

EDITORIAL

Prävention und Früherkennung politisch gewollt!?



Prof. Dr. Sabine Kliesch:
DGU-Pressesprecherin

Von Sabine Kliesch

Kaum war der Koalitionsvertrag zugänglich, meldeten sich die Kritiker zu Wort: Während die Bundesregierung ein Präventionsgesetz plant, Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern und die ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen bei Erwachsenen gestärkt werden sollen, machen Statements in der Presse die Runde, die Früherkennungsuntersuchungen pauschal infrage stellen. Es wird suggeriert, dass auf der einen Seite die evidenzbasierte Erkenntnis als Grundlage im Gegensatz stehe zur angewandten täglichen Praxis, die zu Überdiagnose und Übertherapie führen könne. Aber gibt es diesen postulierten Gegensatz wirklich? Kann die Früherkennung nicht nur so gut sein, wie die Erkenntnisse, die man aus ihrer Anwendung gewinnt? Wenn keiner Früherkennungsuntersuchungen wahrnimmt, werden wir auch in 20 Jahren noch nicht wissen, in welchen Bereichen wir sie intensivieren und wo wir sie zurückfahren müssen oder können.

Positiv ist, dass nunmehr über Früherkennung und Prävention überhaupt öffentlich diskutiert wird – und seit dem letzten Urologenkongress in

Dresden im urologischen Sektor so sachlich wie lange nicht mehr. Damit kristallisiert sich allmählich ein relevanter Stellenwert dieser bislang im Gesundheitswesen nur marginal beachteten Maßnahmen heraus. Die Deutsche Gesellschaft für Urologie hat bereits frühzeitig diesen öffentlichen Diskurs befördert: mit einer Präventionsbroschüre, die alle Facetten der präventiven Möglichkeiten urologischer Krankheitsbilder dem Laien in verständlichen Worten nahe bringt, und die Kurz- und Langversionen der Früherkennungsbroschüren zum PSA-Test, die es sowohl dem vorsorgewilligen Laien als auch dem Patienten und seinem Arzt leichter machen, die komplexe Welt des Für und Widers einer Prostatafrüherkennungsuntersuchung zu diskutieren. Schade, wenn pauschale Kritik an der Früherkennung per se das Erreichte gefährden und den vorsorgereifen Laien verunsichern – denn wenn wir ehrlich sind, sind wir weit davon entfernt, dass alle Männer sich mit dem Thema (Prostatakrebs-)Früherkennung, geschweige denn Prävention befassen. Aus diesem Grund werden wir als Fachgesellschaft im engen Schulterschluss mit dem Berufsverband nicht müde werden, unsere Standpunkte und den Stellenwert von Prävention und Früherkennung im urologischen Fachgebiet öffentlich zu positionieren. Unsere Aufgabe ist die sachorientierte Aufklärung der Patienten sowie Maßnahmen der Primärprävention und Früherkennungsuntersuchungen auf der Grundlage des besten und jeweils aktuellsten medizinischen Wissens. Wenn dies politisch gewollt ist, sind wir dabei!



Der AOK-Krankenhausreport 2014 über vermeintliche Behandlungsfehler in deutschen Kliniken sorgte für Aufregung

© Kzenon - Fotolia.com

Die unseriöse Stimmungsmache des AOK-Krankenhausreports

„Behandlungsfehler? – Wir vertreten die Patientenseite“



Prof. Dr. Oliver Hakenberg:
DGU-Generalsekretär

Von Oliver Hakenberg

Mit diesem Slogan wirbt die AOK im Internet und fordert ihre Versicherten auf, sich an die AOK zu wenden, wenn ein Behandlungsfehler vermutet wird. Die AOK als Anwalt der Entrechteten?

Der Krankenhausreport 2014 der AOK sorgt zu Recht für Aufregung. Seit 2007 jährlich in Buchform herausgegeben vom Wissenschaftlichen Institut der AOK durch Jürgen Klauber, Geschäftsführer des AOK-Instituts, Prof. Max Geraedts, Leiter des Instituts für Gesundheitssystemforschung der Universität Witten/Herdecke, und Prof. Jürgen Wasem, Lehrstuhl für Gesundheitsmanagement an der Universität Duisburg-Essen. Die Aufregung beruht weniger auf detaillierter Kenntnis des am 22. Januar 2014 veröffentlichten Reports, als vor allem auf der Pressemitteilung von Herrn Klauber, die auf zwei DIN A 4 Seiten kräftig auf die Pauke haut. Laut „internationalen Studien muss an deutschen Krankenhäusern mit rund 190.000 durch

Fehler verursachten Schadensfällen gerechnet werden“. Dabei sind es also nicht die Zahlen aus deutschen Kliniken, die die AOK anhand ihrer Daten erhebt, sondern „internationale Studien“ – und es wird geschätzt. Betont wird aber, dass es sich nicht um vermeintliche, sondern tatsächliche Behandlungsfehler handle, denn die seien „gutachterlich“ festgestellt – vom MDK. Und schließlich würden 19.000 Patienten pro Jahr in deutschen Krankenhäusern durch Behandlungsfehler sterben – „fünf Mal so viel wie im Straßenverkehr“.

Die Zahlen des Krankenhausreports der AOK beruhen auf Schätzungen aufgrund von Zahlen aus dem Jahr 2007, wenden eine „Faustformel“ für diese Schätzung an und sind demnach nicht als seriöse oder gar wissenschaftliche Datenerhebung anzusehen. Warum dann solche Schätzungen in öffentlichkeitswirksamer Weise unters Volk gebracht werden, ist klar, denn es bringt Publizität und die AOK kann sich damit als Verfechter der Patienteninteressen in ein ihr genehmes Licht rücken. Dass der Report längst nicht das hält, was die Pressemitteilung verspricht, entgeht dann der allgemeinen Aufmerksamkeit.

Heftige Kritik kam umgehend von der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Diese liefert aktuelle Zahlen aus dem Jahr 2012. Danach haben Ärztekammern und MDK für das Jahr 2012 insgesamt 4862 bestätigte Behandlungsfehler festgestellt, da-

von waren 70% im Krankenhaus erfolgt. Die DKG rechnet mit einer Rate von 3,6% Todesfällen aus diesen Behandlungsfehlern, also absolut 122 fehlerbedingte Todesfälle in 2012 in Deutschland. Eine Dunkelziffer muss natürlich angenommen und dazu geschlagen werden, aber diese Zahlen der DKG sind mehrere Potenzen von den Schätzungen der AOK entfernt.

Die Zahlen der AOK kann man und braucht man nicht ernst zu nehmen. Der gezogene Vergleich zur Zahl der Toten im Straßenverkehr erinnert bezüglich des Umgangs mit Zahlen an den ADAC. Warum macht die AOK so etwas? Ist es das Unverständnis, wie man tatsächlich wissenschaftlich Daten erhebt und dann seriös interpretiert? Oder ist es die Lust an Polemik, die hier zum Zuge kommt? Wohl eine fatale Mischung von beidem. Bloß weil man sein Institut „wissenschaftlich“ nennt, ist es das noch lange nicht, und die AOK wäre gut beraten, sich klarzumachen, dass die dürre Sammelei von Datenmüll aus Aufenthaltsdauer und DRG noch lange keine wissenschaftliche Analyse von Krankheitsursachen und -folgen darstellt.

Mit solchen Sensationsmeldungen kann man natürlich auch von anderen gesundheitspolitisch wichtigen Fragen ablenken; zum Beispiel der, was die gesetzlichen Krankenkassen mit den gehorteten Überschussmilliarden anstellen und wann sie gedenken, diese zum Wohl der Patienten zu investieren?

INHALT

2 DGU, BDU und BPS:
Gemeinsame Ziele 2014
Präsidenten-Porträt

3 Urology Down Under –
ein Blick über den Tellerrand
Aus dem Hauptstadtbüro

4 Oldenburg wird
Medizinische Fakultät
Umfrage:
Fortbildungskriterien

5 Herausforderung
Intersexualität
Rückblick 5. AuF-Symposium

6 Uro & Recht:
Beschneidung Minderjähriger

7 Medizinhistorische
Forschung

Ulm: Stiftungsprofessur
Kinderurologie

8 Urologische Stellenbörse
Leserbrief

AUS DER VORSTANDSARBEIT

Gemeinsame Ziele von DGU, BDU und BPS für 2014



Prof. Dr. Oliver Hakenberg: DGU-Generalsekretär

Von Oliver Hakenberg

Das neue Jahr bringt wie immer gute Vorsätze. Aber für die Zusammenarbeit zwischen DGU und BDU ergeben sich die gemeinsamen Ziele für das neue Jahr bereits aus der Zusammenarbeit der letzten Jahre und wurden in einem Strategiegespräch zwischen geschäftsführendem Vorstand und Präsidium für 2014 vereinbart. Aus der erfolgreichen gemeinsamen Arbeit an der Entwicklung des Facharztkonzeptes (MWBO) gemäß den Vorgaben der Bundesärztekammer und der gemeinsamen Entwicklung von Strategien und urologischen Inhalten für die Ambulante spezialärztliche Versorgung (ASV) ergab sich für das neue Jahr als wichtiges Projekt die gemeinsame Erarbeitung eines Kodexes für den wechselseitigen Umgang zwischen niedergelassenen Urologen und Krankenhausabteilungen.

Die Erarbeitung eines solchen Kodexes soll zur Befriedung mancher systemischer Probleme und Konflikte

beitragen und sich mit vielen, zum Teil sehr verschiedenen Aspekten befassen. Beispiele sind die Rolle von Honorarärzten, die vertragliche oder nicht-vertragliche Übernahme von Teilleistungen mit Rückvergütungen oder auch der Umgang mit Informationsrechten und -pflichten. Wenn es gelingt, hier eine gemeinsame Basis zu erarbeiten, an der sich alle orientieren könnten, wäre dies für den Frieden in der Berufsgruppe dienlich. Allerdings darf man die Komplexität dieses Projektes nicht unterschätzen.

Ebenso gab es ein Strategiegespräch mit dem BPS, der als starke Lobbygruppe der Patienteninteressen ein wichtiger und geschätzter Partner der Urologen ist. Es liegt im verständlichen Interesse des BPS, auch Einfluss auf die Arbeit der DGU zu nehmen. Die

Beteiligung des BPS an der Erstellung und jeweiligen Überarbeitung der S3-Leitlinie Prostatakarzinom ist dafür ein gutes Beispiel. Auch bemüht der BPS sich aktiv, urologische Forschung zum Prostatakarzinom voranzutreiben und zu fördern, was sehr begrüßenswert ist. Strategisch kritisiert der BPS die scheinbare Zurückhaltung der DGU bezüglich der PSA-Testes. Hier wurde einvernehmlich festge-

halten, dass die DGU die PREFERE Studie in 2014 nachhaltig promoten wird, um die Rekrutierung auf ein Niveau zu bringen, welches den hoch gesteckten Zielen entspricht. Hierzu wird die DGU einen PREFERE-Flyer erstellen, der allen Mitgliedern zugesandt wird, sich aber hauptsächlich an die niedergelassenen Kollegen richten wird, in deren Hand die wichtigste Möglichkeit liegt, Männer über die PREFERE Studie zu informieren und eine Rekrutierung anzubahnen.

Ein weiteres Thema mit dem BPS ist der Stellenwert des PSA-Testes. Die thematische Ausrichtung des letzten DGU-Kongresses auf den PSA-Test war insgesamt sehr positiv. Insgesamt muss aber geprüft werden, inwieweit es möglich ist, gesundheitspolitisch die Weichen dafür zu stellen, dass der PSA-Test für

Männer, die eine Früherkennung wünschen, eine Kassenleistung wird. Dies wäre im Sinne einer guten Früherkennung und sinnvoll im Sinne einer gerechten Verteilung von Früherkennungsressourcen – siehe Mammakarzinom – auch. Tatsächlich wurde dies bislang beim GBA nie beantragt, weil es bislang auch aussichtslos erschien, dies durchzusetzen. Trotzdem erscheint es an der Zeit, sich dieser Frage anzunehmen.



Im Porträt

Den demografischen Wandel im Blick: DGU-Präsident Prof. Dr. Jan Fichtner



Prof. Dr. Jan Fichtner: amtierender DGU-Präsident

Mit 51 Jahren ist er einer der jüngsten Präsidenten, wenn nicht gar der jüngste in der Geschichte der Deutschen Gesellschaft für Urologie.

Dennoch – oder gerade deshalb – schreibt sich Professor Dr. Jan Fichtner die Auseinandersetzung mit dem Alter auf die Fahnen seiner Präsidentschaft und stellt den 66. DGU-Kongress unter das Motto „Demografischer Wandel gestalten“. Zur rechten Zeit setzt er diesen präsidialen Schwer-

punkt, denn die alternde Gesellschaft wird unsere Sozialsysteme und damit auch die medizinische und urologische Versorgung in naher Zukunft an ihre Grenzen bringen. Dem will Professor Fichtner mit intelligenten Lösungen für die Urologie aktiv entgegenwirken. Dafür ist er nach neun Jahren Engagement im DGU-Vorstand im Herbst 2013 angetreten.

Dem Präsidentenamt stellt sich der Prostata-Experte mit großer Freude und aus einer gewissen Verpflichtung seiner Fachgesellschaft gegenüber. Gut gewappnet ist der gebürtige Heidelberger: mit seiner urologischen Ausbildung an der Urologischen Universitätsklinik Mainz und Auslandsfernarbeiten an der Stanford University in Kalifornien und in Japan, mit seiner Erfahrung an der Urologischen Klinik des Johanner-Klinikums Niederrhein



Vom 1. bis 4. Oktober 2014 öffnet das Congress Center Düsseldorf seine Tore für den 66. DGU-Kongress

in Oberhausen, wo er seit 2001 als Chefarzt tätig ist und nicht zuletzt mit seiner offenen Art, auf andere Menschen zuzugehen und sie für die gemeinsame Sache zu gewinnen. Als Teamplayer sieht er sich denn auch selbst. Bei der Organisation des weltweit drittgrößten Urologen-Kongresses ist diese Fähigkeit zweifellos gefragt und verspricht eine erfolgreiche Jahrestagung vom 1. bis 4. Oktober 2014 in Düsseldorf.

Dort liegt übrigens auch der private Lebensmittelpunkt des amtierenden DGU-Präsidenten, der Vater zweier Töchter ist und in seiner Freizeit ebenfalls die Herausforderung des am liebsten beim Joggen, Skifahren und Bergwandern in Südtirol. Auch in den neuen Medien ist Professor Fichtner sportlich unterwegs und sorgt, ganz Vertreter der jüngeren Generation, für Kongress-PR bei Facebook, Twitter und Co. (sg)

Jetzt bewerben!

Wissenschaftliche Preise und Stipendien auf dem 66. DGU-Kongress in Düsseldorf

Die Übersicht zeigt Preise und Stipendien der DGU, die mit einer Bewerbung verbunden sind. Alle Informationen finden Sie auf der Kongress-Website unter www.dgu-kongress.de

Preise mit Bewerbungsfrist bis 1. Mai:

DGU-Promotionspreis
Prämiert wird jährlich eine herausragende urologische Promotionsarbeit des vergangenen Kalenderjahres. Der Preis ist mit 1.000 EURO dotiert.

Leopold-Casper-Promotionspreis
Prämiert wird jährlich eine herausragende urologische Promotionsarbeit des vergangenen Kalenderjahres. Der Preis ist mit 1.000 EURO dotiert.

Rudolf Hohenfellner-Preis
Dieses Förderprogramm soll jungen, in der universitären Urologie tätige Mediziner und Medizinerinnen bis zum abgeschlossenen 35. Lebensjahr die Präsentation ihrer Forschungsarbeit im Rahmen eines Übersichtsreferates in einer Forumssitzung auf dem Jahreskongress der DGU ermöglichen. Der Preis ist mit 2.000 EURO in Form eines Reisestipendiums dotiert.

Die Besten für die Urologie
Dieses Förderprogramm der DGU richtet sich an Medizinstudierende, die Interesse an der Urologie haben. Bewerber können sich Studenten der klinischen Semester mit sehr guten Studienleistungen oder besonderen Aktivitäten im Bereich der Urologie. Das Förderprogramm wird jährlich mehrfach vergeben und beinhaltet ein zweitägiges Reisestipendium zum Jahreskongress der DGU.

Preise mit Bewerbungsfrist bis 1. Juni

Maximilian Nitze-Preis
Der Maximilian Nitze-Preis ist die höchste wissenschaftliche Auszeichnung, die die DGU für herausragende wissenschaftliche Leistungen in der experimentellen oder klinischen Urologie vergibt. Der Preis ist mit 15.000 EURO dotiert.

Forschungspreis Prostatakarzinom
Mit dem Forschungspreis Prostatakarzinom sollen hervorragende wissenschaftliche Forschungsvorhaben gefördert werden, die sich mit Fragen der Prostatakarzinomforschung beschäftigen. Der Preis ist mit 10.000 EURO dotiert.

Wolfgang Mauermayer Preis
In Gedenken an den Münchner Urologen Prof. Wolfgang Mauermayer wird dieser Preis an urologisch tätige Wissenschaftler verliehen, die sich auf dem Gebiet der Erforschung der benignen Prostatahyperplasie, deren Diagnose oder Therapie wissenschaftlich ausgezeichnet haben. Der Preis ist mit 5.000 EURO dotiert.

Wolfgang Knipper-Preis
Dieser Preis wird in Erinnerung an Prof. Wolfgang Knipper an urologisch tätige Pflegekräfte vergeben, die sich durch besonderes persönliches, soziales oder wissenschaftliches Engagement in der urologischen Fort- und Weiterbildung für das Pflege- und Assistenzpersonal ausgezeichnet haben. Der Preis ist mit 3.000 EURO dotiert.

Charles Huggins-Stipendium
Dieses Reisestipendium der DGU soll jungen, klinisch tätigen Nachwuchswissenschaftlern eine Freistellung von der klinischen Arbeit für bis zu vier Monaten erlauben, um an einer ausländischen Forschungsinstitution auf dem Gebiet der Prostatakarzinomforschung zu arbeiten und neue Methoden zu erlernen. Das Stipendium ist mit 10.000 EURO dotiert und wird alle zwei Jahre, jeweils in den Jahren mit gerader Jahreszahl, vergeben.

Alexander von Lichtenberg-Preis
Dieser Preis wird zur Erinnerung an den Pionier der deutschen Urologie und Mitentwickler der Ausscheidungs-Urographie vergeben. Er wird für besondere Verdienste und Leistungen im Bereich der niedergelassenen und ambulanten Urologie vergeben. Der Preis ist mit 5.000 EURO dotiert.

Felix Martin Oberländer-Preis
Dieser Preis wird zur Erinnerung an den Dresdner Urologen und seine Verdienste um die Infektiologie und Endoskopie an besonders aktive Mitglieder von Arbeitskreisen der DGU vergeben. Vorschlagsberechtigt sind die Arbeitskreise durch den jeweiligen Vorsitzenden. Der Preis ist mit 5.000 EURO dotiert.

Preise mit Bewerbungsfrist bis 1. Juni



Urology Down Under

Ein Blick über den Tellerrand nach Australien

Spektakuläre Aussicht: Im Anflug auf Yamba in New South Wales

Mit dem Flugzeug zur Sprechstunde, 330 Urologen für 24 Millionen Einwohner: Im Interview mit der Pressestelle von DGU und BDU berichtet Philip McDougall, FRACS, Urologe aus Southport an der Goldküste in Queensland, über die urologische Versorgung in Australien.

1. Mr. McDougall, über 5300 Urologen arbeiten in Deutschland, in der Praxis oder im Krankenhaus, darunter nur 12% Frauen: Wie sieht es diesbezüglich in Australien aus?

Australien ist ein riesiges Land, hat aber nur eine Einwohnerzahl von 24 Millionen. Die große Mehrheit lebt an den Küsten und nur eine kleine Anzahl im Zentrum des Landes. Es gibt 330 praktizierende Urologen in Australien, von denen sind 31 Frauen. Zurzeit werden 118 Assistenten ausgebildet und davon sind ebenfalls 30 weiblich.

2. Wie arbeiten Sie in Southport an der Gold Coast – in einer Praxis oder am Krankenhaus?

Ich praktiziere seit über 30 Jahren in Southport. Ich war immer in einer privaten Einzelpraxis tätig, aber mit der Unterstützung von drei Kollegen, die ebenfalls alle „solo“ arbeiten. Wir haben auch OP-Zeiten am örtlichen Gold Coast Hospital, wo nicht privat versicherte Patienten behandelt werden. Als ich 1977 mit der Arbeit dort begann, gab es nur zwei Urologen. Heute sind es neun, die alle in der gleichen Weise tätig sind, davon fünf im nördlichen Teil der Gold Coast und vier im südlichen Teil. Es gibt gelegentlich Zusammenarbeit zwischen diesen beiden Gruppen. Es gibt insgesamt hier

drei private und zwei öffentliche Krankenhäuser an der Gold Coast mit einem Einzugsgebiet von insgesamt 650.000 Menschen. Vor drei Jahren habe ich mich aus der Privatpraxis zurückgezogen, bin aber noch am öffentlichen Krankenhaus tätig.

3. Da Sie in einer herrlichen Urlaubsregion arbeiten – haben Sie viele Touristen als Patienten?

Touristen machen nur einen winzigen Bruchteil unserer Arbeit aus. Wir behandeln die Notfälle, schicken sie dann nach Hause und dort werden sie von ihrem Heimurologen weiterbehandelt.

4. Wie funktioniert die auf die Metropolregionen konzentrierte urologische Versorgung in so einem riesigen Flächenland wie Australien?

Es gibt sehr wenig urologische Versorgung außerhalb der Küstenregionen. Es gibt eine Handvoll Urologen in einigen ländlichen Regionen, so in Toowoomba in Queensland, Lismore, Dubbo und Orange in New South Wales und Traralgon, Bendigo und Ballarat in Victoria. Ich besuche seit 10 Jahren zwei ländliche Ortschaften, Kingaroy und Roma in Queensland,

um jeweils einmal pro Monat eine urologische Sprechstunde anzubieten und mache das auch weiter. Soweit ich weiß, bin ich der einzige, der das macht. Zum Teil erlaubt mir das, meinem Hobby dem Fliegen zu frönen, zum anderen möchte ich der benachteiligten Landbevölkerung helfen.

5. Welche Bedeutung hat die Roboter-Chirurgie in Australien?

Roboterchirurgie nimmt in Australien zu. Trotz der Tatsache, dass es immer noch keinen Beweis gibt, dass die Ergebnisse besser sind, haben die „Verkäufer“ leichtes Spiel gehabt und die Zunahme an Maschinen ist unglaublich. „Wenn Du einen hast, brauche ich auch einen, weil man den Patienten einredet, es wäre besser“. Es gibt vier Roboter in Queensland (3 Millionen Einwohner) und in Australien insgesamt 14. Diese Maschinen sind sehr teuer und fast exklusiv nur im privaten Sektor zu finden. Ich erwarte, dass die Zahl weiter zunehmen wird, wobei mehr Urologen dann im allgemeinen weniger Fälle operieren werden. Die radikale Prostatektomie ist aber die beliebteste Operation in der Ausbildung der neuen Urologen, die dann später den Trend werden fortsetzen wollen, der gegenwärtig existiert.

6. PSA-basierte Früherkennung wird sehr kontrovers diskutiert. Überdiagnose und Überbehandlung werden in Deutschland oft öffentlich kritisiert und dies verunsichert die Männer. Die DGU hat sich gegen ein Massenscreening positioniert und propagiert stattdessen eine differenzierte Nutzung des PSA-Testes. Das Ziel ist, dass die Männer sich informieren lassen und eine individuelle Entscheidung mithilfe ihres Arztes treffen, ob sie eine PSA-Test machen lassen wollen oder nicht. Wie ist die gegenwärtige Diskussion dazu in Australien?

Die aktuelle Position der Urological Society of Australia & New Zealand (USANZ) kann man auf der Homepage finden (www.usanz.org.au). Diese wurde 2009 festgelegt, wird aber gegenwärtig nach Diskussionen mit der AUA, der EAU und der British Association of Urologic Surgeons (BAUS) überarbeitet. Es gibt viele

Leute, die für ein Screening Werbung machen (Urologen und Patienten), aber in letzter Zeit zeichnet sich ein Trend zum informierten Screening und zur Active Surveillance ab. Aber ich habe viele Kollegen, die betrachten Prostatektomie nicht so sehr als Erkrankung, sondern als ein Geschäft, und die radikale Prostatektomie ist in Australien immer noch eine zu häufig angewandte Operation.

7. Leben australische Männer gesundheitsbewusst und gehen sie regelmäßig zum Arzt? Falls das so ist, verraten Sie uns, wie Sie das geschafft haben?

Australische Männer sind wahrscheinlich ein bisschen anders als Männer anderswo. Es gibt alle möglichen Varianten. Einige bestehen auf regelmäßigem Screening, auch ohne klare Datenlage, aber die sind eine Minderheit. Dann gibt es Gruppen, die sich aktiv für Männergesundheit einsetzen, mit einem gewissen Erfolg.

8. Australische Urologen sind in der Urological Society of Australia and New Zealand (USANZ) organisiert. Der nächste wissenschaftliche Jahreskongress wird im März 2014 in Ihrer Nachbarschaft, in Brisbane, stattfinden und der SIU Kongress 2015 wird in Melbourne veranstaltet. Haben Sie je daran gedacht, einen Kongress in Europa zu besuchen?

Das wissenschaftliche Jahrestreffen der USANZ ist dies Jahr in Brisbane, es findet jedes Jahr in einem anderen australischen Bundesstaat statt. Ich habe viele Reisen nach Übersee gemacht, um an internationalen Kongressen wie der AUA, der EAU und der BAUS teilzunehmen und habe auch einige herausragende urologische Kliniken besucht. So war ich in Mainz bei Prof. Hohenfellner und Prof. Alken. Als Vertreter eines kleinen Landes reisen australische Urologen sehr viel, um auf dem Laufenden zu bleiben und den internationalen Standard zu halten (und um Urlaub im Ausland zu machen!). Aber nun habe ich eine Phase meines Berufslebens erreicht, in der ich eher versuche, zu vergessen, als ständig Neues dazu zu lernen!

Foto: Karoline Glimm

AUS DEM HAUPTSTADTBÜRO

Der Koalitionsvertrag der großen Koalition: Angedachtes zu Gesundheit und Pflege



Von Franziska Engehausen

Bekanntermaßen ist ein Koalitionsvertrag ein Dokument aus Papier, das Ideen und Absichtserklärungen in mehr oder weniger konkreter Form enthält. Nicht alles ist spezifiziert ausformuliert und eine gewisse Unschärfe ist durchaus beabsichtigt. Aber man kann festhalten, dass der Koalitionsvertrag viele gesundheitsökonomische und gesundheitspolitische wichtige Punkte anspricht und Ziele formuliert. Manches davon geht tendenziell in die richtige Richtung. Spannend bleibt die Frage, wie der neue Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe – dessen Ernennung für viele eine Überraschung war – die vorliegenden Beschlüsse umsetzen wird. Ohnehin ist die gesundheitspolitische Regelungsdichte in Deutschland enorm, und je nach Sichtweise kann sie sich in Form eines undurchdringlichen Gestrüpps darstellen.

Grundsätzlich problematisch erscheint, dass die meisten konkreten Umsetzungsfragen vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) geklärt werden sollen. Wie der GBA dies mit seiner personellen Ausstattung bewerkstelligen soll, bleibt zunächst sehr fraglich. Ein neu zu gründendes „Qualitätsinstitut“ soll zudem als eine weitere Prüfanstalt dem GBA Daten und Ergebnisse zur sektorenübergreifenden Versorgungslieferung. Prinzipiell besteht bei einer derartigen Kompetenz-

ausweitung für den GBA die Gefahr, dass die Selbstverwaltung und vor allem die Ärzteschaft immer mehr an Gestaltungs- und Mitspracherecht verlieren und stattdessen formale Stellungnahmeverfahren und nicht Erfahrung und Kompetenz überwiegen. Auch fällt es generell auf, dass viele im Koalitionsvertrag benannte Themen bereits in ähnlicher Weise im GKV-Versorgungsstrukturgesetz angesprochen wurden.

Im Bereich der ambulanten Versorgung wird ein Abbau von Überkapazitäten angestrebt; dies soll durch Aufkauf von Arztstellen durch die KVen realisiert werden. Ob dies tatsächlich Aussicht auf Erfolg hat, wird sich zeigen. Auch ist die Frage, wie man Überkapazitäten misst und definiert. Grundsätzlich steht zu befürchten, dass die angedachten Neuerungen bei der fachärztliche Terminvergabe zu einem aktionistischen Bürokratieaufbau führen werden, wenn es denn überhaupt funktionieren.

Im Bereich der Krankenhausversorgung ist die angesprochene Weiterentwicklung der Krankenhausplanung mit dem Fokus auf Qualität und Erreichbarkeit grundsätzlich als positiv anzusehen. Leider fehlen auch hierbei konkrete Aussagen, z.B. zur Zukunft der Investitionskostenrefinanzierung der Krankenhäuser. Nachbesserungsbedarf besteht vor allem auch bei der vorgesehene Homogenisierung der Landesbasisfallwerte der bei der Lösung des Problems der Mengendynamik. Die Einführung eines optionalen Zweitmeinungsverfahrens soll dabei ein Instrument sein, um die Fallzahlausweitung der Krankenhäuser zu reduzieren.

Interessant ist beim Thema der Behandlungsqualität im Krankenhaus die Korrelation zwischen nachweisbar hoher

Qualität und Mehrleistungsabschlägen. Der Logik folgend müsste es dann auch Schlechtleistungsrabatte geben. Irritierend erscheint die Absicht, den Krankenkassen durch den MDK unangemeldete Kontrollen in Krankenhäusern zu erlauben. Dagegen erscheint es positiv, wenn die besonderen Aufgaben der Universitätskliniken und anderer Maximalversorger im DRG-System besser abgebildet werden sollen. Allerdings darf man auch dabei auf die Umsetzung gespannt sein.

Sinnvoll erscheinen auch die Vorhaben zu selektiven Verträgen wie auch die angestrebte stärkere Fokussierung auf die Notfallversorgung. Dabei müssten allerdings die verschiedenen jeweiligen Vergütungssysteme neu justiert und auch konkret definiert werden. Leider ist der angedachte Investitionsfonds zur Umwandlung von Krankenhausstandorten nicht in den Koalitionsvertrag aufgenommen worden. Er wäre vielleicht ein richtiger und wichtiger Schritt gewesen, um unwirtschaftliche stationäre Kapazitäten besser auf den veränderten Versorgungsbedarf umzustellen.

Bei der Pflege werden zwar Strukturformen angesprochen und die Notwendigkeit der Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffes in den Mittelpunkt gestellt, doch werden die vorgesehene Beitragssatzerhöhungen der gesetzlichen Pflegeversicherung nicht die strukturellen Finanzierungsprobleme lösen. Hier kann auch der geplante Pflegevorsorgefonds das umlagefinanzierte System nicht nachhaltig absichern. Im Bereich der Finanzierung ist vor allem die angedachte Änderung der Zusatzbeiträge zu konkretisieren. In der jetzigen Formulierung lässt es sich nicht erschließen, welche Steuerungseffekte dadurch erzielt werden sollen, wie die Krankenkassen konkret mehr Beitragssatzautonomie erhalten und ob dadurch nicht möglicherweise der Gesundheitsfonds obsolet wird.

Insgesamt werden also gesundheitspolitisch im Koalitionsvertrag einige Fässer aufgemacht. Was dann aber wie konkret umgesetzt wird, bleibt natürlich fraglich.

Länderübergreifendes Projekt:

Oldenburg wird Medizinische Fakultät



PD Dr. Friedhelm Wawroschek: Direktor der Universitätsklinik für Urologie am Klinikum Oldenburg

Von Friedhelm Wawroschek

Der Wissenschaftsrat hatte 2010 die Neugründung einer Universitätsmedizin/Medizinischen Fakultät an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg nach dem Konzept einer „European Medical School Oldenburg-Groningen (1)“ befürwortet. Im Oktober 2012 war es dann soweit: Die 37. Medizinische Fakultät Deutschlands wurde in Oldenburg eingerichtet und eröffnet.

Mit dieser Neugründung werden neue Wege beschriftet. Die European Medical School Oldenburg-Groningen ist ein deutsch-niederländisches Kooperationsprojekt der Universitäten Oldenburg und Groningen – und mit diesem länderübergreifenden Profil einzigartig in Europa. In Oldenburg schließen sich die Universität und die drei Oldenburger Krankenhäuser zusammen – Klinikum Oldenburg, Evangelisches Krankenhaus und Pius-Hospital – und so entstand ein neuer universitär-medizinischer Standort.

Überzeugt hatten den Wissenschaftsrat darüber hinaus auch die Erprobung neuer Wege in der universitären medizinischen Ausbildung und Lehre (Modellstudiengang) und die Stärkung der Forschung im Bereich der Lebenswissenschaften und der Biophysik. Bereits vor Gründung der Universitätsmedizin waren Neurosensorik und Hörforschung Forschungsschwerpunkte der Universität Oldenburg. Auch die strukturellen Planungen des Landes Niedersachsen, die sowohl auf eine Stärkung der Universität Oldenburg insgesamt (gegenwärtig ca. 12.000 Studenten) als auch auf die Verbesserung der regionalen Krankenversorgung der Weser-Ems-Region abzielen, waren positive Argumente. Eine

weitere Motivation für das Land, eine dritte medizinische Fakultät in Niedersachsen neben Hannover und Göttingen einzurichten, war auch die Tatsache, dass auf 100.000 Einwohner in Niedersachsen nur 65 Medizinstudierende kommen (WS 2008/2009). Deutschlandweit liegt der Durchschnitt bei 98 Studierenden/100.000 Einwohner. Der prognostizierte Ärztemangel wird ein weiteres Argument gewesen sein

Die neue Medizinische Fakultät Oldenburg-Groningen nennt sich „Fakultät für Medizin- und Gesundheitswissenschaften“ und wird in „Departments“ für „Klinische und klinisch-theoretische Medizin“, „Versorgungsforschung“, „Medizinische Physik und Akustik“, und „Psychologie und Neurowissenschaften“ strukturiert. Nicht ganz einfach ist naturgemäß die Verteilung der Lehrstühle auf die drei Oldenburger Kliniken, und dies ist auch noch nicht ganz abgeschlossen. Die Urologie ist Teil des „Departments für klinische und klinisch-theoretische Medizin“ und ist als „Universitätsklinik für Urologie“ am Klinikum Oldenburg angesiedelt. Ich verwalte zurzeit wie andere habilitierte Direktoren klinischer Bereiche damit eine befristete W3-Professur. Die endgültige Strukturierung und die Durchführung formaler Berufungsverfahren wird noch einige Zeit in Anspruch nehmen.

Das Medizinstudium in Oldenburg-Groningen ist in zwei große Abschnitte gegliedert. In den ersten drei Jahren werden grundlagenwissenschaftliche und medizinisch-klinische Inhalte integriert vermittelt. Frühe Einblicke in die ärztliche Praxis werden durch jeweils einwöchige Allgemeinmedizinpraktika in jedem Semester integriert. Im vierten Studienjahr wird der praktische Studienanteil deutlich erhöht. Es werden vier klinische Blöcke zu jeweils fünf Wochen in der Klinik absolviert, diese klinischen Praktika werden durch entsprechende Propädeutikzeiten vorbereitet und begleitet. Im fünften Studienjahr sind die Studierenden ebenfalls für dann jeweils vierwöchige Blöcke in den Kliniken. Anschließend wird im sechsten Studienjahr das praktische Jahr gemäß der deutschen Approbationsordnung absolviert. Vor Abschluss des Studiums muss jeder Studie-



Foto: Klinikum Oldenburg

rende dazu eine eigene Forschungsarbeit erstellen, für diese sind insgesamt 20 Wochen veranschlagt. Die Semesterzeiten sind dabei deutlich länger als an deutschen Universitäten sonst üblich, das Studienjahr in Oldenburg umfasst jeweils 40 Wochen.

Die deutsch-niederländische Kooperation in diesem Modell beinhaltet, dass die klinischen Blockpraktika im vierten und fünften Studienjahr teils in Groningen und teils in Oldenburg absolviert werden. Auch werden relevante Anteile der Vorklinik, z.B. die Anatomie, in Groningen durchgeführt. Alle Studierenden werden damit mindestens ein Jahr ihres Studiums an der Universität Groningen absolvieren. Grundsätzlich ist dabei auch ein Abschluss des Studiums in den Niederlanden möglich. Ursprünglich war als deutscher Abschluss ein kombinierter Bachelor/Master vorgesehen. Vernünftigerweise wurde dieser Sonderweg für das Medizinstudium jedoch aufgegeben und als Abschluss nun ein Staatsexamen vorgesehen

Diese Neugründung geht also relativ viele neue Wege, neben der grenzübergreifenden Kooperation der zwei alten Universitätsstädte aus dem niederdeutschen Kulturraum wird das Modell einer „Medical School“ strukturiert, in dem zunächst mehr Gewicht auf klinisch integrierte Ausbildung gelegt wird und weniger auf theoretisch-wissenschaftliche. Deutlich erkennbar ist die Absicht der nicht-medizinischen Fächer der Oldenburger Universität, den Medizinern eine Art Diplomarbeit abzuverlangen, das Korsett Bachelor/Master wurde allerdings nicht durchgesetzt. Es wird abzuwarten sein, wie sich das medizinische Promotionswesen in Oldenburg-Groningen etablieren wird. Für Studierende dürfte der neue Studiengang in Oldenburg-Groningen überaus attraktiv wirken.

BASISKURS SEXUALMEDIZIN IN DER UROLOGIE



Mit viel positivem Echo seitens Referenten, Organisatoren und vor allem der Teilnehmer ist der erste „Basiskurs Sexualmedizin in der Urologie“ zu Ende gegangen.

In Zusammenarbeit mit den Arbeitskreisen Psychosomatische Urologie und Sexualmedizin und Andrologie hat die Akademie diesen Kurs erstmals an drei Wochenenden im Herbst 2013 organisiert und in den Räumen der Deutschen Gesellschaft für Urologie durchgeführt.

Durch vielseitige Methodik wie Vorträge, Interaktive Fallarbeit, Kommunikationstraining und Supervision eigener Fälle wurde didaktisch gut aufbereitet ein Überblick über alle relevanten Sexualstörungen gegeben. Ein besonderer

Schwerpunkt lag dabei auf der Einbeziehung des Paars in die Diagnostik und Behandlung. Angespornt durch das Lob der Teilnehmer wurde direkt mit der Planung des zweiten Kurses begonnen, der nun bereits seit Anfang Februar läuft – ebenfalls in der Geschäftsstelle der DGU in Düsseldorf.

Melden Sie sich jetzt für den dritten Kurs an, der im Juni 2014 beginnt. Die Akademie nimmt jederzeit Ihre Anmeldung unter akademie@dgu.de entgegen. Den Flyer zum Basiskurs Sexualmedizin in der Urologie mit näheren Informationen zu den Inhalten und Anmeldeformalitäten finden Sie auf der Akademie-Homepage unter www.uro-akademie.de

Wir freuen uns auf Sie! Ihr AK Psychosomatische Urologie und Sexualmedizin, Ihr AK Andrologie und Ihr Akademie-Team

Stimmen von Teilnehmern:

„Vielen Dank für die interessante Fortbildung.“

„Sehr gute, kompetente Referenten.“

„Ich habe tiefe Einblicke erhalten in verschiedene Bereiche der Sexualität in Bezug auf die Urologie und auch in so interessante Randbereiche wie die Operative Behandlung der Transsexualität.“

„Besonders hilfreich für die Praxis war die Kleingruppenarbeit zum Thema Rahmenbedingungen für das Sprechen über Sexualität“

„Reibungsloser Ablauf, tolle Organisation“

Umfrage: Nach welchen Kriterien suchen Sie Ihre Fortbildungsveranstaltungen aus?



Stefanie Dantz, Oettelbrueck: Ich suche meine Fortbildungen nach fachspezifischen Gesichtspunkten aus und finde es wichtig, neue medizinische Produkte in ihrer praktischen Anwendung kennenzulernen.



Dr. med. Joachim Schubert, niedergelassener Urologe und Belegarzt in Neustadt a. d. Aisch: „Alles, was mit Operationen und dem ganzen Drumherum zu tun hat, interessiert mich.“



Katja Weber, Marl: Ich bin Urogynäkologin und finde natürlich urogynäkologische Themen interessant, insbesondere wähle ich Veranstaltungen aus, bei denen es um Inkontinenz bei Frauen geht.



Günter Salzmann, Urologie-Pfleger in Praxis in Basel: „Mich interessiert, was für unseren täglichen Praxisalltag relevant ist. Beim letzten DGU-Kongress haben mir besonders die Hands-on-Workshops gefallen. Auch die Klinikhospitalationen waren eine deutliche Bereicherung zu den Vorträgen, weil sie zielgerichteter und in kleinen Gruppen stattfanden. Die Workshops sollten weiter ausgebaut werden, weil die Plätze schnell vergriffen sind.“



Dr. med. Jens Küster, Leitender Arzt Urologie/ Nierentransplantation in Hannoverseh Münden: „Ich arbeite in einem Prostatkarzinomzentrum. Für mich ist alles interessant, was damit in Verbindung steht, auch Fortbildungen über Wirtschaftlichkeit. Das ist wichtig für uns. An unserer Klinik suchen die Oberärzte die Themen aus und wir teilen uns dann auf, zum Beispiel beim DGU-Kongress, und berichten uns später gegenseitig darüber.“

Intersexualität

Eine Herausforderung für Betroffene, Eltern und Behandler



Prof. Dr. Susanne Krege ist Chefärztin der Klinik für Urologie und Kinderurologie am Alexianer-Krankenhaus in Krefeld und stellvertr. Vorsitzende des Vereins „Netzwerk DSD/Intersexualität e.V.“

Von Susanne Krege

Unter dem Begriff Intersexualität werden Störungen zusammengefasst, bei denen chromosomales und/oder gonadales Geschlecht nicht kongruent mit dem Phänotyp sind. Wie der Begriff Intersex bereits andeutet, ist der Phänotyp oft uneindeutig, also weder eindeutig weiblich noch männlich. Vor einiger Zeit wurde der Begriff Intersexualität auf Betreiben von Betroffenen ersetzt durch den Begriff „Störungen der sexuellen Differenzierung“ oder im Englischen „disorders of



Foto: © Brad Pict - Fotolia.com

sexual differentiation“, kurz DSD. Es werden die Gruppen 46XX DSD und 46XY DSD unterschieden (Tabelle).

Bei den 46XX Betroffenen kommt es durch einen erhöhten Androgenspiegel zu einer mehr oder weniger starken Vermännlichung des äußeren Genitale (Abb.1).

Am häufigsten (1:4500) ist das adrenogenitale Syndrom (AGS). Durch einen Enzymdefekt bei der Cortisonsynthese reichern sich Stoffwechselprodukte an, die auf einem Nebenweg zu Androgenen umgewandelt werden. Im Falle von 46XY DSD können verschiedene Ursachen zugrunde liegen, die zu einer unzureichenden Androgenwirkung führen. Hierzu gehören Gonadysgenesien, Testosteronsynthesedefekte oder Androgenresistenzen.

Bis in die jüngste Vergangenheit war es üblich, bei Geburt eines Kindes mit einem nicht-eindeutigen Genitale rasch die Diagnose zu stellen und durch frühe operative Maßnahmen die Angleichung in die weibliche oder männliche Richtung anzustreben, je nachdem, was medizinisch aufgrund der Ursache sinnvoller erschien. Dabei standen Eltern und behandelnde Ärzte auch insofern unter Druck, als innerhalb von 14 Tagen nach der Geburt des Kindes ein Geschlecht im Stammbuch eingetragen werden musste. Der Entscheidung zu frühen operativen

Maßnahmen lag die von Money konstituierte „Optimal gender policy“ zugrunde. Diese besagte, dass eine eindeutige Anatomie, Erziehung und Sozialisation für die Geschlechtsidentität entscheidend sind. So schlussfolgerte Money, dass frühe operative Maßnahmen eine stabile Geschlechtsidentität und ein entsprechendes Geschlechterverhalten garantieren (Money, 1960). Vernachlässigt wurden dabei z.B. hormonelle Einflüsse.

In den letzten Jahren traten zunehmend Betroffene an die Öffentlichkeit und prangerten dieses Vorgehen an. Sie klagten an, dass sie im Kleinkindesalter zahlreiche, oft mit vielen Komplikationen behaftete Eingriffe über sich ergehen lassen mussten und einem Geschlecht zugewiesen wurden, das nicht das ihre sei. Sie fordern die sog. „full content policy“, nach der therapeutische Maßnahmen, seien sie hormoneller oder operativer Art, nur mit Zustimmung der Betroffenen, also zu einem deutlich späteren Zeitpunkt als im Kleinkindesalter erfolgen sollen.

Dies bringt für Eltern und Gesellschaft andere Probleme mit sich. Unsere Gesellschaft ist eindeutig zweigeschlechtlich orientiert. Schon in der Schule stellt sich die Frage, welche Toilette soll das Kind benutzen. Auch besteht die Sorge der Eltern, dass ihr Kind

TDSD-Klassifikation gemäß der Chicago-Konsensuskonferenz 2005 (Hughes et al, 2006)

46XY DSD

- A: testikuläre Gonadendysgenese**
1: komplette Gonadendysgenese (Swyer Syndrome)
2: partielle Gonadendysgenese
3: gonadale Regression
4: ovotestikuläre DSD

- B: Störungen der Androgensynthese oder -wirkung**
1: Androgenbiosynthesedefekt (z.B. 17-Hydroxysteroid-Dehydrogenase Defekt, 5-alpha-Reduktase Defekt, StaR Mutationen)
2: Störungen der Androgenwirkung (POR) (z.B. CAIS, PAIS)
3: LH -Rezeptor-Defekt (z.B. Leydigzellhypoplasie, -aplasie)
4: Störungen von AMH oder vom AMH Rezeptor (Persistenz von Müllerschen Strukturen)

- C: andere (z.B. schwere Hypospadien kloakale Exstrophy)**

46XX DSD

- A: ovarielle Gonadendysgenese**
1: ovotestikuläre DSD
2: testikuläre DSD (z.B. SRY+, dup OX9)
3: Gonadendysgenese

B: Androgenexzess

- 1: fetal (z.B. 21-Hydroxylase-Defekt, 11-Hydroxylase-Defekt)
2: fetoplazentar (Aromatase-Defekt, POR)
3: maternal (Luteom, exogen)

- C: andere (z.B. kloakale Exstrophy Vaginalatresie, MRKH-Syndrom, andere Syndrome)**

WISSENSCHAFT & FORSCHUNG

Rückblick 5. AuF-Symposium „Urologische Forschung der DGU“



Von Christoph Becker

Die Zellbiologie des Urogenitalsystems stand im Mittelpunkt des letztjährigen Symposiums „Urologische Forschung der DGU“, das vom 14.-16.11.2013 im Hauptgebäude der Justus-Liebig-Universität in Gießen stattfand. Mit dieser Veranstaltung setzte die Arbeitsgruppe urologische Forschung – erneut in Kooperation mit der Arbeitsgemeinschaft Uropathologie der Deutschen Gesellschaft für Pathologie – die Tradition des

intensiven wissenschaftlichen Austauschs zwischen Nachwuchsforschern und renommierten Wissenschaftlern erfolgreich fort. Insgesamt wurde das 5. AuF-Symposium von über 130 Medizinern und Naturwissenschaftlern aus Urologie, Pathologie, Andrologie, Reproduktionsmedizin, Anatomie und Physiologie besucht. In Übersichtsvorträgen veranschaulichten etablierte Wissenschaftler, wie Hans Lilja oder Jennifer Southgate, den aktuellen Kenntnisstand auf den Gebieten der Entwicklung, Homöostase

und Pathogenese des Urogenitalsystems. Eingerahmt von der Expertise der senior scientists konnten mehr als 50 Nachwuchswissenschaftlerinnen und -wissenschaftler ihre jüngsten Forschungsergebnisse in Kurzvorträgen und Posterbeiträgen präsentieren. Die thematische Bandbreite umfasste dabei neben der Uroonkologie rund um Biomarker, nicht-kodierende RNAs, Epigenetik, EMT und Tumorstammzellen auch Fragestellungen zu BPS, Infektiologie, Immunologie, Spermatogenese oder Urolithiasis. Auch

die Cross-Talk-Blöcke, in denen ehemalige Eisenberger-Stipendiaten gemeinsam mit ihren wissenschaftlichen Mentoren ihre Projekte vorstellten, ernteten wieder hohe Aufmerksamkeit. Das nächste AuF-Symposium findet vom 13. bis 15. November 2014 in Homburg/Saar zum Themenschwerpunkt Interdisziplinäre Forschung in der Urologie: Mehrwert durch Vernetzung statt. Aktuelle Programminformationen sowie Formulare zu Anmeldung und Abstracteinreichung auf: <http://auf-symposium.dgu.de>.

Nicht medizinisch indizierte Beschneidung Minderjähriger

Aspekte zur Auslegung von § 1631 d Abs. 1 BGB unter Berücksichtigung des Beschlusses des OLG Hamm vom 30.08.2013



Von Frank Petersilie

Nachdem durch das Urteil des Landgerichts Köln vom 7.5.2012 zunächst große Unsicherheit herrschte, ob Ärzte bei Minderjährigen auf Wunsch der Eltern eine religiös motivierte (nicht medizinisch indizierte) Zirkumzision vornehmen dürfen, hat der Gesetzgeber relativ schnell reagiert und durch die Einfügung eines neuen Reichweite des elterlichen Sorgerechts definiert. Gleichwohl wird man aber an den Maßgaben dieser Norm auch die Rechtmäßigkeit ärztlichen Handelns messen, da nur eine wirksam erteilte Einwilligung den Eingriff rechtfertigt.

Im Folgenden soll aufgezeigt werden, welche geschriebenen und ungeschriebenen Anforderungen an die Einwilligung sich aus § 1631 d Abs. 1 BGB ergeben. Der speziell auf Religionsgemeinschaften zugeschnittene § 1631 d Abs. 2 BGB wird daher hier ausgeblendet. Ebenso sollen die nach wie vor gegen die Norm erhobenen verfassungsrechtlichen Bedenken nicht thematisiert werden.

Anlass zu einer aktuellen Bewertung gibt ein Beschluss des Oberlandesgerichts (OLG) Hamm vom 30.08.2013 (3 UF 133/13), in dem nun erstmals in einem Rechtsstreit auf diese Norm Bezug genommen wird. Der Beschluss erfolgte im Rahmen einer sorgerechtlichen Auseinandersetzung zwischen getrennt lebenden Eltern. Konkret ging es um eine von ihrem deutschen Ehemann geschiedene, aus Kenia stammende Mutter, die ihren sechs Jahre alten Sohn beschneiden lassen wollte, da dies in Kenia kultureller Ritus sei und unverzichtbar zur „Mannwerdung“ gehöre. Als weiteres Argument führte die Mutter allgemeine Hygieneaspekte ins Feld. Obwohl die Mutter das alleinige Sorgerecht hatte, erwirkte der geschiedene Ehemann eine einstweilige Anordnung, wonach das Familiengericht der Kindsmutter das Recht zur Beschneidung des Kindes vorläufig entzog und auf das Jugendamt übertrug, das die Beschneidung im Ergebnis untersagte. Das OLG Hamm bestätigte den Teilentzug des Sorgerechts im wesentlichen mit dem Argument, dass die Beschneidung dem gemäß § 1631 Abs.1, Satz 2 BGB zu beachtenden Kindeswohl widerspreche. Ausschlaggebend für diese Einschätzung waren hierbei insbesondere, dass Kind und Mutter ihren Lebensmittelpunkt in Deutschland und nicht in Kenia hatten, das Kind evangelisch getauft war und mit dem Kind nicht angemessen über den Vorgang kommuniziert wurde. Hinzu kam, dass die Mutter nicht bereit war, das Kind zu dem Eingriff zu begleiten. Auch den ohne nähere Begründung vorgetragenen Hygieneaspekt akzeptierte das Gericht nicht, da nicht ersichtlich sei, dass die Intimhygiene des Kindes ohne Beschneidung gefährdet sei.

Sicherlich handelt es sich hier um eine spezifische Konstellation mit sorgerechtlichem Schwerpunkt, die nicht ohne weiteres verallgemeinerungsfähig ist. Gleichwohl kann man aber aus dem Beschluss sehr wohl die Botschaft entnehmen, dass die Neuregelung des § 1631 d Abs. 1 BGB auch dem den Eingriff durchführenden Arzt keinen uneingeschränkten „Freifahrtschein“ für eine medizinisch nicht indizierte Zirkumzision ausstellt. Zwar nimmt die nach den Maßgaben der Norm erteilte Einwilligung der Eltern dem Eingriff in die körperliche Unversehrtheit des Kindes die Rechtswidrigkeit. Ob aber überhaupt eine wirksame Einwilligung vorliegt, kann dabei unter mehreren Aspekten fraglich sein. Hier ist also gewisse Achtsamkeit geboten, da eine ohne wirksame Einwilligung durchgeführte Zirkumzision dem ärztlichen Bescheider dann doch wieder dem Vorwurf der Körperverletzung aussetzen könnte.

1. Zunächst sollte man sich bei Kindern mit zwei sorgeberechtigten Elternteilen vergewissern, dass beide Eltern

in den Eingriff einwilligen, da es sich hier mangels medizinischer Indikation nicht um einen sogenannten Routineeingriff handelt, bei dem die Einwilligung nur eines Sorgeberechtigten genügt. Ob hierzu bereits die Erklärung eines anwesenden Sorgeberechtigten ausreicht, von dem anderen entsprechend ermächtigt worden zu sein, ist zweifelhaft. Auf der sicheren Seite ist man hier nur, wenn eine persönliche Erklärung beider Elternteile erfolgt.

2. Selbstverständlich ist, dass über den Eingriff ordnungsgemäß aufgeklärt werden muss. Hier bestehen wegen des Fehlens einer medizinischen Indikation erhöhte Anforderungen an die sogenannte Risikoaufklärung.

3. Dass ein Arzt nach den Regeln der ärztlichen Kunst handelt, sollte ebenfalls selbstverständlich sein. Dazu gehört auch die Einhaltung anästhesiologischer und schmerztherapeutischer Standards.

4. Weiterhin bestimmt § 1631 Abs. 1 BGB, dass die Einwilligung der Eltern nur dann wirksam ist, wenn das Kind selbst nicht einsichts- und urteilsfähig ist. Dieser Zeitpunkt liegt in der Regel vor dem Erreichen der Volljährigkeit und ist nicht mit der Geschäftsfähigkeit gleichzusetzen. Eine gesetzlich vorgegebene Altersgrenze gibt es nicht, so dass auf den Einzelfall abzustellen ist; der Arzt muss sich also selbst ein Bild davon machen, inwieweit Einsichts- und Urteilsfähigkeit gegeben sind. Bei Kindern unter 10 Jahren dürfte das in aller Regel nicht der Fall sein. Ab 14 Jahren wiederum wird zumeist die erforderliche Einsichtsfähigkeit vorliegen mit der Folge, dass dann ein eindeutig negatives Votum des Minderjährigen dem Eingriff entgegensteht. Insbesondere die Altersspanne zwischen 10 und 14 wird man daher als Grauzone einordnen müssen, in der die „Gefahr“ besteht, dass das Kind bereits im Sinne des § 1631 d BGB als einsichtsfähig beurteilt werden kann, so dass auch sein entgegenstehender Wille vom Arzt zwingend zu beachten wäre. Jedenfalls sollte man gerade in dieser Altersgruppe besonders sorgfältig dokumentieren, wieso man im konkreten Falle von fehlender oder vorliegender Einsichtsfähigkeit ausgeht. Bei religiös intendierter Beschneidung wird der betroffene Junge wegen der familiären Vorprägung aber wohl in den meisten Fällen ohnehin einverstanden sein, so dass hier die Problematik weniger virulent ist. Soweit sich Kinder „in der Grauzone“ aber eindeutig negativ positionieren, so empfiehlt es sich, den Eingriff zunächst abzulehnen und ggfs. über das Jugendamt eine Klärung herbeizuführen.

Aber auch bei eindeutig nicht einsichtsfähigen Kindern kann der entgegenstehende Wille unter dem Gesichtspunkt des Kindeswohls eine Rolle spielen. Darauf wird im folgenden Bezug genommen.

5. In § 1631 Abs. 1 S. 2 BGB wird nämlich ausdrücklich postuliert, dass das Kindeswohl der Einwilligung der Eltern und damit der Zirkumzision nicht entgegenstehen darf. Bei der Kindeswohlgefährdung handelt es sich um einen unbestimmten Rechtsbegriff, bei dem wiederum auf die Umstände des Einzelfalles abgestellt werden muss. Das Kindeswohl kann in diesem Sinne bereits dann gefährdet sein, wenn das nicht einsichtsfähige Kind dem Eingriff widersprochen hat. So steht es ausdrücklich in der Gesetzesbegründung (BT – Drucksache 17/11295, S. 18), wobei allerdings nicht ausgeführt wird, dass der entgegenstehende Wille stets zur unwirksamen Einwilligung führt; der Kindeswille sei vielmehr „zu berücksichtigen“. Die Gefährdung des Kindeswohls wird sich daher oftmals nicht allein aus dem entgegenstehenden Willen ergeben, sondern es müssen weitere Aspekte hinzutreten. Jedenfalls

§ 1631d BGB

Beschneidung des männlichen Kindes

(1) Die Personensorge umfasst auch das Recht, in eine medizinisch nicht erforderliche Beschneidung des nicht einsichts- und urteilsfähigen männlichen Kindes einzuwilligen, wenn diese nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführt werden soll. Dies gilt nicht, wenn durch die Beschneidung auch unter Berücksichtigung ihres Zwecks das Kindeswohl gefährdet wird.

(2) In den ersten sechs Monaten nach der Geburt des Kindes dürfen auch von einer Religionsgesellschaft dazu vorgesehene Personen Beschneidungen gemäß Absatz 1 durchführen, wenn sie dafür besonders ausgebildet und, ohne Arzt zu sein, für die Durchführung der Beschneidung vergleichbar befähigt sind.

haben Eltern und auch der Arzt mit dem Kind altersgerecht zu kommunizieren und ihm die Bedeutung des Eingriffs zu vermitteln. Dieses Kommunikationserfordernis wird vom OLG Hamm z.B. schon bei einem sechsjährigen Kind angenommen. Es ist daher sehr empfehlenswert, in der Dokumentation das kindgerechte Gespräch vermerkt zu haben.

Als weiteres Element der potentiellen Kindeswohlgefährdung wird in § 1631 d Abs. 1, Satz 2 BGB auch der (nicht schützenswerte) Zweck der Beschneidung genannt. Dies erscheint nicht ganz widerspruchsfrei, da in Satz 1 das Einwilligungserfordernis zunächst ohne Nennung von Motiven (auch die religiösen werden erstaunlicherweise nicht besonders hervorgehoben) uneingeschränkt gewährt wird, während es nach Satz 2 dann doch wieder Zwecke geben soll, die evtl. weniger schützenswert sind.

In der Gesetzesbegründung wird nur aufgeführt, dass die ästhetische Verschönerung oder das Erschweren von Masturbation ein Indiz für nicht geschützte Motivationslagen seien. (BT 17/11295, S. 18). Sind dann alle anderen Motive unproblematisch? Für die religiös – traditionellen Motive des Judentums und des Islam dürfte das unstreitig sein. In der Gesetzesbegründung werden zudem beispielhaft auch noch kulturelle Tradition (Aleviten) oder Gesundheitsvorsorge genannt. (BT 17/11295, S. 16) Eigentlich sollten dies also vom Gesetzeszweck erfasste Motive sein, die dem Kindeswohl nicht entgegenstehen. Gerade der Beschluss des OLG Hamm zeigt aber, dass eine Gesamtschau der Umstände durchaus zu einem anderen Ergebnis führen kann. Nach Auffassung des Gerichts genügt hier die Motive „kultureller Ansatz“ (Tradition in Kenia, zur Mannwerdung erforderlich) und Hygiene wegen der besonderen Umstände des Falls gerade nicht für die Vereinbarkeit mit dem Kindeswohl.

Allerdings muss man an dieser Stelle noch einmal betonen, dass es sich um eine sorgerechtliche Auseinandersetzung handelte, in der das Gericht die von den Parteien des Rechtsstreits vorgetragene Argumente sehr sorgfältig gegeneinander abgewogen hat. Eine entsprechende extensive Sachverhaltsaufklärung und Motivforschung wird man von Ärzten nicht erwarten können. Es kann nicht die Aufgabe des Arztes sein, in gewisser Weise „Sittenpolizei“ zu spielen, zumal das Gesetz nun einmal zunächst in Absatz 1, Satz 1 keinerlei Einschränkung des Elternwillens vorsieht und die Einschränkung in Satz 2 auf einen unbestimmten Rechtsbegriff (Kindeswohlgefährdung) abstellt. Es empfiehlt sich aber, bei der Dokumentation auch die Motivationslage der Eltern aufzuführen. Sicher wird es auch Fälle geben, in denen die Kindeswohlgefährdung so evident ist, dass man als Arzt gehalten ist, den Eingriff zu verweigern. Dies wäre etwa der Fall, wenn die gesundheitliche Konstitution des Kindes zumindest temporär entgegensteht oder Sektenmitglieder vortragen, sie benötigen die Vorhaut ihres Kinder als „Opfergabe“ für einen okkulten Ritus.

Auch wenn Kritiker der Regelung das anders sehen, ist das Kindeswohl übrigens nicht bereits wegen der typischerweise mit dem Eingriff verbundenen Folgen wie Verlust der Vorhaut, Wundschmerz etc. tangiert, da dann ja jede nicht medizinisch indizierte Zirkumzision dem Kindeswohl widerspräche und dies wiederum entspräche nicht dem Gesetzeszweck. Sofern aber keine besonderen Anhaltspunkte vorliegen, sich die Eltern einig sind und eine vom Gesetzeszweck eindeutig gedeckte (insbesondere religiöse) Motivationslage gegeben ist, steht das Kindeswohl dem Eingriff in der Regel nicht entgegenstehen.

Grundsätzlich wird also durch § 1631 d Abs. 1 BGB insbesondere bei der Beschneidung nicht einwilligungsfähiger Minderjähriger aus religiösen Motiven Rechtssicherheit hergestellt, vorausgesetzt, alle aufgeklärten Sorgeberechtigten haben in den de lege artis durchgeführten Eingriff eingewilligt. Auch die in der Gesetzesbegründung erwähnten weiteren Motive „kulturelle Tradition“ oder „Gesundheitsvorsorge“ scheinen grundsätzlich schützenswert zu sein, es sei denn, die besonderen Umstände des Falles legen eine Gefährdung des Kindeswohls nahe. Dabei kann auch der entgegenstehende Wille des Kindes eine Rolle spielen. Je abtrüster aber das Motiv erscheint, desto eher liegt eine Kindeswohlgefährdung vor. In der Dokumentation sollte die Motivlage der Eltern jedenfalls erwähnt und auch aufgeführt werden, dass mit dem Kind altersgerecht kommuniziert wurde. Soweit bei dem Minderjährigen Einsichts- und Urteilsfähigkeit vorliegt, muss (auch) dessen Einverständnis vorliegen. Problematisch kann die Feststellung der Einsichts- und Urteilsfähigkeit zwischen 10 und 14 Jahren sein. Sobald man als Arzt Zweifel am Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen hat, sollte man die nicht medizinisch indizierte Zirkumzision eher ablehnen, ggfs. eine Stellungnahme des Jugendamtes einfordern. Eine Fehleinschätzung der Sachlage (man verneint eine Kindeswohlgefährdung) führt zwar nicht automatisch zu einer Haftung, Frage ist aber, ob man sich eines Restrisikos aussetzen will. Da es sich nicht um einen medizinisch indizierten Eingriff handelt, ist man ohnehin nicht zu dessen Durchführung verpflichtet.

Projekt Urologie 1945 -1990

Getrennte Wege - Gemeinsame Ziele

Von Friedrich Moll und Thorsten Halling



Dr. Friedrich Moll M.A.:
DGU-Kurator



Thorsten Halling M.A.:
Medizinhistoriker
Universität Ulm

Das aktuell von der Deutschen Gesellschaft für Urologie geförderte Forschungsprojekt „Urologie in Deutschland 1945-1990“ schließt sich nahtlos an das bereits abgeschlossene und publizierte sowie prämierte Projekt „Urologen im Nationalsozialismus – Zwischen Anpassung und Vertreibung“ an. Der Kern des neuen Projekt-auftrages liegt darin, die Entwicklung der deutschen Urologie nach dem 2.Weltkrieg umfassend und systematisch und natürlich besonders die unterschiedlichen Wege der Urologie in den beiden deutschen Staaten im geteilten Deutschland zu analysieren.

Wiederum wird das Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin an der Universität Ulm unter der Leitung von Prof. Dr. Heiner Fangerau das Forschungsprojekt in enger Kooperation mit dem Arbeitskreis Geschichte der DGU bearbeiten. Zusätzliche Mitarbeit und Expertise werden von einer jüngst etablierten Arbeitsgruppe mit dem Schwerpunkt Urologie in der DDR eingebracht werden.

Nach dem 1.Weltkrieg wurde der Urologie in Deutschland innerhalb von 40 Jahren ein fester Platz im Kanon der Medizin gesichert. Auch der Anschluss an die internationale Forschung, der durch die Isolation nach dem Ersten Weltkrieg bedingt war, konnte erreicht werden.

Zahlreiche namhafte deutsche Urologen sicherten der deutschen Urologie international hohe Anerkennung. Die Zeit des Nationalsozialismus machte all dem ein Ende, da führende deutsche Urologen verdrängt wurden und emigrieren mussten. Der Rückschlag für die medizinische Wissenschaft insgesamt war enorm, die Diskreditierung der deutschen Medizin spä-

testens nach dem Nürnberger Ärzteprozess abgrundtief. Die Erholung nach dem 2. Weltkrieg war mühsam, aber es gelang in beiden deutschen Staaten die Urologie als innovatives und leistungsstarkes Fach innerhalb der Medizin zu etablieren. Zahlreiche medizintechnische Innovationen, die eine Strahlkraft auf die gesamte Medizin entfalteten sollten wie z.B. die Einführung der extrakorporalen Stoßwellenlithotripsie, gingen von der deutschsprachigen Urologie aus, deutsche Firmen mit urologie-technologischer Spezialisierung wurden Weltmarktführer.

Der lange Kampf der Emanzipation des Fachgebietes, das 1924 den Facharztstatus etablieren konnte, wurde innerhalb von zwei Generationen erfolgreich abgeschlossen, auch wenn die Urologie immer noch als „kleineres“ Fach mit Querschnittscharakter ihren Platz innerhalb der Medizin immer aufs Neue behaupten muss.

Im neuen historischen Forschungsprojekt stehen vor dem Hintergrund der politischen Systemauseinandersetzung zwischen Ost und West daher intellektuelle, persönliche und institutionelle Verflechtungen sowie jeweils deren internationale Kontakte im Blickpunkt. Besonders interessant ist, dass für viele dieser Fragestellungen Zeitzeugenwissen gesichert werden konnte. Im August des vergangenen Jahres sind fast 1000 Fragebögen an alle DGU-Mitglieder verschickt worden, die vor 1956 geboren sind, mit diesbezüglichen Fragen zur jüngeren Vergangenheit. Aus den Rückläufen - bisher antworteten knapp 15% - konnten erste Erkenntnisse zu institutionellen Aspekten, Forschungsschwerpunkten, aber auch zur Selbstwahrnehmung gewonnen werden. Wir erhoffen uns weitere Antworten.

Die Urologie ist zugleich ein Modellbeispiel für die Entwicklung der medizinischen Fachkulturen in beiden deutschen Staaten. Vor dem Hintergrund der politischen Gegenschaft können die Professionalisierung, die Teilhabe am internationalen Forschungsdiskurs sowie die Technisierung und deren Einfluss auf die klinische Praxis untersucht werden. Dabei ist von einer erheblichen innerurologischen Verflechtung vor und auch nach dem Mauerbau auszugehen. Gerade die Urologie zeichnet sich in der Zeit deutscher Zweistaatlichkeit durch gemeinsame Traditionslinien aus. Gleichzeitig bestand die ideologisch begründete Systemkonkurrenz, die eine Entfremdung förderte.

Forschungspreis für Doppelband „Urologen im Nationalsozialismus“



Nahmen die Auszeichnung stellvertretend für alle Herausgeber in Empfang: v.l. Matthias Krischel M.A., Julia Bellmann M.A. und Dr. Friedrich Moll M.A.

Das ärztliche Ethos vom Heilen und Helfen wurde unter dem Nationalsozialismus vielfach in ein Prinzip der Ausgrenzung und Vernichtung pervertiert. Die Aufarbeitung dieser Schreckensperiode hat sich die Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V. für ihr Fachgebiet schon seit Jahren zur Aufgabe gemacht. Aus diesem Engagement resultiert der 2011 erschienene Doppelband „Urologen im Nationalsozialismus. Zwischen Anpassung und Vertreibung“.

Im November 2013 wurde er mit dem vom Bundesministerium für Gesundheit, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer gemeinsam ausgelobten Forschungspreis „Rolle der Ärzteschaft in der Zeit des Nationalsozia-



Prof. Dr. Anne-Karoline Ebert

DGU und Stiftung Urologische Forschung fördern Kinderurologie

Neue Stiftungsprofessur in Ulm seit August 2013

Ein sehr wichtiger Meilenstein zur Stärkung der deutschen Kinderurologie ist die Einrichtung der Berndt-Ulrich-Scholz-Stiftungsprofessur Kinderurologie an der Universität Ulm, die gemeinsam von der DGU und der Stiftung Urologische Forschung, Berlin, als W3-Professur finanziert wird. Der Vorsitzende des Stiftungsbeirates ist Professor Dr. Stefan Loening. Mit Frau Professor Anne-Karoline Ebert, F.E.A.P.U., wurde diese Professur zum August 2013 besetzt

Frau Prof. Dr. Ebert wurde 1967 in Coburg geboren und studierte nach dem Abitur Medizin an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen. Während ihres Studiums absolvierte sie mehrere praxisbezogene Auslandsaufenthalte z.B. in Südafrika, Zimbabwe und den USA. Zunächst wurde sie 1,5 Jahre in der Abdominalchirurgie in der Frankwaldklinik Kronach bei Prof. Dr. T. Hager ausgebildet und wechselte 1995 an die Urologische Klinik der Universität Erlangen unter Prof. Dr. K.M. Schrott, wo sie 2002 Oberärztin wurde. 2003 wechselte sie mit Prof. W.H. Rösch als Leitende Oberärztin der kinderurologischen Abteilung an das Krankenhaus Barmherzige Brüder in Regensburg. Als eine der ersten Urologinen in Deutschland hat sie die internationale Kinderurologie-Facharztweiterbildung, den Fellow of the European Academy of Paediatric Urology (FEAPU) erworben. In Regensburg baute sie 10 Jahre das durch die European Society of Paediatric Urology (ESPU) zertifizierte universitäre Zentrum für Kinderurologie mit auf. Besondere Expertise hat Frau Dr. Ebert bei der operativen Behandlung seltener urogenitaler Fehlbildungen, u.a. dem Blasenektrophie-Epispadie-Komplex (BEEK).

2010 habilitierte sie sich zu diesem Thema: Implikationen des Langzeitver-

laufes für das therapeutische Management. Eine flächendeckende Kinder- und Jugendurologie sowie die Transition von Menschen mit urogenitalen Fehlbildungen in die Erwachsenenmedizin sind für sie wichtige Themen.

Weitere Schwerpunkte sind die Lebensqualitätsforschung, die Erforschung epidemiologischer Risikofaktoren urogenitaler Anomalien und die Implementierung klinischer Prognosefaktoren einer erfolgreichen Blasenentwicklung ekstropher Blasen nach Rekonstruktion. Frau Dr. Ebert beherrscht aufgrund ihrer großen Erfahrung das gesamte kinderurologische Spektrum von der Diagnostik, konservativen und operativen Therapie angeborener und erworbener Erkrankungen, Fehlbildungen und funktioneller Störungen des Urogenitalsystems im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter, inklusive Laparoskopie und Tumorchirurgie.

Frau Dr. Ebert ist verheiratet und hat zwei Söhne. Ihre große Leidenschaft sind Reisen zusammen mit ihrer Familie nach Afrika und das Restaurieren historischer Bauernhäuser.

Die DGU ist sehr froh, mit Frau Prof. Ebert den Stiftungslehrstuhl hervorragend besetzen zu können und damit ein Zeichen für die Stärkung der Kinderurologie setzen zu können.

lismus“ gewürdigt. Medizinhistoriker und Urologen aus Deutschland, Österreich und den USA hatten in dem von der DGU initiierten und großzügig geförderten Forschungsprojekt seit 2009 eine Vielzahl bislang unberührter Themen sowie neu aufgefundene Dokumente zur Verstrickung deutscher Urologen in das NS-System und zum Exodus jüdischer Kollegen bearbeitet. In zahlreichen Einzel- und Sammelbiographien dokumentiert „Urologen im Nationalsozialismus“ für Deutschland und für Österreich sowohl die Schicksale der Opfer als auch die Werdegänge derer, die in dem System Karriere machten.

In der Arbeit sieht der Archivar der DGU und Mitherausgeber, Prof. Dr. Dirk Schultheiss, „einen weiteren medizin-

historischen Meilenstein“. Der Medizinhistoriker Matthias Krischel M.A., der das Projekt am Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin in Ulm betreute, und der Curator der DGU und Vorsitzende des Arbeitskreises „Geschichte der Urologie“ der Akademie Deutschen Urologen, Dr. Friedrich Moll M.A., nahmen den Preis in Berlin stellvertretend für alle Herausgeber in Empfang.

Neben ihnen und Prof. Schultheiss sind dies Julia Bellmann M.A. und der im März 2013 verstorbene Prof. Dr. Albrecht Scholz. DGU und Herausgeber betrachten die Veröffentlichung des Doppelbandes nicht als Abschluss des Projekts, sondern als Ausgangspunkt für weitere Forschungen. (bcw)

LESERBRIEF



„Werden junge Urologen heute noch zeitgemäß ausgebildet?“, fragten wir in der ersten Ausgabe von UROlogisch! Dr. Ursula Eppelmann, niedergelassene Urologin in Münster, schrieb uns ihre Meinung.

Der Anteil der Frauen im ärztlichen Beruf ist seit einigen Jahren stark angestiegen. In Deutschland beträgt der Anteil der Absolventinnen im Medizinstudium nahezu zwei Drittel. In der Urologie liegt die Frauenquote bei nur 12%. Sollte die Frage nicht auch lauten: Werden junge Ärztinnen in der Urologie zeitgemäß ausgebildet und gefördert? Es gibt große Hürden im beruflichen Fortkommen von Ärztinnen, meistens sind die Leitenden Ärzte der Dreh- und Angelpunkt des Problems, sie können aber auch seine Lösung darstellen.

Zentrale Probleme sind der Rückzug auf alte Rollenverständnisse, mangelnde geeignete moderne Vorbilder und konkrete Ideen bezüglich frauen- und familienfreundlicher Aktivitäten in den Kliniken.

Bei Einführung einer familienorientierten Führungskultur sind Erfolge erst dann erreicht, wenn die Maßnahmen auf allen Ebenen, für alle und zu jedem Zeitpunkt atmosphärisch spürbar werden.

Zu einer guten Betriebskultur gehören Entscheidungen im Team, flache Hierarchien, ein wertschätzender Umgang miteinander und eine offene, fördernde Feedback-Kultur ohne Geschlechterunterschiede.

Wichtig wäre die Schaffung unterschiedlicher Karrierewege in der klinischen Einrichtung. Meist wird aber gefordert, Forschung, Lehre und Krankenversorgung an den Universitätskliniken gleichzeitig zu bewältigen. Das kann eine junge Mutter nicht schaffen. Leider wird auch für Forschungsgelder das Maximalalter oftmals bei 35 oder sogar 30 Jahren für den Antragssteller gefordert. Ärztinnen, die sich erst nach der Familienpause Forschungsaufgaben widmen möchten, sind hierdurch klar benachteiligt, hier sollten auf das Alter Kinderbetreuungszeiten angerechnet werden können. Innerhalb der Klinik sollte darauf geachtet werden, dass alle Bereiche und Karrierewege die gleiche Wertschätzung erfahren.

Auch die Teilbarkeit von Führungspositionen wird vielfach noch angezweifelt: Je höher jemand in der Hierarchie steht, desto ungewöhnlicher wird die Vorstellung, er bzw. sie könnte in Teilzeit arbeiten.

In den meisten Krankenhäusern fehlt ein familienorientiertes Wertesystem komplett. Schwangerschaft und Mutterschutz werden als Probleme betrachtet, die Vaterrolle oder Pflegeaufgaben als Privatsache. Hier muss ein Umdenken stattfinden: Die Möglichkeiten der Vereinbarkeit von Familie, Privatleben und Beruf müssen zum Anliegen aller, insbesondere der Ärztinnen und Ärzte in leitender Funktion, werden.

Die fachärztliche Weiterbildung für Urologie orientiert sich aktuell in ihren Anforderungen an der Krankenhausvariante der Maximalversorgung. Die ambulante urologische Versorgung kommt inhaltlich gar nicht in der Weiterbildungsordnung vor, Bereiche wie die Mikrobiologie werden in

der Regel nicht gelehrt. Es zählen lediglich lange Mindestzeiten in der Weiterbildung, die Messgröße stellt die Zeit dar, nicht die erworbene Qualifikation, regelmäßig sind Assistenten gezwungen, diese Zeiten zu überschreiten, da die „Qualifikation“ noch nicht erreicht sei. Zur Feststellung der Qualifikation müssen umfangreiche Leistungskataloge erfüllt werden, bei denen unklar bleibt, wie ein Individuum diese erfüllen soll, insbesondere wenn man seine Ausbildung eben nicht an einem Maximalversorger oder gar in Teilzeit absolviert. Die Einteilung zur Durchführung spezieller Diagnostik oder Operationen wird nicht gerecht und schon gar nicht familienfreundlich gestaltet. Hat man dann viel und lange möglichst Vollzeit gearbeitet, wird der Katalog unterzeichnet und man darf sich zur Prüfung anmelden.

Für eine zeitgemäße urologische Weiterbildung sollten folgende Maßnahmen, die bereits andernorts für alle Fachbereiche übergreifend in einem Memorandum (u.a. unter Mitwirkung vom Deutschen Ärztinnenbund) gefordert wurden, besonders berücksichtigt werden:

1. Die Weiterbildungsordnung muss realistisch und realisierbar sein. Die reale Dauer der Weiterbildung darf die Norm nicht regelhaft überschreiten. Die Ärztekammern haben dies durch Veröffentlichungen sicherzustellen.
2. Verpflichtung der Weiterbildenden, den Zugang zu weiterbildungsrelevanten Tätigkeiten (z. B. Operationen, Endoskopie, Pflichtkursen) unter Geschlechts- und Familiengesichtspunkten gerecht zuzuteilen.
3. Bei der Auswahl von Ärztinnen und Ärzten für leitende Funktionen sollte eine familienfreundliche Führungsqualität deutlich stärker als bisher berücksichtigt werden.
4. Stärkere Anerkennung von Weiterbildungsabschnitten, die außerhalb des Krankenhauses abgeleistet werden.
5. Gewährleistung von Kinderbetreuungsangeboten und ggf. finanzieller Unterstützung bei der Teilnahme an weiterbildungsbezogenen Kursen, Fortbildungen und Kongressen.
6. Da oftmals die endgültige Entscheidung für ein Fachgebiet spät fällt, sollten die ersten Weiterbildungsjahre multivalent, d.h. für mehrere Fachgebiete anrechenbar, konzipiert werden.
7. Über das Angebot von Y-Verzweigungen innerhalb der urologischen Weiterbildung sollte diskutiert werden, indem für den stationären und den ambulanten Sektor jeweils spezifische Weiterbildungsangebote gemacht werden.

Während meiner eigenen Weiterbildungszeit habe ich diese o.a. Probleme immer wieder selbst erfahren, dennoch habe ich drei Kinder während der Weiterbildung bekommen und doch meinen Facharzt erreicht, es war ein langer Weg. Ich möchte mich an dieser Stelle bei meinen Weiterbildungsbildern (weiblich wie männlich, universitär / nicht universitär und niedergelassen) für die meist konstruktiven Problemgespräche und für die Ermöglichung meiner für damalige Verhältnisse nahezu revolutionären unterschiedlichsten Arbeitszeitmodelle bedanken. Dem urologischen Nachwuchs wünsche ich vor allem faire Arbeitsbedingungen.

Richtigstellung

Im „Rückblick 2013“ der DGU ist in dem Beitrag über die Kinderurologie eine fehlerhafte Angabe gemacht worden. Im Text heißt es über die von der europäischen kinderurologischen Gesellschaft (FEAPU) zertifizierten deutschsprachigen Zentren: „...dass gegenwärtig europaweit nur 20 Zentren anerkannt sind. Im deutschsprachigen Raum sind dies nur Erlangen, Linz und Zürich.“

Richtig ist, dass im deutschsprachigen Raum das von Prof. W. Rösch 2007 in der eigenständigen Klinik für Kinderurologie in Kooperation mit dem Lehrstuhl für Urologie der Universität Regensburg geleitete Zentrum nach FEAPU Richtlinien zertifiziert ist.

Im Überblick:

DGU-Veranstaltungen 2014



Akademie UroSkills TUR-P (monopolar und bipolar) und TUR-B inkl. PDD; Laser Enukleation & Vaporisation der Prostata 13./14.02.2014 an der MH Hannover

Akademie-Kombinationskurs Sonographie/Psychosomatik 17. – 21. Februar 2014 in Berlin

Akademie UroSkills – Flexible/ Rigide URS & retrograde intrarenale Chirurgie 20./21.03.2014 am Uniklinikum Mannheim

Akademie UroSkills - PNL und Mini-PNL 13./14.03.2014 am Uniklinikum Tübingen

UroCurriculum 28./29. März 2014 in Berlin Prostatatakarzinom – Schwerpunkt Prävention, Screening, Früherkennung, Diagnostik, lokale Therapie

Nordrhein-Westfälische Gesellschaft 03.04./04.04.2014 in Düsseldorf, Präsident: Prof. Dr. Herbert Sperling Motto: NRWU 2014 – UNSER Kongress! – Wissenschaft und Fortbildung für alle

UroAktuell, Aktuelles und Praxisrelevantes in der Urologie 08.05. – 10.05.2014 in Dresden

Gemeinsame Tagung der Bayerischen Urologenvereinigung und der Österreichischen Gesellschaft für Urologie und Andrologie Gesellschaft 15.05. – 17.05.2014 in Erlangen, Präsident: Prof. Dr. Bernd Wullich inkl. Frühjahrsforum der Akademie der Deutschen Urologen: Aktuelles und Praxisrelevantes in der Urologie

Gemeinsame Jahrestagung der Vereinigung der Mitteldeutschen Urologen e.V. und der Sächsischen Gesellschaft für Urologie 22.05. – 24.05.2014 in Marburg Präsident: Prof. Dr. Rainer Hofmann

Motto: Innovationen im Focus inkl. Frühjahrsforum der Akademie der Deutschen Urologen: Aktuelles und Praxisrelevantes in der Urologie 8. Nordkongress, gemeinsame Jahresveranstaltung der Vereinigung Norddeutscher Urologen, Berliner Urologische Gesellschaft, Brandenburgische Gesellschaft für Urologie 12.06. – 14.06.2014 in Cottbus Präsident: Dr. Bernd Hoschke

Motto: Grenzgebiete Akademie-Basiskurs Sexualmedizin in der Urologie, (A3) 20./21.06.2014 in Düsseldorf

55. Jahrestagung der Südwestdeutschen Gesellschaft für Urologie 26.06. – 28.06.2014 in Mannheim, Präsidenten: Prof. Dr. Maurice-Stephan

Michel, Prof. Dr. Helmut Haas Motto: Urologie im Dialog zwischen Praxis und Klinik inkl. Frühjahrsforum der Akademie der Deutschen Urologen: Aktuelles und Praxisrelevantes in der Urologie

Akademie-Basiskurs Sexualmedizin in der Urologie, (B3) 12./13.09.2014 in Düsseldorf

66. Jahreskongress der DGU 01. 10. – 04.10.2014 in Düsseldorf, Präsident: Prof. Dr. Jan Fichtner Motto: Demografischen Wandel gestalten

Akademie UroSkills - PNL und Mini-PNL 09./10.10.2014 am MH Hannover

Akademie UroSkills TUR-P (monopolar und bipolar) und TUR-B inkl. PDD; Laser Enukleation & Vaporisation der Prostata 16./17.10.2014 am Uniklinikum Mannheim

Akademie UroSkills - Flexible / Rigide URS & retrograde intrarenale Chirurgie 23./24.10.2014 am Uniklinikum Tübingen

Akademie-Basiskurs Sexualmedizin in der Urologie, (C3) 31.10./01.11.2014 in Düsseldorf

UroCurriculum 07./08. 11.2014 in Nürnberg Onkologische Urologie – Harnblasenkarzinom, Peniskarzinom einschl. Marker, Psychosomatik

STELLENBÖRSE

Praxisvertretung
Erfahrener Facharzt für Urologie bietet tage-/ wochenweise Vertretung auf Honorarbasis bundesweit an. Berufserfahrung durch 25-jährige Tätigkeit in eigener Praxis mit Belegabteilung und ambulantem OP. E-Mail: bhautumm@t-online.de

FA sucht Praxis
Als Facharzt für Urologie suche ich ein Anstellungsverhältnis / BAG / Alterskooperation, bevorzugt im PLZ-Gebiet 3. Bei Interesse stehe ich für Rückfragen gerne per E-Mail zur Verfügung: yourologist@gmail.com

Assistenzarzt Urologie
Wir suchen zeitnah eine Assistenzärztin /einen Assistenzarzt in unserer Klinik für Urologie und Kinderurologie im Großraum Hamburg bzw. Landkreis Stade. Wir freuen uns auf jede Bewerbung. Auch unerfahrene Kolleginnen und Kollegen sind herzlich willkommen. E-Mail: omar.nafez@elbekliniken.de

Stellenangebot für FA für Urologie (m/w)
Suche Urologe (m/w) für zweiten Praxissitz in großer, langjährig bestehender Praxis auch für spätere Übernahme in 19230 Hagenow, Poststraße 25. Praxisfläche ca. 280 qm mit Genehmigung für Röntgen, ambulante OP, medikamentöse Tumortherapie, Andrologie, Psychosomatik, Urinmikrobiologie, Urinzytologie. Klinische Studien. Bestehender Konsiliarvertrag zum regionalen Krankenhaus vorhanden. Beginn ab sofort, aber auch später möglich.

Assistenzarztstelle Urologie
Ich suche eine Weiterbildungsstelle in Deutschland. Ich bin an den modernen Entwicklungen im Fachgebiet Urologie/Kinderurologie interessiert und strebe eine fundierte Weiterbildung an. Ich verfüge über Vorerfahrung in Chirurgie und Urologie. Bei Interesse sende ich gerne meine Bewerbungsunterlagen zu. E-Mail: uroldoctor@gmail.com

Impressum

UROlogisch!

Verantwortliche Herausgeber:
Prof. Dr. Sabine Kliesch
Prof. Dr. Oliver Hakenberg
Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V.
Uerdinger Str. 64
40474 Düsseldorf
Tel.: 0211 - 516 09 60

Redaktion:
Franziska Engehausen
Sabine M. Glimm
Bettina-C. Wahlers

Autoren:
Christoph Becker
Anne-Karoline Ebert
Franziska Engehausen
Sabine M. Glimm
Oliver Hakenberg
Thorsten Halling
Sabine Kliesch
Susanne Krege
Friedrich Moll
Frank Petersilie
Bettina-C. Wahlers
Friedhelm Wawroschek

Grafik: Barbara Saniter

Druck: DBM Druckhaus
Berlin-Mitte GmbH

Auflage: 5500 Exemplare

Erscheinungsweise:
vierteljährlich

Ausgabe: 1 / 2014 - Februar