

EDITORIAL Wir müssen PREFERE unterstützen



Von Prof. Dr. Oliver Hakenberg, DGU-Generalsekretär

Es gibt viel Ärger und Kontroversen um die PREFERE-Studie. Aus diesem Grunde haben wir einen großen Teil dieser Ausgabe PREFERE gewidmet.

Die DGU ist der Überzeugung, dass die PREFERE-Studie sehr wichtig ist und ein Scheitern uns allen schaden würde. Warum? Eindrücklich sind in dieser Ausgabe die Meinungen der organisierten Patienten zu PREFERE nachzulesen, in Form des Aufrufes des BPS und der „Erlanger Erklärung“ der Bayerischen Selbsthilfegruppen. Die Botschaft ist eindeutig, der Aufruf an alle Urologen in Klinik und

Praxis sehr deutlich. Die Studie bietet der Urologie – uns allen – die Möglichkeit, die grundlegende Frage der besseren Therapie beim Niedrig-Risiko-Prostatakarzinom wenn nicht zu klären, dann doch einer Klärung nahe zu kommen. Dies ist eine große Chance. Wie die Patientenvertreter zu Recht fordern, besteht auch für künftige Patientengenerationen die Verpflichtung, diese Frage zu klären, wenn wir die Möglichkeit dazu haben. Mit der Teilnahme an PREFERE haben wir diese Möglichkeit.

Denn die Therapie oder die Vorgehensweise beim Niedrig-Risiko-Karzinom ist wissenschaftlich nicht geklärt. Wir haben zweifellos die Pflicht, dies den Patienten auch so zu sagen. Gleichzeitig kann man erwarten, dass dann auch auf die Möglichkeit der Studie hingewiesen wird: Wie man nachlesen kann, sehen die Patientenvertreter hier auch eine klare Verpflichtung aller Urologen, dies zu tun.

Mit PREFERE und dem Studiendesign haben sich viele kluge Leute befasst. Es gibt immer Gründe, am wissenschaftlichen Design einer Studie Kritik zu üben. Die perfekte Studie gibt es nicht. Prof. Michael Stöckle als Studienleiter erläutert in dieser Ausgabe noch einmal die Gründe, warum die Studie so ist, wie sie ist. Es wäre angebracht, nun, da die Studie läuft, die Kritik am Studiendesign ad acta zu legen. Dass die vierarmige Randomisierung vielen Männern nicht gefällt, ist eine nachvollziehbare Binsenweisheit, aber eine zweiarmlige Randomisierung ist schon leichter vermittelbar.

Viele gute Gründe sprechen dafür, dass diese Studie sinnvoll ist und vorgebracht werden sollte. Dies gelingt nur, wenn alle mitwirken und wirklich Patienten informieren und rekrutieren oder rekrutieren lassen. Es ist eine Aufgabe für uns alle, und die Urologie als Ganzes muss sich dieser Aufgabe stellen.

INHALT

- 2 Versorgungsstärkungsgesetz: Was ist drin?
- 3 PREFERE: Urologen können es besser
BPS: Patienten wollen den Erfolg der PREFERE-Studie!
Zirkumzision – Urologen werden kriminalisiert
- 4 UroAktuell 2015
Umfrage: Belastet Sie die Betreuung von Krebspatienten?
- 5 IRE: Stellenwert der Fokalen Therapie des PCa
DGU kritisiert Werbung für IRE
- 6 Parlamentarischer Abend: Organtransplantation
25. Symposium Medizinische Museologie
- 7 50 Jahre Nobelpreis für Charles Huggins
Aktuelles von UroEvidence
- 8 DPKK: Biobank online
Übersicht Akademie-Veranstaltungen
Stellenbörse
Impressum

„Erlanger Erklärung“ zur Umsetzung der PREFERE-Studie

Von Leitern im Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V. (BPS) organisierter bayerischer Selbsthilfegruppen

Im Januar 2013 fiel der Startschuss für die nationale PREFERE-Studie zum lokal begrenzten Prostatakarzinom für Niedrigrisikopatienten. Unter dem Aspekt der guten Heilungschancen, der Lebensqualität sowie der besten Therapie für die Patienten sowie zur Sicherheit für den Arzt, sollen die laut S3-Leitlinie empfohlenen vier Therapiestrategien

- Radikale Prostatektomie
 - Perkutane Strahlentherapie
 - Permanente Seedimplantation
 - Aktive Überwachung (Active Surveillance)
- deutschlandweit in einer randomisierten präferenzbasierten klinischen Studie auf Vergleichbarkeit getestet werden.

Die PREFERE-Studie wird durch ein breites Bündnis von Organisationen und Institutionen des deutschen Gesundheitswesens getragen. Finanziert wird die Studie von der Deutschen Krebshilfe und den gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen im Umfang von 25 Mio Euro. An der PREFERE-Studie sind außerdem die Deutsche Gesellschaft für Urologie, die Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie, der Berufsverband Deutscher Urologen, die Deutsche Krebsgesellschaft und der Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe beteiligt.

Trotz der breiten Basis von Beteiligten, welche die Studie tragen und befördern sollen, sind die Akzeptanz und die Bereitschaft zur Teilnahme an der Studie bei den Urologen sehr unterschiedlich ausgeprägt. Die Zurückhaltung zeigt sich u.a. auch daran, dass

z.B. bei den Regionalkongressen nur wenige niedergelassene Urologen an den Informationsveranstaltungen der Studienzentrale teilgenommen haben. Von vielen Urologen wird die Studie wegen des Studienkonzeptes (Randomisierung) kritisiert und so die zögerliche Bereitschaft betroffener Patienten zur Teilnahme begründet.

Die dem Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V. angeschlossenen bayerischen Selbsthilfegruppen von betroffenen Prostatakrebspatienten als Patientenvertreter legitimiert – auch für die nächste Generation – können dieser derzeit zögerlichen Umsetzung der PREFERE-Studie nicht tatenlos zusehen. Die Tagung der Bayerischen Urologenvereinigung in Erlangen war deshalb Anlass, im Interesse der zukünftig betroffenen Pros-



tatakrebspatienten – es können auch unsere Söhne und Enkel sein – mit dieser „Erlanger Erklärung“ an alle Urologen in Bayern zu appellieren, die PREFERE-Studie trotz der Herausforderung durch die Randomisierung noch bewusster und nachhaltiger zu unterstützen. Gerade wir als in den Selbsthilfegruppen engagierte Betroffene und Patientenvertreter sowie der BPS insgesamt werden die Urologen dabei unterstützen.

Die „Erlanger Erklärung“ an die Urologen anlässlich der 40. Gemeinsamen Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Urologie und Andrologie sowie der Bayerischen Urologenvereinigung in Erlangen zur Umset-

zung mit dem Appell an alle bayerischen Urologen, sich aktiv an der PREFERE-Studie zu beteiligen, begründet sich wie folgt:

- Der Prostatakrebs ist nach wie vor die häufigste Krebserkrankung beim Mann; Tendenz zukünftig weiter steigend.
- Die PREFERE-Studie wird mit insgesamt 25 Mio aus den Versichertenbeiträgen der gesetzlichen und privaten Krankenkassen sowie von Spenden an die Deutsche Krebshilfe bezahlt.
- Die PREFERE-Studie ist eine unabhängige, von verschiedenen Organisationen, Universitäten, Berufsverbänden und ärztlichen Fachgesellschaften sowie Patientenvertretungen initiierte wissenschaftliche Langzeitstudie, die insbesondere den folgenden Generationen von erkrankten Männern zugutekommt; bei genetischer Disposition sind dies u.a. unsere Söhne und Enkel.
- Die PREFERE-Studie ist eine für alle Beteiligten selbstverpflichtete wissenschaftliche, in die Zukunft gerichtete Studie, die in erster Linie der optimalen Therapie der Patienten dient. Deshalb muss im Interesse der Patienten die Teilnahme an der Studie

z.B. für jeden Urologen eine ärztliche Pflicht und keine Last sein.

- Durch die PREFERE-Studie soll für zukünftige Patienten erstmalig die langfristig beste Behandlungsmethode für das lokal begrenzte Prostatakarzinom mit niedrigem bzw. frühem intermediären Risiko im Vergleich von verschiedenen klassischen Therapieoptionen ermittelt werden. Dies ist im Interesse der Ärzte und der Patienten.
- Die PREFERE-Studie wird für die Männer und ihre Angehörigen und die Urologen zukünftig mehr Sicherheit und Transparenz bei der Entscheidung zur Wahl der Behandlung bringen.

Die Teilnahme an der PREFERE-Studie setzt voraus, dass die Urologen und andere beteiligte Fachärzte von der Sinnhaftigkeit der Studie im Interesse ihrer Patienten tatsächlich überzeugt sind. Die Männer suchen bei der Diagnose „Prostatakrebs“ gerade wegen der Folgen für die Lebensqualität mehr und mehr nach Alternativen der Behandlung, die ob ihrer Gleichwertigkeit allerdings noch nicht wissenschaftlich untersucht wurden.

Zeitmangel und Aufwand können kein Argument für eine Ablehnung der Teilnahme an der PREFERE-Studie durch die Urologen sein; die Rekrutierung von Patienten mit dem entsprechenden Mehraufwand für die Information wird vergütet.

Die PREFERE-Studie muss im Interesse der evidenzbasierten Wissenschaftsmedizin in Deutschland ein Erfolg werden. Ein Misserfolg der Studie würde den Ruf der urologischen Wissenschaftsmedizin in Deutschland auf lange Sicht negativ beeinflussen. Soweit darf es nicht kommen.

Wir als im BPS organisierte Betroffene und Patientenvertreter fordern von allen Beteiligten insbesondere eine noch breitere und engagierte Unterstützung der PREFERE-Studie. Die bisherige Beteiligung urologischer Praxen und in der Folge die Rekrutierung durch die Studienzentren ist aktuell zu gering. Wir werden die Urologen gerne im Rahmen der Selbsthilfeberatung (s. Checkliste) in der Aufklärung potentieller Patienten über die PREFERE-Studie unterstützen.

Wir Prostatakrebs selbsthilfegruppen würden uns freuen, wenn alle Urologen im Sinne Ihrer zukünftigen Patienten trotz aller Schwierigkeiten von der Sinnhaftigkeit der PREFERE-Studie überzeugt werden könnten und damit die Studie auf eine breitere Basis gestellt werden könnte.

Initiator der „Erlanger Erklärung“:
Alfons Swaczyna, 1. Vorsitzender PROCAS
Prostatacarzinom-Selbsthilfegruppe
Regensburg/Oberpfalz

Versorgungsstärkungsgesetz

Was ist drin? Was steht drauf?



Von Franziska Engehausen, Leiterin des DGU-Hauptstadtbüros

Es gab schon viele dieser gesetzgeberischen Wortungetüme. Wir haben das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, das Vertragsarztänderungsgesetz sowie das GKV Versorgungsstrukturgesetz. Nun ging es dabei zumeist um gesundheits-ökonomische Ansätze. Stimmt natürlich nicht ganz, denn es ging auch schon einmal um die Einführung neuer, anderer Versorgungsformen und Verträge, eben integrierte Versorgungsverträge oder auch die Selektivverträge. Es ging auch, schon öfter, um das Überwinden der Sektorengrenzen.

All dies findet sich jetzt wieder im Gesetzentwurf. Was steckt denn aber eigentlich drin in diesem neuen Gesetz? Auf jeden Fall unsere alte Bekannte, die **integrierte Versorgung**. Die bisherigen Vorgaben zur integrierten Versorgung sowie zur besonderen ambulanten Versorgung werden in einem neu formulierten § 140 a zusammengefasst. Dessen Überschrift lautet nun „Besondere Versorgung“. Nach Auffassung des Bundesgesundheitsministeriums sind die bisherigen Regelungen zu Einzelverträgen mit Leistungserbringern „zu wenig systematisch“ gefasst worden.

Beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) soll ein **Innovationsfonds** zur Förderung innovativer sektorenübergreifender Versorgungsformen und für die Versorgungsforschung geschaffen werden. Dafür werden in den Jahren 2016 bis 2019 jährlich insgesamt 300 Millionen Euro von den Krankenkassen und aus dem Gesundheitsfonds zur Verfügung gestellt. Aus dem Fonds sol-

len innovative, sektorenübergreifende Versorgungsprojekte mit 225 Millionen Euro pro Jahr gefördert werden sowie die Versorgungsforschung mit 75 Millionen Euro. Zu diesem Zweck soll beim G-BA ein Innovationsausschuss eingerichtet werden, der die konkreten Förderschwerpunkte und -kriterien festlegt und über die Verteilung der Fördermittel entscheidet. Zusammensetzen soll er sich aus drei Mitgliedern des GKV-Spitzenverbandes, drei Mitgliedern der Kostenträger (jeweils ein Vertreter von DKG, KBV und KZBV), drei Mitgliedern des Gesundheitsministeriums und – natürlich – dem neutralen Vorsitzenden. Drei Mitglieder des BMG? Es könnte eine sinnvolle Entscheidung sein, den G-BA Vertretern BMG-Gouvernanten an die Seite zu stellen. Denn natürlich steht zu befürchten, dass die Träger der Selbstverwaltung sich unter großer Einigkeit bis zum Sankt-Nimmerleins-Tag in rituelle Verteilungskämpfe verbeißen, so dass die bereitgestellten Innovationsgelder niemals abgerufen werden können. Sicher ist heute schon, dass das Ganze endlich auch evaluiert werden soll. Klar ist allerdings nicht, ob die Gelder für die Evaluation in der Fördersumme integriert sind oder ob sie noch „oben darauf“ kommen.

Antragsberechtigt sind zwischenzeitlich alle Beteiligten im Gesundheitswesen. Abgesehen von der Antragsflut, denn 300 Millionen pro Jahr ist ein ordentlicher Betrag, bleibt abzuwarten, inwiefern die durchaus vage ausformulierten gesetzlichen Bedingungen in konkrete Antragshöhe und -inhalte definiert werden. Denn nach meinem Verständnis sollen die innovativen Projekte nach einer definierten Laufzeit irgendwann in das Kollektivsystem übernommen werden. Es kann also passieren, dass die aktuelle Goldgräberstimmung sehr schnell abflaut.

Das Stichwort **Zulassungsbeschränkung** ruft das genaue Gegenteil von Goldgräberstimmung hervor. Bislang konnte ein Zulassungsausschuss es ablehnen, ein Nachbesetzungsverfahren zu eröffnen, wenn ein

Bezirk formal überversorgt war. „Von dieser Möglichkeit haben die Zulassungsausschüsse kaum Gebrauch gemacht. Aus diesem Grund wird aus der bisherigen Kann- eine Soll-Regelung“, heißt es im Kabinettsentwurf. Gleichzeitig werden aber die bestehenden Ausnahmeregelungen ergänzt. Im Kabinettsentwurf sind diese im Vergleich zum Referentenentwurf noch umfangreicher, zumindest wenn man die Begründung heranzieht. So sollen Nachbesetzungen grundsätzlich auch in überversorgten Gebieten möglich sein, „wenn ein besonderer lokaler oder qualifikationsbezogener Versorgungsbedarf besteht oder ein Arztsitz einer speziellen Fachrichtung weiterhin benötigt wird.“ Mitversorgeraspekte, die Bedürfnisse Behinderter oder das besondere Angebot von Medizinischen Versorgungszentren wie auch Berufsausübungsgemeinschaften sollen bei den Entscheidungen der Zulassungsausschüsse eine Rolle spielen können.

Wenn sich beispielsweise ein Medizinisches Versorgungszentrum auf einen Sitz beworben hat, kann anstelle der üblichen Kriterien für die Nachbesetzung auch gewürdigt werden, dass dann ein „besonderes Versorgungsangebot“ zur Verfügung steht. Kann ein MVZ also gegenüber einem Zulassungsausschuss glaubwürdig darlegen, dass durch die geplante Nachbesetzung das Versorgungsspektrum zugunsten der Patienten verbessert wird, muss der Praxissitz nicht aufgekauft werden. Auch die Bereitschaft, eine barrierefreie Praxis einzurichten, soll ein Kriterium bei der Nachfolgeentscheidung über eine Praxis sein.

Nun, alles in allem hört sich das nicht unvernünftig an. Unvernünftig ist allerdings die Diskussion, ab welcher Prozentzahl von Überversorgung gesprochen wird. Eine pauschale und bundesweit einheitliche Obergrenze kann es hier nicht geben. Regionale, infrastrukturelle, aber auch demografische Unterschiede müssen berücksichtigt werden. Unvernünftig ist aber auch die Panikmache der demokratisch gewählten KV-Vertreter, aus deren Augen offensichtlich der freie, selbständige Arztberuf seiner Vernichtung zugeführt werden soll. Heroische Schlachten werden geschlagen, und sei es nur, dass die bereits bekannte Kampagne der KBV „Wir arbeiten für Ihr Leben gerne“ ergänzt wird um den Satz „solange die Politik uns lässt.“ Dumm nur, dass der Blick in das Gesetz Anderes lehrt. Denn noch immer bedarf es im Zulassungsausschuss der Mehrheit der Ärzteschaft, um einer Praxis den Garaus zu machen. Die Ärzte müssten also im Einzelfall ihrer eigenen Abschaffung erst mal mehrheitlich zustimmen. Und auch die Vielzahl der Ausnahmeregelungen wird dazu führen, dass in den nächsten Jahren die Zahl der tatsächlich von der KV aufgekauften Praxen höchst überschaubar bleiben wird.

Ärgerlich und überhaupt nicht überschaubar dagegen ist, dass die durchaus positive Einführung der ambulant-spezialfachärztlichen Versorgung, kurz **ASV**, durch den sogenannten Bestandsschutz der bereits ermächtigten Krankenhäuser einen herben Rückschritt erfahren hat. Bleibt zu hoffen, dass der Bestandsschutz sich nur auf die prognostizierten zwei Jahre beschränkt und nicht dazu führt, dass die ASV im Nebel irgendwelcher integrierter Versorgungsmodelle nach § 140 a versinkt. Eigentlich ist das Ganze doppelt ärgerlich, weil auf Grund der extrem langsamen Arbeit zu diesem Thema im G-BA keine Planbarkeit für zukünftige ASV-

Beteiligte noch für Patienten in Sicht ist. Die **Zweitmeinung** soll allerdings zukünftig nicht nur planbar, sondern in zu definierenden Fällen mit einem Rechtsanspruch versehen werden. Versicherte erhalten einen Rechtsanspruch, sich vor „mengenunabhängigen Eingriffen“ eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung zur medizinischen Notwendigkeit und Sachgerechtigkeit des Eingriffs einzuholen. Welche Eingriffe dies sind, soll der Gemeinsame Bundesausschuss festlegen. Zusätzliche Zweitmeinungsangebote der Krankenkassen müssen die Anforderungen erfüllen, die der G-BA in diesem Bereich vorgibt. Neben der zahlenmäßigen Entwicklung können auch andere Kriterien vom G-BA herangezogen werden, beispielsweise die demografische Entwicklung. Im Mittelpunkt stehen jedoch Eingriffe, bei denen „das Risiko einer Indikationsausweitung nicht auszuschließen ist“. Eine Zweitmeinung sollen sich Versicherte bei allen vertragsärztlich zugelassenen Ärzten und Einrichtungen beziehungsweise zugelassenen Krankenhäusern holen können. Der G-BA kann für Zweitmeinungsgeber Anforderungen festlegen, um „eine qualitativ hochwertige Erbringung der Zweitmeinung zu unterstützen“.

Eine Experten-Zweitmeinung hätten sich die Autoren des Gesetzes in Bezug auf die Verordnung der Terminservicestellen an die KVen einholen sollen. Argumentiert wird vor dem Hintergrund der Sicherstellung der angemessenen und zeitnahen Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung. Die Idee ist folgende:

Liegt eine Überweisung vor, muss die Servicestelle innerhalb einer Woche einen Termin vermitteln. Mit dem vermittelten Termin darf eine Wartezeit von vier Wochen nicht überschritten werden. Die Entfernung zum vermittelten Arzt muss „zumutbar“ sein. Ein Anspruch von Patienten auf Terminvermittlung bei einem bestimmten Arzt besteht nicht, wird in der Gesetzesbegründung klargestellt. Gelingt die Vermittlung nicht, muss die Servicestelle einen Termin in einem Krankenhaus anbieten. Die Behandlung dort muss „nicht zwingend durch Ärztinnen und Ärzte mit einer bereits abgeschlossenen Facharztweiterbildung zu erfolgen“, so die Vorgabe im Entwurf.

Der Facharztstandard müsse aber gelten. Lässt sich ein Versicherter in der Klinik behandeln, kann er auch ambulante Folgetermine im Krankenhaus wahrnehmen, „wenn diese dazu dienen, den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen“. Durch Vorgaben im Bundesmantelvertrag soll diese Option geregelt werden, gleichzeitig aber auch verhindert werden, dass Patienten „im Falle einer notwendigen Dauerbehandlung über längere Zeit ambulant im Krankenhaus behandelt werden“.

Grundsätzlich sollte man dieses Gesetz vor dem Hintergrund sehen, dass die große Koalition mit dem Ansinnen angetreten ist, die **Rahmenbedingungen** der Versorgung an die sich wandelnden gesellschaftlichen Strukturen anzupassen. Viel staatliche Regulierung hat sich in diesem Gesetz breit gemacht, obwohl auch dies nichts Neues ist. Neu ist allerdings die im Gesetz angelegte Definitionshoheit des Gemeinsamen Bundesausschusses unter anderem über Anforderungen an das Thema Zweitmeinung. Wie der G-BA und wann dann auch noch die Rahmenbedingungen für den Innovationsfonds ausgestaltet, wird interessant.

„Ein guter Mann wird stets das Bessere wählen.“
Euripides (480 v. Chr.)

Sp(r)itzenleistung!
Mit einem KLICK mehr Sicherheit

Enantone®
Trenantone®
Sixantone®

PREFERE – Urologen können es besser!



Von Prof. Dr. Michael Stöckle, PREFERE-Studienleiter Urologie

Unsere aktuelle Leitlinie empfiehlt, den Patient mit einem Niedrig-Risiko-Prostatakarzinom über vier denkbare Behandlungsalternativen aufzuklären, nämlich die Operation, die Strahlentherapie, die Brachytherapie und die Aktive Beobachtung.

Auch wenn damit der Eindruck einer gewissen Gleichwertigkeit erweckt wird, ist es doch eher unwahrscheinlich, dass diese vier Alternativen wirklich bezüglich onkologischer Sicherheit und bezüglich der Erhaltung von Lebensqualität gleichwertig sind. Wir wissen nur, dass bei Anwendung eines jeden dieser Konzepte viele betroffene Patienten nicht am Prostatakarzinom sterben werden. Das ist aber eine nichtssagende Binsenweisheit, denn von der Bill-Axelson-Studie wissen wir ja, dass auch bei völligem Verzicht auf eine kurative Therapie nach 18 Jahren mehr als 70% der Prostatakarzinom-Patienten nicht am Prostatakarzinom gestorben sind – wohlgemerkt quer durch alle Tumorstadien! Beim Niedrig-Risiko-Prostatakarzinom sind 86% der untherapierten Patienten nicht am Prostatakarzinom gestorben, nach Prostatektomie waren es knapp 90%, der 4%-Unterschied war statistisch nicht signifikant.

Voreilige versuchen aus solchen Daten zu schlussfolgern, man müsse dem Gleason 6 das Attribut des „Karzinoms“ aberkennen. Auch diese Forderung wird der Natur des Krankheitsbildes nicht gerecht: Beim Endpunkt Metastasierung zeigt sich nach 18 Jahren auch im niedrigen Risiko eben doch ein signifikanter Unterschied zu Gunsten der kurativ behandelten Patienten mit 13,6% Metastasierung im Vergleich zu 24,2 % bei Verzicht auf eine kurative Therapie. Trotzdem verdeutlichen auch diese Zahlen ein unbefriedigendes Ausmaß an Übertherapie. Und sie zeigen einmal mehr, mit wieviel Geduld man Patienten mit Niedrig-Risiko-Prostatakarzinom nachbeobachten muss, bevor man fundierte Schlussfolgerungen ziehen kann:

Viele der Metastasen haben sich erst nach dem Jahr 15 gebildet, es dauert im Einzelfall mehr als 20 Jahre, bevor der Betroffene an solchen Tumoren stirbt. Wer diese Zahlen aber unreflektiert einsetzt, um einen heute betroffenen Patienten von der Harmlosigkeit seines Krankheitsbildes zu überzeugen, klärt auch wieder nicht adäquat auf: Aufgrund der deutlich gestiegenen Lebenserwartung würden heute viele der Patienten, die in der Bill-Axelson-Studie noch tumorunabhängig verstorben sind, eben doch am Tumor versterben, ohne dass dieser Effekt bisher quantifiziert wäre. Es ist aber sicher unbestritten, dass wir dem Prostatakarzinom durch unsere hohe Lebenserwartung eine viel breitere Angriffsfläche bieten als noch vor wenigen Jahren.

Jeder kennt die Namen der Prominenten, die in ihren späten Achtzigern oder in ihren Neunzigern doch noch vom Prostatakarzinom eingeholt worden sind. Aber dennoch: Auch wenn die gestiegene Lebenserwartung das Ausmaß an Übertherapie gegenüber den Bill-Axelson-Daten reduziert, müssen wir

zugeben, dass auch im Jahre 2015 die Mehrzahl der Patienten, die wir tagein-tagaus prostatektomieren, sich einer Übertherapie unterzieht. Umgekehrt müssen diejenigen, die fast schon gebetsmühlenhaft die aktive Beobachtung („Active Surveillance“, „AS“) zu einer Standardtherapie hochzustilisieren versuchen, genauso einräumen, dass es keinerlei Daten gibt, mit denen man einem Patienten mit einer Lebenserwartung von mehr als 12 Jahren die Sicherheit einer Überwachungsstrategie beweisen könnte.

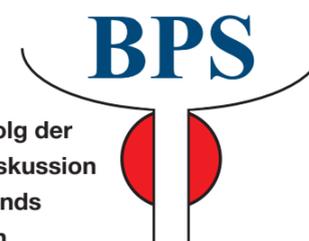
Wir sollten ehrlich zu uns selbst sein: Wahrscheinlich hat sich jeder von uns Urologen bei diesem Krankheitsbild mit irgend einer Überzeugungswelt arrangiert, deren Daseinsberechtigung nicht durch beweisbare Fakten belegt ist: Männer im Landkreis Altenburger Land wurden zwischen 2010 und 2012 mit mehr als 7,5fach größerer Wahrscheinlichkeit prostatektomiert als die im Kreis Bitburg-Prüm. Wer in der Region um Köln lebt, wird sich mit wesentlich höherer Wahrscheinlichkeit einer Brachytherapie unterziehen als in vielen anderen Regionen Deutschlands. Die externe Strahlentherapie wird in Deutschland insgesamt eher selten durchgeführt, warum kommt sie dann aber in den doch so fortschrittlichen Vereinigten Staaten so viel häufiger zur Anwendung als bei uns? Dass die aktive Beobachtung mehr Beachtung verdient, ist bei den erwähnten Übertherapierten nicht in Abrede zu stellen.

Genauso wenig können wir aber bestreiten, dass wir gerade bei AS von einem etablierten Konzept meilenweit entfernt sind: Es fehlen klar definierte Einschlusskriterien und es fehlen eindeutige Abbruchkriterien. Es ist nicht auszuschließen, dass die aktive Beobachtung vielleicht erst durch zusätzliche molekulare Marker oder durch neue Methoden der Bildgebung die notwendige onkologische Sicherheit gewinnen kann: Immerhin haben in der Erstpublikation von Klotz ein Drittel der Patienten, die nach initialer aktiver Beobachtung doch operiert werden mussten, ein PSA-Rezidiv entwickelt, bei den verzögert strahlentherapierten Patienten waren es sogar zwei Drittel.

Zusammenfassend sollten wir uns angesichts der nicht zu leugnenden Übertherapie-Problematik der Verantwortung stellen und im Rahmen eines systematischen Protokolls den Stellenwert einer zuwartenden Behandlungsstrategie herausarbeiten. Und wir müssen uns der Verantwortung stellen, die bislang akzeptierten kurativen Behandlungsmaßnahmen systematisch miteinander zu vergleichen. Das Protokoll dafür ist vorhanden, und es heißt PREFERE. Wahrscheinlich favorisiert jeder einzelne Urologe, offen oder unterschwellig, eine dieser vier Alternativen. Das Risiko, dass sich gerade die von mir favorisierte Alternative onkologisch oder durch ihr Nebenwirkungsspektrum als nicht gleichwertig erweist, muss ich in Kauf nehmen, wenn ich meiner ärztlichen Verantwortung gerecht werden will.

Die Wellen der letzten Tage haben deutlich gemacht, dass die kritische Öffentlichkeit und die im BPS organisierten Patienten das Recht haben und sich auch das Recht nehmen, Unterstützung der PREFERE-Studie von uns Urologen einzufordern. Dieser Verantwortung sollten sich alle Urologen in Praxis und Klinik stellen. Der Ansehensverlust, der uns im Versagensfalle droht, ist trotz allem erst ansatzweise deutlich geworden. Wir alle wissen: Urologen können es besser! Und wir sollten danach handeln.

Pressemitteilung Stellungnahme



Gut informierte Patienten wollen den Erfolg der PREFERE-Studie! Anlässlich aktueller Diskussion um bedeutendste Krebsstudie Deutschlands appelliert der BPS an Ärzte und Patienten

Bonn, den 28. März 2015 – Mit Sorge verfolgt der Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V. (BPS) eine zu geringe Beteiligung an der bisher größten Prostatakrebs-Studie in Deutschland, der PREFERE-Studie. Aktuelles medizinisches Wissen und das Gebot ärztlicher Ethik „nihil nocere (nicht schaden)“ kann keine andere Schlussfolgerung gut heißen als die Beteiligung an dieser Studie. „Wir appellieren an alle Ärzte: Informieren Sie Ihre Patienten umfassend über die Vorteile einer Teilnahme an der PREFERE-Studie. Engagieren Sie sich im Interesse jetziger und kommender Patienten für diese Studie!“, sagte der stellvertretende BPS-Vorsitzende Paul Enders am Samstag in Bonn.

In einem Streitgespräch in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung (FAZ) und in Spiegel Online kritisierten die Förderer der PREFERE-Studie zu zögerliches Engagement der Ärzte und zu geringe Patientenbeteiligung. Diese Bedenken teilt der BPS und begrüßt die öffentliche Diskussion. „Wir befürchten aber auch, dass daraus eine Verunsicherung der Patienten entstehen könnte. Deshalb wäre es wenig verantwortungsvoll, wenn nicht klarer Wille zur Aufklärung der Patienten und entschiedene Beteiligung der Ärzte an der Studie jetzt deutlich und zählbar würden“, so Enders weiter. „Ärzte sollten Wissen nicht reklamieren, das sie in Wirklichkeit für die Behandlung des Prostatakrebses mit niedrigem Risiko nicht besitzen“, kommentierte der Gesundheitspolitische Sprecher des BPS, Jens-Peter Zacharias. Er fügte hinzu:

„Ärzte, die nicht über diese Studie informieren, entscheiden bereits über die Nichtteilnahme der Patienten. Das ist übergriffig, denn Patienten sollten ihre Entscheidungen zur Teilnahme selber treffen können.“

Paul Enders und Jens-Peter Zacharias appellieren an Patienten, ihre Ärzte auf die PREFERE-Studie anzusprechen und erst dann eine Therapieentscheidung zu treffen, nachdem sie von ihnen über die Vorteile einer Beteiligung informiert wurden. Der BPS will den Erfolg der PREFERE-Studie, damit objektive, reproduzierbare Behandlungssicherheit, von persönlichen Vorlieben geprägte Therapieempfehlungen ablösen. Für die Erreichung dieses Ziels möchte der BPS in den kommenden Wochen noch intensiver mit Ärzten kommunizieren.

Über den BPS:

Der Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V. (BPS) wurde im Jahr 2000 von 18 Prostatakrebs-Selbsthilfegruppen gegründet und hat seinen Sitz im Haus der Krebs-Selbsthilfe in Bonn. Mittlerweile gehören 240 Selbsthilfegruppen dem BPS an. Der gemeinnützige Verein steht unter der Schirmherrschaft der Deutschen Krebshilfe und ist europaweit die größte und weltweit die zweitgrößte Organisation von und für Prostatakrebspatienten.

Der BPS vertritt Patienteninteressen im Gemeinsamen Bundesausschuss. Der BPS ist Mitglied im Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband, in der BAG Selbsthilfe sowie der europäischen Prostatakrebs Selbsthilfevereinigung „Europa UOMO“.

Streit mit der KBV:

Wegen fragwürdiger Dokumentationsanforderungen bei der ambulanten Zirkumzision werden Urologen kriminalisiert

Die Meldung, dass niedergelassene Urologen, die sich der Anforderung zur Bilddokumentation oder Histologie bei der Zirkumzision widersetzen, „Abrechnungsbetrug“ begehen würden, hat die DGU dazu veranlasst, mittels einer Presserklärung zu widersprechen.

Die Problematik dürfte den meisten vertraut sein: die Zirkumzision wurde von der KBV als „dermato-chirurgischer“ Eingriff klassifiziert und dementsprechend den für diese Gruppe formulierten Regelungen unterzogen: „Bilddokumentation“ oder Histologie als Nachweis dafür, dass dieser Eingriff auch tatsächlich erbracht wurde. Dies mag für die Entfernung von Naevi plausibel sein, die Anwendung auf die Zirkumzision erscheint dagegen nicht nur nicht zwingend, sondern auch abwegig. Genitalfotos „Vorher/nachher“ sind eigentlich eine Zumutung für Patient und Arzt; eine histologische Untersuchung lediglich zu Dokumentationszwecken widerspricht dem Wirtschaftlichkeitsgebot.

Bereits Ende letzten Jahres hatte die DGU sich schriftlich an mehrere KVen und die KBV gewandt, und diesen Missstand kritisiert. Während einige KVen sich in ih-

ren Antworten dazu sachlich konstruktiv äußerten, war die Antwort der KBV oberflächlich und nicht hilfreich. Die KBV warf der DGU vor, sich an einer „Kampagne“ zu beteiligen, die nur dazu diene, die im internationalen Vergleich viel zu hohen Zirkumzisionszahlen in Deutschland schön zu reden. Und im übrigen, so die KBV, würde doch in medizinischen Publikationen auch Bildmaterial von Patienten verwendet. Die DGU hat sich gegen diese unsachliche Argumentation verwahrt; eine erneute Antwort steht aus.

Im Hintergrund geht es darum, dass allen KVen Klagen angedroht wurden, wenn sie nicht gegen Urologen und andere vorgehen würden, da Seite vermutet wird, es würden grundsätzlich und in großem Stil nicht-medizinisch indizierte Zirkumzisionen zu Lasten der GKV abgerechnet, sprich religiös oder sonst wie motivierte Zirkumzisionen. Hierbei handelt es sich tatsächlich um eine Kampagne, die von einer Ärztin in Schleswig-Holstein ausgeht.

Wie die Auseinandersetzung weitergeht, wird sich zeigen. Jedenfalls wird die DGU weiter insistieren und nicht locker lassen.

UroAktuell 2015**Aktuelles und Praxisrelevantes
in der Urologie**

Von Franziska Engehausen

UROAktuell bietet eine praxis- und klinikorientierte Auffrischung des urologischen Wissens bezogen auf die praxisrelevanten Neuerungen der letzten zwölf Monate. Der Kerngedanke der jährlich stattfindenden Veranstaltung ist die komprimierte und übersichtliche Darstellung von Inhalten der zahlreichen nationalen und internationalen urologischen Fachzeitschriften sowie die für die Urologie relevanten Leitlinien. „Urologinnen und Urologen sind heute mit hochkomplexem medizinischen Wissen konfrontiert, das sich darüber hinaus immer schneller weiter entwickelt. Keinem praktisch tätigen Urologen ist es möglich, alle Inhalte aus urologischen Publikationen oder Aktualisierungen der unterschiedlichen Leitlinien im Auge zu behalten“, sagt Professor Dr. Maurice Stephan Michel, Vorsitzender der Akademie der Deutschen Urologen. Ob in Klinik oder Praxis – bestmögliche Patientenversorgung bedarf höchster Behandlungsqualität, die nur durch fachspezifische und praxisrelevante Fort- und Weiterbildungen auf hohem Niveau gewährleistet werden kann. Mit der Akademie der Deutschen Urologen haben die Deutsche Gesellschaft der Urologie e.V. (DGU) und der Berufsverband der Deutschen Urologen e.V. (BDU) einen Garanten für die qualitativ hochwertige Fort- und Weiterbildung in ihrem Fach. Neben zahlreichen, über das Jahr verteilten Fortbildungsveranstaltungen der Akademie der Deutschen Urologen ist „UroAktuell“ das zentrale Element, das eine strukturierte, curriculäre Fort- und Weiterbildung für Urologinnen und Urologen sowie für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der urologischen Assistenz- und Pflegeberufe bietet. Neu in diesem Jahr ist das Chefarztseminar, das von IneK Daten bis zum DRG System die ökonomischen Rahmenbedingungen für Kliniken beleuchtet. Insgesamt deckt die Akademie der Deutschen Urologen alle relevanten Fortbildungsbereiche innerhalb des urologischen Fachgebietes ab. Unterstützt wird sie dabei von ihren Arbeitskreisen und ihren vier Sektionsakademien.



Die Angebote der JuniorAkademie sind in Kooperation mit der GeSRU (German Society of Residents in Urology) entwickelt worden und speziell auf die Bedürfnisse von Assistenzärztinnen und -ärzten in der Weiterbildung zum Facharzt zugeschnitten. Innovativ präsentiert sich die TeamAkademie, die zertifizierte Fortbildungsmodulare für Assistenz- und Pflegeberufe etwa aus dem Bereich der Onkologie oder dem Strahlenschutz im Programm hat. Die Wissens-Akademie strebt eine kontinuierliche Aktualisierung urologischen Wissens an. Auf der Grundlage aktueller klinischer Daten und medizinischer Veröffentlichungen soll Wissen zusammengetragen, selektiert und in Fortbildungsmodulen weitergegeben werden – ein zentraler Wegweiser im Dschungel wissenschaftlicher Publikationen. Die PatientenAkademie fokussiert als vierte Sektion die breite öffentliche Aufklärung über Prävention, Diagnostik und Therapie urologischer Erkrankungen und soll damit einen Beitrag zu einer gelungenen Arzt-Patienten-Kommunikation leisten. Neben den einzelnen Sektionen der Akademie nutzen viele Arbeitskreise die Tagung für ihre internen Geschäftssitzungen.

Schon zum vierten Mal wird aktuelles und praxisrelevantes in dieser Form zusammengefasst. In diesem Jahr findet die Veranstaltung von Donnerstag, 23. April bis Samstag, 25. April in Mannheim statt. Die Teilnehmer des 4. „UroAktuell“ erwartet Ende April ein vielfältiges Programm, in dem Experten zu urologischen Themen vom Hodentumor über benigne Prostataerkrankungen und Nierenzellkarzinom bis hin zur medikamentösen Tumorthherapie referieren.

Mit seinem umfangreichen Programm hat sich „UroAktuell“ für Praxis- und Klinikteams etabliert und ist zu einer der interessantesten Fortbildungsveranstaltungen im Jahreskalender geworden. Um möglichst vielen Interessierten die Möglichkeit der Teilnahme anzubieten, alterniert der Veranstaltungsort zwischen Mannheim und Dresden. Das wissenschaftliche Programm und weitere Informationen sind unter:

www.uro-akademie.de einzusehen.

SIEMENS**Uroskop Omnia Max**

Mehr sehen in Urodiagnostik und Endourologie

- Brillante Bilder – Festkörperdetektor mit einer Größe von 43 x 43 cm² bei minimaler Dosis
- Einmalige Ergonomie – vom Patientenzugang bis zur Systempositionierung
- Schnellerer Überblick – alle Modalitäten auf einen Blick

Answers for life.

UMFRAGE**Wie sehr belastet Sie
die Betreuung
von Krebspatienten?**

Dr. med. Thomas Liedl,
niedergelassener Urologe
in Lauf
bei Nürnberg/
Bayern

haben oft mit älteren Patienten zu tun und Tumor heißt ja nicht immer gleich sterben, denn wir haben den Patienten einiges anzubieten. Das ist sicherlich anders, als wenn sie jemanden sagen müssen: Sie müssen sterben. Das ist immer noch ein Problem, aber das ist nicht das Alltägliche, was man mit Behandlung von Tumorpatienten verbindet. Es ist nur ein kleiner Teil.

Es belastet mich nicht, denn schließlich gehört die Betreuung von Krebspatienten auch zu meinem Beruf und den habe ich mir ausgesucht. Ich möchte stets das Bestmögliche für meine Patienten tun, das gibt mir innere Zufriedenheit. Damit komme ich dann gut klar. Und, was ganz wichtig und entscheidend ist: Ich habe Mitgefühl, aber kein Mitleid, das ist ein wesentlicher Unterschied. Ich leide nicht mit dem Krebspatienten, sondern kann mich aufgrund meiner langjährigen Erfahrungen in ihre Situation einfühlen und empathisch sein. Außerdem versuche ich nicht zu bewerten. Dass ich ein gläubiger Mensch bin, hilft mir sicher auch bei dem Aspekt, wie ich als Arzt mit schwerkranken Menschen umgehe.



Prof. Dr. med. Stefan Hans Hautmann,
Klinikum
Lüdenscheid

Bei uns in der Klinik ist das oft so, dass wir die Angehörigen mit dazunehmen – die Ehefrau oder den Ehemann, manchmal auch die betreuenden Kinder. Wir binden die ganze Familie mit ein, dann hat der betroffene Patient nicht das Gefühl, alleine dazu stehen, und man hat dann einen besseren Zugang zu ihm. Ich habe so ein besseres Gefühl bei der Verteilung der Verantwortlichkeiten. Von Angehörigen kommen auch ganz andere Fragen als vom Patienten – zum Beispiel, wie die Versorgung zu Hause ist. Tumorpatienten brauchen es, dass die Umgebung sie auffängt und hilft. Ich mache das jetzt seit 25 Jahren, und was heißt belastet? Es ist mein Job – ich versuche eine Lösung mit dem Patienten und seinen Angehörigen zu finden, und das belastet mich nicht, sondern ich sehe das eher als Herausforderung. Ich versuche eine helfende Hand zu bieten.



Dr. med. Immanuel Demmler,
niedergelassener Urologe in
Bad Schlema

Mich belastet die Betreuung von Krebspatienten nicht. Ich sehe das als eine normale Berufsaufgabe – es ist ein Job. Wir haben als Urologen ja schon die meisten Krebspatienten als Fachgruppe. Gute Leitlinien und ganz offensiv zu sagen, dass sich die Patienten eine Zweitmeinung einholen können, gibt mir Sicherheit.



Dr. med. Cordula Bopp,
niedergelassene Urologin
in Bonn

Es belastet mich nicht. Es gibt immer mal Fälle, die nimmt man mit nach Hause. Das macht glaube ich auch gar nichts. Es gibt sicher einige bewegende Situationen, wenn man gerade selber in der Familie oder im Bekanntenkreis einen Fall hat, und dann berührt es einen doch vielleicht mehr als an anderen Stellen. Die Auseinandersetzung mit dem eigenen Tod an sich, ist ja auch ein Thema, mit dem man sich beschäftigen sollte, bevor man selber soweit ist. Abgrenzung ist bei mir ganz unterschiedlich – ab und zu gelingt es und dann auch mal nicht. Auch Zuhause drüber sprechen, ist ein Weg.



Dr. med. Knut Rodewald,
Urologe in
Bremervörde

Schwer fällt mir die Betreuung von Krebspatienten mittlerweile nicht mehr, muss ich sagen. Ich weiß nicht, ob es eine Methode oder Routine ist, denn ich bin ja schon seit 20 Jahren niedergelassen. Natürlich gibt es immer auch Ausnahmen, das ist klar, aber in der Regel nehme ich nichts mit nach Hause. Das läuft unbewusst ab. Wenn ich mir sage, ich habe alles richtig gemacht, dann kann ich da-

Irreversible Elektroporation (IRE)

Aktueller Stellenwert in der Fokalen Therapie des Prostatakarzinoms

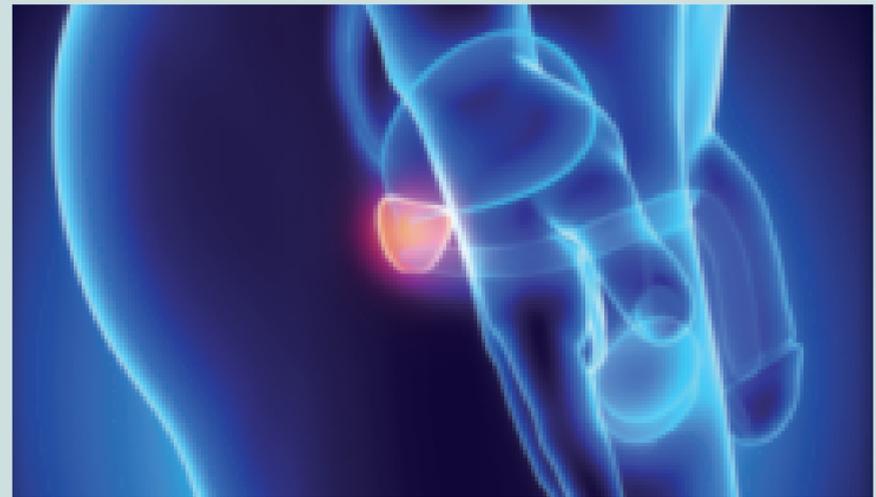
Vom Arbeitskreis für Fokale und Mikrotherapie der Akademie der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V.

Der Entscheidungskonflikt beim Low-risk Prostatakarzinom (PCA) zwischen der vermeintlichen Übertherapie durch definitive Standardtherapieverfahren mit teils erheblichen Nebenwirkungen und dem Risiko einer fehlenden Tumorkontrolle bei Active Surveillance führt zur Suche nach Therapiealternativen. Bei der FT des PCA soll nur der tumortragende Teil der Prostata behandelt werden. Die irreversible Elektroporation (IRE) stellt ein seit 2007 neuartiges Gewebeablationsverfahren dar, das mit seinen postulierten Eigenschaften die Anforderungen einer idealen FT erfüllen könnte. Durch die lokale Applikation von repetitiven Starkstromimpulsen mit 2000-3000 Volt und 30-50 Ampere im Mikrosekundenbereich über in das Zielgewebe eingebrachte nadelförmige Elektroden entstehen Nanoporen in der Zellmembran, welche zur Störung der Zellhomöostase und Apoptose führen sollen. Für die IRE wird eine gewisse Gewebeselektivität postuliert. So wurde in präklinischen Untersuchungen demonstriert, dass Blutgefäße, intrahepatische Gallengänge, das Nierenbeckenkelchsystem, die Urethra und Nervenbündel trotz umgebender Parenchymablation erhalten bleiben. Aus diesen publizierten Eigenschaften wurde ein scheinbarer klinischer Vorteil der IRE gegenüber anderen Ablationsmethoden, insbesondere gegenüber Thermoablationstechniken postuliert. Die perkutane Platzierung der nadelförmigen IRE-Elektroden muss bildgeführt per Sonographie oder CT erfolgen. Die IRE sollte zur Vermeidung von impulsinduzierten Herzrhythmusstörungen EKG-getriggert und muss zur Reduktion von elektroinduzierten, starken Muskelkontraktionen in tiefer Muskelrelaxation mit notwendiger Intubationsbeatmung in Vollnarkose durchgeführt werden. Als ausgewiesene Kontraindikation gelten nach Herstellerangaben u.a. eine unbehandelte Epilepsie, elektronische oder metallische Implantate in direkter Nähe zum Zielvolumen, Herzrhythmusstörungen mit nicht möglicher EKG-Triggerung, ein QT-Intervall >550ms, Herzschrittmacher oder Defibrillatoren. Gegenwärtig ist ein zur klinischen Anwendung zugelassenes IRE-System verfügbar (Nano-Knife® System; AngioDynamics Inc.). Eine kommerzielle Zulassung erfolgte für die Europäische Union (CE-Kennzeichnung für Medizinprodukte nach 93/42/EWG). Bereits 2007 erhielt das NanoKnife-System von der US-amerikanischen FDA die 510(k)-Anwendungszulassung zur Ablation von Weichgewebe ohne Beschränkung auf spezifische Erkrankungen oder Organe. Bisher liegen keine ausreichenden tumorentitätsspezifischen Wirksamkeitsnachweise vor. Im Wochenmagazin „Focus“ (Ausgabe 5/2015) wurde erneut über die IRE als „...neue Waffe gegen Prostatakrebs ...“ und „...schonende Methode ...“ berichtet. Potenz und Schließmuskelfunktion würden nicht beeinträchtigt, Harnröhre sowie die Erektionsfähigkeit blieben erhalten. Die Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU) reagierte daraufhin umgehend: Derartige Werbung sei aktuell ungerechtfertigt, der Wert dieser Behandlung ungesichert. Der Stellenwert der IRE im Vergleich zu den Standardtherapien oder zu anderen fokalen Therapieverfahren ist unklar, ein Zusatznutzen nicht

bewiesen. Die Behandlung außerhalb von Studien ist zusätzlich für den Patienten mit sehr hohen Kosten (20.000-30.000) verbunden, da diese aufgrund des nicht bewiesenen Nutzens von den Krankenkassen nicht übernommen werden.

Eine Evidenz zur Anwendung der IRE als Therapiealternative zur Behandlung des PCA wurde bisher nicht erzielt. Derzeit liegen mathematische Simulationen, experimentelle Untersuchungen, vier Studienprotokoll-Publikationen von geplanten, teilweise nicht-rekrutierenden (2), klinischen Phase-1-2-Studien, eine erste Fallserie zur fokalen IRE beim PCA sowie eine Phase-1-2-Studie mit ersten, vorläufigen Ergebnissen zur Behandlungssicherheit und Durchführbarkeit der fokalen IRE beim lokal begrenzten PCA vor. Nach Herstellerangaben und laut Laienpresse lägen zahlreiche „positive“ Behandlungsfälle vor. Hierzu existieren keine publizierten Belege. Betrachtet man die international publizierten IRE-Anwendungen bei PCA-Patienten handelt es sich insgesamt um 42 Behandlungsfälle. Valerio et al. (2014) behandelten zur Beurteilung der Therapie-sicherheit 34 Patienten (9 low-risk, 24 intermediate-risk, 1 high-risk nach D'Amico-Kriterien; mittlerer PSA-Wert von 6,1ng/ml) mittels transperineal Template-gestützter, mpMRT-TRUS-fusionierter, fokaler IRE in anterioren Bereichen der Prostata. Eine Beurteilung der Wirksamkeit erfolgte bisher nur bei 24 Patienten und ausschließlich nur mittels PSA-Messung und mpMRT der Prostata 1-24 Monate nach IRE. Bei 6 Patienten (17%) zeigte sich ein Therapieversagen mit nachfolgend anderen FT. Die im Studienprotokoll vorgesehene und geforderte Überprüfung des Therapieerfolgs mittels Prostatastanziopsie wurde nicht publiziert. Die Bewertung der Nebenwirkungen bei 24 Patienten ergab in 35% einen Grad 1 und in 29% einen Grad 2 nach CTCAEv4.0: Harnverhalte 2, Hämaturien 6, Dysurien 5, Harnwegsinfekte 5. Eine Harnableitung war in 9 Fällen suprapubisch und in 16 Fällen transurethral notwendig. Es fanden sich keine urethralen Strikturen oder rektourethralen Fisteln bei 100% Kontinenzhalt (24/24 Patienten) und 95% Potenserhalt (19/20 Patienten). Die Erfahrungen zur IRE der Prostata bzw. des Prostatakarzinoms (PCA) sind nach den wissenschaftlichen Literaturdatenbanken aus unserer Sicht für eine unkritische Anwendung unvollständig. Wie bei den etablierten Therapieverfahren sind in der Betrachtung zur IRE der Prostata die anatomischen Risikostrukturen, wie periprostatiches Gefäßnervenbündel, Muskulus sphinkter externus urethrae, Rektum, Harnblase bzw. Blasenhalshals, zu berücksichtigen. Inwiefern eine Schonung dieser Strukturen bei kapsel- oder sphinkternaher IRE gelingt, ist völlig unklar. Betrachtet man die international publizierten IRE-Anwendungen bei PCA-Patienten, handelt es sich insgesamt um 42 Behandlungsfälle.

Seit der Markteinführung des NanoKnife-Systems wird die IRE auch außerhalb von Studien aktiv beworben. Dies hat in den letzten 2 Jahren zu einer Zunahme der unkontrollierten IRE-Behandlungen des PCA geführt. Die Wertigkeit des Verfahrens können nur wissenschaftliche Fragestellungen mit adäquater Studiendurchführung auflösen. Unklar ist zum Beispiel, inwieweit



Grafik © CLIPAREA.com - Fotolia.com

die histopathologische Heterogenität sowohl des PCA als auch der Prostata (Grading, Lithiasis, Gewebedichte) den Ablationserfolg beeinflusst. Im Fall einer notwendigen Ganzdrüsen- oder kapselnahen Therapie muss die Volumengeometrie der Prostata mit der Ablationsgeometrie des IRE-Feldes kongruieren. Das nur eingeschränkt adaptierbare Zielvolumen scheint hierfür mit gleichzeitiger Schonung funktionell wichtiger Strukturen nur bedingt geeignet. Inwiefern

sie tatsächlich als FT einsetzbar ist, bleibt aufgrund fehlender Daten weiterhin unklar. Die aktuelle Datenlage rechtfertigt derzeit keine verantwortungsvolle Anwendung der IRE außerhalb von Studien in der klinischen Therapie-Routine des PCA. Bisher stellt die IRE demnach keine Alternative zu etablierten Behandlungsmethoden des PCA dar. Grundsätzlich besitzt die IRE jedoch auch weiterhin ein hohes Potential für die Therapie von Malignomen, insbesondere des PCA.

DGU-Pressemitteilung: Urologen warnen

Ungerechtfertigte Werbung für Außenseitertherapie „IRE“

Düsseldorf. Unter dem Titel „Die neue Waffe gegen Prostatakrebs“ berichtet das Wochenmagazin „Focus“ in der Print-Ausgabe 5/2015 über eine neue Methode zur Behandlung des Prostatakrebses, bei der angeblich „mit ultrakurzen Stromstößen Tumorzellen zerstört werden können“. Die sogenannte „Irreversible Elektroporation“ (IRE) sei eine „schonende“ Methode, die beim Prostatakrebs Potenz und Schließmuskelfunktion nicht beeinträchtigt und bei der „die Harnröhre ebenso erhalten bleibt wie die Erektionsfähigkeit“, heißt es weiter in dem Artikel. Die Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU) stellt klar, dass diese Hoffnung machende Werbung für eine „neue Technik im Kampf gegen Prostatakrebs“ ungerechtfertigt und gefährlich ist, da der Wert dieser Behandlung noch völlig ungesichert ist.

„Zur Therapie von Prostatakrebs mittels dieser Methode finden sich in wissenschaftlichen Literaturdatenbanken lediglich 18 Publikationen. Diese beschreiben die technischen Grundlagen der Methodik oder Protokolle neuer Studien, die sich noch in Planung befinden“, sagt Prof. Dr. med. Oliver Hakenberg, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Urologie und Direktor der Klinik für Urologie der Universität Rostock. „Lediglich zwei Arbeitsgruppen beschreiben kurzfristige Behandlungsergebnisse, aber auch nur bezüglich der Durchführbarkeit und der Häufigkeit kurzfristiger Behandlungsnebenwirkungen“, so der Generalsekretär. Mittel- oder langfristige Ergebnisse zur Wirksamkeit und zu Nebenwirkungen liegen nicht vor.

„Niemand kann daher zum gegenwärtigen Zeitpunkt irgendeine Aussage dazu machen, ob diese Methode überhaupt in der Lage ist, einen Prostatakrebs therapeutisch zu beeinflussen, noch viel weniger ist klar, ob sie anderen Behandlungsmethoden überlegen ist. Lediglich die denkbare, aber unbewiesene

Vorstellung, dass diese alternative Therapie Prostatakrebszellen zerstören könne, darf keinesfalls Grundlage dafür sein, Patienten Hoffnungen zu machen“, ergänzt Prof. Dr. med. Kurt Miller, 1. DGU-Vize-Präsident und Direktor der Urologischen Klinik der Charité, Berlin. Zudem ist diese alternative Behandlungsmaßnahme mit hohen Kosten verbunden, die aufgrund des gänzlich fehlenden Nutznachweises nicht von den Krankenkassen getragen werden.

„Bei Neuzulassung eines Medikamentes gelten heute strengste Anforderungen an den Nachweis eines Nutzens durch Studien. Es muss sogar der „Zusatznutzen“ im Vergleich zu bestehenden Therapien belegt werden. Bei medizinisch-technischen Behandlungsverfahren ist das anders. Hier werden solche Ansprüche nicht eingefordert. Allein die technische Durchführbarkeit wird als ausreichend angesehen, um die Anwendung am Menschen zu erlauben“, sagt Prof. Dr. med. Jürgen Gschwend vom DGU-Ressort Leitlinien und Qualitätssicherung und Direktor der Klinik für Urologie der Technischen Universität München.

Für die Experten der DGU steht fest: Die Problematik des Prostatakarzinoms mit möglichen Auswirkungen mancher Behandlungen auf die individuelle Lebensqualität darf nicht dazu Anlass geben, Hoffnungen zu wecken, die durch keinerlei Daten und Fakten gestützt werden. Eine seriöse Berichterstattung in den Medien sollte sich immer über ihre Wirkung im Klaren sein: Wie im hier kritisierten Fall könnten Patienten möglicherweise zu Therapien verleitet werden, die ihnen nichts nützen und bei denen ernsthafte Nebenwirkungen auftreten können. Noch fataler aber, wenn durch die mit falschen Hoffnungen verknüpfte Anwendung der Methode tatsächlich wirksame Behandlungen hinausgezögert werden und dann für manchen Patienten zu spät kommen.


Parlamentarischer Abend


DGU thematisiert die Organtransplantation

Vis-à-vis des Reichstagsgebäudes, im Hause der Deutschen Parlamentarischen Gesellschaft, hatte die medizinische Fachgesellschaft der Urologen am 16. März 2015 zu einem Informationsaustausch mit den Vertretern der Politik eingeladen. Mit der Organtransplantation stand eines der zentralen Themen aus dem Spannungsfeld zwischen Politik, Medizin und Gesellschaft auf der Agenda. Zu der Veranstaltung unter der Schirmherrschaft der SPD-Bundestagsabgeordneten Elvira Drobinski-Weiß waren unter anderen Mitglieder des Deutschen Bundestages und ihre Mitarbeiter, Vertreter des GKV-Spitzenverbands, des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin, Mitarbeiter des G-BA, Vorstandsmitglieder der DGU und der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie sowie Pressevertreter gebeten worden. Mit Hubert Hüppe, Mechthild Ravert, Martina Stamm-Fibich und Erwin Rüdell zeigten vier Mitglieder des Deutschen Bundestages Präsenz und aus dem Bundesministerium für Gesundheit konnte die DGU mit Silke Baumann die Leiterin des für den AMNOG-Prozess zuständigen Referats begrüßen. Die drei von der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU) eingeladenen Referenten repräsentierten die deutsche Transplantationsmedizin hochrangig: Es sprach Prof. Dr. Paolo Fornara, Direktor der Universitätsklinik und Poliklinik für Urologie in Halle, seit 2004 Mitglied der Prüfungskommission der Ständigen Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer, seit 2007 Mitglied der Ständigen Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer und derzeit mit der Erstellung der ersten Richtlinie zur Lebendspende befasst. Mit Prof. Dr. Ulrich Frei, Ärztlicher Direktor der Charité, Universitätsmedizin Berlin war ein prominenter Transplantationsnephrologe

und mit Prof. Dr. Björn Nashan, Direktor der Klinik und Poliklinik für Hepatobiliäre Chirurgie und Transplantationschirurgie in Hamburg-Eppendorf, ein weiterer international führender Organtransplantateur und Präsident der Deutschen Transplantationsgesellschaft (DTG) vertreten.

„Nierentransplantation ist die mengenmäßig bedeutendste und erfolgreichste Organtransplantation mit den besten Langzeitüberlebensraten. Dialysepatienten haben nicht nur große Einschränkungen im täglichen Leben, sondern auch eine deutlich verkürzte Lebenserwartung“, sagte DGU-Generalsekretär Prof. Dr. Oliver Hakenberg, der die insgesamt rund 40 Teilnehmer der Veranstaltung begrüßte und in das Thema einführte. Umso wichtiger sei es, die Organspendebereitschaft in Deutschland zu erhöhen. Ausgelöst durch den sogenannten Organspendeskandal, der aus Sicht der DGU ein reiner Leberskandal gewesen sei, habe es 2014 so wenig Spenderorgane wie noch nie gegeben. Mit den drei Impulsreferaten, so der Generalsekretär weiter, wolle die DGU den anwesenden Gästen die vielschichtige Problematik bei der Organtransplantation in Deutschland aufzeigen.

So präsentierte Prof. Dr. Fornara zunächst ernüchternde Fakten: Während 2010 noch 2094 Nieren transplantiert wurden, waren es 2014 nur noch 1384 Organe. „Bei der Niere verzeichnen wir in den letzten fünf Jahren also einen Rückgang um rund 700 Transplantationen“, so der Hallenser Urologe. Bei anderen Organen sei der Rückgang weniger stark. Der Göttinger Skandal habe 2012 eine Tendenz verschärft, wonach die Organspende bereits seit 2010 rückläufig gewesen sei. Dass die Warteliste für Nieren mit 7717 Patienten im Jahre 2014 seit 2009 in etwa konstant ist, liege daran, dass viele der 93.000 Dialysepatienten in Deutsch-

land aus verschiedensten Gründen gar nicht auf der Warteliste sind. Sechs Prozent der Patienten warteten zehn Jahre und länger, im Durchschnitt seien es 6,2 Jahre. Lange Dialysezeiten aber verschlechterten die Transplantationsergebnisse. „Der Mangel an Spenderorganen stellt somit nicht nur eine quantitative Größenordnung, sondern auch ein qualitatives Problem dar“, sagte Prof. Fornara und schilderte eindrücklich die Auswirkungen der Nierenallokationsrichtlinien, die auf den Parametern immunologische Übereinstimmung und Dringlichkeit/Wartezeit fußen. Insgesamt geht auch die Zahl der Nierenlebenspenden zurück. Prof. Fornara verwies auf ein Akzeptanzproblem in der Bevölkerung, rief aber auch zur Selbstkritik auf, denn erst Jahrzehnte nach der ersten Nierenlebenspende arbeite man in Deutschland an einer Richtlinie zur Lebendspende, die voraussichtlich Ende des Jahres vorliegen werde. „Wir brauchen außerdem Formalien und ein bundesweites Regulatorium für die Lebendspendekommissionen“, sagte der Direktor des Nierentransplantationszentrums von Sachsen-Anhalt. Dass das Transplantationsgesetz erst seit 2012 die Entgeltfortzahlung, Rehamaßnahmen für Lebendspender und den Umgang mit Spätschäden regelt, sei ebenfalls bedauerlich. Schließlich forderte Prof. Fornara in Berlin ein Konzept für eine differenzierte Nachsorge von Transplantierten, „denn über zehn Prozent der transplantierten Organe verlieren wir durch schlechte Nachsorge“.

„Warum funktioniert Organspende nicht?“, fragte Prof. Dr. Ulrich Frei die politische Öffentlichkeit in seinem Vortrag. Die gesellschaftliche Diskussion löse Ärgernis und Ängste aus, beklagte der Initiator des sogenannten Old-for-Old-Programms bei der Nierenspende. Viele Beiträge aus Kreisen der Medien, Selbsthilfe, Philosophen und

Juristen sorgten für große Verunsicherung. Danach seien zugrunde liegende Erkrankungen selbst verursacht, die Gewinnung der Organe sei fragwürdig und verletze Rechte der Spender. Faire Verteilungsverfahren gäbe es nicht, Transplantationen dienten demnach Prestige und Gewinnoptimierung der Krankenhäuser. Diesen Argumenten widersprach der Ärztliche Direktor der Charité energisch. „Es gibt harte Argumente für die Transplantation. Jeder hat ein Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit“, sagte Prof. Frei und erinnerte an Patienten mit Mukoviszidose, mit Gallenwegserkrankungen und junge Menschen, die nach einer Viruserkrankung auf ein Kunstherz warteten. Es brauche einen gesellschaftlichen Konsens für die Organtransplantation. Gesellschaft und ihre Repräsentanten müssten sich fragen, wie sie den Schwächsten und Kränksten helfen könnten. Gleichzeitig bedürfe es methodischer Veränderungen, etwa bei der Neubewertung der Aufgabenverteilung zwischen Krankenhaus, Deutscher Stiftung Organtransplantation (DSO) und Transplantationszentrum. Auch müssten Fragen nach Qualitätsverbesserung, Zertifizierungen und organspendefreundlichen Strukturen im Klinikalltag gestellt werden. Viele Krankenhäuser würden unter anderem aufgrund der DRG-Zwänge Organspender nicht melden. Die Einführung einer Widerspruchslösung zur Steigerung der Organspenden hält Prof. Frei für nicht durchsetzbar. Er selbst bekannte sich als Freund des „Clubmodells“. Dabei würde auf dem Spenderausweis notiert: „Ich möchte nicht spenden und möchte nicht transplantiert werden.“ Die Alternative lautet: „Ich möchte spenden und ich möchte transplantiert werden.“ An der bestehenden Organspenderegulierung festhalten will Prof. Dr. Björn Nashan, der der

25. Symposium Medizinische Museologie im Museum der DGU in Düsseldorf

Das Symposium „Medizinhistorische Museologie“ gilt als das wichtigste deutschsprachige Forum im Fachgebiet der medizinischen Museologie.

Daher freuen sich Museum, Bibliothek und Archiv zur Geschichte der Urologie in diesem Jahr zwischen dem 17. – 19. Juli 2015 Ausrichter dieses Treffens in den Räumen des Museum in Düsseldorf zu sein.

Die Veranstaltung zeigt auch die hohe Wertschätzung, die die Fachkollegen aus diesem Bereich den Sammlungen der Deutschen Gesellschaft für Urologie entgegenbringen.

Unter dem Gesichtspunkt Museum – Sammlung – Sammler werden vielfältige Themen beleuchtet. Hinter jedem Objekt in der Dauerausstellung oder der thematischen Ausstellung auf den Jahreskongressen der DGU verbirgt sich eine Geschichte. Diese Geschichten haben nicht nur mit der historischen Bedeutung der Objekte zu tun,

sondern auch und vor allem mit der Art und Weise, wie sie in das Museum gelangten, wobei der Sammler und Spender in den Mittelpunkt rückt und auch die Objektprovenienz eine wichtige Rolle spielt. Die Beziehung des Menschen zu den Dingen, die er nicht wegen ihres Gebrauchswertes, sondern aus ideellen Gründen – also wegen ihres ästhetischen, ihres Erinnerungs-, Erkenntnis- oder Symbolwertes – sammelt ist für ein Museum konstituierend. Sammeln hat kein Ende und vielleicht nur den Sinn, das soziale Baumaterial und die Systematik der heutigen Gesellschaft für zukünftige Gesellschaften zu liefern.

Jeweils unter der Ägide eines Museums – diesmal des Museums der DGU – wird dieses seit 1991 stattfindende Symposium vorwiegend als Arbeits- und Werkstattgespräch gestaltet. Begründet von der auch durch die Medien bekannten Grand Dame der Medi-

zinhistorischen Museumsszene Christa Harbrich (1940 – 2013) wird es nun maßgeblich von Prof. Marion Maria Ruisinger, Deutsches Medizinhistorisches Museum, Ingolstadt, begleitet: Die Vortragenden Kollegen stellen neue Projekte vor, werten vergangene und laufende Ausstellungen aus, berichten von ihren Erfahrungen bei der Inventarisierung und wissenschaftlichen Erschließung ihrer Sammlungen und widmen sich weiteren museologisch orientierten Fragen bis hin zur Qualitätssicherung.

Museologie umfasst also mehr als nur das Geschehen im Museum. Neben dem theoretischen Bereich stehen die Museographie für alle praktischen Aspekte und die Expographie für alle mit der Ausstellung zusammenhängender Probleme.

Das kulturelle Fach-Begleitprogramm in Düsseldorf und Köln mit Besuch verschiedener Museen und Einrichtungen wie dem Friedhof Melaten, erlaubt einen Blick über die Sammlungen der jeweiligen vertretenen Museen hinaus und läßt keinen Unmut aufkommen, zu arbeiten, wo andere im Sommer einen Städtetrip unternehmen, ganz im Sinne Senecas „Res Severa Vera Gaudium“. fm



25. Symposium Medizinische Museologie

17. – 19. Juli 2015
Düsseldorf / Köln

Museum, Bibliothek und Archiv, Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V.
Uerdinger Str. 64, 40474 Düsseldorf, Telefon 0211 5160960
Anmeldung unter: museum@dgu.de, weitere Hinweise: <http://museum.dgu.de>



Schirmherrin Elvira Dobrinski-Weiß, MdB, (o. l.) und Franziska Engehausen freuen sich über zahlreiche Gäste (l.). Prof. Hakenberg (ganz links), Prof. Frei, Prof. Fornara und Prof. Nashan (v. l. nach r.).

DGU für die Möglichkeit dankte, das Thema in interdisziplinärer Runde zu diskutieren. Der renommierte Chirurg und Präsident der Deutschen Transplantationsgesellschaft (DTG) sprach ausdrücklich nicht von einem Organspendeskandal, sondern von einem Verteilungskandal bei der Leber: „Wir müssen interdisziplinär arbeiten und transparenter werden, um so etwas in Zukunft zu vermeiden.“ Aufgrund neuer Kontrollmechanismen und Systemveränderungen sieht er die Organtransplantation hierzulande inzwischen auf einem guten Weg und erwartet nach einem intensiven Arbeitsprozess in spätestens fünf Jahren eine substanzielle Verbesserung der Situation. Wichtig für die Transparenz seien die Entwicklung einer Fehlerkultur, eines Qualitätsmanagements und weiterer Kontrollen, so Prof. Nashan. Er forderte ein Register, um die Allokation zu verbessern und plädierte vehement für eine Einbeziehung der Intensivmediziner, um die Situation bei der Organspende zu verbessern. Das habe aus seiner praktischen Erfahrung, sowohl in Kanada als auch in Hamburg, hohe Spenderzahlen zur Folge. Kritik aus den Medien müsse man aufnehmen und das Problem als gemeinschaftliche gesellschaftliche Aufgabe angehen, appellierte der DTG-Präsident am Ende seines Vortrags. Die vielschichtige Problematik der Organtransplantation in Deutschland spiegelte sich sowohl in der anschließenden, von Prof. Hakenberg moderierten, Diskussionsrunde als auch in vielen persönlichen Gesprächen im Verlauf des weiteren Abends. Für die entsprechenden Denkanstöße hatte die DGU bei ihren Gästen aus Politik und Medizin, dem Gesundheitswesen und der Fachpresse gesorgt, sodass die Organisatorin Franziska Engehausen zufrieden auf die bereits dritte parlamentarische Runde der Deutschen Gesellschaft für Urologie zurückblicken kann. sg

Frühe Prostatakarzinomstudien 50 Jahre Nobelpreis für die epochemachenden Untersuchungen von Charles Huggins



Von Dr. Friedrich Moll
M.A., DGU-Kurator

Das Prostatakarzinom entwickelte sich erst relativ spät zu einer als eigenständig wahrgenommenen Erkrankungsentität innerhalb der Medizin und Urologie.

Noch zu Beginn des 19. Jahrhunderts wurde auch die Prostatahyperplasie als neoplastisch-„bösartig“ angesehen.

Den ersten direkten Literaturhinweis 1817 zum Prostatakarzinom verdanken wir dem Londoner Arzt George Langstaff (1780-1846), der ein eigenes Anatomisches Museum unterhielt. Stanislas Tanchou (1791-1850) fand 1842 nur bei fünf von 1904 Pariser Obduktionen ein Prostatakarzinom. Im Jahre 1853 beschrieb der Anatom und Chirurg John Adams (1806-1877), London Hospital, die Histologie.

Erst 1891 untersuchte der deutsche Pathologe Friedrich Daniel von Recklinghausen (1833-1910) die osteoplastischen Prostatakarzinometastasen, Joaquin Albarran (1860-1912) fand bei seinen Studien zur „Prostatavergrößerung“ nur 14 Karzinome bei 100 Fällen.

Erst H. H. Young (1870-1945) konnte 1907 bei 21 Prozent seiner Fälle von „Blasenhalsobstruktionen“ Prostatakarzinome als Ursache feststellen, ebenfalls Peter Feyer (1852-1921) 1913 bei 13 Prozent seiner Fälle von „Blasenhalsobstruktion“.

Aufgrund eingeschränkter präoperativer Diagnostik waren die Anzeigen zu eigenständigen operativen Eingriffen begrenzt, häufig wurden Teile der Blasenwand mit entfernt.

Noch 1924 musste H. H. Young feststellen, dass von 179 Patienten nur 10 zur radikalen Operation geeignet schienen. Dies verdeutlicht die lange bestehende Zurückhaltung zur Radikaloperation bei gleichzeitig hohen operativen Komplika-

tionsraten wie Blutung, Inkontinenz, Impotenz und Harnröhrenstrikturen und die sich hieraus ergebende langsame Evolution einer standardisierten Operationstechnik (über H. H. Young und T. Millin). Noch für die Urologengeneration der 1960er und 1970er Jahre war der Eingriff schwierig und besonders anspruchsvoll und die Indikation in der Regel sehr zurückhaltend gestellt, wie viele Zeitzeugen übereinstimmend berichten. Der Chirurg Rudolf Geißendörfer (1902-198), Frankfurt, stellte 1957 in der Nachkriegsausgabe der Sauerbruchschen OP Lehre, bei J. A. Barth in Leipzig erschienen, fest: „In den anglo-amerikanischen Ländern hat sich die Radikaloperation des Prostatakarzinoms durchgesetzt. Im deutschen Schrifttum haben sich bisher nur einige wenige Autoren diesem Vorgehen angeschlossen.“ Erst mit den Arbeiten von Patrick Walsh Ende der 1970er Jahre zur exakten Anatomie und Angabe einer modifizierten Operationstechnik 1983 erst

ändern sollte. Daß sich ein Hormon- zug positiv auf das Gesamtwachstum der Prostata auswirkte, war seit John Hunters (1728-1793) Kastrationsuntersuchungen, die sein Schwager Everad Home (1756-1823) 1811 publiziert hatte, bekannt und es existierten schon ab 1890 von J. William White (1850-1916) hierzu Untersuchungs- serien bei gutartiger Vergrößerung.

Ab 1939 beschäftigte sich Charles Brenton Huggins (1901-1997), Chicago, mit der Rolle der Phosphatasen bei der Ätiologie des Prostatakarzinoms.

Er konnte zeigen, dass eine Kastration das Epithel der Drüse wesentlich ändert und Testosteron die Sekretionsleistung der Hundeprostata stimuliert. Das Östrogen Diethylsilboestrol reduziert dies. Diese Arbeiten über die Hormonabhängigkeit des Prostatawachstums und der Einfluss der Hormonablation auf das metastasierte Prostatakarzinom, die er ab 1941 zusammen mit seinen Studenten Clarence V. Hodges (1914-2001), später

Oregon und William Wallace Scott (1913-2000), später Baltimore, publizierte, erhielten in Folge weitere wissenschaftliche Preise und waren Anlass, Huggins den Nobelpreis für Medizin 1966 zu verleihen.

Im Rahmen dieses Jubiläums sind weitere medizinhistorische Untersuchungen nach erstmalig möglicher Einsicht in die Stockholmer Nominierungsakten geplant.

Weiterführende Literatur:

L. Murphy, The History of Urology, C. Thomas, Springfield, 1972

Ak Geschichte der Urologie, Urologie in Deutschland, Bilanz und Perspektiven, Springer, 2007

Uro-Chirurgie verarbeitet den Lumbal- und Flankenschnitt, den G. Simon (1824-1876) seit 1869 zu den ersten geplanten Nephrektomien einsetzte.



Aktuelles von UroEvidence, dem Wissenstransferzentrum der DGU



Von Dr. Stefanie Schmidt,
Wissenschaftliche
Assistentin der DGU

Aktuelle, hochwertige und unabhängige Evidenz zu produzieren und zu verbreiten war das Ziel, mit dem UroEvidence im Oktober 2013 gegründet wurde. Mit diesem Auftrag identifizieren, synthetisieren, bewerten 10 Assistenzärzte aus ganz Deutschland, sowie eine hauptamtliche Wissenschaftlerin Wissen, welches für die Urologie relevant ist.

An insgesamt acht Projekten war UroEvidence im ersten Jahr beteiligt. Drei dieser Projekte waren Ende 2014 abgeschlossen; die restlichen fünf werden voraussichtlich gegen Mitte diesen Jah-

res fertiggestellt. Der erste Auftrag kam von der Leitliniengruppe Peniskarzinom. Für dieses S3-Leitlinienprojekt wurden letztes Frühjahr zwölf Forschungsfragen an die Gruppe übergeben, um systematisch Literatur zu suchen, zu extrahieren und zu bewerten. Die Ergebnisse dieses Projektes werden nun an die Leitliniengruppe übergeben. Weiterhin zählen zwei systematische Übersichtsarbeiten zum Prostatakarzinom zu den schon abgeschlossenen Projekten: ein Cochrane Review ist publiziert („Non-steroidal antiandrogen monotherapy compared with luteinising hormone-releasing hormone agonists or surgical castration monotherapy for advanced prostate cancer“) und eine weitere systematische Übersichtsarbeit befindet sich momentan unter peer-review („Should luteinizing hormone releasing hormone antagonists instead of standard androgen suppression therapy be used for advanced prostate cancer? A systematic review with meta-analysis“). Zu den aktuellen Projekten zählen drei weitere systematische Übersichtsarbeiten:

Eine Arbeit zum Vergleich von partieller versus radikaler operativer Therapie beim nicht-metastasierten Nierenkarzinom, eine Arbeit zum Seminom und zur Prädiktion des Tumorrezidivs oder folgender Metastasierung anhand pathohistologischer bzw. klinischer Merkmale, und eine Review Update zum oberflächlichen Harnblasenkarzinom und dem Vergleich der intravesikalen Therapie von BCG versus MMC. Das neueste Projekt ist die Mitarbeit an der S3-Leitlinie zu nichtkomplizierten Harnwegsinfekten, wofür UroEvidence die identifizierte Information extrahieren und bewerten wird.

Neben weiteren Auftragsarbeiten, wie systematische Literaturrecherchen, hat UroEvidence ab 2015 eine eigene Rubrik in der Zeitschrift Der Urologe erhalten („Evidenzbasierte Medizin“). Hier wird monatlich ein relevantes Cochrane Review auf seine klinische Bedeutung hin kommentiert und der Abstract der Originalpublikation auf Deutsch übersetzt. Mit einem editorialem Beitrag startete diese Serie in der Januar-Ausgabe („Der Sprachbarriere zum Trotz: UroEvidence übersetzt Cochrane-Abstracts“).

Neben dieser Fülle von Arbeit ist bereits jetzt

erkennbar, dass die UroEvidence Gruppe weiter wachsen muss. Ein zweiter Aufruf für an der Mitarbeit interessierte Mitglieder wurde in der Januar-Ausgabe von Der Urologe ausgeschrieben. Für 2015 ist die Erstellung eines Prozessleitfadens vorgesehen, der die Struktur und die Arbeitsweise des Teams systematisieren und dokumentieren soll.

UroEvidence ist eine Einrichtung der DGU und wird von dieser finanziert. Für die Zukunft und insbesondere bei Ausweitung der Aktivitäten soll UroEvidence seine Projekte teilweise auch durch die Akquisition von Drittmitteln finanzieren, teilweise auch durch Übernahme von externen Auftragsarbeiten als Dienstleistung für andere Fachgesellschaften oder sonstige Verbände.

UroEvidence soll sich zum „wissenschaftlichen Dienst“ der DGU entwickeln, dessen Arbeit künftig allen Urologinnen und Urologen, Patienten und Wissenschaftlern Nutzen bringen soll. Mit der systematischen Evidenzanalyse plus regelmäßiger Aktualisierungen soll für die Urologie relevantes Wissen einfacher und schneller zugänglich gemacht werden. Weitere Informationen unter:

www.urologenportal.de/uroevidence.html

DPKK-Biobank online

Deutsches Prostatakarzinom Konsortium und Fraunhofer IZI-BB vernetzen Forschungszentren



Von Dr. Christoph Becker, DGU-Forschungs-koordinator

Beim 6. AuF-Symposium der Deutschen Gesellschaft für Urologie wurde am 14.11.2014 in Homburg/Saar die virtuelle Biobank des Deutschen Prostatakarzinom Konsortiums e.V. (DPKK) vorgestellt. Sie erlaubt den im DPKK organisierten Forschergruppen an 17 Kliniken die gemeinsame Verwaltung und Nutzung von Gewebeproben, die sie seit Jahren an ihren jeweiligen Standorten mit Einverständnis ihrer Patienten und nach einer einheitlichen Verfahrensvorschrift asserviert haben. Während die Proben grundsätzlich in den Kliniken verbleiben und somit auch weiterhin zur Diagnostik zur Verfügung stehen, werden umfangreiche Daten, die jeweils Fall und Probe beschreiben, in einer „Metabiobank“ auf dem DGU-Server in Düsseldorf zusammengeführt. Diese „DPKK-Biobank“ ist wiederum als Biobankpartner an das Projektportal im Deutschen Biobanken-Register angeschlossen. Das heißt, dass die DPKK-Biobank regelmäßig die Informationen über Anzahl und Datenbestand (Annotation) der aktuell gespeicherten Fälle anonymisiert an das Projektportal überträgt.

So steht die DPKK-Biobank nicht nur dessen Mitgliedern, sondern der gesamten wissenschaftlichen Gemeinschaft zur Anbahnung von Forschungsprojekten zur Verfügung. Die Zusammenführung der gesammelten Bioproben - Daten in einer gemeinsamen Bank ist seit Gründung des DPKK vor 11 Jahren eines seiner zentralen Ziele. Sie wurde jetzt in enger Zusammenarbeit des Fraunhofer Instituts für Zelltherapie und Immunologie, Institutsteil Bioanalytik und Bioprozesse (IZI-BB) in Potsdam, mit den ersten teilnehmenden Universitätskliniken für Urologie, Erlangen und Homburg, realisiert. Beide Kliniken haben damit eine Vorreiter-Rolle für weitere Mitgliedszentren übernommen. Mit der Fertigstellung der Biobank zahlt sich nun aus, dass alle DPKK-Mitgliedszentren das gespendete Material seit Jahren nach demselben Standard Operating Procedures (SOPs) asservieren. So ist im DPKK die Vergleichbarkeit und hohe Qualität des Materials von vorn herein gegeben, die letztlich unabdingbare Voraussetzung Klinik-übergreifender Forschungsprojekte ist. Der Datentransfer aus den einzelnen Gewebebanken erfolgt in zwei Stufen: 1.) aus den DPKK-Mitgliedszentren an die DPKK Biobank und 2.) aus der DPKK-Biobank an das Projektportal im Deutschen Biobanken-Register. Auf beiden Stufen ist die Datenübertragung vertraglich geregelt. Auf der ersten durch sog. „Unterverträge“ zwischen den DPKK-Mitgliedszentren, also den einzelnen Kliniken, und dem DPKK. Das Konzept



Auf dem 6. AuF-Symposium der DGU stellte Prof. Dr. Bernd Wullich (l.) die DPKK-Biobank vor.

der Unterverträge erlaubt dabei einen relativ weiten Gestaltungsspielraum, der sich an den individuellen Besonderheiten und Ansprüchen des jeweiligen Zentrums orientiert. Als „Obervertrag“ fungiert ein „Datenbankvertrag“, den das Fraunhofer IZI-BB gleichlautend mit den „Biobankpartnern“ - hier: dem DPKK - des Projektportals im Deutschen Biobanken-Register schließt. Das in diesem Datenbankvertrag festgelegte Verfahren ist datenschutzrechtlich genehmigt und stellt sicher, dass die Biobankpartner jederzeit die umfassende Kontrolle über die Daten behalten, die sie anonymisiert an das Projektportal übertragen. Obwohl der Datensatz der DPKK-Biobank spezifisch auf das Prostatakarzinom abgestimmt ist und dementsprechend z.B. PSA-Werte und Gleason Scores enthält, kann die Datenbank jederzeit um Fälle anderer Erkrankungen erweitert werden. Für die urologische Forschung besonders relevant sind weitere urologische Tumorerkrankungen, und so haben das Deutsche Netzwerk Nierenzelltumoren e.V. und das Deutsche

Forschungsnetzwerk Blasenkrebskarzinom e.V. im Rahmen des Homburger Symposiums bereits ihr Interesse bekundet, die DPKK-Biobank ebenfalls mit zu nutzen. Konzept und Software der DPKK-Biobank wurden vom Fraunhofer IZI-BB entwickelt. Dabei wurde der Anforderung des DPKK, eine Datenbank speziell für das Prostatakarzinom aufzubauen, die sich gleichzeitig an die deutsche und internationale Biobanken-Infrastruktur anschließt, mit der Entwicklung der Software CRIP.IANUS Rechnung getragen. Diese bildet sowohl in der Datenbankarchitektur als auch in den zugehörigen Datentransfer-Verträgen ab, dass sich medizinische Forschung überwiegend auf Organ- und/oder Krankheitsentitäten fokussiert und sich gleichzeitig international vernetzt und organisiert (Abb. 3). Mit dem Ausrollen der Fraunhofer-Software auf dem DGU-Server in Düsseldorf wurde gleichzeitig ein Konzept realisiert, das sich jederzeit nahtlos in eine flexibel erweiterbare Cloud-basierte Forschungsplattform überführen oder integrieren lässt.

Akademie Veranstaltungen 2. Quartal 2015

	Art der VA (Akademie, Arbeitskreise etc.)	Veranstaltungen	Datum	Ort
04 / 2015	UroAktuell (anrechenbar für JA)	Aktuelles und Praxisrelevantes in der Urologie	23.-24.04.2015	Mannheim
05 / 2015	TeamAkademie	Pflegekongress (i.R.d. 56. Jahrestagung der Südwestdeutschen Gesellschaft für Urologie)	07.-09.05.2015	Friedrichshafen
	AK Psychosomatische Urologie und Sexualmedizin	Akademie-Kombinationskurs Psychosomatik Teil II	29.-31.05.2015	Düsseldorf
06 / 2015	AK Psychosomatische Urologie und Sexualmedizin	Basiskurs 4 Sexualmedizin in der Urologie - Teil C	19.-20.06.2015	Düsseldorf
	JuniorAkademie	6. Basis-Seminar ‚Vom Beginner zum Gewinner‘ (i.R.d. Garmisch-Partenkirchener Assistentenseminars)	24.-25.06.2015	Garmisch-Partenkirchen
	JuniorAkademie	8. Basis-Naht-Workshop ‚Mit Nadel und Faden‘ (i.R.d. Garmisch-Partenkirchener Assistentenseminars)	25.06.2015	Garmisch-Partenkirchen
	JuniorAkademie	14. Garmisch-Partenkirchener Assistentenseminar	25.-28.06.2015	Garmisch-Partenkirchen

STELLENBÖRSE

Facharzt oder Assistenzarzt für Urologie

Für unser Team der Urologie mit 25 Betten suchen wir nächstmöglich einen Facharzt für Urologie mit der Perspektive Oberarzt oder Assistenzarzt in fortgeschrittener Weiterbildung zum Facharzt für Urologie (m/w)
Für Fragen steht Ihnen Frau Posch, Chefarztsekretärin gerne unter Tel: 0160-7477132 zur Verfügung.
Kreisklinik Ebersberg gemeinnützige GmbH
Chefarzt Dr. med. Mathias Barba
Pfarrer-Guggetzer-Str. 3
85560 Ebersberg
bewerbung@klinik-ebe.de

Assistenzarzt für Urologie

Studium in der Ukraine, Abschluss als Spezialist für Urologie, Weiterbildung zum Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten.
Berufliche Erfahrungen: Facharzt für Urologie in Moldau
Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten in der Ukraine
Krankenpfleger und freier Mitarbeiter in Deutschland (München).
Suche eine Stelle als Assistenzarzt für Urologie.
Ausführliche Informationen nach Kontaktaufnahme per E-Mail: info@worldofdoc.ru

Würde gerne ab ca. Jahresmitte 2015 längerfristige Praxisvertretung ohne Notdienst und HB übernehmen. Mail: dr.franztack@t-online.de

Assistenzarzt in Weiterbildung Urologie

Assistenzarzt für Gefäßchirurgie. Studium in Weißrussland. Appobation. 2 Jahre allgemein-chirurgischer Erfahrung in Deutschland. Abgeschlossene Common Trunk im Bereich Chirurgie. Suche nach Assistenzarztstelle in Weiterbildung in NRW. Weitere Informationen nach Kontaktaufnahme per Mail: skorobogatykh.artem@gmail.com

Wir suchen zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine/n **Oberarzt Urologie (m/w)**. Zu Ihren Aufgaben gehören: vielseitige operative und klinische Aufgaben mit der Möglichkeit zur eigenen Schwerpunktsetzung.
Frau Dr. Stamm steht unter der Rufnummer 0221 7491-8264 gerne zur Verfügung.
Ihre schriftliche Bewerbung – gerne auch per E-Mail – richten Sie bitte an die Heilig Geist-Krankenhaus GmbH
Klinik für Urologie
Graseggerstr. 105
50737 Köln
Petra.Stamm@cellitinnen.de
www.cellitinnen.de

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:
Arbeitskreis für Fokale und Mikrotherapie der Akademie der DGU
Christoph Becker
Franziska Engehausen

Sabine M. Glimm
Oliver Hakenberg
Friedrich Moll
Stefanie Schmidt
Michael Stöckle

Grafik:
Barbara Saniter

Druck:
DBM Druckhaus
Berlin-Mitte GmbH

Auflage:
5500 Exemplare

Erscheinungsweise:
vierteljährlich

Ausgabe:
1 / 2015 – April