

EDITORIAL

Urologische Checkpoints 2018



Von Univ.-Prof. Dr. Maurice Stephan Michel, DGU-Generalsekretär und Sprecher des Vorstandes

Die Urologie begleitet Patienten von der Wiege bis zur Bahre, denn Patienten jeder Altersklasse benötigen urologische ärztliche Leistungen. Dabei steigt der Bedarf an urologischer Betreuung insbesondere ab dem Rentenalter steil an. Bei den über 65-jährigen Patienten ist die Zahl der in Anspruch genommenen urologischen Leistungen nahezu doppelt so hoch, wie die anderer Fachdisziplinen. Diese Patientengruppe macht 50 % aller urologischen Patienten aus. Ursachen sind Krankheitsbilder wie die gutartige Prostatohyperplasie, Harnwegsinfektionen und Steinleiden, aber vor allem auch onkologische Erkrankungen wie das Prostatakarzinom und das Harnblasenkarzinom, deren Inzidenz in den kommenden Jahren um bis zu 50 % steigen wird.

Wegen dieser Tatsache und der demographischen Entwicklung geht das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung für die kommenden Jahre von einer Zunahme des urologischen Versorgungsbedarfs von über 20 % aus, während die anderer Disziplinen wie z.B. Gynäkologie weniger gefragt sein werden. Die Urologie der Frau wird somit mehr und mehr zum Checkpoint, damit dieses Feld nicht an die Gynäkologen verloren geht. Wie kann sich die Urologie auf diese Veränderungen einstellen? Es gilt, den ärztlichen und medizinischen Nachwuchs für die Urologie zu begeistern und ihn durch attraktive Ausbildungskonzepte und Karriereoptionen längerfristig zu binden. Nachwuchsgewinnung ist daher ein ganz besonderer Checkpoint in der Urologie. Doch auf Masse alleine kommt es nicht an, sie muss auch richtig verteilt sein. Insbesondere in den ländlichen Regionen herrscht bereits jetzt eine Unterversorgung an Fachärzten, da sich viele in Stadt- und Ballungszentren niederlassen möchten. Durch die Gründung kommunaler MVZs und Portalkliniken können diese Regionen eine Grundversorgung vorhalten und an spezialisierte Kliniken angebunden

werden. Hier gilt es, Telemedizin und digitale Vernetzung von unterschiedlichen Gesundheitsanbietern auch auf dem urologischen Gebiet auszubauen. Mittels des Checkpoints E-Health müssen urologische Angebote entwickelt werden, um die Situation zu verbessern. Laut einer aktuellen Umfrage der Bertelsmann-Stiftung können sich über 45 % der Befragten vorstellen, eine Videosprechstunde zu nutzen. Sie erhoffen sich davon, räumlich entfernte Ärzte besser zu erreichen und nur geringe Wartezeiten zu haben. Aber auch die Urologie selbst muss sich weiterentwickeln. Dank der steigenden Zahl an medikamentösen Therapieoptionen z.B. beim metastasierten Nierenzellkarzinom leben Patienten insgesamt länger und sind durch die Erkrankungen und unerwünschte Nebenwirkungen beeinträchtigt. Hier gilt es, die Kompetenzen der Urologen sowohl in der komplexen medikamentösen Tumorthherapie – einem weiteren Checkpoint – als auch bei der Behandlung geriatrischer und chronisch kranker Patienten auszubauen. Moderne Technologien, künstliche Intelligenz und die Nutzung von Big Data werden das Feld der medizinischen urologischen Möglichkeiten rasant erweitern. Dabei sind wir alle gefordert und müssen sinnvolle und verantwortungsvolle Einsatzmöglichkeiten bei der Behandlung urologischer Patienten identifizieren.

INHALT

- 2 Was genau ist E-Health?
Die elektronische Gesundheitskarte – Neues und Altbekanntes
Neuer Vorstand der Österreichischen Urologen
- 3 Wie geht ASV?
- 4 Gemeinsamer Bundesausschuss fasst Mindestmengenregelungen neu
FSA korrigiert Beschränkungen für Kongresssponsoring
Stellenbörse
- 5 Erste Patientenleitlinie zum Blasenkrebs
www.hodentumor.zweitmeinung-online.de
Die Mediathek der DGU
- 6 Kongressnachlese 2017
- 7 DGU baut Stipendienprogramm aus
„Urologie für alle“: Aufklärungskampagne läuft auf allen Kanälen
Modernes IT in Deutschland
- 8 Leserbrief
UroAktuell 2018 in Dresden
Impressum

Wird nach der Medizin auch die Urologie weiblich?

Laut den Erhebungen der Bundesärztekammer gibt es gegenwärtig 5883 berufstätige Urologen in Deutschland, in Praxis und Klinik. Davon sind 989 Frauen, das sind 16,8 %. Oft wird der Urologe und sogar die Urologin noch als „Männerarzt“ betrachtet. Besonders Urologinnen haben aber oft den Eindruck, dass sie die besseren Ansprechpartner bei intimen Gesundheitsproblemen für Männer sein können. Manche Patienten besprechen Erektionsprobleme lieber mit einer Frau, und nicht nur weibliche Patienten suchen sich bewusst eine Urologin als Facharzt.

Nach wie vor wird weitgehend verkannt, dass Urologen Männer, Frauen und Kinder behandeln. Dies in der Bevölkerung bewusst zu machen und das Image der Urologie zu verändern, war das Ziel der DGU-Kongressmottos der letzten Jahre („Für alle. Für jeden. Für uns.“ „Urologie umfasst mehr“).

Zwei Drittel der Studienanfänger sind inzwischen Frauen, der Frauenanteil lag 2006 schon bei 63 %. Inzwischen sind auch 40 % der berufstätigen Ärzte weiblich. Die Laufbahnentwicklung dünnt die Zahl der Frauen aber aus: 62,5 % der Studienanfänger sind weiblich, beim Examen sind es noch 56,9 %, bei der Facharztanerkennung 39,2 %, in der Niederlassung 35,3 % und bei den leitenden Krankenhausärzten 11,0 %.

Betrachtet wird immer die relative Unterrepräsentation der Frauen in Führungspositionen. Daran sind auch unterschiedliche Ansprüche von Frauen und Männern beteiligt. Frauen legen weniger Wert auf prestigeträchtig hohes Einkommen, sondern mehr auf geregelte Arbeitszeiten und Teilzeitmodelle. Einer Umfrage des Marburger Bundes von 2007 zufolge haben Frauen und Männer im Krankenhausberuf sehr unterschiedlichen Prioritäten: Für 27 % der Ärztinnen, aber nur für 19 % der Ärzte war eine Reduzierung der Arbeitszeit „am wichtigsten“, während 35 % der Männer und nur 30 % der Frauen eine höhere Vergütung für vordringlich hielten und ein „familienfreundliches Krankenhaus“ für 46 % der Frauen, aber nur für 24 % der Männer „am wichtigsten“ war.

Männliche Abiturienten sehen heute, dass man in anderen Berufen mit weniger Verantwortung mehr Geld verdienen kann. Dies ist auch ein Grund, warum männliche Abiturienten sich weniger oft dem Medizinstudium zuwenden

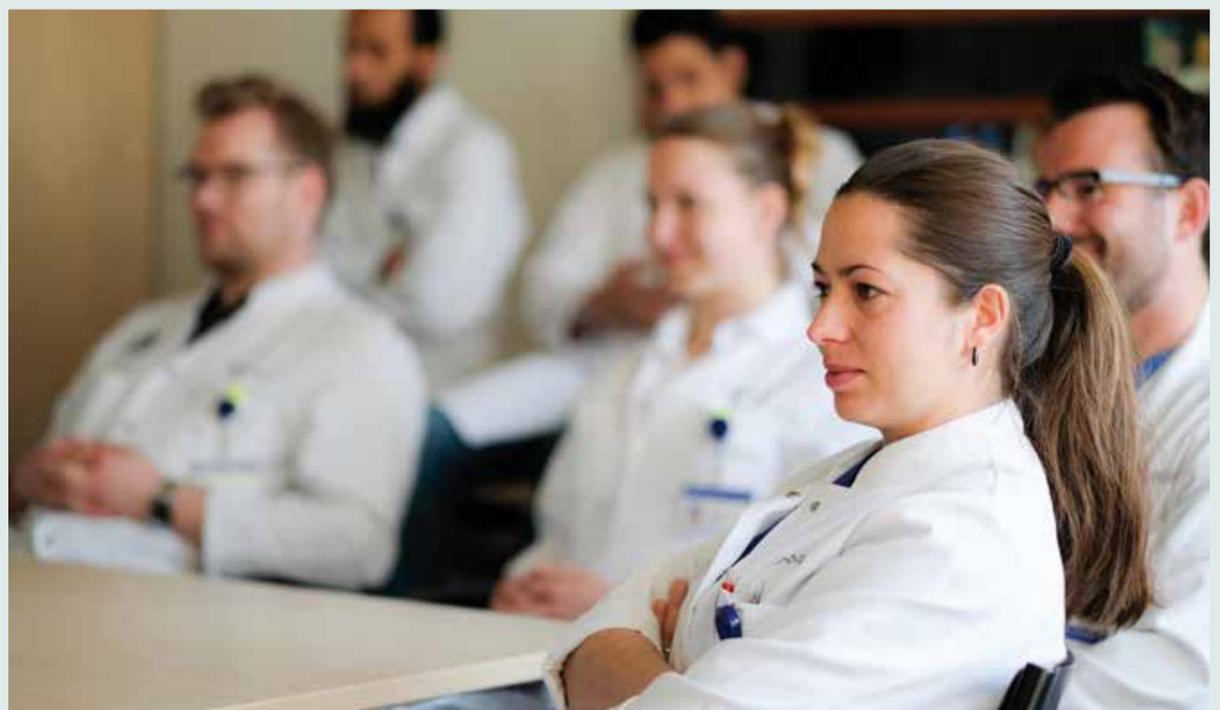


Foto: Bertram Solcher

als früher: viel Arbeit, große Verantwortung, wenig Geld im Arztberuf.

Ähnlich unterrepräsentiert sind Frauen auch in den Gremien der Fachgesellschaften, Berufsverbände und der Selbstverwaltung, wobei genau diese immer vorgeben, Frauenförderung prioritär zu behandeln. Nur drei der 17 Präsidenten der Landesärztekammern und vier von 17 KV-Vorsitzenden sind weiblich. Nur wenige Frauen streben Posten an und verkennen aber, dass Veränderungen nur durch Engagement möglich sind. In der Familienphase ist dieses Engagement für berufstätige Ärztinnen aber besonders schwierig.

Manche fordern deshalb eine Frauenquote auch in der Medizin, so die Initiative Pro Quote Medizin e.V. Deren Forderung: Führungspositionen sollen in Universitätskliniken und Krankenhäusern sowie in allen Gremien der Universitäten und der ärztlichen Selbstverwaltung im Laufe der nächsten

fünf Jahre zu 40 %, bis 2023 zu 50 % mit Frauen besetzt werden – und zwar auf allen Hierarchiestufen. Der Deutsche Ärztinnenbund e.V. strebt eine „paritätische Veränderung“ in Medizin und Gesundheitswesen, die traditionell und patriarchal geprägt seien, an.

Die Forderung nach Frauenquoten liegt im Zeitgeist, und politische Korrektheit ist immer unverfänglich. Angesichts der geringen Zahl von unter 40 % männlichen Studienanfängern in der Medizin könnte sich aber auch die Frage nach einer Männerquote stellen und auch die Frage, woher eine offenbar deutliche gendernmäßige Ungleichverteilung bei den Abiturnoten herrührt? Nachdem die Vorstellungen des 19. Jahrhunderts, dass Frauen von Natur aus weniger intelligent seien, ganz der Vergangenheit angehören, stellt sich nun die Frage, ob der Zeitgeist das Gegenteil für richtig hält – und wenn schon nicht für wahr, dann für politisch korrekt?

Was genau ist E-Health? Dänemark als Vorbild

Laut Wikipedia ist E-Health ein Sammelbegriff für den Einsatz digitaler Technologien im Gesundheitswesen. Er bezeichnet alle Hilfsmittel und Dienstleistungen, bei denen Informations- und Kommunikationstechnologien (IT) im Gesundheitswesen zum Einsatz kommen. Bis vor kurzem war in diesem Zusammenhang noch vorwiegend die Digitalisierung von traditionellen Prozessen gemeint (elektronische Gesundheitsakte, Krankheits- und Wissensmanagement). Hinzugekommen ist mittlerweile die Telemedizin. Aber diese telekommunikativen Brücken sind noch nicht in Leistungskatalogen abgebildet und gehören immer noch in den Bereich der innovativen Konzepte, anstatt Teil der Routine zu sein. Eine flächendeckende Nutzung der Digitalisierung in der Medizin gibt es bislang nicht. Dafür gibt es vielfältige Gründe. Fehlende Vernetzung, unterschiedliche IT-Systeme, Abrechnungsfragen u.v.a.m. sind Beispiele. Parallel zu neuen gesetzgeberischen Maßnahmen entwickelt sich aber bereits ein breites Angebot an E-Health-Produkten. Dazu gehören Gesundheitsportale, patienteneigene Apps zur Selbstdiagnose und Prävention und „Activity Living Produkte“ für die Seniorenbetreuung. Vielfältig genutzt sind bereits medizinische „Wearables“ zur Vitaldaten-

überwachung und Activity-Tracker. Noch während der letzten Legislaturperiode kochten im Bundestag die Emotionen hoch, als es um das Thema Online-Apotheken ging, also den Versandhandel von verschreibungspflichtigen Medikamenten, den der Bundesgesundheitsminister verboten wissen wollte. In der kontroversen Debatte ging es um das vermeintliche Apothekensterben und die größere Diskretion der Online-Bestellung. Dänemark zeigt, dass den Ängsten beim Thema Online-Apotheke auch anders begegnet werden kann. Dort wird ein Rezept nicht mehr ausgedruckt, sondern geht als E-Rezept in die dänische Gesundheits-Cloud und ist sofort verfügbar, wenn der Patient die Apotheke betritt und beim Smartphone das Rezept für den Apotheker freischaltet. Warum nicht? Überhaupt gelten die Dänen bei der Digitalisierung der Gesundheitsversorgung seit Jahren als Vorbild. Alle Gesundheitsdaten sind zentral gespeichert und für Ärzte und andere Gesundheitsberufe abrufbar. Arztbriefe bedürfen daher nicht mehr der Papierform, Bilddaten und Laborbefunde sind abrufbar. In Deutschland tun wir uns schwer mit solchen Modellen. Riesig groß geschriebener Datenschutz und fehlende Infrastruktur werden uns noch lange am Papiermodell festhalten lassen.

Die elektronische Gesundheitskarte – Neues und Altbekanntes

Nach einer Umfrage des Marktforschungsinstituts Splendid Research vom August 2017 ist die Mehrheit der Deutschen grundsätzlich bereit, eine elektronische Gesundheitsakte zu nutzen. Ganz oben in der Gunst der Befragten stehen Funktionen, die den Nutzern eine Zeit- und Aufwandsersparnis bieten, wie z.B. eine Notfalldatenfunktion oder ein elektronischer Impfpass. Gleichzeitig erwarten 60 % der Befragten, dass eine automatisierte Übertragung der Gesundheits- und Behandlungsdaten möglich ist, unter Einbindung von Ärzten, Krankenkassen und Apotheken. Außerdem sieht die Hälfte der Deutschen durch die elektronische Gesundheitskarte das eigene Gesundheitsverhalten positiv unterstützt. 45 % fühlen sich dadurch besser in der Lage, mit ihrem Arzt über Beschwerden und Erkrankungen zu sprechen. Das zum 1. Januar 2016 in Kraft getretene „Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen“, genannt E-Health-Gesetz, enthält einen konkreten Fahrplan für die Einführung der digitalen Infrastruktur. Danach soll allen Versicherten ab dem 1.1.2018 die Möglichkeit gegeben werden, notfallrelevante Informationen (Diagnosen, Medikation, Allergien, Unverträglichkeiten etc.) auf ihrer eGK eintragen zu lassen. Bis zum 31.12.2018 sollen dann Selbstverwaltung und Industrie die technischen Voraussetzungen für die E-Patientenakte geschaffen haben, und ab dem 1.1.2019 haben die Versicherten Anspruch auf eine ePatientenakte, in der elektronische Dokumente (Arztbriefe, Medikationsplan, Notfalldatensatz, Impfausweis etc.) gespeichert werden können.

Ebenfalls ab dem 1.1.2019 soll jeder Versicherte die Inhalte seiner Patientenakte auch unabhängig von einem Arztbesuch einsehen können. Das elektronische Rezept gehörte zu den ersten (Teil-)Projekten, die über die Gesundheitskarte realisiert werden sollen. Mit dem eRezept könnten auch viele Millionen Papierformulare eingespart werden. Ein weiteres eGK-Projekt zur Arzneiverordnung ist der Medikationsplan, der die Therapie-sicherheit erhöhen soll. Formal unterscheidet das E-Health-Gesetz die elektronische Patientenakte (ePA) und das elektronische Patientenfach (ePF). Die ePA verlangt ein Zweikartenprinzip, bei dem sich der Patient durch eine elektronische Gesundheitskarte (eGK) und der Arzt mittels des Heilberufsausweises (HBA) authentifizieren. Nur wenn beide zusammenkommen, kann die Akte gelesen und befüllt werden, wobei der Patient auch jederzeit das Patientenfach einsehen kann. Der Patient als Administrator seines Patientenfalls soll entscheiden, ob OP-Berichte, Arztbriefe oder Daten aus der Fitness-App eingestellt werden, und er entscheidet, wer diese Daten lesen oder auslesen darf. Zur ePA hat die KBV ihre Position bereits deutlich gemacht: Das Zwei-Schlüssel-Prinzip solle gestrichen werden, um Patienten, aber auch Ärzten und MFAs den Zugang zu erleichtern. Zudem solle der Gesetzgeber die Industrie verpflichten, Praxisverwaltungssysteme (PVS) und eAkten kompatibel zu machen. Daraus ergibt sich, dass die eAkte und die vom Arzt geführte Akte nicht unbedingt identisch sein werden, was natürlich Probleme aufwirft. Eine „Gesundheitscloud“ ist jedenfalls nicht geplant.

Wie geht ASV?

Teamleitung

Der Teamleiter, Facharzt für Urologie mit MTT, koordiniert die urologische ASV fachlich und organisatorisch. Bei ihm laufen alle Fäden zusammen; er ist für die Patienten der erste Ansprechpartner.

Teammitglieder

Die Mitglieder des Kernteams sind Fachärzte, die aufgrund ihrer Kenntnisse und Erfahrungen bei der Behandlung der jeweiligen Krankheit mitwirken. In der urologischen ASV sind sie aus den Fachdisziplinen Urologie, internistische Onkologie, Strahlentherapie. Sie arbeiten eng mit dem Teamleiter zusammen. Es ist vorgesehen, dass die Mitglieder des Kernteams an mindestens einem Tag in der Woche eine Sprechstunde in der Institution des Teamleiters anbieten.

Hinzuziehende Fachärzte

Hinzuziehende Fachärzte sind solche, deren Kenntnisse und Erfahrungen typischerweise bei einem Teil der Patienten ergänzend benötigt werden. Für die urologische ASV sind diese aus den Fachdisziplinen Pathologie, Radiologie, Nuklearmedizin, Palliativmedizin.

Teambildung: Die Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) setzt spezielle Qualifikationen und die Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team voraus. Das Kernteam besteht aus der Teamleitung und den Teammitgliedern, die Teamleitung sollte bei der ASV urologischer Tumore ein/eine Facharzt/Fachärztin für Urologie mit Zusatzweiterbildung medikamentöse Tumorthherapie (MTT) sein. Aus welchen Fachgruppen sich das Team zusammensetzt bzw. welche Qualifikationen erforderlich sind, regelt die jeweilige Anlage zur ASV-Richtlinie. Zum interdisziplinären Kernteam für die ASV urologische Tumore gehören neben der Urologie die Hämatonkologie und die Strahlentherapie. Das Kernteam bestimmt aus seiner Mitte den Teamleiter. Die Aufgabe des Teamleiters übernimmt in der Regel der Facharzt, der die Patienten aufgrund seiner Fachkunde schwerpunktmäßig betreut. Das heißt für die ASV Urologie, es sollte ein/eine Facharzt/Fachärztin für Urologie mit Zusatzweiterbildung medikamentöse Tumorthherapie sein. Nach Bedarf können andere Fachdisziplinen beratend hinzugezogen werden, wie Pathologie, Radiologie, Nuklearmedizin, Palliativmedizin.

Dazu gehören: **ASV-Kooperationsvereinbarung:** mit der Abstimmung zwischen den Kooperationspartnern über Eckpunkte der Versorgung und die Abstimmung der Arbeitsteilung unter Berücksichtigung regionaler Gegebenheiten und der jeweiligen Qualifikationen sowie die Verpflichtung, mindestens zweimal jährlich gemeinsame qualitätsorientierte Konferenzen durchzuführen. **Einverständniserklärung zur Datenübermittlung an die ASV-Servicestelle.** Kontakt zur bundesweiten ASV-Servicestelle unter <https://www.asv-servicestelle.de>. **Dokumentation der erforderlichen Mindestmengen:** Für die Berechnung der Mindestmengen ist die Summe aller Patienten mit der in Rede stehenden Erkrankung in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen maßgeblich, die von den Mitgliedern des Kernteams behandelt wurden. Aufgrund der aktuellen Versorgungssituation wird voraussichtlich die Zahl von 60-70 Patienten pro Jahr pro ASV-Team als Mindestmenge für die Zulassung definiert. Diese verteilen sich auf folgende uroonkologische Tumorentitäten und Stadien:

- fortgeschrittenes Prostatakarzinom, inklusive kastrationsresistentes Prostatakarzinom (CRPC)
- muskelinvasives Harnblasenkarzinom (Patienten mit neoadjuvanter und adjuvanter Chemotherapie eingeschlossen)
- metastasiertes Nierenzellkarzinom
- Hodenkarzinome
- sonstige (z.B. Peniskarzinom, Sarkome)

Welche Indikationen sollen in der ASV urologische Tumore behandelt werden? Alle fortgeschrittenen metastasierenden urologischen Tumorerkrankungen, bei denen eine multimodale oder medikamentöse Tumorthherapie erforderlich ist (Prostatakarzinom, Urothelkarzinom des oberen und unteren Harntraktes, Nierenzellkarzinome, Hodenkarzinom, sonstige Tumoren, Diagnosen aus der Gruppe C60 bis C68). **ASV-Teamnummer erhalten:** Sobald das Team seine ASV-Berechtigung hat, informiert der Teamleiter die ASV-Servicestelle. Das Team erhält dann eine ASV-Teamnummer. Diese Nummer wird für die Abrechnung, für Verordnungen und Überweisungen benötigt. Für die Ausgabe der Teamnummer benötigt die ASV-Servicestelle Angaben zu den Teammitgliedern (Name, Fach-

gebiet, Adresse etc.) die online eingegeben oder per E-Mail an die Servicestelle übermittelt werden können. **Vertrag für die Abrechnung schließen:** In der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gibt es zwei Möglichkeiten der Abrechnung: über die KV oder direkt mit der Krankenkasse. Wird die KV als Dienstleister gewählt, muss eine schriftliche Vereinbarung geschlossen werden; die KV stellt dann die Abrechnungs-IK zur Verfügung. **Was passiert, wenn sich das ASV-Team verändert?** Alle personellen Änderungen des ASV-Teams müssen dem eLA unter Wahrung von Fristen angezeigt werden. Verlässt ein Mitglied das Team, muss dies dem Ausschuss innerhalb von sieben Werktagen mitgeteilt und innerhalb von sechs Monaten Ersatz gefunden werden, sonst kann die ASV-Berechtigung entzogen werden. In der Zwischenzeit muss eine Vertretung gestellt werden. Jeder ASV-Teilnehmer ist verpflichtet, seine KV, die Krankenkassen und die Krankenhausesellschaft über den Beginn und das Ende seiner ASV-Tätigkeit zu informieren. Dabei sind alle Mitglieder des Teams und der Tätigkeitsbereich in der ASV anzugeben. **Patienten informieren:** Für die medizinische Versorgung in der ASV ist in der Regel eine Überweisung notwendig. Der überweisende Haus- bzw. Facharzt sollte Rücksprache mit dem ASV-Team halten und einen ersten Termin vereinbaren. Eine ASV kann auch vom Krankenhaus am Ende einer stationären Behandlung veranlasst werden. Beim ersten Kontakt mit der ASV sollen Patienten über diesen neuen Versorgungsmodus informiert werden und das interdisziplinäre Team und dessen Leistungsspektrum vorgestellt werden. Ist die Behandlung abgeschlossen, erhält der Patient eine schriftliche Information über die Ergebnisse sowie das weitere Vorgehen. Auch der Vertragsarzt, der den Patienten überwies hat, wird über die Aufnahme sowie den Abschluss der ASV informiert. **Wie bekommen Patienten Zugang zur ASV?** Erster Ansprechpartner für die Patienten ist die fachärztliche Teamleitung. Die ASV-Teamleitung koordiniert die Behandlung, sorgt für eine Abstimmung der Teammitglieder und stellt eine Übersicht der beteiligten Fachärzte zur Verfügung. Entscheiden Patienten sich für das ASV-Versorgungsangebot, erklären sie sich damit bereit, die Mitglieder des ASV-Teams zu konsultieren.

Litho mCove

NEU Mobiler ESWL-Service

Für attraktive Nutzungsmodelle und technische Informationen:

- ☎ +49 (0) 461 8072 590
- ✉ info@edap-tms.de

Litho mCove – Ihre Vorteile:

- ☎ Neueste Technologie
- ☎ Direkt vom Hersteller
- ☎ Geschultes Applikationspersonal
- ☎ Individuelle Nutzungsangebote

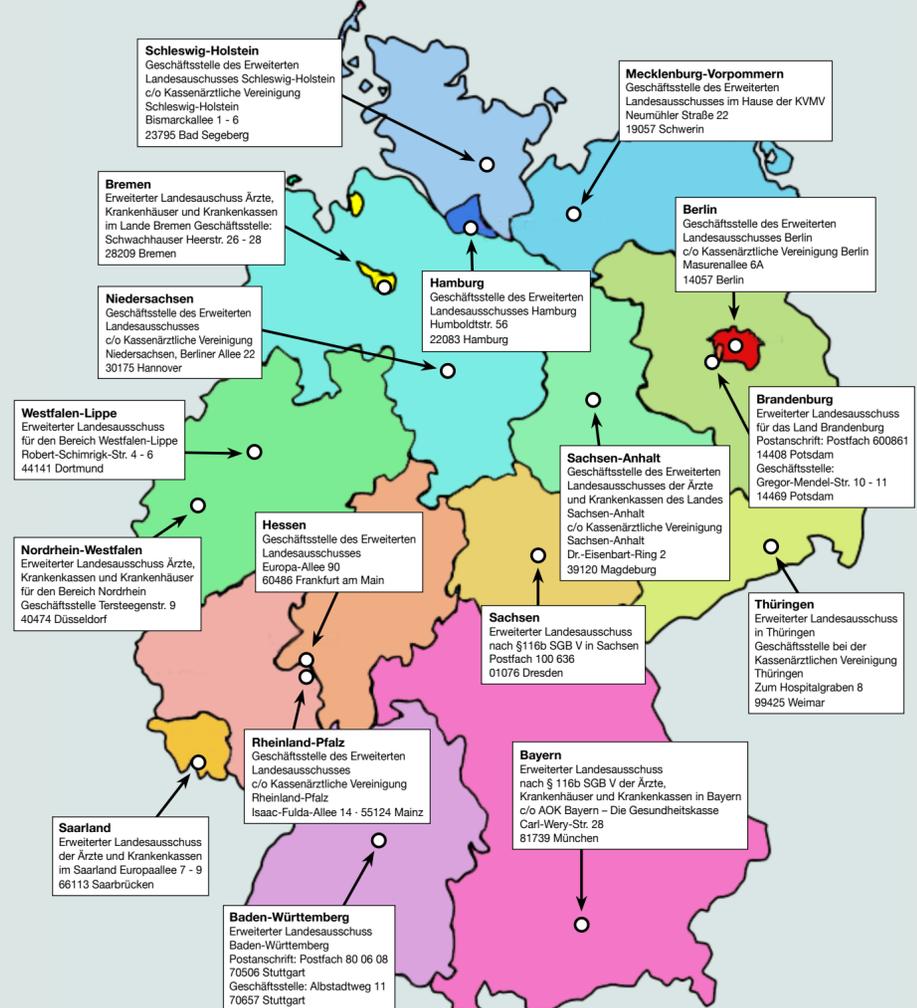
EDAP TMS GmbH
Holm 42 · D-24937 Flensburg

Tel: +49(0) 461 8072 590 · Fax: +49(0) 461 8072 5920
www.edap-tms.de · info@edap-tms.de

Neuer Vorstand der Österreichischen Urologen

Unsere Nachbargesellschaft, die Österreichische Gesellschaft für Urologie und Andrologie, hat ihren Vorstand neu formiert.

Präsident für die neue Amtsperiode ist Primarius (Chefarzt) Univ. Prof. Dr. H. Christoph Klingler (Wien). Generalsekretär bleibt Primarius Univ.-Prof. Dr. Stefan Madersbacher (Wien), neuer Vizepräsident ist Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Horninger, Direktor der Urologischen Univ.-Klinik Innsbruck, und „Past President“ ist Primarius Univ.-Doz. Dr. Michael Rauchenwald (Wien). Weitere Vorstandsmitglieder sind Primarius Univ.-Prof. Dr. Steffen Krause, PD Dr. Martin Marszalek, der Präsident und der Vizepräsident des Berufsverbandes österreichischer Urologen, Dr. Karl Dorfinger und Dr. Georg Ludvik, sowie PD Dr. Matthias Waldert und Oberärztin Mag. Dr. Ingrid Berger.



Gemeinsamer Bundesausschuss fasst Mindestmengenregelungen neu

Die Mindestmengenregelung (Mm-R) für planbare stationäre Leistungen, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist, wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss überarbeitet.

Mindestmengen für planbare komplexe stationäre Leistungen wie zum Beispiel für die Versorgung von Frühgeborenen sollen zur Reduzierung von Komplikationen und Langzeitschäden beitragen“, wird Dr. Regina Klakow-Franck, unparteiisches Mitglied des G-BA und Vorsitzende des Unterausschusses Qualitätssicherung, in der Pressemitteilung zitiert. „Bislang war die Einführung von Mindestmengen an den Nachweis einer Abhängigkeit der Behandlungsqualität von der erbrachten Leistungsmenge, in besonderem Maße gebunden. Die Unschärfe dieser Vorgabe hat zu zahlreichen Gerichtsprozessen geführt und die Einführung von Mindestmengen faktisch lahmgelegt.“ Der Gesetzgeber hat deshalb im Rahmen des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) die Formulierung „in besonderem Maße“ gestrichen. Der G-BA regelt die Details zur Auswahl einer planbaren Leistung sowie zur Festlegung der Höhe einer Mindestmenge in einer Verfahrensordnung. Zu bislang sieben Leistungen wurden seit 2004 Mindestmengen festgelegt: Leber- sowie Nierentransplantation (inklusive Lebendspende), komplexe Eingriffe an Ösophagus sowie Pankreas, Stammzelltransplantation, Knie-TEP und die Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von unter 1250 Gramm. Ein vollbeweisender Kausalzusammenhang zwischen Leistungsmenge und Ergebnisqualität ist

ausdrücklich nicht erforderlich. Es muss jedoch eine Studienlage bestehen, die auf einen wahrscheinlichen Zusammenhang zwischen Menge und Qualität hinweist. Krankenhäuser, die eine festgelegte Mindestmenge voraussichtlich nicht erreichen, dürfen die entsprechenden Leistungen nicht erbringen. Dies war schon vor dem KHSG so, jedoch ohne konsequente Umsetzung. Zukünftig muss der Krankenhausträger gegenüber den Krankenkassen jährlich darlegen, dass die erforderliche Mindestmenge im jeweils nächsten Kalenderjahr voraussichtlich erreicht wird, ansonsten besteht kein Vergütungsanspruch. Eine berechnete mengenmäßige Erwartung liegt in der Regel dann vor, wenn das Krankenhaus im vorausgegangenen Kalenderjahr die maßgebliche Mindestmenge erreicht hat. Das Nähere zu Ausnahmetatbeständen und Übergangsregelungen hat die Neufassung der Mindestmengenregelung erforderlich gemacht. Wesentliche Neuerungen der überarbeiteten Mindestmengenregelungen sind die Ermittlung der erbrachten Leistungsmenge (bundesweit einheitliche Erfassung der Leistungen), Prüfung der Berechtigung zur Leistungserbringung, Regelung der Mitteilungspflichten und die Erstellung einer Verfahrensordnung zur Festlegung und Überarbeitung von Mindestmengen. Dieser Beschluss zur Änderung der Mm-R tritt am 1. Januar 2018 in Kraft.

Abendveranstaltungen im Rahmen von Kongressen weiterhin möglich

FSA korrigiert Beschränkungen für Kongresssponsoring

Die Vereinigung „Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie“ (FSA), der im Wesentlichen die Vfa-Mitglieder angehören, also die forschende Arzneimittelindustrie, hat in den letzten Jahren ständig die Anforderungen an ein zulässiges Industriesponsoring von Veranstaltungen hochgeschraubt. Die letzte deutliche Verschärfung hatte es im Frühjahr 2017 gegeben, bei der beschlossen worden war, dass ab 2018 jegliches Unterhaltungsprogramm im Umfeld einer Fortbildungsveranstaltung (z.B. der DGU-Abend anlässlich des DGU-Kongresses) zu einem Sponsoringverbot für die beteiligten Firmen führen müsse. Diese FSA-Regelung führte zu scharfen Protesten, nicht nur von Fachgesellschaften und Kongressveranstaltern, sondern auch von kodexgebundenen Firmen. Es ist nicht nachvollziehbar, warum eine Abendveranstaltung anlässlich eines Kongresses, zumal wenn die Teilnahme daran kostenpflichtig ist, den ganzen Kongress „infizieren“ solle. Diese Proteste führten dann dazu, dass der FSA sich das Ganze noch mal überlegt hat („einer erneuten Überprüfung unterzogen“) und in einer Mitgliederver-

sammlung diese Restriktion dann gekippt hat. Das interne Hauptargument des FSA dabei war, dass diese Regelung sogar über die Vorgaben des europäischen EFPIA-Kodex hinausgehe und ja doch grundsätzlich eine europaweit einheitliche Verfahrensweise anzustreben sei. So hat denn doch etwas gesunder Menschenverstand geholfen. Zwei Einschränkungen bleiben aber für die Kongressveranstaltung mit Sponsoring von FSA-Firmen. Bewirtungskosten dürfen auch innerhalb eines Rahmenprogramms einen „angemessenen Rahmen“ (60-65 €/Person) nicht überschreiten. Zum anderen sollen die Veranstaltungsorte dieselben Kriterien wie bei internen Fortbildungsveranstaltungen der Industrie erfüllen und weder für ihren Unterhaltungswert bekannt sein noch als extravagant gelten. Die selbstgeförderte FSA-Spirale, mit immer neuen Verbotsaufzuarbeiten, wurde damit erstmal gestoppt (zumindestens verlangsamt). Man muss sich auch fragen, inwieweit die FSA-Mitglieder sich dem Diktat der FSA-Juristen unterwerfen wollen, die beständig nach Gutdünken (also Gutsherrenart) „kodexwidriges“ Verhalten definieren.

Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V. erweitert ihr Leitlinien-Angebot:

Erste Patientenleitlinie zum Blasenkrebs

Zum Harnblasenkarzinom gibt es für Betroffene eine neue, inhaltlich speziell fundierte Informationsbroschüre: die erste Patientenleitlinie Blasenkrebs. Der Ratgeber vermittelt den aktuellen, evidenzbasierten medizinischen Wissensstand hinsichtlich empfohlener Untersuchungen für die Diagnostik sowie Optionen der Behandlung und Nachsorge dieser nach Prostatakrebs zweithäufigsten urologischen Krebsart. Denn die Patientenleitlinie ist die laienverständliche Übertragung der ärztlichen „S3-Leitlinie zur Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Harnblasenkarzinoms“, die 2016 von der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU) federführend erstellt wurde und allen an der medizinischen Versorgung von Blasenkrebspatienten beteiligten Berufsgruppen wissenschaftlich untermauerte Handlungsempfehlungen gibt. Beide Leitlinien werden vom „Leitlinienprogramm Onkologie“ der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF), der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. (DKG) und der Stiftung Deutsche Krebshilfe herausgegeben.



„Die rund 170 Seiten starke Patientenleitlinie Blasenkrebs, die jüngst auf dem 69. DGU-Kongress in Dresden druckfrisch vorgestellt wurde, bietet den Betroffenen und ihren Angehörigen das derzeit verfügbare medizinische Fachwissen in verständlicher Sprache an und leistet damit erneut bestmögliche Aufklärung im Rahmen unseres onkologischen Leitlinien-Angebots für Patienten. Wichtig ist nun die schnelle Verbreitung des Ratgebers“, so DGU-Pressesprecher Prof. Dr. Christian Wülfing. Bereits 2009 entstand unter der Federführung der DGU die Patientenleitlinie Prostatakrebs, die entsprechend der S3-Leitlinie zum Prostatakarzinom bereits mehrfach aktualisiert wurde. Die Koordinatoren der ärztlichen S3-Leitlinie zum Harnblasenkarzinom und die Co-

operative Eingriffe stehen, in Form eines Leitfadens auch praktische Tipps an die Hand gegeben“, sagt Prof. Retz. Dies stärkte die Patientenkompetenz. Detailliert werden in dem Ratgeber nicht nur die Behandlungsoptionen in Abhängigkeit der Ausbreitung des Blasenkrebses – nicht-muskelinvasiv, muskelinvasiv und metastasiert – aufgeführt, sondern gleichermaßen auch die entsprechend verschiedenen Erfordernisse der Nachsorge dargestellt. Die genauen Ursachen für die Entstehung von Blasenkrebs sind zwar noch nicht geklärt, aber wesentliche Risikofaktoren, darunter insbesondere der Tabakkonsum und der regelmäßige Kontakt mit bestimmten Chemikalien, sind bekannt. Zudem ist Blasenkrebs eine Erkrankung der späteren Lebensabschnitte – Männer erkranken im Durchschnitt mit 73 Jahren, Frauen mit 76, so das Robert Koch-Institut. Männer sind mit einem Anteil von rund 75 Prozent von den knapp 30.000 Neuerkrankungen pro Jahr wesentlich häufiger betroffen als Frauen. Erbliche Faktoren spielen nur eine nachgeordnete Rolle. Eindeutige Symptome gibt es beim Blasenkarzinom nicht: Bei Blut im Urin, Problemen beim Wasserlassen und häufigen Blasenentzündungen können nur weitere Untersuchungen Klarheit schaffen. Bösartige Zellveränderungen gehen aus der Schleimhaut der Harnblase hervor. Schmerzen treten eher selten auf. Die Patientenleitlinie Blasenkrebs steht unter www.leitlinienprogramm-onkologie.de/patientenleitlinien/blasenkrebs online als PDF-Datei zur Verfügung. Die gedruckte Broschüre kann bei der Stiftung Deutsche Krebshilfe, Buschstr. 32 in 53113 Bonn, kostenlos postalisch angefordert werden. Zudem ist eine doppelseitige Kurzinformation „Blasenkrebs – was für Sie wichtig ist“ verfügbar, die das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) im Auftrag der Kassenzentralen Bundesvereinigung (KBV) und der Bundesärztekammer (BÄK) in der Reihe „Kurzinformationen für Patienten (KIP)“ entwickelt hat.

Neues Internetportal: www.hodentumor.zweitmeinung-online.de



Anmeldung und Registrierung im neuen Portal. So geht's:

Um die neue Plattform nutzen zu können, legen Sie sich bitte ein neues Benutzerkonto an. Dazu geben Sie in der URL-Leiste www.hodentumor.zweitmeinungsportal-online.de ein. Klicken Sie auf

den Anmelde-Button, wählen Sie unter der Rubrik „Registrierung“ den entsprechenden Link aus. Füllen Sie nun das Registrierungsformular aus. Nach Absenden des Formulars erhalten Sie eine E-Mail mit einem Bestätigungslink. Folgen Sie dem Bestätigungslink, um Ihr Konto zu aktivieren. Wichtig! Bitte unterschreiben Sie die ausgedruckte Kooperationsvereinbarung und senden Sie diese im Original an die angegebene Adresse. Erst wenn die Kooperationserklärung bearbeitet und Ihr Benutzerkonto für Abrechnungszwecke freigeschaltet wurde, sind Sie aktiv in das Zweitmeinungsportal integriert. Ihre über das Zweitmeinungsportal erbrachten Leistungen werden automatisch im jeweiligen Folgequartal abgerechnet. Sobald die Freigabe erfolgt ist, können Sie sich über die Anmeldemaske auf der Startseite anmelden. Bitte beachten Sie, dass das neue Portal jetzt unter der neuen Web-Adresse zu finden ist. Auch ist wichtig, dass Sie ein neues Passwort anlegen müssen. <https://hodentumor.zweitmeinung-online.de/info/nutzungshinweise>

STELLENBÖRSE

Erfahrener Facharzt sucht neue Herausforderung
Erfahrener Facharzt für Urologie/ Andrologie/medikamentöse Tumorthherapie sucht nach Aufbau und Betrieb einer großen Praxis eine neue Herausforderung als angestellter Urologe in Vollzeit. Konservative Urologie in Praxis oder Klinikambulanz oder ähnlich bevorzugt.
Kontakt: fliegmacher1@t-online.de

Operativ versierter Facharzt (m/w) für Vertretung gesucht. Facharzt für Urologie (m/w), langjährig erfahren, operativ versiert, für eine mehrmonatige Vertretung als Honorararzt im ambulanten und klinischen Bereich einer Belegpraxis gesucht.
Kontakt: a.martus@uro-aktiv.de

Facharzt (w/m) für Urologie, Raum Berlin/Potsdam gesucht.
Zur Verstärkung im Fachbereich Urologie wird zum 01.01.2018 ein Facharzt (w/m) gesucht.
Kontakt: Polina Warnecke, Consultant, Korneli Unger Personalberatung GmbH, Neue Blumenstraße 24, 10179 Berlin
Fon: +49 (0)30 278 984 52
Fax: +49 (0)30 278 984 51
warnecke@kup-management.com
www.kup-management.com

Oberarzt / Oberärztin für Urologie
Wir suchen zum 01.01.2018 für unsere Fachabteilung Urologie Oberarzt / Oberärztin für Urologie in Vollzeit. Ihre Bewerbung oder Anfragen richten Sie bitte an: Eichsfeld Klinikum, Personalabteilung, Klosterstraße 7 37355 Kleinbartloff
Telefon: (036076) 99 34 17, E-Mail: personal@eichsfeld-klinikum.de



Doppelter Schutz für die Blasenwand

Kombinationspräparat zweier natürlicher Komponenten:
Hyaluronsäure und Chondroitinsulfat

- Intensive Regeneration der GAG-Schicht¹
- Reduktion von Schmerzen und Drangsymptomatik^{2,3}
- Signifikant weniger wiederkehrende Harnwegsinfekte⁴



1 Jocham D, Fröhlich G et al. Die Versorgungssituation von Patienten mit Interstitieller Cystitis in Deutschland. Urologe 2013; 52:691-702 [Tab. 12]. 2 Porru D, Leva F et al. Impact of intravesical hyaluronic acid and chondroitin sulfate on bladder pain syndrome/interstitial cystitis. Int Urogynecol 2012; 23: 1193-1199 [Installation 40 ml mit HS (1,6%) und CS (2%); Einwirkzeit 1-2 h]. 3 Cervigni M, Natale, F et al. A combined intravesical therapy with hyaluronic acid and chondroitin for refractory painful bladder syndrome/interstitial cystitis. Int Urogynecol 2008; 19: 943-947 [Installation 40 ml mit HS (1,6%) und CS (2%); Einwirkzeit 1 h]. 4 Damiano R, Quarto G et al. Prevention of recurrent urinary tract infections by intravesical administration of hyaluronic acid and chondroitin sulphate: a placebo-controlled randomised trial. Eur Urol 2011; 59: 645-651

Foto: Hans-Georg Unrau



Sendung verpasst? Die Mediathek der DGU

Der Begriff „Medien-Theke“ kam in den 70er Jahren auf und beinhaltete Bildung- und Informationsmaterialien von Schulen und Arbeitsämtern, die über reinen Text und Infobroschüren hinausgingen. So konnte die Mediathek auch über audiovisuelle Beiträge verfügen. In dieser Zeit wurde dann auch die „DGU-Mediathek“ gegründet. Später wurden Mediatheken zur Selbstverständlichkeit, zum Beispiel als die ARD ihre Mediathek mit dem Motto „Sendung verpasst?“ einrichtete. Die Mediathek der DGU ist das „Filmgedächtnis“ der Deutschen Urologen und hat in ihrem Bestand zahlreiche ältere oder auch hochaktuelle Filme. Der Zweck ist die Bereitstellung von Filmbeiträgen für die Aus-, Fort- und Weiterbildung aller Urologinnen und Urologen sowie des urologischen Assistenz- und Pflegepersonals. Zu finden ist die DGU-Mediathek auf dem „Urologienportal“ unter der Rubrik Fachbesucher/Service. Die mediale Datenbank umfasst über 400 Beiträge aus allen Bereichen der Urologie. Mitglieder von DGU oder BDU haben freien Zugang und müssen sich dazu in den geschützten Mitgliederbereich einloggen.

Über das Stichwortverzeichnis oder Themenbereiche können Filme gefunden werden. Derzeit können die Beiträge auch noch über die Geschäftsstelle der DGU (fus@dgu.de) kostenlos ausgeliehen werden. Technisch betreut wird die Mediathek von Herrn Peters aus Aachen. Alljährlich vergibt die DGU auf ihrem Jahreskongress einen Filmpreis, der mit 1.000 € dotiert ist und von der Fa. Apogepha gesponsert ist. So wurden 2017 insgesamt 23 Filme eingereicht und von der Film-Jury bewertet. 12 Filme wurden für die den Kongress ausgewählt, der Filmpreis wurde an Dr. Martin Janssen aus Homburg/Saar und Kollegen für den Beitrag „Robotisch-gestützte Nierentransplantation“ vergeben. Alle ausgewählten Filme werden in die Mediathek aufgenommen und können angeschaut werden. So umfasst die Datenbank mittlerweile mehrere hundert Beiträge. Die wissenschaftliche Betreuung der Mediathek liegt in den Händen von Prof. Heynemann, Halle/Saale, und Prof. Enzmann, Brandenburg. So existiert ein gut gepflegtes „Filmgedächtnis“ der Deutschen Urologie, das für alle jederzeit verfügbar ist. Sendung verpasst?



Fotos: Beirram Solcher

Kongressnachlese 2017 Namen und Fakten rund um den 69. DGU-Kongress

Imagewandel heißt die Devise der Fachgesellschaft – schließlich behandeln Urologinnen und Urologen nicht nur Männer, sondern auch Frauen und Kinder. Genau diese Botschaft transportierte Kongresspräsident Professor Dr. Tilman Kälble mit dem Motto der 69. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU) in Dresden: „Urologie: Für alle. Für jeden. Für uns.“ Die rund 6500 Besucher aus dem In- und Ausland sahen Vielfalt und Bedeutung ihres Faches im Kongressprogramm gespiegelt und waren vom 20. bis 23. September 2017 in der angenehm bodenständigen Atmosphäre der Messe Dresden bei – selbst in der Industrieausstellung – exzellenten klimatischen Bedingungen bestens aufgehoben. Für Uro-Onkologen und Operateure bot bereits der Kongress-Mittwoch mit den Akademie-Foren Onkologie I bis III und den gut besuchten Semi-Live-Operationen die ersten Highlights. Für Patienten war das Laienforum unter dem Thema „Prävention urologischer Erkrankungen“ von der PatientenAkademie in Person ihres zweiten Vorsitzenden Dr. Dr. Johannes Huber perfekt organisiert worden und zählte am frühen Mittwochabend rund 90 Besucher im UFA-Kristallpalast in Dresden.

Top-Nachricht: Urologie ist das größte Zukunftsfach der Medizin

In seiner offiziellen Eröffnungsrede blickte Prof. Kälble tags darauf auf die Urologie der letzten 40 Jahre und damit auf eine einzigartige Erfolgsgeschichte des medizinischen Fortschritts in einem Fach zurück, das heute eine volkswirtschaftliche Schlüsselrolle einnimmt. Doch der Direktor der Klinik für Urologie und Kinderurologie am Klinikum Fulda blickte auch in die Zukunft: „Wir wollen dafür sorgen, dass Urologen die besten Ärzte für Männer, Frauen und Kinder bei Erkrankungen des Urogenitaltraktes bleiben, dass die Urologie weiter für alle, für jeden, für uns da ist, und wir wollen dafür sorgen, dass Patienten durch gute Öffentlichkeitsarbeit rechtzeitig zu uns kommen, denn wir können die meisten der Erkrankungen heilen oder zumindest lindern.“ Der Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Urologen e.V. (BvDU), Dr. Axel Schroeder, würdigte vor vollbesetztem Plenum das Motto des Kongresses als Ansporn und Verpflichtung für das Fach und sicherte der Aufklärungs-Kampagne „Urologie für alle“ die Unterstützung des Berufsverbandes zu.



„Wir haben eine großartige Zukunft vor uns, denn wir werden gebraucht“, sagte Generalsekretär Prof. Dr. Maurice Stephan Michel mit Blick auf den um 20 Prozent steigenden Versorgungsbedarf, der die Urologie zum größten Zukunftsfach der Medizin macht, und verbreitete neues Selbstbewusstsein im Auditorium.

Neben dem Eröffnungsplenum punkteten am Kongress-Donnerstag das Forum zum nicht-muskelinvasiven Harnblasenkarzinom, das Neurourologie-Update 2017 und das neue Crossfire-Plenum: Experts challenge experts. Am Mittag auf der DGU-Eröffnungs-Pressekonferenz war sie dann wieder zu spüren – die neue Bedeutung der Urologinnen und Urologen. Die Nachricht von der Urologie als dem größten Zukunftsfach dominierte die Presseveranstaltung, und die Botschaft von Generalsekretär Michel rauschte erfreulicherweise durch den Blätterwald. Ebenso wie seine gesundheitspolitische Forderung nach konzertiertem Handeln, um eine drohende Unterversorgung älterer urologischer Patienten abzuwenden. Wir erinnern uns – damit Urologie für alle erhalten bleibt!

Michael und Uli Roth: Promis vor Ort

Doch der Kongress-Donnerstag hatte noch mehr zu bieten: zum Beispiel die Vorstellung der Aufklärungs-Kampagne „Urologie für alle“, die DGU- und Kongresspräsident Prof. Dr. Tilman Kälble in seiner Amtsperiode sehr erfolgreich ins Leben gerufen hat. Dabei präsentierten sich die beiden prominenten Gesichter der Kampagne, die Handballlegenden und ehemaligen Prostatakrebspatienten Uli und Michael Roth, erfolgreich als Botschafter der Prostatakrebs-Früherkennung.

Den DGU-Medienpreis 2017 vergab der Präsident an die Redakteurin der Apotheken Umschau Sonia Gibis für ihren ausgewogenen Artikel „Prostatakrebs: Pro und contra PSA-Test“ – natürlich begleitet von Georg Friedrich Händel, dessen Wassermusik seit der ersten Preisverleihung im Plenum alle Ehrungen auf dem 69. DGU-Kongress ankündigte.

Hochbetrieb herrschte zu diesem Zeitpunkt auch in der Industrieausstellung, die sich in der Messe Dresden großzügig präsentieren konnte. Die weltweit drittgrößte urologische Fachtagung hatte die volle Drehzahl erreicht, beachtliche 800 Vortragende trugen das umfangreiche Programm in die Säle. Selbst die Overflow-Bereiche waren stark frequentiert und auch auf dem Pflegekongress brummte es dank der rund 900 angereisten Teilnehmer, derweil Veranstalter Interplan, allen voran Tanja Langmesser, auch beim inzwischen dritten DGU-Kongress in Dresden alles gewohnt perfekt im Griff hatte. Fast 2000 User nutzten die reibungslos laufende DGU-App, und „DGU on demand“ war für alle, die eine Veranstaltung verpasst hatten, bereits am DGU-Stand verfügbar. Zentral platziert, zeigte sich das Team-DGU dort bester Dinge und erstmals in Gesellschaft der Historischen Ausstellung, wo die Fachgesellschaft ihre neue historische Broschüre „Der Urologe in Eigen- und Fremdsicht“ vorstellte. Apropos Overflow-Bereiche: Informationen über STI waren bei Urologinnen und Urologen derart gefragt, dass Forum 21 zu sexuell übertragbaren Infektionen zum Veranstaltung-Highlight am Freitag avancierte und selbst die Übertragungsbereiche komplett füllte.

Auch für den Nachwuchs von übermorgen hatten sich Fachgesellschaft und GeSRU selbstredend vor Ort ins Zeug gelegt und

unter Sachsens Oberstufenschülerinnen und -schülern mit dem Aktionstag „Werde Urologin/Urologe“ für das neue Zukunftsfach geworben.

120 Journalisten berichteten aus Dresden

Höchste Ehren wurden am Kongress-Freitag ebenfalls vergeben, und in Zeiten, in denen sich andernorts die Grenzen schließen, der Schweizer Urologe PD Dr. Roland Seiler mit der höchsten wissenschaftlichen Auszeichnung der Fachgesellschaft, dem Maximilian Nitze-Preis, geehrt. Rund 120 akkreditierte Journalisten berichteten aus Dresden. Eines der Top-Themen war natürlich das PSA-Screening, das in einem hochkarätig besetzten und bestens besuchten Forum auf den Prüfstand gestellt wurde.

Der wieder erfrischend schlanke Kongress-Samstag sorgte für ein volles Abschlussplenum, das seine Take-Home-Messages 2017 zahlreich platzieren konnte. Spontaner Applaus bei der Amtsübergabe bestätigte dem scheidenden Präsidenten Prof. Dr. Tilman Kälble, dass seine Absicht, ein neues Selbstverständnis und Begeisterung für das Fach zu wecken, gelungen war. Nach ebenfalls erfolgreicher Übergabe der Insignien der Präsidentschaft an Professor Dr. Paolo Fornara übernahm der bisherige Vizepräsident offiziell das Amt des DGU-Präsidenten für die Amtsperiode 2017/2018 und lud wegen laufender Bauarbeiten im Düsselort Congress Center zum 70. DGU-Kongress unter dem Motto „Tradition, Innovation und Verantwortung“ vom 26. bis 29. September 2018 erneut in die Messe Dresden ein, wo Urologinnen und Urologen auch bei ihrem vierten Besuch gut aufgehoben sein werden.

DGU baut Stipendienprogramm aus

Neue Ausschreibungen für 2018

Die Deutsche Gesellschaft für Urologie hat jüngst sein Stipendienprogramm erweitert und – parallel zu den bekannten Eisenberger-Stipendien – mit dem neuen Wolfgang Lutzeyer-Forschungsstipendium eine eigenständige Fördermaßnahme nun auch für Naturwissenschaftlerinnen und Naturwissenschaftler in der Urologie ins Leben gerufen. Damit konstituiert die DGU als erste medizinische Fachgesellschaft in Deutschland ein exklusives Förderinstrumentarium für Naturwissenschaftler und bietet dieser Zielgruppe eine echte Chance und Perspektive, sich innerhalb ihres eigenen Forschungsbereichs und am Standort ihrer aktuellen urologischen Klinik zu etablieren. Langfristig soll das Programm die Grundlagenforschung in der deutschen Urologie attraktiver gestalten und dazu beitragen, neue Arbeitsgruppen in urologischen Forschungslaboren aufzubauen. Zusammengefasst stellen Eisenberger- und Lutzeyer-Stipendien potente Förderprogramme dar, mit denen die DGU zielgerichtet und nachhaltig die urologisch-akademische Forschungslandschaft in Deutschland ausbaut.

Eisenberger-Stipendien 2018

Für das Jahr 2018 schreibt die Deutsche Gesellschaft für Urologie erneut drei weitere Ferdinand Eisenberger-Forschungsstipendien aus. Alle interessierten jungen Medizinerinnen und Mediziner in der deutschen Urologie sind aufgefordert, sich mit ihrer Projektidee und einem relevanten Gastlabor für ein 12-monatiges Clinical Leave zu bewerben.

Das Ferdinand Eisenberger-Stipendienprogramm bietet interessierten urologischen Nachwuchskräften für jeweils ein Jahr die Chance, sich mit experimentellen Fragestellungen außerhalb des klinischen Alltags intensiv beschäftigen zu können. Im Rahmen der Durchführung eines wissenschaftlichen Projekts erwerben die Stipendiaten Kompetenzen in der Forschung und knüpfen gleichermaßen für sich als auch für ihre Heimatkliniken wichtige Kontakte zu in der Grundlagenforschung ausgewiesenen Wissenschaftlern und Forschungslaboratorien. Anders als bei Stipendien, die durch die großen Förderinstitutionen, wie z.B. die DFG oder die Deutschen Krebshilfe, vergeben werden, sind die Eisenberger-Stipendien auf gastgebende Labore in Deutschland fokussiert. Hierüber erhofft sich die DGU eine Stärkung der Forschungsinfrastruktur für die Urologie in Deutschland mit effektiver regionaler und nationaler Vernetzung.

Am Eisenberger-Stipendienprogramm kann grundsätzlich jeder promovierte Urologe oder in urologischer Facharztausbildung befindliche Mediziner teilnehmen. Da die Stipendien den Kandidaten zu einer wissenschaftlichen Profilbildung verhelfen sollen, ist eine bereits fortgeschrittene Forscherlaufbahn zum Zeitpunkt der Bewerbung keine notwendige Voraussetzung. Auch müssen die Bewerber nicht zwangsläufig einer akademischen Universitätsklinik angehören. Wesentlich für eine Förderentscheidung sind



die infrastrukturellen Voraussetzungen an der Heimatklinik, die eine Fortsetzung der Forschungsarbeiten im Anschluss an das Stipendium gewährleisten sollen.

Lutzeyer-Stipendium 2018

Zudem schreibt die Deutsche Gesellschaft für Urologie für 2018 erstmalig auch ein Wolfgang Lutzeyer-Forschungsstipendium aus. Alle interessierten jungen Naturwissenschaftlerinnen und Naturwissenschaftler in der deutschen Urologie werden ermutigt, sich mit ihrem Profil und ihrer Projektidee auf diese 12-monatige individuelle Förderung zu bewerben.

Ziel dieses Stipendiums ist es, Nachwuchswissenschaftlern mit naturwissenschaftlichem Hintergrund zum Ende ihrer Promotions- oder Postdoc-Phase die Möglichkeit zu geben, ihre Forschungsarbeiten im Labor ihrer urologischen Klinik fortzuführen, eine Publikation abzuschließen und einen eigenen Drittmittelantrag – einschließlich der Beantragung ihrer eigenen Stelle – zur Einreichung bei einer öffentlichen Förderinstitution auszuarbeiten. Dabei adressiert das Stipendium ausdrücklich Forscherpersönlichkeiten, deren Projekte einen laborexperimentellen Schwerpunkt haben. Die Durchführung in diesem Kontext erfolgreich eingeworbener Drittmittelprojekte soll im Labor der aktuellen Heimatklinik erfolgen.

Antragsberechtigt sind Naturwissenschaftlerinnen und Naturwissenschaftler mit einer befristeten Anstellung an einer urologischen Klinik in Deutschland, deren Stelle innerhalb der nächsten 12 Monate nach Antragstellung ausläuft. Das Förderprogramm setzt eine abgeschlossene oder kurz vor Abschluss stehende Promotion der Bewerber voraus.

Bewerbungsfristen enden am 15. Januar 2018

Die Fristen zur Einreichung von Anträgen sowohl für Eisenberger- als auch für Lutzeyer-Stipendien enden am 15. Januar 2018.

Interessierte finden alle Informationen rund um die Bewerbungsverfahren sowie die erforderlichen Formulare auf der DGU-Homepage: <http://www.dgu-forschung.de/forschungsfoerderung.html>.

Das Ressort Forschungsförderung bietet allen Kandidaten eine individuelle Bewerbungsberatung an. Kontakt über cbecker@dgu.de.

Die DGU wünscht allen Bewerberinnen und Bewerbern viel Erfolg!

„Urologie für alle“ Aufklärungskampagne läuft auf allen Kanälen

An prominenten Mitstreitern mangelt es nicht: Die beiden Handballlegenden und ehemaligen Prostatakrebspatienten Uli und Michael Roth sind die Gesichter der Kampagne, aber auch Showmaster Frank Elstner und Comedian Bodo Bach unterstützen seit Neuestem die Aufklärungskampagne „Urologie für alle“, die von der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V. in Kooperation mit dem Berufsverband der Deutschen Urologen e.V. 2017 initiiert wurde und von der Fremdgagentur OpenMinded sehr erfolgreich durchgeführt wird. Die Initiative unterstützt Urologinnen und Urologen dabei, als Ärzte wahrgenommen zu werden, die nicht nur Männer behandeln, sondern auch Frauen und Kinder bei allen Erkrankungen des Urogenitaltraktes beraten und therapieren können. Herzstück der Kampagne ist bekanntlich das Online-Portal www.urologie-fuer-alle.de, das visuell und inhaltlich keinen Zweifel daran lässt, dass

Urologen Männer, Frauen und Kinder behandeln. Seit dem Start im August zählt die Webseite bis zu beachtliche 400 Aufrufe am Tag und durchschnittlich 10.000 Nutzer im Monat. Dafür wird auf allen Kanälen getromelt: mit Video-Statements zur DGU-Kampagne auf YouTube, regelmäßigen Postings zu urologischen Gesundheitsthemen auf twitter, LinkedIn, XING und Facebook, wo über 1.000 Facebook-Fans in vier Wochen gewonnen werden konnten.

Print- und TV-Präsenz laufen ebenfalls bestens. DGU-Generalsekretär Prof. Dr. Maurice Stephan Michel und Michael Roth etwa waren kürzlich zu Gast in einer Talkrunde zur Vorsorge und zur DGU-Kampagne im Rhein-Neckar Fernsehen. Prof. Tilman Kälble, der die Kampagne als DGU-Präsident 2016/2017 ins Leben gerufen hat, präsentierte die Initiative u.a. in der Sächsischen Zeitung.

Arztuche auf www.urologie-fuer-alle.de Schon 1250 registrierte Urologinnen und Urologen

Stark ist auch die Rückmeldung von Urologinnen und Urologen aus Klinik und Praxis, die seit dem Kampagnenstart laufend mit Informationsmaterialien für die Patienten, Vorsorgepässen und Postern ausgestattet werden. Sollten Sie noch keine Kampagnenbox erhalten haben, melden Sie sich gerne bei:

aerzteservice@urologie-fuer-alle.de.
Dass die Mitglieder von DGU und BvDU hinter der Kampagne stehen, zeigen viele positive Stimmen und nicht zuletzt die Tatsache, dass sich bereits 1250 Urologinnen und Urologen aus ganz Deutschland auf der Arztuche von www.urologie-fuer-alle.de haben registrieren lassen. Für die Registrierung steht ein jüngst noch einmal vereinfachtes Online-Formular zur Verfügung.



Modernes IT in Deutschland:

Un-Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse in Stadt und Land

Wer hierzulande nicht in Metropolen wie Berlin, Hamburg, München oder Köln lebt oder in anderen Großstädten, für den bedeutet Internet oft langsame Bildaufbau, ruckelndes Streaming und fehlender WLAN-Zugang.

Die Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse ist zwar verfassungsmäßig festgeschrieben, aber dieser hohe Anspruch kann vielfach nicht gehalten werden. Der städtische Raum profitiert vom Anschluss ans schnelle Internet, ländliche Regionen sind aber oft abgeschnitten.

Es ist deutlich: Nicht alle Räume und Bevölkerungsgruppen können von den Chancen der Digitalisierung profitieren. Die Ungleichgewichtung zwischen urbanen und nicht urbanen Räumen wird sich durch die Digitalisierung selbst weiter verschärfen.

Soziale und technische Infrastruktur sind demnach nicht überall gleich. Digitale Innovationen vergrößern zwar die Möglichkeiten der Bereitstellung von Infrastruktur und sind Grundstein für mehr Teilhabe und Chancengerechtigkeit. Gerade für die ländlichen Räume mit der Stadtflucht der Jugend wäre eine gleiche und bessere digitale Anbindung überlebensnotwendig, damit die Menschen nicht abwandern. Dies gilt besonders für die ‚Digital Natives‘, die Generation, die mit Computern, Internet und Smartphones aufgewachsen ist. 85% aller Deutschen ab zehn Jahren nutzten im Jahr 2015 regelmäßig das Internet, und sogar in der Altersgruppe der über 65-Jährigen geht jede zweite Person regelmäßig ins Internet (Statistisches Bundesamt 2015).

Darum muss die flächendeckende Versorgung mit leistungsfähigem Internet auf die politische Agenda und mit Blick auf Wettbewerbsfähigkeit auch rasch umgesetzt werden. Im Hinblick auf die zunehmende Alterung der Gesellschaft ist auch dies von Bedeutung: Der Einsatz digitaler Technik kann ein längeres autonomes Verbleiben in den eigenen vier Wänden erleichtern, verbunden mit niedrigschwelligem Zugang zu Gesundheits- und Pflegeleistungen (Stichwort Telemedizin).

Andere Länder machen es vor. In Estland wird Digitalisierung konsequent dazu genutzt, Bürgerservice und Bürgerteilhabe zu etablieren, damit den ländlichen Raum infrastrukturell zu fördern und Datensouveränität für jeden Einzelnen zu gewährleisten. Die Grundvoraussetzung: Der Ausbau des digitalen Netzes ist in Estland Staatsziel – freier Internetzugang gehört zu den Grundrechten.

LESERBRIEF Gedanken eines Selbsthilfegruppenleiters zu PREFERE

Auf den Leserbrief „PREFERE-Studie abgebrochen: Gedanken eines Betroffenen“, in UROlogisch von Herrn Jens-Peter Zacharias möchte ich gerne aus Sicht eines Selbsthilfegruppenleiters antworten.

Die Gedanken meines lieben Mitstreiters, Jens-Peter Zacharias, möchte ich ergänzen, da mir mehrere Hundert Patientengespräche noch im Ohr klingen und die Patienten letztendlich auch das letzte Wort haben, insbesondere bezüglich ihres zukünftigen Lebens.

Pauschale Kritiken an der Fachgesellschaft der Urologen helfen nicht weiter. Dass Teile der Ärzteschaft am wissenschaftlichen Fortschritt nicht interessiert sind, lässt sich nicht belegen.

Die PREFERE-Studie – ein „großartiges Projekt“? Eine abgebrochene Studie ein „Erfolg“? Ich hatte 2012 gewagt, als Mitglied des BPS-Vorstandes das Ende der Studie für 2014 vorauszusagen. Ich hatte mich geirrt, denn die Medikamente im Tropf zur Lebenserhaltung der Studie wurden immer wieder nachgefüllt. Die Schuldigen des Scheiterns der Studie sucht man überall; nicht nur im mangelhaften Studiendesign. Das Übel heißt Randomisierung. Auf meine Forderung, diese aus der Studie zu entfernen, wurde argumentiert, dass dann die Studie nicht den angestrebten hohen Stellenwert hätte.

Nun haben wir weder Studie noch Stellenwert. Auch hier gibt es Fragen: Wurde im Vorfeld der Studie mit allen Beteiligten – im Besonderen mit den niedergelassenen Urologen – das Für und Wider ausreichend diskutiert? Warum wurde keine Pilotstudie initiiert?

Mich interessieren hier nicht die wissenschaftlichen Erhebungen der Experten und Statistiker, u.a. aus USA, die den Erfolg der Studie anzweifeln. Ich sehe den Patienten, wie er beim Urologen sitzt und für die Studienteilnahme motiviert werden soll – ein schwieriges Unterfangen. Der Patient ist völlig unbedarft und nicht mit Wissen vorbelastet, wie BPS-Mitglieder es sind. Ihm wird vermittelt, dass er eine harmlose (Stöckle) Krankheit hat.

Was erwartet der Patient vom Urologen? Natürlich einen Therapievorschlag, den der Arzt auch seinem eigenen Vater oder Bruder geben würde. Nun erklärt der Arzt dem Patienten, was eine Studie beinhaltet und wie sie abläuft. Nachdem der Arzt die volle Bandbreite der Möglichkeiten aufgezählt und erklärt (!) hat, soll er ihm die Teilnahme an der Studie schmackhaft machen. Der neue Patient staunt darüber, dass man einen Prostatakrebs operieren kann, aber man kann es auch lassen und diesen Krebs nur überwachen. Will er an einer PREFERE-Studie

teilnehmen, kann er zwei Optionen abwählen, aber zwischen den beiden Übrigen hat er selbst keine Wahl mehr. Gefällt ihm das?

Problem: Therapieentscheidung. In meiner Umfrage unter 347 Mit-Patienten, wer letztendlich die Entscheidung einer Therapie trifft, ergab sich folgendes Bild: Von 347 neu diagnostizierten Patienten trafen 167 die Therapieentscheidung alleine. Weitere 73 gemeinsam mit dem Arzt. Somit überließen 107 Patienten die alleinige Entscheidung ihrem Arzt („Der Urologe“, Heft 2, 2012). Der Trend ist eindeutig. Der Patient will weitgehend selbst über sein zukünftiges Schicksal entscheiden. Es dürfte sehr wenigen Patienten gefallen, diese Entscheidung einem Würfel oder – technisch korrekter – einem Zufallsgenerator zu überlassen. Man kann sicher alles Mögliche randomisieren, wie Tabletten oder Salben. Doch die extreme Bandbreite der Behandlungsmöglichkeiten des PCa setzt der Randomisierung Grenzen. Somit halte ich PREFERE nicht für eine vorbildliche Studie. Gemessen wird immer am Ergebnis. Dennoch hat Jens-Peter Zacharias auch Recht: Wir finanzierende Patienten brauchen mehr Mitspracherecht in allen Gremien des Gesundheitswesens.

Hanns-Jörg Fiebrandt, Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Berlin-Mitte

Impressum

Verantwortliche Herausgeber:

Prof. Dr. Oliver Hakenberg
Prof. Dr. Maurice Stephan Michel
Prof. Dr. Christian Wülfing
Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V.
Uerdinger Str. 64
40474 Düsseldorf

Redaktion:

Franziska Engehausen
Sabine M. Glimm
Bettina-C. Wahlers

Autoren:

Christoph Becker
Franziska Engehausen
Sabine M. Glimm
Oliver Hakenberg
Maurice Stephan Michel

Grafik:

Barbara Saniter

Druck:

DBM Druckhaus
Berlin-Mitte GmbH

Auflage:

6500 Exemplare

Ausgabe:

3 / 2017 – Dezember

UroAktuell 2018 in Dresden

In bewährter Weise findet UroAktuell im Frühjahr in Dresden statt, vom 26. – 28. April 2018. Praxisrelevantes urologisches Wissen, fokussiert auf die Neuerungen des letzten Jahres, wird dargestellt und aktuelle

Studienergebnisse in Fallbeispiele überführt. Aktive Beteiligung der Teilnehmer an der Diskussion ist gewünscht. Begleitend finden am Donnerstag, den 26. April 2018, Seminare und Kurse in Kleingruppen statt,

veranstaltet von Arbeitskreisen: ein Andrologieseminar, ein Spermogrammkurs, ein dreigeteilter Sonographiekurs (Grundlagen / Urologie der Frau / TRUS) und ein Urodynamikkurs, alle mit praktischen Übungen. Zusätzlich findet eine Fortbildung für Urologisches Assistenzpersonal am Freitag statt.

Die Arbeitskreise der DGU nutzen die Tagung in Dresden für ihre internen Geschäftsitzungen. Damit bietet UroAktuell 2018 neben einer exzellenten Fortbildungsmöglichkeit auch eine Plattform zum persönlichen Austausch mit Experten aus allen Bereichen der Urologie.

+++ unabhängig +++ kompetent +++ praxisnah +++ immer aktuell +++

UROAKTUELL 2018

AKTUELLES UND PRAXISRELEVANTES IN DER UROLOGIE

26.–28. April 2018, Dresden

Tagungsort: **The Westin Bellevue Hotel**
Große Meißner Str. 15 | 01097 Dresden

Veranstalter



ONLINE-REGISTRIERUNG UNTER:
WWW.UROLOGENPORTAL.DE



Wissenschaftliche Leitung



Die Referenten von UROAKTUELL 2018



Dr. med.
Simone Bertz



Prof. Dr.
Maximilian Burger



Prof. Dr.
Christian Gratzke



Prof. Dr. Marc-
Oliver Grimm



Prof. Dr.
Boris Hadaschik



Prof. Dr.
Oliver Hakenberg



Prof. Dr.
Christian Hampel



Prof. Dr.
Sabine Kliesch



Prof. Dr.
Thomas Knoll



Prof. Dr.
Susanne Krege



Prof. Dr.
Tobias Maurer



Prof. Dr. Axel S.
Merseburger



Prof. Dr. Maurice
Stefan Michel



Prof. Dr.
Kurt Miller



Priv.-Doz. Dr.
Anette Schröder



Prof. Dr.
Arnulf Stenzl



Prof. Dr. med.
Thomas Steuber



Prof. Dr. Florian
Wagenlehner



Prof. Dr.
Christian Wülfing

Wir
erwarten
Sie in
Dresden