Urologie umfasst mehr

Das Motto des diesjährigen Jahreskongresses „Urologie umfasst mehr“ steht für die Vielfalt unseres Faches über geschlechts- und altersspezifische Grenzen hinaus. Denn der Urologe und die Urologin sind mehr als „der Arzt für den Mann und die Prostata!“ Die Betonung dieses männerärztlichen Fokus hat fast unbemerkt dazu geführt, dass der immanente urologische Therapieauftrag, die Behandlung von Nieren-, Blasen- und Genitalerkrankungen beider Geschlechter und aller Altersgruppen, in der medialen Berichterstattung und der Wahrnehmung der Öffentlichkeit in den Hintergrund getreten ist. Selbstverständlich muss der urologisch erkrankte Mann behandelt werden – aber auch die urologisch erkrankte Frau und das urologisch erkrankte Kind. Deshalb müssen wir in der Außendarstellung unsere organbezogenen Diagnose- und Therapiekompetenzen intensiver strategisch verfolgen und gezielter dafür werben, dass in der Urologie nicht nur Männer, sondern auch Frauen und Kinder behandelt werden.

Die Beiträge dieses Kongressheftes sollen dazu beitragen, etwas von der Vielfalt und den Perspektiven unseres Faches wiederzugeben. Ein wichtiger Trend der letzten Jahre ist die zunehmende Ambulantisierung der onkologischen Therapie. Da wir Urologen nahezu ein Viertel aller Malignome therapieren, werden Begehrlichkeiten bei anderen Fachgruppen geweckt. Der Nutzen neuer, höchst effektiver, aber auch sehr teurer Therapeutika wird evaluiert werden müssen. Dies ist ohne Studienzentren in der ambulanten Versorgung kaum vorstellbar. In diesem Kontext ist der Beitrag von Dr. Gleißner aus Wuppertal „Erfahrungen eines ambulanten Studienzentrums“ sehr wichtig, da bei Vorliegen der entsprechenden logisti-

schen Voraussetzungen hohe Patientenzahlen rekrutiert und qualitativ auf hohem Niveau therapiert bzw. in Studien evaluiert werden können. Der Autor beschreibt den großen Nutzen von „study nurses“, die einen großen Teil der aufwendigen Dokumentationsarbeiten erledigen können, aber auch die finanziellen und logistischen Verpflichtungen, die man durch den notwendigen Aufbau eines solchen Zentrums eingeht. Ich bin der festen Überzeugung, dass nur durch solche ambulante Studienzentren langfristig und flächendeckend nicht nur eine sektorenübergreifende gemeinsame Versorgung der Patienten erfolgen wird, sondern auch eine GCP-konforme („good clinical practice“), studiengestützte Therapieverbesserung dokumentiert werden kann. In diesem Zusammenhang sind auch die Übersichtsarbeit von PD Dr. Ohlmann aus Homburg, der über die „Nachsorge Urologischer Tumorbehandlungen“ berichtet und die Arbeit von Dr. Winter aus Oldenburg „Zunahme des onkologischen Versorgungsbedarfs durch demographischen Wandel“, der die aktuelle Versorgungsrealität widerspiegelt, wichtig und lesenswert. Sicher werden auch Biobanken gerade im Rahmen der personalisierten onkologischen Therapie von urologischen Patienten eine Rolle spielen. Im Fokus stehen jedoch aktuell eher Forschungsfragen, wie in dem Beitrag „Struktur von Biobanken für die urologische Forschung“ aus der Heidelberger Universitätsklinik von Prof. Dr. Hohenfellner dargestellt.

Ein weiterer Beitrag von Dr. Gleißner mit dem Thema „Urologie am Ende des Lebens – Der Urologe als Palliativmedizi-

Prof. Dr. S. Roth ist Präsident der Deutschen Gesellschaft für Urologie 2014/2015.

ner“ ist die konsequente Fortsetzung der onkologischen Verantwortung für unsere Patienten. Er hält richtig fest „Wir Urologen können und sollen unsere Patienten bis zuletzt in ihrer selbst gewählten Umgebung begleiten. Dabei bewegt sich unsere Therapieentscheidung auf einem schwierigen Grad zwischen unkritischem Aktionismus mit Gefahr der Übertherapie und dem ebenfalls unangemessenen therapeutischen Nihilismus.“ Der Artikel schildert das Spektrum der Therapiemöglichkeiten, aber auch den erheblichen Aufwand mit hohem Vernetzungsgrad, um der Aufgabe als Palliativmediziner gerecht zu werden.

In der operativen urologischen Tumorchirurgie wurden in den letzten Jahrzehnten revolutionäre Entwicklungen gemacht: Sowohl technische Entwicklungen wie die laparoskopische und roboterassistierte Chirurgie als auch innovative operative Konzepte wie bei der Konstruktion von orthotopen und heterotopen Ersatzblasen. Mit großer Sorge sehe ich, dass die operative Kunst der Konstruktion von Ersatzblasen mit Harnröhrenanschluss (orthotop), insbesondere aber der Ersatz durch eine kontinente, kateterisierbare Bauchnabelblase (sog. heterotoper Pouch) mehr und mehr in den Hintergrund tritt. Warum? Ist es der ökonomische Druck, der den operativen Mehraufwand nicht mehr abbildet, ist es die zunehmend erschwerte operative Ausbildung der Mitarbeiter, ist es die Angst vor Komplikationen im Rahmen der um sich greifenden Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken? Wir Urologen sollten dieses mühsam erworbene operative Wissen erhalten. Es ist nach komplexen, meist onkologischen Eingriffen für die Lebensqualität insbesondere der jungen Betroffenen möglicherweise ungemein bedeutsam. Ich erlebe dies insbesondere in der Kooperation mit der Gynäkologischen Klinik in Kaiserswerth in Düsseldorf unter der Leitung von Prof. Dr. Lampe. Für die oft sehr jungen Patientinnen ist bei einer notwendigen Exenteration aufgrund eines lokal fortgeschrittenen oder rezidivierenden gynäkologischen Tumors die Vermeidung eines urologischen inkontinenter Stomas sehr wichtig. Der Beitrag von

Prof. Dr. Kälbe aus Fulda (einem seit Jahren ausgewiesenen Spezialisten auf dem Gebiet der Harnableitung) „Harnableitung mit kontinentem Nabelstoma“ ist in diesem Zusammenhang wichtig und thematisiert die spezifischen Anforderungen an Patientenauswahl, die verschiedenen operativen Techniken und Fragen der Nachsorge.

So banal das Thema klingt, so quälend ist es für die Betroffenen und die damit konfrontierten Ärzte. Unter dem Begriff bzw. der Entität des sog. Urethrasyndroms können sich eine Vielzahl von Erkrankungen subsumieren. Seit vielen Jahren hat hier keine Überprüfung unseres Wissenstands stattgefunden und es ist Dr. Dreger aus Wuppertal zu verdanken, dass er sich der Thematik angenommen hat. „Das Urethrasyndrom: Fakt oder Fiktion – ein Update“ ist ein höchst lesenswerter und sicherlich in vielen Momenten unseres ärztlichen Alltags hilfreicher Artikel.

Der Beitrag „Deutsche Validierung des Acute Cystitis Symptom Score“ von Dr. Alidjanov aus der Arbeitsgruppe von Prof. Wagenlehner zeigt die Notwendigkeit, einheitliche Kriterien anzuwenden, um Therapieerfolge verfolgen und erfassen zu können. Und bezüglich der Steintherapie bleibt festzuhalten, dass die Behandlung der Urolithiasis unverändert eine der wichtigsten Säulen der Urologie ist. So revolutionär die extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) als Erfindung war, so sehr droht sie im Rahmen der Verweilzeit-getriggerten Behandlungen in den Hintergrund zu rücken. Eine fatale Fehlentwicklung, denn in erfahrener Hand durchgeführt, bleibt die ESWL eine Revolution. Es wäre meine persönliche Präferenz beispielsweise bei einem hohen Ureterstein und vielleicht auch bei einem kleinen, intermittierend okkludierenden Nierenbeckenstein. Deshalb ist die Übersicht von Dr. Schnabel „Stoßwellenlithotripsie in Deutschland“ wichtig. Wir sollten eine so erfolgreiche nicht-invasive Therapiemethode, die einen Nobelpreis verdient hätte, auch als Fachgesellschaft nicht aus rein ökonomischen Gründen in den Hintergrund drängen.

Ich hoffe, dass Ihnen die Lektüre des Kongressheftes spannende Anregungen und Informationen vermittelt und danke den Autoren für Ihre Beiträge.

Prof. Dr. S. Roth

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. S. Roth

Klinik für Urologie und Kinderurologie,
HELIOS-Klinikum Wuppertal,
Lehrstuhl für Urologie der
Universität Witten/Herdecke
Heusnerstraße 40,
42283 Wuppertal
stephan.roth@helios-
kliniken.de

Interessenkonflikt. S. Roth gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.