

EDITORIAL

Wozu noch eine Drucksache?

Warum die DGU eine eigene Zeitung herausgibt

Von Oliver Hakenberg



Prof. Dr. Oliver Hakenberg:
DGU-Generalsekretär
und Mitherausgeber der
neuen DGU-Zeitung

Tatsächlich bekommt jeder Urologe schon relativ viele Zeitungen für Ärzte auf den Tisch, die man mal anschaut, mal nicht oder bestenfalls durchblättert. Nun macht die DGU sich auf, in einem vierteljährlich erscheinenden Zeitungsformat ebenfalls die Urologen bzw. ihre Mitglieder zu informieren. Wozu? Reicht dazu nicht unsere Facharztzeitschrift „Der Urologe“ aus?

Wir - der gegenwärtige Vorstand der DGU - sind der Ansicht, dass „Der Urologe“ nicht ausreicht und wir ein weiteres Medium brauchen.

„Der Urologe“ mit seinen Übersichten, Original- und CME-Beiträgen zu fachlichen Themen, ergänzt um Seiten zur Verbands- und Berufspolitik von DGU und BDU, hat einen überwiegend fachlich geprägten Charakter, und das soll auch so bleiben.

Wir wollen mit „UROlogisch!“ eine Mitgliederzeitung schaffen, die aktuell informiert, durchaus unter Verzicht auf wissenschaftlichen Tiefgang, denn der Inhalt soll die Arbeiten und Aktivitäten der DGU darstellen, die Positionen erklären und zu aktuellen Fragen, die uns alle betreffen, informieren. Dazu erscheint

uns ein Zeitungsformat, das man in Praxis oder Klinik beim Kaffee lesen und durchblättern kann, besser geeignet. Bewusst haben wir das Zeitungsformat gewählt, es soll genau das sein, eine Zeitung, kein Dokument zum Archivieren.

Die DGU möchte mit dieser Zeitung ganz bewusst ihre Mitglieder informieren, ihre Meinungen, Ansichten und Positionen vertreten und deutlich machen. Zu den bislang existierenden Journalen, die uns Urologen allen zugesendet werden, gehören mehrere Journale, die „Neuigkeiten“ und Kommentare und manch andere

Themen bieten. Diese kommerziellen Printmedien, die vom urologischen Anzeigenmarkt leben, schreiben viel und gern über die DGU und dies am liebsten kritisch und reißerisch. Dabei wird gern und immer sehr viel geschimpft, polemisiert und viel Falsches kolportiert. Wir haben daher beschlossen, die Informationspolitik über die DGU selbst in die Hand zu nehmen und den Mitgliedern der DGU in Zukunft richtige Informationen über die Arbeit von Vorstand und Gremien zeitnah und aus erster Hand zur Verfügung zu stellen.

Wir hoffen, dass unsere Vorstellungen sich gut werden umsetzen lassen und dass „UROlogisch!“ auf Ihre Zustimmung stoßen wird.

INHALT

- 2 Arztassistent in der Urologie
- 3 Hat die PSA-gestützte Früherkennung eine Zukunft?
Neu auf dem Kongress: Öffentlichkeitsforen
- 4 Aktuelles aus dem Hauptstadtbüro
Änderung des Transplantationsgesetzes
- 5 Die neue Struktur der Akademie der Deutschen Urologen
- 6 Eisenberger-Stipendien
Umfrage: Ausbildung junger Urologen noch zeitgemäß?
- 7 Patientenrechte im Gesetz
- 8 Neu: Ratgeber zur Harninkontinenz
Urologische Stellenbörse

Der Jahreskongress der DGU

PSA-basierte Früherkennung im Mittelpunkt der Dresdner Tagung

Von Michael Stöckle

Die Attraktivität des DGU-Kongresses ist gemessen an den Besucherzahlen stetig gewachsen. Nicht zuletzt der in Dresden abgehaltene Kongress 2009 war ein Highlight, an das wir anknüpfen möchten. Daher fiel die Entscheidung, Dresden erneut als Kongressort zu wählen, nicht schwer.

Unter dem Motto „Grenzen überwinden - Zukunft gestalten“ haben wir ein aktuelles, facettenreiches und somit für viele, wenn nicht alle ansprechendes Programm gestaltet. Ein wissenschaftliches Hauptthema dieses Kongresses ist das PSA in der Diagnostik des Prostatakarzinoms. Kaum ein anderes Thema war in den vergangenen Monaten so beliebt in Magazinen und Publikumsmedien wie das „PSA-Bashing“ und die damit verbundene heftige Kritik an uns Urologen. In vielen Sendungen war ein Bemühen um objektive Berichterstattung leider nicht mal mehr im Ansatz zu erkennen. Diese negative Meinungsmache hat viele Patienten verunsichert, und viele Urologen haben das zu spüren bekommen.

Wir haben deshalb dieses kontroverse Thema in den Mittelpunkt unseres Kongresses gerückt. Professor Catalona aus Chicago, ein Pionier des PSA-Screenings, wird im Eröffnungsplenum die „PSA controversy“ beleuchten, die in den Vereinigten Staaten fast noch emotionaler ausgefochten wird als in Deutschland. Die DGU wird in dieser Plenumsitzung Prof. Catalona mit der Ehrenmitgliedschaft auszeichnen.

In einem sogenannten Öffentlichkeitsforum zur „PSA-gestützten Früherkennung“, werden Experten, Kritiker und Befürworter zu Wort kommen. Dazu wurde auch die Presse eingeladen, da wir die Diskussion offensiv führen wollen. Moderiert von Prof. Fritz Schröder, Prof. Axel Semjonow und mir, sprechen dann Klaus Koch, ein profilierter PSA-Kritiker des IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen), sowie Prof. Recker aus Aarau/Schweiz, ein kenntnisreicher Befürworter der PSA-gestützten Früherkennung, als Protagonisten zum Für und Wider. Dazu wurden als weitere Redner Dr. Bernhard Egger vom KKV-Spitzenverband und Paul



DGU-Präsident
Prof. Dr. Michael Stöckle

Enders aus dem Vorstand des Bundesverbandes Prostatakrebs Selbsthilfe e.V. (BPS) eingeladen. Prof. Peter Albers wird eine neue, von der Deutschen Krebshilfe geförderte Studie zur risikoadaptierten Früherkennung beim Prostatakarzinom vorstellen. Wir erwarten spannende Beiträge und erhoffen uns von diesem Forum eine Versachlichung der Debatte, vielleicht sogar ein Ende der Blockade-Situation von Vorwürfen und Gegenvorwürfen.

Die Deutsche Krebshilfe hat 2012 das Prostatakarzinom in den Mittelpunkt ihrer Förderungspolitik gerückt: Die PREFERE-Studie, das neue Projekt von Prof. Albers, und ein bei Prof. Semjonow angesiedeltes Studienprojekt zum leitlinienkonformen Umgang mit PSA sind Beispiele dafür. Auch die S3-Leitlinie Prostatakarzinom, auf die wir deutschen Urologen ja zu Recht sehr stolz sind, wäre ohne die Unterstützung der Deutschen Krebshilfe sicherlich nicht entstanden. Pünktlich zum Kongress wird die zweite Aktualisierung der S3-Leitlinie als „living guideline“ erscheinen. Für dieses Engagement der Deutschen Krebshilfe wird in dem Publikumsforum zur PSA-basierten Früherkennung Gerd Nettekoven, Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krebshilfe, mit dem Preis „Förderer der Urologischen Wissenschaft“ ausgezeichnet.

Eine Besonderheit dieses Kongresses ist, dass er von der DGU gemeinsam mit der „Section of Urological Research“ (ESUR) der EAU veranstaltet wird. Die ESUR ist ein Zusammenschluss der in der EAU organisierten europäischen urologischen Grundlagenforscher und tagt 2013 zum ersten Mal seit vielen Jahren wieder in Deutschland, unter der Leitung von Prof. Kerstin Junker. Es war naheliegend, die beiden Kongresse zusammenzuführen. Die ESUR verspricht sich davon mehr Aufmerksamkeit in Deutschland, und unser Kongress wird durch die Anwesenheit zahlreicher internationaler Grundlagenforscher bereichert. Dazu gibt es eine Reihe von Forumssitzungen, in denen DGU und ESUR sich im intensiven Dialog begegnen, und Abstractsitzungen, die als gemeinsame DGU-ESUR-Sitzungen konzipiert sind. Diese gemeinsamen Sitzungen mit europäischen Forschern werden in englischer Sprache durchgeführt.

Als weiteres Novum haben wir ein zweites Öffentlichkeitsforum geschaffen, das die „Urologie im Spiegel gesellschaftlicher Kontroversen“ thematisiert. Es befasst sich mit Themen, die in jüngster Vergangenheit in der Öffentlichkeit breit diskutiert worden sind. Dies sind die religiös motivier-



te Zirkumzision von Kindern, die Diskussion um angebliche Langzeitschäden nach Nierenlebenspende, die Kontroverse um die ethische Berechtigung von Genitalrekonstruktion bei Minderjährigen und der Organspendeskandal. Für das Thema der rituellen Zirkumzision konnten wir Frau Deusel, Urologin und Rabbinerin, als Rednerin gewinnen. Auch zu diesem Forum wurde die Presse eingeladen. Das Berufspolitische Forum unter der Federführung des BDU befasst sich mit der „Ökonomisierung der Medizin“.

Förderung des Nachwuchses hat heute angesichts eines gewissen Nachwuchsmangels einen noch höheren Stellenwert als früher: Eine ganze Reihe von Foren und Veranstaltungen haben ihren Fokus genau in diesem Bereich. Besonders erfreulich ist es, dass die DGU in diesem Jahr mehr Eisenberger-Stipendien vergeben konnte als im Vorjahr.

Der Tradition und dem Selbstverständnis unseres Kongresses folgend, soll das gesamte Spektrum der Urologie fachlich und wissenschaftlich im Programm abgebildet werden. Zu Beginn unserer Planung für Dresden hatten wir die feste Absicht, die Dominanz des Prostatakarzinoms im Programm zu Gunsten der nicht weniger wichtigen anderen Themen zu reduzieren. Wir müssen aber zugeben, dass dieser Versuch gescheitert ist: Die Fülle an Innovation, Informationen und Kontroversen ist beim Prostatakarzinom nahezu überwältigend groß, und es hat sich deshalb nicht vermeiden lassen, dass das Prostatakarzinom praktisch durchgängig im Kongressprogramm vorkommt. Die Themen sind aber hochaktuell und teilweise heftig umstritten. Redundanz oder Übersättigung sind daher nicht zu befürchten.

Wir sind zuversichtlich, dass alle Kongressteilnehmer am Ende mit zahlreichen neuen Eindrücken, Anregungen und Erfahrungen heimkehren können. Zudem erwarten wir, dass auch dieser Kongress den Geist des freundschaftlichen und kollegialen Erfahrungsaustauschs haben wird, durch den sich der DGU-Kongress immer ausgezeichnet hat.



EXPIRED

nt in der Urologie:

DGU entwickelt Bachelor-Studiengang für Pflegekräfte mit

Von Stephan Roth



Der 2. DGU-Vize-Präsident, Prof. Dr. Stephan Roth, ist einer der Leiter der TeamAkademie und Mit-Initiator des neuen Studienganges

Operationsassistent, Schmerz- und Wundmanagement sowie prä- und poststationäres Management intensiv behandelt. Für eine Zulassung sind neben den üblichen Hochschulzugangsvoraussetzungen eine abgeschlossene Pflegeausbildung (Gesundheits-, Kranken- oder Altenpflege) sowie ein Ausbildungsvertrag mit einer Partnerklinik der DHBW erforderlich. Kern des bewährten Dualen Studienkonzepts ist der Wechsel zwischen Vorlesungsphasen an der Hochschule und Praxisphasen in der ausbildenden Klinik.

Bereits in den Praxisphasen sind die Studierenden aufgrund ihrer fachlichen und sozialen Kompetenz bei Mitarbeitern und Patienten als Ansprechpartner begehrt. Die weiteren beruflichen Aussichten sind laut Rückmeldung der Partnerkliniken exzellent, weiß Prof. Dr. med. Marcus Hoffmann, Geschäftsführer des Fachgremiums Gesundheitswissenschaften der DHBW und Leiter des Studienganges.

Studiengebühren fallen nicht an,

die Vergütung erfolgt durchgängig durch die Dualen Partner. Ob sich die Weiterqualifikation für die Absolventen auch finanziell lohnt, kann noch nicht hinreichend beantwortet werden – es ist aber zu erwarten, dass sich hier in Zukunft ein adäquates Gehaltsgefüge etablieren wird. Im Idealfall wird die Kandidatin/der Kandidat dies auch vorab mit dem Arbeitgeber klären können, denn es werden nicht nur die ärztlichen Kollegen, sondern insbesondere auch die Arbeitgeber an Physician Assistants interessiert sein.

In den USA und Großbritannien, aber auch in den Niederlanden ist der Beruf des PA bereits seit Längerem flächendeckend etabliert. Nach Einschätzung vieler Experten wird sich auch in Deutschland die Entwicklung fortsetzen, hochqualifizierten Fachkräften basisärztliche und administrative Aufgaben zu übertragen. Weitere Details zum Studium finden sich unter:

www.dhbw-karlsruhe.de/allgemein/studiengang-arztassistent/

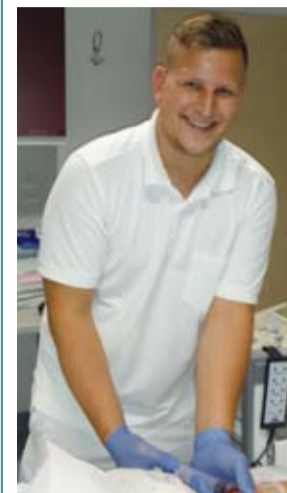
Die Urologie geht neue Wege: Ab Oktober 2013 bietet unser Fachgebiet gemeinsam mit der Dualen Hochschule Baden-Württemberg (DHBW) Karlsruhe für examinierte Pflegekräfte eine akademische Ausbildung an, deren Absolventinnen und Absolventen im Arbeitsfeld zwischen Arzt/Ärztin und Pflegepersonal zahlreiche Aufgaben übernehmen. Der erfolgreiche Abschluss des dreijährigen Studiums berechtigt, neben dem Akademischen Grad eines Bachelor of Science die Weiterbildungsbezeichnung „staatlich anerkannte Arztassistentin (Physician Assistant)“ oder „staatlich anerkannter Arztassistent (Physician Assistant)“ zu führen. Das spezielle Curriculum an der DHBW wurde in enger Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU) weiterentwickelt und auf die speziellen Erfordernisse im Bereich der Urologie abgestimmt

Wir sehen uns heute einem ständig zunehmenden Bedarf an qualifizierten Gesundheitsleistungen gegenüber, dem wir mithilfe der neuen Berufsgruppe in der Grundversorgung begegnen können. Angesichts des Ärztemangels und wachsender bürokratischer Aufgaben ist dies dringend notwendig. Fort- und Weiterbildung der urologischen Assistenz- und Pflegeberufe haben für die DGU schon lange einen hohen Stellenwert. Gemeinsam mit Prof. Dr. Tilmann Kälble (Klinikum Fulda) und den Mitarbeitern des Arbeitskreises für Fort- und Weiterbildung für urologisches Assistenz- und Pflegepersonal (TeamAkademie der Deutschen Gesellschaft für Urologie) ist es uns nun gelungen, dieses seit 2010 bestehende Studienangebot weiter zu entwickeln und eine attraktive Laufbahnoption für hochqualifiziertes Assistenz- und Pflegepersonal in der Urologie zu schaffen. Gleichzeitig erreichen wir eine notwendige Entlastung des Arztes. Die Delegation ärztlicher Aufgaben wird derzeit vielfach zwar noch kritisch gesehen, ist für die DGU aber erforderlich und ausdrücklich erwünscht.

Ein PA kann nach Delegation durch den Facharzt/die Fachärztin zum Beispiel Anamnesen erheben, Patienten untersuchen, diagnostische Vorschläge unterbreiten, Behandlungspläne erstellen, kleinere Eingriffe durchführen, Überweisungen und Verlegungen organisieren, Behandlungen dokumentieren und Arztbriefe vorbereiten sowie Aufgaben im Qualitätsmanagement und in der DRG-Administration übernehmen. Im Studium werden ab Oktober 2013 nun Themen wie urologische Krankheitslehre, Notfälle, Untersuchungsverfahren, medikamentöse Therapie, Ernährungstherapie,

„Ich will im Gesundheitsbereich vorankommen“

Patrick Brand wird einer der ersten Urologie-Arztassistenten



Bald staatlich anerkannter Arztassistent: Patrick Brand

Er ist einer der allerersten in Deutschland, die sich zum neuen Bachelor-Studiengang „Physician Assistant (PA)“ mit Schwerpunkt Urologie an der Dualen Hochschule Baden-Württemberg (DHBW) eingeschrieben haben: Patrick Brand. Der gelernte Krankenpfleger aus Filderstadt will staatlich anerkannter Arztassistent werden. Schon bald nach der Ausbildung in einem großen Krankenhaus hatte er beschlossen, dass er mit seinem Fachabitur in der Tasche nicht bis zur Rente in der Pflege arbeiten wolle: „Ich will im Gesundheitsbereich vorankommen.“ Er macht dabei keinen Hehl daraus, dass die belastenden Arbeitsbedingungen und der Verdienst in der Pflege diese Motivation stärkten.

„Im Internet bin ich auf den Studiengang an der DHBW aufmerksam geworden, den mir auch die Studienberatung des Arbeitsamtes empfahl. Als ich auf der DHBW-Website auch noch die Urologische Klinik in Sindelfingen des Klinikverbundes Südwest als Partner fand, war es ideal für mich, da mir während der Ausbildung die Arbeit in der Urologie am meisten gefallen hatte“, sagt Patrick Brand. Nach bestandenen Studierfähigkeitstest, der von Fachabiturienten zusätzlich verlangt wird, und erfolgreicher Bewerbung in der Sindelfinger Urologie um einen Ausbildungsvertrag konnte das Studium beginnen.

Seither pendelt der 24-Jährige im Drei-Monate-Turnus zwischen Theorie an der Hochschule in Karlsruhe und Praxis in der Klinik in Sindelfingen. Fi-

nanziert wird das Studium von der Klinik. „Ich bekomme ein normales Ausbildungsgehalt, von dem ich Miete, Lebensunterhalt und Fahrkosten bestreiten kann. Auf BAföG wäre ich nicht angewiesen“, so Patrick Brand. Eine Verpflichtung, nach dem Abschluss für bestimmte Zeit weiter in der Klinik arbeiten zu müssen, bestehe nicht.

Nach der bisherigen Erfahrung des Krankenpflegers entspricht das anatomische und pathologische Hochschulpensum, das sowohl in klassischem Vorlesungsbetrieb, als auch in Seminararbeit vermittelt wird, bislang einem stark abgespeckten Medizingrundstudium und ist interdisziplinär ausgerichtet. „Die Spezialisierung auf die Urologie findet eher in den Praxismonaten statt, in denen ich aber auch durch die anderen Abteilungen rotiere“, sagt der begeisterte Freizeitsportler. Von der Patientenaufnahme bis zur Assistenz bei Eingriffen habe er schon einiges gemacht – dazu gehörten präoperative Untersuchungen von Patienten, postoperative Betreuung sowie das Vorbereiten von Entlassungsbriefen und viel Verwaltungsarbeit.

„Zurzeit ist es in der Klinik noch ein beiderseitiges Vortasten, was ich machen kann, soll und muss. Es ist Pionierarbeit, weil ich der erste PA-Student in der Sindelfinger Urologie bin und es noch keine vollständig ausgearbeiteten Arbeitsvorgaben für mich gibt. Das ist spannend: Die Arbeit hat weniger mit Pflege zu tun, sondern ich bekomme bestimmte ärztliche Aufgaben delegiert, die ich dann selbstständig abarbeiten kann“, so der Filderstädter. Jederzeit bekomme er alle Unterstützung und Hilfe, die er brauche.

Wenn mit dem Studium alles wie geplant verläuft, wird der Krankenpfleger Patrick Brand ab Herbst 2015 nicht nur den Akademischen Grad eines Bachelor of Science tragen dürfen, sondern sich als Arztassistent dann auch auf ein komplett anderes Tätigkeitsfeld im Gesundheitsbereich mit entsprechendem Salär freuen dürfen. (bcw)

Hat die PSA-gestützte Früherkennung eine Zukunft?

Aktuelles aus dem Steering-Komitee zur Aktualisierung der S3-Leitlinie Prostatakarzinom

Von Manfred Wirth und Michael Fröhner



Prof. Dr. Dr. Manfred Wirth (links) ist Vorsitzender und Prof. Dr. Michael Fröhner (rechts) Sekretär des Steering-Komitees zur Erstellung und Aktualisierung der interdisziplinären S3-Leitlinie Prostatakarzinom

Prostatakarzinomfrüherkennung durch PSA-Bestimmung kann die Sterblichkeit an diesem Tumor senken. Das wird besonders deutlich, wenn in den Kontrollgruppen wenig oder keine Prostatakarzinomfrüherkennung durchgeführt wird. Schwierig oder unmöglich wird es verständlicherweise, Vorteile für ein strukturiertes Screening nachzuweisen, wenn in der Kontrollgruppe ausgiebig opportunistisches Screening vorgenommen wurde. Obwohl randomisierte Studien bisher noch keine definitive Klärung erbracht haben, belegt die deutliche Abnahme der Prostatakarzinomsterblichkeit in den USA seit der Einführung des opportunistischen PSA-Screenings einen Zusammenhang zwischen früher Diagnose und aktiver Therapie und der Sterblichkeit an diesem Tumor [1-3]. Eine analoge Entwicklung ist auch in Deutschland zu beobachten [4]. In einer mit lediglich 3 % opportunistischem Screening kontaminierten schwedischen Studie mit einem medianen Follow-up von 14 Jahren konnte die Sterblichkeit am Prostatakarzinom durch das PSA-Screening um über die Hälfte gesenkt werden, obwohl nur knapp die Hälfte der diagnostizierten Tumoren unmittelbar einer definitiven kurativen Therapie zugeführt wurden [5]. Es ist weniger eine Frage, ob Früherkennung beziehungsweise Screening die Sterblichkeit am Prostatakarzinom senken können, sondern ob der Preis in Form von Überdiagnose und Beeinträchtigung der Lebensqualität in einem angemessenen Verhältnis zum therapeutischen Nutzen steht.

Leitlinien-Empfehlungen der EAU, der DGU und der AUA

Gegenwärtig empfehlen sowohl die Leitlinie der European Association of Urology (EAU) als auch die S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Urologie eine Prostatakarzinomfrüherkennung ab dem 40. Lebensjahr [6,7]. Die Leitlinie der EAU betont dabei die Bedeutung eines frühzeitig bestimmten Baseline-PSA-Wertes und empfiehlt, die folgenden Screeningintervalle auf diesen Ausgangswert abzustimmen [6]. Demgegenüber rät die American Urological Association (AUA) in ihrer neuen Leitlinie von einem Screening bei Männern im Alter von 40-54 Jahren mit einem durchschnittlichen Tumorrisiko ab ("The Panel does not recommend routine screening in men between ages 40 to 54 years at average risk." [8]). Diese Empfehlung wird sicherlich die Diskussion für und gegen eine Früherkennung des Prostatakarzinoms in Deutschland erneut anregen. Empfohlen wird das PSA-Screening von der AUA aktuell nur noch in der Altersgruppe der 55-69-jährigen Männer und dort auch unter der Einschränkung gemeinsamer Entscheidungsfindung von Arzt und Früherkennungskandidat und unter Betonung des Verhältnisses von 1 verhinderten Prostatakarzinom-Todesfall auf 1000 gescreente Männer über 10 Jahre [8].

Bemerkenswert ist, dass der neuen Empfehlung zur Altersbegrenzung des Screenings durch die AUA keine wesentlich geänderte Datenlage zugrunde liegt. Als Begründung für die Empfehlung gegen das Screening in der Altersgruppe unter 55 Jahren wird unter anderem angeführt, dass die beiden bekannten randomisierten Studien keine Patienten unter 55 Jahren einschlossen ("Specifically,

the two large randomized clinical trials (PLCO and ERSPC) did not include men under age 55 years." [8]). Das trifft zwar auf die PLCO-Studie zu, die einen Vorteil für das PSA-Screening bei sehr jungen Männern im Kontrollarm zeigte, nicht aber auf die ERSPC-Studie [10]. In letzterer Studie waren zwar nur wenige Männer jünger als 55 Jahre, es fand sich jedoch auch in dieser Altersgruppe ein Trend zu einer verminderten Prostatakarzinomsterblichkeit gegenüber dem Kontrollarm [10], der annehmen lässt, dass sich diese Patientengruppe hierbei nicht von der „Core age group“ von 55-69 Jahren unterscheidet. Die bisher schwache Datenlage spricht in der Gruppe der unter 54-jährigen Männer keineswegs gegen das Screening, eher ist im Gegenteil auch bei jüngeren Patienten ein Effekt zu erwarten (was auch plausibel wäre). Eher fraglich ist das Verhältnis von Nutzen und Schaden, das sich bei der unzureichenden Datenlage bei den jüngeren Männern naturgemäß noch schlechter beurteilen lässt, als bei den Männern der „Core age group“. Naheliegender ist daher, auch für die Altersgruppe der unter 54-jährigen Männer eine gemeinsame Entscheidungsfindung von Arzt und Früherkennungskandidat zu empfehlen.

Die zweite Aktualisierung der S3-Leitlinie wird in Dresden präsentiert

Während die deutsche S3-Leitlinie und die EAU-Leitlinie eine Lebenserwartung von mehr als 10 Jahren als Voraussetzung für eine Früherkennungsuntersuchung fordern [6,7], nennt die aktuelle AUA-Empfehlung eine Lebenserwartung mehr als 10-15 Jahre und ein Alterslimit von 70 Jahren, wobei jedoch einschränkend angemerkt wird, dass einige sehr gesunde über 70-jährige Männer durchaus vom Screening profitieren können [8].

Insgesamt ist die Bindung von Leitlinienempfehlungen zur Früherkennung an unzureichend gepowerte Subgruppen von (teilweise methodisch problematischen) Studien eine bedenkliche Entwicklung, die eher weitere Verunsicherung erzeugt als zur Klärung dieser komplexen Frage beiträgt. Gegenwärtig wird das Kapitel Früherkennung der interdisziplinären S3-Leitlinie [7] überarbeitet. Im Rahmen dieser Überarbeitung wird die verfügbare Literatur zum Prostatakarzinomscreening nochmals unter Beachtung der Empfehlungen der EAU und der AUA gesichtet. Die Resultate werden auf dem diesjährigen Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie in Dresden präsentiert.

Literatur

- 1 Thompson IM Jr, Tangen CM. N Engl J Med 2012
- 2 Etzioni R et al, Cancer 2012
- 3 Albertsen P, Cancer 2012
- 4 Robert Koch-Institut und Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V., 2012.
- 5 Hugosson J et al, Lancet Oncol 2010
- 6 Heidenreich A et al, Eur Urol 2013
- 7 Deutsche Gesellschaft für Urologie, S3 Leitlinie, 2011
- 8 Carter HB et al, AUA guideline, 2013.
- 9 Andriole GL et al (PLCO Project Team), N Engl J Med 2009
- 10 Schröder FH et al (ERSPC Investigators), N Engl J Med 2012

Korrespondierender Autor:

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Manfred Wirth,
Direktor der Klinik und Poliklinik für Urologie
Universitätsklinikum „Carl Gustav Carus“
der Technischen Universität Dresden,
Fetscherstraße 74,
D-01307 Dresden

Tel.: 550351-4582447

Fax: 550351-4584333

E-Mail: Manfred.Wirth@uniklinikum-dresden.de



Foto: Wahlers

Diskutieren, was ganz Deutschland bewegt: Journalisten sind auf den neuen Öffentlichkeitsforen sehr willkommen

Neu auf dem 65. DGU-Kongress:

Öffentlichkeitsforen thematisieren heiße Eisen

Die rituelle Zirkumzision hielt Deutschland im Sommer 2012 in Atem. Für die einen ist die gesetzliche Regelung ein Kompromiss, für die anderen dagegen eine Grundrechtsverletzung. Der Organspendeskandal hat das ganze Land schockiert. In der Folge sinkt in der Bevölkerung die Bereitschaft, nach dem Tod Organe zu spenden. Nierenlebenspenden sind eine medizinische Alternative, doch das Für und Wider bewegt die Gemüter. Im Internet werden potentielle Lebendspender vor möglichen Folgen wie dem Erschöpfungssyndrom gewarnt. Auch die Genitalrekonstruktion vor der Pubertät ist hierzulande heftig umstritten, wird als Therapie gelobt und als Verstümmelung gescholten. Diese Themen spiegeln gesellschaftliche Kontroversen wider und sind Gegenstand eines Öffentlichkeitsforums:

Save the date:
Forum 14, 27.9.2013,
10.30-12.00 Uhr, Saal 2

Mit dem neuen Veranstaltungsformat will die DGU strittige Themen aus der Urologie aufgreifen und den sachlichen gesellschaftlichen Meinungsbildungsprozess befördern. Zielgrup-

pe der Öffentlichkeitsforen sind deshalb neben den Urologinnen und Urologen auch die Medienvertreter.

Save the date:
Forum 16, 26. 9.2013,
13.00-14.45 Uhr, Saal 1

Auch über den PSA-Test diskutiert Deutschland immer wieder: in der urologischen Fachpresse ebenso wie in den Publikumsmedien. Die Diskussion ist hitzig und die Berichterstattung zuweilen unsachlich und tendenziös. „Wir wollen mithilfe hochrangiger Pro- und Contra-Vertreter eine neue Debatte über den adäquaten Umgang mit der PSA-gestützten Früherkennung des Prostatakarzinoms auf der Grundlage aktueller Erkenntnisse initiieren“, sagt DGU- und Kongresspräsident Prof. Dr. Michael Stöckle. Er lädt die Urologinnen und Urologen sowie die Medienvertreter herzlich zu dem Öffentlichkeitsforum zum PSA-Screening in der Messe Dresden ein. In dem Forum treffen bekannte Kritiker und Befürworter des umstrittenen Tumormarkers aufeinander. Ihre Vorträge und die anschließende Podiumsdiskussion versprechen ein Highlight für jeden Kongressteilnehmer! (sg)

AUS DEM HAUPTSTADTBÜRO

Politik – Verbände - Institutionen

Was geschieht im Hauptstadtbüro der DGU?

Aktuelles aus Berlin

Von Franziska Engehausen



Einweihung des DGU-Hauptstadtbüros:
Leiterin Franziska Engehausen im Gespräch mit Prof. Dr. Dietmar Schnorr von der Stiftung Urologische Forschung



Begrüßung in Berlin:
DGU-Generalsekretär Prof. Dr. Oliver Hakenberg (li) und BDU-Präsident Dr. Axel Schroeder

Fotos: Pletschmann

Die Woche im Hauptstadtbüro beginnt mit Internetrecherchen. Wann und zu welchem Thema berät beispielsweise der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)? So wurde dort Anfang Juli über den Zusatznutzen von Abiraterone beraten und mit einstimmigem Beschluss als „beträchtlicher Zusatznutzen“ bewertet. Dieses Ergebnis der Nutzenbewertung ist die Entscheidungsgrundlage dafür, wie viel die Kassen für ein neues Arzneimittel zahlen. Diese Entscheidung des G-BA hat große Bedeutung für die Therapie des Prostatakarzinoms und damit für alle Urologen.

Oder, wann und zu welchem Thema berät der Gesundheitsausschuss des Bundestages in einer öffentlichen Sitzung? Grundsätzlich gilt für Veranstaltungen dieser Art dann: schnell anmelden, denn die Anzahl der Zuhörerplätze für diese Gremien ist meist sehr begrenzt. Im Mai stand so mehrfach das Thema „Korruption im Gesundheitswesen“ auf der parlamentarischen Tagesordnung. Der Bundestag stimmte dann kurz vor Beginn der Sommerpause diesen verschärften „Regelungen zur Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen“ und dem Präventionsgesetz zu.

Bei den „Regelungen zur Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen“ handelt es sich um ein Verbot

der Bestechlichkeit und Bestechung, das sich auf alle Leistungsbereiche der gesetzlichen Krankenversicherung erstreckt. Neben empfindlichen Geldstrafen können auch Haftstrafen wegen nachgewiesener Korruption gegen Ärzte, Apotheker, Krankenkassen und andere Leistungserbringer verhängt werden. Auch aktive oder passive Bestechung kann künftig bestraft werden.

Nahezu alle Terminplanungen im Hauptstadtbüro orientieren sich an den Sitzungswochen des Deutschen Bundestages, an den dort stattfindenden Beratungen und Anhörungen. Hierbei ist der Parlamentsalltag zu beachten, und man muss ihn auch kennen. An Dienstagen finden die Fraktionssitzungen im Reichstag statt, am Mittwoch treten die Ausschüsse zusammen, Plenardebatten finden nur an Donnerstagen und Freitagen statt. Hat man mühsam einen Termin vereinbart, muss man dann hoffen, dass der nicht durch namentliche Abstimmungen oder sonstiges parlamentarisches Gerangel wieder zunichte gemacht wird.

Doch gibt es natürlich weitere Gelegenheiten, Kontakte zu knüpfen und vor allem auch, Aktuelles zu erfahren. Gerade vor der Sommerpause drehten sich viele Gespräche um die Frage: Wie wird das Ergebnis der Bundestagswahl

sein? Wichtig für den Alltag danach ist das Wissen, welche Abgeordneten nicht mehr für die neue Legislaturperiode antreten werden und die daraus entstehenden Folgerungen zum Beispiel für die Neubesetzung des Gesundheitsausschusses zu ziehen. Gute Kontakte erleichtern so nicht nur die tägliche Arbeit, sondern schaffen unter Umständen Synergieeffekte.

Die besten Synergieeffekte entstehen aktuell aber bei uns im Hause, in der Kuno-Fischer-Straße in Berlin-Charlottenburg. Denn dies ist nicht nur die Adresse unseres Büros, sondern auch die des Berufsverbandes der Urologen und vor allem der Sitz der Deutschen Krebsgesellschaft. Auch die Studienzentrale der PREFERE-Studie ist hier zu finden, ebenso wie das Büro der Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie (AIO). Und so werden Fragen und Informationen zu aktuellen Leitlinien, zu Studien, zur Planung von Gesetzesaktivitäten und den erforderlichen Stellungnahmen dazu schnell und direkt kommuniziert.

So dient das Hauptstadtbüro der DGU der Information und der Kommunikation, welche natürlich auch Informationsaustausch beinhaltet. Das Nutzen bestehender Kontakte, das Knüpfen neuer Kontakte unter Kenntnis der politischen und lokalen Gegebenheiten: Das macht das Hauptstadtbüro der DGU.

Die Änderung des Transplantationsgesetzes

Am 1. August ist nach Zustimmung durch Bundestag und Bundesrat die neueste Änderungsversion des Transplantationsgesetzes in Kraft getreten

Von Oliver Hakenberg

Die vorgenommene Überarbeitung des Transplantationsgesetzes ist eine direkte Folge des Organspendeskandals, der in der Chirurgischen Uniklinik Göttingen seinen Anfang nahm, aber auch in den Chirurgischen Kliniken in Regensburg, Leipzig und München 2012 aufkam. Es handelte sich ausschließlich um Unregelmäßigkeiten im Rahmen der Organvermittlung von Lebern, kein einziges Nierenzentrum war betroffen. Die Manipulationen betrafen den für die Dringlichkeit einer Lebertransplantation ausschlaggebenden MELD Score, in den der Kreatininwert eingeht. Es wurden Laborwerte manipuliert und so die Anzahl der Vergaben von Lebern an die genannten Zentren erhöht. Der dafür in Göttingen und auch Regensburg verantwortliche Mediziner sitzt in Untersuchungshaft, der Prozess soll noch in diesem Jahr eröffnet werden.

Der öffentliche Aufschrei war enorm, die Medien taten ihr Übriges dazu, um das Verhalten einiger weniger als Krise der gesamten Medizin und als systemimminente Katastrophe der Transplantationsmedizin schlechthin darzustellen. Wie in Deutschland üblich, wurden nicht zunächst die Untersuchungen abgeschlossen und die Schuldigen bestraft, sondern es wurden neue Regeln für alle geschaffen, bevor alle Fakten auf dem Tisch lagen. Da war viel gesundheitspolitischer Aktionismus im Spiel, um Härte zu demonstrieren

gegenüber dem angeblich maroden Medizinbetrieb. Eine der ergriffenen Maßnahmen ist, dass eine Reihe von Änderungen im Transplantationsgesetz eingeführt wurden, die gerade in Kraft getreten sind.

Drei Änderungen im Transplantationsgesetz sind wesentlich. Erstens ist die Manipulation von Wartelisten jetzt strafbar und dieser Charakter der Strafbarkeit ist gesetzlich geregelt: „Künftig ist die unrichtige Erhebung und die unrichtige Dokumentation sowie die Übermittlung eines unrichtigen Gesundheitszustandes der Patienten an Eurotransplant in der Absicht, Patienten auf der Warteliste zu bevorzugen, auch als Urkundsdelikt strafbar; der Verstoß gegen das transplantationsgesetzliche Verbot wird mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bewehrt.“

Zweitens müssen zukünftig Änderungen von Richtlinien beispielsweise zur Organentnahme und -transplantation begründet werden. Es wurde eine „Begründungspflicht“ im Sinne der evidenzbasierten Medizin definiert. Dies bedeutet eine gesetzliche Verpflichtung, den Stand der medizinischen Erkenntnisse als Grund für eine Änderung der Richtlinien zukünftig darlegen zu müssen. Und drittens müssen solche Richtlinienänderungen in Zukunft durch das Bundesministerium für Gesundheit genehmigt werden.

Preise und Auszeichnungen auf dem DGU-Kongress

Von Oliver Hakenberg

Jedes Jahr auf dem Kongress vergibt die DGU zahlreiche Ehrungen und Preise. Ein Großteil davon sind wissenschaftliche Preise für Poster, Filme und Präsentationen, dazu gibt es einige Ehrenpreise. Mancher mag sich fragen, welchen Zweck das hat.

Die wissenschaftlichen Preise sind eine Auszeichnung für geleistete Arbeiten, die Vergabe erfolgt jeweils durch eine Jury. Wichtiger als das durchaus moderate Preisgeld ist aber die Anerkennung an den oder die jungen Wissenschaftler. Ein Wissenschaftspreis

auf einem großen Kongress bedeutet eine Förderung, in dem dadurch die hohe Qualität dokumentiert wird, und erleichtert als Teil des wissenschaftlichen Werdeganges auch das weitere Fortkommen, erhöht die Aussichten, dass Anträge auf Forschungsmittel oder Stipendien positiv beschieden werden.

Genauso ist der Promotionspreis zu verstehen, der bereits in diesem frühen Stadium der Laufbahn besondere Qualität auszeichnen und damit Weichen stellen soll für ein weiteres Engagement in der Urologie und für die Urologie. In diesem Sinne sind die Preise, die die DGU vergibt, eine

direkte Förderung der urologischen Wissenschaft und des Nachwuchses und sollen auch so verstanden werden. In einer etwas anderen Liga spielt der Nitze-Preis, die höchste wissenschaftliche Auszeichnung, die die DGU jährlich vergibt und der an Fortgeschrittene mit beachtlicher gesamtwissenschaftlicher Leistung vergeben wird.

Einen Überblick über alle Preise, Stipendien und Ehrungen der Deutschen Gesellschaft für Urologie, samt den Ausschreibungen und Bewerbungsfristen, bietet der Online-Flyer der DGU (rechts), der auf der Startseite von www.urologenportal.de abrufbar ist.



+++ unabhängig +++ kompetent +++ praxisnah +++ immer aktuell +++



Urologen und Urologinen sind heute mit immer komplexer werdendem medizinischen Wissen konfrontiert, welches sich darüber hinaus immer schneller weiterentwickelt. Keinem praktisch tätigen Urologen ist es möglich, die Inhalte der zahlreichen nationalen und internationalen urologischen Fachzeitschriften sowie die für die Urologie relevanten Leitlinien zu überblicken. Dies erfordert eine konsequente strukturierte Fortbildung. Hier sieht die Akademie der Deutschen Urologen ihre Aufgabe und hat spezielle, wiederkehrende Fortbildungsmodulare entwickelt. Darüber hinaus werden mit den vier weiteren Säulen der SektionsAkademien alle relevanten Bereiche abgedeckt.

Univ.-Prof. Dr. med. Maurice Stephan Michel
Vorsitzender der Akademie



Mit der Sektion **WissensAkademie** soll das Wissen in der Urologie auf der Grundlage aktuellster klinischer Daten und medizinischer Veröffentlichungen zusammengetragen und gebündelt werden. Neben der klinischen Erfahrung bildet die strukturierte Aufarbeitung dieses Wissens eine wichtige Grundlage für Diagnose- und Behandlungsentscheidungen (z.B. UroPedia). Instrumente sind standardisierte, flächendeckende Versorgungsdokumentation/Versorgungsforschung und zentrale Datenhaltung (u. a. UroCloud) ebenso wie Metaanalysen und systematische Übersichtsarbeiten (UroEvidence).



Für Assistenzärzte in der Weiterbildung haben wir die **JuniorAkademie** zusammen mit der GeSRU entwickelt. Dies beinhaltet Einsteiger-, Facharzt- und weitere Strukturierungsausbildungskurse zur Flankierung einer erfolgreichen Weiterbildung zur/m Facharzt/-ärztin für Urologie.

Einsteigerkurs -
Theoretische Fertigkeiten

Einsteigerkurs -
Praktische Fertigkeiten

Fortgeschrittenkurs -
Theoretische und praktische Fertigkeiten

Kurs urologische Aufklärungs-
und Operationslehre

Sonographie I

Sonographie II

Kurs Psychosomatik

Basiskurs Sexualmedizin

Facharztvorbereitungskurs

Erfolgreich/er Urologe werden

optional begleitend:

GeSRU Mentoring Programm



Die **TeamAkademie** wird Vortragsreihen bei nationalen und regionalen Fortbildungen organisieren sowie zertifizierte Weiterbildungsmodulare: onkologische Ausbildungen, jährliche Auffrischkurse n. Onkologievereinbarung, weitere zertifizierte Ausbildungsinhalte (z.B. Strahlenschutzbelehrung, Notfallkurse).

Pflegekongress (DGU-Kongress)

Onkologiekurs nach Onkologievereinbarung (UROAKTUELL)

Therapie-Assisten/in (UROAKTUELL)

Studiengang Physician Assistants in der Urologie



Die PatientenAkademie der Deutschen Gesellschaft für Urologie stellt Informationen über urologische Erkrankungsbilder und die Möglichkeiten ihrer Prävention, Diagnostik und Therapie objektiv zur Verfügung.

Über strukturierte Aufklärung, innovative Medien sowie durch unterschiedliche Informationsveranstaltungsformate wird die PatientenAkademie Patientinnen/Patienten und interessierte Laien ansprechen und so einen großen Beitrag zur verbesserten Patienteninformation und verbesserten Urologen-Patienten-Kommunikation leisten.

AKADEMIEFOREN AKADEMIE EXPERTENKURSE PFLEGEKONGRESS

IM RAHMEN DES DGU-KONGRESSES

- 1x PRO JAHR
- AKTUELLE THEMEN DER AKS
- HANDS-ON-KURSE FÜR ÄRZTE UND ASSISTENZ- UND PFLEGEPERSONAL



DGU-KONGRESS 2013
25.-28.09.2013,
Dresden

DGU-KONGRESS 2014
01.-04.10.2014,
Düsseldorf

DGU-KONGRESS 2015
23.-26.09.2015,
Hamburg

UROAKTUELL AKTUELLES UND PRAXISRELEVANTES IN DER UROLOGIE

- 1x PRO JAHR
- ÜBERBLICK PRAXISRELEVANTE NEUIGKEITEN
- VERTIEFUNGSKURSE
- TEAMAKADEMIE: ONKOLOGIE / THERAPIE ASSISTENT
- KURSBUCH



UROAKTUELL 2014
08.-10. Mai 2014, Dresden

UROCURRICULUM

- 2x PRO JAHR
- VERTIEFUNG SPEZIELLER THEMEN
- 5-JAHRESTURNUS DER THEMEN
- KURSBUCH



Urologische Onkologie
Niere und Hoden
15.-16.11. 2013, Heidelberg

Prostatakarzinom
Prävention, Screening, Früherk.
28.-29.03. 2014, Berlin

Urologische Onkologie
Blase, Penis, Psychosomatik
07.-08.11. 2014, Nürnberg



Eine Übersicht der Akademie-Aktivitäten sowie über die Veranstaltungen ist auf der Homepage der Akademie der Deutschen Urologen dargestellt:

www.uro-akademie.de

Über den QR-Code gelangen Sie direkt zur Akademie-Homepage



Eisenberger-Stipendien

Forschung - Entwicklung - Förderung

Von Bernd Wullich und Christoph Becker



Ausgezeichnet:
Prof. Dr. Joachim Steffens
(vorne rechts) mit den
Eisenberger-Stipendiaten
aus dem Jahr 2011

werden. Die thematische Bandbreite der Projektvorhaben erstreckt sich dabei von grundlagenorientierten experimentellen Arbeiten zu den großen urologischen Tumorerkrankungen Prostatakarzinom, Blasenkarzinom und Nierenzellkarzinom, über Stammzellenforschung und Tissue Engineering bis hin zu technischen Fragestellungen zur Optimierung der Harnsteintherapie und theoretischen Projekten zu klinischen Studien im Rahmen einer evidenzbasierten Medizin. Die Ergebnisse der Stipendienprojekte werden in jährlich erscheinenden Berichtsbänden der DGU dokumentiert sowie in State-of-the-Art-Vorträgen im Rahmen der DGU-Kongresse und AuF-Symposien durch die Stipendiaten vertreten. Zur langfristigen Beurteilung des Stipendienprogramms evaluiert die DGU sukzessive die wissenschaftlichen Leistungen und Laufbahnen der Absolventen sowie die Entwicklungen der Arbeitsgruppen an den Heimatkliniken.

Aber nicht nur in der Förderung sondern auch in der Vernetzung der zukünftigen wissenschaftlichen Elite des Fachs Urologie sieht die DGU die Chance, den wissenschaftlichen Progress über eine frühzeitige Anbahnung von Kontakten und Kooperationen zu sichern. Daher unterstützt die DGU im Sinne einer Nachhaltigkeit des Stipendienprogramms eine Alumni-Initiative. Hier



Prof. Dr. Bernd Wullich ist Leiter des DGU-Vorstandsressorts Forschungsförderung

kommen die ehemaligen und aktuellen Eisenberger-Stipendiaten auf einem jährlichen Treffen im Anschluss an das Symposium „Urologische Forschung der DGU“ zusammen und können sich in einer kreativen Atmosphäre untereinander sowie mit erfahrenen Kolleginnen und Kollegen aus AuF und DGU-Vorstand wissenschaftlich wie privat austauschen und kennenlernen. So wurden die Stipendiaten im letzten Jahr in Berlin unter dem Motto „Es brodelt nicht nur im Labor“ auf einen Kochkurs und dabei im Rahmen eines Festvortrages über die Sinnhaftigkeit einer modernen Medizin zu einem Blick über den Tellerrand ihres Forschungs- und Klinikalltags eingeladen.

Auch im kommenden Jahr wird es wieder eine Ausschreibungsrunde für das Ferdinand Eisenberger-Stipendium geben. Die Bewerbungsfrist endet am 15. Januar 2014.

Interessierte finden alle Informationen auf der DGU-Homepage unter:

<http://www.dgu-forschung.de/stipendien.html>.

Nachwuchsförderung bedeutet Zukunftssicherung: Mit diesem Wissen motiviert die Deutsche Gesellschaft für Urologie seit mittlerweile vier Jahren in einer groß angelegten Initiative junge Urologinnen und Urologen zu einem Einstieg in eine wissenschaftlich orientierte klinische Laufbahn. Das Ferdinand Eisenberger-Stipendienprogramm bietet ambitionierten urologischen Nachwuchskräften für jeweils ein Jahr die Chance, sich mit experimentellen Fragestellungen außerhalb des klinischen Alltags intensiv beschäfti-

gen zu können. Im Rahmen der Durchführung eines wissenschaftlichen Projektes erwerben die Stipendiaten Kompetenzen in der Forschung und knüpfen gleichermaßen für sich als auch für ihre Heimatkliniken wichtige Kontakte zu in der Grundlagenforschung ausgewiesenen Wissenschaftlern und Forschungslaboratorien. Hierüber erhofft sich die DGU nachhaltige Interaktionen mit Stärkung der Forschungsinfrastruktur für die Urologie in Deutschland. Inzwischen konnten seit 2010 insgesamt 16 Urologinnen und Urologen gefördert

IHRE MEINUNG

„Werden junge Urologen heute noch zeitgemäß ausgebildet?“

DGU-Mitglieder aus Stadt und Land sagen ihre Meinung

Dr. med. Lothar Junghanns, niedergelassener Urologe aus Aschersleben, ist der Meinung, dass in Deutschland grundsätzlich solide Voraussetzungen für eine urologische Facharztweiterbildung bestehen. „Aus Sicht eines niedergelassenen Urologen sehe ich jedoch Defizite in der Vorbereitung auf eine praktische Tätigkeit nach Erwerb des Facharztes. Für eine wirtschaftlich erfolgreiche Existenzgründung müssen zahlreiche Qualifikationen bzw. die Fähigkeit dazu erneut unter Beweis gestellt werden wie die Sonographie und die Onkologie. Ich wünsche mir eine Facharztweiterbildung, in der die erworbenen Inhalte komplett auch in der Praxis, so wie es in der Klinik üblich ist, durch Institutionen wie die Kassenärztliche Vereinigung anerkannt werden. Die zukünftige ambulante urologische Versorgung unserer Patienten könnte dadurch sicher stabilisiert werden.“



Dr. med. Diego Lopez-Gamarra, Urologe mit Praxis am Westküstenklinikum Brunsbüttel: „Ich bin der

Meinung, dass die jüngeren Kollegen als Folge der zunehmenden Zentralisierung in Zukunft nur mangelhaft weitergebildet werden. Deshalb finde ich eine Beteiligung der Praxen für die Weiterbildung sehr wichtig, da sie hier noch die normale allgemeine Urologie erleben können.“



Dr. med. Volker Brüggemann, Facharzt für Urologie, niedergelassen in Essen: „Ich arbeite ja mit einigen

Krankenhäusern zusammen und habe schon den Eindruck, dass die jungen Kollegen gut ausgebildet sind. Sie lernen ja heute Vieles, was wir in der Ausbildung

noch gar nicht gemacht haben wie zum Beispiel Onkologie. Die Krankenhausärzte, mit denen wir zusammenarbeiten und die sich in dem entsprechenden Status befinden, sind alle top drauf!“



Dr. med. Siegfried Lutherer, niedergelassener Urologe aus Mayen: „Ich finde schon

bedenklich, dass z.B. die Mikrobiologie in der Ausbildung wegfallen soll. Das Problem bei der medikamentösen Tumorthherapie ist, dass die Vorgaben so explizit sind, dass man sie als normaler Urologe an der Basis kaum einhalten kann. Das, was die Onkologen haben, Schockraum, qualifiziertes Personal usw. - das ist alles sehr schwierig vorzuhalten und man müsste es auf den Prüfstand stellen. Grundsätzlich sehe ich es auch so, dass man dafür

sorgen sollte, dass unser Fachgebiet nicht weiter schrumpft. Ich begrüße das Engagement der DGU in Sachen MWBO.“



Dr. med. Robert Jenner, seit 25 Jahren selbstständig in einer Praxis in Karlsruhe:

„Wir haben zwar früher Assistenten bei uns gehabt, aber in den letzten zehn Jahren keine mehr, deshalb kann ich zur heutigen Ausbildung von jungen Kollegen eigentlich wenig sagen, weil ich gar nicht weiß, was sie in den Kliniken lernen und was die Chefarzte weitergeben dürfen. In jedem Fall sollte man die Fächer, die in der Urologie verankert sind, weiterhin pflegen. Die Reintegration von Andrologie und der medikamentösen Tumorthherapie in die MWBO finde ich sehr, sehr wichtig, denn wir Urologen haben die meisten

Tumorpatienten von allen Fachgruppen überhaupt. Und die Mikrobiologie wird zum Beispiel in den Kliniken eigentlich gar nicht gelehrt, und die braucht man dann in der Praxis schon.“



Dr. Gabriele Simson, niedergelassene Urologin in Lauenburg:

„Das kann ich in nicht so 100-prozentig beurteilen, da ich ja nicht in der Klinik tätig bin und auch nichts mit der Ausbildung zu tun habe. Aber was ich im Praxisalltag und in der Zusammenarbeit mit dem Uniklinikum Eppendorf in Hamburg mitbekomme, habe ich das Gefühl, dass die jungen Urologen sehr gut ausgebildet werden. Vor allem scheint die Ausbildung heute strukturierter zu sein, als es noch zu meiner Zeit der Fall war. Und wenn junge Kollegen bei Fallbesprechungen am Tele-

fon gut begründen, warum sie auch einmal anderer Meinung sind als ich, dann halte ich das für ein gutes Zeichen. Dass Andrologie und medikamentöse Tumorthherapie jetzt in die Ausbildung mit aufgenommen werden sollen, finde ich vernünftig, denn beides gehört zu unseren Kernaufgaben.“



Dipl.-Med. Holger Baumgraß, Urologe aus Kleinmachnow:

„Aus niedergelassener Sicht - nein!!! Die drei Ausrufezeichen sind bewusst gewählt. Es fehlen die ambulante Sicht, psychosomatische Kenntnisse, Mikrobiologie, Betreuung, und Tumornachsorge - Absolventen sind meines Erachtens somit nicht in der Lage, eine alteingesessene ambulante Praxis mit den benötigten Sonderbedarfsregelungen zu führen.“ (bcw)

Patientenrechte im Gesetz

Das Wichtigste über das Patientenrechtegesetz

Von Franziska Engehausen und Frank Petersilie

Das „Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten“ ist am 26. Februar 2013 in Kraft getreten. Änderungen wurden in einer ganzen Reihe von Gesetzen wie Sozialgesetzbuch V, Krankenhausfinanzierungsgesetz oder auch der Bundesärzterordnung vorgenommen.

Die wohl bedeutsamste und in der Öffentlichkeit am meisten diskutierte Novellierung betrifft aber das Bürgerliche Gesetzbuch. Durch Einfügung eines neuen Abschnitts „Behandlungsvertrag“ (§§ 630 a bis 630 h BGB) wurden nunmehr weitgehend die bisher bereits durch die Rechtsprechung zum Arzthaftungs- und Behandlungsrecht entwickelten Standards umgesetzt. Auch wenn das Gesetz an der einen oder anderen Stelle die bisherige Rechtsprechung weiter konkretisiert oder geringfügig verschärft, liegt aus juristischer Sicht keinesfalls eine „Revolution“ vor. Und so sind auch - wenig erstaunlich - Verbraucherschützer unisono der Meinung, das Gesetz gehe nicht weit genug, etwa bei Beweiserleichterungen für Patienten im Rahmen der Prüfung von Behandlungsfehlern.

Nach Bekundungen der Politik soll das Patientenrechtegesetz „einen wesentlichen Beitrag zu mehr Transparenz und Rechtssicherheit“ leisten. Letzteres trifft aber nur bedingt zu, da der Gesetzestext an einigen Stellen unterschiedlicher Interpretation zugänglich ist, zum Beispiel bei der Frage, welche konkrete fachliche Qualifikation der (nicht selbst behandelnde) aufklärende Arzt haben muss. Es ist also davon auszugehen, dass auch weiterhin Gerichte mit der Thematik befasst werden, um offene Fragen zu klären. Eine vollständige Erläuterung des Behandlungsvertrages würde den Rahmen dieses Beitrags sprengen, im Folgenden seien daher nur einige besonders praxisrelevant erscheinende Vorschriften erläutert.

Der komplette Gesetzestext kann unter: http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/presse_themen/patientenrechte/20130220_BGBI_Patientenrechtegesetz.pdf eingesehen werden.

Grundsätzliches zum Behandlungsvertrag, §§ 630 a – 630 h BGB

Der Behandlungsvertrag ist gesetzesystematisch dem Vertragstyp „Dienstvertrag“ zugeordnet, so dass ein Arzt nach wie vor nicht - wie beim Werkvertrag - den Eintritt eines bestimmten Behandlungserfolges schuldet.

Für die Anwendung der §§ 630a - 630h BGB ist es irrelevant, ob sich ein gesetzlich krankenversicherter Patient oder ein Privatpatient in Behandlung begibt, da diese Regelungen für alle Behandlungsfälle gelten. Zugunsten der Kassenpatienten greifen aber ergänzend noch einige Neuregelungen des Sozialgesetzbuches V, so die Verpflichtung der Krankenkassen in §66 SGB V, Versicherte bei der Geltendmachung von Behandlungsfehlern zu unterstützen.

Informationspflicht über Behandlungsfehler, § 630 c Abs. 2, Satz 2 BGB

Sind für den Behandelnden Umstände erkennbar, die die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen, hat er den Patienten über diese auf Nachfrage oder zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren zu informieren.

Ein Behandelnder muss also einerseits „zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren“ von sich aus auf einen Patienten zugehen und ihn über den vermuteten Behandlungsfehler entsprechend informieren. Andererseits ist er auf konkrete Nachfrage des Patienten ebenfalls grundsätzlich über einen vermuteten Behandlungsfehler auskunftspflichtig. Abgemildert wird diese Verpflichtung allerdings durch ein strafprozessuales Verwertungsverbot: Der Arzt, der sich selbst bezichtigt, kann ohne seine Zustimmung nicht strafrechtlich belangt werden.

Information über Eigenleistung des Patienten, § 630 c Abs. 3, Satz 1 BGB

Weiß der Behandelnde, dass eine vollständige Übernahme der Behandlungskosten durch einen Dritten nicht gesichert ist oder ergeben sich nach den Umständen hierfür hinreichende Anhaltspunkte, muss er den Patienten vor Beginn der Behandlung über die voraussichtlichen Kosten in Textform informieren.

Diese sogenannte wirtschaftliche Informationspflicht bedeutet, dass der behandelnde Arzt dem Patienten die Kosten einer nicht von einem Kostenträger übernommenen Leistungen vor der Behandlung in Textform benennen muss, soweit er davon Kenntnis hat bzw. Kenntnis haben müsste. Diese Verpflichtung wird bei gesetzlich krankenversicherten Patienten weiter reichen als bei privat Versicherten, da ein Arzt sicher nicht alle Tarife der PKV kennen muss; über sogenannte IGeL-Leistungen wird unabhängig vom Versichertenstatus zukünftig schriftlich aufzuklären sein. Rechtsfolge einer unterlassenen oder nur mündlichen Aufklärung wird in der Regel die Nichtdurchsetzbarkeit des Zahlungsanspruchs sein.

Aufklärungspflicht über Alternativtherapien, § 630e Abs.1, Satz 3 BGB

Bei der Aufklärung ist auch auf Alternativen zur Maßnahme hinzuweisen, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können.

Hiermit wird einerseits klargestellt, dass sich die Aufklärung nicht auf sogenannte Außenseitermethoden beziehen muss. Die Beschränkung der Aufklärungspflicht auf vergleichbare Maßnahmen mit „wesentlich“ unterschiedlichen Folgen bedeutet im Umkehrschluss zudem, dass auch über vergleichbare Methoden ohne nennenswerte Unterschiede (hinsichtlich Belastungen, Erfolgsquote oder Risiko) nicht aufgeklärt werden muss. Insoweit gilt weiterhin der Grundsatz der Therapiefreiheit. Im Bereich der Urologie hieße dies, dass z.B. bei laparoskopischen und robotergestützten Eingriffen eher eine nicht aufklärungsbedürftige Vergleichbarkeit vorliegt. Ob aber z.B. bei offener radikaler Prostatektomie über die Alternative von minimal-invasiven Operationsverfahren aufgeklärt werden muss, dürfte wohl schon auf unterschiedliche Ansichten stoßen. Klar ist, dass eine Aufklärungspflicht z.B. über Strahlentherapie als Alternative zur radikalen Prostatektomie besteht.



DGU-Geschäftsführer
Frank Petersilie

Aufklärung durch fachlich geeignete Person, § 630 e Abs. 2 Ziff1, Hs 1 BGB

Die Aufklärung muss mündlich durch den Behandelnden oder durch eine Person erfolgen, die über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Ausbildung verfügt.

Auch weiterhin gilt, dass derjenige, der den Eingriff durchführt, nicht unbedingt derjenige sein muss, der die für die Einwilligung erforderliche - grundsätzlich mündliche - Aufklärung vornimmt. Aber die Aufklärung muss durch eine Person erfolgen, die über die notwendige fachliche Ausbildung verfügt. Dies bedeutet zunächst, dass eine Aufklärung durch nicht-ärztliches Assistenz- oder Pflegepersonal ausscheidet. Inwieweit ein Arzt in Weiterbildung aufklären darf, lässt sich aus dem Gesetz nicht eindeutig entnehmen. Zunächst war im Gesetzentwurf vorgesehen, dass der Aufklärende die entsprechende „Befähigung“ für die durchzuführende Maßnahme haben muss; kurz vor der Beschlussfassung durch den Bundestag wurde dies aber in „Ausbildung“ abgeändert. Dies bedeutet zumindest, dass es vorrangig auf Kenntnisse ankommt und der Aufklärende nicht unbedingt die praktische Erfahrung haben muss, um die Behandlung/Operation selbst durchzuführen. Es spricht also vieles dafür, für die Aufklärung in „einfachen Fällen“ - je nach Stand der Weiterbildung - Assistenzärzte als geeignet anzusehen. Je komplexer aber der Eingriff, desto eher wird man auch für die Aufklärung Facharztstatus verlangen müssen. In der klinischen Praxis könnte dies z.B. zu einem abgestuften Aufklärungsverfahren je nach Schwierigkeitsgrad einer OP führen.

Aushändigung von Abschriften verwendeter Aufklärungsbögen, § 630 e Abs. 3, Ziff. 3 BGB

Dem Patienten sind Abschriften von Unterlagen, die er im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnet hat, auszuhändigen.

Hierfür können insbesondere Durchschreibesätze verwendet werden. Ansonsten sind Kopien der von allen Beteiligten unterschriebenen Aufklärung zu fertigen. Um den Nachweis führen zu können, dass der Patient die Unterlagen erhalten hat, sollte man sich die Aushändigung von dem Patienten separat quittieren lassen; in jedem Fall sollte die Aushändigung dokumentiert werden.

Dokumentation der Behandlung § 630 f, Abs. 1 BGB

Der Behandelnde ist verpflichtet, zum Zweck der Dokumentation in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen. Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen in der Patientenakte sind nur zulässig, wenn neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt, wann sie vorgenommen worden sind. Dies ist auch für elektronisch geführte Patientenakten sicherzustellen.

Schon bisher war man gut beraten, alle für die Behandlung relevanten Dokumente wie

Aufzeichnungen zu Anamnese, Diagnose und Therapie sowie Einwilligungserklärungen und Aufklärungsunterlagen in die Patientenakte aufzunehmen. Erheblich verschärft worden ist allerdings die Pflicht der zeitnahen Dokumentation. Eine Verzögerung von Wochen ist nicht zulässig. Allerdings wird man sowohl in der Praxis als auch in der Klinik nicht immer sofort dokumentieren können. Derjenige, der statt einer begleitenden Dokumentation Aufzeichnungen erst vertretbar geringfügig zeitversetzt an die Behandlung fertigt, sollte ebenfalls noch auf der sicheren Seite sein.

Nachträgliche Änderungen der Patientenakte müssen kenntlich gemacht werden, und zwar unter Angabe des Änderungsdatums. Dies bedeutet, dass die ursprünglichen Einträge sichtbar bleiben müssen.

Nicht dokumentierte Informationen oder Maßnahmen gelten gemäß § 630 h Absatz 3 BGB als nicht erfolgt, wirken sich also hinsichtlich der Beweislast zum Nachteil des Behandelnden aus.

Einsichtnahme in die Patientenakte, § 630 g, Abs. 1 S.1 BGB

Dem Patienten ist auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die vollständige, ihn betreffende Patientenakte zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen.

Dass der Patient grundsätzlich ein Einsichtsrecht in die ihn betreffenden Behandlungsunterlagen hat, ist unbestritten. Neu ist allerdings die Betonung der „Unverzüglichkeit“. Nach der gesetzlichen Definition bedeutet dies: „ohne schuldhaftes Zögern“, was nicht heißt, dass man alles stehen und liegen lassen müsste. Zeitnah sollte man allerdings schon handeln. Ein Anspruch auf Aushändigung der Behandlungsunterlagen in Kopie besteht allerdings nach wie vor nur bei Kostenersatz durch den Patienten.

Beweislast bei grobem Behandlungsfehler, § 630 h, Abs. 5 BGB

Liegt ein grober Behandlungsfehler vor und ist dieser grundsätzlich geeignet, eine Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit der tatsächlich eingetretenen Art herbei zu führen, wird vermutet, dass der Behandlungsfehler für diese Verletzung ursächlich war.

Die fünf Absätze des § 630 h BGB enthalten eine Reihe von Beweiserleichterungen für Patienten, wie die Vermutung, dass die Vornahme einer Behandlung durch eine nicht ausreichend qualifizierte Person für den Eintritt einer Verletzung ursächlich war (Abs.4) oder die bereits angesprochene Vermutung, dass nicht dokumentiertes Handeln auch nicht erfolgt ist (Abs.3). Absatz 5 regelt die Beweislastumkehr bei grobem Behandlungsfehler: ein grober Behandlungsfehler liegt nach BGH-Rechtsprechung dann vor, wenn ein medizinisches Fehlverhalten aus objektiver Sicht nicht mehr verständlich erscheint, weil der Fehler gegen gesicherte und bewährte medizinische Erkenntnisse und Erfahrungen verstoßen hat und dem Behandelnden schlechterdings nicht hätte unterlaufen dürfen. Wird dies festgestellt (z.B. Entfernen der „falschen“ Niere) tritt eine Beweislastumkehr zu Gunsten des Patienten ein. Beweislastumkehr bedeutet dann, dass der Arzt den Beweis führen muss, dass es sich so nicht verhielt, er also keinen groben Behandlungsfehler begangen hat. Bei „einfachen“ Behandlungsfehlern, also nicht grob fahrlässigen, gilt dies aber nach wie vor nicht, d.h. bei einfachen Behandlungsfehlern liegt die Beweislast beim Patienten.

Druckfrisch in Dresden: Neue Patienteninformation zur Harninkontinenz

Von Sabine Kliesch



Prof. Dr. Sabine Kliesch: DGU-Pressesprecherin und Mitherausgeberin der neuen DGU-Zeitung

Aufgrund der anhaltend großen Nachfrage hat die Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V. ihr Angebot an Aufklärungsmaterialien nun ein weiteres Mal vergrößert. Nach den Themen „Harnsteine“ und „Benignes Prostatasyndrom“ konnte in Zusammenarbeit mit Professor Dr. Daniela Schultz-Lampel, der Vorsitzenden des DGU-Arbeitskreises „Urologische Funktionsdiagnostik und Urologie der Frau“, der Deutschen Kontinenzgesellschaft und der Hamburger Grafikerin Barbara Saniter eine neue Patienteninformation zur Harninkontinenz produziert werden.

Der Ratgeber „Was tun bei Harninkontinenz“ ist druckfrisch und der Dritte im Bunde der Patienteninformationen der DGU. Die Broschüre kann das Aufklärungsgespräch mit dem Patienten ergänzen und gibt dem Betroffenen die Möglichkeit, sich zu Hause in Ruhe umfassend über seine Er-

krankung zu informieren. Auf 12 Seiten Vierfarbdruck finden die Leser fundierte und gut verständliche Informationen über Ursachen, Formen und Behandlungsmöglichkeiten der Blasenschwäche. Auch Maßnahmen zur Prävention einer Harninkontinenz werden vorgestellt. Ein Miktionsprotokoll zum Heraustrennen hilft bei der Vorbereitung des nächsten Arztbesuches.

Das DGU-Ressort Öffentlichkeitsarbeit freut sich, den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des 65. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Urologie bereits vor Ort in der Messe Dresden Leseexemplare zur Verfügung stellen zu können. Der Ratgeber liegt unter anderem am Stand der Deutschen Gesellschaft für Urologie und im Pressezentrum aus. Bestellungen für ihre Praxen oder Kliniken können die Mitglieder der DGU und des Berufsverbandes der Deutschen Urologen wie gewohnt im Internet auf der Website der Deutschen Urologen aufgeben.

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
Bettina-C. Wahlers
Sabine M. Glimm

Autoren:

Franziska Engehausen
Michael Fröhner
Sabine Glimm
Oliver Hakenberg
Sabine Kliesch
Maurice-Stephan Michel
Frank Petersilie
Stephan Roth
Michael Stöckle
Bettina Wahlers
Manfred Wirth
Bernd Willich

Grafik: Barbara Saniter

Druck: Druckerei in St. Pauli

Auflage: 5500 Exemplare

Erscheinungsweise:
vierteljährlich

Ausgabe: 1/ September 2013

Zum Bestellen:

Die aktuellen Aufklärungsbroschüren für Ihr Wartezimmer

Von Sabine Kliesch

Patientinnen und Patienten von heute wollen informiert sein. Unsere Informationsgesellschaft gibt dafür Gelegenheit im Überfluss. Vor allem das Internet hält eine unüberschaubare und unkontrollierte Flut medizinischer Informationen vor, die oft mehr verwirren als informieren. Dem treten DGU und BDU seit Jahren im Rahmen ihrer Öffentlichkeitsarbeit mit seriöser Aufklärung entgegen – auf der Website der deutschen Urologen und in Printform.

Aktuell können Urologinnen und Urologen aus Praxis und Klinik drei DGU-Patienteninformationen bestellen

„Was tun gegen Harnsteine“, „Was tun, wenn die Prostata wächst“

und ganz neu

„Was tun bei Harninkontinenz“.

Diese Aufklärungsbroschüren sind konzipiert, um das Arzt-Patienten-Gespräch zu ergänzen und können gegen eine Schutzgebühr online unter

www.urologenportal.de geordert werden.

Außerdem umfasst das Serviceangebot von Fachgesellschaft und Berufsverband den kostenlosen

„Ratgeber zur Prävention urologischer Erkrankungen“.

Auch er ist auf dem Urologenportal einzusehen und dort mit wenigen Klicks über ein Bestellformular erhältlich.

STELLENBÖRSE



Foto: Wahlers

Für unsere urologische Belegarztpraxis in Kirchen (Rheinland-Pfalz) suchen wir eine/n operations- und praxiserfahrenen, teamfähige/n Kollegin/en (bis ca. 50 Jahre alt), die/der bereit ist, ambulante und stationäre Patienten eigenverantwortlich zu behandeln. Informationen über unser Leistungsspektrum: www.drk-mvz-kirchen.de/mvz/ Interesse? Melden Sie sich schriftlich oder per Mail (andre.becker@drk-mvz.de). Telefonisch sind wir unter der Nr. 02741 6822981 zu erreichen.

Große urologische Gemeinschaftspraxis in Heilbronn (Baden-Württemberg), die das gesamte urologische Spektrum inklusive ambulantem und belegärztlichem Operieren sowie die Uroonkologie abdeckt, sucht zum baldmöglichsten Zeitpunkt einen engagierten ärztlichen Mitarbeiter (w/m) zur Verstärkung unseres Teams. 2-jährige Weiterbildung vorhanden. Tel.: 07131-62530, Fax: 07131-171555, E-Mail: information@urologie-hn.de, Internet: www.urologie-hn.de

Operativ ausgerichtete Urologie-Praxis in der City Berlin sucht ab 01/14 WB Assistent/-in für Andrologie. Facharzt Urologie wäre vorteilhaft. Auch halbtags möglich. Bewerbung unter E-Mail: willi-berlin@web.de

In der Klinik für Urologie und Kinderurologie des Johanniter-Krankenhauses Stendal GmbH ist zur Verstärkung des Führungsteams zum 01.01.2014 die Stelle eines Oberarztes (m/w) zu besetzen. Nähere Informationen unter www.johanniter-stendal.de. Wir suchen einen aufstrebenden Facharzt, der die Standardprozeduren der Diagnostik und Therapie urologischer Erkrankungen beherrscht und sich operativ weiterentwickeln möchte. **Bewerbung an:** Dr. med. Achim Elert, Klinik für Urologie und Kinderurologie, Johanniter-Krankenhaus Stendal GmbH, Wendstr. 31, 39576 Hansestadt Stendal

Für die Klinik für Urologie im Sana Klinikum Biberach suchen wir eine Ärztin / einen Arzt, die / der die Weiterbildung zum Facharzt für Urologie anstrebt. Die Stelle ist für einen Berufsanfänger geeignet. Wir sind ein überschaubares Team (1,2,4) und legen großen Wert auf ein gutes Arbeitsklima und kollegiale Zusammenarbeit. Schwerpunkte sind die Laparoskopie, endourologische Harnsteintherapie, Harnröhrenchirurgie, Prostatatherapie. Um die Klinik und das Team kennenzulernen sind Sie zu einer Hospitation sehr gerne willkommen. **Anschrift:** Sana Klinikum Biberach Klinik für Urologie Chefarzt Dr. Jörg Bernhardt Ziegelhausstraße 50, 88400 Biberach Tel.: 07351 551290 E-Mail: joerg.bernhardt@klinikum-bc.de

Für die Klinische Andrologie im Centrum für Reproduktionsmedizin und Andrologie wird zum nächstmöglichen Zeitpunkt ein(e) Ärztin/Arzt in der Weiterbildung zum Urologen oder ein(e) Fachärztin/Facharzt für Urologie mit dem Ziel der Zusatzweiterbildung Andrologie für eine Vollzeitstelle gesucht. Weitere Informationen finden Sie unter: repro.klinik.uni-muenster.de Bewerbungen an Prof. Kliesch, Chefärztin der Klinischen Andrologie, Albert-Schweitzer-Campus 1, D 11, 48129 Münster. Diese und weitere Stellenausschreibungen des UKM finden Sie unter: www.klinik.uni-muenster.de

Junger FA sucht Anstellung im Großraum Berlin - Als junger FA Urologie mit Schwerpunkt Endourologie suche ich Anstellungsverhältnis im Großraum Berlin für GP/MVZ/etc., perspektivisch Einstieg wünschenswert. E-Mail: fa-urologie@web.de

Als junge Fachärztin für Urologie (mehrsprachig), suche ich Anstellungsverhältnis im Großraum München oder Bayern für GP/MVZ/etc., perspektivischer Einstieg wünschenswert. Selbstverständlich stehe ich per E-Mail für jede Frage zur Verfügung. zsanna8091@gmail.com

Erfahrene Assistenzärztin, 4. Weiterbildungsjahr Urologie (große Klinik in Mittelhessen) sucht wegen Umzuges nach Bonn eine Vollzeitstelle in einer urologischen Klinik im Raum Köln/Bonn, Herbst/Winter 2013 oder später. Fachkunde Röntgen/Strahlenschutz vorhanden. Umfangreiche Expertise in der medikamentösen Tumorthherapie. Zeugnisse, OP-Katalog etc. können gerne angefordert werden. E-Mail: stephanie.kruse@lahn-dill-kliniken.de

Ich bin Facharzt für Urologie und suche zur langfristigen beruflichen Perspektive ab sofort: Oberarztstelle respektive Funktionsoberarztstelle bzw. Stelle als Facharzt sowie alternativ: Anstellung in einer Praxis / MVZ. Bevorzugt, aber nicht zwingend: Raum Köln, Bonn, Düsseldorf. Angebote bitte an die unten angegebene Email-Adresse senden: urocgn@web.de Beste kollegiale Grüße

