



Eröffnungs-Pressekonferenz

27. September 2012

13.00 – 14.30 Uhr

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

vom 26. bis 29. September 2012
in Leipzig



Inhalt der Pressemappe

Teilnehmerliste der Eröffnungs-Presskonferenz

Referat Professor Dr. med. Dr. h.c. Stefan C. Müller

Das Metabolische Syndrom: „The silent killer“
Präventions-Initiative zu urologischen Folgeerkrankungen
mit Patientenratgeber und innovativen Konzepten

Referat Professor Dr. med. Daniela Schultz-Lampel

Inkontinenz ist kein Schicksal!
Prävention ist möglich: Urologen können dabei helfen

Referat Professor Dr. med Michael Stöckle

Welche Therapie ist die beste bei lokal begrenztem
Prostatakrebs? Bundesweite Kampagne
zum Start der deutschen Prostatakrebsstudie PREFERE:
7600 Patienten gesucht

Referat Professor Dr. med. Dr. h.c. Stefan C. Müller /

Professor Dr. med. Oliver Hakenberg

Medizinische Qualität in Deutschland in Gefahr
Defizite in der Aus- und Weiterbildung beheben

Referat Dr. med. Wolfgang Bühmann

Fehler minimieren!
Mehr Sicherheit für urologische Patienten mit dem
Risikomanagementsystem CIRS

Referat Dr. med. Axel Schroeder

Neues aus der Berufspolitik:
Selektivverträge und Versorgungsforschung

Service-Hinweis: Weitere Informationen, Fotos und Curricula Vitae der Referenten
online unter: <http://fotos.wahlers-pr.de>
Passwort: **DGUPresse**



Teilnehmer der Eröffnungs-Pressekonferenz

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Stefan C. Müller

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V.
Direktor der Urologischen Klinik und Poliklinik
Universitätsklinikum Bonn

Prof. Dr. med Oliver Hakenberg

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V.
Direktor der Klinik und Poliklinik für Urologie
Universitätsklinikum Rostock

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

Dr. med Axel Schroeder

Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Urologen e.V.

Dr. med Wolfgang Bühmann

Pressesprecher des Berufsverbandes der
Deutschen Urologen e.V.

Prof. Dr. med. Michael Stöckle

1. Vize-Präsident der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V.
Direktor der Klinik für Urologie und Kinderurologie
Universitätsklinikum des Saarlandes

Prof. Dr. med. Daniela Schultz Lampel

Direktorin und ärztliche Leiterin des Kontinenzentrums
Südwest, Villingen-Schwenningen



Referent: Prof. Dr. med. Dr. h.c. Stefan C. Müller

Das metabolische Syndrom: „The silent killer“ Präventions-Initiative zu urologischen Folgeerkrankungen mit Patientenratgeber und innovativen Konzepten

In Deutschland sind bereits 15 Prozent der Kinder und Jugendlichen übergewichtig (BMI > 25) und mehr als sechs Prozent sogar adipös (BMI > 30).

Die World Health Organization (WHO) spricht von etwa 1,6 Milliarden Übergewichtigen und ca. 400 Millionen adipösen Erwachsenen weltweit. Schätzungen zufolge wird diese Zahl auf 700 Millionen ansteigen. Deutsche Männer sind in 66 Prozent, Frauen in knapp 51 Prozent übergewichtig, und etwa 21 Prozent beider Geschlechter sind adipös.

Zunehmender Bauchumfang, und weniger der BMI, ist ein eindeutiger Risikofaktor für kardiovaskuläre Erkrankungen, Diabetes mellitus, aber auch für zahlreiche Malignome. Gerade dieser Zusammenhang ist noch zu wenig bekannt. Eine Gewichtsreduktion von zehn Kilogramm kann z.B. das Risiko an einem Mamma-, Endometrium- oder kolorektalen Karzinom zu erkranken, um bis zu 40 Prozent reduzieren. Besonders hormonabhängige Tumore wie auch das Prostatakarzinom sind mit Übergewicht assoziiert. Der mit Übergewicht und dem Metabolischen Syndrom assoziierte Diabetes mellitus reduziert die Lebenserwartung drastisch. Ist das persönliche Risiko einen Diabetes mellitus zu entwickeln höher als 10 Prozent, verkürzt sich die Lebenserwartung um 13 Jahre.



Bewegung, gesunde Ernährung, kein Nikotin, wenig Alkohol und Normalgewicht sind die Garanten für ein gesundes und langes Leben, und auch im Alter lassen sich mit diesen fünf Lebensstilfaktoren erstaunliche Erfolge erzielen. Jemand, der diese fünf Punkte nicht erfüllt, hat ein mehr als 80 Prozent höheres Risiko, an Diabetes zu erkranken. Umgekehrt kann jeder einzelne der Faktoren das Diabetesrisiko um etwa 30 Prozent senken. Urologisch interessant sind die mit Diabetes einhergehende Nierenfunktionseinschränkung und der Zusammenhang mit der Sterblichkeit.

Nierenfunktionsabnahme und Herz-Kreislauf Sterblichkeit verlaufen parallel. Ähnlich verhält es sich mit Herz-Kreislauf-erkrankungen und Erektionsstörungen im Alter.

Herzinfarkt und Impotenz haben identische Risikofaktoren.

Harnsteine sind als typische Wohlstandskrankheit mit Übergewicht assoziiert, und Erkrankungen, die man als klassische Alterserscheinungen betrachtet, wie Alzheimer und die damit oft einhergehende Harninkontinenz, lassen sich durch körperliche Aktivität und gesunde Lebensweise bessern, vielleicht sogar verhindern.

Mit Blick auf die Zukunft gilt es deshalb, mit sinnvollen Konzepten der Primärprävention vor allem unsere Jugend zu erreichen, und wir Urologen sollten uns dabei besonders um den „jungen Mann“ kümmern. Im Gegensatz zu jungen Mädchen und Frauen, die sich mit ihrem Gynäkologen identifizieren, wird er vernachlässigt und weiß oft nicht wohin mit seinen pubertären Ängsten und Nöten.

Der Begriff „Männerarzt“ ist bei Weitem noch nicht etabliert, und es könnten durchaus wir Urologen sein, die im Rahmen einer „Jungensprechstunde“ den Präventionsgedanken an den Mann bringen. Wer, wenn nicht wir, sollte ihm erklären, dass das metabolische Syndrom ihm frühzeitig die Potenz raubt und das Leben verkürzt.

Das künftige soziale Gesundheitswesen wird sich eine freie „Volksfürsorge“ nicht mehr leisten können.

Gesundheit wird mehr und mehr wieder zum Selbstzweck, wie schon vor Bismarck.

Wer sie haben möchte, muss sich darum kümmern – ganz im Sinne von Sebastian Kneipp: „Gesundheit bekommst Du nicht im Handel, sondern durch den Lebenswandel!“ Die Deutschen Urologen sind bereit, Ihre Patientinnen und Patienten dabei mit einer eigenen Broschüre und Konzepten zur Primärprävention für den jungen Mann zu unterstützen.

**Veranstaltungstipps zur Thematik „Prävention“
auf dem 64. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie,
26. – 29.09.2012, Leipzig**

Donnerstag, 27.09.2012

08.30 – 10.00 Uhr	V2	Vortragssitzung Andrologie – Infertilität	Saal A4
08.30 – 10.00 Uhr	P10	Postersitzung Andrologie – Hypogonadismus/ Männergesundheit Sexuelle Dysfunktion	Saal A5
10.30 – 12.00 Uhr		Plenum I u.a. Das Metabolische Syndrom – „Sargnagel der Gesundheit“	Saal C
13.00 – 14.30 Uhr	F10	Forum Andrologie/Männergesundheit	Saal A2

Freitag, 28. 09.2012

10:30 – 12:00 Uhr		Plenum II u.a Möglichkeiten zur Prävention des Prostatakarzinoms	Saal C
14.30 – 16.00 Uhr	F22	Forum Der junge Mann	Saal A2



Referentin: Prof. Dr. Daniela Schultz-Lampel

Inkontinenz ist kein Schicksal! Prävention ist möglich: Urologen können dabei helfen

Was ist Harninkontinenz?

Harninkontinenz ist der medizinische Ausdruck für Blasenschwäche und bezeichnet die mangelnde oder fehlende Fähigkeit des Körpers, den Blaseninhalt sicher zu speichern und den Zeitpunkt der Entleerung selbst zu bestimmen. In der Folge kommt es zu unwillkürlichem Urinverlust.

Die Ursachen sind ganz unterschiedlich: Am häufigsten sind die **Belastungsinkontinenz** und die **Dranginkontinenz**.

Belastungsinkontinenz bedeutet Urinverlust bei ganz alltäglichen körperlichen Anstrengungen wie Heben, Bücken, Lachen, Husten, Niesen, Springen oder beim Sport.

Bei der Dranginkontinenz kann der Urinabgang infolge eines überfallartigen Harndrangs nicht unterdrückt werden.

Die Symptome beider Inkontinenzformen können auch gleichzeitig als **Mischinkontinenz** auftreten.

In Deutschland leiden mehr als acht Millionen Menschen an irgendeiner Form der Harninkontinenz.

Die Dunkelziffer ist aber immer noch sehr hoch. Betroffen sind junge und alte Menschen, Frauen und Männer – und auch schon Kinder. Je nach Art der Inkontinenz gibt es heute erfolgreiche Behandlungsmöglichkeiten.

Und es gibt auch Möglichkeiten der Prävention, das gilt vor allem für die Harnbelastungsinkontinenz und damit verbundene Begleiterkrankungen wie Blasensenkung, Stuhlgangsbeschwerden oder Sexualfunktionsstörungen.



Was führt zur Harnbelastungsinkontinenz der Frau?

Bei Frauen ist die Belastungsinkontinenz die häufigste Form der Blasenschwäche und betrifft auch jüngere Frauen. Ursachen sind meist eine Schwächung der Beckenbodenmuskulatur und eine Funktionsstörung des Blasenschließmuskels in Folge von Übergewicht, chronischem Husten und Obstipation sowie Schwangerschaft und Geburt oder Hormonmangel in den Wechseljahren. Die Prävalenz der Harninkontinenz nach einer Schwangerschaft wird z.B. mit 14 – 43 Prozent angegeben.

Was ist Prävention?

Die Primärprävention zielt darauf ab, Krankheiten, in diesem Fall die Harnbelastungsinkontinenz und Beckenbodenschwäche, zu vermeiden. Bei der Sekundärprävention soll bei bereits bestehender leichter Harninkontinenz die Verschlechterung verhindert werden bzw. inkontinenzgefährdete Patienten geschützt werden.

Instrumente zur Prävention sind neben Information und Aufklärung die Entwicklung von Strategien zur Gesunderhaltung. Bei der Prävention der Belastungsinkontinenz bedeutet dies die Berücksichtigung allgemeiner Faktoren wie regelmäßiger Sport, gesunde Ernährung, Vermeidung von Übergewicht, Rauchen und Obstipation, aber auch die spezielle Beachtung der Geburtsmethoden und der Veränderungen im Alter. Voraussetzungen, um Prävention der Bevölkerung nahe zu bringen und erfolgreich umzusetzen, sind die Entwicklung von Übungsstandards und Qualitätsmanualen, die Ausbildung von speziellen Therapeuten und Trainern sowie die Integration von Übungsprogrammen in Schul- und Gesundheitssport.

Wie kann man vorbeugen?

Wer gut informiert ist, kann einer Blasenschwäche in vielen Fällen sinnvoll vorbeugen.

**Denn auch für die Inkontinenz gilt:
„Vorbeugen ist besser als heilen“**



Gewichtsreduktion hilft!

Bedeutet „fat gleich wet?“

Eine hochkalorische Ernährung erhöht das Inkontinenzrisiko um das 3-fache. Eine Gewichtsreduktion von 5 – 10 Prozent halbiert die Anzahl der wöchentlichen Inkontinenzepisoden.

Kann der Kaiserschnitt die Inkontinenz vermeiden?

Die Schwangerschaft per se – unabhängig von der Geburtsmethode – ist ein Risikofaktor für eine Harnbelastungsinkontinenz. Allerdings gibt es auch Studien, die den Kaiserschnitt als protektiven Faktor gefunden haben.

Präventives Beckenboden-Training ist die wirksamste Methode, um eine Inkontinenz zu vermeiden.

Was kann man den Frauen raten?

Sorgen Sie für Normalgewicht durch gesunde Ernährung, mehr Bewegung und den richtigen Sport. Radfahren, Schwimmen, Nordic Walking oder Yoga entlasten und stärken den Beckenboden. Mit ballaststoffreicher Ernährung erzielen Sie regelmäßigen Stuhlgang ohne Pressen und damit ohne das Schließmuskelsystem zu belasten.

Kompetente Ansprechpartner finden Sie bei den in den letzten Jahren entstandenen interdisziplinären Kontinenz- und Beckenbodenzentren der Deutschen Kontinenz Gesellschaft sowie bei den gynäkologischen, urologischen und allgemein- und viszeralchirurgischen Fachgesellschaften. Diese widmen sich schwerpunktmäßig Problemen der Harn- und Stuhlinkontinenz sowie Erkrankungen des Beckenbodens hinsichtlich Prävention, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation und Versorgung. Durch die große Expertise und enge interdisziplinäre Zusammenarbeit aller beteiligten ärztlichen und nicht-ärztlichen Fachbereiche kann eine optimale Versorgung der Betroffenen garantiert werden.



**Veranstaltungstipps zur Thematik „Inkontinenz“
auf dem 64. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie,
26. – 29.09.2012, Leipzig**

Mittwoch, 26.09.2012

10.30 – 12.00	AF5	Rehabilitation	Saal A3
16.00 – 17.30	AF 17	Funktionsdiagnostik/ Urologie der Frau	Saal 2

Donnerstag, 27.09.2012

08.30 – 10.00	F2	Urologe der Frau Prävention der Belastungsinkontinenz <i>Schumacher S, Abu Dhabi</i>	Saal C
13.00 – 14.30	V4	Männliche Harninkontinenz	Saal A4
18.30 – 20.45		Patientenforum	Sitzungssaal im neuen Rathaus der Stadt Leipzig

Freitag, 28.09.2012

13.00 – 15.30	V 19	Urogynäkologie/Neurourologie	Saal A4
15.00 – 16.30	P18	Inkontinenz/ Neurourologie/ Beckenboden bei Mann und Frau	Saal 5

Samstag, 29.09.2012

12.00 – 14.00		Plenum III Leitlinien und Neues: „Was man weiß und was man wissen sollte!“ Inkontinenz des Mannes <i>Fisch M., Hamburg</i> Inkontinenz der Frau <i>Schultz-Lampel D., Villingen-Schwenningen</i>	Saal 1
---------------	--	---	---------------

Referent: Prof. Dr. med. Michael Stöckle

Welche Therapie ist die beste bei lokal begrenztem Prostatakrebs? Bundesweite Kampagne zum Start der deutschen Prostatakrebsstudie PREFERE: 7600 Patienten gesucht

Das Prostatakarzinom ist ein sehr ernst zu nehmender Tumor: Etwa jeder 10. Mann dürfte im Laufe seines Lebens mit dieser Diagnose konfrontiert werden, und 3 Prozent aller Männer sterben in Deutschland an dieser Erkrankung.

Jedoch können wir diese Krankheit heute in sehr frühem Stadium und bei niedrigem Malignitätsgrad entdecken. In solchen Fällen ist eine verzögerte Behandlung, manchmal sogar der völlige Verzicht auf eine Behandlung denkbar. Dementsprechend soll bei der geplanten „präferenzbasierten randomisierten Studie“ („PREFERE“) die Frage geklärt werden, ob die Strategie einer „aktiven Beobachtung“ („active surveillance“) bei Patienten in frühen Tumorstadien besser ist als die sofortige Behandlung.

Wenn man sich aber zur Behandlung entschließt, sei es die sofortige oder auch verzögerte, dann stehen als Behandlungsalternativen die Operation („radikale Prostatektomie“), die Bestrahlung von außen („perkutane Strahlentherapie“) und die Bestrahlung von innen („Brachytherapie“) zur Wahl, ohne dass die Überlegenheit, Unterlegenheit oder Gleichwertigkeit einer dieser in Betracht kommenden Alternativen bisher belegt wäre.

Diese Wissenslücken sollen im Rahmen der PREFERE-Studie mit dem Instrumentarium der evidenzbasierten Medizin geschlossen werden, nämlich der prospektiv randomisierten

Studie. Bei einer solchen Studie erfolgt die Entscheidung über die einzuschlagende Behandlung zufallsgesteuert („randomisiert“), weil nur die Randomisierung eine Ungleichverteilung wichtiger (und zwar bekannter und unbekannter) Prognosefaktoren zwischen den Vergleichsgruppen verhindern kann. Nur die randomisierte Studie wird uns in einer solchen Situation also eine wissenschaftlich belastbare Aussage zum Stellenwert der getesteten Behandlungsalternativen erlauben.

Um dem Patienten die Zustimmung zu einer solchen zufallsgesteuerten Entscheidungsfindung zu erleichtern, soll die Studie zugleich präferenzbasiert durchgeführt werden: Das bedeutet, dass die betroffenen Patienten eine, im Extremfall auch zwei Behandlungsalternativen vor dem Randomisierungsverfahren abwählen können, wenn diese für sie völlig inakzeptabel wären. Sie würden dann im Rahmen von Teilstudien randomisiert, in denen nur die verbleibenden drei oder auch nur zwei Alternativen zufallsgesteuert miteinander verglichen werden.

Insgesamt ist für die Nutzenvergleiche der vier genannten Therapieoptionen in der geplanten Studie die Teilnahme von 7.600 geeigneten Patienten notwendig. Trotz des hohen Anspruchs und des hohen Fallzahlbedarfs hoffen die Organisatoren mit Zuversicht auf einen erfolgreichen Studienverlauf, weil sich das Projekt einer bei klinischen Studien nie dagewesenen Unterstützung erfreut: Zu den Befürwortern zählen alle Einrichtungen, die als Anwälte des Patienten wahrgenommen werden, beispielsweise die Selbsthilfegruppen, der Patientenvertreter der Bundesregierung oder die Deutsche Krebshilfe. Dazu gehören auch die zuständigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften, nämlich die Deutsche Krebsgesellschaft und insbesondere natürlich die Deutsche Gesellschaft für Urologie und die Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie, deren Vorstände sich vorbehaltlos hinter das Projekt gestellt haben. Und dazu zählen die Institutionen, die für die Funktionsfähigkeit unseres Gesundheitswesens Verantwortung tragen, darunter die gesetzlichen und die privaten Krankenversicherungen,

der Medizinische Dienst der Krankenkassen oder das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Die Initiatoren der geplanten Studie sind stolz darauf, dass es bei einem so anspruchsvollen Projekt erstmals gelungen ist, einen so breiten Konsens herbeizuführen, auch wenn natürlich vor dem Start der Studie noch die Stellungnahmen der Ethik-Kommissionen abgewartet und ggf. noch in das Studienprotokoll eingearbeitet werden müssen.

Im Rahmen des diesjährigen DGU-Kongresses wird für diese Studie auf breiter Front Vorarbeit geleistet: Ein Einführungsvortrag im Rahmen des Praxisforums am Mittwoch (erster Kongresstag) soll die Teilnehmer mit der Grundstruktur und der Philosophie der Studie vertraut machen. Im Kongressverlauf bietet eine komplette Forumssitzung genauere Information über die verschiedensten Aspekte des Projektes. Darüber hinaus werden wiederholt Kurse angeboten, die insbesondere niedergelassenen Urologinnen und Urologen jederzeit die Möglichkeit bieten, sich speziell mit den Anforderungen zur Basisaufklärung und -abklärung der geeigneten Patienten vertraut zu machen.

Ausgewählte Zentren werden voraussichtlich im 4. Quartal 2012 erste Patienten in die Studie einschleusen können, bis zum ersten Quartal 2013 soll die PREFERE-Studie dann bundesweit und flächendeckend in Gang gebracht worden sein. Der Studienstart wird von einer konzertierten Öffentlichkeitsarbeit begleitet werden.

Voraussichtlich im Januar wird die Studie der breiten Öffentlichkeit in Anwesenheit des Schirmherrn Fritz Pleitgen (zugleich Präsident der Deutschen Krebshilfe) in den Räumen der Bundespressekonferenz vorgestellt werden.

**Veranstaltungstipps zur deutschen Prostatakrebsstudie PREFERE
auf dem 64. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie,
26. – 29.09.2012, Leipzig**

Mittwoch, 26.09.2012

14:30–16:00 Uhr	F1	Praxisforum I Gesundheitspolitik u.a. Bekanntmachung PREFERE	Saal E
-----------------	----	--	---------------

Donnerstag, 27.09.2012

08:30 – 10:00 Uhr	AEK 1	PREFERE-Infoseminar: Welche Therapie ist die beste und warum sollte ich teilnehmen?	Raum M3
-------------------	-------	---	----------------

Freitag, 28.09.2012

08:30 – 10:00 Uhr	AEK 16	PREFERE-Infoseminar: Welche Therapie ist die beste und warum sollte ich teilnehmen?	Raum M3
-------------------	--------	---	----------------

12:30 – 14:00 Uhr	AEK 8	PREFERE-Infoseminar: Welche Therapie ist die beste und warum sollte ich teilnehmen?	Raum M6
-------------------	-------	---	----------------

13:00 – 14:30 Uhr	F 19	PREFERE-Studie	Saal D
-------------------	------	----------------	---------------

14:30 – 16:00 Uhr	AEK 27	PREFERE-Infoseminar: Welche Therapie ist die beste und warum sollte ich teilnehmen?	Raum M6
-------------------	--------	---	----------------

Samstag, 29.09.2012

08:30 – 10:00 Uhr		PREFERE-Studie Welches ist die beste PCA-Therapie und warum sollte ich teilnehmen?	Saal A2
-------------------	--	--	----------------



**Referenten: Professor Dr. med. Dr. h.c. Stefan C. Müller,
Professor Dr. med. Oliver Hakenberg**

Medizinische Qualität in Deutschland in Gefahr Defizite in der Aus- und Weiterbildung beheben

Die föderale Struktur in Deutschland führt mit lokal unterschiedlichen und schnell wechselnden Konzepten der Schulbildung bereits zu einer unterschiedlichen Vor- und Allgemeinbildung der Studienanfänger. Gleichzeitig wird der Zugang zum Medizinstudium über Abiturnoten und länderspezifische Bonus- und Malus-Systeme geregelt, ohne die wirkliche Motivation und Befähigung der Bewerber zu berücksichtigen.

Die noch immer hohe Attraktivität des Arztberufs sorgt für einen anhaltenden Ansturm auf die begrenzte Zahl der Studienplätze. Dennoch droht wegen der demographischen Entwicklung, sowohl der Bevölkerung als auch der Ärzteschaft, zukünftig ein eklatanter Ärztemangel. Dieser wird sich aufgrund geänderter Ansprüche an die „Work-Life-Balance“ gerade in den operativen Fächern wie der Urologie negativ auswirken. Ein über 70-prozentiger Frauenanteil bei Studienanfängern, mit besonderen Ansprüchen an die Vereinbarkeit von Beruf und Familie, spielt dabei ebenso eine Rolle wie die relativ hohe „drop-out“-Rate von Studienabsolventen, die ihren weiteren Berufsweg nicht in der klinischen Medizin suchen. Ein mit zuviel Theorie überfrachtetes Studium und als praxisfremd empfundene Multiple-choice-Prüfungen unterstützen theorierelevantes Lernen, es fehlen aber objektive und reproduzierbare Kriterien, um die Kompetenzen eines guten Arztes möglichst frühzeitig zu erkennen und zu fördern.



Auch in der Weiterbildung zum Facharzt mangelt es in den operativen Fächern an Möglichkeiten, die chirurgische Kompetenz objektiv zu erfassen. Nach fünf Jahren an einer zugelassenen Klinik genügen die Unterschrift des ausbildenden Chefarztes und eine mündliche Prüfung vor einer Kommission der dafür verantwortlichen Landesärztekammer, um als Facharzt eigenverantwortlich operieren und agieren zu dürfen.

Auf diesem Kongress vorgestellte Daten bzgl. der postoperativen Kontinenz nach radikaler Prostatektomie innerhalb der ersten postoperativen Wochen zeigen zum Beispiel, dass diese „Frühkontinenz“ nur bei einem Drittel aller Patienten und nur von etwa der Hälfte aller operierenden Kliniken erreicht wird. Wenn auch die Kontinenz in der Mehrzahl der Fälle im Verlauf weiterer Monate besser wird, belegen diese Daten doch eine große Schwankungsbreite dieses auf operativer Technik beruhenden Zielkriteriums. Erstaunlicherweise spielt die dabei verwendete und oft sehr teure Technik (offene Operation vs. „Roboter“) keine Rolle.

Grundsätzlich muss die ärztliche Ausbildung auf medizinisch-fachlichen und medizinisch-ethischen Grundsätzen basieren. Diese sind aber immer weniger mit der zunehmenden Ökonomisierung unseres Gesundheitswesens in Einklang zu bringen, denn hier dominieren zunehmend Kostendeckelung und Erlössicherung den Alltag der ärztlichen Tätigkeit in Klinik und Praxis. Aus der einstigen Freiberuflichkeit des Arztes ist in der heutigen Gesundheitswirtschaft ein Angestelltenverhältnis geworden und der in seinen medizinischen Entscheidungen oft nicht mehr ganz freie Arzt muss lernen, den Patienten als „Kunden“ und die Behandlung als Produkt anzusehen, welches unter Marketing-Aspekten den Ansprüchen des Arbeitgebers oder den Kostennotwendigkeiten der eigenen Praxis gerecht werden muss. Die politisch gewollte, zunehmende Verwischung der Grenzen zwischen ambulant und stationär führt zu bereits erkennbaren Problemen in der Balance zwischen Qualität und Effizienz.



Für Arzt und Krankenhaus lukrative Eingriffe wie Gelenkersatz-Operationen boomen im europäischen Vergleich ausgerechnet in Deutschland, und nicht immer ist dabei sichergestellt, dass der beste Operateur oder die am besten strukturierte Klinik ausgewählt werden. All dies liegt nicht im Interesse der Patienten.

Die Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU) sieht hier in Zukunft große Probleme. Das Streben nach Qualität in der Medizin und die Beachtung der notwendigen medizinisch-ethischen Grundsätze werden immer häufiger den in der freien Marktwirtschaft üblichen Optimierungs- und Rationalisierungsgedanken geopfert. Damit wird das Vertrauen der Gesellschaft in das ganze System und in die Ärzteschaft schwer geschädigt. Die Politik, als Verursacher dieser Veränderungen, sieht sich hier kaum in der Verantwortung. Bei steigendem Bedarf an Leistungen in Gesundheit und Pflege wird man an die Grenzen der immer knapper werdenden Mittel stoßen, sodass Priorisierung und Rationierung in unserem Gesundheitswesen wahrscheinlich unvermeidbar sein werden. Es bedarf deshalb größter Anstrengungen, um die Qualität medizinischer Ausbildung zu verbessern und die Befähigung zukünftiger Ärztegenerationen, allen diesen Schwierigkeiten gerecht zu werden, sicherzustellen.

Bisher gibt es für die Zukunft der ärztlichen Ausbildung und der fachärztlichen Weiterbildung nicht genügend Konzepte. Versuche anderer Länder, z.B. operative Fähigkeiten objektiv zu erfassen, werden in Deutschland bisher ebenso ignoriert wie die Einführung verbindlicher Standards und die Erfassung von Ergebnisqualität in der Ausbildung.



Referent: Dr. med Wolfgang Bühmann

Fehler minimieren! Mehr Sicherheit für urologische Patienten mit dem Risikomanagementsystem CIRS

In der Luftfahrt sind Berichtssysteme zur Fehlervermeidung seit über 30 Jahren etabliert; das deutsche Gesundheitswesen ist indes noch dabei, eine offene Fehlerkultur zu entwickeln. Der Berufsverband der Deutschen Urologen e.V. (BDU e.V.) unterstützt diesen Prozess aktiv und favorisiert ein anonymes internetbasiertes Fehlermanagementsystem in der Urologie. Das sogenannte CIRS-Urologie ist eine fachspezifische Variante des Berichts- und Lernsystems der Deutschen Ärzteschaft für Kritische Ereignisse und Fehler in der Medizin namens Critical Incident Reporting-System (CIRS), das von der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung propagiert und vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) betreut wird.

Mit CIRS-Urologie geben wir allen Urologinnen und Urologen sowie Mitarbeitern der urologischen Pflege- und Assistenzberufe in Kliniken sowie niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen und ihren Praxisteams ein effektives Werkzeug an die Hand, um die Sicherheit der Patienten zu erhöhen.

Laut internationaler Datenlage kommt es bei 10 Prozent der Krankenhauspatienten zu einem unerwünschten Zwischenfall, ein Prozent davon sind schwerwiegend und führen zu relevanten Schäden bis hin zum Tode. Fast die Hälfte dieser Zwischenfälle ist nach Worten des Schweizer Konzeptgebers von CIRS, Prof. Dr. Daniel Scheidegger, grundsätzlich vermeidbar, weil sie sich zuvor bereits als kritische Ereignisse manifestiert haben. Die Ursachen sind meist multifaktoriell und in einer Kombination aus Arbeitsbelastung, Problemen der



Kommunikation, Ausbildung und Überwachung, ungenügenden Ressourcen sowie Team- und Patienten-faktoren zu finden.

Politischen Forderungen nach verpflichtenden Registern tritt der Berufsverband der Urologen mit der Einführung von CIRS-Urologie entgegen. Freiwilligkeit, Anonymität und Sanktionsfreiheit sind Voraussetzung, damit die notwendige Fehler- bzw. Sicherheitskultur entstehen kann.

Andernfalls drohen alte Muster des Verschweigens. CIRS stellt niemanden an den Pranger. Ziel der anonymen Berichte ist es, sicherheitsrelevante Ereignisse zu erkennen, zu analysieren und daraus Vermeidungsstrategien zu entwickeln, aus denen andere lernen können. Notwendige Voraussetzung dazu ist ein Kulturwandel im Denken: Fehler dürfen nicht länger als Makel interpretiert werden, wie es jahrzehntelang durch Eltern und Lehrer in der Erziehung eingepägt wurde, sondern als Chance, besser zu werden – erst wenn wir Fehler berichten wollen, wird CIRS erfolgreich.

Das fakultative Engagement für mehr Patientensicherheit in der Ärzteschaft ist bereits groß:

Allein im Netzwerk CIRSmedical.de sind heute über 30 einzelne Berichtsgruppen vertreten, darunter die fachspezifischen Berichtsgruppen der Anästhesisten, Kinderärzte, Chirurgen und Hämatonkologen sowie das Krankenhaus-CIRS-Netz Deutschland.

Die internetbasierte Handhabung von CIRS-Urologie ist einfach: Fehler, kritische Ereignisse, Beinahe-Schäden oder auch Schäden werden verschlüsselt online über ein Urologie spezifisches Berichtsformular gesendet. Das CIRS-Team des ÄZQ prüft die Anonymisierung und gibt den Bericht frei. Fachleute des CIRS-Teams-Urologie analysieren den Bericht und verfassen einen ebenso anonymisierten Feedback-Kommentar, der den Berichtenden und allen anderen Nutzern im Internet zum Lesen und Lernen zur Verfügung steht.



Die Einführung eines Fehlermanagements kann durchaus auch Wettbewerbsvorteile für die Nutzer mit sich bringen. Dieser Nebeneffekt war bereits bei der Einführung der Qualitätsmanagement-Systeme in Klinik und Praxis zu beobachten. QM-Zertifizierungen sind heute wichtiger Wegweiser für Patienten zu höchstem medizinischen Qualitätsstandard. Ein zusätzlicher Aspekt ist eine mögliche positive Beeinflussung der Haftpflichtprämien – in anderen Ländern sinken diese für die an Fehlermeldesystemen teilnehmenden Ärzte.

Der Berufsverband wird nach dem Kongress das System allen Urologen nahebringen und zur Beteiligung empfehlen.



Referent: Dr. med. Axel Schroeder

Innovative Verträge mit Krankenkassen zur besseren Versorgung urologischer Patienten

Die Urologie in Deutschland ist als integratives und zunehmend geriatrisches Fach höchst erfolgreich. Der Wandel zu einer Gesellschaft des längeren Lebens stellt jedoch auch die Urologen vor neue Herausforderungen. Konzepte wie „Active Surveillance“ beim früh erkannten Prostatakarzinom und eine bessere Versorgung Pflegebedürftiger können durch neue Vertragsformen befördert werden. Von diesen innovativen Versorgungsmodellen können Patienten, Kassen und Ärzte gleichermaßen profitieren.

Im Rahmen eines Vertragsworkshops, zu dem der Berufsverband der Deutschen Urologen e. V. (BDU e. V.) im Juni 2012 in Berlin eingeladen hatte, tauschten sich Vertreter mehrerer gesetzlicher Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der Politik sowie gesundheitspolitischer Medien über mögliche Therapiebereiche der Urologie für Selektivverträge nach § 73 c Sozialgesetzbuch V aus. Die Workshop-Besucher zeigten sich darin einig, dass die Urologie ein hohes Potenzial für individuelle Vertragsgrundlagen bietet. Harald Möhlmann, Geschäftsführer „Versorgungsmanagement“ der AOK Nordost, sieht vor allem in der Heimversorgung gute Möglichkeiten für eine Zusammenarbeit mit der Urologie: Seiner Erwartung nach seien die Leistungs- und Strukturqualität durch urologische Selektivverträge zu optimieren, wodurch eine höhere Zufriedenheit der Patienten erreicht werden könne.

Die bessere Heimversorgung ist auch Anliegen des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG). Im Mittelpunkt der Pflegereform stehen eine bessere Versorgung Demenzkranker



und eine Stärkung der ambulanten Pflege, die unter anderem eine regelmäßige ärztliche Betreuung von Menschen in Pflegeheimen gewährleisten sollen. Damit rückt die Facharztgruppe der Urologen, die zahlreiche altersassoziierte Erkrankungen versorgt, ins Zentrum der geplanten Veränderungen. Von den 700.000 pflegebedürftigen Menschen in Deutschland – Tendenz stark steigend – sind 70 Prozent harninkontinent und bedürfen einer andauernden urologischen Versorgung. Der BDU e.V. befürwortet die Pflegereform der Bundesregierung. Sie ermöglicht eine bessere Versorgung der urologischen Patientinnen und Patienten, insbesondere der Pflegebedürftigen und Demenzkranken in Pflegeheimen. Gleichzeitig können die Krankenkassen durch neue Versorgungsmodelle eine Menge Geld sparen. Geplant sind sowohl Kooperationsverträge innerhalb des KV-Systems als auch innovative Einzelverträge.

Ein zentrales Problem bei älteren Menschen ist die Katheter-Versorgung, die immer wieder Krankenhausaufenthalte von urologischen Heimpatienten notwendig macht. Das bedeutet enorme Anstrengungen für die Patientin oder den Patienten und verursacht erhebliche Kosten für die Krankenkassen. Mit einer internen Schulung des Heimpersonals durch Urologen könnte zum Beispiel diese Zusatzbelastung dank des PNG bald reduziert werden und die Pflegereform der Bundesregierung auch in der Praxis der Heimversorgung Anwendung finden.



Referent: Dr. med. Axel Schroeder

Neue Projekte der Versorgungsforschung in der Urologie

Versorgung in Praxis und Klinik abbilden, Qualität, Leistung und Defizite erkennen, Verbesserungspotentiale und Finanzierungsbedarf aufzeigen:

So lauten die Ziele urologischer Versorgungsforschung. Mit neuen Projekten setzen der Bund der Urologen e.G. und der BDU e.V. die in 2011 begründete Initiative „Urologische Versorgungsforschung“ fort.

Unter Beteiligung der kooperierenden Verbände wie dem Dachverband der Prostatazentren e.V. (DVPZ), der Interessensvereinigung Qualität in der Uro-Onkologie (IQUO e.V.), der Stiftung Männergesundheit, dem Netzwerk Urologischer Kliniken e.V. (NUK) sowie dem Urologischen Centrum München AG (UCM) werden weitere Konzepte entwickelt.

Welche Projekte werden aufgelegt?

Bereits im Frühjahr 2012 gingen die Studie zur „Interdisziplinären Behandlung urologischer Tumorerkrankungen“ (IBuTu) zur Analyse der fachärztlichen Kooperation, gemeinsam getragen von der Stiftung Männergesundheit, dem Berufsverband der niedergelassenen Hämatologen und Onkologen sowie dem Bundesverband Prostatakrebs-Selbsthilfe, und die Studie zur Ultraschalluntersuchung mit Histoscanning bei Prostatakrebs durch den Forschungsverein „Leonardo“ an den Start. Letztere wird vom Berufsverband der Deutschen Urologen e.V. (BDU) und der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU) unterstützt.



Als neue Initiativen werden aktuell drei Studien geplant:

Die Frage, von welcher Behandlung Prostatakrebs-Patienten mit fortschreitender Lymphknoten-Metastasierung nach Prostataentfernung bzw. Strahlentherapie hinsichtlich Überlebenszeit und Lebensqualität am meisten profitieren, soll geklärt werden, indem systematisch erfasst wird, wie der Verlauf der Erkrankung und die möglichen Behandlungen sich auf die Prognose auswirken.

Mit dem Protokoll „Beobachten bis Biopsie“ werden Daten erhoben, wie sich bei einem fraglich erhöhten PSA-Wert und unauffälligem Tastbefund der Prostata eine frühzeitige Gewebeprobe bzw. eine abwartende Haltung auf den Krankheitsverlauf auswirken.

Das dritte Studienprotokoll gilt der Frage, inwieweit urologische Tumorpatienten durch ihre seelische Belastung, parallel zur tumorspezifischen Behandlung, Bedarf an psychologischer Begleitung haben. Dazu wird zur Verbesserung der Krankheitsbewältigung eine Kooperation mit Psychoonkologen, Psychologen und Psychiatern angestrebt.

Auf der 5. Urologischen Netzkonferenz anlässlich des 64. DGU-Kongresses in Leipzig wird der BUND e.G. weitere Informationen vorstellen:

**Donnerstag, 27. September 2012, CCL, Raum M1,
14.00 bis 16.00 Uhr.**

Interessierte Medienvertreter sind herzlich eingeladen.