

Urologie INSIDE

Für alle. Für jeden. Für uns. Die Urologie.
Das offizielle Kampagnenmagazin

FFF.

Drei Jahre FFF

Einblicke mit Prof. Dr. Kälble (Seite 10)



Ausgabe 1
September 2019

Urologische Nachwuchsarbeit

Ein aktueller Überblick
Bericht auf Seite 22

Digitalisierung und künstliche Intelligenz

Die digitale Transformation hat auch die Medizin durchdrungen
Artikel auf Seite 36

Eine Initiative von:





Entdecken Sie
TECENTRIQ®!



Die Therapiechance
auf ein langes **Ansprechen** bei guter
Lebensqualität* für Ihre Patienten

Ihre Krebsimmuntherapie beim
metastasierten Urothelkarzinom



Dem Leben verbunden.

* Powles T et al. Lancet 2018; 391: 748-57; Balar AV et al. ASCO-GU 2019; Abstract No 394

Tecentriq® 1.200 mg Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung

▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Dies ermöglicht eine schnelle Identifizierung neuer Erkenntnisse über die Sicherheit. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung zu melden. Bitte melden Sie Nebenwirkungen an die Roche Pharma AG (grenzach.drug_safety@roche.com oder Fax +49 7624/14-3183) oder an das Paul-Ehrlich-Institut (www.pei.de oder Fax: +49 6103/771-234).

Wirkstoff: Atezolizumab. **Zusammensetzung:** Eine Durchstechflasche mit 20 ml Konzentrat enthält 1.200 mg Atezolizumab, entsprechend einer Konzentration von 60 mg/ml vor Verdünnung. Sonstige Bestandteile: L-Histidin, Essigsäure 99 %, Sacrose, Polysorbat 20, Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiet(e):** Lokal fortgeschrittenes oder metastasiertes Urothelkarzinom: Tecentriq als Monotherapie wird angewendet bei erwachsenen Patienten zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder metastasierten Urothelkarzinoms (UC) nach vorheriger platinhaltiger Chemotherapie oder, die für eine Behandlung mit Cisplatin als ungeeignet angesehen werden, und deren Tumoren eine PD-L1-Expression $\geq 5\%$ aufweisen. Lokal fortgeschrittenes oder metastasiertes nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom: Tecentriq wird angewendet in Kombination mit Bevacizumab, Paclitaxel und Carboplatin bei erwachsenen Patienten zur Erstlinienbehandlung des metastasierten nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms (NSCLC) mit nicht-platteneithelialer Histologie. Bei Patienten mit EGFR-Mutationen oder ALK-positivem NSCLC ist Tecentriq in Kombination mit Bevacizumab, Paclitaxel und Carboplatin nur nach Versagen der entsprechenden zielgerichteten Therapien anzuwenden. Tecentriq als Monotherapie wird angewendet bei erwachsenen Patienten zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder metastasierten NSCLC nach vorheriger Chemotherapie. Patienten mit EGFR-Mutationen oder ALK-positivem NSCLC sollten vor der Therapie mit Tecentriq zudem auch bereits entsprechende zielgerichtete Therapien erhalten haben. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Atezolizumab oder einen der oben genannten sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** Monotherapie: Harnwegsinfektion, verminderter Appetit, Husten, Dyspnoe, Übelkeit, Erbrechen, Diarrhoe, Hautausschlag, Pruritus, Arthralgie, Rückenschmerzen, Fieber, Fatigue, Asthenie, Thrombozytopenie, Hypersensitivität, Hypothyreose, Hypokaliämie, Hyponatriämie, Hyperglykämie, Hypotonie, Pneumonitis, Hypoxie, verstopfte Nase, Nasopharyngitis, Bauchschmerzen, Kolitis, Dysphagie, oropharyngeale Schmerzen, erhöhte AST/ALT, Hepatitis, Schmerzen der Skelettmuskulatur, infusionsbedingte Reaktionen, grippeähnliche Erkrankung, Schüttelfrost, Hyperthyreose, Diabetes mellitus, Nebenniereninsuffizienz, Guillain-Barré-Syndrom, Meningoenzephalitis, Pankreatitis, Myositis, Hypophysitis, myasthenes Syndrom, Myokarditis, Nephritis. **Kombinationstherapie:** Anämie, Thrombozytopenie, Neutropenie, Hypothyreose, verminderter Appetit, periphere Neuropathie, Dyspnoe, Übelkeit, Diarrhoe, Verstopfung, Hautausschlag, Pruritus, Arthralgie, Proteinurie, Fieber, Fatigue, Kopfschmerzen, Hypokaliämie, Hyponatriämie, Hypomagnesiämie, Dysphonie, Stomatitis. Verschreibungspflichtig. **Hinweise der Fachinformation beachten. Pharmazeutischer Unternehmer:** Roche Registration GmbH, Grenzach-Wyhlen, DE. Weitere Informationen auf Anfrage erhältlich. Vertreter in Deutschland: Roche Pharma AG, Grenzach-Wyhlen, Stand der Information: Juli 2019



Liebe Urologinnen und Urologen,

als wir vor drei Jahren mit der FFF-Kampagne gestartet sind, hätte ich es nicht für möglich gehalten, was daraus entstehen kann.

Dank der Unterstützung von **Prof. Dr. med. Tilman Kälble, Prof. Dr. med. Maurice Stephan Michel, Prof. Dr. med. Christian Wülfing und der Teams der DGU und des BvDU** entstand in den letzten Jahren eine Vorsorgekampagne, die im Bereich der Urologie einzigartig ist. Inzwischen vernetzen wir über 2.100 Urologen, haben über 3,5 Mio. Flyer, Plakate und andere Werbemittel verbreitet und verzeichnen durchschnittlich pro Monat 8.000 bis 10.000 Zugriffe auf der Internetseite www.urologie-fuer-alle.de.

Erfahren Sie in diesem Magazin, welch großartiges Ergebnis man mit einer Kampagne ohne großen Mediensponsor und begrenztem Budget erzielen kann. **Das verdanken wir in erster Linie Ihnen!** Nur durch Ihre Hilfe ist es möglich, die Patienten über das Angebot der FFF-Kampagne aufzuklären und langfristig das Thema „**Urologische Krebsvorsorge**“ in die Mitte der Gesellschaft zu tragen. Bitte unterstützen Sie die Kampagne auch weiterhin tatkräftig, machen Sie Ihre Patienten darauf aufmerksam und legen Sie die FFF-Flyer in Ihrem Wartezimmer aus.

Auf den folgenden Seiten lesen Sie einen persönlichen Ausblick von Prof. Kälble, wie der urologische Nachwuchs gefördert wird und auf welche Weise Ihnen die Digitalisierung das Praxisleben erleichtert.

Last but not least möchte ich mich natürlich **bei allen Partnern und Sponsoren ganz herzlich bedanken**, denn ohne deren finanzielle,



Foto: OpenMinded Webkonzepte GmbH

aber auch inhaltliche Unterstützung wäre die Kampagne nur in deutlich kleinerem Maße umsetzbar gewesen. Über weitere Details informieren wir Sie in dieser Ausgabe.

Mit „**Urologie INSIDE**“ halten Sie das erste Printmagazin zur FFF-Kampagne in der Hand. Das ab sofort zwei Mal jährlich erscheinende Magazin bietet Ihnen als Partner einerseits Einblicke in die Kampagne und dient andererseits auch als Plattform, um sich über aktuelle Entwicklungen auszutauschen. Sie haben eigene Aktionen, Ideen oder Anregungen? Dann schicken Sie diese an info@urologie-fuer-alle.de. Vielen Dank.

Ich freue mich auf unseren gemeinsamen Dialog und ein weiteres erfolgreiches Jahr der Kampagne „Urologie für alle“.

Herzliche Grüße

Daniel Hutwagner

Geschäftsführer der OpenMinded Webkonzepte GmbH

Inhalt

• Urologie INSIDE 09/2019 •

6

Vorwort DGU INSIDE

der Professoren Rassweiler, Kälble und Wülfing

8

Kurzmeldungen

Wissenswertes für Sie

10

3 Jahre FFF

Rückblick und Ausblick mit Prof. Kälble



16

Interview mit Michael und Uli Roth

Wie geht man mit einer Krebserkrankung um und warum ist Vorsorge so wichtig?

22

Urologische Nachwuchsarbeit

in Deutschland



28

Promi-Stimmen zum Thema Vorsorge

Gesundheitsförderung betrifft JEDEN

32

Prof. Rassweiler im Interview

Ausblick auf 2020

36

Digitalisierung und künstliche Intelligenz

in der Medizin



42

Operative Therapie des benignen Prostatasyndroms

Wo stehen wir heute?

49

Vorsorge bei geriatrischen Patienten?

Ein Beitrag von Andreas Wiedemann

52

DGU INSIDE

Kurzmeldungen aus dem Verband

54

Termine

national und international

56

Urologie für alle

Werden Sie Teil der Kampagne



58

Service

Nächste Ausgabe / Kontakt / Impressum

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Bedeutung und Vielfalt der Urologie sind weiten Teilen der Bevölkerung nicht bekannt.

Insbesondere Männern fehlt das Bewusstsein für die Gesundheitsvorsorge, sie sind „nie krank“ und gehen oft erst zum Arzt, wenn es zu spät ist. Hinzu kommt, dass die Gesundheitsvorsorge bei Männern auch gesundheitspolitisch immer wieder in Frage gestellt wird, im Gegensatz zu dem Screening-Programm zum Beispiel beim Brustkrebs der Frau.

Die Deutsche Gesellschaft für Urologie hat im Jahr 2016/2017 die Triple-F-Kampagne (Für alle. Für jeden. Für uns. Die Urologie.) unter der Leitung des damaligen Präsidenten Prof. Dr. med. Tilman Kälble ins Leben gerufen, u.a. mit dem Ziel, in der Öffentlichkeit auf

die Wichtigkeit und Effektivität einer PSA-gestützten Früherkennungsuntersuchung aufmerksam zu machen. Erfreulicherweise gelang es damals, die selbst in jungen Jahren vom Prostatakarzinom betroffenen Roth-Zwillinge als prominente ehemalige Handball-Nationalspieler und olympische Silbermedaillengewinner als Testimonials zu gewinnen.

Seitdem werden regelmäßig Flyer an alle niedergelassenen Urologinnen und Urologen in Deutschland versandt, um in den Wartezimmern auf diese Früherkennungsuntersuchungen aufmerksam zu machen. Natürlich gehört dazu nicht nur die Prostatakarzinomfrüherkennung, sondern auch beispielsweise die Blasenkarzinomfrüherkennung durch Blut im Urin etc.



Prof. Dr. med. T. Kälble

Prof. Dr. med. J. Rassweiler

Prof. Dr. med. C. Wülfing

Wir sind stolz auf die in diesem Rahmen erstellte FFF-Website (im Internet unter: www.urologie-fuer-alle.de), die sich in Abstimmung mit der Homepage der Deutschen Gesellschaft für Urologie e. V. (im Internet unter: www.urologenportal.de) insbesondere an Patienten und Patientinnen wendet. Die Kampagne verfolgt aber noch ein weiteres Ziel: Die Bedeutung der Urologie auch für Frauen und Kinder ins Bewusstsein zu bringen. Wenn es z. B. um Erkrankungen der Blase, Harninkontinenz, angeborene Fehlbildungen des Urogenitaltraktes oder Vorhautverengung bei Jungen geht, sind die Patienten beim Urologen bestens aufgehoben. Vielen Menschen ist nicht bewusst, wie effektiv der Urologe verschiedenste Erkrankungen des Urogenitaltrakts heilen bzw. die Lebensqualität der Betroffenen deutlich verbessern kann. Das möchten wir nachhaltig ändern und zur Gesundheitsförderung beitragen.

In diesem Kontext soll das vorliegende Magazin weitere Informationen liefern. Gleichzeitig würden wir uns freuen, wenn Sie sich unter www.urologie-fuer-alle.de/anmeldung selbst registrieren oder das beiliegende Faxformular auf der Rückseite des Anschreibens

ausfüllen und damit die Freigabe für Ihre Registrierung geben – wie es bereits über 2.100 Urologinnen und Urologen in Deutschland gemacht haben. Vielen Dank dafür. ●

Prof. Dr. med. Jens Rassweiler
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Urologie 2019 / 2020

Prof. Dr. med. Tilman Kälble
Botschafter der FFF-Kampagne

Prof. Dr. med. Christian Wülfing
Schriftführer der Deutschen Gesellschaft für Urologie



Kurzmeldungen

• Urologie INSIDE 09/2019 •

• IN UROLOGISCHER MISSION IM TV •

Michael und Uli Roth bei Markus Lanz

Am 29. Mai 2019 war es soweit: Die beiden Gesichter der FFF-Aufklärungskampagne „Für alle. Für jeden. Für uns. Die Urologie.“, die Handball-Legenden Michael und Uli Roth, waren in der ZDF-Talkrunde von Markus Lanz zu Gast. Zehn Jahre ist die Prostatakrebs-erkrankung der prominenten Zwillinge her. Seitdem sind sie krebsfrei und unermüd-



lich unterwegs, um über Männergesundheit und Krebsfrüherkennung aufzuklären: bei „Handball hilft“, den „Cancer Survivors“, der Deutschen Krebshilfe, bei FFF und seit 2018 als Teil des Patientenbeirats des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ) in Heidelberg. Auch im ZDF brachten die ehemaligen Profisportler ihre Botschaft an das Publikum – und das sind bei Markus Lanz durchschnittlich 1,66 Millionen Fernsehzuschauer.

Vor Ort begleitet wurden Michael und Uli Roth von DGU-Past-Präsident Prof. Dr. med. Tilman Kälbe, der die FFF-Kampagne unter der Schirmherrschaft von DGU und BvDU 2017 initiiert hatte, von DGU-Vizepräsident Prof. Dr. Jens Rassweiler sowie DGU-Pressesprecher Prof. Dr. Christian Wülfing. ●

• KEINE GUTE IDEE •

Augen auf beim Gendern!

Schrägstrich, Binnen-I, Sternchen, oder doch lieber Auslassungsstrich? Gendergerechte Sprache macht Textschaffenden das Leben gelegentlich schwer und kann im Einzelfall ganz schön daneben gehen. Ein bislang unübertroffenes Beispiel misslungener Gender-Kunst verdient in einer urologischen Fachzeitschrift zweifellos Erwähnung. So heißt es in einer Pressemitteilung eines hier nicht näher benannten Klinikums aus dem März 2019: **„Wir sind sehr stolz darauf, unseren Prostatakarzinompatientinnen und -patienten diese innovative und schonende Option anbieten zu können und komplettieren hiermit das Angebot an maßgeschneiderten Therapien je nach Tumorstadium und Patientenwunsch.“** Wir lernen, unabhängig von der fehlerhaften Verwendung des Ergänzungsstrichs: Blindes Gendern ist zumindest in der Urologie keine gute Idee!

• IMPFUNG FÜR JUNGEN •

HPV-Themenwoche zieht Kreise

Im November 2018 hatte die Deutsche Gesellschaft für Urologie bekanntlich mit großem Erfolg die Themenwoche „HPV-Impfung für Jungen“ ausgerufen. Allein über die sozialen Medien hatte die Aktion weit über eine halbe Million Menschen erreicht.

Mehr als 400 Unterstützer aus der Urologie und öffentlichen Institutionen hatten sich engagiert, über 35.000 Flyer kamen in Umlauf, die Kampagnen-Videos generierten Tausende von Aufrufen. Wie DGU-Vorstandsmitglied Dr. Thomas Speck jüngst berichtete, stieß das Informationsmaterial der Themenwoche auch in der „Allianz gegen HPV“ auf großen Anklang. Einige der Filme sollen auch bei der Deutschen Krebsstiftung Verwendung finden.

Die HPV-Impfung wurde von der Presse weiter aufgegriffen und die HPV-Experten der DGU befragt: So gab zum Beispiel Prof. Dr. Peter Schneede dem Redaktions-Netzwerk Deutschland (RND), das mehr als 50 Tageszeitungen sowie Portale beliefert, Anfang März ein Interview zum Thema „Darum sollten auch Jungen gegen HPV geimpft werden“. Im Gesundheitsmagazin Nummer 1 kam DGU-Pressesprecher Prof. Dr. Christian Wülfing zu Wort: „Experten raten auch Jungen zur HPV-Impfung“, so der Titel in der März-Ausgabe der Apotheken Umschau.

Sie haben eigene aktuelle News-Meldungen, Wissenswertes aus Ihrem Alltag oder auch Veranstaltungen?

Lassen Sie es uns wissen, wir nehmen Ihren Input gerne auf.

info@urologie-fuer-alle.de

• UROLOGEN BELEGEN PLATZ 2 •

Patientenbarometer

Einmal mehr hat das Arztbewertungsportal jameda ihr aktuelles Patientenbarometer veröffentlicht und wieder haben Deutschlands Urologinnen und Urologen auf Platz 2 des Rankings sehr gut abgeschnitten.

Im aktuellen Patientenbarometer 1/2019 bewerten Patienten die Zufriedenheit mit der Behandlungszeit ihrer Urologen auf einer Schulnotenskala von 1 bis 6 im Schnitt mit der Note 1,59. Damit liegen die Urologen oberhalb der durchschnittlichen Note 1,75 und belegen im Facharzt-Vergleich, nach den Zahnärzten (1,29), den zweiten Platz. Schlusslicht in der Kategorie „Genommene Zeit“ sind die Dermatologen (2,35).



Die Gesamtzufriedenheit der Patienten ist 2018 mit einer Durchschnittsnote von 1,75 im Vergleich zum Jahr 2017 unverändert hoch. Auch in dieser Kategorie landen die Urologen wie im Vorjahr auf dem zweiten Platz mit der Note 1,58, die sich im Vergleich zu 2017 leicht verbessert hat (1,60). Sie punkteten vor allem mit Freundlichkeit (1,52) und der Behandlung allgemein (1,56). Spitzenreiter bei der Gesamtzufriedenheit sind ebenfalls die Zahnärzte (1,29), den letzten Platz belegen erneut die Dermatologen (2,24). ●



• STORY •

3 Jahre FFF: Rückblick und Ausblick

Prof. Dr. med. Tilman Kälble, Initiator der Kampagne als damaliger DGU-Präsident und Klinikdirektor der Urologie und Kinderurologie am Klinikum Fulda, erläutert die FFF-Kampagne.



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

als Präsident der Deutschen Gesellschaft für Urologie 2016/2017 habe ich zusammen mit dem damaligen DGU-Vorstand die auf mehrere Jahre angelegte Öffentlichkeits-Kampagne „Urologie Für Alle“ ins Leben gerufen, eine Initiative zur Gesundheitsförderung der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU) in Kooperation mit dem Berufsverband der Deutschen Urologen (BDU). Unterstützt und medial begleitet wurde und wird diese Initiative durch die Agentur „OpenMinded Webkonzepte GmbH“.

Der Hintergrund war und ist, dass die Urologie sich in den vergangenen Jahrzehnten sowohl hinsichtlich der diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten, als auch volkswirtschaftlich zu einer medizinischen Schlüsseldisziplin entwickelt hat, deren Bedeutung aus demographischen Gründen in den nächsten Jahren noch zunehmen wird.

Dennoch werden wir Urologen in der Wahrnehmung der Bevölkerung immer noch auf Ärzte reduziert, die ältere Männer mit Prostatavergrößerung behandeln. Nach wie vor ist die Rate der Männer, die zur Vorsorgeuntersuchung gehen, zu gering. Aber auch bei Frauen und Kindern gibt es Symptome urologischer Erkrankungen, die mangels Wissen oft unnötig spät, manchmal zu spät behandelt werden.

werden können oder zumindest ihre Lebensqualität deutlich verbessert werden kann. Ein besonderer Fokus war von Anfang an die Auf-



klärung über die Bedeutung einer PSA-gestützten Früherkennungsuntersuchung des Mannes zur Verbesserung der Heilungschance des Prostatakarzinoms.

Für die Kampagne „Urologie Für Alle“ konnten die beiden Handball-Rekordnationalspieler Ulrich und Michael Roth gewonnen werden. Beide wurden durch rechtzeitige Diagnosestellung mit konsekutiver radikaler Prostatektomie von ihrem Prostatakarzinom geheilt und stellen sich dankenswerterweise als Gesicht für diese Vorsorgeinitiative zur Verfügung.

Parallel wurde von der Agentur OpenMinded Webkonzepte GmbH die Homepage „urologie-fuer-alle.de“ erstellt (und Infomaterial für Arztpraxen entwickelt), auf der Betroffene und Interessierte Informationen zu verschiedenen urologischen Krankheiten bzw. Symptomen finden und darüber hinaus auch Urologen in ihrer Nähe selektieren können. Die Intention der „Roth-Zwillinge“ ist eine breite Aufklärung und Ansprache der Bevölkerung über die Website sowie Social-Media-Kanäle. Es ist ihnen und uns wichtig, Menschen mit einfachen Worten, manchmal auch provokativ, Sachverhalte aus der Urologie zu vermitteln.

○
"Verantwortung übernehmen.
Vorsorge planen."
ist nun schon seit
3 Jahren unser
Motto.

○
So sollte und soll die Kampagne „Urologie Für Alle“ zum einen die einzigartige Vielseitigkeit unseres Fachgebietes thematisieren und Urologen/-innen dabei unterstützen, als Arzt/Ärztin wahrgenommen zu werden, der/die nicht nur Männer behandelt. Zum anderen soll die Kampagne laienverständlich darauf aufmerksam machen, dass Männer, Frauen und Kinder mit Erkrankungen des Urogenitaltraktes bei rechtzeitigem Erkennen durch Urologen geheilt

2017 und 2018 standen ganz im Zeichen der Vorbereitung und Vorstellung der Kampagne. Die Website wurde eingeführt mit der Möglichkeit, sich als Arzt zu registrieren. Der Online-Vorsorgeplaner auf der Seite urologie-fuer-alle.de sorgt dafür, dass Patienten sich per Push-Nachricht an Vorsorgeuntersuchungen erinnern lassen können.

- Es gab Berichterstattungen in verschiedenen Frauenmagazinen, in der medizinischen Presse, im MDR und im Rhein-Neckar-Fernsehen.
- Mehr als 3.500 Urologen haben Info-Boxen mit Flyern und Postern erhalten, um diese in Ihren Praxen auszulegen und auf die Kampagne aufmerksam zu machen.
- Wir haben prominente Unterstützung bekommen, denn neben Michael und Uli Roth haben viele weitere Prominente Videos geschickt, um zur Vorsorge aufzurufen, u.a. Atze Schröder, Frank Elstner, Bodo Bach, Frank Pieroth, Stefan Kretzschmar, Bernd Hollerbach uvm.

- Beteiligung an der „Movember-Aktion“ durch Gewinnspiel und gegenseitiger Unterstützung bei Social-Media-Posts. Das gleiche gilt für „das K-Wort“ – eine Kampagne zur Aufklärung über Krebs.
- Wir haben die Website weiter optimiert und um Patiententage und Ärztekongresse erweitert.
- Über 2.100 Urologinnen und Urologen haben sich registriert, um mehr über die Kampagne zu erfahren bzw. sich aktiv an der Aufklärung zu beteiligen.

In diesem Zusammenhang danken wir den Sponsoren der Kampagne, **MSD und Roche als Gold-Sponsoren, Takeda, Janssen, Astellas als Basis-Sponsoren sowie BMS als Supporter**, die diese Kampagne überhaupt möglich gemacht und finanziell unterstützt haben und auch weiterhin unterstützen.

Die Agentur OpenMinded Webkonzepte GmbH konnte sie in Gesprächen davon überzeugen, dass die Kampagne unterstützenswert ist, denn

nur gemeinsam kann es uns gelingen, die Bevölkerung darüber aufzuklären, wie wichtig es ist, regelmäßig zu Krebsfrüherkennungsuntersuchungen oder bei entsprechenden Symptomen rechtzeitig zum Urologen zu gehen.

Im Laufe der Kampagne haben wir uns darüber hinaus mit vielen Selbsthilfegruppen und angrenzenden Verbänden ausgetauscht, die sich für Patienten in den Bereichen Prostata, Blase, Inkontinenz und Krebsvorsorge allgemein einsetzen. Wir haben uns mit ihnen vernetzt und teilen regelmäßig Informationen ihrer Veranstaltungen.

Darüber hinaus gibt es viele junge Ärzte und Vereine, die sich engagieren und gerade junge Menschen frühzeitig aufklären möchten. Einer davon ist die PATE e.V., die sich insbesondere um die Aufklärung bei Hodenkrebs einsetzt.

Ausblick 2019 und 2020

Wie möchten wir die Initiative und Aufklärungskampagne weiterentwickeln?

Wir sind noch lange nicht am Ende. Die Zahlen der Krebserkrankungen, speziell bei Männern, zeigen, dass immer noch zu wenige von ihnen frühzeitig zum Arzt gehen.

Wir werden als einen weiteren Ansatz versuchen, Frauen in den Fokus zu rücken, wenn es um Früherkennungsuntersuchungen von Männern und Kindern geht, denn sie sind sehr häufig diejenigen, die die Termine für Ihre Lebenspartner und Kinder vereinbaren.

Verantwortung übernehmen. Vorsorge planen. Dies wird unser Motto bleiben, denn wir dürfen jetzt nicht aufhören, gemeinsam an einem Strang zu ziehen und endlich dafür zu sorgen, dass Männer ihre Angst vor Früherkennungsuntersuchungen verlieren.



**SPONSOREN VON
FÜR ALLE. FÜR JEDEN. FÜR UNS.
DIE UROLOGIE.**



Weitere Informationen zu den Sponsoren finden Sie unter:

www.urologie-fuer-alle.de

The screenshot shows the website header with the 'FFF.' logo and navigation links for 'Die Urologie', 'Für Männer', 'Für Frauen', 'Für Kinder', 'Die Kampagne', 'Patiententage', 'Presse', 'News', and 'Loginbereich'. Below the header, there's a section for 'Prominente Unterstützer' featuring a photo of Michael and Uli Roth. Text next to the photo reads: 'Michael und Uli Roth, ehemalige Handballnationalspieler und selbst ehemalige Prostatakrebs-Patienten, unterstützen diese Kampagne.' At the bottom of the screenshot, there's a social media icon bar and the website URL 'www.urologie-fuer-alle.de'.

Weitere Themen in der Urologie

- **Digitalisierung** – wir möchten darüber informieren, wie weit die Digitalisierung in der Urologie schon fortgeschritten ist. Dabei darf die menschliche Komponente



niemals fehlen. Derzeit arbeiten schon viele Kolleginnen und Kollegen in den Kliniken mit robotergestützter Technik. Wenn man dem Gesundheitsministerium Glauben schenken darf, wird sich auch im Bereich der Telemedizin einiges tun, um gerade in ländlichen Regionen kleinere Anliegen und Beschwerden der Patienten zu klären.

- **Noch mehr registrierte Ärzte** – viele Ärzte haben sich bereits registriert. Wir hoffen, bis Ende nächsten Jahres 3.500 Ärzte auf unserer Plattform begrüßen zu dürfen. Sie alle sind dazu aufgefordert, über urologie-fuer-alle.de Informationen und Spezial-Wissen weiterzugeben oder über Veranstaltungen zu informieren. In der Vergangenheit wurden viele Interviews – auch mit Urologen – geführt, um der

gesamten Kampagne ein Gesicht zu geben, sie empathisch zu machen und den Lesern zu vermitteln, dass wir offen sind für neue Impulse.

- **Junge Ärztinnen und Ärzte sowie Medizinstudenten** – bitte bringen Sie sich ein! Wir möchten nicht nur bei Patienten, sondern auch in der Ärzteschaft junge Menschen über Social-Media-Kanäle erreichen. Wer kann das besser als Sie? Beteiligen Sie sich mit Ideen, Vorschlägen und Feedback.

Das Netzwerk zählt – mit dieser Kampagne haben wir die Möglichkeit, auch abseits medizinischer Themen frischer, aktiver und näher am Patienten zu sein.

○
**Liebe
 Urologinnen
 und Urologen,
 bringen Sie
 sich ein!**

- **Interaktion** – wir möchten unseren Internetauftritt gern um interaktive Punkte erweitern, um besser mit Interessierten in Kontakt zu treten. Vorschläge Ihrerseits sind immer gerne willkommen.

Sie sehen, es tut sich eine ganze Menge. Bitte seien Sie dabei und registrieren Sie sich, sofern noch nicht geschehen (siehe Kasten).

Ich würde mich sehr freuen, wenn wir Ihr Interesse für „FFF“ geweckt haben und Sie unsere Kampagne unterstützen.

Für Feedback steht Ihnen die durchführende Agentur sowie die Pressestelle von DGU und BvDU zur Verfügung.

Ich wünsche Ihnen und uns eine erfolgreiche Kampagne, neue Impulse sowie einen regelmäßigen Austausch für die Weiterentwicklung in der Urologie.

Mit herzlichen kollegialen Grüßen

Prof. Dr. med. T. Kälble
 DGU-Präsident 2016/2017
 Botschafter der FFF-Kampagne

SEIEN SIE DABEI UND REGISTRIEREN SIE SICH UNTER

[www.urologie-fuer-alle.de/
 anmeldung](http://www.urologie-fuer-alle.de/anmeldung)

oder schicken Sie eine E-Mail an
info@urologie-fuer-alle.de

Newsletter abonnieren

In unserem Newsletter, der in der Regel alle zwei Monate verschickt wird, informieren wir Sie über die Kampagne oder teilen Informationen aus Ihrem Alltag – aus der Praxis für die Praxis. Der Newsletter ist kostenlos.



Interview mit Michael und Uli Roth

Immer wieder wird von vermeintlich überraschend aufgetretenen, unheilbaren Erkrankungen oder gar Todesfällen (nicht nur von Prominenten) berichtet. Warum Vorsorge so wichtig ist, erläutern Michael und Uli Roth.



Wie kann es sein, dass jemand, der an einem Tag noch völlig gesund wirkt, plötzlich unheilbar erkrankt oder verstirbt? Ein wesentlicher Grund ist die fehlende Vorsorge und Früherkennung. Damit können Erkrankungen zwar nicht immer verhindert werden, aber die Heilungschancen verbessern sich bei rechtzeitiger Diagnosestellung. Der Krankheitsverlauf kann ebenfalls positiv beeinflusst werden.

Michael und Uli Roth, ehemalige Handball-Nationalspieler, sind vor rund zehn Jahren mit Mitte vierzig beide an Prostatakrebs erkrankt. Das ist an sich keine Seltenheit, denn in Deutschland allein erkranken daran jedes Jahr rund 60.000 Patienten. Es ist die häufigste Krebserkrankung bei Männern. Sie bleibt lange unentdeckt, da sie anfangs keine Schmerzen verursacht oder Auffälligkeiten zeigt. Wenn ein Prostatakarzinom Beschwerden verursacht, ist oftmals keine Heilung mehr möglich. Nur der regelmäßige Gang in eine urologische Praxis hilft, frühzeitig eine eventuelle Erkrankung zu entdecken, zu heilen und die Lebensqualität zu erhalten.

Der Prostatakrebs war für beide Roth-Brüder natürlich ein Schock. Nach intensiven Beratungen entschlossen sich die Brüder zu einer Operation, nicht wissend, wie sie ausgehen würde. Beide hatten von den Nebenwirkungen wie Erektionsstörungen bis Inkontinenz gehört und Respekt vor der gesamten Behandlung. Im Gespräch mit Michael und Uli Roth, die jetzt seit 10 Jahren kreisfrei sind, durften wir einige Fragen stellen.

Hattet ihr Beschwerden, als ihr damals zum Urologen gegangen seid?

Uli Roth: Das ist ja das Tückische – es gab keine Beschwerden. Bei Michael war es einfach eine Routineuntersuchung. Der PSA-Wert war erhöht. Grundsätzlich kann das mal passieren. Besorgniserregend wird es erst, wenn der Wert sprunghaft ansteigt. Das war der Fall. Danach wurden weitere Untersuchungen vorgenommen und die Diagnose gestellt. Aber das war

auch unser Glück, denn je frühzeitiger man zur Vorsorge geht, desto besser ist der Krebs behandelbar. Wir sind heute noch sehr dankbar, dass uns der PSA-Test das Leben gerettet hat. Wir wären sonst wahrscheinlich keine 60 Jahre alt geworden.

Wie seid ihr mit der Diagnose umgegangen? Hilft es da, wenn man seinen eineiigen Zwilling zu Rate ziehen kann?

Uli Roth: Wir waren uns schon immer sehr nah. Allerdings waren die Umstände vor zehn Jahren schwierig. Zuerst wurde die Diagnose bei Michael gestellt. Zeitgleich erkrankte unsere Mutter an Krebs. Das war schon eine große Belastung für die ganze Familie. Ich selbst bekam die Diagnose vier Wochen später und habe erst einmal nichts gesagt, weil ich die Familie nicht noch mehr belasten wollte. Ich habe die

○
Vorsorge kann Leben retten!
Also Männer, geht zum Arzt – bevor es zu spät ist.

○
anderen unterstützt, um mich selbst abzulenken, aber mir ging es in der Zeit nicht gut. Nach Gesprächen mit meinem Bruder habe ich mich geöffnet. Wir haben beide festgestellt, dass Reden wirklich hilft und jeder wusste, woran er ist.

Michael Roth: Und wir mussten natürlich auch im beruflichen Umfeld Entscheidungen treffen, da wir uns beide nach der OP die nötige Zeit nehmen wollten, um wieder gesund zu werden. Dazu gehörte für die Vermeidung von Inkontinenz auch Physiotherapie. Alle waren sehr verständnisvoll. Das gibt einem viel Kraft und hilft in schweren Stunden, sich auf die wirklich wichtigen Dinge zu konzentrieren.

euch eingebracht, um das Thema Vorsorge ins Rampenlicht zu rücken?

Michael Roth: Wir haben uns in den letzten Jahren primär für die FFF-Kampagne „Für alle. Für jeden. Für uns. Die Urologie.“ unter Schirmherrschaft der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V. engagiert, denn es ist uns eine Herzensangelegenheit, für breite Aufklärung zu sorgen.



Foto: OpenMinded Webkonzepte GmbH

Michael und Uli, ihr seid vor 10 Jahren an Krebs erkrankt und habt damals wie heute nie ein Hehl daraus gemacht, über Prostatakrebs und die Folgen zu sprechen. Was war der Grund dafür?

Uli Roth: Wir waren früher Profisportler. Dort behandelte man offensichtliche Brüche, aber man hätte nie über solche Krebserkrankungen gesprochen. Wir wollen bewusst das Tabu brechen, um Männer dazu zu animieren, zur Vorsorge zu gehen. Wenn dadurch nur ein Leben gerettet werden kann, dann ist das doch eine gute Sache.

Ihr steht nach wie vor viel in der Öffentlichkeit. Uli, du durch deine Arbeit als Manager im Musik- und Sport-Bereich, Michael, du als Handballtrainer. Wo und warum habt ihr

Die Resonanz war durchweg positiv, denn auf der zur FFF-Kampagne gehörenden Website können sich Interessierte und Patienten über alle Erkrankungen in der Urologie erkundigen

WEITER INFORMIEREN

Weitere Informationen zur FFF-Kampagne und den Roth-Brüdern gibt es hier:

www.urologie-fuer-alle.de
www.roth-zwillinge.de
www.urologenportal.de

und erhalten wertvolle Tipps. Außerdem ermöglicht ein Online-Vorsorgeplaner den Lesern eine bessere Planung ihrer Vorsorgeuntersuchungen. Ihnen werden darüber hinaus urologische Praxen in der Nähe angezeigt, in der sie alle medizinischen Fragen direkt mit dem Arzt klären können.

Uli Roth: Vor uns haben wenig „Prominente“ über ihre Erkrankungen gesprochen, schon gar nicht über Inkontinenz oder andere Tabu-Themen. Das hat sich in den letzten 10 Jahren geändert. Jetzt sprechen auch Politiker wie Wolfgang Bosbach oder Schauspieler wie Ben Stiller darüber. Insofern freuen wir uns, dass die Gesellschaft insgesamt etwas offener für diese Themen geworden ist. Wenn wir einen kleinen Beitrag dazu leisten konnten, freut uns das sehr.

Michael Roth: Vor zwei Jahren startete die Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU), damals unter der Präsidentschaft von Prof. Dr. med. Tilman Kälble aus Fulda, die breit angelegte FFF-Kampagne, um die Männergesundheit und Früherkennung gezielt in den Fokus zu rücken. Wir haben uns gerne daran beteiligt, diese zu unterstützen.

Uli Roth: Daraufhin sind wir vergangenes Jahr gefragt worden, ob wir Teil des Patientenbeirats des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ) in Heidelberg werden möchten und haben sofort zugesagt. Hier erhalten wir nochmals einen anderen Blickwinkel aus der Krebsforschung und können wiederum aus Sicht der Patienten etwas beitragen. Das ist schon sehr besonders.

Michael Roth: Wir engagieren uns außerdem für „Handball hilft“, die „Cancer Survivors“, die Deutsche Krebshilfe und Kinderinitiative Strahlenburg.

Werdet ihr häufig von betroffenen Patienten angesprochen, die wissen möchten, wie das Leben nach einer Prostatektomie ist?

Michael Roth: Sehr häufig sogar. Viele Menschen beeindruckt, dass wir kein Problem damit

haben, über sehr intime Dinge zu sprechen. Das Reden an sich hilft ja schon enorm, um die Krebserkrankung und auch die Folgen zu verarbeiten. Ich kann nur jedem raten, sich zu öffnen und sich der Familie oder Freunden anzuvertrauen.

Uli Roth: Wir haben uns nach der OP an die Vorgaben der Ärzte gehalten. Nachdem der Katheter entfernt wurde, haben wir direkt ausprobiert, Wasser zu halten, um zu sehen, ob alles noch funktioniert, wie es soll. Beckenbodenübungen sind ebenfalls extrem wichtig. Die Empfehlungen sollte man unbedingt beachten und auch durchführen. Diese Tipps geben wir weiter.

Michael Roth: Sex ist natürlich auch ein wichtiger Punkt. Wir konnten aufgrund der frühen Diagnose nervenerhaltend operiert werden. Nachdem die Prostata nun weg war, wurden wir vor der OP aufgeklärt, dass wir natürlich keine Kinder mehr bekommen können. Wer also noch einen Kinderwunsch hat, sollte unbedingt Samen einfrieren lassen. Aber eine Erektion war und ist bei uns möglich. Diese Dinge sollte man mit der Partnerin besprechen. Es ist wichtig, nach der OP behutsam vorzugehen. So muss ich z. B. vor dem Sex unbedingt meine Blase entleeren. Der Orgasmus selbst ist trocken.



Foto: OpenMinded Webkonzepte GmbH

Uli Roth: Michael hatte keine Samen einfrieren lassen. Da ich die Untersuchungen und auch die OP nach ihm hatte, bin ich noch kurz vorher zum Arzt gegangen und habe Samen abgegeben. Ich bin aufgrund dessen nach der Prostatektomie nochmals Vater geworden.

Man muss einfach alle Konsequenzen bedenken und berücksichtigen. Aus diesem Grund ist es so wichtig, jemanden bei den Gesprächen dabei zu haben, weil man einfach einige Dinge überhört oder auch wieder vergisst.

Wie sind eure Familien mit der Diagnose umgegangen?

Uli Roth: Unsere Kinder waren natürlich anfangs auch geschockt, aber nachdem sie gehört haben, dass durch den PSA-Test und weitere Unter-

eine solche Diagnose zu erhalten. Natürlich bist du erst einmal in einem Tunnel, aber letztendlich stellt sich dann wirklich heraus, auf wen du dich verlassen kannst und was dir wirklich wichtig im Leben ist. Das hat schon große Auswirkungen auf dein Leben und lässt dich gelassener und dankbarer werden. Unsere Kinder haben ja alles hautnah miterlebt, so dass wir sie nicht daran erinnern müssen, regelmäßig zur Vorsorge zu gehen. Das versteht sich von selbst. Mit Freunden sprechen wir regelmäßig darüber und sensibilisieren sie für die Früherkennung.

Ihr wart am 29. Mai 2019 in der Talkshow bei Markus Lanz zu sehen. Wie kam es dazu?

Michael Roth: Unsere Krebserkrankung ist jetzt 10 Jahre her. Wir haben seitdem unzählige Workshops gehalten, waren auf Kongressen und Patiententagen und betreiben eine eigene Website, um weiterhin aufzuklären.

Über Uli gibt es sogar eine Dokumentation zur Prostata-OP. Wir sind nach wie vor Gesicht der Kampagne „Für alle. Für jeden. Für uns. Die Urologie“ unter der Schirmherrschaft von DGU und BvDU, den beiden großen Urologenverbänden, um darüber frisch und praxisnah Interessierte und Patienten über die Urologie zu informieren bzw. die Angst vor der Vorsorge zu nehmen.

Viele unserer Handball-Freunde oder Comedians wie Bodo Bach und Atze Schröder unterstützen uns dabei. Auch Frank Elstner, der Gründungsmitglied der Deutschen Krebshilfe ist, ist dabei. Auf der Website www.urologie-fuer-alle.de bzw. www.urologenportal.de der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V. wird entsprechend berichtet.

Uli Roth: Wir möchten einfach nicht nachlassen, Männer dafür zu sensibilisieren, sich zu öffnen, über Ihre Erkrankung zu sprechen. Nicht als



○
Sex ist natürlich auch ein wichtiger Punkt. Auch ein Kinderwunsch muss bedacht werden. Wir konnten nerven-erhaltend operiert werden!
 ○

suchungen beim Urologen die Krebserkrankung frühzeitig festgestellt worden ist, waren sie beruhigt, haben uns bestärkt, uns operieren zu lassen und uns natürlich auch besucht.

Michael Roth: Es ist also nicht nur schlecht,

Zeichen von Schwäche, sondern ganz im Gegenteil, um sich und anderen die Angst zu nehmen und dafür zu sorgen, Vorsorgeuntersuchungen regelmäßig und frühzeitig wahrzunehmen.

Was gibt ihr Menschen mit auf den Weg, wenn sie euch zur Vorsorge befragen?

Uli Roth: Liebe Frauen, bitte macht die Termine für die Früherkennung beim Arzt für eure Männer aus, denn Vorsorge kann Leben retten! Und Männer, habt die Eier und geht zum Arzt. Denn ihr tragt nicht nur Verantwortung für euch, sondern auch für eure Lieben. Tut es nicht nur für euch, sondern für eure Familie, eure Freunde und die Menschen, die euch wichtig sind.

Was macht ihr zur Zeit beruflich?

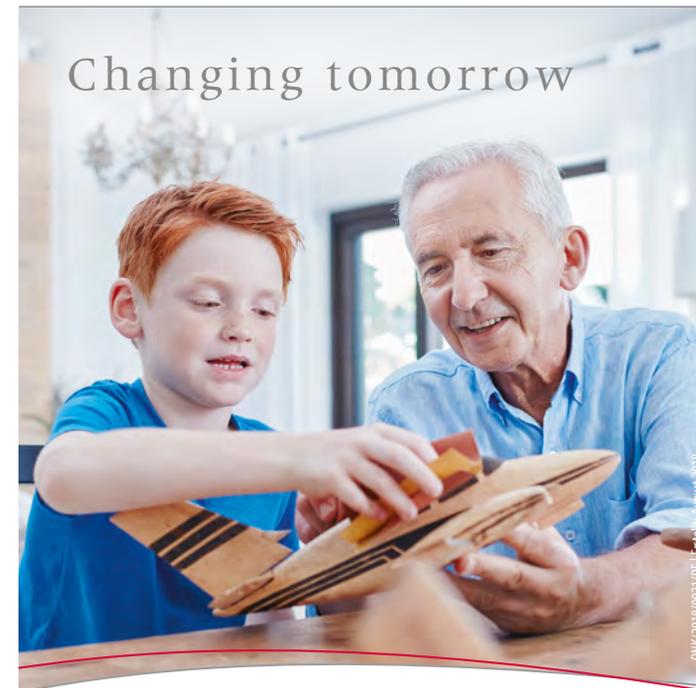
Uli Roth: Ich arbeite als Sport-Manager und betreue u.a. Uwe Gensheimer. Außerdem führe ich

eine Event-Agentur, die seit Jahren bundesweit große Musik-Events veranstaltet.

Michael Roth: Ich arbeite noch immer als Handballtrainer und freue mich auf neue Herausforderungen. Zwischendurch hatte ich Einsätze in Sydney und fand es super, auch einmal internationale Luft zu schnuppern.

Ich werde in Kürze heiraten und freue mich über mein neues Leben in Hamburg. Aber wenn es beruflich in eine andere Stadt geht, dann ist das eben so. Mal schauen, was sich entwickelt...

Vielen Dank für das Interview. ●



Astellas, Ihr Partner in der Uro-Onkologie

Wir engagieren uns für den Kampf gegen Prostatakrebs und für die Bereitstellung innovativer Behandlungsmöglichkeiten und Services mit dem Ziel, Krebspatienten trotz Erkrankungen ein Leben bei guter Lebensqualität zu ermöglichen.

www.astellas.de
www.meine-prostata.de
www.fortbildung.astellas-med.de

Astellas Pharma GmbH
 Postfach 500166 | 80971 München



Urologische Nachwuchsarbeit in Deutschland

Wie macht man jungen Ärztinnen und Ärzten die Urologie „schmackhaft“?
Einblicke in die urologische Nachwuchsarbeit.



Foto: Shutterstock / Anshu - Business Images

Das übergeordnete Ziel der urologischen Nachwuchsförderung der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU) ist nach wie vor, angehende Ärzte* möglichst schon gegen Ende des Medizinstudiums für die Urologie zu gewinnen und über ihr gesamtes Berufsleben als Fachgesellschaft zu begleiten.

Um dieses Ziel zu erreichen, wird daran gearbeitet, die Attraktivität unseres Faches unter dem Medizinnachwuchs zu steigern und Weiterbildungs- und Arbeitsbedingungen junger urologischer Assistenten kontinuierlich zu verbessern. Anfang des Jahres 2018 gründeten die DGU und die German Society for Residents in Urology (GeSRU e.V.) daher gemeinsam die Arbeitsgemeinschaft Junge Urologen (JUro), in der sie ihre Zusammenarbeit intensivierten und die Nachwuchsarbeit fortan koordinierten.

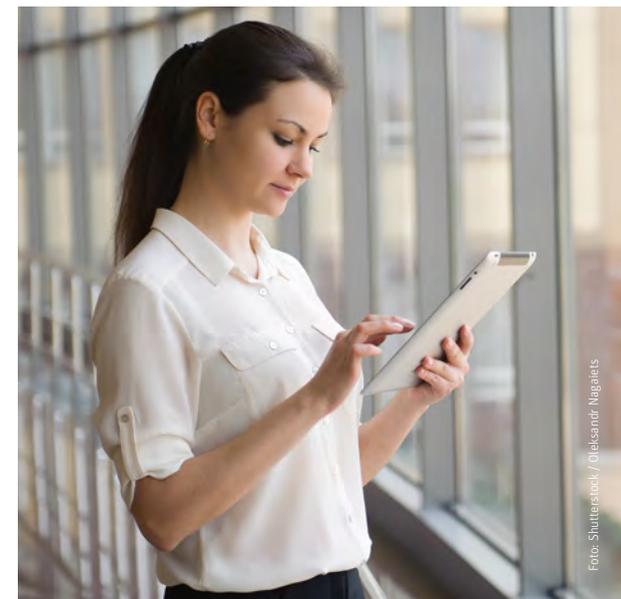


Foto: Shutterstock / Aleksandr Nagais

○
Eine hochwertige Patientenversorgung kann nur mit gut ausgebildetem, leistungsfähigem und motiviertem Nachwuchs dauerhaft sichergestellt werden.

Die Nachwuchsarbeit der DGU im Bereich der Forschungsförderung umfasst Stipendienangebote, Netzwerkbildung und die Förderung von Wissenstransfer über die Arbeitsgemeinschaft urologische Forschung (AuF) in Kooperation mit den GeSRU Academics sowie der AG UroFors, der AUO sowie der AG Uropathologie der Deutschen Gesellschaft für Pathologie.

Werbung um den Nachwuchs

Zu den bereits bestehenden Konzepten zur Nachwuchswerbung und -förderung gehören das Programm „Die Besten für die Urologie“, mit dem besonders aussichtsreicher, forschungsaktiver Nachwuchs im Rahmen eines Besuches des DGU-Jahreskongresses an die Urologie herangeführt wird.

○
Vorausgehend erfolgt schon seit 2012 unter dem Dach der Akademie der DGU über die Junior-Akademie die Erstellung und Realisierung speziell auf den urologischen Nachwuchs ausgerichteter, qualitativ hochwertiger Fortbildungsveranstaltungen und Onlinefortbildungen. Flankiert wird dies seit 2006 durch ein Mentoringprogramm „Urologie-Fahrplan“ zur persönlichen Karriereplanung.

Zudem bietet der seit Jahren etablierte DGU-Schülertag mit einem eigens organisierten Programm im Rahmen des Jahreskongresses interessierten Gymnasiasten Einblicke in die Welt der Urologie. Die AG JUro erarbeitete im April 2018 den DGU-Studententag mit eigenem Programm speziell für Medizinstudenten.

Dieser findet im September 2019 bereits zum zweiten Mal statt und ist somit zu einer festen Institution auf dem DGU-Jahreskongress geworden.

Um Medizinstudenten schon früh Orientierung zu geben, wurde ein Leitfaden für das Praktische Jahr entwickelt. Des Weiteren steht die Homepage der AG JUro kurz vor der Fertigstellung. Diese soll als Plattform zur Nachwuchswerbung, Imageförderung und Vorstellung unseres Faches dienen. Auf ihr werden zukünftig entwickelte Konzepte und Programme präsentiert und mit bereits bestehenden Plattformen verknüpft. Dazu gehören auch die Imagefilme von DGU und GeSRU.

der Arbeits-, Weiterbildungs- und Forschungsbedingungen der urologischen Assistenzärzte in Deutschland das Ziel aller beteiligten Parteien, um die Zukunftsfähigkeit unserer Fachdisziplin zu sichern.

Wie bereits in mehreren Positionspapieren dargestellt, gehören zu den über die AG JUro entworfenen Konzepten zur Nachwuchsförderung DRG geförderte Ausbildungskonzepte, der Entwurf und die Unterstützung von Kampagnen zur Imageförderung im Allgemeinen sowie von zentralen urologischen Themen wie der Präventionsförderung im Speziellen sowie ein Maßnahmenkatalog zur Forschungsförderung.

Konzepte zur Nachwuchsförderung

Eine hochwertige Patientenversorgung kann nur mit gut ausgebildetem, leistungsfähigem und motiviertem Nachwuchs dauerhaft sichergestellt werden. Deshalb ist die Verbesserung

Konzepte zur Nachwuchsförderung unterstützen junge Medizinerinnen und Mediziner bei der Entscheidungsfindung.



KORRESPONDENZAUTOR



Dr. med.
Julian P. Struck
Klinik und Poliklinik
für Urologie

UKSH Campus Lübeck
Ratzeburger Allee 160
23552 Lübeck
Tel.: 0451 500 76243

Dieser umfasst den Ausbau von Clinician Scientist Programmen und Forschungsfreistellungen mittels finanzieller Unterstützung durch die DGU, den Ausbau fachübergreifender Forschungsk Kooperationen, eine aktivere Bewerbung bereits bestehender nationaler Forschungsförderungen sowie den Ausbau des DGU-eigenen Stipendienprogrammes.

Zudem wäre der Aufbau eines strukturierten, durch die DGU finanziell geförderten Schulungsprogrammes sowie die Förderung und Bewerbung von Clinical Fellowships im Ausland in enger Kooperation mit anderen Fachgesellschaften wünschenswert. ●



* Der Einfachheit halber wird im Artikel nur die maskuline Form verwendet. Es sind aber ausdrücklich auch alle Kolleginnen gemeint.

Krebsimmuntherapie mit Tecentriq

Die Chance für Ihre Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Urothelkarzinom

Die Krebsimmuntherapie konnte sich mittlerweile bei vielen Krebserkrankungen wie dem Urothelkarzinom als eine neue Behandlungssäule etablieren. So erweiterte sich mit der Zulassung des Checkpoint-Inhibitors Tecentriq®[▼] (Atezolizumab) beim fortgeschrittenen oder metastasierten Urothelkarzinom (mUC) das Behandlungsspektrum erstmals nach rund 30 Jahren ohne therapeutisch relevanten Fortschritt.¹

Neue Standards setzen für Krebsimmuntherapien beim Urothelkarzinom

Für Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Urothelkarzinom (mUC) wurde über Jahrzehnte nahezu kein medikamentöser Fortschritt mehr erzielt und es besteht ein hoher medizinischer Bedarf an neuen Behandlungsoptionen. Die Erforschung und Entwicklung in der Krebsimmuntherapie beim Urothelkarzinom ist daher für die Roche Pharma AG von besonderer Bedeutung. Im Rahmen eines umfassenden Studienprogramms untersucht das Unternehmen derzeit den PD-L1-Inhibitor Tecentriq auf Wirksamkeit

und Verträglichkeit in weiteren Indikationen und Therapiesituationen – u.a. auch in frühen Stadien des Urothelkarzinoms (MIBC & NMIBC).

Auf der 71. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU) in Hamburg werden im Rahmen des Symposiums der Roche Pharma AG unter dem Vorsitz von Prof. Dr. med. Axel S. Merseburger (Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Lübeck) aktuelle Daten zu Tecentriq aus der SAUL-Studie vorgestellt. Hierbei handelt es sich um die bisher größte prospektive Phase-IIIb-Studie (n = 1004, davon therapiert: 997) zur Untersuchung der Sicherheit und Wirksamkeit von Tecentriq bei Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Urothelkarzinom nach Platintherapie.²

Eine Besonderheit dieser Studie stellt der Einschluss eines praxisnahen Patientenkollektivs dar, das Patienten berücksichtigt, die in klinischen Studien üblicherweise nicht eingeschlossen werden und damit eine breitere alltagsnahe Population widerspiegelt (Abb. 1). Die Resultate untermauern die bestehende Datenlage zur Therapie mit Tecentriq und erweitern die Evidenzbasis um einen weiteren, wichtigen Baustein.²⁻⁴ Wenn Sie nun neugierig geworden sind... besuchen Sie unser Roche-Lunch-Symposium.

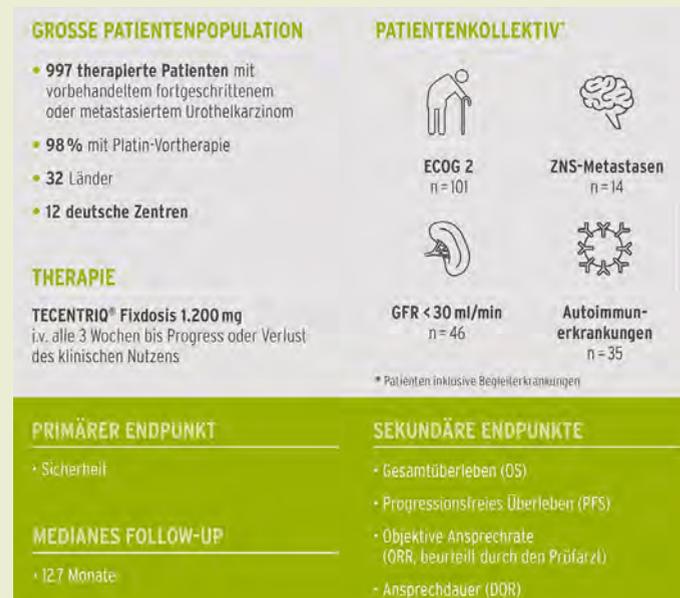


Abb.1: Tecentriq hat anhand der größten prospektiven mUC-Studie mit einer Krebsimmuntherapie nach Platin-Behandlung erneut seine Wirksamkeit an 1004 Patienten gezeigt.

Krebsimmuntherapie mit Tecentriq

Tecentriq – ein humanisierter monoklonaler Antikörper – ist in Europa und Deutschland als Monotherapie für das fortgeschrittene (T4b N jeglicher Anzahl oder T jeglicher Größe N 2–3) sowie für das metastasierte Urothelkarzinom (M1) zugelassen.

Die Zulassung erfolgte als

- First-Line-Therapie von Cisplatin-ungeeigneten Patienten mit einer PD-L1-Expression von $\geq 5\%$ auf Immunzellen im Tumor, sowie
- nach Platin-Vorbehandlung.⁴

Starker Partner in der Uro-Onkologie

Die Roche Pharma AG baut seine Expertise im Bereich der Uro-Onkologie weiter aus. Roche investiert mittlerweile mit 9 Studien im Bereich der Uro-Onkologie und unterstützt Urologen in Ihrem täglichen Umgang mit Patienten. Zur Patientenaufklärung werden Informationsmaterialien für Betroffene und Angehörige bereitgestellt, die helfen, die Erkrankung besser zu verstehen und zugleich die Vorbereitung auf das Arzt-Patienten-Gespräch fördern sollen (Abb. 2). Diesbezüglich bietet Roche unter anderem folgende Angebote an:

- Starterset für Tecentriq-Patienten: In der Tecentriq-Startermappe wird alles Wissenswerte zur Therapie in verständlicher Sprache für den Patienten zum Nachlesen angeboten.
- Mein-Immuntherapie-Lotse: Eine Erweiterung der Startermappe bietet der einzigartige Online-Service von Roche unter www.mein-immuntherapie-lotse.de. Hier kann sich der bereits unter Tecentriq-Behandlung befindliche Patient einloggen

und findet dort neben weiteren Informations-texten und Broschüren zum Herunterladen oder Bestellen ebenfalls erklärende Video-clips und ein Tagebuch für die Dokumentation des persönlichen Therapieverlaufs.

- Informationen rund um die Erkrankung Blasenkrebs: Patienten und Angehörige finden zudem in der Broschüre „Fokus Blasenkrebs“ weitere Tipps für das Leben mit der Erkrankung und Informationen über mögliche Therapieoptionen.

Mehr Informationen und Unterstützung rund um die Therapie für Patienten mit Urothelkarzinom finden Sie hier: www.portal.roche.de/services/uro-onkologie/informationmaterial/tecentriq-muc.protected.html ●



Abb.2: Angebote für Ihre Tecentriq-Patienten

Literatur:

1. Fachinformation Tecentriq®, aktueller Stand
2. Sternberg CN, et al., Eur Urol 2019; 76 (1): 73-81
3. Balar AV, et al., Lancet 2017; 389 (10064): 67-76
4. Powles T, et al. Lancet 2018; 391 (10122): 748-757

VERANSTALTUNGSHINWEIS

Besuchen Sie unser Lunch-Symposium bei der 71. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU) in der Messe Hamburg am Freitag, 20. September 2019 von 12 – 13 Uhr, Raum 4, 1. OG

„Behandlung des mUC – bereits auf dem Weg zur personalisierten Therapie?“

Vorsitz: Prof. Dr. med. Axel S. Merseburger, Lübeck

Tecentriq im klinischen Alltag – Ergebnisse der größten Phase-III-Studie mit Krebsimmuntherapie beim mUC

Prof. Dr. med. Axel S. Merseburger, Lübeck

Molekulares Profiling mit Foundation Medicine in der Praxis des UroOnkologen

PD Dr. med. Thomas Horn, München

▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Dies ermöglicht eine schnelle Identifizierung neuer Erkenntnisse über die Sicherheit. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung zu melden. Bitte melden Sie Nebenwirkungen an die Roche Pharma AG (grenzach.drug_safety@roche.com oder Fax +49 (0)7624 / 14-3183) oder an das Paul-Ehrlich-Institut (www.pei.de oder Fax: +49 (0)6103 / 77-1234).

Warum ist Vorsorge wichtig?

Prominente antworten

Alex Jolig, ehemaliger TV-Star (BIG BROTHER, Hauptrollen in US Actionfilmen) ist jetzt erfolgreicher Unternehmer (Moto Lifestyle GmbH) und immer noch gern gesehener Gast auf dem roten Teppich sowie in vielen verschiedenen TV-Formaten. Er engagiert sich mit seiner Frau Britt für zahlreiche Projekte, die benachteiligte Kinder unterstützen und widmet sich der Kunst. Sein Statement zum Thema Vorsorge:

Wir Männer müssen zur Vorsorge, obwohl wir immer ein Problem mit Arztbesuchen haben. Wir tauchen oft viel zu spät beim Arzt auf, um uns untersuchen zu lassen, was eigentlich ganz wichtig ist. Unser Verhalten können wir ja ändern, denn so kann der Arzt viel schneller

reagieren und besser in die Therapie einsteigen. Wir müssen rechtzeitig zur Früherkennung!

Ich weiß, beim Urologen ist das nicht so einfach, doch auch das schafft ihr, Männer! Ihr müsst einfach an eins denken: Es geht ja nicht nur um eure Gesundheit.

Es geht auch um eure Familien, eure Kinder, eure Verwandten, Bekannten, die irgendwann einer Situation ausgesetzt werden, die man lieber verhindern möchte. Wenn man zu spät zur Vorsorge geht, können irreparable Schäden im Körper entstehen, die vielleicht nicht mehr zu heilen sind. Wollt ihr das euren Familien antun? Deshalb ist die Vorsorge so wichtig. ●

ALEX JOLIG

Birgit Lechtermann

obligatorische Jugenduntersuchung zwischen 12 und 14 Jahren an. Und danach? Häufig gehen Männer erst wieder im fortgeschrittenen Alter zum Arzt und zwar dann, wenn etwas nicht stimmt.

Oftmals ist es dann aber schon zu spät und der behandelte Arzt kann nicht mehr viel tun. Deshalb finde ich es sehr wichtig, dass zukünftig innerhalb der Familien und im Schulunterricht mehr über das Thema Vorsorgeuntersuchungen gesprochen wird.

„Komm mein Sohn, heute nehme ich dich mal mit zum Urologen“, klingt für einen Teenager nicht nach etwas, was er von seinem Vater hören will. Aber das würde durchaus Sinn machen und den Jungen einen Einblick in eine urologische Praxis geben...

Machen Sie die Termine für Ihren Partner und Ihre Familie beim Arzt aus?

Birgit Lechtermann: Wir sprechen innerhalb der Familie häufiger über anstehende Vorsorgetermine, so kann das Thema nicht in Vergessenheit geraten. Für meinen Vater, der inzwischen 90 Jahre alt ist, übernehme ich die konkrete Planung der Vorsorgetermine. Bei ihm ist vor fünfzehn Jahren Prostatakrebs diagnostiziert worden, aber dank regelmäßiger Vorsorge wurde dieser sehr früh entdeckt.

Waren Sie schon beim Urologen?

Birgit Lechtermann: Privat und beruflich! Ich hatte schon häufiger eine Blasenentzündung, und das ist ein klassischer Fall für die Urologin/den Urologen. Für meine Sendung: „Lechtermann, Gesundheit & Leben“ (Health TV) bin ich schon in vielen urologischen Praxen gewesen, um über das Thema aufzuklären und über Behandlungsmöglichkeiten zu berichten. ●

Birgit „Biggi“ Lechtermann ist Fernsehmoderatorin, Buchautorin und Medientrainerin. Bei Health TV moderiert Biggi seit 2018 die Sendung „Lechtermann, Gesundheit und Leben“. Sie trifft Mediziner, Wissenschaftler, Sportler und Prominente und präsentiert spannende Informationen rund um Prävention und Gesundheitsförderung für Körper, Geist und Seele.

Viele Männer gehen nicht zum Arzt, es sei denn, sie werden wirklich krank. Wie meinen Sie, kann man Männer dazu bewegen, rechtzeitig und regelmäßig Vorsorgeuntersuchungen wahrzunehmen?

Birgit Lechtermann: Da Männer häufig Angst vor einem möglichen schlechten Ergebnis beim Arzt haben, gehen sie gar nicht erst hin. Sie glauben zwar, dass sie mit ihrer Kraft und ihrem Willen Drachen töten können, aber beim Thema Arzt, insbesondere Urologen, verlässt einige Männer der Mut. Deshalb bin ich der Meinung, dass man Jungs möglichst früh in Gesundheitsthemen einbeziehen sollte. Mütter gehen mit ihren Teenager-Töchtern zur Frauenärztin/zum Frauenarzt, aber bei den heranwachsenden Männern steht die letzte

Regelmäßige Arztbesuche für die ganze Familie.

Steffi Rohr, Du bist Fitnesstrainerin und Tchibo-Model. Machst du Vorsorgetermine für deine Familie?

Für meinen Sohn Jasper und für mich mache ich regelmäßig Termine aus und plane den ganzen Alltag. Vorsorgetermine halten wir auch immer ein. Ich gehe regelmäßig zum Frauenarzt, Hautarzt und Zahnreinigung steht bei uns beiden auf dem Programm. Jasper ist jetzt 11 und war regelmäßig beim Kinderarzt. Mit der Urologie hatten wir beide bisher eher wenig zu tun. Mein Mann ist unter 40 und nimmt die normalen Routineuntersuchungen beim Hausarzt wahr, ebenso Hautarzt und Zahnarzt, aber er war bisher noch nicht beim Urologen, weil noch kein Bedarf bestand und die Vorsorge laut Empfehlung ja erst ab 45 Jahren beginnt.

Wie sieht es mit deiner persönlichen Work-Life-Balance aus?

Ich habe tatsächlich sehr viel Arbeit, aber da meine Arbeit mein Hobby ist, ist die Balance

einfach dabei. Ich stehe häufig auf der Bühne als Presenterin, gebe Workshops, unterrichte, reise viel durch Europa, aber das stresst mich nicht. Ganz im Gegenteil, meine Arbeit gibt mir viel zurück. Wenn ich wirklich einmal merke, dass es mir alles zu viel wird, kann ich auch gut einmal NEIN sagen. Das habe ich mittlerweile gelernt. Mein BODEGA-Team besteht mittlerweile aus sieben zusätzlichen Trainerinnen, so dass wir untereinander gut tauschen können, wenn mal eine keine Zeit hat.

Was die Familie betrifft, so sind wir sehr achtsam mit der Zeit, die wir gemeinsam als Familie haben. Wir arbeiten beide viel, aber die freie Zeit nutzen wir für gemeinsame Ausflüge, oder wir gehen zusammen essen und genießen uns in vollen Zügen.

Welche Projekte stehen bei dir an?

Ich habe ein Buch geschrieben. Das Skript liegt schon beim Verlag. Die Veröffentlichung ist für 2020 geplant. Mehr kann ich dazu noch nicht sagen. Ich darf weiterhin als Tchibo-Model und Yoga-Expertin arbeiten. Das macht sehr viel Freude. Dazu arbeite ich als Presenterin für fitness-RAUM.de, einem Online-Fitnessstudio, und habe dort schon zahlreiche Kurse gegeben.

Meine BODEGA-Kurse sind ebenfalls sehr gefragt, so dass ich bei Fitness- und Yoga-Events häufig in Deutschland und Österreich auf der Bühne stehe. Ich bin für die IFAA europaweit unterwegs. Außerdem bin ich als Brand Ambassador für Intersport tätig und jeden Tag dankbar, was für neue Begegnungen und Möglichkeiten sich eröffnen. ●

Steffi Rohr



Vorsorgeuntersuchungen gehen die ganze Familie an.



Ausblick auf 2020

Der zukünftige Präsident der DGU Prof. Dr. med. Jens Rassweiler möchte die FFF-Kampagne weiter stärken und seinen persönlichen Beitrag zur Aufklärung leisten.



Sie werden auf dem DGU-Kongress im September die Nachfolge von Herrn Prof. Dr. med. Hakenberg als DGU-Präsident 2019/2020 antreten. Welche Schwerpunkte werden Sie im Jahr Ihrer Präsidentschaft setzen?

Wir werden die bisherigen Schwerpunkte der vorherigen Präsidenten Prof. Dr. med. Tilman Kälble, Prof. Dr. med. Paolo Fornara und Prof. Dr. med. Oliver Hakenberg im Sinne einer Kontinuität in der Deutschen Gesellschaft für Urologie fortsetzen. Im Vordergrund wird die Digitalisierung der Medizin und der Umgang mit künstlicher Intelligenz in der Medizin, aber auch die Frage einer Intensivierung der Vorsorgestrategien in der Urologie insbesondere beim Prostatakarzinom stehen. Aufgrund meiner langjährigen Erfahrungen wird dabei auch ein besonderes Augenmerk auf neue technologische Entwicklungen gelegt, wie neu entwickelte Robotersysteme für die videoassistierte urologische Chirurgie.

○
Eine Weiterentwicklung in der Digitalisierung ist auch bei Urologen erforderlich.
○

Natürlich beobachten wir auch weiter den Verlauf der Widerspruchslösung im Bundeskabinett mit hohem Interesse.

Was unternimmt die DGU, um den Nachwuchs zu fördern? Welche Maßnahmen werden ergriffen?

Unser Vorstand unter Führung des Generalsekretärs Prof. Dr. med. Maurice Stephan Michel hat in den letzten Jahren die Bildung einer



Arbeitsgemeinschaft Junger Urologen unter der Führung von Herrn Dr. med. Julian Struck initiiert. Seit langem wird ja schon die Deutsche Sektion der Assistenzärzte in der Europäischen Urologen Gesellschaft (GeSRU) in der Programmkommission mit Erfolg berücksichtigt. Hinzu kommt die neu gegründete Arbeitsgemeinschaft der Oberärzte.

Außerdem muss auf die inzwischen extrem breit aufgestellte Forschungsinitiative der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V. unter der Leitung unseres Wissenschaftsbeauftragten Prof. Dr. med. Maximilian Burger hingewiesen werden. In diesem Programm laden wir auch seit über 15 Jahren die 10 besten Studenten zum jährlichen DGU-Kongress ein („Die Besten für die Urologie“).

Wie stehen Sie zur Digitalisierung in der Medizin?

Wie in allen Bereichen unserer Gesellschaft müssen wir uns den Anforderungen der Digitalisierung stellen und insbesondere offen für die

INFOKASTEN

Auf dem Urologenportal von DGU und BvDU können Sie sich weitere Fachvideos ansehen. Bitte melden Sie sich dafür auf der Website www.urologenportal.de/fachbesucher.html an.

URO-TV – VON IHNEN FÜR SIE!

"Machen Handys in der Hosentasche unfruchtbar?" Diese Kurzfilme und weitere Fragen rund um die Urologie werden hier beantwortet. Sie sind herzlich eingeladen, ebenfalls Aufzeichnungen Ihres Kongresses oder aus dem Alltag dort zu veröffentlichen.

Weitere Infos:
www.urologenportal.de

Möglichkeiten sein, die sich aus diesen neuen Technologien ergeben. Ein gutes Beispiel stellt der Einsatz der Robotik in der videoassistierten, minimalinvasiven Chirurgie dar, wo die Urologie schon seit langem eine Vorreiterrolle spielt. Dies wurde auf dem letzten Parlamentarischen Abend in Berlin exzellent von Prof. Dr. med. Maurice Stephan Michel vorgetragen.

Wie sieht es mit der medizinischen Versorgung auf dem Land im Bereich Urologie aus?

Sicherlich gibt es hier, wie in allen Bereichen der Medizin, Nachholbedarf. Allerdings muss man sich die Frage stellen, in welcher Form die medizinische Versorgung in der Urologie zu erfolgen hat. Ich sehe weiter einen Trend der Zentralisierung auf unser Fach zukommen. Das bedeutet, dass „Urologische Portalkliniken“ kaum eine Zukunft haben werden. Viel wichtiger ist die Verzahnung der niedergelassenen Praxen mit den Kliniken – auch was die Durchführung operativer Eingriffe anbelangt.

Gibt es politische Themen die Medizin betreffend, die auf Ihrer Agenda stehen?

Sicherlich wird die Frage der Umsetzung einer effektiven Vorsorge des Prostatakarzinoms erneut eine Rolle spielen. Auch im Rahmen einer effektiven Vernetzung von Praxis und Klinik ohne ausufernden, administrativen Aufwand oder dem Vorwurf der Korruption müssen DGU und BvDU kreativ kooperieren.

In welchem Bereich der Urologie sehen Sie die größte Veränderung?

Es ist interessant, dass es trotz aller Digitalisierung und der entsprechenden Wissensvermehrung und -verbreitung immer noch 8–10 Jahre dauert, bis sich eine neue Technologie (wie beispielsweise die Robotik) tatsächlich etabliert hat. Quantität ist nicht Qualität! Insofern müssen alle Neuerungen kritisch überprüft werden. Ein Quantensprung könnte der Einsatz der Genterapie urologischer Tumoren oder auch die fokale Therapie des Prostatakarzinoms werden. Entscheidend wird auch die Kooperation zwischen Praxis und Klinik unter Vermeidung zu großer organisatorischer Hürden wie bei der ASV werden.

Wie kann man Selbsthilfegruppen, Kliniken und Praxen noch besser vernetzen? Ist das

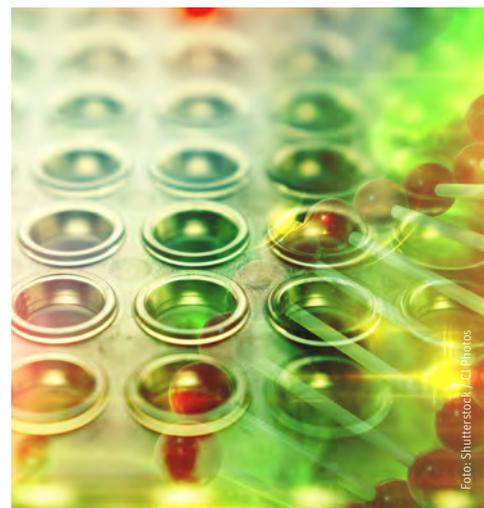


Foto: Shutterstock / A.C. Photos

sinnvoll, um noch bessere Aufklärungsarbeit zu leisten?

Solide Aufklärung ist die Basis für eine vernünftige Therapie. Hier kann auch die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen entscheidend sein. Ich denke auch, dass die von Prof. Dr. med. Kälble initiierte FFF-Kampagne (Für alle. Für jeden. Für uns. Die Urologie.) hier einen wesentlichen Beitrag leisten kann. Dies erfolgt natürlich in enger Abstimmung mit der Pressestelle der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V. und ihrem Schriftführer Prof. Dr. med. Wülfing. Hier ist auch der neue Imagefilm der Urologie unter seiner Regie zu nennen.

Noch eine Frage zu Ihnen privat: Wie entspannen Sie nach einem stressigen Tag in der Klinik? Wie ist der Privatmensch Prof. Rassweiler?

Entspannung ist sehr wichtig bei der doch recht hohen Arbeitsbelastung! Hier stehen für mich natürlich Familie und Freunde im Vordergrund.

Ebenso wichtig war schon immer der Sport, wie Fußball (inzwischen als Torwart), Schwimmen, Stand-Up-Paddling, Radsport und Skifahren. Totale Entspannung finden ich außerdem bei Musik im Kreise meiner verschiedenen Bands (Uroband, Sticks and Stones, Lionsband).

Was würden Sie jungen Medizinstudenten mit auf den Weg geben?

Urologie ist ein Zukunftsfach mit einer unglaublichen Vielfalt, was nahezu ideal für die Berufsplanung im Vergleich zu anderen Disziplinen ist. Der Einsatz für unsere Patienten lohnt sich immer noch! ●

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

Sp(r)itzenleistung!

LEUPRORELIN
Enantone
LHRHa Monats-Depot

LEUPRORELIN
Trenantone
LHRHa 3-Monats-Depot

LEUPRORELIN
Sixantone
LHRHa 6-Monats-Depot

Takeda Pharma Vertrieb GmbH & Co. KG, Jägerstr. 27, 10117 Berlin
alg-images/gerlich/lesing



• EINBLICKE •

Digitalisierung und künstliche Intelligenz

Die digitale Transformation schreitet unaufhaltsam voran, lässt kaum einen Bereich in Wirtschaft und Gesellschaft unberührt und hat längst auch die Medizin durchdrungen – die DGU stellt sich den Herausforderungen.

In der Medizin bieten digitale Technologien, die hinter Begriffen wie „Künstliche Intelligenz“ und „Deep Machine Learning“ stehen, inzwischen große Chancen, die jedoch bei zu unkritischem Einsatz auch erhebliche Risiken bergen können. Diesem Spannungsfeld stellt sich die Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU) intensiv. „Themen wie Digitalisierung und künstliche Intelligenz in der Medizin werden wir auf unserer **71. Jahrestagung vom 18. bis 21. September 2019 in Hamburg**

vielschichtig durchleuchten. Wir erkennen die sinnvollen Einsatzmöglichkeiten, die den Patienten zugutekommen. Wir sehen aber auch die Gefahren, wenn ärztliche Entscheidungshoheit durch Algorithmen ausgehöhlt oder gar ersetzt werden soll“, sagt DGU-Präsident Professor Dr. med. Oliver W. Hakenberg. Der Direktor der Urologischen Klinik und Poliklinik der Universitätsmedizin Rostock hat den 71. DGU-Kongress unter das Motto „Mensch, Maschine, Medizin, Wirtschaft“ gestellt.

Schon bei ihrem Parlamentarischem Abend im Juni 2019 in Berlin hatte die DGU zentrale Fragen des digitalen Wandels in den Fokus gestellt. Als operierendes Fach sei man sehr früh aktiver Teil in dieser Entwicklung gewesen und habe die Chancen der „kollaborativen Automatisierung“ genutzt, so die Botschaft des politischen Forums. „Heute operieren wir den Großteil der Prostatakarzinome mit dem DaVinci-Operationssystem mit seinen bekannten Vorteilen für den Patienten“, sagt DGU-Generalsekretär Prof. Dr. med. Maurice Stephan Michel.

Das **DaVinci-System®** ist allerdings kein autonomer OP-Roboter, sondern wird vom Operateur digitalisiert über eine Bedienkonsole gesteuert. „Arzt und Maschine bilden ein kollaboratives System manueller Manipulation“, so der Direktor der Klinik für Urologie der Universitätsmedizin Mannheim.

Dass Systeme zunehmend eigenständiger agieren können, zeigt etwa das **AquaBeam-System®** zur Behandlung der benignen Prostatahyperplasie. Durch die Koppelung von bildgebendem Ultraschall in Echtzeit und OP-Instrument kann das System – nach der digitalen Markierung der zu entfernenden Bereiche an der Prostata durch den Arzt – das Gewebe automatisiert und eigenständig mit einem Wasserstrahl sekundenschnell, sehr genau und für den Patienten schonend abtragen.

Ermöglicht werden die Entwicklungen im Bereich der kollaborativen Automatisierung bis hin zu künstlichen neuronalen Netzen und

künstlicher Intelligenz, besonders durch große Fortschritte in der digitalen Bildgebung und -erkennung. Diese Fortschritte nutzt die Urologie bei der Prostatabiopsie. Mit Massen an ra-



diologischen Bilddatensätzen werden Systeme für spezielle Aufgaben, wie etwa die Erkennung und Vermessung von Metastasen, trainiert.

„Manche Systeme können inzwischen den **Aggressivitätsgrad eines Tumors so gut wie der Pathologe diagnostizieren**“, sagt Prof. Dr. med. Michel. Das maschinelle „Deep Learning“, die Gewinnung von Wissen durch statistisch verifizierte Erfahrung mittels riesiger Mengen an Trainingsbilddaten und hierarchisch strukturierter Lernregeln, ist ein wesentlicher Bereich der künstlichen Intelligenz. Angesichts teils mehrerer Millionen analysierter Bilddaten überrascht es Spezialisten nicht, dass derart trainierte Systeme besser „sehen“ als der Mensch.





Foto: Shutterstock / Khakimullin Aleksandr

An einer wichtigen Form des Inputs für lernfähige Systeme wird intensiv gearbeitet: Erkennung und fachliche Einordnung der Inhalte unstandardisiert geschriebener Texte sind die große Herausforderung. Hier erwartet Prof. Dr. med. Michel bald Systeme, die die medizinische Vorgeschichte eines Patienten – ganz gleich ob auf Papier oder digital – einlesen

○
**Künstliche
 Intelligenz schafft
 Raum für
 empathische
 Gespräche mit
 den Patienten.**
 ○

und alle für die aktuelle Behandlung wichtigen Informationen daraus zu einem kompakten Datensatz generieren können. So könnte künstliche Intelligenz dem Arzt viel Zeit ersparen,

die stattdessen in das empathische Gespräch mit dem Patienten und dessen Aufklärung fließen könnte.

In einem weiteren Schritt werden solche Systeme neben der medizinischen Vorgeschichte auch die Ergebnisse klinischer Untersuchungen, Befunde aus Bildgebung und Labor analysieren und auf Basis all dieser Informationen eine diagnostische Entscheidungsunterstützung samt Therapievorschlag und Begründung für den behandelnden Urologen ausgeben können. „Anschließend obläge dem Arzt die Plausibilisierung der maschinellen Unterstützung, bevor er sie in seine Diagnose und Therapievorschläge für den Patienten umsetzt. **Künstliche Intelligenz ist der ideale Berater, die letzte Instanz auf medizinischer Seite bleibt aber stets der Arzt, der mit Intuition und Menschenkenntnis agiert**“, so Prof. Dr. med. Maurice Stephan Michel.

Die Anwendung künstlicher Intelligenz rückt auch den Umgang mit Daten in den Fokus des medizinischen Tagesgeschäfts: Die erforderliche Plausibilisierung der maschinellen Unterstützung setzt voraus, dass sowohl die Daten, mit denen das System gearbeitet hat, als auch die Prozesse der daraus resultierenden Schlussfolgerungen vom Arzt nachvollzogen

und beurteilt werden können. „Datenkompetenz wird deshalb entsprechend verstärkt in der ärztlichen Aus- und Fortbildung vermittelt werden müssen“, mahnt der DGU-Generalsekretär.

„Das digitale Zeitalter ändert unser ärztliches Selbstverständnis nicht. Unsere Aufgabe ist und bleibt es, Erkrankungen zu erkennen und zu heilen. Digitalisierung und BigData bieten dabei großes Potenzial etwa in der personalisierten Uro-Onkologie und mit dem Blick auf ärztliche Ressourcen, die im Zukunftsfach Urologie aufgrund des demografisch bedingten Versorgungszuwachses um 20 Prozent besonders knapp sind.“

zu registrieren und einen zielgruppenspezifischen Newsletter zu abonnieren. Über diesen erhalten Interessenten proaktiv (Push) eine Benachrichtigung (SMS, WhatsApp, E-Mail o. ä.), wenn für Sie relevante Themen veröffentlicht wurden. Auf Basis eines kurzen Vorschau-Textes kann der User dann entscheiden, ob er mehr erfahren möchte und gelangt mit nur einem Klick direkt auf Ihre Website, um den vollständigen Beitrag zu lesen.

Informieren Sie sich jetzt unverbindlich über die Möglichkeiten der digitalen Patientenkommunikation am FFF-Stand auf dem 71. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie in Hamburg (innerhalb des DGU Stands) oder im Internet unter www.urologie-fuer-alle.de/digital. ●

Digitalisierung in der Patientenkommunikation weiter auf dem Vormarsch

Die Berufswahl, Arzt und später Urologe zu werden, ist häufig darin begründet, Menschen zu helfen und den direkten Arzt-Patienten-Kontakt zu pflegen. Jedoch gehören Themen wie die digitale Krankenakte, Aufbewahrung der Daten in der Cloud und natürlich auch der Internetauftritt oder Apps als Kommunikationskanal mittlerweile ebenso zum Alltag des Urologen wie die Beratung und Behandlung der Patienten.

–Advertorial–
Contiango kann urologische Praxen gezielt unterstützen

Es gibt verschiedenste digitale Hilfsmittel die im Praxisalltag die Kommunikation mit dem Patienten erleichtern und den Datenaustausch verbessern. Mit Contiango erhalten Sie beispielsweise die technische Infrastruktur, um Informationen und Meldungen zielgruppenspezifisch und kundenindividuell digital zu kommunizieren. Versicherte und Patienten erhalten auf Ihrer Website nicht nur wertvolle Informationen rund um Erkrankungen und Behandlungsmethoden, sondern Sie haben zukünftig auch die Möglichkeit, sich



Foto: Shutterstock / RocketHub, Inc.

Digitale Beratung und Kompetenz wird auch im Praxisalltag immer wichtiger.

Checkpoint-Inhibitor Pembrolizumab

Neue Chancen für die Therapie des fortgeschrittenen Urothelkarzinoms in der Erst- und Zweitlinie

Immunonkologische Therapien sind eine innovative Form der Krebsbehandlung, die bei einer Vielzahl von Tumorerkrankungen mit Erfolg eingesetzt werden.¹ Inzwischen können auch Patienten mit fortgeschrittenem Urothelkarzinom von dieser Option profitieren.

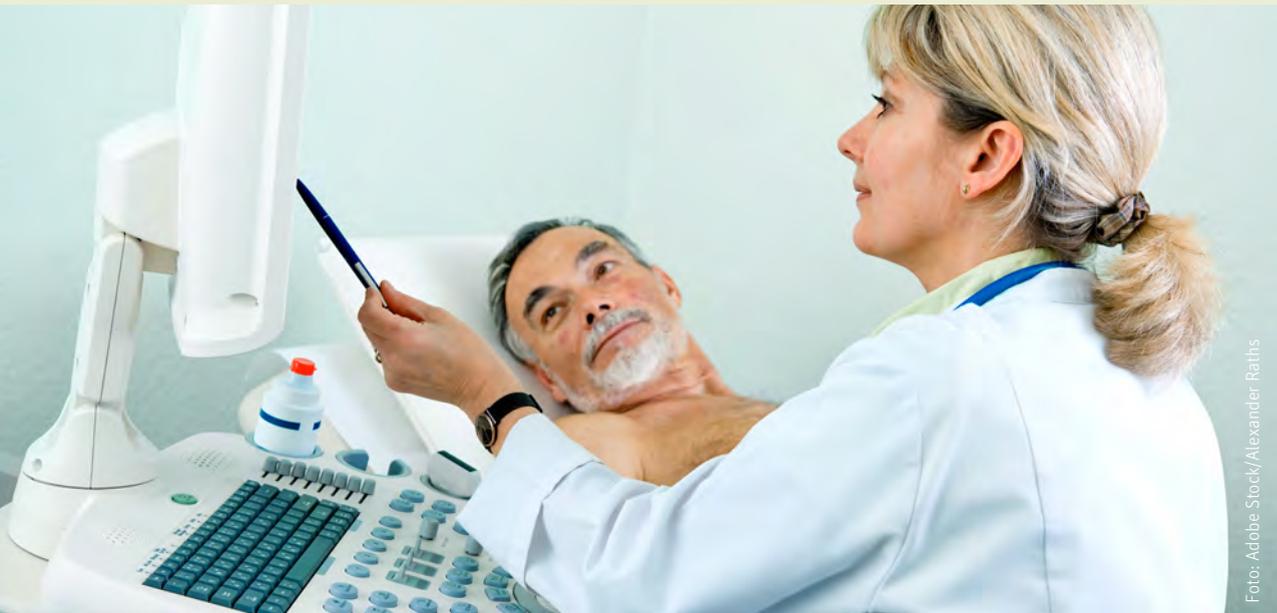


Foto: Adobe Stock/Alexander Rath

Noch vor wenigen Jahren waren die Behandlungsoptionen beim lokal fortgeschrittenen oder metastasierenden Urothelkarzinom begrenzt: Die Erstlinientherapie bestand aus Cisplatin-basierten Chemotherapien – wenn es der Allgemeinzustand und die Komorbiditäten des Patienten zuließen. Alternative oder potenziell verträglichere Therapien ohne Cisplatin waren mit geringeren Überlebensraten assoziiert. Außerdem kam es in der Regel sieben bis neun Monate nach einer Cisplatin-basierten Therapie zum Progress. Mit der in diesem Fall angezeigten Monochemotherapie konnten allerdings nur geringe Effekte auf das Gesamtüberleben erreicht werden.²

Mit Pembrolizumab steht nun für die Erst- und Zweitlinientherapie eine innovative Option zur Verfügung. Pembrolizumab ist zugelassen:³

- als Monotherapie zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder metastasierenden Urothelkarzinoms nach vorheriger Platin-basierter Therapie bei Erwachsenen (KEYNOTE-045-Studie)
- als Monotherapie zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder metastasierenden Urothelkarzinoms bei Erwachsenen, die nicht für eine Cisplatin-basierte Therapie geeignet sind und deren Tumoren PD-L1 mit einem kombinierten positiven Score (CPS) ≥ 10 exprimieren (KEYNOTE-052-Studie).

Pembrolizumab – ein monoklonaler PD-1-Antikörper

Der monoklonale Antikörper Pembrolizumab (KEYTRUDA®) bindet an den Rezeptor PD-1 auf den T-Zellen. Dessen Liganden PD-L1 und PD-L2 sind auf der Oberfläche von verschiedenen Tumoren verstärkt zu finden und können bei Bindung von PD-1 zu einer Deaktivierung der T-Zellen führen. Pembrolizumab verstärkt also die T-Zell-Antwort, darunter auch die antitumorale T-Zell-Antwort, indem es die Bindung von PD-L1 und PD-L2 an den Rezeptor PD-1 blockiert. Krebszellen werden von den T-Zellen wiedererkannt und können zerstört werden.³

Visionen zur Realität machen

MSD hat es sich zur Aufgabe gemacht, wissenschaftliche Innovationen umzusetzen und Menschen mit Krebs zu helfen, indem Patienten der Zugang zu Krebsmedikamenten ermöglicht wird. Dabei ist MSD bestrebt, jeden einzelnen Schritt auf dem Weg vom Labor zur Praxis so kurz wie möglich zu halten, um Menschen mit Krebs neue Hoffnung geben zu können.

Deshalb verfügt MSD über eines der größten klinischen Forschungsprogramme im Bereich der Immunonkologie. Dieses umfasst derzeit mehr als 1.000 Studien, die Pembrolizumab bei einer Vielzahl von Krebsarten und Behandlungssettings untersuchen. Das klinische Forschungsprogramm zu Pembrolizumab zielt darauf ab, die Rolle von Pembrolizumab bei der Bekämpfung verschiedener Krebserkrankungen zu verstehen. Dabei gilt es auch Faktoren – einschließlich unterschiedlicher Biomarker – zu erforschen, die Aufschluss darüber geben könnten, mit welcher Wahrscheinlichkeit ein Patient von einer Therapie mit Pembrolizumab profitieren könnte.

Weitere Informationen zu Pembrolizumab finden Sie unter: www.keytruda.de ●

Quellen:

1. Yuan et al. Journal for ImmunoTherapy of Cancer (2016) 4:3
2. S3-Leitlinie Früherkennung, Diagnose, Therapie und Nachsorge des Harnblasenkarzinoms; Langversion 1.1 – November 2016. AWMF-Registernummer: 032/0380L
3. Fachinformation KEYTRUDA®



MSD

KEYTRUDA® 50 mg Pulver für ein Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung
KEYTRUDA® 25 mg/ml Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung

Wirkstoff: Pembrolizumab **Zus.**: Arznei. wirts. Bestand.: -50 mg Pulver: 1 Durchstechfl. enth. 50 mg Pembrolizumab. Nach Rekonstitution enth. 1 ml Konzentrat 25 mg Pembrolizumab. -25 mg/ml Konz.: 1 Durchstechfl. (4 ml) enth. 100 mg Pembrolizumab. 1 ml Konzentrat enth. 25 mg Pembrolizumab. **Sonst. Bestandz.:** L-Histidin, L-Histidinhydrochlorid-Monohydrat, Sucrose, Polysorbat 80. -25 mg/ml Konz. zusätzl.: Wasser für Injekt.-zwecke. **Anw.**: Als Monotherapie zur Behandl. d. fortgeschrittenen (nicht rezidivierenden od. metastasierenden) Melanoms b. Erw. Als Monotherapie zur adjuvanten Behandl. des Melanoms im Tumorstadium III mit Lymphknotenbeteiligung nach vollständ. Resektion bei Erw. Als Monotherapie zur Erstlinienbehandl. d. metastasierenden nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms (NSCLC) ≥ 50 % ohne EGFR- od. ALK-pos. Tumormutationen b. Erw. In Komb. m. Pemtrexed u. Platin-Chemotherapie zur Erstlinienbehandl. d. metastasierenden nicht-plattenepithelialen NSCLC ohne EGFR- od. ALK-pos. Tumormutationen bei Erw. In Komb. m. Carboplatin u. entweder Paclitaxel od. nab-Paclitaxel zur Erstlinienbehandl. d. metastasierenden plattenepithelialen NSCLC bei Erw. Als Monotherapie zur Behandl. d. lokal fortgeschrittenen od. metastasierenden NSCLC m. PD-L1 exprimierenden Tumoren (TPS ≥ 1 %) nach vorheriger Chemotherapie b. Erw. Pat. m. EGFR- od. ALK-pos. Tumormutationen sollten vor Ther. ebenfalls eine auf diese Mutationen zielgericht. Ther. erhalten haben. Als Monotherapie zur Behandl. d. rezidivierenden od. refraktären klassischen Hodgkin-Lymphoms (HL) b. Erw. nach Versagen einer autologen Stammzelltransplantation (auto-SZT) u. einer Behandl. m. Brentuximab Vedotin (BV), od. nach Versagen einer Behandl. m. BV, wenn eine auto-SZT nicht in Frage kommt. Als Monotherapie zur Behandl. d. lokal fortgeschrittenen od. metastasierenden Urothelkarzinoms nach vorheriger Platin-basierter Ther. b. Erw. Als Monotherapie zur Behandl. d. lokal fortgeschrittenen od. metastasierenden Urothelkarzinoms bei Erw., die nicht für e. Cisplatin-basierte Ther. geeignet sind u. deren Tumoren PD-L1 m. einem kombinierten positiven Score (CPS) ≥ 10 exprimieren. Als Monotherapie zur Behandl. d. rezidivierenden od. metastasierenden Plattenepithelialen Karzinoms der Kopf-Hals-Region (HNSCC) m. PD-L1 exprimierenden Tumoren (TPS ≥ 50 %) und einem Fortschreiten der Krebserkrank. während od. nach vorheriger Platin-basierter Ther. b. Erw. **Gegenanz.:** Überempf.-keit gg. d. Wirkstoff od. e. sonst. Bestandz. **Vorsicht bei:** Schwere Einschränkung d. Nierenfunkt.; moderater od. schwerer Einschränkung d. Leberfunkt.; Melanom d. Auges. Anamn. bek. immunvermittelte Myokarditis. Behandl. nach Risikoabwägung b. Pat. m. aktiven ZNS-Metastasen; ECOG-Performance-Status ≥ 2 (außer bei Urothelkarzinom); HIV-, HBV- od. HCV-Infekt.; aktiven, system. Autoimmunreaktion; interstit. Lungenkrankh.; einer früheren Pneumonie; d. system. Kortikoid-behandl. erforderter; schwerer Überempf.-keit gg. e. and. monoklonalen Antikörper in d. Anamnese; laufender Ther. m. Immunsuppressiva; schweren immunvermittelten Nebenw. unter Ipilimumab in d. Anamnese (jegliche Grad 4 od. Grad 3 Toxizität), d. eine Kortikosteroid-Behandl. über mehr als 12 Wo. erforderte (mehr als 10 mg/Tag Prednison od. Äquivalent in entsp. Dosierung); aktiv. Infekt.-erkrank. Pat., d. unter vorhergeh. Krebsbehandl. m. immunsuppressivem Arzneimittel schwere od. lebensbedrohli. Nebenw. d. Haut hatten; Pat., d. ein solides Organtransplantat empfangen haben; Pat. m. allo-HSZT in Krankengesch. Hinweise zu Schwangerschaft/Stillzeit beachten. Unter den immunvermittelten Nebenw. waren schwere Fälle u. Todesfälle. **Zusätzl. bei HNSCC:** Pat. m. vorheriger Strahlenther. **Zusätzl. bei klass. HL:** Pat. ≥ 65 J. Pat. m. rezidivierendem od. refraktärem klassischem HL, für die aus and. Gründen als dem Versagen einer Salvage-Chemotherapie eine auto-SZT nicht in Frage kommt. Bei allo-HSZT bei klassischem HL nach Ther. m. Pembrolizumab sorgfältige Nutzen-Risiko-Abwägung (GVHD u. schwere Lebervenenverschlusskrankheit als Komplikation. beobachtet). **Zusätzl. bei rezidiviertem Stadium-III-Melanom u. Erw. in d. HSZT:** Pat. ≥ 75 J. **Zusätzl. bei Urothelkarzinom n. vorh. Platin-basierter Ther.:** Pat. m. schlechterer Prognose u./od. aggressiv. Krankheitsverl. **Zusätzl. bei Pat. m. Urothelkarzinom, d. nicht f. Cisplatin-basierte Ther. geeignet sind u. deren Tumoren PD-L1 m. einem CPS ≥ 10 exprimieren:** gebrechliche Pat. (z. B. ECOG-Performance-Status 3). **Bei Erstlinienbehandl. von NSCLC mit PD-L1 exprimierenden Tumoren:** Nutzen u. Risiko e. Komb. mit Chemotherapie im Vgl. zu Pembrolizumab Monotherapie abwägen. **Nebenw. Monotherapie:** Sehr häufig: Anämie, Hypothyreose, Vermind. Appetit, Kopfschm. Dyspnoe, Husten, Diarrhö, Abdominalschm.; Übelk.; Erbr.; Obstipat. Hautausschl.; Pruritus, Muskuloskelett. Schm.; Arthralgie, Müdigk./Erschöpf.; Asthenie; Ödeme; Fieber. Häufig: Pneumonie, Thrombozytopenie; Lymphonie; Infusionsbedingte Reakt. Hypothyreose, Hyponatriämie, Hypokalzämie; Hypokalzämie, Schlaflosigkeit, Schwindelgef., periph. Neuropathie, Lethargie, Dysgeusie, Trock. Augen, Hypertonie, Pneumonitis, Kolitis, Mundtrockenheit, Schwere Hautreakt., Erythem, Vitiligo; trock. Haut, Alopezie, Ekzem, akneiforme Dermatitis, Schm. in d. Extremitäten; Myositis, Arthritis, Grippeähnli. Erkrank., Schüttelfrost, Erhöht. Werte von: AST, ALT, Hypokalzämie; erhöht. Werte von: alkal. Phosphatase im Blut, Bilirubin im Blut, Kreatinin im Blut. Gelegentl.: Neutropenie, Leukopenie; Eosinophilie, Sarkoidose, Hypophysitis, Thyroiditis, Nebennierenauff. Typ-1-Diabetes mellitus, Epilepsie, Uveitis, Perikarderguss; Perikarditis, Hepatitis, Lichenoides Keratose; Psoriasis, Dermatitis; Papeln; Änd. d. Haarfarbe, Tendosynovitis, Nephritis, Erhöht. Werte von Amylase. Selten: Immuntrombolytoid, Purpura, hämolyt. Anämie; isolierte aplast. Anämie; hypophosphorämische Lymphohistiozytose. Guillain-Barré-Syndrom; Myasthenie-Syndrom; Meningitis (aseptisch); Enzephalitis. Vogt-Koyanagi-Harada-Syndrom, Myokarditis, Dünndarmparation. TEN; SJS; Erythema nodosum. **Nicht bekannt:** Abstoßung eines soliden Organtransplantats. **Zusätzl.:** Hinweise zu Abw. bei Laborwerten beachten. **B. Komb. m. Chemotherapie:** Sehr häufig: Neutropenie, Anämie, Thrombozytopenie, Vermind. Appetit, Schwindelgef., periphere Neuropathie; Dysgeusie; Kopfschm. Dyspnoe; Husten, Diarrhö; Übelk.; Erbr.; Obstipation; Abdominalschm. Hautausschl.; Alopezie; Pruritus, Muskuloskelett. Schm.; Arthralgie, Müdigk./Erschöpf.; Asthenie; Ödeme; Fieber, Erhöht. Werte von: ALT, Kreatinin im Blut. Häufig: Pneumonie, Febrile Neutropenie; Leukopenie; Lymphopenie, Infusionsbedingte Reakt. Hypothyreose; Hypothyreose, Hyponatriämie, Hypokalzämie; Hypokalzämie, Schlaflosigkeit, Lethargie, Trock. Augen, Hypertonie, Pneumonitis, Kolitis, Mundtrockenheit, Hepatitis, Schwere Hautreakt., Erythem; akneiforme Dermatitis; trock. Haut, Myositis; Schm. in d. Extremitäten, Arthritis, Nephritis; akutes Nierenvers. Schüttelfrost, grippeähnli. Erkrank. Erhöht. Werte von: AST, Hypokalzämie; erhöht. Werte von: alkal. Phosphatase im Blut. Gelegentl.: Eosinophilie, Hypophysitis, Thyroiditis, Nebennierenauff. Typ-1-Diabetes mellitus, Epilepsie, Perikarderguss; Perikarditis, Psoriasis, Dermatitis; Ekzem, Änd. d. Haarfarbe; lichenoides Keratose; Papeln, Vitiligo, Tendosynovitis. Erhöht. Werte von: Amylase; erhöht. Werte von: Bilirubin im Blut. **Zusätzl.:** Hinweise zu Abw. bei Laborwerten beachten. **Warnhinw.:** KEYTRUDA® 25 mg/ml Konz. Nicht schüttein. **Hinw.:** Untersuch. der PD-L1-Tumor-Expression mittels eines validierten Tests bei Pat. mit NSCLC, zuvor unbehandeltem Urothelkarzinom od. HNSCC. Zuverlässige Verhütungsmethode b. Frauen im gebärf. Alter währ. u. bis min. 4 Mon. nach letzter Dosis.

Bitte lesen Sie vor Verordnung von KEYTRUDA® die Fachinformation!

Pharmazeutischer Unternehmer:
Merck Sharp & Dohme B.V.
Waarderweg 39
2031 BN Haarlem
Niederlande

Lokaler Ansprechpartner:
MSD SHARP & DOHME GMBH, Lindenplatz 1, 85540 Haar

KEYTRUDA®

MSD
Infocenter

Tel. 0800 673 58 38
Fax 0800 673 673 329
E-Mail infocenter@msd.de

Stand: 05/2019

Operative Therapie des benignen Prostatasyndroms – wo stehen wir heute?

Rassweiler Jens J, Kobald Sven, Fiedler Marcel, und Goezen Ali S.
 Urologische Klinik SLK Kliniken Heilbronn, Akademisches Lehrkrankenhaus der
 Universität Heidelberg (Ärztl. Dir.: Prof. Dr. med. J. Rassweiler)

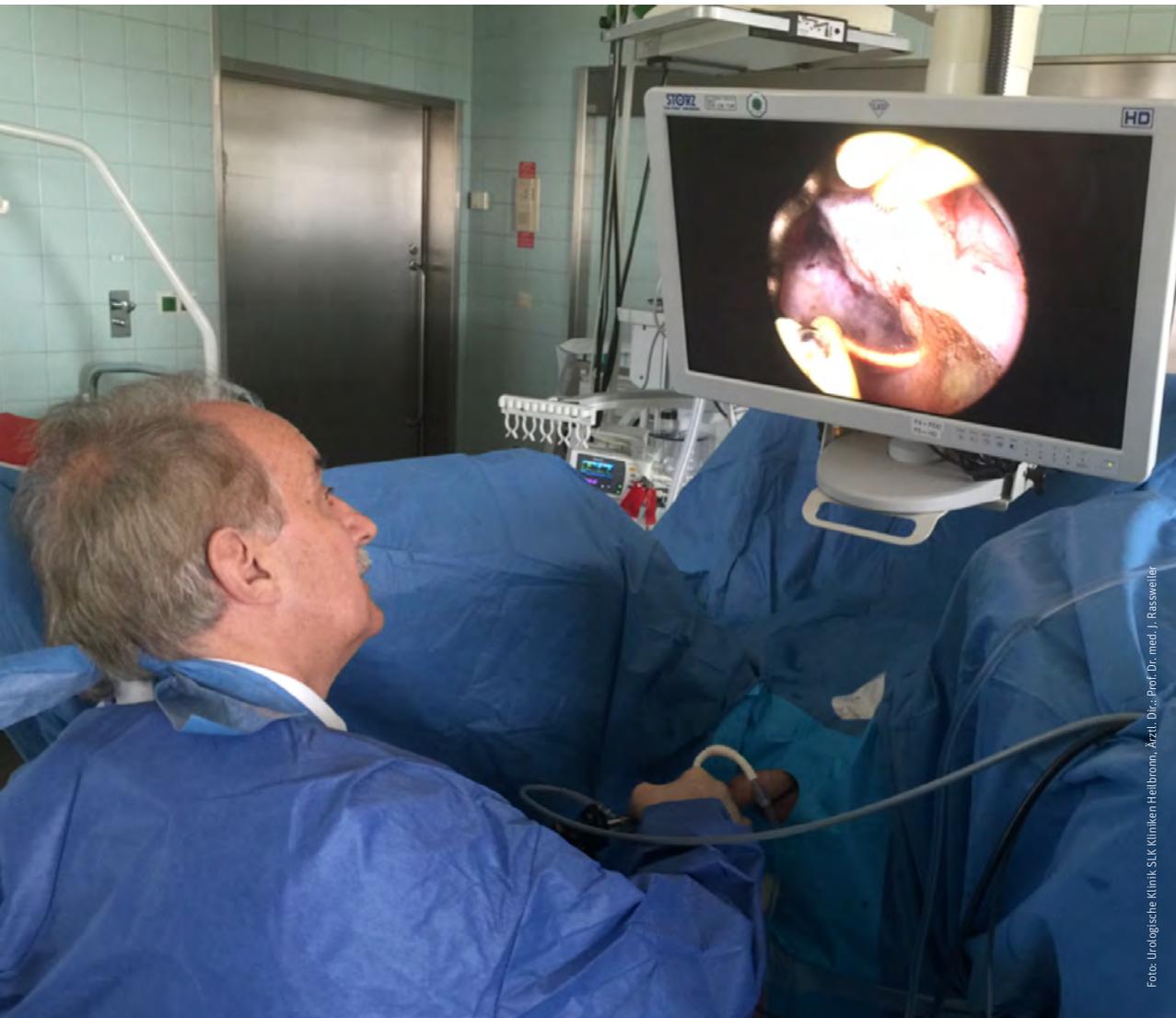


Foto: Urologische Klinik SLK Kliniken Heilbronn, Ärztl. Dir.: Prof. Dr. med. J. Rassweiler

Kaum eine andere urologische Erkrankung hat in den letzten Jahren einen vergleichbaren Innovationsprozess bezüglich der operativen Therapie erlebt wie das benigne Prostata-Syndrom (BPS). Auch wenn die transurethrale Prostataresektion (TURP) immer noch als Standardverfahren mit geringer Komplikationsrate angesehen wird, wurden inzwischen zahlreiche Verfahren mit dem Ziel entwickelt, die Morbidität des Eingriffs weiter zu reduzieren (siehe Tab. 1). Hierunter fallen zunächst die TURP unter Einsatz des bipolaren Stroms, aber auch die Laserablation mit dem KTP-Laser und die Ausschälung des Prostataadenoms mit dem Holmiumlaser oder Thuliumlaser.



Foto: Shutterstock.com

Inzwischen sind aber weitere Verfahren hinzugekommen, wie die Urolift-Technik, das interstitielle REZUM-Verfahren mit Wasserdampf

oder der temporäre iTEND-Stent. Auch von radiologischer Seite ist die Prostataembolisation als minimalinvasive Alternative hinzugekommen. Für sehr große Prostataadenome stehen auch laparoskopische oder roboterassistierte Enukleationstechniken zur Verfügung.

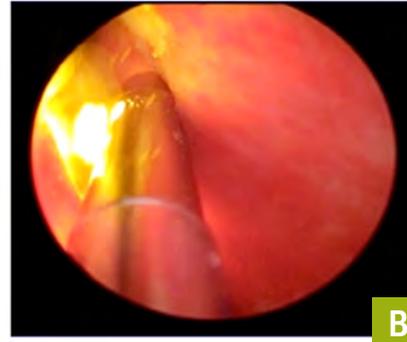
Verfahren	Modifikationen	Kommentar
Transurethrale Resektion der Prostata (TURP)	- monopolar - bipolar	Standardmethode Sicher bis 60 ccm Abtragungsrate max. 1 g/min. Retrograde Ejakulation
Transurethrale Enukleation der Prostata	- Holmium-YAG - Thulium-YAG - bipolar	Längere Lernkurve Beste Studienlage mit Holmium Vorteil ab 60 ccm Abtragungsrate 2–3 g/min. Retrograde Ejakulation
Prostataadenomektomie	- offen - laparoskopisch - robotisch	Höhere Invasivität Vorteil bei sehr großen Adenomen (> 150 ccm)
Transurethrale Vaporisation	- KTP-Laser - bipolar	Kurze Lernkurve Vor allem bei Antikoagulation Höhere Rezidivrate (20%)
Interstitielle Verfahren	- Laserkoagulation - Radiofrequenz - Wasserdampf	Kurze Lernkurve Ejakulationsprotektiv Kurze Behandlungszeit mit Wasserdampf (REZUM) Laser und Radiofrequenz langfristig mit hohen Rezidivraten (40%)
Transurethrale Desobstruktion	- mittels Nähten (Urolift) - mit temporärem Nitinol-stent (iTIND)	Kurze Lernkurve Ejakulationsprotektiv Nur selektiv indiziert (kein Mittellappen) Langzeitergebnisse noch unklar
Prostataembolisation	- Mikropartikel	Lange Lernkurve Ejakulationsprotektiv Lange Behandlungszeiten Aufwendiges Röntgenequipment Rezidivrate noch unklar

▲ **Tabelle oben:** Aktuelle operative Verfahren zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms

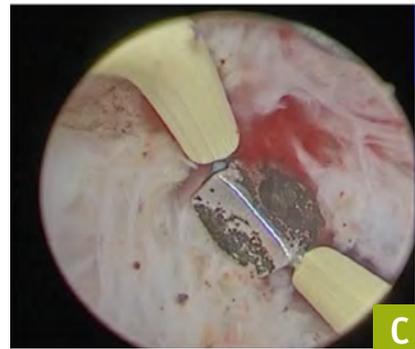
◀ **Abbildung links:** Aktueller Einsatz von HD-Flachbildschirmen (23 Zoll) mit integrierter digitaler Bildverarbeitung



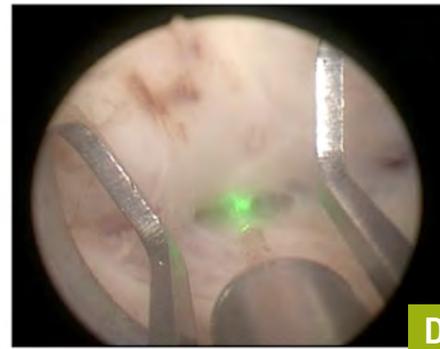
A



B



C



D

Abbildung oben:

- Endoskopisches Bild der etablierten Techniken zur chirurgischen Behandlung des BPS
- A) Bipolare TURP mit Lichtbogen im Bereich der Schlinge (Karl Storz).
 - B) KTP-Laserablation mittels Side-Fire-Lasertechnik (Greenlight-Laser, Boston Scientific).
 - C) Bipolare Enukleationstechnik mittels keilförmiger Elektrode (Karl Storz).
 - D) Holmiumlaser-Enukleationstechnik unter Einsatz eines endoskopischen Spacers (Karl Storz).

High-Definition-Videotechnologie

Gerade aufgrund der zahlreichen Neuentwicklungen zur Behandlung des BPS hat sich auch die TURP methodisch und technologisch signifikant weiterentwickelt. Im Vordergrund steht zum einen die Videotechnik mit Einführung der HD-Technologie. Dies ermöglicht eine bessere Auflösung und Vergrößerung des Operationsfelds bis hin zu einem Quasi-3D-Effekt. Der Operateur arbeitet vor einem 26-Zoll-HD-Flachbildschirm mit Wide View (16:9) im Vergleich zu den früher üblichen 13-Zoll-Röhrenmonitoren (4:3), was bei besserer Bildschärfe einer Vergrößerung um den Faktor 4 entspricht.

Die bipolare transurethrale Prostatektomie

Parallel hierzu wurde die bipolare HF-Technik entwickelt und inzwischen perfektioniert. Die monopolare Elektroresektion erfolgt klassisch mit hochfrequentem Schneidestrom bei einer Leistung von maximal 200 Watt. Hierfür wird eine nicht-leitende, hochohmige Spülflüssigkeit (z. B. Glycin-Mannit-Gemisch) benötigt.

Dadurch kommt es zu einem direkten Eintritt der Stromenergie in das Gewebe mit Ableitung über die Elektrode. Bei der bipolaren Technik ist initial eine höhere Leistung erforderlich

(bis zu 400 W), da hier bei der Passage durch die leitende Spüllösung (0,9% NaCl) ein Lichtbogen mit entsprechender Vaporisation (Plasma) entstehen muss. Sobald die Schlinge schneidet, wird die HF-Leistung auf Werte zwischen 90 und 120 W heruntergeregelt. Entscheidender Vorteil der bipolaren Technik ist das Vermeiden des klassischen TUR-Syndroms durch Einschwämmung der entsprechenden Spüllösungen. All dies hat dazu geführt, dass sich die bipolare Technik zunehmend für die transurethrale Resektion durchgesetzt hat. Da keine spezielle Spüllösung erforderlich ist, kann die bipolare TURP auch mit Lasertechniken (Enukleation) kombiniert werden.

Laserenukulation

Primär profitieren alle Laserverfahren auch von der neuen HD-Videotechnologie (siehe Seite 42). Ursprünglich wurde die Laserenukulation mit dem Holmium-YAG-Laser unter Verwendung

1-Lappen-Technik mit kompletter Enukleation des Adenoms publiziert worden. Der Vorteil geringerer Energien liegt vor allem in den Kosten, da solche Lasergeräte deutlich günstiger sind.



○
Monopolare Elektroresektion erfolgt klassisch mit hochfrequentem Schneidestrom bei einer Leistung von maximal 200 Watt
 ○

hoher Laserenergien und mit der sogenannten 3-Lappen-Technik eingeführt. Inzwischen sind verschiedene Modifikationen unter Einsatz niedriger Energien und einer 2-Lappen- oder

Das Prinzip der Holmium-YAG-Laserenukulation basiert auf einer durch den gepulsten Laserstrahl induzierten Präparation des Adenoms von der Kapsel. Hier sind aufgrund eigener klinischer Erfahrungen höhere Energien nicht relevant. Der Vorteil höherer Energien liegt bei der Durchtrennung von Gewebe, was bei der 3-Lappen-Technik bedeutsam ist. Die Koagulation von Blutungen kann am besten durch Defokussierung des Laserstrahls erreicht werden.

In der Zwischenzeit sind auch mit dem Thulium-YAG-Laser gute Ergebnisse publiziert worden. Als kontinuierlicher Laser führt er bei der Enukleation vermehrt zur Gewebskoagulation. Dies hat allerdings deutliche Vorteile bei der Gewebedurchtrennung und Blutstillung. Daher dominiert beim Einsatz des Thulium-Lasers die 3-Lappen-Technik.

Obwohl der KTP-Laser eigentlich zur Gewebeablation aufgrund der hohen Absorption der Laserenergie im Hämoglobinbereich konstruiert wurde, wird dieser Laser mit seiner Side-Fire-Sonde auch zur Prostataenukulation eingesetzt. Allerdings erfolgt hier die Enukleation vor allem

mechanisch, und der Laser dient in erster Linie zur Blutstillung.

Wichtig für alle transurethralen Enukleationstechniken ist ein gut und sicher funktionierendes



der Morcellator. Hierfür stehen drei Typen zur Verfügung. Ein Guillotine-artiges Messer (Lumenis), alternierend ein rotierendes Messer eines umgebauten Arthroskopie-Shavers (Pyrania, Richard Wolf) oder einfach ein rotierendes Messer (Karl Storz).

Laparoskopische und roboterassistierte Enukleation des Prostataadenoms

Auch wenn mittels transurethraler Enukleationstechniken Adenome bis zu 240 g entfernt werden konnten, ist es evident, dass hier diese Technologie an ihre Grenzen stößt. Daher sehen wir bei sehr großen Adenomen (> 150 ccm) die Indikation für eine laparoskopische oder roboterassistierte Enukleation. Diese erfolgt mit extraperitonealem Zugang über eine Inzision des Blasenhalses und der Prostata-kapsel in einer modifizierten Millin-Technik. Das Präparat kann dann in einem Bergebeutel über den subumbilikalen Zugang meist in zwei Teilen geborgen werden. Vorteile der laparoskopischen Technik gegenüber der klassischen offenen Adenomektomie liegen in der besseren Blutstillung und Möglichkeit einer exakten Bla-

senhalsrekonstruktion mittels endoskopischer Nahttechnik.

Aktueller Stand neuer Therapiealternativen

In den letzten Jahrzehnten sind zahlreiche Therapieverfahren als Alternative zur TURP vorgestellt worden, die sich wegen Ineffektivität, hoher Nebenwirkungen und fehlender Reproduzierbarkeit nicht im klinischen Alltag bewährt haben. Hierzu gehören interstitielle Ablationstechniken unabhängig von der Wahl des Lasers (Neodym-YAG, Diodenlaser, Holmium-YAG) bzw. der übrigen Energieformen (Mikrowelle, Radiofrequenzablation, HF-Coagulation) und toxischen Verfahren (Alkoholinjektion). Problematisch war bei allen Verfahren die Vorhersehbarkeit der induzierten Nekrose, was einerseits zu transurethralem Abgang von Gewebesnekrosen (Sludge) und andererseits zu hohen Reoperationsraten führte.

Unter diesen Erfahrungen müssen auch einige der jüngsten Verfahren betrachtet werden:

Urolift®: Hierbei werden je zwei komprimierende Nähte transurethral gesetzt, um die Prostataseitenlappen zu verdrängen. Kurz- und Langzeitstudien über zwei Jahre haben die Effektivität des Konzepts bestätigt. Allerdings müssen hier wirklich die echten Langzeitdaten abgewartet werden.

iTIND: In diesem Fall wird ein Nitinol-Expander für 2–3 Tage in die prostatistische Harnröhre eingesetzt, was zu einer symmetrischen Inzision im Bereich der Seitenlappen führt. Auch hier sehen die Frühergebnisse gut aus.

REZUM: Hier wird ähnlich wie bei den interstitiellen Ablationstechniken Wasserdampf in die Seitenlappen injiziert, was zu einer raschen Gewebesnekrose führt. Die Vorhersehbarkeit der Nekrose scheint hier besser zu sein als bei den früheren Techniken.

Indikationsstellung bei BPS

Steht die Indikation zur chirurgischen Therapie, hängt die Wahl der Therapie von zahlreichen Faktoren ab, wie Alter, sexuelle Aktivität, Begleiterkrankungen (Antikoagulation), Größe der Prostata, Struktur der Prostata (prominenter Mittellappen) und Stadium des BPS.

Prostatagröße: Während früher eine Prostatagröße von 60 ccm als Grenzgröße für die TURP galt, kann ein erfahrener Operateur (mit einer Resektionsgeschwindigkeit von max. 1 g/min.) sicher bis zu 90 ccm problemlos resektieren. Hier kommen die Vorteile der bipolaren TURP ins Spiel, da längere Operations-

Prostatembolisation: Inzwischen befassen sich auch die interventionellen Radiologen mit dem BPS. Es erfolgt mittels modernster Angiographietechnik (Dyna-CT) eine Sondierung der Prostataarterien mit anschließender Partikelembolisation. Dies ist ein technisch sehr anspruchsvoller Eingriff und hat für den Patienten den „Charme“, dass man nicht transurethral vorgehen muss. Dennoch sind auch hier die Langzeitergebnisse, insbesondere die Reoperationsraten, nicht bekannt.

Alle diese Techniken haben den Vorteil für den Patienten, dass sie die prograde Ejakulation erhalten. Sie werden daher auch vor allem für jüngere Männer propagiert.

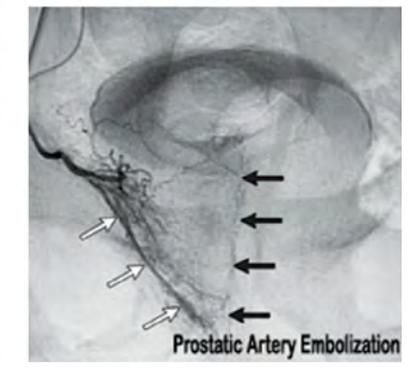
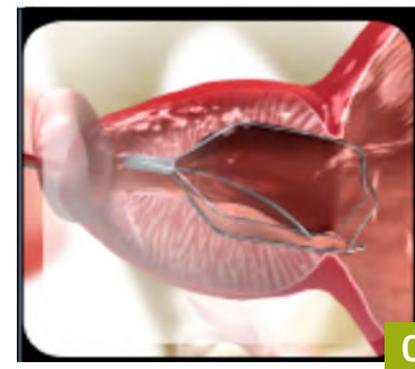
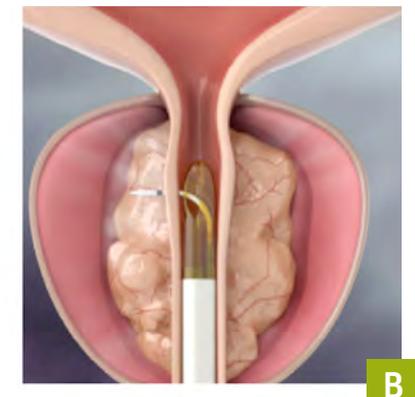


Abbildung oben:

Neue Alternativen zur chirurgischen Behandlungen der BPS.

A) Urolift®: Endoskopische Nähte zur Kompression der Seitenlappen (Teleflex)

B) REZUM: Komprimierter Wasserdampf zur interstitiellen Gewebesnekrose (Boston Scientific)

C) iTIND: Temporäre Insertion eines Nitinol-Stents zur Inzision und Dilatation der Prostata (Olympus)

INFOS DGU-Forschung

Die Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V. treibt die Forschung maßgeblich voran.

Infos zu Förderprogrammen, Forschungsstipendien und mehr finden Sie hier: www.dgu-forschung.de

zeiten nicht mit einem höheren Risiko eines TURP-Syndroms verbunden sind. Die Vorteile der Enukleationstechniken liegen gerade in einer schnelleren Abtragsrate (2–3 g/min. inklusive der Morcellation). Darüber hinaus lassen sich die größeren Adenome meist besser enukleieren.

Erhalt der Ejakulation: Vor allem bei jüngeren Patienten (55–65 Jahre) spielt der Erhalt der prograden Ejakulation noch eine Rolle. Basierend auf den Studien von Alloussi et al. kann hier eine spezielle Resektionstechnik mit alleiniger Resektion der cranialen Abschnitte der Seitenlappen erfolgen. Bei Patienten mit kleinem Adenom bietet sich hier die Blasenhalssinzision an. Bei Patienten mit großem endovesikalem Mittellappen kann auch nur eine Mittellappenresektion erfolgen. Die Patienten müssen allerdings über die entsprechend höheren Rezidivraten (30–40%) informiert werden.

Patienten unter Blutverdünnung: Mit zunehmender Aktivität der Kardiologen bezüglich der Implantation von Koronarstents stellt sich für viele Patienten mit BPS das Problem der Verzögerung der notwendigen Operation aufgrund der kardiologisch notwendigen Triple-Antikoagulation. Eine präventive Einnahme von Acetylsalicylsäure (z. B. ASS 100) stellt keine

Kontraindikation für eine TURP oder Enukleation dar. Demgegenüber stellt die intensive Antikoagulation eine Herausforderung dar, da sie mit einer 20 prozentigen Rate an postoperativen Blutungskomplikationen vergesellschaftet ist. Hier bietet sich die Gewebsablation mit dem KTP-Laser als sicheres Verfahren an. Alternativ kann auch eine bipolare Vaporisation mit speziellen Elektroden erfolgen.

Perspektiven für die Zukunft

Robotische TURP: Schon 1989 hatte die Gruppe um John Wickham einen Roboter zur Durchführung einer transurethralen Prostataresektion (Probot) vorgestellt. Hierbei erfolgte die Morcellation der Prostata von innen mittels eines Gewebeverflüssigers (ähnlich einem Rührmixer) basierend auf den Daten des transrektalen Ultraschalls (TRUS). Eine direkte endoskopische Kontrolle war aufgrund der ausgeprägten Geweblutung nicht möglich, was zu entsprechenden Komplikationen (z. B. Kapselperforation, Gefäßverletzung) führte, so dass das Projekt wieder eingestellt wurde.

Aquaablation (Procept): 2015 stellte Gilling das Konzept der transurethralen Aquaablation der Prostata vor. Inzwischen besitzt das Gerät eine CE-Zulassung. Die Gewebeverflüssigung erfolgt durch Hydrodissektion mit einem adaptierbaren Wasserstrahl (Kärcher-Prinzip). Auch hier wird TRUS zur individuellen Berechnung der Ablation, allerdings in Kombination mit der Videoendoskopie, eingesetzt. Das Gerät wird bei 12 Uhr am Blasenhalss platziert und kann von dort Prostatagewebe in einem Winkel von maximal 210° abladieren. Die Ablationstiefe reicht bis maximal 3 cm und wird in der Nähe des Kollikels deutlich reduziert. Hiermit sind Ablationsgeschwindigkeiten von bis zu 5 g Prostatagewebe pro Minute möglich. Es liegen inzwischen auch sehr positive Erfahrungen aus Deutschland vor. ●



• EINBLICK •

Vorsorge bei geriatrischen Patienten?

Ja, aber mit Augenmaß und anders.
Ein Beitrag von Andreas Wiedemann

PSA-gestützte Vorsorge „ab 45 Jahren, wenn eine Lebenserwartung von mehr als 10 Jahren vorliegt“ – so haben wir Urologen die Aussagen unserer S3-Linie verinnerlicht. Aber wann aufhören? Wir alle stehen unter pekuniärem Druck – sei es, was die Anzahl der radikalen Prostat-ektomien betrifft, sei es, dass die „IGeL-Kasse“ zum Ausgleich des defizitären GKV-Bereiches gefüllt werden muss. Und ein Ende der Vorsorge könnte der Patient, den wir teilweise über Jahre betreuen, als brüskten Entzug der Fürsorge seines Urologen verstehen.

Und wann ist jemand geriatrisch?

Letztlich führen diese Fragen zu der Grundsatzdiskussion, welches Prostatakarzinom behandlungspflichtig, weil lebensbedrohend ist und welche Therapieziele bei einem geriatrischen Patienten vorrangig sind.

Hierzu sind drei Punkte festzuhalten:

1. Definition und Besonderheiten des geriatrischen Patienten
2. Urologische Themen Kontext der „geriatrischen I´s“
3. Die „andere“ Vorsorge bei geriatrischen Patienten

Definition und Besonderheiten des geriatrischen Patienten

Der geriatrische Patient wird nach den geriatrischen Fachgesellschaften als in der Regel über 75 und multimorbid definiert. Über 80 Jahre ist jeder Mensch „geriatrisch“, weil vulnerabel und von Chronifizierung und Autonomieverlust bedroht. Dabei ist das Alter nicht von vorrangiger Bedeutung, sondern die Multimorbidität.



Dies bedeutet auch, dass wir uns bei Überlegungen, ob oder wie lange eine Vorsorge durchgeführt oder andere urologischen Therapien sinnvoll sind, von dem „biologischen“ Alter oder der „Lebenserwartung“ trennen müssen und die Funktionalität eines Patienten in den Vordergrund stellen sollten. Das Problem hier ist, dass wir als Urologen zwar darauf trainiert sind, mit Messwerten wie Restharn, PSA oder anderen Tumormarkern zu operieren, aber Funktionszustände nur unzureichend beschreiben, geschweige denn messen können.

Hier wird es eine der Herausforderungen der Zukunft sein, Assessments in unsere Diagnostik einzuführen und im klinischen Alltag und der ärztlichen Kommunikation auch zu etablieren. Dies ist mit ein wenig Übung und Zeitaufwand leicht erlernbar: von „schlechtem AZ“ oder „überwiegend bettlägerig“ hin zum „timed-up-and-go-Test > 30 sec“, von „beginnend dement“ hin zu Punktwert im Minimental-Test von 21

Punkten, von „gebrechlich“ hin zu „Barthel-Index 55 Punkte“. Dabei ist die Sicht auf den ganzen Patienten auch mit seinen Comorbiditäten wichtig: Wie sehr diese das Outcome beeinflussen, zeigt die Untersuchung von Sivaraman et al. (World J Urol 34 (2016): 1367), bei denen die einfache Unterscheidung von zwei Gruppen mit dem Charlson-Comorbiditäten-Index über oder unter zwei Punkten das Überleben nach radikaler Prostatektomie bei gleichen onkologischen Ausgangsbefunden signifikant beeinflusst oder die Studie von Albertsen et al. (J clin Oncol 29 (2011): 1335), in der deutlich wird, dass sich in der Risikoanalyse das Überleben nach Diagnose eines Prostatakarzinoms eher durch das Alter und die Comorbiditäten als durch das Prostatakarzinom selbst determiniert.

Urologische Themen: Kontext der „geriatrischen I´s“

Zu den geriatrischen Hauptthemen, salopp auch die „geriatrischen I´s“ genannt, gehören die Immobilität, die Inkontinenz, die Irritabilität im Sinne von kognitivem Abbau, die Instabilität (gemeint ist die Sturzneigung) und die iatrogene Schädigung. Zwar ist das Prostatakarzinom das häufigste Karzinom des Mannes, es erlangt aber nur im Kontext dieser geriatrischen „I´s“ Bedeutung. Das ist dann etwa der Fall, wenn metastasenbedingte Beschwerden zu Immobilität führen oder diese verstärken, wenn lokale Komplikationen eine Harninkontinenz bedingen. Auf der anderen Seite muss getreu des Grundsatzes „quidquid agis, prudenter agas et respice finem“ (was immer du tust, bedenke die Folgen deines Handelns) auch der Impact einer jeden Therapie des in der Vorsorge diagnostizierten Prostatakarzinoms bedacht werden.

So kann eine antiandrogene Therapie zu Sarcopenie und Anämie führen und damit die Immobilität oder Sturzneigung fördern, der Androgenentzug einen kognitiven Abbau und damit wieder eine Sturzneigung verursachen.

Die „andere“ Vorsorge bei geriatrischen Patienten

Die urologische Vorsorge beim „geriatrischen“ Patienten sollte nach meiner Auffassung dreistufig erfolgen:

1. Screening – ist dieser Patient geriatrisch? Dies ist der Fall, wenn er über 80 Jahre alt ist oder in einem Screening-Test (z. B. im in NRW gesetzlich vorgeschriebenen ISAR-Screening) als „mit geriatrischem Handlungsbedarf“ gekennzeichnet wurde.
2. Messung der im Vordergrund stehenden Funktionsdefizite mit den hierzu zur Verfügung stehenden Assessments (Mobilität: Timed-up-and-go-Test, Kognition: Minimental State Exam MMSE, Gebrechlichkeit: Barthel-Index, Comorbiditäten: Charlson-Score).

3. Eine PSA-gestützte Vorsorgeuntersuchung muss auch die Konsequenz der jeweiligen operativen und konservativen Therapie berücksichtigen – hier auch und insbesondere der palliativen Therapiekonzepte.

Für den geriatrischen Patienten ist der Erhalt der Selbstständigkeit, der Mobilität und Lebensqualität vorrangig. Eine PSA-gestützte Vorsorge im klassischen Sinn wird daher nur im Ausnahmefall zum Tragen kommen. Wichtiger ist hier die „uro-geriatrische Betreuung“ des Patienten, z. B. mit der Detektion einer prinzipiell nicht behandlungsbedürftigen Bakteriurie, deren Behandlung bei Nykturie und Sturzneigung sturzpräventiv sein kann oder der Messung des Restharns, der in Abhängigkeit von Beschwerden und der Blasenkapazität vor dem gleichen Hintergrund therapiewürdig werden kann. Die Durchsicht der Comedikation mit potentiell Einfluss auf die Blasenfunktion ist ebenfalls wichtig. ●

DGU INSIDE

• Einblicke in die Verbandsarbeit •



• MIT LEBEN GEFÜLLT •

Die DGU-Mitglieder-App

DGU-Generalsekretär Prof. Dr. med. Maurice Stephan Michel hat sie ins Leben gerufen:

Die neue Mitglieder-App für die schnelle Information und Interaktion innerhalb der urologischen Gemeinde. Die DGU-Pressestelle hat den digitalen Draht, der Urologinnen und Urologen immer und überall miteinander verbindet, mit Leben gefüllt und sorgt gemeinsam mit DGU-Administrator Olaf Kurpick für



Foto: DGU App

Aktualität und reibungslosen Zugriff auf alle Funktionen. Diese reichen von Pressemitteilungen der Fachgesellschaft, Pushmeldungen, DGU-Ansprechpartnern und Social-Media-Nachrichten bis zum geschlossenen Mitgliederbereich mit einer interaktiven Mitgliederliste, die mit zwei Klicks den schnellen Anruf

oder die E-Mail an die Kollegin/den Kollegen erlaubt und Gruppen-Chats ermöglicht.

Sie können die App ganz einfach kostenfrei über den App Store (Apple) oder bei Google Play herunterladen. ●

• DRUCKFRISCH BESTELLEN! •

Starke Infos für Jungen



Foto: DGU Kampagne

Penislänge, feuchte Träume und Verhütung: Jungen in der Pubertät haben 1.000 Fragen zu Körper und Sexualität.

Antworten rund um körperliche Veränderungen, Hygiene, Impfungen oder die Selbstuntersuchung der Hoden sowie Informationen über die Jungensprechstunde beim Urologen gibt die Broschüre „Starke Infos für Jungen“, die im Frühjahr von der Deutschen Gesellschaft für Urologie e. V. neu aufgelegt wurde und nun wieder lieferbar ist. Die Bestellung für Ihr Wartezimmer in Klinik und Praxis erfolgt wie bisher über das Online-Bestellformular auf www.urologenportal.de. Folgen Sie einfach dem Pfad Fachbesucher/Service. ●

• AUSGEBUCHT •

Schülertag auf dem 71. DGU-Kongress

Ob Pressemitteilungen, Programmtexte, Newsletter, Patientenforum oder Pressekonferenz: Die Schlagzahl rund um die Öffentlichkeitsarbeit für den kommenden DGU-Kongress in der Hamburg Messe legt zu. Der Schülertag 2019 stieß bei den engagierten Lehrkräften der Gymnasien in der Hansestadt auf reges Interesse und ist dementsprechend bereits komplett ausgebucht.



Foto: DGU Kampagne

Unsere Kolleginnen und Kollegen der Presse haben inzwischen den ersten Journalisten-Newsletter mit den wichtigsten Medien-Informationen erhalten und im Mai haben wir nochmals die Werbetrommel für den DGU-Medienpreis gerührt und in einer Pressemitteilung erfolgreich auf die mit 2.500 Euro dotierte Auszeichnung aufmerksam gemacht. Die Presseinformation ist wie immer nachzulesen auf dem Urologenportal. ●



• BELIEBT •

Urologenportal im Steilflug

Solche Zahlen springen sofort ins Auge: Bei unserer „routinemäßigen“ Website-Analyse mit Analytics drohte der Pressestellen-PC fast zu explodieren.

Schwarz auf weiß zeigte uns das Trackingtool, dass die Besucherzahl des Urologenportals innerhalb eines Jahres um fast 100 % nach oben geschneit ist. Im vergangenen Jahr 2018 besuchten in den ersten vier Monaten 218.564 User das Portal der Urologen. Im Vergleichszeitraum, 1. Januar bis 30. April 2019, waren es sage und schreibe 430.137.

Warum es zu diesem enormen Besucher-Zuwachs gekommen ist, hängt sicher von verschiedenen Faktoren ab, wie dem gestiegenen Content durch unsere drei Themenwochen und dem DGU-Kongress, die tägliche Pflege der Website oder die weitere Linkvernetzung. Doch der entscheidende Faktor, so vermuten Experten, denen wir die Zahlen vorgelegt haben, sei ein geänderter Google Algorithmus, das Verfahren zur Gewichtung und Bewertung von Internetseiten.

Gelistet ist das Urologenportal übrigens bei Google mittlerweile auf den Plätzen 3–8 (noch vor einem Jahr war es Platz 20), was bedeutet, dass bei den Suchergebnissen unsere Homepage einen vorderen Platz einnimmt. Beispiel: Wird „Blut im Urin“ in die Google-Suche eingegeben, findet man das Urologenportal an dritter Stelle der Ergebnisse. ●

www.urologenportal.de

So kann es weitergehen, finden wir!



• SERVICE •

Termine national und international

18. – 21. September 2019

Hamburg, Deutschland

Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V.

7. – 8. Oktober 2019

Sindelfingen-Böblingen, Deutschland

Stone management in the upper tract

9. Oktober 2019

Schwerin, Deutschland

Uro-Onkologischer Stammtisch

23. – 24. Oktober 2019

Paris, Frankreich

7th Global Congress on Prostate Cancer

25. – 26. Oktober 2019

Paris, Frankreich

4th Global Congress on Bladder Cancer

2. November 2019

Berlin, Deutschland

Papillomvirus-assoziierte Neoplasien:
Diagnostik/Therapie/Prävention

7. November 2019

St. Gallen, Schweiz

8. Interdisziplinären Prostatakarzinom-Symposiums 2019

8. – 9. November 2019

Homburg / Saar, Deutschland

25. Seminar des Arbeitskreises BPS der DGU e.V.

8. – 9. November 2019

Nauen/OT Groß Behnitz, Deutschland

AUO/AKO Intensivkurs Uro-Onkologie, 2. Teil

15. – 16. November 2019

Köln, Deutschland

Uro-Onkologie Update 2019

15. – 16. November 2019

Blankenfelde-Mahlow/OT Dahlewitz, Deutschland

Herbsttagung der Brandenburgischen Gesellschaft f. Urologie e.V.

16. November 2019

Rostock, Deutschland

16. Nordlichtsymposium „Neue Aspekte in der Diagnostik und
Therapie des Prostatakarzinoms“

23. November 2019

Düsseldorf, Deutschland

Chefarztrecht

29. November –
1. Dezember 2019

Lüneburg, Deutschland

23. Salzhäuser Gespräche urologischer Belegärzte

5. – 7. Dezember 2019

Leipzig, Deutschland

26. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für
Neurorehabilitation e. V.

6. – 7. Dezember 2019

Nauen/OT Groß Behnitz, Deutschland

AUO/AKO Intensivkurs Uro-Onkologie, 3. Teil

11. Dezember 2019

Schwerin, Deutschland

Uro-Onkologischer Stammtisch

20. – 21. Januar 2020

Sindelfingen-Böblingen, Deutschland

Stone management in the upper tract

12. – 13. März 2020

Bochum, Deutschland

66. Kongress der Nordrhein-Westfälischen Gesellschaft für
Urologie e.V.

Urologie für alle – werden Sie Teil der Kampagne

Die FFF-Kampagne wurde 2017 als eine Initiative zur Gesundheitsförderung von der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU) in Kooperation mit dem Berufsverband der Deutschen Urologen e.V. (BvDU) ins Leben gerufen. Unterstützt und medial begleitet wird die Initiative durch mehrere Prominente sowie der Agentur OpenMinded Webkonzepte GmbH.



Was steckt dahinter?

Die Urologie hat sich in den vergangenen Jahrzehnten sowohl hinsichtlich der diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten als auch volkswirtschaftlich zu einer medizinischen Schlüsseldisziplin entwickelt, deren Bedeutung aus demografischen Gründen in den nächsten Jahren noch zunehmen wird. Dennoch werden wir Urologen in der Wahrnehmung der Bevölkerung immer noch auf Ärzte reduziert, die ältere Männer mit Prostatavergrößerung behandeln. Nach wie vor ist die Rate der Männer, die zur Vorsorgeuntersuchung gehen, zu gering. Aber auch bei Frauen und Kindern gibt es Symptome urologischer Erkrankungen, die mangels Wissen oft unnötig spät, manchmal zu spät behandelt werden. Darüber hinaus entwickeln mehr und mehr andere Fachgebiete Begehrlichkeiten an unserem Fach, was ganz besonders für Nierentransplantationen, Kinderurologie, Uroonkologie und Urogynäkologie gilt.

Vor diesem Hintergrund wurde die FFF-Kampagne 2017 von Prof. Dr. med. Tilman Kälble initiiert und konnte seit dem mehr als 2.100 Ärzte aus der Urologie begeistern. Gleichzeitig ist es den Vorständen von DGU und BvDU ein Anliegen, in den nächsten Jahren mit verschiedenen öffentlichkeitswirksamen Aktionen darauf hinzuweisen, dass kompetente Urologie die beste Lösung für Männer, Frauen und Kinder mit Erkrankungen des Urogenitaltraktes ist und bleibt.

Was ist neu?

Der Fokus. Trotz vielfacher Bemühungen, Männer auf die Vorsorge aufmerksam zu machen, haben wir festgestellt, dass häufig die Frau als Familienmanagerin Arzt-Termine für die gesamte Familie ausmacht – auch für den Lebenspartner. Unsere Patienten-Kommunikation richtet sich daher mehr an Frauen als an Männer.

Warum sollten Sie mitmachen?

Durch die Kampagne und die Ärztesuche auf der Website www.urologie-fuer-alle.de (unsere Kampagnen-Homepage) können Sie leicht gefunden werden. Der integrierte Vorsorgeplaner kommt bei Patienten gut an. Ebenso entsprechende Vorschläge von Ärzten in der Nähe.

Wir freuen uns, gemeinsam mit Ihnen noch mehr Reichweite zu erzielen und möglichst viele Interessierte zur Vorsorge und zum urologischen Fachgebiet aufzuklären. ●

Danke für Ihre Unterstützung,
über 2.100 Urologen
unterstützen die Kampagne bis heute.

MACHEN SIE MIT

Seien Sie dabei und registrieren Sie sich noch heute direkt auf unserer Website, sofern noch nicht geschehen, oder füllen Sie beigelegtes Fax (siehe Rückseite des Anschreibens) aus und schicken Sie es uns.

[www.urologie-fuer-alle.de/
anmeldung](http://www.urologie-fuer-alle.de/anmeldung)



• SERVICE •

Kongress

Treffen Sie uns auf dem
71. Kongress der Deutschen Gesellschaft
für Urologie e.V. vom
18. bis 21. September 2019
in Hamburg und sprechen Sie mit uns
über die FFF-Kampagne in entspannter Atmos-
phäre am DGU-Stand.

• AUSBLICK •

Nächste Ausgabe

Die nächste Ausgabe des **Urologie INSIDE Magazins** erscheint im Frühjahr 2020 und wird Einblicke in die Umsetzung der aktuellen Kampagne, aber auch eine erste Bilanz des neuen Präsidenten Professor Dr. med. Dr. h.c. mult. Jens Rassweiler FRCS enthalten.

Weitere interessante Themen werden neben der Digitalisierung auch die neue „Liebesbrief“-Patientenkampagne und eine kritische Betrachtung der gängigen Bewertungsportale im medizinischen Bereich sein.

Viele spannende Themen warten auf Sie und bieten wieder viel Raum für interessante Ein- und Ausblicke.

Impressum

Herausgeber

FFF – Für alle. Für jeden. Für uns. Die Urologie.

Durchführende Agentur:

OpenMinded Webkonzepte GmbH
Boveristr. 15, 68526 Ladenburg
Telefon: +49 (0) 6203 / 679 22 80
Telefax: +49 (0) 6203 / 679 22 89
E-Mail: info@open-minded.de
Internet: www.open-minded.de

Geschäftsführung: Daniel Hutwagner
Handelsregister HRB 702768
Gerichtsstand Amtsgericht Mannheim
USt-IdNr. DE255501786
Finanzamt Bezirk Weinheim

Redaktion

Professor Dr. med. Dr. h.c. mult. Jens Rassweiler
FRCS, Prof. Dr. med. Tilman Kälble, Prof. Dr. med.
Christian Wülfing, Daniel Hutwagner, Christiane
Haase

Gastbeiträge sind Beiträge von Personen, die nicht zur FFF-Redaktion gehören. Manchmal treten wir an Autorinnen und Verlage heran, um sie nach Gastbeiträgen zu fragen, manchmal treten die Autorinnen an uns heran. Gastbeiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder.

Bildquelle Titelseite: Shutterstock / Gorodenkoff

©2019 FFF – Für alle. Für jeden. Für uns. Die Urologie. co. OpenMinded Webkonzepte GmbH. Die in diesem Magazin niedergelegten Gedanken, Vorschläge und Informationen sind geistiges Eigentum der jeweiligen Autoren und unterliegen dem Schutz der geltenden Urhebergesetze. Die ganze oder teilweise Verwertung, Nutzung, Verarbeitung, Vervielfältigung und jede Weitergabe dieser Inhalte, gleich ob sie eine geistige, künstlerische oder sonstige Schöpfung, Leistung oder Arbeit der Open Minded Webkonzepte GmbH oder von Dritten enthalten, und unabhängig davon, ob sie urheberrechtlich schutzfähig sind und/oder geschützt sind, ist ohne ausdrückliche schriftliche, im Vorhinein erteilte Zustimmung der Open Minded Webkonzepte GmbH und deren Autoren nicht zulässig.

• SPONSOREN UND PARTNER •

Für alle. Für jeden. Für uns. Die Urologie.

Wir danken unseren Partnern für die vertrauensvolle Zusammenarbeit und freuen uns auf ein weiteres Jahr.

Unsere Schirmherren



www.urologenportal.de



www.urologenportal.de

Unsere Gold-Partner



www.msd.de



www.roche.de

Unsere Basic-Partner



www.astellas.com



www.takeda.com



www.janssen.com

Unser Supporter



www.bms.com

Unsere Unterstützer



www.open-minded.de



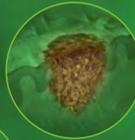
www.contiago.de

Weitere Informationen zu den Partnern finden Sie unter:
www.urologie-fuer-alle.de

ÜBERLEBENSERWARTUNG NEU DEFINIERT

mit KEYTRUDA® als Schlüssel für immer mehr Indikationen!

Mehr Flexibilität mit KEYTRUDA®
Ihre Wahl bei der Dosierung in der Monotherapie



Melanom^{a, b}

NEU:

In Kombination mit Chemotherapie in der 1L beim platteneithelialen mNSCLC!



NSCLC^{c, d, i, j}



cHL^e



Urothelkarzinom^{f, g}



HNSCC^h



Q3W = alle 3 Wochen; Q6W = alle 6 Wochen

KEYTRUDA® als Monotherapie bei Erwachsenen:

a mit fortgeschrittenem (nicht resezierbarem oder metastasierendem) Melanom; **b** zur adjuvanten Behandlung des Melanoms im Tumorstadium III mit Lymphknotenbeteiligung nach vollständiger Resektion; **c** zur Erstlinienbehandlung des metastasierenden NSCLC mit hoher Tumor-PD-L1-Expression (TPS \geq 50 %) ohne EGFR- oder ALK-positive Tumormutationen; **d** zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder metastasierenden PD-L1-positiven NSCLC (TPS \geq 1 %) nach vorheriger Chemotherapie. Patienten mit EGFR- oder ALK-positiven Tumormutationen sollten vor der Therapie mit KEYTRUDA® ebenfalls eine auf diese Mutationen zielgerichtete Therapie erhalten haben; **e** beim rezidivierenden oder refraktären klassischen Hodgkin-Lymphom nach Versagen einer autologen Stammzelltransplantation (auto-SZT) und Behandlung mit Brentuximab Vedotin (BV); oder nach Versagen einer Behandlung mit BV, wenn auto-SZT nicht in Frage kommt; **f** mit lokal fortgeschrittenem oder metastasierendem Urothelkarzinom mit PD-L1-kombinierten positiven Score (CPS) \geq 10 bei nicht für eine Cisplatin-basierte Therapie geeigneten Patienten in der Erstlinie; **g** mit lokal fortgeschrittenem oder metastasierendem Urothelkarzinom nach vorheriger Platinbasierter Therapie; **h** beim rezidivierenden oder metastasierenden Platteneithelialen Karzinom der Kopf-Hals-Region mit hoher Tumor-PD-L1-Expression (TPS \geq 50 %) und fortschreitender Krebserkrankung während/nach vorheriger Platin-basierter Therapie

KEYTRUDA® als Kombinationstherapie bei Erwachsenen:

i mit Pemtrexed und Platin-Chemotherapie zur Erstlinienbehandlung des metastasierenden nicht-platteneithelialen NSCLC ohne EGFR- oder ALK-positive Tumormutationen; **j** mit Carboplatin und entweder Paclitaxel oder nab-Paclitaxel zur Erstlinienbehandlung des metastasierenden platteneithelialen NSCLC

Die empfohlene Dosis von KEYTRUDA als Teil einer Kombinationstherapie beträgt 200 mg alle 3 Wochen als intravenöse Gabe über 30 Minuten.

KEYTRUDA® 50 mg Pulver für ein Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung

KEYTRUDA® 25 mg/ml Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung

Wirkstoff: Pembrolizumab **Zus.: Arznei. wirts. Bestandt.:** 50 mg Pulver: 1 Durchstechfl. enth. 50 mg Pembrolizumab. Nach Rekonstitution enth. 1 ml Konzentrat 25 mg Pembrolizumab. -25 mg/ml Konz.: 1 Durchstechfl. (4 ml) enth. 100 mg Pembrolizumab, 1 ml Konzentrat enth. 25 mg Pembrolizumab. **Sonst. Bestandt.:** L-Histidin, L-Histidindihydrochlorid-Monohydrat, Sacrose, Polysorbit 80. -25 mg/ml Konz. **zusätzl.:** Wasser für Injekt.-zwecke. **Anw.:** Als Monotherapie zur Behandlung, d. fortgeschrittenen (nicht resezierbaren oder metastasierenden) Melanoms b. Erw. Als Monotherapie zur adjuvanten Behandl. des Melanoms im Tumorstadium III mit Lymphknotenbeteilig. nach vollständ. Resektion bei Erw. Als Monotherapie zur Erstlinienbehandl. d. metastasierenden nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms (NSCLC) m. PD-L1 exprimierenden Tumoren (Tumor Proportion Score (TPS) \geq 50 %) ohne EGFR- od. ALK-pos. Tumormutationen b. Erw. In Komb. m. Pemtrexed u. Platin-Chemotherapie zur Erstlinienbehandl. d. metastasierenden nicht-platteneithelialen NSCLC ohne EGFR- od. ALK-pos. Tumormutationen bei Erw. In Komb. m. Carboplatin u. entweder Paclitaxel od. nab-Paclitaxel zur Erstlinienbehandl. d. metastasierenden platteneithelialen NSCLC bei Erw. Als Monotherapie zur Behandl. d. lokal fortgeschrittenen od. metastasierenden NSCLC m. PD-L1 exprimierenden Tumoren (TPS \geq 1 %) nach vorheriger Chemother. b. Erw. Pat. m. EGFR- od. ALK-pos. Tumormutationen sollten vor Ther. ebenfalls eine auf diese Mutationen zielgericht. Ther. erhalten haben. Als Monotherapie zur Behandl. d. rezidivierenden od. refraktären klassischen Hodgkin-Lymphoms (HL) b. Erw. nach Versagen einer autologen Stammzelltransplantation (auto-SZT) u. einer Behandl. m. Brentuximab Vedotin (BV), od. nach Versagen einer Behandl. m. BV, wenn eine auto-SZT nicht in Frage kommt. Als Monotherapie zur Behandl. d. lokal fortgeschrittenen od. metastasierenden Urothelkarzinoms nach vorheriger Platin-basierter Ther. b. Erw. Als Monotherapie zur Behandl. d. lokal fortgeschrittenen od. metastasierenden Urothelkarzinoms bei Erw., die nicht für e. Cisplatin-basierte Ther. geeignet sind u. deren Tumoren PD-L1 m. einem kombinierten positiven Score (CPS) \geq 10 exprimieren. Als Monotherapie zur Behandl. d. rezidivierenden od. metastasierenden Platteneithelialen Karzinoms der Kopf-Hals-Region (HNSCC) m. PD-L1 exprimierenden Tumoren (TPS \geq 50 %) und einem Fortschreiten der Krebserkrank. während od. nach vorheriger Platin-basierter Ther. b. Erw. **Gegenanz:** Überempf.-keit gg. d. Wirkstoff od. d. Sonst. Bestandt. **Vorsicht bei:** Schwere Einschränkung d. Nierenfunkt.; moderater od. schwerer Einschränkung d. Leberfunkt. Melanom d. Auges. Anamnese bek. immunvermittelte Myokarditis. Behandl. nach Risikoabwägung b. Pat. m. aktiven ZNS-Metastasen; ECOG-Performance-Status \geq 2 (außer bei Urothelkarzinom); HIV-, HBV- od. HCV-Infekt.; aktiven, system. Autoimmunerkrank.; interstit. Lungenkrankh.; einer früheren Pneumonitis, d. system. Kortikoidbehandl. erforderte; schwerer Überempf.-keit gg. e. and. monoklonalen Antikörper in d. Anamnese; laufender Ther. m. Immunsuppressiva; schweren immunvermittelten Nebenw. unter Iplimumab in d. Anamnese (jegliche Grad 4 od. Grad 3 Toxizität), d. einer Kortikosteroid-Behandl. über mehr als 12 Wo. erforderte (mehr als 10 mg/Tag Prednison od. Äquivalent in entspr. Dosierung); inf. Aktiv.-erkrank.; Pat. d. unter vorhergeh. Krebsbehandl. m. immunsupprimierenden Arzneim. schwere od. lebensbedrohli. Nebenw. d. Haut hatten; Pat. d. ein solides Organtransplantat empfangen haben; Pat. m. allo-HSZT in Krankengesch. Hinweise zu Schwangerschafts/Stillzeit beachten. Unter den immunvermittelten Nebenw. waren schwere Fälle u. Todesfälle. **zusätzl. bei HNSCC:** Pat. m. vorheriger Strahlenther. **zusätzl. bei klass. HL:** Pat. \geq 65 J. Pat. m. rezidivierendem od. refraktärem klassischem HL für die aus d. Gründen als dem Versagen einer salvage-Chemother. eine auto-SZT nicht in Frage kommt. Bei allo-HSZT bei klassischem HL nach Ther. m. Pembrolizumab sorgfältige Nutzen-Risiko-Abwägung (GVHD u. schwere Lebererkrankung/schwere Lebererkrankung als Komplik. beobachtet). **zusätzl. bei rezidiertem Stadium-III-Melanom u. Erstlinienbehandl. bei NSCLC:** Pat. $>$ 75 J. **zusätzl. bei Urothelkarzinom n. vorh. Platin-basierter Ther.:** Pat. m. schlechterer Prognose u./od. aggressiv. Krankheitsverl. **zusätzl. bei Pat. m. Urothelkarzinom, d. nicht f. Cisplatin-basierte Ther. geeignet sind u. deren Tumoren PD-L1 m. einem CPS \geq 10 exprimieren:** gebrauchliche Pat. (z. B. ECOG-Performance-Status 3). **Bei Erstlinienbehandl. von NSCLC mit PD-L1-exprimierenden Tumoren:** Nutzen u. Risiko e. Komb. mit Chemotherapie im Vgl. zu Pembrolizumab Monotherapie abwägen. **Nebenw.:** Monotherapie: Sehr häufig: Anämie; Hypothyreose; Vermind. Appetit; Kopfschm. Dyspnoe; Husten; Diarrhö; Übelk.; Erbr.; Obstipation; Abdominalschm.; Ubelk.; Erbr.; Obstipation; Hautausschl.; Pruritus; Muskuloskelett. Schm.; Arthralgie; Müdigk./Erschöpfung; Asthenie; Ödeme; Fieber; Erhöht. Werte von ALI, Kreatinin im Blut. **Häufig:** Pneumonie; Thrombozytopenie; Lymphopenie; Infusionsbedingte Reakt. Hypothyreose; Hyponatriämie; Hypokalzämie; Hypokalzämie; Schlaflosigkeit; Schwindelgef.; periph. Neuropathie; Lethargie; Dysgeusie; Trock. Augen; Hypertonie; Pneumonitis; Kolitis; Mundtrockenh.; Schwere Hautreakt.; Erythem; Vitiligo; trock. Haut; Alopezie; Ekzem; akneiforme Dermatitis; Schm. in d. Extremitäten; Myositis; Arthritis; Grippeähnli. Erkrank.; Schüttelfrost; Erhöht. Werte von AST, ALT, Hyperkalzämie; erhöht. Werte von alkal. Phosphatase im Blut, Bilirubin im Blut, Kreatinin im Blut. **Gelegentl.:** Neutropenie; Leukopenie; Eosinophilie; Sarkoidose; Hypophysitis; Thyreoiditis; Nebenniereninsuff. Typ-1-Diabetes mellitus; Epilepsie; Uveitis; Perikarderguss; Perikarditis; Pankreatitis; Hepatitis; Lichenoide Keratose; Psoriasis; Dermatitis; Papeln; Änd. d. Haarfarbe; Tendosynovitis; Nephritis; Erhöht. Werte von Amylase. **Selten:** Immuntrombozytopen. Purpura; hämolyt. Anämie; isolierte aplast. Anämie; hämophagozytische Lymphohistiozytose; Guillain-Barré-Syndrom; Myasthenie-Syndrom; Meningitis (aseptisch); Enzephalitis; Vogt-Koyanagi-Harada-Syndrom. Myokarditis; Dünndarmperforation; TEN; SJS; Erythema nodosum. **Nicht bekannt:** Abstoßung eines soliden Organtransplantats. **zusätzl.:** Hinweise zu Abw. bei Laborwerten beachten. **B. Komb. m. Chemother.:** Sehr häufig: Neutropenie; Anämie; Thrombozytopenie; Vermind. Appetit; Schwindelgef.; periph. Neuropathie; Dysgeusie; Kopfschm. Dyspnoe; Husten; Diarrhö; Übelk.; Erbr.; Obstipation; Abdominalschm. Hautausschl.; Alopezie; Pruritus; Muskuloskelett. Schm.; Arthralgie; Müdigk./Erschöpfung; Asthenie; Ödeme; Fieber; Erhöht. Werte von ALI, Kreatinin im Blut. **Häufig:** Pneumonie; febrile Neutropenie; Leukopenie; Infusionsbed. Reakt. Hypothyreose; Hypothyreose; Hyponatriämie; Hypokalzämie; Hypokalzämie; Schlaflosigkeit; Lethargie; Trock. Augen; Hypertonie; Pneumonitis; Kolitis; Mundtrockenh.; Hepatitis; Schwere Hautreakt.; Erythem; akneiforme Dermatitis; trock. Haut. Myositis; Schm. in d. Extremitäten; Arthritis; Nephritis; akutes Nierenvers. Schüttelfrost; grippeähnli. Erkrank.; Erhöht. Werte von AST, Hyperkalzämie; erhöht. Werte von alkal. Phosphatase im Blut. **Gelegentl.:** Eosinophilie; Hypophysitis; Thyreoiditis; Nebenniereninsuff. Typ-1-Diabetes mellitus. Epilepsie; Perikarderguss; Perikarditis; Pankreatitis; Psoriasis; Dermatitis; Ekzem; Änd. d. Haarfarbe; lichenoide Keratose; Papeln; Vitiligo. **Warnhinw.:** KEYTRUDA® 25 mg/ml Konz.: Nicht schütteln. **Hinw.:** Untersuch. der PD-L1-Tumor-Expression mittels eines validierten Tests bei Pat. mit NSCLC, zuvor unbehandeltem Urothelkarzinom od. HNSCC. Zuverlässige Verhütungsmethode b. Frauen im gebärf. Alter währ. u. bis min. 4 Mon. nach letzter Dosis.

Veranschaulichungspflichtig.

Bitte lesen Sie vor Verordnung von KEYTRUDA® die Fachinformation!

Pharmazeutischer Unternehmer:
Merck Sharp & Dohme B.V.
Waarderweg 39
2031 BN Haarlem
Niederlande

Lokaler Ansprechpartner: MSD SHARP & DOHME GMBH, Lindenplatz 1, 85540 Haar

DE-KEY-00102



Tel. 0800 673 58 38
Fax 0800 673 673 329
E-Mail infocenter@msd.de

Stand: 05/2019