



70. KONGRESS DER
DEUTSCHEN GESELLSCHAFT
FÜR UROLOGIE E. V.

26. – 29. September 2018
Messe Dresden

Präsident:
Prof. Dr. Paolo Fornara
Direktor der Universitätsklinik
und Poliklinik für Urologie
Universitätsklinikum Halle (Saale)
Martin-Luther-Universität
Halle-Wittenberg

2018@dgu.de | www.dgu-kongress.de

DGU-Eröffnungs-Pressekonferenz

27. September 2018

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

vom 26. bis 29. September 2018
in Dresden



Inhalt der Pressemappe

Teilnehmerliste der DGU-Eröffnungs-Pressekonferenz

Vorträge

Univ.-Prof. Dr. med. Paolo Fornara

Verantwortung Organspende

Dr. med. Axel Schroeder

Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)

Was hat der Patient davon?

Univ.-Prof. Dr. med. Maurice Stephan Michel

Zukunftsoffensive 2030 - wo steht das Fach Urologie heute und morgen?

Prof. Dr. med. Peter Schneede

HPV-Impfung für Jungen und Urologische Themenwoche

Prof. Dr. med. Susanne Krege

Neues aus den Leitlinien

Weitere Anlagen: Krankheitslast humaner Papillomaviren der Männer
(Springer Medizin) von Prof. Dr. med. Peter Schneede

Moderation: DGU-Pressesprecher Prof. Dr. med. Christian Wülfing

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

Passwort: Presse70

**Über Belegexemplare
Ihrer Veröffentlichungen an
pressestelle@dgu.de
würden wir uns freuen.**



Teilnehmer der Eröffnungs-Pressekonferenz

Univ.-Prof. Dr. med. Paolo Fornara

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V.
Direktor der Universitätsklinik und Poliklinik für Urologie
Universitätsklinikum Halle (Saale)
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Univ.-Prof. Dr. med. Maurice Stephan Michel

Generalsekretär und Sprecher des Vorstandes der
Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V.
Direktor der Klinik für Urologie
Universitätsklinikum Mannheim

Prof. Dr. med. Peter Schneede

Chefarzt der Klinik für Urologie am Klinikum Memmingen

Prof. Dr. med. Susanne Krege

DGU-Ressort Leitlinien und Qualitätssicherung
Direktorin der Urologischen Klinik, Kinderurologie
und Urologische Onkologie Kliniken-Essen Mitte-Evang.
Huysens-Stiftung/Knappschaft gGmbH

Prof. Dr. med. Christian Wülfing

Pressesprecher der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V.
Chefarzt der Abteilung für Urologie
Asklepios Klinik Altona

Dr. med. Axel Schroeder

Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Urologen e.V.
Vorstandsmitglied Spitzenverband der Fachärzte Deutschland (SpiFa)

Univ.-Prof. Dr. med. Paolo Fornara
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V.
Direktor der Universitätsklinik und Poliklinik für Urologie
Universitätsklinikum Halle (Saale)
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg



Verantwortung Organspende

Ich begrüße Sie herzlich zum 70. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V., den drittgrößten Urologenkongress weltweit, der dieses Jahr unter dem Motto „Tradition, Innovation und Verantwortung“ steht. Unter Tradition verstehe ich die Überlieferung von Wissen, Können und Fertigkeiten, aber auch von Grundwerten. Tradition bestimmt unser ärztliches Selbstverständnis und manchmal unbemerkt, unser tägliches Tun.

Innovationen in der Forschung, in der medikamentösen und immunologischen uroonkologischen Therapie sowie in der operativen Urologie kennzeichneten bisher die Urologie, heute findet sich Innovation in der personalisierten Urologie wieder. Personalisierung ist mittlerweile unverzichtbarer Bestandteil gezielter Strategien in der Prävention, Früherkennung, Diagnostik und Therapie.

In vielen Fällen ist es möglich, maßgeschneiderte Urologie zu betreiben und für jeden einzelnen Patienten auf ihn abgestimmte Verfahren auszuwählen. Wir müssen uns also auf einen grundlegenden Kurswechsel in der Urologie vorbereiten. Positivbeispiel für Innovation ist z. B. auch der intelligente Operationssaal, die natürliche Weiterentwicklung der robotischen Chirurgie, die gerade in der Urologie ihre kongeniale Entwicklungsmöglichkeit gefunden hat.

Der intelligente OP denkt mit und voraus, kann kritische Situationen identifizieren und vor Risiken warnen. Der OP-Saal der Zukunft wird eine hochtechnologisierte Umgebung, die den Operateur sinnvoll unterstützt ohne ihn zu ersetzen.

Negativbeispiel ist die Digitalisierung. Nach der bereits abgeschlossenen Passage von analog zu digital befinden wir uns jetzt in einer Phase, die exponentiell wächst. In Deutschland haben wir einen deutlichen Nachholbedarf: Gesundheits-Apps, elektronische Patientenakten, individuelle Gesundheitsclouds, Telemedizin u. a. können uns den Sprung in eine bessere Medizin verschaffen, allerdings benötigen wir dazu strategische Entscheidungen und Voraussetzungen, angefangen von der banalen Verbesserung des Breitbandnetzes über eine Veränderung unseres Berufsbildes bis hin zur Entstehung neuer Berufsbilder, wie z. B. eine Fachkraft für digitale medizinische Dienste, eine Robotic-Nurse oder Gesundheitsdatenmanager.

Wir müssen die bereits begonnene revolutionäre Innovation auf digitaler Ebene konsequent begleiten und steuern, sonst wird sie uns zerstören. Eine medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft ist in der Pflicht, sich übergeordneten gesundheitspolitischen Problemen zu widmen, das ist Verantwortung.

Vor dem Hintergrund des katastrophalen Organspendemangels in Deutschland hat sich die Deutsche Gesellschaft für Urologie Anfang 2018 klar für die Widerspruchslösung ausgesprochen und eine Reihe von Systemkorrekturen gefordert. Diesen Forderungen der DGU folgten die Deutsche Transplantationsgesellschaft (DTG), die Deutsche Gesellschaft für Nephrologie (DGfN) und die Deutsche Gesellschaft für Transfusionsmedizin. Am Tag der Organspende, am 2. Juni 2018 sowie im Rahmen des Parlamentarischen



Abends am 3. Juli 2018 hat die DGU ihre Forderungen klar und deutlich bekräftigt und erneuert. Mittlerweile hat sich in Deutschland die Wahrnehmung des Problemfeldes geändert, Bundesärztekammer und Deutscher Ärztetag haben sich eindeutig zur Widerspruchslösung bekannt. Die Politik hat den Handlungsbedarf schnell erkannt und erfreulicherweise prompt reagiert. Der aktuelle Gesetzesentwurf sieht Verbesserungen in den von der DGU angemahnten Bereichen vor.

Am 3. September bekannte sich Gesundheitsminister Spahn öffentlich zur Widerspruchslösung und er wird gemeinsam mit SPD-Gesundheitsexperten Karl Lauterbach einen Antrag zur Widerspruchslösung koordinieren.

Als Präsident der Deutschen Gesellschaft für Urologie freue ich mich außerordentlich über diese Entwicklung und bin stolz darauf, dass die von der DGU mit angestoßene und fortgeführte Diskussion eine Entwicklung im Sinne unserer Patienten erfahren hat.



Neues aus den Leitlinien:

Die Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU) ist sehr aktiv in der Erstellung hochwertiger Leitlinien, sowohl in Bezug auf die fachspezifischen malignen Tumore, als auch andere häufige urologische Erkrankungen wie Steinleiden, Prostatahyperplasie oder Harnwegsinfekte. Aktuell verfügt die Urologie über 15 fachspezifische Leitlinien. Der höchste Grad einer Leitlinie ist eine S3-Leitlinie. Sämtliche uroonkologischen Leitlinien haben diesen S3-Status. Der Prozess der Leitlinienerstellung wird von der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich-Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) vorgegeben und durch die Zusammenarbeit auch begleitet. Eine der wichtigsten Vorgaben ist die Interdisziplinarität der Leitlinien-gruppe. Je höher der S-Grad einer Leitlinie, umso höher ist die Evidenz der Empfehlungen. So bedarf es bei einer S3-Leitlinie einer systematischen Literatursuche, wobei jeder Artikel einem Bewertungsprozess unterzogen werden muss. Dies garantiert, dass die Leitlinie die aktuellsten, hochwertigsten Studien im Zusammenhang mit einer Erkrankung berücksichtigt.

Hinsichtlich der uroonkologischen Leitlinien wurde die erste S3-Leitlinie zum Prostatakarzinom bereits 2009 fertiggestellt und mehrfach aktualisiert. 2015 und 2016 folgte die Fertigstellung der S3-Leitlinien zum Nierenzell- und Blasenkarzinom. Ende 2018 wird die S3-Leitlinie zum Hodentumor abgeschlossen werden und 2019 die zum Peniskarzinom. Da gerade bei den Tumorerkrankungen insbesondere die medikamentöse Therapie einer rasanten Entwicklung unterliegt, werden die entsprechenden Leitlinien nun als living guidelines überarbeitet, d.h., dass die bisher dreijährige Aktualisierung nun durch einen vereinfachten Prozess jährlich erfolgt. So gibt es bereits ein erstes Addendum für die Leitlinie zum Nierenzell- und Blasenkarzinom.

Ein wichtiger Bestandteil der onkologischen Leitlinien sind sogenannte Qualitätsindikatoren. Diese werden z.B. bei der Zertifizierung von Organzentren durch die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) herangezogen. Für die DGU tragen solche Qualitätsindikatoren in den Leitlinien zur Qualitätssicherung bei der Diagnostik und Therapie urologischer Erkrankungen bei. Qualitätsindikatoren werden in Zukunft im Gesundheitswesen aber sicher auch beim Benchmarking von Bedeutung sein. Welche öffentliche/politische Bedeutung eine Leitlinie haben kann, zeigt die S2k-Leitlinie zu Varianten der Geschlechtsentwicklung. Diese Leitlinie zeichnete sich insbesondere durch die Mitarbeit von Selbsthilfegruppen aus. Die Leitlinie wird aktuell bei der Erarbeitung einer Gesetzesvorlage zum Thema von geschlechtsangleichenden Maßnahmen im Kleinkindesalter herangezogen.

Neben den von der DGU selbst initiierten Leitlinien entsendet die DGU Mandatsträger für fachfremde Leitlinien, bei denen urologische Aspekte eine Rolle spielen, z.B. „Polytrauma/Schwerverletzten-Behandlung“, was die Interdisziplinarität sichert. Hier beläuft sich die Zahl aktuell auf 35 Leitlinien. Ganz wichtig ist die Mitarbeit bei sogenannten Querschnittsleitlinien, wie z.B. der Leitlinie zur Palliativmedizin oder Thromboseprophylaxe, deren Inhalt auch für das eigene Fach von vorrangiger Bedeutung ist. Für die notwendigen Arbeitsschritte im Rahmen einer Leitlinienerstellung steht bei der DGU das Team von UroEvidence bereit. Dies kümmert sich um die Literatursuche samt Evidenzbewertung aber auch, wenn von den Koordinatoren einer Leitlinie gewünscht, um die Logistik. Die Fachexperten für die Erarbeitung der verschiedenen Leitlinien kann die DGU aus den zahlreichen Arbeitskreisen bereitstellen. Leitlinienarbeit und Qualitätssicherung stellen eine wichtige Aufgabe unserer Fachgesellschaft dar und werden wie dargestellt entsprechend realisiert.



HPV-Impfung für Jungen und Urologische Themenwoche

Am 28. Juni 2018 rief die Ständige Impfkommission (STIKO) im Epidemiologischen Bulletin des Robert Koch-Instituts erstmalig zur HPV-Impfung der Jungen auf. Die STIKO ändert damit grundlegend die HPV-Impfempfehlung aus dem Jahre 2007, die 2009 bestätigt und 2014 bezüglich des Impfalters modifiziert wurde. In den letzten 12 Jahren zielte die offizielle HPV-Impfempfehlung allein auf die Prävention von Gebärmutterkrebs und strategisch auf die Mädchenimpfung ab.

Die Impfraten und Impfergebnisse blieben hierzulande in dieser Zeit weit hinter den Erwartungen und Erfahrungen mit HPV-Impfprogrammen in anderen Ländern zurück. Nicht einmal 45% der Mädchen wurden bei fehlender Jungenimpfung freiwillig geimpft. Damit blieb der überwiegende Teil der Mädchen ungeschützt und eine verlässliche Herdenschutz-Immunität für die Jungen konnte sich nicht ausbilden. Ausgerechnet Deutschland, das Land, welches entscheidend zur HPV-Forschung und – Impfstoffentwicklung beitrug und dessen berühmtester HPV-Forscher, Harald zur Hausen, 2008 dafür mit dem Nobelpreis für Medizin ausgezeichnet wurde, verpasste bereits über mehr als ein Jahrzehnt die Chance zum impfmedizinischen HPV-Schutz seiner Bevölkerung. Mittlerweile ist längst bekannt, dass nicht allein der Gebärmutterkrebs, sondern gutartige Warzen der Genitalregion und andere bösartige Tumore der Genitalregion und des Mund-Rachenraumes bei Frau und Mann durch HPV-Impfung verhindert werden können. So erkranken HPV-bedingt Männer in Deutschland an Krebs des Darmausganges (600), des Penis (250) und des Mund-Rachenraumes (750). Im Vergleich hierzu sind aber gutartige HPV-Warzenwucherungen im

After-Genitalbereich der Männer wesentlich häufiger (ca. 160.000/ Jahr). Spätestens seit 2011 wurden deshalb in zahlreichen Ländern und verschiedenen Kontinenten weltweit HPV-Impfprogramme auch für Männer eingeführt. Im Vergleich zu diesen Ländern und solchen mit erfolgreichen Schulimpfprogrammen für Mädchen drohen Deutschland deshalb zukünftige Spitzenränge in den Statistiken HPV-assoziiertem Tumore.

Wie von der Deutschen Gesellschaft für Urologie seit Jahren gefordert, erfolgte jetzt die Änderung der STIKO-HPV-Impfempfehlung: Das Impfziel umfasst nunmehr die Krankheitslast aller HPV-assoziierten Tumore. Das sind die ungefähr hundertfach häufigeren Anogenitalwarzen neben den vielfach bedrohlicheren Karzinomen beider Geschlechter, ohne diese HPV-assoziierten Tumore als Krankheitslast gegeneinander gewichten zu können. Impfstrategisch sieht die STIKO nun die geschlechtsneutrale HPV-Impfung aller Kinder von 9 bis 17 Jahren vor, wobei idealerweise noch vor sexueller Aktivität und Orientierung mittels Zwei-Dosen-Impfung, ab 15 Jahren mit Dreifach-HPV-Impfung, geschützt werden soll.

Die erfolgreiche Implementierung der HPV-Jungenimpfung dürfte in Deutschland eher schwierig, keinesfalls selbstverständlich werden. Den Pädiatern kommt dabei weiterhin impfmedizinisch die größte Bedeutung zu. So zeitig wie möglich sollten Jungen beispielsweise bei einer U11-Untersuchung geimpft werden, da spätere J1- oder J2-Untersuchungen im Alter von 12-14 bzw. 16-17 Jahren bei Pädiatern nur selten in Anspruch genommen werden. Anders als Mädchen, die bis zu Volljährigkeit sich gynäkolo-



gisch in über 90% ärztlich untersuchen lassen, werden männliche Teenager in Deutschland nicht regelmäßig ärztlich vorstellig. Bis zur Volljährigkeit der Jungen müssen somit alle ärztlichen Berufsgruppen jede sich bietende Chance zur HPV-Impfung nutzen, um möglichst hohe Impfraten erzielen zu können. Urologen sehen gerade in ihren Jungensprechstunden geeignete Versorgungsstrukturen, um sich an dieser interdisziplinären impfmedizinischen Aufgabe zu beteiligen.

Die DGU veranstaltet im November 2018 eine eigene HPV-Themenwoche, um die Implementierung der HPV-Jungenimpfung in Deutschland nachhaltig zu unterstützen. Hierzu sind neben gezielten Medienangeboten für Kinder und Jugendliche auch Informationsmaterialien geplant, um Ärzte zu unterstützen sowie Eltern und Großeltern auf die Impfung ihrer Kinder zur Erhaltung der sexuellen Gesundheit hinzuweisen.



Aktuelles aus der Berufspolitik

Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) Was hat der Patient davon?

In Anbetracht des soziodemografischen Wandels der Gesellschaft sehen wir uns in der Gesundheitsversorgung in der Tat großen Herausforderungen gegenüber. Im Vordergrund steht die Alterung der Bevölkerung, dazu kommen Fehlsteuerungen in der medizinischen Versorgung und ein eklatanter Mangel in der pflegerischen Versorgung.

Allen ärztlichen Fachgruppen voran, sorgt der demografische Wandel in der urologischen Versorgung in Praxen und Kliniken für ein vermehrtes Patientenaufkommen von mehr als 20 Prozent.

Dass der Gesetzgeber vor diesem Hintergrund Anstrengungen zur Verbesserung der ambulanten Versorgung und der Terminvergabe unternimmt, kann der Berufsverband der Deutschen Urologen e.V. (BvDU) folglich nur begrüßen. Der von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn vorgelegte Referentenentwurf zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) kann die vorhandenen Probleme aber nach unserer Einschätzung nicht lösen und wird nicht mehr Sprechstunden für die Patienten generieren. Vor allem die vorgesehene populär-politische Erhöhung der Mindestsprechstundenzeiten ist vielmehr dazu angetan, das Arzt-Patienten-Verhältnis weiter zu untergraben, denn es suggeriert, Ärzte arbeiteten nicht genug für ihre gesetzlich krankenversicherten Patienten.

Kernstücke des geplanten TSVG sind der Ausbau der Terminservicestellen (TSS) auf ein 24-Stunden-Angebot an 7 Tagen in der Woche sowie, voraussichtlich ab 1. April 2019, eine Erhöhung der Sprechzeiten für gesetzlich Krankenversicherte von

bisher 20 auf dann mindestens 25 Stunden pro Woche, davon bei grundversorgenden Vertragsärzten 5 offene Sprechstunden ohne feste Terminvergabe. Große Effekte erwartet der BvDU nicht, denn das Gesetz geht an der Versorgungsrealität vorbei: Terminservicestellen vermitteln heute, von der Gruppe der Psychotherapeuten abgesehen, nur einen Bruchteil der Termine. In einer aktuellen Umfrage des Ärztenachrichtendienstes (ÄND) etwa gaben 95 Prozent der 1400 befragten Ärzte an, dass die eigene Praxis nie oder nur extrem selten von der TSS mit Terminanfragen konfrontiert werde. Demgegenüber steht zu befürchten, dass ein 24/7-Service bei den Patienten unhaltbare Erwartungen schürt und den Anspruch auf permanente Verfügbarkeit ärztlicher Leistung weckt.

Die per Gesetz verpflichtende Mindestsprechstundenzeit wird laut ÄND-Umfrage von 85 Prozent der Ärzte, also der überwältigenden Mehrheit bereits heute überschritten. Eine 2016 veröffentlichte Analyse des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) zeigt zudem: Lediglich 8,1 Prozent der Einzelpraxen weisen wöchentliche Betriebszeiten, in denen der Arzt in der Praxis ist, von weniger als 25 Stunden auf. Bei den Fachärzten liegt die durchschnittliche Betriebszeit demnach bei 40,8 Stunden pro Woche.

Gerade die niedergelassenen Urologinnen und Urologen leisten schon heute weitaus höhere als die nun geforderten Sprechstundenzeiten.

Fazit: Mehr offene Sprechstunden für gesetzlich krankenversicherte Patienten statt Terminsprechstunden bringen unter der geltenden Budgetierung



im Ergebnis nicht mehr Sprechstunden. Um dem vermehrten Versorgungsbedarf effektiv gerecht zu werden ist stattdessen die vom BvDU und dem Spitzenverband Fachärzte Deutschlands (SpiFa) lange geforderte Entbudgetierung notwendig.

Die im TSVG vorgesehenen Anreize durch eine extrabudgetäre Vergütung zum Beispiel bei der Neuaufnahme von Patienten wirken nur, wenn die neue Leistung auch tatsächlich neues Honorar in der Gesamtvergütung bedeutet und am Ende nicht nur auf eine veränderte Honorarverteilungsquote und neue Honorarverteilungsmaßstäbe hinausläuft.

Heute werden durchschnittlich 30 Prozent der von niedergelassenen Urologinnen und Urologen erbrachten Leistungen nicht vergütet. Aber: Ohne Budgets gäbe es die Chance auf mehr Sprechstundenzeiten, schnellere Termine und eine bessere Versorgung in der GKV für die Patientinnen und Patienten. Dies wäre dann eine echte und nachhaltige Verbesserung der Versorgung im Sinne der Patienten.



Zukunftsoffensive 2030 – wo steht das Fach Urologie heute und morgen?

Die Versorgungsherausforderung der demografisch prognostizierten Steigerung des urologischen Versorgungsbedarfes um 20 Prozent wird von der Deutschen Gesellschaft für Urologie aktiv gestaltet.

Mit der „Zukunftsoffensive Urologie 2030“ reagiert die Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU) auf diese Veränderungen und hat einen Maßnahmenkatalog erstellt, um eine hochwertige urologische Versorgung unter den Bedingungen einer alternden Gesellschaft zu gewährleisten. Was sagt die Prognose im Detail? Die Fachgruppe der Urologie hat gemäß Statistik des Zentralinstitutes für die kassenärztliche Versorgung (ZI) aus dem Jahre 2012 mit 50% den größten Anteil an Patienten/-innen über 65 Jahren. Gemäß gleicher Statistik haben über 60-jährige Patienten/-innen den 6-fachen Leistungsbedarf innerhalb der Urologie im Vergleich zu Patienten/-innen, die jünger als 60 Jahre sind. Über alle Fachgruppen hinweg beträgt der vermehrte Leistungsbedarf der über 60-Jährigen nur das 1,8-Fache. Bis 2025 wird eine Zunahme der über 64-Jährigen von 20,5% berechnet. Gemäß ZI ist der demografiebedingte Anstieg über alle anderen Fachgruppen hinweg in der Urologie mit 20% mit Abstand am höchsten. Dies gilt gleichermaßen für die ambulante und die stationäre Versorgung wie eine Studie von Deloitte belegt.

Um das Zukunftsfach Urologie insbesondere für angehende Ärzte besonders attraktiv zu machen, wurde in Kooperation mit der GeSRU die Arbeitsgemeinschaft „Junge Urologen“ ins Leben gerufen, die sich schwerpunktmäßig mit der Entwicklung und Förderung von Konzepten zur Nachwuchsför-

derung, Verbesserung der Weiterbildung, Modellen zur besseren Vereinbarkeit von Freizeit/Familie und Beruf sowie der Vereinbarkeit von klinischer und wissenschaftlicher Tätigkeit befasst.

Die DGU gibt außerdem anderen Gruppierungen stärker als bisher eine Stimme. So wurde die Liste der AGs auch um die „AG ambulante Urologie“ und die „AG Oberärzte“ erweitert. Gemeinsam mit den bereits länger existierenden AGs, der „AG leitenden Krankenhausärzte“ und der „AG Lehrstuhlinhaber“, sind damit noch mehr Mitgliedsebenen der DGU unmittelbar repräsentiert. In den einzelnen AGs und untereinander werden Konzepte ausgearbeitet werden, wie die steigende Zahl der betagten und hochbetagten Patienten in allen Bereichen besser urologisch versorgt werden können.

Die Deutsche Gesellschaft für Urologie positioniert sich darüber hinaus im wahrsten Sinne des Wortes zu weiteren zentralen urologischen Themen. Dazu sind Positionspapiere zu wichtigen Themen wie Urologie der Frau, Kinderurologie, Nierentransplantation, Medikamentöse Tumorthherapie, Geriatrische Urologie, Forschungsförderung und Nachwuchsförderung erarbeitet worden, die in Form des Bandes „Zukunftsoffensive Urologie“ zum Kongress vorliegen. Internationale Vergleiche zeigen, dass die Deutsche Urologie mit all ihren Facetten und der autonomen Breite in Diagnostik und Therapie einzigartig ist. „Rosinenpickerei“, wie sie in anderen Ländern oder Fachgebieten zu erkennen ist, oder mangelnde Qualität wären der Anfang vom Ende, weil dann genau die häufig multimorbiden und nur aufwendig zu behandelnden betagten und hochbetagten Patienten benachteiligt werden würden.