



Eröffnungs-Pressekonferenz

02. Oktober 2014

15.00 – 16.00 Uhr

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

vom 01. bis 04. Oktober 2014
in Düsseldorf



Inhalt der Pressemappe

Teilnehmerliste der Eröffnungs-Presskonferenz

Dr. med. Axel Schroeder

Neues aus der Berufspolitik:
Selektivverträge und Pflege

Dr. med. Wolfgang Bühmann

Die Jungensprechstunde - ein gemeinsames Projekt
von DGU und BDU

Referat Prof. Dr. med. Jan Fichtner

20 Prozent mehr Patienten –
Urologie unter demografischem Wandel

Referat Prof. Dr. med. Oliver Hakenberg

Neues zum Prostatakarzinom: S3-Leitlinie,
PREFERE und mehr

Referat Prof. Dr. med. Stephan Roth

Der kleine Unterschied: Gendermedizin in der Urologie
Welchen Einfluss hat das Geschlecht
auf die Behandlungsergebnisse?

Service-Hinweis:

Weitere Informationen, Curricula Vitae und Fotos
der Teilnehmer online unter:

<http://fotos.wahlers-pr.de>

Passwort: Presse66



Teilnehmer der Eröffnungs-Pressekonferenz

Prof. Dr. med. Jan Fichtner

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V.
Chefarzt der Klinik für Urologie
Johanniter Krankenhaus Oberhausen

Prof. Dr. med. Oliver Hakenberg

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

Prof. Dr. med. Sabine Kliesch

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

Dr. med. Axel Schroeder

Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Urologen e.V.

Prof. Dr. med. Stephan Roth

Vize-Präsident der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V.
Direktor der Klinik für Urologie und Kinderurologie
Helios Klinikum Wuppertal

Dr. med. Wolfgang Bühmann

Pressesprecher des Berufsverbandes der
Deutschen Urologen e.V.



BDU-Statement: Dr. med. Wolfgang Bühmann

Pressesprecher des Berufsverbandes der Deutschen Urologen e.V.

Probleme bei Jungen und jungen Männern Urologische Begleitung durch eine Jungensprechstunde – ein gemeinsames Projekt von DGU und BDU als Beitrag zur Männergesundheit

Mädchen empfangen durch naturgegebene Bindung an ihre Mutter und frühen Kontakt zum Gynäkologen hinsichtlich der Beratung zur Kontrazeption mehr Ansprache für ihre Probleme in der Übergangszeit vom Mädchen zur Frau. Männlichen Jugendlichen fehlt dagegen oft ein akzeptierter Partner für ihre psychischen wie somatischen Konflikte im Rahmen der körperlichen und psychischen Entwicklung zum Mann, da auch für sie aus verschiedenen Gründen eher die Mütter als die Väter zur Verfügung stehen – das sollte ein Anlass sein, ihnen analog der Gynäkologen den Urologen als Ansprechpartner anzubieten.

Die seelische wie körperliche Umstellung während der Pubertät, insbesondere in der Phase, wenn die Entwicklung der geistigen Vernunft damit nicht Schritt hält, führt zu zahlreichen Fragen und Konflikten bei männlichen Jugendlichen, die sie aus Schamgefühl oder wegen beginnender Lösung von den Eltern gerade zuhause nicht besprechen möchten.

Leider bieten die Medien im Print-, TV- oder Internet-Bereich keine geeigneten Alternativen, da sie keinerlei Qualitätskontrollen unterliegen und sogar häufig eher kontraproduktive Informationen vermitteln, die die Unsicherheit eher verstärken als reduzieren.

Die übertriebenen, meist abstrusen oder absurden Darstellungen männlicher Geschlechtsorgane und sexueller Kontakte führen häufig zu erheblichen Minderwertigkeitsgefühlen bis hin zu Angststörungen oder somatoformen Dysfunktionen, ohne dass diese in direktem Dialog korrigiert bzw. erklärt werden können.



Im somatischen Bereich sind hier die Entwicklung der Vorhaut, der Penisgröße und der Hoden sowie die später optional folgenden Symptome wie Frenulumeinriss, Juckreiz/Brennen beim Wasserlassen und Blut im Sperma zu nennen. Im psychischen Bereich geht es um Aussehen der Genitalien, Entwicklung und Probleme der Erektion und des sexuellen Erlebens, Phasen der Homosexualität bzw. der Entwicklung der sexuellen Orientierung und um Partnerkonflikte mit gleichaltrigen Mädchen.

Hierzu kann sich der Urologe als qualifizierter („geborener“) ärztlicher Begleiter für das ganze Männerleben zukünftig auch in einer Jungen-Sprechstunde engagieren, um damit diese Lücke im Männerleben zu schließen.

Zur erfolgreichen Etablierung sind einige Voraussetzungen notwendig: Zunächst ist ein inhaltlich standardisiertes Portfolio zu entwickeln, dann ein Marketingkonzept, wie den Jungen als Zielgruppe dieses Angebot zu vermitteln ist, um die Schwelle so niedrig wie möglich zu halten, sich einem Urologen anzuvertrauen statt in eine belastende Scheinwelt zu flüchten. Information der Jugendlichen, ihrer Eltern und der kinderärztlichen KollegInnen stellen obligate Bedingungen für eine erfolgreiche Umsetzung dieses ambitionierten Projektes dar. Dazu sind insbesondere auch die rechtlichen Rahmenrichtlinien zu klären, unter denen Jungen der diskrete Besuch beim Urologen ermöglicht werden kann. Auch die Anreize für den Urologen in den Bereichen Praxismarketing und Vergütung im GKV- und PKV-Bereich sind angemessen zu berücksichtigen.

Gleichsam kann die Jungensprechstunde im Sinne der Männergesundheit durch frühzeitige Sensibilisierung der männlichen Jugendlichen für Prävention zur Reduzierung des geschlechtsspezifischen „Früh(er)ablebens“ durch Überernährung, Bewegungsmangel sowie Über-Konsum gesellschaftlich arrivierter Genussgifte wie Nikotin und Alkohol und konsekutiv erhöhter Risiken wie metabolisches Syndrom, Koronarsyndrom, Schlaganfälle, Diabetes, Leber- und Bronchialcarcinom dienen.

Nach der Initialzündung durch ein von Prof. Stefan C. Müller, Bonn, anlässlich des von ihm präsierten DGU-Kongresses in Leipzig 2012 platziertes Forum hat eine DGU-/BDU-Arbeitsgruppe in Kooperation mit der „Ärztlichen Gesellschaft zur Förderung der Gesundheit e.V.“ (ÄGGF), die in Person von deren langjährigen ehemaligen Vorsitzenden Dr. Gisela Gille, die fünfzehn Jahre Erfahrungen mit der erfolgreich etablierten



„Mädchensprechstunde“ einbringt, das Konzept entwickelt und stufenweise publiziert („Der Urologe“ Heft 2/14) und präsentiert (z.B. bei der Jahrestagung des bereits themenadaptiert umbenannten DGU-Arbeitskreises „Kinder-und Jugendurologie“ im Januar 2014 unter Vorsitz von Prof. Raimund Stein, Mainz). Prof. Jan Fichtner, Oberhausen, als diesjähriger DGU-Präsident, thematisiert die Jungensprechstunde innerhalb seines Kongresstitels „Demografischen Wandel gestalten“ in Düsseldorf durch zwei von DGU, BDU und dem jetzigen Vorstand der ÄGGF konzipierte Veranstaltungen – einen Expertenkurs der Akademie der Deutschen Urologen am Donnerstag und ein Forum am Freitag. Präsentiert werden die Inhalte von Dr. Heike Kramer, Vorstandsmitglied der ÄGGF und Dr. Wolfgang Bühmann, Pressesprecher des Berufsverbandes der Deutschen Urologen e.V.

Anschließend wird das Projekt interessierten Urologen durch regionale Veranstaltungen, den Jungen durch Schulveranstaltungen in Zusammenarbeit mit der ÄGGF nahegebracht, um ihnen anschließend den Urologen in seiner Praxis als ihren niederschwellig zu erreichenden ärztlichen Ansprechpartner in dieser schwierigen Lebensphase anzubieten.



Referent: Prof. Dr. med. Jan Fichtner
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V.
Chefarzt der Klinik für Urologie
Johanniter Krankenhaus Oberhausen

Herausforderungen und Chancen für die Urologie Auswirkungen der demografischen Entwicklung in Deutschland auf das Fachgebiet

Der demografische Wandel in Deutschland ist nicht nur eine politische und wirtschaftliche Herausforderung, sondern er wirkt sich auch direkt auf das Gesundheitswesen im Land und dessen künftige Entwicklung aus. Altersbedingt nimmt die Zahl der Patienten zu, wodurch die Leistungsanforderungen an Praxen und Kliniken entsprechend steigen.

Dies wird zu erheblicher Leistungsverdichtung führen, die durch eine Verknappung der zur Verfügung stehenden Arztstunden verschärft wird. Das Fachgebiet Urologie wird innerhalb des nächsten Jahrzehnts im Vergleich zu allen anderen Fachdisziplinen am deutlichsten von der veränderten Altersstruktur der deutschen Gesellschaft und den Folgen für das Gesundheitswesen betroffen sein. Die Entwicklung bietet neben Herausforderungen aber auch Chancen für die Urologie.

Nach Kalkulationen des Statistischen Bundesamtes wird die Einwohnerzahl Deutschlands bis 2040 halbwegs konstant um die 80 Millionen liegen, jedoch wird der Anteil der Männer und Frauen, die 65 Jahre und älter sind, deutlich zunehmen. Betrug dieser Anteil 1980 noch 12,2 Millionen, so liegt er gegenwärtig schon bei 17,3 Millionen und wird über 22,3 Millionen in 2030 auf knapp 24 Millionen im Jahr 2040 angestiegen sein. Parallel zu dieser Entwicklung der Zunahme älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung wird auch die Lebenserwartung in Deutschland ungebrochen weiter steigen.



Schon 2001 hatte das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Vereinigung in Deutschland (ZI) in einer Analyse die Leistungsausdehnung im Fachgebiet Urologie im ambulanten Bereich festgestellt und als Ursache die Zunahme des älteren Bevölkerungsanteils und der mit ihr verbundenen typischen urologischen Erkrankungen ausgemacht. Anlass für die Analyse hatte die Feststellung eines fast doppelt so hohen Anstiegs der Abrechnungsfälle zwischen 1993 und 1998 in der Urologie (über 44 Prozent) gegenüber den anderen Fachgruppen (durchschnittlich 23 Prozent) gegeben. In einer späteren Untersuchung bundesweiter Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wurde der Zusammenhang zwischen Lebensalter und häufigerem Besuch des Urologen weiter verdeutlicht: Der urologische Leistungsbedarf eines über 60-jährigen Patienten betrug das Sechsfache gegenüber dem eines unter 60-Jährigen. Das liegt weit über den entsprechenden Bedarfswerten aller anderen Fachgebiete.

**Stärkster Zuwachs von allen Fachgebieten:
Urologischer Versorgungsbedarf steigt um 20 Prozent**

Auf Basis der bisherigen Leistungsentwicklung bei der urologischen Versorgung im vertragsärztlichen Bereich prognostiziert das ZI für die Urologie eine allein demografisch bedingte Steigerung des Bedarfs bis 2025 von fast 20 Prozent. Aufgrund der ausgeprägten Zunahme der älteren Bevölkerung im ländlichen Umland von Ballungsräumen werde der urologische Versorgungsbedarf dort noch stärker zunehmen.

Von wachsender Bedeutung werden Erkrankungen an Tumoren des Alters sein, zu denen Prostatakarzinom, Blasenkarzinom und Nierenzellkarzinom zählen.

Unter allen Tumorerkrankungen in Deutschland entfallen laut Robert Koch-Institut inzwischen 23,6 Prozent auf das Fachgebiet Urologie und erklären die zunehmende Bedeutung des Fachgebiets für onkologische Diagnostik und Therapie. So ist beim Prostatakarzinom, der häufigsten Krebsart beim



Mann, die Zahl der Neuerkrankungen seit 2002 von knapp 50.000 auf heute rund 70.000 im Jahr angestiegen. Für 2020 wird mit etwa 84.000 Neuerkrankungen pro Jahr gerechnet, und auch diese Zunahme allein durch die demografische Altersentwicklung begründet. Ähnliche Entwicklungstendenzen werden auch für Blasentumor, Nierenzellkarzinom sowie andere urologische Tumoren erwartet. Die daraus resultierenden Kosten für Diagnostik und Therapie dürften immens sein.

Die aktuelle Statistik zeigt, dass von derzeit 141.038 Ärztinnen und Ärzten nur 3111 Urologen in der Niederlassung tätig sind (Bundesarztregister der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 31.12.2012). Die Ärztekammern, bei denen die in Krankenhäusern tätigen Fachärzte eingeschlossen sind, haben 348.695 Ärztinnen und Ärzte registriert, von denen lediglich 5388 und damit nur 1,5 Prozent die Facharztbezeichnung Urologe tragen (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2012). Das Verhältnis zwischen berufsausübenden Urologen und dem hohen Anteil urologischer Tumoren an allen onkologischen Erkrankungen spricht für sich.

Zahl der zur Verfügung stehenden Arztstunden sinkt

Auch in der Altersentwicklung der Ärztinnen und Ärzte in Deutschland spiegelt sich die demografische Entwicklung in Deutschland wider. Mit dem heutigen Altersdurchschnitt von etwa 54 Jahren steht in den nächsten 10 bis 15 Jahren mehr als die Hälfte aller Niedergelassenen vor der Aufgabe der ärztlichen Tätigkeit. Ähnliches steht bei den Urologen in Klinik und Praxis zu erwarten. Mittelfristig wird mit einem Rückgang der Gesamtzahl beruflich tätiger Urologinnen und Urologen gerechnet. Zudem wirkt die seit Jahren konstant bleibende Zahl der Studienabgänger in der Humanmedizin nicht dem absehbaren Ärztemangel entgegen. Hinzu kommt, dass gerade auch bei jungen Ärzten ein Trend zur Neubewertung der sogenannten Work-Life-Balance zu verzeichnen ist. Außerdem wirkt sich die Feminisierung der Medizin – heute sind zwei Drittel der Studienanfänger



in der Humanmedizin weiblich – aus: Dieser positive Trend hat in den urologischen Kliniken zu inzwischen 25 Prozent Assistenzärztinnen geführt, jedoch auch zu einem höheren Anteil an Teilzeitarbeit. Die geringere „Jahresarbeitszeit“ vieler jüngerer Ärztinnen und Ärzte können nicht alle Kliniken ausgleichen. Auch dadurch wird sich der bereits bestehende Ärztemangel bei ansteigendem Versorgungsbedarf infolge der demografischen Entwicklung weiter potenzieren.

In Deutschland sind etwa 2,5 Millionen Menschen pflegebedürftig, 30 Prozent von ihnen werden vollstationär in Heimen versorgt. Nach Expertenschätzung wird sich diese Zahl in den kommenden 40 Jahren auf mehr als fünf Millionen Pflegebedürftige verdoppeln. Schon heute beträgt der Anteil pflegebedürftiger Heimbewohner, die an Harninkontinenz leiden, 40 Prozent, bei den bettlägerigen Patienten sogar 80 Prozent. Aus pflegerischen Gründen wird ein Großteil mit einem Dauerkatheter versorgt und befindet sich in einem Dauerzustand urologischer Betreuung – mit entsprechendem personellen Aufwand. Neue Versorgungsstrukturen sind hier bereits in der Entwicklung.

Die Auswirkungen des demografischen Wandels auf das Fachgebiet Urologie stellen besonders Niedergelassene, aber auch Kliniken vor große Probleme. Ansteigende Leistungsverdichtung bei Diagnostik und Therapie einer zunehmend älteren und damit multimorbiden Patientenschaft ist ein wesentliches Stichwort. Aber auch eine zu erwartende Abnahme an niederlassungswilligem ärztlichen Nachwuchs wird zur Mangelware „Urologe“ beitragen, obwohl das Fachgebiet exzellente berufliche Möglichkeiten bietet. Diese Herausforderungen an die Urologie sind nur zu meistern, wenn neue Organisationsstrukturen entwickelt werden, die den Umgang mit den knapper werdenden Ressourcen optimieren. Die Deutsche Gesellschaft für Urologie e. V. (DGU) und der Berufsverband Deutscher Urologen e.V. (BDU) sind sich gemeinsam der außerordentlichen Bedeutung bewusst und begleiten Planung und Umsetzung neuer Konzepte intensiv mit ihrer fachlichen Kompetenz.



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

Neues zum PCa: S3-Leitlinie, PREFERE und mehr

Die Erkrankungen der Prostata sind ein zentrales Arbeitsfeld der Urologie und betreffen die meisten Männer im Laufe ihres Lebens in irgendeiner Form.

Das Prostatakarzinom: Jeder 5. erkrankte Mann stirbt daran

Am bedeutsamsten für die Betroffenen ist das Prostatakarzinom, der häufigste bösartige Organtumor des Mannes in Deutschland. Die Erkrankungsrate pro Jahr liegt in Deutschland bei ca. 70.000 Männern; jeder Fünfte davon verstirbt an Prostatakarzinom. Es ist leider üblich geworden, diese in 20% der Fälle tödliche Erkrankung als harmloses Alterskarzinom zu verniedlichen. Der PSA-Test als hilfreiche Früherkennungsmaßnahme wird mit negativer Publicity überzogen, obwohl seine Wertigkeit von allen nationalen urologischen Fachgesellschaften überhaupt nicht in Zweifel gezogen wird. Auch die Stellungnahmen der Patientenselbsthilfegruppen ändern an der negativen Presse zum PSA-Test bislang nichts.

Die Behandlung des Niedrig-Risiko-Prostatakarzinoms wird zunehmend durch kontrolliertes Abwarten (Active Surveillance, Watchful Waiting) vorgenommen. Die Zahl der radikalen Prostatektomien ist dementsprechend in Deutschland seit mehreren Jahren rückläufig. So ging zwischen 2007 und 2012 die Zahl der von den Krankenhäusern dokumentierten radikalen Prostataentfernungen in Deutschland von ca. 32.000 auf ca. 26.000 zurück.



Ein Beispiel für polemischen Umgang mit Zahlen zum Prostatakrebs ist auch die von Faktencheck / Stiftung Bertelsmann herausgegebene Studie zu regionalen Unterschieden innerhalb Deutschlands bezüglich der Häufigkeit der radikalen Prostatektomie. Die Ergebnisse zeigen nach der Interpretation von Faktencheck / Stiftung Bertelsmann eine Überversorgung / Übertherapie in manchen Regionen Deutschlands, nämlich in den Landkreisen, in denen mehr Prostataoperationen als im Durchschnitt durchgeführt werden. Wissenschaftlich ist eine solche Interpretation nicht haltbar. Ob regionale Häufigkeitsunterschiede überhaupt statistisch signifikant sind, wurde nicht geprüft. Allein die Tatsache, dass bei Häufigkeiten einzelne Bereiche über und andere unter dem Durchschnitt liegen, ist ein Grundelement jeder Zählung und man kann kaum erwarten, dass alle Landkreise Deutschlands in der Häufigkeit einer Kennzahl exakt dem Durchschnitt entsprechen. Regionale Unterschiede in der Neuerkrankungsrate wurden nicht berücksichtigt, diese bestehen für das Prostatakarzinom aber ebenfalls.

Die Verharmlosung des Prostatakarzinoms geht aber noch weiter. Bei der Diskussion um Sinn und Nutzen von Früherkennungsmaßnahmen wird mit zweierlei Maß gemessen: Die Mammographie als politisch korrekte gesundheitspolitische Maßnahme wird gefördert, während der PSA-Test – dessen Wertigkeit gemessen an der Reduktion der krebsbedingten Mortalität besser ist als die der Mammographie – vom gesundheitspolitischen Mainstream abgelehnt wird. Auch dies ist ein Beispiel für ‚gender medicine‘ (ebenfalls ein Thema dieses Kongresses): nämlich für gender-abhängige Diskriminierung.

Volkskrankheit Prostatakarzinom: eine chronische Erkrankung mit hohem Stellenwert in der Früherkennung

Auch gilt es, die Betrachtung der Volkskrankheit Prostatakarzinom nicht auf die Sterblichkeit am Prostatakrebs zu reduzieren. 80% der an Prostatakrebs erkrankten Männer versterben zwar mit und nicht am Prostatakrebs; daraus folgt



aber nicht, dass diese Männer unbeschadet durch diese Erkrankung ihr Leben genießen konnten. Das fortgeschrittene Prostatakarzinom führt zu zahlreichen Problemen, Symptomen und resultierenden Behandlungen, die auch Nebenwirkungen haben. Für viele Männer ist die Erkrankung ein langer Leidensweg, auch wenn sie schlussendlich nicht am Prostatakrebs versterben. Die Fortschritte in der Behandlung des metastasierten Prostatakrebses, die in den letzten Jahren erreicht werden konnten, verlängern die Überlebenszeit, sodass viele Betroffene heute noch viele Jahre mit dieser Erkrankung überleben. Auch für diese Männer wäre eine frühe Erkennung mit rechtzeitiger Heilung aber dennoch der bessere Weg gewesen. Die Deutsche Gesellschaft für Urologie vertritt deshalb den Standpunkt, dass man das Prostatakarzinom heute als chronische Erkrankung betrachten muss, deren Früherkennung einen hohen Stellenwert haben muss.

Die Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V. unternimmt viel, um eine sachgerechte und angemessene Behandlung des Prostatakarzinoms durchzusetzen. Die umfangreiche „S3-Leitlinie zur Früherkennung, Diagnose und Therapie des Prostatakarzinoms“ ist zum zweiten Mal umfassend überarbeitet und neu aufgelegt worden. Die groß angelegte PREFERE-Studie, die über 7.000 Patienten rekrutieren soll und angelaufen ist, wird wertvolle Daten zum Management des Niedrig-Risiko-Prostatakarzinoms wie auch des Prostatakarzinoms mit mittlerem Risiko liefern. Diese Initiativen sind durch die Deutsche Gesellschaft für Urologie federführend initiiert und durchgeführt worden bzw. werden aktuell durchgeführt und sind in Europa beispielgebend.

Das benigne Prostatasyndrom: neue S2e-Leitlinie für die gutartige Prostataerkrankung

Darüber hinaus hat die Deutsche Gesellschaft für Urologie die Leitlinie für das benigne Prostatasyndrom komplett überarbeitet und aktualisiert neu herausgegeben. Diese S2e-Leitlinie wird auf dem diesjährigen Kongress vorgestellt.



Referent: Prof. Dr. med. Stephan Roth
Vize-Präsident der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V.
Direktor der Klinik für Urologie und Kinderurologie
Helios Klinikum Wuppertal

Der kleine Unterschied – Gendermedizin in der Urologie: Welchen Einfluss hat das Geschlecht auf die Behandlungsergebnisse?

Der kleine Unterschied genetisch – stirbt der Mann aus?

In Massachusetts am berühmten Whitehead Institut forscht Prof. David Page über das Y-Chromosom. Dieses „Männerschromosom“, das vor Hunderten von Millionen Jahren mal ein X-Chromosom war, hat sich zu Beginn der Geschlechterdifferenzierung zu einem Y-Chromosom verkürzt. Es ist dann im Laufe der Jahrtausende durch Verlust von weiteren Genstücken immer kürzer geworden. Einige Forscher behaupten deshalb, das Y Chromosom würde sich im Laufe der Zeit noch weiter verkürzen und damit irgendwann der Mann / Mensch aussterben. Prof. Page konnte aber durch genetische Vergleichsstudien zeigen, dass sich das Y-Chromosom in den letzten 25 Millionen Jahren nicht mehr wesentlich verändert hat. Es scheint also nicht nur eine hohe genetische Stabilität zu haben, auch die Angst vor unserem Aussterben erscheint unbegründet.

Forschungsergebnisse der letzten Jahre haben gezeigt, dass die Verläufe bei vielen Krankheiten zwischen Mann und Frau zum Teil sehr unterschiedlich sind. Zum Teil gibt es anatomische Gründe, oft werden aber genetische Ursachen vermutet. Schaut man sich die genetische Übereinstimmung zwischen den Geschlechtern an, so ergibt sich zwischen zwei Männern, egal welcher Rasse, und auch zwischen zwei Frauen eine genetische Identität von 99,9 %.



Dahingegen ist die genetische Übereinstimmung zwischen einem Mann und einem Schimpansen „nur“ 98,5 %. Und genauso groß ist der genetische Unterschied zwischen Mann und Frau – die genetische Übereinstimmung beträgt ebenfalls „nur“ 98,5 %. Diesem Umstand schreibt es Prof. Page zu, dass viele Krankheiten bei Mann und Frau unterschiedlich verlaufen.

Das Blasenkarzinom und der kleine Unterschied

Das Blasenkarzinom war laut Statistik aus dem Jahre 2008 die achthäufigste Todesursache in Deutschland. In Dreiviertel aller Fälle besteht ein oberflächliches, lediglich die Schleimhaut erfassendes Karzinom – diese wachsen nach endoskopischer Entfernung häufig nach, führen aber fast nie zum Tode. Dahingegen sind 25 % aller Blasenkarzinome muskelinvasiv wachsend – und diese führen trotz radikaler Operation und Chemotherapie in ca. 50 % später zum Tode.

Der kleine Unterschied benachteiligt auf den ersten Blick die Männer, denn diese haben 3-4 Mal häufiger ein Blasenkarzinom als Frauen. Ein Grund hierfür ist aber nicht genetisch, sondern der zumindest früher größere Tabakkonsum bei Männern, der erst nach jahrzehntelanger Exposition zu Blasenkarzinomen führen kann.

Auf den zweiten Blick sind aber Frauen benachteiligt, denn deren Krankheitsverläufe sind schlechter. Sie haben bei einem invasiv wachsenden Blasenkarzinom zum Zeitpunkt der Diagnosestellung häufig ein fortgeschrittenes Stadium und im Vergleich zu Männern eine geringere 5- und 10-Jahres-Überlebensrate. Bei oberflächlichen Tumoren ist die Rate an Rezidivkrankungen erhöht.

Zum Teil gibt es hierfür anatomische und sozio-ökonomische Erklärungen. So ist die Blasenwand der Frauen dünner als bei Männern, sodass bei einem invasiv wachsenden Tumor eher benachbarte Strukturen erfasst werden. Sozioökonomisch hat man herausgefunden, dass die Diagnosestellung nach dem



häufigsten Symptom des Blasenkarzinoms, der sichtbaren Blutung im Urin, bei Frauen später erfolgt als bei Männern. Dies deshalb, da die Blutung häufig als Blasenentzündung missgedeutet und antibiotisch behandelt wird, bevor die endoskopische Diagnosesicherung durch eine Blasen-
spiegelung erfolgt.

Darüber hinaus legen Forschungen aber genetische Unterschiede zum Nachteil der Frauen nahe. Es scheint einen Effekt von Hormonen an den Rezeptoren von Tumorzellen zu geben – so sollen Östrogene anfangs gegen Blasenkrebs schützen (vielleicht gibt es deshalb weniger bei Frauen?), bei einem Tumorausbruch sollen sie das Wachstum aber stimulieren. Außerdem gibt es Hinweise, dass das Rauchen bei Frauen leichter einen genetischen Schaden auslöst als bei Männern. Allerdings legen jüngere Daten die Vermutung nahe, dass auch die männlichen Androgene einen stimulierenden Effekt auf Blasenkrebszellen haben.

Auch die operative Therapie mittels kompletter Blasenentfernung ist bei Frauen schwieriger. Insbesondere ist die operative Anlage einer Darmersatzblase bei Frauen schwieriger als bei Männern. Zwar ist bei Frauen grundsätzlich der Anschluss eines Urinreservoirs aus Darmteilen an die Harnröhre möglich, allerdings muss bei ihnen eine Blase mit ventilartigem Verschlussmechanismus konstruiert werden, der von den Betroffenen alle 3-5 Stunden mittels Selbstkatheterismus entleert werden muss. Bei Männern ist es in höherem Prozentsatz möglich, eine normale Miktion zu erhalten.

Die Nierentransplantation und der kleine Unterschied

Das Geschlecht beeinflusst den Erfolg und die Auswirkungen einer Transplantation auf verschiedenen Ebenen.

Das Transplantat funktioniert auch Jahre nach der Transplantation bei Frauen besser als bei Männern. Als Ursache wird unter anderem vermutet, dass Männer nach einer



Transplantation ein höheres Risiko haben, dass die durch den Zellstoffwechsel anfallenden freien Radikalen und Oxidantien die Zellen bzw. das Transplantat schädigen. Dieser oxidative Schaden („Oxidativer Stress“) entsteht durch zum Teil hoch reaktive sauerstoffhaltige Verbindungen, die beim Zellstoffwechsel anfallen und deren Beseitigung durch enzymatische Abwehrmechanismen in der Zelle gestört ist. Moleküle und Zellstrukturen werden dadurch angegriffen und zum Teil erheblich geschädigt. Dass Frauen weniger stark auf diesen „oxidativen“ Stress reagieren, liegt vermutlich an Östrogenen, da diese über entsprechende Hochregulation von Abwehrenzymen einen antioxidativen Effekt haben.

Auch der Umstand, dass Transplantatnieren von Mann zu Frau oder umgekehrt einen schlechteren langfristigen Erfolg haben als geschlechts-gleiche Transplantationen (Mann zu Mann oder Frau zu Frau), zeigt, dass genetisch bedingten Unterschieden eine Bedeutung zukommt.

Bei verschiedenen Formen der Dialyse bzw. nach Nierentransplantationen besteht ein mehrfach erhöhtes Risiko, an einem Karzinom zu erkranken. Auch hier gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede: So haben Frauen im Vergleich zu Männern nach einer Nierentransplantation oder unter laufender Peritonealdialyse ein erhöhtes Risiko, an einem Nierenkrebs oder Blasenkrebs zu erkranken.

Krankheitsbewältigung und der kleine Unterschied

Bereits 1996 zeigte eine Analyse von mehr als 146.000 Männern in den USA, die an einem Prostatakarzinom erkrankt waren, dass verheiratete bzw. in Partnerschaft lebende Betroffene signifikant länger lebten als Alleinstehende bzw. verwitwete Betroffene. Mit diesem erstaunlichen Ergebnis wurden viele Urologen erstmals auf den bedeutenden Faktor der psychologischen Unterstützung bzw. Bedeutung bei einer Krebserkrankung aufmerksam.

Etwa 10 Jahre später ergab eine große Erhebung bei annähernd 8000 Blasenkrebspatienten in den USA, die sich wegen ihres fortgeschrittenen Stadiums einer kompletten Blasenentfernung unterziehen mussten, dass unabhängig vom Geschlecht verheiratete Erkrankte signifikant länger lebten als Verwitwete oder Alleinstehende. Ein Geschlechtsunterschied fand sich hierbei nicht. Diese Erhebung unterstützt ebenfalls den oft vermuteten Zusammenhang,



dass zwischen psychologischen Faktoren und körperlichen Immunfunktionen ein deutlicher Zusammenhang besteht.

Weitere Studien auch mit nicht-urologischen Krebserkrankungen zeigen darüber hinaus, dass es in der Krankheitsbewältigung (sog. „coping“) bei einer Krebserkrankung deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede gibt. Frauen haben einigen Erhebungen zufolge in einem signifikant höheren Maße eine deutlich intensivere Zuwendung zur Religion und spirituellen Praktiken, die ihnen bei der Krankheitsbewältigung helfen. Die Bewältigung depressiver Stimmungen und von Verzweiflungängsten wird dadurch als erleichtert empfunden. Eine in Deutschland bei 341 an Darmkrebs Erkrankten durchgeführte Analyse (Murken et al, 2010) hat ergeben, dass Frauen bei einer Krebserkrankung von einer höheren psychischen Belastung berichten als Männer. Sie verwendeten mehr Bagatellisierung und Wunschdenken sowie depressive und weniger aktive Bewältigungsstrategien.

Bei Männern zeigte sich ein positiver Zusammenhang von aktivem problemorientierten Coping und psychischen Befunden.

Eine jüngere Studie aus dem Jahre 2013 (Fletcher et al.) bei Patienten mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung ergab, dass Frauen insbesondere durch ihre Kommunikationsfähigkeiten im Unterschied zu Männern ein besseres Verständnis ihrer Erkrankung hatten als Männer.

Sie waren dadurch in einem signifikant höheren Maße befähigt, mit ihren betreuenden Ärzten über die Perspektiven ihrer Erkrankung zu sprechen.