



Eröffnungs-Pressekonferenz

20. September 2006, 11.30-13.00 Uhr

anlässlich des 58. Kongresses der

Deutschen Gesellschaft für Urologie e. V.

vom 20. bis 23. September 2006

in Hamburg



Inhalt der Pressemappe

Teilnehmerliste der Pressekonferenz

Foto-Hinweis

**Referat Professorin Dr. Margit Fisch:
„Kinderurologie“
Lebenslauf & Veranstaltungstipps**

**Referat Professorin Dr. Daniela Schultz-Lampel:
„Urologie der Frau“
Lebenslauf & Veranstaltungstipps**

**Referat Professor Dr. Michael Stöckle:
„Neue Chancen in der Urologischen Krebstherapie“
Lebenslauf & Veranstaltungstipps**

**Professor Dr. Wolfgang Weidner:
„Männergesundheit“
Lebenslauf & Veranstaltungstipps**

**Referat Dr. Klaus Schalkhäuser:
„Staatsmedizin und Planwirtschaft drohen“
Lebenslauf & Veranstaltungstipps**

Ausgewählte Veranstaltungs-Highlights



Fotohinweis

Alle Referenten-Fotos finden Sie im Internet
zum download unter

www.wahlers-pr.de/pkfotos



Teilnehmer der Eröffnungs-Pressekonferenz

Professor Dr. Dieter Jocham

Direktor der Klinik und Poliklinik für Urologie
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
Campus Lübeck, Kongress-Präsident und DGU-Präsident

Professorin Dr. Margit Fisch

Chefärztin des Urologischen Zentrums Hamburg,
Pressesprecherin der DGU, Moderatorin der Pressekonferenz

Professorin Dr. Daniela Schultz-Lampel

Direktorin und ärztliche Leiterin des Kontinenzentrums
Südwest, Villingen-Schwenningen

Professor Dr. Michael Stöckle

Direktor der Klinik und Poliklinik für Urologie und
Kinderurologie, Universitätskliniken des Saarlandes,
Generalsekretär der DGU

Professor Dr. Wolfgang Weidner

Direktor der Klinik und Poliklinik für Urologie und
Kinderurologie, Universitätsklinikum Gießen

Dr. Klaus Schalkhäuser

Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Urologen e.V.



Referentin: Prof. Dr. Margit Fisch, Hamburg

Thema: „Kinderurologie“

Kinderurologische Hauptthemen des diesjährigen Kongresses sind die angeborenen Fehlbildungen der Geschlechtsorgane und des Harntraktes sowie die bildgebende Diagnostik dieser Erkrankungen. Aber auch minimal invasive Techniken wie die Laparoskopie oder die endoskopischen Interventionen haben Einzug in das Gebiet der Kinderurologie gehalten.

Drei bis sechs Prozent aller männlichen Neugeborenen sind von einer Hodenfehlage betroffen: Bleibt sie unbehandelt, droht den kleinen Patienten eine spätere Unfruchtbarkeit. Dabei geht der Trend zu einer immer früheren Behandlung. Noch vor wenigen Jahren galt die Empfehlung: die Behandlung des Hodenhochstandes sollte bis zum Ende des zweiten Lebensjahres abgeschlossen sein. Heute wird eine Therapie bereits im ersten Lebensjahr gefordert. Dies steht im krassen Gegensatz zu der Realität: verschiedene Arbeitsgruppen in Deutschland haben gezeigt, dass häufig Kinder erst sehr spät (im Alter von bis zu 7 Jahren) einer Operation zugeführt werden. Hier ist weitere Aufklärungsarbeit dringend erforderlich. Galt der Pendelhoden (ein Hoden, der zeitweise in der Leiste, zeitweise im Hodensack liegt) bisher als nicht behandlungsbedürftig, so wird aufgrund neuerer Daten zumindest für Hoden mit überwiegender Lage in der Leiste eine operative Behandlung empfohlen. Die Erfolgsraten einer Hormonbehandlung sind, was das Tieftreten des Hodens anbelangt, bekannter Weise schlecht. Neuere Daten einer Innsbrucker Arbeitsgruppe lassen schlussfolgern, dass durch eine Hormongabe die Fertilität im Langzeitverlauf aber positiv beeinflusst werden kann.



Bei der bildgebenden Diagnostik geht der Trend klar in Richtung der nicht strahlenbelasteten Verfahren wie Ultraschall und insbesondere Magnetresonanztomographie (MRT). Durch die Entwicklung von Kontrastmitteln für den Ultraschall können Röntgenuntersuchungen z.B. der Blase bei nahezu gleicher Aussagekraft der Untersuchung durch den Ultraschall ersetzt werden. Auch dreidimensionale Rekonstruktionen sind heute mit modernen Ultraschallgeräten möglich. Die Zukunft liegt aber klar in der MRT. Mittels kinderadaptierter Spulen und moderner Technik kann mit einer Untersuchung sowohl die Anatomie dargestellt als auch die Funktion überprüft werden. Dadurch wird sowohl ein Kontraströntgen z.B. der Nieren als auch eine Funktionsdiagnostik mittels Nierenzintigraphie – beides strahlenbelastete Verfahren- durch eine strahlenfreie Untersuchung ersetzt. Leider sind aufgrund der höheren Kosten sowohl der Kontrastmittelultraschall als auch die spezielle Kinder-MRT bisher nur an wenigen Zentren möglich.

Durch die Entwicklung neuerer Substanzen werden zunehmend Kinder mit einem vesikorenalen Reflux (Aufsteigen des Urins von der Blase in die Niere) mit „minimal invasiven“ Therapien behandelt. Dabei wird endoskopisch (mittels Blasenspiegelung) die Substanz unter die Harnleitermündungsstelle in der Blase gespritzt. Während die früher zur Verfügung stehenden Substanzen eine Wanderung der Partikel z.B. ins Gehirn zeigten und damit in den USA nicht zugelassen wurden, scheinen die neueren Substanzen, wie Dextranomer / Hyaluronsäure oder Polytetrafluoroethylen diesbezüglich sicher zu sein. Allerdings liegen die Erfolgsquoten mit im Mittel maximal 76 Prozent nach einer Behandlung deutlich unter denen der operativen Verfahren (Erfolgsrate 96 Prozent). Für höhergradige Refluxe, Doppelnieren und bei neurogenen Blasenstörungen sind die Ergebnisse der Unterspritzung deutlich schlechter.



Ausserdem fehlen bisher Langzeitstudien mit entsprechenden Daten zum Auftreten eines Rezidivs, Harnwegsinfekten oder Nierennarben. Auch die Laparoskopie als minimal invasive Methode wird zunehmend bei Kindern eingesetzt. Etabliert ist sie bei der Hodensuche (alle Altersgruppen) und bei der Nierenbeckenplastik zur Behandlung einer angeborenen Harnleiterabgangsenge ab dem 4. Lebensjahr.

Für Entfernungen von nicht funktionierenden Nieren wird sie derzeit ab dem 2. Lebensjahr durchgeführt. Ihr Einsatz wird darüberhinaus ausgeweitet auf die partielle Entfernung von Nieren oder Harnleiterstümpfen, ist aber beschränkt auf spezialisierte Zentren. Eine endgültige Bewertung der Techniken, was Sicherheit und Komplikationsrate im Vergleich zu offen operativen Verfahren anbelangt, steht aber für die Kinderurologie noch aus.



Veranstaltungstipps zur Thematik „Kinderurologie“

Freitag , 22.09.2006

N 10:30 – 12:00 A Saal B (SAS) AK-S 17:
Kinderurologie Oberer Harntrakt – Obstruktion

Funktionsdiagnostik Riccabona, Michael, Graz
Subpelvinstenose

Krege, Susanne; Rübber, Herbert, Essen
Doppelniere: Ektoper Harnleiter/Ureterocele

Westenfelder, Martin, Krefeld, Primärer Megaureter

Rösch, Wolfgang, Regensburg

Donnerstag, 21.09.2006

N 13:30 – 15:30 A Saal 4 FO 8 Kinderurologie

Kinderurologie: Quo vadis 2010? – SIU lecture
Thüroff, Joachim W., Mainz 15 Min
Refluxtherapie: Unterspritzen oder nicht?

Fisch, Margit, Hamburg 15 Min
Fortschritte in der kinderurologischen Bildgebung

Darge, Dassa, Würzburg 15 Min
Hodenhochstand: Neue Erkenntnisse

Rösch, Wolfgang, Regensburg 15 Min
Pädiatrische Nephrologie für Urologen

Kuwertz-Bröking, Eberhard, Münster 15 Min

Freitag, 22.09.2006

Klinische Postersitzung N 10:30 – 12:30 A
Saal 13/14 P KLIN 8 Kinderurologie



**Prof. Dr. Margit Fisch, Chefärztin Urologisches Zentrum Hamburg,
Asklepios Klinik Harburg**

Curriculum vitae

Persönliche Daten

Name: Fisch
Vorname: Margit
Akademischer Grad: Prof. Dr. med.
Geboren: Dillingen/ Saar, am 04. August 1961

Schulbildung

1967 – 1971: Grundschule Reimsbach-Oppen
1971-1980 Staatliches Gymnasium Dillingen
Abitur: 03. Juni 1980, ausgezeichnet mit dem
Scheffelpreis

Sprachen: Französisch, Englisch, großes Latinum

Studium

WS 1980/81 - SS 1985
Medizin an der Universität des Saarlandes:
24. August 1982: Ärztliche Vorprüfung
19. August 1983: 1. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
23. August 1985: 2. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung



01. Oktober 1985 bis
30. September 1986: Praktisches Jahr an der Universitätsklinik
Homburg/Saar

30. Oktober 1986: 3. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
Approbation: 05. Dezember 1986

Facharztausbildung:

01. Januar 1987 bis
31. Dezember 1987: Clinique St. Thérèse, Luxembourg, Group Chirurgical
(Prof. Dr. F. Bleser, Dr. F. Risch, Dr. N. Weydert,
Dr. G. Mandres, Dr. C. Faber)

01. Januar 1988 bis
Februar 1992: Urologische Universitätsklinik Mainz

Facharzt:

10. Februar 1992: Anerkennung als Urologin durch die
Bezirksärztekammer Rheinhessen

Weitere berufliche Laufbahn

01. März 1992 bis
31. Dezember 1999: wissenschaftliche Angestellte der
Johannes Gutenberg-Universität in Mainz

März 1992 bis
August 1993: Assistenzärztin

Sept. 1993 bis
Mai 1997: Oberärztin



Juni 1997 bis
Dezember 1999: Leitende Oberärztin

01. Januar 2000 bis
31. Mai 2001: Leiterin des Schwerpunktes Kinderurologie
der Abteilung für Urologie und Kinderurologie
des AK Harburg

01. Juni 2001 bis
31. Dezember 2001: kommissarische Leiterin der Abteilung für Urologie
und Kinderurologie des AK Harburg

Derzeitige Position

Chefärztin
(seit 01. Januar 2002): Urologisches Zentrum Hamburg (UZH)
Abteilung für Urologie und Kinderurologie
Asklepios Klinik Harburg

Promotion

08. Juli 1987: bei Prof. Dr. G. Dhom, Leiter des Pathologischen
Institutes der Universität des Saarlandes
Thema: „Die Epidemiologie der Nierenzellkarzinome
im Saarland“

Habilitation:

26. Oktober 1995: Habilitationsschrift: „Optimierung der
Ureterosigmoidostomie, Entwicklung des
Sigma-Rektum Pouches“

30. März 2005: Ernennung zur „Ausserplanmässigen Professorin“
der Universität Mainz



Mitgliedschaften:

Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU)
(seit 09/2003 Vorstandsmitglied als Schriftführerin
und Pressereferentin)
Arbeitskreis Kinderurologie der DGU (Schriftführerin)
Berufsverband der Deutschen Urologen (BDU)
Vereinigung Norddeutscher Urologen
Deutsch-Japanische Gesellschaft
European Association of Urology (EAU)
European Society of Paediatric Urology (ESPU)
European Society of Genitourinary Reconstructive
Surgeons
(ESGURS) (Schriftführerin bis 2002,
z.Zt. Präsidentin)
American Association of Urology (AUA)
Society of Genitourinary Reconstructive Surgeons
(GURS)
(Board member, Präsidentin 2000 / 2001)
American Academy of Pediatrics (AAP),
Section Urology
Society of Pediatric Urologic Surgeons (SPUS)
Société Internationale d'Urologie (SIU)
Panafrican Association of Urology

Publikationen und publizierte Vorträge:

>390



Referentin: Prof. Dr. Daniela Schultz-Lampel, Villingen-Schwenningen

Thema: „Urologie der Frau“

Obwohl bei Frauen die unterschiedlichsten gutartig wie bösartigen oder auch entzündlichen Krankheiten der Nieren und der ableitenden Harnwege auftreten können, wird der Begriff „Urologie der Frau“ vor allem für Funktionsstörungen des unteren Harntraktes verwendet, die durch Probleme wie Harninkontinenz, Reizblasensymptome, rezidivierende Harnwegsinfekte, Beckenschmerzen sowie Senkungszustände der Beckenorgane mit deren Auswirkungen auf das Wasserlassen gekennzeichnet sind.

Synonym wird häufig der Ausdruck „Urogynäkologie“ gebraucht, durch den die interdisziplinäre Problematik dieser Störungen ausgedrückt wird, da sowohl Urologen als auch Gynäkologen, aber auch Proktologen sich mit diesen Erkrankungen konfrontiert sehen.

Harninkontinenz und Prolaps:

Störungen eines diffizilen Gleichgewichts der Beckenorgane

Aufgrund der engen Nachbarschaft der Organe des Beckens, deren diffizilen Aufgaben als Speicher- und Ausscheidungs-, Sexual- und Reproduktionsorgane, der hormonellen Beeinflussung des Urogenitaltraktes sowie den Auswirkungen von Schwangerschaften und Geburten sind Frauen häufig von Störungen im Urogenitaltrakt betroffen. 20-50 Prozent aller Frauen leiden an einer Harninkontinenz. Ebenso viele haben das Risiko im Laufe ihres Lebens einen Genitalprolaps zu entwickeln, der nicht nur zu Senkungsbeschwerden, sondern auch zu Harninkontinenz oder Blasenentleerungsstörungen sowie zu Stuhlgangsbeschwerden führen kann.



Obwohl nicht lebensbedrohlich, haben diese Erkrankungen einen großen Einfluss auf die Lebensqualität und oft auch die Sexualität der Betroffenen. Neben Alter und Partnerproblemen sind Harninkontinenz, Prolaps und Beckenschmerzsyndrome die häufigsten Ursachen sexueller Inaktivität.

Harninkontinenz und Prolaps: Erfolg durch interdisziplinäre Betrachtungsweise

In der Vergangenheit konzentrierte man sich in der Urologie hauptsächlich auf die Diagnostik und Therapie der Harninkontinenz und in der Gynäkologie auf die Korrektur von Senkungszuständen oder Urogenitalprolapsen.

Neue Erkenntnisse zum Pathomechanismus der Harninkontinenz und des Deszensus haben dazu geführt, Störungen des Beckenbodens heute zunehmend als zusammenhängenden Komplex zu betrachten, der neben der Behebung der funktionellen Störung der Harninkontinenz eine Korrektur zusätzlicher anatomischer Veränderungen wie Senkung von Blase, Scheide, Uterus oder auch Darm notwendig macht. Durch diese Komplexität ist gerade bei der Beckenbodenchirurgie der Frau eine interdisziplinäre Betrachtungsweise von Urologie, Gynäkologie und Viszeralchirurgie für eine erfolgreiche Behandlung unerlässlich. Ideale Voraussetzungen dazu bieten die in den letzten Jahren entstandenen interdisziplinären Kontinenz- und Beckenbodenzentren.

Bei richtiger Indikationsstellung und richtiger Wahl der Operationsverfahren sind Erfolgsraten zwischen 63 – 98 Prozent zu erzielen. Die Patientenzufriedenheit liegt allerdings nur bei 71 – 83 Prozent.

Während seit einigen Jahren minimal-invasive, spannungsfreie Bänder die Therapie der Harnbelastungsinkontinenz bestimmen, wird jetzt auch versucht, die aufwändigeren



Korrekturoperationen durch alloplastische Bandmaterialien zu vereinfachen. Der unkritische Einsatz von vermeintlich einfachen Methoden und die damit zunehmende Verbreitung spannungsfreier Schlingen und anderer bandunterstützter Korrekturverfahren führt trotz guter Erfolgsraten unweigerlich zu einer steigenden Zahl von Patientinnen mit postoperativen Komplikationen und Problemen. Daher rückt zunehmend das Management solcher Komplikationen und die Suche nach noch einfacheren und sichereren Methoden in das Interesse.

Stammzelltherapie: Blasenschwäche – mit Zelltherapie zum Erfolg?

Die Stammzelltherapie verspricht eine einfache und sichere Wiederherstellung eines defekten Blasenschließmuskels bei Harnbelastungsinkontinenz. Nach Entnahme einer kleinen Muskelprobe aus dem Oberarm, werden Muskelzellen isoliert und unter sterilsten Bedingungen vermehrt. Nach 8 Wochen können diese körpereigenen Muskelzellen durch die Harnröhre direkt in den Blasenschließmuskel injiziert werden, wo sie zur Regeneration und zum Aufbau des Schließmuskels führen. Den tatsächlichen Stellenwert dieser interessanten, innovativen Methode kann allerdings erst nach Langzeituntersuchungen an größeren Patientenkollektiven beurteilt werden.

Der Aktualität dieser Thematik trägt der diesjährige Urologenkongress Rechnung und widmet ein Hauptforum der „Urogynäkologie“, bei dem eine Round Table Diskussion mit Experten aus Urologie, Gynäkologie und Chirurgie die interdisziplinäre Bedeutung dieser Erkrankungen demonstriert.



Veranstaltungstipps zur Thematik „Urologie der Frau“

Zwei Vortragssitzungen beschäftigen sich in diesem Jahr speziell mit dem Thema „Urogynäkologie“.

In weiteren Vortrags- und Postersitzungen sowie Satellitensymposien werden u.a. auch Aspekte des Themas „Urologie der Frau“ angesprochen:

Mittwoch, 20.09.2006 16.30 – 18.00 Sat 2 Apogepha, Saal 8
Überaktive Blase: Was beeinträchtigt den Patienten?

Donnerstag, 21.09.2006 10.30 – 12.00 P klin 2 Unterer Harntrakt Therapie,
Saal B (SAS)

10.30 – 12.30 P exp 1 Lower Urinary tract research,
Saal 12

13.30 – 15.30 Fo 7 Urogynäkologie, Saal 1

In diesem Forum mit anschließender Round Table Diskussion werden aktuelle und innovative Therapiestrategien bei Harninkontinenz und Beckenbodenstörungen vorgetragen und interdisziplinär mit Experten aus Urologie, Gynäkologie und Chirurgie diskutiert.

13.30 – 15.30 V 1 Unterer Harntrakt Diagnostik,
Saal A (SAS)

19.00 – 21.00 Patientenforum
Deutsche Kontinenz Gesellschaft, Saal 6



Freitag, 22.09.2006

13.00 – 15.30 V 14 Urogynäkologie, Saal 13/14

Bei den Vorträgen über neue minimal-invasive Techniken zur Korrektur der weiblichen Harninkontinenz und Senkungszuständen stehen spezielle Indikationsstellungen, Komplikationen und deren Behandlungsmöglichkeiten im Mittelpunkt. Angesprochen werden auch Grenzgebiete wie Sexualstörungen bei Harninkontinenz oder weibliche Genitalverstümmelungen.

Samstag, 23.09.2006

8.00 – 10.00 V17 Unterer Harntrakt Therapie, Saal 7

Themen sind u.a. die operative Therapie der Harnbelastungsinkontinenz sowie die medikamentöse Therapie und Elektrotherapie der Harndranginkontinenz.

11.30 – 14.00 Fo 28 Was gibt es Neues? Saal 1

Inkontinenz / Urogynäkologie

Ein Thema dieses Forums sind Innovationen auf dem Gebiet der Inkontinenz und Urogynäkologie.



**Prof. Dr. Daniela Schultz-Lampel, Direktorin und ärztliche Leiterin
Kontinenzzentrum Südwest, Villingen-Schwenningen**

Curriculum vitae

Persönliche Daten

Name: Schultz-Lampel

Vorname: Daniela

Akademischer Grad: Prof. Dr. med.

Geboren: in Karlsruhe, am 20. März 1960

Schulbildung & Studium

Grundschule: 1966 – 1969, Volksschule Herxheim

Gymnasium: 1969 – 1978, Maria Ward Gymnasium, Landau

Abitur: Juni 1978, Reifeprüfung am Maria Ward Gymnasium, Landau

Medizinstudium: 1978 – 1984 an der Universität des Saarlandes, Homburg/Saar

Staatsexamen: 16. Oktober 1984 an der Universität des Saarlandes, Homburg/Saar (Note: „gut“/„befriedigend“)

Approbation: 25. Oktober 1984 durch den Minister für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung des Saarlandes



Promotion: Januar 1986 „cum laude“
Mentor: Prof. Dr. F.C. Sitzmann
„Messung pulmonaler Ventilationsstörungen mittels
81-Krypton-Inhalationsszintigraphie und
Blutgasanalysen bei mukoviszidosekranken Kindern“

Beruflicher Werdegang

Urologie: 1. Nov. 1984 – 31. Okt. 1988
Assistenzärztin der Klinik für Urologie,
Klinikum Barmen, Wuppertal,
(Direktor: Prof. Dr. K.-F. Albrecht
ab Sept. 1987: Prof. Dr. J.W. Thüroff)

Chirurgie: 1. Nov. 1988 – 31. Okt. 1989
Assistenzärztin der Klinik für Chirurgie,
Klinikum Barmen, Wuppertal
(Direktor: Prof. Dr. G. Engelhardt)

Urologie: 1. Nov. 1989 – 30. September 1990
Assistenzärztin der Klinik für Urologie und Kinder-
urologie, Klinikum Wuppertal,
(Direktor: Prof. Dr. J.W. Thüroff)

Facharztanerkennung: 15. Feb. 1990 durch die Ärztekammer Nordrhein

Oberarztstätigkeit: 1. Okt. 1990 – 29. Feb. 2000
Oberärztin der Klinik für Urologie und Kinderurologie,
Klinikum Wuppertal, (Direktor: Prof. Dr. J.W. Thüroff
seit 1. Nov. 1997 Prof. Dr. S. Roth)

1. März 2000 –
31. August 2000: Leitende Oberärztin der Klinik für Urologie und
Kinderurologie, Klinikum Wuppertal
(Direktor: Prof. Dr. S. Roth)

Anerkennung spezielle: 28. Feb. 1996 durch die Ärztekammer Nordrhein



Urologische Chirurgie/
Habilitation: 28. Dez. 1997
Universität Witten /Herdecke
„Neurophysiologische Grundlagen und klinische
Anwendung der sakralen Neuromodulation zur
Therapie von Blasenfunktionsstörungen“

Ärztliche Leitung: seit 1. Oktober 2000
Ärztliche Leitung des Kontinenzentrums Südwest
Klinikum der Stadt Villingen-Schwenningen

Vorstandsmitglied der
Deutschen
Kontinenz-Gesellschaft seit 08. November 2001

Ernennung zur
ausserplanmäßigen
Professorin: 02. März 2004
Universität Witten / Herdecke

Direktorin: seit 1. Oktober 2004
Direktorin des Kontinenzentrums Südwest
Hauptabteilung am Schwarzwald-Baar Klinikum,
Villingen-Schwenningen

Spezialgebiete: Harninkontinenz
Neurourologie
Gynäkologische Urologie
Kinderurologie



Referent: Prof. Dr. Michael Stöckle, Homburg/ Saar

Thema: „Neue Chancen in der Urologischen Krebstherapie“

In Deutschland erkranken jährlich zirka 14.000 Menschen an einem Nierenzellkarzinom, ungefähr 4.000 sterben jährlich an der Erkrankung. Bei steigender Tendenz hat sich die Heilungswahrscheinlichkeit beim Nierenzellkarzinom damit tendenziell eher verschlechtert als bei den anderen Tumoren des Urogenitaltraktes.

Im Stadium der Fernmetastasierung waren die Behandlungsmöglichkeiten bis vor wenigen Monaten limitiert, denn das Nierenzellkarzinom spricht auf keine Form der herkömmlichen Chemotherapie an. Zum Einsatz kamen lediglich Zytokine, also Stimulanzien des Immunsystems, wie z. B. Alpha-Interferon oder Interleukin-II. Von diesen Medikamenten profitierte aber stets nur eine Minderheit der damit behandelten Patienten bei einem gleichzeitig nicht unproblematischen Nebenwirkungsspektrum für alle Patienten.

Die Entwicklung neuer medikamentöser Behandlungsstrategien wurde durch die Erkenntnis der molekularen Medizin stimuliert, dass Nierenzellkarzinomzellen mit so genannten Rezeptor-Tyrosinkinasen ausgestattet sind. Dabei handelt es sich um Signalmoleküle, die sowohl für das Zellwachstum als auch für das Einsprossen von Blutgefäßen verantwortlich sind.



Aus dieser Erkenntnis heraus wurde eine Reihe von Medikamenten entwickelt, die diese Rezeptor-Tyrosinkinasen gezielt blockieren können. Insbesondere Studien mit Sunitinib und Sorafenib haben im Laufe des Jahres 2006 für Aufsehen gesorgt, da die Ansprechraten deutlich höher zu liegen scheinen als bei den bisherigen Behandlungsmöglichkeiten mit Zytokinen.

Diese beiden neuen Medikamente sind vergleichsweise einfach zu verabreichen, man braucht sie nur zu schlucken. Vom Nebenwirkungsspektrum her wiederum sind die Patienten weniger belastet als durch eine herkömmliche Chemo- bzw. Zytokintherapie, die Nebenwirkungen sind aber nicht immer nur banal.

Leider werden die verbesserten Ansprechraten fast durchweg durch so genannte partielle Remissionen hervorgerufen, bei denen es zu einer Größenreduktion der Metastasen, nicht aber zum völligen Verschwinden des Tumors kommt. In aller Regel beginnen die Tumoren dementsprechend auch nach Absetzen der Behandlung wieder zu wachsen. Zumindest scheint ein Teil der Patienten aber auch eine Langzeittherapie mit den neuen Medikamenten zu tolerieren, es zeigt sich, dass mit den neuen Medikamenten nicht nur eine teilweise Tumorrückbildung, sondern auch eine Verlängerung der Überlebenszeit möglich wird. Bei Behandlungskosten von zirka 4000,- Euro pro Monat dürften solche Langzeitbehandlungen allerdings auch zu einem gesundheitsökonomisch relevanten Faktor werden.

Auch wenn der von Nierenzellkarzinom-Metastasen betroffene Patient mit den derzeit verfügbaren Medikamenten noch längst nicht am Ziel aller Wünsche angelangt ist (nämlich dem völligen Verschwinden des Tumors, auch über das Behandlungsende hinaus), so eröffnet die Behandlungsmöglichkeit mit Rezeptor-Tyrosin-Kinase-Inhibitoren doch



eine völlig neue Ära in der Therapie des fortgeschrittenen Nierenzellkarzinoms. Es bleibt abzuwarten, ob man durch die Kombination mehrerer Medikamente auch eine komplette Metastasenrückbildung erreichen kann. Die Urologen warten mit besonderem Interesse auf Studien zum adjuvanten Einsatz der neuen Medikamente unmittelbar nach Nierentumoroperationen, also bei Patienten ohne nachweisbare Metastasen, aber mit hohem Metastasierungsrisiko. Bei diesen Studien soll es also nicht um die Beseitigung, sondern um die Verhinderung von Metastasen gehen.



Veranstaltungstipps zur Thematik „Nierenzellkarzinom“

Donnerstag, 21. September 8.30 – 10.00, Arbeitskreisseminar 8
„Nierenzellkarzinom“, Saal 13/14

18.00 – 19.30, Satellitensymposium 5
„Stellenwert der Therapie mit Multikinase
Inhibitoren beim fortgeschrittenen
Nierenzellkarzinom“, Saal 4

Freitag, 22. September 8.00 – 10.00, Forum 14 „Immuntherapie“,
Saal 6

8.00 – 10.00, Vortragssitzung 8
„Nierentumor Therapie I“, Saal 7

10.30 – 12.30, Filmsitzung 2, Saal 17

10.30 – 12.30, Vortragssitzung 11,
„Nierentumor Therapie II“, Saal 7

13.30 – 15.30, Forum 21
„Chirurgie bei Lokalrezidiv und Metastasen“,
Saal 2

13.30 – 15.30, Forum 22,
„Metastasiertes Nierenzellkarzinom“, Saal 4



16.00 – 17.30, Satellitensymposium 10
„Aktuelle uro-onkologische Ansätze und
Innovationen“, Saal 2

16.00 – 17.30, Satellitensymposium 12,
„Nierenzellkarzinom aktuell:
Wie behandeln Experten zur Zeit“, Saal 6

Samstag, 23. September

11.30 – 14.00, Forum 28
„Was gibt es Neues?“, Saal 1



**Prof. Dr. med. Michael Stöckle, Generalsekretär der Deutschen
Gesellschaft für Urologie e.V., Direktor der Klinik und Poliklinik für
Urologie und Kinderurologie, Universitätskliniken des Saarlandes**

Curriculum vitae

Persönliche Daten

Name:	Stöckle
Vorname:	Michael
Akademischer Grad:	Prof. Dr. med.
Geboren:	in Pirmasens, am 14. Mai 1957
1976:	Abitur Altsprachiges Gymnasium Pirmasens/Pfalz
1976/77:	Medizinische Hochschule Hannover
1977/78:	Universität Bonn
1978 bis 83:	Universität Mainz
1983:	Approbation
1990:	Habilitation und venia legendi für das Fach Urologie (Universität Mainz)

Wissenschaftliche Tätigkeit seit Abschluß des Studiums

1985 bis 1996:	Urologische Universitätsklinik Mainz (Assistent, Oberarzt, Ltd. Oberarzt, Habilitation)
----------------	--



Ausländische Forschungsaufenthalte

November 1986 bis

August 1987:

DFG-Stipendiat

Institut für Zytochemie und Zytometrie der
Univ. Leiden/Netherlands.

Ausbildung

1983 bis 1985:

Chirurgische Klinik des Krankenhauses Nordwest
Frankfurt/M

1985 bis 1986:

Urologische Universitätsklinik Mainz
(Assistent, Oberarzt, Ltd. Oberarzt)

Tätigkeiten

1983 bis 1985:

Assistenzarzt Chirurgische Klinik des
Krankenhauses Nordwest Frankfurt/Main
Urologische Universitätsklinik Mainz
(Assistent, Oberarzt, Ltd. Oberarzt)

März 1996 bis April 2000:

Direktor der Klinik für Urologie,
Christian-Albrechts-Universität Kiel

Seit April 2000:

Direktor der Klinik für Urologie und Kinderurologie,
Universitätsklinikum des Saarlandes



Mitgliedschaften

Fachkollegiat der Deutschen
Forschungsgemeinschaft (DFG) seit 2004

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft
für Urologie (DGU) seit 2004

Gewählter Präsident der Südwestdeutschen
Gesellschaft für Urologie für das Amtsjahr
2005/2007

Vorsitzender des Deutschen Prostatakarzinom
Konsortium (DPKK) e. V.

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



Referent: Prof. Dr. Wolfgang Weidner, Gießen

Thema: „Männergesundheit“

Repräsentative Daten zur Männergesundheit in Deutschland liegen als Befragung von der Arbeitsgruppe Brähler (Leipzig, Gießen) vor. An zwei repräsentativen Populationen (> 2.000) wurden bis 1998 die Befindlichkeit, eine eventuelle Krankheitssymptomatik und psychosoziale Komponenten altersabhängig unter Verwendung von standardisierten Lebensqualitätsfragebögen analysiert. Die Untersuchung zeigt, dass altersabhängig allgemeine Ermüdung und Aktivitätsverlust, bei Krankheitssymptomen neben Angst und depressiver Verstimmung gastrointestinale, muskulo-skeletäre und kardiovaskuläre Beschwerden zunehmen. Grundsätzlich nimmt mit dem Alter die allgemeine Zufriedenheit mit den Lebensumständen nicht ab, da Bereiche wie die finanzielle Situation, der erhöhte Freizeitwert und die Beschäftigung mit Kindern und Enkelkindern im Alter als besonders befriedigend angegeben werden. Bezüglich der sexuellen Situation bestätigt die Analyse die geringere Zufriedenheit mit der eigenen Sexualität, wobei diese in Abhängigkeit von der Partnerschaft gesehen wird. Diese Daten sind komplementär zu den Untersuchungen der Cologne Male Survey zu sehen, die altersabhängig ein Abnehmen der sexuellen Aktivität beschreibt und aufzeigt, dass eine Assoziation zwischen ausreichender Erektion und Zufriedenheit mit der Sexualität besteht. Dabei wird geschätzt, dass etwa 20 Prozent aller Männer in Deutschland eine altersabhängige Erektile Dysfunktion erleiden. Neben vaskulären Faktoren und Komorbiditäten spielt der Testosteron-Abfall für die Erektion eine wichtige Rolle. Dabei wissen wir, dass Testosteron über das Stickoxidsystem



des Schwellkörpers mit optimaler Relaxation essentiell für die funktionelle und morphologische Erhaltung der glatten Muskelstruktur ist. Bei einem Hypogonadismus verstärkt Testosteron die Wirkung von 5-Phosphodiesteraseinhibitoren. Darüber hinaus zeigen experimentelle Untersuchungen, dass unter Testosteroneinfluss die Differenzierung der stromalen Schwellkörperzellen in Fett- und (glatte) Muskelzellen beeinflusst wird. Es ist daher von großer Bedeutung für die wissenschaftliche Community, behandelnde Ärzte und Betroffene, dass die europäischen Urologen (EAU), die Internationale Gesellschaft zum Studium des Aging Male (ISSAM) und die Internationale Gesellschaft für Andrologie (ISA) Empfehlungen (siehe Tabelle) herausgegeben haben, die den Testosteronmangel im Serum bei alternden Männern eindeutig definieren, die Assoziation zu Diabetes Mellitus und metabolischem Syndrom aufzeigen und die geläufigen Kontraindikationen für die Testosteronsubstitution beschreiben. Diese umfassen das manifeste Prostatakarzinom, das virile Mammakarzinom, die signifikante Polycytämie, eine schwere Schlafapnoe und „ausgeprägte“ Symptome der vesikalen Obstruktion. Die Testosteronsubstitution ist für den „Late Onset Hypogonadismus“ (LOH) akzeptiert und kann bei Störungen der erektilen Funktion in Kombination mit einem 5-Phosphodiesterasehemmer und bei hormonal bedingten Veränderungen der Libido als Therapie der Wahl angesehen werden. Eine Testosteronsubstitution zur Verbesserung der allgemeinen Lebensqualität oder des Befindens wird abgelehnt.

Abschließend soll noch darauf hingewiesen werden, dass nach Meinung führender andrologischer Urologen wegen der immer noch nicht eindeutigen Assoziation der Testosteronsituation mit Alter und Symptomatik vorgeschlagen wird, von dem Begriff „Late Onset Hypogonadismus“ abzuweichen und diesen durch den Begriff TDS (Testosteron Deficiency Syndrom) des alternden Mannes zu ersetzen.



LOH – Vorschläge	
Organisation	EAU, ISA, ISSAM
Nomenklatur	LOH
Definition des LOH	Klinisches und biochemisches Syndrom, das durch spezifische Symptome und niedrigen Serumtestosteronspiegel definiert ist.
Therapie Nomenklatur	Testosteronsubstitution (< 8 nmol/l T, < 52 pg/ml FT)
Monitoring	<ul style="list-style-type: none">■ DRE und PSA bei Männern über 45 Jahre als Basisuntersuchung, vierteljährlich für das erste Jahr, dann jährlich■ TRUS-gesteuerte Biopsie bei palpatorisch auffälligen DRB und PSA■ Blutbild und Hämatokrit dreimonatig■ Knochendichtemessung in zweijährigen Intervallen



Veranstaltungstipps zur Thematik „Männergesundheit“

Donnerstag, 21. September 12.30 – 13.30, Satellitensymposium 3
„Neues zur Therapie der Erektile Dysfunktion
und der überaktiven Blase“, Saal 6

Freitag, 22. September 8.00 – 10.00, Klinische Postersitzung
„Andrologie“, Saal B (SAS)

10.00 – 11.30, Arbeitskreiseminar 16
„Psychosomatische Urologie und
Sexualmedizin“, Saal C (SAS)

16.00 – 17.30, Satellitensymposium 15
„Testosteron – Suppression und Substitution –
update 2006“, Saal A (SAS)

Samstag, 23. September 8.00 – 10.00, Vortragssitzung „Andrologie“,
Saal 8

11.30 – 14.00, Forum 28
„Was gibt es Neues?“, Saal 1



Professor Dr. med. Wolfgang Weidner
Direktor der Klinik und Poliklinik für Urologie und
Kinderurologie im Universitätsklinikum Gießen

Curriculum vitae

Persönliche Daten

Name: Weidner

Vorname: Wolfgang

Akademischer Grad: Prof. Dr. med

Geboren: in Herford/Westf. am 23. August 1947

1954 – 1957: Schulzeit Bünde/Westf.

1957 – 1966: Freiherr v. Stein-Gymnasium Bünde

23.02.1966: Reifeprüfung

1966 – 1972: Medizinstudium Justus-Liebig-Universität Gießen

07.01.1972: Ärztliche Prüfung

08.06.1972: Promotion, Thema: Immunhistologische Untersuchungen zur Lokalisation von Wachstumshormon und Prolaktin im Hypophysenvorderlappen verschiedener Spezies (Prof. Dr. J. Kracht, Zentrum f. Pathologie)

1972/1973: Medizinalassistentenzeit (Chirurgie: Bad Nauheim; Innere Medizin: Gießen; Urologie: Gießen)



- 28.02.1973: Approbation
- 1973/1974: 15monatiger Wehrdienst
- 01.09.74-31.08.75: Chirurgie, Kreiskrankenhaus Gießen in Lich
(Direktor: Prof. Dr. A. Bikfalvi)
- 01.09.1975: Beginn der Ausbildung zum Arzt für Urologie an der
Urologischen Universitätsklinik Gießen
(Direktor: Prof. Dr. C.F. Rothauge)
- 01.11.1975: Gründung der Prostatitissprechstunde Gießen
- 01.09.1979: Arzt für Urologie
- 21.03.1980: Ernennung zum Hochschulassistenten und zum
Oberarzt der Klinik, Teilnahme an der Rufbereitschaft
- 11.04.1983: Habilitation für das Fach Urologie und Ernennung
zum Privatdozenten. Thema: Prostatitisiagnostik,
Untersuchungen zur Objektivierung und Differential-
diagnose verschiedener Prostatitisformen
- 10/1984: Benennung für den „Arbeitskreis Andrologie“ der
Deutschen Urologen (AKA)
- 01.04.1985: Berufung zum Professor (C2) auf Zeit
- 11/1985: Perkutanes Operationstraining – Gastaufenthalt
(St. Franziskus Hospital Bielefeld: Prof. Dr. U. Eickenberg)
- 4/1986: Benennung für den wissenschaftlichen Beirat der
Zeitschrift Fertilität (Springer – Berlin – Heidelberg -
New York – Tokio)



- 12/1987: ESWL-Training - Gastaufenthalt (Urologische Universitätsklinik Marburg; Prof. Dr. G. Rodeck)
- 2/1989: Benennung für den erweiterten Vorstand des Arbeitskreises für Infektiologie in der Urologie
- 3/1989: Benennung für den „Arbeitskreis Andrologie“ der Deutschen Dermatologen
- 6/1989: Benennung für den wissenschaftlichen Beirat der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (GBGK)
- 9/1989: Wahl zum Vorsitzenden des „Arbeitskreises Andrologie“ der Deutschen Urologen (AKA)
- 01.10.1990: Ltd. Oberarzt der Klinik und Poliklinik für Urologie der Georg-August-Universität Göttingen (Direktor: Prof. Dr. R.-H. Ringert)
- 4/1991: Ernennung zum Apl. Professor für Urologie auf Lebenszeit durch den Fachbereich Humanmedizin der Justus-Liebig-Universität Gießen
- 12/1991: Benennung zum wissenschaftlichen Beirat der Deutschen Gesellschaft für Andrologie
- 20.07.1992: Fellow of the European Board of Urology
- 25.02.1993: Ruf auf den Lehrstuhl C4 für Urologie der Justus-Liebig-Universität Gießen
- 14.04.1993: Umhabilitation für das Fach Urologie und Ernennung zum Apl. Professor für Urologie auf Lebenszeit durch die Medizinische Fakultät der Georg-August-Universität Göttingen



- 7/1993: Benennung für den wissenschaftlichen Beirat der Zeitschrift Urologia Internationalis (Karger – Basel – London – New York)
- 01.10.1993: Übernahme der Urologischen Klinik (C4) der Justus-Liebig-Universität Gießen
- 10/1993: Benennung zum Mitglied der European Academy of Andrology (Academician)
- 9/1994: Wahl zum Sekretär der Deutschen Gesellschaft für Andrologie
- 10/1994: Clinical Andrologist (European Academy of Andrology)
- 5/1995: (Co-)Chairman of the Andrology Training Center Giessen European Academy of Andrology (zusammen mit Prof. Dr. W.-B. Schill, Universitätshautklinik)
- 5/1996: Benennung zum Mitglied der ESHRE Special Interest Group in Andrology
- 5/1996: Benennung für den Scientific Advisory Board von Andrologia (Blackwell Verlag)
- 3/1997: Benennung für den wissenschaftlichen Beirat des Urologen B (Springer – Berlin – Heidelberg – New York – Tokio)
- 7/1997: Wahl zum Generalsekretär der Europäischen Gesellschaft für Genitalchirurgie
- 11/1997: Wissenschaftlicher Beirat der Reihe Psychologische Testverfahren für die Medizin, Hogrefe, Verlag für Psychologie, Göttingen – Bern – Toronto – Seattle



- 11/1997: Fakultative Weiterbildung Spezielle Urologische Chirurgie im Gebiet „Urologie“
- 1/1998: Benennung als „Reviewing Editor“ für Urologia Internationalis (Karger – Berlin – Heidelberg – New York)
- 4/1998: Präsident der Mitteldeutschen Gesellschaft für Urologie
- 5/1998: Grandest Round Visiting Professor, University of Washington, Seattle, USA
- 11/1998: Wiss. Beirat Bundesärztekammer (Richtlinien Reproduktionsmedizin)
- 11/1998: Mitglied des International Prostatitis Collaborative Network für Prostatitis des National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases des NIH, Washington, Bethesda
- 6/1999: Vorstand DFG-Graduiertenkolleg Giessen – Marburg „Zell-Zell-Interaktion im Reproduktionsgeschehen“
- 10/1999: „Fakultätsmitglied (Lecturer) der European School of Urology“ der EAU (Europäischen Gesellschaft für Urologie)
- 04/2000: Ernennung zum DEGUM-Ausbilder für das Gebiet Urologie der Deutschen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin e.V. (DEGUM)
- 09/2000: Verleihung des Felix Martin Oberländer-Preises der Deutschen Gesellschaft für Urologie für hervorragende Leistungen in der Fort- und Weiterbildung in der Urologie
- 09/2000: Wahl in den Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Urologie und Wahl zum Leiter des Vorstandsressorts „Struktur und Strategie“



- 09/2000: Wahl zum Vorsitzenden des Arbeitskreises „Der alternde Mann“ der Fort- und Weiterbildungskommission der deutschen Urologen
- 12/2000: Wahl zum Stellvertretenden Vorsitzenden der Hessischen Krebsgesellschaft
- 04/2001: Gast Professor – Royal Free and University College Medical School University College of London, Institut für Urologie und Nephrologie in Kooperation mit dem St. Peter's Hospital London
1. Juli 2001: Bestellung zum stellvertretenden Ärztlichen Direktor des Universitätsklinikums Giessen für 4 Jahre
- September 2001: Wahl zum Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Andrologie
- 02/2002: Sprecher der Gruppe Infertilität der Section European Society of Andrological Urology (EAU)
- 11/2002: Wahl zum Vorsitzenden der Hessischen Krebsgesellschaft
- 01/2003: Urologe A – Organ der Deutschen Gesellschaft für Urologie und Organ des Berufsverbandes der Deutschen Urologen, Herausgeber Leitlinien der DGU und des BDU
- 04/2003: Bestellung als Mitglied der Arbeitsgruppe Prostata der BQS (Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung) Bonn
- 04/2003: Benennung zum Mitglied des Steering-Komitees „Krebsfrüherkennung“ der Deutschen Krebshilfe
- 09/2003: Wiederwahl in den Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Urologie und Bestätigung als Leiter des Vorstandsressorts „Leitlinien und Qualitätssicherung“



- 6/2004: Internationaler Advisory Board Onkologia, Budapest
- 7/2004: Ärztlicher Direktor des Universitätsklinikums Giessen
- 4/2005: Ehrenmitglied der Ungarischen Gesellschaft für Urologie, Budapest
- 7/2005: Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender des Universitätsklinikums Gießen und Marburg
- 9/2005: Bestellung als Mitglied des Gutachterausschusses im Weiterbildungswesen für die Zusatz-Weiterbildung „Andrologie“ der Landesärztekammer Hessen
- 8/2006: Mitglied des Krankenhausausschusses der Landesärztekammer Hessen
- 10/2006: Dekan des Fachbereichs Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen



Referent: Dr. Klaus Schalkhäuser, Dorfen

Thema: „Staatsmedizin und Planwirtschaft drohen“

**Dem Gesundheitswesen in Deutschland droht der Kollaps.
Nur durch tiefgreifende strukturelle Reformen kann dieses soziale
Sicherungssystem dauerhaft und demographiefest gestaltet werden.
Nach Vorlage der Eckpunkte zur Gesundheitsreform 2006 als politische
Vorhabenliste und nun des 2. Arbeitsentwurfes zum „Gesetz zur
Stärkung des Wettbewerbs in der GKV“ kann man aber bereits jetzt
festhalten, dass das Kernelement, nämlich die Reform der Finanzierungs-
strukturen und damit der Einnahmenseite im Gesundheitswesen,
verbunden mit einer Reform der Ausgabenseite, das konsensuale
Vorhaben beider Koalitionäre, kläglich gescheitert ist.**

Die eklatante Unterfinanzierung des Gesundheitswesens wird sich weiter verschärfen. Es bleibt bei der Koppelung der Kassenbeiträge an die Lohn- und Arbeitskosten. Eine Senkung der Lohnnebenkosten als Signal für den Arbeitsmarkt ist nicht in Sicht, vielmehr werden die Beitragssätze um wenigstens 0,5 Prozentpunkte steigen. Versicherte und der Arbeitsmarkt werden also nicht entlastet, wie von unserer politischen Elite versprochen, sondern neuen Belastungen ausgesetzt. Ulla Schmidt, Angela Merkel und ihre Gesundheitskumpane haben versagt.

Die auffälligste Veränderung im System der GKV soll der Gesundheitsfonds werden. Die Krankenkassen werden über den Bund der Krankenkassen zur Einheitskasse, verlieren ihre Finanzhoheit und die Finanzströme fließen in eine zentrale Sammelstelle. Das bislang noch ungeklärte Schicksal der Privaten Krankenversicherung ist zum ideologischen Knackpunkt geworden und hat zur Verschiebung der Gesundheitsreform auf den 1. April 2007 geführt.



Eine vereinheitlichte Gebührenordnung für das duale Versicherungssystem und die vorgesehene Portabilität der Alterungsrückstellung werden die Private Krankenversicherung sehr bald gleichschalten.

Nicht viel besser wird es den KVen ergehen. Mit Abschaffung der Honorarverteilung durch eine vorgesehene EURO-Gebührenordnung für die vertragsärztliche Versorgung verlieren die KVen ihren wichtigsten Aufgabenbereich und ihre bisherige Machtbasis. Hinzu kommt, dass den KVen aktuell nun auch noch die Mitwirkung bei der Beratung und Abwicklung von Einzelverträgen der Krankenkassen mit Vertragsärzten entzogen wurde. Qualitätsmanagement und die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung sollen Hauptaufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen werden. Es ist also nur noch ein kleiner Schritt bis zur Auflösung der ärztlichen Selbstverwaltung.

Die Forderung der Ärzteschaft nach kalkulatorischer Sicherheit durch eine Gebührenordnung mit festen Preisen und Wegfall der Budgetierungen wurde scheinbar erfüllt. Auch hier handelt es sich einmal mehr um eine schlichte Lüge und einen unverfrorenen Etikettenschwindel. Durch arztbezogene Regelleistungsvolumina mit Mengenbegrenzungen und Abstufungen bleibt alles wie es ist. Mit einem billigen Taschenspielertrick wird zudem versucht, glaubhaft zu machen, das Morbiditätsrisiko ginge auf die Krankenkassen über. Die Übernahme eines Morbiditätsrisikos ist jedoch unvereinbar mit mengenbegrenzenden Abstufungsregelungen einer EURO-Gebührenordnung. Die Freiberuflichkeit des Arztes ist in hohem Maße gefährdet.



Sollten darüber hinaus die Belegärzte für ihre kurativstationären Leistungen über ihre Krankenhausträger aus DRG-Erlösen vergütet werden, wie in der Koalitionsvereinbarung angekündigt, wäre dies ein weiterer Schritt zur Beendigung des Kollektivvertragssystems.

Dieses Gesetz wird den Wettbewerb nicht stärken.

Die Bundesgesundheitsministerin hat vielmehr die gesundheitspolitische Vision einer „Versorgung aus einer Hand“.

Das bedeutet die Gleichschaltung aller Krankenkassen und Zerschlagung der privaten Krankenversicherung, die Auflösung der Selbstverwaltung und den Einstieg in eine vereinheitlichte, zentralistische Staatsmedizin.

Wir unterstützen deshalb ganz besonders den Nationalen Protesttag der Ärzteschaft am 22. September in Berlin. Wir werden Widerstand leisten gegen staatliche Reglementierung in der Berufsausübung sowie gegen Bevormundung und Planwirtschaft zum Nachteil der Versicherten.

Der Berufsverband der Deutschen Urologen e. V. ist nicht bereit, diese Ideologie eines sozialistischen Gesundheitswesens auch nur im Ansatz zu akzeptieren.



Veranstaltungstipps zur Thematik „Berufspolitik“

Sonnabend, 23.09.2006 08:00 – 10:00, Saal 6 FO 27

Berufspolitik – Gefahr für freien Zugang und
Freiberuflichkeit des Facharztes:
Richtig oder falsch?

Ein Meinungsbild

Moderation

Jocham, Dieter, Lübeck

Richter-Reichhelm, Manfred, Berlin

Schalkhäuser, Klaus, Dorfen

Stöckle, Michael, Homburg/Saar

Beske, Fritz, Kiel, Institut für
Gesundheits-System-Forschung

Hovermann, Eike, Berlin, Mitglied des Ausschusses
für Gesundheit des Deutschen Bundestages (SPD)

Köhler, Andreas, Berlin, Vorstandsvorsitzender
der KBV

Koschorrek, Rolf, Berlin, MdB, CDU-Ausschuss
für Gesundheit



Dr. med. Klaus Schalkhäuser
Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Urologen e.V.

Curriculum vitae

Persönliche Daten

Name:	Schalkhäuser
Vorname:	Klaus
Akademischer Grad:	Dr. med.
Geboren:	in Berlin, am 03. März 1940
1959:	Abitur Bonn
1959/1960:	Bundeswehr
1960/1967:	Studium der Medizin, Universität Bonn
1973:	Facharzt für Urologie
1973/1974:	Oberarzt KH Barmherzige Brüder, München
seit 1974:	Belegarzt am KKH Erding, Klinik Dorfen

Wissenschaftliche Tätigkeit

Etwa 70 Publikationen und Vorträge bei nationalen und internationalen Fachkongressen (u. a. in Holland, Belgien, Frankreich, Schweiz, Österreich, Norwegen, Ungarn, Italien, Ägypten, Israel, Hongkong, Japan, China).



Berufspolitik

- 1977 – 2002: Vorsitzender „Arbeitskreis Belegärzte“ im Berufsverband der Deutschen Urologen e.V. (BDU)
- 1986: Vizepräsident BDU
- seit 1987: Präsident BDU
- 1988 – 2002: Stellvertretender Bundesvorsitzender Bundesverband der Belegärzte e.V. (BDB)
- seit 2002: Bundesvorsitzender BDB
- seit 1992: Vizepräsident der Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände (GFB)
- 1989/1997: Chairman „Manpower Committee“ des European Board of Urology (EBU)
- 1993/1994: Vizepräsident des EBU
- 1994/1995: Präsident des EBU
- seit 1997: Liaison Officer des EBU zur EU
- Mitglied des Krankenhausausschusses der Bundesärztekammer
- Mitglied der Expertenkommission des BMA zur Entwicklung des GRG (1987/1988)
- 1991/1995: Mitglied der Expertenkommission des BMG zur Entwicklung von Fallpauschalen, Sonderentgelten und des Bundespflegesatzrechtes
3. Oktober 2003: Gründungsmitglied „Bund der Urologen e.G.“; Wahl zum Vorstandssprecher



Ausgewählte Veranstaltungs-Highlights

Urologie der Frau

Kinderurologie

Männergesundheit

Neue Chancen in der Urologischen Krebstherapie

Die Veranstaltungen zu den Themen der Eröffnungs-Presskonferenz finden Sie im Anschluss an die Referenten-Beiträge in Ihrer Pressemappe.

Blasenkrebs: Urin-Schnelltest für Risiko-Gruppen?

Arbeitskreisseminar 12, Donnerstag, 21. September, 10.30 – 13.30, Saal C (SAS)

Urologische Tumormarker 2006

Arbeitskreisseminar 5, Mittwoch, 20. September, 13.30 – 15.00, Saal C (SAS)

Metastasen Chirurgie

Forum 21 „Chirurgie bei Lokalrezidiv und Metastasen“,
Freitag, 22. September, 13.30 – 15.30, Saal 2

Immuntherapie bei urologischen Tumoren

Forum 6, Freitag, 22. September, 8.00 – 10.00, Saal 6

Neueste Prostatakrebs-Diagnostik:

Transrektaler Ultraschall der Prostata mit Biopsie (Live-OP)

Arbeitskreisseminar 1, Mittwoch, 20. September, 13.30 – 15.00, Saal B (SAS)

Wie gehe ich mit dem PSA um?

Forum 6, Donnerstag, 21. September, 11.00 – 12.30, Saal 4



Neue Tumormarker

Forum 18 „Science around thirty“,
Freitag, 22. September, 10.30 – 12.30, Saal 6

Aktuelles zur Prävention urologischer Karzinome und Impotenz:

Arbeitskreisseminar 13, Donnerstag 21. September, 13.30 – 15.00, Saal B (SAS)
Arbeitskreisseminar 14, Donnerstag, 21. September, 14.00 – 15.30, Saal C (SAS)
Satellitensymposium 14, Freitag, 22. September, 16.00 – 17.30, Saal 13/14

Krebs-Zentren:

Was kann Europa aus den Erfahrungen in den USA lernen?

Gastvortrag Ernest Hawk, Bethesda, USA,
Donnerstag, 21. September, 10.30 – 11.00, Saal 4

Infertilität und Kinderwunsch

Arbeitskreisseminar 5, Donnerstag, 21. September, 8.30 – 10.00, Saal B (SAS)

Laparoskopie

Forum 10 „Laparoskopische und andere minimal invasive Therapien“,
Donnerstag, 21. September, 13.30 – 15.30, Saal 8

Workshop „Laparoskopische Prostatektomie an Modellen“,
Näheres: Programm Seite 60

Weitere Informationen siehe unsere Pressemitteilung
„Durchs Schlüsselloch operiert:
Die Laparoskopie gehört heute zum modernen Standard in der Urologie“

Greenlight-Laser

bei der Behandlung der gutartigen Prostatavergrößerung (BPH)

Vortragssitzung 10, „BPH Therapie“, Freitag, 22. September, 8.00 – 10.00,
Saal A (SAS)

Forum 20 „Therapie der BPH“, Freitag, 22. September, 13.30 – 15.30, Saal 1



Meilenstein in der IC-Therapie

Internationaler Konsensus zur Behandlung der seltenen Erkrankung
„Interstitielle Cystitis“: Informationen am Stand der ICA-Deutschland, O 09

100 Jahre DGU

Historische Ausstellung „Geschichte der Urologie„ im Foyer Eingangshalle CCH

Historisches Forum I „Das Jahrhundert der Harnableitungen“,
Donnerstag, 21. September, 8.00 – 10.00, Saal 1

Historisches Forum II, „Geschichte der Urologie“,
Freitag, 22. September, 13.30 – 15.30, Saal 8

„Was gibt es Neues?“

Schlussforum 28 und Amtsübergabe an den neuen DGU-Präsidenten,
Sonnabend, 23. September, 11.30 – 14.00, Saal 1

**Experten-Interviews vermittelt die
DGU-Kongress-Pressestelle
im Pressecenter, CCH, 1.OG:**

Bettina-C. Wahlers & Sabine M. Glimm

Ausblick

auf den 59. Kongress
der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU)
in Kooperation mit der
Österreichischen Gesellschaft für Urologie e.V. (ÖGU)
vom 3. bis 6. Oktober 2007
in Wien

**Zu Ehren des ersten DGU-Kongresses
im Jahre 1907 in Wien
lädt die DGU ihre Gäste zur kommenden Jahrestagung
erneut in Österreichs Hauptstadt ein.**

**DGU-Präsident, Professor Dr. Lothar Hertle und
ÖGU-Präsident, Professor Dr. Walter Stackl
freuen sich, Sie in der Kaiserstadt zu begrüßen.**

