



## Eröffnungs-Pressekonferenz

**26. September 2013**

**15.00 – 16.30 Uhr**

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

vom 25. bis 28. September 2013  
in Dresden



# Inhalt der Pressemappe

## **Teilnehmerliste der Eröffnungs-Pressekonferenz**

### **Statement Prof. Dr. med Oliver Hakenberg**

Organspende in Deutschland nach dem Skandal

### **Statement Dr. med. Axel Schroeder**

Neues aus der Berufspolitik

### **Referat Prof. Dr. med. Michael Stöckle**

Fakten statt PSA-Bashing: Aktuelles zur PSA-Kontroverse

### **Referat Prof. Dr. med. Stephan Roth**

Arztassistent in der Urologie:  
DGU ist an der Weiterentwicklung eines  
Bachelor-Studiengangs für Pflegekräfte beteiligt

### **Referat Prof. Dr. med. Sabine Kliesch**

Vaterschaft trotz Krankheit –  
Fertilitätsprotektion erhält Lebensqualität

### **Referat Prof. Dr. med. Bernd Wullich**

Verfügbares Wissen erfassen, analysieren und  
zugänglich machen: DGU gründet ein Zentrum für  
evidenzbasierte Medizin in der Urologie

### **Referat Dr. med. Wolfgang Bühmann**

Vom Pädiater zum Urologen:  
Jungensprechstunde –  
Begleitung bei Problemen in der Pubertät

## **Curricula Vitae der Teilnehmer**

**Service-Hinweis:** Weitere Informationen und Fotos online unter:  
<http://fotos.wahlers-pr.de>  
Passwort: DGUPresse



## Teilnehmer der Eröffnungs-Pressekonferenz

### **Prof. Dr. med. Michael Stöckle**

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V.  
Direktor der Klinik für Urologie und Kinderurologie  
Universitätsklinikum des Saarlandes

### **Prof. Dr. med Oliver Hakenberg**

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

### **Prof. Dr. med. Sabine Kliesch**

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

### **Dr. med Axel Schroeder**

Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Urologen e.V.

### **Dr. med Wolfgang Bühmann**

Pressesprecher des Berufsverbandes der  
Deutschen Urologen e.V.

### **Prof. Dr. med. Stephan Roth**

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

### **Prof. Dr. med. Bernd Wullich**

Mitglied des Vorstandes der DGU  
Leiter Ressort Forschungsförderung  
Direktor der Urologischen Klinik und Poliklinik  
Universitätsklinikum Erlangen



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

## Organspende in Deutschland nach dem Skandal

Die Organspende ist in Deutschland seit dem Organspendeskandal drastisch zurückgegangen. Waren es 2010 insgesamt 754 postmortale Organspenden gewesen, sank diese Zahl 2011 auf 685, dann 2012 auf 648 und wird 2013 nach Hochrechnungen aufgrund der Zahlen im ersten Halbjahr nur 548 betragen (Angaben der Deutschen Stiftung Organspende, DSO).

Der Rückgang gegenüber dem letzten Jahr vor dem Organspendeskandal war 2012 bereits beträchtlich. In diesem Jahr beträgt der Rückgang gegenüber dem Durchschnitt der Jahre 2010 – 2012 somit -21%. Allein in diesem Jahr 2013 kommt es gegenüber dem Vorjahr zu einem weiteren Rückgang von -15%.

Diese nüchternen Zahlen verdeutlichen das Dilemma der Transplantationsmedizin. Schon immer ist der Bedarf an Organspenden in Deutschland größer gewesen, als die tatsächliche Realisierung. Für Patienten auf den Wartelisten bedeutet dies, dass sie länger warten müssen und dass deshalb mehr Patienten vergeblich warten und versterben, obwohl sie durch eine Organspende und Transplantation hätten gerettet werden können.

Der Rückgang der Spendebereitschaft muss klar als Folge des Organspendeskandals angesehen werden; der unmittelbare zeitliche Zusammenhang macht dies deutlich. Mittlerweile sind die Überprüfungen aller Leber-Transplantationszentren



abgeschlossen und deren Ergebnisse veröffentlicht worden. An insgesamt fünf chirurgischen Lebertransplantationszentren waren in der Vergangenheit fehlerhafte Laborwertangaben vorgenommen worden, wodurch Patienten von der eigenen Warteliste vorrangig ein Organangebot erhalten konnten. In Göttingen hat der Prozess gegen einen der Beteiligten Chirurgen begonnen.

Verstärkt durch eine nachhaltige und intensive Fokussierung des Themas Organspendeskandal kam es zu einer heftigen öffentlichen Reaktion. Die Bereitschaft zur Organspende sank drastisch.

Sowohl in der Berichterstattung wie auch in der öffentlichen Wahrnehmung wurde nicht differenziert wahrgenommen, dass der Organspendeskandal ausschliesslich ein Skandal der Lebertransplantation war und auch dort nur wenige Zentren betroffen waren. Bei anderen Organen wie Herz, Lunge oder der Niere und war es zu keinerlei Unregelmäßigkeiten gekommen.

An den urologischen Nierentransplantationszentren sind keinerlei Manipulationen vorgekommen und festgestellt worden. Dennoch ist die Zahl der Nierenspenden ebenfalls drastisch eingebrochen und die Leidtragenden sind diejenigen Patienten, die seit Jahren auf ein Spenderorgan warten.

Die Deutsche Gesellschaft für Urologie unterstützt alle Anstrengungen, die Bereitschaft zur Organspende zu fördern. Bei der Nierentransplantation handelt es sich um eine effektive Behandlung, die die Lebenserwartung drastisch erhöht und die Lebensqualität nachhaltig verbessert.

Alle betroffenen Verbände, die Krankenkassen, aber auch die Bundesregierung und die Presse sind aufgefordert, durch nachhaltige Informationskampagnen und durch Aufklärung diese beklagenswerten Folgen des Organspendeskandals rückgängig zu machen.



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

## Curriculum vitae

1965 – 1977	Schulbesuch in Osnabrück und Winchester, England, Abitur
1977 – 1984	Studium der Medizin an der Universität Kiel und der Flinders University of South Australia, Adelaide, Staatsexamen
1984 – 1986	Assistenzarzt, Institut für Pharmakologie & Toxikologie, Universität Kiel, unterbrochen vom Wehrdienst als Stabsarzt im Marinesanitätsdienst
1986	Promotion, Dr. med.
1988 – 1989	Assistenzarzt am Deutschen Krankenhaus für Afghanische Flüchtlinge in Peshawar, Pakistan
1989 – 1995	Facharztausbildung, Abteilung Urologie der Chirurgischen Univ.-Klinik Freiburg,
1994	Fellow of the European Board of Urology Zusatzbezeichnung Spezielle Urologische Chirurgie
1995 – 1996	Fellow am Department of Surgery, Repatriation General Hospital und Flinders Medical Centre, Adelaide, Australia
1997 – 2006	Oberarzt und Leitender Oberarzt, Klinik und Poliklinik für Urologie, Univ.-Klinikums Dresden
2002	Habilitation und Lehrbefugnis für Urologie
2006	Zusatzbezeichnung Andrologie Zusatzbezeichnung Medikamentöse Tumorthherapie
2006	Lehrstuhl für Urologie und Direktor der Urologischen Universitätsklinik, Universitätsmedizin Rostock
seit 2010	Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Urologie



**Referent: Prof. Dr. med. Michael Stöckle**  
**Präsident der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V.**  
**Direktor der Klinik für Urologie und Kinderurologie**  
**Universitätsklinikum des Saarlandes**

## Fakten statt PSA-Bashing: Aktuelles zur PSA-Kontroverse

Seit Jahren wird unter Urologen, mehr aber noch in den Publikumsmedien über den Stellenwert bzw. das Nutzen-Schaden-Verhältnis der PSA-gestützten Früherkennung des Prostatakarzinoms kontrovers diskutiert. Es ist eine unvermeidliche Nebenwirkung eines jeden Früherkennungsprogramms, dass Auffälligkeiten, Befunde und Krankheitsstadien entdeckt und oft auch behandelt werden, deren Nichtentdeckung und Nichtbehandlung den Betroffenen nicht geschadet hätten. Diese Schattenseiten eines jeden Früherkennungsprogramms werden unter den Stichworten Überdiagnostik und Übertherapie zusammengefasst. Das ist bei der PSA-gestützten Früherkennung des Prostatakarzinoms nicht anders als bei anderen Früherkennungsprogrammen, beispielsweise dem Mammographie-Screening. Das Ausmaß von Überdiagnostik und Übertherapie lässt sich noch nicht abschließend quantifizieren, hierzu bräuchte man die Endergebnisse der europäischen PSA-Screening-Studie (ERSPC). Die ERSPC-Studie ist die einzige Studie weltweit, die in einigen Jahren zumindest annäherungsweise eine Quantifizierung des Nutzen-Schaden-Verhältnisses und des Problems von Überdiagnostik und Übertherapie erlauben wird.

Von der ERSPC-Studie sind derzeit die Elf-Jahresdaten publiziert. Das bedeutet, dass die Studienteilnehmer, denen die PSA-gestützte Früherkennung entweder empfohlen oder nicht empfohlen war, seit elf Jahren unter Beobachtung stehen. Dies bedeutet andererseits aber nicht, dass die im Rahmen dieser



Früherkennungsstudie nachgewiesenen Prostatakarzinome auch schon allesamt elf Jahre nachbeobachtet sind, weil viele Prostatakarzinome ja erst im Verlauf der Studie auffallen. So beträgt die durchschnittliche Nachbeobachtungszeit der bislang entdeckten Tumore im PSA-Arm dieser Studie 8,6 Jahre. Von den ursprünglich über 160.000 Studienteilnehmern waren zum Zeitpunkt der letzten Datenerhebung noch mehr 130.000 am Leben. Es werden also im Lauf der nächsten Jahre immer wieder neue Prostatakarzinome im Zuge der Nachbeobachtung dieser Patienten entdeckt werden. Aus diesem Grunde wächst die Nachbeobachtungszeit der entdeckten Prostatakarzinome langsamer als die Nachbeobachtungszeit der Studienteilnehmer. Wie präliminär die bislang vorliegenden Daten dieser Studie sind, ist einfach an der Zahl der im Kontrollarm der Studie beobachteten Prostatakarzinom-Todesfälle abzulesen. Es sind erst 0,5% dieser knapp 90.000 Männer am Prostata-Karzinom gestorben. Die Studie wurde überwiegend in Skandinavien durchgeführt, wo 5% aller Männer am Prostatakarzinom sterben. Man kann an diesen Zahlen also einfach ablesen, dass die derzeit verfügbare Auswertung der Studie zu einem Zeitpunkt erfolgte, an dem 85 – 90% der zu erwartenden tumorbedingten Todesfälle noch ausstanden.

Rechnet man zu diesem frühen Zeitpunkt aus, wie viele tumorbedingte Todesfälle in der PSA-Gruppe dieser Studie bislang verhindert worden sind, dann kommt man auf eine Zahl von 78. Wenn man dann wiederum von der dieser Zahl 78 ausgehend ausrechnet, wie viele Männer man untersuchen und gegebenenfalls auch behandeln muss, um einen tumorbedingten Todesfall zu verhindern, dann errechnet sich derzeit die Zahl 36. Diese Zahl 36 wird heute in vielen Publikumsmedien und Meinungsbeiträgen so wiedergegeben, als sei damit abschließend gezeigt, dass von 36 Prostatakarzinom-Behandlungen nur eine einen tumorbedingten Tod verhindert hätte und die anderen 35 Patienten mit und ohne Behandlung nicht an ihrem Tumor gestorben wären. Solche Aussagen sind natürlich hochgradig unseriös,





denn hier werden extrem präliminäre Ergebnisse so wiedergegeben, als seien sie das Endergebnis der Studie, was mitnichten der Fall ist.

Man muss bei der Interpretation dieser Daten außerdem die Schwächen des Studienprotokolls der ERSPC-Studie in Betracht ziehen: Diese Schwächen wirken sich durchweg so aus, dass der Nutzen des PSA-Screenings unterschätzt wird. Zum einen wurden in diese Studie Männer zwischen dem 55. und dem 70. Lebensjahr eingeschleust. Dies bedeutet, dass auch Männer an der Studie teilgenommen haben, die sich mit Ende 69 erstmalig einem Früherkennungstest für Prostatakarzinom unterzogen haben. Dadurch werden zwangsläufig natürlich auch Tumore entdeckt, die schon zum Zeitpunkt der Erstentdeckung unheilbar gewesen sind. Etwa die Hälfte der in der Screening-Gruppe (trotz PSA) bislang aufgetretenen Prostatakarzinombedingten Todesfälle geht auf solche bereits initial inkurablen Tumorfälle zurück, wodurch der „wirkliche“ Unterschied zwischen Screening und Nicht-Screening natürlich verwässert wird.

Ebenso wird in der öffentlichen Darstellung oft berichtet, in dieser Studie seien Männer mit und ohne PSA-Test verglichen worden. In Wahrheit wurden hier Männer mit der Empfehlung oder ohne die Empfehlung eines PSA-Testes verglichen. Es bleibt dann ja immer noch jedem einzelnen Mann überlassen, ob er sich an die Spielregeln der Studie hält oder nicht. Bei kritischer Betrachtung muss man festhalten, dass sich die beiden Vergleichsgruppen in der Inanspruchnahme des PSA-Testes und seiner denkbaren Konsequenzen (Biopsie und Therapie) nur zu etwa 35% voneinander unterscheiden. Mehr als die Hälfte der Studienteilnehmer haben sich also entweder in der Kontrollgruppe entgegen der Protokollempfehlung doch einen PSA-Test abnehmen lassen, oder sie haben sich in der PSA-Gruppe nicht testen, nicht biopsieren oder nicht therapieren lassen. Auch diese sogenannte „Non-Compliance“ verwässert die Studienergebnisse natürlich nicht unerheblich.



Wenn man dann bedenkt, dass die wenigsten in dieser Studie nachgewiesenen Tumore schon zehn Jahre nachbeobachtet sind, dann mutet es fast erstaunlich an, dass überhaupt schon ein Unterschied zwischen den beiden Vergleichsgruppen zu Tage getreten ist, der sogar das Niveau der statistischen Signifikanz erreicht. Voraussichtlich 2014 werden die Dreizehn-Jahres-Ergebnisse dieser Studie veröffentlicht werden. Wir kennen aber von einzelnen teilnehmenden Nationen bereits die nationalen Ergebnisse. Sie wurden auf dem europäischen Kongress in Mailand im Frühjahr dieses Jahres vorgetragen: So zeigt sich erfreulicherweise in Schweden und in den Niederlanden, den beiden Ländern, in denen im Screening-Arm der Studie eine vergleichsweise hohe Screening-Aktivität stattgefunden hat, inzwischen eine 40%ige Absenkung des Risikos, am Prostatakarzinom zu sterben. In Finnland hingegen, einem Land mit nur niedriger Screening-Aktivität (viele Männer haben sich dort wohl insgesamt während des gesamten Studienverlauf nur ein einziges Mal einen PSA-Wert abnehmen lassen) ist die tumorspezifische Sterblichkeit im Screening-Arm deutlich geringfügiger abgesenkt worden. Langfristig wird diese Studie aufgrund der nationalen Besonderheiten daher vielleicht auch eine Aussage erlauben, wie intensiv und in welchen Zeitabständen man den PSA-Test empfehlen sollte.

Mit alledem soll nicht bestritten werden, dass die Probleme von Überdiagnostik und Übertherapie weiterhin zu lösen oder zumindest zu reduzieren sein werden: Ein denkbarer Ansatz zur Reduktion des Übertherapieproblems ist das Konzept der sogenannten Aktiven Beobachtung, bei dem Niedrig-Risiko-Prostatakarzinome zunächst nicht therapiert, sondern nur beobachtet und erst bei fortschreitender Erkrankung behandelt werden. Dieses Konzept zielt also darauf ab, die betroffenen Männer so spät wie möglich zu behandeln, möglichst vielen die Behandlung vielleicht völlig zu ersparen, aber trotzdem in möglichst allen Fällen den Tod am Prostatakarzinom zu vermeiden. Der Stellenwert dieses bestechend wirkenden Behandlungskonzeptes soll nicht zuletzt in der PREFERE-Studie abgeprüft werden, denn es fehlen noch zahlreiche



verlässliche Daten darüber, welches überhaupt die geeigneten Patienten für ein solches Konzept sind, auch darüber, welches gute und verlässliche Kriterien für ein Abbruch dieses Konzeptes sind usw. usw.

Ein weiterer interessanter Ansatz, zumindest das Risiko der Überdiagnostik zu reduzieren, ist das sogenannte risiko-adaptierte Screening: Es gibt inzwischen gute Daten, die darauf hindeuten, dass die meisten Männer, die im Verlauf ihres weiteren Lebens am Prostatakarzinom sterben würden, bereits Mitte 40 PSA-Werte haben, die sich zwar noch im Normbereich befinden, aber doch messbar oberhalb des Altersdurchschnitts dieser Altersklasse liegen. Die Bestimmung des PSA-Wertes in jungen Jahren wird es möglicherweise erlauben, die Gruppe von Männern einzugrenzen, für die sich ein engmaschigeres PSA-Früherkennungsprogramm lohnt. Die erfreuliche Seite dieses Programms ist natürlich nicht zuletzt, dass die Mehrzahl der Männer mit altersentsprechend normalen PSA-Werten nur in sehr großen Zeitabständen untersucht werden müssten. Es wird, wenn sich ein solches Programm durchsetzt, viele Männer geben, die mit drei oder vier PSA-Bestimmungen durchs Leben kommen und trotzdem zuverlässig wissen, dass sie mit fast an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit niemals an einem Prostatakarzinom versterben werden.

Zusammenfassend lassen sich die meisten Fragen um die Problematik des PSA-basierten Prostatakarzinom-Screenings nicht abschließend beantworten. Das müssen sowohl die Befürworter wie auch die Kritiker einräumen. Wir sehen daher der Veröffentlichung weiterer Daten mit großer Spannung entgegen. Hingewiesen sei aber vielleicht noch auf eine Arbeit aus der Arbeitsgruppe um Prof. Edward Messing, der an bevölkerungsbasierten Daten aus den USA vorgerechnet hat, dass die ersatzlose Abschaffung des PSA-Testes in den nächsten Jahren zu einer Verdreifachung der Prostatakarzinom-bedingten Todesfälle führen würde. Das kann niemand ernsthaft wollen oder in Kauf nehmen. Der beste Umgang mit dem PSA ist derzeit in der S3-Leitlinie definiert:



bestmögliche Aufklärung der frühererkennungswilligen Männer, differenzierter Einsatz des Testes auf der Grundlage des besten und jeweils aktuellsten medizinischen Wissens, aber sicher keine Aufforderung zu einem undifferenzierten Massenscreening aller Männer.

Als medizinische Fachgesellschaft ist uns an einem offenen und sachlichen Dialog auf allen gesellschaftlichen Ebenen über die PSA-gestützte Früherkennung und deren fortwährende Weiterentwicklung gelegen. Diesen Prozess wollen wir hier in Dresden anstoßen.



**Prof. Dr. med. Michael Stöckle**  
**Präsident der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V.**  
**Direktor der Klinik für Urologie und Kinderurologie**  
**Universitätsklinikum des Saarlandes**

## Curriculum vitae

### Persönliche Daten

14.05.1957	geboren in Pirmasens
1976 – 1983	Studium der Humanmedizin in Hannover, Bonn und Mainz
1983	deutsches und amerikanisches (VQA)
1983	Staatsexamen für Humanmedizin Promotion zum Dr. med. (Institut für Medizinische Mikrobiologie der Universität Mainz)
1983 – 1985	Chirurgische Ausbildung am Krankenhaus Nord-West, Frankfurt/Main
1985 – 1989	Ausbildung zum Urologen (Universitätsklinik Mainz, Universitätsklinik Leiden / Niederlande, Kantonsspital St. Gallen / Schweiz)
1986	Stipendiat der Deutschen Forschungsgemeinschaft am Institut für Zytochemie und Zytometrie der Universität Leiden / Niederlande
1989	Facharzt für Urologie (Ärzttekammer Rheinhessen)
1990	Habilitation (Universität Mainz)
1989 – 1994	Oberarzt an der Klinik für Urologie und Kinderurologie der Universität Mainz
1994 – 1995	Leitender Oberarzt und Stellvertreter des Klinikdirektors an der Klinik für Urologie und Kinderurologie der Universität Mainz



- 1996 – 2000 Direktor der Klinik für Urologie der  
Christian-Albrechts-Universität zu Kiel
- seit 01.04.2000 Direktor der Klinik für Urologie und Kinderurologie  
der Universität des Saarlandes

### **Funktionen und Ehrenämter**

Stellvertretender Sprecher der Arbeitsgemeinschaft  
Urologische Onkologie der Deutschen Krebsgesellschaft  
(1999 bis 2004)

Fachkollegiat der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG)  
(2004- 2007)

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Urologie  
(2004 – 2010)

Vizepräsident DGU (2010 – 2012)

Gewählter Präsident DGU (2012-2013)

Gewählter Präsident der Südwestdeutschen Gesellschaft  
für Urologie für das Amtsjahr 2006/2007

Mitglied der Schlichtungsausschüsse für Fragen  
ärztlicher Behandlung bei der Landesärztekammer  
Rheinland-Pfalz und bei der Ärztekammer des Saarlandes

Mitglied der Qualitätssicherungskommission für Onkologie  
der Kassenärztlichen Vereinigung des Saarlandes

### **Klinische und operative Schwerpunkte**

Kinderurologie

Plastische und rekonstruktive Urologie

Uro-Onkologie

Medikamentöse Uro-Onkologie: die Behandlung  
orientiert sich an den Leitlinien der Deutschen  
Gesellschaft für Urologie und der Europäischen  
Urologenvereinigung und erfolgt nach Möglichkeit im Rahmen  
nationaler oder internationaler Behandlungsprotokolle.



Roboterassistierte Chirurgie

Behandlung des Prostatakarzinoms:

Prostatektomie, auch potenzershaltend,

Seed-Implantation (Brachytherapie)

Operation des Blasenkarzinoms mit sämtlichen

Formen der kontinenten (Ersatzblasenchirurgie) und der

inkontinenten Harnableitung

Nierentumor Chirurgie mit dem Schwerpunkt organerhaltende

Operation

Nierentransplantation inklusive Lebendspendetransplantation



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

## Arztassistent in der Urologie: DGU ist an der Weiterentwicklung eines Bachelor-Studiengangs für Pflegekräfte beteiligt

Mit einer Hochschulkooperation zur Weiterbildung für examinierte Pflegekräfte geht das Fach Urologie neue Wege: Ab Oktober 2013 bietet das Fachgebiet gemeinsam mit der Dualen Hochschule Baden-Württemberg (DHBW) Karlsruhe eine akademische Ausbildung an, deren Absolventinnen und Absolventen im Arbeitsfeld zwischen Arzt/Ärztin und Pflegepersonal zahlreiche Aufgaben übernehmen. Das dreijährige Studium zum „Physician Assistant (PA)“, zu Deutsch Arztassistent, schließt mit dem Hochschulgrad Bachelor of Science (B.Sc.) ab. Das spezielle Curriculum an der DHBW wurde in enger Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU) weiterentwickelt und auf die speziellen Erfordernisse im Bereich der Urologie abgestimmt.

### **Akademisierung der Pflege („Dr. Schwester“ lt. Dt. Ärzteblatt, 109: (49), 07. Dez. 2012) – allgemeine Hintergründe**

Der Wissenschaftsrat (WR), der die Bundesregierung und Länderregierungen in Fragen der inhaltlichen und strukturellen Entwicklungen der Hochschulen, der Wissenschaft und der Forschung seit 1957 berät, schlägt in seinen „Empfehlungen zu hochschulpolitischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen“ (Juli 2012) vor, dass zukünftig Gesundheitsfachberufe vermehrt an Hochschulen ausgebildet werden sollen. Hierbei sollten 10 – 20% eines Ausbildungsjahrganges weiter





mit einem Bachelor oder einem Masterabschluss qualifiziert werden. Und dieser Vorschlag bezieht sich auch ausdrücklich auf Pflegekräfte (neben Physiotherapeuten, Logopäden, u.a.).

### **Demographische Entwicklung**

Die Erbringung bislang (hier in Deutschland) als ärztlich definierter Aufgaben durch qualifizierte Pflegekräfte im Auftrag und unter der „Hoheit“ ärztlicher Aufsicht stellt eine Chance dar. Ursache hierfür sind die demographische Entwicklung, der Mangel an Ärzten insbesondere in ländlichen Gebieten und sicher auch die erforderliche bessere Nutzung der begrenzten (auch finanziellen) Ressourcen. 80% der Ausgaben entstehen durch 20% chronische Erkrankungen – diese können Ärzte zukünftig alleine nicht versorgen, hier ist Multidisziplinarität gefragt.

### **Juristische Aspekte:**

#### **Weiterbildungsverordnung Arztassistent des Landes Baden-Württemberg**

Mit dem Gesetzesblatt für Baden-Württemberg (Ausgabe 2013, Nr. 9, S. 158 – 162) wird im Rahmen des Länderechtes die Ausbildung zum Arztassistent als Bachelor-Studiengang staatlich anerkannt. Die Prüfungen werden gemeinsam mit der Ärztekammer abgenommen, der Titel des Arztassistenten darf dann bundesweit geführt werden. Die Kooperation der Deutschen Gesellschaft für Urologie mit der Dualen Hochschule Baden-Württemberg (DHBW) Karlsruhe ist somit in einem rechtlich gesicherten Korridor.

#### **Akademisierung der Pflege – Position der Dt. Gesellschaft für Chirurgie**

Prof. Dr. Bauer, ehem. Generalsekretär DGCH konstatiert, es sei „sinnvoll .., auch in der Pflege Führungskräfte auszubilden, neue Teamformen auszubauen und eine vernünftige Arbeitsteilung anzustreben. Dazu könnte die Akademisierung sicherlich etwas beitragen.“ Viele chirurgische Teilgebiete (Unfallchirurgie & Orthopädie, Gefäßchirurgie, Viszeralchirurgie) haben wie die Deutsche Gesellschaft für Urologie die Sinnhaftigkeit der Weiterqualifikation von Pflegekräften erkannt und unterstützen diesen Weg.



## **Akademisierung der Pflege – Position der Deutschen Gesellschaft für Urologie**

Delegation bislang ärztlich zugeordneter Tätigkeiten an qualifiziertes medizinisches Fachpersonal (in Praxen) bzw. entsprechende Mitarbeiter aus der Pflege (in Krankenhäusern) ist schon lange medizinischer Alltag – aber noch ein Graubereich, der strukturiert werden muss. Bei nachgewiesener Qualifikation sollte eine Delegation bestimmter Tätigkeiten oder im Sinne einer Neubewertung die primäre Zuständigkeit durch eine qualifizierte Pflegekraft legitimiert werden. Urologen sehen eine Vielzahl von Tätigkeiten, in denen eine mindestens gleichgute Qualität sichergestellt werden kann – bei der Frage der Delegation ärztlicher Tätigkeiten sollte es mehr um das „Wie“, nicht um das „Ob“ gehen. Klar ist aber auch, dass sowohl die Diagnose- als auch die Indikationsstellung einzig beim Arzt bleiben muss.

Ein PA (physician assistant, PA = Arztassistent) kann zum Beispiel Anamnesen erheben, Patienten untersuchen, diagnostische Vorschläge unterbreiten, Behandlungspläne erstellen, kleinere Eingriffe durchführen, Überweisungen und Verlegungen organisieren, Behandlungen dokumentieren und Arztbriefe vorbereiten sowie Aufgaben im Qualitätsmanagement und in der DRG-Administration übernehmen. Im Studium werden ab Oktober 2013 nun unter anderem Themen wie urologische Krankheitslehre, Notfälle, Untersuchungsverfahren, medikamentöse Therapie, Ernährungstherapie, Operationsassistenz von der Patientenlagerung bis zum Wundverschluss, Schmerz- und Wundmanagement, sowie prä- und poststationäres Management intensiv behandelt. Für eine Zulassung zu dem naturwissenschaftlich-medizinisch ausgerichteten Studium sind neben den üblichen Hochschulzugangsvoraussetzungen eine abgeschlossene Pflegeausbildung (Gesundheits-, Kranken- oder Altenpflege) sowie ein Ausbildungsvertrag mit einer Partnerklinik der DHBW erforderlich. Kern des bewährten Dualen Studienkonzepts ist der Wechsel zwischen Vorlesungsphasen an der Hochschule und Praxisphasen in der ausbildenden Klinik.



Die Weiterbildung der Ärzte wird durch das neue „Berufskonzept“ nicht eingeschränkt. Es gibt eine Vielzahl von Tätigkeiten, die nach hundertfacher Ausübung durch einen Arzt in Weiterbildung oder Facharzt nicht mehr erlernt werden müssen und deren Delegation Raum gibt für die Erbringung von Leistungen im Rahmen der Zunahme hochkomplexer Fragen und Aufgaben.

Darüber hinaus ist ein weiterer Aspekt bedeutsam: Es geht bei der Akademisierung der Pflege nicht nur nicht um Abgrenzung vom ärztlichen Bereich – ohne dass die Mediziner Angst haben müssten, Kompetenzen einzubüßen – es geht auch darum, dass Fortschritt in der Medizin nicht nur in der Detektion neuer molekularer Strukturen besteht, sondern auch in der Reflektion, was evidenzbasiert in der Pflege für den Patienten wichtig ist. Damit wird das Patientenwohl im Sinne einer ganzheitlichen Betrachtung weiter aufgewertet. Und es gibt urologische Volkskrankheiten wie zum Beispiel die Harninkontinenz des älteren Patienten, bei dem im Sinne einer Versorgungsforschung optimale Betreuungs- und Therapiekonzepte dringend evaluiert werden müssten.

### **Details zum Studiengang „Arztassistent in der Urologie“**

Prof. Dr. med. Marcus Hoffmann, Geschäftsführer des Fachgremiums Gesundheitswissenschaften der DHBW und Leiter des Studiengangs: „Neben der intensiven Wissensvermittlung an der Hochschule steht die praktische Ausbildung an den Partnerkliniken (akademische Lehrkrankenhäuser) im Mittelpunkt. Bereits in den Praxisphasen sind unsere Studierenden aufgrund ihrer fachlichen und sozialen Kompetenz bei Mitarbeitern und Patienten als Ansprechpartner begehrt und beliebt. Der Studiengang eröffnet eine attraktive Perspektive für motivierte Pflegekräfte, sich patientennah weiter zu qualifizieren. Die weiteren beruflichen Aussichten sind laut der Rückmeldung unserer Partnerkliniken exzellent.“ Von Bedeutung ist, dass die Ausbildung an der Dualen Hochschule kostenfrei ist, da das Projekt vom Land Baden-Württemberg gefördert wird. Die zukünftigen Physician Assistents



müssen lediglich vom Arbeitgeber bei fortlaufenden Bezügen frei gestellt werden und sollten auch Zuschüsse für Reise- und Unterkunftskosten erhalten.

In den USA und Großbritannien, aber auch in den Niederlanden sind der Studiengang und der Beruf des PA bereits seit längerem flächendeckend etabliert und ein wichtiger Teil einer hochqualifizierten, patientennahen Gesundheitsversorgung. Die Übertragung ärztlicher Routinetätigkeiten und Assistenzaufgaben auf speziell ausgebildetes nicht-ärztliches Personal hat sich dort in der Praxis vielfach bewährt. Nach Einschätzung von Prof. Dr. Hoffmann und vieler Experten im Gesundheitswesen wird sich auch in Deutschland die Entwicklung fortsetzen, hochqualifizierten Fachkräften basisärztliche und administrative Aufgaben zu übertragen.

Weitere Details zum Studium und den Bewerbungsmodalitäten finden sich im Internet unter:

[www.dhbw-karlsruhe.de/allgemein/studiengang-arztassistent/](http://www.dhbw-karlsruhe.de/allgemein/studiengang-arztassistent/)



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

## Curriculum vitae

### Beruflicher Werdegang

1976 – 1983	Studium der Humanmedizin an der RWTH Aachen
1983	Erteilung der Ärztlichen Approbation
1993	Habilitation mit dem Thema „Über das Risiko von Knochenstoffwechselstörungen nach transintestinaler Harnableitung : Ein tierexperimentelles Modell“
1997	Ernennung zum Apl. Professor (Uni Münster), Ruf auf den Lehrstuhl für Urologie der Universität Witten / Herdecke

### Qualifikationen

1989	Arzt für Urologie
1997	Zusatzbezeichnung „Spezielle Urologische Chirurgie“
2007	Zusatzbezeichnung „Andrologie“
2007	Zusatzbezeichnung „Medikamentöse Tumorthherapie“

### Berufstätigkeit

1984 – 1990	Assistenzarzt Klinik für Urologie in Düren und Universität Paris
1991 – 1992	DFG Forschungsstipendium Universität Rennes (F), Harvard Medical School
1993 – 1997	Ltd. Oberarzt Urologische Universitätsklinik Münster
seit 12 / 1997	Direktor der Klinik für Urologie und Kinderurologie Klinikum Wuppertal (seit 2003 HELIOS-Klinikum) Lehrstuhl für Urologie an der Uni Witten / Herdecke



### **Preise und Auszeichnungen (Erstautor)**

1988	Paul-Mellin-Preis der NRW-Gesellschaft für Urologie
1989	Paul-Mellin-Preis der NRW-Gesellschaft für Urologie
1989	Peter-Bischoff-Preis der Norddeutschen Urologen
1992	Hauptpreis des AK Experimentelle Urologie der DGU
1993	C. E. Alken-Preis

### **Forschungsschwerpunkte**

Rekonstruktive Chirurgie  
(Ersatzblasenbildung und Harnleiterersatz)

Blasenkarzinomtherapie

Retroperitoneale Fibrose

Holmium-Laser Enukleation der Prostata

Steintherapie

### **Wissenschaftliche Fachgesellschaften**

Mitglied in mehr als 10 nationalen und internationalen  
Fachgesellschaften

**Herausgeber:** Aktuelle Urologie, Thieme Verlag (Mitherausgeber seit 2006)  
Gutachter zahlreicher nationaler und internationaler  
Fachzeitschriften

**Publikationen:** Mehr als 60 wissenschaftliche Publikationen als Erstautor  
Autor von 3 Büchern im Springer-Verlag

- 1)** Klinische Urologie,
- 2)** Tipps und Tricks für Urologen,
- 3)** Urinzytologie - Praxis und Atlas

2000 – 2002           Ärztlicher Direktor der Klinikums Wuppertal

seit 2006             Stellvertr. Ärztl. Direktor des HELIOS Klinikum Wuppertal



seit 2006	Ärztlicher Direktor HELIOS Privatkliniken, Betriebsstätte Wuppertal
2005 – 2006	Präsident der Nordrhein-Westfälischen Gesellschaft für Urologie e.V.
2008 – 2012	Stellvertretender Vorsitzender der Nordrhein-Westfälischen Gesellschaft für Urologie e.V.
seit 2012	Mitglied des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU)  Gewählter Präsident der DGU für das Amtsjahr 2014 / 2015



**Referentin: Prof. Dr. med. Sabine Kliesch**  
**Pressesprecherin der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V.**  
**Chefärztin der Klinischen Andrologie**  
**Centrum für Reproduktionsmedizin und Andrologie**  
**Universitätsklinikum Münster**

## Vaterschaft trotz Krankheit – Fertilitätsprotektion erhält Lebensqualität

Für Patienten im reproduktionsfähigen Alter, die sich krankheitsbedingt einer onkologischen oder systemischen Therapie mit der potentiellen Folge einer irreversiblen Schädigung der Gonadenfunktion unterziehen müssen, stellt sich die Frage nach den Möglichkeiten der Fertilitätsprotektion. Die einzige Möglichkeit zur Schaffung einer Fertilitätsreserve besteht für den männlichen postpubertären Patienten in der Kryokonservierung von ejakulierten oder testikulären Spermien vor Beginn der Therapie. Diese Spermien können später in der Kinderwunschbehandlung mittels assistierter Reproduktion Verwendung finden. Eine Begrenzung der Lagerungsdauer gibt es nicht, (epi-)genetische Schäden der Spermien durch die Kryokonservierung ergeben sich nicht.

Die Schwangerschaftsraten der assistierten Befruchtung mittels intrazytoplasmatischer Spermieninjektion mit kryokonservierten Samenproben sind vergleichbar mit der „normalen“ künstlichen Befruchtung. Zur Einschätzung der Samenqualität ist heutzutage die standardisierte Beurteilung der Samenprobe nach den Kriterien der WHO (2010) zu empfehlen. Diese etablierte präventive Massnahme kann nicht bei kindlichen Patienten vor oder zu Beginn der Pubertät angeboten werden. Die Transplantation von testikulären Stammzellen bzw. die aus ihnen generierten Samenzellen stellen bislang die einzige, allerdings noch rein experimentelle Option für präpubertär onkologisch erkrankte Jungen dar, um deren Fertilitätspotential zu erhalten.





Nach den Empfehlungen der WHO sollte die Kryokonservierung nicht nur den onkologisch erkrankten Männern vorbehalten sein. Auch im Vorfeld einer Vasektomie kann eine Kryokonservierung als Absicherung bei einer späteren Änderung des Sterilisationswunsches erfolgen, wenngleich die mikrochirurgische Refertilisierung in 85% der Fälle erfolgreich sein wird. Darüber hinaus wird die Kryokonservierung von Spermien bei Querschnittsgelähmten und Patienten mit anderen Formen der neurologischen Ejakulationsstörung sowie im Bereich der Infertilitätsbehandlung (heterolog und homolog) angewendet.

### **Fertilitätseinschränkung durch onkologische Erkrankungen und Therapie**

Eine sehr einschneidende Folge der Tumorbehandlung ist der Verlust der Fertilität. Diese ist nur dann reversibel, wenn durch die Chemo- oder Radiotherapie die Spermatogonien nicht vollständig zerstört werden. Die führenden onkologischen Diagnosen bei der Kryokonservierung von Spermien sind die Hodentumoren, gefolgt von Leukämie- und Lymphom-erkrankungen sowie den Knochentumoren. Nur ein geringer Prozentsatz der Betroffenen befindet sich aufgrund des jungen Patientenalters bereits in einer festen Partnerschaft oder ist bereits Vater.

Auch die Behandlung benigner Erkrankungen (rheumatoide Arthritis, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa oder Organtransplantationen) geht mit gonadal toxischen Behandlungen einher und sollten dazu führen, dass den Patienten die Option der Kryokonservierung von Spermien angeboten wird.

Einschränkungen der Samenqualität bei Tumorpatienten sind bereits vor Therapiebeginn in 40 – 60% der Fälle zu beobachten. Insbesondere Hodentumorpatienten sind bereits bei Diagnosestellung von einer Azoospermie (Fehlen von Spermien im Ejakulat betroffen).

Während zellzyklische Medikamente mit einer geringen Gonadentoxizität assoziiert sind, sind alkylierende und



platinhaltige Substanzen mit einem hohen Infertilitätsrisiko assoziiert. Bei einer Strahlungsintensität von 4 Gy kann bereits eine dauerhafte Azoospermie eintreten, die TBI (total body irradiation) zur Vorbereitung einer Knochenmarkstransplantation führt in > 80% aller Patienten zur dauerhaften Hodendysfunktion. Nach Abschluss der Tumorthherapie ist bei zwei Drittel aller Patienten eine Einschränkung der Samenqualität zu beobachten. Ein Drittel der Patienten haben keine oder nur vereinzelte Spermien im Ejakulat und haben somit keine Möglichkeit mehr, auf natürlichem Wege ein Kind zu zeugen. Die Fertilitätsreserve in der Kryobank stellt in diesen Fällen oftmals die einzige Möglichkeit für eine spätere Vaterschaft im homologen System dar.

### **Kryokonservierung bei Jugendlichen und Erwachsenen**

Sowohl Erwachsenen als auch pubertierenden Jugendlichen sollte vor Beginn der onkologischen Therapie die Kryokonservierung von Spermien als fertilitätssichernde Maßnahme angeboten werden. Auch jugendliche Patienten sind in einem hohen Prozentsatz bereits in der Lage, eine Samenprobe zu gewinnen. Die Ejakulatwerte von Jugendlichen sind vergleichbar mit denen erwachsener Patienten, und zwar unabhängig von der Grunderkrankung.

### **Patienten mit vorbestehender Azoospermie**

Bei Patienten mit dem Fehlen von Spermien im Ejakulat (Azoospermie) oder nur ganz vereinzelten Spermien im Ejakulat (Kryptozoospermie) kann die (mikrochirurgische) testikuläre Spermienextraktion (TESE) zur Asservierung von Spermien angeboten werden. Allerdings benötigt dieser operative Eingriff etwas mehr Zeit als die Samengewinnung und ist aufwendiger, so dass er aufgrund der Grunderkrankung nicht bei allen in Frage kommenden Patienten anwendbar ist.

### **Fertilitätsprotektion beim präpubertären Knaben**

Die Kryokonservierung von Spermien ist beim präpubertären Jungen nicht durchführbar. In dieser Entwicklungsphase ist die Spermatogenese noch nicht initiiert. Für Jungen zu Beginn der



Pubertät mit bereits entwickelter Spermatogenese, die noch nicht oder krankheitsbedingt nicht ejakulieren können, bietet sich die Möglichkeit, Spermien durch Extraktion aus dem Hodengewebe für die Kryokonservierung zu gewinnen.

Die Gewinnung von Hodengewebe durch Biopsien aus dem präpubertären kindlichen Hoden eröffnet die Chance, spermatogoniale Stammzellen vor Therapiebeginn zu gewinnen und durch die Kryokonservierung langfristig zu erhalten. Drei derzeit noch experimentelle Strategien zur Generierung von Spermien können prinzipiell Anwendung finden.

Derzeit wird für Deutschland das Netzwerk zur Fertilitätsprotektion unter dem Namen „Androprotect“ gemeinsam zwischen Urologen, Andrologen, Reproduktionsbiologen und den pädiatrischen Onkologen aufgebaut, das der systematischen Erfassung und Erforschung dieser Möglichkeiten dient.

### **Zusammenfassung**

Die Kryokonservierung von Spermien (aus Ejakulat oder Hodengewebe) für die spätere ART ist die klinisch etablierte Option zur Fertilitätsprotektion bei onkologischen Patienten mit einer medizinischen und juristischen Notwendigkeit. Ist die Kryokonservierung des Ejakulats nicht möglich, so können testikuläre Spermien operativ gewonnen werden. Beim präpubertären Jungen besteht prinzipiell die Möglichkeit der Kryokonservierung von Hodengewebe mit dem Ziel, aus spermatogonialen Stammzellen später Spermien zu gewinnen. Dieser Ansatz ist derzeit experimentell und wird interdisziplinär bearbeitet.



**Prof. Dr. med. Sabine Kliesch**  
**Pressesprecherin der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V.**  
**Chefärztin der Klinischen Andrologie**  
**Centrum für Reproduktionsmedizin und Andrologie**  
**Universitätsklinikum Münster**

## Curriculum vitae

### Studium

1984 – 1991	Studium der Humanmedizin, Westfälische Wilhelms-Universität Münster
1985 – 1987	Studium der Sinologie und Sozialwissenschaften, Westfälische Wilhelms-Universität Münster (ohne Abschluss)
20.06.1991	Approbation als Ärztin im Praktikum
01.01.1993	Approbation als Ärztin

### Klinischer und Wissenschaftlicher Werdegang

07 / 1991 – 12 / 1994	Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Institut für Reproduktionsmedizin, WWU Münster, WHO-Kollaborationszentrum zur Erforschung der menschlichen Fertilität, Direktor Univ.-Prof. Dr. med. E. Nieschlag
01 / 1995 – 05 / 2008	Wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Klinik und Poliklinik für Urologie, Direktor Univ.-Prof. Dr. med. L. Hertle, Universitätsklinikum Münster
06 / 2001 – 12 / 2005	Oberärztin der Klinik und Poliklinik für Urologie, UKM
01 / 2006 – 05 / 2008	Leitende Oberärztin der Klinik und Poliklinik für Urologie, UKM
derzeitige Position:	Chefärztin der Abteilung für Klinische Andrologie, Centrum für Reproduktionsmedizin und Andrologie, UKM (seit 01.06.2008)



### **Klinische Qualifikationen**

28.05.1997	Klinische Andrologin der Europäischen Akademie für Andrologie (EAA)
26.08.2000	Fachärztin für Urologie
21.01.2006	Zusatzbezeichnung Andrologie
25.04.2009	Zusatzbezeichnung Medikamentöse Tumorthherapie

### **Akademische Qualifikationen**

11.11.1991	Promotion zum Doktor der Medizin mit der Note „Magna cum laude“ an der Medizinischen Fakultät der WWU Münster.
30.10.2001	Habilitation und Erteilung der Venia legendi für das Fachgebiet „Urologie“ an der Medizinischen Fakultät der WWU Münster
16.05.2006	Ernennung zur „außerplanmäßigen Professorin“ durch die Medizinische Fakultät der WWU Münster

### **Berufungen in Verantwortliche Funktionen**

seit 2009	Mitglied der BÄK zur Einrichtung der RiLiBÄK Ejakulatanalyse
seit 2010	Mitglied Male Hypogonadism Panel der EAU
seit 2011	Mitglied ESHRE Task Force Fertility Preservation in Severe Diseases – Subgroup Male Fertility Preservation
seit 10 / 2011	Mitglied des Beirates der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) für den Bereich Männergesundheit
seit 04 / 2012	Vorsitzende der Fachgruppe „Ejakulatuntersuchungen“ der Bundesärztekammer und Mitglied des Beirates der Bundesärztekammer



### **Vorstände Wissenschaftlicher FachGesellschaften**

1992 – 1996	Schriftführerin der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA)
01 / 2005 – 12 / 2008	Mitglied des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Andrologie
01 / 2011 – 12 / 2013	DGA Medienbeauftragte, Tagungspräsidentin 2013
seit 10 / 2008	Mitglied des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Urologie (Schriftführerin und Pressesprecherin; Ressort Öffentlichkeitsarbeit)
seit 04 / 2012	Sprecherin der urologischen interdisziplinären „German Testicular Cancer Study Group“
seit 10 / 2012	Mitglied des Vorstandes der AUO der Deutschen Krebsgesellschaft

### **Publikationen**

1. Originalarbeiten (Zeitschriften)	Gesamtzahl	100
2. Übersichtsarbeiten (in Zeitschriften u. Suppl.)	Gesamtzahl	36
3. Buchbeiträge	Gesamtzahl	55
4. Publikationen mit Fortbildungscharakter	Gesamtzahl	69



**Referent: Prof. Dr. med. Bernd Wullich**  
**Mitglied des Vorstandes der DGU**  
**Leiter Ressort Forschungsförderung**  
**Direktor der Urologischen Klinik und Poliklinik**  
**Universitätsklinikum Erlangen**

## Verfügbares Wissen erfassen, analysieren und zugänglich machen: DGU gründet ein Zentrum für evidenzbasierte Medizin in der Urologie

Die Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V. hat jetzt den Grundstein für den Aufbau eines Zentrums zur Verbesserung des Wissenstransfers aus der klinischen Forschung in die tägliche Praxis gelegt. Der Prozess des Wissenstransfers vom Wissenschaftler zum klinisch tätigen Arzt wird im englischen Schrifttum als „knowledge translation“ bezeichnet und ist ein wichtiger Bestandteil der evidenzbasierten Medizin.

Durch den Namen UroEvidence signalisiert die DGU, dass medizinische Interventionen und Diagnostiken auf dem Boden gesicherter wissenschaftlicher Erkenntnisse basieren sollten und unterstützt als eine der ersten medizinischen Fachgesellschaften in Deutschland die konsequente wissenschaftliche Arbeit im Bereich der evidenzbasierten Medizin. Nach dem Aufbau des nationalen urologischen Studienregisters führt sie damit folgerichtig ihre Aktivitäten mit dem Ziel fort, das Wissen in der Urologie auf der Grundlage aktuellster klinischer Studien und medizinischer Veröffentlichungen zusammenzutragen und strukturiert aufzuarbeiten.

Mit UroEvidence reagiert die Fachgesellschaft auf die aktuellen Probleme, die im ärztlichen Alltag auftreten. Es ist bekannt, dass neues medizinisches Wissen aus klinischen Studien ca. 10 – 15 Jahre benötigt, bis es in die praktische Routine zur Versorgung von Patienten eingeht. Zudem werden neue



Therapieverfahren zum Teil überstürzt und ohne vorhergehende Nutzen-Risiko-Prüfung eingeführt und bereits ausreichend erforschte Themengebiete geraten in Vergessenheit. Dies kann unter Umständen zur Wiederholung von klinischen Studien führen, die aus ethischer Sicht nicht zu rechtfertigen sind. Um der Flut von wissenschaftlichen Informationen zu begegnen, werden sogenannte systematische Übersichtsarbeiten erstellt. Hierbei erfolgt anhand einer konkreten klinischen Fragestellung eine systematische Literatursuche nach der qualitativ hochwertigsten wissenschaftlichen Evidenz. Die in der Literatur vorhandenen Erkenntnisse werden zusammengefasst und ermöglichen einen schnellen und umfassenden Überblick über einen klinischen Teilbereich. Die wissenschaftlichen Ergebnisse werden zudem kritisch bezüglich der klinischen Relevanz und Validität bewertet. Dies alles erfolgt anhand einer vorher festgelegten Methodik nach den Empfehlungen der Cochrane Collaboration. Zu diesem Zweck erfolgt auch eine enge Kooperation mit dem Deutschen Cochrane Zentrum in Freiburg. Der Leiter des Deutschen Cochrane Zentrums in Freiburg, Prof. Dr. rer. nat. Gerd Antes, hat durch seine große Erfahrung geholfen, UroEvidence mit zu entwickeln und aufzubauen. Um die Arbeit wissenschaftlich fundiert durchführen zu können, besteht die Arbeitsgruppe aus einer Informationswissenschaftlerin, die im DGU-Hauptstadtbüro ihren Arbeitsplatz innehat, und einem Board von zehn urologischen Reviewern, die bereits über Erfahrungen mit wissenschaftlichen Arbeiten verfügen und vom Deutschen Cochrane Zentrum für diese Arbeiten qualifiziert werden. Die Arbeitsgruppe wird statistisch vom Institut für Medizinische Biometrie und Informatik der Universität Heidelberg unterstützt.

Die Basis allen medizinischen Handelns ist es, klinische Entscheidungen durch eine Integration wissenschaftlicher Erkenntnisse zu belegen, kritisch zu hinterfragen und sie damit abzusichern. Das neu gegründete Zentrum soll helfen, den aktuellen Stand der Wissenschaft mittels systematischer Übersichtsarbeiten für die klinische Arbeit der Urologen routinemäßig nutzbar zu machen. Dabei darf aber die Rolle des behandelnden Arztes nicht übersehen werden, da seine





Erfahrung und sein Können nicht durch aktuellste Forschungsergebnisse ersetzt werden können. Erst das Urteilsvermögen und der Sachverstand der Ärzte/innen entscheiden darüber, ob Ergebnisse aus systematischen Übersichtsarbeiten und Metaanalysen auf den individuellen Patienten anwendbar sind. Das alleinige Präsentieren von wissenschaftlichen Erkenntnissen reicht aber nicht aus. Um den Wissenstransfer aus der klinischen Forschung in die Praxis zu verbessern, müssen aus den wissenschaftlichen Erkenntnissen Handlungsempfehlungen in Form von Leitlinien resultieren. Hierfür soll eine enge Verzahnung von UroEvidence mit Leitliniengruppen, an denen die Urologie zentral beteiligt ist, erreicht werden. Damit kann UroEvidence die Arbeit von Leitliniengruppen unterstützen und hilft, Leitlinien auf ein evidenzbasiertes Fundament zu stellen. Darüber hinaus verfolgt UroEvidence aber auch ein eigenständiges wissenschaftliches Interesse. Zusammen mit dem Deutschen Cochrane Zentrum soll UroEvidence mithilfe einer neu entwickelten Untersuchungssystematik aufzeigen, zu welchen Themenbereichen in der Urologie derzeit keine brauchbaren Studien vorliegen, wissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse fehlen und somit noch Forschungsbedarf besteht. Diese Erkenntnisse sollen wiederum die Basis für die Planung und Durchführung neuer Studien bilden.

UroEvidence stellt somit einen weiteren Schritt in der konsequenten Weiterentwicklung und Festigung bereits bestehender Strukturen in der Urologie dar und ermöglicht die Verknüpfung und Zusammenarbeit der verschiedenen Tätigkeitsbereiche und Arbeitsgruppen innerhalb der DGU.



**Prof. Dr. med. Bernd Wullich**  
**Mitglied des Vorstandes der DGU**  
**Leiter Ressort Forschungsförderung**  
**Direktor der Urologischen Klinik und Poliklinik**  
**Universitätsklinikum Erlangen**

## Curriculum vitae

### Universitätsausbildung

1979 – 1985                      Medizinstudium an der Albert-Ludwigs-Universität  
in Freiburg/Br.

### Klinischer und wissenschaftlicher Werdegang

11 / 1985                      Approbation

11 / 1985                      Promotion zum Dr. med.  
an der Albert-Ludwigs-Universität in Freiburg/Br.

02 / 1995                      Facharzt für Humangenetik

11 / 1995                      Habilitation und Ernennung zum Privatdozenten  
für Humangenetik

01 / 1998                      Facharzt für Urologie

01 / 1999                      Erweiterung der Habilitation mit Verleihung  
der Venia legendi für das Fach Humangenetik,  
Urologie und Kinderurologie

08 / 2003                      Verleihung des Titels eines APL-Professors durch die  
Universität des Saarlandes

seit 09 / 2007                      Ordinarius für Urologie, Friedrich-Alexander-Universität  
Erlangen-Nürnberg

### Wichtigste berufliche Tätigkeiten nach Abschluss des Studiums

12 / 1985 – 02 / 1987    truppenärztliche sowie flug- und arbeitsmedizinische  
Tätigkeit als grundwehrdienstleistender Sanitätsoffizier



- 04 / 1987 – 10 / 1987 wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Medizinischen Universitätsklinik Freiburg, Abteilung Hämatologie-Onkologie
- 11 / 1987 – 10 / 1989 Ausbildungsstipendiat der Deutschen Forschungsgemeinschaft
- 11 / 1987 – 01 / 1989 Institut für Humangenetik und Anthropologie der Universität Freiburg, Direktor: Prof. Dr. U. Wolf
- 01 / 1989 – 07 / 1989 The Genetics Center of SBRI, Scottsdale, Arizona/USA, Direktoren: Drs. F. Hecht und A.A. Sandberg
- 8 / 1989 – 10 / 1989 Institut für Humangenetik und Anthropologie der Universität Freiburg
- 01 / 1990 – 09 / 1991 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Humangenetik der Universität des Saarlandes
- 10 / 1991 – 08 / 2007 wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Klinik und Poliklinik für Urologie und Kinderurologie der Universität des Saarlandes
- 12 / 2000 – 09 / 2004 Oberarzt der Klinik
- 09 / 2004 – 08 / 2007 Leitender Oberarzt der Klinik
- seit 09 / 2007 Direktor der Urologischen Klinik am Universitätsklinikum Erlangen

### **Sonstige Tätigkeiten**

- seit 09 / 2007 Mitglied des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Urologie und Leiter des Ressorts Forschungsförderung
- seit 10 / 2008 Vorsitzender der Arbeitsgruppe Urologische Forschung
- seit 11 / 2008 2. Vorsitzender des Deutschen Prostatakarzinom Konsortiums (DPKK) e.V.
- 2010 – 2012 Vizepräsident der Bayerischen Urologenvereinigung e.V.
- seit 2012 Präsident der Bayerischen Urologenvereinigung e.V.
- seit 04 / 2012 Mitglied des Fachkollegiums der DFG



**Referent: Dr. med. Wolfgang Bühmann**  
**Pressesprecher des Berufsverbandes der Deutschen Urologen e.V.**

## Vom Pädiater zum Urologen Jungensprechstunde – Begleitung bei Problemen in der Pubertät

Mädchen erhalten durch die traditionell meist enge Bindung an ihre Mutter und den frühen Kontakt zum Gynäkologen hinsichtlich der Beratung zur Kontrazeption überwiegend eine gute Ansprache für ihre Probleme in der Übergangszeit vom Mädchen zur Frau. Männlichen Jugendlichen fehlt dagegen oft ein akzeptierter Partner für ihre psychischen wie somatischen Konflikte, da die Väter ihnen aus verschiedenen Gründen eher selten als Gegenüber zur Verfügung stehen – das sollte ein Anlass sein, ihnen analog der Gynäkologen den Urologen als Ansprechpartner anzubieten.

Die seelische wie körperliche Umstellung während der Pubertät, insbesondere in der Phase, wenn die Entwicklung der geistigen Vernunft nicht Schritt hält, führt zu zahlreichen Fragen und Konflikten bei männlichen Jugendlichen, die sie aus Schamgefühl oder wegen beginnender Lösung von den Eltern gerade zuhause nicht besprechen möchten. Leider bieten die aktuellen Medien im Print-, TV- oder Internet-Bereich keine geeigneten Alternativen, da sie keinerlei Qualitätskontrollen unterliegen und sogar eher kontraproduktiv Informationen vermitteln, die die Unsicherheit eher verstärken als reduzieren.

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



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

Zur angemessenen Beratung kann hier der Urologe beitragen, indem er sich als qualifizierter, ärztlicher Begleiter für das ganze Männerleben beispielsweise mit den Diagnosen Leistenhoden, Phimose, Enuresis, Klinefelter Syndrom, Hodentorsion, Hodentumor, Sexualstörungen in jedem Alter, urologische Infektionen, die Erkrankungen beim Älterwerden wie ED, Androgendefizit, BPS und die urologischen Tumorerkrankungen zukünftig auch für eine Jungensprechstunde engagiert, um damit diese Lücke im Männerleben zu schließen.

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



Mit einer Umfrage der Zeitschrift „Bravo“ (Autorin: Marthe Kniep) konnten die Wünsche der Jungen an eine urologische Jungensprechstunde ermittelt werden: Vor allem Diskretion und gute Informationen sind demnach (siehe Tabelle) besonders wichtig.

Damit steht eine valide, präferenzbasierte Plattform zur Planung einer effektiven und erfolgreichen urologischen Jungensprechstunde zur Verfügung, mit der die deutschen Urologen eingeladen werden, sich daran engagiert zu beteiligen.



# Wünsche der Jungen an eine urologische Jungensprechstunde

## Umfrage der Zeitschrift „Bravo“ (Autorin: Marthe Kniep)

Wir möchten gern wissen, worauf es Dir beim Urologen-Besuch ankommt, wenn Du als Junge zu diesem Facharzt gehst und welche Erfahrungen Du dort vielleicht schon gemacht hast. Du kannst bis zu fünf Stimmen abgeben. Danach erfährst Du, wie die anderen User über den Besuch beim Urologen denken.

15% 785 Stimmen	Hauptsache der Arzt ist nett und erklärt mir gut was ich habe.
17% 868 Stimmen	Ich finde es wichtig, dass ich am Empfang nicht für alle hörbar sagen muss, was mein Problem ist.
17% 873 Stimmen	Wenn ich im Behandlungszimmer bin, wäre ich gern allein mit dem Arzt – ohne Arzthelferin.
13% 670 Stimmen	Sollte er zum Untersuchen meinen Penis oder Hoden anfassen müssen, wäre es mir wichtig, dass er mir vorher erklärt, warum das sein muss.
8% 426 Stimmen	Ich finde es gut, wenn der Arzt mir von sich aus wichtige Dinge über den männlichen Körper erklärt, ohne dass ich danach fragen muss.
2% 121 Stimmen	Ich war schon mal beim Urologen und war froh, dass ich hinterher wusste, was ich habe bzw. wie ich mein Problem in den Griff kriege.
3% 135 Stimmen	Ich war schon mal beim Männerarzt. Es war mir zwar etwas peinlich, aber schlimm war es wirklich nicht.
1% 42 Stimmen	Bei meinem Urologen-Termin hat mir der Arzt leider zu wenig erklärt und ist gar nicht so richtig auf mich eingegangen. Er hat mir zwar geholfen, aber das hätte er auch netter machen können.
10% 501 Stimmen	Meine wirklich intimen Fragen würde ich einen Urologen nur fragen, wenn ich das Gefühl habe, dass ich ihm vertrauen kann und er meinen Eltern nicht davon erzählt.
7% 347 Stimmen	Ich fänd es gut, wenn es bei Urologen eine Jungensprechstunde für jugendliche Patienten gäbe, in der extra auf typische Fragen von Jungen eingegangen wird.
7% 345 Stimmen	Wenn möglich, würde ich lieber zu einer Urologin gehen als zu einem männlichen Arzt.



**Dr. med. Wolfgang Bühmann**  
**Pressesprecher des Berufsverbandes der Deutschen Urologen e.V.**

## Curriculum vitae

Geboren 27.01.1958 in Nienburg/Weser, verheiratet, vier Kinder

### **Beruflicher Werdegang**

seit 2008	Urologische Privatpraxis in Wenningstedt/ Sylt
1992 – 2007	Niederlassung als Urologe und Belegarzt in Nienburg/Weser
1984 – 1991	Weiterbildung Chirurgie der KKH Eutin und Neustadt/Holstein, Wiss. Mitarbeiter Urologische Klinik Medizinische Hochschule Hannover, Oberarzt und stellv.Klinikleiter Urologische Klinik Städt.Kliniken Delmenhorst
1984	Promotion Med.Fakultät der Freien Universität Berlin
1977 – 1984	Studium der Humanmedizin Freie Universität Berlin
1976 – 1977	Studium Physik Freie Universität Berlin
1976	Abitur Albert-Schweitzer-Schule Nienburg

### **Mitgliedschaften/Positionen**

seit 2011	BDU-Editor/Schriftleiter „Der Urologe“ (Springer Verlag)
seit 2011	Pressesprecher des Berufsverbandes der Deutschen Urologen e.V.
2007 – 2010	Vorsitzender des Innovationsausschusses im BDU
seit 2006	Mitglied „European Association of Urology“
2005 – 2008	Landesvorsitzender Niedersachsen im Berufsverband der Deutschen Urologen
2004	stv. Mitglied Prüfungsausschuss Wirtschaftlichkeit/Arzneimittel der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen





2002	Mitglied Leitlinienkommission Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU)
2001	1. Vizepräsident Berufsverband der Deutschen Urologen (BDU)
2000	Sprecher Hauptausschuss BDU
seit 1999	Mitglied im Ausschuss für Innovation und Qualitätsmanagement BDU
1998 – 2008	stv. Vorsitzender Ärzteverein Nienburg
1997 – 2001	Landesvorsitzender Niedersachsen im BDU
seit 1986	Mitglied der Vereinigung Norddeutscher Urologen e.V.
seit 1986	Mitglied der Berliner Urologischen Gesellschaft
seit 1986	Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Urologie
seit 1985	Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

### **Sonstige Tätigkeiten**

2004	Herausgeber und Autor: „Individuelle Gesundheitsleistungen in der urologischen Praxis“ (Springer Verlag Heidelberg, Berlin, New York)
2004	Akkreditierung als Trainer für QEP „Qualität und Entwicklung in Praxen“ bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Berlin
seit 2002	Herausgeberbeirat „Uro-News“
2001	Akkreditierung als EFQM-Assessor
2001	Curriculum „Ärztliches Qualitätsmanagement“ Ärztammer Niedersachsen
seit 1999	bundesweite berufspolitische Seminare (ca. 200 Veranstaltungen)
seit 1987	Einsätze als Schiffsarzt weltweit



**Dr. med Axel Schroeder**  
**Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Urologen e.V.**

## Curriculum vitae

25.06.1953	geb. in Flensburg, verheiratet, 3 Kinder
1987 – 1989	Praxis: Haart in 24534 Neumünster
1973	Nach dem Abitur Marineoffizier im Schnellbootgeschwader der Deutschen Bundesmarine
10 / 1978	Studium der Humanmedizin an der Ruhr-Universität zu Bochum
1984	Abschluss des Studiums an der Ruhr-Universität zu Bochum mit der Approbation Promotion an der Urologischen Klinik der Ruhr-Universität Bochum, Herne Marien-Hospital, unter Prof. Dr. med. Theodor Senge. Thema: „Biomorphometrische quantitative Analyse des Effektes des Antiandrogens Cyproteronacetat an der Steroid-induzierten Prostatahyperplasie des kastrierten Hundes“
12 / 1988	Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin im o.g. Dissertationsverfahren mit dem Gesamturteil „sehr gut“
12.11.1984 – 31.12.1985	Beginn der Facharztausbildung für Urologie als Assistenzarzt in der Chirurgischen Abteilung des Evangelischen Krankenhaus „Hausemannstift“ unter der Leitung von Dr. med. E. A. Strenge, Dortmund
seit 01.01.1986	Assistenzarzt an der Urologischen Klinik der Städtischen Kliniken Offenbach, unter der Leitung von Prof. Dr. med. U. Tunn
28.02.1990	Prüfung zur Anerkennung als „Arzt für Urologie“ in Wiesbaden



seit 01.04.1990	Facharzt für Urologie (Andrologie + medikamentöse Tumorthherapie) in Neumünster
seit 1986	Prüfarzt mit Teilnahme an Phase III + IV-Studien in Klinik und Praxis
seit 1985	Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V. (Mitglied des Arbeitskreises Prävention-Umwelt-Komplementärmedizin )
seit 1990	Mitglied des Berufsverbandes der Deutschen Urologen e.V. (2. Vizepräsident bis September 2006 und Mitglied im Innovationsausschuss)
seit 1997	Landesvorsitzender des BDU e.V. Schleswig-Holstein
von 1996 – 2000	Mitglied der Abgeordnetenversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein.
2006 – 2010	Mitglied im Fachausschuss Fachärzte der KVSH
seit 2000	Vorsitzender der AG Fachärztlicher Berufsverbände Schleswig Holstein
seit 10 / 2008	Vorstandsvorsitzender des Bund der Urologen e.G.
seit 02 / 2005	Vorstandsmitglied der Ärztenossenschaft Schleswig-Holstein Vorstand im NordOstsee Prostatanetz
04 / 2007 – 2013	Vorstand im Medizinisches Praxisnetz Neumünster (MPN)
seit 09 / 2010	Präsident des BDU e.V.
seit 2013	Vorstandsmitglied im Spitzenverband der Fachärzte Deutschlands (SpiFa e.V.)



## Überblick

# Interessante Veranstaltungen für Medienvertreter

### Donnerstag, 26. September 2013

	<b>Schülertag</b>
8.30 bis 12.30 Uhr	Börse/Gartensaal
	<b>Öffentlichkeitsforum 1</b>
	PSA-Screening
13.00 bis 14.45 Uhr	Messe Dresden, Saal 1
	<b>DGU-Eröffnungs-Pressekonferenz</b>
15.00 bis 16.30 Uhr	Messe Dresden, Saal 2
	<b>Patientenforum</b>
19.00 bis 21.00 Uhr	Messe Dresden, Saal 6

### Freitag, 27. September 2013

	<b>Kongresslauf zugunsten „Die Ärzte für Afrika e.V.“</b>
7.00 Uhr	Start, vor Ort ist der <b>Botschafter von Ghana</b> Großer Garten Dresden, Ecke Karcherallee/Hauptallee
	<b>Schülertag</b>
8.30 bis 12.30 Uhr	Börse/Gartensaal
	<b>Berufspolitisches Forum (BDU/DGU)</b>
	Ökonomisierung in der Medizin
8.30 bis 10.00 Uhr	Messe Dresden, Saal 4
	<b>Öffentlichkeitsforum 2</b>
	Urologie im Spiegel gesellschaftlicher Kontroversen
10.30 bis 12.00 Uhr	Messe Dresden Saal 2
	<b>Pressegespräch</b>
12.00 bis 13.00 Uhr	Messe Dresden, Raum Rotterdam