

### EDITORIAL



Prof. Dr. Oliver Hakenberg:  
General-  
sekretär der  
DGU

Von Oliver Hakenberg

Das Prostatakarzinom ist und bleibt im Fokus der Urologie und der Öffentlichkeit. Die Debatte um Überdiagnose und Übertherapie wird fortgesetzt und immer wieder angeheizt. Für unser Fachgebiet ist es sehr wichtig, dass wir die Diskussion versachlichen und uns alle

bemühen, der weiteren Diskussion mehr sachliche Grundlage zu geben. Dies sind vor allem Zahlen und Ergebnisse aus vernünftigen Studien. Die deutsche PREFERE Studie stellt einen solchen Versuch dar, und sie ist schon im Konzept einzigartig, indem sich erstmals die Kostenträger in erheblichem finanziellen Umfang an einer Studie beteiligen. Die PREFERE Studie hat angefangen zu rekrutieren, aber die Zahl der rekrutierten Patienten ist noch längst nicht dort, wo sie sein soll. Nicht alle sind Freunde der PREFERE Studie. Wir sollten uns aber gegenwärtigen, dass dieses großdimensionierte Vorzeigeprojekt, unterstützt von Deutscher Krebsgesellschaft, Deutscher Krebshilfe und der DGU, für die Zukunft der Urologie ausgesprochen wichtig ist. Nur wenn es gelingt, hier durch erfolg-

reichen Studienabschluss valide Zahlen zu generieren, wird die Urologie die Deutungshoheit beim Prostatakarzinom behalten. In dieser Ausgabe von UROlogisch! schreibt Prof. Albers aus Düsseldorf zur aufgekommenen Kritik an der PROBASE-Studie. Auch diese ist ein rein deutsches Projekt, ebenfalls unterstützt von der Deutschen Krebshilfe und der DGU. Bei der PROBASE-Studie geht es um PSA-basierte Früherkennung, was von der S3-Leitlinie von DGU und Deutscher Krebshilfe empfohlen und von uns Urologen auch so praktiziert wird. Eine wissenschaftliche Studie, die gut konzipiert ist und das Potential hat, wichtige Fragen der urologischen Versorgung besser zu klären, muss in unser aller Interesse liegen. Im Interesse der Patienten liegt eine solche Studie

allemaal. Eine wie auch immer motivierte „berufspolitische“ Kritik, die sich um die Verlagerung einiger PSA-Werte und einiger Operationen sorgt, kann im wohlverstandenen Interesse der Urologie und der Patienten nicht akzeptabel sein. Zum ersten Mal wurden auf der EAU in Stockholm Ergebnisse der „HAROW-Studie“ vorgestellt, zumindest wenn man die Beschreibung des Patientenkollektivs als Ergebnis werten möchte. Wundersamerweise fand diese Berichterstattung sogleich Eingang in viele Print- und Bildschirmmedien, weil diese Registerstudie zur Versorgungsforschung anscheinend wieder mal Übertherapie entlarven konnte. Dass aber eine Nachbeobachtungszeit von 1,8 Jahren beim Prostatakarzinom gar nichts aussagen kann, dürfte wohl allen klar sein.

### INHALT

- 2 Erster Parlamentarischer Abend der DGU PROBASE-Studie
- 3 Panikmache um die Organspende UroAktuell 2014
- 4 Kinderurologie in Deutschland Erster Kombinationskurs Psychosomatik und Ultraschall
- 5 Neues aus dem Arbeitskreis Harnsteine DGU versus ZEIT-Verlag
- 6 Drei Eisenberger Stipendiaten berichten
- 7 Umfrage: Welchen Stellenwert hat das DGU-Leitlinienprogramm?
- 8 DGU-Veranstaltungen 2014

## Ein gemeinsames Projekt von DGU und BDU als Beitrag zur Männergesundheit

# Untenrum alles okay? Jungensprechstunde beim Urologen



Dr. Wolfgang Bühmann:  
BDU-Pressesprecher



Prof. Dr. Raimund Stein:  
Vorsitzender  
des DGU-AK „Kinder-  
und Jugendurologie“

Von Wolfgang Bühmann  
und Raimund Stein

Mädchen empfangen durch naturgegebene Bindung an ihre Mutter und frühen Kontakt zum Gynäkologen hinsichtlich der Beratung zur Kontrazeption mehr Ansprache für ihre Probleme in der Übergangszeit vom Mädchen zur Frau. Männlichen Jugendlichen fehlt dagegen oft ein akzeptierter Partner für ihre psychischen wie somatischen Konflikte im Rahmen der körperlichen und psychischen Entwicklung zum Mann, da auch für sie aus verschiedenen Gründen eher die Mütter als die Väter zur Verfügung stehen – das sollte ein Anlass sein, ihnen analog zu den Gynäkologen den Urologen / die Urologin als Ansprechpartner anzubieten.

Die seelische wie körperliche Umstellung während der Pubertät, insbesondere in der Phase, wenn die Entwicklung der geistigen

Vernunft damit nicht Schritt hält, führt zu zahlreichen Fragen und Konflikten bei männlichen Jugendlichen, die sie aus Schamgefühl oder wegen beginnender Lösung von den Eltern gerade zuhause nicht besprechen möchten. Leider bieten die Medien im Print-, TV- oder Internet-Bereich keine geeigneten Alternativen, da sie keinerlei Qualitätskontrollen unterliegen und sogar häufig eher kontraproduktive Informationen vermitteln, die die Unsicherheit eher verstärken als reduzieren. Die übertriebenen, meist abstrusen oder absurden Darstellungen männlicher Geschlechtsorgane und sexueller Kontakte führen häufig zu erheblichen Minderwertigkeitsgefühlen bis hin zu Angststörungen oder somatoformen Dysfunktionen, ohne dass diese in direktem Dialog korrigiert bzw. erklärt werden können.

Im somatischen Bereich sind hier die Entwicklung der Vorhaut, der Penisgröße und der Hoden sowie die später optional folgenden Symptome wie Frenulumreiß, Juckreiz / Brennen beim Wasserlassen und Blut im Sperma zu nennen. Im psychischen Bereich geht es um Aussehen der Genitalien, Entwicklung und Probleme der Erektion und des sexuellen Erlebens, Phasen der Homosexualität bzw. der Entwicklung der sexuellen Orientierung und um Partnerkonflikte mit gleichaltrigen Mädchen. Hierzu sollte sich der Urologe als qualifizierter, („geborener“) ärztlicher Begleiter für das ganze Männerleben zukünftig auch in einer Jungen-Sprechstunde engagieren, um damit diese Lücke im Männerleben zu schließen. Zur erfolgreichen Etablierung sind einige

Voraussetzungen notwendig: Zunächst ist ein inhaltlich standardisiertes Portfolio zu entwickeln, dann ein Marketingkonzept, wie den Jungen als Zielgruppe dieses Angebot zu vermitteln ist, um die Schwelle so niedrig wie möglich zu halten, sich einem Urologen anzuvertrauen, statt in eine belastende Scheinwelt zu flüchten. Information der Jugendlichen, ihrer Eltern und der kinderärztlichen Kolleginnen stellen obligate Bedingungen für eine erfolgreiche Umsetzung dieses ambitionierten Projektes dar. Dazu sind insbesondere auch die rechtlichen Rahmenrichtlinien zu klären, unter denen Jungen der diskrete Besuch beim Urologen ermöglicht werden kann. Auch die Anreize für den Urologen in den Bereichen Praxismarketing und Vergütung im GKV- und PKV-Bereich sind angemessen zu berücksichtigen. Gleichsam kann die Jungensprechstunde als „Kollateralnutzen“ im Sinne der Männergesundheit durch frühzeitige Sensibilisierung der männlichen Jugendlichen für Prävention zur Reduzierung des geschlechtsspezifischen „Früh(er)ablebens“ durch Überernährung, Bewegungsmangel sowie Überkonsum gesellschaftlich arrierter Genussgifte wie Nikotin und Alkohol und konsekutiv erhöhter Risiken wie metabolisches Syndrom, Koronarsyndrom, Schlaganfälle, Diabetes, Leber- und Bronchialcarcinom dienen. Nach der Initialzündung durch ein von Herrn Prof. Müller, Bonn, anlässlich des von ihm präsierten DGU-Kongresses in Leipzig 2012 platziertes



Forum hat eine DGU- / BDU-Arbeitsgruppe in Kooperation mit der „Ärztlichen Gesellschaft zur Förderung der Gesundheit“, die in Person von deren Ehrenvorsitzenden Frau Dr. Gille die fünfzehnjährigen Erfahrungen mit der erfolgreich etablierten „Mädchensprechstunde“ einbringt, das Konzept entwickelt und stufenweise publiziert („Der Urologe“ Heft 2/14) und präsentiert (z.B. bei der Jahrestagung des bereits themenadaptiert umbenannten DGU-Arbeitskreises „Kinder- und Jugendurologie“ im Januar 2014 unter Vorsitz von Herrn Prof. Stein, Mainz). Herr Prof. Fichtner, Oberhausen, als diesjähriger DGU-Präsident thematisiert die Jungensprechstunde innerhalb seines Kongresstitels „Demografischen Wandel gestalten“ in Düsseldorf durch ein von DGU, BDU und dem jetzigen Vorstand der ÄGGF konzipiertes Forum. Anschließend wird das Projekt interessierten Urologen durch regionale Veranstaltungen, den Jungen durch Schulveranstaltungen nahegebracht, um ihnen anschließend den Urologen in seiner Praxis als ihren niederschwellig zu erreichenden ärztlichen Ansprechpartner in dieser schwierigen Lebensphase anzubieten.

## AUS DEM HAUPTSTADTBÜRO



DGU-Generalsekretär Prof. Dr. Hakenberg (re.), hier mit Jens-Peter Zararias aus dem Vorstand des BPS, moderierte die Veranstaltung in Berlin

## Parlamentarischer Abend der DGU

## Evidenzbasierte Medizin – Realität oder Versorgungstheorie?



Von Franziska Engehausen

Die Deutsche Parlamentarische Gesellschaft in Berlin ist sicherlich nicht nur räumlich gesehen einen Steinwurf vom Reichstag und den dort agierenden Volksvertretern entfernt. Sie kann im besten Sinne als die gute Stube der Parlamentarier bezeichnet werden. Und wo bitte kommt man besser ins Gespräch als im „heimischen“ Umfeld? Der Vorstand der DGU hat im Februar zum ersten Mal zu einem Parlamentarischen Abend eingeladen.

Veranstaltungen dieser Art haben den Zweck, aktuelle Themen im politischen Umfeld zu platzieren. Das Titelthema „Evidenzbasierte Medizin – Versorgungsrealität oder Versorgungstheorie?“ sollte den aktuellen Stand der Diskussionen in der Politik aufnehmen. Nun ist der Koalitionsvertrag nicht geprägt von einem stringenten Reformwillen. Aber die Themen Versorgungsformen – ambulante oder stationär –, Versorgungsmodelle oder Versorgungsforschung werden stets bemüht, wenn über das Gesundheitssystem und die Gesundheitspolitik diskutiert wird.

Die Veranstaltung stand unter der Schirmherrschaft von Elvira Drobinski-Weiß, MdB und verbraucherpolitische Sprecherin der SPD-Bundestagsfraktion. In ihrer Begrüßung sagte sie, an die Urologen gerichtet: „Patienten sind natürlich auch Verbraucher und angewiesen darauf, was Sie ihnen anbieten“. Darüber hinaus betonte sie, dass der demografische Wandel auch in Bezug auf die Kosten eine Herausforderung sei. Die Moderation und Leitung des Abends hatte der Generalsekretär der DGU, Prof. Oliver Hakenberg.

Der Anspruch vieler Politiker in der Öffentlichkeit ist, dass dem Ruf nach sinnvollen Reformen des Gesundheitssystems nur nachgekommen werden kann, wenn von Seiten der Wissenschaft fundierte Daten zur Entscheidung an die Hand gegeben werden. Dass dies nicht eindimensional gesehen werden darf, zeigte DGU-Generalsekretär Prof. Oliver Hakenberg in seinem Einführungsreferat, indem er die Konsequenzen der demografischen Veränderungen von Patienten sowohl als auch von Ärzten der nächsten Jahrzehnte für die Urologie skizzierte. So machte er deutlich, welche Ursachen der Ärztemangel hat und welche Folgen in Anbetracht der demografischen Entwicklung daraus entstehen werden. Er wies auch darauf hin, dass klinische Studien die Grundlage des medizinischen Fortschritts

und der Sicherheit medizinischer Innovationen bilden. Professor Gerd Antes, Direktor des Cochrane Institutes in Freiburg und bekannt als Verfechter evidenzbasierter Medizin, stellte in seinem Referat die Lücke zwischen medizinischer Forschung und ihrer Umsetzung in die Praxis dar. Prof. Antes setzt sich nachdrücklich dafür ein, dass alle Studien, auch solche mit unerwünschten Ergebnissen, registriert und publiziert werden müssten. Die DGU mit ihren Aktivitäten sieht Prof. Antes unter der Fachgesellschaften mittlerweile in einer Vorreiterrolle. So habe die DGU mit ihrem Studienregister und „URO-Evidence“ bereits Systeme installiert, die den Wissenstransfer von der Forschung in die Praxis fördern.

Professor Bernd Wullich, Leiter des Ressorts Forschung und Entwicklung der DGU und Initiator dieser neuen Strukturen, betonte die intensivierten Möglichkeiten der Vernetzung von Forschung und klinischer Praxis als Grundlage guter wissenschaftlicher Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung sowie zur Erstellung von Leitlinien. Mit ihrem Studienregister möchte die DGU Ärzten, Patienten und deren Angehörigen eine Hilfe sowohl bei der Therapieentscheidung und bei laufenden Studien bieten, die Studienrekrutierung verbessern und die urologische Wissenschaft für die Öffentlichkeit transparent machen. Probleme und Erfahrungen mit Studien sollen öffentlich gemacht, die Wiederholung von Studien vermieden und Probleme bei der Studierstellung, wie unzureichend gepowerte Studien, frühzeitig erkannt werden. Nur so kann ein Überblick über die Wirksamkeit von Behandlungsmethoden erreicht und nur so können Lücken in der klinischen Forschung erkannt werden.

Aber bei allen positiven Maßnahmen bergen demografische Entwicklung und Vergütungssysteme mit den falschen Anreizen erhebliche quantitative und qualitative Herausforderungen für die Urologie. Diesen Aspekt beleuchtete Prof. Kurt Müller in seinem Referat. Er bezeichnete die derzeitigen, politisch gewollten Anreizsysteme im Gesundheitswesen als ungeeignet, den Herausforderungen der Zukunft zu begegnen. Aber der im Koalitionsvertrag skizzierte Ansatz, anstatt Quantität mehr Qualität zu finanzieren, gehe in die richtige Richtung. Offensichtlich waren Titelthema und die facettenreichen Impulsreferate der Vortragenden gut gewählt, denn im Anschluss wurde noch lange und intensiv mit den zahlreichen Gästen aus Politik und Gesundheitswesen diskutiert. Insofern war dann zumindest für diesen Abend klar, dass die Grundlage evidenzbasierter Medizin in der Versorgungsrealität einer gemeinsamen Kraftanstrengung aller Beteiligten im Gesundheitswesen bedarf und entsprechendes Verständnis und Erkenntnisse von allen Seiten zwingend notwendig sind.

## Berufspolitische Aspekte und Kritik an der PROBASTE-Studie



Prof. Dr. Peter Albers für die Studienleitung der PROBASTE-Studie\*

Von Peter Albers

Die PROBASTE-Studie (Risk-adapted prostate cancer early detection study based on a baseline PSA value in young men – a prospective multicenter randomized trial) untersucht das Prostatakrebs-Screening mithilfe des PSA-Wertes. Im Detail wird die Hypothese geprüft, ob in Abhängigkeit von der Höhe eines einmalig im Alter von 45 Jahren bestimmten PSA-Wertes ein risikoadaptiertes Vorgehen bei der weiteren Prostatakrebsvorsorge möglich ist. PROBASTE wurde als Nachfolgestudie der bereits publizierten großen Europäischen Screening-Studie (ERSCP) entwickelt und wird voraussichtlich für Patienten und Urologen wichtige Fragen zum Umgang mit dem PSA weiter klären können. Das Projekt wird von der Deutschen Krebshilfe komplett gefördert und nachdrücklich unterstützt; Schirmherr ist Wolfgang Boshach, MdB. Die Studie hat im März 2014 mit der Rekrutierung begonnen. Seitdem ist von verschiebener Seite Kritik an Design und Durchführung der PROBASTE-Studie geäußert worden. Einige der Missverständnisse, die Anlass zu Kritik gaben, insbesondere Bedenken, die sich auf mögliche berufspolitische Aspekte beziehen, sollen hier erörtert werden. Was sind diese Kritikpunkte?

1. Durch die Einladung der Probanden über Einwohnermeldeämter werden potentielle Patienten an die vier Studienzentren gebunden, deren Betreuung sonst im niedergelassenen Bereich stattfinden würde.

Nach der Erfahrung mit der bisherigen Rekrutierung hat bislang kein einziger eingeladener Proband einen Urologen als betreuenden Arzt angegeben. Die meisten der eingeladenen 45-jährigen Männer hatten entweder gar keinen Arzt oder einen Hausarzt. Die Studie ist so konzipiert, dass – epidemiologisch korrekt – ausschließlich der Jahrgang der aktuell 45-jährigen Männer über die Einwohnermeldeämter der vier Studienzentren München, Han-

nover, Heidelberg/Mannheim und Düsseldorf identifiziert und dann über das jeweilige Zentrum zur Studienteilnahme eingeladen wird. Die Rekrutierung wird dabei etwa 20% der Eingeladenen umfassen. Bei der Hälfte der Eingeladenen wird der PSA-Wert mit 45 als „baseline“ PSA-Wert bestimmt, bei der anderen Hälfte wird dieser „baseline“ PSA-Wert erst 5 Jahre später, im Alter von 50 Jahren, abgenommen werden.

Ziel der Untersuchung ist es, zu prüfen, ob der Beginn eines risikoadaptierten Screenings erst mit 50 oder nicht schon mit 45 Jahren begonnen werden kann. Die Studie rekrutiert also in einem Alter, in dem üblicherweise in Deutschland keine regelhafte Konsultation durch einen Urologen erfolgt. 90% der Eingeladenen werden unauffällige PSA-Werte haben. Etwa 10% werden einer höherfrequenten PSA-Bestimmung bzw. Diagnostik zugeführt werden, die über die Studienzentren organisiert wird. Nur bei etwa 1% der Probanden (100 von 10.000 eingeladenen Probanden pro Jahr) wird voraussichtlich ein Prostatakarzinom diagnostiziert werden. Das wären maximal 25 potentiell zu behandelnde Patienten pro Studienzentrum pro Jahr. Diese werden sicher nicht alle operiert werden, sondern es wird ihnen zunächst die Teilnahme an der PREFERE-Studie nahegelegt werden, wenn sie im Interesse urologischer Patienten und aller Urologen liegen.

Die Studie hat im März 2014 mit der Rekrutierung begonnen. Seitdem ist von verschiebener Seite Kritik an Design und Durchführung der PROBASTE-Studie geäußert worden. Einige der Missverständnisse, die Anlass zu Kritik gaben, insbesondere Bedenken, die sich auf mögliche berufspolitische Aspekte beziehen, sollen hier erörtert werden. Was sind diese Kritikpunkte?

2. Warum gibt es nur vier universitäre Studienzentren?

Ursprünglich war die PROBASTE-Studie für zehn über Deutschland verteilte Zentren konzipiert. Der Finanzrahmen für die ersten drei Jahre der Studie beträgt jedoch schon 4,7 Mio. Euro, so dass die Durchführung mit 10 Zentren noch viel teurer geworden wäre und der Sponsor, die Deutsche Krebshilfe, hier zugunsten der Realisierbarkeit entschieden hat. Das Studienziel wird nämlich auch mit vier Zentren erreicht, die geographisch so verteilt sind, dass möglichst weite Teile

Deutschlands epidemiologisch korrekt erfasst werden. Voraussetzung für die Studienzentren war auch, dass eine etablierte Studienlogistik mit „liquid biobanking“ vorhanden ist.

3. Steht das Bewerben der Studie im Widerspruch zur Berufsordnung?

Zunächst ist es so, dass die PROBASTE-Studie nicht „beworben“ wird. Probanden können sich nicht freiwillig zur Studienteilnahme melden. Es wird und muss epidemiologisch korrekt über die Einwohnermeldeämter eingeladen werden, denn nur so ist das Studienziel zu erreichen. PROBASTE hat neben einem positiven Ethikvotum (Universität Düsseldorf) zusätzlich auch eine Freigabe durch den Datenschutzbeauftragten bekommen. Die Studie wird darüber hinaus in zwei weitere nationale Großprojekte eingebunden werden. Dies ist zum einen das „International Cancer Genome Consortium“, bei dem deutsche Forschungseinrichtungen die Aufgabe haben, „early onset prostate cancer“ genomisch zu analysieren (Universität Hamburg, Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg), und zum anderen die über die Helmholtz-Institute geförderte „Nationale Kohorte“, eine Gesundheitsuntersuchung von über 200.000 Probanden, die ebenfalls in diesem Jahr bundesweit anläuft. Das PROBASTE-Projekt stellt daher ein renommiertes Projekt der epidemiologischen Forschung dar, ist national und international eingebunden und dient ausschließlich klinisch-wissenschaftlichen Zwecken, die im Interesse urologischer Patienten und aller Urologen liegen.

Es kann daher vernünftigerweise nicht davon die Rede sein, dass die PROBASTE-Studie in irgendeiner Weise im Widerspruch zur ärztlichen Berufsordnung stünde. Eine wissenschaftliche Untersuchung, die das Potential hat, langfristig die Patientenbetreuung zu verbessern, muss im wohlverstandenen Interesse aller Urologen liegen und entspricht in jeder Hinsicht der Intention der ärztlichen Berufsordnung.

Alle Informationen zur PROBASTE-Studie finden sich auf der Homepage zur Studie ([www.probase.de](http://www.probase.de)). Die deutsche Urologie wird von den Ergebnissen der PROBASTE-Studie insgesamt profitieren, weil sie sich aktiv für eine risikoadaptierte Prostatakrebs-Früherkennung stark gemacht hat und damit die Aussicht bietet, die Versorgungsrealität für die Früherkennung des Prostatakarzinoms nachhaltig zu verbessern.

\*PROBASTE-Studienleitung:  
Prof. Dr. Peter Albers, Düsseldorf,  
Prof. Dr. N. Becker, DKFZ,  
Prof. Dr. J. Gschwend, München,  
Prof. Dr. M. Hohenfellner,  
Prof. Dr. M. Kuczyk, Hannover

## Unseriöse Panikmache um die Organspende



Prof. Dr. Oliver Hakenberg: Generalsekretär der DGU

Von Oliver Hakenberg

Die „WELT“ brachte am 5. März unter dem Titel „Die große Angst vor der Vorverlegung des Todes“ einen großen Artikel mit der suggestiven Unterzeile „Trotz aller Skandale wird weiter für Organspenden geworben“. In diesem Artikel berichtete die Redakteurin über die Erfahrungen der Mutter eines Organspenders, welche jene kürzlich in einem Buch herausgebracht hatte.

Das Buch der Autorin Greiner (Renate Greiner: „Konfliktfall Organspende – Unversehrt sterben – der Kampf einer Mutter, Kindle Edition, 2014) schildert in sehr emotionaler Weise, wie der durch Unfall hirntot gewordene 15-jährige Sohn zum Organspender wurde, wie sie dies erlebt und – nicht – verarbeitet habe und noch heute deshalb unter dieser Belastung leide. Man gewinnt den Eindruck, dass nicht der Tod des Sohnes, sondern die Organspende das wesentliche Trauma für die Autorin gewesen sei. Die negativen Erfahrungen mit der Organspende will sie nun der Öffentlichkeit vermitteln, damit anderen diese schlimme Erfahrung erspart bleiben könne. Die „WELT“-Redakteurin übernimmt die emotionale Wucht der geschilderten Erfahrungen 1:1 und vermittelt ebenfalls, dass es für eine Mutter, die ihr Kind verloren hat, kaum etwas Schlimmeres gäbe, als eine Organspende.

Die Schilderungen beziehen sich auf das vermeintliche „Ausschlachten“, die mit dem herausgestellten Zitat in der „WELT“ kommentiert werden: „Sogar die Augen wurden ihm entnommen“. Dass jemand ein solches Buch schreibt, erscheint insoweit verständlich, wenn offenbar unverarbeitete seelische Belastungen heraus müssen. Dass eine seriöse Tageszeitung wie die „WELT“, sich scheinbar unreflektiert diese emotionale Wucht zu eigen macht, weitgehend ohne eine sachliche Einordnung daneben zu stellen, erscheint unverständlich.

Die Autorin des Buches, Renate Greiner, setzt sich durchaus mit der Transplantation und der Organspende auseinander, aber es gerät ihr zu einer einzigen Anklage gegen die Transplantationsmedizin. Nach ihrer Auffassung führe erst die Transplantationsmedizin den Tod des Organ-



spenders herbei: „Sie [die Transplantationsmedizin] greift ins Sterbe geschehen ein, sieht den Menschen als Summe von verwertbaren Einzelteilen, mit denen sie Organe von Dritten austauschen kann. Die Transplantationsmedizin degradiert den „Spender“ zum Recyclingobjekt, den Empfänger zum „Legomännchen“, umbau- und einbaufähig.“ (R. Greiner, Konfliktfall Organspende, S.15).

So wird nicht erwähnt, dass jede Organentnahme eine Einwilligung durch die Angehörigen, in diesem Fall der Eltern, erfordert. Auch die Entnahme der Augen des hirntoten Sohnes erfolgte mit Einwilligung der Angehörigen. Dass die Mutter dann Tage später kurz vor der Beerdigung den Sarg des Sohnes noch einmal öffnen ließ, um ihn ein letztes Mal zu sehen, was in dem Buch als Schock ob der „Ausweidung“ dargestellt wird, ist ein Umstand, der als Anklagepunkt gegen die Organspende verwendet wird. Dass es nicht ratsam ist, Tage nach dem Tod einen Sarg noch einmal öffnen zu lassen, weil der Leichnam sich dann, ob mit oder ohne Organspende, unerschöpflich verändert hat, scheint der Autorin wie auch der „WELT“-Redakteurin nicht klar zu sein.

Das Niederschreiben von belastenden Erfahrungen kann therapeutische Wirkung haben, und das ist der Buchautorin, die dieses Buch 20 Jahre nach der Organspende schrieb, zu wünschen. Welche Wirkung die unkritische Übernahme solcher Seelennot durch die „WELT“ als sinnvollen Beitrag zur Debatte über die Transplantationsmedizin auf die Öffentlichkeit

haben muss, ist offensichtlich. Der Not der Patienten auf den Wartelisten hilft es nicht. Die Verunsicherung bezüglich der Organtransplantation, die nach den Allokationsskandalen bei der Lebertransplantation in Deutschland schwer in der Kritik steht, wird noch befördert. Dass die „WELT“ sich dieses Ziel anscheinend auf die Fahne schreibt, ist fatal.

Ein scheinbar nebensächlicher Umstand bezüglich der Erfahrungen von Frau Greiner wird in dem „WELT“-Artikel am Rande erwähnt: „Renate Greiner hatte sich bis zu diesem Zeitpunkt noch nie mit dem Thema Organspende befasst.“ Genau das ist das Problem, welches auch die Bundesregierung erkannt und in Angriff genommen hat. Alle Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen sollen sich Gedanken machen, dafür oder dagegen, und dies beizeiten und eben nicht erst dann, wenn sie ein Organ benötigen oder am Bett eines hirntoten Angehörigen stehen.

Die populistische Panikmache hat sich nun aber den Hirntod und die Hirntoddiagnostik der modernen Medizin als neues Ziel auserkoren. Angeblich sei alles viel zu unsicher, Märchen von für hirntot erklärten Menschen, die am nächsten Tag wieder im Vollbesitz ihrer geistigen Kräfte gewesen seien, werden kolportiert und multipliziert. Erschreckend ist, dass das Vertrauen in die Sicherheit der Hirntoddiagnostik auch unter Ärzten, besonders denen, die vom Fachgebiet her damit nichts zu tun haben,

Lesen Sie bitte weiter auf Seite 7

## UroAktuell 2014 in Dresden:

## Flaggschiff der Akademie für Urologen und ihre Teams



Prof. Dr. Maurice Stefan Michel: Vorsitzender der Akademie der Deutschen Urologen

Von Maurice Stefan Michel

UroAktuell geht in diesen Tagen zum dritten Mal an den Start: Vom 8. bis 10. Mai 2014 werden wir als Akademie-Veranstalter in Dresden zeigen, dass wir mit dieser jährlichen, strukturierten, curriculären Veranstaltungsreihe für Urologen und Urologen sowie für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der urologischen Assistenz- und Pflegeberufe die Fort- und Weiterbildung unserer urologischen Gemeinschaft in ganzer Breite abbilden können.

Die Teilnehmer von „UroAktuell“ 2014 werden ein vielfältiges Programm erleben, in dem Experten zu urologischen Themen vom Hodentumor über Benigne Prostataerkrankungen und Nierenzellkarzinom bis hin zur medikamentösen Tumorthherapie referieren. Speziell für die niedergelassenen Urologinnen und Urologen bietet der Berufsverband der Deutschen Urologen einen Kurs über „Leitliniengerechte Prostatabiopsie in der Praxis“ an. „Erfolgreich/er Urologe werden!“ etwa ist auf Assistenzärzten und -ärztinnen zugeschnitten und kann auf das 5-Jahres-Curriculum

der JuniorAkademie angerechnet werden. Mitarbeiter der Assistenz- und Pflegeberufe können einen Onkologie-Auffrischkurs belegen, sich über das Patientenrechtegesetz oder beispielsweise über den Datenschutz in der urologischen Praxis informieren.

Auch im nächsten Frühjahr wird sich UroAktuell als Fortbildungsveranstaltung für das gesamte Praxis-beziehungsweise Klinikteam präsentieren, und ich darf Sie schon heute herzlich vom 23. bis 25. April 2015 nach Mannheim einladen.



Foto: © marchbas - Fotolia.com

## Jahrestagung des Arbeitskreises in Mainz

# Kinderurologie in Deutschland: zeitgemäß und auf höchstem Niveau



Prof. Dr. Anne-Karoline Ebert: Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Urologie und Kinderurologie

Von Anne-Karoline Ebert

Die Jahrestagung des Arbeitskreises Kinderurologie fand traditionsgemäß in Zusammenarbeit mit dem Arbeitskreis Operative Techniken und der Akademie der Deutschen Urologen unter der Leitung von Prof. Dr. R. Stein in Mainz statt. Mehr als 240 Teilnehmer aus Deutschland, Österreich, Schweiz und den Niederlanden konnten Live-Operationen in hervorragender Bildqualität verfolgen, die von nationalen und internationalen Experten meisterhaft demonstriert wurden. Neben komplexen Hypospadioperationen wurde eine voroperierte inkontinente Epispadie mittels Penisdeflexion und Blasenhaloplastik korrigiert. Die Themenschwerpunkte „äußeres Genitale und unterer Harntrakt“ wurden in „State-of-the-art“ Vorträgen pointiert: Prof. Dr. J.L. Pippi-Salle, Toronto Canada, stellte seine enorme Erfahrung mit der Behandlung urethraler Duplikaturen und deren therapeutisches Dilemma eindrucksvoll dar. Prof. Dr. P. Mouriquand, Lyon Frankreich, aktualisierte mit „Hypospadias in 2014“ den Stand des Wissens und betonte, dass man an einem „growing organ“ arbeite. Den Vortrag der Gesellschaft für Pädiatrische Nephrologie hielt Prof. Dr. L. Pape, Hannover, zum Stellenwert der Proteomics in der Kinderurologie, den Vortrag der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie Prof. Dr. J. Fuchs, Tübingen, über Kontroversen und Herausforderungen der Behandlung der kindlichen Doppelnieren. Abschließend betonte die wichtige Diskussionsrunde „Vom Kind zum jungen Erwachsenen“ die Notwendigkeit einer Jungensprechstunde in der (kinder-) urologischen Praxis. Versierte Referenten analysierten die Bedürfnisse der Jungen und gaben gestalterische und

gesprächsstrategische Ratschläge. Betont wurde jedoch die Notwendigkeit, im Vorfeld Schulungen zur adäquaten Informationsvermittlung zu absolvieren. Frau PD. Dr. K. Hohenfellner, Traunstein, wies auf die Koinzidenz zystischer Nierenerkrankungen und kongenitaler Uropathie hin. Bestehe eine Niereninsuffizienz, sollten ursächliche genetische Grunderkrankungen abgeklärt werden. Positive Ergebnisse der Kontinenzschulungen von harninkontinenten Kindern nach dem ModuS-Projekt vermittelte Dr. E. Kuwertz-Bröking, Münster. Umgang mit also auch Symptomatik der Harninkontinenz bessern sich – eine wichtige Argumentationsgrundlage für Verhandlungen mit Kostenträgern. Eine praxisnahe Studie zum Trink- und Entleerungsmanagement in Kindertageseinrichtungen in Garmisch-Partenkirchen von Frau Dr. U. Necknig zeigte, dass Kleinkinder zwar häufig in einer Tageseinrichtung betreut werden, die Erzieher jedoch dort kein konkretes Konzept zur Sauberkeitserziehung haben und daher ein Schulungsbedarf besteht. Prof. Dr. W.H. Rösch, Regensburg, stellte das Dogma des Ekstrophieverschlusses am ersten Lebenstag in Frage. Er belegte anhand von fassender Langzeitergebnisse des Regensburger Zentrums, dass das in den 80er Jahren entwickelte mittlerweile konsequent modifizierte Erlangerer Konzept des verzögerten Ekstrophie-Verschlusses nur Vorteile für Kind und Eltern habe. Ernüchternde Resultate einer Evaluation der Genital- und Sexualfunktion von männlichen Patienten mit Myelomeningocele stellte Prof. Dr. R. Stein, Mainz, vor. Sexualität sei mittelschwer bis schwer beeinträchtigt, die sexuelle Dysfunktion wahrscheinlich multifaktoriell bedingt und müsse in der klinischen Routine angesprochen werden. Wie kurz zusammengefasst bestätigte in Mainz ein vielfältiges wissenschaftliches Programm die engagierten Aktivitäten der deutschen Kinderurologen und implementierte das im Trend der Zeit liegende und dringend benötigte Konzept einer Jungensprechstunde. Nicht nur für junge Assistenten ist und bleibt Mainz sicher ein interessantes und erschwichtiges Seminar, um hochrangige Operateure live operieren zu sehen.

## Erster Kombinationskurs

# „Psychosomatik und Grundkurs Ultraschall“ der Akademie in Berlin



Dr. Désirée L. Dräger: Assistenzärztin Universität Rostock, Klinik und Poliklinik für Urologie

Von Désirée L. Dräger

Als Assistenzärztin auf dem Weg zum Facharzt ist man zunächst ein Einzelkämpfer. Man hat Visionen und Ziele, weiß aber letztlich nicht, ob die Entscheidungen, die man getroffen hat, wirklich zum Ziel führen werden. Die Hilfe von erfahrenen Kollegen ist daher unerlässlich. Im Februar 2014 (17.-21.2.) organisierte die Akademie der deutschen Urologen unter Mitwirkung der GeSRU zum ersten Mal den kombinierten Kurs „Psychosomatik / Ultraschall-Grundkurs“ in Berlin. Dieser einwöchige Kurs ermöglichte es uns, auf Augenhöhe mit namhaften Urologen zu arbeiten und diskutieren zu können und neue Fähigkeiten und Fertigkeiten für den klinischen Alltag zu erwerben. Nach der Begrüßung am ersten Tag durch die Kursleiter des Psychosomatikteils (Berberich, Neubauer), folgte eine „Imaginationsrunde“ zum gegenseitigen Kennenlernen. Neben einer umfangreichen theoretischen Vermittlung der Relevanz einer holistischen Patientenbetrachtung unter Berücksichtigung des biopsychosozialen Kontextes und verschiedener psychosomatischer Krankheitsaspekte (soma-toforme Erkrankungen, Psychoonkologie, Sexualmedizin) stand allerhand Praktisches auf dem Plan. Mithilfe von Rollenspielen zur Arzt-Patient-Interaktion wurde das Theoretische vertieft und ausgebaut. Die Rollenspiele wurden mit Video aufgezeichnet und anschließend in der Gruppe gemeinsam analysiert. Begeistert angenommen wurde von den Teilnehmern die Balintgruppenarbeit. Dabei stellte man eigene Fälle aus der Klinik vor, um mithilfe der anwesenden Kollegen die Schwierigkeiten der „Arzt-Patienten-Beziehung“ zu erkennen und zu entwirren. Diese Art der Gruppenarbeit, in der Nachkriegszeit von dem Arzt Michael Balint aufgrund der damals neuen Beobachtungen über Traumafolgen für Ärzte entwi-

ckelt, fand großen Anklang und reizt zur Weiterführung. Eine weitere wichtige Einsicht war die, dass grundsätzlich kein Erkenntnisproblem bezüglich der Betreuung von psychosomatisch belasteten Patienten in Krankenhaus und Praxis vorliegt, sondern ein Umsetzungsproblem. Als besonders hinderlich werden dabei die verdichtete Arbeitswelt und der Zeitmangel empfunden. Die Kenntnisse der psychosomatischen Urologie und Psychoonkologie sollten aber immer angebracht werden, wo es erforderlich ist. Viele der Kursteilnehmer empfinden sich aber im klinischen Alltag bei der Betreuung solcher Patienten unzureichend angeleitet, so dass das Angebot von strukturierten Kursen wie diesem Akademiekurs in Berlin eine sehr willkommene Ergänzung darstellt. Denn: „Man sollte die [Diagnose] dem anderen wie einen Mantel hinhalten, dass er hineinschlüpfen kann – nicht wie ein nasses Tuch um den Kopf schlagen“ (Max Frisch, 1911-1991, modifiziert nach Berberich).

Nachdem die Vormittage und Abende der intensiven Beschäftigung mit der Psychosomatik gewidmet waren, erfolgte nachmittags die urologische Sonographie unter der Kursleitung von Tillmann Loch. Hier erlernten wir theoretisch und praktisch den strukturierten urologischen Ultraschalluntersuchungsgang (Niere, Blase, Prostata), zunächst am Simulationsgerät, dann gegenseitig am Menschen. Die Tutoren (Loch, Heynemann, Enzmann, Pelzer und Wessel) garantierten für alle einen hohen aktiven Praxisanteil mit interaktivem Austausch und damit einem deutlichen Lerneffekt. Auch dass dieser Kurs durch die DEGUM zertifiziert ist, stellt einen großen Vorteil dar. Für die Teilnehmer wurde in dieser Kurswoche auch deutlich, dass die Urologie tatsächlich eine Gemeinschaft ist. Wir hatten die einzigartige Möglichkeit, einen tiefen Einblick in die psychosomatische Urologie und den urologischen Ultraschall zu bekommen, begleitet von sehr guten und freundlichen Kursleitern und Tutoren, die sich mit großem Engagement der Ausbildung der jüngeren Generation widmen. Alle Teilnehmer nahmen wesentlich mehr nach Hause mit, als vorher erwartet; dazu gehört auch die Erfahrung, zu einem wertvollem Team zu gehören, in dem wir uns künftig wiedertreffen und gegenseitig helfen werden.



Teilnehmer und Dozenten des ersten Kombinationskurses Psychosomatik und Ultraschall im Februar 2014 in Berlin

## Neue S2k-Leitlinie in Arbeit

# Aktuelles aus dem Arbeitskreis Harnsteine



Prof. Dr. Thomas Knoll: Vorsitzender des Arbeitskreises Harnsteine

Von Thomas Knoll

Der Arbeitskreis Harnsteine der DGU beschäftigt sich mit wissenschaftlichen Fragen rund um die Urolithiasis. Pathogenese und metabolische Diagnostik der Harnsteinbildung erfordern heute oft einen multidisziplinären Ansatz, weshalb dem Arbeitskreis neben Urologen auch Labormediziner, Biochemiker und Ernährungswissenschaftler angehören. Eine wesentliche Aufgabe des Arbeitskreises bestand in den letzten 20 Jahren in der Organisation von Fortbildungsveranstaltungen, von denen einige, wie z.B. die „Bonner-Wiener Reihe“, inzwischen eine lange Tradition haben und die Bildung auch internationaler Treffen stimulierten (z. B. der European Urolithiasis Society (EULIS), heute eine Sektion der European Association of Urology (EAU)). Neu sind die Seminare des Arbeitskreises; die Pilotveranstaltung fand im März, geleitet von Prof. Bach, in Hamburg-Harburg statt, das nächste Seminar wird unter Leitung von Dr. Schönthaler 2015 in Freiburg stattfinden. Das Ziel dieser Seminare ist es, die aktuellen Standards von Intervention und Metabolik darzustellen sowie Kontroversen und künftige Entwicklungen zu diskutieren. Zusammen mit dem ehemaligen AK Laparoskopie & Endourologie (heute AK Endourologie) und der Deutschen Gesellschaft für Stosswellenlithotripsie werden OP-Seminare



Immer wieder Thema auf Akademie-Fortbildungen: aktuelle Aspekte der Urolithiasis

sowie Hands-on-Kurse auf dem DGU-Kongress und auf Regionalkongressen durchgeführt. Ein Erfolg war das erste „Curriculum Urologicum“ der Akademie zur Urolithiasis in Zusammenarbeit mit anderen Arbeitskreisen der DGU 2010 in Stuttgart mit über 120 Teilnehmern. Wir freuen uns daher, das nächste „Curriculum“ zu diesem Thema am 13./14. März 2015 wieder in Stuttgart zu veranstalten. Nicht nur Methoden, sondern auch Patienten stehen im Fokus des Arbeitskreises. Eine erste

DGU-Informationsbroschüre „Harnsteine“ für Patienten wurde herausgegeben. Nachdem 2008 eine erste AWMF-Leitlinie zur Urolithiasis veröffentlicht wurde, erarbeitet der Arbeitskreis gegenwärtig unter Beteiligung der anderen zuständigen Arbeitskreise und Fachgesellschaften und unter meiner Leitung eine neue S2k-Leitlinie, die bis zum DGU Kongress 2015 fertiggestellt werden soll. Hilfreich ist, dass mehrere Mitglieder des DGU-Arbeitskreises auch an der EAU Leitlinie Urolithiasis beteiligt sind.



## Was tun gegen Harnsteine?

Die Patienteninformation kann online auf der Startseite der Homepage von DGU und BDU unter [www.urologenportal.de](http://www.urologenportal.de) bestellt werden.

## URO & RECHT

### Landgericht Hamburg untersagt diffamierende Berichterstattung über „Urologen im Nationalsozialismus“



Von Frank Petersilie

Die „Zeit“-Online hatte im Januar einen Artikel veröffentlicht, in dem behauptet wurde, es handle sich bei dem von der DGU herausgegebenen Werk „Urologen im Nationalsozialismus“ um ein Plagiat. Dagegen wurde beim Landgericht Hamburg am 14.02.2014 eine einstweilige Verfügung erwirkt, so dass der Artikel wieder gelöscht werden musste. Hintergrund des „Zeit“-Vorwurfs war, dass im

umfangreichen Literaturverzeichnis des doppelbändigen Werks (lediglich) eine Quelle nicht aufgeführt war. Andererseits wurde genau diese Quelle mehrfach im Text des Buchs erwähnt, sodass es sich eindeutig um ein Versehen handelte, für das sich die Autoren auch unmittelbar nach Erscheinen des Werkes bei der betroffenen Autorin entschuldigten. In Kenntnis dieses Umstands erfolgte auch die Auszeichnung der Werks durch die Bundesärztekammer, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und das Bundesministerium für Gesundheit mit dem Forschungspreis „Rolle der Ärzteschaft im Nationalsozialismus“. Auch das LG Hamburg teilte folgerichtig die Auffassung der Verfügungskläger und untersagte die weitere Veröffentlichung des diffamierenden Artikels.

## Neu im DGU-Hauptstadtbüro

### Stefanie Schmidt: Informationswissenschaftlerin im Team von UROEvidence



Stefanie Schmidt: Wissenschaftliche Assistentin der DGU

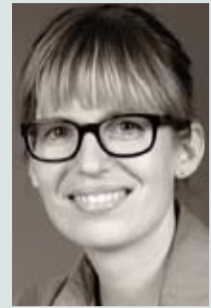
Medizinisches Wissen dort bereitstellen, wo es gebraucht wird, ist der Auftrag an UROEvidence, dem neuen Zentrum für Wissenstransfer der DGU. Das Ziel ist es, die Patientenversorgung in Deutschland auf gesichertem und bestverfügbarem Wissen zu basieren. Die Ergebnisse bilden die Basis für evidenzbasierte Leitlinienherstellung zu Diagnostik und Therapie sowie für die Planung von klinischen Studien. Personell besteht das Team von

UROEvidence aus zehn klinischen Nachwuchswissenschaftlern, die das sogenannte ReviewBoard bilden. Hinzu kommt seit März 2014 Stefanie Schmidt als hauptamtliche Informationswissenschaftlerin. Ihr Arbeitsplatz ist im Hauptstadtbüro in Berlin. Die 29-jährige gebürtige Münchnerin ist Gesundheitswissenschaftlerin und begann ihre Ausbildung zunächst an der Universität Bremen (BA) und wechselte dann zur Universität Pompeu Fabra, Barcelona, wo sie einen Master of Public Health erwarb. Dort beschäftigte sie sich mit uro-onkologischen Themen sowie mit der Erstellung systematischer Übersichtsarbeiten sowie der wissenschaftlichen Informationsbewertung. Ihre Arbeiten in nationalen und internationalen Projekten wurden in hochrangigen Fachzeitschriften publiziert. Gegenwärtig ist sie in das Promo-

tionsprogramm für Biomedizin an der Universität Pompeu Fabra eingeschrieben und ist auch weiterhin assoziierte Mitarbeiterin am IMIM-Hospital del Mar in Barcelona sowie am Deutschen Cochrane Zentrum in Freiburg. Für die DGU wird Stefanie Schmidt Fragen rund um die evidenzbasierte Medizin bearbeiten, sowie systematische Übersichtsarbeiten, Suchstrategien, Datenbankenrecherchen erstellen. Sie wird wesentlich an der Arbeit von UROEvidence beteiligt sein. Ständige Kooperationspartner von UROEvidence sind das Deutsche Cochrane Zentrum in Freiburg, welches eine Schlüsselrolle einnimmt bezüglich der dort etablierten Methodik der evidenzbasierten Medizin, sowie Biometrie des Institutes für Medizinische Biometrie und Informatik des Universitätsklinikums Heidelberg. (oh)

## WISSENSCHAFT &amp; FORSCHUNG

## Drei Eisenberger Stipendiaten berichten



**Dr. Maria Schubert, Comprehensive Cancer Center des Universitätsklinikums in Würzburg, Stipendiatin 2011**

„Supported by a Ferdinand Eisenberger grant ...“ – mit Stolz habe ich die Eisenberger-

Nomenklatur unter alle Beiträge geschrieben, die ich auf Kongressen vorgestellt habe. Zwölf Monate wurde mein Projekt zur Etablierung eines prognostischen miRNA-Markers beim Hochrisiko-Prostatakarzinom von der DGU/AuF unterstützt. Am Ende der Förderdauer kann ich nun auf viele Kongressbeiträge, Ergebnisse, die Grundlage für weitere Publikationen werden sollen, ein erweitertes Netzwerk, neue Labortechniken und einen enormen Motivationsschub in Bezug auf das wissenschaftliche Arbeiten zurückblicken. Sich einen kompletten Arbeitstag auf die Forschung konzentrieren zu können, schien für mich als Assistenzärztin, die mit der klinischen Tätigkeit ausgelastet war, schwer vorstellbar. Bis dahin hatte ich die wissenschaftliche Arbeit vor allem am Abend bzw. am Wochenende forciert.

Aufgrund eines bereits angelaufenen Projektes absolvierte ich das Forschungsjahr in meinem „Heimatlabor“, dem uro-onkologischen Labor der Universitätsklinik in Würzburg. Ein großer Vorteil des Stipendiums war der Freiraum, die Thematik und den zeitlichen Ablauf selbst zu wählen und sich völlig in die Materie einarbeiten zu können. Die Literaturrecherche und das Einlesen in neue Techniken reduzierten sich nicht mehr auf das „Überfliegen“ der Abstracts. Die Auswertung der nun immer schneller anfallenden Ergebnisse und nötige Änderungen im Versuchsablauf konnten zeitnah erfolgen. Gerade in Bezug auf die Auswertung hatte ich nun ausreichend Zeit, mich intensiver mit der Statistik bzw. bildverarbeitenden Programmen auseinanderzusetzen. Für meine weitere wissenschaftliche Tätigkeit sehe ich das als großen Vorteil an, der es mir zu künftig erlauben wird, die Daten anderer Gruppen differenzierter zu bewerten und bei der Auswertung der eigenen Ergebnisse deutlich informierter und schneller agieren zu können. Außerdem nutzte ich das Jahr für möglichst viele Kongress-Besuche, um bei der Vorstellung eigener Resultate souveräner zu werden, auf die Resonanz anderer Arbeitsgruppen zu reagieren und weitere Forschungsanreize zu finden, das Netzwerk auszubauen und Kooperationen aufzubauen. So konnte ich im Labor für molekulare Urologie in Erlangen die Technik

der insitu-Hybridisierung erlernen und in unserem Labor in Würzburg etablieren. Überdies bewirkte das Forschungsjahr bei mir einen zusätzlichen „emotionalen“ Antrieb in Bezug auf das wissenschaftliche Arbeiten. Mir gelang es, diese Motivation im Anschluss an mein Stipendium in einer neuen Position als Clinician Scientist im Comprehensive Cancer Center des Universitätsklinikums in Würzburg umzusetzen. Hier konnte ich meine wissenschaftliche Arbeit an zwei Wochentagen fortsetzen, während ich die restliche Arbeitszeit für Karzinom- und Studien-spezifische Sprechstunden verwendete.

Nach der Elternzeit habe ich meine wissenschaftliche Tätigkeit wieder aufgenommen und arbeite weiter an den Projekten zur Biomarker-Etablierung. An dieser Stelle möchte ich mich ganz herzlich bei der DGU/AuF sowie Univ.-Prof. Dr. Riedmiller, PD Dr. Spahn und Dr. Kneitz bedanken, die mir dieses Jahr ermöglicht und damit meinen beruflichen Weg maßgeblich geprägt haben.



**Dr. Friedemann Zengerling, Klinik für Urologie der Universität Ulm, Stipendiat 2011**

Natürlich wurde ich in den vergangenen zwei Jahren oft auf mein Eisenberger-Stipendium angesprochen und möchte an dieser Stelle die häufigsten Fragen gerne für alle Interessierten beantworten und zukünftige Kandidaten ermutigen, sich zu bewerben.

#### Warum hast Du Dich für ein Eisenberger-Stipendium beworben?

Eine tiefgreifende Beschäftigung mit einer wissenschaftlichen Fragestellung „nebenher“ war für mich kaum realisierbar. Das Stipendium bot ideale Möglichkeiten, mich für einen definierten Zeitraum intensiv mit meinem Forschungsthema „Funktion C-terminal verkürzter Androgenrezeptorformen im kastrationsresistenten Prostatakarzinom“ zu beschäftigen.

#### Was ist das Besondere am Eisenberger-Stipendium?

Es richtet sich gezielt an junge Weiterbildungsassistenten der Urologie, die den Wunsch hegen, sich aus einem bestehenden Arbeitsverhältnis heraus über eine längere Zeit mit einer definierten wissenschaftlichen Fragestellung auseinanderzusetzen, ohne dabei ihre feste Anstellung an der Heimatklinik zu verlieren.

#### Ist es schwierig, nach dem Stipendium wieder zurückzufinden in den klinischen Alltag?

Eigentlich nicht. Es ist erstaunlich, wie viele der Fähigkeiten und Tätigkeiten als Arzt „in Fleisch und Blut“ übergegangen sind. Ich denke auch, dass mir in meiner klinischen Weiterbildung durch das Stipendium keine Nachteile entstanden sind. Auch die Tatsache, dass sich meine Facharztanerkennung um ein Jahr verschieben wird, fällt in Anbetracht der positiven Aspekte des Stipendiums nicht wirklich ins Gewicht.

#### Gelingt es Dir, nach dem Stipendium an Deinem Thema weiterzuarbeiten?

Natürlich ist die Zeit des Stipendiums ideal zur intensiven Bearbeitung einer Fragestellung. Im Anschluss ist dies in der gleichen Ausprägung nicht mehr möglich. Wenn man es aber schafft, während des Stipendiums bzw. im Anschluss daran zumindest eine kleinere Arbeitsgruppe aufzubauen, kann man durchaus weiter am Thema „dran bleiben“. Bei mir war dies vor allem der Fall, da ich gegen Ende des Stipendiums ins Heimatlabor nach Ulm wechseln konnte, um dort die eben erlernten Methoden implementieren zu können.

#### Würdest Du Dich wieder bewerben, wenn Du noch einmal die Wahl hättest?

Auf jeden Fall. Da ist einerseits, wie bereits erwähnt, die einmalige Chance wissenschaftlich voranzukommen. Auf der anderen Seite habe ich während und nach dieser Zeit sehr viele motivierte Kolleginnen und Kollegen, auch aus anderen Labors und Kliniken kennengelernt, wodurch sich viele Vernetzungen und freundschaftliche Kooperationen ergeben haben.

#### Würdest Du etwas anders machen?

Vielleicht würde ich mein Gastlabor weniger nach dem angestrebten Forschungsthema und mehr nach den dortigen methodischen Möglichkeiten auswählen. Insgesamt bin ich jedoch sehr zufrieden mit meiner Zeit als Stipendiat. Aus meiner Sicht eignet sich zeitlich gesehen „die Mitte“ der Weiterbildung sehr gut, da man einerseits schon in etwa weiß, wo man hin will, und andererseits nach dem Stipendium noch Luft zum Facharzt ist, um an seinem Thema weiterzuarbeiten.



**Dr. Arkadiusz Miernik, Klinik für Urologie am Universitätsklinikum Freiburg, Stipendiat 2012**

Im Oktober 2012 begann ich ein Forschungsjahr im Rahmen des Ferdinand

Eisenberger-Forschungsstipendiums am Fraunhofer Institut für Physikalische Messtechnik in Freiburg in der Arbeitsgruppe „Optische Oberflächenanalytik“. Mein Ziel war es, das Potential und die klinische Anwendbarkeit eines optischen Messverfahrens, der Raman-Spektroskopie, in Hinblick auf die Harnsteinanalyse zu untersuchen. Basierend auf einem Vorprojekt zur Chemometrie der Harnsteine sollte ich an der Implementierung eines optischen Analysesystems in einen kommerziellen, endoskopischen Laser forschen. Damit soll künftig eine in-vitro Echtzeituntersuchung des Zielobjektes realisierbar sein, die es

ermöglicht, z.B. bereits während der endoskopischen Zertrümmerung der Harnsteine eine mineralogische Zusammensetzungsanalyse durchzuführen. Diese Funktion hätte folgende Vorteile für den Behandler: Steinanalyse vor geplanter kompletter Vaporisation des Konkrementes: Hier ist bislang keine Analyse mehr möglich, da kein einzusendendes Material mehr vorhanden ist. Dieses Verfahren wird angewandt, um traumatisierende Mehrfachpassagen des Harnleiters zu reduzieren / vermeiden.

■ Anpassung der Einstellungen des verwendeten Holmium-Lasers intraoperativ an die Steinzusammensetzung (z.B. höhere Frequenz und Leistung bei „härteren“ Steinen wie z.B. Ca-Monohydrat)

■ Zeitnahe Metaphylaxe schon während des stationären Aufenthaltes: Derzeit vergehen bis zum Erhalt des Ergebnisses der Infrarot-Analyse etwa zwei bis drei Wochen. In dieser Zeit sind die Patienten entlassen, sodass kein adäquates Abschlussgespräch bezüglich der Metaphylaxe erfolgen kann.

■ Erkennung der Keramikspitze des für die Steinbehandlung häufig eingesetzten flexiblen Ureterorenoskops: Damit könnte eine Beschädigung des Endoskops durch die akzidentell in den Schaft zurückgezogene Glasfaser während der Behandlung verhindert werden.

In meiner Arbeitsgruppe wurde mir zunächst viel Einarbeitungszeit eingeräumt, sodass ich mich mit meinem Forschungsvorhaben auch fundiert theoretisch auseinandersetzen konnte. Weiterhin wurde ich motiviert und gefördert, Fördergelder für mein Projekt zu akquirieren und hatte daher einen Antrag im Rahmen der BMBF-Ausschreibung „KMU-innovativ“ eingereicht.

Als Mediziner hatte ich ursprünglich keine Erfahrung, wie man Forschungsanträge schreibt und Fördergelder einwirbt. Meine Gruppenkollegen haben mich daher sehr intensiv unterstützt. Dabei ist mir auch klar geworden, dass eine nachhaltige und hochwertige Forschung in der Medizintechnik nur im Rahmen von interdisziplinären Projekten möglich ist. Dies werde ich als eine wertvolle Erfahrung für meinen späteren beruflichen Werdegang mitnehmen.

Im Rahmen des Stipendiums konnte ich meine Arbeitszeit frei einteilen. Ich hatte Freiräume, um auch an anderen Forschungsvorhaben mitzuwirken, viele Publikationen zu erstellen und neue Anträge zu schreiben. Das gute und motivierende Arbeitsklima am Fraunhofer Institut empfand ich als äußerst motivierend und fördernd. Personalpolitik und Führungskultur nach der Devise „Wer Spitzenreiter bleiben will, muss sich um seine Mitarbeiter kümmern“ beinhalteten auch täglich frisches Obst, ein Gymnastikprogramm in der Mittagspause und eine tägliche Kaffeepause für die Mitarbeiter, die eine gute Möglichkeit für Quervernetzungen und gemeinsames Diskutieren bietet. Zusammenfassend war das Forschungsjahr für mich eine interessante und wunderschöne Zeit, in der ich die Arbeitsweise und Organisation eines großen Instituts kennenlernen konnte. Vor allem aber habe ich sehr viel gelernt, was mir später im Beruf von großem Nutzen sein wird. Ich habe einen tiefen Einblick in „die große Forschung“ erhalten und hoffe, davon langfristig und nachhaltig zu profitieren. Diese Erfahrung hat mich stark geprägt und wird mir helfen, künftige Projektvorhaben besser, effizienter und erfolgreicher durchzuführen – dafür bin ich sehr dankbar.



Foto: © Alex Thronov - Fotolia.com

Fortsetzung von Seite 3

## Hirntoddiagnostik: Misstrauen verbreitet sich wie ein schleichendes Gift

stark gesunken ist, wie Umfragen zeigen. Hausärzte und Internisten haben Zweifel an dem, was Neurologen, Intensivmediziner und Transplantationsmediziner tun. Man hat immer größtes Vertrauen in das, was man selber macht, aber ob die lieben Kollegen alles so richtig machen, daran sollte man doch Zweifel haben. Diese Einstellung hilft niemandem und ist Ausdruck der Tatsache, dass die um sich greifende misstrauensvolle Kritik an „den Ärzten“ und „der Medizin“ sich mittlerweile in die Medizin selbst hinein verbreitet hat. Ein schleichendes Gift.

Wie funktioniert die Hirntoddiagnostik und wo kommt sie her? Hirntod ist ein Phänomen der modernen Medizin, eine Folge der Fortschritte, die die Medizin in den letzten 50 Jahren gemacht hat. Erst die Entwicklung der Intensivmedizin mit moderner Beatmungstechnik hat es in großem Umfang ermöglicht, Menschen mit intakter Herzfunktion, aber geschädigter Hirnfunktion durch Beatmung am Leben zu erhalten. Atmung wird vom Hirn – Hirnstamm – gesteuert. Wenn diese Funktion – der Hirnstamm – nicht mehr arbeitet, muss die Beatmung von außen aufrechterhalten werden. Da man nicht tagelang Mund-zu-Mund-Beatmung machen kann, wurde die maschinelle Beatmung erfunden, die es erlaubt, Menschen deren zentrale Funktionen vorübergehend nicht gegeben sind, so lange am Leben zu erhalten, bis diese Funktionen des Hirns von allein wieder einsetzen. Dies ist ein Segen der modernen Medizin, der

es vielen Menschen erlaubt, zu überleben. Aber jeder Fortschritt hat seine Schattenseiten. Diese ist bei der maschinellen Beatmung der, dass sich das Problem ergibt, was mit denjenigen Patienten, deren zentrale Hirnfunktionen sich nicht wieder erholen, zu tun ist. Denn etwas Aktives muss getan werden, weil man sonst die maschinelle Beatmung ad infinitum fortsetzen müsste. Daraus ergab sich dann früh das ethische Dilemma, wann eine Beatmung beendet werden kann. Aus dieser Frage, die ganz offensichtlich mit der Frage der Regenerationsfähigkeit der Hirnfunktion verbunden sein muss, ergab sich die Problematik des „Hirntodes“.

Diese Frage nach der Beendigung maschineller Beatmung bei Patienten, deren Regeneration nicht mehr zu erwarten ist, wurde in den 1960er Jahren in den USA akut, wo die Intensivmedizin zum damaligen Zeitpunkt schon sehr weit verbreitet war. Dazu kam, dass nach dem US-amerikanischen Rechtssystem und -verständnis nur der Patient selbst das alleinige und autonome Bestimmungsrecht über seinen Körper und sein Leben hat. Dies bedeutete, dass eigentlich nur der Patient selbst, lange bevor Patientenverfügungen bekannt waren, entscheiden konnte, ob bei ihm die Beatmung beendet werden könne oder nicht. Nach dem amerikanischen Rechtsverständnis haben dazu Angehörige und Ärzte nicht das Recht. Da dieses Dilemma natürlich so nicht zu lösen war, wurde eine andere Lösung notwendig.

In der sogenannten „Harvardkonferenz“ wurde deshalb 1968 die Definition des Hirntodes als nach medizinisch-menschlichem Ermessen unwiederkehrbarer Verlust der Regenerationsfähigkeit der zentralen Funktionen (von Großhirn, Kleinhirn und Hirnstamm) und damit der eigenen Atmungsfunktion definiert (A definition of irreversible coma. Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. Journal of the American Medical Association (JAMA), 1968, 205, 6, 337-340). Diese Definition bildete dann die Grundlage dafür, festzulegen, dass in den USA die maschinelle Beatmung auch ohne vorliegende Einwilligung des Patienten beendet werden kann, wenn der „Hirntod“ eingetreten ist und Mediziner und Angehörige dies für notwendig erachten.

Die Definition des Hirntodes wurde also aus Gründen eingeführt, die mit der Organspende zunächst gar nichts zu tun hatten. Kritik an der Harvard-Definition kam schon bald, zum Beispiel von dem Philosophen Hans Jonas, der schrieb: ... „mit diesem Primärgrund – der Sinnlosigkeit bloß vegetativer Fortexistenz – [definiert] der [Harvard-] Bericht strenggenommen nicht den Tod, den ultimativen Zustand selbst, ..., sondern ein Kriterium dafür, ihn ungehindert stattfinden zu lassen, z. B. durch Abstellen des Atemgeräts. Der Bericht aber beansprucht, mit diesem Kriterium den Tod selbst definiert zu haben, und erklärt ihn kraft dessen Zeugnisses als schon gegeben, nicht erst als ungehindert zuzulassen.“ (Jonas, Hans. Technik, Medizin und Ethik: Zur Praxis des Prinzips Verantwortung (1985). 3. Aufl., 1990, Insel Verlag, Frankfurt/M., S.224).

Diese Kritik ist natürlich berechtigt, da der Tod des gesamten Organismus als solcher erst mit dem Abstellen der Beatmung eintritt. Dennoch ist das Kriterium Hirntod unerlässlich notwendig, um den Umgang mit beatmeten Patienten, die nicht wieder gesund werden können, zu regeln. Als Kriterium für die Möglichkeit einer Organspende wurde die Hirntoddefinition erst später von der Transplantationsmedizin übernommen. Es ist wichtig, sich diese Anfänge zu vergegenwärtigen, um zunächst einmal zu verstehen, dass wir – in der modernen Medizin – ohne eine Definition des Hirntodes gar nicht auskommen können. Die Hirntodkriterien, wie sie in Deutschland als eine Grundlage der Möglichkeit der Organspende gelten, sind von der Bundesärztekammer sehr genau und eindeutig festgelegt worden. Die Unabhängigkeit der

zuständigen Ärzte von jeder Organspendemotivation, das Mehraugenprinzip, der Nachweis gleicher Befunde durch mehrere Untersuchungsverfahren, die Konstanz der erhobenen Befunde über den Zeitverlauf, all diese Kriterien, die die Zuverlässigkeit der Diagnose Hirntod gewährleisten, sind exakt festgelegt.

Die Fabeln, die immer gern kolportiert werden, das als hirntot diagnostizierte Menschen dann wundersamer Weise wieder zum Leben erwachen, sind ganz überwiegend reine Märgen, deren Wahrheitsgehalt nicht gegeben ist. Dass es aber – sehr selten – Fälle gibt, in denen Fehler vorkamen oder Fälle, in denen Dinge geschahen, die nach medizinisch-menschlichem Ermessen kaum vorstellbar waren, bleibt eine Tatsache des Lebens. Wir müssen wissen, dass es immer wieder Dinge zwischen Himmel und Erde geben wird, die wir nicht verstehen oder erklären können. Nur kommt dies extrem selten vor; daraus die Forderung zu erheben, jegliche Hirntoddiagnostik sei unzuverlässig oder dass Abschalten der Beatmung bei hirntoten Patienten müsse grundsätzlich unterbleiben, geht an der Realität unseres Lebens vorbei.

Wir brauchen eine Definition des Hirntodes zunächst selbst, damit unsere Intensivstationen nicht durch jahre- und jahrzehntelange Dauerbeatmungen blockiert werden und das Gesundheitswesen nicht kollabiert. Das versteht jeder. Sobald es aber an die Hirntoddiagnostik als Grundlage einer Entscheidung zur Organspende geht, werden Bedenken laut. Warum eigentlich?

In Umfragen ist eine große Mehrheit der Bevölkerung überzeugt davon, dass Organtransplantation für Patienten wichtig ist und lebensrettend sein kann. Wenn die eigene Bereitschaft zur Organspende erfragt wird, wird die Zustimmungsrate schon deutlich geringer. Es ist logisch, dass wir die Definition des Hirntodes als Grundlage zur Organspende brauchen. An der soliden Gültigkeit der Diagnose haben diejenigen Mediziner, die vom Fach her etwas davon verstehen – Neurologen und Intensivmediziner – keine Zweifel. Warum also sollen hier Zweifel geschürt werden? Es ist momentan ein beliebter Zeitvertreib der Medien geworden, in der Medizin alles in Zweifel zu ziehen. Manches mag seine Berechtigung haben, aber wir sollten uns diesem populistischen Trend auch dort entgegenstellen, wo es angebracht und notwendig ist. Zu mindestens die Ärzteschaft, die weiß oder wissen sollte, wozu es geht, darf diesem Trend nicht folgen.

## UMFRAGE

### Die Aktualisierung der S3-Leitlinie zum Prostatakarzinom steht bevor:

## Welchen Stellenwert hat das Leitlinienprogramm der DGU für Sie?



**Dr. med. Andrej Andris, Urologe, Bonn**

Einiges wiederholt sich, aber vieles ist interessant und neu. Die Leitlinie ist kein Gesetz für uns, Entscheidungen versuchen wir patientengerecht individuell zu treffen. Die Leitlinien sind wichtig, wir ignorieren sie nicht. Viele Patienten sind auch gut vertraut mit den Leitlinien, da müssen wir informiert sein.



**Dr. med. Christian Schmidt, Urologe, CH-Wetzikon**

Das Leitlinienprogramm hat einen hohen Stellenwert, weshalb ich es bei ausgewählten Fragestellungen insbesondere beim Prostatakarzinom und bei Harnwegsinfektionen zur Entscheidungsfindung berücksichtige. Ich wünsche mir, dass die Leitlinien zur Urolithiasis bald aktualisiert werden.



**Barbara Janssen, niedergel. Urologin und Allgemeinmedizinerin, Aurich**

Ich bin mit den Leitlinien einverstanden, weil sie mir ein Kontrollmedium an die Hand geben, welches ich meinen Patientinnen und Patienten empfehlen kann.



**Dr. med. Michael Faber, Facharzt für Urologie, Köln (Porz-Urbach)**

(Lacht): Ich bin der Leitlinienfetschist. Ich drücke einen Knopf an meinem Computer und das Programm springt auf. Ich kenne etwa 80 Prozent des Leitlinienprogrammvorstandes persönlich. Weißbach war mein Doktorvater. Ich finde das Programm hervorragend und fundiert, auch wenn ich nicht in der DGU, sondern in urologischen Regionalgesellschaften, organisiert bin.

## Versorgungslücke im Alter

(bei Rentenalter 67)

Suche Urologen/Urologinen, die vorzeitig aus ihrer Tätigkeit entbunden wurden und daher zeitlich begrenzt/unbegrenzt eine Tätigkeit global als Vermittler ihres Fachwissens (mit ihrem Instrumentarium) vor Ort im Behandlungsbereich des interessierten Kollegen durchführen.

Bei Interesse bitte melden bei: hhhainz@gmx.de



# DGU 2014: Veranstaltungen von Akademie und Arbeitskreisen



<b>UroAktuell</b>	Aktuelles und Praxisrelevantes in der Urologie	<b>8.-10.05.2014</b>	Dresden
<b>Frühjahrsforum der Akademie</b>	Aktuelles und Praxisrelevantes in der Urologie, im Rahmen der 40. Jahrestagung der Bayrisch-Österreichischen Urologenvereinigungen	<b>15.05.2014</b>	Erlangen
<b>TeamAkademie</b>	Pflegesymposium im Rahmen der 40. Jahrestagung der Bayrisch-Österreichischen Urologenvereinigungen	<b>15.05.2014</b>	Erlangen
<b>AK Urinzytologie</b>	38. Seminar für MTAs/Arzthelferinnen, Universitätsklinikum Magdeburg	<b>17.05.2014</b>	Magdeburg
<b>Frühjahrsforum der Akademie</b>	Aktuelles und Praxisrelevantes in der Urologie, im Rahmen der Jahrestagung der Mitteldeutschen Urologen und der Sächsischen Gesellschaft für Urologie	<b>23.05.2014</b>	Marburg
<b>Akademie</b>	Klinischer Bereich - Interventionen und Operationen, im Rahmen der 55. Jahrestagung der Südwestdeutschen Gesellschaft für Urologie	<b>26.05.2014</b>	Mannheim
<b>Akademie</b>	Ambulanter Bereich - Onkologie Fortbildung gemäß Onkologievereinbarung, im Rahmen der 55. Jahrestagung der Südwestdeutschen Gesellschaft für Urologie	<b>27.05.2014</b>	Mannheim
<b>JuniorAkademie</b>	Urologische Operationen - Ausbildungskurs für urologische Eingriffe und deren Aufklärung	<b>05.-06.06.2014</b>	Mannheim
<b>AK Urinzytologie</b>	Refresherkurs Urinzytologie, im Rahmen der 55. Jahrestagung der Südwestdeutschen Gesellschaft für Urologie	<b>25.06.2014</b>	Mannheim
<b>AK Andrologie</b>	Refresherkurs Spermogramm, im Rahmen der 55. Jahrestagung der Südwestdeutschen Gesellschaft für Urologie	<b>25.06.2014</b>	Mannheim
<b>Frühjahrsforum der Akademie</b>	Aktuelles und Praxisrelevantes in der Urologie, im Rahmen der 55. Jahrestagung der Südwestdeutschen Gesellschaft für Urologie	<b>26.-27.06.2014</b>	Mannheim
<b>AK Onkologie</b>	AKO-Symposium	<b>4.-5.9.2014</b>	Rostock-Warnemünde
<b>AK Urinzytologie</b>	179. Seminar des Arbeitskreises (für Ärzte), Universitätsklinikum Rostock	<b>09.10.2014</b>	Rostock
<b>UroSkills</b>	PNL und MiniPNL	<b>09.-10.10.2014</b>	Hannover
<b>AK Urinzytologie</b>	39. Seminar für MTAs/Arzthelferinnen (Fortgeschrittene), Universitätsklinikum Essen	<b>12.10.2014</b>	Essen
<b>UroSkills</b>	Transurethrale Resektionen: TUR-P, TUR-B und PDD	<b>16.-17.10.2014</b>	Mannheim
<b>UroSkills</b>	Flexible und rigide URS	<b>23.-24.10.2014</b>	Tübingen
<b>AK Onkologie</b>	AKO-Symposium	<b>07.-08.11.2014</b>	Köln
<b>UroCurriculum</b>	Onkologische Urologie (Blase, Penis, Psychosomatik)	<b>07.-08.11.2014</b>	Nürnberg
<b>AK Urinzytologie</b>	180. Seminar des Arbeitskreises (für Ärzte), Universitätsklinikum Essen	<b>09.11.2014</b>	Essen
<b>AK Urinzytologie</b>	181. Seminar des Arbeitskreises, Krankenhaus Düren	<b>30.11.2014</b>	Düren

## STELLENBÖRSE

### Reha-Klinik bzw. Praxisvertretung

35-jährige FA-Erfahrung; suche längerfristige Vertretung bundesweit/ nach 30 Jahren Praxis zuletzt vier Jahre große Krankenhausambulanz mit allen techn. Möglichkeiten. Frdl. Angebote unter Mailadresse: dr.franztack@t-online.de

### OA Stelle Urologie Rehaklinik

Ab 07/2014 sucht die Immanuel Klinik Märkische Schweiz als Fachklinik für onkologische Rehabilitation einen Urologen zur fachspezifischen Betreuung uro-onkologischer Patienten. Die Klinik befindet sich im Land Brandenburg am östlichen Rand von Berlin in

landschaftlich reizvoller Lage. Bei Interesse wenden Sie sich bitte an Frau Dr. B. Bartels-Reinisch unter E-Mail: b.bartels-reinisch@immanuel.de

### Assistenzarzt Urologie

Ich suche deutschlandweit eine Stelle als Assistenzarzt für Urologie. Mehrjährige Berufserfahrungen und Approbation vorhanden. Kontakt über E-Mail: vladimir.sergan@gmail.com

### Praxis Neugründung

Im Gesundheitszentrum in 64347 Griesheim, 28000 Einwohner + Einzugsgebiet aus umliegenden Gemeinden, gibt es die Möglichkeit, auf Mietbasis eine

neue Praxis nach Ihren Vorstellungen einzurichten. Kinderarzt, Allgemeinarzt, Physiotherapie-Zentrum und Kosmetik-Studio sind bereits vorhanden. Sollten Sie Interesse haben, wenden Sie sich bitte an: G. Schaffner Tel. 06155-2999

### Assistenzärztin/Assistenzarzt

für Urologie in Weiterbildung Die urologische Klinik in den Elbe Kliniken Stade-Buxtehude umfasst das gesamte Spektrum urologischer Diagnostik und Therapie. Schwerpunkte liegen in der Tumorchirurgie wie Zystektomie mit Blasenersatz, radikaler Prostatektomie (retropubisch, sphinktererhaltend) sowie der Nierentumorchirurgie (offen,

organerhaltend, laparoskopisch). Die Therapie der BPH umfasst die bipolare Resektion und HoLEP-Technik. Die Inkontinenzchirurgie erfolgt mit Schlingenverfahren (TOT und male Sling). In der Steintherapie findet die flexible URS / Laser und die Mini PNL Anwendung. Diese Stelle ab ist ab sofort zu besetzen, sie ist zunächst befristet für die Zeit der Weiterbildung. Der Chefarzt ist zur vollen Weiterbildung zum Arzt der Urologie ermächtigt. Berufsanfänger sind willkommen. Für erste Informationen steht Ihnen der Chefarzt Dr. Christoph Gehring gerne zur Verfügung. Tel. 04141-97-1500, E-Mail: Christoph.Gehring@elbekliniken.de

## 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:

Peter Albers Wolfgang Bühmann Désirée L. Dräger Anne-Karoline Ebert

Franziska Engehausen Oliver Hakenberg Thomas Knoll Maurice Stefan Michel Arkadiusz Miernik Frank Petersilie Maria Schubert Raimund Stein Friedemann Zengerling

Grafik: Barbara Saniter

Druck: DBM Druckhaus Berlin-Mitte GmbH

Auflage: 5800 Exemplare

Erscheinungsweise: vierteljährlich

Ausgabe: 2 / 2014 – Mai