



Eröffnungs-Pressekonferenz

15. September 2011,
13.15 – 14.45 Uhr

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

vom 14. bis 17. September 2011
in Hamburg



Inhalt der Pressemappe

Teilnehmerliste der Eröffnungs-Pressekonferenz

Referat Professor Dr. med. Michael Stöckle

Was ist die beste Therapie bei Niedrig-Risiko-Prostatakrebs?
PREFERE-Studie soll Klarheit bringen

Referat Professor Dr. med. Dirk Schultheiss

Buchvorstellung: Urologen arbeiten NS-Vergangenheit auf

Referat Professor Dr. med. Joachim Steffens

Talente fördern – Zukunft sichern:
Neue Strategien der DGU-Nachwuchsförderung

Referat Professor Dr. med. Wolfgang Weidner

Männersache: Der Unfruchtbarkeit auf der Spur

Curricula Vitae der Referenten

Themenrelevante DGU-Pressemitteilungen

Aktuelles Informationsmaterial zur Berufspolitik

Service-Hinweis: Fotos und weiterführende Informationen
zum Download unter
www.wahlers-pr.de/pk



Teilnehmer der Eröffnungs-Pressekonferenz

Prof. Dr. med. Joachim Steffens

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Urologie e. V.
Chefarzt der Klinik für Urologie und Kinderurologie
und Leiter des ProstataKarzinomZentrums
St.-Antonius-Hospital Eschweiler

Prof. Dr. med Oliver Hakenberg

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

Prof. Dr. med. Sabine Kliesch

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

Dr. med Axel Schroeder

Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Urologen e. V.

Prof. Dr. med. Michael Stöckle

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

Prof. Dr. med. Dirk Schultheiss

Archivar der Deutschen Gesellschaft für Urologie e. V.
Facharzt für Urologie,
Andrologie, Spezielle Urologische Chirurgie,
Medikamentöse Tumortherapie

Prof. Dr. med. Wolfgang Weidner

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



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

Was ist die beste Therapie bei Niedrig-Risiko-Prostatakrebs? PREFERE-Studie soll Klarheit bringen

Das Prostatakarzinom ist ein sehr relevanter Tumor:
Etwa jeder 10. Mann dürfte im Laufe seines Lebens mit dieser
Diagnose konfrontiert werden, und drei Prozent aller Männer
sterben in Deutschland an dieser Erkrankung.

Jedoch können wir diese Krankheit heute in sehr frühem
Stadium und bei niedrigem Malignitätsgrad entdecken.
Es ist nicht unwahrscheinlich, dass in solchen Fällen eine
verzögerte Behandlung, manchmal sogar der völlige Verzicht
auf eine Behandlung dem Betroffenen nicht schaden würde.
Dementsprechend soll bei der geplanten „PREFERE“-Studie*,
der „präferenzbasierten randomisierten Studie beim
Niedrig-Risiko-Prostatakarzinom“ nicht zuletzt die Frage
geklärt werden, ob die Strategie einer „aufmerksamen
Beobachtung“ („active surveillance“), bei der die Patienten
erst bei Nachweis eines Tumorwachstums therapiert werden,
bei frühen Tumorstadien mit eher niedrigem Malignitätsgrad
empfehlenswerter ist als die sofortige Behandlung.

Wenn man sich stattdessen zur sofortigen (aber auch zur
verzögerten) Behandlung entschließt, dann stehen als Behand-
lungsalternativen die Operation (radikale nerverhaltende

* Der Name erklärt sich aus dem englischen Protokolltitel: PREFEREnce based randomized evaluation of treatment modalities in low or early intermediate risk prostate cancer (Präferenzbasierte randomisierte Studie zur Evaluation von vier Behandlungsmodalitäten beim Prostatakarzinom mit niedrigem oder „frühem intermediären“ Risiko).



Prostatektomie), die Bestrahlung von außen (perkutane Strahlentherapie) und die Bestrahlung von innen (Brachytherapie) zur Wahl, ohne dass die Überlegenheit, Unterlegenheit oder Gleichwertigkeit einer dieser in Betracht kommenden Alternativen bisher belegt wäre.

Diese Wissenslücken sollen im Rahmen der geplanten Studie mit dem Instrumentarium der evidenzbasierten Medizin geschlossen werden, nämlich der prospektiv randomisierten Studie. Bei einer solchen Studie erfolgt die Entscheidung über die einzuschlagende Behandlung zufallsgesteuert („randomisiert“), weil nur die Randomisierung eine Ungleichverteilung anderer wichtiger Prognosefaktoren zwischen den Vergleichsgruppen verhindern kann. Nur die randomisierte Studie wird uns in einer solchen Situation also eine klare Aussage zum Stellenwert der getesteten Behandlungsalternativen erlauben.

Um dem Patienten die Zustimmung zu einer solchen zufallsgesteuerten Entscheidungsfindung zu erleichtern, soll die Studie zugleich präferenzbasiert durchgeführt werden: Das bedeutet, dass die betroffenen Patienten eine, im Extremfall auch zwei Behandlungsalternativen abwählen können, wenn diese für sie völlig inakzeptabel wären. Sie würden dann im Rahmen von Teilstudien randomisiert werden, in denen nur drei oder auch nur zwei Alternativen zufallsgesteuert miteinander verglichen werden.

Insgesamt ist für die Nutzenvergleiche der vier genannten Therapieoptionen in der geplanten Studie die Teilnahme von mehr als 7.000 geeigneten Patienten notwendig. Eine solche Teilnahmebereitschaft ist nur zu erwarten, wenn das Projekt von einer breiten Öffentlichkeit uneingeschränkt unterstützt wird: Dazu zählen alle Einrichtungen, die als Anwälte des Patienten wahrgenommen werden, beispielsweise die Selbsthilfegruppen, der Patientenvertreter der Bundesregierung oder die Deutsche Krebshilfe (DKH). Dazu gehören auch die zuständigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften:



die Deutsche Gesellschaft für Urologie e. V. und die Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie e. V., deren Vorstände sich vorbehaltlos hinter das Projekt gestellt haben. Und dazu zählen die Institutionen, die für die Funktionsfähigkeit unseres Gesundheitswesens zuständig sind, darunter die Krankenkassen mit ihren Verbänden, der Medizinische Dienst der Krankenkassen oder das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Die Initiatoren der geplanten Studie sind stolz darauf, dass es bei einem so anspruchsvollen Projekt erstmals gelungen ist, einen so breiten Konsens herbeizuführen, auch wenn natürlich vor dem Start der Studie die notwendigen Gutachten abgewartet und ggf. noch in das Studienprotokoll eingearbeitet werden müssen.

Der Starttermin richtet sich nach der Förderzusage durch die DKH bzw. den GKV-Spitzenverband. Mit aller Vorsicht rechnen wir damit, im Januar 2012 beginnen zu können, die Rekrutierung könnte ggf. ab April 2012 erfolgen.

Der Beobachtungszeitraum wird mindestens 10 Jahre betragen, wobei alle Patienten bis zum Studienende nachgesorgt werden sollen. Das heißt, die ersten eingeschlossenen Patienten wären entsprechend der aktuellen Planung bis zu 14 Jahren in Beobachtung.

Im Rahmen des diesjährigen DGU-Kongresses findet eine Forumssitzung (16.09.2011 08:30-10:00, Saal 4, Erdgeschoss) zum Niedrigrisiko-Prostatakarzinom statt, in der insbesondere die urologische Öffentlichkeit mit der Entstehungsgeschichte, der Problematik und der Zielrichtung der geplanten Studie vertraut gemacht werden soll.



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

Curriculum vitae

Persönliche Daten

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



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

Funktionen und Ehrenämter

1999 – 2004	Stellvertretender Sprecher der Arbeitsgemeinschaft Urologische Onkologie der Deutschen Krebsgesellschaft
2004 – 2007	Fachkollegiat der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG)
2004 – 2010	Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU)
2006 – 2007	Präsident der Südwestdeutschen Gesellschaft für Urologie
2010 – 2012	Vizepräsident der DGU
seit 2011	Ehrenmitglied der Schweizerischen Gesellschaft für Urologie
2012 – 2013	Gewählter Präsident der DGU
	Mitglied der Schlichtungsausschüsse für Fragen ärztlicher Behandlung bei der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz und bei der Ärztekammer des Saarlandes
	Mitglied der Qualitätssicherungskommission für Onkologie der Kassenärztlichen Vereinigung des Saarlandes

Klinische und operative Schwerpunkte

Kinderurologie

Plastische und rekonstruktive Urologie

Uro-Onkologie

Medikamentöse Uro-Onkologie

Roboterassistierte Chirurgie

Behandlung des Prostatakarzinoms:
Roboterassistierte Prostatektomie, auch potenterhaltend,
Seed-Implantation (Brachytherapie)



Operation des Blasenkarzinoms mit sämtlichen Formen
der kontinenten (Ersatzblasenchirurgie)
und der inkontinenten Harnableitung

Nierentumor Chirurgie mit dem Schwerpunkt
organerhaltende Operation

Nierentransplantation inklusive
Lebendspendetransplantation mit roboterassistierter
Lebendspendeentnahme



**Referent: Prof. Dr. med. Dirk Schultheiss,
Archivar der Deutschen Gesellschaft für Urologie e. V.,
Facharzt für Urologie, Andrologie, Spezielle Urologische Chirurgie,
Medikamentöse Tumortherapie**

Buchvorstellung: Urologen arbeiten NS-Vergangenheit auf

Die Aufarbeitung der Vergangenheit hat sich die Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU) für ihr Fachgebiet schon seit Jahren zur Aufgabe gemacht. Jetzt setzt die Fachgesellschaft mit dem von ihr in Auftrag gegebenen Buch „Urologen im Nationalsozialismus. Zwischen Anpassung und Vertreibung“ einen weiteren medizinhistorischen Meilenstein. Darin werden den verfolgten Berufskollegen ihre Namen und die ehrende Erinnerung zurückgegeben.

Der vorliegende Doppelband zur Geschichte der Urologie im Nationalsozialismus ist das Ergebnis eines langjährigen Forschungsprojektes. Ausgangspunkt war das 100. Jubiläum der Gründung der DGU im Jahr 2006. Aus diesem Anlass veröffentlichte der Arbeitskreis Geschichte der Urologie den Sammelband „Urologie in Deutschland: Bilanz und Perspektiven“, in dem sich Urologen zum ersten Mal kritisch mit der Vergangenheit des eigenen Faches und der Fachgesellschaften im Nationalsozialismus auseinandersetzten.

Zwar wurde das begangene Unrecht an den vertriebenen Kollegen benannt und deutlich gemacht, dass sich die verbliebenen Urologen ihr Fach in einem Prozess einer „geschmeidigen Anpassung“ in die Politik des nationalsozialistischen Regimes einfügten, aber die quantitative Dimension der Vertreibung, die einzelnen Schicksale der in die Emigration oder den Tod getriebenen Kollegen und das Maß, in dem die neue Fachelite politisches Wohlergehen gegen fachpolitische und persönliche Vorteile eintauschten, war noch nicht bekannt.



Aus diesem Grund trat die DGU im Frühjahr 2009 an medizinhistorische Institute heran, um ein kooperatives Forschungsprojekt zu beginnen. Zwölf Autoren, darunter Mediziner und Medizinhistoriker aus Deutschland, Österreich und den USA, erschlossen daraufhin in den letzten dreieinhalb Jahren eine Vielzahl bisher unbearbeiteter Themen auf der Grundlage erstmals zugänglicher Quellen, die nun in diesem Band unter dem Titel „Urologen im Nationalsozialismus: Zwischen Anpassung und Vertreibung“ versammelt sind. Absichtlich steht dabei nicht die Urologie als Fach, sondern die Urologen, als handelnde Personen und in Opferrollen gedrängte Subjekte im Mittelpunkt der Analyse.

Zahlreiche Einzel- und Sammelbiographien beschäftigen sich sowohl mit den Opfern des Nationalsozialismus als auch mit denjenigen, die in diesem System Karriere machten. Auf der einen Seite stehen diejenigen, die sich - häufig sehr bereitwillig - an die nationalsozialistische Gesundheitspolitik anpassten und dabei Rassenideologie, Orientierung an der Volksgesundheit statt am individuellen Patientenwohl und rassenhygienische Eingriffe in Körper und Autonomie von Menschen unterstützten. Auf der anderen Seite steht eine große Gruppe von urologisch tätigen Ärzten, die jüdischen Glaubens waren oder zwar ein katholisches oder evangelisches Bekenntnis abgelegt hatten, jedoch auf Grund der Religion ihrer Eltern oder Großeltern von den Nationalsozialisten als Juden verfolgt und aus ihren Positionen, dem Beruf und – wenn sie nicht fliehen konnten oder wollten – dem Leben gedrängt wurden.

Darüber hinaus werden die Geschichte der Fachgesellschaft während und nach der Nazi-Diktatur, der Umgang mit der Vergangenheit in den beiden deutschen Staaten und fachhistorische Aspekte wie die Entwicklung der Geschlechtskrankenfürsorge, Sexualmedizin und Andrologie sowie die Beiträge von Urologen zur Zwangssterilisation in Deutschland behandelt.



Vor 1933 war etwa jeder dritte Urologe in Deutschland jüdischen Glaubens oder jüdischer Herkunft; ein Anteil der doppelt so hoch ist, wie in der allgemeinen Ärzteschaft. Ihren Einzelschicksalen ist neben den biographischen Kapiteln ein eigener Registerband gewidmet. Den meisten Lesern mag der Großteil der mehr als 240 dort aufgeführten Namen bisher unbekannt sein. In den biographischen Skizzen werden sie jedoch die Schicksale von Urologen aus der eigenen Region oder dem eigenen Umfeld entdecken und diese damit dem Vergessen entreißen.

DGU und Herausgeber wollen die Veröffentlichung nicht als Abschluss des Projekts zur Aufarbeitung der Vergangenheit verstanden wissen, sondern als Ausgangspunkt für eine breitere Diskussion und für weitere Forschungsarbeiten.

Urologen im Nationalsozialismus (Bd. 1)

Zwischen Anpassung und Vertreibung

Herausgegeben von Matthis Krischel, Friedrich Moll,
J. Bellmann, A. Scholz, D. Schultheiss
im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Urologie
256 Seiten, Hardcover, 138 Farb- u. S/W- Abbildungen
ISBN 978-3-942271-39-4

Urologen im Nationalsozialismus (Bd. 2)

Biografien und Materialien

Herausgegeben von Matthis Krischel, Friedrich Moll,
J. Bellmann, A. Scholz, D. Schultheiss
im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Urologie
Bearbeitet von J. Bellmann
288 Seiten, Hardcover, 178 Farb- u. S/W- Abbildungen
ISBN 978-3-942271-40-0

Preis: EUR 49,90 pro Einzelband

EUR 89,00 für Doppelband (ISBN 978-3-942271-41-7)



Prof. Dr. med. Dirk Schultheiss,
Archivar der Deutschen Gesellschaft für Urologie e. V.,
Facharzt für Urologie, Andrologie, Spezielle Urologische Chirurgie,
Medikamentöse Tumortherapie

Curriculum vitae

Persönliche Daten

Name: Prof. Dr. med. Hans-Ulrich Dirk Schultheiss

geboren am: 21. Januar 1966 in Kassel

Eltern: Dr. med. Hans Eduard Schultheiss
Ingeborg Schultheiss geb. Busch

Familienstand: verheiratet mit Dr. med. Katja Krämer-Schultheiss,
(FÄ für Dermatologie, Gießen)
Kinder: Constantin Hans Schultheiss (geb. 13.6.2003)
Frederik Klaus Schultheiss (geb. 29.4.2005)
Julius Theo Schultheiss (geb. 21.07.2007)

Staatsangehörigkeit: deutsch

Konfession: evangelisch

Schulbildung

1972 - 1976 Linggschule, Bad Hersfeld

1976 - 1985 Wigbertschule, Hünfeld

Juni 1985 Allgemeine Hochschulreife

Bundeswehr

Juli 1985 - Sept. 1986 Grundwehrdienst,
Panzeraufklärungsbataillon 5, Sontra



Studium

Nov. 1986 - Mai 1993	Immatrikulation an der Medizinischen Fakultät der Julius-Maximilians-Universität Würzburg
Aug. 1988	Ärztliche Vorprüfung
Aug. 1989	1. Staatsexamen
April 1992	2. Staatsexamen
Mai 1993	3. Staatsexamen

Ärztliche Tätigkeit

Juli 1993 - Dez. 1993	Urologische Klinik, Kantonsspital St.Gallen, CH
Jan. 1994 - Dez. 1994	Chirurgische Klinik, Kantonsspital St.Gallen, CH
Jan. 1995 – Dez. 2005	Urologische Klinik, Med. Hochschule Hannover
März 1999	Facharzt für Urologie (Klinisch-wissenschaftlicher Schwerpunkt in Andrologie und Mikrochirurgie)
März 2002 – Feb. 2004	DFG-Forschungsstipendium (LEBAO Hannover)
März 2004 – Dez. 2005	Oberarzt der Klinik für Urologie, MHH
Jan. 1995 – Dez. 2005	Teilnahme an zahlreichen doppelblinden, klinischen Studien nach GCP-Richtlinien vorwiegend zur Pharmakotherapie der erektilen Dysfunktion
Juni 2005	Zusatzweiterbildung „Spez. urologische Chirurgie“
November 2005	Zusatzweiterbildung „Andrologie“
Januar 2006	Zusatzweiterbildung „Medikament. Tumortherapie“
Januar 2006	Zusatzweiterbildung „Röntgendiagnostik-Harntrakt“
seit Jan. 2006	Gemeinschaftspraxis für Dermatologie und Urologie sowie Belegarzt am Evangelischen Krankenhaus (18 Betten) in Gießen



Akademische Grade

1994	Promotion zum Dr.med.
2003	„Medical Hospital Manager®“ Berufsbegleitendes Zusatzstudium der FH Hannover
2004	Habilitation für das Fach Urologie mit dem Thema „Isolation primärer Zellkulturen des humanen Corpus cavernosum penis und ihr Einsatz bei in vitro Experimenten zur erektilen Funktion sowie für das Tissue Engineering peniler Strukturen“
2009	Ernennung zum außerplanmäßigen Professor für das Fach Urologie an der Medizinischen Hochschule Hannover

Mitgliedschaft in Fachgesellschaften:

- Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU)
- Deutsche Gesellschaft für Andrologie (DGA)
- European Association of Urology (EAU)
- International Society for Sexual Medicine (ISSM)
- European Society for Sexual Medicine (ESSM)
- Deutsche Gesellschaft für Sexualmedizin
und -therapie (DGSMT)



Offizielle Funktionen:

- Archivar, Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU)
- Stellv. Vorsitzender, Arbeitskreis Geschichte, Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU)
- Mitglied im Arbeitskreis Andrologie, Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU)
- Board Member, European Association of Urology (EAU)
- Chairman, History Office, European Association of Urology (EAU)
- Mitglied im Editorial Board der Zeitschriften „Der Urologe“, „Aktuelle Urologie“, „World Journal of Urology“ und „The Journal of Sexual Medicine“

Monographien (Hrsg.)

- Streiflichter aus der Geschichte der Urologie. Springer, Berlin, 1999
- Wegbereiter der Urologie: 10 Biographien. Springer, Berlin, 2002
- Classical Writings on Erectile Dysfunction. ABW Wissenschaftsverlag, Berlin, 2005
- Geschichte der Urologie in Dresden. Springer, Heidelberg, 2009
- Europe – the Cradle of Urology. EAU, Arnhem, 2010
- „de Historia Urologiae Europaeae“ Vol.7 – Vol.15, EAU-Gelderland, Arnhem, 2000 – 2010



**Referat: Prof. Dr. med. Joachim Steffens,
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V.,
Chefarzt der Klinik für Urologie und Kinderurologie
und Leiter des ProstataKarzinomZentrums
St.-Antonius-Hospital Eschweiler**

Talente fördern – Zukunft sichern: Neue Strategien der DGU-Nachwuchsförderung

Eine der zentralen Herausforderungen in der Medizin ist der Mangel an qualifiziertem Nachwuchs. Für die boomende Gesundheitsbranche ist dies eine besorgniserregende, in den letzten Jahren immer wieder vorgetragene Sorge. Jede fünfte Stelle in deutschen Krankenhäusern kann gegenwärtig nicht mehr zeitnah besetzt werden. Die Fluktuation der angestellten Ärzteschaft ist erheblich, und die Zeiträume bis zur Neubesetzung einer vakanten Stelle werden länger. Die Frustration bei der verbleibenden Mitarbeiterschaft steigt aufgrund zunehmender Belastung. Überbürokratisierung, überzogene Kontrollen und familienfeindliche Arbeitszeiten kommen hinzu. Diese Situation demonstriert die Unzufriedenheit mit dem Arbeitsplatz Krankenhaus.

Antworten der Deutschen Gesellschaft für Urologie sind die neue Juniorakademie und eine umfassende Nachwuchsinitiative seit 2009 mit der Vergabe von Forschungsstipendien. Ziel ist es, junge urologische Assistenzärztinnen und Ärzte für ein Jahr unter Beibehaltung ihrer Bezüge und Pflichten freizustellen, um ihnen die Möglichkeit zu geben, in einer etablierten Forschungseinrichtung selbstständiges wissenschaftliches Arbeiten zu vertiefen und neueste Techniken zu erlernen. Das erworbene Wissen soll im Anschluss auch an der Heimatklinik für den Aufbau eigener Arbeitsgruppen genutzt werden können und der nach-



haltigen Etablierung von Forschungsnetzwerken dienen. Die ersten 10 jungen kreativen Wissenschaftler der universitären Arbeitsgruppen werden bei diesem Kongress vorgestellt. Wir sind als Fachgesellschaft stolz auf diese Maßnahme, die der nachhaltigen strukturierten Ausbildung junger ambitionierter Nachwuchswissenschaftler/-innen dient, und werden unsere Bemühungen auf diesem Sektor weiter verstärken.

Neben allen offiziellen Maßnahmen und Programmen ist noch etwas entscheidend für eine effektive Nachwuchsförderung: Das Verhalten von uns urologischen Lehrern muss sich künftig noch mehr darauf konzentrieren, unseren ärztlichen Nachwuchs in Klinik, Praxis und Forschungslaboren nachhaltig für unser Fach zu motivieren. Talentmanagement kann nur dann gelingen, wenn wir durch Vorbildfunktion die jungen Mitarbeiter begeistern. Talentförderung ist ein Top-Thema für das Top-Management und kann nicht delegiert werden. In der Hektik unseres Alltages kann dies sehr wohl gelingen, wenn wir die jungen Leute durch Wahrnehmung und Wertschätzung, ihre aktive Einbeziehung in unsere Tätigkeitsgebiete und Hilfen bei der persönlichen Karriereplanung davon überzeugen, dass wir ernsthaft an ihnen interessiert sind. Nur wenn die Leidenschaft für das eigene Fachgebiet spürbar wird und Begeisterung für die täglichen Herausforderungen vermittelt wird, werden wir angehende, junge Kollegen für die Urologie gewinnen können. In der neu gegründeten Juniorakademie entwickeln erfahrene Kollegen aus Forschung, Klinik und Praxis Zukunftsperspektiven und skizzieren Berufsaussichten. Darüber hinaus werden Themen wie Vertrauenskultur, Umgang mit Fehlern und Risikomanagement vermittelt. Sollte diese neue Sektion akzeptiert werden, wird sie künftig unter Leitung der Akademie der Deutschen Urologen und der GeSRU, der deutschen Assistentenvereinigung, fortgeführt werden.



**Prof. Dr. med. Joachim Steffens,
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V.,
Chefarzt der Klinik für Urologie und Kinderurologie
und Leiter des ProstataKarzinomZentrums
St.-Antonius-Hospital Eschweiler**

Curriculum vitae

Name:	Prof. Dr. med. Joachim Steffens
01.02.1958	Geburtsort Köln
1982	Staatsexamen
1984	Promotion
1989	Facharzt für Urologie
1989	Aufnahme in die Internationale Gesellschaft für Urologie (SIU)
1990	Wissenschaftspreis für experimentelle Urologie
1992	Habilitation
1992	Fellow of the European Board of Urology
1994	Großhadener Preis für Innovative Urologie
1995	Erwerb der fakultativen Weiterbildung „Spezielle urologische Chirurgie“
1996	Chefarzt der Klinik für Urologie und Kinderurologie des St. Antonius-Hospitals Eschweiler
1998	Corrsponding Member der American Urological Association (AUA)
1998	Ernennung zum apl. Professor
2001 – 2008	Präsidiumsmitglied des Berufsverbandes der Deutschen Urologen e.V. (BDU) als Schriftführer
2003	Gründungsmitglied „Bund der Urologen e.G.“ und Aufsichtsratsmitglied



2004 – 2010	Vorsitzender des Arbeitskreises „Leitende Krankenhausärzte“ des BDU e.V.
2006	Erwerb der Zusatzbezeichnung „Andrologie“
2007	Erwerb der Zusatzbezeichnung „Medikamentöse Tumortherapie“ und Erhalt der Weiterbildungsberechtigung
2007	Leiter des von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Prostata-Karzinomzentrums Eschweiler
2009 – 2010	Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU)
2010 – 2011	Präsident der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU)



**Referent: Prof. Dr. med. Wolfgang Weidner,
Direktor der Klinik und Poliklinik für Urologie,
Kinderurologie und Andrologie Universitätsklinikum Gießen**

Männersache: Der Unfruchtbarkeit auf der Spur

Ein unerfüllter Kinderwunsch ist für das betroffene Paar belastend, in vielen Aspekten nicht ausreichend erforscht und ein zunehmendes bevölkerungspolitisches Problem. Wissenschaftspolitisch ist verstanden worden, dass nur eine Förderung der Reproduktionsmedizin dieser Situation abhelfen kann. Dies ist durch die Einrichtung eines eigenen Fachkollegiums für die Reproduktionsmedizin in der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) ab 2011 angestoßen worden. Der männlichen Unfruchtbarkeit, die bei jedem 2. unfruchtbaren Paar eine wichtige Rolle spielt, kommt in diesem interdisziplinären Bereich eine besondere Rolle zu, wobei deutsche Urologen federführend an einem Netzwerk Reproduktionsmedizin der Deutschen Forschungsgemeinschaft mitarbeiten, das jetzt formal initiiert werden soll.

Grundlage hierfür ist die bisherige erfolgreiche Förderung zweier DFG-Forschergruppen, einmal der klinischen Forschergruppe zur männlichen Unfruchtbarkeit durch Störungen der Spermatogenese, die unter Prof. Dr. Wolfgang Weidner und Prof. Dr. Klaus Steger aus der Klinik für Urologie, Kinderurologie und Andrologie in Gießen jetzt in die zweite Verlängerung geht. Diese Forschergruppe beschäftigt sich schwerpunktmäßig mit molekularen Ursachen der gestörten Samenzellbildung im Hoden und ist interdisziplinär urologisch-reproduktionsanatomisch aufgestellt.

Die dezentrale Forschergruppe „Germ Cell Potential“ unter der Leitung von Prof. Dr. Jörg Gromoll aus dem Centrum für Reproduktionsmedizin und Andrologie (CeRA) in Münster



untersucht das ganze Spektrum der künstlichen Befruchtung von der Keimzelle bis zur Geburt des Kindes. Eine Besonderheit dieser Gruppe ist ihre Interdisziplinarität zwischen Andrologen, Urologen, Gynäkologen, Humangenetikern und Biologen sowie die Einbeziehung der Stammzellforschung im Bereich der männlichen und weiblichen Keimzellen. In Münster sind insbesondere das MPI für molekulare Biomedizin und das CeRA an Stammzellaspekten sowohl der männlichen als auch der weiblichen Reproduktion forschungsaktiv.

Beide Forschergruppen sind jetzt erneut bis 2014 für eine insgesamt 6-jährige Laufzeit verlängert worden. Die neu bewilligten Mittel umfassen ein Gesamtvolumen von knapp 6 Mio. Euro. Flankiert werden diese Aktivitäten durch einen Wissenschaftsschwerpunkt der Landesoffensive Hessen für Exzellenz (LOEWE) zu der Interaktion – Infektion und Infertilität – in Gießen (Prof. Dr. Wolfgang Weidner, Urologische Klinik), einer Initiative zu einer DFG-Nachwuchsakademie zur Infertilität aus dem Centrum für Reproduktionsmedizin in Münster und Andrologie (Prof. Dr. Stefan Schlatt), einer weiteren Initiative zur Etablierung einer Nachwuchsakademie zur urogenitalen Infektion aus der Urologischen Klinik Gießen (Prof. Dr. F. Wagenlehner, Prof. Dr. W. Weidner) und einer internationalen DFG-Forschergruppe (Prof. Dr. A. Meinhardt, Gießen; Prof. K. Loveland, Melbourne) mit dem Thema „Molekulare Pathogenese männlicher reproduktiver Erkrankungen“.

Ziel der Aktivitäten ist die nachhaltige Implementierung der Reproduktionsmedizin in ein Forschungsnetzwerk für Deutschland, das bereits durch regelmäßige wissenschaftliche Treffen und einen regen Austausch zwischen den Arbeitsgruppen vorbereitet wird und in dem selbstverständlich Urolog(inn)en und urologische Androlog(inn)en fest und nachhaltig integriert sind.



**Prof. Dr. med. Wolfgang Weidner,
Direktor der Klinik und Poliklinik für Urologie,
Kinderurologie und Andrologie Universitätsklinikum Gießen**

Curriculum vitae

Wissenschaftlicher Kurzlebenslauf

1993	Ruf auf den Lehrstuhl C4 für Urologie der JLU Gießen
1993	Academician der Europäischen Akademie für Andrologie (EAA)
1995	(Co-)Chairman des Andrology Training Center Gießen (EAA)
1999	Vorstand DFG-Graduiertenkolleg Gießen – Marburg „Zell-Zell-Interaktion im Reproduktionsgeschehen“
2004 – 2006	Ärztlicher Direktor des Universitätsklinikums Gießen
2006 – 2009	Dekan des Fachbereichs Medizin der JLU Gießen
2007 – 2010	Präsident der Deutschen Gesellschaft für Andrologie
2008 – 2010	Sprecher DFG-Forschergruppe KFO 181 „Männliche Infertilität bei gestörter Spermatogenese“ Gießen
2009 – 2010	Präsident der Deutschen Gesellschaft für Urologie (Tagungspräsident 2010)
2010 – 2013	Präsident der Deutschen Gesellschaft für Andrologie
2010 – 2013	Sprecher der LOEWE Initiative MIBIE: Männliche Infertilität bei Infektion & Entzündung
2011 – 2014	Sprecher DFG-Forschergruppe KFO 181-2 „Männliche Infertilität bei gestörter Spermatogenese“ Gießen
2011 – 2016	Vizepräsident der v.-Behring-Röntgen-Stiftung des Landes Hessen



63.

Kongress der
Deutschen Gesellschaft
für Urologie e.V.

14. – 17. September 2011
Congress Center Hamburg

PRESSEINFORMATION

Urologen informieren auf 63. DGU-Kongress über
PREFERE-Studie

Prostatakrebs: Einzigartige nationale Versorgungsstudie soll Therapieoptionen vergleichen

Präsident:
Prof. Dr. med. Joachim A. Steffens
Chefarzt der Klinik für Urologie und Kinderurologie
Leiter des zertifizierten Prostatakarzinomzentrums
St. Antonius-Hospital Eschweiler
Akademisches Lehrkrankenhaus der RWTH Aachen
2011@dgu.de
www.dgu-kongress.de

26.07.2011

Hamburg. Prostatakrebs: Mehr als jeder 10. Mann dürfte im Laufe seines Lebens mit dieser Diagnose konfrontiert werden. Jährlich sind es über 60 000 Betroffene. Der Großteil von ihnen hat ein lokal begrenztes Prostatakarzinom und muss sich für eine von vier geeigneten Behandlungsmethoden entscheiden. Mithilfe einer bundesweiten Studie soll nun erstmals nach den Maßstäben der evidenzbasierten Medizin verglichen werden, ob eine dieser in Betracht kommenden Alternativen den anderen in irgendeiner Weise überlegen oder unterlegen wäre. Der Studienbeginn der PREFERE genannten „präferenzbasierten randomisierten Studie beim Niedrigrisiko-Prostatakarzinom“ ist für Anfang 2012 vorgesehen. Auf dem **63. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU) vom 14. bis 17. September 2011 in Hamburg** wird das in zahlreicher Hinsicht einzigartige Projekt von der Fachwelt diskutiert und im Rahmen der Eröffnungs-Presseskonferenz der breiten Öffentlichkeit vorgestellt.

„Heute stehen Männer, die ein Prostatakarzinom mit niedrigem Risiko haben, bei der Wahl der Therapie vor einer schwierigen Entscheidung“, sagt der deutsche urologische Studienleiter von PREFERE, Prof. Dr. Michael Stöckle. Mit der operativen Entfernung der Prostata (radikale Prostatektomie), der Bestrahlung von außen (perkutane Strahlentherapie), der Bestrahlung von innen mittels implantierter „Seeds“ (Low-dose-rate-Brachytherapie) und der Strategie der aufmerksamen Beobachtung (Active Surveillance) benennt die aktuelle S3-Leitlinie vier geeignete Behandlungsmethoden für das lokal begrenzte Prostatakarzinom. „Verlässliche, evidenzbasierte Vorhersagen, von welcher Therapie der Patient am meisten profitiert, sind aufgrund der Studienlage heute aber nicht möglich, denn Vergleiche zwischen allen vier Therapien gibt es bisher nicht. Genau diesen prospektiv-randomisierten Vergleich der als geeignet angesehenen Therapieoptionen soll PREFERE erbringen“, so der 2. Vizepräsident der DGU weiter. Das Ergebnis werde vorhandene Wissenslücken schließen und sei von internationaler Bedeutung.

Die Initialzündung für eines der, laut Prof. Dr. Stöckle, wohl größten urologischen Forschungsprojekte der letzten 50 Jahre gab der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Er setzte seine abschließende Bewertung der Brachytherapie und damit die Entscheidung über deren Aufnahme in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen Ende 2009 aufgrund der unzureichenden Datenlage aus und empfahl zunächst bessere klinische Studien. Der GKV-Spitzenverband hatte daraufhin mit maßgeblicher Unterstützung durch den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes, durch das Kompetenz-Centrum Onkologie der Medizinischen Dienste der Krankenkassen und durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) ein Studienkonzept für die vergleichende Nutzenbewertung der vier genannten Therapieoptionen auf Evidenzlevel I entwickelt, das nun in Form der PREFERE-Studie in Deutschland umgesetzt werden soll.

Höchste Vertreter und Institutionen des deutschen Gesundheitswesens unterstützen die Studie mit Nachdruck. Neben dem genannten GKV-Spitzenverband, dem G-BA und dem IQWiG zählen dazu die Deutsche Krebsgesellschaft e.V., der Bundesverband Prostatakrebs Selbsthil-



63.

Kongress der
Deutschen Gesellschaft
für Urologie e.V.

14. – 17. September 2011
Congress Center Hamburg

PRESSEINFORMATION

fe e.V. und die Deutsche Krebshilfe e.V., welche sich grundsätzlich bereit erklärt hat, unter bestimmten Voraussetzungen den Studienoverhead zu finanzieren. Der Berufsverband der Deutschen Urologen e.V. sowie die federführenden medizinischen Fachgesellschaften, DGU und Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie e.V. mit dem deutschen strahlentherapeutischen Studienleiter Prof. Dr. Thomas Wiegel, werden alle notwendigen Anstrengungen für ein Gelingen der Studie gemeinsam verfolgen. „Diese Allianz ist einzigartig“, sagt der urologische Studienleiter Prof. Dr. Stöckle. Ebenso einzigartig ist die industrieunabhängige Finanzierung des anspruchsvollen Projektes, wie sie von der Deutschen Krebshilfe und den Krankenkassen angestrebt wird. „Die PREFERE-Studie stellt ein absolutes und äußerst begrüßenswertes Novum in der Geschichte der evidenzbasierten klinischen Forschung in Deutschland dar, denn infolge des hohen Kostenaufwands werden bis heute im Wesentlichen nur Studien realisiert, von deren Ergebnis sich der Sponsor einen wirtschaftlichen Nutzen versprechen kann“, so der 2. DGU-Vizepräsident weiter.

Präsident:
Prof. Dr. med. Joachim A. Steffens
Chefarzt der Klinik für Urologie und Kinderurologie
Leiter des zertifizierten Prostatakarzinomzentrums
St. Antonius-Hospital Eschweiler
Akademisches Lehrkrankenhaus der RWTH Aachen
2011@dgu.de
www.dgu-kongress.de

PREFERE steht für „PREFEREnce based randomized evaluation of treatment modalities in low or early intermediate risk prostate cancer“ und bedeutet, dass sowohl die Präferenzen der Patienten gewahrt werden als auch die Randomisierung auf die Therapiemöglichkeiten erfolgt. Lehnt der Patient zum Beispiel die Operation ab, entscheidet er sich dafür, in eine der verbliebenen drei Behandlungsoptionen randomisiert, das heißt zufallsmäßig zugeordnet zu werden. Sollte der Patient zwei der vier Therapieoptionen für sich ablehnen, wird er nach dem Zufallsprinzip einer der beiden verbliebenen Behandlungsalternativen zugeordnet. Unter Berücksichtigung aller denkbaren Präferenzen ergeben sich elf mögliche randomisierte Teilstudien. Lediglich Patienten, die nur eine bestimmte Therapiemöglichkeit akzeptieren, können nicht an der Studie teilnehmen.

Mit über 7000 Teilnehmern und einem Beobachtungszeitraum von zehn Jahren stellt die Umsetzung von PREFERE eine nationale Herausforderung dar und erfordert größtes Engagement aller Beteiligten. „Umfassende Aufklärung der Patienten über die Mechanismen der evidenzbasierten Forschung und die Präferenz des Patienten vor der Randomisierung wird wesentlich zum Gelingen der Studie beitragen“, sagt DGU- und Kongress-Präsident Prof. Dr. Joachim Steffens. Urologen in Klinik und Praxis, Strahlentherapeuten sowie Prostatakrebs-Selbsthilfegruppen seien gefordert. Darüber hinaus soll es standardisierte, videogestützte Patientenaufklärungen geben. Prof. Dr. Steffens: „Nachdem wir bereits auf der DGU-Jahrestagung 2010 die Fachöffentlichkeit informiert haben, findet auch auf dem diesjährigen Kongress in Hamburg ein Forum statt, in dem unter anderen der IQWiG-Chef, Prof. Dr. Jürgen Windeler, über die Hintergründe und Grundlagen der Studie berichtet. Auf der Eröffnungspressekonferenz wird Studienleiter Stöckle die Medienvertreter über die immense Bedeutung von PREFERE informieren.“

Dessen Fazit unterstreicht den Stellenwert der Studie: „Da man in der Niedrigrisiko-Gruppe sicherlich die höchste Rate an Übertherapie zu erwarten hat, sind wir es unseren heutigen und unseren zukünftigen Prostatakrebs-Patienten schuldig, jede Anstrengung zu unternehmen, offene Fragen auf evidenzbasierter Grundlage zu klären. Gerade weil heute keine gesicherte Empfehlung bezüglich der besten Therapieoption möglich ist, stellt die Randomisierung beziehungsweise Teilrandomisierung dabei einen legitimen und hochgradig ethischen Weg dar, um Wissenslücken zu schließen. Erst dann werden wir nachweislich verlässliche Behandlungsempfehlungen geben können. Damit unsere Patienten nicht länger vor



63.

Kongress der
Deutschen Gesellschaft
für Urologie e.V.

14. - 17. September 2011
Congress Center Hamburg

PRESSEINFORMATION

der schwierigen Entscheidung zwischen den vier als geeignet geltenden Therapieoptionen stehen.“

DGU-Präsident Prof. Dr. Steffens unterstreicht dieses klare Bekenntnis der Urologen zu PREFERE: „Wir sichern unsere volle Unterstützung zu und hoffen auf eine schnelle Realisierung des Projektes.“

Der erwartete Erkenntnisgewinn durch PREFERE kann es überdies ermöglichen, den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen angemessen zu definieren.

Veranstaltungshinweis:

DGU-Eröffnungs-Pressekonferenz
15. September 2011, 13.15 – 14.45 Uhr
Congress Center Hamburg (CCH), Saal 7, 1.OG
Am Dammtor/Marseiller Straße
20355 Hamburg

Weitere Informationen:

DGU-Kongress-Pressestelle

Bettina-Cathrin Wahlers
Sabine Martina Glimm

Stremelkamp 17
21149 Hamburg
Tel: 040 - 79 14 05 60
Fax: 040 - 79 14 00 27
Mobil: 0170 - 48 27 28 7
E-Mail: redaktion@bettina-wahlers.de
www.dgu-kongress.de
www.urologenportal.de

Präsident:

Prof. Dr. med. Joachim A. Steffens
Chefarzt der Klinik für Urologie und Kinderurologie
Leiter des zertifizierten Prostatakarzinomzentrums
St. Antonius-Hospital Eschweiler
Akademisches Lehrkrankenhaus der RWTH Aachen
2011@dgu.de
www.dgu-kongress.de

Akkreditierungen sind bereits jetzt unter www.dgu-kongress.de möglich.



63.

Kongress der
Deutschen Gesellschaft
für Urologie e.V.

14. – 17. September 2011
Congress Center Hamburg

PRESSEINFORMATION

Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V. setzt
Aufarbeitung der Vergangenheit fort

„Urologen im Nationalsozialismus“: Buchvorstellung auf 63. DGU-Kongress

Präsident:
Prof. Dr. med. Joachim A. Steffens
Chefarzt der Klinik für Urologie und Kinderurologie
Leiter des zertifizierten Prostatakarzinomzentrums
St. Antonius-Hospital Eschweiler
Akademisches Lehrkrankenhaus der RWTH Aachen
2011@dgu.de
www.dgu-kongress.de

13. Juli 2011

Hamburg. Die nationalsozialistische Medizin verkehrte das ärztliche Ethos vom Heilen in das der Ausgrenzung und Vernichtung. Die Aufarbeitung dieser Schreckensepoche, aber auch ihrer Bezüge zur Zeit davor und ihre Auswirkungen auf die Zeit danach, hat sich die Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU) für ihr Fachgebiet schon seit Jahren zur Aufgabe gemacht. Jetzt setzt die Fachgesellschaft mit dem von ihr in Auftrag gegebenen Buch **„Urologen im Nationalsozialismus. Zwischen Anpassung und Vertreibung“** einen weiteren medizinhistorischen Meilenstein. Der Doppelband wird im Rahmen des 63. Kongresses der DGU vorgestellt, der vom 14. bis 17. September 2011 in Hamburg stattfindet.

„Mit dem Bekenntnis der Deutschen Gesellschaft für Urologie zur Aufarbeitung ihrer Geschichte werden den verfolgten Berufskollegen ihre Namen und die ehrende Erinnerung zurückgegeben“, sagt Mit-Herausgeber Prof. Dr. Dirk Schultheiss. Der Giessener Facharzt für Urologie, Andrologie, Spezielle Urologische Chirurgie und Medikamentöse Tumorthherapie ist der Archivar der DGU. Er weist darauf hin, dass vor der nationalsozialistischen Machtübernahme im Jahr 1933 etwa ein Drittel der Urologen in Deutschland jüdischen Glaubens oder jüdischer Herkunft war – so viele wie in keiner anderen medizinischen Fachdisziplin. Diese Ärzte seien in der Folgezeit aus ihren Positionen gedrängt und ins Exil oder in den Tod getrieben worden. Den Einzelschicksalen dieser Urologen aus allen Regionen der Republik ist ein so genannter Registerband gewidmet.

Seit 2009 haben zwölf Autoren – Medizinhistoriker und Urologen aus Deutschland, Österreich und den USA – in einem von der DGU initiierten Forschungsprojekt eine Vielzahl bislang unberührter Themen der NS-Zeit bearbeitet. Möglich wurde dies unter anderem, weil nach der deutschen Wiedervereinigung zahlreiche bis dahin unzugängliche einzigartige Dokumente erstmals zur Verfügung standen, wie Mit-Herausgeber Dr. Friedrich Moll M.A. erläutert. Der Facharzt für Urologie an den Kliniken der Stadt Köln ist Vorsitzender des DGU-Arbeitskreises Geschichte der Urologie und Kurator des DGU-Museums. Nach seiner Einschätzung kamen durch neue Quellen auf Täter- und auf Opferseite individuelle Entscheidungen, Verhaltensweisen, Handlungen und Reaktionen zu Tage, die auch hilfreich für die Einordnung späterer Entwicklungen waren.

In zahlreichen Einzel- und Sammelbiographien dokumentiert „Urologen im Nationalsozialismus“ für Deutschland und für Österreich sowohl die Schicksale der Opfer als auch die Werdegänge derer, die in dem System Karriere machten. Die Geschichte der Fachgesellschaft während und nach der Nazi-Diktatur wird ebenso durchleuchtet wie der Umgang der beiden deutschen Staaten mit der Vergangenheit. Außerdem werden fachhistorische Aspekte wie etwa die Beiträge von Urologen zur Zwangssterilisation sowie die Entwicklung der Geschlechtskrankenfürsorge, der Sexualmedizin und der Andrologie thematisiert.

DGU und Herausgeber wollen die Veröffentlichung nicht als Abschluss des Projekts zur Aufarbeitung der Vergangenheit verstanden wissen, sondern als Ausgangspunkt für weitere Forschungsarbeiten, unterstreicht DGU-Archivar Prof. Dr. Schultheiss.



63.

Kongress der
Deutschen Gesellschaft
für Urologie e.V.

14. – 17. September 2011
Congress Center Hamburg

PRESSEINFORMATION

Der Doppelband „Urologen im Nationalsozialismus. Zwischen Anpassung und Vertreibung“, herausgegeben von Matthis Krischel M.A., Dr. Friedrich Moll M.A., Julia Bellmann M.A., Prof. Dr. Albrecht Scholz und Prof. Dr. Dirk Schultheiss, erscheint bei Hentrich & Hentrich in Berlin. Die beiden jeweils etwa 300 Seiten starken Hardcover-Bände kosten zusammen 89 Euro (ISBN 978-3-942271-41-7). Einzelne liegt der Preis für Band 1 mit etwa 120 Abbildungen (ISBN 978-3-942271-39-4) und für den Registerband 2 mit rund 130 Abbildungen (ISBN 978-3-942271-40-0) jeweils bei 49,90 Euro.

Präsident:

Prof. Dr. med. Joachim A. Steffens
Chefarzt der Klinik für Urologie und Kinderurologie
Leiter des zertifizierten Prostatakarzinomzentrums
St. Antonius-Hospital Eschweiler
Akademisches Lehrkrankenhaus der RWTH Aachen
2011@dgu.de
www.dgu-kongress.de

Die Neuerscheinung wird am Donnerstag, 15. September 2011 im Rahmen der Eröffnungs-Pressekonferenz des 63. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V. im Congress Center Hamburg (CCH) von DGU-Archivar Prof. Dr. Schultheiss vorgestellt. Auch Dr. Friedrich Moll M.A., Kurator des DGU-Museums, und weitere Mit-Herausgeber werden anwesend sein und für Interviews zur Verfügung stehen.

Für die Teilnahme ist eine Kongressakkreditierung über die Kongress-Website (www.dgu-kongress.de) oder direkt in der DGU-Kongress-Pressestelle notwendig.

Veranstaltungshinweis:

DGU-Eröffnungs-Pressekonferenz
15. September 2011, 13.15 – 14.45 Uhr
Congress Center Hamburg (CCH), Saal 7, 1.OG
Am Dammtor/Marseiller Straße
20355 Hamburg

Weitere Informationen:

DGU-Kongress-Pressestelle

Bettina-Cathrin Wahlers
Sabine Martina Glimm

Stremelkamp 17
21149 Hamburg
Tel: 040 - 79 14 05 60
Fax: 040 - 79 14 00 27
Mobil: 0170 - 48 27 28 7
E-Mail: redaktion@bettina-wahlers.de
www.dgu-kongress.de
www.urologenportal.de

Akkreditierungen sind bereits jetzt unter www.dgu-kongress.de möglich.



Informationsdienst
Wissenschaft



Pressemitteilung

Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V.

Bettina-Cathrin Wahlers

21.07.2011

<http://idw-online.de/de/news434036>

Ehemaliger DGU-Präsident Prof. Dr. Weidner koordiniert Forschung zur männlichen Infertilität

Weitere Förderung für Klinische Forschergruppe zu männlicher Unfruchtbarkeit Die Erforschung der männlichen Unfruchtbarkeit und ihrer Ursachen steht im Fokus der Klinischen Forschergruppe (KFO) 181, die von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) finanziert wird. Der Sprecher der Klinischen Forschergruppe, Prof. Dr. Wolfgang Weidner, ehemaliger Präsident der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU), konnte sich jetzt über gute Nachrichten von der Deutschen Forschungsgemeinschaft freuen.

Die DFG fördert die 2008 an der Justus-Liebig-Universität Gießen eingerichtete KFO 181, die an dem Thema „Mechanisms of male factor infertility“ arbeitet, für weitere drei Jahre mit insgesamt knapp 3,4 Millionen Euro. Das bedeutet eine Steigerung um gut 50 Prozent gegenüber der ersten Förderperiode. „Damit wird unsere bislang erfolgreiche Arbeit honoriert und zugleich die gesellschaftliche Bedeutung des Forschungsschwerpunktes unterstrichen. Mit den neuen Mitteln können wir die Forschung durch weitere Projekte intensivieren“, so der Urologe aus Gießen, der die Arbeit der KFO 181 wissenschaftlich koordiniert.

„Ziel der Forschergruppe ist es, die molekularen Mechanismen, die die Bildung von Samenzellen im Hoden regulieren, besser zu verstehen und dadurch mögliche Ursachen einer gestörten Spermatogenese zu erkennen“, sagte Prof. Dr. Weidner, Direktor der Klinik und Poliklinik für Urologie, Kinderurologie und Andrologie des Universitätsklinikums Gießen und Marburg GmbH am Standort Gießen. Anders als bei weiblicher Infertilität, deren Ursachen als vergleichsweise gut erforscht gelten, sind Fruchtbarkeitsstörungen bei Männern zu einem erheblichen Prozentsatz idiopathisch, also ohne erkennbare Ursache.

Unter Leitung von Prof. Dr. Klaus Steger, dem Chef des andrologisch urologischen Forschungslabors des Universitätsklinikums Gießen und Marburg GmbH am Standort Gießen, hat die KFO 181 in den ersten drei Jahren in sechs Teilprojekten darauf hingearbeitet, molekulare Ursachen männlicher Sterilität zu entschlüsseln. Künftig werden unter dem Zentralprojekt acht Einzelprojekte koordiniert, sieben davon an der Justus-Liebig-Universität Gießen und eines an der Philipps-Universität Marburg. Der Transfer von Ergebnissen der Grundlagenforschung, die meist an Mäusen erfolgt, auf den menschlichen Organismus gehört zu den besonderen Leistungsmerkmalen der Forschergruppe. Dafür steht eine umfangreiche Hodenbiopsie- und Kryobank zur Verfügung.

Klinische Wissenschaftler und Grundlagenforscher aus verschiedenen Fachrichtungen sind in der KFO 181 vernetzt – so etwa aus Anatomie, Zellbiologie, Veterinärmedizin, Medizinischer Mikrobiologie und Innerer Medizin. Aus der Urologischen Klinik in Gießen kommen neben den Professoren Steger und Weidner auch die Nachwuchswissenschaftlerinnen Dr. Agnieszka Paradowska und PD Dr. Undraga Schagdarsurengin. Die Fördermittel der DFG beinhalten für die nächsten drei Jahre zehn wissenschaftliche Stellen in Gießen und neun für technische Angestellte.

Prof. Dr. Weidner geht davon aus, dass die Arbeit der Klinischen Forschergruppe 181 an der Justus-Liebig-Universität dazu beitragen wird, Gießen als eines der bundesweit führenden Zentren der reproduktionsmedizinischen Forschung zu festigen.

Weitere Informationen:

DGU-Pressestelle

Bettina-Cathrin Wahlers

Sabine Martina Glimm

<http://idw-online.de>
service@idw-online.de



Informationsdienst
Wissenschaft



Pressemitteilung

Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V.

Bettina-Cathrin Wahlers

21.07.2011

<http://idw-online.de/de/news434043>

Urologen erwarten neue Ansätze zur Behandlung männlicher Unfruchtbarkeit

DFG fördert Fortpflanzungs-Forschung „Germ Cell Potential“ weitere drei Jahre Künstliche Befruchtung – von der Keimzelle bis hin zur Geburt – steht im Mittelpunkt der Arbeit der deutschen Forschergruppe „Germ Cell Potential“. Seit drei Jahren untersuchen die beteiligten Naturwissenschaftler und Mediziner mit Förderung der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) den Komplex zwischen Fortpflanzung, Unfruchtbarkeit und assistierten Reproduktionstechniken. Jetzt hat die DFG der Forschergruppe für weitere drei Jahre insgesamt 4,8 Millionen Euro bewilligt, um ihre Arbeit, die Reproduktionsmedizin und Stammzellforschung kombiniert, fortzusetzen und auszuweiten.

„Die Forschergruppe FOR 1041, wie sie bei der DFG genannt wird, ist ein Netzwerk, in dem führende Andrologen, Reproduktionsbiologen und Reproduktionsmediziner, Stammzellforscher, Humangenetiker sowie Gynäkologen in sechs Städten zusammenarbeiten. Die Universität Münster bildet den Schwerpunkt, denn die Hälfte der insgesamt zwölf Teilprojekte ist hier lokalisiert - am Institut für Humangenetik, am Max-Planck-Institut für molekulare Biomedizin und am CeRA, dem Centrum für Reproduktionsmedizin und Andrologie des Universitätsklinikums“, sagt Prof. Dr. Sabine Kliesch, Chefärztin des CeRA. Als Andrologin und Urologin sowie in ihrer Funktion als Pressesprecherin der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU) unterstreicht sie besonders die Erwartungen, die bezüglich der männlichen Infertilität auf der Arbeit der Forschergruppe „Germ Cell Potential“ ruhen – neue Ansätze für die Behandlung. Bisher konnten die Forscher herausfinden, dass männliche Unfruchtbarkeit stark mit epigenetischen Veränderungen korreliert – also mit Zelleigenschaften, die nicht über die DNA vererbt wurden, sondern aus einer Modifikation der DNA resultieren. Schon heute werden zwei bis drei Prozent der Kinder in Deutschland durch künstliche Befruchtung gezeugt. Tendenz steigend. Aber ebenso wie die Ursachen der Unfruchtbarkeit noch nicht umfassend geklärt sind, sind auch die Methoden der künstlichen Befruchtung, die seit 30 Jahren verwendet werden, wissenschaftlich kaum untersucht, sagt der Sprecher der Forschergruppe „FOR 1041“, Prof. Dr. Jörg Gromoll vom CeRA. Und: „Die möglichen Risiken der derzeit angewendeten Techniken oder Behandlungen für die geborenen Kinder und für die behandelten Paare sind derzeit nicht genau bekannt.“ Die meisten Erkenntnisse beruhen nur auf beschreibenden Studien. Nach Prof. Gromolls Ansicht liegt die Hauptursache für die Zunahme künstlicher Befruchtungen darin, dass hierzulande der Kinderwunsch zeitlich immer weiter in der Lebensplanung nach hinten rückt, und gleichzeitig die Wahrscheinlichkeit, dass es auf natürlichem Wege zur Schwangerschaft kommt, mit steigendem Alter deutlich sinkt.

Die Teilprojekte der Forschergruppe „Germ Cell Potential“ decken ein breites Feld ab: „Wir suchen nach den genetischen Ursachen der Infertilität, wollen die Qualitätsmerkmale von Eizellen näher bestimmen und – wie der Titel der Gruppe sagt – auch das Potenzial von Stammzellen erforschen. Dabei geht es etwa um die Frage, ob solche Stammzellen aus dem Hoden des Mannes als Reserve für die Spermienbildung nutzbar sind. Aber auch die Entstehung von Eizellen aus embryonalen Stammzellen ist ein wesentlicher Forschungsgegenstand. Zudem läuft eine Studie, in der mögliche Folgen der verschiedenen Methoden einer künstlichen Befruchtung klinisch untersucht werden“, erklärt Prof. Kliesch.

Der multidisziplinäre Ansatz der Forschung mit Schwerpunkt in Münster sowie die praktizierte Verzahnung von Forschung und Praxis werden nach Einschätzung von Prof. Kliesch Grundlagen für neue Ansätze zur Behandlung von Infertilität liefern.

Weitere Informationen:
DGU-Pressesprecherin

<http://idw-online.de>
service@idw-online.de



Informationsdienst
Wissenschaft



Pressemitteilung

Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V.

Bettina-Cathrin Wahlers

27.07.2011

<http://idw-online.de/de/news434730>

Urologen legen Positionspapier zur Urologischen Onkologie vor

Politische Fehlentwicklungen in der Versorgung von Krebspatienten befürchtet Die Urologen sehen die künftige Versorgung der urologischen Krebspatienten in Gefahr. Mit dem Nationalen Krebsplan hat die Bundesregierung Ziele und neue Strategien zu einer Verbesserung der Früherkennung, Vorsorge und Behandlung von Krebserkrankungen vorgegeben. Die politische Formulierung wünschenswerter Ziele und die Schaffung neuer Strukturen allein führen nach Ansicht der Urologen nicht per se zu besseren Ergebnissen – also Lebensqualität und Überleben - für die Krebspatienten.

In einem gemeinsamen Positionspapier beziehen die Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU), der Berufsverband der Deutschen Urologen e.V. (BDU) und die Arbeitsgemeinschaft Urologische Onkologie in der Deutschen Krebsgesellschaft (AUO) Stellung zur Situation der Urologischen Onkologie. Darin heißt es, man sehe „mit Sorge Fehlentwicklungen im Bereich der Bedarfsplanung und der Fachorientierung bei den urologischen Krebserkrankungen“. Um auch künftig eine gute Versorgung von Patienten mit malignen Erkrankungen des Urogenitaltraktes zu gewährleisten, fordern die Urologen zusammenfassend eine Neudefinition der Onkologievereinbarung, einen fachlich und inhaltlich sinnvollen Umgang mit Mindestmengen und eine Neudefinition der uro-onkologischen Weiterbildung in der Weiterbildungsordnung.

In dem Positionspapier wird die inhaltliche und fachliche Kompetenz der Urologen für die Diagnose, Therapie und Nachsorge der urogenitalen Malignome betont, die in Deutschland etwa 25 Prozent aller soliden Tumore ausmachen. „Die Urologie muss die Kriterien zur Behandlung uro-onkologischer Entitäten selbst definieren. Dieser Kriterienkatalog muss von den jetzt tätigen Uro-Onkologen und nicht von den politischen Gremien definiert werden“, fordert DGU-Präsident Prof. Dr. Joachim Steffens. Er hält einen interdisziplinären Ansatz in der uro-onkologischen Patientenversorgung für sinnvoll, stellt aber auch klar, dass die Federführung von der Urologie als „zuständigem“ Organfach übernommen werden sollte. Auch die Übernahme der Leitungsfunktion in onkologischen Zentren durch allgemein tätige Hämatonkologen sieht er kritisch.

„Wir Urologen in Klinik und Praxis halten an der Sicherstellung - und der Versorgungsverantwortung der urologischen Krebserkrankungen fest. Wir wollen diesen Behandlungsanspruch nicht nur aufrecht erhalten, sondern ihn im Interesse unserer Patienten kooperativ und fachgruppenübergreifend weiter entwickeln“, macht BDU-Präsident Dr. Axel Schroeder deutlich. Im Positionspapier wird festgestellt: „Eine Übernahme der umfassenden Versorgung und Behandlung von Patienten mit fortgeschrittenen urogenitalen Malignomen, die einer systemischen Therapie bedürfen, durch andere Fachgebiete und Strukturen ist allein mengenmäßig – im Hinblick auf eine wohnortnahe Versorgung – und von der fachlichen Kompetenz her ausgeschlossen.“ Das Papier ist auch vor dem Hintergrund zu sehen, dass jüngste Entwürfe eines Versorgungsgesetzes vorsehen, eine neue ambulante spezialärztliche Versorgungsebene als dritten Sektor zwischen Klinik und Praxis zu etablieren. „Eine flächendeckende wohnortnahe ambulante Uro-Onkologie in den Praxen niedergelassener Urologen wäre damit in der bisherigen Form kaum mehr möglich und zum Nachteil der Krebspatienten“, warnt Dr. Schroeder.

Insbesondere wenden sich die Verfasser des Positionspapiers gegen die festgelegten Mindestmengen an Fallzahlen, die in der neu eingeführten Onkologievereinbarung definiert werden: „Mit der Argumentation, eine Qualitätsverbesserung erreichen zu können, wurde die Onkologievereinbarung so geschaffen, um onkologisch tätige Ärzte mit geringen Fallzahlen aus der Versorgung herauszunehmen.“ Die Festsetzung der Mindestmengen ist nach Ansicht von DGU-Generalsekretär Prof. Dr. Oliver Hakenberg in der angewandten Weise nicht angemessen: „Sie orientiert sich an

<http://idw-online.de>
service@idw-online.de

den Fallzahlen von Hämatonkologen, die bei einer großen Vielzahl von Tumorentitäten systemische Tumortherapien verabreichen, wohingegen der onkologisch tätige Urologe ausschließlich urogenitale Krebserkrankungen therapiert.“ So weist das Positionspapier denn auch auf die speziellen Kenntnisse und Erfahrungen hin, die für die besondere Palette uroonkologischer Therapien erforderlich sind. Diese würden jedoch von onkologisch tätigen Urologen erbracht, nicht von allgemein tätigen Hämatonkologen. Eine Festlegung von Mindestmengen müsse sich daher statt an Fallzahlen von Hämatonkologen an vergleichbaren Behandlungszahlen anderer onkologisch verantwortlicher Fachärzte orientieren. In diesem Zusammenhang ist das Urteil des Sozialgericht Berlin/Brandenburg von Interesse, welches Mindestmengen als Qualitätsmerkmal verneint.

Grundsätzlich wird die Definition von Mindestmengen in der Onkologie problematisch gesehen, da sie die Gefahr beinhalten, Indikationen auszuweiten, um die Behandlungszahlen im Bereich oberhalb der Mindestmengen zu halten. Außerdem sagten Mindestmengen nicht automatisch etwas über die Qualität der Behandlung aus, für die Qualifikation und Kompetenz entscheidend seien. Beides liege in der Hand der Urologen.

Prof. Dr. Jürgen Gschwend, Sprecher der Arbeitsgemeinschaft Urologische Onkologie in der Deutschen Krebsgesellschaft, betont, man habe „die vom Nationalen Krebsplan angestoßenen Entwicklungen konsequent und nachhaltig mit Maßnahmen im Bereich der Therapie und der Fortbildung aufgegriffen“. Er verweist auf die entwickelte interdisziplinäre S3-Leitlinie Prostatakarzinom und auf Leitlinien zu Nieren-, Penis- sowie Harnblasenkarzinom, die sich in Vorbereitung befinden sowie den seit vielen Jahren etablierten, regelmäßig aktualisierten interdisziplinären Konsensus zur Diagnostik und Therapie des Hodentumors. Die Fortbildungsveranstaltungen von DGU, BDU und AUO zur leitliniengerechten Therapie bei urologischen Malignomen würden regelmäßig stark nachgefragt.

In ihrem Positionspapier machen sich die Urologen dafür stark, die Weiterbildung „Medikamentöse Tumortherapie“ begleitend zur Ausbildung Facharzt für Urologie durchzuführen und nicht erst nach deren Abschluss. Zusätzlich streben DGU und BDU durch eine Änderung der Musterweiterbildungsordnung die Etablierung einer Zusatzqualifikation im Sinne eines Schwerpunktes „Urologische Onkologie“ an.

Weitere Informationen:

DGU/BDU-Pressestelle
Bettina-Cathrin Wahlers
Sabine Martina Glimm
Stremelkamp 17
21149 Hamburg
Tel: 040 - 79 14 05 60
Mobil: 0170 - 48 27 28 7
E-Mail: redaktion@bettina-wahlers.de

oder

DGU Pressesprecherin
Prof. Dr. med. Sabine Kliesch
Chefärztin Klinische Andrologie
Centrum für Reproduktionsmedizin und Andrologie
Albert-Schweitzer-Campus 1
Gebäude Domagkstraße 11
48149 Münster
Tel. +49-251-8356097

URL zur Pressemitteilung: <http://www.urologenportal.de>

<http://idw-online.de>
service@idw-online.de



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR UROLOGIE e.V.
BERUFSVERBAND DEUTSCHER UROLOGEN e.V.
ARBEITSGEMEINSCHAFT UROLOGISCHE ONKOLOGIE



Positionspapier zur Urologischen Onkologie

Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Urologie, des Berufsverbandes der Deutschen Urologen und der Arbeitsgemeinschaft Urologische Onkologie der Deutschen Krebsgesellschaft

Maligne Erkrankungen des Harntraktes und des männlichen Genitaltraktes umfassen die Entitäten der Karzinome von Niere und Nebenniere, des Urothels (Nierenbecken, Ureter, Harnblase und Urethra), der Prostata und Samenblasen, des Penis und der Hoden. Diese urogenitalen Malignome sind zusammen genommen häufig und machen nach der Inzidenzliste des Robert-Koch-Institutes ca. 25% aller soliden Tumore in Deutschland aus. Das Prostatakarzinom ist das häufigste Organmalignom des Mannes in Deutschland.

Die primäre Diagnose und Therapie dieser malignen Erkrankungen ist fachlich integraler Inhalt des medizinischen Fachgebietes der Urologie. Dies erstreckt sich von der Primärdiagnose über die operative Therapie bis zur systemischen Therapie bei fortgeschrittenen und/oder metastasierten Erkrankungen und die Nachsorge. Diagnostik und Therapie dieser Erkrankungen ist Inhalt der Weiterbildung für jeden Urologen in Deutschland.

Im Rahmen des Nationalen Krebsplanes wurden seitens der Politik Ziele und Strategien zu einer Verbesserung der nationalen Krebsfrüherkennung, -vorsorge und -behandlung vorgegeben. Diese Vorgaben werden von Fachgesellschaften und übergeordneten interdisziplinären Fachgesellschaften aufgegriffen. Ausdruck dieser Bemühungen sind die Erstellung von interdisziplinären Leitlinien, Aufbau von Onkologischen Zentren mit interdisziplinären Tumorkonferenzen, ambulanten Netzwerken und eine verstärkte fachliche Weiterbildung von Ärzten.

Die politische Formulierung von wünschenswerten Zielen allein erreicht jedoch keine notwendigerweise verbesserte Ergebnisqualität. Auch die Schaffung neuer Strukturen allein belegt noch nicht eine Verbesserung der Ergebnisse. Das Ziel, eine Verbesserung der Ergebnisse für die Patienten, also von Lebensqualität und Überleben, muss an erster Stelle stehen und nachweislich erreichbar sein.

Die Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU), der Berufsverband der Deutschen Urologen (BDU) und die Arbeitsgemeinschaft Urologische Onkologie der Deutschen Krebsgesellschaft (AUO) sehen mit Sorge Fehlentwicklungen im Bereich der Bedarfsplanung und der Fachorientierung bei den urologischen Krebserkrankungen.

Kompetenz der Behandlung

Die inhaltliche und fachliche Kompetenz für die Diagnose, Therapie und Nachsorge der urogenitalen Malignome liegt von Ausbildung und klinischer Erfahrung her beim Urologen. Vorsorge und Primärdiagnostik dieser Tumore werden von niedergelassenen Urologen erbracht und die operative Therapie als Primärtherapie von urologischen Kliniken geleistet. In den Fällen, wo eine primäre oder adjuvante Strahlentherapie indiziert ist, besteht grundsätzlich eine enge Zusammenarbeit mit radioonkologischen Einrichtungen.

Die systemische Polychemotherapie von urogenitalen Erkrankungen erfolgt primär in vielen, aber nicht allen urologischen Zentren und Hauptabteilungen. Die antihormonelle und chemotherapeutische Behandlung des Prostatakarzinoms erfolgt ebenso wie die intravesikale Chemotherapie des Blasenkarzinoms heute überwiegend ambulant an vielen urologischen Kliniken und Praxen, ebenso die palliative, supportive und schmerztherapeutische Betreuung vieler Patienten mit fortgeschrittenen urogenitalen Malignomen. Die Weiterbildung „Medikamentöse Tumorthherapie“ erfolgt an urologischen Kliniken und auch in urologischen Schwerpunktpraxen.

Diese strukturelle und inhaltliche Kompetenz und Erfahrung der Urologen ist aus der bundesweiten Versorgungsrealität nicht wegzudenken. Eine Übernahme der umfassenden Versorgung und Behandlung von Patienten mit fortgeschrittenen urogenitalen Malignomen, die einer systemischen Therapie bedürfen, durch andere Fachgebiete und Strukturen ist allein mengenmäßig - im Hinblick auf eine wohnortnahe Versorgung - und von der fachlichen Kompetenz her ausgeschlossen.

Die kompetente und über Jahrzehnte bewährte Versorgung und Begleitung von Patienten mit urogenitalen Krebserkrankungen durch ein Fachgebiet mit Kompetenz für alle Stadien dieser Erkrankungen, für deren Komplikationen und für deren funktionelle Auswirkungen auf den Harntrakt ist für die Patienten sinnvoll und notwendig.

Fort- und Weiterbildung

Die Deutsche Gesellschaft für Urologie mit dem Arbeitskreis Onkologie (AKO), der Berufsverband der Deutschen Urologen und die Arbeitsgemeinschaft Urologische Onkologie der Deutschen Krebsgesellschaft (AUO) haben die vom Nationalen Krebsplan angestoßenen Entwicklungen konsequent und nachhaltig mit Maßnahmen im Bereich der Therapie und der Fortbildung aufgegriffen (Entwicklung der interdisziplinären S3-Leitlinie Prostatakarzinom (veröffentlicht 2009 von DGU und DKG), gegenwärtige Erarbeitung von Leitlinien zum Nierenkarzinom und zum Peniskarzinom, projektierte Leitlinie zum Harnblasenkarzinom, Etablierung eines Zweitmeinungszentrums zu Hodentumoren). Stark frequentiert sind die seit mehreren Jahren viermal jährlich stattfindenden mehrtägigen AKO-AUO-Intensivkurse zur Urologischen Onkologie, die Veranstaltungen der Akademie der Deutschen Urologen und die Fortbildungen des BDU zur Leitliniengerechten Therapie bei urologischen Malignomen.

Für die Weiterbildung zum Facharzt für Urologie wurde im Rahmen der letzten Neufassung der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer zusätzlich zum Facharzt für Urologie die Medikamentöse Tumortherapie als nach erfolgter Weiterbildung zu absolvierende Zusatzweiterbildung neu definiert.

Aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für Urologie und des Berufsverbandes der Deutschen Urologen ist die Ausbildung und umfassende Erfahrung in der onkologischen Systemtherapie urogenitaler Erkrankungen an vielen ausbildenden urologischen Kliniken vollumfänglich gegeben und lediglich dort nicht, wo die primäre Chemotherapie nicht in den urologischen Abteilungen durchgeführt wird.

Es ist daher sinnvoll, die „Medikamentöse Tumortherapie“ als zusätzliche Qualifikation zu definieren, die aber begleitend zur und im Rahmen der Weiterbildung erworben werden kann, wenn die systemische Therapie an der jeweiligen urologischen Klinik durchgeführt wird. Für Urologen, die ihre Ausbildung an einer Klinik ohne diese inhaltliche Komponente der systemischen Chemotherapie absolviert haben, besteht die Notwendigkeit, diese Zusatzqualifikation der Medikamentösen Tumortherapie zusätzlich an einer anderen Klinik zu erwerben.

Zusätzlich streben die Deutsche Gesellschaft für Urologie und der Berufsverband der Deutschen Urologen durch eine Änderung der Musterweiterbildungsordnung die Etablierung einer Zusatzqualifikation „Urologische Onkologie“ an. Voraussetzung für diese Zusatzqualifikation müssen der vorherige Abschluss der Facharztweiterbildung und die Zusatzweiterbildung „Medikamentöse Tumortherapie“ sein.

Onkologievereinbarung

Die neu eingeführte Onkologievereinbarung definiert Mindestmengen in der systemischen Therapie, vorgeblich um eine Qualitätsverbesserung zu erreichen. Es ist unklar, ob so eine Qualitätsverbesserung erreicht werden wird.

Die Onkologievereinbarung orientiert sich an Merkmalen der Strukturqualität und an Mindestmengen. Mit der Argumentation, eine Qualitätsverbesserung erreichen zu können, wurde die Onkologievereinbarung so geschaffen, um onkologisch tätige Ärzte mit geringeren Fallzahlen aus der Versorgung herauszunehmen.

Die angewandte Mindestmengenanforderung ist dabei unsachgemäß angewandt. Es wurde eine Mindestmenge für niedergelassene Hämato-Onkologen definiert und von dieser zwei Drittel als Mindestmenge für Urologen festgesetzt. Dies ist insofern unsachgemäß, als der Hämato-Onkologe nichts anderes tut, als systemische Tumortherapie bei einer großen Vielzahl an Tumorentitäten zu verabreichen. Der onkologisch tätige Urologe behandelt ausschliesslich die urogenitalen Krebserkrankungen und therapiert diese aber umfassend, funktionell, komplikationsbezogen, systemisch, supportiv und palliativ. Dies entspricht einer ganzheitlichen Behandlung der Person und der Erkrankung.

Die uroonkologische Therapie unterliegt darüber hinaus einer rasanten medizinischen Entwicklung. Eine Vielzahl neuer Therapiemodalitäten (oral applizierbare Therapien beim fortgeschrittenen Nierenkarzinom, Sekundärtherapie des hormonrefraktären Prostatakarzinoms, Zweitlinienchemotherapie des Prostatakarzinoms, Therapie mit Tumorstimmungsimpfstoffen) erfordern spezielle Kenntnisse und Erfahrungen in der uroonkologischen Therapie. Diese wird von onkologisch tätigen Urologen erbracht, nicht jedoch von allgemein tätigen Hämato-Onkologen.

Mindestmengen für uro-onkologisch tätige Urologen müssen sich deshalb an Qualifikation, persönlicher Kompetenz und vergleichbaren Behandlungszahlen anderer onkologisch verantwortlicher Fachärzte orientieren. Dabei muss eine Betrachtung aller Tumortherapien des Faches Urologie erfolgen, also neben der intravasalen Chemotherapie auch die perorale antiproliferative und antineoplastische Therapie, die intravesikale Therapie, die systemische hormonelle Therapie und die supportive Tumortherapie.

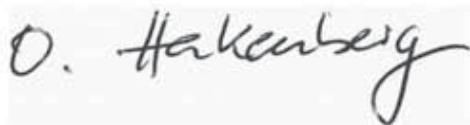
Grundsätzliches zu Mindestmengen in der Onkologie

Die Definition von Mindestmengen beinhaltet mehrere grundsätzliche Probleme:

1. Sie orientiert sich an Gesamtmengen der Tumortherapie unabhängig von der Art der Tumorerkrankung. Sinnvoll definierbar sind Mindestmengen nur, wenn sie bezogen werden auf spezifische Tumorentitäten oder Gruppen verwandter Tumorentitäten (z.B. Prostatakarzinom, z.B. urogenitale Tumore, etc.).
2. Mindestmengen beinhalten die Gefahr der Indikationsausweitung. Diese Gefahr ist realistisch und fachunabhängig und besteht darin, dass Therapien auch deswegen gegeben werden, um die Behandlungszahlen im Bereich oberhalb der Mindestmenge zu halten. Dies wäre eine völlig abträgliche Entwicklung und schädlich für Patienten.
3. Mindestmengen reflektieren nicht automatisch Behandlungsqualität. Zahl und Inhalt sind immer verschiedene Dinge; entscheidend sind Qualifikation, Kompetenz und Erfahrung des Behandlers. Eine solche Gesamtkompetenz ließe sich besser als kumulative Gesamterfahrung in der systemischen Therapie und nur entitätsbezogen sinnvoll definieren.
4. Es ist nicht angemessen, für Urologen eine Mindestmenge von Therapiezyklen pro Quartal zu definieren, die nur unwesentlich unter derjenigen liegt, die für Hämato-Onkologen definiert wurde, da Urologen sehr viel weniger Tumorentitäten behandeln als Hämato-Onkologen.
5. Gewährleistet bleiben muss eine umfassende und kompetente uro-onkologische Versorgung. Eine Onkologievereinbarung, welche eine große Anzahl niedergelassener und kompetenter Urologen aus der uro-onkologischen Versorgung ausschließt, wird zu erheblichen Versorgungsproblemen und einer Verschlechterung der kompetenten uro-onkologischen Patientenversorgung führen.

Schlussfolgerung

Die Deutsche Gesellschaft für Urologie, der Berufsverband der Deutschen Urologen und die Arbeitsgemeinschaft Urologische Onkologie der Deutschen Krebsgesellschaft fordern deshalb zusammenfassend eine Neudefinition der Onkologievereinbarung, einen fachlich und inhaltlich sinnvollen Umgang mit Mindestmengen und eine Neudefinition der uro-onkologischen Weiterbildung in der Weiterbildungsordnung.



Univ.-Prof. Dr. O. Hakenberg
Generalsekretär
Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V.



Dr. A. Schroeder
Präsident
Berufsverband der Deutschen Urologen e.V.



Univ.-Prof. Dr. J. Gschwend
Sprecher
Arbeitsgemeinschaft Urologische Onkologie
Deutsche Krebsgesellschaft e.V.



**Statement des Berufsverbands der Deutschen Urologen e.V.
anlässlich der Eröffnungs-Presskonferenz des 63. DGU-Kongresses
am 15. September 2011 in Hamburg**

BDU startet Versorgungsforschung in der Urologie

Was leistet die Urologie in der medizinischen Versorgung in Deutschland?
Wir wollen es wissen – in Form von belastbaren Daten, die es erlauben,
Verbesserungspotentiale aufzuzeigen und entsprechende Forderungen an Politik
und Kostenträger zu stellen. Gemeinsam mit dem Bund der Urologen e.G.
startete der BDU im Rahmen des Urologischen Sommerforums/Sylt 2011 deshalb
die „Initiative urologische Versorgungsforschung“.

Vertreter verschiedener Verbände sind involviert. Dazu zählen der Dachverband
der Prostatazentren e.V. (DVPZ), die Interessenvereinigung Qualität in
der Uro-Onkologie (IQUO e.V.), die Stiftung Männergesundheit, das Netzwerk
Urologischer Kliniken e.V. (NUK) sowie das Urologische Centrum München AG
(UCM).

Ziel der Versorgungsforschung in der Urologie ist es, die Realität der Versorgungs-
situation in Praxis und Klinik abzubilden, um daraus Erkenntnisse über Qualität,
Leistung und Finanzbedarf zu gewinnen sowie daraus Verbesserungspotentiale zu
formulieren und mit diesen auf harten Daten basierenden Fakten u.a. berechnete
Forderungen an Politik und Kostenträger zu erheben. Daraus ergibt sich eine
Stärkung unseres Fachgebietes und ein wesentlicher Beitrag zur Zukunftssicherung.
Der BUND e.G. wird dieses Projekt unter Moderation des BDU e.V. und Steuerung
durch eine Initiativgruppe entwickeln. Urologinnen und Urologen sind aufgefordert,
sich daran aktiv zu beteiligen, um darzustellen, was die deutsche Urologie in
Wahrheit zur medizinischen Versorgung beiträgt.

Welche Daten werden erhoben?

Durch Projekte, die Daten aus Kliniken und Praxen miteinander verbinden, sollen
valide Erkenntnisse der Versorgungsrealität gewonnen werden, wobei die Kliniken
Daten des stationären Verlaufes erheben, die Praxen die indikationsspezifische
Nachsorge dokumentieren. Als Diagnosen sollten initial der häufigste Tumor
des Mannes, das Prostata-Karzinom, und das Urothelkarzinom der Blase

(als genderunabhängiger Tumor) bearbeitet werden. Als weitere Handlungsfelder bieten sich der Nierentumor, für den valide Nachsorgedaten fehlen, und auch das BPS-Syndrom sowie die Harninkontinenz an. Diese lassen sich über gezielte Untersuchungen von Abläufen in Praxis und Klinik abbilden.

Wie soll dokumentiert werden?

Echtzeit-Online-Dokumentation werden als einzige professionelle Lösung angesehen. Sinnvoll zur praktischen Anwendung wird die Entwicklung einer für die teilnehmenden Institutionen aus Klinik und Praxis kompatiblen Software sein. Der BUND verfügt über entsprechende Datenbanken und kann hier Unterstützung bieten.

Finanzierung / Vergütung

Ziel ist eine unabhängige finanzielle Förderung durch Institutionen wie BMBF, DKH, DFG etc., wobei dazu Lebensqualitätserhebungen mit den einschlägigen Modulen und soziologischen Parametern sowie Daten zum Arzt-Patienten-Verhältnis als Basis empfohlen werden. Bis zur Ausschüttung dieser Förderungen stellt der Dokumentationsaufwand seitens der teilnehmenden Akteure eine eigene Investition in die Zukunft dar.

Auf der 4. Urologischen Netzkonferenz anlässlich des
63. DGU-Kongresses in Hamburg
wird der BUND e.G. dieses Projekt
am Donnerstag, 16. September 2011,
CCH, Saal A-2.2.
14.00 – 17.00 Uhr vorstellen.

Interessierte Medienvertreter sind herzlich eingeladen.