

Engagement, sein Können und seine Weitsicht haben ihm eine bundesweite Reputation verschafft und ihn zu einem der renommiertesten Vertreter der Krebs-Selbsthilfe gemacht“, sagte Jeannette Arenz in ihrer Laudatio. Arenz ist Leiterin der Abteilung Rehabilitation und Gesundheit beim Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband. „Professor Englert hat sehr früh erkannt, welchen wichtigen Beitrag die Krebs-Selbsthilfe bei der Behandlung krebserkrankter Patienten leistet, und er hat Persönlichkeiten wie Mildred Scheel von den Anliegen der Krebs-Selbsthilfe überzeugt“, so Arenz.

Der Deutsche Krebshilfe Preis geht zurück auf eine Erbschaft, welche die Deutsche Krebshilfe im Jahr 1996 erhielt. Diese Erbschaft war verbunden mit der Auflage, den Erlös zinsbringend anzulegen und aus den Erträgen einen jährlichen Preis für herausragende Arbeiten in der Onkologie zu vergeben. Mit der Verleihung des Deutschen Krebshilfe Preises kommt die in Bonn ansässige Organisation dem letzten Wunsch der Familie Dr. Wilhelm Hoffmann nach.

*Pressemitteilung der Deutschen Krebshilfe e.V.,
Dezember 2010*

Berufsverband der Deutschen Urologen

BDU-Präsident Dr. Axel Schroeder im Interview

Red. (mk): Dr. Axel Schroeder wurde im Rahmen des 62. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V. zum Präsidenten des Berufsverbandes der Deutschen Urologen e.V. (BDU) gewählt. Dr. Schroeder ist niedergelassener Urologe in Neumünster, Schleswig-Holstein. Er gab dem Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V. im Januar 2011 das nachstehende Interview.

Herr Dr. Schroeder, welche Programmschwerpunkte werden Sie während Ihrer Präsidentschaft verfolgen?

Kollegiale Zuwendung, Mitsprache und Information der niedergelassenen Kollegen an der Basis, transparentes Handeln in den Organen des BDU und stärkere politische Durchsetzungskraft durch gezieltes Lobbying in allen Versorgungsebenen – das sind die Prinzipien, die mich bei der Führung unseres Berufsverbands leiten. Dazu gehören außerdem auch Strukturanpassungen (Transparenz) und neue Prozesse (Kommunikation) im BDU.

Zu den dringlichsten Aufgaben des Berufsverbands der Deutschen Urologen zählt die Sicherung einer qualifizier-

ten, wohnortnahen und flächendeckenden urologischen Versorgung mit dem Ziel, regionale Versorgungsverantwortung durch Praxen und Kliniken zu übernehmen. Dazu bedarf es der Stärkung regionaler urologischer Verbände und Netzwerke mit dem Ziel der Verzahnung ambulanter und stationärer Urologie sowie integrierter Versorgung.

Zentrale Herausforderungen sind darüber hinaus die onkologische Versorgung, Versorgungsforschung und neue Versorgungsformen wie die sektorübergreifende Versorgung.

Bei der Umsetzung des Paragraphen 116 b (Zulassung der Kliniken zur ambulanten Versorgung in besonderen Fällen), beim Aufbau Medizinischer Versorgungszentren und integrierter Versorgung stehe ich für Kooperation statt Konfrontation. Voraussetzung dafür ist die gleichberechtigte Partnerschaft des ambulanten und stationären Sektors zwecks Ausgleichs von Versorgungsdefiziten.



Der BDU ist ein Mitgliederverband, der die beruflichen und berufspolitischen Interessen der Ärzte aus Klinik und Praxis vertritt und somit in der Pflicht steht, neue Versorgungsformen zur Verbesserung der Patientenbetreuung zu entwickeln und zu gestalten.

Urologinnen und Urologen in Klinik und Praxis sind die qualifizierten Versorger u. a. von Prostataerkrankungen, urologischen Krebserkrankungen und Leiden des unteren und des oberen Harntrakts. Dies gilt es zukünftig noch deutlicher in der Gesellschaft darzustellen. Wir sehen die Versorgungsverantwortung schon bei unserer Facharztgruppe und diesen Anspruch wollen wir erfüllen – mehr denn je.

Gibt es für die Behandlung des Prostatakarzinoms eine spezielle Qualifikation niedergelassener Urologen, und woran kann der Patient diese Ärzte erkennen?

Sie erkennen diese Urologinnen und Urologen an der Gebietsbezeichnung „Urologie“. Jeder Facharzt für Urologie hat im Rahmen seiner Facharztausbildung gemäß der Weiterbildungsordnung das gesamte Spektrum der urologischen Krebserkrankungen durchlaufen. Prostatakrebserkrankungen stehen da an erster Stelle. Hier sind die Qualifikationen durch Leitlinienorientierung gestützt.

Zusatzqualifikationen mit den anerkannten Zusatzbezeichnungen wie „Spezieller Urologischer Chirurgie“ und der „Medikamentösen Tumortherapie“ sind ein weiterer Nachweis. Dazu gehört auch die Zulassung als onkologisch bevollmächtigter Vertragsarzt im Rahmen der Zusatzvereinbarung „Onkologie“ der kassenärztlichen Versorgung.

Wie wird der BDU die Anwendung der S3-Leitlinien für das Prostatakarzinom sicherstellen und prüfen?

Der BDU hat im Jahre 2010 im Rahmen der Fortbildung umfassende Seminare zu den S3-Leitlinien des Prostatakarzinoms in Deutschland abgehalten und setzt diese Fortbildungsreihe auch in 2011 fort.

Ferner ist gerade diese Leitlinie aufgrund des hohen Versorgungsbedarfs ständiges Thema in der Fort- und Weiterbildung. Geprüft werden Richtlinien letztendlich durch Patientenzufriedenheit, Ergebnisqualität und Versorgungsforschung, wie z. B. die HAROW-Studie, die der BDU mit initiiert hat und begleitet.

Dazu gehört auch die Beteiligung an der neuen präferenzbasierten randomisierten Studie beim Niedrig-Risiko-Prostatakarzinom.

Welche Gründe sprechen für die Kooperation niedergelassener Urologen mit Prostatakarzinomzentren bzw. Prostatazentren?

Das Prostatakarzinom ist mit über 60.000 Neuerkrankungen pro Jahr der häufigste Krebs beim Mann.

Eine flächendeckende, wohnortnahe und qualifizierte Versorgung wird nur durch die ambulante Versorgung niedergelassener Urologinnen und Urologen und stationär durch die Urologischen Kliniken gewährleistet.

Der Facharzt für Urologie ist nicht nur der Lotse in Sachen Prostatakrebs, sondern der Führende und Verantwortliche in Diagnostik und Therapie des Prostatakarzinoms. Der niedergelassene Urologe erfüllt hier die Rolle eines Primärarztes in Kooperation mit der stationären Versorgung, auch fachgruppenübergreifend.

Steuernd und führend in Kooperation mit den beteiligten Fachgebieten ambulant und stationär sind in diesem Prostatanetzwerk auch Prostatazentren und Prostatakarzinomzentren ergänzend eingebunden.

Für die Primärversorgung sind Zentren im Sinne einer flächendeckenden und wohnortnahen Versorgung ungeeignet.

In der Sekundärversorgung, insbesondere bei fortgeschrittenen Krebserkrankungen, bedarf es dieser Zentren als integralem Bestandteil einer qualifizierten Versorgung im regionalen Kompetenznetz.

Gibt es notwendige therapeutische Maßnahmen, die von den Krankenkassen nicht vergütet werden?

Ja, die gibt es immer noch und immer wieder:

Zum Beispiel ist die ambulante Bestrahlung der Prostata von innen, die sogenannte Brachytherapie des Prostatakarzinoms, als ambulante Therapie bis heute nicht Bestandteil des GKV-Leistungskataloges. Nur als stationäre Behandlung wird sie erstattet.

Während Kliniken innovative Leistungen auch ohne den medizinischen Nutznachweis schon stationär erbringen dürfen, wird den Kassenpatienten in der Regel auch heute noch die ambulante Brachytherapie vorenthalten.

Der Gesetzgeber schreibt in der ambulanten Versorgung zunächst den Nutznachweis innovativer Diagnostik und Therapie vor, bevor es eine Kassenleistung wird – mit dem Resultat, dass betroffene Patienten stationär behandelt werden müssen, wenn der Kostenträger eine Kostenübernahme verweigert. Und das ist heute an der Tagesordnung.

Dem Patienten bleibt nichts anderes übrig, als die Kosten für eine Behandlung, die sich ambulant weltweit bewährt hat, selbst zu tragen.

Dazu gehört auch die chemotherapeutische Zweitlinientherapie beim fortgeschrittenen Prostatakarzinom mit Cabazitaxel.

Ähnlich wird es sich mit der Therapie des neuen Antiandrogen Abiraterone verhalten und nach Abschluss der Studienphase wohl auch mit dem Impfstoff Provenge (Dendreon).

Sind Sie der Meinung, dass Prostatakrebs zu häufig diagnostiziert und zu oft therapiert wird?

Nein.

Wir haben heute in der Tat eine rasante Zunahme der Entdeckungsrate und der Therapie von Prostatakrebs. Dies ist einer verbesserten Diagnostik und der Demographie geschuldet, aber auch der Tatsache, dass eine breite Behandlungspalette von Aktiver Überwachung über Brachytherapie, hoch fokussiertem Ultraschall und Operation unter kurativer Zielsetzung zur Verfügung steht. So macht Früherkennung Sinn und führt unweigerlich zu höheren Entdeckungs- und Behandlungsraten, mit dem

Unterschied zu früher, dass die Rate der fortgeschrittenen Prostatakarzinome deutlich gesunken ist. Dies wird sich künftig in einer Zunahme der Überlebensrate und Abnahme der Todesrate beim Prostatakarzinom zeigen.

Welche Erfahrungen haben Sie mit der Prostatakrebs-Selbsthilfe und welche Bedeutung sollte sie im Gesundheitswesen haben?

Gute Erfahrungen.

In Schleswig-Holstein haben wir eine enge Zusammenarbeit mit den lokalen und regionalen Selbsthilfegruppen. Insbesondere regionale urologische Netzwerke pflegen einen regen Austausch. Hier hat das NordOstsee-Prostatanetz eine beispielhafte Vorreiterrolle.

Im künftigen Dialog und Wandel des Gesundheitssystems müssen Hilfe zur Selbsthilfe und Eigenverantwortung einen hohen Stellenwert haben. Wir Ärzte wünschen uns den mündigen Bürger, gerade in Zeiten, in denen das Gesundheitssystem seine Leistungsbereitschaft an der Einnahmenseite orientiert und nicht am Notwendigen.

„Arzt und Patient – Hand in Hand“ ist für mich als Präsident des BDU daher der Leitgedanke!

Stiftung Männergesundheit/HAROW

Das schwache starke Geschlecht

Erster Deutscher Männergesundheitsbericht veröffentlicht

Von Professor Dr. Doris Bardehle, Stiftung Männergesundheit

Präventionsangebote und medizinische Versorgung müssen besser an den unterschiedlichen Bedürfnissen von Männern und Frauen ausgerichtet sein. Das ist ein Ergebnis des Ersten Deutschen Männergesundheitsberichts, der im Oktober 2010 von der Stiftung Männergesundheit und der Deutschen Gesellschaft für Mann und Gesundheit e.V. mit Unterstützung der DKV Deutsche Krankenversicherung AG veröffentlicht wurde.

Der Bericht fasst erstmals die gesundheitliche Lage, die Gesundheitsversorgung und das Gesundheitsverhalten von Männern in Deutschland zusammen. Er zeigt

Defizite der Gesundheitsförderung und der medizinischen Versorgung auf, gibt Handlungsempfehlungen und liefert Impulse für weitergehende Forschungen. Ein hochrangiges Autorenteam um die Herausgeber Professor Doris Bardehle und Dr. Matthias Stiehler beleuchtet in dem Bericht verschiedene Bereiche der Männergesundheit: Die einzelnen Beiträge gehen u. a. auf historische Sichtweisen, die Gesundheit von Jungen und des alternenden Mannes, die häufig unterversorgten psychischen Erkrankungen, das männliche Risikoverhalten sowie die sozialen Lebensumstände von Männern ein.