

EDITORIAL

Beurteilung von AKO und AUO

Frühe Nutzenbewertung der Chemotherapie beim CRPC



Prof. Dr. Oliver Hakenberg:
Generalsekretär der DGU

Von Oliver Hakenberg

In dieser Ausgabe erscheint eine gemeinsame Stellungnahme des Arbeitskreises Onkologie der DGU und der Arbeitsgemeinschaft Urologische Onkologie der Deutschen Krebsgesellschaft. Die Stellungnahme bezieht sich auf den beträchtlichen Nutzen, den eine frühe Chemotherapie zusammen mit Hormonablation bei Patienten mit Prostatakarzinom für das Überleben haben kann. Grundlage ist eine Studie, die bislang nur als Abstract auf dem ASCO in diesem Jahr veröffentlicht wurde. Eine solche frühe „Nutzenbewertung“ durch AKO und AUO ist ein Novum, zumal auch mit der Terminologie der Leitliniensystematik formuliert wird. Die Stellungnahme ist eine wichtige Information mit hoher Aktualität für alle Urologen über Entwicklungen in der onkologischen Urologie. Inwieweit sich der im ASCO-Abstract beschriebene Effekt und dessen Ausmaß in der noch ausstehenden Vollpublikation bestätigen und in anderen Studien zur gleichen Therapie ähnlich bewertet werden könnte, muss abgewartet werden. Starke Statements mit Anspruch auf normativen Charakter können eigentlich nicht als „late breaking news“ vermittelt werden. Aber es wird natürlich mindestens zwei Jahre dauern, bis diese Thematik der gleichzeitig beginnenden Chemotherapie und Hormonablation Eingang in die S3-Leitlinie finden wird, nämlich bis zur erneuten Aktualisierung, nachdem die Aktualisierung 2014 bereits abgeschlossen ist und nur noch auf die redaktionelle Endbearbeitung durch das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin wartet. Eine S3-Leitlinie mit Sichtung aller Literatur und konsentierter Bewertung durch ein großes Gremium ist naturgemäß ein schwerer Tanker. Da ist ein schnelles Statement hilfreich, bis zum Eingang in die Leitlinie wird es dann aber auch mehr Informationen zum Thema geben.

INHALT

- 2 Einsatz einer Docetaxel-basierten Chemo-Hormontherapie beim hormonsensitiven, metastasierten Prostatakarzinom
- 3 Herausforderung demografischer Wandel
- 4 Neue Arbeitsmigration nach Deutschland
Nutzenbewertung von Früherkennungsuntersuchungen
- 5 Erfolgsmodell Urologie 3000. Zweitmeinung Hodentumoren
Aktuelles zum Gendiagnostikgesetz
- 6 Jungengesundheit: Neue Kooperation von DGU und ÄGGF
- 7 Interview PatientenAkademie
Urologische Versorgung im Pflegeheim
- 8 Kostenübernahme Tadalafil bei BPH
Umfrage: Welche Veröffentlichungen lesen Sie?
Akademie Veranstaltungen 2014



66.
Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V.
01. - 04. Oktober 2014
Congress Center Düsseldorf

Präsident:
Prof. Dr. Jan Fichtner
Chefarzt der Klinik für Urologie
Johanniter Krankenhaus Oberhausen
2014@dgu.de
www.dgu-kongress.de

Nachhaltig und interaktiv:

66. DGU-Kongress setzt neue Akzente



Prof. Dr. Jan Fichtner:
DGU-Präsident

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

sehr herzlich und mit großer Vorfreude lade ich Sie zum 66. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie vom 1. bis 4. Oktober 2014 nach Düsseldorf am Rhein ein.

Unter dem Kongressmotto „Demografischen Wandel gestalten“ werden medizinische, ökonomische, berufspolitische und ethische Aspekte des demografischen Wandels einen Schwerpunkt unseres Kongresses bilden. Die Herausforderungen der alternden Gesellschaft betreffen die Urologie in ganz besonderen Maße, und wir haben sowohl die Verpflichtung als auch die Chance, uns diesen Herausforderungen als Fachgebiet in engem Schulterschluss zwischen Praxis und Klinik zu stellen, um so unsere Zukunft aktiv gestalten zu können. Steigende Zahlen von Tumorerkrankungen, Harninkontinenz, erektiler Dys-

funktion, Steinbildungen und benigner Prostatahyperplasie werden nicht nur zu mehr Patienten in der Urologie führen, sondern auch zu einem Bedarf an intelligenten Strategien, wie wir unseren Patienten, auch unter Aspekten begrenzter ökonomischer und personeller Ressourcen medizinisch und ethisch angemessen gerecht werden können.

Neben den Kerngebieten unseres Faches werden wir auch vermeintliche Randthemen wie Palliativmedizin, Sexualität im Alter, geriatrische Urologie, Supportivmedizin und Infektiologie ins Visier nehmen, um hier Strategien für eine Urologie unter demografischem Wandel zu entwickeln.

Mehr Integration durch Interaktion

Mit aufgelockerten und variablen Foren (state of the art, pro & contra, round table, die Sicht aus der Praxis) und Moderationen unter Beteiligung der niedergelassenen Kollegen bieten wir Plenar- und Forumssitzungen zur Darstellung des gesamten Spektrums unseres Faches an. Erstmals werden wir neben TED-Sitzungen auch interaktive iPad-Sessions (z.B. zum T1, high grade Blasenkarzinom) zur besseren Integration der Zuhörer und Darstellung des individuellen decision-makings anbieten

können. Die Kongress-App erlaubt dieses Jahr die live-online Einreichung von Fragen zu jedem Vortrag und inkludiert zudem die Evaluation der Vorträge, sodass hier nach den Sitzungen keine Zettel mehr ausgefüllt werden müssen.

DGU setzt auf Nachhaltigkeit

Nachhaltigkeit ist eines der weiteren Themen, die wir auf diesem Kongress verfolgen wollen, dargestellt u.a. mit papierloser Anmeldung und Registrierung sowie Kongresstaschen aus einem südafrikanischen Charity-Projekt aus wiederverwendeten Lkw-Planen sowie Inklusion eines kostenlosen Nahverkehrstickets. Maßnahmen wie diese sollen auch zukünftig dazu beitragen, dass die DGU-Kongresse schrittweise an ökologischer, ökonomischer und sozialer Nachhaltigkeit gewinnen. Da demografischer Wandel und die Förderung des urologischen Nachwuchses sich gegenseitig bedingen, werden wir neben der wissenschaftlichen Plattform für die „junge Generation“, die GesRU und Jniorakademie ein attraktives Programm speziell für die Kolleginnen und Kollegen in Weiterbildung anbieten.

Der Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie als drittgrößte urologische Tagung der Welt erhält und gewinnt seine Attraktivität in der spannenden Balance zwischen praxisrelevanten Fortbildungen auf höchstem Niveau und dem Austausch klinischer und grundlagenwissenschaftlicher Forschung.

Die Plattform für diese große Spannweite unseres Faches werden wir in Düsseldorf bieten.

Im Namen des DGU-Vorstandes, der Programmkommission und des DGU-Teams freue ich mich sehr, Sie, liebe Kolleginnen und Kollegen, zusammen mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Pflege sowie unseren Partnern aus der Industrie zur DGU 2014 in Düsseldorf zu begrüßen.

Ihr

Prof. Dr. med. Jan Fichtner
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V.

J. Fichtner



Veranstaltungsort der 66. DGU-Jahrestagung:
Congress Center Düsseldorf

Nutzenbewertung des AKO und der AUO zum:

Einsatz einer Docetaxel-basierten Chemo-Hormontherapie beim hormon-sensitiven, metastasierten Prostatakarzinom



Prof. Dr. Kurt Miller, Berlin; Vorsitzender des AKO



Prof. Dr. Jürgen Gschwend, München; Sprecher der AUO

Von Kurt Miller und Jürgen Gschwend

Auf dem diesjährigen Kongress der American Society of Clinical Oncology (ASCO) wurden die Ergebnisse der ECOG-E3805 Studie „Chaarted: ChemoHormonal Therapy versus Androgen Ablation Randomized Trial for Extensive Disease in Prostate Cancer“ (NCT00309985)¹ publiziert. Der Arbeitskreis Onkologie (AKO) der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU) und die Arbeitsgemeinschaft Urologische Onkologie (AUO) der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. (DKG) nehmen die Publikation der Studienergebnisse zum Anlass, eine gemeinsame Stellungnahme zum Einsatz der kombinierten Chemo-Hormontherapie beim hormon-sensitiven, metastasierten Prostatakarzinom abzugeben. Nach den aktuellen Leitlinien der DGU stellt die Androgendeprivation den Standard in der Therapie des metastasierten, hormon-sensitiven Prostatakarzinoms dar². Dieser Standard wurde in der Chaarted Studie randomisiert gegenüber einer Kombination aus

Androgendeprivation plus maximal 6 Zyklen Chemotherapie mit Docetaxel (75mg/m², 3-wöchentlich) verglichen. Dabei wurden zunächst nur Patienten mit einer hohen Tumorlast (s. Abbildung 1) eingeschlossen; nach einem Amendment konnten später auch Patienten mit niedriger Tumorlast in die Studie aufgenommen werden. Die Ergebnisse der Studie zeigen einen statistisch signifikanten Vorteil im Hinblick auf das progressionsfreie Überleben und Gesamtüberleben zugunsten der kombinierten Chemohormontherapie (s. Tabelle 1). Dabei findet sich ein Überlebensvorteil von 17 Monaten für Patienten mit einer hohen Tumorlast. In der Subgruppe der Patienten mit niedriger Tumorlast wurde das mediane Überleben in beiden Therapiearmen noch nicht erreicht.

Im Gegensatz zu den Ergebnissen der Chaarted-Studie zeigen die Ergebnisse der kürzlich publizierten, prospektiv randomisierten GETUG-AFU 15-Studie zum Vergleich einer alleinigen Androgendeprivation vs. Androgendeprivation plus maximal 9 Zyklen Docetaxel (75mg/m², 3-wöchentlich) lediglich einen Vorteil beim progressionsfreien Überleben, jedoch nicht beim Gesamtüberleben³.

Bewertung der Ergebnisse

Aufgrund von Unterschieden im Patientenkollektiv (Anzahl eingeschlossener Patienten, medianer PSA-Wert zur Baseline, Tumorlast der eingeschlossenen Patienten, Anteil entdifferenzierter Tumore) lassen sich die Ergebnisse der Chaarted-Studie und der GETUG-AFU 15-Studie nicht direkt miteinander vergleichen. Anhand der vorliegenden Ergebnisse der Chaarted führt die kombinier-

te Chemohormontherapie bei Patienten mit hoher Tumorlast zu einem statistisch signifikanten und klinisch relevanten Überlebensvorteil. Auch wenn die Evidenzgrundlage für die Definition zur Unterscheidung zwischen niedriger und hoher Tumorlast gering ist, so ist der Überlebensvorteil für die Patienten mit hoher Tumorlast beeindruckend. Auf der Basis der vorliegenden Studienergebnisse ist eine weitergehende Identifikation von Patienten, die von einer kombinierten Chemohormontherapie profitieren und nicht unter die Definition einer hohen Tumorlast fallen, nicht möglich. Ob sich auch für die Patienten mit niedriger Tumorlast ein Überlebensvorteil in der Chaarted-Studie zeigen wird, kann erst mit einem längeren Follow-up und Erreichen des medianen Überlebens in den Therapiearmen beurteilt werden.

Empfehlung für die Praxis

Basierend auf den Ergebnissen der Chaarted-Studie kann Patienten mit einem hormon-sensitiven, metastasierten Prostatakarzinom mit hoher Metastasenlast eine kombinierte Chemohormontherapie angeboten werden. Aufgrund der fehlenden Zulassung von Docetaxel für Patienten mit einem hormon-sensitiven Prostatakarzinom stellt der Einsatz in dieser Indikation prinzipiell einen „off-Label-Use“ dar, so dass im konkreten Fall bei der zuständigen Krankenkasse vor Therapiebeginn mit Hinweis auf die Studie eine Kostenübernahme einzuholen ist. Die formalen Voraussetzungen für den off-Label-Use nach § 2 Abs. 1a SGB V sind gegeben. Eine erneute Bewertung der Empfehlung erfolgt nach Veröffentlichung der Vollpublikation der Studiendaten.

Literatur

1. Christopher Sweeney, Yu-Hui Chen, Michael Anthony Carducci, Glenn Liu, David Frasier Jarrard, Mario A. Eisenberger, Yu-Ning Wong, Noah M. Hahn, Manish Kohli, Nicholas J. Vogelzang, Matthew M. Cooney, Robert Dreicer, Joel Picus, Daniel H. Shevrin, Maha Hussain, Jorge A. Garcia, Robert S. DiPaola. Impact on overall survival (OS) with chemohormonal therapy versus hormonal therapy for hormone-sensitive newly metastatic prostate cancer (mPrCa): An ECOG-led phase III randomized trial. J Clin Oncol 32:5s, 2014 (suppl; abstr LBA2)

2. Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms. AWMF-Register-Nummer (043-0220L) Version 2.0 – 1. Aktualisierung 2011; www.awmf.org

3. Gravis G, Fizazi K, Joly F, Oudard S, Priou F, Esterni B, Latorzeff I, Delva. R, Krakowski I, Laguerre B, Rolland F, Théodore C, Deplanque G, Ferrero JM, Pouessel D, Mourey L, Beuzeboc P, Zanetta S, Habibian M, Berdah JF, Dauba J, Baciuchka M, Platini C, Linassier C, Labourey JL, Machiels JP, El Kouri C, Ravaud, A, Suc E, Eymard JC, Hasbini A, Bousquet G, Soulie M. Androgen-deprivation therapy alone or with docetaxel in non-castrate metastatic prostate cancer (GETUG-AFU 15): a randomised, open-label, phase 3 trial. Lancet Oncol. 2013 Feb;14(2):149-58



Foto: © Joe Gough - Fotolia.com

Demografischer Wandel

Herausforderung und Chance für die Urologie



Prof. Dr. Jan Fichtner; DGU-Präsident

Von Jan Fichtner

Der demografische Wandel mit einer dramatischen Verschiebung der Alterspyramide wird eines der urologischen Hauptthemen der kommenden Jahre sein und stellt uns als Fachgebiet des höheren Lebensalters vor große Herausforderungen, bietet aber auch für die Urologie als überschaubares Fach guter Kooperation zwischen Praxis und Klinik sowie Abdeckung des konservativen und operativen Spektrums sowie medikamentöser Tumortherapie Chancen, die wir aktiv gestalten müssen.

Der 66. DGU-Kongress vom 1. bis 4. Oktober in Düsseldorf wird sich diesem Thema in besonderer Weise widmen und die Herausforderungen des demografischen Wandels unter folgenden Gesichtspunkten in den Fokus nehmen:

- **Medizin**
- **Ökonomie**
- **Allokationsethik**
- **Demografie der Ärzteschaft**

Die statistisch valide Vorhersage der Bevölkerungsentwicklung in Deutschland prognostiziert einen Rückgang der Bevölkerung um 5 Millionen Einwohner bis 2030, gleichzeitig wird die Zahl der unter 65-Jährigen um 7,5 Millionen zurückgehen und der Anteil der älteren Bevölkerung um 33% auf über 22 Millionen steigen. Kamen im Jahr 2009 auf 100 Personen im Erwerbsalter (20 bis unter 65 Jahre) noch 34 Per-

sonen im Rentenalter, so werden es 2030 mehr als 50 sein, 1970 lag dieser sogenannte Altenquotient noch bei 25%. Diese Entwicklungen werden massive Auswirkungen auf medizinische und ökonomische Abläufe unserer täglichen urologischen Routine haben, da zunehmende Patientenzahlen mit stagnierenden bzw. rückläufigen Budgets versorgt werden müssen. Hier sind wir als Fachgebiet gefordert, proaktiv Strategien zu entwickeln, wie wir diesen Herausforderungen begegnen können, bevor uns die Politik irgendwann vor vollendete Tatsachen stellt und Einschränkungen oktroyiert.

Die in der Urologie zu erwartenden steigenden Patientenzahlen u.a. aus dem urologischen Gebiet, des benignen Prostatasyndroms, der Harninkontinenz sowie der erektilen Dysfunktion, führen zu einem prognostizierten 20-30% Versorgungsmehrbedarf in den nächsten 15 Jahren. Um diesen wachsenden Patientenzahlen weiterhin auch unter Aspekten begrenzter ökonomischer und personeller Ressourcen medizinisch und ethisch angemessen gerecht zu werden, müssen wir als Fachgebiet bereits jetzt in die Zukunft gerichtete Maßnahmen ergreifen: Im medizinischen Bereich impliziert dies ein Überdenken und ggf. Revision von tradierten Indikationsstellungen, beispielhaft sei hier das in der neu aktualisierten S3-Leitlinie Prostatakarzinom integrierte Geriatrie Assessment genannt. Mit diesem Tool soll bei älteren Patienten unter Einbeziehung der Komorbidität und der Lebenssituation eine kritische Überprüfung der Indikation invasiver Maßnahmen mit potentiell ungünstiger Balance von Morbidität und Nutzen etabliert werden.

Gleichzeitig müssen vermeintliche urologische Randgebiete wie Palliativmedizin und Geriatrie Urologie einen Fokus unserer zukünftigen Ausrichtung bilden, um zum einen unseren Patientinnen und Patienten kompetent begegnen zu können und gleichzeitig anderen Fachgebieten gegenüber diese Kompetenz proaktiv ver-

treten zu können. Die integrale Kompetenz der durchgängigen Betreuung unserer Tumorpatienten von der Diagnostik und operativen Therapie bis zur medikamentösen Tumortherapie und Palliativversorgung stellt eine im internationalen Vergleich singuläre Situation dar, die besondere Chancen der Prozessoptimierung bieten.

Den ökonomischen Herausforderungen des demografischen Wandels sollten wir uns als Mediziner stellen, bevor wir auch in Deutschland – wie bereits in anderen Ländern üblich – mit Reizworten wie Priorisierung und Rationierung unserer medizinischen Leistungen durch die Politik konfrontiert werden. Hier bedarf es u.a. wissenschaftlicher Anstrengungen unseres Fachgebietes, um auch Daten zu Kosten-Nutzen-Aspekten unserer Interventionen und Routinen (z.B. uroonkologische Nachsorge) zu generieren, um tatsächliche Notwendigkeiten vermeintlich unablässiger Verfahren verifizieren zu können. Hier sind auch Daten aus Projekten der Versorgungsforschung hilfreich. Daten zum Follow-up des Hodentumors belegen beispielhaft die simultane Reduktion von Kosten und Morbidität durch eine verminderte Anzahl von CT-Untersuchungen. Ein weiteres Beispiel stellt die in der neu aktualisierten S3-Leitlinie Prostatakarzinom verankerte Risiko-adaptierte PSA-Früherkennung in Abhängigkeit des Ausgangs-PSA-Wertes dar. Diese Ansätze belegen, dass ökonomische Überlegungen nicht automatisch zu Einschränkungen der medizinischen Versorgungsqualität führen müssen.

Die Beschäftigung mit Aspekten der Allokationsethik bezogen auf die adäquate und verantwortungsvolle Verteilung begrenzter Behandlungsressourcen wird auch in Anbetracht des demografischen Wandels der Ärzteschaft eine weitere Herausforderung für unser Fachgebiet sein. Die etablierten und noch weiter auszubauenden Strukturen zwischen Praxis und Klinik werden in vielen Fällen Rationalisierung von Prozessen vor Rationierung möglicher Leistungserbringungen erlauben.

Der demografische Wandel der Ärzteschaft mit einem Anstieg der über 60-jährigen Kolleginnen und Kollegen von 17% im Jahre 1993 auf 43% im Jahre 2013 und einem prognostizierten Ausscheiden von mehr als 50.000 Ärzten bis 2020 wird ein erhebliches und nicht kompensierbares Delta der ärztlichen Versorgung produzieren.

Bei mehr als 60% Studienanfängerinnen in der Humanmedizin beobachten wir konsequent zunehmende Zahlen von Assistenzärztinnen in unseren Kliniken und in der Urologie insgesamt.

Diese positive Entwicklung verbunden mit geänderten Arbeitsrealitäten der sog. Generation Y bedingt einen größeren Anteil von in Teilzeit beschäftigten Ärztinnen und Ärzten und verschärft dadurch den bereits bestehenden Ärztemangel, der durch die demographische Entwicklung eines ansteigenden Versorgungsbedarfs weiter potenziert wird. Wir müssen diesen Entwicklungen als Fachgebiet proaktiv begegnen und klare Möglichkeiten der Vereinbarung von Beruf und Familie in den Kliniken und urologischen Praxen etablieren.

Der Urologie als Fachgebiet mit sowohl exzellenten Möglichkeiten der beruflichen Tätigkeit in Klinik und Niederlassung bieten sich besondere Chancen der Motivation junger Kolleginnen und Kollegen für unser Fachgebiet, die durch bereits existierende Initiativen von Berufsverband und Fachgesellschaft in die Wege geleitet worden sind und in Zukunft weiter intensiviert werden müssen, um die Attraktivität der Urologie zu erhalten und weiter zu stärken

Die Thematik der Herausforderungen und Chancen des demografischen Wandels werden auf diesem Kongress u.a. in den folgenden Forensitzungen besonders dargestellt.

66. Kongress der DGU e.V. in Düsseldorf

Veranstungstipps

Plenum 1
Demografischer Wandel in der Urologie – Herausforderung und Chancen

Donnerstag, 2.10.2014, 10:30-12:00 Uhr

Forum 8
Urologie am Lebensende

Donnerstag, 2.10.2014, 13:00-14:30 Uhr

Forum 14
Sexualität im Alter

Donnerstag, 2.10.2014, 14:30-16:00 Uhr

Plenum 2
Der ältere urologische Patient

Freitag, 3.10.2014, 10:30-12:00 Uhr

Forum 19
Demografischer Wandel – Umgang mit begrenzten Ressourcen

Freitag, 3.10.2014, 13:00-14:30 Uhr

Ergebnisse der Chaarted-Studie und der GETUG-AFU 15-Studie im Vergleich						
	Chaarted-Studie				GETUG-AFU 15	
	Low volume		High volume		Gesamt	
	ADT	ADT + D	ADT	ADT + D	ADT	ADT + D
Follow-up						
Medianes Überleben (Monate)	Nicht erreicht	Nicht erreicht	32.2	49.2	44.0	57.6
HR (95% CI)	0.63 (0.34-1.17)		0.60 (0.45-0.81)		0.61 (0.47-0.80)	
p-Wert	P=0.1398		P=0.0006		P=0.0003	
PSA <0.2 ng/ml n. 6 Monaten			14.0%	27.5%		
PSA <0.2 ng/ml n. 12 Monaten			11.7%	22.7%		
Mediane Zeit bis CRPCa (Monate)			14.7	20.7		
HR (95%CI)			0.56 (0.44-0.70)			
p-Wert			P<0.0001			
Mediane Zeit bis zur klinischen Progression (Monate)			19.8	32.7	15.4	23.5
HR (95% CI)			0.49 (0.37-0.65)		0.75 (0.59-0.94)	
p-Wert			P<0.0001		P=0.015	

Definition der Tumorlast im Rahmen der Chaarted-Studie	
Niedrige Tumorlast	Hohe Tumorlast
Keine Viszeralen Metastasen	Viszerale Metastasen
<4 ossäre Metastasen oder ≥4 ossäre Metastasen mit Beschränkung auf das knöchernen Becken/Wirbelsäule	≥4 ossäre Metastasen, davon ≥1 Metastase außerhalb des knöchernen Beckens/Wirbelsäule

Neue Arbeitsmigration nach Deutschland

Im Blickpunkt: ärztliche Kollegen aus Europa



Dr. Jörg Leifeld: Chefarzt Urologie und Kinderurologie Borromäus-Hospital Leer

Von Jörg Leifeld

Um es gleich vorweg zu nehmen: Es gibt eine Vielzahl von Möglichkeiten, dem Fachkräftebedarf in Deutschland innovativ entgegen zu wirken. Die Politik hat durch die Bereitstellung von Fördergeldern Grundlagen geschaffen. Leider sind aktuell die Gelder des Mobi-Pro-Programmes („job of my life“) als auch ESF-BAMF-Sprachkurse eingefroren. Aber erst Förderprogramme dieser Art ermöglichen es Aspiranten, sich gedanklich mit einer möglichen Emigration nach Deutschland zu beschäftigen. Die „Neue Arbeitsmigration“ bildet die Lebenswirklichkeit mit seiner bunten, multikulturellen Durchmischung der Bevölkerung in Europa ab. Im europäischen Miteinander muss berücksichtigt werden, dass wir als Deutsche, die gerade wirtschaftlich in einer starken Position sind, nicht die Eliten unserer Nachbarn abwerben dürfen („brain drain“). Durch die Freizügigkeit ist kein nationaler Arbeitsmarkt mehr verblieben, sondern der Kontinent als Ganzes wird als Arbeitsmarkt gesehen. Trotzdem muss jedes Land für die Versorgung seiner Bevölkerung genügend Ärzte ausbilden, Arbeitsplätze bereitstellen und die Arbeitsbedingungen müssen den Forderungen der jungen Kollegen durch familienfreundliche Rahmenbedingungen angepasst werden. Auch die Bundesrepublik Deutschland ist inzwischen ein Einwanderungsland. Bekanntermaßen beklagen wir in Deutschland einen Bedarf von mindestens 12.000 Mediziner in Kliniken, der bis 2019 auf 37.000 Vakanzen ansteigen kann, wenn nicht mit adäquaten Mitteln gegengesteuert werden wird. Eine Vielzahl von Faktoren hat dazu geführt: Die Umsetzung der Arbeitszeitschutz-

gesetze aus Brüssel und Berlin, eine Umorientierung von Absolventen, die nicht als Ärzte arbeiten, die Einführung von Teilzeitverträgen, die Abwanderung deutscher Ärzte ins Ausland, die gesetzliche Umsetzung von Elternzeit nach der Geburt eines Kindes und eine Verschiebung in der Geschlechterverteilung zählen dazu. So sind heute 2/3 aller Medizinstudienanfänger Frauen. Die volle Freizügigkeit innerhalb der EU gilt auch im Gesundheitssystem. Bei dem Beruf des Arztes handelt es sich in Deutschland um einen regulierten Beruf, der durch die Approbationsordnung für Ärzte beschrieben wird. Unabdingbare Voraussetzung für die Erteilung der Approbation ist ein Sprachniveau von mindestens B2. Bei der Gewinnung von ausländischen Ärzten ist durch die Sprachausbildung mit dem anschließenden Beantragen der Approbation eine Zeit von 6 - 9 Monaten zu überbrücken. Durch den transparenten Rahmen eines Tarifvertrages in praktisch allen Krankenhäusern Deutschlands verbietet sich ein Versuch des Lohndumpings für neue und ausländische Kollegen. Es gibt keine Garantie, dass die Integration immer gelingt. Persönliche Kontakte und soziale Netzwerke bieten den höchsten Grad an Sicherheit für ein erfolgreiches Durchführen der Integration von ausländischen Arbeitnehmern. Interkulturelle Unterschiede – besonders in der Kommunikation – sollten allen Beteiligten bekannt sein. Bei ausländischen, ärztlichen Kollegen sollte deshalb auch abgeklärt werden, welche Tätigkeiten im Herkunftsland möglicherweise nicht erlernt wurden und wie eine entsprechende Nachschulung aussehen kann. Wir haben im letzten Jahr besonders in Spanien nach ärztlichen Kollegen für unser Borromäus-Hospital in Leer gesucht. Spanien war deshalb in unseren Blickpunkt gekommen, weil dort unter Ärzten die Arbeitslosigkeit wie in der übrigen spanischen Gesellschaft – ansteigend ist, wobei die Qualität des Medizinstudiums vergleichbar hoch ist. Es konnten in den letzten drei Semestern Vorträge über das deutsche Gesundheitssystem an der Medizinischen

Fakultät der Universität von Granada den kollegialen Kontakt nach Andalusien vertiefen. Begleitend dazu wurde eine spezifische Homepage zu diesem Thema eingerichtet, die beratend und informierend ausgerichtet ist. Diese dreisprachige Homepage (www.medicoenalemania.org) bietet eine Zusammenfassung einer Vielzahl von Themen im Problemfeld der ärztlichen Migration nach Deutschland. Durch unsere Aktivitäten konnten wir mehrere Aspiranten über Förderprogramme für Sprachkurse für uns gewinnen. Auffällig ist, dass in der Phase des Sprachunterrichts eine engmaschige Betreuung nötig ist. Es kommt immer wieder zu Fragen und Unsicherheiten bei den Aspiranten. Zurzeit sind in unserer Klinik mit fünf Ärzten knapp 8% aller Kollegen spanisch sprechend. Dies ermöglicht die Bildung einer kleinen „community“, die eine höhere Stabilität nach sich zieht. Auch die Bedeutung eines Mentors oder Paten ergibt sich aus unseren Erfahrungen. Da die Sprach-Förderprogramme eine Mitverantwortung der beteiligten Kliniken vorsehen, muss man auch für die Zeit der Sprachkurse überlegen, wie der Lebensunterhalt in dieser Zeit bestritten wird. Wir als Krankenhaus haben eine monatliche Zahlung als Darlehen an die Aspiranten vertraglich geregelt und somit auch eine stärkere Bindung an unser Haus erzielt. Fazit: Es wird derjenige Arbeitgeber am Markt erfolgreich agieren, der neben einer sprachlichen Kompetenz bei der Akquise von ausländischen Mitarbeitern in deren Muttersprache kompetent und zuverlässig seine Stellenausschreibung platzieren kann. Dazu gehören eine umfassende Beschreibung der tatsächlichen Möglichkeiten der fachlichen Aus- und Weiterbildung, Unterstützung bei den notwendigen Kontakten mit Ämtern und Behörden, Unterstützung bei der Wohnungssuche, und nicht zuletzt der enge Kontakt über Mentoren oder Paten. Bei den neuen Kollegen hängt der Erfolg der Integration und des Verbleibens am Arbeitsplatz mehr von dem Bieten eines positiven Klimas im Arbeitsbereich und sozialen Umfeld als von ökonomischen Faktoren ab.

Nutzenbewertung von Früherkennungsuntersuchungen



Franziska Engehausen: Leiterin des DGU-Hauptstadtbüros

Von Franziska Engehausen

Ende Mai stand es in allen einschlägigen Gazetten: „Montgomery fordert Nutzenprüfung von Früherkennungsuntersuchungen.“ Im Mai war natürlich nicht nur für die Gesundheitsberichterstattenden, sondern auch für den Präsidenten der Bundesärztekammer die Hochsaison des Jahres angebrochen: Der Deutsche Ärztetag stand vor der Tür. Die Reaktion kam prompt und aus einer unerwarteten Richtung. Der CDU-Gesundheitsexperte Jens Spahn mahnte die Ärzteschaft, nicht den Eindruck zu erwecken, dass alle Maßnahmen zur Vorsorge und Früherkennung schaden. Die frühzeitige Entdeckung von Krankheiten könne viel unnützes Leid vermeiden und Leben retten. Die Grünen-Gesundheitsexpertin Kordula Schulz-Asche sagte: „Unabhängige, wissenschaftliche Prüfungen von Nutzen und Risiko sind längst überfällig.“ Ein Krankenkassen-Verband meinte: „Jede ärztliche Routine sollte von Zeit zu Zeit hinterfragt werden.“ Am Rande ist hierzu zu bemerken, dass in Deutschland der Gemeinsame Bundesausschuss von Ärzten, Kassen und Kliniken für die Bestimmung der Kassenleistungen zuständig ist. Allgemein bekannt ist, dass alle medizinischen Maßnahmen, auch die der Früherkennung, unerwünschte Wirkungen haben können. Es können Komplikationen einer Gewebeentnahme auftreten, es können sehr kleine Tumore festgestellt werden, die vielleicht keiner Behandlung bedürfen, es können Therapien mit potentiellen Nebenwirkungen bei eher nicht behandlungsbedürftigen kleinen Tumoren gemacht werden, und es können Tumore festgestellt werden, die zwar einer Behandlung bedürfen, aber dann trotzdem nicht (mehr) geheilt werden können. All diese Tatsachen sind bei medizinischen Maßnahmen in einem gewissen Maße unvermeidbar und gelten bei Früherkennungsuntersuchungen für den Brustkrebs der Frau ebenso wie für das Prostatakarzinom des Mannes. Den negativen Aspekten von Früherkennungsmaßnahmen beim Prostatakarzinom trägt die DGU schon lange Rechnung, indem sie in ihrer S3-Leitlinie zur Früherkennung, Diagnostik und Therapie des Prostatakarzinoms einen sorgsameren Umgang mit Früherkennungsuntersuchung und Zurückhaltung bei der Behandlung von sogenannten Niedrig-Risiko-Prostatakarzinomen empfiehlt. Konkret wird in der S3-Leitlinie für das Niedrig-Risiko-Prostatakarzinom eine abwartende Strategie in Form der Aktiven Überwachung (Active Surveillance) empfohlen, bei der keine Operation oder Bestrahlung, sondern eine regelmäßige Kontrolle, ob überhaupt ein Tumorwachstum auftritt, durchgeführt wird. Diese defensive Strategie beim „kleinen Prostatakarzinom“ soll die Übertherapie durch zu viele Operationen und zu viele Bestrahlungen vermeiden und diejenigen Patienten schützen, deren Prostatakarzinom keiner Behandlung bedarf. Gesundheitspolitisch brauchen wir aber vielleicht auch die gegenteilige Diskussion, nämlich dass der PSA-Test zur Vorsorge eine Kassenleistung werden muss. Das Prostatakarzinom ist auf dem besten Weg, eine chronische Erkrankung zu werden. Die gemeinsame Stellungnahme des Arbeitskreis Onkologie (AKO) der Deutschen Gesellschaft für Urologie und der Arbeitsgemeinschaft Urologische Onkologie (AUO) der Deutschen Krebsgesellschaft zeigt auf, dass neue Behandlungsverfahren für das kastrationsresistente Stadium die Überlebenszeit deutlich verlängern können. Die geforderten unabhängigen und wissenschaftlichen Prüfungen liegen vor und anders als die Erkenntnis aus einer polemischen Nutzen-diskussion sind sie belegbar. Es wäre schön, wenn am Ende des Tages eine sachliche Diskussion zu sinnvollen Früherkennungs-Maßnahmen führen könnte und nicht mit den Unsicherheiten der Betroffenen und dem Generalverdacht gegen eine ganze Berufsgruppe agiert werden würde. Zur Wahrheit gehört auch, dass der PSA-Test schon längst von seinem „Schmuddelimage“ befreit werden sollte. Denn an diesem vermeintlich harmlosen Alterskrebs sterben pro Jahr in Deutschland über 12.000 Männer.



Nationales Zweitmeinungsnetzwerk Hodentumoren: ein Erfolgsmodell



Univ.-Prof. Dr. Mark Schrader: Direktor der Klinik für Urologie und Kinderurologie Universitätsklinikum Ulm

Von Mark Schrader und Friedemann Zengerling

Die Heilungschancen von Patienten mit Hodentumoren wurden dank Einführung von Cisplatin-basierter Chemotherapie 1978, verbesserter chirurgischer Prozeduren – nerverhaltender retroperitonealer Lymphadenektomie (RLA) 1980 –, des medizinischen Fortschritts, flächendeckender Routinebestimmung von Tumormarkern wie AFP, b-HCG und LDH und Durchführung von Computertomographien ab 1975-1980 –, verbesserter Risikoklassifikation – IGCCCG Prognosegruppen (Richtlinien der International Germ Cell Cancer Collaborative Group) 1997 – deutlich verbessert. Trotz dieser positiven Entwicklung blieb die Versorgungsqualität in der Vergangenheit ganz erheblich von der Erfahrung der behandelnden Institution mit der Behandlung von Hodentumoren abhängig (Jeldres, ASCO 2014). Außer der Mortalitätsrate sind in den vergangenen Jahren zunehmend die Lebensqualität der Patienten und die therapieassoziierte Morbidität in den Fokus gerückt. Langzeituntersuchungen ergaben eine erhöhte Rate von Zweittumoren, kardiovaskulärer Erkrankungen, Fertilitätsstörungen und eingeschränkter Nierenfunktion, insbesondere bei Patienten, die eine intensivierte Krebstherapie erhalten hatten. Ein Ansatz, die Versorgungsqualität weiter zu verbessern, war die Publikation qualitativ hochwertiger Behandlungsleitlinien. Zur erfolgreichen Implementierung von Leitlinien sind neben der Veröffentlichung jedoch weitere spezifische Strategien notwendig. Aus diesem Grund wurde von der German Testicular Cancer Study Group im Jahr 2006 das „Zweitmeinungsnetzwerk testikuläre Keimzelltumoren“ ins Leben gerufen. Zentraler Ansatz dieses Projektes ist ein flächendeckendes Angebot zur Konsultation von Zweitmeinungszentren vor der initialen therapeutischen Weichenstellung. Mit Hilfe der Therapieabstimmung von Primärversorgern, und Zweitmeinungszentren über eine internetbasierte Plattform (www.zm-hodentumor.de) sollte eine bessere Versorgung von Hodentumorpatienten erreicht werden. Ein von der Deutschen Krebshilfe gefördertes Datenzentrum begleitet das Projekt. Der vom Datenzentrum erhobene Datensatz umfasst sowohl die klinischen, radiologischen und pathohistologischen Primärfunde als auch die vom Anfragenden geplante, die vom ZMZ empfohlene und die tatsächlich durchgeführte Therapie. Zudem werden die 3-Monats und 2-Jahres-Nachsorgetaten zentral erfasst. Die aktuellste Zwischenbilanz des Zweitmeinungsprojektes, wie sie im Februar 2014 auf dem 31. Deutschen Krebskongress präsentiert wurde, schloss insgesamt 2515 der bis dato über 3100 Zweitmeinungsanfragen (Stand 07/2014) ein. Ein Vergleich mit den Krebsregisterdaten des Robert-Koch-Institutes zeigt, dass gegenwärtig bei durchschnittlich 400 Zweitmeinungsanfragen/Jahr und 3900 Neuerkrankungen/Jahr in etwa jeder zehnte Hodentumorpatient in Deutschland im Rahmen des Zweitmeinungsprojektes vorgestellt wird. Im Vergleich zu populationsbezogenen Daten sind Nicht-Seminome (47,1%) im Vergleich zu Semino-

men (47,8%) leicht überrepräsentiert. Gleiches gilt für metastasierte Stadien im Vergleich zum lokalisierten Stadium (Stadium I: 58,6% vs. Stadium II-III: 37,3%). Die 2515 Zweitmeinungsanfragen wurden von insgesamt gut 500 Ärzten angefragt. Laut einer Ende 2012 durchgeführten Umfrage unter Anwendern der Zweitmeinungsplattform zeigte sich, dass fast die Hälfte der Nutzer niedergelassene Urologen sind, darüber hinaus in etwa 10% Assistenzärzte, 25% Oberärzte und 10% Chefarzte das System nutzen. Die Auswertung der Therapieempfehlungen ergab in 31,5% der Fälle eine Diskrepanz zwischen Erstmeinung und Zweitmeinung. Es zeigte sich unabhängig von der Tumorstadienanalyse ein signifikant erhöhter Prozentsatz diskrepanter Empfehlungen bei zunehmendem Tumorstadium (2-Test nach Pearson; <0,001). In 39,7% der Fälle beinhaltete eine diskrepante Zweitmeinung einen weniger intensiven Therapieempfehlung als vom Anfragenden intendiert – kurz: „es wurde eine Übertherapie vermieden“. In 15,6% dagegen war der Therapieempfehlung der Zweitmeinung therapieintensiver als die ursprünglich geplante Behandlung. Insgesamt führte etwa jede 6. Zweitmeinung zu einer relevanten Änderung des vorgeschlagenen Therapieempfehlungen, wobei eine Reduktion in etwa dreimal häufiger war als eine Intensivierung der Therapie. Das Zweitmeinungsprojekt Hodentumoren wird mittlerweile mehr als 3100 eingeholten Zweitmeinungen umfangreich in Anspruch genommen. Die zahlreichen Diskrepanzen von Erst- und Zweitmeinung zeigen, dass die Abstimmung von Erstbehandlern mit erfahrenen Zweitmeinungszentren für die Patienten von großem Vorteil ist. Die Zweitmeinungsplattform ist nach der aktuellen Zwischenbilanz in der Lage, insbesondere die Anzahl von Übertherapie bei Hodentumorpatienten zu reduzieren. Im Rahmen der Überarbeitung der Onlineplattform im April 2014 wurde für Hodentumor-Rezidivfälle ein eigener Eingabepfad eingerichtet, der den häufigen Anfragen mit komplexen Fällen besser gerecht wird. Dies soll die Vorstellung solcher Fälle erleichtern, wengleich die Onlineplattform hier mitunter an ihre Grenzen stößt und als Anknüpfungspunkt an ein institutionelles Behandlungszentrum mit entsprechender Erfahrung dienen kann. Die hohe Akzeptanz des Projektes und die ermutigenden Daten der Zwischenbilanz geben Anlass zu Überlegungen, das Zweitmeinungsnetzwerk-Modell auch auf andere Erkrankungen, wie z.B. das Peniskarzinom, zu übertragen. Zudem hat es das Interesse der größten deutschen Krankenkassen geweckt, die ihre Behandlungsfälle gerne im Netzwerk vorstellen wollen. Ein Appell an alle, die dieses Netzwerk bisher nicht nutzen: Loggen Sie sich ein unter www.zm-hodentumor.de

66.
Kongress der DGU e. V. in Düsseldorf

Veranstaltungstipp
Vortragssitzung 12
Neues zum Hodentumor
Donnerstag, 2.10.2014, 13:00-14:30 Uhr

Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Was ist relevant für die Urologie?



Prof. Dr. Sabine Kliesch: Leiterin des Ressorts Öffentlichkeitsarbeit im DGU Vorstand

Von Sabine Kliesch

Das Gendiagnostikgesetz ist als Bundesgesetz seit 1. Februar 2010 in Kraft und regelt die genetischen Untersuchungen beim Menschen zu medizinischen Zwecken. Das Gesetz wurde geschaffen, um zum einen den diskriminierenden Einsatz genetischer Tests zu verhindern und gleichzeitig die Chancen ihres Einsatzes als diagnostische Methode zu ermöglichen. Vom Grundprinzip gilt die Selbstbestimmung des Patienten und schließt sowohl das Recht auf Wissen (des eigenen Befundes) als auch auf Nichtwissen ein. Eine genetische Untersuchung darf nur nach Vorliegen einer wirksamen Einverständniserklärung des Patienten erfolgen. Die Beratung erfolgt durch qualifizierte Fachärzte. **Was bedeutet dieses Gesetz nun für das urologische Arbeitsgebiet?** Im Sinne dieses Gesetzes (§3) ist eine genetische Untersuchung eine Analyse zur Feststellung genetischer Eigenschaften. Eine genetische Untersuchung zu medizinischen Zwecken kann eine diagnostische oder eine prädiktive genetische Untersuchung sein. Die diagnostische genetische Untersuchung kann mit dem Ziel erfolgen abzuklären, **■ ob eine bereits bestehende Erkrankung oder gesundheitliche Störung vorliegt (Beispiele: Kallmann-Syndrom, Klinefelter-Syndrom, Androgenresistenzsyndrom, AZF Deletionen bei kongenitaler bilateraler Aplasie des Vas deferens (CBAVD))** **■ ob genetische Eigenschaften vorliegen, die die Wirkung eines Arzneimittels beeinflussen können (Beispiel: partielle Androgenresistenz bei Patienten mit Hypogonadismus unter Testosteronsubstitution).** Die prädiktive genetische Untersuchung ist eine genetische Untersuchung mit dem Ziel abzuklären, **■ ob eine erst zukünftig auftretende Erkrankung oder gesundheitliche Störung oder** **■ ob eine Anlageträgerschaft für Erkrankungen oder gesundheitliche Störungen bei Nachkommen (Beispiele: bei Männern mit Y-chromosomalen Deletionen der AZF-Region oder Patienten mit CFTF-Mutationen bei kongenitaler bilateraler Aplasie des Vas deferens) vorliegen.** **Was ist bei Aufklärung und Einwilligung zu beachten?** Grundsätzlich muss der Patient in die Untersuchung schriftlich einwilligen. Diese Einwilligung umfasst auch die Angabe, „ob und inwieweit das Untersuchungsergebnis zur Kenntnis ist. Der Einwilligung muss eine Aufklärung über

„Wesen, Bedeutung und Tragweite der genetischen Untersuchung“ erfolgen. Widerruf ist möglich. Für die diagnostische und prädiktive genetische Untersuchung und Beratung gilt prinzipiell der Arztvorbehalt (§7). Während eine diagnostische genetische Untersuchung von Ärztinnen oder Ärzten vorgenommen werden darf, ist dies bei prädiktiven genetischen Untersuchung nur durch Fachärztinnen oder Fachärzte für Humangenetik zulässig, bzw. andere Ärztinnen oder Ärzte, die sich beim Erwerb einer Facharzt-, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung für genetische Untersuchungen im Rahmen ihres Fachgebietes qualifiziert haben. Das bedeutet: Jeder Urologe darf eine diagnostisch indizierte Untersuchung (z.B. Abklärung eines Klinefelter-Syndrom, Chromosomenanalyse bei schwerem OAT-Syndrom) ohne zusätzliche Fachkunde auf den Weg bringen! **Genetische Beratung: Was ist zu beachten?** Dem Patienten ist nach Vorliegen der Untersuchungsergebnisse eine genetische Beratung (in einer allgemein verständlichen Form und im Ergebnis offen) anzubieten (bei dem Wunsch nach Nichtwissen entfällt dies natürlich). Sowohl das Angebot zur Beratung als auch die Beratung selbst sind zu dokumentieren. Eine genetische Beratung nach § 10 darf nur durch Ärztinnen oder Ärzte, die sich für genetische Beratungen qualifiziert haben, vorgenommen werden. Diese Qualifikation können auch Urologen erwerben! **CAVE:** Das Ergebnis einer genetischen Untersuchung darf nur der betroffenen Person und auch nur durch die Ärzte, die die genetische Beratung durchgeführt haben, mitgeteilt werden (§11). Das mit der genetischen Analyse beauftragte Labor wiederum darf das Ergebnis der genetischen Analyse nur der ärztlichen Person mitteilen, die den Auftrag erteilt hat (§11). Eine Weitergabe der Befunde an andere Ärzte darf nur mit der ausdrücklichen und schriftlichen Einwilligung des Patienten erfolgen. **Wer darf beraten?** Urologen/Andrologen mit der „Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung“ – Übergangsfrist endet Mitte 2016! Die Anforderungen an die erforderliche Qualifikation regelt die am 11.07.2011 in Kraft getretene Richtlinie der Gendiagnostikkommission (GEKO). Seit dem 01.02.2012 sieht die Richtlinie den Nachweis der Qualifikationsanforderungen vor (Wissensprüfung). Zur Vorbereitung auf die Wissensprüfung empfiehlt sich die Teilnahme an einem auf die Prüfung vorbereitenden 6-stündigen eLearning-Kurs zur fachgebundenen genetischen Beratung im Sinne der freiwilligen Fortbildungsmaßnahme. Die Qualifikation kann bis Mitte 2016 von bestimmten Facharztgruppen (dazu zählen auch Urologen bzw. Andrologen) im Rahmen einer 5 Jahre gültigen Übergangsregelung in Form einer Wissenskontrolle erworben werden. Fachärztinnen müssen nicht den in der GEKO-Richtlinie geforderten 72-stündigen Kurs besuchen! Die Landesärztekammer-spezifischen Modalitäten sind jeweils auf den Kammerseiten nachzulesen.

AUS DER VORSTANDSARBEIT

Jungengesundheit: Arztstunden in der Schule

Kooperation von DGU und Ärztlicher Gesellschaft zur Gesundheitsförderung e.V. (ÄGGF)



Prof. Dr. Bernd Wullich: Leiter des DGU-Vorstandsressorts Forschungsförderung



Dr. Heike Kramer: aus dem Vorstand der Ärztlichen Gesellschaft zur Gesundheitsförderung e.V.

Von Bernd Wullich und Heike Kramer

Jedes Jahr kommen in Deutschland über 300.000 Jungen in die Pubertät: ein Lebensabschnitt mit einschneidenden körperlichen und seelischen Veränderungen, drängenden Fragen, großen Verunsicherungen und dem zunehmendem Wunsch nach Autonomie.

Besonders Jungen suchen immer seltener Rat bei Eltern und Lehrern und laufen Gefahr, sich mit ihren Fragen, Nöten und Ängsten auf ungefiltertes Medienwissen oder unsichere Informationen ihrer Altersgenossen zu verlassen. Sie halten ihren Körper für stark und unverwundbar und wissen nicht, wie kostbar die eigene Gesundheit ist bzw. welchen Risiken sie diese oftmals aussetzen.

Deshalb lassen viele tausend Jungen wichtige Impf- und Vorsorgeangebote ungenutzt, gefährden viele oft schon sehr jung ihre Gesundheit und evtl. Fruchtbarkeit durch ungeschützten Geschlechtsverkehr, deshalb fügen sie sich durch Nikotin- und übermäßigen Alkoholkonsum bleibende Schäden zu, führen falsche Rollenbilder, Schlankheitswahn und Bodybuilding oft zu falscher Körperwahrnehmung, Verlust der Selbstakzeptanz und Doping, deshalb konsumieren viele nicht alters- und entwicklungsentsprechende Medien.

Jungen fehlt für diese Themen und Fragen häufig der geeignete ärztliche Ansprechpartner, analog zum Frauenarzt der Mädchen. Aus diesem Grund trafen sich im Sommer und Herbst 2013 die Vorstände von DGU und ÄGGF, um über Synergien ihrer Tätigkeiten zur Verbesserung der Jungengesundheit zu beraten und Kooperationsmöglichkeiten besonders im Bereich der Prävention zu erörtern.

Die Ärztinnen der ÄGGF bieten seit über 60 Jahren in Schulen ärztliche Gesundheitserziehung unter dem Motto, den eigenen Körper mit seinen Fähigkeiten und Bedürfnissen kennen, schätzen und schützen lernen, an. Schwerpunkt des deutschlandweiten Engagements der 85 Ärztinnen im Rahmen von 90-minütigen begleitenden Ärztinneninformationsstunden („Arztstunde“) in Schulen war bisher die gynäkologisch ausgerichtete Prävention für Mädchen und junge Frauen. Mit diesem Ansatz werden verlässlich auch die

Jugendlichen erreicht, die nicht von sich aus die Angebote unseres Gesundheitswesens wahrnehmen.

Die ÄGGF arbeitet in ihren „Arztstunden“ mit einem standardisierten Präventionskonzept, das durch stetige Qualitätsprüfung und -sicherung aktualisiert wird. Diverse Auszeichnungen, z.B. Helmut-Stickl-Preis für Impfprävention, Preis Jugendmedizin des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. und die positiven Ergebnisse der Evaluation durch das RKI, belegen die Bedeutung, Wirksamkeit und Nachhaltigkeit des in dieser Form deutschlandweit einmaligen Angebots.

Wegen des Mangels entsprechender Angebote für Jungen und der wachsenden sowie immer drängenderen Nachfrage von Seiten der Schulen und Eltern engagierte sich die ÄGGF zunehmend für die gesundheitliche Bildung von Jungen. Deshalb änderte sie Anfang 2014 ihren Namen von „Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung der Frau e.V. in „Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung e.V.“

Um dieses vermehrte Engagement für Jungen zu unterstützen, übernahm die DGU im Herbst 2013 die Schirmherrschaft für die ÄGGF und stellt ihr im laufenden Jahr 10.000 Euro für Unterrichtsmaterialien zur Verfügung. Wichtige Aspekte und Themen der Unterrichtsstunden für Jungen sind altersgerechte Antworten auf deren drängende Fragen ganz besonders zur Sorge um die eigene Normalität und auch das Wissen um geeignete Ansprechpartner, z.B. Urologen bei Problemen/Krankheiten.

ÄGGF-Ärztinnen haben auf der 40. gemeinsamen Tagung der Bayerischen Urologenvereinigung und der Österreichischen Gesellschaft für Urologie und Andrologie im Mai 2014 in Erlangen mehrere Vorträge und Workshops zum Thema Ärztinnenfragestunden für Jungen in Schulen angeboten und werden dies zum 66. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie 2014 in Düsseldorf wiederholen.

Einzelne urologische Kliniken, namentlich die Urologische Universitätsklinik Erlangen und das Centrum für Reproduktionsmedizin in Münster, werden anlässlich der ÄGGF-Jahrestagung urologische Fortbildungen für die ÄGGF-Ärztinnen anbieten.

Weiterhin wurde entschieden, gemeinsam Flyer speziell für Jungen mit wichtigen Informationen zu ihrem Körper, den Veränderungen in und nach der Pubertät und Hinweisen auf urologische Jungensprechstunden zu erstellen. Diese können von den ÄGGF-Ärztinnen in Schulen und von interessierten Kolleginnen und Kollegen in Praxen verteilt werden.

Gemeinsame Schulbesuche DGU/ÄGGF mit getrennten Veranstaltungen für Mädchen und Jungen sollen folgen.

66. Kongress der DGU e.V. in Düsseldorf
Veranstaltungstipp
Forum 16
Jungensprechstunde
Freitag, 3.10.2014, 8:30-10:00 Uhr



Foto: © michaeljung - Fotolia.com

Das fragen Jungen in den Arztstunden der ÄGGF

- Ab wann hat man Probleme mit der Prostata?
Ist ein AIDS-Test vor dem ersten Mal sinnvoll?
Warum hat man beim Aufstehen eine Morgenlatte?
Was soll man machen, wenn man in der Schule eine Erektion bekommt?
Wie kann man schwul werden?
Woran und wann merkt man, dass man schwul ist?
Kann man durch einen Fußballschuss unfruchtbar werden?
Stimmt es, dass Radfahren impotent oder Krebs macht?
Wie kann sich der Hoden verdrehen?
Bei mir verschwindet manchmal ein Hoden, ist das schlimm?
Schützt ein Kondom wirklich zu 99%?
Stimmt es, dass der Penis schrumpft, wenn man sich zu oft selbstbefriedigt?
Pille danach, wie lang wirkt sie nach dem Sex?
Welches ist die effektivste Stellung?
Wie oft kann man höchstens in 5 Minuten?
Ist es normal, dass mein rechter Hoden tiefer hängt?
Ab wann ist er zu klein oder wie groß muss er mindestens sein zum Funktionieren?
Was ist, wenn die Vorhaut festhängt?
Was ist besser: beschnitten oder unbeschnitten?
Wodurch kann man alles impotent werden?
Wo kann man unauffällig Kondome kaufen?
Was tun, wenn's platzt?

Die Gesundheit unserer Kinder – Unsere Verantwortung – Unsere Zukunft

Die zunehmende Nachfrage für Ärztinnenfragestunden stellt die gemeinnützige, durch Spenden und Zuwendungen finanzierte ÄGGF vor große Herausforderungen: Sowohl für die von vielen Seiten gewünschte Angebotserweiterung zur Jungengesundheit, als auch für die Aufrechterhaltung des aktuellen Engagements benötigt die ÄGGF dringend weitere Spenden. Mit Ihrer Spende können Sie die Arbeit der ÄGGF in Kooperation mit der DGU unterstützen. Unter www.aggf.de erfahren Sie mehr dazu.

ÄGGF
Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung e.V.
Spendenkonto 165 958 506
Postbank Köln, BLZ 370 100 50
IBAN DE42 3701 0050 0165 9585 06

5 Fragen an die Vorsitzende der PatientenAkademie



Prof. Dr. Sabine Kliesch: DGU-Pressesprecherin

1. Frau Prof. Kliesch, was ist die PatientenAkademie?
Die Ende 2013 gegründete Patienten Akademie innerhalb der Akademie der Deutschen Urologen hat Anfang 2014 ihre Arbeit aufgenommen mit dem Ziel, qualifizierte Informationen in verständlicher Form für Patienten bereit zu halten. Aufbauend auf den bereits vorhandenen exzellenten Aufklärungsmaterialien, die vom Ressort Öffentlichkeitsarbeit

2. Wie konkret sind die Planungen, gibt es erste Veranstaltungen?
Als erste konkrete Aufgabe hat die PatientenAkademie es sich zum Ziel gesetzt, die jährlichen Patientenabende, die im Rahmen der DGU-Kongresse stattfinden, in ein noch attraktiveres Format zu bringen, das interessierte Laien, Betroffene vor Ort und eine breite Öffent-

3. Auf welchen Wegen wollen Sie die interessierte Öffentlichkeit/die Patienten erreichen?
Ein langfristiges Projekt der PatientenAkademie unter dem Stichwort „WissenSecho“ wird federführend durch PD Dr. Johannes Huber begleitet werden: die multimediale Aufklärung von Patienten, die dem

Wunsch nach visueller Aufklärung mit Videounterstützung Rechnung trägt. Hierbei kann auf Erfahrungen im Rahmen eines wissenschaftlichen Projektes aufgebaut werden, das vom Kollegen Huber 2013 publiziert wurde. Multimediale Aufklärungsoptionen eröffnen nicht nur in der akuten Phase der diagnostizierten Erkrankung eine verbesserte Qualität der Beratung, sondern ermöglichen es auch, weiterführende Behandlungsstränge zu erläutern sowie der Option für ein Zweimeinungsangebot nachzukommen. Denkbar ist ebenfalls, nach der Initialbehandlung auch die weitere Therapie und Nachsorge transparent über dieses web-basierte Portal zu gestalten und zu steuern. Selbstverständlich wird die PatientenAkademie den engen Kontakt zu den Selbsthilfegruppen pflegen und ihre Arbeit mit unseren Materialien unterstützen. Ferner werden wir auf die Gestaltung von Apps zurückgreifen und das Feld der Prävention besetzen, auf dem wir bereits mit unserer Präventionsbroschüre aktiv waren und zu dem auch die Initiative von DGU und BDU zur Jungensprechstunde gehört.

4. Welche Botschaften wollen Sie vermitteln?
Ob ED oder Inkontinenz – in der Urologie gibt es, noch viele Tabus zu brechen. Aufklärung über urologische Erkrankungen, relevante Behandlungsoptionen, der Erhalt von Lebensqualität und natürlich Prävention in jedem Lebensalter, aber auch neue Versorgungsangebote wie die Jungensprechstunde sind Botschaften, die wir im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit über die PatientenAkademie vermitteln wollen.

Umfrage zur Katheterversorgung:

Urologische Versorgung im Pflegeheim



Prof. Dr. Stephan Roth: Direktor der Klinik für Urologie und Kinderurologie, Lehrstuhl für Urologie der Universität Witten / Herdecke, HELIOS Klinikum Wuppertal

Von Stefan Roth

und Dr. Friedrich-Karl von Rundstedt, derzeit DFG-Stipendiat am Department of Urology in Houston

und Priv. Doz. Dr. Michael J. Mathers, Urologische Praxisklinik Remscheid, Kooperationspraxis der Universität Witten / Herdecke

In Deutschland leben laut der Pflegestatistik des Jahres 2011 vom statistischen Bundesamt ca. 2,5 Millionen pflegebedürftige Menschen. Dabei werden ca. 743.000 Menschen vollstationär versorgt. Erfahrungsgemäß wird die medizinische Betreuung der Bewohner dieser Einrichtungen überwiegend von Internisten oder Allgemeinmedizinern gewährleistet. Für viele niedergelassene Ärzte ist die Versorgung von Heimbewohnern längst zu einem festen Bestandteil ihrer ärztlichen Tätigkeit geworden. Die demografische Entwicklung in Deutschland wird diesen Trend noch verstärken. Bis zum Jahr 2050 wird sich die Anzahl der Pflegefälle nach Berechnungen des „Forschungszentrums Generationenverträge“ (FZG) der Universität Freiburg auf ca. 4,4 Mio Fälle verdoppeln. Dabei spielt die Versorgung von Patienten mit Harninkontinenz eine wichtige Rolle. Die genaue Zahl der Betroffenen in Deutschland ist nicht bekannt. Die meisten Schätzungen belaufen sich auf vier bis sieben Millionen

Patienten mit einer Harninkontinenz. Während die Behandlung von Patienten mit Inkontinenz idealerweise von interdisziplinär arbeitenden Ärzten aus Urologie, Gynäkologie und Chirurgie gemeinsam durchgeführt wird, ist die ambulante Versorgung stationärer Pflegepatienten kaum geregelt. Dabei kann und muss der ambulante tätige Urologe hier eine Lücke füllen. Die Basisdiagnostik und die konservativen medizinischen und pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der überaktiven Blase sind eine Kernkompetenz des urologischen Facharztes. Eine zielorientierte Anamnese, eine fokussierte körperliche Untersuchung, ein Urinstatus, eine sonographische Restharnbestimmung und ein Miktionsstagebuch sind häufig ausreichend, um die Mehrzahl der Fälle diagnostisch einordnen zu können. Beckenbodengymnastik und Anticholinergika sind wirksame Basistherapeutika und machen eine umfassende Abklärung zumeist unnötig. Herausforderungen sind dabei die ungenügende ärztliche Vergütung und die pflegerische Personalsituation. Ein Pflegepatient müsste für eine urologische Basisuntersuchung in einer urologischen Praxis vorgestellt werden, was bei Demenzkranken mitunter schwer praktikabel ist. Um die Pflege zu entlasten, wird gerade bei männlichen Patienten häufig eine dauerhafte Versorgung mit einem Blasenkatheter eingeleitet. In einer Umfrage, die unsere Klinik in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband der Deutschen Urologen e.V. durchgeführt hat, befragten wir 1407 Urologen nach verschiedenen Aspekten der Katheterversorgung. Ein Schwerpunkt dieser Bestandsaufnahme war die Versorgung inkontinenter Patienten in Pflegeheimen. Bezüglich des versorgten Patientenkollektivs wurden die Befragten gebeten, eine Richtzahl zur Zahl der von ihnen betreuten Patienten in einer Pflegeeinrichtung anzugeben. 13% der Befragten betreuten demnach bis zu 10 Patienten, 20% bis zu

20 Patienten und 30% der Befragten betreuten bis zu 50 Patienten in Pflegeeinrichtungen. Interessanterweise gaben immerhin 42 Urologen (9%) an, über 100 Patienten in Pflegeeinrichtungen zu betreuen. 8% aller Urologen wechselten über 100 Katheter in Pflegeheimen pro Monat. Den Wechsel des transurethralen Katheters im Altenheim führte in 36% der Arzt, in 36% eine Pflegekraft, in 4% ein Pflegedienst und in 1% ein ärztlicher Dienst durch. Den suprapubischen Katheter dagegen wechselte in 68% der Arzt und in 8% die Pflegekraft. In 1% waren jeweils ein Ärztendienst oder der Pflegedienst dafür zuständig. Des Weiteren wurden die Teilnehmer dazu befragt, welche Rolle der suprapubische Katheter (SPDK) bei männlichen und weiblichen Patienten in ihrer Praxis spielen würde. Für männliche Patienten gaben 61% der Befragten an, bevorzugt einen SPDK anzulegen. 15% mieden den SPDK aufgrund möglicher Komplikationen bei Anlage und Wechsel. Bei weiblichen Patienten legten nur 36% der Befragten bevorzugt einen SPDK, 31% dagegen mieden den SPDK wegen möglicher Komplikationen. Darüber hinaus untersuchten wir, wie die Mehrzahl harninkontinenter Patienten im Altenheim versorgt wird. 27% versorgten die Mehrzahl der männlichen Patienten mit Windeln, 17% mit transurethralen Kathetern und in 32% mit einem suprapubischen Katheter. Weibliche Patienten wurden zu 41% mit Windeln, in 25% mit einem transurethralen und in 11% mit suprapubischen Kathetern versorgt. Eine Katheterversorgung im Pflegeheim boten insgesamt 71% der Befragten an. Die Frage richtete sich nach katheterversorgten Patienten im Pflegeheim pro Quartal. Dabei versorgten 14% bis zu 10 Patienten, 19% bis zu 30 Patienten, 19% bis zu 60 Patienten, 7% bis zu 80 und 12% über 80 Patienten. Die Umfrage zeigt sehr deutlich, dass Urologen in Deutschland fester Bestandteil der

ambulanten Versorgung von Pflegepatienten sind. Die Aufgaben des Urologen sind dabei vor allem die Diagnostik und Indikationsstellung, aber auch die Anlage und der Wechsel des Katheters. Dabei stellt die langfristige Betreuung von Patienten mit einem Dauerkatheter für den behandelnden Urologen eine erhebliche zeitliche Belastung dar. Es stellt sich die Frage, inwiefern der Urologe Aufgaben abgeben bzw. delegieren kann, um sich auf die ärztlichen Aspekte konzentrieren zu können. Dabei ist wichtig, dass die urologische Kompetenz in der Behandlung der Harninkontinenz dem Fach nicht verloren geht. Möglicherweise wird die Ausbildung von urologisch spezialisierten Physician Assistants (PA) es den Fachärzten ermöglichen, die Koordination und Durchführung der Katheterversorgung zu delegieren, ohne dabei die stationären Pflegekräfte zu belasten. Das Ziel einer solchen Struktur muss es sein, die Anbindung der Patienten an den urologischen Facharzt zu ermöglichen und gleichzeitig eine hohe Qualität der ambulanten urologischen Versorgung zu gewährleisten.

66. Kongress der DGU e.V. in Düsseldorf
Veranstaltungstipps
Forum 8
Urologie am Lebensende
Donnerstag, 2.10.2014, 13:00-14:30 Uhr
Plenum 2
Der ältere urologische Patient
Freitag, 3.10.2014, 10:30-12:00 Uhr

URO & RECHT

G-BA beschließt Kostenübernahme der GKV für Tadalafil 5mg bei benignem Prostatasyndrom



Rechtsanwalt
Frank Petersilie:
DGU-Geschäftsführer

Von Frank Petersilie

Mit Wirkung zum 11.06.2014 ist eine Änderung der Anlage II der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) bezüglich sogenannter Lifestyle Arzneimittel in Kraft getreten. Lifestyle-Arzneimittel sind grundsätzlich gemäß § 34 Abs. 1 S. 7 SGB V von der Leistungspflicht der GKV ausgeschlossen. Dies betrifft gemäß § 34 Abs. 1 Satz 8 SGB V insbeson-

dere Arzneimittel, die überwiegend zur Behandlung der erektilen Dysfunktion dienen. Näheres dazu regelt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in der Arzneimittel-Richtlinie. In der nun veröffentlichten Änderung der Anlage II (siehe Schaubild) erfolgt, neben einigen Ergänzungen wie der Erstreckung des Ausschlusses auf generische Sildenafil-Fertigarzneimittel, hinsichtlich Tadalafil eine Klarstellung. Zur Therapie des benignen Prostatasyndroms ist Tadalafil nunmehr in der Darreichungsform 5mg zulasten der GKV verordnungsfähig. Hintergrund ist die entsprechende Erweiterung des Zulassungsspektrums. Insoweit ist also Tadalafil (Cialis) kein Lifestyle-Arzneimittel mehr. Für das Anwendungsgebiet „Behandlung der erektilen Dysfunktion bei Erwachsenen Männern“ bleibt Tadalafil allerdings weiterhin nicht verordnungsfähig.

Sexuelle Dysfunktion (Verordnungsausschluss)	
Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstoffe
G 04 BE 01 Alprostadil (Ausnahme als Diagnostikum)	CAVERJECT, CAVERJECT Impuls, MUSE, VIRIDAL
G 04 BE 02 Papaverin	
G 04 BE Sildenafil	VIAGRA, alle generischen Sildenafil Fertigarzneimittel,
G 04 BE 04 Yohimbin	Procomil, YOCON GLENWOOD, YOHIMBIN SPIEGEL
G 04 BE 05 Phenotolamin	
G 04 BE 06 Moxisylyt	
G 04 BE 07 Apomorphin	
G 04 BE 08 Tadalafil (Ausnahme Tadalafil 5 mg zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms bei erwachsenen Männern)	CIALIS
G 04 BE 09 Vardenafil	LEVITRA
G 04 BE 30 Kombinationen	
G 04 BE Papaverin Kombinationen	
G 04 52 Papaverin Kombinationen	
G 04 BX Dapoxetinhydrochlorid	Priligy
Tumara diffuse Dil. D4	DESEO

UMFRAGE

Welche urologischen Veröffentlichungen lesen Sie regelmäßig?



Dr. med.
Thomas Schmidt,
Brackenheim

„Weil ich in der Niederlassung bin, lese ich alles, was mit dem Thema Abrechnung, EBM-Tipps oder GOÄ zu tun hat, und da spielt es für mich keine große Rolle, in welchem Medium es veröffentlicht wurde. Grundsätzlich bin ich aber eher ein Print- als ein Online-Leser. Auch die Onkologie ist ein wichtiges Thema – dazu lese ich Fachartikel im Urologen. Wichtige Informationsquellen sind für mich auch die DGU/BDU-Rundmails und Newsletter.“



Wilfried Jaspers,
Leer

„Ich lese regelmäßig den Urologen, und da interessieren mich in meinem Alter die berufspolitischen Informationen und Beiträge nicht mehr so, das ist eher Sache meines Juniorpartners. Ich lese vielmehr die medizinischen Artikel. Ganz spezielle Themen google ich auch schon einmal. Die Seite Wikipedia ist bei mir auf dem Desktop quasi immer geöffnet, denn dort findet man sehr viele gute Informationen.“



Dr. med.
Bastian Keck,
Erlangen

„Da ich am Universitätsklinikum arbeite, habe ich Zugriff auf alle Fachzeitschriften und Veröffentlichungen, und deshalb lese ich eigentlich querbeet – print wie online. Ich lese in erster Linie rein fachliche Texte und leider zu wenig über Berufspolitik, aber die Zeit ist knapp. Online gehe ich vor allem auf Uro Source, denn dort findet man aktuelle Zusammenfassungen. Einige Zeitungen, wie European Urology, gibt es ja nur noch online, die lese ich dann dort.“



Dr. med.
Christoph Peschkes,
Neuss

„Leider komme ich nicht dazu, im Urologen alles zu lesen – ich beschränke mich auf Themen, die mir besonders am Herzen liegen. Fest steht: Ich hab's immer noch am liebsten in Papierform, bevorzuge die Printmedien. Das Problem ist, dass es so viel gibt und man nicht mehr Herr über alles werden kann. Man muss sich schon Schwerpunkte nach der eigenen Tätigkeit setzen und selektiv vorgehen.“

Impressum

UROlogisch!

Verantwortliche Herausgeber:
Prof. Dr. Sabine Kliesch
Prof. Dr. Oliver Hakenberg
Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V.
Uerdinger Str. 64
40474 Düsseldorf

Redaktion:
Franziska Engehausen
Sabine M. Glimm
Bettina-C. Wahlers

Autoren:
Franziska Engehausen
Jan Fichtner
Jürgen Gschwend
Oliver Hakenberg
Sabine Kliesch
Heike Kramer
Jörg Leifeld
Kurt Miller
Frank Petersilie
Stephan Roth
Mark Schrader
Bernd Wullich

Grafik: Barbara Saniter
Druck: DBM Druckhaus
Berlin-Mitte GmbH

Auflage: 5500 Exemplare

Erscheinungsweise:
vierteljährlich

Ausgabe: 3 / 2014 – August

Akademie Veranstaltungen 2014

Monat	Art der VA (Akademie, Arbeitskreise etc.)	Veranstaltungen	Datum	Ort
09/2014	AK Onkologie AK Psychosomatische Urologie und Sexualmedizin AK Urinzytologie	AKO-Symposium: Leitlinien und Standards in der Uro-Onkologie Basiskurs 3 Sexualmedizin in der Urologie - Teil B ENTFÄLLT Urinzytologie für medizinisches Assistenzpersonal	05.-06.09.2014 12.-13.09.2014 27.09.2014	Rostock Düsseldorf Essen
10/2014	DGU-Kongress AK Urinzytologie Klinischer Hands-On-Kurs der Akademie UroSkills Klinischer Hands-On-Kurs der Akademie UroSkills AK Onkologie Klinischer Hands-On-Kurs der Akademie UroSkills AK Psychosomatische Urologie und Sexualmedizin	66. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie 179. Seminar des Arbeitskreises PNL und MiniPNL TUR-P / TUR-B, PDD Intensivkurs Uro-Onkologie - Teil 1 (von 3) Flexible/Rigide URS Basiskurs 3 Sexualmedizin in der Urologie - Teil C ENTFÄLLT	01.-04.10.2014 09.10.2014 09.-10.10.2014 16.-17.10.2014 17.-18.10.2014 23.-24.10.2014 31.10.-01.11.2014	Düsseldorf Rostock Hannover Mannheim Nettetal Tübingen Düsseldorf
11/2014	AK Onkologie UroCurriculum der Akademie AK Urinzytologie AK Beningne Prostatohyperplasie (BPS) AK Urinzytologie AK Urologische Funktionsdiagnostik und Urologie der Frau AK Onkologie AK Urinzytologie	AKO-Symposium Onkologische Urologie (Blase, Penis, Psychosomatik) Urinzytologie für Ärzte und fortgeschrittenes Assistenzpersonal 21. Seminar des AK 180. Seminar des Arbeitskreises 79. Seminar des AK Intensivkurs Uro-Onkologie – Teil 2 (von 3) 181. Seminar des Arbeitskreises: Urinzytologie in Klinik und Praxis für Ärzte und fortgeschrittenes Assistenzpersonal	07.-08.11.2014 07.-08.11.2014 08.11.2014 08.11.2014 09.11.2014 14.-15.11.2014 14.-15.11.2014	Köln Nürnberg Essen Berlin Essen Frankfurt Nettetal
12/2014	AK Onkologie	Intensivkurs Uro-Onkologie – Teil 3 (von 3)	29.11.2014 05.-06.12.2014	Düren Nettetal