

68. Kongress der
Deutschen Gesellschaft
für Urologie e.V.

28.09. – 01.10.2016 Congress Center Leipzig

Präsident: Prof. Dr. Kurt Miller
Direktor der Klinik für Urologie
Charité – Universitätsmedizin Berlin



DGU-Eröffnungs-Pressekonferenz

29. September 2016

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

vom 28. September bis 1. Oktober 2016
in Leipzig



Inhalt der Pressemappe

Teilnehmerliste der DGU-Eröffnungs-Pressekonferenz

Vorträge

Univ.-Prof. Dr. med. Paolo Fornara

Nierentransplantation - Lebendspende
Vorentwurf der Richtlinie erstellt und innovatives
Operationsverfahren etabliert

PD Dr. med. Dr. phil. Johannes Huber

Evaluationsergebnisse der Entscheidungshilfe
Prostatakrebs aus den ersten drei Monaten

Prof. Dr. med. Oliver Hakenberg

Aktuelle Erkenntnisse zur PLCO-Studie erfordern
Neueinschätzung des PSA-Testes

Dr. med. Axel Schroeder

Urologische Versorgung für Patienten in Pflege-
und Altenheimen

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: Presse68

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



Teilnehmer der Eröffnungs-Pressekonferenz

Prof. Dr. med. Kurt Miller

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V.
Direktor der Urologischen Klinik und Poliklinik
Charité – Universitätsmedizin Berlin

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. 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.

Univ.-Prof. Dr. med. Paolo Fornara

2. Vize-Präsident der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V.
Direktor der Universitätsklinik und Poliklinik für Urologie
und des Nierentransplantationszentrums der Medizinischen
Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

PD Dr. med. Dr. phil. Johannes Huber

Klinik und Poliklinik für Urologie,
Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, TU Dresden



**Univ.-Prof. Dr. med. Paolo Fornara,
2. Vize-Präsident der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V.
Direktor der Universitätsklinik und Poliklinik für Urologie
und des Nierentransplantationszentrums der Medizinischen Fakultät
der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg**

Nierentransplantation - Lebendspende Vorentwurf der Richtlinie erstellt und innovatives Operationsverfahren etabliert

Trotz der Erfolge der letzten Jahrzehnte sieht sich die Transplantation weiterhin großen Herausforderungen gegenüber. Zum einen bleibt der eklatante Spenderorganmangel mit den sich daraus ergebenden immer noch offenen Fragen das Hauptproblem, zum anderen gilt es gleichzeitig, Ergebnisse und Rahmenbedingungen zu verbessern.

Dies gilt auch und insbesondere für die Lebendnierentransplantation, die in Deutschland 30 % aller Nierentransplantationen ausmacht.

Für die Nierenlebendspende liegt nun der endgültige Entwurf einer Lebendspenderichtlinie vor. Die Richtlinie ist gezielt auf den Schutz des Spenders ausgelegt.

Dieser Schutz beinhaltet eine individuelle Evaluation sämtlicher wesentlicher Umstände, die mit der Lebendspende im Zusammenhang stehen, sowie aber auch die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung nach der Lebendspende und die danach zu ergreifenden Maßnahmen inklusive der Rehabilitation sowie der lebenslänglichen Nachsorge.

In der Richtlinie finden sich also detaillierte Angaben über die einzelnen Schritte, die bei der Vorbereitung, Durchführung und Nachsorge einer Lebendspende zwingend von den jeweiligen Transplanta-



tionszentren einzuhalten sind. Damit wird eine eklatante Lücke in Deutschland geschlossen, da Deutschland europaweit das einzige Land war, das bisher über keine Richtlinie bei der Lebendspende verfügte.

Innovatives Operationsverfahren

Die roboterassistierte Chirurgie ist in der Urologie mittlerweile Routine geworden, heute werden immer komplexere onkologische Operationen robotisch assistiert durchgeführt, vorwiegend funktions- und organerhaltende Tumoroperationen an Prostata und Niere. An ausgewiesenen Zentren konnte zwar die Entnahme der Spenderniere entweder laparoskopisch oder roboterassistiert durchgeführt werden, die Transplantation der Niere selbst blieb aber bislang Domäne der konventionellen offenen Chirurgie.

Auf Initiative von Prof. Dr. Michael Stöckle, Direktor der Universitätsklinik und Poliklinik für Urologie der Universität des Saarlandes und Vorsitzender des Arbeitskreises Nierentransplantation, entstand 2015 eine Arbeitsgruppe mit dem Ziel, die robotisch assistierte Nierentransplantation in Deutschland zu implementieren. Nach eine Reihe tierexperimenteller und klinischer Vorbereitungsmaßnahmen und einer Hospitation an der Fundació Puigvert in Barcelona bei Prof. Dr. Alberto Breda, der verantwortliche Leiter des dortigen Nierentransplantationsprogrammes, konnten in Homburg (Saar) im Juni diesen Jahres die ersten beiden roboterassistierten Nierentransplantationen in Deutschland durchgeführt werden. Bei den Eingriffen erhielt Prof. Dr. Michael Stöckle Unterstützung von Prof. Breda, der diese Operationstechnik bereits 2015 an seiner Klinik etabliert hatte.

Im August konnten zwei weitere roboterassistierte Nierentransplantationen, ebenfalls mit der Unterstützung von Prof. Breda, am Transplantationszentrum der Martin-Luther-Universität in Halle (Saale), unter der Leitung von Prof. Dr. Paolo Fornara, durchgeführt werden.

Die roboterassistierte Nierentransplantation ist eine noch junge Errungenschaft der Urologie, europaweit sind erst ca. 30 Operationen dieser Art durchgeführt worden.



Durch den Einsatz des OP-Roboters ist es möglich geworden, den gesamten Vorgang einer Lebendspende minimalinvasiv durchzuführen, die Spenderniere kann ohne chirurgischen Schnitt entnommen und nun minimalinvasiv roboterassistiert ebenfalls ohne Schnitt transplantiert werden. Durch die Reduzierung des chirurgischen Traumas wird die Belastung für Spender und Empfänger geringer, die deutlich besseren Sichtverhältnisse bei der roboterassistierten Transplantation bieten optimale Voraussetzungen für eine optimale Durchführung der Gefäßnaht zwischen den Gefäßen der Spenderniere und denen des Empfängers. Deutschland ist europaweit bereits das vierte Land, in dem roboterassistierte Operationstechniken auch in der Nierentransplantation eingesetzt werden. Die Reduzierung des operativen Traumas spielt bei der Lebendspende eine besondere Rolle, da verständlicherweise dies beim Spender an oberster Stelle steht und beim immunsupprimierten Empfänger typische Komplikationen der offenen Chirurgie reduziert.



**PD Dr. med. Dr. phil. Johannes Huber,
Klinik und Poliklinik für Urologie, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus,
TU Dresden**

Evaluationsergebnisse der Entscheidungshilfe Prostatakrebs aus den ersten drei Monaten

Die Therapieentscheidung beim lokalisierten Prostatakarzinom ist besonders anspruchsvoll, da sehr verschiedene Behandlungsoptionen gegeneinander abgewogen werden müssen. Für diese wichtige Indikation mit etwa 60.000 Neudiagnosen pro Jahr ist nun seit dem 01. Juni 2016 die Entscheidungshilfe Prostatakrebs kostenlos online verfügbar. Das Angebot wurde auf Basis der aktuellen deutschen S3-Leitlinie unter dem Dach der Patienten-Akademie der Deutschen Urologen entwickelt. Diese Initiative tragen die Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V. und der Berufsverband der Deutschen Urologen e.V. gemeinsam. Die Umsetzung besorgte die Firma ASD Concepts mit freundlicher Unterstützung der Firma Takeda.

Für den Urologen ist dabei der gesamte Ablauf analog gestaltet und es sind von ärztlicher Seite keine Eingaben in dem Online-Portal nötig (**Abbildung 1**). Die Entscheidungshilfe Prostatakrebs vermittelt dem Patienten über Videosequenzen mit einem betreuenden Arzt (Schauspieler) die relevanten Informationen zu seiner Erkrankung und möglichen Behandlungsformen (**Abbildung 2**). Durch Eingaben des Patienten können klinische Parameter in die Details der angebotenen Information einfließen. Anschließend bewertet der Patient die möglichen Nebenwirkungen sowie die Vor- und Nachteile der einzelnen Behandlungsoptionen. Zum Schluss kann der Patient alle Angaben als Zusammenfassung ausdrucken und in das folgende Gespräch zu seinem betreuenden Urologen mitnehmen. Insgesamt überblickt der Patient die Folgen der einzelnen Therapieentscheidungen so besser und kann nach Reflexion seiner eigenen Prioritäten im Gespräch mit seinem behandelnden Arzt eine informierte Entscheidung treffen. Zugleich spart der



Urologe Zeit für die allgemeine Basisinformation und kann gezielt auf die offenen Fragen seines Patienten eingehen.

Von Juni bis August 2016 nutzten 319 Patienten die Entscheidungshilfe Prostatakrebs, wobei die monatliche Nutzerzahl kontinuierlich anstieg. 219 Nutzer (68,7%) beantworteten alle Fragebögen innerhalb der Entscheidungshilfe Prostatakrebs vollständig. Ihr mittleres Alter lag bei $66,1 \pm 8,0$ Jahren. Das onkologische Risiko war bei 30,3% niedrig, bei 43,6% mittel und bei 26,1% hoch. Auffälligkeiten im psychoonkologischen Screening fanden sich bei 29,2% für eine Depression und bei 29,7% für eine Angstproblematik. Die psychische Belastung erschien bei 34,2% auffällig hoch. Mit 57,5% nutzte die Mehrheit das Angebot gemeinsam mit ihrem Partner, 35,1% alleine und 5,5% mit ihren Kindern. 54,8% waren mit der Entscheidungshilfe Prostatakrebs „sehr zufrieden“ und 32,0% „zufrieden“; damit liegt die Gesamtzufriedenheit bei etwa 87%.

Die Entscheidungshilfe Prostatakrebs etabliert sich bei kontinuierlich steigenden Nutzerzahlen gut in der deutschen Urologie. Etwa 30% der Nutzer zeigt eine relevante psychische Belastung. Dies offenbart die Notwendigkeit eines psychoonkologischen Screenings für diese Patientengruppe. Mit 87% Zufriedenheit erhält das Angebot von den Patienten eine sehr positive Gesamtbewertung. Die Mehrheit nutzt die Entscheidungshilfe Prostatakrebs gemeinsam mit dem Partner oder anderen Vertrauten. Dies zeigt einen weiteren Vorteil multimedialer Angebote gegenüber Printmedien. Die weitere wissenschaftliche Begleitung wird zu diesem Vergleich genauere Erkenntnisse liefern.

Nach Etablierung der Entscheidungshilfe sollen ihre Effekte in einer randomisierten Evaluationsstudie gemessen werden. So lässt sich der mögliche Mehrwert der Entscheidungshilfe Prostatakrebs beurteilen. Um auch längerfristige Effekte erfassen zu können, erhält der Patient hierfür nach vier Wochen und etwa ein Jahr nach seiner Behandlung nochmals die Einladung zu einer Fragebogenerhebung. Für den betreuenden Urologen entsteht dadurch kein zusätzlicher Aufwand. Zusätzlich entstehen hieraus Versorgungsdaten, die in dieser Tiefe einzigartig wären. Die Datenerhebung von



Patientenseite erweist sich hier als großer Vorteil, da besonders die funktionellen Ergebnisse von großer Relevanz sind.

Dabei bleibt das zentrale Anliegen, den Betroffenen eine zeitgemäße und individuell auf sie zugeschnittene Information anzubieten. Durch gezielt vorinformierte und zufriedene Patienten profitieren schließlich auch das Arzt-Patienten-Verhältnis und damit der betreuende Urologe.

Wie erhalten Urologen Zugangskarten für ihre Patienten?

Der Bezug der Unterlagen und die Verwendung der Entscheidungshilfe Prostatakrebs sind kostenlos. Es genügt eine formlose Bestellung – telefonisch oder per Email:

Telefon: 030 - 2 06 27 70

E-Mail: bestellung@entscheidungshilfe-prostatakrebs.de

Testzugang für Urologen:

www.entscheidungshilfe-prostatakrebs.de

Benutzer: 4001

Passwort: cukucf

Informationsvideos:



Übersicht (3:11 Minuten)

<https://youtu.be/t4LU4Az7Bjl>



Tutorial (20:32 Minuten)

<https://youtu.be/Rnc0Ujq4aGI>

Weitere Informationen:

www.entscheidungshilfe-prostatakrebs.info

E-Mail: info@entscheidungshilfe-prostatakrebs.de



Abbildung 1: Integrale Einbindung in den Arzt-Patienten-Kontakt

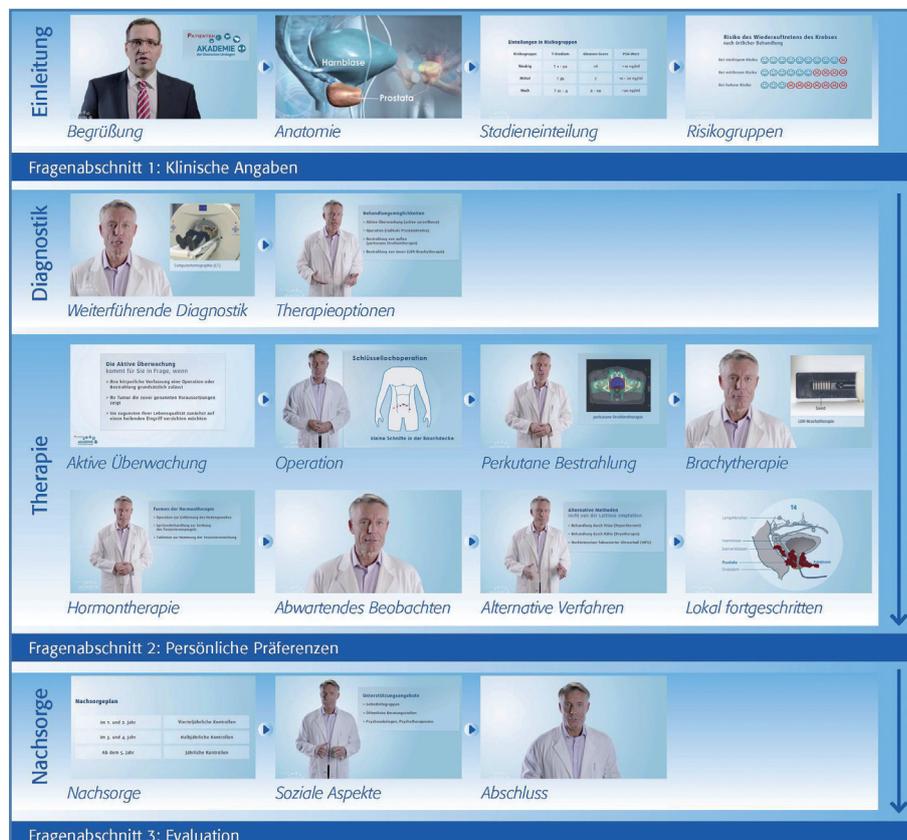


Abbildung 2: Übersicht der Entscheidungshilfe Prostatakrebs



**Prof. Dr. med. Oliver Hakenberg,
Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V.
Direktor der Klinik und Poliklinik für Urologie, Universitätsklinikum Rostock**

PSA-Test und Früherkennung – Fälschungen in US-amerikanischer Studie

2009 veröffentlichte das New England Journal of Medicine (1) die Ergebnisse einer großen US-amerikanischen Studie zur Vorsorge- bzw. Früherkennungsuntersuchung (Screening) für das Prostatakarzinom mittels der PSA-Untersuchung. Es handelte sich um den Prostatakrebs-bezogenen Teil einer größeren Screening-Studie (Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian (PLCO) Cancer Screening Trial). Für diese große Prostatakrebsstudie waren zwischen 1993 und 2001 insgesamt 76.693 Männer gewonnen worden, die an 10 Studienzentren betreut wurden. Die Studienteilnehmer wurden per Zufallsentscheid (randomisiert) jeweils einer von zwei Gruppen zugeteilt. Die erste Gruppe (38.343 Teilnehmer) wurden über 6 Jahre jährlich einer Früherkennungsuntersuchung mittels PSA-Test und einer rektalen Untersuchung unterzogen. Die zweite Gruppe (38.350 Teilnehmer) erhielt keine Früherkennungsuntersuchungen.

Das Ziel der Studie war es, festzustellen, ob die Prostatakrebsfrüherkennung tatsächlich zu einer vermehrten Diagnose von Prostatakrebs führen würde und ob, da die Männer mit entdecktem Prostatakrebs behandelt wurden, dies in der Screening-Gruppe die Sterblichkeit (Mortalität) am Prostatakrebs deutlich reduzieren würde.

Bereits bei der Durchführung der Studie wurde klar, dass auch in der Kontrollgruppe bei etlichen Teilnehmern durchaus PSA-Tests stattgefunden hatten, nämlich bei 40-50% der Teilnehmer in der Kontrollgruppe (im Text der Publikation berichtet als „approximately 50% of men in the control group received at least 1 PSA test during the study.“)



Die Endauswertung ergab dann deutlichen einen Unterschied in der Zahl der aufgetretenen Prostatakarzinome zwischen Screening- und Kontrollgruppe, nämlich 22% mehr in der Screening-Gruppe (2.820 gegenüber 2322, angegeben pro 10.000 Personen-Jahre 116 bzw. 95), aber keinen wesentlichen (signifikanten) Unterschied in der Prostatakarzinom-bedingten Mortalität, nämlich 50 bzw. 44 Fälle (angegeben als Mortalität pro 10.000 Personen-Jahre 2,0 bzw. 1,7).

Die Autoren folgerten, dass eine PSA-basiertes Screening zur Früherkennung des Prostatakarzinoms sinnlos sei, da es die Mortalität am Prostatakrebs überhaupt nicht beeinflussen könnte und darüber hinaus auch Risiken beinhalte.

Die Veröffentlichung dieser Ergebnisse hatte enorme gesundheitspolitische Auswirkungen. In den USA, einst das Land des flächendeckenden PSA-Screenings, geriet der PSA-Test völlig in Verruf. Dies gipfelte darin, dass in den USA vom PSA-Test als Früherkennungsmaßnahme aufgrund der Empfehlung einer interdisziplinären medizinischen Arbeitsgruppe (U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF)) abgeraten wurde. Infolgedessen ging die PSA-Anwendung in den USA erheblich zurück und auch die Zahl der diagnostizierten Prostatakarzinome ist in den USA seitdem rückläufig.

Jetzt wurden die Daten der PLCO-Studie von anderen Wissenschaftlern anhand der Auswertung gleichzeitig vorgenommener Befragungen der damaligen Studienteilnehmer überprüft (2). Dabei wurde festgestellt, dass sich seinerzeit weitaus mehr Teilnehmer der Kontrollgruppe außerhalb der Studie weiterhin PSA-Tests unterzogen hatten, nämlich insgesamt 90%. Dies bedeutet, dass sich Screening- und Kontrollgruppe bezüglich der PSA-Anwendung tatsächlich nicht unterschieden und damit im Ergebnis auch keinerlei Unterschied in der Prostatakrebsmortalität gefunden werden konnte. Das damals aufsehenerregende Ergebnis, PSA-Früherkennung sei sinnlos, entpuppt sich heute als Ente.

Andere seriöse Studien, wie die Europäische Screeningstudie (ERSPC) (3), haben dagegen schon lange eine Senkung der Mortalität am Prostatakarzinom durch PSA-basierte Früherkennung



gezeigt. Deren Ergebnisse wurden aber angesichts der PLCO-Studie aus den USA angezweifelt, natürlich insbesondere in den USA selbst, wo noch immer amerikanische Studien mehr Gewicht haben als europäische.

Man mag dies als einen Skandal der Wissenschaft ansehen. Tatsache ist, dass auch in Deutschland der PSA-Test nicht zuletzt von den Kostenträgern der GKV schlecht geredet wird, aus durchaus vordergründigen Motiven.

Die Deutsche Gesellschaft für Urologie befürwortet den sachgerechten Umgang mit dem PSA-Test zur Früherkennung ausdrücklich, wie auch alle anderen nationalen und internationalen urologischen Fachgesellschaften dies tun. Unter sachgerecht ist dabei die altersbezogene Anwendung (50-65 Jahre) sowie die Beachtung des Ausgangswertes zu verstehen.

Es ist Zeit, dass in den Medien, der Öffentlichkeit und bei den Verantwortlichen im Gesundheitswesen erkannt und anerkannt wird, dass der PSA-Test einer der besten Tumormarker überhaupt ist, den es gibt. Auch sollte die Früherkennung für den häufigsten Tumor des Mannes eine ähnliche politische Bedeutung bekommen, wie es die staatliche geförderte Früherkennung des häufigsten Tumors der Frau seit Jahrzehnten hat.

(1) Andriole et al, Mortality Results from a Randomized Prostate-Cancer Screening Trial. New England Journal of Medicine, 2009

(2) Shoag & Hu, Letter to the editor, New England Journal of Medicine, 2016

(3) Screening and prostate cancer mortality: results of the European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) at 13 years of follow-up. Schröder FH et al, Lancet. 2014;384(9959):2027-35.

Abb.1 Kein Unterschied in der Mortalität am Prostatakrebs in der Screening- und der Kontrollgruppe in der PLCO-Studie (Andriole et al, Mortality Results from a Randomized Prostate-Cancer Screening Trial. New England Journal of Medicine, 2009)

B Prostate-Cancer Deaths

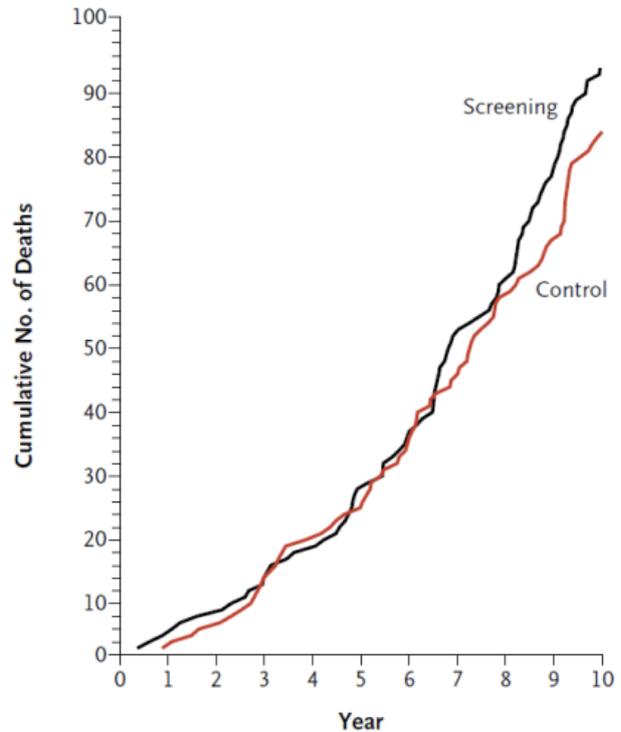
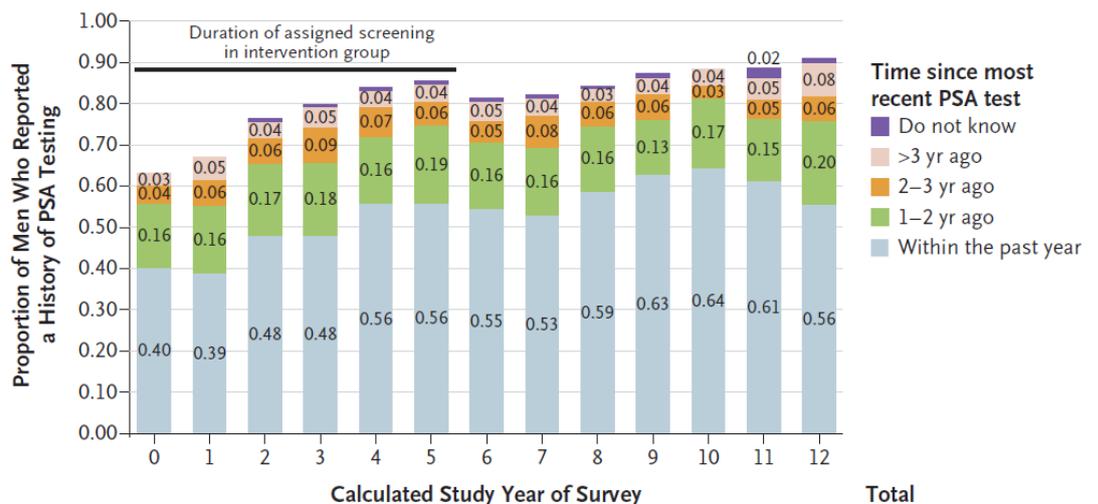


Abb.2 Ausmaß der PSA-Testung unter Teilnehmern der Kontrollgruppe im PLCO-Trial (aus Shoag & Hu, Letter to the editor, New England Journal of Medicine, 2016)



	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Total
Unknown if tested (no.)	14	38	35	46	41	33	24	17	19	15	13	16	7	318
Not tested (no.)	68	144	96	88	71	60	54	47	40	35	25	24	9	761
Tested (no.)	116	292	309	346	370	354	235	217	212	242	189	188	90	3160
Proportion tested														
Main analysis	0.63	0.67	0.76	0.80	0.84	0.86	0.81	0.82	0.84	0.87	0.88	0.89	0.91	0.81
Sensitivity analysis	0.59	0.62	0.70	0.72	0.77	0.79	0.75	0.77	0.78	0.83	0.83	0.82	0.85	0.75



**Dr. med. Axel Schroeder,
Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Urologen e.V.**

Urologische Versorgung für Patienten in Pflege- und Altenheimen

Neue Rahmenbedingungen ermöglichen mehr urologische Versorgung für Patienten in Pflege- und Altenheimen, allerdings noch nicht für Patienten in der häuslichen Pflege. Die Delegation an nicht-ärztliche Praxismitarbeiter (NÄPA) ist für Fachärzte unzureichend geregelt. Motto: Versorgungsproblem erkannt, Problem aber nicht gelöst!

Die Urologie zählt zu den medizinischen Fachgebieten, die mit dem demografischen Wandel der Gesellschaft am stärksten konfrontiert sind. Zahlreiche altersassoziierte Erkrankungen werden von dieser Facharztgruppe versorgt, und der Berufsverband der Deutschen Urologen e.V. (BDU e.V.) geht für die kommenden Jahre von Zuwächsen der entsprechenden Fallzahlen um die 30 Prozent aus. Einen Schwerpunkt stellen dabei pflegebedürftige Menschen dar, zu Hause und insbesondere diejenigen, die in stationärer Pflege das Haus nicht mehr ohne Weiteres verlassen können und von fachärztlicher Versorgung weitgehend abgekoppelt sind. Seit Jahren hat sich der BDU e.V. dafür engagiert, strukturiert mehr fachärztliche Leistungen zu diesen Patienten in Alten- und Pflegeheimen zu bringen. Viel Zeit hat es gebraucht, aber zum 1. Juli 2016 ist der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) nun um die neuen Kapitel 37 und 38 erweitert worden. Kapitel 37 umfasst die extrabudgetäre Vergütung von Leistungen der Kooperation und Koordination in Pflegeheimen, Kapitel 38 die von delegationsfähigen Leistungen durch nicht-ärztliche Praxisassistenten.

Fach- und Hausärzte können die neuen Leistungen jetzt abrechnen, sofern sie mit einem Pflegeheim einen entsprechenden Kooperationsvertrag haben. Die Initiative für einen Vertragsabschluss kann sowohl vom Pflegeheim als auch vom Arzt ausgehen.



Den detaillierten Rahmen für solche Verträge hatten die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband bereits zum 1. Januar 2014 mit ihrer „Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V zur Förderung der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung in stationären Pflegeheimen“ geschaffen, die als Anlage 27 den Bundesmantelvertrag erweitert. Regelungen einer Vergütung der zusätzlichen Leistungen der Vernetzung, Kommunikation und Zusammenarbeit aller beteiligter Berufsgruppen ließen indes bis Juli 2016 auf sich warten. Nun hat der Gesetzgeber endlich die Förderung der kooperativen und koordinierten Versorgung in Pflegeheimen im Hospiz- und Palliativgesetz vorgegeben.

Für die Patienten in Pflegeheimen bringen Verträge ihrer Einrichtung mit Fach- und Hausärzten konkrete Verbesserungen: Kooperierende Vertragsärzte verpflichten sich zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten, ärztlichen Präsenz in der Einrichtung. Dazu zählen regelmäßige Sprechstunden und Visiten im Pflegeheim ebenso wie die Versorgung nach 22 Uhr oder an Wochenenden und Feiertagen. Durch die fachärztliche Versorgung vor Ort wird nicht länger jeder Notfall als Liegendtransport ins Krankenhaus gebracht werden müssen.

Zur Förderung der medizinischen Versorgung im Pflegeheim können Fachärzte Heimbefuche ihrer qualifizierten nicht-ärztlichen Praxisassistenten nur bedingt abrechnen – anders als im hausärztlichen Bereich. Zwar kann auch der Urologe bestimmte Routineaufgaben wie etwa regelmäßige Katheterwechsel an seine nicht-ärztlichen Mitarbeiter delegieren, sofern die Kassenärztliche Vereinigung dies genehmigt. Nur werden diese abweichend vom gesetzlichen Willen nicht ausreichend gefördert und vergütet. Ganz anders dagegen in der hausärztlichen Vergütung.

Hier fordert der BDU die Selbstverwaltung auf, diese Fehlregelung zu korrigieren: hohe bürokratische Hürden, viel zu viel Administration und unzureichende Honorierungen der Leistungen nicht-ärztlicher Praxisassistenten. Andernfalls werden Fachärzte sich vorläufig an Kooperationsvereinbarungen mit Alten- und Pflegeheimen nach § 119b (2) SGB V nicht beteiligen.



Faktisch wird weiterhin vorerst lediglich die Delegation im hausärztlichen Bereich deutlich gefördert, während Fachärzte abweichend vom gesetzlichen Willen von der Förderung nicht profitieren.

Unter diesen Bedingungen hat zwar der Gesetzgeber das Problem der fachärztlichen Unterversorgung erkannt und die Selbstverwaltung aufgefordert, zu handeln, aber das Problem in keiner Weise für uns Fachärzte gelöst! Das zeigt, wie schwerfällig das System mittlerweile geworden ist.

Viele Bewohner von Pflegeheimen waren noch nie bei einem Urologen: Aber bekanntlich sind in den Einrichtungen mit zunehmendem Alter rund 70 Prozent der Patienten inkontinent, jeder an Demenz Erkrankte hat Blasenfunktionsstörungen. Von den gut 2,65 Millionen Pflegebedürftigen im Land, die das Bundesgesundheitsministerium gerade aus Zahlen der sozialen Pflegeversicherung für Ende 2015 errechnet hat, werden knapp 760.000 in stationären Einrichtungen versorgt. Tendenz weiter deutlich zunehmend.

Diese Zahlen verdeutlichen die Notwendigkeit neuer fachärztlicher Versorgungsformen. Der nun eröffnete Weg ist leider ein halbherziger Schritt und muss mittels korrigierter Rahmenbedingungen auf den richtigen Weg gebracht werden. Vernetzung, Koordination und Kooperation können dann durch klare Strukturen und Voraussetzungen belebt werden.

PRESSEINFORMATION

Medizin | Urologie | 68. DGU-Kongress

68. Urologen-Kongress zwischen Ökonomie und Qualität **DGU-Präsident kritisiert Pläne zur qualitätsorientierten Krankenhausplanung**

Düsseldorf, 05.09.2016. Mit dem diesjährigen Kongressmotto „Qualität vs. Ökonomie“ rückt der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU), Prof. Dr. Kurt Miller, ein Dilemma in den Fokus der 68. DGU-Jahrestagung, das den beruflichen Alltag nahezu aller medizinischen Fachgruppen bestimmt und bereits im Frühjahr den Kongress der Chirurgen beschäftigte. Wege aus dem Spannungsfeld zwischen Ökonomie und Qualität in der Medizin will die DGU auf ihrer Jahrestagung vom 28. September bis 1. Oktober 2016 im Congress Center Leipzig (CCL) diskutieren.

Einen ersten Schritt aus dem Dilemma hat das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) im Rahmen des Krankenhausstrukturgesetzes kürzlich getan und im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) planungsrelevante Qualitätsindikatoren vorgelegt, die eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung ermöglichen sollen. Demnach soll schlechte Qualität künftig anhand der „Patientengefährdung“ bewertet werden. Kritik daran kommt nicht nur aus der Bundesärztekammer. „Qualität abzubilden und dargestellte Exzellenz zu fördern und leistungsgerecht zu vergüten, kann einen Weg aus der derzeitigen Misere bieten. Wenn statt einer ausgezeichneten Patientenversorgung aber Fehler und Risiken gemessen werden, setzen wir die von der Ärzteschaft inzwischen aufgebaute Sicherheitskultur zur Fehlervermeidung aufs Spiel“, sagt DGU-Präsident Prof. Dr. Kurt Miller. Auch die Urologen bauen mit CIRS-Urologie auf einen offenen Umgang mit Fehlern zur Steigerung der Patientensicherheit. „Es geht um Prävention, nicht um Bestrafung, die alte Muster des Vertuschens provoziert“, so Prof. Miller.

Damit ist auf dem DGU-Kongress in Leipzig für brandaktuellen Diskussionsstoff gesorgt, wo, neben Vertretern der Krankenkassen und Prof. Matthias Schrappe als Experte im Gesundheitswesen, auch der Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), Prof. Josef Hecken, erwartet wird. „Es muss unser Ziel sein, gemeinsam mit anderen Fachrichtungen auf Fehlanreize des DGR-Systems aufmerksam zu machen und nach besseren Lösungen für den Konflikt zwischen Ökonomie und Qualität in der Medizin zu suchen“, bekräftigt Prof. Miller sein Anliegen. Unter diesem Aspekt werden neben dem „Fehlermanagement“ auch die Themen „Ökonomie und Forschung“, „Versorgungsforschung“, „Mehr Qualität durch Zentren“ und „Lebensqualität“ im CCL in eigenen Foren diskutiert. Medienvertreter sind herzlich eingeladen, diese Debatten zu verfolgen.

Ein „Weiter so“ im Klinikalltag kann es für den DGU-Präsidenten nicht geben: „Wir müssen die anhaltende Spirale durchbrechen. Heute geben die Klinikleitungen den ökonomischen Druck an den ärztlichen und pflegerischen Bereich weiter und versuchen, mit möglichst wenig Ressourcen möglichst viel zu machen.“ Ein Pflegepersonalschlüssel für Krankenhäuser wie ihn der Deutsche Ethikrat fordert, ist auch für Prof. Miller eine notwendige Maßnahme, um der aktuellen Lage in den Krankenhäusern zu begegnen und die Patientensicherheit zu gewährleisten. „Eine gesetzliche Regelung für eine vorgeschriebene Mindestzahl von Ärzten gibt es ebenso wenig“, beklagt der DGU-Präsident. Der Trend, immer mehr Leistung mit immer weniger Ressourcen zu erbringen, muss auf der Basis nachvollziehbarer Berechnungsgrundlagen gestoppt werden.

Der DGU-Kongress ist die weltweit drittgrößte urologische Fachtagung, zu der in Leipzig rund 7000 internationale Teilnehmer erwartet werden. Aktueller Wissensaustausch und ein breites Fortbildungsprogramm zeichnen die Jahrestagung der Fachgesellschaft aus. Den inhaltlichen Schwerpunkt des Fortbildungsangebots bildet die Uroonkologie, da Urologen rund ein Viertel aller Krebserkrankungen in Deutschland behandeln.

Weitere Informationen:

DGU-Kongress-Pressestelle

Bettina-C. Wahlers

Sabine M. Glimm

Tel.: 040 - 79 14 05 60

Mobil: 0170 - 48 27 28 7

E-Mail: redaktion@bettina-wahlers.de

Internet: www.urologenportal.de

www.dgu-kongress.de

PRESSEINFORMATION

Medizin | Urologie | Nierenlebendtransplantation

Düsseldorf, 07.09.2016. Die Urologie in Deutschland feiert einen großen Fortschritt in der Nierenlebend-transplantation. Erstmals führten Teams um Prof. Dr. med. Michael Stöckle, Direktor der Klinik für Urologie und Kinderurologie in Homburg/Saar und Prof. Dr. med. Paolo Fornara, Direktor der Universitätsklinik und Poliklinik für Urologie und des Nierentransplantationszentrum der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, in beiden Zentren erfolgreich die innovative roboter-assistierte Nierenlebendtransplantation durch. „Die Anwendung der roboter-assistierten Operationstechnik auf die Nierentransplantation bei Lebendspende stellt eine wichtige Innovation dar, auch wenn noch nicht klar ist, wie sich dies weiter entwickeln wird“, sagt Prof. Dr. med. Oliver Hakenberg, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU).

Die roboter-assistierte Nierenlebendtransplantation ist eine noch junge Errungenschaft der Urologie; erst 30 Operationen dieser Art wurden in Europa durchgeführt. Umso bedeutender ist es aus Sicht der DGU, dass es nun zwei Kollegen und deren Teams gelungen ist, jeweils zwei Patienten mithilfe des OP-Roboters „daVinci“ erfolgreich auch hierzulande zu transplantieren. Prof. Fornara: „Durch den Einsatz des Roboters bei der Nierenlebendtransplantation sind wir in der Lage, den gesamten Vorgang einer Lebendspende minimal-invasiv durchs Schlüsselloch durchzuführen. Mit anderen Worten können wir eine Niere nun ohne zu schneiden dem Spender entnehmen und diese ebenfalls ohne Schnitt dem Empfänger transplantieren.“ So können zum Beispiel die Lebendspender bereits nach vier Tagen die Klinik verlassen und die Empfänger nach zwei Wochen entlassen werden.

Der Weg bis dahin war lang, unter der Federführung von Prof. Dr. med. Michael Stöckle, haben bereits 2015 tierexperimentelle und klinische Vorbereitungsmaßnahmen begonnen, unter anderem eine Hospitation an der Fundació Puigvert in Barcelona bei Dr. Alberto Breda, der verantwortliche Leiter des dortigen Nierentransplantationsprogrammes. Dr. Breda - der die größte Erfahrung mit der robotisch-assistierten Nierentransplantation in Europa aufweist - begleitete dann auch die ersten roboter-assistierten Nierentransplantationen in Deutschland, in dem er jeweils vor Ort in Homburg und Halle den ersten Eingriff persönlich durchführte und den darauffolgenden aktiv begleitete.

Der OP-Roboter operiert selbstverständlich nicht allein. Ein erfahrener Operateur steuert den technischen Helfer. Der Arzt sitzt dabei direkt neben dem OP-Tisch an einer Konsole und seine Finger- und Fußbewegungen dirigieren die Instrumente des Roboters. Ein großer Vorteil von "daVinci" gegenüber dem Arzt: Er hat vier Arme, die jeder für sich Instrumente und Operationsbesteck halten und einsetzen können. Der OP-Roboter ist während der Nierenlebendtransplantation direkt über dem Patienten platziert und überträgt in Echtzeit jede noch so kleine Bewegung der Hände des Urologen. Der Operateur hat stets den vollen Überblick, denn er sieht das Operationsfeld auf einem Bildschirm stark vergrößert und dreidimensional für eine bessere Orientierung. Mithilfe seines Roboter-Assistenten ist der Urologe in der Lage, sich frei und optimal im Inneren des Körpers zu bewegen. Dadurch werden selbst feinste chirurgische Passagen möglich, wie zum Beispiel die Gefäßnaht, was gerade bei einer Transplantation von Vorteil ist.

„Dank der unaufhörlichen Weiterentwicklung in der roboter-assistierten Chirurgie können auch immer komplexere Operationen heute bereits minimal-invasiv durchgeführt werden. Wir sind sehr froh darüber, dass diese neue Technik ab sofort in Deutschland innerhalb spezialisierter urologischer Zentren nun sogar in der Nierenlebend-transplantation bei Spender und Empfänger zum Einsatz kommt“, führt Prof. Hakenberg abschließend aus. Bei Prostatakrebsoperationen sind roboter-assistierte OP-Verfahren seit Langem etabliert.

Weitere Informationen:

DGU-Pressestelle

Bettina-C. Wahlers

Sabine M. Glimm

Tel.: 040 - 79 14 05 60

Mobil: 0170 - 48 27 28 7

E-Mail: redaktion@bettina-wahlers.de

Internet: www.urologenportal.de

PRESSEINFORMATION

Medizin | Urologie | Entscheidungshilfe Prostatakrebs

Urologen starten Leuchtturmprojekt in der Patientenberatung: Entscheidungshilfe Prostatakrebs jetzt online

Düsseldorf, 21.06.2016. Zuwarten, Totaloperation oder Bestrahlung? Angesichts des breiten Behandlungsspektrums beim nicht metastasierten Prostatakarzinom fällt die Therapieentscheidung häufig besonders schwer. Dennoch müssen in Deutschland etwa 60.000 betroffene Männer pro Jahr gemeinsam mit ihrem Urologen diese Entscheidung treffen – das bedeutet im Schnitt alle 9 Minuten. Nun hat die PatientenAkademie der Deutschen Urologen eine onlinebasierte interaktiv personalisierte Entscheidungshilfe für Patienten mit nicht metastasiertem Prostatakarzinom entwickelt, die Betroffene und ihre betreuenden Urologen bei der Wahl der individuell richtigen Therapie unterstützt. „Der 'Clou' unseres Angebotes liegt in der interaktiven Personalisierung nach onkologischem Risiko, Erektionsfunktion und Begleiterkrankungen. Das kann keine noch so gute Broschüre leisten!“, sagt Projektleiter PD Dr. Dr. Johannes Huber aus Dresden.

Im deutschsprachigen Raum ist das Konzept bislang einzigartig: Dabei bietet der Urologe seinem Prostatakrebspatienten kurz nach der Erstdiagnose die Nutzung der personalisierten Entscheidungshilfe an und stellt ihm einen individuellen Zugangscod sowie acht klinische Angaben zur Verfügung. Auf Basis seiner Eingaben erhält der Patient leitliniengerechte personalisierte Informationen zu seiner Erkrankung und den Behandlungsmöglichkeiten. So kann sich der Betroffene in Ruhe zuhause mit Personen seines Vertrauens informieren. Alle Inhalte sind als patientenorientierte Erklärvideos aufbereitet. In das anschließende Arztgespräch bringt der Patient dann eine standardisierte Zusammenfassung seiner Daten mit. Dazu zählen Angaben zu Komorbidität, Erektions- und Miktionsfunktion, psychischer Belastung sowie zu subjektiven Prioritäten, von denen die individuelle Beratung zusätzlich profitiert. Für Urologen stellen diese gezielte Vorbereitung und ihre automatische Dokumentation eine Entlastung im klinischen Alltag dar. Weitere Informationen sind unter www.entscheidungshilfe-prostatakrebs.info verfügbar.

Als gemeinsame Initiative der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V. und des Berufsverbands der Deutschen Urologen e.V. hat die PatientenAkademie einen breiten Rückhalt in der deutschen Urologie. Das Projektteam war überdies interdisziplinär besetzt. Die Vorsitzende der PatientenAkademie Prof. Dr. Sabine Kliesch appelliert: „Ich möchte alle Kollegen und Kolleginnen ausdrücklich ermutigen, die ‚Entscheidungshilfe Prostatakrebs‘ zu testen und sie ihren Patienten anzubieten. Dieses Leuchtturmprojekt ist ein Angebot aus urologischer Hand und transportiert ohne alltäglichen Mehraufwand die Inhalte der S3-Leitlinie Prostatakarzinom zu unseren Patienten.“ Die technische Umsetzung erfolgte durch die Firma ASD Concepts mit freundlicher Unterstützung von Takeda Pharma.

„Etwa zwei von drei Betroffenen werden unser Angebot nutzen können“, schätzt Huber. „Denn mittlerweile liegt die Internetnutzung der 70-jährigen in dieser Größenordnung. Einige weitere werden sich sicher von ihren Kindern oder Enkeln helfen lassen.“ Die Effekte der Entscheidungshilfe Prostatakrebs sollen im Verlauf wissenschaftlich evaluiert werden. Hieraus kann zusätzlich eine sehr wertvolle Versorgungsforschungsstudie entstehen. In erster Linie sollen jedoch Patienten und Urologen von dem Angebot profitieren.

Unter www.entscheidungshilfe-prostatakrebs.de können Interessierte das innovative Beratungsportal für Patienten mit nicht metastasiertem Prostatakarzinom mithilfe eines Testzugangs kennenlernen.

Weitere Informationen:

DGU/BDU-Pressestelle

Bettina-C. Wahlers

Sabine M. Glimm

Tel.: 040 - 79 14 05 60

Mobil: 0170 - 48 27 28 7

E-Mail: redaktion@bettina-wahlers.de

Internet: www.urologenportal.de

www.dgu-kongress.de

PRESSEINFORMATION

Medizin | Urologie | PSA-Test

Individuelle Krebsfrüherkennung ist und bleibt medizinisch sinnvoll Urologen verwahren sich gegen pauschale PSA-Verurteilung in der Früherkennung

Düsseldorf/Berlin, 15.07.2016. Ärzte unter Generalverdacht: Angesichts der erneuten Pauschalverurteilung individueller Gesundheitsleistungen (IGeL) und der damit verbundenen Ärzte-Diffamierung durch den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) anlässlich der Präsentation ihres aktuellen IGeL-Monitors dieser Tage in Berlin, verwahren sich die Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU) und der Berufsverband der Deutschen Urologen e.V. (BDU) gegen die erhobenen Vorwürfe. „IGeL ist kein Volkssport unter Fachärzten, und Ärzte sind keine Abzocker“, sagt DGU-Generalsekretär Prof. Dr. Oliver Hakenberg. „Selbstzahlerleistungen können im individuellen Fall medizinisch sinnvoll sein. Dazu zählen DGU und BDU ausdrücklich auch den PSA-Test zur individuellen Früherkennung“, sagt BDU-Präsident Dr. Axel Schroeder. Dass der IGeL-Monitor den Bluttest zur Früherkennung von Prostatakrebs tendenziell negativ beurteilt, entspreche nicht der aktuellen wissenschaftlichen Datenlage und offenbare erneut, dass die vermeintlich neutralen Voten des IGeL-Monitors keineswegs unfehlbar sind.

„Die Datenlage zum PSA-Test hat sich verändert, nachdem sich mit der US-amerikanischen PLCO-Studie eine wichtige Studie, die gegen den Nutzen der PSA-basierten Früherkennung sprach, kürzlich als fehlerhaft herausgestellt hat“, sagt DGU-Präsident Prof. Dr. Kurt Miller. Dies müssten auch die Kassen in ihrem IGeL-Votum berücksichtigen. 2015 hatte der IGeL-Monitor bereits sein Urteil über eine HNO-Leistung revidieren müssen. Derzeit hat das Portal sein Urteil zum Toxoplasma-Test zur Prüfung vom Netz genommen.

Die Präsidenten betonen: „DGU und BDU halten an ihrer bisherigen Einschätzung des PSA-Testes und ihrer Empfehlung zu einer informierten individuellen Entscheidung zur Früherkennung von Prostatakrebs fest.“ Laut der „Interdisziplinären Leitlinie der Qualität S3 zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms“ und der dazugehörigen Patientenleitlinie wird Männern, die mindestens 45 Jahre alt sind und die sich nach Aufklärung für die Früherkennung entschieden haben, eine Tastuntersuchung zusammen mit einem PSA-Test empfohlen. „Die aktuelle Entwicklung bei der PLCO-Studie zeigt einen Trend zugunsten des PSA-Testes“, sagt BDU-Präsident Schroeder. „DGU und BDU werden weiter die laufende europäische ERSPC-Studie und die PROBASE-Studie beobachten und die gemeinsamen Empfehlungen zur Früherkennung weiterhin auf der Grundlage gesicherter Erkenntnisse abgeben“, so Dr. Schroeder weiter.

„Leitliniengerechte Aufklärung über Früherkennung heißt in der Urologie demnach auch Information und Aufklärung über die Selbstzahlerleistung PSA-Test, womit die generellen Ärzte-Diffamierungen seitens der Kassen und Verbraucherschützer jeglicher Grundlage entbehren“, sagt DGU-Generalsekretär Prof. Hakenberg mit Blick auf die aktuelle Kampagne des MDS.

Weitere Informationen:

DGU/BDU-Pressestelle

Bettina-C. Wahlers

Sabine M. Glimm

Tel.: 040 - 79 14 05 60

Mobil: 0170 - 48 27 28 7

E-Mail: redaktion@bettina-wahlers.de

Internet: www.urologenportal.de

www.dgu-kongress.de