



Eröffnungs-Pressekonferenz

23. September 2010,

13.15 – 14.30 Uhr

62. Kongress
der Deutschen Gesellschaft
für Urologie e. V. (DGU)

vom 22. bis 25. September 2010
in Düsseldorf



Inhalt der Pressemappe

Teilnehmerliste der Pressekonferenz

Referat Prof. Dr. med. Klaus-Peter Jünemann

Inkontinenz und Beckenbodenrekonstruktion der Frau:
Urologen setzen auf neue Therapieansätze
Lebenslauf

Referat Prof. Dr. med. Florian M.E. Wagenlehner

Multiresistente Problemkeime:
Werden wir in Klinik und Praxis krank?
Lebenslauf

Referat Prof. Dr. med. Michael Stöckle

PSA-gestützte Früherkennung des Prostatakarzinoms –
neue Daten zu einer Dauerkontroverse
Lebenslauf

Referat Prof. Dr. med. Bernd Wullich

Translationale Medizin in der Urologie:
Fortschritte in der Diagnostik und Therapie
fortgeschrittener urologischer Tumoren -
Kastrationsresistentes Prostatakarzinom
Lebenslauf

Referat Prof. Dr. med. Dirk Schultheiss

Urologen im Nationalsozialismus
Lebenslauf

Hinweis:

**Download der Referenten-Fotos
und der Beiträge unter
www.wahlers-pr.de/pk**



Teilnehmer der Eröffnungs-Pressekonferenz

Prof. Dr. med. Wolfgang Weidner

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V.
Direktor der Klinik und Poliklinik für Urologie,
Kinderurologie und Andrologie
Universitätsklinikum Gießen

Dr. med. Martin Bloch

Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Urologen e.V.

Prof. Dr. med. Sabine Kliesch

Pressesprecherin der Deutschen Gesellschaft
für Urologie e.V.
Chefärztin der Klinischen Andrologie Centrum für
Reproduktionsmedizin und Andrologie
WHO Kollaborationszentrum, EAA Ausbildungszentrum

Prof. Dr. med. Klaus-Peter Jünemann

Direktor der Klinik für Urologie und Kinderurologie
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel

Prof. Dr. med. Florian M.E. Wagenlehner

Klinik und Poliklinik für Urologie, Kinderurologie und Andrologie
Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH
Standort Gießen

Prof. Dr. med. Michael Stöckle

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V.
Direktor der Klinik für Urologie und Kinderurologie
Universitätsklinikum des Saarlandes



Prof. Dr. med. Bernd Wullich

Direktor der Klinik für Urologie Universitätsklinikum Erlangen

Prof. Dr. med. Dirk Schultheiss

Archivar der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V.,
Facharzt für Urologie,
Andrologie, Spezielle Urologische Chirurgie,
Medikamentöse Tumorthherapie



**Referent: Prof. Dr. med. Klaus-Peter Jünemann,
Direktor der Klinik für Urologie und Kinderurologie
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel**

Inkontinenz und Beckenboden- rekonstruktion der Frau: Urologen setzen auf neue Therapieansätze

Voraussetzungen für den Erhalt der Kontinenz bei Mann und Frau ist die anatomisch korrekte Verankerung der Harnröhre im Beckenboden durch den bindegewebigen Bandapparat und die dadurch garantierte urethrale (intrinsische) und externe Harnröhrensphinkterfunktion. Ist eines dieser beiden Elemente geschädigt oder in seiner Wirkweise/anatomischen Lage beeinträchtigt, so resultiert Harninkontinenz. Insbesondere bei der Frau ist das Zusammenspiel von Sphinkterfunktion und anatomischer Position von Harnröhre und Blase untrennbar und muss als funktionelle Einheit betrachtet werden.

Viel zu lange haben medizinische Fachgesellschaften wie Urologen oder Gynäkologen diese Grundregel des weiblichen Kontinenzmechanismus missachtet und in ihren diagnostischen sowie sich daraus ergebenden therapeutischen Konsequenzen missachtet. Die Frau, die im Gegensatz zum Mann durch die vaginale Öffnung eine Sollbruchstelle im Beckenboden aufweist, birgt ein erhebliches Risiko für das Entstehen sowohl einer Belastungs- als auch einer Dranginkontinenz. Wie sich anhand epidemiologischer Studien gezeigt hat, leiden ca. 14 % der Frauen in Europa unter einer Drang- bzw. Dranginkontinenzsymptomatik (EPIC-Studie). Die Zahlen bezüglich der Belastungsinkontinenz, die weniger belastend für die Patientin wahrgenommen wird, belaufen sich auf 30 % bis 50 % aller Frauen, abhängig vom Lebensalter.

Um erfolgreich und nachhaltig zu therapieren ist als erste Grundvoraussetzung zu fordern, dass anhand eingehender Diagnostik



unterschieden wird, ob es sich um eine Belastungsinkontinenz handelt oder um eine Inkontinenz aufgrund einer überaktiven Blasenfunktion (Dranginkontinenz). Letztere lässt sich mit den modernen zweit- und drittgenerations-Antikolinergika, die heutzutage zumeist nur noch einmal am Tage gegeben werden müssen, in aller Regel sehr gut behandeln. Auch zeigen die modernen M2 und M3-Blocker ein günstiges Nebenwirkungsprofil, was gegenüber den althergebrachten Präparaten für die Patienten und Patientencompliance von Vorteil ist. Reicht die medikamentöse Therapie nicht aus, so eröffnet sich, gerade für den Urologen, die Option der invasiveren Behandlungsmethoden, wie beispielsweise der Neuromodulation der Harnblase oder das immer populärer werdende intravesikale Einspritzen von Botulinumtoxin mit einem beachtlichen Langzeiteffekt von bis zu über einem Jahr. Diese zum Teil schon lang bekannten, gleichwohl doch neuen Therapieansätze, garantieren für die betroffenen Patienten einen signifikanten Lebensqualitätsgewinn, da sie nebenwirkungsarm bzw. nebenwirkungslos sind und exzellente Langzeitergebnisse liefern. Bei der Belastungsinkontinenz stellen sich die möglichen Therapieansätze anders dar. Längst haben synthetische Schlingenplastiken das Feld der reinen Belastungsinkontinenztherapie erobert und die klassische Burch Kolposuspensionsoperation verdrängt. Dieser Verdrängungswettbewerb scheint berechtigt zu sein, da er sich auch in Langzeituntersuchungen bestätigt hat.

Allerdings gilt zu bedenken, dass häufig die Indikation für die eine oder andere OP-Methode nicht stimmt und nur die Harnröhrendislokation korrigiert wird, wohingegen die Beckenbodenrekonstruktion außer Acht bleibt. Demnach muss man mit derartigen Ergebnissen sehr kritisch umgehen, gleichwohl ist der Siegeszug der Schlingenplastiken nicht mehr umkehrbar. Ob nun der Eingriff von seitlich (TOT), von oben oder unten (TVT) durchgeführt wird, bleibt mehr oder minder gleich, entscheidend ist, dass der Operateur ausreichende Erfahrungen mit dem von ihm eingesetzten Verfahren hat sammeln



können. Während die eine Geschichte eine Erfolgsstory ist, gleicht die andere eher einem Desaster. Die Minischlingen wie TVT-Secure etc. zeigen mehr als enttäuschende Langzeitergebnisse, nicht zuletzt gepusht von einer immer mehr profitorientierten Industrie, die den Markt mit immer neuen Produkten überschwemmt. Es gilt auch hier zu differenzieren und zu selektieren. Ähnlich verhält es sich mit den neuen Netzplastiken zur Beckenbodenrekonstruktion bei Vaginalprolaps oder ausgeprägter Zystozele. Vor dem ungeübten und bedenkenlosen Einsatz muss gewarnt werden, da Rezidivraten von bis zu 40 % nach weniger als zwei Jahren und Schmerzen beim Geschlechtsverkehr (Dyspareunie) in bis zu 30 % beobachtet werden. Dies hat auch dazu geführt, dass die FDA im Jahre 2008 entschieden hat, dass der Einsatz von Netzen zur vaginalen Prolapschirurgie und Rekonstruktion des Beckenbodens nur bei Rezidiveingriffen indiziert ist und die Patientin über die möglichen Nebenwirkungen und Komplikationen umfangreich aufgeklärt werden muss.

Zusammenfassend kann das Resümee gezogen werden, dass Netz- und Schlingenplastiken ihren berechtigten Stellenwert in der Beckenbodenrekonstruktion und weiblicher Harninkontinenzchirurgie errungen haben. Dieser Erfolg täuscht jedoch nicht über die Tatsache hinweg, dass die Verwendung dieser alloplastischen Materialien nur allzu oft bedenkenlos und unvorsichtig erfolgt, was möglicherweise die hohen Rezidivraten und nicht zu negierenden Komplikationen herbeiführt. Zu fordern ist eine präzise Diagnostik, wie sie beispielsweise an zertifizierten Kontinenz- und Beckenbodenzentren der Deutschen Kontinenzgesellschaft garantiert wird, um ein optimales Ergebnis für die Patientin zu erreichen. Der minimale Eingriff klingt immer verlockend und stellt einen Verkaufsschlager dar.

Ähnlich zeichnet es sich derzeit auch bei der Inkontinenzversorgung belastungsinkontinenter Männer nach beckenchirurgischen Eingriffen dar. Auch hier sind Schlingenplastiken,



neben dem Goldstandard, dem artifiziellen Sphinkter, in der Tat eine Bereicherung im operativen Armamentarium des Urologen. Er muss jedoch aufpassen, dass er mit seiner Indikationsstellung aufgrund welcher Gründe auch immer nicht über das Ziel hinaus schießt. Nach wie vor gilt der Grundsatz, dass Gesundheit ein hohes, wenn nicht das höchste Gut ist und keine Ware. Ärzte sind keine Anbieter und Patienten keine Kunden; zumindest nicht in erster Linie (Zitat frei nach Johannes Rau).



**Prof. Dr. med. Klaus-Peter Jünemann,
Direktor der Klinik für Urologie und Kinderurologie
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel**

Curriculum vitae

Geburtsdatum: 29.09.1956
Geburtsort: Witzenhausen
Familienstand: geschieden
Kinder: Clara Maria, geb. 06.11.1995

Schulbildung

1963 – 1966: Volksschule der Stadt Felsberg
1966 – 1967: Realschule Edertal, Felsberg
1967 – 1976: Geschwister Scholl Gymnasium, Melsungen
1976 – 1977: Grundwehrdienst (RO-Laufbahn)

Studium der Medizin

1977 – 1983: Philipps-Universität Marburg/Lahn
1983 – 1984: Lehrkrankenhaus der Städtischen Kliniken Kassel (PJ)
April 1984: Staatsexamen und Approbation

Klinische Laufbahn

1984 – 1991 Urologische und Allgemeinchirurgische Ausbildung
(Städt. Kliniken Kassel und Fakultät für Klinische Medizin
der Universität Heidelberg, Mannheim)
Januar 1991: Facharzt für Urologie
1991 – 1995: Oberarzt der Urologischen Klinik Fakultät für Klinische Medizin
Mannheim der Universität Heidelberg, Mannheim
(Direktor: Prof. Dr. P. Alken)



- 1995 – 2001:** Leitender Oberarzt der Urologischen Klinik Fakultät für Klinische Medizin Mannheim der Universität Heidelberg, Mannheim (Direktor: Prof. Dr. P. Alken)
- 07. Januar 1998:** Weiterbildungsanerkennung „Spezielle Urologische Chirurgie“
- 01/2002 – 09/2004:** Kommissarischer Direktor der Sexualmedizinischen Beratungsstelle Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel
- Seit 2001:** Direktor der Klinik für Urologie und Kinderurologie Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel

Forschungsstipendien

- Juni 1984** Research Fellowship an der University of California
- Dez. 1985:** San Francisco, Dept. of Urology, USA
(Chairman: Prof. E.A. Tanagho, M.D.)
- Feb. 1987** Research Fellowship an der University of California
- Juli 1987:** San Francisco, Dept. of Urology, USA
(Chairman: Prof. E.A. Tanagho, M.D.)
Beide USA-Aufenthalte wurden über ein Forschungsstipendium der B. BRAUN-Stiftung, Melsungen, gefördert

Promotion

- Oktober 1988:** Fakultät für Klinische Medizin Mannheim der Universität Heidelberg
Promotionsarbeit: „Neurophysiologische und hämodynamische Aspekte der penilen Erektion“

Habilitation

- November 1991:** Fakultät für Klinische Medizin Mannheim der Universität Heidelberg
Habilitationsschrift: „Die kavernöse Insuffizienz als Ursache der erektilen Dysfunktion“
- Juli 1992:** Venia legendi – Fakultät für Klinische Medizin Mannheim der Universität Heidelberg



Professur

- Mai 1998:** Verleihung „Außerplanmäßiger Professor“
der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
- Dezember 2001:** Erteilung der C4-Professur für Urologie

Klinische Schwerpunkte

Uroonkologische Chirurgie (nervenschonende Chirurgie)
Plastisch-rekonstruktive urologische Chirurgie
Kinderurologie
Neurourologie und Inkontinenz
Andrologie (inkl. Mikrochirurgie und Prothetik)

Wissenschaftliche Schwerpunkte

Neurourologie und Neuralprothetik
Prostatakarzinom
Blasenkarzinom
Physiologie und Pharmakologie der Harnblase
Inkontinenz und Prolapschirurgie



**Referent: Prof. Dr. med. Florian M.E. Wagenlehner,
Klinik und Poliklinik für Urologie, Kinderurologie und
Andrologie Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH,
Standort Gießen**

Multiresistente Problemkeime: Werden wir in Klinik und Praxis krank?

Bakterien stellen die am weitesten verbreitete Lebensform auf unserer Erde dar. Sie finden sich auf den höchsten Bergen und in den tiefsten Meeren, in den heißesten Quellen und in tiefgekühltem Polareis. Man schätzt, dass Bakterien bis zu 90% der gesamten lebenden Biomasse stellen. Auch in Pflanzen, Tieren und Menschen findet sich ein Kosmos dieser einzelligen Lebensformen. Bakterien konnten sich über Jahrmilliarden an ihre unterschiedlichen Lebensumstände anpassen. Hierzu haben sie viele verschiedene Strategien entwickelt sich gegen andere Lebensformen zu verteidigen. Zum Beispiel produzieren viele Pflanzen und Pilze Antibiotika oder antibiotikaähnliche Substanzen, gegen die bestimmte Bakterienarten, wenn sie in Kontakt mit solchen Substanzen gekommen sind, Abwehrmechanismen entwickelt haben. Diese Abwehrmechanismen finden sich letztlich natürlicherweise bereits in den verschiedensten Bakterienarten.

Bakterien stellen zahlenmäßig den Hauptanteil der Zellen unseres Körpers dar. Man schätzt, dass wir 10-mal mehr Bakterienzellen als menschliche Zellen in uns tragen. Bakterien übernehmen hierbei wichtige Funktionen unseres Körpers und sind generell für unsere Gesundheit, für die Verdauung, den Stoffwechsel oder die Immunität unabdingbar. Ein Leben ohne Bakterien ist für uns Menschen deswegen nicht möglich. Wir leben in unserem Körper mit



mehr als tausend unterschiedlichen Bakterienarten zusammen. Sozusagen trägt jeder Mensch seinen spezifischen Mikrobenviergesamtheit in sich, wobei die unterschiedlichen Arten normalerweise in einem ausgewogenen Gleichgewicht in ihrer spezifischen Nische vorkommen.

Einige wenige Bakterienarten können uns aber auch krank machen, entweder aufgrund ihrer natürlichen Virulenz oder weil das Abwehrsystem unseres Körpers durch Krankheiten oder andere Einflüsse, wie z.B. Katheter, so reduziert ist, dass auch weniger virulente Bakterien eine Infektion auslösen können. Diese Situation findet sich gehäuft bei Menschen im Krankenhaus oder einer Arztpraxis und ist zunächst nicht besonders von der Virulenzausstattung der Bakterien abhängig. Üblicherweise finden sich in solchen Fällen Bakterien, die natürlicherweise auf der Haut, Nase, Mund oder im Darm vorkommen. Da jedoch abwehrgeschwächte Patienten häufiger an Infektionen erkranken, erhalten diese Patienten auch häufiger Antibiotikatherapien, was letztlich einen Wachstumsvorteil für Bakterien mit Resistenz gegen bestimmte Antibiotika bedeutet. Da Bakterien untereinander kommunizieren, indem sie z.B. Informationen mithilfe von Genen austauschen, findet auch in unserem Körper ein reger Genaustausch unter den verschiedenen Bakterien statt, was u.a. zur Vermittlung von Antibiotikaresistenz führt. Resistente Bakterien können sich jedoch auch bei gesunden Menschen in den eigenen Mikrobenviergesamtheit einreihen, ohne dort notwendigerweise eine Krankheit verursachen zu müssen.

In den letzten Jahren und Jahrzehnten hat sich insbesondere bei Bakterien, die natürlicherweise in der Nase, auf der Haut und im Darm vorkommen, eine zunehmende Resistenz gegen die normalerweise zur Behandlung zur Verfügung stehenden Antibiotika eingestellt. Solche Bakterien werden deswegen auch multi-resistente Bakterien genannt. Hauptursache für die Entstehung multi-resistenter Bakterien sind der unkritische Einsatz von Antibiotika in Kombination mit unzureichender



Hygiene. Antibiotikatherapien sind aber häufig nicht vermeidbar und ihr Bedarf steigt tendenziell durch eine immer älter werdende, infektionsgefährdete Bevölkerung und eine steigende Zahl aufwendiger medizinischer Maßnahmen und Therapien. Verursachen diese multi-resistenten Bakterien bei bereits kranken Patienten eine Infektion, so sind die Behandlungsmöglichkeiten mit Antibiotika reduziert und deswegen die Möglichkeit eines therapeutischen Versagens erhöht. In Deutschland wird die Zahl solcher Infektionen, die in Klinik oder Praxis entstehen, auf etwa 400.000 pro Jahr geschätzt, wobei ca. 10.000 Patienten auch daran versterben. Die wichtigsten Erreger sind hierbei Methizillin-resistente Staphylokokkus aureus und sogenannte ESBL-bildende Darmbakterien. Da sich diese Bakterien problemlos in die körpereigene Flora einreihen, sind sie mittlerweile sehr weit in der Gemeinschaft verteilt und bei etwa 75% der Patienten, die in das Krankenhaus eingewiesen werden, bereits bei Aufnahme in die Klinik vorhanden. Der Einsatz von Antibiotika führt dann dazu, dass diese Bakterien sich im Körper weiter ausbreiten und eventuell eine Infektion verursachen können. Insbesondere bei den ESBL-bildenden Darmbakterien zeigt sich eine immense Zunahme in der Häufung in den letzten Jahren, was besonders dramatisch ist, da es in absehbarer Zeit hier keine neuen Antibiotika geben wird. Es wurden international bereits die ersten Darmbakterien beschrieben, die gegen alle zur Verfügung stehenden Antibiotika resistent sind, was der Anfang eines post-antibiotischen Zeitalters ist. Diese zunehmend gefährliche Situation kann nur durch eine Kombination aus einem klugen Umgang mit Antibiotika und einer ausreichenden Infektionskontrolle bewältigt werden. Diese Strategien können sich nicht nur auf das Krankenhaus beschränken, sondern müssen auch in der Gemeinschaft umgesetzt werden. Hierzu hat die Deutsche Gesellschaft für Urologie eine neue S3-Leitlinie federführend unterstützt, bei der diese Aspekte in der Therapie unkomplizierter Harnwegsinfektionen bereits umgesetzt worden sind. Weiterhin beteiligen sich deutsche urologische Kliniken



seit 2003 regelmäßig an einer jährlichen Prävalenzstudie zur Erfassung Krankenhaus erworbener Infektionen in der Urologie, welche weltweit von der Europäischen Gesellschaft für Infektionen in der Urologie (ESIU), einer Gesellschaft der Europäischen Assoziation für Urologie (EAU) ausgerichtet wird.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass multiresistente Erreger ein zunehmendes Problem auch in der Urologie darstellen. Die Ursachen hierfür sind jedoch weit gestreut und nicht auf Kliniken oder Arztpraxen beschränkt. Letztlich kann nur eine umfassende Strategie einer Antibiotikapolitik und Infektionskontrolle dieser Entwicklung entgegenwirken.



**Prof. Dr. med. Florian M.E. Wagenlehner, Klinik und Poliklinik
für Urologie, Kinderurologie und Andrologie
Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH
Standort Gießen**

Curriculum vitae

Name Florian Martin Erich Wagenlehner, Prof. Dr. med.

Geburtsdatum 25.09.1967

Geburtsort Amberg

Familienstand Verheiratet mit Christine Wagenlehner, Dr. med.,
geb. Photiadis

Kinder Sebastian Wagenlehner, geb. 15.10.1999;
Benedikt Wagenlehner, geb. 03.08.2001

Studium

1987 – 1992 Medizinstudium an der Ludwig-Maximilians-Universität
(LMU) München

Ärztliche Prüfungen

1.12.1995 Approbation als Arzt, München,
Bayerisches Staatsministerium

30.08.2001 Facharztanerkennung für Urologie, München,
Bayerische Landesärztekammer

08.08.2008 Zusatzweiterbildung „Medikamentöse Tumortherapie“

01.10.2008 Zusatzweiterbildung „Spezielle Urologische Chirurgie“

Berufliche Ausbildung

06/1994 – 11/1995 Arzt im Praktikum der Urologischen Klinik,
Klinikum St. Elisabeth, Straubing

12/1995 – 08/1996 Assistenzarzt der Urologischen Klinik,
Klinikum St. Elisabeth, Straubing



- 09/1996 – 08/1997 Assistenzarzt der I. Chirurgischen Klinik,
Klinikum St. Elisabeth, Straubing
- 09/1997 – 02/1998 Assistenzarzt der Operativen Intensivstation,
Klinikum St. Elisabeth, Straubing
- 03/1998 – 08/1998 Assistent Institut medizinische Mikrobiologie,
Universität Aberdeen/ Schottland.
- 09/1998 – 11/1998 Assistent Institut für Mikrobiologie und Hygiene,
Universität Regensburg.
- 12/1998 – 05/1999 Assistenzarzt der Operativen Intensivstation,
Klinikum St. Elisabeth, Straubing
- 06/1999 – 08/1999 Assistent Institut für Mikrobiologie und Hygiene,
Universität Regensburg.
- 09/1999 – 08/2001 Assistenzarzt der Urologischen Klinik,
Klinikum St. Elisabeth, Straubing
- 09/2001 – 10/2006 Oberarzt der Urologischen Klinik,
Klinikum St. Elisabeth, Straubing
- 11/2006 – 12/2009 Oberarzt Klinik für Urologie, Kinderurologie, Andrologie,
Universitätsklinikum Gießen
- seit 01/2010 Ltd. Oberarzt Klinik für Urologie, Kinderurologie,
Andrologie, Universitätskl. Gießen

Wissenschaftliche Ausbildung

- 21.2.1996 Promotion an der Technischen Universität München
- 17.5.2006 Habilitation an der Technischen Universität München
- 31.7.2006 Lehrbefugnis für das Fachgebiet Urologie
an der Technischen Universität München
- 15.12.2008 Habilitation an der Justus-Liebig-Universität Gießen
- 15.06.2010 Verleihung apl. Professor Justus-Liebig-Universität
Gießen



**Referent: Prof. Dr. med. Michael Stöckle, Generalsekretär
der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V.,
Direktor der Klinik für Urologie und Kinderurologie
Universitätsklinikum des Saarlandes**

PSA-gestützte Früherkennung des Prostatakarzinoms – neue Daten zu einer Dauerkontroverse

Nach Veröffentlichung der ersten Ergebnisse der europäischen Prostata-Karzinom-Screening-Studie im Frühjahr 2009 haben zahlreiche deutsche Presseorgane auf vermeintliche Schwächen des PSA-Screenings hingewiesen: Man müsse mehr als 1400 Männer testen, von denen sich dann 50 einer schwerwiegenden Therapie unterziehen müssten, um damit schlussendlich einem von 1400 den Tod am Prostatakarzinom zu ersparen. Die Zahlen könnten abschreckender nicht sein. Man hat allerdings versäumt, den Leser auf den vorläufigen Charakter der Studienauswertung hinzuweisen, denn mit zunehmender Nachbeobachtungszeit der Studienteilnehmer werden die Unterschiede im tumorspezifischen Überleben zwischen den beiden Vergleichsgruppen (eine mit und eine ohne die Empfehlung eines PSA-gestützten Prostatakarzinomscreenings) mit hoher Wahrscheinlichkeit deutlich größer werden. So hat Prof. Schröder, Leiter der europäischen Screeningstudie, schon beim DGU-Kongress 2009 darauf hingewiesen, dass bereits bei der zitierten Erstausswertung der Studie, wo der Unterschied im tumorspezifischen Überleben bei 20% gelegen hatte, in der Metastasenhäufigkeit ein Unterschied um 40% nachweisbar war. Wir wissen, dass das Auftreten von Metastasen eines Prostatakarzinoms dem Tod am Tumor um etwa 2 – 3 Jahre vorausgeht. Dementsprechend hat



Prof. Schröder auch bereits die Voraussage gewagt, dass die nächste Auswertung der Studie auch einen Unterschied im tumorspezifischen Überleben von etwa 40% zeigen wird. Wenn man dann ausrechnen wird, wie viele Männer man untersuchen muss, um einem davon den Tod am Tumor zu ersparen, werden völlig andere Zahlen als 1400 oder 50 Operationen herauskommen, womit gezeigt ist, dass solche Zahlen, wenn man sie aus einer vorläufigen Auswertung ableitet, nicht geeignet sind, einem medizinischen Laien einen sinnvollen Eindruck vom Schaden-Nutzen-Verhältnis einer Screeningmaßnahme zu vermitteln.

Aber selbst die 40% sind immer noch nicht die ganze Wahrheit, denn im Design der Screening-Studien finden sich zahlreiche Faktoren, die den Nutzen des Screenings (selbstverständlich vorausgesetzt, es gibt diesen Nutzen) kleiner erscheinen lassen als er in Wirklichkeit ist.

Im Juni 2010 ist nun in Lancet eine weitere Screeningstudie publiziert worden, die sich von den bisherigen europäischen Screeningdaten im Wesentlichen dadurch unterscheidet, dass zum Zeitpunkt der Auswertung eine Nachbeobachtungszeit von mehr als 14 Jahren überblickbar war, die Nachbeobachtungszeit der im Screeningarm entdeckten Tumoren lag im Mittel aber erst bei 6,7 Jahren.

Erstaunlicherweise (für die Zeitdauer der Tumornachbeobachtung) zeigte sich bei dieser Studie eine Reduktion der Prostatakarzinombedingten Todesfälle um etwa 50%. Noch eindrucksvoller wurden die Unterschiede, wenn man nur Männer analysiert hat, die beim ersten PSA-Test noch jünger als 60 Jahre waren (oberhalb des 60. Lebensjahres steigt die Wahrscheinlichkeit, dass sich der entdeckte Tumor schon bei Erstdiagnose in einem unheilbaren Stadium befindet):



Von diesen bei Erstuntersuchung jüngeren Männern sind in der Zwischenzeit nur 8 am Prostatakarzinom gestorben, verglichen mit 43 vergleichbaren aus der Kontrollgruppe. Diese Zahlen machen Hoffnung, dass man mit einem zeitgerechten PSA-Screening die Zahl der prostatakarzinombedingten Todesfälle sogar um deutlich mehr als 50% reduzieren kann.

Das Problem von Überdiagnostik und Überbehandlung ist auch durch solche Zahlen natürlich nicht gelöst: Nicht jedes Prostatakarzinom, welches man durch ein Screeningprogramm entdeckt, würde unbehandelt tatsächlich zum Tod des Tumorträgers führen. Die neuen Zahlen lassen aber sicherlich zweifeln, dass der völlige Verzicht auf den PSA-Test die richtige Reaktion auf das Problem von Überdiagnostik und Übertherapie sein kann. Angemessener ist möglicherweise die sogenannte „active surveillance“, also eine aktive Überwachungsstrategie, bei der insignifikante oder noch insignifikante Tumoren als solche identifiziert und nicht sofort einer kurativen Therapie zugeführt werden. Solche Tumoren würden bei diesem Konzept also nur beobachtet und erst dann therapiert, wenn man sich vergewissert hat, dass sie sich eben doch aggressiver verhalten.



**Prof. Dr. med. Michael Stöckle, Generalsekretär
der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V.,
Direktor der Klinik für Urologie und Kinderurologie
Universitätsklinikum des Saarlandes**

Curriculum vitae

Persönliche Daten

Name	Stöckle
Vorname	Michael
Akademischer Grad	Prof. Dr. med.
Geboren	in Pirmasens, am 14. Mai 1957
1976	Abitur Altsprachiges Gymnasium Pirmasens/Pfalz
1976/77	Medizinische Hochschule Hannover
1977/78	Universität Bonn
1978 – 83	Universität Mainz
1983	Approbation
1990	Habilitation und venia legendi für das Fach Urologie (Universität Mainz)

Wissenschaftliche Tätigkeit seit Abschluss des Studiums

1985 – 1996	Urologische Universitätsklinik Mainz (Assistent, Oberarzt, Ltd. Oberarzt, Habilitation)
-------------	--

Ausländische Forschungsaufenthalte

11.1986 – 08.1987	DFG-Stipendiat Institut für Zytochemie und Zytometrie der Univ. Leiden/Netherlands
-------------------	---



Ausbildung

- 1983 – 1985 Chirurgische Klinik des Krankenhauses
Nordwest Frankfurt/M
- 1985 – 1986 Urologische Universitätsklinik Mainz
(Assistent, Oberarzt, Ltd. Oberarzt)

Tätigkeiten

- 1983 – 1985 Assistenzarzt Chirurgische Klinik des
Krankenhauses Nordwest Frankfurt/Main
- Urologische Universitätsklinik Mainz
(Assistent, Oberarzt, Ltd., Oberarzt)
- 03.1996 – 04.2000 Direktor der Klinik für Urologie,
Christian-Albrechts-Universität Kiel
- seit April 2000 Direktor der Klinik für Urologie und Kinderurologie,
Universitätsklinikum des Saarlandes

Mitgliedschaften

- seit 2004 Fachkollegiat der Deutschen
Forschungsgemeinschaft (DFG)
- Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft
für Urologie (D, GU)
- 2005 – 2007 Gewählter Präsident der Südwestdeutschen
Gesellschaft für Urologie für das ,Amtsjahr
- Vorsitzender des Deutschen Prostatakarzinom
Konsortiums (DPKK) e. V.
- Mitglied der Schlichtungsausschüsse für Fragen
ärztlicher Behandlung bei der Landesärztekammer
Rheinland-Pfalz und bei der Ärztekammer des Saarlandes
- seit 2005 Mitglied im Früherkennungsausschuss
der Deutschen Krebshilfe
- 2005-2008 Fachkollegiat der Deutschen Forschungsgemeinschaft



**Referent: Prof. Dr. med. Bernd Wullich,
Direktor der Klinik für Urologie Universitätsklinikum Erlangen**

Translationale Medizin in der Urologie: Fortschritte in der Diagnostik und Therapie fortgeschrittener urologischer Tumoren – Kastrationsresistentes Prostatakarzinom

Während die Mehrzahl der Patienten mit Prostatakarzinom eine gute Prognose aufweist, stellt das metastasierte Prostatakarzinom eine inkurable Erkrankung dar. Allein in Deutschland versterben etwa 11.000 Patienten pro Jahr an diesem Tumor. Nahezu alle Patienten entwickeln nach einem anfänglich guten Ansprechen auf eine Androgenentzugstherapie einen Tumorprogress, der über die Bildung von Metastasen schließlich zum Tod des Patienten führt. Der Begriff des kastrationsresistenten Prostatakarzinoms (CRPC) ersetzt dabei zunehmend die Begriffe „hormonrefraktäres“ und/oder „Androgen-unabhängiges“ Prostatakarzinom. Im Jahre 2005 erstmalig eingeführt, wurde der Begriff „kastrationsresistentes“ Prostatakarzinom in 2008 in einem Bericht der Prostate Cancer Working Group Guidelines spezifisch definiert. Er resultiert aus der Erkenntnis, dass trotz medikamentöser oder chirurgischer Kastration die Prostatakarzinome auch auf nur geringste Androgenmengen empfindlich bleiben. So können Androgene aus der Nebennierenrinde oder Androgene, die von den Prostatakarzinomzellen selbst gebildet werden, durch direkte intrakrine Aktivierung der Androgenrezeptor-vermittelten Signalkette das Tumorstadium unterhalten. Die klinische Relevanz wird dadurch unterstrichen, dass im kastrationsresistenten Status neue Medikamente in der Androgen-Entzugstherapie durchaus eine therapeutische Wirkung aufweisen können.



Erst später entwickelt sich eine tatsächliche Androgen-Resistenz, wobei die Tumoren in diesem Status aber durchaus noch Hormon-sensitiv sein können.

Im Folgenden sollen neue Entwicklungen in der Behandlung des fortgeschrittenen CRPC ausgeführt werden. Neben neuen Medikamenten soll auch kurz auf den Bereich der Biomarkerentwicklungen zur Prädiktion des Therapieansprechens eingegangen werden.

Prädiktive Biomarker

Zuverlässige Marker für das Therapie-Monitoring sind beim Prostatakarzinom dringend notwendig. Die meisten Patienten mit fortgeschrittenem CRPC weisen Knochenmetastasen auf, und gerade diese Läsionen sind für die Beurteilung im Rahmen von Standardkriterien zur Evaluation des Therapieerfolges schwer zugänglich. Es werden deshalb andere Marker wie der Verlauf des Serum-PSA (PSA-Rückgang >50% vs. <50%) oder klinische Parameter wie symptomatische Verbesserung der Knochenschmerzen mit Hilfe der visuellen Analogskala oder QoL-Fragebögen eingesetzt und dienen auch im Rahmen klinischer Studien als Indikatoren für das Ansprechen einer Therapie. Hier hat sich jüngst der Nachweis zirkulierender Tumorzellen (CTCs) im Blut von Prostatakarzinompatienten mittels RT-PCR als eine Untersuchung erwiesen, der zum einen eine prognostische Signifikanz zukommen könnte, zum anderen aber auch ein vielversprechender Marker im Rahmen eines Therapie-Monitorings z.B. in klinischen Studien darstellen könnte. Ein solches Testsystem ist von der FDA zugelassen und steht als kommerziell verfügbarer Kit für das Therapiemonitoring beim metastasierten Prostata-, Brust- und kolorektalen Karzinom zur Verfügung.

In der Bildgebung hat sich das Fluoro-Dihydrotestosteron-PET als ein interessantes neues Verfahren zur Darstellung Androgenrezeptor-exprimierender Zellen erwiesen. Es wird



gegenwärtig im Rahmen klinischer Studien mit neuen Androgenrezeptor-Antagonisten eingesetzt. Erstberichte, die auf dem ASCO 2009 präsentiert wurden, deuten auf eine signifikante Überlegenheit gegenüber dem FDG-PET hin.

Chemotherapie

Erstlinientherapie

Therapeutischer Goldstandard zur Behandlung des CRPC ist die systemische Gabe von Docetaxel in Kombination mit Prednison. Dennoch sind die Erfolge mit dieser Kombination eingeschränkt, weshalb in zahlreichen Studien derzeit Kombinationen mit anderen Substanzen untersucht werden. Hierbei steht die Beeinflussung des antiangiogenetischen Signalweges im Fokus. Auf der ASCO 2010 wurden die zentralen Ergebnisse einer Phase-III-Studie zur Untersuchung der Anwendung von Avastin (Bevacizumab) in Kombination mit Docetaxel-basierter Chemotherapie und Prednison bei Männern mit CRPC diskutiert. Die von der US Cancer and Leukemia Group B (CALGB) geleitete Studie hatte als primäres Ziel, das Gesamtüberleben im Vergleich zur alleinigen Therapie mit Docetaxel und Prednison zu bewerten. Es zeigte sich, dass die Hinzunahme von Avastin keinen zusätzlichen Vorteil für die Patienten bietet.

Mit Spannung dürfen nun die Ergebnisse anderer Phase-III-Studien erwartet werden, deren Docetaxel-Kombinationen ebenfalls in diesen Signalweg eingreifen. Einigkeit scheint hinsichtlich der Erstlinientherapie jedoch darüber zu herrschen, dass die Zukunft in einer Kombination von Docetaxel/Prednison „plus X“ liegen dürfte.

Zweitlinientherapie

Nach Docetaxel-basierter Chemotherapie sind die Behandlungsoptionen derzeit eher eingeschränkt. Bisher zählte die Gabe von Mitoxantron zu den am weitesten verbreiteten Therapie-Schemata. Ein neues Taxan, das die Zellteilung und Tumorzellproliferation hemmt, indem es an Tubulin bindet



und dieses stabilisiert, wurde in einer Phase III-Studie gegen Mitoxantron geprüft. Die TROPIC-Studie wurde an 146 Zentren in 26 Ländern durchgeführt und schloss 755 Patienten mit metastasiertem CRPC ein, deren Erkrankung trotz vorausgegangener Docetaxel-basierter Chemotherapie fortgeschritten war. Das Prüfmedikament Cabazitaxel, das in Kombination mit Prednison/Prednisolon verabreicht wurde, verbesserte das Gesamtüberleben signifikant gegenüber einer Kombinationstherapie mit Mitoxantron plus Prednison/Prednisolon. Somit könnte nach den Ergebnissen dieser Studie Cabazitaxel bald neuer Standard in der Zweitlinientherapie werden.

Supportive Therapie

Unter einer Androgendeprivationstherapie (ADT) kommt es zu einem Knochenmineralverlust und die Patienten haben ein erhöhtes Frakturrisiko. Verschiedene Substanzen werden bisher zum Teil sehr erfolgreich zur Vermeidung von Knochenmineralverlusten eingesetzt. Hierzu zählen neben Bisphosphonaten auch selektive Östrogenrezeptor-Modulatoren und ein neues Wirkprinzip: Tumorzellen stimulieren monozytäre Osteoklasten-Vorläuferzellen, die sich daraufhin zu Osteoklasten ausdifferenzieren und so zum Verlust der Knochendichte beitragen. Die Mediatorsubstanz, der receptor activator of NF- κ B ligand, kurz RANK-Ligand, spielt hierbei eine zentrale Rolle. Mit Denosomab ist nun ein humaner monoklonaler Antikörper gegen diesen RANK-Liganden für die Therapie einsetzbar. Hierüber soll das durch die Metastasen gestörte Gleichgewicht zwischen Auf- und Abbau stabilisiert werden. Bereits 2009 wurde in einer Phase-III-Studie über die positiven Effekte von Denosumab auf die Knochenmineraldichte und Verhinderung/Verzögerung von Frakturen bei Männern mit nicht metastasiertem Prostatakrebs unter ADT berichtet.

Bisher war unklar, ob Denosomab den bisher eingesetzten Substanzen überlegen ist. In einer auf dem diesjährigen ASCO vorgestellten multizentrischen Studie, an der 1.901



Patienten mit metastasiertem Prostatakarzinom teilgenommen haben, konnte gezeigt werden, dass Denosumab besser vor skelettbezogenen Ereignissen schützen konnte als das Bisphosphonat Zoledronsäure. Somit steht klar eine weitere Substanz und ein neuer Wirkmechanismus für die supportive Therapie zur Verfügung.

Vakzinierung

Mit Sipuleucel-T ist in den USA erstmals eine therapeutische Vakzine gegen eine Krebserkrankung zugelassen. Eine Phase-III-Studie (IMmunotherapy for Prostate AdenoCarcinoma Treatment, IMPACT-Studie), die an 50 Zentren durchgeführt worden war und die 512 Patienten eingeschlossen hatte, konnte eine Überlebenszeitverlängerung von 21,7 auf 25,8 Monate nachweisen. Somit können asymptomatische oder minimal symptomatische Patienten mit CRPC von dieser Therapie profitieren. Diese Ergebnisse werden aber kontrovers diskutiert. Gründe hierfür sind nicht nur die sehr eingeschränkte Verbesserung im Vergleich zu den aktuellen Therapiestandards und/oder -alternativen, sondern auch die begrenzten Ressourcen. Da Sipuleucel-T auf jeden einzelnen Patienten angepasst werden muss, entstehen hohe Kosten und nur ausgewählte Zentren sind hierzu in der Lage. Die Therapie bleibt deshalb vorerst auf die Zentren beschränkt, die an der klinischen Entwicklung teilgenommen hatten. Auch das Nebenwirkungsprofil gibt derzeit noch Anlass zu Diskussionen. Weitere Ergebnisse aus Post-Marketing-Studien werden helfen müssen, den Stellenwert dieser Therapieoption besser zu definieren.

Neue Targets

Endothelin-Rezeptor-Antagonisten

Die Endothelin-Rezeptoren A und B spielen eine Rolle bei Zellproliferation, Apoptose, Angiogenese und Knochenmetastasierung. Atrasentan, ein überwiegender Endothelin-A-Rezep-



tor-Antagonist, wird derzeit in Phase III-Studien beim CRPC getestet. Die Substanz wird dabei sowohl als Monotherapeutikum als auch in der Erstlinientherapie beim metastasierten CRPC in Kombination mit Docetaxel/Prednison geprüft. Andere Endothelin-A-Rezeptor-Antagonisten wie das Zibotentan werden ebenfalls derzeit im Rahmen klinischer Studien geprüft.

Abiraterone

Abiraterone ist ein irreversibler Inhibitor von Cytochrom P-17 (17-alpha-Hydroxylase und C-17,20-Lyase) und blockiert die Androgenbildung in der Nebennierenrinde. In einer kleinen Patientenserie wurde gezeigt, dass beim CRPC auch nach Chemotherapie ein PSA-Rückgang > 50% bei fast jedem zweiten Patienten erreicht werden kann. Jüngst veröffentlichte Phase II-Daten deuten auf eine Verlängerung des Überlebens um 6 Monate hin, was gegenüber der konventionellen Docetaxel-Therapie eine deutliche Verbesserung darstellen würde. Diese Ergebnisse müssen allerdings in Phase III-Studien bestätigt werden. Dennoch scheint Abiraterone eine vielversprechende Substanz in der Zweitlinien-Hormontherapie des fortgeschrittenen Prostatakarzinoms zu sein.

MDV3100

MDV3100 ist ein neuer Androgenrezeptor-Antagonist. Er gehört zu der Gruppe der small molecules und blockiert die Translokation des Androgenrezeptors vom Zytoplasma in den Zellkern und dort die DNA-Bindung. In Phase I/II-Studien wurde die Effektivität dieses Antagonisten mittels PSA-Messungen und Messung zirkulierender Tumorzellen untersucht. Erste Ergebnisse lassen MDV3100 für die Zweitlinien-Hormontherapie ebenfalls interessant erscheinen.



**Prof. Dr. med. Bernd Wullich,
Direktor der Klinik für Urologie Universitätsklinikum Erlangen**

Curriculum vitae

Geburtsdatum und Geburtsort:

14.05.1960 in Donaueschingen

Universitätsausbildung

1979 – 85 Medizinstudium an der Albert-Ludwigs-Universität
in Freiburg/Br.

1984-85 PJ im Kantonsspital Basel/Stadt

Klinischer und wissenschaftlicher Werdegang

11/1985 Approbation, Land Baden-Württemberg,
Regierungspräsidium Stuttgart

11/1985 Promotion zum Dr. med. an der
Albert-Ludwigs-Universität in Freiburg/Br.
Thema der Doktorarbeit: Heilung von
Gastroentero-Anastomosen und Bauchdeckenwunden
unter perioperativer Gabe der Zytostatika-Kombination
FAM (5-Fluor-Uracil, Adriamycin, Mitomycin C) –
eine biomechanische und histologische Untersuchung
an Wistar-Ratten (Note: magna cum laude)

02/1995 Facharzt für Humangenetik

11/1995 Habilitation und Ernennung zum Privatdozenten
für Humangenetik
Thema der Habilitationsschrift: „Untersuchungen zu den
genetischen Grundlagen der biologischen Heterogenität
des Prostatakarzinoms“

07/1996 Fachkundenachweis „Zytogenetische Labordiagnostik“

01/1998 Facharzt für Urologie



01/1998	Fachkundenachweis „Laboruntersuchungen im Gebiet der Urologie“
01/1999	Erweiterung der Habilitation mit Verleihung der Venia legendi für das Fach Humangenetik, Urologie und Kinderurologie
08/2003	Verleihung des Titels eines APL-Professors durch die Universität des Saarlandes
Seit 09/2007	Ordinarius für Urologie, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Berufliche Tätigkeit nach Abschluss des Studiums

12/1985 – 02/1987	truppenärztliche sowie flug- und arbeitsmedizinische Tätigkeit als grundwehrdienstleistender Sanitätsoffizier
04/1987 – 10/1987	wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Medizinischen Universitätsklinik Freiburg, Abteilung Hämatologie-Onkologie, Direktor: Prof. Dr. Dr. G.W. Löhr
11/1987 – 10/1989	Ausbildungsstipendiat der Deutschen Forschungsgemeinschaft (Wu 151/1-1 und Wu 151/1-2) am Institut für Humangenetik und Anthropologie der Universität Freiburg (Direktor: Prof. Dr. U. Wolf) und am Genetics Center of SBRI, Scottsdale, Arizona/USA (Direktoren: Drs. F. Hecht und A.A. Sandberg)
8/1989 – 10/1989	Institut für Humangenetik und Anthropologie der Universität Freiburg
01/1990 – 09/1991	wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Humangenetik der Universität des Saarlandes, Institutsleiter: Prof. Dr. K.D. Zangseit
10/1991	wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Klinik und Poliklinik für Urologie und Kinderurologie der Universität des Saarlandes, Direktor: Prof. Dr. Dr. h.c. M. Ziegler;
seit 04/2000:	Prof. Dr. M. Stöckle; Aufbau der Arbeitsgruppe Experimentelle Urologie
seit 01/1998	Facharzt für Urologie



**Referent: Prof. Dr. med. Dirk Schultheiss,
Archivar der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V.,
Facharzt für Urologie, Andrologie,
Spezielle Urologische Chirurgie,
Medikamentöse Tumortherapie**

Urologen im Nationalsozialismus

Nachdem das Verhältnis von Urologie und Nationalsozialismus bisher nur in Einzelaspekten untersucht wurde, konnten durch substantielle finanzielle Förderung der DGU seit Sommer 2009 zwei medizinhistorische Arbeitsgruppen in Dresden (Prof. Dr. Albrecht Scholz, Julia Bellmann M.A.) sowie in Ulm (Prof. Dr. Heiner Fangerau, Matthis Krischel M.A.) an dieser Thematik arbeiten und haben mittlerweile durch ihre umfangreichen Quellenstudien einen bemerkenswerten Wissenszuwachs zu verzeichnen. Die Arbeitsgruppe wird koordiniert durch den Archivar der DGU (Prof. Dr. Dirk Schultheiss) und den Vorsitzenden des AK „Geschichte der Urologie“ (Dr. Friedrich Moll M.A.). Kooperationen bestehen bisher mit einem Historikerteam aus Wien (Univ.-Doz. Dr. Manfred Skopec, Mag. Friederike Butta-Bieck) sowie dem Curator der AUA (Prof. Dr. Rainer Engel).

Bei den Arbeiten wird zunächst das persönliche biographische Schicksal der zumeist jüdischen und jüdischstämmigen Urologen in Deutschland und Österreich möglichst vollständig recherchiert und dokumentiert, um diese im kollektiven Gedächtnis der Urologen lebendig zu halten. Durch die Auswertung der Selbstauskünfte in den Reichsmedizinalkalendern der 1930er Jahre ergibt sich eine bisher angenommene Gesamtanzahl von 866 Urologen bzw. urologisch tätigen Ärzten. Bisher sind davon 237 jüdische bzw. unter dem Rassegesetz als nicht arisch geltende Ärzte bekannt, was mit ca. 27% dem bisher höchsten bekannten Prozentsatz jüdisch-



stämmiger Ärzte innerhalb einzelner medizinischer Fachgebiete entspricht (unter den Dermatologen sind es ca. 25%). 577 Urologen gelten als „arisch“ (67%), wohingegen bei den restlichen 52 Urologen bisher noch keine sichere Zuordnung erfolgen konnte. Von den bis jetzt 237 bekannten jüdischstämmigen Urologen, sind bisher bei 204 Ärzten die biographischen Wege in den 1930er und 1940er Jahren bekannt: 125 Personen emigrierten, 36 Personen wurden deportiert (von denen nur einer überlebte), 38 Personen verstarben (bei 9 Suizid gesichert) und 5 Personen konnten in Deutschland überleben. In Österreich konnten im entsprechenden Zeitraum bisher 60 Ärzte als Urologen identifiziert werden; hierbei beträgt nach aktuellem Studienstand der Anteil der jüdischstämmigen Kollegen genau 50%.

Darüber hinaus wird aber auch die Fachentwicklung der Urologie und die sich hieraus ergebenden gesundheitspolitischen Dimensionen unter dem Nationalsozialismus erforscht, was insbesondere den Aspekt der Täterschaft in den Reihen der urologischen Kollegen zu beurteilen hat. Erst im Jahr 1924 war überhaupt die Facharztbezeichnung Urologie eingeführt worden, und trotz eines vor der Machtergreifung der Nationalsozialisten überdurchschnittlich hohen Anteils jüdischer Ärzte in der Urologie setzte sich in den 1930er und 1940er Jahren eine medizinisch-disziplinäre Bewegung hin zur Eigenständigkeit fort, die sich beispielsweise durch selbständige urologische Abteilungen an Kliniken (z.B. Berlin – Virchow 1933, Köln – Hohenlind 1939, Berlin - Westend 1940) zeigt und dem Fach den ersten eigenen „ordentlichen Lehrstuhl“ (Otto Ringleb – Charité Berlin 1937) und die erste eigenständige Habilitation (Karl Heusch, bei Ringleb, 1942) einbrachte. Diese Eigenständigkeit konnte das Fach erst ab den 1970er Jahren wieder erreichen. Erste Ergebnisse zeigen, dass die Lebenswege der einzelnen Protagonisten und die medizinische Forschung durch weltanschauliche und gesellschaftliche Faktoren beeinflusst wurden. Hierbei lassen sich im Wesentlichen drei Täterprofile aufstellen, die auch durch zahlreiche



Einzelbiographien nachvollzogen wurden: a) überzeugte Nationalsozialisten und Antisemiten sowie Ärzte, die sich durch das Ausscheiden der jüdischen Kollegen eine bessere Stellung versprachen; b) Mitläufer, die durch die gestärkte Rolle der Ärzteschaft als „Bewahrer der Volksgesundheit“ und durch die verbesserte wirtschaftliche Lage der Ärzte im NS angesprochen wurden; c) Fachvertreter, die sich mit dem NS-System gemein machten, um (auch) die Unabhängigkeit ihres Faches (gegenüber der Chirurgie) zu stärken.

Die 1906 gegründete Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGfU) ruhte ab 1933, und wurde durch die Gesellschaft Reichsdeutscher Urologen (GrU) ersetzt. Am Beispiel der Urologie lässt sich die Verstrickung einer Fachgesellschaft und einzelner Mediziner in das Gefüge des nationalsozialistischen Terrorregimes nachzeichnen. Einen wichtigen Anknüpfungspunkt der Ärzteschaft an das Dritte Reich stellte die „Rassenhygiene“ dar, da sie den Ärzten ein breites, gesellschaftlich relevantes Betätigungsfeld bot. Insbesondere die Sterilisation und Zwangssterilisation „erbkranker“ Menschen im Rahmen des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ muss im Zusammenhang mit der Urologie thematisiert werden und findet namhafte Protagonisten in ihren Reihen.

Die hier begonnene Forschungsarbeit „Urologen im Nationalsozialismus“ wird über das Jahr 2010 hinaus von der DGU gefördert und soll zum nächsten Jahreskongress 2011 in Hamburg mit einem ausführlichem Vortragsforum, sowie einer angemessenen Publikation der Urologenschaft sowie interessierten Mediziner, Historikern und der weiteren Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden.



**Prof. Dr. med. Dirk Schultheiss,
Archivar der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V.,
Facharzt für Urologie, Andrologie,
Spezielle Urologische Chirurgie,
Medikamentöse Tumortherapie**

Curriculum vitae

1. Persönliche Daten

Name: Prof. Dr. med. Hans-Ulrich Dirk Schultheiss
geboren am: 21. Januar 1966 in Kassel
Eltern: Dr. med. Hans Eduard Schultheiss,
Ingeborg Schultheiss geb. Busch
Familienstand: verheiratet mit Dr.med. Katja Krämer-Schultheiss,
(FÄ für Dermatologie, Gießen)
Kinder: Constantin Hans Schultheiss (geb. 13.6.2003)
Frederik Klaus Schultheiss (geb. 29.4.2005)
Julius Theo Schultheiss (geb. 21.07.2007)
Staatsangehörigkeit: deutsch
Konfession: evangelisch

2. Schulausbildung

1972 – 1976 Linggschule, Bad Hersfeld
1976 – 1985 Wigbertschule, Hünfeld
Juni 1985 Allgemeine Hochschulreife

3. Bundeswehr

07/1985 – 09/1986 Grundwehrdienst, Panzeraufklärungsbataillon 5,
Sontra



4. Studium

11/1986 – 05/1993	Immatrikulation an der Medizinischen Fakultät der Julius-Maximilians-Universität Würzburg
Aug. 1988	Ärztliche Vorprüfung
Aug. 1989	1. Staatsexamen
April 1992	2. Staatsexamen
Mai 1993	3. Staatsexamen

5. Ärztliche Tätigkeit

07/1993 – 12/1993	Urologische Klinik, Kantonsspital St.Gallen, CH
01/1994 – 12/1994	Chirurgische Klinik, Kantonsspital St.Gallen, CH
01/1995 – 12/2005	Urologische Klinik, Med. Hochschule Hannover
März 1999	Facharzt für Urologie (Klinisch-wissenschaftlicher Schwerpunkt in Andrologie und Mikrochirurgie)
03/2002 – 02/2004	DFG-Forschungsstipendium (LEBAO Hannover) Oberarzt der Klinik für Urologie, MHH
01/1995 – 12/2005	Teilnahme an zahlreichen doppelblinden, klinischen Studien nach GCP-Richtlinien vorwiegend zur Pharmakotherapie der erektilen Dysfunktion
Juni 2005	Zusatzweiterbildung „Spez. urologische Chirurgie“
November 2005	Zusatzweiterbildung „Andrologie“
Januar 2006	Zusatzweiterbildung „Medikament. Tumorthherapie“
Januar 2006	Zusatzweiterbildung „Röntgendiagnostik-Harntrakt“
seit Jan. 2006	Gemeinschaftspraxis für Dermatologie und Urologie sowie Belegarzt am Evangelischen Krankenhaus (18 Betten) in Gießen

6. Akademische Grade

1994	Promotion zum Dr.med.
2003	„Medical Hospital Manager®“ Berufsbegleitendes Zusatzstudium der FH Hannover



- 2004 Habilitation für das Fach Urologie mit dem Thema „Isolation primärer Zellkulturen des humanen Corpus cavernosum penis und ihr Einsatz bei in vitro Experimenten zur erektilen Funktion sowie für das Tissue Engineering peniler Strukturen“
- 2009 Ernennung zum außerplanmäßigen Professor für das Fach Urologie an der Medizinischen Hochschule Hannover

7. Mitgliedschaft in Fachgesellschaften

Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU)
Deutsche Gesellschaft für Andrologie (DGA)
European Association of Urology (EAU)
International Society for Sexual Medicine (ISSM)
European Society for Sexual Medicine (ESSM)
Deutsche Gesellschaft für Sexualmedizin und –therapie (DGSMT)

8. Offizielle Funktionen

Archivar, Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU)
Stellv. Vorsitzender, Arbeitskreis Geschichte, Dt. Gesellschaft für Urologie (DGU)
Mitglied im Arbeitskreis Andrologie, Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU)
Board Member, European Association of Urology (EAU)
Chairman, History Office, European Association of Urology (EAU)
Mitglied im Editorial Board der Zeitschriften „Der Urologe“, „Aktuelle Urologie“, „World Journal of Urology“ und „The Journal of Sexual Medicine“