsicherheit in der Durchführung großer nationaler klinischer Studien in Deutschland unter Einschluss der Finanzierung durch die Leistungsträger im Gesundheitswesen.

345 rekrutierte Patienten

Insgesamt konnten 345 Patienten in die Gesamtstudie rekrutiert werden. 42 Patienten haben sich 4-armig, 59 3-armig und 244 2-armig randomisie-

Das Steering-Committee der PREFERE-Studie

Univ.-Prof. Dr. Heinz Schmidberger, Radioonkologie, Universitätsklinikum Mainz
 Univ.-Prof. Dr. Glen Kristiansen, Pathologie, Universitätsklinikum Bonn
 Univ.-Prof. Dr. Peter Martus, Biometrie, Universitätsklinikum Tübingen
 Univ.-Prof. Dr. Peter Albers, Urologie, Universitätsklinikum Düsseldorf
 Roswitha Bussar-Maatz, Projektmanagement PREFERE, Deutsche Krebsgesellschaft Berlin
 Univ.-Prof. Dr. med. Dr. phil. Dipl.-Psych. Martin Härter, Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf
 Univ.-Prof. Dr. Thomas Wiegel, Radioonkologie, Universitätsklinikum Ulm
 Univ.-Prof. Dr. Michael Stöckle, Urologie, Universitätsklinikum Homburg/Saar

Therapiewechsel

Randomisierung auf		sofortige Ablehnung	per Protokoll Therapie
radikale Prostatektomie (RP)	69	10	64
externe Strahlentherapie (RT)	54	10	48
LDR-Brachytherapie (BT)	93	9	91
aktive Überwachung (AS)	129	7	143
sofortiger Therapiewechsel gesamt		34 (10%)	

Tab. 2: Bereits unmittelbar nach Therapiebeginn ist eine hohe Wechselquote zu verzeichnen.

ren lassen. Die Verteilung auf die Therapieoptionen sind Tabelle 1 zu entnehmen.

Häufiger Therapiewechsel der Studienteilnehmer

Trotz einer sehr ausführlichen Aufklärung inklusive eines Aufklärungsvideos gab es von Beginn an eine relativ hohe Unsicherheit in der Therapieentscheidung. Die Patienten hatten offensichtlich trotz aller Bemühungen Schwierigkeiten, sich eindeutig auf eine Therapie festzulegen. Sofort nach Randomisierung ist ein Therapiewechsel bei etwa 10 % der randomisierten Patienten zu verzeichnen (s. Tab. 2). Bezogen auf die aktive Überwachung (AS) sind 129 Patienten in diesen Therapiearm randomisiert worden. 7 schieden sofort nach Randomisation wieder aus und weitere 21 Patienten wechselten aus anderen Therapien sofort in die AS, sodass in der Intention-to-Treat-Analyse 129 Patienten aktiv überwacht wurden. Per Protokoll wurden jedoch tatsächlich 143 Patienten überwacht. Es gab auch Patienten, die einen zweiten Therapiewechsel innerhalb kürzester Zeit durchführen ließen.

Deutlicher Trend zur aktiven Überwachung

Insgesamt wurden mit knapp 42 % der randomisierten Patienten der Großteil der Patienten aktiv überwacht, sodass in der PREFERE-Studie ein deutlicher Trend zugunsten einer AS-Strategie zu registrieren war. 34 % der in der AS-Strategie behandelten Patienten wurden mit einem initialen

Gleason-Score (GS) von 7a eingeschlossen. Dieses Einschlusskriterium wird üblicherweise nicht für die AS herangezogen. Der hohe Prozentsatz an Patienten, der sich aber innerhalb des Protokolls mit einem frühintermediären PCa-Risiko überwachen ließ, zeigt, dass dies offensichtlich einen „clinical need“ für die Patienten darstellt. Es gibt momentan keine weiteren Protokolle, in denen Patienten mit GS 7a mit AS in einem randomisierten Design behandelt werden. Alle zur AS publizierten Studien mit langem Follow-up schließen den GS 7a als Einschlusskriterium aus. Es gibt einige prospektive Serien, die hierzu Daten berichtet haben. In diesen Serien lag die Abbruchrate deutlich höher als bei Patienten, die mit GS 6 eine AS-Strategie begonnen hatten.

Bei der referenzpathologischen Bewertung fällt die Schwierigkeit auf, GS-6-Karzinome von GS-7a-Tumoren verlässlich zu unterscheiden. Dies ist eine bei einem subjektiven Parameter mögliche Unschärfe, führte aber letztlich neben anderen Parametern zu einem Studienausschluss von 20 % der Patienten.

■ PREFERE-Referenzpathologie

- Rund 80 % der lokalen Befunde werden bestätigt – kein Grund zum „Pathologen-Bashing“.
- Echte harte Fehler (benigne/maligne) sind selten: 1,6 %.
- Gleason Score unscharf bei GS 6 vs. GS 7a.
- Manche Befunde zeigen einen Mangel an Präzision.
- Gravierende Fehler kommen vor (Einzelfälle).

Bei Patienten, die sich einer Strahlentherapie entweder in Form der perkutanen Radiotherapie oder der LDR-Brachytherapie unterzogen haben, fiel neben einer in 20 % lückenhaften Berichtsqualität bei der Brachytherapie auf, dass die Brachytherapie doch bereits nach kurzer Nachbeobachtung signifikant messbare Verschlechterungen im den Bereichen Harnverhalt und Pollakisurie gegenüber der perkutanen Strahlentherapie zu verzeichnen hatte.

■ QA-Strahlentherapie

- Perkutane Radiotherapie: gute Berichtsqualität und Protokollcompliance und 100 % Antwortrate;
- Brachytherapie: lückenhafte Berichtsqualität (20 % ohne Unterlagen), Compliancebeurteilung nicht möglich;
- Harnverhalt, Pollakisurie sind nach Brachytherapie signifikant häufiger;
- Proctitis: etwas häufiger nach Radiotherapie;
- Potenzstörungen: kein Unterschied Brachytherapie/Radiotherapie.

So hat PREFERE auch mit relativ wenigen randomisierten Patienten Unsicherheiten in der PCa-Diagnostik und -Therapie aufgezeigt. Dies betrifft sowohl den sogenannten „Staging Error“ bei Beginn der Diagnose, einschließlich der Unsicherheit der Pathologen zwischen GS 6 und 7a zu unterscheiden.

PREFERE war eine randomisierte Studie, in der Gleason-7a-Patienten kontrolliert in einer AS eingeschlossen werden konnten. Trotz dieser Ausdehnung der Einschlusskriterien und einer relativ hohen Rate an Patienten, die die AS als primäre Strategie zur PCa-Therapie im Niedrigrisiko- bzw. früh intermediären Risikobereich gewählt haben, wurde PREFERE von Patienten und Behandlern nicht als attraktive Studie angenommen. Trotz umfangreicher Aufklärungsmaßnahmen, einer sonst nicht üblichen kostenfreien Referenzpathologie und einer garantiert hohen Qualität der

Behandlungs- und Studienzentren (DKG-zertifizierte PCa-Zentren) hatten viele Patienten Schwierigkeiten, sich für eine PCa-Therapie im Rahmen des Protokolls zu entscheiden.

Verunsicherung der Patienten in der Therapiewahl

Die Verunsicherung der Patienten in der Therapieentscheidung wurde dokumentiert, zeigt aber, dass selbst umfangreiche Aufklärung nicht bei allen Patienten zu einer zufriedenstellenden und sicheren Entscheidung führt. Vor diesem Hintergrund und vor allem nach Vorliegen sehr interessanter Daten zu den Nebenwirkungen der einzelnen Therapieoptionen ist es umso bedauerlicher, dass die Studie nicht weitergeführt werden konnte, denn sie hätte viele wichtige Fragen der PCa-Diagnostik und -Therapie geklärt.

Ihre Meinung dazu?
uroforum.de



Die parallel laufende englische Studie PROTECT konnte bereits deutliche Unsicherheiten in der praktischen Durchführung der AS-Strategie aufzeigen. PREFERE hätte hier die Möglichkeit gehabt, diese offensichtlich für Patienten sehr attraktive Behandlungsoption mit wissenschaftlichen Daten zu hinterlegen. Dies wäre umso wichtiger gewesen, weil viele Patienten in ihrer Entscheidungsfindung den kompetenten Rat eines Facharztes benötigen. Die Wissensgrundlage des Facharztes generiert sich jedoch zum Teil aus sehr alten oder nicht in Deutschland erhobenen Daten zu den jeweiligen Therapieoptionen.

Es bleibt zu wünschen, dass PREFERE nicht die letzte Studie war, die versucht hat, bei einem großen epidemiologisch wichtigen Tumor relevante Unklarheiten in Diagnostik

und Therapie durch ein randomisiertes Design zu klären. Es liegt auch im Interesse der Leistungserbringer und Urologen für die jeweilig empfohlenen Therapieoptionen eine gute, wissenschaftlich korrekte, auf RCTs basierte und aktuelle Datenbasis zu haben. Diese Chance wurde mit dem vorzeitigen Ende von PREFERE leider vertan.



Korrespondenzautor

Univ.-Prof. Dr. med.
Peter Albers

Direktor der Klinik für Urologie
Universitätsklinikum Düsseldorf
Heinrich-Heine-Universität
Düsseldorf
urologie@uni-duesseldorf.de

Induratio penis plastica und Schwellkörperimplantate

Korrektur der residuellen Penisdeviation

Georgios Hatzichristodoulou

Die Induratio penis plastica ist eine benigne Erkrankung des Penis, die zu fibrösen Plaques an der penilen Tunica albuginea führt. Die operative Therapie stellt nach wie vor den Goldstandard zur Korrektur der Penisdeviation dar. Eine neue und moderne Operationstechnik zur Korrektur einer residuellen Penisdeviation während der Implantation eines Schwellkörperimplantats bei IPP-Patienten ist die PICS-Technik (Penile Implant in Combination with the Sealing Technique). Dabei wird ein selbsthaftendes Kollagenvlies verwendet. Wir stellen erste Ergebnisse zur Anwendung dieser Technik vor.

Bis zu etwa 60 % der Patienten mit Induratio penis plastica (IPP) leiden gleichzeitig an einer erektilen Dysfunktion (ED). Sollten konservative Therapiemaßnahmen der ED bei diesen Patienten nicht ausreichend sein, bietet die Implantation eines Schwellkörperimplantats (Penisprothese) eine suffiziente und erfolgreiche Möglichkeit, die erektile Funktion wiederherzustellen. Durch die alleinige Schwell-

körperimplantation lässt sich jedoch die sehr häufig bestehende Penisdeviation nicht immer korrigieren, sodass es hier weiterer operativer Maßnahmen bedarf.

Residuelle Penisdeviation: Korrekturmöglichkeiten

Eine residuelle bzw. verbleibende Penisdeviation während der Schwell-

körperimplantation kann unter anderem durch das sogenannte Modeling-Manöver korrigiert werden. Bei diesem Manöver besteht jedoch das Risiko einer Harnröhrenverletzung bzw. Harnröhrenperforation, die zum Abbruch der Operation führen würde. Zudem verbleibt hier auch häufig eine Restdeviation. Darüber hinaus lassen sich komplexe Penisdeviationen nicht suffizient durch das Modeling-Manöver korrigieren.

Durch eine Plikatur während der Schwellkörperimplantation lässt sich eine residuelle Deviation ebenfalls korrigieren, dies führt jedoch zur Penisverkürzung. Gleichzeitig besteht hier die Gefahr der Verletzung der Implantat-Zylinder, wenn diese eingelegt wurden, bevor die Plikaturnähte gestochen werden.

Kombination des Grafting-Verfahrens mit der Schwellkörperimplantation

Die Kombination eines Grafting-Ver-

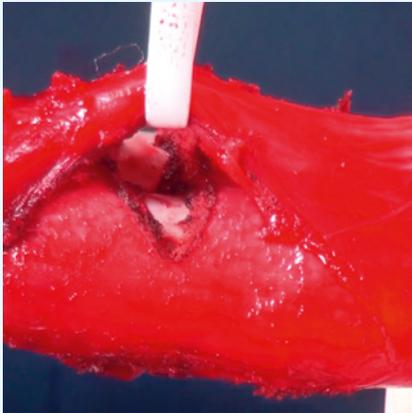


Abb. 1: Tunica-albuginea-Defekt nach Mobilisierung des neurovaskulären Bündels und Plaqueinzision. Die Implantat-Zylinder sind sichtbar.

fahrens mit der Schwellkörperimplantation ist eine elegante Möglichkeit zur Penisbegradigung ohne Längenverlust bei Patienten mit IPP und ED. Bei diesen Verfahren wird, nach Implantation der Zylinder, eine Plaque-Inzision durchgeführt, um die Penisdeviation zu korrigieren. Der entstehende Defekt der Tunica albuginea wird anschließend mit verschiedenen Grafts gedeckt, die jedoch allesamt in den Defekt eingenäht werden müssen. Dies führt zu einer Verlängerung der Operationszeit, zum anderen besteht auch hier das Risiko der Verletzung der Implantat-Zylinder, wenn das Graft eingenäht wird.

Die PICS-Technik: eine Alternative zu konventionellen Grafting-Verfahren

Die hier vorgestellte neue PICS-Technik stellt eine Alternative zu konventionellen Grafting-Verfahren während der Schwellkörperimplantation dar, um eine residuelle Penisdeviation bei Patienten mit IPP und ED zu korrigieren. Hierfür wird der Defekt der Tunica albuginea nach Plaque-Inzision durch ein selbsthaftendes Kollagenvlies (TachoSil, Takeda) versiegelt, das nicht in den Defekt eingenäht werden muss.

Die Operationstechnik umfasst die Implantation eines dreiteiligen Schwellkörperimplantats über einen peno-skrotalen Zugang. Anschließend wird



Abb. 2: Versiegelung (Verschluss) des Tunica-albuginea-Defekts mit dem selbsthaftenden Kollagenvlies TachoSil (Takeda).

das Implantat vollständig aktiviert. Sollte eine Penisdeviation von $\geq 40^\circ$ bestehen, wird die PICS-Technik durchgeführt. Die Pumpe wird in das Skrotum gelegt und die peno-skrotale Wunde verschlossen. Anschließend erfolgt ein penile degloving und die Eröffnung der Buck'schen Faszie.

Im nächsten Schritt wird das neurovaskuläre Bündel abgehoben und das Implantat erneut aktiviert. Am Knickpunkt der Penisdeviation erfolgt nun eine Plaque-Inzision (s. Abb. 1), um die Spannung zu entfernen. Anschließend zeigt sich eine vollständige Penisbegradigung. Der resultierende Defekt der Tunica albuginea wird im Folgenden mit dem Kollagenvlies versiegelt (s. Abb. 2). Das Kollagenvlies muss nicht in den Defekt eingenäht werden, wodurch keine Gefahr der Verletzung der Schwellkörperzylinder besteht. Nach Verschluss der Buck'schen Faszie wird abschließend die Penis-schafthaut adaptiert.

Erste Ergebnisse der PICS-Technik

Die PICS-Technik wurde in unserer Klinik bei 15 Patienten mit therapieresistanter ED und IPP durchgeführt. Die mittlere residuelle Penisdeviation nach Implantation des Schwellkörperimplantats betrug 66° . Die mittlere Operationsdauer lag bei 117 Minuten. Bei 80 % der Patienten konnte eine vollständige Penisbegradigung erzielt

werden. 20 % der Patienten zeigten eine Restdeviation von $< 15^\circ$, die jedoch den Geschlechtsverkehr im weiteren Verlauf nicht beeinträchtigte. Die Durchführung des Geschlechtsverkehrs war bei allen Patienten postoperativ wieder möglich.

Schlussfolgerungen und Zusammenfassung

Die PICS-Technik stellt eine vielversprechende und erfolgreiche OP-Technik zur Korrektur einer residuellen Penisdeviation während der Implantation eines Schwellkörperimplantats bei Patienten mit therapieresistanter ED und IPP dar. Die Vorteile in Zusammenhang mit der Verwendung des Kollagenvlieses sind die einfache Handhabung und Anwendung, ein zeitsparendes Verfahren und ein suffizienter Verschluss (Versiegelung) des Tunica-albuginea-Defekts nach Plaque-Inzision. Darüber hinaus besteht keine Gefahr der Verletzung der Implantat-Zylinder, da das selbsthaftende Kollagenvlies nicht in den Defekt eingenäht werden muss. Da es sich hierbei um eine komplexe und anspruchsvolle Operationstechnik handelt, sollte diese nur in Zentren mit entsprechender Erfahrung in der IPP-Chirurgie und Prothetik durchgeführt werden.



Autor

PD Dr. med. Georgios Hatzichristodoulou, FEBU, FECSM

Oberarzt
Klinik und Poliklinik für Urologie
und Kinderurologie
Julius-Maximilians-Universität
Würzburg
hatzichris_g@ukw.de

Radikale Salvage-Prostatektomie

RSP: Onkologische und funktionelle Ergebnisse

Axel Heidenreich

Die radikale Salvage-Prostatektomie stellt eine sekundäre lokale Therapieoption mit kurativer Intention für Patienten dar, bei denen nach den verschiedenen Formen der Radiotherapie (intensitätsmodulierte Strahlentherapie, Brachytherapie) ein lokales Prostatakarzinomrezidiv aufgetreten ist. Wir stellen aktuelle Studienergebnisse aus unserer Klinik vor.

Die radikale Salvage-Prostatektomie (RSP) ist in den nationalen und internationalen Leitlinien die empfohlene Therapieoption (EAU 2017, S3-Leitlinie 2018) mit der höchsten Evidenz bezüglich langfristiger Kurationsraten, wenngleich aufgrund der retrospektiven Untersuchungen nur ein Evidenzgrad III existiert. Die Leitlinien empfehlen hier eine RSP an ausgewiesenen Zentren mit großer chirurgischer Erfahrung. Im klinischen Alltag ist die RSP jedoch deutlich unterrepräsentiert. Nach aktuellen Untersuchungen erhalten auch heute mehr als 90 % der Patienten nur eine letztendlich palliativ orientierte systemische Androgendeprivation. Diese über die letzten beiden Dekaden nahezu konstante Unterrepräsentation der RSP beruht wahrscheinlich auf dem Dogma hoher Komplikationsraten bei fraglichem onkologischem Benefit.

Neue RSP-Studie mit 262 Patienten

In einer aktuellen Untersuchung an unserer Klinik wurden die onkologischen und die funktionellen Ergebnisse sowie die therapie-assoziierten Komplikationen entsprechend der Clavien-Dindo-Klassifikation von 262 Patienten ausgewertet, die im Zeitraum von 2000 bis 2016 operiert wurden. 80 % der operativen Eingriffe wurden dabei in den Jahren 2009 bis 2016 durchgeführt. Die Diagnose eines potenziellen Rezidivs nach Strahlentherapie wurde bis 2007 bei drei konsekutiven PSA-Anstiegen, ab 2007

nach der Phönix-Definition (PSA-Nadir + 2 ng/ml) gestellt. Zur Verifizierung eines Lokalrezidivs wurde bis 2006 eine transrektale Sextantenbiopsie, ab 2006 eine transrektale zehn- bis zwölffache Biopsie und ab 2010 eine transperineale Saturationsbiopsie durchgeführt (UKK).

Die systemische Stagingdiagnostik erfolgte mittels CT Abdomen/Becken sowie einer Skelettszintigrafie. 38 Patienten erhielten präoperativ eine Stagingdiagnostik mittels eines PSMA-PET/CT. Die radikale Prostatektomie wurde in offen operativer retropubischer Technik mit ausgehnter pelviner Lymphadenektomie durchgeführt. Das mittlere Alter der Patienten lag bei 66,4 (39–72) Jahren, der mittlere PSA-Wert bei Rezidivdiagnose betrug 4,67 (0,9–49,1) ng/ml. 39 Patienten hatten im Vorfeld eine HDR-Brachytherapie erhalten und 68 beziehungsweise 155 Patienten erhielten eine LDR-Brachytherapie beziehungsweise eine perkutane Strah-

lenthherapie. Das mittlere Follow-up betrug 44,5 (21–193) Monate.

Pathologische Ergebnisse

Die pathohistologischen Ergebnisse der RSP sind in Tab. 1 gelistet. Es zeigt sich erwartungsgemäß, dass die Rate von Lymphknotenmetastasen mit dem lokalen Tumorstadium korreliert. Auch die Rezidivfreiheit korreliert signifikant mit dem pT-Stadium sowie dem Lymphknotenstatus. In der Univarianz- sowie Multivarianzanalyse waren der Lymphknotenstatus mit einer Hazard-Ratio (HR) von 9,0 sowie das Alter mit einer HR von 4,73 statistisch signifikant mit dem biochemisch rezidivfreien Überleben assoziiert. Die Art der Strahlentherapie war tendenziell mit einer höheren Rezidivrate assoziiert (HR=4,1).

Das mediane rezidivfreie Überleben lag bei 61,8 (39,5–89) bzw. 20,7 (5,9–35,4) Monaten bei fehlendem Nachweis bzw. bei Nachweis von Lymphknotenmetastasen (p=0,003). Präoperativ gelang der Nachweis von Lymphknotenmetastasen auch mittels PSMA-PET/CT nur unzureichend. Lediglich bei 3 der 18 Patienten mit histologisch nachgewiesener Lymphknotenmetastasierung konnte diese bildgebend erfasst werden.

Funktionelle Ergebnisse

Bezüglich der funktionellen Ergebnisse konnten 98 Patienten präoperativ und 82 Patienten postoperativ urody-

Pathohistologische Ergebnisse der RSP				
	N (%)	pN+	bNED*	CCS**
Alle	262 (100 %)	108 (41,2 %)	63,1 %	91,2 %
pT2a–c	118 (45 %)	15,2 %	73,2 %	
pT3a	39 (14,9 %)	41,3 %	68,1 %	
pT3b	98 (37,4 %)		52,3 %	
pT4	7 (2,6 %)	71,4 %		
pN+	108 (41,2 %)		43,2 %	
R1	87 (33,2 %)			

Tab. 1: In den pathohistologischen Ergebnissen der RSP zeigt sich erwartungsgemäß, dass die Rate von Lymphknotenmetastasen mit dem lokalen Tumorstadium korreliert (*bNED = biochemisches rezidivfreies Überleben; **CCS = tumorspezifisches Überleben).

Selektionskriterien der RSP

Selektionskriterium	Standarduntersuchung
PSA	> 2,0 ng/ml über dem PSA-Nadir nach Radiatio (Phoenix-Kriterien)
Lokalrezidiv	Transperineale Saturationsbiopsie oder MR-Fusionsbiopsie + systematische Biopsie
Extraprostatische Extension	Multiparametrisches MRT
Keine lokoregionären/systemischen Metastasen	^{68Ga} PSMA-PET/CT
Blasenkapazität, Sphinkterkontrolle	Urethrozystoskopie, ggf. Urodynamik
Keine Blasenhalssklerose	Urethrozystoskopie
Lebenserwartung ≥ 10 Jahre	
Akzeptanz hoher lokaler Morbidität nach RSP gegenüber alleiniger ADT	

Tab. 2: An der Klinik für Urologie des Universitätsklinikums Köln angewandte Selektionskriterien bei der Auswahl der Patienten für eine RSP.

namisch sowie mittels PAD-Test evaluiert werden. Eine moderate bzw. starke Inkontinenz lag präoperativ bereits bei 35,5 % bzw. 23,7 % der Patienten vor. Postoperativ wiesen 39,1 % sowie 25,6 % der Patienten eine moderate (2–3 VL/Tag) beziehungsweise eine starke (> 3 VL/Tag) Inkontinenz auf. Eine präoperative erektile Dysfunktion bestand bei 58,1 % der Patienten, postoperativ lag die Rate bei 89,1 %.

Perioperative Komplikationen traten bei 24 (9,2 %) Patienten auf. Im Vordergrund standen therapiebedürftige Lymphozelen und Anastomoseninsuffizienzen bei 17 Patienten. Bluttransfusionen mussten nur bei 3 (1,1 %) Patienten gegeben werden, eine rektourethrale Fistel wurde bei 3 (1,1 %) Patienten beobachtet. Ein Patient verstarb im

postoperativen Verlauf an einer fulminanten Lungenembolie.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Unsere Daten zeigen, dass die RSP mit hoher onkologischer Kontrollrate von nahezu 75 % bei Patienten mit einem organbegrenzten und bei mehr als zwei Drittel der Patienten mit Kapselinvasion bei geringer perioperativer Komplikationsrate durchgeführt werden kann. Diese Ergebnisse sind tendenziell günstiger als die der bisher publizierten Studien, was zum einen an den deutlich niedrigeren PSA-Werten zum Zeitpunkt der Operation (frühe Rezidivdiagnose) sowie den überwiegend nach 2009 operierten Patienten (moderne Techniken der Strahlentherapie im Vorfeld) zusammenhängen kann.

Wir haben zeigen können, dass Patienten mit lymphonodulärer Metastasierung eine ungünstige Prognose mit nur kurzer Rezidivfreiheit aufweisen und bei fehlender lokaler Symptomatik am ehesten nicht von der RSP profitieren. Diesbezüglich muss es uns zukünftig gelingen, positive Lymphknoten bzw. lokal fortgeschrittene Tumorstadien bereits präoperativ verlässlich zu identifizieren. Hier brachte das PSMA-PET/CT keinen zusätzlichen Informationsgewinn.

Ebenso konnten wir zeigen, dass die RSP mit einer erhöhten Rate postoperativer Inkontinenz vergesellschaftet ist und etwa 25 % der Patienten die Implantation eines artifiziiellen Sphinkters benötigen. Hierüber müssen die Patienten im Vorfeld ausführlich aufgeklärt werden. Tab. 2 zeigt die in unserer Klinik angewandten Selektionskriterien bei der Auswahl der Patienten für eine RSP.

Literatur beim Autor



Autor

**Univ.-Prof. Dr. med.
Dr. h.c. Axel
Heidenreich**

Direktor der Klinik für Urologie,
Uro-Onkologie, Roboter-assistierte
und Spezielle Urologische Chirurgie
Universitätsklinikum Köln
axel.heidenreich@uk-koeln.de

Vorzeitiger Samenerguss

Neue Therapieoption bei Ejaculatio praecox

Hartmut Porst

Die Ejaculatio praecox (EP) ist eine der am häufigsten berichteten sexuellen Beschwerden bei Männern und kann die Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Sexualpartner erheblich beeinträchtigen. Die bislang zur Verfügung stehenden Therapiemöglichkeiten sind häufig nicht klinisch geprüft oder werden off-label genutzt oder haben, wie Dapoxetin, deutliche Nebenwirkungen. Mit der Neuzulassung des eutetischen Dosiergels Fortacin gibt es nun eine neue vielversprechende Behandlungsoption für EP-Patienten.

Die Ejaculatio praecox stellt die häufigste männliche Sexualstörung in der Altersgruppe 20–65 Jahre dar und betrifft je nach zugrundegelegter Definition zwischen 15 und 25 % aller Männer. In der Literatur ist durch zahlreiche Studien hinreichend belegt, dass die EP nicht nur zu einem enormen Leidensdruck bei den betroffenen Männern führt und bei Nicht- bzw. nicht erfolgreicher Behandlung nicht selten in eine behandlungsbedürftige Depression mündet, sondern auch zu einer existenziellen Bedrohung lange bestehender Partnerschaften werden kann. So hat eine in Italien, Mexiko und Südkorea durchgeführte Studie mit über 1.500 befragten Frauen, welche zumindest einmal längere Zeit in einer Beziehung mit einem Mann mit EP lebten, gezeigt, dass die EP in 10 bis 25 % aller Fälle der Hauptgrund für eine Trennung oder Scheidung war (1).

Dapoxetin ohne relevante Marktakzeptanz

Im Gegensatz zur Erektile Dysfunktion (ED) gab es für die EP mit Dapoxetin aus der Gruppe der SSRI bislang nur ein offiziell zugelassenes Medikament in Deutschland und Europa. Dieses steht nun schon seit fast einem Jahrzehnt zur Verfügung, konnte aber bislang aus verschiedenen Gründen mit Rezept-Refillraten von <10 % keine relevante Marktakzeptanz erreichen, was insbesondere auf die hohen Anwendungskosten und das Nebenwirkungspotenzial zurückzuführen war. In den letzten

30 Jahren wurden kleinere und größere, teilweise auch randomisierte placebo-kontrollierte und doppelblinde Studien zur Behandlung der EP mit einer Vielzahl von Medikamenten publiziert (siehe Kasten), welchen allen gemeinsam ist, dass mit Ausnahme von Dapoxetin keines zur Behandlung der EP offiziell zugelassen worden ist.

Die meisten topischen Darreichungsformen werden entweder off-label eingesetzt oder befinden sich im Graumarkt (Sex-Shop-Präparate, keine Arzneimittel). Diese Art der lokalen Anwendung (Empfindsamkeit an der Eichel wird reduziert) ist eine bewährte und zugleich effektive Methode der EP-Behandlung. Die bisherigen Ansätze hatten allerdings einige Nachteile: die Notwendigkeit der zeitlichen Vorplanung, die Gefahr einer Unter- bzw. Überdosierung sowie das Risiko der transvaginalen Übertragung mit Sensitivitäts- und Orgasmusverlust für die Partnerin. Mangels bislang offiziell zugelassener Behandlungsalternativen existiert im Gegensatz zur ED für die EP kein Therapie-Algorithmus, so dass bis zum heutigen Tag sowohl der betroffene Patient bzw. das betroffene Paar als auch der verschreibende Urologe bei der Behandlung der EP mehr oder weniger alleingelassen ist.

Neues Dosiergel mit schnellem Wirkeintritt

Ogleich schon seit Jahrzehnten in der Off-label-Anwendung bei EP mehr oder

weniger erfolgreich angewendet, dauerte es sehr lange, bis eine topische, also lokal anzuwendende Kombination aus Lidocain und Prilocain schließlich eine offizielle Zulassung zur EP-Behandlung erreichte. Im Gegensatz zu der bislang off-label angewandten Salbe aus Lidocain/Prilocain (*Emla*), deren Hauptproblem in der richtigen Dosierung mit den darin begründeten Problemen wie mangelhafte Wirksamkeit (Unterdosierung) oder aber Taub-

Medikamentöse Therapieoptionen bei EP

Lang wirksame SSRI, täglich gegeben (off-label)

- Citalopram
- Duloxetin
- Escitalopram
- Fluoxetin
- Fluvoxamin
- Paroxetin
- Sertralin

Kurz wirksame SSRI, p.r.n.

- Dapoxetin (offiziell für EP zugelassen)

Antidepressiva täglich oder p.r.n. (off-label)

- Clomipramin
- Thioridazin

Alpha-Rezeptorenblocker (off-label)

- Phenoxybenzamin
- Terazosin
- Tamsulosin
- Silodosin

PDE-5-Hemmer, p.r.n. (off-label)

- Mirodenafil
- Sildenafil
- Tadalafil
- Vardenafil

PDE-5-Hemmer täglich (off label)

- Tadalafil 5 mg

Opioid-Analgetika p.r.n. (off-label)

- Tramadol

Lokalthherapie bedarfsabhängig (off-label)

- Lidocain (Creme, Spray)
- Lidocain/Prilocain (Creme, Spray)
- SS-Creme (nur in Asien!)

Schwellkörper-Autoinjektionstherapie (off-label)

- Prostaglandin E 1

Die in der Literatur beschriebenen, überwiegend off-label angewandten Medikamente zur Behandlung der EP (SSRI= Selektive Serotonin-Reuptake-Inhibitoren; p.r.n.= bei Bedarf).

Wirksamkeit von Fortacin auf die IELT

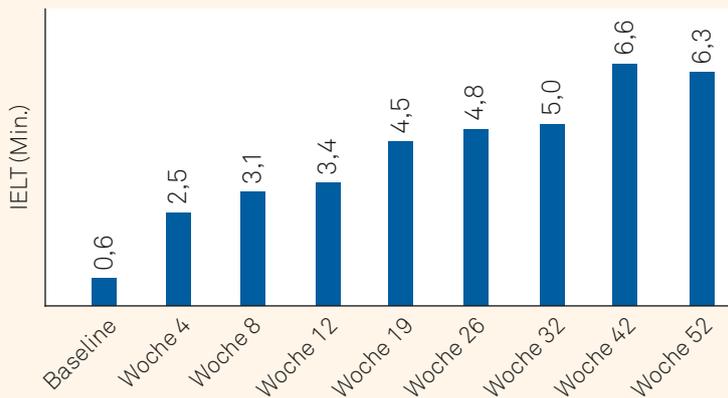


Abb. 1: Die durchschnittliche intravaginale Ejakulationslatenzzeit (IELT) verbesserte sich über einen Zeitraum von einem Jahr in der Fortacin Phase-III- und Open-label-Extensionsstudie maßgeblich (mod. nach (2)).

Wirksamkeit von Fortacin auf die PEP-Domänen

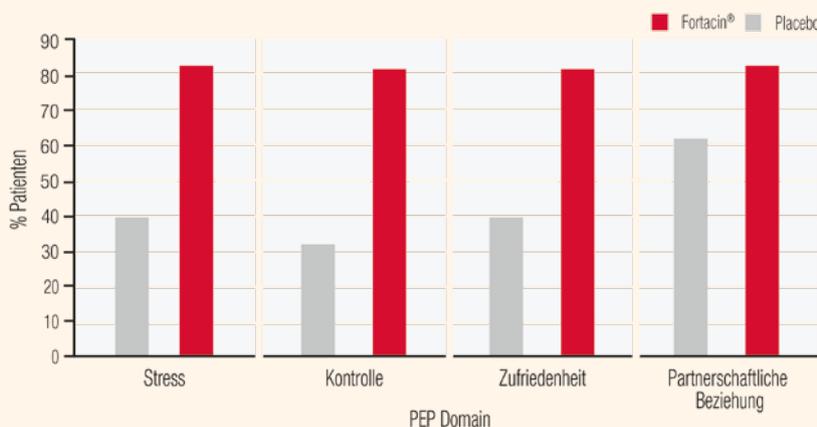


Abb. 2: Bei den mit Fortacin behandelten Patienten verbesserten sich im Vergleich zu Placebo alle vier Domänen des PEP (Premature Ejaculation Profile) wie durch die EP ausgelöster Stress, Kontrolle über die Ejakulation, Zufriedenheit mit dem Sex und zwischenmenschliche/partnerschaftliche Schwierigkeiten signifikant (mod. nach (2)).

heit mit Anorgasmie bzw. ED bei Überdosierung bestand, zeichnet sich das jetzt neu auf dem Markt verfügbare Dosierspray *Fortacin* durch eine einzigartige Galenik mit genauer Dosiermöglichkeit und schnellem Wirkeintritt (nach etwa 10 Min.), eine gute Wirksamkeit (s. Abb. 1 und 2) sowie eine patientenfreundliche Preisgestaltung aus.

Lokale Therapie mit geringem Nebenwirkungspotenzial

Ein weiterer Vorteil von *Fortacin* im Vergleich zu anderen bei EP angewandten Medikamenten ist sein ex-

trem niedriges Nebenwirkungspotenzial, das sich ausschließlich auf lokale Nebenwirkungen wie Hypästhesie und Erektionsprobleme bei 4 bis 5 % aller Studienpatienten beschränkte. Selbiges gilt für einen transvaginalen Transfer mit vaginaler Hypästhesie, welcher ebenfalls in den Studien bei knapp 4 % aller Paare berichtet worden ist.

Zukunftsperspektiven in der EP-Therapie

Zweifelsohne besitzt die Neuzulassung des eutetischen Dosiergels aus Lidocain und Prilocain *Fortacin* auf Grund

der oben beschriebenen günstigen Eigenschaften das Potenzial, einen Wendepunkt respektive Durchbruch in der Behandlung dieser häufigen männlichen Sexualstörung zu markieren.

Dies gilt nicht nur für die Monotherapie, wo sich das Dosierspray durch einen schnellen Wirkeintritt und geringes Nebenwirkungspotenzial gegenüber der off-label und label-konform angewandten Konkurrenz auszeichnet, sondern auch insbesondere für die Anwendung in der Kombinationstherapie bei schweren EP-Fällen mit einer intravaginalen Ejakulationslatenzzeit (IELT) < 1 Min. bzw. Ante-portas-Ejakulation, wo mit *Fortacin* nun ein leicht mit oraler Medikation wie Dapoxetin kombinierbares Medikament zur Verfügung steht. Dies gilt auch zusätzlich für die vielen Fälle von ED und sekundärer, also erworbener EP, bei denen eine Kombination mit *Fortacin* und PDE-5-Hemmern, bedarfsabhängig oder täglich gegeben, als die Therapie der Wahl angesehen werden muss.

Literatur

- Burri A, Giuliano F, McMahon C, Porst H.: Female partner's perception of premature ejaculation and its impact on relationship breakups, relationship quality, and sexual satisfaction. *J Sex Med.* 2014 Sep;11(9):2243–55.
- Dinsmore WW, Wyllie MG. PSD502 improves ejaculatory latency, control and sexual satisfaction when applied topically 5 min before intercourse in men with premature ejaculation: results of a phase III, multicentre, double-blind, placebo-controlled study. *BJU Int* 2009;103(7):940–949.
- Porst H, Burri A. Novel Treatment for Premature Ejaculation in the Light of Currently Used Therapies: A Review. *Sex Med Rev.* 2018 Jul 26. pii: S2050–0521(18)30058–1. doi: 10.1016/j.sxmr.2018.05.001. [Epub ahead of print].



Autor

**Prof. Dr. med.
Hartmut Porst**

European Institute for Sexual Health (EISH)
Privatinstitut für Urologie, Andrologie und Sexualmedizin, Hamburg
Porst20354@aol.com

„Entscheidungshilfe Prostatakrebs“

Was bringt onlinebasierte Patienteninformation?

Johannes Huber

Die onlinebasierte „Entscheidungshilfe Prostatakrebs“ hat sich im Alltag bewährt und wird nun in einer großen randomisierten Studie mit der papierbasierten Patientenleitlinie verglichen.

Die Patienten-Akademie der Deutschen Gesellschaft für Urologie hat mit der „Entscheidungshilfe Prostatakrebs“ seit 2016 deutschlandweit ein modernes Unterstützungsangebot etabliert. Es soll die Behandlungsentscheidung beim nicht metastasierten PCa standardisiert vorbereiten, bereichern und erleichtern. Aktuell nutzen bis zu 300 neue Patienten pro Monat das kostenlose Online-Informationsangebot. Die Evaluationsergebnisse der ersten 1.600 Patienten dokumentieren eine hohe Gesamtzufriedenheit von 89 %. Eine Mehrheit von 60 % der Betroffenen nutzt das Angebot gemeinsam mit dem Partner und ein Drittel aller Nutzer ist älter als 70 Jahre. Die multimediale Benutzerführung ist also auch für ältere Patienten gut zugänglich.

Die Gesamtzufriedenheit der befragten Urologen liegt bei 97 %. Im Kollegenkreis würden 92 % der Nutzer das Angebot weiterempfehlen. Vorteile sehen die Urologen für die Vorbereitung des Patienten (85 %), die Patientenzufrie-

denheit (76 %), die Einbeziehung der Angehörigen (63 %) und die Dokumentation (45 %). Neben der subjektiv höheren Qualität der Betreuung kommt es für viele Kollegen auch zu einer organisatorischen Verbesserung: Die Mehrheit der Urologen (49 %) berichtet über eine Zeitersparnis, wohingegen 31 % keine Veränderung und 20 % einen höheren Zeitbedarf angeben (s. Abb.).

Start der EvEnt-PCA-Studie

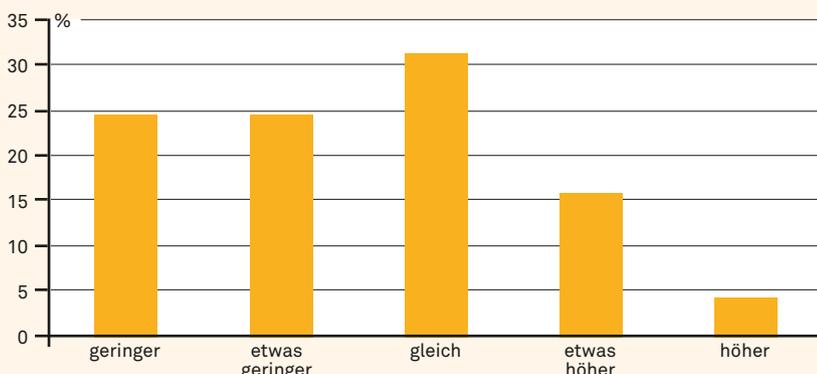
Einen validen Vergleich mit dem aktuellen Standard – der Broschüre „Patientenratgeber Prostatakrebs“ – wird die randomisierte EvEnt-PCA-Studie liefern („Evaluation einer patientenorientierten Online-Entscheidungshilfe bei nicht metastasiertem Prostatakarzinom“). Der Innovationsfonds des G-BA fördert dieses Projekt über drei Jahre mit rund 800.000 Euro. Der Studienablauf fügt sich dabei problemlos in die Routineversorgung ein: Nach der Erstdiagnose bietet der betreuende Arzt die Studienteilnahme an. Hierbei werden

jeweils 750 Patienten zufällig zur Nutzung der „Entscheidungshilfe Prostatakrebs“ zugewiesen oder sie erhalten die Broschüre „Patientenratgeber Prostatakrebs“. Von besonderem Interesse ist dabei, ob die „Entscheidungshilfe Prostatakrebs“ zu einer Optimierung der leitliniengerechten Therapie beitragen kann. Konkret soll ein zuwartendes Vorgehen bei niedrigem onkologischem Risiko häufiger und bei höherem Risiko seltener Anwendung finden. Darüber hinaus soll die Intervention auch andere Qualitäten der Entscheidungsfindung verbessern. Bisher beteiligen sich bereits über 115 urologische Praxen und Kliniken im gesamten Bundesgebiet an der Studie. Damit konnte im Juli 2018 die Rekrutierung von insgesamt 1.500 Patienten planmäßig beginnen.

Fazit

Durch eine systematische Stärkung der partizipativen Entscheidungsfindung können wichtige Dimensionen der patientenzentrierten Versorgung Teil der klinischen Routine werden. An der EvEnt-PCA-Studie interessierte Kollegen können sich bei der SMG Forschungsgesellschaft mbH melden (Tel. 030-28445000, elke.hempel@smgf.de). Die Aufwandsentschädigung für Studienärzte beträgt pro Proband 120 Euro. Auch außerhalb der Evaluationsstudie ist die Nutzung der „Entscheidungshilfe Prostatakrebs“ weiterhin möglich. Die Unterlagen sind kostenfrei per Mail (bestellung@entscheidungshilfe-prostatakrebs.de) oder telefonisch (Tel. 030-2062770) bestellbar. Weitere Informationen unter: www.entscheidungshilfe-prostatakrebs.info oder www.uniklinikum-dresden.de/event-pca

Zeitbedarf mit der „Entscheidungshilfe Prostatakrebs“



Die Mehrheit der befragten Urologen berichtet über eine Zeitersparnis beim Einsatz der „Entscheidungshilfe Prostatakrebs“ im Vergleich zum herkömmlichen Vorgehen (n=90).



Autor

**PD Dr. med. Dr. phil.
Johannes Huber,
FEBU, MHBA**

Klinik und Poliklinik für Urologie
TU Dresden
johannes.huber@uniklinikum-dresden.de

Benignes Prostatasyndrom

Arterielle Embolisation: Reif für die Praxis?

Dominik Abt, Gautier Müllhaupt, Lukas Hechelhammer, Hans-Peter Schmid

Eine zunehmende Anzahl von Studien beschäftigt sich mit der Wirksamkeit und Sicherheit der Embolisation der Prostataarterien (PAE) in der Therapie von BPH-assoziierten Beschwerden. Doch kann diese minimalinvasive Therapie wirklich bereits im klinischen Alltag empfohlen werden?

Während die PAE bei prostatogener Hämaturie bereits seit den 1970er Jahren zum Einsatz kam, wurde sie zur gezielten Therapie von BPH-assoziierten Beschwerden erst im Jahr 2000 beschrieben (1). Die potentiellen Vorteile dieser minimalinvasiven endovaskulären Therapie liegen auf der Hand: Sie kann ambulant in Lokalanästhesie und unter laufender Therapie mit Antikoagulation durchgeführt werden. Durch die fehlende Wundfläche treten weniger Komplikationen auf und eine postoperative Schonung ist nicht notwendig. Umso erstaunlicher erscheint es, dass 18 Jahre nach Erstbeschreibung immer noch eine dürftige Datenlage kritisiert wird – ein Umstand, der wohl auch berufspolitischen Reibungspunkten geschuldet sein dürfte.

Die Evidenz der PAE nimmt zu

Im Jahr 2017 wurde die PAE in einem systematischen Review mit Metaanalyse noch als experimentell bewertet (2). Ganz überwiegend existierten nur Fallserien und die beiden damals vorliegenden randomisierten Studien verfügten über nur wenig Patienten und einige klare methodische Limitationen. Zuletzt kamen jedoch aussagekräftigere Daten hinzu: Eine große prospektive, nicht-randomisierte Registerstudie aus Großbritannien bestätigte der PAE gute Resultate in der Symptomtherapie (3).

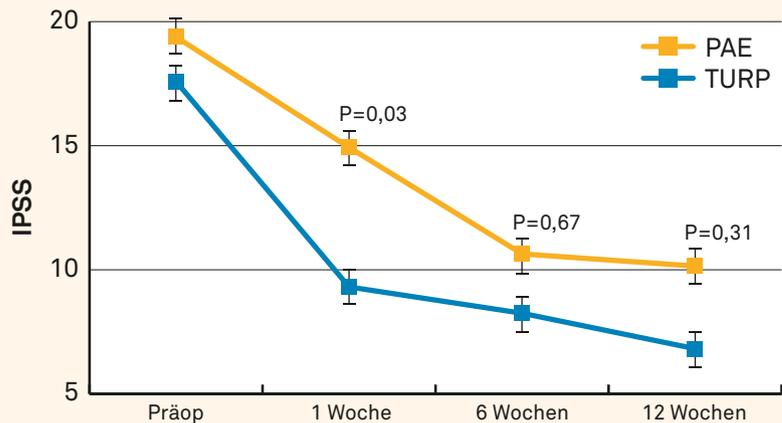
Eine Studie am Kantonsspital St. Gallen randomisierte insgesamt 103 Patienten und verglich die PAE mit der transurethralen Resektion der Pros-

tata (TURP) als Standardtherapie (4). Drei Monate nach Therapie fanden sich für die PAE nahezu gleich gute Resul-

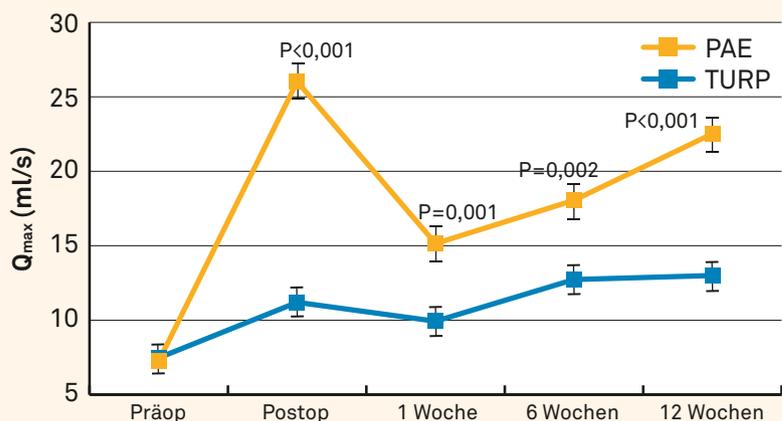
tate bezüglich der Symptomverbesserung (gemessen am International Prostate Symptom Score; IPSS) wie nach TURP. Erstmals konnte jedoch mittels urodynamischer Untersuchungen gezeigt werden, dass die Desobstruktion nach PAE weniger stark ausgeprägt ist, was sich auch in einer unterlegenen Verbesserung der Miktionsparameter (z. B. maximaler Flow, Restharn) äußert (s. Abb.). Umgekehrt führte die PAE jedoch zu signifikant weniger Komplikationen.

Eine aktuelle, nach etablierten Standards durchgeführte Metaanalyse

Einfluss von PAE und TURP auf die Verbesserung der Beschwerden und Miktionsparameter



PAE	19,38	14,93	10,64	10,15
TURP	17,59	9,31	8,25	6,82



PAE	7,47	11,20	9,93	12,73	13,00
TURP	7,25	26,02	15,15	18,05	22,52

Während die Beschwerdenverbesserung gemäß International Prostate Symptom Score (IPSS) nach PAE nahezu gleich gut ist wie nach TURP, verbessern sich Miktionsparameter wie der maximale Harnfluss nach TURP deutlicher (mod. nach (4)).

aller komparativen Studien bestätigt diese Resultate: Nach einer PAE finden sich subjektiv nahezu gleichwertige Verbesserungen der Symptome und weniger Komplikationen, jedoch zeigen sich auch klar unterlegene funktionelle Resultate im Vergleich zu den etablierten chirurgischen Therapien (5).

Interpretation der Studiendaten

Das Wirkungs- und Sicherheitsprofil der PAE wird somit zunehmend deutlicher. Somit drängt sich jedoch auch die Frage nach der optimalen Indikation der PAE auf. In Anbetracht ihres Wirkungs- und Sicherheitsprofils scheint diese wohl zwischen einer medikamentösen und einer invasiven chirurgischen Therapie zu liegen. Allenfalls könnte die PAE auch eine langjährige medikamentöse Therapie ersetzen, gerade bei Patienten, die

eine solche schlecht tolerieren. Da die PAE in diesem Setting jedoch bislang nicht untersucht wurde, kann dieser Schluss nur indirekt gezogen werden. Zudem erscheint die Frage nach der Nachhaltigkeit der PAE essenziell, liegen doch bisher keine Studien mit einem Follow-up von mehr als zwei Jahren vor.

Fazit für die Praxis

Bei der Interpretation der derzeit vorliegenden Evidenz scheint Spielraum zu bestehen: Während die Embolisation in gängige urologische Guidelines (EAU, AUA, DGU) noch keinen Einzug hielt, wurde sie zuletzt in Großbritannien (NICE) offiziell als Therapie von BPH-assoziierten Beschwerden zugelassen.

Sicher erscheint jedoch, dass weitere Studien notwendig sind, um den Stellenwert und optimalen Einsatzbereich

der arteriellen Embolisation weiter herauszuarbeiten. Dies kann letztlich nur im Rahmen großer komparativer Studien gelingen.

Literatur

1. DeMeritt et al. J Vasc Interv Radiol 2000; 11: 767-70.
2. Shim et al. J Urol 2017; 197:465-79.
3. Ray et al. BJU Int 2018; 122:270-82.
4. Abt et al. BMJ 2018; 361:k2338.
5. Zumstein et al. Eur Urol Focus 2018, doi.org/10.1016/j.euf.2018.09.005.



Korrespondenzautor

**Dr. med.
Dominik Abt**

Oberarzt mbF
Klinik für Urologie
Kantonsspital St. Gallen
dominik.abt@kssg.ch

mpMRT/TRUS

Fusionsbiopsie-Systeme im Vergleich

Ioannis Sokolakis, Georgios Hatzichristodoulou

Die multiparametrische MRT/TRUS-Fusionsbiopsie der Prostata gewinnt zunehmend an Bedeutung in der Diagnostik des Prostatakarzinoms (PCa) und der anschließenden Therapieplanung. Wir haben drei MRT/TRUS-fusionierte Biopsiesysteme zur Detektion des PCa hinsichtlich der Benutzerfreundlichkeit verglichen und stellen hier unsere Untersuchungsergebnisse vor.

Bei der multiparametrischen MRT/TRUS-Fusionsbiopsie erfolgt die Biopsie der Prostata ultraschallgesteuert, wobei der Datensatz der multiparametrischen MRT (mpMRT) der Prostata eingelesen und mit dem transrektalen Ultraschallbild fusioniert wird. Werden die Bildsätze der MRT und TRUS unverändert übereinandergelegt, spricht man von „starrer oder rigider Fusion“, bei computergestützter Angleichung der Konturen von „elastischer Fusion“. Je nach Gerät kann die Biopsie transrektal und/oder perineal durchgeführt werden.

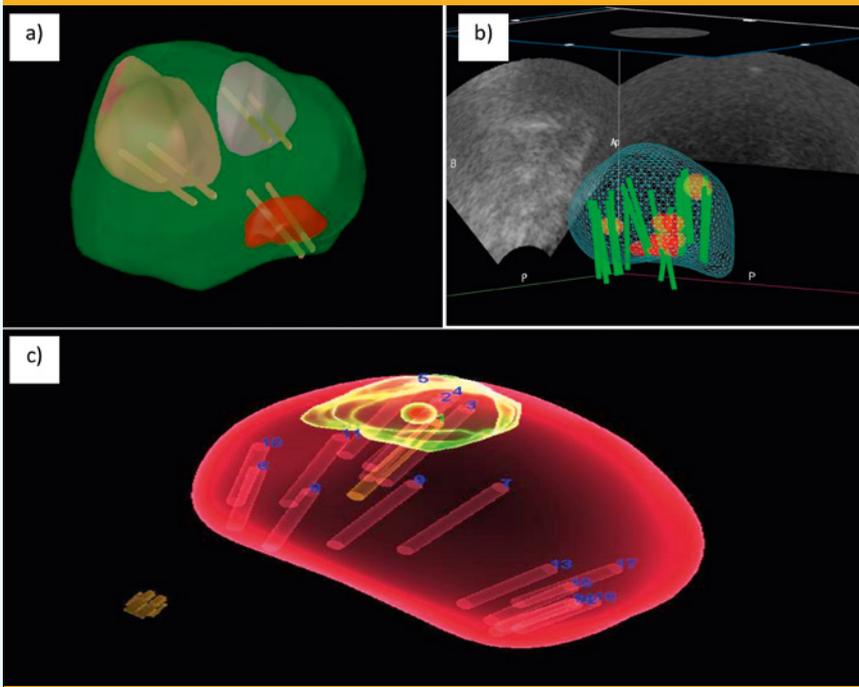
Zur Durchführung der Fusionsbiopsie stehen mehrere etablierte Systeme verschiedener Hersteller zur Verfügung, die sich durch unterschiedliche Eigenschaften auszeichnen. Insbesondere in Hinblick auf die Benutzerfreundlichkeit der verfügbaren Systeme gibt es wenige Daten in der Literatur. Neueinsteigern in das Feld der Fusionsbiopsie bieten sich deshalb kaum Entscheidungshilfen für die Wahl eines Fusionsbiopsie-Geräts. Aus diesem Grund untersuchte unsere Arbeitsgruppe die Praxistauglichkeit und Benutzerfreundlichkeit von drei weit verbreiteten Fusionsbiopsie-

Systemen der folgenden Hersteller: *BioJet* (D&K Technologies, Barum, Deutschland), *UroNav* (Invivo, Gainesville, USA) und *Trinity* (KOELIS, Grenoble, Frankreich) (s. Abb.). Zur weiteren Erhebung wurden die oben genannten Systeme in einem Zeitraum von vier Monaten durch vier Ärzte der Klinik und Poliklinik für Urologie und Kinderurologie des Universitätsklinikums Würzburg (zwei Fachärzte und zwei fortgeschrittene Assistenzärzte) bei insgesamt 60 Fusionsbiopsien der Prostata genutzt. Hierbei führte jeder Untersucher jeweils fünf MRT-Fusionsbiopsien mit jedem der drei Systeme durch. Somit wurden pro System 20 Fusionsbiopsien durchgeführt.

Die PCa-Detektionsraten sind vergleichbar

Die PCa-Detektionsraten betragen 13/20 (*UroNav* und *BioJet*) bzw. 14/20 (*Trinity*). Somit weisen die drei untersuchten Systeme vergleichbare Raten auf. Bei der leitliniengerechten randomisierten 10- bis 12-fachen TRUS-Biopsie der Prostata, die mit Limita-

mpMRT/TRUS-Fusionsbiopsie mit verschiedenen Systemen



Fusionierte Bilder der drei untersuchten Fusionsbiopsie-Systeme im Vergleich: a) BioJet (D&K Technologies, Barum, Deutschland), b) Trinity (KOELIS, Grenoble, Frankreich) und c) UroNav (Invivo, Gainesvilles, USA).

tionen verbunden ist, liegen die Detektionsraten in den meisten Studien auch im Rahmen der Re-Biopsie bei 29–40 %. In unserer Studie erreichten wir durch eine Kombination von gezielten Fusionsbiopsien und 12-fachen Standard-Biopsien eine PCa-Detektionsrate von über 60 % mit allen drei Fusionsbiopsie-Systemen.

Unterschiede in der Benutzerfreundlichkeit

Um die Beurteilung der Praxistauglichkeit und Benutzerfreundlichkeit nicht von der subjektiven Einschätzung der jeweiligen Untersucher abhängig zu machen, wurde auf einen etablierten und validierten Fragebogen (System Usability Scale – SUS) zurückgegriffen. Mit Hilfe von 10 positiv sowie negativ formulierten Aussagen (z. B. „Ich denke, die meisten Benutzer werden sich schnell zurechtfinden“ bzw. „Bevor ich mich zurechtfinde, muss ich noch Einiges lernen“) wurden die Intuitivität und Praktikabilität der kommerziellen Systeme abgefragt. Hieraus errechnet sich ein SUS-Score zwischen 0 und

100, wobei ein Punktwert von >50 eine zufriedenstellende benutzerfreundliche Anwendung und Durchführung signalisiert.

Ergebnisse und Fazit

Dieser Fragebogen wurde von allen Untersuchern unmittelbar nach Durchführung der Fusionsbiopsien mit den jeweiligen Systemen ausgefüllt. Ein zufriedenstellendes und benutzerfreundliches Ergebnis konnte bei allen drei Systemen verzeichnet werden. Die SUS-Scores betragen 54/100 (*Trinity*), 67/100 (*BioJet*) und 72/100 (*UroNav*). Somit weisen die Fusionsbiopsie-Systeme *BioJet* und *UroNav* in unserer Erhebung eine höhere Benutzerfreundlichkeit auf. Dieses Ergebnis könnte damit erklärt werden, dass das *UroNav*-System im Vergleich zu den anderen Fusionsbiopsie-Geräten hinsichtlich der Anwendung eine größere Ähnlichkeit mit der normalen TRUS-Stanzbiopsie der Prostata aufweist. Eine Erklärung dafür, warum das *Trinity*-Fusionsbiopsie-System eine niedrigere Punktzahl erhielt, könnte sein, dass der

Operateur vor jeder Stanzbiopsie einen neuen Scan der Prostata durchführen muss. Obwohl dies die Genauigkeit jeder Stanzbiopsie verbessern könnte, wird hierdurch zusätzliche Operationszeit benötigt, was wiederum die Anwendungsfreundlichkeit für den Operateur herabsetzt.

Eine Subanalyse der Bewertungen der beiden besonders erfahrenen Fachärzte zeigte jedoch keine statistisch signifikanten Unterschiede in Hinblick auf die Benutzerfreundlichkeit der drei untersuchten Fusionsbiopsie-Geräte. Somit beziehen sich die zuvor beobachteten Unterschiede der Benutzerfreundlichkeit auf Kollegen mit noch keiner oder nur geringer Erfahrung in der Durchführung der Fusionsbiopsie der Prostata (Einsteiger).

Alle drei Fusionsbiopsie-Systeme zeigten mit jeweils über 60 % vergleichbare PCa-Detektionsraten. Jedoch ergab die Analyse der Benutzerfreundlichkeit mit Hilfe eines etablierten Fragebogens signifikante Unterschiede, insbesondere bei Kollegen mit noch keiner oder nur geringer Erfahrung mit der Fusionsbiopsie der Prostata.



Korrespondenzautor

Ioannis Sokolakis, MSc, FEBU

Facharzt für Urologie
Klinik und Poliklinik für Urologie
und Kinderurologie
Julius-Maximilians-Universität
Würzburg
sokolakis_i@ukw.de



Die GeSRU auf dem DGU-Kongress

Lehrreiches für Anfänger und alte Hasen

Simba-Joshua Oostdam

Wie jedes Jahr wirkte die GeSRU auch auf dem diesjährigen DGU-Kongress vom 26. bis 29. September 2018 in Dresden aktiv mit. Neben eigenen GeSRU-Sitzungen beteiligten sich GeSRU-Aktive auch an zahlreichen anderen Veranstaltungen in Kooperation mit der DGU, der Juniorakademie sowie der AUA.

Im Rahmen der GeSRU-Mitgliederversammlung wurde der bisherige Vorstand im Amt bestätigt. Dr. Julian P. Struck wurde für eine weitere Amtszeit zum Vorsitzenden gewählt. Dr. Bernhard Ralla, Justus König und Angelika Cebulla wurden ein weiteres Jahr als Stellvertretende Vorsitzende bestätigt. Dr. Franz Wundrack wurde als Schatzmeister, Dr. Andreas Beck als Schriftführer wiedergewählt.

Der GeSRU-Stand war auch in diesem Jahr wieder ein gut besuchter Treffpunkt. Interessierte wurden über das GeSRU-Programm informiert und konnten sich so einen Überblick über die für junge Urologen interessanten Themen verschaffen. Wie jedes Jahr knüpften wir in entspannter Atmosphäre Kontakte zu neuen Mitgliedern und Kooperationspartnern.

Der DGU-Schüler-Tag und Studenten-Tag: Früh übt sich ...

Der jährlich von der DGU und der GeSRU organisierte Schüler-Tag bot Schülern aus dem Raum Dresden auch dieses Jahr die einmalige Möglichkeit, Einblicke in den urologischen Berufsalltag zu erlangen. Nach einer theoretischen Einführung in den Ablauf des Studiums und der Facharztausbildung und einigen Fallvorstellungen aus der täglichen urologischen Praxis, durften die Schüler, angeleitet durch Tutoren der GeSRU, bei zahlreichen Praxis-Stationen selbst Hand anlegen.

Beim diesjährig erstmals stattfindenden DGU-Studenten-Tag durften die

Mitglieder der neuen DGU-Arbeitsgemeinschaft „Junge Urologen“, die sich aus Vertretern von DGU und GeSRU zusammensetzt, sowie freiwillige Tutoren insgesamt 35 interessierte Studenten willkommen heißen. Vormittags erhielten die Teilnehmer die Gelegenheit, interessante Sitzungen und Vorträge zu besuchen.



Dr. Julian P. Struck (Mitte), GeSRU-Vorsitzender, im Gespräch mit Prof. Christian Wülfing und anderen.

Nachmittags fand nach einleitenden Worten durch den DGU-Pressesprecher Prof. Christian Wülfing sowie den GeSRU-Vorsitzenden Struck ein Hands-On-Training statt. Hier konnten sich die jungen Kollegen unter Anleitung an verschiedenen Praxismodellen, z. B. zur Sonografie oder zur TUR-Blase, versuchen. Nicht zuletzt machte die Unterstützung der Firmen *Karl Storz*, *Medtronic* und *Bk Medical* die Veranstaltung möglich.

Weiterbildung im Fokus

Beim GeSRU-Lunch standen Impulsvorträge rund um das Thema Weiterbildung im Fokus. Nach einem

spannenden Bericht über ihr Clinical Fellowship mit dem Verein „Ärzte für Afrika“ von Dr. Saskia Morgenstern berichtete Dr. Ulrike Necknig über das Mentoring-Programm als hervorragenden



Dr. Johannes Salem, Vorsitzender der GeSRU-Academics.

de Möglichkeit, die urologische Weiterbildungszeit und Karrierebildung zu optimieren. Zu guter Letzt berichtete Dr. Johannes Salem über die GeSRU Academics als Netzwerk junger Nachwuchsforscher in der Urologie.

Premiere für die „Milestones der Uroonkologie“

Beim GeSRU-Forum „Milestones der Uroonkologie“ handelte es sich um eine Premiere. In diesem neuartigen Sitzungsformat vermittelten ausgewiesene Experten assistentengerecht die wichtigsten Fakten zu allen onkologischen Themenblöcken.

In der Forumssitzung „Weiterbildung im internationalen Vergleich“ präsentierten die hochkarätigen Redner verschiedene Aspekte der urologischen Facharztausbildung. Nach einer Darstellung des Status quo der urologischen Facharztausbildung in Deutschland wurden interessante Vergleiche zu anderen Fachbereichen gezogen und die Ausbildung in einen internationalen Kontext eingeordnet. Darüber hinaus wurden mögliche zukunftsfähige Modelle zur Weiterbildung diskutiert.

In der maßgeblich durch die Juniorakademie gestalteten Forumssitzung „Brennpunkt Weiterbildung – der urologische Assistent im Räderwerk

der Ökonomie“ wurde die urologische Facharztausbildung im ökonomischen Kontext beleuchtet. Die interdisziplinäre Betrachtung des Themas durch Redner aus Medizin, Wirtschaft und Politik führte hierbei zu einer sehr mannigfaltigen und „runden“ Darstellung der Sachlage.

GeSRU-Steps Videositzung: Film ab!

In der Sitzung zu ausgewählten GeSRU-Steps-Videos führten die Moderatoren das Auditorium durch die Videopräsentationen und koordinierten die anschließende, lebhaft Diskussionsrunde. Dieses Jahr wurden unter anderem Videos zur ThuLEP und der postmortalen Nierentransplantation präsentiert. Die GeSRU-Steps-Videos sind kostenfrei auf der GeSRU-Homepage einsehbar. Wir sind immer auf der Suche nach neuen Videos. Falls Sie sich mit einem Beitrag beteiligen

möchten, kontaktieren Sie uns unter info@gesru.de.

Die GeSRU-Alptraumsitzung ist mittlerweile ein beliebtes, etabliertes Format. Die außergewöhnlichen, nicht vorhersehbaren Verläufe der vorgestellten klinischen Fälle regten das Auditorium zu einer lebhaften Diskussion an, aus denen alle Beteiligten



Die stellvertretende GeSRU-Vorsitzende Angelika Cebulla (links) mit GeSRU-Mitgliedern auf dem GeSRU-Abend.

ten lehrreiche Schlüsse für ihren Arbeitsalltag ziehen konnten. Ergänzend

wurden in der GeSRU-Sitzung „Der interessante Fall“ weitere ausgewählte Kasuistiken präsentiert.

Der GeSRU-Abend: mit Freunden an einem Tisch

Auf dem GeSRU-Abend kamen auch in diesem Jahr zahlreiche GeSRU-Mitglieder in entspannter Atmosphäre zusammen. Dieses Jahr wurde in der „Weinzentrale“ in der Dresdener Neustadt ausreichend Gelegenheit zu Vernetzung und Austausch geboten.



Korrespondenzautor

Simba-Joshua Oostdam

GeSRU-Team
Assistenzarzt
Vinzenzkrankenhaus Hannover
simba.oostdam@gmail.com

Immun-Checkpoint-Inhibition

Nebenwirkungsmanagement urologischer Immuntherapeutika

Immunonkologische Therapien bei urologischen Tumoren standen im Mittelpunkt einer Veranstaltung, die MSD auf dem DGU-Kongress ausrichtete. Prof. Jürgen Gschwend, TU München, und Prof. Jens Bedke, Tübingen, erläuterten den Einsatz von Immun-Checkpoint-Inhibitoren beim Nierenzell- und Urothelkarzinom. Prof. Marc-Oliver Grimm, Jena, ging näher auf die Nebenwirkungsproblematik bei der Immuntherapie und deren Management ein.

Grimm legte Studiendaten vor, die PD-1-/PD-L1-Immun-Checkpoint-Inhibitoren (ICI) ein insgesamt günstiges Nebenwirkungsprofil bescheinigten. Beim Einsatz von Pembrolizumab entsprach die Mehrheit der berichteten Nebenwirkungen dem Schweregrad 1 oder 2. Die schwersten Nebenwirkungen waren zum einen immunvermittelte Nebenwirkungen und zum anderen infusionsbedingte Reaktionen, die vor allem die Haut, den (Dick-)Darm, die Leber, die Lunge und das endokrine System betrafen. Pembrolizumab ist dabei am häufigsten mit immunvermittelten Neben-

wirkungen assoziiert. Diese Reaktionen können Grimm zufolge jedes Organ betreffen, daher der Appell an die Urologen: „Das sind Dinge, die wir im klinischen Alltag handhaben können müssen.“ Die meisten der Nebenwirkungen, einschließlich schwerer Reaktionen, klangen nach Einleitung einer adäquaten medizinischen Behandlung oder nach Absetzen von Pembrolizumab ab. Neue unklare oder unspezifische Symptome sollten immer an eine immunvermittelte Nebenwirkung denken lassen und Anlass für eine weitergehende Diagnostik sein.

Für das Management immunvermittelter Nebenwirkungen empfahl Grimm das Vorgehen nach einem Ampelsystem: Bei nur leichten Nebenwirkungen sollte eine symptomatische Behandlung erfolgen, die Immun-Checkpoint-Inhibitor-Therapie jedoch fortgesetzt werden. Bei persistierend leichten und mittelschweren Nebenwirkungen seien die ICI-Therapie zu unterbrechen und orale Kortikosteroide zu geben. Bei schwer ausgeprägten und lebensbedrohlichen Nebenwirkungen sollten neben den hochdosierten Kortikosteroiden gegebenenfalls weitere Immunsuppressiva gegeben werden. Zudem müssten Patienten in jedem Fall im Vorfeld darüber aufgeklärt werden, dass in seltenen Fällen eine dauerhafte Substitution von Hormonen notwendig werden könnte. ■