

### EDITORIAL Ein Aufschub, keine Lösung



Von Prof. Dr. med. Oliver Hakenberg, DGU-Generalsekretär

**P**REFERE und kein Ende. Man mag es fast nicht mehr hören, werden viele sagen. Das Thema aber bleibt und es ist wichtiger denn je. Die größte deutsche Krebsstudie bleibt ein schwieriges Dauerthema für uns. PREFERE scheint nun erst mal gerettet; die Entscheidung der Deutschen Krebshilfe und der Kranken, kassen ist im Juni gefallen, die Studie wird trotz bislang schlechter Rekrutierung weiter gefördert, für zunächst zwei Jahre. Damit ist Zeit gewonnen, mehr nicht. Die öffentlichen Bekenntnisse von DGU und BDU, die Werbung, die wir für PREFERE gemacht haben, waren notwendig, um diese Entscheidung der Geldgeber zu bewirken. Es waren aber keine Lippenbekenntnisse. Als

offizielle Fachverbände sind wir fest davon überzeugt, dass das zukünftige Wohl und Wehe der Urologie in Deutschland auch vom Gelingen der PREFERE-Studie abhängt. Die Bedeutung dieser Studie für die Urologie in Deutschland kann gar nicht hoch genug eingeschätzt werden. Wie kein anderes Projekt wird es mit „den Urologen“ identifiziert, und die Politik beobachtet sehr genau, wie wir uns verhalten. Man erwartet schlicht, dass besser rekrutiert wird. Die Schwierigkeiten der Randomisierung sind allen klar, aber es muss möglich sein, mehr als bisher für PREFERE zu tun. Ohne Frage ist es das auch. Jeder kann einen oder vielleicht zwei Patienten im Verlauf der nächsten zwei Jahre einbringen, das wäre schon reichlich. Nur muss es auch jeder machen. Es muss uns allen klar sein, dass wir uns tatsächlich ins Zeug legen müssen, damit wir gemeinschaftlich als Urologen für alle Zeiten nicht den schwarzen Peter behalten werden, dass wir nicht willens waren, ein von allen begrüßtes, gesundheitspolitisches

korrektes Studienprojekt so zu unterstützen, dass es funktionieren konnte. Tatsächlich liegt es an uns, denn niemand sonst hat den Zugang zu den Patienten. Und wissenschaftlich ist die Argumentation der Krebshilfe absolut richtig: Wir wissen nicht, was für das kleine Gleason 6 Prostatakarzinom die beste Therapie ist. Darum ist es wirklich unerlässlich, dass wir uns alle Mühe geben; ob es am Ende 7000 Patienten sein können, muss bezweifelt werden, aber deutlich mehr als die bisherigen 300 müssen es werden. Es hängt für uns Urologen als Fachgruppe viel mehr vom Gelingen von PREFERE ab, als jeder Einzelne glauben mag. Ob die Gesundheitspolitik uns künftig als Fach und Fachgruppe mit Wohlwollen oder verständnislos begegnet, hängt tatsächlich deutlich von diesem von allen wahrgenommenen Projekt PREFERE ab, sei es bei der Musterweiterbildungsordnung, der GOÄ, der ASV und vielem anderen mehr. Wir dürfen den Vertrauensvorsprung, den man der Urologie mit der Finanzierung von PREFERE gegeben hat, nicht verspielen. Jeder Einzelne von uns ist dafür mitverantwortlich.

### INHALT

- 2 PI-RADS-Klassifikation
- 3 Chemotherapie beim CRPC  
Zweite Förderphase für PREFERE freigegeben
- 4 Landgericht Göttingen spricht  
Transplantationschirurgen frei  
DGU-Präsident stärkt Präsenz der Kinderurologie im Netz
- 5 Nachrichten des BDU: Streitfall ambulante  
spezialfachärztliche Versorgung  
SpiFa initiiert ersten Fachärztetag in Berlin
- 6 Benignes Prostata Syndrom:  
Nach der Leitlinie ist vor der Leitlinie  
25. Symposium Medizinische Museologie
- 7 Krankenhausstrukturgesetz im  
Bundeskabinett beschlossen  
Historische Miszellen zur Prostatahyperplasie
- 8 Umfrage zur „Jungensprechstunde“  
Übersicht Akademie-Veranstaltungen  
Stellenbörse  
Impressum

## PI-RADS-Klassifikation



Von PD Dr. med. Tobias Franiel, Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie, Universitätsklinikum Jena

**D**ie Magnetresonanztomographie (MRT) der Prostata wird als ergänzendes Verfahren für die Diagnostik des Prostatakarzinoms zunehmend häufiger angewendet. Dabei steht in Deutschland vor allem die Detektion eines Prostatakarzinoms bei Patienten mit vorhergehender negativer Biopsie und/oder auffälligem oder ansteigendem PSA-Wert im Vordergrund. Das Verfahren der Wahl stellt die multiparametrische MRT dar. Diese besteht aus morphologischen hochauflösenden T2-gewichteten (T2w) Sequenzen und den funktionellen Methoden diffusionsgewichtete MRT (DWI), dynamische kontrastmittelgestützte MRT (DCE-MRI) und Protonen-MR-Spektroskopie (1H-MRS) (1, 2). Die multiparametrische MRT sollte als Kombination aus einer morphologisch hoch auflösenden T2w Bildgebung und mindestens zwei weiteren Methoden durchgeführt werden, da diese eine bessere Detektion und Charakterisierung ermöglicht als die Kombination aus T2w und nur einer Methode (3). Während die T2w Bildgebung anatomische Informationen liefert und mit einer hohen Sensitivität ein Karzinom nachweist, erhöht die DWI und die 1H-MRS die Spezifität, während die DCE-MRI wiederum hauptsächlich die Sensitivität erhöht. Für die Durchführung und die standardisierte Befundübermittlung existierten bislang keine einheitlichen Empfehlungen. Um die Qualität von Durchführung und Befundung der MRT der Prostata zu steigern, hatte eine Expertengruppe der European Society of Urogenital Radiology (ESUR) 2012 eine Leitlinie zur MRT der Prostata herausgegeben (4). Neben Empfehlungen zur Indikation und Mindeststandards der MR-Protokolle wurde ein strukturiertes Befundungsschema mit dem Namen „Prostate Imaging – Reporting and Data System“ (PI-RADS) beschrieben.

### PI-RADS Klassifikation Version 1

Das Klassifikationsschema nach PI-RADS basiert auf einer Likert Skala, welche von 1 bis 5 reicht. Ganz allgemein

wird bei der PI-RADS Klassifikation V1 für jede suspekt Läsion und deren Erscheinungsbild in jeder verwendeten MRT Methode ein Punktwert (Score) von 1 bis 5 vergeben. Für jede Läsion wird zusätzlich ein Gesamtscore gebildet, der die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen eines klinisch signifikanten Karzinoms angibt. Im Einzelnen bedeutet ein:

### PI-RADS Klassifikation V1 Scoring Schema

- PI-RADS Score 1: das Vorliegen eines klinisch signifikanten Karzinoms ist sehr unwahrscheinlich
- PI-RADS Score 2: das Vorliegen eines klinisch signifikanten Karzinoms ist unwahrscheinlich
- PI-RADS Score 3: das Vorliegen eines klinisch signifikanten Karzinoms ist fragwürdig (unklarer Befund)
- PI-RADS Score 4: das Vorliegen eines klinisch signifikanten Karzinoms ist wahrscheinlich
- PI-RADS Score 5: das Vorliegen eines klinisch signifikanten Karzinoms ist sehr wahrscheinlich

Da die Bildung des Gesamtscores aus den verwendeten MRT-Methoden anfangs unklar war, wurde vorgeschlagen, aus den einzelnen Punktwerten einen Summscore zu bilden. Dieser reicht von 3 bis 15 Punkten bei Verwendung von drei Methoden und von 4 bis 20 Punkten bei Verwendung von vier Methoden (2). Dieser Summscore wird nach einem festen Schema in den Gesamtscore konvertiert, der unabhängig von der Anzahl der verwendeten Methoden ist und damit einfach kommuniziert werden kann. Für die Befundübermittlung sollte des Weiteren der Ort einer jeder Läsion auf einem standardisierten, graphischen Befundungsschema mit minimal 16, optimal 27 Regionen angegeben werden. Anfangs waren die Kriterien für den Score jeder MRT-Methode nicht allgemein akzeptiert und basierten neben Ergebnissen wissenschaftlicher Veröffentlichungen auf einer Konsensempfehlung von Experten auf dem Gebiet der MRT der Prostata (4). Am weitesten entwickelt und wissenschaftlich sehr gut validiert war die quantitative Evaluation der Spektren der 1H-MRS (5). In den letzten drei Jahren wurde daher intensiv auch an der Evaluation der anderen Methoden und an der PI-RADS V1 Klassifikation im Ganzen gearbeitet.

### Evaluation der PI-RADS V1 Klassifikation

Der Nutzen der PI-RADS Klassifikation V1 konnte bisher in mehreren Studien belegt werden. Im Besonderen konnte gezeigt werden, dass der zusätzliche Einsatz der 1H-MRS keinen diagnostischen Vorteil im Vergleich zu der Kombination aus T2w+DWI+DCE-MRI erzielte (6). Daher beziehen sich die nachfolgend angegebenen Werte ausschließlich auf die Kombination T2w + DWI + DCE-MRI. Prostatakarzinome mit einem Gleason Score  $\geq 3+4$  konnten mit Hilfe des Gesamtscore mit einer diagnostischen Genauigkeit von 0,88 nachgewiesen werden (6). Die Anwendung des Summscores erhöhte die diagnostische Genauigkeit sogar auf 0,90. Bei einem Grenzwert von 9 im Summscore (entspricht einem Gesamtscore von 3 oder höher) betrug in dieser Studie die Sensitivität für den Nachweis des Prostatakarzinoms 96% und die Spezifität 71%. Im Einzelnen entsprach histologisch eine Läsion mit einem PI-RADS Gesamtscore 3 in 15% der Fälle einem Prostatakarzinom und eine Läsion mit einem PI-RADS Gesamtscore 4 in 27% der Fälle einem Prostatakarzinom. Eine Läsion mit einem PI-RADS Gesamtscore 5 war dagegen in 88% der Fälle mit einem Prostatakarzinom vergesellschaftet (7). Läsionen mit einem PI-RADS Gesamtscore 1 oder 2 enthielten in keinem einzigen Fall ein high-risk Prostatakarzinom und nur in 1,3% der Fälle ein moderat-risk Karzinom (8). Die Interreader Variabilität, d.h. wie gut mehrere Radiologen in ihrer Diagnose übereinstimmen, ist bei Verwendung des PI-RADS Score moderat bis gut und verbessert sich auf gute Werte von bis zu  $K = 0,80$  bei ausschließlicher Berücksichtigung von Läsionen mit einem Prostatakarzinom (9). Im Vergleich zur herkömmlichen urologischen Diagnostik (Tastbefund, Serum-PSA-Wert und Prostataavolumen) konnte des Weiteren gezeigt werden, dass sich bei Verwendung der MRT und des PI-RADS Score die diagnostische Genauigkeit für den Nachweis signifikanter Prostatakarzinome von 0,81 auf 0,91 erhöht (8). Dieses Ergebnis war unabhängig von der verwendeten Feldstärke des MRT-Geräts (1,5- oder 3,0-Tesla). Auch das Argument, dass die MRT-Strategie im Vergleich zur TRUS-Strategie teurer ist, konnte widerlegt werden; beide Strategien verursachen in etwa die gleichen Kosten (10). Zusätzlich führt die MRT-Strategie im Vergleich zur TRUS-Strategie zu einer Reduktion der Überdiagnose und Übertherapie von low-risk Prostatakarzinomen.





Benignes Prostata Syndrom:

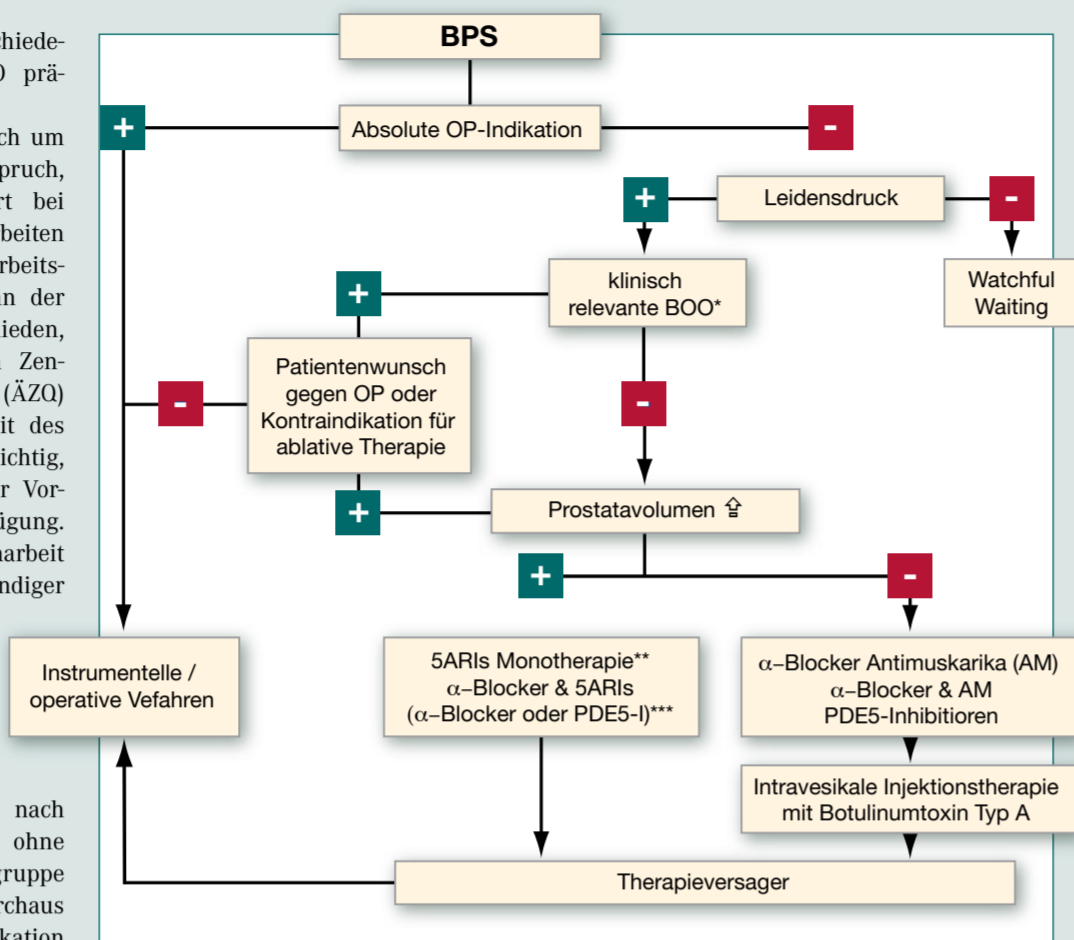
# Nach der Leitlinie ist vor der Leitlinie



Von Prof. Dr. med. Klaus Höfner, Urologische Klinik, Ev. Krankenhaus Oberhausen

Die Arbeit des Arbeitskreises BPS war in den letzten drei Jahren im Wesentlichen durch die Arbeit am Update der Leitlinien zur Therapie des benignen Prostata Syndroms geprägt. Die Leitlinien beinhalten die Langfassung des Leitlinientextes, eine Evidenzanalyse sowie weitere Evidenzberichte zur TUMT und zum Einfluss verschiedener Therapieoptionen auf die Blasenlass-obstruktion (BOO). Das Update konnte im September 2014 mit einem Umfang von nahezu 700 Seiten erfolgreich abgeschlossen werden und ist unter <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/043-035.html> veröffentlicht. Aktuell wird im Arbeitskreis an der Veröffentlichung zweier Kurzversionen - medikamentöse und instrumentelle/operative Therapie - im Urologen gearbeitet. Welche Erfahrungen bleiben nach drei Jahren intensiver Arbeit? Brauchen wir überhaupt eine „deutsche“ Version von BPS Leitlinien und wenn ja, worin unterscheidet sich diese von internationalen Guidelines von NICE,EAU oder AUA? Die Besonderheit der deutschen Leitlinien besteht eindeutig darin, dass das Ausmaß der BOO im Flowchart der Therapieplanung eine zentrale Rolle spielt. Hier sehen wir die immense berufspolitische Bedeutung, da die Rolle des Urologen mit seiner Kompetenz für die Beurteilung der BOO besonders herausgestellt wird (Abbildung). Diese Tatsache war bereits Teil der Vorgängerversionen der Leitlinien. Im aktuellen Update wird jedoch erstmalig die Evidenz der Aussage mit einer eigenen

Aufarbeitung der Wirkung von verschiedenen Therapieoptionen auf die BOO präzisiert. Bei der Aktualisierung handelt es sich um eine Leitlinie der Klasse S2e. Der Anspruch, evidenzbasiert zu arbeiten, mutiert bei jährlich mehr als 500 publizierten Arbeiten zum BPS, zur Herkulesaufgabe. Der Arbeitskreis hatte deshalb noch vor Beginn der Arbeit am Update der Leitlinien entschieden, professionelle Hilfe von Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) in Anspruch zu nehmen. Die Arbeit des Instituts ist zwangsläufig kostenpflichtig, und dankenswerter Weise stellte der Vorstand der DGU die Mittel zur Verfügung. Leider erwies sich die Zusammenarbeit mit dem ÄZQ als problematisch: ständiger Wechsel der Ansprechpartner, Terminverzögerungen, Wechsel der Kostenkalkulation, Dissens über Evidenzkriterien etc.. Als Hauptproblem erwies sich jedoch die „Interpretation“ von Evidenz, die zunächst vom ÄZQ nach eigenen, dort geltenden Kriterien ohne optimale Involvierung der Leitliniengruppe vorgenommen wurde. Erst nach durchaus zäher und zeitaufwändiger Kommunikation mit dem Institut und Überarbeitung des Berichtes durch die Leitliniengruppe war es möglich, die bestehende Datenlage in einer Leitliniengruppen-konformen Weise umzusetzen und einen tragfähigen Kompromiss zu erreichen. Die Literaturlaufarbeitung der bis 2017 gültigen Therapieleitlinie endete im August 2012, sodass nach der Leitlinie vor der Leitlinie ist. Der Arbeitskreis hat deshalb begonnen, ein Update der Therapie-Leitlinien unter Berücksichtigung der aktuellen Literatur und eine Neufassung der Diagnostik-Leitlinie des BPS vorzubereiten. Im Bereich der konservativen Therapie ist es vor allem die Behandlung mit Kombinationen aus Alpha-Blockern und Muskarin-



rezeptorantagonisten, PDE-5-Hemmern und deren Kombination mit Alpha-Blockern bzw. 5-alpha-Reduktasehemmern. Auf dem Gebiet der instrumentellen/operativen Therapie sind neben dem zwischenzeitlich geltenden Standard der modifizierten bipolaren TURP und dem Holmium Laser neue beachtenswerte Studien zum Greenlight Laser und neue Daten zum Thulium Laser zu berücksichtigen. In diesem Zusammenhang ist es besonders wichtig, den Einfluss der Fachgesellschaft auf die anstehenden Entscheidungen des gemeinsamen Bundesausschusses 2016 wahrzunehmen, damit die von uns empfohlenen, nicht-medikamentösen instru-

mentellen Therapieverfahren in die uneingeschränkte Erstattungsfähigkeit gelangen. Zu den aktuellen Entwicklungen im Arbeitskreis BPS gehören natürlich auch personelle Veränderungen. Ich habe den Arbeitskreis im April des Jahres gebeten, mich vom Vorsitz des Arbeitskreises zu entlasten. Ich möchte mich bei allen Mitgliedern des Arbeitskreises BPS für die Unterstützung und die hervorragende Zusammenarbeit der letzten Jahre herzlich bedanken. Wir haben mit Professor Thorsten Bach aus Hamburg einen würdigen Nachfolger gefunden, der mit hoher Kompetenz, Erfahrung und Engagement die Arbeit weiterführen wird. Wir wünschen ihm viel Erfolg dabei.

## Große Krankenhausreform, oder Tiger, der als Bettvorleger landet?

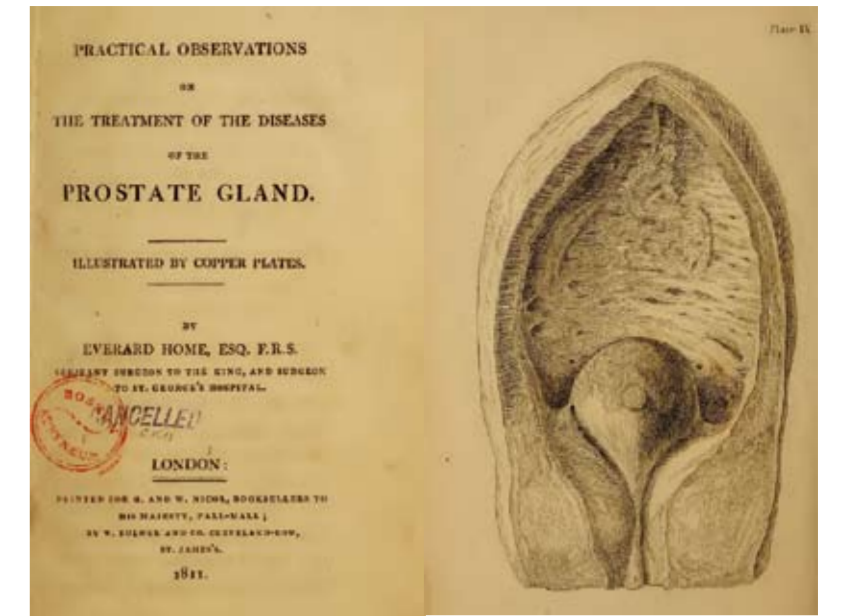
# Krankenhausstrukturgesetz im Bundeskabinett beschlossen



Von Franziska Engehausen, Leiterin des DGU-Hauptstadtbüros

Grundsätzlich könnte man festhalten, dass mit dem vorliegenden Entwurf eines Krankenhausstrukturgesetzes vieles erst einmal so bleibt, wie es bisher war. Und eben hier liegt auch das zentrale Problem: Es wurden keine neuen Perspektiven zur Investitionskostenfinanzierung geschaffen - im Gegenteil, der Investitionskostenrückstau wird damit institutionalisiert. Insoweit bleiben die Themen Verbesserung der IT-Infrastruktur oder Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe den einzelnen Häusern überlassen. Der Strukturfonds von 500 Mio. Euro ist allerdings ein Schritt in die richtige Richtung. Erreicht werden sollen damit der Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von Krankenhausstandorten sowie die Umwidmung von Krankenhäusern in nicht-akutstationäre Versorgungseinrichtungen. Jedoch sind hier die Bedenken groß, dass der Fonds nicht ausgeschöpft werden kann, da die Höhe der Fördermittel vom Investitionsanteil der Länder abhängt. Können die Länder aufgrund der Geldknappheit durch die Schuldenbremse nicht genügend Finanzmittel beisteuern, fällt auch der Fonds weitaus geringer aus. Denn der Bund steuert eben nur so viel bei wie die Länder. Interessant ist hier die Klausel, dass nicht verausgabte Mittel von anderen Bundesländern abgerufen werden können. Doch was ist mit dem neuen Pflegestellenförderprogramm? Insgesamt werden über die kommenden drei Jahre 660 Mio. Euro zur Stärkung der allgemeinen „Pflege am Bett“ bereitgestellt. Hier wird ein großes Problem für alle Kliniken angegangen - die Personalknappheit in der Pflege. Besonders mit dem demographischen Wandel gewinnt das Thema immer mehr an Gewicht und soll mit dem Förderprogramm berücksichtigt werden. Was im ersten Augenblick nach einer Menge Geld klingt, ist für viele nur ein Tropfen auf den heißen Stein. Verschiedenen Berechnungen zufolge resultieren für jede Klinik daraus nur 1 - 3 Pflegestellen - oftmals nicht genug, um die angesammelten Überstunden auszugleichen. Zudem sollen sich die Kliniken mit 10% Eigenanteil an den Pflegestellen beteiligen. Geld, an dem es ohnehin mangelt. Inwiefern das Pflegestellenförderprogramm also wirklich Früchte tragen wird, bleibt abzuwarten. „Qualität ist ein Schlüsselfeld bei der Weiterentwicklung der Versorgung“. Mit diesen Worten wird ein besonderer Schwerpunkt der Reform eingeleitet: Zukünftig sollen bundesweite Qualitätsstandards erarbeitet werden und die Qualitätssicherung als zentrales Instrument zur Bewertung von Krankenhausleistungen dienen. Im gleichen Atemzug werden dabei die Krankenhäuser unter den Generalverdacht gestellt, Qualitätsstandards nicht einzuhalten und rein aus Wirtschaftlichkeitsgründen Operationen durchzuführen. Beispielhaft wird auch in diesem Entwurf das Thema Zweitmeinung erwähnt, dass sich im Versorgungsstrukturgesetz wiederfindet. Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe geht sogar so weit, Zu- und Abschläge für Qualitätsstandards zu vereinbaren. Interessant

ist, dass der MDK, der medizinische Dienst der Krankenkassen beauftragt werden soll, die noch festzulegenden Qualitätsindikatoren vor Ort zu überprüfen. Bund und Länder wollen eine qualitätsorientierte Vergütung in die stationäre Versorgung einführen. Dass keine Mehreinnahmen durch eine rein wirtschaftliche Fallzahlsteigerung erreicht werden dürfen, ist nichts Neues. Dafür soll der Gemeinsame Bundesausschuss bis zum 31.12.2016 einen Katalog von Leistungen erstellen, für deren Erbringung Zuschläge oder Abschläge vorzusehen sind. Die Höhe sowie die nähere Ausgestaltung der Zu- und Abschläge sollen die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren. Krankenhäuser sollen ein Jahr Zeit erhalten, beanstandete Mängel zu beseitigen, bevor sie Abschläge hinnehmen müssen. Der G-BA soll ebenfalls bis zum 31.12.2016 Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität erarbeiten, die die Bundesländer in ihrer Krankenhausplanung nutzen können. Die Länder können jedoch auch eigene Indikatoren verwenden. Wenn Krankenhäuser ihre Leistungen nicht oder nicht ausreichend qualitätsgesichert erbringen, können sie aus dem Krankenhausplan herausgenommen werden. Ebenfalls bis zum 31.12.2016 soll der G-BA vier planbare Leistungen festlegen für die Krankenkassen und Krankenhäuser sogenannte Qualitätsverträge abschließen sollen. Darin soll erprobt werden, inwieweit die Versorgung „durch Vereinbarungen von Anreizen und die Vereinbarung höherwertiger Qualitätsstandards“ optimiert werden kann. Erfreulich ist in diesem Zusammenhang, dass die AWMF in ihrer Stellungnahme zum Gesetzentwurf darauf hinweist, dass der Sachverstand der medizinischen Fachgesellschaften hier einzubinden ist. Anzumerken ist auch, dass gerade in Bezug auf die Qualität medizinische Fachgesellschaften wie die DGU durch das Erstellen von Leitlinien ständig einen entscheidenden Beitrag zur Prozessqualität schaffen. Der Grundtenor der gesetzlichen Eckpunkte deutet darauf hin, dass eine Krankenhauslandschaft angestrebt wird, in welcher Kliniken ihre Daseinsberechtigung erlangen, weil sie etwas Besonderes leisten. Stark gefördert werden beispielsweise Kliniken, die notwendig sind, um eine Versorgung in Wohnortnähe zu gewährleisten. Positiv ist das für Kliniken im ländlichen Raum; kritisch für diejenigen in den Ballungsgebieten. Doch auch hier bedeuten die Beschlüsse nicht, dass solche Kliniken „dem Untergang geweiht“ sind. Denn zukünftig sollen Sicherstellungszuschläge für die Vorkauf von Kapazitäten gezahlt werden, die aufgrund des geringen Versorgungsbedarfs mit den Fallpauschalen nicht kostendeckend finanzierbar, aber zur Versorgung der Bevölkerung notwendig sind. Der Zuschlag wird gewährt, wenn ein entsprechendes Krankenhaus nicht nur in einzelnen Leistungsbereichen, sondern insgesamt Defizite erwirtschaftet. Die Höhe des Sicherstellungszuschlags wird durch die Vertragsparteien vor Ort verhandelt. Zynisch betrachtet besteht die Gefahr, dass die neuen Maßnahmen nur dort eingesetzt oder erprobt werden wo sie machbar oder aus politischen Gründen angezeigt scheinen, aber nicht dort, wo sie notwendig sind. Das könnte dazu führen, dass sowohl die Wirksamkeit als auch die Effizienz nur gering sein werden, aber Ressourcen verbraucht werden, die an anderen Stellen der Versorgung dringend notwendig wären.



Frontispiz sowie Tafel 9 „Mittellappenhypertrophie“ aus dem Werk von Everard Home zur Prostatahyperplasie, Repro Keyn, mit freundlicher Genehmigung. Lange Zeit war das Eponym Homescher Lappen mit dieser Anatomischen Struktur verbunden

## Historische Miszellen zur Prostatahyperplasie



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

Auch die Prostatahyperplasie entwickelte sich erst relativ spät zu einer als eigenständig wahrgenommenen Erkrankungsentität innerhalb von Medizin und Urologie. Waren zwar Strangurie und Harnsperrse seit dem Altertum bekannte behandlungsbedürftige Befunde, blieben vielfach die genaueren Ursachen unbekannt. .... die Hebräer dagegen setzten ... die Harnsperrre ihre Hoffnung auf 'rotes von Huren gesponnenes Garn', das sie um den Penis des Kranken wickelten. Auch vertrauten sie auf Läuse, die an die Mündung des Penis gesetzt, Harnröhre und Blase durch ihren Biss dazu anreizen sollten, sich zu entleeren ...', führt der Journalist Jürgen Thorwald (1915 - 2006) 1994 in seinem Bestseller „Der geplagte Mann“ publikumswirksam an. Trotz einer sehr alten operativen Behandlung der Blasensteine wurde die Rolle der Blasenhalsostruktion durch die Prostatahyperplasie (BPH) als ihre Ursache erst in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts verstanden. Lange wurden sogenannte „carcinomata-carnosities“ als Ursache eines infravesikalischen Abflusshindernisses angesehen. Giovanni Morgagni (1682 - 1771) war der erste, welcher die senilen Harnbeschwerden aufgrund anatomischer Untersuchungen einer Vergrößerung der Prostata zuschrieb. Die älteren französischen Autoren wie Jean Louis Petit (1674 - 1750), Francois Chopart (1743 - 1795) und Pierre Joseph Desault (1744 - 1795) beschrieben noch infolge von Syphilis und Gonorrhoe. Die Bedeutung von Seiten- und Mittellappenhypertrophie für die „Blasenhalsostruktion“ und die Folgen für Blase und obere Harnwege erkannte erst 1788 John Hunter (1728-93) und deutete die Veränderungen an der Blasenmuskulatur und den oberen Harnwegen als Folge der Obstruktion. Sein Schwager Everard Home verfasste 1811 das erste Buch über Prostataerkrankungen auf der Basis von Hunters unveröffentlichten Manuskripten. „Practical Observations on the Treatment of the Diseases of the Prostate Gland“ Nicol, London 1811. Louis Auguste Mercier (1811 - 1882), der Namensgeber der Verbindungslinie zwischen den beiden Harnleiterschleifen wurde, benutzte 1841 dann den Namen Prostatahypertrophie und betonte die Rolle der feingeweblichen Kongestion als Ursache der Harnretention und der Überlaufblase. Noch um 1860 war der Penis des Kranken die feingewebliche Zuordnung („drüsige“, „musculär“) in der Wissenschaft unklar. Mit den Arbeiten von Felix Guyon (1831-1920) und seiner Schule entspann sich dann eine über längere Zeit, bis in das 20. Jahrhundert geführte Diskussion über die Atherosklerose als eigentliche Ursache. Guyon führte dann auch die Einteilung in drei klinische Stadien in die Literatur ein, die bereits um 1900 fest etabliert war und Einzug in die entsprechenden Lehrbücher u. a. von Anton Ritter von Frisch (1849 - 1917), Leopold Casper (1859 - 1959) oder Berthold Goldberg (1867 - 1926) fanden. Auch in dem nach dem zweiten Weltkrieg von C. E. Alken (1909 - 1986) bei Thieme in Stuttgart neu herausgegebenen Taschenlehrbuch „Leitfaden der Urologie“ taucht diese Einteilung auf, wobei der Name des Erstbeschreibers verblasst. Daher wird heute vielfach diese Einteilung in drei Stadien wie Jean Louis Petit (1674 - 1750), Francois Chopart (1743 - 1795) und Pierre Joseph Desault (1744 - 1795) beschrieben noch infolge von Syphilis und Gonorrhoe. Die Bedeutung von Seiten- und Mittellappenhypertrophie in Zusammenhang gebracht.

## 25. Symposium Medizinische Museologie im Museum der DGU in Düsseldorf 17. - 19.7.2015

Im Museum, Bibliothek und Archiv zur Geschichte der Urologie in Düsseldorf fand zwischen dem 17. bis 19. Juli 2015 das 25. Symposium „Medizinische Museologie“, das als das wichtigste deutschsprachige Forum im Fachgebiet der medizinischen Museologie gilt, statt. Unter dem Gesichtspunkt „Museum-Sammlung-Sammler“ wurden vielfältige Themen beleuchtet. Hinter jedem Objekt in der Dauerausstellung oder der thematischen Ausstellung auf den Jahreskongressen der DGU und im Museum verbirgt sich nämlich 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. Die Veranstaltung verdeutlichte die hohe Wertschätzung, die die Fachkollegen der deutschsprachigen medizinischen Museologie dem Museum und den Sammlungen der Deutschen Gesellschaft für Urologie entgegenbringen. Die Vortragenden Kollegen von verschiedenen deutschen Einrichtungen sowie aus der Schweiz und Belgien stellten ihre neuen Projekte oder ihre Sammlungen vor, werteten vergangene und laufende Ausstellungen aus,

berichteten von ihren Erfahrungen bei der Inventarisierung und wissenschaftlichen Erschließung ihrer Sammlungen und beleuchteten museologische 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 zusammenhängenden Probleme. Der praktische Teil des Programms in Düsseldorf und Köln umfasste Besuche weiterer Museen und Einrichtungen wie dem Friedhof Melaten oder der Sonder-Ausstellung im Römisch Germanischen Museum in Köln „Medicus - Der Arzt im römischen Köln“, die vom 12. Juni bis 2. November neben bedeutenden Exponaten der Antike zum Vergleich ein Steinschnittbesteck des Museums der DGU sowie ein OP-Besteck als Leihgabe präsentiert.



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

### Sp(r)itzenleistung!

Mit einem KLICK mehr Sicherheit

**Enantone** | **Trenantone** | **Sixantone**

UMFRAGE

# Was halten Sie von der „Jungensprechstunde“, die derzeit von DGU und BDU etabliert wird?

**Dr. med. Cord-Marten Junghans, niedergelassener Urologe aus Burgdorf**

„Meine Erfahrung aus 21-jähriger Praxistätigkeit zeigt in meinem Praxiseumfeld einen eher geringen Bedarf an einem solchen speziellen Angebot. Die Idee ist sicherlich gut, die Resonanz beurteile ich prospektiv jedoch zurückhaltend. Da wir im Bereich Hannover Fortbildungen u.a. in unserer Urologengossenschaft Hannover anbieten und koordinieren, werde ich dieses Thema im Rahmen unserer nächsten Vorstands-/ Aufsichtsratssitzung gerne einmal ansprechen.“

sind entsprechend zu fokussieren. Die Grenzen zu anderen Fachgebieten, wie Pädiatrie, Dermatologie, Endokrinologie etc., sind fließend und sollten entsprechend definiert werden. Für meine Praxis kann ich es mir im Augenblick noch nicht vorstellen, da ich in meinem Einzugsgebiet unterdurchschnittlich wenige 20 - 40-jährige Patienten habe, aber natürlich kann bei einem entsprechenden Angebot/Werbung dies durchaus eine zweite Erwägung wert sein. Zu klären wäre dann natürlich auch die Frage nach der Kostenübernahme der Jungensprechstunde.“

die über sexuell übertragbare Infektionen informiert und in diesem Jahr in Bonn Station gemacht hat. Gerne bin ich an einer Fortbildung interessiert und gerne aktiv dabei. Prima, dass BDU und DGU dies auf den Weg bringen.“



**Dr. med. Steffen Baumann, niedergelassener Urologe aus Leipzig**

„Grundsätzlich ist eine Jungensprechstunde durchaus positiv zu sehen, allerdings bedarf es da erstens der Klärung, um welchen Altersbereich es wirklich gehen soll - Pubertät, junger Erwachsener oder junger Berufstätiger. Die Ansprüche sind da doch recht unterschiedlich und Weiterbildungen



**Dr. med. Sigrid Tapken, niedergelassene Fachärztin für Urologie in Bonn**

„Ich halte viel von einer Jungensprechstunde, führe diese bereits durch, wenn Jungs auf urologische Fragen aufmerksam werden, ich halte Vorträge an Berufsorientierungstagen in Schulen oder bei der mobilen Ausstellung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ‚Große Freiheit‘,



**Dr. med. Frank E. Zemke, Facharzt für Urologie im Gesundheitszentrum in Berlin**

„Ich bin davon überzeugt, dass in jüngeren Gemeinschaftspraxen das Modell einer ‚Jungensprechstunde‘ durchaus erfolgreich sein könnte, wenn man ein vernünftiges, attraktives inhaltliches Konzept dafür hat. Mein Interesse, dies in den letzten Jahren meiner beruflichen Praxis interessiert zu verfolgen, ist, wie bei Vielen in den vergangenen Jahrzehnten, groß und ich habe meine Schwerpunkte auch gesetzt. Natürlich nimmt die medikamentöse Tumorthapie einen besonderen Platz ein, und auch für das Thema ‚Männergesundheit‘ habe ich mich u.a. engagiert. In meiner Praxis werde ich die ‚Jungensprechstunde‘ allerdings ganz sicher nicht mehr anbieten.



**Dr. med. Matthias Bauermeister, niedergelassener Facharzt für Urologie in Pinneberg**

„Die Etablierung des Urologen in der Öffentlichkeit als medizinischen Experten und vertrauten Ansprechpartner von Jungen gerade in der Pubertät halte ich für sehr sinnvoll. Die Jungensprechstunde bietet die Chance, die Schamgrenze von männlichen Teenagern, intime Dinge mit einem Arzt zu besprechen, zu senken. Zudem eröffnet sie die Möglichkeit, auch über Probleme, wie ersten Sex, vorzeitigen Samenerguss, Vorhautverengung oder Alkohol und Drogen, offen zu reden. Männergesundheit beginnt nämlich bei der Jungengesundheit! Dies beinhaltet auch die Hoffnung, dass diese Jungen in späteren Jahren als Männer zur Krebsfrüherkennungsuntersuchung zum Urologen kommen. Als Vorsitzender des Netzwerk Urologie Schleswig-Holstein Süd (NUSS) werde ich dieses in unserer Urologenvereinigung zum Thema machen. Aktuelle Fortbildungen halte ich in diesem Bereich für sinnvoll.“

STELLENBÖRSE

Die Elbe Kliniken suchen Sie als **Fachärztin/Facharzt für Urologie oder Oberärztin/Oberarzt** für Urologie zum nächstmöglichen Termin, als Verstärkung im Team der Klinik für Urologie. Ihr Profil: Sie sind Facharzt für Urologie, wünschenswert mit Zusatzweiterbildung wie Medikamentöse Tumorthapie und/ oder Andrologie, Fachkunde Strahlenschutz. Sie sind motiviert, ein Teil eines tollen Teams zu werden. Dann freuen wir uns über Ihre Bewerbung! Elbe Kliniken Stade-Buxtehude GmbH, Bereich Personal, Bremervörder Str. 111 21682 Stade, E-Mail: [personalservice@elbekliniken.de](mailto:personalservice@elbekliniken.de)

Ich suche eine **Urologin/ einen Urologen** zu sofort oder später für Anstellung. KV Sitz vorhanden. Späterer Einstieg/Übernahme möglich. Erfahrung in Praxis von Vorteil, großer P-Anteil. Kontakt: [Dr.woeste@gmx.de](mailto:Dr.woeste@gmx.de)

Für unsere Urologische Klinik im Klinikum am Steinenberg suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt mit 50% der tariflichen Arbeitszeit einen **Facharzt (m/w) oder Assistenzarzt (m/w)** (in fortgeschrittener Weiterbildung) befristet für die Restdauer der Weiterbildung. Ausführliche Informationen finden Sie auf unserer Homepage unter ‚Beruf & Karriere‘. Bei Fragen steht Ihnen unser Chefarzt Dr. Schwaibold unter der Telefonnummer 07121/200-3610 gerne zur Verfügung. Kreiskliniken Reutlingen GmbH – Serviceabteilung Personal, Steinenbergstraße 31 72764 Reutlingen, E-Mail: [karriere@kreiskliniken-reutlingen.de](mailto:karriere@kreiskliniken-reutlingen.de)

## Akademie Veranstaltungen 2015

	Art der VA (Akademie, Arbeitskreise etc.)	Veranstaltungen	Datum	Ort
09 / 2015	AuF-Workshop	Clinical Outcome Research – Statistik von der Datenbank zur Publikation	17.-19.09.2015	Dortmund
	AK Onkologie	Intensivkurs Uro-Onkologie – Teil 1 (von 3)	18.-19.09.2015	Nettetal
	DGU-Kongress	67. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie	23.-26.09.2015	Hamburg
10 / 2015	Klinischer Hands-On-Kurs der Akademie UroSkills	TUR-P / TUR-B, PDD	19.-20.10.2015	Hannover
	Klinischer Hands-On-Kurs der Akademie UroSkills	PNL und MiniPNL	22.-23.10.2015	Tübingen
11 / 2015	UroCurriculum	Prostatakarzinom II (Rezidiv, Bildgebung, Hormon-, Chemo-, Schmerztherapie, Palliation, Supportion, Psychosomatik)	13.-14.11.2015	Leipzig
	JuniorAkademie	Urologie kompakt für Einsteiger	11.-15.11.2015	Stromberg
	Arbeitskreis Nierentransplantation	23. Jahrestagung des Arbeitskreises	12.-13.11.2015	Homburg/Saar
	AK Onkologie	Intensivkurs Uro-Onkologie - Teil 2 (von 3)	13.-14.11.2015	Nettetal
	AuF	7. Symposium Urologische Forschung der DGU	19.-21.11.2015	Dresden
	AK Psychosomatische Urologie und Sexualmedizin	Akademie-Kombinationskurs Psychosomatik Teil III	27.-29.11.2015	Düsseldorf
	Arbeitskreis Urologische Funktionsdiagnostik u. Urologie der Frau	27. Kongress der Deutschen Kontinenz Gesellschaft und 81. Seminar des AK	27.-28.11.2015	München
	AK Onkologie	AKO Symposium	27.-28.11.2015	München
	12 / 2015	AuF-Workshop:	Skills for Medical Writing - Successful scientific Publishing	04.-05.12.2015
	AK Onkologie	Intensivkurs Uro-Onkologie - Teil 3 (von 3)	11.-12.12.2015	Nettetal
	AK Urinzytologie und uringebundene Marker	Seminar des AK: Urinzytologie in Praxis und Klinik	05.12.2015	Düren
nach Absprache	AK Bildgebende Systeme (Ständiges Angebot)	TRUS und C-TRUS / ANNA mit Biopsie	jeden Mi + Fr	Flensburg
	AK Geschichte der Urologie (Ständiges Angebot)	Führungen im Museum und Archiv der DGU		Düsseldorf
	AK Operative Techniken	Klinische Hospitationen		(siehe Flyer) verschiedene

## Impressum

**UROlogisch!**  
**Verantwortliche Herausgeber:**  
 Prof. Dr. Oliver Hakenberg  
 Prof. Dr. Sabine Kliesch  
 Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V.  
 Uerdinger Str. 64  
 40474 Düsseldorf  
**Redaktion:**  
 Franziska Engehausen  
 Sabine M. Glimm  
 Bettina-C. Wahlers  
**Autoren:**  
 Wolfgang Bühmann  
 Franziska Engehausen  
 Tobias Franiel  
 Oliver Hakenberg  
 Klaus Höfner  
 Friedrich Moll  
 Carsten H. Ohlmann  
 Frank Petersilie  
 Stephan Roth  
 Axel Schroeder  
**Grafik:** Barbara Saniter  
**Druck:** DBM Druckhaus Berlin-Mitte GmbH  
**Auflage:** 7300 Exemplare  
**Erscheinungsweise:** vierteljährlich  
**Ausgabe:** 2 / 2015 – Juli