



Eröffnungs-Pressekonferenz

26. September 2007, 11.30 - 13.00 Uhr

59. Kongress der

Deutschen Gesellschaft für Urologie e. V. (DGU)

in Kooperation mit der

Österreichischen Gesellschaft für Urologie

und Andrologie (ÖGU)

vom 26. bis 29. September 2007 in Berlin



Inhalt der Pressemappe

Teilnehmer der Eröffnungs-Pressekonferenz

Referenten der Pressekonferenz

Referat Professor Dr. Paolo Fornara:

„Fortschritte bei der Nierentransplantation“
& Lebenslauf

Referat Professor Dr. Peter Albers:

„Chemotherapie beim Prostatakarzinom“
& Lebenslauf

Referat Professor Dr. Peter Alken:

„Beschwerden des Unteren Harntrakts“
& Lebenslauf

Referat Professor Dr. Sabine Kliesch:

„Behandlung der männlichen Unfruchtbarkeit,
der Impotenz und Hormonersatz“
& Lebenslauf

Fotoüberblick & Download-Hinweis



Teilnehmer der Eröffnungs-Pressekonferenz

Professor Dr. Lothar Hertle

Direktor der Klinik und Poliklinik für Urologie,
Universitätsklinikum Münster,
DGU- und Kongress-Präsident

Professor Dr. Walter Stackl

Vorstand der Urologischen Abteilung der Krankenanstalt
Rudolfstiftung Wien, ÖGU- und Kongress-Präsident

Dr. Martin Bloch

Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Urologen e.V.

Professor Dr. Margit Fisch

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

Professor Dr. Paolo Fornara

Direktor der Universitätsklinik und Poliklinik für
Urologie, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Professor Dr. Peter Albers

Direktor der Klinik für Urologie, Klinikum Kassel

Professor Dr. Peter Alken

Direktor der Urologischen Universitätsklinik,
Medizinische Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg



Professor Dr. Sabine Kliesch

Oberärztin der Klinik und Poliklinik für Urologie,
Universitätsklinikum Münster

Professor Dr. Michael Stöckle

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



Referent: Professor Dr. Paolo Fornara
Direktor der Universitätsklinik und Poliklinik für Urologie,
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Thema: Nierentransplantation – Widerspruchslösung und Subsidiarität der Lebendspende auf dem Prüfstand

Im vergangenen Jahr 2006 konnten in Deutschland erstmals über 4.000 postmortal gespendete Organe transplantiert werden.

Dies war nur möglich, weil insgesamt 1.259 Menschen bundesweit nach dem Tod ihre Organe gespendet haben, das sind 3,2 % mehr als im Jahr zuvor. Damit stieg die Zahl der Organspender pro Millionen Einwohner in Deutschland zum ersten Mal über 15.

Die Bereitschaft anderen Menschen zu helfen, ist in Deutschland sehr groß, aber bei weitem noch nicht ausreichend.

Immer noch stehen mehr als 12.000 Patientinnen und Patienten auf der Warteliste für eine Transplantation, allein 8.473 Menschen warten derzeit auf eine Niere. Jeden Tag sterben 3 Patienten, die auf der Warteliste stehen.

Medizinisch hat die Organtransplantation einen sehr hohen Standard erreicht, 85 % der transplantierten Nieren bei postmortalen Spenden bzw. 93 % der transplantierten Organe nach Lebendspende sind nach einem Jahr funktionstüchtig, nach 5 Jahren funktionieren immerhin noch



68 % bzw. 82 % aller Spendernieren. Bei Herz-, Leber-, Lunge- und Bauchspeicheldrüsentransplantationen liegen die Erfolgsraten nur geringfügig darunter.

Trotz intensivster Bemühungen auf individueller und institutioneller Ebene ist es bisher allerdings nicht gelungen, die Lücke zwischen verfügbaren und tatsächlich benötigten Organen zu schließen. In den letzten 10 Jahren konnte die Anzahl von Nierentransplantationen gerade mal von 2.249 auf 2.776 erhöht werden. Der Anteil an Lebendspenden beträgt ca. 19 %, im vergangenen Jahr waren es 522.

Damit ist Deutschland im internationalen Vergleich Schlusslicht, macht doch der Anteil an Lebendnierenspenden in den USA 54 % und in europäischen Staaten wie Griechenland, Norwegen und Spanien mehr als 50 % aller Nierentransplantationen aus. In den Niederlanden und der Schweiz stammt jede dritte Niere von einer Lebendspende.

Das Ziel der Transplantationsmedizin, so auch der Nierentransplantation, möglichst viele Patientinnen und Patienten auf der Warteliste mit lebenswichtigen Organen zu versorgen, kann nur erreicht werden, wenn neben den medizinischen Fortschritten auch und insbesondere alle Möglichkeiten zur Organspende umgesetzt werden.

10 Jahre nach Inkrafttreten des Transplantationsgesetzes (TPG) muss heute festgestellt werden, dass das TPG zwar zu mehr Rechtssicherheit, aber nicht zu mehr Organen geführt hat.

Es ist also an der Zeit zu überlegen, ob – wie auch vom Ethikrat neulich angeregt – weitreichende gesetzliche Veränderungen diskutiert werden müssen.

Zentrale Themen sind dabei die Einführung der Widerspruchslösung, statt der in Deutschland praktizierten Zustimmungslösung und die Abschaffung der Subsidiarität



der Lebendspende.

Vergleicht man die internationalen Organspendezahlen steht fest, dass in Ländern mit der Widerspruchslösung die Zahlen der Organspende fast doppelt so hoch liegen wie in Deutschland. So zählen z. B. Österreich 25 und Spanien 34 Organspender pro Million Einwohner.

Die Funktionsraten (CTS-Studie Deutschland 1995–2004) nach Lebendspende liegen zwischen 10 % und 15 % besser als nach Transplantation eines postmortal gespendeten Organs.

Empfänger eines Lebendspenderorgans leben statistisch länger (USRDS-Daten 1995–2001).

In Kenntnis, dass die Lebendspende definitiv die bessere Therapieform für einen Patienten darstellt, da sie eine bessere Funktionsrate und ein längeres Leben ermöglicht, erhebt sich die Frage, ob aus medizinischer Sicht die gesetzliche verankerte Nachrangigkeit der Lebendspende medizin-ethisch heute überhaupt noch vertretbar ist.

Veranstaltungstipps zur Thematik Nierentransplantation

| | |
|-----------------------|---|
| Donnerstag 27.9.2007, | 8.30 – 10.00, Raum 13/14 AK-S-11 Nierentransplantation Programmseite 71 |
| Freitag 28.9.2007 | 13.30 – 15.30, Posterfoyer P KLILN 11, Niere, Oberer Harntrakt, Physiologie, Transplantation Programmseite 169 |



Univ.- Prof. Dr. Paolo Fornara
Direktor der Universitätsklinik und Poliklinik für Urologie,
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Curriculum vitae

Persönliche Daten

Name: Fornara
Vorname: Paolo
Akademischer Grad: Univ. Prof. Dr. med. (C4)
Geboren: in Rom am 20.10.1955
Staatszugehörigkeit: deutsch
Zivilstand: verheiratet, 3 Kinder

Schulische und universitäre Ausbildung

1961 – 1966 Deutsche Grundschule in Brixen/Südtirol
1966 – 1969 Deutsche Realschule in Brixen/Südtirol
1969 – 1974 Italienisches humanistisches Gymnasium in Brixen/Südtirol
1974 – 1980 Medizinstudium an der Università
degli Studi di Padova
28.02.1981 Approbation
24.03.1981 Promotion mit der Note „summa cum laude“

Wissenschaftlicher und beruflicher Werdegang

1981 – 1984 Klinik und Poliklinik für Chirurgie und
Transplantationschirurgie Universität Padua
1984 – 1986 Transplantationszentrum, Ludwig-Maximilians-Universität
München, Klinikum Großhadern,
1986 – 1989 Urologische Klinik, Ludwig-Maximilians-Universität München,
Klinikum Großhadern



| | |
|-------------|---|
| 1988 | Anerkennung als Arzt für Urologie |
| 1989 – 1990 | Oberarzt der Urologischen Klinik und Poliklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München, Klinikum Großhadern |
| 1990 – 1995 | Oberarzt der Klinik und Poliklinik für Urologie der Universität zu Lübeck |
| 1992 | Anerkennung als Arzt für Chirurgie |
| 1995 – 2000 | Stellvertretender Klinikdirektor der Klinik und Poliklinik für Urologie der Universität Lübeck |
| 1997 | Habilitation und Ernennung zum Privatdozent |
| 1999 | Berufung zum C 3 – Professor für Urologie Universität zu Lübeck |
| 2000 | Berufung zum C 4 – Professor für Urologie Ernennung zum Direktor der Universitätsklinik und Poliklinik für Urologie der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg |
| 2001 – 2006 | Stellvertretender Ärztlicher Direktor des Klinikums der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg |
| 2001-2004 | Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Urologie |
| seit 2003 | Mitglied des Fakultätsrates der Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, |
| seit 2004 | Mitglied der Ständigen Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer, (Organsachverständiger Niere) |

Klinische und wissenschaftliche Schwerpunkte

- Operative Techniken in der Urologischen Onkologie unter besonderer Berücksichtigung kontinenter harnableitender Verfahren sowie potenterhaltender radikaler Prostatektomie,
- Operative Techniken inklusive ureterorenoskopischer, perkutaner laparoskopischer und mikrochirurgischer Techniken in der Kinderurologie,



- Nierentransplantation,
- Grundlagenforschung der Akuten Phase Reaktion und des Prostaggressionsstoffwechsels nach operativem Trauma,
- Plastisch-rekonstruktive Techniken, mikrochirurgische Samenentnahmetechniken und Refertilisierungsmaßnahmen
- Harnröhrenchirurgie
- Urologische Tumormarker,
- Männliche Infertilität,
- Geschlechtsangleichende Operationstechniken,
- Laparoskopie,
- Perkutane und ureterorenoskopische Steintherapie

Publikationen

- 169 Originalarbeiten davon 12 im Journal of Urology, 6 in European Urology, 3 in Urology
- 1 Buch,
- 30 Buchbeiträge,
- 3 Supplementbände wiss. Zeitschriften
- 2 Gastherausgeberschaften Zeitschrift der Urologe (A)
- sonstige wissenschaftliche Tätigkeit
- 600 wissenschaftliche Vorträge und Poster

Auszeichnungen und wissenschaftliche Preise

| | |
|------|---|
| 1997 | New Technology in Urology Award (American Urological Association; AUA) |
| 1998 | Most Innovative Urology Award (American Urological Association; AUA) |
| 2000 | Rudolf Schindler-Preis (Deutsche Gesellschaft für Endoskopie und bildgebende |



- 2002 Verfahren; DG-BV)
Publication Award
(European Association of Urology; EAU)
für die beste Veröffentlichung in European Urology 2001
- 2002 Innovationspreis
Arbeitskreises Nierentransplantation der Deutschen
Gesellschaft für Urologie
- 2006 Felix Martin Oberländer-Preis
der Deutschen Gesellschaft für Urologie

Lehrtätigkeit

Ordentlicher Professor für Urologie (Lehrstuhlinhaber)
an der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität
Halle-Wittenberg
Gastprofessur „Minimal invasive Urologie“ an der
Universität Padua

Gutachterliche Tätigkeit

wissenschaftliche Zeitschriften („Reviewer“)

- Urology
- European Urology
- Transplantation
- Transplantation proceedings
- British Journal of Urology
- Der Urologe
- Urologia Internationalis
- Transplantationsmedizin



Kommissionen / Jury

- Film-Jury DGU
- Wolfgang-Knipper-Preis DGU

Arbeitskreise

- Vorsitzender des Arbeitskreises Labordiagnostik seit 1997
- Gründungsmitglied und Vorstandsmitglied der Sektion Laparoskopie und Endoskopie des Arbeitskreises Operative Techniken seit 1992
- Mitglied des Arbeitskreises Nierentransplantation
- Mitglied des Arbeitskreises Operative Techniken

Studienkoordinator/ -leiter

wissenschaftlicher Leiter (WL) und Leiter klinische Prüfung (LKP) der Therapieoptimierungsstudie:
„Adjuvante Hormonsuppression bei PSA-Persistenz nach radikaler Prostatektomie bei Patienten mit Prostatakarzinom“

Bes. Kenntnisse/Spezialausbildungen

Prostatakarzinom, Laparoskopie, Nierentransplantation



Mitgliedschaften

- Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU)
- European Association of Urology (EAU)
- American Association of Urology (AUA)
- Berufsverband der Deutschen Urologen (BDU)
- European Association of Urology Research (ESUR)
- American Association for Cancer Research (AACR)
- Vereinigung Norddeutscher Urologen
- Società Italiana Urologia (SIU)
- Societe Internationale d' Urologie (SIU)
- Full member of the Society for Minimally Invasive Therapy (SMIT)
- European Academy of Andrology (EAA)
- European Society of Endourology
- World Society of Videourology
- European Society of Imaging in Urology (ESUI)
- Gründungsmitglied und Vorsitzender der Sektion Laparoskopie und Endourologie des Arbeitskreises Operative Techniken der Fort- und Weiterbildungskommission der Deutschen Urologen
- Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)

- Griechisch-Deutsche Gesellschaft für Urologie (GDGU)
- Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM)
- Vereinigung der Mitteldeutschen Urologen e.V.
- Deutsche TransplantationsGesellschaft e.V. (DTG)
- Vorsitzender des Arbeitskreises Labordiagnostik der Akademie der Deutschen Urologen
- Vorsitzender der Kommission Ambulante Urologie der Deutschen Gesellschaft für Urologie
- Arbeitskreis Nierentransplantation der Fort- und Weiterbildungskommission der Deutschen Urologen
- Deutsche Gesellschaft für Endoskopie und Bildgebende Verfahren E.V. (DG-BV)



- Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Urologie
- Leiter des Steuerungskomitees der Bundesweiten Kampagne „PSA-gesteuerte Früherkennung des Prostatakarzinoms“
- National Delegate (Germany) European Board of Urology (EBU)
- Vorstand der Sektion Laparoskopie und Endoskopie der Fort- und Weiterbildungskommission der Deutschen Urologen (Arbeitskreis Operative Techniken)
- Vorstand Arbeitsgemeinschaft Leitende Urologische Krankenhausärzte
- Delegate Section of Urology der UEMS
- Vorsitzender der Film-Jury der Deutschen Gesellschaft für Urologie seit 2004

Gremien- und Kommissionsarbeit

- Mitglied der Prüfungskommission der Ständigen Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer (Organsachverständiger Niere) für die Amtsperiode 2004 bis 2007
- Mitglied der Ständigen Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer für die Amtsperiode 2006 bis 2010
- Mitglied im Eurotransplant Kidney Advisory Committee (ETKAC)
- Mitglied im Eurotransplant Organ Procurement Committee (OPC)
- Mitglied der Organkommission Niere der Deutschen Transplantationsgesellschaft (DTG)



Referent: Prof. Dr. Peter Albers
Direktor der Klinik für Urologie, Klinikum Kassel

Thema: Chemotherapie beim Prostatakarzinom

Das Prostatakarzinom ist mit inzwischen 50.000 Neuerkrankungen pro Jahr der häufigste Tumor beim Mann. Zurzeit beträgt der Anteil der metastasierten Patienten daran etwa 10 % und die Krebssterblichkeit insgesamt beläuft sich auf ca. 20 %. Im Stadium der metastasierten Erkrankung ist der Tumor nicht mehr heilbar. Unter der seit mehreren Jahrzehnten üblichen antihormonellen Therapie des metastasierten Prostatakarzinoms sind 5 Jahres-Überlebensraten von 35 % zu erwarten. Sobald der Tumor hormonunempfindlich wird, und damit auf diese Form der Therapie nicht mehr reagiert, ist ein medianes Überleben von 12 Monaten zu erwarten. Seit 2 Jahren konnte eine Verbesserung des Gesamtüberlebens für hormonresistente metastasierte Prostatakarzinompatienten durch die Einführung einer Docetaxel-basierten Chemotherapie erreicht werden. Wenn ein Patient auf die Chemotherapie anspricht, dann kann dies eine Lebensverlängerung um mehrere Jahre bedeuten. Die Nebenwirkungen der Docetaxel-Chemotherapie sind tolerabel, so dass diese Therapie in den allermeisten Fällen ambulant durchgeführt werden kann. Die Chemotherapie des metastasierten Prostatakarzinoms ist nur ein Baustein der Gesamtherapie des Patienten, der häufig auch parallel symptomatisch therapiert werden muss (z.B. Schmerztherapie bei Wirbelkörpermetastasen). Die Chemotherapie hat jedoch auch schmerzlindernde Wirkung, so dass das Ziel der Therapie nicht die Heilung des Patienten, sondern die Verlängerung des Überlebens bei guter Lebensqualität sein muss. Um diese Zielsetzung weiter zu verbessern, sind zurzeit Kombinationstherapien mit



Docetaxel und neuen Krebsmedikamenten (z.B. Angiogenesehemmer, Calcitriol) in klinischer Prüfung. Gleichzeitig haben Kombinationstherapien bisher schon zeigen können, dass die Nebenwirkungsrate der Docetaxeltherapie verringert und damit die Dauer der Therapie verlängert werden kann.

Die Herausforderung für die nächsten Jahre ist die Identifikation der Patienten, die mit ihrem Tumor gut auf Chemotherapie ansprechen und die Verfeinerung der Applikationsform der Therapie (z. B. intermittierende Applikation, Dosis-Wirkungskalkulation).

Zusammenfassend steht seit nunmehr 2 Jahren eine erstmals in Bezug auf die Überlebensverlängerung wirksame Chemotherapie des metastasierten hormonresistenten Prostatakarzinoms zur Verfügung, deren Effektivität und Verträglichkeit zurzeit durch laufende klinische Studien verbessert wird.

Veranstaltungstipps zur Thematik Chemotherapie beim Prostatakarzinom

| | |
|-----------------------|---|
| Donnerstag 27.9. 2007 | 13.30 – 15.30, Raum Oslo Vortragssitzung 5, Fortgeschrittenes Prostatakarzinom Therapie Programmseite 91 |
| Donnerstag 27.9.2007 | 16.00-18.00, Raum Stockholm Forum 10, AUO-Forum Adjuvante Therapieformen Programmseite 115 |
| Samstag, 29.9.2007 | 10.30 – 13.00, Saal 2 Plenarsitzung 8, Schluss-Sitzung: Was gibt es Neues? Programmseite 189 |



Prof. Dr. Peter Albers
Direktor der Klinik für Urologie, Klinikum Kassel

Curriculum Vitae

Persönlich Daten

*07.10.1963 in Nürnberg, verheiratet, zwei Töchter

Berufliche Daten

| | |
|--------------|---|
| 1982 – 1988 | Studium der Humanmedizin und Philosophie in Aachen / Mainz |
| 1988 – 1996 | Facharztausbildung Urologie an den Universitäten Mainz und Bonn (Prof. Dr. R. Hohenfellner, Prof. Dr. S. C. Müller) |
| 1993 – 1994 | Research Fellowship Indiana University, Indianapolis, USA, Dept. of Urology (Prof. J. P. Donohue) and Department of „Cancer Research“ Eli Lilly, Inc., Indianapolis, USA |
| 04/1996 | Facharzt Urologie |
| 06/1997 | Habilitation an der Universität Bonn zum Thema „Prognosefaktoren im Frühstadium des Hodentumors“ |
| 09 – 12/1998 | Klinische Studienaufenthalte 'Pediatric Urology' (Children's Hospitals Indianapolis and Philadelphia; Prof. R. C. Rink, Prof. D. A. Canning) und 'Urologic Oncology' (Memorial Sloan Kettering Cancer Center, New York City, USA Prof. P. T. Scardino) |
| 07/2002 | Außerplanmäßige Professur für Urologie, Universität Bonn |
| 07/2003 | Direktor der Klinik für Urologie, Klinikum Kassel GmbH |



Publikationen

150 Originalartikel (peer-reviewed) vornehmlich in
Urologischer Onkologie,
20 Reviews, 2 Bücher

Mitglied in Editorial Boards

European Urology, Onkologie, Aktuelle Urologie

Mitgliedschaften / wissenschaftliche Aufgaben

Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU),
American Urological Association (AUA),
European Association of Urology (EAU),
American Society of Clinical Oncology (ASCO),
European Organization for Research and Treatment
of Cancer (EORTC)
Co-Chairman Advanced Bladder Cancer
DOG GU Group EORTC
Sprecher der Arbeitsgemeinschaft Urologische Onkologie
(AUO) der Deutschen Krebsgesellschaft
Mitglied des Scientific Office (Video Committee) der EAU
Chairman EAU Testis Cancer Guidelines Group



Referent: Prof. Dr. Peter Alken
Direktor der Urologischen Universitätsklinik,
Medizinische Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg

Thema: Prostata – oder was? Beschwerden des Unteren Harntrakts

Der 6-jährige Junge, der beim Spiel vergisst, pinkeln zu gehen und dann, vom plötzlichen Harndrang überrascht, in die Hose macht, denkt nicht über das Leben und seine Prostata nach und nicht an den Urologen sondern nur an seine Mutter, die wegen der verschmutzten Hose schimpfen wird. Aber da wird unter Umständen schon etwas gebahnt. Der 60-Jährige wird allein durch Nachträufeln von ein paar Tropfen Urin nach dem Wasserlassen an das Alter erinnert, denkt, dass der Urologe ihn bald kastrieren wird und geht deshalb erst mal nicht zum Arzt.

Es gibt keine Körperregion über die so viele Missverständnisse existieren, wie über den „Unteren Harntrakt“ beim Mann. Standardvorstellung war: Eine sich langsam zunehmend vergrößernde Prostata ist die einzige Ursache einer Reihe unterschiedlicher Beschwerden beim Wasserlassen. Die nicht immer befriedigende Therapie war die Abhobelung der kleinen Prostata durch die Harnröhre oder die offene Operation bei sehr großer Prostata. Benigne Prostatahyperplasie, kurz BPH (die histologische Diagnose der Veränderungen der Prostata) oder Benignes Prostata-syndrom, kurz BPS (Beschwerden, die auftreten können, aber nicht müssen! wenn die Prostata vergrößert ist) sind die gängigen Bezeichnungen.

Heute weiß man (der Urologe), dass es verschiedene Gründe für die unterschiedlichen Beschwerden beim Wasserlassen gibt. Die Prostata ist in nur der Hälfte der Fälle das Problem. Vielmehr können Blase – Schließmuskeln – Prostata – Harn-



röhre einzeln, unabhängig voneinander falsch funktionieren, aber auch mit identischen Beschwerden zusammen erkranken. Psychogene Komponenten und Verhaltensstörungen spielen eine wichtige Rolle; dementsprechend groß ist der Placeboeffekt therapeutischer Maßnahmen. Aufgrund dieser Erkenntnisse können und müssen die unterschiedlichen Ursachen heute verschieden behandelt werden. Auch die Terminologie hat sich erweitert: Untere Harntraktsymptome wie häufiges Urinieren, unwillkürlicher Urinverlust oder Startschwierigkeiten beim Urinieren, werden als LUTS (Lower urinary tract Syndrom) bezeichnet.

Kurz: Die verschiedenen Ursachen unterschiedlicher Beschwerden des Unteren Harntraktes des Mannes lassen sich dank differenziertem Verständnis heute sicher diagnostisch erfassen und die Behandlung kann maßgeschneidert angepasst werden.

Das Spektrum der Behandlungsmethoden reicht von Medikamenten über minimal invasive Eingriffe bis zu klassischen Operation. Der Patient bekommt, was er wirklich braucht und wenn zwischen Alternativen gewählt werden kann, was er will, wenn es sinnvoll ist.

Was sind die Probleme des unteren Harntraktes im Einzelnen?

Oft und viel Urin:

Kein urologisches Problem, denn normal ist: Wer viel Urin produziert, muss oft urinieren.

Beispiele: Gegen 3 Bier oder die Hochdrucktabletten am Abend hilft keine Prostataoperation.

Oft und wenig Urin:

Urologisches Problem, denn wer dem ersten Harndrang bei etwa 100 bis 150 ml Blasenfüllung gehorchen muss, mit dem geht die Blase auf die Toilette wann sie will und nicht wann Mann will.



Mögliche Ursachen: Überaktive Blase als eigenständiges Problem. Ist es nur die Blase allein, kann die mit Medikamenten beruhigt werden.

Enger innerer Schließmuskel am Blasenausgang, der mit seinem Widerstand die Blase chronisch irritiert:

Medikamentöse Behandlung durch α -Blocker oder operativ durch kleinen Eingriff: Blasenhalssinzision.

Vergrößerte Prostata: Prostataabholung oder Verkleinerung mit physikalischen Methoden (Laser, Mikrowelle ...)

Selten Urin:

Könnte ein urologisches Problem sein oder werden. Der falsche Stolz auf „gute“ Blase und Schließmuskeln führt zur chronischen Überdehnung der Blase, die irgendwann überhaupt nicht mehr richtig funktionieren und gar keinen Urin mehr raus bringen kann.

Schlechter Strahl:

Chronisch überdehnte Blase: zu spät zum Urologen gekommen, kaputter Motor; sehr schwierig!

Enger innerer Schließmuskel: s. o.

Vergrößerte Prostata: Medikamentöse Behandlung zur Prostataverkleinerung mit 5- α -Reduktaseblockern oder „Prostataentspannung“ mit α -Blockern, Prostataabholung oder Verkleinerung mit physikalischen Methoden (Laser, Mikrowelle ...)

Gedrehter, gespaltener „Gieskannestrahler“:

Harnröhrenvernarbung (Jugendsünden?) Urologen kontrollieren lassen

Restharngefühl:

Kann stimmen oder auch nicht. Urologen die Sache klären lassen.

Große Prostata, keine Beschwerden:



Urologen kontrollieren lassen, nichts machen.

Nachträufeln:

Wilhelm Busch lesen: „Es nützt kein Schütteln und kein Klopfen, in die Hose muss ein Tropfen“. Urologen kontrollieren lassen, ob mehr – meist nicht – dahinter steckt.

Fazit: Wer 60 Jahre alt ist, läuft die 100 Meter nicht mehr in „12,3“, ohne sich darüber zu wundern. Mit „der Prostata“ ist es nicht viel anders. Bei veränderter oder nachlassender Funktion des „unteren Harntraktes“ sollte aber trotzdem der Urologe aufgesucht werden, damit krankhaften Entwicklungen vorgebeugt werden kann oder, nach entsprechender Diagnostik, mit einer der zahlreichen Maßnahmen gezielt geholfen werden kann.

Prostata – oder was? Das kann heute jeder gute Urologe differenziert beantworten, klären, und behandeln.

Literatur:

Oelke M, Höfner K. et al.:
Terminologie und Diagnostik des Benigen Prostatasyndroms: Teil 1 der Serie zum Benigen Prostatasyndrom,
Deutsches Ärzteblatt 104, 33 vom 17.08.2007

Diagnostik des Benigen Prostatasyndroms (BPS)
Therapie des Benigen Prostatasyndroms (BPS)
<http://leitlinien.net/>

Berges R.:
Medikamentöse Therapie des Benigen
Prostatasyndroms (BPS)
Aktuelle Urologie 2006; 37: 351-362

<http://www.iqwig.de>
Nichtmedikamentöse lokale Verfahren zur Behandlung
der BPH. Vorbericht 26.3.2007



Veranstungstipps zur Thematik: Beschwerden des Unteren Harntrakts

Donnerstag 27.9.2007

8:30 – 9:00

Saal 6

Vortragssitzung Unterer Harntrakt, Diagnostik

Programmseite 68

16:00 – 18:00

Posterfoyer P Klin 6

Klinische Postersitzung BPH

Programmseiten 124 – 126

Freitag, 28.09.2007

10:30 – 12:30

Saal 2

Plenarsitzung 5 BPH, Urolithiasis

Programmseite 141

13:30 – 15:00

Raum 15/16

Arbeitskreisseminar AK-S BPH Kompetenz
des Urologen: Die neuen BPS-Leitlinien

Programmseite 169

Samstag, 29.09.2007

8:30 – 10:00

Saal 14.2 Oslo

Vortragssitzung V19 Endoskopische Techniken

Programmseite 184



Prof. Dr. Peter Alken
Direktor der Urologischen Universitätsklinik
Medizinische Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg

Curriculum Vitae

| | |
|-----------------|---|
| geb. 26.08.1942 | in Berlin |
| 1962 – 1968 | Studium der Medizin, Berlin und Wien |
| 1965 – 1969 | Studium der Chemie, Berlin |
| 1968 | Ärztliche Prüfung, Berlin |
| 1970 – 1976 | Ausbildung zum Facharzt für Chirurgie, Chirurgische Klinik Krankenhaus Nordwest Frankfurt a. M. |
| 1976 | Facharzt für Chirurgie, Frankfurt |
| 1976 – 1979 | Ausbildung zum Facharzt für Urologie, Urologische Klinik und Poliklinik der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz |
| 1979 | Facharzt für Urologie, Mainz |
| 1982 | Venia legendi für das Fach Urologie, Johannes-Gutenberg-Universität Mainz |
| 1983 | Ernennung zum Universitätsprofessor, Kultusministerium Rheinland-Pfalz |
| seit 1987 | Direktor der Urologischen Klinik, Klinikum Mannheim |
| 1987 | Ernennung zum Universitätsprofessor auf Lebenszeit, Kultusministerium Baden-Württemberg |

Mitgliedschaft in Gesellschaften

Südwestdeutsche Gesellschaft für Urologie
Deutsche Gesellschaft für Urologie
Amerikanische Gesellschaft für Urologie
Europäische Gesellschaft für Urologie
Internationale Gesellschaft für Urologie
Europäische Gesellschaft für intrarenale Chirurgie



Urological Research Society
Endourological Society
Corresponding Member Chilenische Gesellschaft
für Urologie

Ehrenmitglied der Georgische Ges. f. Urologie,
der Europäischen Gesellschaft für Urologie,
der Deutschen Gesellschaft für Urologie,
der Schweizer Gesellschaft für Urologie und
der Türkischen Gesellschaft für Urologie

Funktionen

1997 – 2003 Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU)
1997 –2001 Leiter des Ressorts Internationale Beziehungen
der DGU
2001 – 2002 Vizepräsident der DGU
2002 – 2003 Präsident DGU
Arbeitskreis Harnsteine der DGU
(Vorsitzender – 09.2001)
Arbeitskreis Minimal invasive Urologie der DGU
Arbeitskreis Kinderurologie der DGU
Arbeitskreis Operative Techniken der DGU
1995-2000 Beirat Deutsche Ges. für Endoskopie und bildgebende
Verfahren
1992 - 2003 Scientific Committee der Europäischen Gesellschaft
für Urologie
1998 - 2002 European Board of Urology: National Delegate, Manpower
Committee,
1991 - 1999 Advisory Board European Symp. Stone disease
1999 - 2007 Executive Board European Urolithiasis Society
1996 - 2003 Fachgutachter der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG)
2000 - 2005 Scientific Advisory Committee der European Organization
for Research and Treatment of Cancer (EORTC)



1995 – 1999 Mitglied der Senatskommission für
Forschungsangelegenheiten der Universität Heidelberg
1997 – 1998 Ärztlicher Direktor Klinikum Mannheim

Publikationen

320 in Medline gelistete Publikationen
Herausgeber Lehrbuch: Urologie Thieme Verlag 1997

Preise und Auszeichnungen

Internationale Gesellschaft f. Urol. Endoskopie 1978, 1981
Amerikanische Gesellschaft für Urologie, 1982, 1987
Deutsche Gesellschaft für Urologie, 1982, 1985, 1987, 1995,
1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2004, 2005, 2006
World Congress on Endourology and SWL, 2000
Südwestdeutsche Gesellschaft für Urologie,
1999, 2000, 2006
C. E. Alken Preis, 1991
Kabi Pharmacia Preis Forum Urodynamicum, 1992
Ritter von Frisch Preis DGU, 2005



Referentin: Prof. Dr. Sabine Kliesch
Leitende Oberärztin der Klinik und Poliklinik für Urologie,
Universitätsklinikum Münster

Thema:

Männersache – Infertilität, Impotenz und Co.
Die Andrologie ist gefragt

Die Entscheidung für ein Kind fällt deutschen Paaren zunehmend schwerer. Der Geburtenrückgang hat hierzulande inzwischen gesellschaftspolitisch relevante Ausmaße angenommen. Umgekehrt aber bleibt immer mehr Paaren der Wunsch nach einem Kind versagt. Heute ist etwa jedes sechste Paar ungewollt kinderlos. Hier kommt nun der Urologe ins Spiel, denn die Ursachen unerfüllten Kinderwunsches liegen jeweils zu einem Drittel bei der Frau oder beim Mann, bei einem Drittel der Paare finden sich Ursachen auf beiden Seiten. Ursachen auf Seiten des Mannes sind ein Fall für die Andrologie, ein Spezialgebiet der Urologie, das sich mit der Männerheilkunde befasst. Genauer gesagt, mit den spezifischen männlichen Problemen der unterschiedlichen Lebensabschnitte. Darunter natürlich auch die Infertilität. Dank sehr detaillierter Abklärung von Störungen der Zeugungsfähigkeit und der korrekten Wahl des geeigneten Behandlungsverfahrens – das sind sowohl Verfahren der künstlichen Befruchtung als auch operative Verfahren – ist es heutzutage in enger Zusammenarbeit mit den Frauenärzten in vielen Fällen möglich, dem kinderlosen Paar zum erhofften Nachwuchs zu verhelfen.

An dieser Stelle ist angesichts der genannten Ursachenverteilung der Appell angebracht, im Rahmen der interdisziplinären Behandlung des unerfüllten Kinderwunsches



zeitnah immer auch die Rolle des Mannes zu berücksichtigen. Noch immer suchen viele Paare die Ursache erstrangig bei der Frau.

Mindestens sieben Prozent aller Männer werden im Laufe ihres reproduktiven Lebens mit Problemen der **Zeugungsfähigkeit** konfrontiert. Die Ursachen der Infertilität sind meistens vielschichtig. Die Störungen können in den übergeordneten Zentren der Hormonsteuerung (Hypothalamus und Hypophyse), den Hoden (Testes) selbst, den begleitenden Geschlechtsdrüsen (Samenblasen und Prostata), in der Potenz im weitesten Sinne und den Wirkorganen des Testosterons, des männlichen Sexualhormones, liegen.

Konkret heißt das, dass entweder nicht ausreichend genug Spermien gebildet werden, ihre Beweglichkeit oder ihre normale Struktur verändert sind. Auch die Erkenntnis über genetisch verankerte Störungen – wie z.B. das Klinefelter-Syndrom oder Defekte des Y-Chromosoms -, die ursächlich für die Infertilität sind, hat in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung insbesondere auch in der Beratung der betroffenen Paare gewonnen.

Zu den operativen Verfahren bei der Behandlung der schwersten Form der männlichen Infertilität, der Azoospermie (= Fehlen von Spermien im Ejakulat) gehören die Spermien-gewinnung aus dem Hoden (TESE = testikuläre Spermien-extraktion) oder Nebenhoden (MESA = mikrochirurgische epididymale Spermienaspiration), die immer mit der Kryokonservierung (Einfrieren) der gewonnenen Spermien kombiniert wird. Sowohl die Techniken der Kryokonservierung als auch die operativen Entnahmetechniken unterliegen einer kontinuierlichen Weiterentwicklung. Die Spermien können dann mittels Verfahren der künstlichen Befruchtung (ICSI-Therapie, intrazytoplasmatische Spermieninjektionstherapie) erfolgreich zur Behandlung der Kinderlosigkeit verwendet werden.



Darüberhinaus kann die Technik der Kryokonservierung von Samenzellen präventiv bei Patienten zum Einsatz kommen, die aufgrund einer bösartigen Erkrankung in jungen Jahren eine potentiell fertilitätsschädigende Therapie erhalten müssen. Nach überstandener Erkrankung mit möglicherweise Schädigung der Fertilität als Langzeitfolge können die angelegten Kryodepots diesen Patienten dann bei der normalen Lebens- und Familienplanung im Rahmen einer künstlichen Befruchtung zur Erfüllung des Kinderwunsches helfen.

Darüberhinaus besteht bei Männern nach Vasektomie (Sterilisation) und erneutem Kinderwunsch die Möglichkeit, durch rekonstruktive Verfahren unter Einsatz des Operationsmikroskopes die beiden Samenleiterenden oder den Samenleiter mit dem Nebenhoden wieder neu miteinander zu verbinden (mikrochirurgische Vasovasostomie oder Vasotubulostomie). Die erreichbaren Durchgängigkeitsraten liegen bei 85 – 90 Prozent, die Schwangerschaftsraten zwischen 30 und 50 Prozent. Die Kosten der Operation haben die Männer selber zu tragen.

In späteren Lebensabschnitten stellen sich andere spezifisch männliche Probleme: Insbesondere die Weiterentwicklung der medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten der Testosterontherapie ermöglicht Betroffenen mit einem **Hormonmangel** inzwischen eine deutliche Besserung des Befindens und nicht zuletzt der Lebensqualität. Besteht eine verminderte Bildung des wichtigsten männlichen Sexualhormons, TESTOSTERON, so liegt ein HYPOGONADISMUS vor. Störungen der Testosteronbildung können durch einen einfachen Bluttest nachgewiesen werden und führen zu deutlichen Beschwerden, wie vermehrte Müdigkeit, Nachlassen der Libido, Antriebsarmut, Hitzewallungen, Brustdrüsenveränderungen bis hin zum Knochenschwund (Osteoporose), die die Notwendigkeit einer Ersatzbehandlung



anzeigen. Die moderne Testosteronbehandlung kann heutzutage mit Gel-Präparaten, die täglich auf die Haut aufgetragen werden, mit neu entwickelten Tabletten, die an der Mundschleimhaut aufgetragen werden, oder durch die aktuelle Entwicklung langwirksamer Präparate, die ca. alle 3 Monate intramuskulär (in die Muskulatur) gespritzt werden, durchgeführt werden. Hier haben sich in den letzten Jahren durch Einführung neuer Präparate in die Therapie eine deutliche Verbesserung in der Effektivität bei gleichzeitiger Minimierung unerwünschter Nebenwirkungen der Behandlung erreichen lassen.

Störungen der Erektionsfähigkeit, die **Erektile Dysfunktion** (Impotenz), berühren ebenfalls einen sehr intimen Bereich, der die Betroffenen in schwere Krisen stürzen kann.

Störungen des Herzkreislauf-Systems, Bluthochdruck, Zuckererkrankungen und Krebserkrankungen führen zur Beeinträchtigung der Potenz. Allerdings kann auch das Auftreten einer Impotenz ein erster Hinweis auf das Vorliegen von Herz-Kreislaufkrankungen sein, so dass diese Beschwerden ernst genommen werden und fachkundig durch Urologen / Andrologen abgeklärt werden müssen.

Wenngleich heute vielen Patienten mithilfe der aktuell verfügbaren Medikamente in Form von Tabletten (PDE-5-Inhibitoren = Phosphodiesterase-Hemmer) oder Spritzen in den Penis (Prostaglandin E1 – Präparate) wirksam geholfen werden kann, gibt es Erkrankungsformen, die einer operativen Therapie bedürfen. Bestehen angeborene oder erworbene Verkrümmungen des Penis (Penisdeviationen), z.B. bedingt durch eine sog. Induratio penis plastica, so kann durch eine Korrekturoperation eine Begradigung herbeigeführt werden. Ist eine medikamentöse Behandlung der Impotenz, eine ausreichende Begradigung des Penis und Wiederherstellung der Erektionsfähigkeit nicht erfolgreich, so besteht die Möglichkeit der Einpflanzung einer sog. Hydraulischen Penisprothese (Schwellkörper-



prothesenimplantation). Die Weiterentwicklung dieser Implantate hilft, die postoperativen Ergebnisse dieser sehr aufwendigen Operationen weiter zu verbessern und Komplikationen, wie z.B. Infektionen oder mechanische Defekte, zu minimieren.

Mit der steigenden Lebenserwartung des Menschen steigt auch die Erwartung an die Lebensqualität im Alter. Die Datenlage zur Erforschung der besonderen Erfordernisse des **Alterns des Mannes** (SENESZENZ) ist sehr begrenzt, was Raum für unkontrollierte Marketing-Kampagnen (Anti-Aging-Medizin) schafft. Aufgabe des Urologen / Andrologen ist es, hier durch Kompetenz und auf Erkenntnis ausgerichtete Medizin (evidenzbasierte Medizin) den alternden Mann zu betreuen. Die Symptomatik ist vielfältig, die Zunahme der erektilen Dysfunktion, Störungen des Wasserlassens durch Erkrankungen der Prostata, die Osteoporose mit erhöhter Knochenbrüchigkeit sowie begleitende innere Erkrankungen erfordern eine gute Zusammenarbeit des Urologen / Andrologen mit Hausärzten und Internisten. Für die Hormonersatztherapie im Alter bestehen aktuell entwickelte internationale Richtlinien, an denen auch die Deutsche Urologen beteiligt sind. Darüber hinaus erhält die Vorsorge (Prävention) einen immer höheren Stellenwert und geht – bei sachgerechtem Einsatz - mit einer sinnvollen Früherkennung altersbedingter Erkrankungen und ihrer schonenden Therapie einher.

Insbesondere durch die Ausbildung speziell weitergebildeter Andrologen wird man auch zukünftig eine weitere Verbesserung der Betreuung von Männern mit Störungen der reproduktiven Gesundheit in ihren unterschiedlichen Lebensabschnitten erreichen können.



Veranstungstipps zur Thematik Andrologie

| | |
|----------------------|--|
| Donnerstag 27.9.2007 | 10.30 – 12.30, Raum Oslo Vortragssitzung 3, Andrologie Programmseite 75 |
| | 13.30 – 15.30, Saal 7, Forum 5, Update Andrologie – Zwischen Praxis und Klinik Programmseite 97 |
| Freitag 28.9.2007 | 13.30 – 15.00, Raum Oslo AK-S 1 Andrologie Programmseite 162 |
| Samstag 29.9.2007 | 08.30 – 10.00, Saal 2 Plenarsitzung 7 Andrologie Programmseite 180 |
| | 10.30 – 13.00, Saal 2 Plenarsitzung 8, Schluss-Sitzung: Was gibt es Neues? Programmseite 189 |



**Prof. Dr. med. Sabine Kliesch,
Ltd. Oberärztin der Klinik und Poliklinik für Urologie,
Universitätsklinikum Münster**

CURRICULUM VITAE

| | |
|-------------------------------|--|
| WS 1984/85 bis SS 1991 | Studium der Humanmedizin, Westfälische Wilhelms Universität Münster, 3. Staatsexamen Juni 1991 |
| 20.06.1991 | Approbation als Ärztin im Praktikum |
| 01.01.1993 | Approbation als Ärztin |
| 01.07.1991 bis 31.12.1994: | Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Institut für Reproduktionsmedizin, WWU Münster, WHO Kollaborations zentrum zur Erforschung der menschlichen Fertilität, |
| Seit 01.01.1995 | Direktor Univ.-Prof. Dr. med. E. Nieschlag. |
| Seit 01.06. 2001: | Wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Klinik und Poliklinik für Urologie, Direktor Univ.-Prof. Dr. L. Hertle |
| Seit 01.01. 2006: | Oberärztin der Klinik und Poliklinik für Urologie Leitende Oberärztin der Klinik und Poliklinik für Urologie, UKM |

Klinische Qualifikationen

| | |
|-------------------|--|
| Seit 28.05.1997: | Klinische Andrologin der Europäischen Akademie für Andrologie (EAA) (Prüfung am 28.5.1997, Salzburg). |
| Seit 26.08.2000: | Fachärztin für Urologie (Prüfung am 26.8.2000, Ärztekammer Westfalen Lippe, Münster). |
| Seit 21.01. 2006: | Zusatzbezeichnung „Andrologie“ (Prüfung am 21.1.2006, Ärztekammer Westfalen Lippe, Münster) |



Akademische Qualifikationen

- 11.11.1991 Promotion zum Doktor der Medizin mit der Note „Magna cum laude“ an der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster mit dem Thema: „Der Einfluß von LH und/oder FSH auf die Spermatogenese und die Morphologie von Leydig- und Sertolizellen nach Hypophysektomie beim Dsungarischen Zwerghamster, Phodopus sungorus pallas“.
30. Oktober 2001: Habilitation mit dem Thema „Untersuchungen zu Störungen der Spermatogenese des Mannes“ und Erteilung der Venia legendi für das Fachgebiet „Urologie“ an der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster
16. Mai 2006 Ernennung zur „außerplanmäßigen Professorin“ durch die Medizinische Fakultät der Westfälische Wilhelms-Universität Münster.

Berufungen in verantwortliche Funktionen der Fachgesellschaften

- 1992 – 1996 Schriftführerin der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA)
- Seit 21.09.2001 Schriftleiterin der Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Urologie
- Seit 22.09. 2004 Stellvertretende Vorsitzende des Arbeitskreises Andrologie der Deutschen Urologen
- Seit 01.01. 2005 Mitglied des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Andrologie (DGA) (Medienbeauftragte)

Berufungen in Gremien/Boards

- 1993 Gründung der „Stiftung Lehre an der Medizinischen Fakultät Münster“ im Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft,
- 1993 – 1995 Ehrenvorsitzende, seit Februar 1995 Mitglied und



| | |
|----------------------|---|
| seit 1997 | Vorsitzende des Kuratoriums der „Stiftung Lehre an der Medizinischen Fakultät Münster“. |
| Seit 1997 | „Organkommission Hodentumoren“ des Arbeitskreises Urologische Onkologie der DKG und Mitglied der interdisziplinären „German Testicular Cancer Study Group“ (AUO/AIO/ARO). |
| Seit 10. 2002 | Berufung in das „National Advisory Board“ der Firmen GSK / Bayer Vital |
| 06. 2003 | Berufung in den wissenschaftlichen Beirat des Stifterverbandes der Deutschen Wissenschaft zum Aktionsprogramm „Neue Wege in der Mediziner Ausbildung“ |
| Seit 2005 | Mitglied des Beirates der Zeitschrift „Der Urologe“ |
| Mit Wirkung 12. 2005 | zum Mitglied des Wissenschaftlichen Beirates der ISG (Informationszentrum für Sexualität und Gesundheit e.V.) |

Mitgliedschaften in Fachgesellschaften

| | |
|-------------------------|--|
| 1990-2003 und seit 1996 | „Gesellschaft für Medizinische Ausbildung“ der „Association of Medical Education in Europe“. |
| Seit 1991 – 2002 | „Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie“. |
| Seit 1993 | „Deutsche Gesellschaft für Andrologie“. |
| Seit 1994 | „Europäische Akademie für Andrologie“. |
| Seit 1995 | „Deutsche Gesellschaft für Urologie“ (DGU). |
| 16.10.1996 – 22.09.2004 | Arbeitskreis operative Techniken, Sektion Mikrochirurgie der DGU. |
| 06. 1996 – 1998 | „Multinational Association of Supportive Care in Cancer“. |
| Seit 09. 1996 | „Deutsche Krebsgesellschaft“ und „Arbeitskreis Urologische Onkologie“ der DKG. |
| Seit 1.1.2001 | Mitglied der „European Association for Urology“. |
| 01.09.2001 – 22.09.2004 | Mitglied des Arbeitskreises „Der alternde Mann“ der DGU |
| Seit 01.09.2001 | Mitglied des Arbeitskreises „Andrologie“ der DGU. |



Gutachtertätigkeit

Ad hoc-Gutachtertätigkeiten für die Fachzeitschriften
„Human Reproduction“, „Urology“, „Andrologia“
und „Reproduktionsmedizin und Endokrinologie“
2006 Gutachterin für die Deutsche Forschungsgemeinschaft

Wissenschaftliche Schwerpunkte

- Regulation der Hodenfunktion (Entwicklung der in situ-Hybridisierung am testikulären Gewebe zum Nachweis der FSH-Rezeptor mRNA, Evaluation der Effektivität der Therapie mit GnRH und Gonadotropinen bei Patienten mit hypogonadotropem Hypogonadismus, Klinische Studien zum Einsatz von GnRH-Antagonisten und/oder Testosteron-präparaten zur Kontrazeption beim Mann.
- Kryokonservierung des Ejakulates bei Jugendlichen und Erwachsenen mit onkologischen Erkrankungen.
- Charakterisierung von Spermatogeneseveränderungen bei infertilen Männern und Patienten mit Hodentumoren; Entstehung des invasiven Keimzelltumors aus dem Carcinoma in situ des Hodens.
- Evaluation von Prognosefaktoren für die Fertilisationsfähigkeit testikulärer Spermien im Rahmen der assistierten Fertilisation.
- Evaluation der Folgen operativer Verfahren zur Spermien gewinnung für die assistierte Fertilisation (MESA/TESE) und der Ergebnisse der mikrochirurgischen Refertili sierung (Vasovasostomie, Vasoepididymostomie).
- Sexualität, Fertilität und Endokrinologie bei Hodentumor patienten nach Abschluß der onkologischen Therapie.
- Diagnostik und Therapie des Hypogonadismus des Mannes.



- Diagnostik und Therapie der erektilen Dysfunktion (primäre und sekundäre erektile Dysfunktion, Induratio penis plastica)
- Beteiligung an interdisziplinären Studien der Organkommission Hodentumor (German testicular cancer study group, GTCSG): AUO-Studie zur Behandlung des Seminoms im klinischen Stadium IIa/IIb (AH 02/94), AUO-Studie zur Strahlentherapie der testikulären intraepithelialen Neoplasie (AH 05/97), AUO-Studie zur Behandlung des Seminoms im klinischen Stadium I (AH04/95), AUO-Studie zur risikoadaptierten Therapie des nicht-seminomatösen Keimzelltumors im klinischen Stadium I (RLA versus risiko adaptierter Chemotherapie oder Surveillance) (AH01/94), Erfassungsstudien der AUO zu seltenen Tumoren (Leydigzelltumor), bilateralen und familiären Hodentumoren., AUO-Studie zur Evaluation der primären und der retroperitonealen Salvage-Lymphadenektomie bei Patienten mit Hodentumorerkrankungen, Untersuchung zur Bedeutung der Positronen-Emissions-Tomographie (PET) beim Therapiemanagement von Patienten mit Keimzelltumoren (Interdisziplinäres Protokoll AUO), Randomisierte Phase II/III Studie mit Taxol-BEP versus BEP bei Patienten mit Keimzelltumoren intermediärer Prognose. (EORTC 30983), AUO-Studie – Randomisierte Phase III Studie 1x BEP (Bleomycin, Etoposid, Cisplatin) im Vergleich zu 2x BEP bei Patienten mit einem nicht-seminomatösen Hodentumor im klinischen Stadium I („High risk“) (AH 10/04)



Auszeichnungen und Preise

- 1993 Förderpreis des Stifterverbandes für die Deutsche Wissenschaft für die Gründung einer „Stiftung Lehre an der Medizinischen Fakultät Münster“ als modellhafte Initiative zur Studienzeiterkürzung in Höhe von DM 25.000 (gemeinsam mit S. Baus, W. Koenen, U. Preuß und J. Tacke),
- .1995 Paul-Mellin-Preis der Nordrhein-Westfälischen Gesellschaft für Urologie für den Vortrag „Kryokonservierung des Ejakulates bei Jugendlichen mit malignen Erkrankungen“.
- 1997 Best Poster Presentation beim Kongress der American Urological Association (AUA) mit dem Poster: Kliesch, S., H.M. Behre, L. Hertle, M. Bergmann. Alteration of Sertoli cell differentiation and the presence of carcinoma in situ in human testes. Proceedings of the Am Urol Ass, New Orleans, USA, 12.-14. April, 1997.
- 2002 Maximilian-Nitze-Preis der Deutschen Gesellschaft für Urologie (Ko-Preisträgerin) mit der Arbeit: Albers, P. R. Siener, S. Kliesch, L. Weissbach, S. Krege, C. Sparwasser, H. Schulze, A. Heidenreich, W. de Riese, V. Loy, E. Bierhoff, C. Wittekind, R. Fimmers, M. Hartmann for the GTCSG and the German Association of Urologic Oncology. Risk factors for relapse in clinical stage I non-seminomatous testicular germ cell tumors (NSGCT).
- 2003 Auszeichnung der AUO der DKG als „Rekrutierungs- und Dokumentationszentrum Münster“ für klinische Studien (dotiert mit 5000,00 Euro).



Foto zum Download unter:
www.wahlers-pr.de/pkfotos

Teilnehmer der Eröffnungs-Pressekonferenz



Prof. Dr. Lothar Hertle,
Direktor der Klinik und
Poliklinik für Urologie,
Universitätsklinikum Münster,
DGU- und Kongress-Präsident



Prof. Dr. Walter Stackl,
Vorstand der Urologischen
Abteilung der Krankenanstalt
Rudolfstiftung Wien,
ÖGU- und Kongress-Präsident



Dr. Martin Bloch,
Präsident des Berufs-
verbandes der
Deutschen Urologen e.V.



Prof. Dr. Margit Fisch,
Chefärztin Urologisches
Zentrum Hamburg,
DGU-Pressesprecherin,
Moderatorin der PK



Univ.-Prof. Dr. Paolo Fornara,
Direktor der Universitätsklinik
und Poliklinik für Urologie,
Martin-Luther-Universität
Halle-Wittenberg



Prof. Dr. Peter Albers,
Direktor der Klinik für
Urologie am Klinikum Kassel



Prof. Dr. Peter Alken
Direktor der Urologischen
Universitätsklinik, Medizinische
Fakultät Mannheim der
Universität Heidelberg



Prof. Dr. Sabine Kliesch,
Leitende Oberärztin
der Klinik und Poliklinik
für Urologie,
Universitätsklinikum Münster



Prof. Dr. Michael Stöckle,
Direktor der Klinik und Poliklinik
für Urologie und Kinderurologie,
Universitätskliniken Saarland,
DGU-Generalsekretär



Foto zum Download unter:
www.wahlers-pr.de/pkfotos

Magdalene und Ulrich Siefke



Lebenspender Ulrich Siefke schenkte seiner Frau eine Niere. Interview-Vermittlung unter Telefon:
0170-48 27 287