

# Urologie INSIDE

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

FFF.

## Präsidenschaft in Zeiten von Corona

Professor Dr. med. Dr. h.c. mult. Jens Rassweiler (Seite 14)

Ausgabe 2  
Mai 2020

### Medizinische Bewertungsportale im Vergleich

Auswirkungen für urologische Praxen und Kliniken  
Artikel auf Seite 22

### Die Welt nach Corona

Ein aktueller Einblick von Matthias Horx  
Bericht auf Seite 36

Eine Initiative von:



# ÜBERLEBENSERWARTUNG NEU DEFINIERT

mit KEYTRUDA® als Schlüssel für immer mehr Indikationen!

Melanom<sup>a, b</sup>

NSCLC<sup>c, d, j, k</sup>

cHL<sup>e</sup>

Urothelkarzinom<sup>f, g</sup>

HNSCC<sup>h, i, m</sup>

Nierenzellkarzinom<sup>l</sup>

NEU IN DER 1L

MSD

KEYTRUDA

Q6W 400mg

Mehr Flexibilität mit KEYTRUDA in der Monotherapie

www.keytruda.de

Q3W = alle 3 Wochen; Q6W = alle 6 Wochen

## KEYTRUDA® als Monotherapie bei Erwachsenen:

**a** mit fortgeschrittenem (nicht resezierbaren oder metastasierenden) Melanom; **b** zur adjuvanten Behandlung des Melanoms im Tumorstadium III mit Lymphknotenbeteiligung nach voll- oder teilweiser Resektion; **c** zur Erstlinienbehandlung des metastasierenden NSCLC (TPS  $\geq$  1%) ohne EGFR- oder ALK-positive Tumormutationen; **d** zur Behandlung des lokal rezidivierenden 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 eine auf diese Mutationen zielgerichtete Therapie erhalten haben; **e** beim rezidivierenden oder refraktären klassischen Hodgkin-Lymphom nach Versagen einer autologen Stammzelltransplantation (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 nach vorheriger Platin-basierter Therapie; **g** beim rezidivierenden oder metastasierenden Plattenepithelkarzinom der Kopf-Hals-Region (HNSCC) mit hoher Tumorstadium (TPS  $\geq$  50%) und fortschreitender Krebserkrankung während/nach vorheriger Platin-basierter Therapie; **h** zur Erstlinienbehandlung des metastasierenden oder nicht resezierbaren rezidivierenden oder metastasierenden HNSCC mit positivem Score (CPS)  $\geq$  1

Die empfohlene Dosis von KEYTRUDA® als Monotherapie beträgt 200 mg alle 3 Wochen oder 400 mg alle 6 Wochen als intravenöse Gabe über 30 Minuten.

## KEYTRUDA® als Kombinationstherapie bei Erwachsenen:

**j** mit Pemetrexed und Platin-Chemotherapie zur Erstlinienbehandlung des metastasierenden nicht-plattenepithelialen NSCLC ohne EGFR- oder ALK-positive Tumormutationen; **k** mit Pemetrexed und Platin-Chemotherapie zur Erstlinienbehandlung des metastasierenden plattenepithelialen NSCLC; **l** mit Axitinib zur Erstlinienbehandlung des fortgeschrittenen HNSCC mit Platin- und 5-FU-Chemotherapie zur Erstlinienbehandlung des metastasierenden oder nicht resezierbaren rezidivierenden HNSCC mit PD-L1-kombiniertem positivem Score (CPS)  $\geq$  1. Die empfohlene Dosis von KEYTRUDA® als Teil einer Kombinationstherapie beträgt 200 mg alle 3 Wochen als intravenöse Gabe über 30 Minuten.

## KEYTRUDA® 25 mg/ml Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung

**Wirkstoff:** Pembrolizumab **Zus.: Arzneil. wirks. Bestandt.:** 1 Durchstechfl. (4 ml) enth. 100 mg Pembrolizumab. 1 ml Konz. enth. 25 mg Pembrolizumab. **Sonst. Bestandt.:** L-Histidin, L-Histidinhydrochlorid, Polysorbat 80, Wasser für Injekt.-zwecke. **Anw.:** Als Monother. zur Behandl. d. fortgeschrittenen (nicht resezierbaren od. metastasierenden) Melanoms b. Erw. Als Monother. zur adjuvanten Behandl. des stadium III mit Lymphknotenbeteilig. nach vollständ. Resektion bei Erw. Als Monother. zur Erstlinienbehandl. d. metastasierenden nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms (NSCLC) m. PD-L1 exprimierendem portion Score (TPS)  $\geq$  50 %) ohne EGFR- od. ALK-pos. Tumormutationen b. Erw. In Komb. m. Pemetrexed u. Platin-Chemotherapie zur Erstlinienbehandl. d. metastasierenden nicht-plattenepithelialen NSCLC-posit. Tumormutationen bei Erw. In Komb. m. Carboplatin u. entweder Paclitaxel od. nab-Paclitaxel zur Erstlinienbehandl. d. metastasierenden plattenepithelialen NSCLC bei Erw. Als Monother. zur geschrittenen 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 en zielgerichtet Ther. erhalten haben. Als Monother. zur Behandl. d. rezidivierenden od. refraktären klassischen Hodgkin-Lymphoms (HL) b. Erw. nach Versagen einer autologen Stammzelltransplantat Behandl. m. Brentuximab Vedotin (BV), od. nach Versagen einer Behandl. m. BV, wenn eine auto-SZT nicht in Frage kommt. Als Monother. zur Behandl. d. lokal fortgeschrittenen od. metastasierenden l vorheriger Platin-basierter Ther. b. Erw. Als Monother. zur Behandl. d. lokal fortgeschrittenen od. metastasierenden Urothelkarzinoms bei Erw., die nicht für e. Cisplatin-basierte Ther. geeignet sind u. de einem kombinierten positiven Score (CPS)  $\geq$  10 exprimieren. Als Monother. od. in Komb. m. Platin- u. 5-Fluorouracil(5-FU)-Chemother. zur Erstlinienbehandl. d. nicht resezierbaren re epithelkarzinoms der Kopf-Hals-Region (HNSCC) b. Erw. m. PD-L1-exprimierenden Tumoren (CPS  $\geq$  1). Als Monother. zur Behandl. d. rezidivierenden od. metastasierenden HNSCC m. PD-L1-exprimierenen % und einem Fortschreiten der Krebserkrank. während od. nach vorheriger Platin-basierter Ther. b. Erw. In Komb. m. Axitinib zur Erstlinienbehandl. d. fortgeschrittenen Nierenzellkarzinoms (RCC) b. Erw. **G** keit gg. d. Wirkstoff od. e. d. sonst. Bestandt. **Vorsicht bei:** Schwere Einschränkung d. Nierenfunkt.; moderater od. schwerer Einschränkung d. Leberfunkt. Melanom d. Auges. Anamnese. bek. immunvermittelte nach Risikoabwägung b. Pat. m.: aktiven ZNS-Metastasen; ECOG-Performance-Status  $\geq$  2; HIV-, HBV-, od. HCV-Infekt.; aktiven, system. Autoimmunerkrank.; interstit. Lungenkrankh.; einer früheren Pl Kortikoidbehandl. erforderte; schwerer Überempf.-keit gg. e. and. monoklonalen Antikörper in d. Anamnese; laufender Ther. m. Immunsuppressiva; schweren immunvermittelten Nebenw. unter Iplim (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 entspr. Versauerung); aktiv. Infekt.-erkrank.; Pa Krebsbehandl. m. immunstimulierenden Arzneim. schwere od. lebensbedrohli. Nebenw. d. Haut hatten; Pat., d. ein solides Organtransplantat empfangen haben; Pat. m. allo-HSJT in Krankengesch. Hir Stillzeit beachten. Unter den immunvermittelten Nebenw. waren schwere Fälle u. Todesfälle. **Zusätzl. bei HNSCC:** Pat. m. vorheriger Strahlenther. **Zusätzl. bei reseziertem Stadium-III-Melanom, fortgeschrittenem RCC, Erstlinienbehandl. bei NSCLC u. Erstlinienbehandl. J. Zusätzl. bei Urothelkarzinom n. vorh. Platin-basierter Ther.:** Pat. m. schlechterer Prognose u./od. aggressiv. Krankheitsverl. **Bei Erstlinienbehandl. von NSCLC od. HNSCC mit PD-L1 exprimierenden Tum** e. Komb. mit Chemother. im Vgl. zu Pembrolizumab Monother. abwägen. **Nebenw.: Monother.:** Sehr häufig: Anämie, Hypothyreose, Vermind. Appetit, Kopfschm. Dyspnoe; Husten, Diarrhö; Abdomir Obstipat. Hautausschl.; Pruritus, Muskuloskelett. Schm.; Arthralgie, Müdigk./Erschöpfung; Asthenie; Ödeme; Fieber. **Häufig:** Pneumonie, Thrombozytopenie; Lymphopenie, Infusionsbed. Reakt. Hyperthy Hypokalzämie; Hypokalzämie; Schlaflosigkeit, Schwindelgef.; periph. Neuropathie; Lethargie; Geschmacksstör. Trock. Augen. Kardiale Arrhythmie (einschl. Vorhofflimmern), Hypertonie, Pneumonitis, l Schwere Hautreakt.; Erythem; trock. Haut; Vitiligo; Ekzem; Alopezie; akneiforme Dermatitis. Schm. in d. Extremitäten; Myositis; Arthritis, Grippeähnli. Erkrank.; Schüttelfrost, AST erhöht; ALT erhöht; Phosphatase im Blut erhöht; Bilirubin im Blut erhöht; Kreatinin im Blut erhöht. **Gelegentl.:** Neutropenie; Leukopenie; Eosinophilie, Sarkoidose, Nebenniereninsuff.; Hypophysitis; Thyreoiditis, Typ-1-Diabe Uveitis, Perikarderguss; Perikarditis, Pankreatitis, Hepatitis, Lichenoides Keratose; Psoriasis; Dermatitis; Papeln; Änd. d. Haarfarbe; Tendosynovitis, Nephritis, Amylase erhöht. **Selten:** Immunthrombozyto Anämie; isolierte aplast. Anämie; hämophagozytische Lymphohistiolytose, Guillain-Barré-Syndrom; Myasthenie-Syndrom; Meningitis (aseptisch); Enzephalitis. Vogt-Koyanagi-Harada-Syndrom. Myokar ration. TEN; SJS; Erythema nodosum. **Nicht bekannt:** Abstoßung eines soliden Organtransplantats. **Zusätzl.:** Hinw. zu Abw. bei Laborwerten beachten. **B. Komb. m. Chemother.:** Sehr häufig: Anämie; l zytopenie, Hypokalzämie; vermind. Appetit, Schwindelgef.; Kopfschm.; periphäre Neuropathie; Geschmacksstör. Dyspnoe; Husten, Diarrhö; Übelk.; Erbr.; Obstipat.; Abdominalschm. Hautausschl.; Alope skelett. Schm.; Arthralgie, Müdigk./Erschöpfung; Asthenie; Fieber; Ödeme, Kreatinin im Blut erhöht. **Häufig:** Pneumonie, Febrile Neutropenie; Leukopenie; Lymphopenie, Infusionsbed. Reakt. Hypothy Hyponatriämie; Hypokalzämie; Schlaflosigkeit, Lethargie, Trock. Augen, Kardiale Arrhythmie (einschl. Vorhofflimmern), Hypertonie, Pneumonitis, Kolitis; Mundtrockenh. Schwere Hautreakt.; Erythem; trock. in d. Extremitäten; Arthritis, Nephritis; akutes Nierenvers. Schüttelfrost; grippeähnli. Erkrank. Hyperkalzämie; ALT erhöht; AST erhöht; alkal. Phosphatase im Blut erhöht. **Gelegentl.:** Hypophysitis; Thyreoiditis; Schüttelfro im Blut erhöht; Hyperkalzämie; Bilirubin im Blut erhöht. **Gelegentl.:** Hypophrenie; Eosinophilie; Typ-1-Diabetes-mellitus, Myasthenie-Syndrom, Uveitis, Myokarditis, Pankreatitis, Änd. d. Haarfarbe; lichen Psoriasis; Vitiligo, Amylase erhöht. **Zusätzl.:** Hinw. zu Abw. bei Laborwerten beachten. **Warnhinw.:** Nicht schütteln. **Hinw.:** Untersuch. der PD-L1-Tumor-Expression mittels eines validierten Tests bei Pt od. zuvor unbehandeltem Urothelkarzinom. Zuverlässige Verhütungsmethode b. Frauen im gebärf. Alter währ. Behandl. u. bis min. 4 Mon. nach letzter Dosis. **Verschreibungspflichtig.** Stand: 11/2011

## 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

MSD  
Infocenter

Del.  
Fax C  
E-Mail inf

• VORWORT •

# Liebe Urologinnen und Urologen,

die Resonanz zum ersten Urologie INSIDE-Magazin war überwältigend. Danke für die zahlreichen positiven Rückmeldungen. Das bestärkt uns, weiterzumachen und für Sie interessante, relevante Themen aufzugreifen und an Sie weiterzugeben.

Wir können nicht oft genug betonen, wie wichtig Ihr Einsatz ist. Die Kampagne „Urologie-für-alle“ lebt von und mit Ihnen. Deshalb registrieren Sie sich kostenlos unter [www.urologie-fuer-alle.de/anmeldung](http://www.urologie-fuer-alle.de/anmeldung) und präsentieren Sie Ihre Praxis oder Klinik. Schreiben Sie uns, wenn Sie auf interessante Klinik- oder Praxisgeschichten aufmerksam machen oder sich für unseren Newsletter registrieren möchten.

## Corona hält die Welt in Atem

Die Corona-Pandemie beherrschte innerhalb kürzester Zeit weltweit die Schlagzeilen. Wir haben in dieser Ausgabe einige Artikel dazu für Sie zusammengestellt, um die Auswirkungen auf den urologischen Bereich zu beleuchten, denn die Pandemie hat nicht nur drastische Folgen auf die Gesundheitsversorgung, sondern auch auf Praxen und Kliniken.

## NEU – Video-Reihe „KRASS gefragt...“

Bilder sagen mehr als tausend Worte. Wir haben daher, um das Thema Urologie noch weiter in die Bevölkerung zu tragen, die Video-Reihe „KRASS gefragt...“ ins Leben gerufen, bei der unterschiedliche urologische Themen einfach und direkt von Ärzten beantwortet werden. Für die Unterstützung bei den ersten Videos danken wir insbesondere Cem Aksoy. Wir hoffen, so auch jüngere Menschen erreichen zu können.



Foto: OpenMinded Webkonzepte GmbH

## Welche Themen werden wir aufgreifen?

Männergesundheit ist nach wie vor ein grundsätzliches Thema, um das wir uns kümmern. Wir freuen uns, dass Michael und Uli Roth auch in diesem Jahr als ehemalige Prostatakrebs-Patienten unsere FFF-Kampagne unterstützen. Außerdem berichten wir über die Korrelation von Rauchen und Blasenkrebs. Die Bevölkerung weiß in der Regel, dass Rauchen Lungenkrebs verursachen kann, aber dass es auch die häufigste Ursache für Blasenkrebs darstellt, ist vielen nicht bekannt.

An dieser Stelle möchte ich auch unseren Sponsoren wieder einen großen Dank aussprechen. Ohne sie wäre eine Kampagne dieser Art nicht möglich gewesen. Ich wünsche Ihnen viel Spaß beim Lesen und freue mich auf den weiteren Dialog mit Ihnen.

Herzliche Grüße

Daniel Hutwagner

Geschäftsführer der OpenMinded Webkonzepte GmbH

# Inhalt

• Urologie INSIDE 05/2020 •

6

## Vorwort FFF-Kampagne

Was haben wir erreicht und was gibt es Neues zur FFF-Kampagne?

10

## Urologische Nachwuchsarbeit

Initiative vor Resignation – Nachwuchsentwicklung in der Urologie

18

## DGU-Kommentar: IQWiG PSA-Bericht

Prostatakrebscreening mittels PSA-Test (S19-01) des IQWiG

8

## Kurzmeldungen

Wissenswertes für Sie

14

## Titelstory: Prof. Dr. Dr. med. Jens Rassweiler

Präsidentschaft in Zeiten von Corona



22

## Blickwinkel Patient

Medizinische Bewertungsportale im Vergleich

26

## BvDU – politische Arbeit

Höhere Vergütung für Zystoskopie gefordert

30

## Gedanken zu Corona

Prof. Dr. med. Tilman Kälble

32

## Interstitielle Cystitis

Interview mit Dr. Björn Theodor Kaftan

38

## Einblicke

Die Welt nach Corona – Matthias Horx

46

## DGU INSIDE

Kurzmeldungen aus dem Verband

28

## Digitale Kommunikation

„KRASS gefragt“, der neue FFF-Video-Blog



36

## Praxisbeispiele aus der Urologie

48

## Urologie für alle

Werden Sie Teil der Kampagne



# Was haben wir erreicht und was gibt es Neues zur FFF-Kampagne?

Wir haben Ihnen bereits in der letzten Ausgabe einige grundsätzliche Zahlen präsentiert. Aber wie sieht unsere tägliche Arbeit aus?

Unsere Aufgaben sind sehr vielfältig, denn wir haben nicht nur regelmäßig mit den beiden urologischen Verbänden DGU und BvDU Kontakt, sondern erhalten täglich E-Mails von Interessierten und Patienten, die Fragen haben. Sie kommen entweder über unsere Social-Media-Kanäle zu uns oder haben sich in den Arztpraxen Informationsflyer zu unserer Kampagne mitgenommen.

## Die Kampagne in Zahlen

Unsere Kampagnen-Website [www.urologie-fuer-alle.de](http://www.urologie-fuer-alle.de) erreicht monatlich durchschnittlich **15.000 Nutzer und rund 22.000 Seitenaufrufe**. Über unsere Social-Media-Kanäle haben wir seit Jahresbeginn ein beachtliches Wachstum hingelegt und fast 500.000 Personen (Januar 14.772, im Februar 112.837, März 143.907 und April 227.351) erreicht. Das ist ein sehr positives Ergebnis und zeigt das große Interesse. Mit unseren über 1,5 Mio Print-Werbemitteln (Flyer, Plakate etc.) pro Jahr sind wir in sehr vielen der über 2.200 registrierten Praxen und Kliniken vertreten.

## Kontakt zu Patienten

Bei medizinischen Fragen verweisen wir an urologische Praxen und an die zahlreichen Selbsthilfegruppen, die es in Deutschland gibt. Diejenigen, die sich mit uns in Verbindung setzen, umfassen alle Altersgruppen. Es gibt Teenager, die beispielsweise Fragen zum ersten Sex oder zu Geschlechtskrankheiten haben. Außerdem melden sich Frauen, die an Inkontinenz leiden oder Fragen zur Behandlung ihrer Krebserkrankung stellen. Viele Fragen



betreffen auch einfach nur die vorgegebenen Vorsorgetermine. Bei uns können sie sich für den Online-Vorsorgeplaner registrieren, um regelmäßig an Vorsorgeuntersuchungen erinnert zu werden.

## Kontakt zu Selbsthilfegruppen

Wir sprechen regelmäßig mit Patienten-Selbsthilfegruppen, um z. B. deren Patiententage einzustellen oder ihre Informationen für Patienten und Angehörige zu teilen. Wir sehen uns als Trichter von Informationen für Interessierte. Daher geben Sie dies gerne an mit Ihnen kooperierende Selbsthilfegruppen oder Patienten-Initiativen weiter. Sie können mit uns über [info@urologie-fuer-alle.de](mailto:info@urologie-fuer-alle.de) Kontakt aufnehmen.

## Kontakt zu Urologinnen und Urologen

Sind Sie selbst pressewirksam aktiv und setzen

sich für Männergesundheit und Kinder-Urologie ein oder haben eine Blasen-Sprechstunde? Sind Sie Experte in Fertilitätsfragen? Dann treten Sie bitte mit uns in Kontakt.

Wir nehmen Ihre Anliegen auf und weisen z. B. auf Buchveröffentlichungen oder Initiativen hin, die Sie begleiten. Auch wenn es Kampagnen gibt, die nicht rein wissenschaftlich sind, wie die **WDR-1Live-Reihe „Urologen dumm gefragt“**, sind sie in jedem Fall berichtenswert, denn es gilt, Aufmerksamkeit zu erzeugen.

## Kontakt zur Presse

Gemeinsam mit den Roth-Zwillingen kamen wirksame Fernsehauftritte z. B. bei Markus Lanz und in diversen medizinischen Sendungen zustande. Gibt es demnächst einen TV-Auftritt oder einen Bericht in der Presse von Ihnen? Lassen Sie es uns wissen.

## Ausblick 2020

Sie halten gerade die 2. Ausgabe des Urologie-INSIDE-Magazins in den Händen. Im Herbst wird eine weitere Ausgabe mit interessanten Themen erscheinen.

Ohne Sponsoren könnten wir diese Kampagne nicht finanzieren. Dabei geht es uns nicht um Gewinnmaximierung, sondern um das wichtige Thema Vorsorge. Wir freuen uns, mit unseren Sponsoringpartnern **MSD Sharp & Dohme GmbH, Roche Pharma AG, Janssen-Cilag GmbH, Astellas Pharma GmbH, Bristo-Myers Squibb GmbH & KGaA sowie IPSEN Pharma GmbH** diese Kampagne realisieren zu können und damit Aufmerksamkeit in der Bevölkerung zu schaffen.

Unsere **Social-Media-Aktivitäten werden ausgeweitet**. Themenschwerpunkte werden nach, wie vor die Förderung der Männergesundheit,

die Gründe für Blasenkrebs und weitere Aspekte rund um die Urologie sein. Folgen Sie uns auf [Facebook.com/urologiefueralle](https://www.facebook.com/urologiefueralle) oder auf Instagram und Twitter oder kontaktieren Sie Prof. Dr. med. Tilman Kälble, den Botschafter der Kampagne, auf XING und LinkedIn.

Es gibt derzeit wieder kleine Vorsorgeflyer für Ihre Patienten und Poster zur Kampagne, die Sie über [info@urologie-fuer-alle.de](mailto:info@urologie-fuer-alle.de) oder den Ärzte-Loginbereich der Kampagnen-Website bestellen können.

**Haben Sie sich schon auf unserer Seite [urologie-fuer-alle.de](http://www.urologie-fuer-alle.de) registriert?** Diese Registrierung ist für Sie völlig kostenlos und dient nur dazu, dass Patienten Sie in unserer Ärztesuche finden können. Bitte klicken Sie vorher auf die Lupe oben rechts auf der Website und schauen Sie nach, ob Sie bzw. Ihre Praxis/Klinik bereits eingetragen ist. Falls nicht, bitte einfach unter [www.urologie-fuer-alle.de/anmeldung](http://www.urologie-fuer-alle.de/anmeldung) registrieren. Vielen Dank. Wir freuen uns auf die Zusammenarbeit mit Ihnen.

Wir stehen täglich in Kontakt mit Ärzten, Verbänden, Interessierten und Patienten, drehen Videos, machen Pressearbeit, suchen nach Prominenten, die sich für die Vorsorge aussprechen und fügen alles auf unserer Homepage zusammen. Dabei ist es uns wichtig, nicht als eine weitere medizinische Plattform wahrgenommen zu werden, sondern als Trichter und erster Ansprechpartner für Informationen rund um die Urologie zu fungieren, um Reichweite für die drängenden Themen rund um Vorsorge, urologische Diagnosen und Krebstherapie zu erzielen. Fachspezifische Informationen werden dann verlinkt.

**Nutzen Sie die FFF-Plattform zur Kommunikation** mit Patienten und Kollegen und machen Sie diese auf aktuelle Entwicklungen und Neuerungen in der Urologie aufmerksam.

# Kurzmeldungen

• Urologie INSIDE 01/2020 •

• MIT PSA INS NEUE JAHR •

## Turbostart in die Öffentlichkeitsarbeit

Der IQWiG-Vorbericht zum Prostatakarzinom-screening mittels PSA-Test sorgte für einen rasanten Start in die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der Deutschen Gesellschaft für Urologie des Jahres 2020.

Als unmittelbare Reaktion auf die negative Nutzenbewertung durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit (IQWiG) im Gesundheitswesen hatte die DGU in einer Pressemitteilung vom 13. Januar 2020 ein Positionspapier veröffentlicht, in dem die Fachgesellschaft den verwendeten Methoden und Schlussfolgerungen des IQWiG deutlich widerspricht. Die ersten reflexartigen Medienberichte zum IQWiG-Vorbericht waren vor allem durch eine unkritische Übernahme der Bewertung des IQWiG geprägt, die in der Öffentlichkeit bedauerlicherweise zu einer Vermengung von individualisierter Früherkennung und populationsbasiertem PSA-Screening und entsprechender Verunsicherung beigetragen hat. In einer zweiten Welle wurde unter Einbeziehung von Experten der DGU schließlich deutlich reflektierter berichtet. Interview- und Drehanfragen landeten zuhauf in der Pressestelle. Auch die Widerrede von Betroffenen, nicht zuletzt von Michael und Uli Roth, den prominenten Gesichtern der FFF-Kampagne, war zahlreich und wurde

etwa in der Süddeutschen Zeitung veröffentlicht. Selbstverständlich haben wir auch die offizielle Eingabe der Fachgesellschaft, welche die DGU im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens beim IQWiG eingereicht hat, mit einer Pressemitteilung begleitet. Nicht ohne darin zu betonen, dass eine große Zahl weiterer nationaler und internationaler medizinisch-wissenschaftlicher Institutionen sowie der Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe (BPS) der Empfehlung der DGU gefolgt sind und ebenfalls eigene Stellungnahmen abgegeben haben.



Generalsekretär Prof. Dr. Maurice Stephan Michel

Parallel wurden auf dem Urologenportal und auf uro-tube Interviews zum Thema mit DGU-Generalsekretär **Prof. Dr. Maurice Stephan Michel** und DGU-Präsident **Prof. Dr. Jens Rassweiler** eingestellt. Aufklärung und Information über den PSA-Test als wesentlichem Baustein einer umfänglichen risikoadaptierten und individuellen Prostatakrebsfrüherkennung lautete das PR-Gebot der Stunde.

Ihren Mitgliedern hatte die DGU eine Patienteninformation zur PCa-Früherkennung zur Verfügung gestellt.

• MEDIENECHO •

## Wir in den Medien

Keine Frage, die PSA-basierte Prostatakrebsfrüherkennung dominierte die urologischen Schlagzeilen im Januar und Februar 2020, wie der Blick auf die Rubrik „Wir in den Medien“ auf dem Urologenportal deutlich zeigt. Die Entscheidung des Bundestages zur Organ-spende gegen die Einführung der Widerspruchslösung fand naturgemäß ebenfalls großen Widerhall in den Medien und bildete auch die Reaktion der DGU ab. Doch es gab noch Raum für Berichterstattung neben diesen thematischen Schwergewichten: Platzieren konnten sich u. a. mit Unterstützung von Prof. Dr. Sabine Kliesch „Brustkrebs beim Mann“ (Web.de) sowie „Zink und Folsäure bei männlicher Infertilität“ (Deutsches Ärzteblatt). Auch „Selbstabtasten der Hoden“ (Medical Tribune), „Penisverkrümmung“ (t-online), „Gentests bei urologischen Krebserkrankungen“ und der Dauerbrenner Blase waren gefragte Themen. So hatte die „Gesunde Blase“ Mitte Februar 2020 einen gelungenen Auftritt im WDR-Fernsehen bei Doc Esser. Gäste im Studio bei Dr. Heinz-Wilhelm Esser waren die Handball-Legenden Uli und Michael Roth, die sich bekanntlich für die urologische Früherkennung stark machen, und als Expertin Dr. Nicola von Ostau. Die Urologin war bereits zum zweiten Mal Studiogast bei Doc Esser und beantwortete in der Sendung ebenso empathisch wie souverän alle Zuschauerfragen.

Foto: Fernsehsendung Doc Esser



„Gesunde Blase“ bei Doc Esser: Zu Gast im WDR-Studio die Handball-Legenden Michael und Uli Roth sowie Expertin Dr. Nicola von Ostau

• IM TREND •

## Sex im Buchformat

Charme hat offenbar nicht nur der Darm: Wie die Recherchen in der Pressestelle zeigen, zieht die Urologie im Bereich Sachbuch nach. Im Visier der Autoren stehen aktuell die Blase und die Pubertät von Jungen. „FAQ YOU“ ist dagegen bereits im Handel und in diesem Fall keine Beschimpfung, sondern ein Aufklärungsbuch mit dem originellen Titel „FAQ YOU – frequently asked questions about sex and love“.

Das 210 Seiten starke Sammelwerk beantwortet alle wichtigen Fragen, die Jugendliche rund um das Thema Sex, Sexualität und Liebe haben. Das Autoren-Team besteht aus prominenten Gastautoren



und wissenschaftlichen Experten, zu denen auch Urologe Dr. Wolfgang Bühmann gehört.

Herausgeber von „FAQ YOU“ ist „Jugend gegen AIDS“, eine gemeinnützige Organisation junger Menschen, die sich unter der Schirmherrschaft von Dr. Frank-Walter Steinmeier weltweit für sexuelle Gesundheit einsetzt.

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](mailto:info@urologie-fuer-alle.de)

# Initiative vor Resignation – Nachwuchsentwicklung in der Urologie



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

Ganz nach dem Motto der Kampagne „Urologie für Alle“ sollte in der Urologie auch mit dem Thema Nachwuchsförderung umgegangen werden. Um nicht den Anschluss bzw. nachkommende Ärzte in Weiterbildung an andere Fachbereiche oder die freie Wirtschaft zu verlieren, ist ein initiatives Vorgehen im Sinne einer guten Vorbereitung unseres Fachs für den medizinischen Nachwuchs anzustreben. Wie kann dies geschehen?

Die Kampagne „Urologie für Alle“ setzt sich für die Wahrnehmung des urologischen Fachbereichs in der Allgemeinbevölkerung ein. Sinn ist es, Männern, Frauen und Kindern die Bedeutung des Faches bzw. seiner Vertreter verständlich zu

---

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

---

machen und dadurch eine bessere Behandlung, aber auch Vorsorge urologischer Erkrankungen zu ermöglichen.

Die Vorsorge ist auch das richtige Stichwort hinsichtlich der Nachwuchssituation in der Medizin. „Zu wenige Medizinstudienplätze“, „Ärztemangel“ und „Abwanderung ins Ausland“ sind nur vielzitierte Aspekte dieser Problematik.

Das Problem der Nachwuchsgewinnung ist der Urologie nicht eigen. Über viele Fächer hinweg können Stellen nicht oder nur schwerlich besetzt werden. Dies hängt nicht nur an der absoluten Zahl der Mediziner, sondern auch an einer veränderten Arbeitswirklichkeit der aktuellen Generation sowie einer gesteigerten medialen Wahrnehmung. Aber auch die Arbeitsverdichtung mit deutlich kürzeren Liegezeiten, gerade in chirurgischen Fächern wie der Urologie, haben ihren Anteil daran, dass die Arbeitsbelastung steigt und mehr Personal benötigt wird.

**Mehr als 35 % der Urologen sind zwischen 50 und 59 Jahre alt!**

Die Altersverteilung der urologisch tätigen Ärzteschaft in Deutschland legt einen grundlegenden Handlungsbedarf dar:

**Zum 31. Dezember 2018 gab es in Deutschland 6075 in der Urologie tätige Ärzte.** Davon sind lediglich 291 (also knapp 5 % unter 34 Jahre alt) und 2127 zwischen 50 und 59 Jahren, was gut 35 % entspricht).

Dazu sind sogar knapp 75 % der niedergelassenen Urologen über 50 Jahre alt (sicherlich ist dies auch der Tatsache geschuldet, dass eine wirkliche Niederlassung erst mit Erreichen des Facharztes möglich ist)<sup>2</sup>.

Viel eindrücklicher erscheint dann die Zahl der jüngeren Kollegen in der Klinik. Nur gut 16 % (n=982) der in der Urologie tätigen Ärzte sind in Weiterbildung oder als Facharzt in der Klinik tätig<sup>3</sup>.

**Der Anteil weiblicher Kolleginnen wird wohl langfristig steigen.**

**2018 arbeiten in der Urologie 1105 Frauen,** was einem Anteil von 18,2 % entspricht. In einem ähnlich strukturierten Fachbereich, der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, sind 37,5 % weibliche Kolleginnen tätig.



Foto: Asklepios Klinik Altona

### Betrachtet man die Gruppe der 50- bis 59-Jährigen, schrumpft die Zahl der Frauen auf 15 %.

Einerseits zeigt dies einen beträchtlichen Unterschied in der Geschlechterverteilung, legt aber andererseits die Betrachtung jüngerer Jahrgänge nahe. Hier stellen Frauen, nämlich mit 41 % der unter 34-Jährigen in der Urologie tätigen Ärzte, schon einen deutlich höheren Anteil dar als im Vergleich zu den älteren Kollegen<sup>2</sup>.

Noch deutlicher wird es beim Blick auf die Studierenden der Humanmedizin, von denen im Jahre 2018 61 % weiblich waren. Sicherlich spiegelt dies nicht die Situation der Berufsanfänger in der Urologie wider, da in anderen Fachbereichen, wie beispielsweise der Kinderheilkunde, traditionell ein deutlich höherer Frauenanteil vorherrscht. Betrachtet man jedoch die Zahlen aus den Studienjahren der aktuell zwischen 50- und 59-Jährigen, also exemplarisch 1988, waren es zu diesem Zeitpunkt gerade einmal 44 % weibliche Studierende, bei ebenso bestehenden eher weiblich bzw. männlich orientierten Fachbereichen.

Dieser Anteil wird wohl weiter steigen. So ist die Zunahme an weiblichen Studierenden im Jahr 2018 mit 3,2 % (im Vergleich 0,8 % Zunahme männlicher Studierender) auf dem Höchstwert seit 2003. Erstmals mehr weibliche

als männliche Studierende gab es übrigens im Jahr 1999<sup>4</sup>.

### Ist die Urologie bereits gut genug aufgestellt?

Veränderungen in der Struktur der Ärzteschaft, aber auch des Patientenlientels werden in der Medizin etwas verändern. Zu Letzterem tragen nicht nur eine kürzere Liegezeit, sondern auch der demographische Wandel und die Verbesserung der medizinischen Möglichkeiten bei.

Wie Dr. Julian Struck bereits in seinen Ausführungen zu „**Urologische Nachwuchsarbeit in Deutschland**“<sup>5</sup> beschreibt, bestehen gute Argumente für Studierende bzw. auch nachkommende Ärzte in Weiterbildung, sich für das Fach Urologie zu entscheiden. Darunter existieren in den Verantwortlichkeiten der deutschen Urologie, neben der seit wenigen Jahren bestehenden Arbeitsgemeinschaft „Junge Urologen der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU)“, auch der neu formierte Arbeitskreis „Ärzte in Weiterbildung des Berufsverbandes der Deutschen Urologen (BvDU)“ und eine starke und unabhängige assistenzärztliche Interessensvertretung (German Society of Residents in Urology, GeSRU) sowie eine auf die gezielte Fortbildung des urologischen Nachwuchses ausgerichtete Sparte der Akademie der Deutschen Urologen, die „JuniorAkademie“.

All diese sind, aufgeteilt in verschiedene Zuständigkeiten und Zusammensetzungen, daran beteiligt, das Profil der Urologie aus Sichtweise der nachkommenden Kollegen zu schärfen und attraktiver zu gestalten. Exemplarisch seien zwei brandaktuelle Imagefilme von DGU und GeSRU zu erwähnen, die urologisch interessierten Studierenden bereits in frühen Jahren das Fach, aber auch ehrenamtliche Tätigkeit nahebringen sollen.

Die Erweiterung des Angebots von digitalen Plattformen zur Fort- und Weiterbildung sowie die Erstellung eines schlagkräftigen Weiterbildungscurriculums inklusive einer Evaluation der Weiterbildungsstätten sind zentrale Themen der Sicherung und Fortführung der Attraktivität des Fachs für die angehenden Urologen.

Die Veränderung der Anteile von weiblichen und männlichen Kollegen, aber auch eine andere Lebens- und Familienplanung heutiger werdender Eltern unterscheidet sich mutmaßlich zu denen von vor Jahrzehnten. Deshalb muss sich die Urologie in Klinik und Praxis fragen, ob die Arbeitsgestaltung, die ein motiviertes Arbeiten unter veränderten gesellschaftlichen Bedingungen in Zukunft möglich macht, im Moment schon ausreichend angepasst ist.

**Immer mehr Studierende wollen beispielsweise gar nicht mehr Vollzeit arbeiten** oder wünschen sich eine transparentere Darstellung der Weiterbildungsstrukturen der Abteilungen, die durch flächendeckende Evaluation und eine strukturierte Weiterbildung erreicht werden kann. Genauso müssen sich die aktuell tätigen Ärzte in die Weiterbildung einbringen, um genau diese Veränderungen überhaupt in Gang zu bringen und die Sichtweise der jungen Generation implementieren zu können. Alleine an die Moral und das Dagewesene zu plädieren, wird nicht zielführend sein. So war es für Kolleginnen und Kollegen, die in den 1980er Jahren ihre Arbeitstätigkeit aufgenommen hatten, schwierig, eine Stelle zu bekommen. Heute hingegen wird händeringend, selbst in attrakti-



Foto: Justus König

ven Kliniken und Regionen Deutschlands, nach kompetenten Nachwuchsmittgliedern für die Abteilungen gesucht<sup>1</sup>.

Studierende sollten von allen in der Klinik Tätigen ernst genommen, aber auch gefordert werden. Wir können uns glücklich schätzen, in der Urologie in Deutschland bereits viele gute Projekte auf den Weg gebracht zu haben, dürfen aber nicht aufhören daran zu arbeiten, die junge Generation ernst zu nehmen, verstehen zu wollen und somit unser Fach zukunftstauglich zu machen.

### Quellen:

- 1) <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/sw/%C4rztman-gel?nid=108418> (Zugriff: 22.02.2020 17:47 Uhr)
- 2) Ärztestatistik 31.12.2018 Bundesärztekammer [https://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2018/Stat18AbbTab.pdf](https://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2018/Stat18AbbTab.pdf) (Zugriff: 17.02.20 18:03 Uhr)
- 3) Grunddaten der Krankenhäuser, Statistisches Bundesamt (Destatis) [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/\\_inhalt.html](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/_inhalt.html) (Zugriff: 19.02.20 14:42 Uhr)
- 4) <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Hochschulen/Tabellen/lrbil05.html> (Zugriff: 18.02.20 13:52 Uhr)
- 5) Urologenmagazin 1/19, Dr. Struck, Seite 22

# Präsidentschaft in Zeiten von Corona

**Professor Dr. med. Dr. h.c. mult. Jens Rassweiler**

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Urologie, Chairman EAU-section Office und Klinikdirektor Urologie SLK-Kliniken Heilbronn GmbH



## Einen Kongress in Zeiten von Corona organisieren

Die Kongressplanung in Zeiten einer Pandemie stellt die Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU) vor noch nie dagewesene Herausforderungen. Traditionell stellt die Jahrestagung der DGU die weltweit drittgrößte urologische Fachtagung mit rund 7.000 internationalen Teilnehmern dar. Auf ihrer 72. Jahrestagung unter der Leitung des amtierenden DGU-Präsidenten Prof. Dr. Dr. Jens Rassweiler will die Fachgesellschaft vom **23. bis 26. September 2020 im Congress Center Leipzig (CCL)** Aktuelles aus der Urologie diskutieren und setzt alles daran, dies zu realisieren. Neben der PSA-basierten Prostatakrebs-Früherkennung, der künstlichen Intelligenz, Robotik und der Klimamedizin geben die Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Urologie einen weiteren Themenschwerpunkt vor.

**„Zum jetzigen Zeitpunkt ist unklar, welche Rahmenbedingungen im September herrschen werden.** Sicher ist, dass die DGU sich auf alle Szenarien einstellen wird, um den unerlässlichen Wissenschaftsaustausch sowie Fort- und Weiterbildung in ihrem Fachgebiet zu ermöglichen, denn andere Erkrankungen und die urologische Versorgung besonders unserer Krebspatienten verlieren nicht an Dringlichkeit“, sagt DGU- und Kongresspräsident Prof. Dr. Dr. Jens Rassweiler angesichts des nahezu weltweiten Lockdowns.

Kurz vor Corona standen natürlich auch andere Themen im Fokus unserer Arbeit, so z. B. die Männergesundheit und hier insbesondere der PSA-Test.

Die Digitalisierung und künstliche Intelligenz, die aufgrund der derzeitigen Umstände wieder stärker in den Fokus der Politik und Gesellschaft gerückt sind, beschäftigen uns ebenfalls maßgeblich.

## Persönliche Einschätzung von Prof. Dr. Dr. med. Jens Rassweiler

Das aktuelle Tagesgeschäft hat die Früherkennungskampagne zum Prostatakarzinom von Triplet-F (Für alle. Für jeden. Für uns. Die Urologie.)

voll ins Rampenlicht gebracht. Im Januar hat das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) den Vorbericht zur Beurteilung des PSA-Screenings auf Anfrage des Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) veröffentlicht und ihn auch sofort an die Laienpresse weitergeleitet, ohne den Kommentar der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU) und anderen Medizinischen Gesellschaften abzuwarten. Im Vorbericht wird der Nutzen des PSA-Screenings geringer eingeschätzt als dessen Schaden durch unnötige Biopsien und Therapien.

**Dies hat natürlich zu einer weiteren Verunsicherung unserer Patienten geführt.** Insbesondere Patienten, bei denen – wie auch im Falle der Roth-Zwillinge – durch die PSA-Bestimmung das Prostatakarzinom im Frühstadium entdeckt und erfolgreich behandelt werden konnte,

---

## Der Vorbericht des IQWiG zum PSA-Screening hat viele Patienten verunsichert.

---

waren fassungslos. Inzwischen hat die DGU eine umfangreiche Stellungnahme beim IQWiG eingereicht flankiert von Stellungnahmen zahlreicher an der Behandlung des Prostatakarzinoms beteiligter Medizinischer Gesellschaften. Im Vordergrund steht hierbei die Forderung einer von den Kassen getragenen PSA-basierten Früherkennungsuntersuchung des Prostatakarzinoms mit entsprechend umfangreicher Beratung durch den Urologen. Es bleibt nun abzuwarten, welche Wirkung dies beim IQWiG und insbesondere auf die Beratungen des GBA haben wird.

### Digitalisierung und künstliche Intelligenz in der Urologie

Im Wesentlichen wird es um drei Anwendungsgebiete gehen: Die Telemedizin, die KI-unterstützte Diagnostik und die KI-unterstützte operative Therapie. Die Telemedizin ist inzwischen schon im EBM angekommen, wo entsprechende Qualitätsanforderungen für Durchführung und Abrechnung der Videosprechstunde festgelegt

portale aus. Wir müssen uns qualitativ von Dr. Google absetzen! Dies wird eine wesentliche Aufgabe der Fachgesellschaften sein, da bei uns das medizinische Know-how und Wissen liegt. Künstliche Intelligenz kann nur so gut sein, wie die Qualität der eingegebenen Daten ist. Man sollte auch von Seiten der Fachgesellschaften darauf einwirken, dass keine wirtschaftlichen Modelle kreiert werden. Gerade die wirtschaft-



Foto: Shutterstock / Rockclips, Inc.

sind. Ich denke, auch wir als Urologen müssen uns mit dieser Form der Patientenbetreuung intensiv befassen und zwar auf unterschiedlichen Ebenen.

**Primär geht es sicher darum, Videosprechstunden anzubieten**, aber natürlich nur für entsprechend selektionierte Patientengruppen. Hier konnte das Johns-Hopkins-Institut schon belegen, dass bei der Nachsorge nach radikaler Prostatektomie viele Vorteile bei der Videosprechstunde liegen, wie fehlende Reisezeit, kurze Wartezeit, verlässliche Terminierung. In Zweifelsfällen kann der Patient immer noch zur entsprechenden Untersuchung einbestellt werden.

Viel problematischer sieht es hier mit der inhaltlichen Gestaltung der Notfall- und Informations-

liche Unabhängigkeit der Forschung in der Medizin ist eine ihrer größten Stärken.

Was Zweitmeinungsportale anbelangt, sind wir in der DGU mit dem Hodentumor- und bald auch dem Peniskarzinomportal auf einem sehr guten Weg. Derartige Portale machen eigentlich nur bei Erkrankungen mit niedriger Inzidenz Sinn. Hier sind wir dabei, wertvolle Daten zu kreieren, die wir mit Hilfe von KI weiter nutzen bzw. deren Nutzen optimieren können.

Die **Telediagnostik** richtet sich primär an die Kollegen der Radiologie, aber wir haben bei der Prostatadiagnostik mittels transrektalem Ultraschall auch schon Erfahrungen mit neuronalen Netzwerken gesammelt. Interessant werden in diesem Zusammenhang auch unsere Kenntnisse bei der Beurteilung des multiparametrischen

MRTs werden. Deshalb bieten wir entsprechende Kurse in Leipzig an. Es wird spannend werden, wie viel Radiologie wir zukünftig zur Interpretation eines MRTs der Prostata benötigen. In diesem Bereich werden die KI-Entwicklungen in jedem Fall mit hochqualitativen Daten gefüttert.

**Die KI-unterstützte Chirurgie (Surgery 4.0 analog zur Industry 4.0)** ist meines Erachtens das spektakulärste Feld. Es geht um die generelle Nutzung von „Big Data“ im Rahmen von Surgical Data Science – einem neuen Forschungsfeld. Hierbei wird versucht, alle bei einer Operation anfallenden Daten zu erfassen und zu koordinieren. Wir werden bald keinen „Kabelsalat“ mehr im OP haben, da die Geräte über WLAN kommunizieren. Jedes Gerät wird mit optischen Markern ausgerüstet sein, womit ihre Position im OP-Saal, aber bezüglich des Patienten definiert und aktualisiert werden kann. Chirurgische Checklisten wie Team-time-out werden im Hintergrund automatisch ablaufen.

Ein weiteres, spannendes Thema: In wie weit werden wir die virtuelle Realität und Navigationstechniken zur Optimierung unserer OP-Techniken nutzen können? Hierbei handelt es sich meist um minimal-invasive, video-basierte Techniken wie in der Endourologie oder Laparoskopie. Das Problem ist, dass die Urologie im Gegensatz zur Neurochirurgie, Unfallchirurgie oder HNO überwiegend an Weichteilorganen operiert, deren Position sich während des Eingriffs ändert (z.B. durch die Atmung). Außerdem ändert sich die Lage des Zielorgans im Rahmen der Operation (z.B. bei radikaler Prostatektomie). Die Weichteilnavigationstechnologie kann dies bisher noch nicht hinreichend kompensieren.

Die Telechirurgie, die primär für die Entwicklung der Operationsroboter (z.B. Da Vinci) verantwortlich war, wird sicher nur bei sehr selektiven Indikationen (z.B. Raumfahrt) eine Rolle spielen. **Die Rolle des Roboters oder Master-Slave-Systems liegt hier eher darin, die Umsetzbarkeit der Operationstechnik zu erleichtern** als den Chirurgen per Internet zum

Patienten zu übertragen. Eine Operationstechnik ist nur erfolgreich, wenn sie reproduzierbar ist.

### Früherkennung für andere Tumoridentitäten

Auch Blasenkarzinome lassen sich sehr gut frühzeitig erkennen. Zwar gibt es bisher noch keine zuverlässigen Urinmarker, aber eine frühzeitige Zystoskopie kann bei schmerzloser Makrohämaturie lebensrettend sein. Hier herrscht gegenwärtig Unruhe in der Urologie. Der BvDU kritisiert – sicherlich berechtigt – die Handhabung der Aufbereitungsrichtlinien für flexible Zystoskope sowie die Kostenerstattung der Zystoskopie und hat zum Zystoskopiestreik der niedergelassenen Urologen Ende letzten Jahres geführt.

## Die KI-unterstützte Chirurgie (Surgery 4.0) ist meines Erachtens das spektakulärste Feld.

Als DGU wollen wir uns diesem Problem in sachlicher Weise widmen und haben auch schon Stellung genommen. Parallel versuchen wir, die Key-Player (AK Infektiologie, Robert-Koch-Institut, BvDU, KVB, Vertreter der Länder und der Hersteller) an einen Tisch zu bekommen, um eine kurzfristige Lösung zu finden.

Darüberhinaus werden wir das von Prof. Dr. med. Wülfing initiierte „Hodencheck-Programm“ wieder in den Vordergrund stellen. Es geht darum, dass die Bevölkerung über die Möglichkeiten der Früherkennung urologischer Tumoren optimal informiert und erreicht wird.

# Prostatakrebscreening mittels PSA-Test (S19-01) des IQWiG

Zusammenfassung des Positionspapiers der Deutschen Gesellschaft für Urologie zum Vorbericht

In einem Vorbericht des Gutachtens zur Nutzenbewertung des Prostatakarzinomscreenings mittels PSA-Test durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) wird geschlussfolgert, dass die Nachteile die Vorteile eines PSA-Screenings deutlich überwiegen.

Zur Bewertung der o. g. Fragestellung wurden eine systematische Übersichtsarbeit und eine Metaanalyse basierend auf randomisiert-kontrollierten Studien durch das IQWiG durchgeführt. Als Endpunkte wurden die Gesamtmortalität (4 Studien), die prostatakarzinomspezifische Mortalität (10 Studien), die Diagnose metastasierter Prostatakarzinome (4 Studien), unerwünschte Ereignisse (0 Studien), Konsequenzen der Überdiagnosen (10 Studien), Konsequenzen der falsch positiven Diagnosen (6 Studien), Konsequenzen der falsch negativen Diagnosen (0 Studien) sowie die gesundheitsbezogene Lebensqualität (0 Studien) berücksichtigt.

**Verwendbare Daten standen für drei randomisierte, kontrollierte Studien zur Verfügung,** namentlich die ERSPC- (unter separater Berücksichtigung der länderspezifischen Einzelstudien), die PLCO- und die Stockholm-Studie. Für die Quebec-Studie wurden zwar Daten zur prostatakarzinomspezifischen Mortalität berichtet, diese waren aber nicht im Rahmen der quantitativen Analyse verwertbar.

## Ergebnisse

Hinsichtlich der Gesamtmortalität zeigten sich keine Unterschiede zwischen den beiden

Gruppen (PSA-Screening vs. kein Screening). Sowohl in Bezug auf das prostatakarzinomspezifische Überleben als auch auf die Diagnosen metastasierter Prostatakarzinome (IDQ [KI]: 0,67 [0,58; 0,78]), zeigte sich ein Vorteil für das PSA-Screening. Genau dieses ist aber für den Patienten von großer Bedeutung. Ein Leben mit symptomatischen Metastasen und dauerhafter Systemtherapie, auch mit Chemotherapien, wird von den meisten Männern nicht angestrebt.

Weiterhin hatten 4 bis 9 % der Screeningteilnehmer einen falsch-positiven Screeningbefund bei einem PSA Cut-off von über 4 ng/ml. Im Rahmen einer Biopsie ergab sich eine Gesamtkomplikationsrate von 2 %, wobei die Mortalität bei 0 % lag. Keine Aussage war bzgl. der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, unerwünschten Ereignissen oder den Konsequenzen von falsch-negativen Screeningbefunden möglich, da hierzu überhaupt keine Daten zur Verfügung stehen.

## Kritische Bewertung

Da bzgl. des Gesamtüberlebens kein Effekt in eine Richtung nachweisbar war, sich jedoch Vorteile des PSA-Screenings hinsichtlich des prostatakarzinomspezifischen Überlebens und der Diagnose metastasierter Erkrankungen gezeigt haben, spiegelt die Schlussfolgerung des Vorberichts („das PSA-Screening schadet mehr als das es nützt“) die Datenlage nicht adäquat wieder.

Das Risiko von Überdiagnosen betrifft in Deutschland bei einem PSA-Cut-Off-Wert von

4ng einen geringen Anteil der Patienten von 0,7 – 1,6 %. Potentiell negative Folgen wie Ängste oder zusätzliche Untersuchungen werden in der Diskussion des IQWiG genannt, aber nicht mithilfe von Daten quantifiziert bzw. objektiviert. So gibt es bspw. für den Endpunkt „gesundheitsbezogene Lebensqualität“ überhaupt keine randomisierten zur Verfügung stehenden Daten.

## Fazit

Die vom IQWiG präsentierten Ergebnisse und die daraus gezogenen Schlussfolgerungen sind nicht kongruent und werden von der Datenlage nicht unterstützt. **Zudem werden weitere alltäglich diagnostische Verfahren in der Interpretation vernachlässigt,** die in Deutschland routinemäßig für eine optimierte Diagnosestellung zum Einsatz kommen. Die Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V. nimmt diesen Vorentwurf des IQWiG und die daraus resultierte Vermengung von individualisierter Früherkennung und populationsbasiertem

PSA-Screening in der Presse mit Bedauern zu Kenntnis. Hierdurch besteht die Gefahr, dass Männer Früherkennungsuntersuchungen vermeiden und in der Konsequenz langjährige Belastungen durch Metastasen, lokale Symptome und Behandlungsfolgen durch Chemotherapien sowie die Mortalität zukünftig stark zunehmen.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens hat die DGU eine ausführliche Stellungnahme beim IQWiG eingereicht, verbunden mit der Erwartung, dass in dem Abschlussbericht des IQWiG eine klare Darstellung des Nutzens einer individualisierten Prostatakarzinomfrüherkennung insbesondere in Hinblick auf die Reduktion des prostatakarzinomspezifischen Sterbens und die Reduktion des Auftretens von Metastasen und schwerwiegender Systemtherapien als Schlussfolgerung enthalten sein wird.

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

**Sp(r)itzenleistung!**

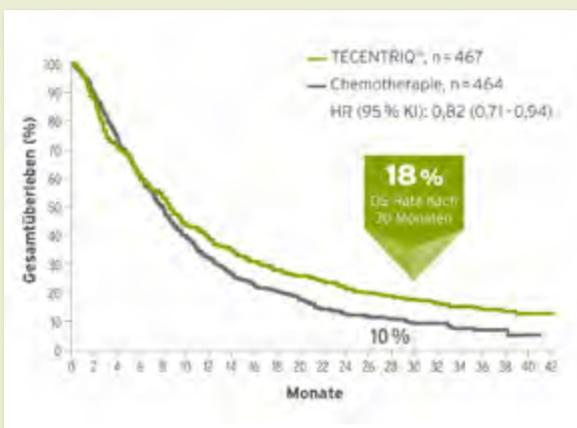
Enantone<sup>®</sup> LHRHa Monats-Depot  
Trenantone<sup>®</sup> LHRHa 3-Monats-Depot  
Sixantone<sup>®</sup> LHRHa 6-Monats-Depot

Takeda Pharma Vertrieb GmbH & Co. KG, Jägerstr. 27, 10117 Berlin  
alg-imagerecht lesend

# Roche als starker Partner: Breiteste klinische Evidenz für Tecentriq beim mUC [1-3]

Durch die Einführung von Checkpoint-Inhibitoren haben sich die Therapiemöglichkeiten für Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Urothelkarzinom (mUC) erheblich verbessert. Seit mehr als fünf Jahren wird die Wirksamkeit und Sicherheit von Atezolizumab (Tecentriq®) beim mUC untersucht und inzwischen bestätigen die Daten aus drei Phase-II/III-Studien den Einsatz von Tecentriq in dieser Indikation [1-3].

Mit jährlich etwa 30.000 Neuerkrankungen in Deutschland ist das Urothelkarzinom ein häufiger maligner Tumor [4]. Daten aus den drei Phase-II/III-Studien SAUL, IMvigor211 und IMvigor210 belegen die Wirksamkeit und Sicherheit von Tecentriq bei Patienten mit mUC [1-3]. Zudem zeigte eine explorative Auswertung der Langzeitdaten der Phase-III-Studie IMvigor211 (medianes Follow-up von 34,3 Monaten) einen anhaltenden klinischen Nutzen beim Gesamtüberleben (OS) der Intention-to-Treat-Population unter Tecentriq vs. Chemotherapie [5]. Nach 30 Monaten war die OS-Rate unter Tecentriq beinahe verdoppelt (18% versus 10% unter Chemotherapie; **Abb. 1**).

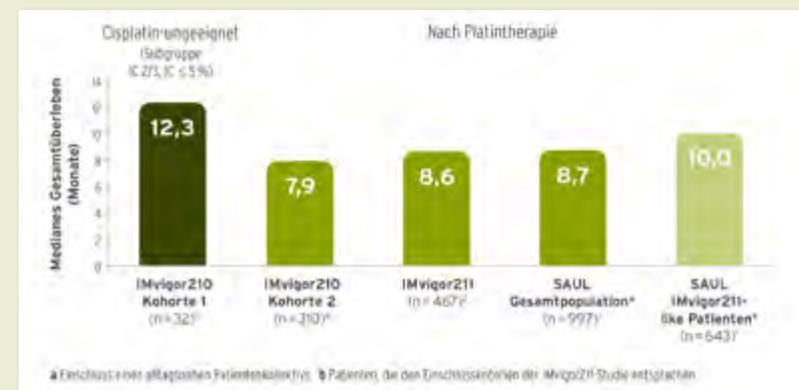


## Überzeugende Daten auch für alltagsnahes Kollektiv

Inzwischen wurden mehr als 2.100 mUC-Patienten mit Tecentriq in klinischen Studien behandelt. Kürzlich vorgestellte Daten aus Subgruppenanalysen der SAUL-Studie bestätigen nun ebenfalls die Wirksamkeit von Tecentriq bei einem alltagsnahen Patientenkollektiv. Die bislang größte prospektive Phase-IIIb-Sicherheitsstudie bestätigt damit, dass Tecentriq sich bei einem breiten Patientenkollektiv, das bisher nicht in Studien eingeschlossen wurde (z.B. Patienten mit ECOG-PS 2 [Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status 2], Metastasen des zentralen Nervensystems und stabilen Autoimmunerkrankungen), als sicher und wirksam erweist. Das mediane OS von SAUL betrug 8,7 Monate. Bei Patienten, deren Einschlusskriterien denen der Patienten aus der IMvigor211-Studie entsprachen („IMvigor-like“-Patienten), sogar 10,0 Monate (**Abb. 2**) [1]. Prospektive Subgruppenanalysen der Patienten mit stabilen Autoimmunerkrankungen zeigte ebenfalls ein akzeptables Sicherheitsprofil und eine mit der Gesamtpopulation vergleichbare Wirksamkeit [6].

**Abb.1:** IMvigor211-Studie: Gesamtüberleben in der Intention-to-Treat-Population in Abhängigkeit von der Therapie (nach [5])

▼ 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).



**Abb. 2:** Medianes Gesamtüberleben von Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Urothelkarzinom wurde wiederholt bestätigt (Quelle: © Roche)

## Hilfreiche Informationen für Ärzte, Pflegerkräfte und Patienten

Neben überzeugenden Daten zur Therapie mit Tecentriq bietet Roche – als starker Partner in der Uro-Onkologie – umfangreiche Unterstützung und Materialien für Patienten und Anwender, von der Diagnosestellung bis zum Therapieende:

- **Für den Arzt:** Auf dem Roche Fachportal werden ausführliche **Hintergrundinformationen zu Studien** mit Tecentriq zum Download bereitgestellt und dienen der eigenen Fortbildung sowie der Patientenaufklärung. Weiterhin kann auf den **Gesprächsleitfaden** zugegriffen werden, der das Arzt-Patienten-Gespräch vor der Behandlung mit dem PD-L1-Inhibitor hinsichtlich möglicher Nebenwirkungen, der Anamnese oder Begleitmedikationen unterstützt.
- **Für die Pflegekraft:** Auf der praktischen **Kitteltaschenkarte**, der kompakte Helfer im hektischen Alltag, sind alle wichtigen Informationen zur Dosierung und Anwendung sowie eine Übersicht über die häufigsten immunvermittelten Nebenwirkungen von Tecentriq zusammengestellt.

- **Für den Patienten:** Unter [www.mein-immuntherapie-lotse.de](http://www.mein-immuntherapie-lotse.de) können sich Patienten einloggen und nützliche Informationen über die Therapie mit Tecentriq bspw. in Form von erklärenden **Videoclips oder Broschüren** zum Herunterladen oder Bestellen finden. Das Passwort hierfür erhalten interessierte Patienten über die Ärzte, die es vom Roche-Außendienst bekommen. Auf der Website [www.info-blasenkrebs.de](http://www.info-blasenkrebs.de) gibt es weitere Informationen für Betroffene und Angehörige. Mit dem praktischen **Tagebuch** auf dem Roche-Fachportal können Patienten individuell und tagesaktuell ihr Befinden dokumentieren.

Mehr Informationen und Unterstützung für Patienten mit Urothelkarzinom sowie alle erwähnten Unterlagen finden Sie hier zum Download:



### Literatur:

1. Sternberg CN et al., Eur Urol 2019, 76:73–81
2. Powles T et al., Lancet 2018, 391:748–757
3. Balar AV et al., J Clin Oncol 2019, 37 (Suppl 75):Abstract 394
4. RKI Bericht: Krebs in Deutschland 2015/2016
5. van der Heijden MS et al., Ann Oncol 2019, 30 (Suppl 5):v365–v366, Abstract 918P
6. Loriot Y et al., ESMO 2019, Poster 922
7. Balar AV et al., Lancet 2017; 389: 67–76
8. Balar AV et al., ASCO 2018; Poster #349
9. Fachinformation Tecentriq®, aktueller Stand

## Tecentriq beim mUC

Die Zulassung von Tecentriq zur Behandlung des mUCs gilt für Cisplatin-ungeeignete Patienten mit einer PD-L1-Expression von  $\geq 5\%$  auf Immunzellen (IC) im Tumor und für Platin-vortherapierte Patienten unabhängig vom PD-L1-Status. Tecentriq ist hier der einzig zugelassene PD-L1-Inhibitor [9]. Informieren Sie sich über Tecentriq beim mUC und den Themen der letzten Kongresse unter: [www.portal.roche.de/products/uro-onkologie/tecentriq-bei-uc/kongressdaten.protected.html](http://www.portal.roche.de/products/uro-onkologie/tecentriq-bei-uc/kongressdaten.protected.html)



# Medizinische Bewertungsportale im Vergleich

**Patienten informieren sich heute zuerst online über die Praxis, die Klinik oder die behandelnden Ärzte. Auf den nachfolgenden Seiten erhalten Sie eine Zusammenfassung der bekanntesten Anbieter von Bewertungsplattformen und deren Leistungsportfolio sowie medizinischen Informationsseiten.**

Es ist heute durchaus üblich, vor dem Besuch einer Arztpraxis zunächst Bewertungen zu dem praktizierenden Arzt oder der Ärztegemeinschaft im Internet nachzulesen. Hier werden nicht nur fachliche Kompetenzen, sondern auch die Praxisausstattung, Freundlichkeit des Personals und der Ärzte sowie Parkmöglichkeiten oder Anfahrtswege und Öffnungszeiten beurteilt.

Die Bewertungen sind natürlich subjektiv und können, je nach Stimmung des Patienten, positiver oder negativer ausfallen. Als betroffener Arzt haben Sie die Möglichkeit, gegen „falsche“ Bewertungen vorzugehen, wenn ein begründeter Verdacht besteht.

## Welche Bewertungsportale gibt es?

Auf dem Markt sind fünf relevante Bewertungsportale zu finden. Die größten davon sind Jameda und Sanego. Die Anzahl der hinterlegten Praxen ist aber nicht primär entscheidend für die Relevanz beim Patienten. Hier spielen Kriterien wie Anzahl der Bewertungen, Aktualität und Authentizität eine viel größere Rolle. In den letzten Jahren haben sich Bewertungsportale zusammengeschlossen oder sich aufgrund von Investoren verändert, denn der Markt ist heiß umkämpft. Je nach Investitionsvolumen unterscheidet sich auch das Marketingbudget.

Beginnen möchten wir mit dem wohl bekanntesten Akteur in Deutschland – Jameda.



Die Jameda GmbH wurde 2007 gegründet und ist eine 100-prozentige Tochter der Burda Digital GmbH. 2017 kaufte das Unternehmen patientus, den deutschen Marktführer für Video-Sprechstunden, um die Marktführerschaft weiter auszubauen.

**Jameda.de wirbt mit einer Besucherzahl von rund 6 Mio. im Monat.** Es wurden mittlerweile rund 2 Mio. Bewertungen abgegeben. Für authentische Bewertungen und eine hohe Bewertungsqualität sorgt ein mehrstufiges Prüfungssystem. Neben einem automatischen Prüfalgorithmus, der alle eingehenden Bewertungen vor Veröffentlichung auf Manipulationsversuche hin überprüft, werden auffällige Bewertungen per SMS-Prüfverfahren und manuell durch Mitarbeiter auf Authentizität und Einhaltung der strengen Nutzungsrichtlinien geprüft.

Jameda.de ist ein Portal für alle Arztgruppen. Ärzte selbst können sich dort anmelden und registrieren. Im bezahlten Premium-Bereich hat jeder Arzt die Möglichkeit, Fotos und weitere Informationen zur Praxis einzustellen. Kliniken können sich ebenfalls präsentieren. Jameda.de ist ebenfalls Marktführer für Online-Arzttermine.

Patienten haben die Möglichkeit, mithilfe von den über 2 Mio. Arztbewertungen anderer Patienten den genau für sich passenden Arzt zu finden. Darüber hinaus helfen die von den Ärzten bereitgestellten Informationen sowie zahlreiche Filtermöglichkeiten bei der Suche nach dem richtigen Arzt.

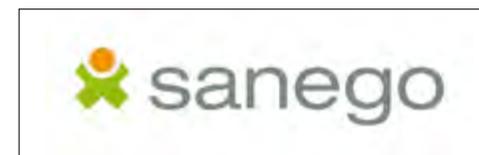
Patienten können außerdem ihre Arzttermine über die Online-Terminbuchungsfunktion bequem und unabhängig von Öffnungszeiten von zu Hause aus buchen. Seit Kurzem können Patienten zudem nach Ärzten filtern, die Online-Videosprechstunden anbieten.

Der jameda.de-Expertenratgeber enthält Artikel zu sämtlichen Gesundheitsbereichen und aktuellen Themen: Von Ernährungs- und Fitnesstipps bis hin zu bewährten Hausmitteln bei Erkältung bieten sie Rat für Alltagsprobleme. Ausschließlich Experten schreiben die Beiträge und beraten dort alles über neue Therapien und Hilfe zur Selbsthilfe.

**Das Unternehmen verspricht die Überprüfung aller eingegangenen Bewertungen auf Basis rechtlicher Grundlagen.** Eine Selbstbewertung oder eine Bewertung über Agenturen ist laut jameda.de nicht möglich. Es wird in Schulnoten von 1 – 6 bewertet. Das Portal verfügt über eine App, die übersichtlich und gut aufbereitet sämtliche Informationen zu Ärzten anzeigt, die ein Patient benötigt.

Ärzte selbst können kostenloses Basis-Mitglied werden oder eine Silber-, Gold- oder Platin-Mitgliedschaft zwischen 55 und 135 EUR abschließen, um größere Einträge zu erhalten. Sie haben die Möglichkeit, ihre Praxis auf jameda.de vorzustellen und umfassend über ihre Behandlungsschwerpunkte und Leistungsspektren zu informieren. In ihrem Profil können sie sich ihren Patienten bereits im Vorfeld vorstellen und diesen mit Bildern der Arztpraxis einen umfangreichen Einblick gewähren.

Datenbasis bilden bundesweit rund 275.000 Ärzte und andere Heilberufler.



Sanego.de zeigt auf seiner ersten Seite an, dass rund **485.000 Ärzte dort registriert sind und es über 500.000 Bewertungen** gibt. Der Blog der Plattform wurde allerdings seit 2014 nicht mehr aktualisiert. Insgesamt macht sanego.de einen eher unübersichtlichen Eindruck, denn es ist bereits auf der Startseite viel Werbung platziert.

Dennoch rufen viele Nutzer Informationen zu den Ärzten ab – laut eigener Aussage gibt es monatlich **4,4 Mio. Nutzer und rund 2 Mio. Abfragen**. Sanego.de gehört ebenfalls zu den größten Gesundheitsportalen in Deutschland. Es bietet neben Arztbewertungen auch Berichte über Behandlungen und Medikamente sowie Antworten auf Fragen der Patienten. Eine Community zum Austausch der Patienten untereinander und redaktionelle Artikel über Gesundheitsthemen runden das Angebot ab.

Die Community sowie die Bewertungen selbst werden moderiert und überprüft. Genauere Angaben zum Prüfungsverfahren gibt es jedoch nicht. Direkt auf der Startseite sieht der Nutzer die „top ten“ der angefragten Krankheitssymptome. Klickt man auf ein Symptom, sieht man eine Übersicht der Chats, die sich z.B. zum Thema Kopfschmerz ausgetauscht haben. Es gibt außerdem ein **„top ten“ Ranking zu Medikamenten**, die ebenfalls in ihrer subjektiven Wirksamkeit bewertet werden.

Klickt man weiter, sieht man eine entsprechende Übersicht der Bewertung zu Wirksamkeit, Verträglichkeit, Anwendung, Preis-Leistungs-Verhältnis sowie eine optionale Empfehlung. Außerdem sieht der Nutzer, bei welchen Indikationen das entsprechende Medikament verschrieben wurde und wie viele Nutzer eine Bewertung abgegeben haben, um eine realistische Einschätzung zu erhalten. Klickt man auf den Reiter „Ärzte“, kann man diese nach Stadt und Fachgebiet selektieren.

Ärzte können sich als Basis-Partner anmelden oder zahlen für das Premium-Segment zwischen 49 bis 125 EUR monatlich. **Sanego.de** ist ebenfalls auf Facebook und teilt meist Fachbeiträge von öffentlich-rechtlichen Sendern.



**Docinsider.de macht keinerlei Angaben zum Unternehmen selbst.** Allerdings ist auf der Startseite gleich ersichtlich, dass der Ratgeber teil besonders wichtig ist, denn es gibt Tipps und Informationen zu Impfungen, einen Ärzte-Dolmetscher zur Erklärung von Fachbegriffen sowie Erklärungen von Laborwerten. Die Beiträge sind fundiert und dennoch einfach und verständlich erklärt.

**Man findet keinerlei Angaben zu Nutzerzahlen oder der Anzahl registrierter Ärzte.** Diese können sich jedoch über das Basis-Modell hinaus als Premium-Partner anmelden und somit auf sich aufmerksam machen. Patienten bewerten mit Sternen numerisch von 1 bis 5. Docinsider.de ist auch auf Facebook aktiv und hat rund 1.500 Follower.



**ÄRZTE.DE** entstand aus einer Weiterentwicklung der Marke „imedo.de“. Die 2007 gegründete imedo GmbH konzentrierte sich zunächst auf die Entwicklung einer Arztsuche für Patienten. Im Laufe der Zeit wurde das deutschlandweite Gesundheitsportal um Serviceangebote für Patienten sowie für Ärzte erweitert. Seit 2014 ergänzte neben ärzte.de auch imedo.de das Markenportfolio der united vertical media GmbH in Nürnberg. Um die Synergieeffekte der Beteiligungen im Gesundheitsbereich zu nutzen und die Erfahrung

zu konzentrieren, wurden beide Plattformen unter der ärzte.de MediService GmbH & Co. KG zu der Marke ÄRZTE.de verschmolzen.

ÄRZTE.de wirbt damit, dass Arzttempfehlungen mit aussagekräftigen Kriterien fair und transparent ermittelt werden. Sie propagieren außerdem einen verantwortungsbewussten Umgang mit den Bewertungen. Er soll Ärzten Schutz vor Schmähkritik und unseriösen Meinungsäußerungen bieten. Die Gesundheitsinformationen fundieren auf wissenschaftlichen und fachkundigen Quellen. Es sind laut eigenen Angaben über **440.000 Ärzte registriert sowie 100.000 Patientenempfehlungen** ausgesprochen worden.

Das Portal berät Ärzte hinsichtlich des Praxismarketings und bietet darüber hinaus eine Arzt-Terminvereinbarungsfunktion an. Außerdem fokussiert sich ÄRZTE.de auf Kooperationen mit Gelbe-Seiten.de, arzttermine.de, NetDoctor.de sowie spiegelonline.de und zahnforum.org, um gemeinsam Reichweite zu generieren und Marketingmaßnahmen zu bündeln. Die Website an sich ist übersichtlich und clean sowie anwenderfreundlich. Die Preismodelle für Ärzte variieren von rund 30 – 160 EUR monatlich für die Mitgliedschaft. Bewertungen werden ebenfalls mit Sternen von 1 bis 5 vergeben. Auf Facebook finden sich rund 3.500 Follower.



Die Stiftung Gesundheit ist eine gemeinnützige Stiftung und Träger der Arzt-Auskunft. Sie wurde 1996 unter Aufsicht des zuständigen Innenministeriums auf der Grundlage des Stiftungsgesetzes errichtet. Die Stiftung unterliegt der beständigen Kontrolle der Stiftungsaufsichtsbehörde. Ihre Gremienmitglieder und Beiräte werden aus dem gesamten Bundesgebiet berufen. Der Stifter, seinerzeit niedergelassener Arzt, wird nicht vorgestellt. Sein Anliegen, Patienten über das ärztliche Wirken hinaus zu helfen, ist

in den satzungsgemäßen Aufgaben der Stiftung Gesundheit verankert und bildet nach eigenen Angaben die Grundlage ihrer Arbeit.

Die Seite ist sehr klar und medizinisch, wenig emotional aufgebaut. Sie wirkt dadurch vertrauenswürdig und zeichnet sich durch eine klare Struktur bei der Arztsuche aus. Die Seite Arzt-Auskunft als solches ist nicht auf Facebook, die Stiftung Gesundheit als Träger jedoch schon. Sie postet regelmäßig zu medizinischen Gesundheitsthemen und hat rund 700 Follower.



Hinter der Website des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) steht eine Redaktion, die mehr als **200 Gesundheitsthemen** bearbeitet. Die Beiträge werden intensiv recherchiert und die Qualität mehrfach geprüft, wie Mitarbeiter bestätigen. Themen, die schon online sind, werden regelmäßig auf den neuesten Stand der Wissenschaft gebracht. Das IQWiG ist eine staatliche Institution und erfüllt mit der Website einen gesetzlichen Auftrag zur gesundheitlichen Aufklärung. Finanziert wird sie über Krankenversicherungsbeiträge.



**Netdoktor.de ist die meistbesuchte deutschsprachige Website zum Thema Gesundheit.** Herausgeber ist die Verlagsgruppe Georg von Holtzbrinck, die viele Publikationen und Zeitungen veröffentlicht. Die Redaktion besteht aus Fachjournalisten, Medizinern und Biologen. Es ist möglich, bei netdoktor.de Werbung zu schalten, so dass sogenannte Advertorials unter Umständen für den Laien nicht von Fachartikeln zu unterscheiden sind.



Das Angebot des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ), das vor rund 20 Jahren von der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ins Leben gerufen wurde, veröffentlicht rein medizinische Informationen. Als eines der wenigen Gesundheitsportale achtet es sehr auf Quellenangaben, nennt Studien und weiterführende Literatur. Allerdings sind einige Krankheitsbilder ohne entsprechendes Vorwissen schwer zu finden, weil sie in Kategorien zusammengefasst werden. Wer also nicht weiß, dass z. B. eine Indikation zu den Lungenerkrankungen gehört, muss erst suchen.



Sehr umfangreich und übersichtlich gegliedert ist das Online-Angebot der Apotheken-Umschau. Die Texte werden von Journalisten erfasst, die von Medizinern und Pharmazeuten beraten werden. Das Schalten von Werbung ist auch hier möglich. Großer Pluspunkt ist jedoch die leichte Verständlichkeit der Beiträge.

#### Fazit

Alle Vergleichs- und News-Portale verfolgen das Ziel, Bewertungen von Patienten für andere sichtbar zu machen und ihnen einen Mehrwert durch zusätzliche Features wie medizinische Berichte, Apps und Terminsprechstunden zu geben. Je nach Investoren sieht man den unterschiedlichen Anspruch und die Entwicklung des Portals. Jameda.de ist unseres Erachtens übersichtlich und gut strukturiert und hat sich auf dem Markt durchgesetzt. Aus Ärztesicht sollte man den Beurteilungen nicht zu viel Gewicht beimessen, sie aber dennoch aufmerksam lesen und eventuelle Verstöße melden.

# Höhere Vergütung für flexible Zystoskopie gefordert

**Kosten für höhere Hygienestandards müssen von den Krankenkassen ausgeglichen werden.**



Foto: shutterstock / Gorodenkoff

Ende 2019 haben viele niedergelassene Urologinnen und Urologen in Deutschland bei ihren Patienten keine Zystoskopien mehr durchgeführt. Zu dieser einmonatigen Protestaktion rief der Berufsverband der Deutschen Urologen e.V. (BvDU) auf. Hintergrund sind die immer umfassenderen Anforderungen an die Aufbereitung der Instrumente sowie Vorgaben zum Nachweis der durchgeführten Maßnahmen. Die Hygieneleitlinien, die von der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert-Koch-Institut (RKI) entwickelt werden, dienen als Grundlage und Standard für die erforderlichen Präventionsmaßnahmen, bilden aber im Kern die Situation in Kliniken und Krankenhäusern ab und sind

nicht – ohne erheblichen logistischen und personellen Aufwand – in die ambulante Versorgung übertragbar.

„Die Kosten, die jeder urologischen Praxis durch die seit 2012 geltenden sehr hohen Richtlinien für die Hygiene und die Medizinproduktaufbereitung entstehen, müssen in unseren Praxen endlich vergütet werden“, fordert Dr. Axel Schroeder, Präsident des Berufsverbands der Deutschen Urologen e.V. „Wir haben überhaupt nichts gegen eine sachgerechte Aufbereitung mit einer entsprechenden Qualitätssicherung. Im Rahmen der Patientensicherheit ist das für uns selbstverständlich. Aber wir fordern dann auch die Konsequenzen.“

## Zi weist hohe Kosten für Hygiene aus

Auch eine aktuelle Erhebung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Zi) zeigt, dass die finanzielle und zeitliche Zusatzbelastung mit der Umsetzung der Hygienevorschriften und der KRINKO-Empfehlungen verbunden ist. Besonders operativ tätige Praxen – dazu gehören niedergelassene Urologen, die in ihren Praxen Zystoskopien durchführen – sind mit 53.281 Euro pro Jahr zusätzlich belastet. Hauptkostentreiber bei der Hygiene sind die Aufwendungen für die interne Aufbereitung. Hinzu kommen Ausgaben für weitere Einmal- und Mehrfach-Medizinprodukte, neues Zubehör sowie zusätzliche Ausstattung und Baukosten.

**Die Kosten, die jeder urologischen Praxis durch die Hygiene und die Medizinproduktaufbereitung entstehen, müssen endlich vergütet werden.**

## Protestaktion niedergelassener Urologen erzielt Teilerfolg

Der Protest hat für die Urologen noch im vergangenen Dezember Früchte getragen: Der Bewertungsausschuss hat beschlossen, den EBM zum 1. April 2020 zu ändern. „Damit wurde die Innovation der flexiblen Zystoskopie endlich bewertet, mehr als ein Teilerfolg ist das



Foto: BVDU

aber nicht“, erklärt Dr. Axel Schroeder. „Unsere zentrale Forderung nach einer angemessenen Vergütung der Betriebskosten für den Mehraufwand in der Hygiene und Medizinproduktaufbereitung muss noch erfüllt werden.“

Um diesen Kostenblock für urologische Praxen besser einschätzen zu können, führt das Institut des Bewertungsausschusses (InBA) im Auftrag der KBV im 1. Halbjahr 2020 eine Umfrage zu den Hygienekosten im Zusammenhang mit Zystoskopien durch. Dabei sollen valide Zahlen für weitere Verhandlungen mit den Krankenkassen gewonnen werden.

## WEITER INFORMIEREN

Weitere Informationen zur Arbeit des BvDU finden Sie hier:

[www.urologie-gestalten.de](http://www.urologie-gestalten.de)

# „Krass gefragt“ der neue FFF-Video-Blog

Junge Menschen machen sich selten Gedanken zur Vorsorge. Da aber eine regelmäßige Überprüfung der Gesundheit unerlässlich ist, setzen wir uns in dem Vlog mit Fragen von ihnen auseinander.

Uns erreichen häufig Fragen über unsere Social-Media-Kanäle, die wir gern einmal live beantworten möchten. So ist die Idee zu „KRASS gefragt...“ entstanden. Wir freuen uns, dass Cem Aksoy, der sich selbst insbesondere im Bereich Hodenkrebs-Vorsorge mit seinem Verein PATE e.V. einsetzt, für die Beantwortung gewinnen konnten.

Unsere Fragen decken nicht nur medizinische Aspekte ab, sondern auch andere Themen

unterhalb der Gürtellinie. Bewusst, denn wir möchten junge Menschen dafür sensibilisieren, sich mit ihrem Körper auseinanderzusetzen und auch beim Arzt nachzufragen, wenn es gesundheitliche Probleme gibt. Unser Ziel ist es, noch mehr Reichweite bei der jungen Bevölkerung zu generieren und ihnen eine Plattform zu geben, um sich mit uns in Verbindung zu setzen. Wir verweisen sie dann an die urologischen Praxen in der Nähe.

Wir veröffentlichen alle zwei Wochen einen Beitrag zu „KRASS gefragt...“ über Facebook, Instagram und auf YouTube, die gerne kommentiert werden dürfen.

Möchten Sie auch als Testimonial dabei sein und im wahrsten Sinne des Wortes brennende Fragen beantworten? Dann melden Sie sich bei uns, so dass wir einen Termin vereinbaren können, um unseren VLOG mit Leben zu füllen. Die Beiträge dürfen selbstverständlich gern geteilt werden.

Wir freuen uns über Ihre Beiträge an:  
[info@urologie-fuer-alle.de](mailto:info@urologie-fuer-alle.de)



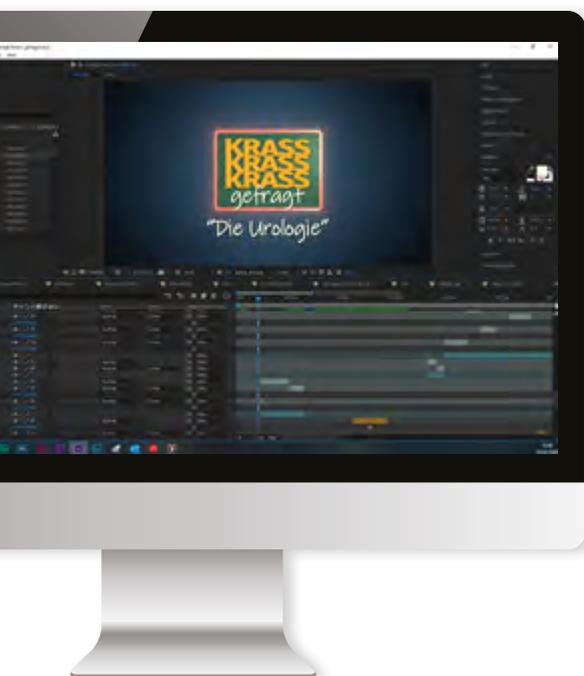
[facebook/urologiefueralle](https://www.facebook.com/urologiefueralle)



[instagram/urologiefueralle](https://www.instagram.com/urologiefueralle)



[youtube/channel/UCWSJ580P5z42w2za7M7okjQ](https://www.youtube.com/channel/UCWSJ580P5z42w2za7M7okjQ)



## Das Plus an Wirkung.\* Für ein Mehr an Zukunft.

Längste Erfahrung mit  
einer immunonkologischen  
Kombination beim RCC <sup>#, 1, 2</sup>

**OPDIVO**  
(nivolumab)



**YERVOY**  
(ipilimumab)



**OPDIVO® + YERVOY® beim Nierenzellkarzinom <sup>#, 1, 2</sup>**

**Chance auf Langzeitüberleben bei verbesserter Lebensqualität <sup>\*, 3</sup>**

- **Signifikant verbessertes Gesamtüberleben <sup>\*, 3</sup>**
- **Bisher unerreichte komplette Remissionsrate <sup>3</sup>**
- **Weniger Grad-3/4-Nebenwirkungen vs. TKI <sup>\*, 3</sup>**

\* Vs. Vergleichstherapie in der Zulassungsstudie RCC First-Line: Sunitinib.<sup>3</sup>



Bristol-Myers Squibb

[bms-onkologie.de](https://www.bms-onkologie.de)

**OPDIVO**® 10 mg/ml Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung. **Wirkstoff:** Nivolumab. **Sonst. Bestandteile:** Natriumcitratdihydrat, Natriumchlorid, Mannitol, Pentetensäure, Polysorbat 80, Natriumhydroxid, Salzsäure und Wasser für Injektionszwecke. **YERVOY**® 5 mg/ml Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung. **Wirkstoff:** Ipilimumab. **Sonst. Bestandteile:** Trometamolhydrochlorid, Natriumchlorid, Mannitol, Pentetensäure, Polysorbat 80, Natriumhydroxid, Salzsäure und Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiet:** **OPDIVO**®/ **YERVOY**® ist in Kombination mit Ipilimumab/Nivolumab bei Erwachsenen für die Behandlung des fortgeschrittenen (nicht resezierbaren oder metastasierten) Melanoms indiziert. Im Vergleich zur Nivolumab Monotherapie wurde in der Kombination Nivolumab mit Ipilimumab nur bei Patienten mit niedriger Tumor PD-L1-Expression ein Anstieg des progressionsfreien Überlebens (PFS) und des Gesamtüberlebens (OS) gezeigt. **OPDIVO**®/ **YERVOY**® ist in Kombination mit Ipilimumab/Nivolumab für die Erstlinientherapie des fortgeschrittenen Nierenzellkarzinoms bei Erwachsenen mit intermediärem/ungünstigem Risikoprofil indiziert. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen: Sehr häufig:** Hypothyreose, Hyperthyreose, verminderter Appetit, Kopfschmerzen, Dyspnoe, Kolitis, Diarrhoe, Erbrechen, Übelkeit, Bauchschmerzen, Hautausschlag, Juckreiz, Muskel- und Skelettschmerzen, Arthralgie, Fatigue, Pyrexie, AST-Anstieg, ALT-Anstieg, Anstieg des Gesamt-Bilirubins, Anstieg der alkalischen Phosphatase, Lipase-Anstieg, Kreatinin-Anstieg, Hyperglykämie, Hypoglykämie, Lymphopenie, Leukopenie, Neutropenie, Thrombozytopenie, Anämie, Hyperkalzämie, Hypokalzämie, Hyperkaliämie, Hypokaliämie, Hypomagnesiämie, Hyponatriämie. **Häufig:** Pneumonie, Infektionen der oberen Atemwege, Konjunktivitis, Eosinophilie, infusionsbedingte Reaktion, Hypersensibilität, Nebenniereninsuffizienz, Hypophyseninsuffizienz, Hypophysitis, Thyroiditis, Diabetes mellitus, Dehydrierung, Hepatitis, periphere Neuropathie, Schwindelgefühl, Uveitis, verschwommenes Sehen, Tachykardie, Hypertonie, Pneumonitis, Pleuraerguss, Lungenembolie, Husten, Stomatitis, Pankreatitis, Obstipation, trockener Mund, Vitiligo, trockene Haut, Erythem, Alopezie, Urtikaria, Arthritis, Muskelspasmen, muskuläre Schwäche, Nierenversagen (einschließlich akutem Nierenversagen), Ödeme (einschließlich peripheres Ödem), Schmerzen, Schmerzen in der Brust, Schüttelfrost, Hypermagnesiämie, Hyponatriämie, Gewichtsverlust. **Gelegentlich:** Bronchitis, aseptische Meningitis, Sarkoidose, diabetische Ketoazidose, metabolische Azidose, Guillain-Barré-Syndrom, Polyneuropathie, Neuritis, Peroneuslähmung, autoimmune Neuropathie (einschließlich Gesichtsnerv- und Abduzensparese), Myasthenia gravis, Enzephalitis, Arrhythmie (einschließlich ventrikulärer Arrhythmie), Vorhofflimmern, Myokarditis, Darmperforation, Gastritis, Duodenitis, Psoriasis, Stevens-Johnson-Syndrom, Erythema multiforme, Spondyloarthropathie, Sjögren-Syndrom, Myopathie, Polymyalgia rheumatica, Myositis (einschließlich Polymyositis), Rhabdomyolyse, tubulointerstitielle Nephritis. **Selten:** Toxische epidermale Nekrolyse. **Nicht bekannt:** Abstoßung eines soliden Organtransplantats, Hypoparathyreoidismus, Tumorlyse-Syndrom, Vogt-Koyanagi-Harada-Syndrom, perikardiale Erkrankungen.

Weitere Hinweise siehe jeweilige Fachinformation. Verschreibungspflichtig. **OPDIVO**® unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung über das nationale Meldesystem anzuzeigen. Pharmazeutischer Unternehmer: Bristol-Myers Squibb Pharma EEIG, Plaza 254, Blanchardstown Corporate Park 2, Dublin 15, D15 T867, Irland. Stand des Textes: V5.

# **OPDIVO**® ist in Kombination mit Ipilimumab für die Erstlinientherapie des fortgeschrittenen Nierenzellkarzinoms bei Erwachsenen mit intermediärem/ungünstigem Risikoprofil indiziert.

§ Nach Zulassung in Deutschland

1. **OPDIVO**®-Fachinformation, aktueller Stand 2. **YERVOY**®-Fachinformation, aktueller Stand  
3. Motzer RJ et al. N Engl J Med. 2018; 378: 1277-90



# Gedanken zur Coronakrise

Von Prof. Dr. med. Tilman Kälble, Klinik für Urologie und Kinderurologie des Klinikums Fulda



Pandemie ein fundamentales Umdenken in der Gesundheitspolitik, weg von der reinen Ökonomisierung stattfinden wird. Das Kernproblem ist, dass schon jetzt pflegerisches und ärztliches Personal an die Grenzen des Verantwortbaren und durchaus darüber hinaus wegrationalisiert worden ist. Jetzt im Krisenfall vermissen wir die qualifizierten Fachkräfte, die wir vor Jahren noch hatten. Für Patienten wichtige Operationen werden bereits jetzt verschoben, um Personal an anderer Stelle einzusetzen, das im Umgang mit Beatmungsgeräten trainiert wird.

Aus den gleichen Gründen trifft der Coronavirus z. T. auf Pflegekräfte und Ärzte, die schon in vermeintlich normalen Zeiten überbeansprucht waren und alles gegeben haben. Die körpereigene Abwehr gegen den Virus hat das nicht gestärkt. **Wir benötigen dringend personelle Reserven in den Kliniken für Krisen**, wie wir sie im Moment sehen. Und dies gelingt nur dadurch, dass geänderte Arbeitsbedingungen mitsamt der adäquaten Bezahlung die Berufe des Krankenpflegers und der Krankenpflegerin sowie des Arztes und der Ärztin wieder für junge Menschen attraktiv werden lassen.

Als ärztlicher Direktor einer chirurgischen Disziplin wie der Urologie, die nicht schwerpunktmäßig mit der Therapie von Corona-Patienten, sondern mit der Therapie von Tumorkranken befasst ist, besteht in unbefriedigender Weise ein Teil der täglichen Arbeit in der Triage von Patienten, die mit dem reduzierten Anästhesiepflegepersonal noch operiert werden können. Die

Wenngleich die deutschen Kliniken die vergangenen Wochen gut genutzt haben, sich auf den Ernstfall vorzubereiten, so bleibt vor dem Hintergrund der Situation in Italien, Spanien und England die Sorge vor dem, was möglicherweise noch auf uns zukommen wird. Demut ist angezeigt. Gleichzeitig besteht zunehmend die Sorge, dass Klinikstrukturen und auch Patienten nachhaltig gefährdet werden, wenn weiterhin keine Elektivoperationen oder zumindest semi-dringliche Operationen und keine Früherkennungsuntersuchungen durchgeführt werden.

**Wir kennen die Zukunft nicht und wir tun alles dafür, gut gerüstet zu sein** – aber dies führt zunehmend zu einem unangenehmen Spagat zwischen Restriktionen und zunehmender Öffnung in Richtung Normalität. Darüber hinaus hoffe ich, dass nach Überstehen der Corona-

Verunsicherung der Patienten führt ferner dazu, dass sie aus Angst vor dem Coronavirus Arztpraxen verschiedener Fachdisziplinen meiden mit dem zwangsläufigen Ergebnis, dass beispielsweise Tumorerkrankungen später oder zu spät erkannt werden – woraus wiederum schlechtere Heilungschancen resultieren.

**Aber noch ein weiteres Problem zeigt sich in der Coronakrise.** Vor der Krise waren die Notaufnahmen bundesweit überlastet und es war oft schwer, die schwierigen oder gar lebensgefährlichen Fälle rasch genug zu identifizieren. Manche Patienten äußerten offen, sie hätten wegen zu später regulärer Arzttermine im niedergelassenen Bereich die Notaufnahme aufgesucht. Im Moment sind die Notaufnahmen wie leer gefegt, so dass sich der Eindruck aufdrängt, viele Patienten seien zuvor unnötigerweise in die Notaufnahme gekommen. Gleichzeitig besteht die Gefahr, dass Patienten mit schwerwiegenden Erkrankungen wie Angina pectoris etc. Kliniken meiden,

und sich in Folge dessen zu spät in ärztliche Behandlung begeben. Es bleibt zu hoffen, dass in der Bevölkerung ein Umdenken dahingehend stattfindet, bei nicht dringenden Erkrankungen nicht sofort eine medizinische Behandlung zu fordern und darüber hinaus zwischen dem ärztlichen Notdienst, den es über die KV in jeder Stadt gibt, und Notaufnahmen in Kliniken für schwerere Fälle zu unterscheiden.

**So liegt bei aller Gefahr durch die Coronakrise, sowohl für Leib und Leben als auch für die Wirtschaft auch eine Chance, aus der Krise zu lernen.** Das gilt meines Erachtens in erster Linie für die Politiker, die hoffentlich nicht nur im Moment imagewirksam Ärzten und vor allem Pflegekräften danken. Sie mögen sich nach der Krise daran erinnern, dass sich die Arbeitsbedingungen für Ärzte und Pflegeberufe inkl. deren Bezahlung so ändern müssen, dass genügend qualifizierte Fachkräfte auch im Krisenfall vorhanden sind.

BEKÄMPFE DAS BIEST!

Erleada<sup>®</sup>  
(apalutamide) tablets

ERLEADA<sup>®</sup>

www.ERLEADA.de

# Interview mit Dr. Björn Theodor Kaftan

**IC-Zentrum am Klinikum Lüneburg  
(zur Verfügung gestellt durch den Verein ICA Deutschland e.V.)**



Die Interstitielle Cystitis (IC) ist eine chronische Entzündung der Blasenwand, die mit Schmerz und Harndrang verbunden ist.

Der Verein ICA Deutschland e.V. möchte Patienten, Angehörigen und Ärzten Mut machen und über die in Deutschland noch viel zu wenig bekannte und erforschte Krankheit informieren.

## Die Versorgungssituation der Patienten mit Interstitieller Cystitis (IC) in Deutschland

Daten, die nicht nur den Bereich der medizinischen Leistungserbringer betreffen, sondern auch die Versorgung durch Krankenkassen, Sozialgerichte und Behörden, bei denen große Unkenntnis in Bezug auf IC herrscht, z. B. wenn ein Antrag auf Behinderung, Berentung oder auf Kostenübernahme für kostenintensive Therapien gestellt wird – damit beschäftigt sich der Verein IC Deutschland e. V.

Aber auch Ärzte sind häufig unsicher im Umgang mit der IC. Das betrifft sowohl die Diagnostik, die zum Teil über Jahre verschleppt wird, als auch die Therapie und die schwierige Führung der Patienten, die an der Chronizität ihrer Erkrankung verzweifeln. Die immer wieder artikulierte Unzufriedenheit vieler IC-Patienten mit ihrer

Situation ist aus der Arbeit der ICA-Deutschland weithin bekannt. Nun liegen belastbare Daten vor, um eine Verbesserung für die Betroffenen zu erreichen. Weiterführende Informationen finden Sie im Forschungsbericht.

Anfang 2018 ist das „Zentrum für Interstitielle Zystitis und Beckenschmerz“ am Klinikum Lüneburg vom ICA Deutschland als bis dahin drittes IC-Zentrum im deutschsprachigen Raum zertifiziert worden. Die interdisziplinäre Einrichtung ist an der dortigen Klinik für Urologie angesiedelt. Koordinator des IC-Zentrums Lüneburg ist der Leitende Oberarzt der Urologie, Dr. Björn Theodor Kaftan.

## Herr Dr. Kaftan, wo liegen die Schwerpunkte der Arbeit Ihres Zentrums?

Der Schwerpunkt unserer Arbeit mit IC-Patienten liegt gleichermaßen in der Diagnostik und der Therapie. Beides ist meiner Ansicht nach nicht voneinander trennbar.

## Wie beurteilen Sie die Entwicklung Ihres Zentrums? Wo sehen Sie die wichtigsten positiven Entwicklungspunkte?

Seit der Einrichtung unseres Zentrums, in dem Experten der Fachgebiete Urologie, Gynäkologie, Allgemein- und Viszeralchirurgie, Pathologie, Schmerztherapie, Neurologie, Ernährungsberatung, Psychosomatische Medizin und Physiotherapie eng kooperieren, und insbesondere der Zertifizierung durch den ICA Deutschland, hat sich die Anzahl unserer Patienten gesteigert.

Das bedeutet, dass wir mehr Betroffenen helfen können, die teilweise schon jahrelang ohne richtige Diagnose von Arzt zu Arzt geschickt wurden.

## Wie funktioniert bei Ihnen die interdisziplinäre Zusammenarbeit?

Die erste Vorstellung der Patienten findet in der IC-Sprechstunde statt, in der nach ausführlicher Anamnese gemeinsam ein Diagnostik- und Behandlungsplan entwickelt wird. Empfohlene weitere Untersuchungen, wie etwa gynäkologische, proktologische und bei stationären Patienten auch neurologische, erfolgen in den Kliniken unseres Hauses.

Eine Empfehlung der Vorstellung bei den Kooperationspartnern zur Umgebungsdiagnostik sowie auch Therapieempfehlungen, die außerhalb der urologischen Versorgung liegen, werden durch die Kooperationspartner umgesetzt. Die interdisziplinäre Besprechung der Fälle ist in das Kontinenzzentrum inkludiert. Wir haben eine insgesamt sehr gute Zusammenarbeit in diesem lokalen Netzwerk.

## Erfolgt die Diagnosestellung durch das Zentrum schneller als bisher?

Im Vergleich zu der Zeit vor der Etablierung interdisziplinärer IC-Zentren erfolgt die Diagnosestellung heute in der Regel schneller als früher.

## Sehen Sie mehr IC-Patienten in der Frühphase ihrer Erkrankung?

Dies ist statistisch nicht erfasst. Vom Gefühl her stellen sich mehr Patienten mit noch nicht gestellter Diagnose vor als früher. Es kommen vor allem mehr Patienten aus Eigeninitiative und nach Eigenrecherche zu uns, als dass sie durch Ärzte aktiv geschickt werden. Zudem stellen sich mehr Patienten mit rezidivierenden bakteriellen Zystitiden vor.

## Wo sehen Sie den größten Handlungsbedarf bzw. die wichtigsten Ansatzpunkte bei der Versorgung von IC-Patienten?

Überregional lässt die Umsetzung der Therapieempfehlungen durch manch niedergelassenen weiterversorgenden Arzt zu wünschen übrig. Auch lehnen etliche Urologen weiterhin die Diagnose ab. Selbst Universitätskliniken meinen, durch eine Biopsie die IC nachweisen oder ausschließen zu können, was nach derzeitiger Definition allerdings falsch ist. Insgesamt führt dies nicht nur zu einer großen Verunsicherung der Patienten, sondern auch zu Problemen bei der Verordnung und Einleitung spezieller Therapien. Im lokalen Netzwerk bestehen in der Regel keine Probleme bei der Verordnung der Therapien und der Weiterversorgung.

## Ärzte sind häufig unsicher im Umgang mit Interstitieller Cystitis.

Hinzu kommen die fehlende Kostenübernahme durch die Krankenkassen für Therapien und die sehr zeitintensiven Patientengespräche.

Außerdem mangelt es an Informationen zu IC-erfahrenen Therapeuten wie Krankengymnasten, Ökotrophologen, Naturheilkundlern, Osteopathen, Triggerpunkttherapeuten usw., was die Patientenversorgung überregional erschwert. Hier wäre ein durch den ICA Deutschland geführtes Zentralregister interessierter und informierter Therapeuten äußerst hilfreich.

# Interview mit Prof. Dr. Andreas Wiedemann

**IC-Zentrum am Ev. Krankenhaus Witten  
(zur Verfügung gestellt durch den Verein ICA Deutschland e.V.)**

Die Klinik für Urologie am Ev. Krankenhaus Witten ist im Februar 2019 in einer standortübergreifenden Kooperation mit der Gynäkologie und der Neurologie des Schwesterkrankenhauses in Herne als bis dahin neustes Zentrum für Interstitielle Zystitis (IC) und Beckenschmerz im deutschsprachigen Raum zertifiziert worden. Chefarzt der Urologischen Klinik und Koordinator des IC-Zentrums Witten ist Prof. Dr. Andreas Wiedemann, der zum Lehrstuhl für Geriatrie der Universität Witten/Herdecke gehört.

**Herr Prof. Dr. Wiedemann, wo liegen die Schwerpunkte Ihres Zentrums bei der Diagnostik und Therapie von IC-Patienten?**

Die hiesige Urologie ist eine urologische Hauptabteilung, die als zertifiziertes Prostatazentrum und Kontinenz- und Beckenbodenzentrum rund 3.000 Patienten im Jahr stationär behandelt – und das überwiegend operativ. Ambulant bin ich als ermächtigter Krankenhausarzt darüber hinaus befugt, Urodynamiken auf Überweisung durchzuführen. Hier bieten wir eine Inkontinenzsprechstunde an, in deren Rahmen die Anamnese, Inkontinenz-Scores, Obstipationsscores, Ultraschall, Urinuntersuchung, Urodynamik, vagina-Einstellung und letztlich auch die Urodynamik angeboten wird. Um also auf Ihre Frage zurückzukommen: Unsere Schwerpunkte liegen sicherlich einerseits der Diagnostik der IC.

Eine zentrale Untersuchung ist dabei die Distensionszystoskopie, eine spezielle Form der Blasenspiegelung mit Blasendehnung. Bei diesem Eingriff werden auch Proben aus der Harnblase entnommen, die dann vom Pathologen untersucht werden.

Andererseits bilden je nach Befund vielfältige therapeutische Maßnahmen gleichermaßen einen Schwerpunkt. Häufig setzen wir mehrere Therapieformen parallel ein: Wir kombinieren beispielsweise Schmerzmittel, bestimmte Antidepressiva und Pentosanpolysulfat, das die Isolationsschicht der Blasenschleimhaut wiederherstellt und diese vor schädlichen Bestandteilen des Urins schützt. Wenn diese Maßnahmen nicht ausreichen, kommen weitere Verfahren zur Anwendung. Dazu gehören die Behandlung mit Botulinumtoxin, die Gabe von Medikamenten in die Blase unter Reizstrombedingungen und auch die sakrale Neuromodulation. Alle diagnostischen und therapeutischen Optionen, die zum

**Was ist in der Geriatrie bei der Behandlung der IC zu beachten?**

Ein Hauptthema in der Geriatrie ist die Sturzneigung. Die meisten „anticholinergen“ Medikamente – und z. B. Morphine oder Amitriptylin gehören dazu – können die Kognition beeinträchtigen und eine solche befördern. In einer eigenen, preisgekrönten Arbeit konnten wir nachweisen, dass über 65-jährige ambulant-urologische Patienten unter Bewertung ihrer Medikamente schon zu 11,75 Prozent in eine Risikogruppe gehören, bei der das Hinzufügen eines weiteren anticholinergen Medikamentes die Sturzhäufigkeit und sogar die Mortalität erhöht.

**Auf welche Behandlung sprechen IC-Patienten in der Geriatrie am besten an?**

Für hochbetagte Patienten ist sicherlich aus den genannten Gründen orales Pentosanpolysulfat besonders geeignet, weil nebenwirkungsarm. Es kommen aber auch lokale Maßnahmen wie Instillationen oder EMDA oder die therapeutische Distension in Frage.

**Wo sehen Sie den größten Handlungsbedarf beziehungsweise die wichtigsten Ansatzpunkte bei der Versorgung von IC-Patienten?**

Dies ist für mich eindeutig die Aufklärung bei den Ärzten. Im Schnitt dauert es neun Jahre bis zur Diagnose und Betroffene waren bei zirka 20 Ärzten. Ich bin jedes Mal fassungslos, wenn es mir gelungen ist, die Diagnose zu stellen und ich mir die lange und verworrene Anamnese der Patienten ansehe.

Auch müsste weiter der Stellenwert und die Qualität der histologischen Untersuchung in diesem Kontext klarer definiert oder vereinheitlicht werden. Häufig wird die Diagnose nicht gestellt beziehungsweise sogar wieder verworfen, weil eine einfache Zystoskopie mit Zangenbiopsie und einfacher Routinehistologie im sogenannten HE-Präparat und nicht per Distensionszystoskopie mit Immunhistochemie der Proben angestellt wurden.

## Häufig setzen wir mehrere Therapieformen parallel ein.

Erkennen und Behandeln der interstitiellen Zystitis notwendig sind, stehen bei uns zur Verfügung.

**Sehen Sie viele IC-Patienten im geriatrischen Bereich?**

Eher nein. Die IC tritt bekanntlich überwiegend im 4. und 5. Lebensjahrzehnt auf. Geriatrische Patienten sind entweder über 70 und multimorbid, oder sie sind über 80, da dann die alters-typische Vulnerabilität mit der Bedrohung durch Autonomieverlust besteht.



Prof. Dr. Andreas Wiedemann (IC-Zentrum am Ev. Krankenhaus Witten)

# Praxisbeispiele aus der Urologie

**Wir hatten bereits dazu aufgerufen, dass Sie als Urologinnen und Urologen aus Ihrem Praxisalltag berichten. Wir möchten auf dieser Seite einige Beispiele aufzeigen, wie Praxen über die normale Beratung hinaus agieren und sich engagieren.**

## Beispiel 1:

### Urologie am Ring in Köln

Die Urologen Dr. Oliver Gralla, Dr. Marc Birkhahn und Dr. Alexander Sahi erklären kompetent und einfach urologische Sachverhalte wie Erektionsstörungen, Kinderwunsch und Inkontinenz in ihren YouTube-Videos. Über 37.500 Abonnenten geben ihnen recht – ihre Erläuterungen stoßen auf großes Interesse. Dabei agieren sie immer aktuell und greifen Themen wie die aktuelle Corona-Krise ebenfalls mit auf.

Das Trio versucht auch individuelle und innovative Lösungsansätze aufzuzeigen. Der YouTube-Videos ersetzt sicherlich nicht den Besuch bei Spezialisten, aber Patienten und Interessenten erhalten einen guten ersten Einblick in das jeweilige Thema und können sich einen Überblick verschaffen.



## Beispiel 2:

### Zentrum für Urologie in Wiesloch

Das Zentrum für Urologie in Wiesloch ist sehr aktiv auf Facebook und Instagram und postet regelmäßig Insights der Praxis, die nicht rein medizinisch sind, sondern das Team sympathisch und nahbar zeigen. Die Accounts werden von den Arzthelferinnen betreut. Ein gutes Beispiel dafür, Sympathie aufzubauen und insbesondere jungen Menschen den Gang in die urologische Praxis zu erleichtern.

## Beispiel 3:

### Veröffentlichungen zur Urologie

Dr. Christoph Pies ist seit Jahren aus der Presse nicht mehr wegzudenken, denn er hat nicht nur Bücher veröffentlicht, sondern ist auch gefragter Gast in zahlreichen Redaktionen des WDR oder der BILD-Zeitung mit dem Ziel, die Männer-Gesundheitsförderung in den Fokus zu rücken.

Weitere Informationen zu seinem Buch „Männer-TÜV“ oder „Was passiert beim Urologen?“ finden Sie im Handel.

## Kurzarbeitergeld-Debatte: BvDU interveniert erfolgreich



Der Berufsverband der Deutschen Urologen e.V. (BvDU) begrüßt die Entscheidung der Bundesagentur für Arbeit, dass nun Vertragsarztpraxen einzeln geprüft werden, ob ihnen Kurzarbeitergeld bewilligt werden kann. Dr. Axel Schroeder, Präsident des Berufsverbands der Deutschen Urologen e.V., forderte Mitte Mai neben den angekündigten vertrags-

ärztlichen Ausgleichszahlungen dringend ein Schutzschild für den PKV-Bereich. Kurzarbeitergeld müsse je nach Praxisbesonderheiten und Honorarzusammensetzungen bewilligt werden, da ansonsten betriebsbedingte Kündigungen unvermeidlich seien.

Die Bundesagentur für Arbeit ruderte auf Druck der Verbände zurück und stellte in einer neuen Weisung klar, dass beschäftigte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer grundsätzlich Kurzarbeitergeld erhalten können.

Urologische Praxen in Deutschland müssen momentan erhebliche Einnahmefälle durch fehlende GKV-Leistungen hinnehmen. „Es gibt zwar einen Schutzschirm für Niedergelassene, der ist aber bislang nur eine Kann-Bestimmung der Politik und noch nicht verbindlich von der gemeinsamen Selbstverwaltung vereinbart“, erklärt BvDU-Präsident Schroeder. „Von garantierten, unveränderten Abschlags- und Restzahlungen sind wir noch weit entfernt, ohne die Gefahr einer späteren Reduktion bzw. Bereinigung aufgrund von

Fallzahlrückgängen.“ Auch bei den privatärztlichen Honoraren werden im laufenden Quartal Umsatzrückgänge von teilweise bis zu 50 Prozent verzeichnet.

Urologische Praxen erzielen in den meisten Fällen circa zwei Drittel aller Einnahmen durch GKV-Patienten, ein Drittel durch PKV-Versicherte. Teilweise liegt das Verhältnis sogar bei 50/50. Somit bilden die in der Behandlung von Beihilferechtigten und Selbstzahlern erzielten Honorare einen wesentlichen, die Funktionsfähigkeit der Praxen stützenden Bereich. Gravierende Honorarminderungen entstehen derzeit, weil unter COVID-19-Bedingungen nicht nur weniger Patienten behandelt werden, sondern auch viele Leistungen nicht erbracht werden können. Das betrifft zudem die extrabudgetären Kassenleistungen, wie die Vorsorge- und Nachsorgeuntersuchungen, Heimbesuche, belegärztliche und ambulante Operationen.



## 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 Erkrankung ein Leben bei guter Lebensqualität zu ermöglichen.

[www.astellas.de](http://www.astellas.de)  
[www.meine-prostata.de](http://www.meine-prostata.de)  
[www.fortbildung.astellas-med.de](http://www.fortbildung.astellas-med.de)

Astellas Pharma GmbH  
 Postfach 190103, 80601 München



# Die Welt nach Corona

Die Corona-Rückwärts-Prognose von Matthias Horx, Zukunftsforscher:  
Wie wir uns wundern werden, wenn die Krise „vorbei“ ist.



Ich werde derzeit oft gefragt, wann Corona denn „vorbei sein wird“, und alles wieder zur Normalität zurückkehrt. Meine Antwort:

Niemals. Es gibt historische Momente, in denen die Zukunft ihre Richtung ändert. Wir nennen sie Bifurkationen. Oder Tiefen Krisen. Diese Zeiten sind jetzt.

Die Welt „as we know it“ löst sich gerade auf. Aber dahinter fügt sich eine neue Welt zusammen, deren Formung wir zumindest erahnen können. Dafür möchte ich Ihnen eine Übung anbieten, mit der wir in Visionsprozessen bei Unternehmen gute Erfahrungen gemacht haben. Wir nennen sie die RE-Gnose. Im Gegensatz zur PRO-Gnose schauen wir mit dieser Technik nicht „in die Zukunft“. Sondern von der Zukunft aus ZURÜCK ins Heute. Klingt verrückt? Versuchen wir es einmal:

## Die Re-Gnose: Unsere Welt im Herbst 2020

Stellen wir uns eine Situation im Herbst vor, sagen wir im September 2020. Wir sitzen in einem Straßencafé in einer Großstadt. Es ist warm, und auf der Straße bewegen sich wieder Menschen. Bewegen sie sich anders? Ist alles so wie früher? Schmeckt der Wein, der Cocktail, der Kaffee, wieder wie früher? Wie damals vor Corona?

## Oder sogar besser?

Worüber werden wir uns rückblickend wundern?

Wir werden uns wundern, dass die sozialen Verzichtete, die wir leisten mussten, selten zu Vereinigungen führten. Im Gegenteil. Nach einer ersten Schockstarre fühlten sich viele sogar erleichtert, dass das viele Rennen, Reden, Kommunizieren auf Multikanälen plötzlich zu einem Halt kam. Verzichtete müssen nicht unbedingt Verlust bedeu-

ten, sondern können sogar neue Möglichkeitsräume eröffnen. Das hat schon mancher erlebt, der zum Beispiel Intervallfasten probierte – und dem plötzlich das Essen wieder schmeckte. Paradoxerweise erzeugte die körperliche Distanz, die der Virus erzwang, gleichzeitig neue Nähe. Wir haben Menschen kennengelernt, die wir sonst nie kennengelernt hätten. Wir haben alte Freunde wieder häufiger kontaktiert, Bindungen verstärkt, die lose und locker geworden waren. Familien, Nachbarn, Freunde, sind näher gerückt und haben sogar bisweilen verborgene Konflikte gelöst.

## Die gesellschaftliche Höflichkeit, die wir vorher zunehmend vermissten, stieg an.

Jetzt im Herbst 2020 herrscht bei Fußballspielen eine ganz andere Stimmung als im Frühjahr, als es jede Menge Massen-Wut-Pöbeleien gab. Wir wundern uns, warum das so ist.

Wir werden uns wundern, wie schnell sich plötzlich Kulturtechniken des Digitalen in der Praxis bewährten. Tele- und Videokonferenzen, gegen die sich die meisten Kollegen immer gewehrt hatten (der Business-Flieger war besser), stellten sich als durchaus praktikabel und produktiv heraus. Lehrer lernten eine Menge über Internet-Teaching. Das Homeoffice wurde für viele zu einer Selbstverständlichkeit – einschließlich des Improvisierens und Zeit-Jonglierens, das damit verbunden ist.

Gleichzeitig erlebten scheinbar veraltete Kulturtechniken eine Renaissance. Plötzlich erwischte man nicht nur den Anrufbeantworter, wenn man anrief, sondern real vorhandene Menschen. Das Virus brachte eine neue Kultur des Langtelefonierens ohne Second Screen hervor. Auch die „messages“ selbst bekamen plötzlich eine neue Bedeutung. Man kommunizierte wieder wirklich. Man ließ niemanden mehr zappeln. Man hielt niemanden mehr hin. So entstand eine neue Kultur der Erreichbarkeit. Der Verbindlichkeit.

Menschen, die vor lauter Hektik nie zur Ruhe kamen, auch junge Menschen, machten plötzlich

FFF.

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

# Werden Sie Teil unserer Urologie-Kampagne, die alle Akteure und Bereiche medienwirksam vereint!

**JETZT ANMELDEN**

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

Eine Initiative zur Gesundheitsförderung der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU) in Kooperation mit dem Berufsverband der Deutschen Urologen e.V. (BvDU).



ausgiebige Spaziergänge (ein Wort, das vorher eher ein Fremdwort war). Bücher lesen wurde plötzlich zum Kult.

Reality Shows wirkten plötzlich grottenpeinlich. Der ganze Trivial-Trash, der unendliche Seelenmüll, der durch alle Kanäle strömte. Nein, er

grausamster Krimi-Serien ihren Tipping Point.

Wir werden uns wundern, dass schließlich doch schon im Sommer Medikamente gefunden wurden, die die Überlebensrate erhöhten. Dadurch wurden die Todesraten gesenkt und Corona wurde zu einem Virus, mit dem wir eben umgehen



Foto: Shutterstock / Speerckings

verschwand nicht völlig. Aber er verlor rasend an Wert.

Kann sich jemand noch an den Political-Correctness-Streit erinnern? Die unendlich vielen Kulturkriege um ... ja um was ging es da eigentlich?

Krisen wirken vor allem dadurch, dass sie alte Phänomene auflösen, überflüssig machen...

Zynismus, diese lässige Art, sich die Welt durch Abwertung vom Leibe zu halten, war plötzlich reichlich out.

Die Übertreibungs-Angst-Hysterie in den Medien hielt sich, nach einem kurzen ersten Ausbruch, in Grenzen.

Nebenbei erreichte auch die unendliche Flut

müssen – ähnlich wie die Grippe und die vielen anderen Krankheiten. Medizinischer Fortschritt half. Aber wir haben auch erfahren: Nicht so sehr die Technik, sondern die Veränderung sozialer

#### WEITER INFORMIEREN

Weitere Informationen zu Matthias Horx und der Trend- und Zukunftsforschung finden Sie hier:

[www.horx.com](http://www.horx.com)

Verhaltensformen war das Entscheidende. Dass Menschen trotz radikaler Einschränkungen solidarisch und konstruktiv bleiben konnten, gab den Ausschlag. Die human-soziale Intelligenz hat geholfen. Die vielgepriesene Künstliche Intelligenz, die ja bekanntlich alles lösen kann, hat dagegen in Sachen Corona nur begrenzt gewirkt.

Damit hat sich das Verhältnis zwischen Technologie und Kultur verschoben. Vor der Krise schien Technologie das Allheilmittel, Träger aller

## Reality Shows wirkten plötzlich grottenpeinlich.

Utopien. Kein Mensch – oder nur noch wenige Hartgesottene – glauben heute noch an die große digitale Erlösung. Der große Technik-Hype ist vorbei. Wir richten unsere Aufmerksamkeit wieder mehr auf die humanen Fragen: Was ist der Mensch? Was sind wir füreinander?

Wir staunen rückwärts, wie viel Humor und Mitmenschlichkeit in den Tagen des Virus tatsächlich entstanden ist.

Wir werden uns wundern, wie weit die Ökonomie schrumpfen konnte, ohne dass so etwas wie „Zusammenbruch“ tatsächlich passierte, der vorher bei jeder noch so kleinen Steuererhöhung und jedem staatlichen Eingriff beschworen wurde. Obwohl es einen „schwarzen April“ gab, einen tiefen Konjunkturerinbruch und einen Börseneinbruch von 50 Prozent, obwohl viele Unternehmen pleitegingen, schrumpften oder in

FFF.

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

# Präsentieren Sie Ihre Arbeit, Praxis oder Klinik einem großen Fachpublikum!

**JETZT ANMELDEN**

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

Eine Initiative zur Gesundheitsförderung der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU) in Kooperation mit dem Berufsverband der Deutschen Urologen e.V. (BvDU).



etwas völlig anderes mutierten, kam es nie zum Nullpunkt. Als wäre Wirtschaft ein atmendes Wesen, das auch dösen oder schlafen und sogar träumen kann.

Heute im Herbst, gibt es wieder eine Weltwirtschaft. Aber die globale Just-in-Time-Produktion, mit riesigen verzweigten Wertschöpfungsketten, bei denen Millionen Einzelteile über den Planeten gekarrt werden, hat sich überlebt. Sie wird gerade demontiert und neu konfiguriert. Überall in den Produktionen und Service-Einrichtungen wachsen wieder Zwischenlager, Depots, Reserven. Ortsnahe Produktionen boomen, Netzwerke werden lokalisiert, das Handwerk erlebt eine Renaissance. Das Global-System driftet in Richtung GloKALisierung: Lokalisierung des Globalen.

Wir werden uns wundern, dass sogar die Vermögensverluste durch den Börseneinbruch nicht so schmerzen, wie es sich am Anfang anfühlte. In der neuen Welt spielt Vermögen plötzlich nicht mehr die entscheidende Rolle. Wichtiger sind gute Nachbarn und ein blühender Gemüsegarten.



Matthias Horx, Trend- und Zukunftsforscher  
Publizist und Visionär

Könnte es sein, dass das Virus unser Leben in eine Richtung geändert hat, in die es sich sowie so verändern wollte?

### RE-Gnose: Gegenwartsbewältigung durch Zukunfts-Sprung

Warum wirkt diese Art der „**Von-Vorne-Szenarios**“ so irritierend anders als eine klassische Prognose? Das hängt mit den spezifischen Eigenschaften unseres Zukunfts-Sinns zusammen. Wenn wir „in die Zukunft“ schauen, sehen wir ja meistens nur die Gefahren und Probleme „auf uns zukommen“, die sich zu unüberwindbaren Barrieren türmen. Wie eine Lokomotive aus dem Tunnel, die uns überfährt. Diese Angst-Barriere trennt uns von der Zukunft. Deshalb sind Horror-Zukünfte immer am Einfachsten darzustellen.

Re-Gnosen bilden hingegen eine Erkenntnis-schleife, in der wir uns selbst, unseren inneren Wandel, in die Zukunftsrechnung einbeziehen. Wir setzen uns innerlich mit der Zukunft in Verbindung, und dadurch entsteht eine Brücke zwischen heute und morgen. Es entsteht ein „**Future Mind**“ – Zukunfts-Bewusstheit.

Wenn man das richtig macht, entsteht so etwas wie Zukunftstheorie. Wir sind in der Lage, nicht nur die äußeren „Events“, sondern auch die inneren Adaptionen, mit denen wir auf eine veränderte Welt reagieren, zu antizipieren.

Das fühlt sich schon ganz anders an als eine Prognose, die in ihrem unwiderruflichen Charakter immer etwas Totes, Steriles hat. Wir verlassen die Angststarre und geraten wieder in die Lebendigkeit, die zu jeder wahren Zukunft gehört.

Wir alle kennen das Gefühl der geglätteten Angstüberwindung. Wenn wir für eine Behandlung zum Zahnarzt gehen, sind wir schon lange vorher besorgt. Wir verlieren auf dem Zahnarztstuhl die Kontrolle und

das schmerzt, bevor es überhaupt wehtut. In der Antizipation dieses Gefühls steigern wir uns

in Ängste hinein, die uns völlig überwältigen können. Wenn wir dann allerdings die Prozedur überstanden haben, kommt es zum Coping-Gefühl: Die Welt wirkt wieder jung und frisch und wir sind plötzlich voller Tatendrang.

Coping heißt: bewältigen. Neurobiologisch wird dabei das Angst-Adrenalin durch Dopamin ersetzt, eine Art körpereigene Zukunftsdroge. Während uns Adrenalin zu Flucht oder Kampf anleitet (was auf dem Zahnarztstuhl nicht so richtig produktiv ist, ebenso wenig wie beim Kampf

## Die Welt as we know it löst sich gerade auf.

gegen Corona), öffnet Dopamin unsere Hirnsynapsen: Wir sind gespannt auf das Kommende, neugierig, vorausschauend. Wenn wir einen gesunden Dopamin-Spiegel haben, schmieden wir Pläne, haben Visionen, die uns in die vorausschauende Handlung bringen.

Erstaunlicherweise machen viele in der Corona-Krise genau diese Erfahrung. Aus einem massiven Kontrollverlust wird plötzlich ein regelrechter Rausch des Positiven. Nach einer Zeit der Fassungslosigkeit und Angst entsteht eine innere Kraft. Die Welt „endet“, aber in der Erfahrung, dass wir immer noch da sind, entsteht eine Art Neu-Sein im Inneren.

**Mitten im Shut-Down der Zivilisation laufen wir durch Wälder oder Parks oder über fast leere Plätze.** Aber das ist keine Apokalypse, sondern ein Neuanfang.

FFF.

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

# Helfen Sie mit, die Welt der Urologie weiter bekannt zu machen!

**JETZT ANMELDEN**

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

Eine Initiative zur Gesundheitsförderung der  
Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU)  
in Kooperation mit dem Berufsverband der  
Deutschen Urologen e.V. (BvDU).



So erweist sich: Wandel beginnt als verändertes Muster von Erwartungen, von Wahrnehmungen und Weltverbindungen. Dabei ist es manchmal gerade der Bruch mit den Routinen, dem Gewohnten, der unseren Zukunftssinn wieder frei-

---

## System reset. Cool down! Musik auf den Balkonen! So geht Zukunft.

---

setzt. Die Vorstellung und Gewissheit, dass alles ganz anders sein könnte – auch im Besseren.

Vielleicht werden wir uns sogar wundern, dass Trump im November abgewählt wird. Die AFD zeigt ernsthafte Zerfransens-Erscheinungen, weil eine bössartige, spaltende Politik nicht zu einer Corona-Welt passt. In der Corona-Krise wurde deutlich, dass diejenigen, die Menschen gegeneinander aufhetzen wollen, zu echten Zukunftsfragen nichts beizutragen haben. Wenn es ernst wird, wird das Destruktive deutlich, das im Populismus wohnt.

Politik in ihrem Ursinne als Formung gesellschaftlicher Verantwortlichkeiten bekam in dieser Krise eine neue Glaubwürdigkeit, eine neue Legitimität. Gerade weil sie „autoritär“ handeln musste, schuf Politik Vertrauen ins Gesellschaftliche. Auch die **Wissenschaft hat in der Bewährungskrise eine erstaunliche Renaissance erlebt**. Virologen und Epidemiologen wurden zu Medienstars, aber auch „futuristische“ Philosophen, Soziologen, Psychologen, Anthropologen, die vorher eher am Rande der polarisierten Debatten standen, bekamen wieder Stimme und

Gewicht. Fake News hingegen verloren rapide an Marktwert. Auch Verschwörungstheorien wirkten plötzlich wie Ladenhüter, obwohl sie wie saures Bier angeboten wurden.

### Ein Virus als Evolutionsbeschleuniger

Tiefe Krisen weisen obendrein auf ein weiteres Grundprinzip des Wandels hin: Die Trend-Gegentrend-Synthese. Die neue Welt nach Corona – oder besser mit Corona – entsteht aus der Disruption des Megatrends Konnektivität. Politisch-ökonomisch wird dieses Phänomen auch „Globalisierung“ genannt. Die Unterbrechung der Konnektivität – durch Grenzschließungen, Separationen, Abschottungen, Quarantänen – führt aber nicht zu einem Abschaffen der Verbindungen. Sondern zu einer Neuorganisation der Konnektome, die unsere Welt zusammenhalten und in die Zukunft tragen. Es kommt zu einem Phasensprung der sozio-ökonomischen Systeme.

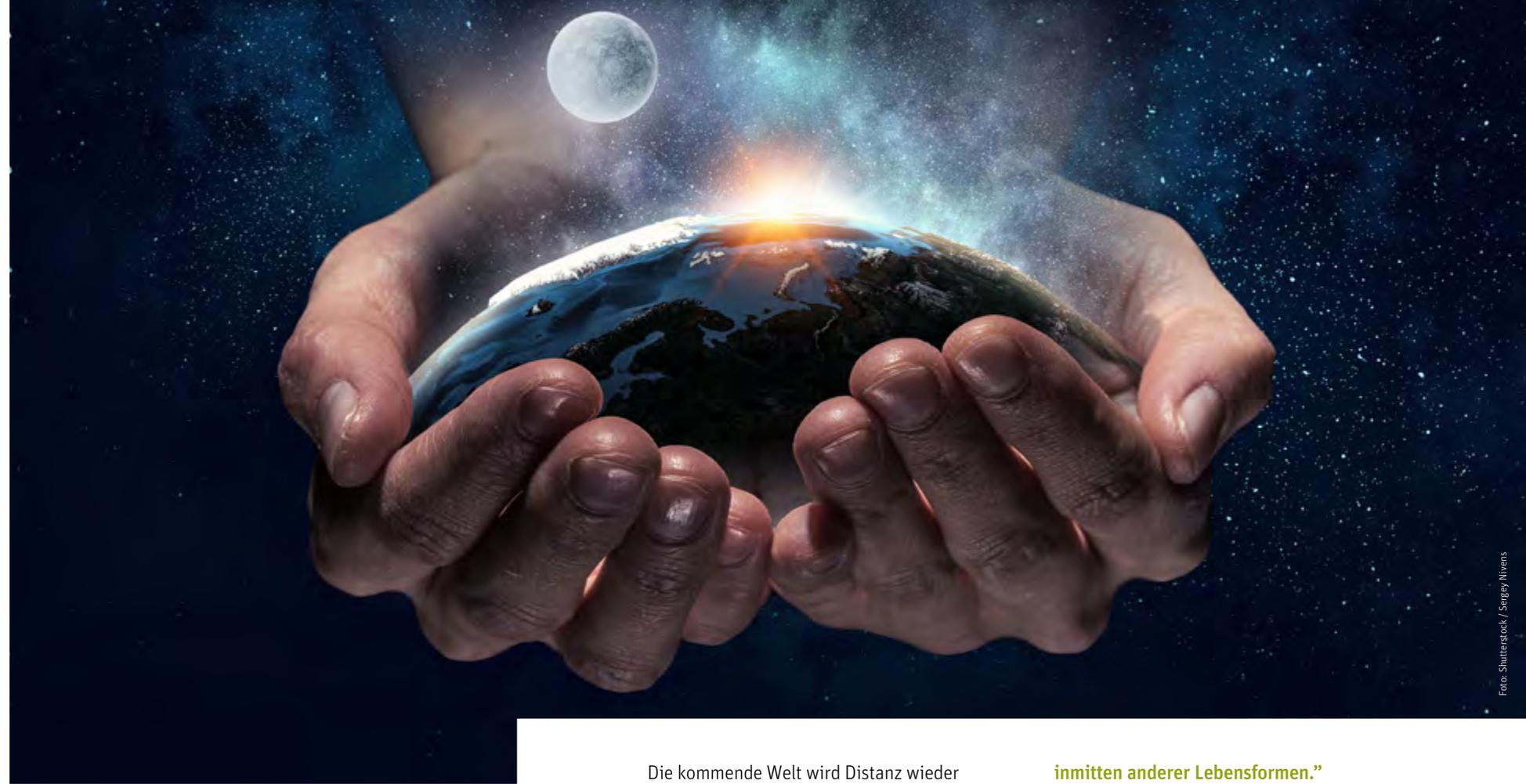


Foto: Shutterstock / Sergey Nivens

Die kommende Welt wird Distanz wieder schätzen – und gerade dadurch Verbundenheit qualitativer gestalten. Autonomie und Abhängigkeit, Öffnung und Schließung werden neu ausbalanciert. Dadurch kann die Welt komplexer, zugleich aber auch stabiler werden.

**Diese Umformung ist weitgehend ein blinder evolutionärer Prozess** – weil das eine scheitert, setzt sich das Neue überlebensfähig durch. Das macht einen zunächst schwindelig, aber dann erweist es seinen inneren Sinn: Zukunftsfähig ist das, was die Paradoxien auf einer neuen Ebene verbindet. Dieser Prozess der Komplexierung – nicht zu verwechseln mit Komplizierung – kann aber auch von Menschen bewusst gestaltet werden. Diejenigen, die das können, die die Sprache der kommenden Komplexität sprechen, werden die Führer von morgen sein. Die werdenden Hoffnungsträger. Die kommenden Gretas.

**„Wir werden durch Corona unsere gesamte Einstellung gegenüber dem Leben anpassen – im Sinne unserer Existenz als Lebewesen**

### inmitten anderer Lebensformen.“

Slavo Žižek im Höhepunkt der Coronakrise Mitte März

Jede Tiefenkrise hinterlässt eine Story, ein Narrativ, das weit in die Zukunft weist. Eine der stärksten Visionen, die das Coronavirus hinterlässt, sind die musizierenden Italiener auf den Balkonen. Die zweite Vision senden uns die Satellitenbilder, die plötzlich die Industriegebiete Chinas und Italiens frei von Smog zeigen.

2020 wird der CO<sub>2</sub>-Ausstoß der Menschheit zum ersten Mal fallen. Diese Tatsache wird etwas mit uns machen. Wenn das Virus so etwas kann – können wir das womöglich auch? Vielleicht war der Virus nur ein Sendebote aus der Zukunft. Seine drastische Botschaft lautet:

Die menschliche Zivilisation ist zu dicht, zu schnell, zu überhitzt geworden. Sie rast zu sehr in eine bestimmte Richtung, in der es keine Zukunft gibt. Aber sie kann sich neu erfinden.

# DGU INSIDE

• Einblicke in die Verbandsarbeit •



• WEBSITE •

## Urologenportal und künstliche Intelligenz

„Glückwunsch! So viele Besucher hatten Sie noch nie in einem Monat“ – so wurden wir beim ersten Besuch von „Analytics“, der Webseitenanalyse des Urologenportals, dieses Jahr im Februar begrüßt. „Ihre Website besuchten im letzten Monat 147.000 Nutzer.“ Das sei – so „Analytics Intelligence“ - seit dem Relaunch 2016 die höchste Besucherzahl. Wenn das kein guter Start für das Urologenportal in das neue Jahr war!

Zum Vergleich: In den ersten Monaten nach dem Relaunch hatten wir monatlich „nur“ rund 70.000 Besucher! Hinter „Analytics Intelligence“ verbirgt sich übrigens ein maschineller Lernalgorithmus, der uns auf einen Blick zeigt, wie unsere Website genutzt wird – die Künstliche Intelligenz (KI) hat also auch hier Einzug gehalten. Spannend ist natürlich, welches die Top-Themen im Januar 2020, dem offensichtlichen „Boom-Monat“ des Urologenportals, waren.

### Hier eine Übersicht:

1. Nieren- und Harnwegsinfektionen (21.666 Aufrufe)
2. Die Beschneidung beim Mann (18.983 Aufrufe)
3. Blut im Urin (15.996 Aufrufe)
4. Urologensuche (10.663 Aufrufe)
5. Erektionsstörungen (8.705 Aufrufe)

Auch wenn das Thema „PSA“ im Januar 2020 laut Analytics nicht unter den TOP-Five der aufgerufenen Seite zu finden ist, hat es sicher auch mit den erhöhten Besucherzahlen zu tun, denn allein die Seite mit unserer Pressemitteilung vom 13.01.2020:

„**Postitionspapier der Deutschen Gesellschaft für Urologie zum Vorbericht: Prostatakrebs-screening mittels PSA-Test (S19-01) des IQWiG**“ wurde insgesamt 7.185 Mal aufgerufen.



• AUSGEZÄHLT •

## Weil wir Zahlen lieben...

Und wenn wir schon einmal dabei sind, wollten wir zu Beginn des Jahres auch gleich wissen, welche Statistiken der „Informationsdienst Wissenschaft“ (idw) liefern kann. Über den idw können wir unsere Pressemitteilungen direkt an interessierte Journalisten (das sind für unsere urologischen und wissenschaftlichen Themen durchschnittlich 3.000 beim idw akkreditierte Medienvertreter) zur Verfügung stellen. Neben dem Versand der Pressemitteilungen ist dies für uns der wichtigste öffentliche Verbreitungsweg!

# 16.997

Unsere Pressemitteilungen, die wir seit dem 01.01.2020 veröffentlicht haben, wurden bis Anfang Februar wie folgt über den idw direkt gerufen und an insgesamt 16.997 Journalisten (Doppelungen natürlich möglich!) verschickt. Im Einzelnen:

„**IQWiG-Vorbericht „Prostatakrebscreening mittels PSA-Test“** - DGU reicht Stellungnahme ein“, 4.02.2020 (1.081 Direktabrufe der Meldung)

„**DGU bedauert Entscheidung des Bundestages zur Organspende**“ 16.01.2020 (616 gezielte Abrufe)

„**Postitionspapier der DGU zum Vorbericht: Prostatakrebscreening mittels PSA-Test**“ (S19-01) des IQWiG 13.01.2020 (1.170 gezielte Abrufe)

„**Urologie 2020 – es ist Zeit**“ für Digitalisierung und bessere Früherkennung – DGU-Präsident drückt aufs Tempo“ 08.01.2020 (915 Abrufe)

• BELIEBT •

## Das Who's who der Medienpreisträger

Print, TV, Online – unterschiedliche Erkrankungen, verschiedene Blickwinkel:



Foto: DGU / Bertram Solcher

Gemeinsam sind den ausgezeichneten Beiträgen die hohe Qualität der Recherche und die seriöse und verständliche Information für die Öffentlichkeit. 2019 wurde **Ben Bode** für seine Web-Reportage beim WDR „Hodenkrebs – Gefahr für junge Männer!“ ausgezeichnet, im Jahr zuvor war es der Regisseur, Autor und freie Journalist **John A. Kantara** für seine Dokumentation „Tabu Inkontinenz“, die 3Sat zeigte. 2017 erhielt **Sonja Gibis**, Redakteurin der Apotheken Umschau, den Medienpreis für ihren Beitrag „Prostatakrebs: Pro und contra PSA-Test“, 2015 war es die Wissenschaftsjournalistin **Franziska Lehnert** für ihren Artikel „Observieren oder operieren“ im FOCUS Magazin. 2015 ging der Preis an den Regisseur und Autor **Alexander Czogalla** für seine NDR-TV-Reportage „Impotenz – die Angst der Männer“. Erste Preisträgerin war 2014 die freie Journalistin und Diplom-Pädagogin **Marthe Kniep**, die als Ghostwriterin des legendären Sexualberaters Dr. Sommer im Jugendmagazin BRAVO für ihre Online-Berichterstattung über die Beschneidung von Jungen gewürdigt wurde. Alle Beiträge stehen online auf dem Urologenportal zur Verfügung.

# 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 von mehreren Prominenten 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 der Urologie, 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 2.200 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.

Danke für Ihre Unterstützung,  
**über 2.200 Urologen**  
unterstützen die Kampagne bis heute.

## Die Kampagne in Zahlen

Unsere Kampagnen-Website [www.urologie-fuer-alle.de](http://www.urologie-fuer-alle.de) erreicht monatlich durchschnittlich **15.000 Nutzer** und rund 22.000 Seitenaufrufe. Über unsere Social-Media-Kanäle haben wir seit Beginn des Jahres fast **500.000 Personen** erreicht. Mit unseren über 1,5 Mio Print-Werbemitteln (Flyer, Plakate etc.) pro Jahr sind wir in sehr vielen der über **2.200 registrierten Praxen und Kliniken** vertreten.

## Warum sollten Sie mitmachen?

Durch die Kampagne und die Ärztesuche auf der Website [www.urologie-fuer-alle.de](http://www.urologie-fuer-alle.de) 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 über das urologische Fachgebiet aufzuklären.

## 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)



## WERBEMITTEL ANFORDERN UND UNTERSTÜTZEN!

Helfen Sie uns dabei, das Thema Vorsorge in den Fokus zu rücken und fordern Sie noch heute unsere Patientenflyer, Vorsorgeplaner und Poster an. Eine E-Mail genügt:

[info@urologie-fuer-alle.de](mailto:info@urologie-fuer-alle.de)



• SERVICE •

# Kongress

Treffen Sie uns, hoffentlich persönlich, auf dem 72. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V. vom **23. bis 26. September 2020** im Kongress-Center-Leipzig und sprechen Sie mit uns über die FFF-Kampagne in entspannter Atmosphäre am DGU-Stand.

• AUSBLICK •

# Nächste Ausgabe

Die nächste Ausgabe des **Urologie INSIDE Magazins** erscheint im **September 2020** und wird einen Rückblick auf die Corona-Pandemie sowie einen Einblick in die Umsetzung der aktuellen Kampagne, aber auch eine Bilanz des DGU Präsidenten Professor Dr. med. Dr. h.c. mult. Jens Rassweiler FRCS enthalten.

Weitere interessante Themen werden neben dem neuen Videoblog „KRASS gefragt“ auch eine kritische Betrachtung der Veränderung der Kommunikationskanäle mit den Patienten in Zeiten von WhatsApp, Google, Facetime und Co. 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](mailto:info@open-minded.de)  
Internet: [www.open-minded.de](http://www.open-minded.de)

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

### Redaktion

Prof. 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: DGU / Pressestelle

©2020 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 OpenMinded 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 OpenMinded Webkonzepte GmbH und deren Autoren nicht zulässig.

FFF.

• SPONSOREN UND PARTNER •

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

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

### Unsere Schirmherren



[www.urologenportal.de](http://www.urologenportal.de)



[www.urologie-gestalten.de](http://www.urologie-gestalten.de)

### Unsere Gold-Partner



[www.msd.de](http://www.msd.de)



[www.roche.de](http://www.roche.de)

### Unsere Basic-Partner



[www.astellas.com](http://www.astellas.com)



[www.janssen.com](http://www.janssen.com)

### Unsere Supporter



[www.bms.com](http://www.bms.com)



[www.bms.com](http://www.bms.com)

Weitere Informationen zu den Partnern finden Sie unter:  
[www.urologie-fuer-alle.de](http://www.urologie-fuer-alle.de)

TECENTRIQ® ▼

# Breiteste Evidenz für Ihre mUC-Patienten<sup>\*,1-6</sup>

**TECENTRIQ®**  
atezolizumab



NSCLC



SCLC



UC



TNBC

**mUC:** lokal fortgeschrittenes oder metastasiertes Urothelkarzinom.

\* Erfahrung mit über 2.100 mUC-Patienten.

1 Petrylak DP et al. JAMA Oncol 2018; 4(4): 537 – 544.

2 Balar AV et al. Lancet 2017; 389: 67 – 76.

3 Rosenberg JE et al. Lancet 2016; 1909 – 1920.

4 Powles T et al. Lancet 2018; 391: 748 – 757.

5 Sternberg CN et al. Eur Urol. 2019; pii: S0302-2838(19)30201-5.

6 Roche data on file (compassionate use program).

## Tecentriq® 840 mg/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 (grenzsch.drug\_safety@roche.com oder Fax +49 7624/14-3183) oder an das Paul-Ehrlich-Institut (www.pei.de oder Fax: +49 6103/77-1234).

**Wirkstoff:** Atezolizumab. **Zusammensetzung:** 840 mg: Eine Durchstechflasche mit 14 ml Konzentrat enthält 840 mg Atezolizumab, entsprechend einer Konzentration von 60 mg/ml vor Verdünnung. 1.200 mg: 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 %, Sucrose, Polysorbat 20, Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** **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. **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. Tecentriq wird angewendet in Kombination mit nab-Paclitaxel und Carboplatin, zur Erstlinienbehandlung des metastasierten NSCLC mit nicht-platteneithelialer Histologie bei erwachsenen Patienten, die keine EGFR-Mutationen und kein ALK-positives NSCLC haben. **Kleinzelliges Lungenkarzinom:** Tecentriq wird angewendet in Kombination mit Carboplatin und Etoposid bei erwachsenen Patienten zur Erstlinienbehandlung des kleinzelligen Lungenkarzinoms im fortgeschrittenen Stadium (Extensive Stage Small Cell Lung Cancer, ES-SCLC). **Triple-negative Mammakarzinom:** Tecentriq wird angewendet in Kombination mit nab-Paclitaxel bei erwachsenen Patienten zur Behandlung des nicht rezetierbaren lokal fortgeschrittenen oder metastasierten triple-negativen Mammakarzinoms (TNBC = triple-negative breast cancer), deren Tumoren eine PD-L1-Expression  $\geq 1\%$  aufweisen und die keine vorherige Chemotherapie zur Behandlung der metastasierten Erkrankung 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, Schmerzen des Muskel- und Skelettsystems, Fieber, Ermüdung (Fatigue), Asthenie, Thrombozytopenie, infusionsbedingte Reaktion, Hypothyreose, Hypokaliämie, Hyponatriämie, Hyperglykämie, Hypotonie, Pneumonitis, Hypoxie, verstopfte Nase, Nasopharyngitis, Abdominalschmerzen, Kolitis, Dysphagie, Schmerzen im Oropharynx, erhöhte AST/ALT, Hepatitis, grippeähnliche Erkrankung, Schüttelfrost, Hyperthyreose, Diabetes mellitus, Nebenniereninsuffizienz, Guillain-Barré-Syndrom, Meningoenzephalitis, Pankreatitis, Myositis, Hypophysitis, Myastheniesyndrom, Myokarditis, Nephritis. **Kombinationstherapie:** Lungeninfektion, Anämie, Thrombozytopenie, Neutropenie, Leukopenie, Hypothyreose, verminderter Appetit, Hypoagnesämie, periphere Neuropathie, Schwindelgefühl, Kopfschmerzen, Dyspnoe, Husten, Übelkeit, Diarrhoe, Obstipation, Erbrechen, Hautausschlag, Pruritus, Alopezie, Arthralgie, Schmerzen des Muskel- und Skelettsystems, Rückenschmerzen, Fieber, Ermüdung (Fatigue), Asthenie, erhöhte alkalische Phosphatase im Blut, erhöhtes Kreatinin im Blut, Lymphopenie, Hypokaliämie, Hyponatriämie, Synkope, Dysphonie, Stomatitis, Dysgeusie, erhöhte AST/ALT, Proteinurie. 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: Februar 2020