

DGU-Positionspapiere 2025

Masterpläne für die „Sorgenkinder“ des Fachs

Auf dem 70. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie in Dresden veröffentlichte die Fachgesellschaft Strategiepapiere verschiedener Autorengruppen aus den jeweiligen Arbeitskreisen zu gefährdeten urologischen Teilgebieten – von der Medikamentösen Tumorthherapie über die Kinder- und Jugendurologie bis zur Nierentransplantation. Neben einer Bestandsaufnahme geht es jeweils um einen Masterplan bis zum Jahr 2025.

Unter dem Titel „Zukunftsoffensive 2025“ haben die DGU-Arbeitskreise Positionspapiere für die „Sorgenkinder“ der Urologie entworfen. Bereits im Vorwort übt DGU-Generalsekretär Prof. Maurice Stephan Michel Kritik an den eigenen Fachvertretern: „Wehklagen und selbstbemitleidende Aufrufe, Erinnerungen an frühere und natürlich bessere Zeiten und Hinweise auf bevorstehende dramatische Szenarien helfen nicht und lassen leider zu häufig neben einer klaren Analyse insbesondere zukunftsorientierte Vorschläge vermissen. Unter Hinweis auf eigene Prophezeiungen resultiert dies manchmal in Resignation oder gar Opposition gegen das eigene Fach. Diese Haltung ist weder hilfreich noch sinnvoll, vielmehr sind klare Strategien und machbare Konzepte gefragt“, schreibt Michel hier Klartext. *UroForum* beleuchtet die vier Teilgebiete mit den größten Herausforderungen.

„Sorgenkind“ Medikamentöse Tumorthherapie

Das berufspolitische Problem im Teilgebiet Medikamentöse Tumorthherapie sei der dramatische Verlust an Marktanteilen. Während die Hormontherapie des Prostatakarzinoms noch nahezu ausschließlich von Urologen durchgeführt werde, erfolge die zielgerichtete Therapie (TKIs) und die Immuntherapie des Nierenzellkarzinoms zu einem relevanten Teil in der Hämato-Onkologie, stellen Prof. Kurt Miller und Kollegen fest. In der Immuntherapie von Urothel- und Nierenzellkarzinom seien ähnliche Entwicklungen möglich. Zwar zähle die

Medikamentöse Tumorthherapie in der neuen MWBO zum Kernkapitel Uro-



logie, allerdings verschärfe dies die Anforderungen an die Weiterbildungskapazitäten. „Eine systematische Einbindung von urologisch-onkologischen Praxen in die Weiterbildung sollte ein Ziel für die Zukunft sein“, so Miller. Nicht zuletzt wegen der Weiterbildung sei aber auch die Aufrechterhaltung der Kompetenz urologischer Kliniken auf dem Gebiet der Medikamentösen Tumorthherapie essenziell. Die Spezialisierung urologischer Kollegen auf die konservative Uroonkologie oder die Integration eines Onkologen in eine urologische Klinik könnten wichtige zukünftige Schritte sein. „Ob zertifizierte Zentren hierfür hilfreich sind, mag dahingestellt sein, wichtig wäre eine angemessene finanzielle Vergütung durch die Kostenträger, worauf es politisch hinzuwirken gilt“, so Miller.

In der ambulanten Urologie bildet die Onkologie-Vereinbarung („Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten“,

Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte) die regulatorische Basis als Alternative zur stationären Behandlung. Von Interesse sind die Mindestzahlen, die laut Onkologie-Vereinbarung von den onkologisch qualifizierten Ärzten nachzuweisen sind: Nach § 3, Abs. 4 müssen „andere Fachgruppen“, zu denen die Urologie zählt, die Betreuung von durchschnittlich 80 Patienten pro Quartal und Arzt mit soliden Neoplasien belegen, darunter 60 Patienten, die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 20 mit intravenöser und/oder intrakavitärer antineoplastischer und/oder intraläsionaler Behandlung. Inwieweit sich die Einführung der ambulanten spezialärztlichen Versorgung auf den Fortbestand der Onkologie-Vereinbarung auswirken wird, sei laut Miller „derzeit nicht absehbar“.

„Sorgenkind“ Urologie der Frau

In der Urogynäkologie kennzeichnen gravierende Qualitätsprobleme in der Aus- und Weiterbildung die Situation des Teilgebiets. Prof. Daniela Schultz-Lampel und Kollegen setzen deshalb auf den interdisziplinären Charakter der Kontinenz- und Beckenbodenzentren. „Die Forderung nach einer strukturierten und vor allem interdisziplinären Aus- und Weiterbildung auf dem Gebiet der Urogynäkologie, die in Deutschland flächendeckend eine gleichwertige Qualifikation garantieren würde, liegt auf der Hand. 74 % der urologischen und 84 % der gynäkologischen Chefärzte halten die Schwerpunktbezeichnung ‚Urogynäkologie‘ für sinnvoll“, unterstreicht Schultz-Lampel.

Deutschland sei sehr weit vom Konzept der interdisziplinären Weiterbildung entfernt und die urogynäkologische Aus- und Weiterbildung sei sowohl bei den Gynäkologen als auch bei den Urologen schlecht. Unbedingte Voraussetzung sei die Integration der Kontinenzschwestern, Kontinenztherapeuten sowie Physiotherapeuten (Beckenbodenrehabilitation) in das Versorgungskonzept.

■ Ziele sind hier:

- Festlegung eines verbindlichen Begriffs für die Behandlung von Blasenfunktionsstörungen und Deszensusproblemen bei der Frau in der Urologie.
- Einheitliche Begriffswahl: „Urogynäkologie“ wie bei den Gynäkologen, Urologie der Frau oder gynäkologische Urologie?
- Feste Verankerung des Arbeitskreises „Funktionsdiagnostik und Urologie der Frau“ in den Programmkommissionen der DGU sowie im DGU-Vorstand.
- Festigung des Gebiets Urogynäkologie / Urologie der Frau als ein zentrales Gebiet in der Urologie.
- Standardisierung des Ausbildungsprogramms der Weiterbildungsassistenten, Verankerung der Urogynäkologie in der Weiterbildungsordnung.
- Gleichzeitig Ausbau der interdisziplinären und interprofessionellen Kooperation mit den Gynäkologen.
- Dialog mit der DGGG und der AGUB über eine potenzielle Etablierung einer Zusatz- bzw. Schwerpunktbezeichnung „Urogynäkologie“ / „Urologie der Frau“ analog dem „Schweizer Modell“.
- Definition und Erarbeitung der Voraussetzungen und Inhalte des speziellen Weiterbildungs- inklusive Operations-Katalogs „Urogynäkologie“ / „Urologie der Frau“ analog dem „Schweizer Modell“.
- Definition der Voraussetzungen für den Erwerb der Zusatzbezeichnung „Facharzt für Urologie“ oder „Facharzt für Gynäkologie“.

„Sorgenkind“ Kinderurologie

Im Fachgebiet Kinder- und Jugendurologie sind in Deutschland derzeit Urologen und Kinderchirurgen gleichermaßen tätig. Eine spezielle Qualifikation war bislang nicht erforderlich. Daher fordert die Autorengruppe um Prof. Raimund Stein in diesem Feld vor allem höhere Qualitätsstandards. „Nur wenige kinderurologische Abteilungen entsprechen derzeit europäischen Standards“, stellen Stein und sein Team

kritisch fest. Um eine hohe Qualität bei der konservativen und der operativen Versorgung der Patienten sicherzustellen, wurde auf dem 121. Deutschen Ärztetag in Erfurt im Mai 2018 die Zusatzweiterbildungsordnung (ZWB) „Spezielle Kinder- und Jugendurologie“ beschlossen. Die Mindestanforderung gemäß § 11 MWBO verlangt 18 Monate spezielle Kinder- und Jugendurologie an Weiterbildungsstätten. Im Moment sind international drei deutsche Zentren für die kinderurologische Ausbildung anerkannt: Regensburg, Hamburg und Berlin.

Aus Sicht der DGU-Gruppe soll die Bezeichnung „Klinik für Urologie und Kinderurologie“ in Zukunft an strenge inhaltliche Kriterien gebunden sein. „Kliniken, die Kinderurologie in einer guten Qualität anbieten wollen, müssen strukturell (zertifizierte Kinderzentren, z. B. Qualitätssicherung für die stationäre Behandlung von Kindern und Jugendlichen), räumlich (vom Erwachsenenbereich getrennte Versorgung der Kinder) und personell (mindestens zwei Mitarbeiter mit der Zusatzbezeichnung Spezielle Kinderurologie für die Gewährleistung einer kontinuierlichen Versorgung; Kinderkrankenschwestern/Urotherapeuten, die in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen erfahren sind) ausgestattet werden“, fordern Stein et al..

Unter den 197 zertifizierten und re-zertifizierten „Fellows of the European Academy of Paediatric Urology“ (FEAPU) seien 23 Deutsche, davon 18 Urologen. Derzeit gebe es in Deutschland einen besetzten Lehrstuhl für Kinderurologie (Ulm), eine eigenständige kinderurologische Klinik in Kooperation mit dem Lehrstuhl für Urologie (Regensburg) und ein eigenständiges Zentrum, das zwischen Kinderchirurgie und Urologie eingebettet sei (Mannheim), so Stein und Kollegen. „Die Kinderurologie ist Bestandteil der Urologie“, lautet ihre Bilanz. „Um die Belange dieses (...) wichtigen Bereichs ausreichend berücksichtigen zu kön-

nen, wäre es sinnvoll, wenn sich Vertreter des AK Kinder- und Jugendurologie mit Vertretern des DGU-Vorstands einmal im Jahr träfen, um berufspolitische Belange zu besprechen.“

„Sorgenkind“ Nierentransplantation

Der DGU-Arbeitskreis Nierentransplantation (AK NTX) ist davon überzeugt, dass diesem Gebiet in Praxis und Klinik – historisch und aktuell – eine überragende Bedeutung für die Behandlung von niereninsuffizienten Patienten zukommt. Auch viele wichtige wissenschaftliche Forschungsergebnisse der Urologie hätten dazu beigetragen. Trotzdem sei die Nierentransplantation das derzeit vielleicht am meisten bedrohte Teilgebiet der Urologie. „Leider ist es in den letzten Jahren (...) zu einer bedauerlichen und nicht hinnehmbaren Beschneidung oder Übernahme von Randbereichen der Urologie gekommen, was in starkem Maße auch die Nierentransplantation betrifft. Es sollte zum Selbstverständnis unseres Fachgebiets gehören, dass auch die Entnahme und Verpflanzung eines urologischen Organs ein wichtiges Teilgebiet der Urologie ist und bleiben muss. Auch heute noch werden etwa 30 % aller Nierentransplantationen in Deutschland unter urologisch operativer Führung oder Beteiligung ausgeführt“, stellen Prof. Paolo Fornara und Kollegen fest.

Qualitativ seien die urologisch nierentransplantierenden Zentren den anderen (chirurgischen) Transplantationszentren gleichwertig, wie die Angaben des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) belegten. Die Integration der urologischen Expertise in die Nierentransplantation müsse erhalten und sogar intensiviert werden. Die Gruppe um Fornara fordert daher die zügige Einführung der Zusatzbezeichnung „Transplantationsmedizin“ mit Positionierung der Urologie. *fgr*

Ihre Meinung dazu?
uroforum.de

