

EDITORIAL

Vom demografischen Wandel und mehr ...



Prof. Dr. Sabine Kliesch:
DGU-Pressesprecherin

Von Sabine Kliesch

Den „Demografischen Wandel gestalten“ – mit diesem Motto startete der diesjährige Urologenkongress und widmete sich nicht nur urologisch schwierigen und nicht minder gesellschaftspolitisch relevanten Fragen. Die Facetten reichten vom kindlichen Patienten bis zur palliativ-medizinischen Versorgung. Es ist nur eine logische Konsequenz, diesen Faden der Urologie als ein generationenübergreifendes Fach

aufzugreifen – „Urologie umfasst mehr“ ist der Aufruf zu einer fachlich-sachlichen Kampagne an Laien und ÄrztInnen, die Vielfalt der Urologie zu begreifen. Kaum eine andere medizinische Disziplin vereint neben der diagnostischen auch die therapeutische Kompetenz in einer Hand und widmet sich den Erkrankungen vom Kindes- bis ins Erwachsenenalter. Wir behandeln die epidemiologisch häufigsten benignen Krankheitsbilder genauso wie den größten Anteil an den Tumorentitäten – wir sollten aktiver als bisher beginnen, das Bild der Urologin und des Urologen in den Köpfen der Laien und Patienten zu renovieren. Das Bewusstsein schärfen für die Möglichkeiten der Prävention im urologischen Arbeitsgebiet, der ganzen Familie ein Ansprechpartner

sein, für alle Erkrankungen des Urogenitalsystems und den urologischen Tumorpatienten auch auf seiner letzten Wegstrecke begleiten – dies bedeutet Urologin und Urologe sein. Das fordert gleichzeitig eine kompetente Aus- und Fortbildung auf ärztlicher Seite und auf Seiten des Assistenzpersonals als auch eine intensive Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit. Auch diesen Aufgaben wird sich die Deutsche Gesellschaft für Urologie 2015 stellen. Zunächst wünschen wir unseren Mitgliedern ein besinnliches Weihnachtsfest und für das kommende Jahr 2015 alles erdenklich Gute, Glück und Gesundheit!

Ihr Redaktionsteam UROlogisch!
Im Namen der Deutschen Gesellschaft für Urologie.

INHALT

- 2 Zweitmeinung
Umfrage: Auswirkungen des demografischen Wandels in der Praxis
- 3 Sinn und Unsinn von Leitlinien
- 4 Kongress-Splitter aus Düsseldorf
- 5 GeSRU Academics:
Das Netzwerk für Nachwuchswissenschaftler
- 6 Fortbildungsangebote der Akademie im Frühjahr 2015
Neu im DGU-Vorstand
Parlamentarisches Frühstück der DGU in Berlin
- 7 Kritik am „Faktencheck Gesundheit“
Medizingeschichte „Urologie im Rheinland“
Zum Bestellen: Informationen für Jungen
- 8 Leserbrief
Übersicht Akademie-Veranstaltungen
Stellenbörse
Impressum

67. DGU-Kongress in Hamburg

„Urologie umfasst mehr“

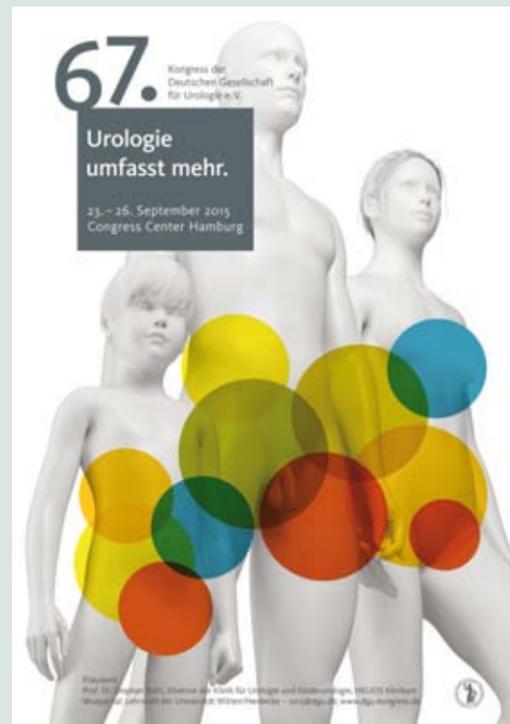


Prof. Dr. Stephan Roth:
DGU-Präsident

Liebe Kolleginnen und Kollegen, Freunde und Förderer der Urologie,

es ist mir eine große Freude, Sie zum 67. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie vom 23.9. – 26. 9. 2015 nach Hamburg einladen zu dürfen. Das Motto „Urologie umfasst mehr“ steht für die Vielfalt unseres Faches über geschlechts- und altersspezifische Grenzen hinaus. Denn der Urologe und die Urologin sind mehr als der Arzt für den Mann und die Prostata! Die Etablierung des Urologen auch als Männerarzt war vor mehr als 10 Jahren ein notwendiger Schritt, weil fachfremde Disziplinen anfangen, die urologische Vorsorge beim Mann zu praktizieren: Es wurde eine die urologische Kompetenz definierende und gleichzeitig griffige Strategie entwickelt. Darüber hinaus gelang es mit dem Begriff des Männerarztes, den andrologischen Themenkomplex urologisch zu verankern. Gerade bei der Andrologie hat sich darüber hinaus auch gezeigt, wie wichtig eine konsequente wissenschaftliche Aktivität ist, um den Vertretungsanspruch eines Themas nicht nur zu proklamieren, sondern auch inhaltlich begründet darzustellen und dann nachfolgend sowohl in der Aus- und Weiterbildung als auch in der Krankenversorgung abzubilden. Die Betonung dieses männerärztlichen Fokus hat fast unbemerkt dazu geführt, dass

der immanente urologische Therapieauftrag der geschlechterübergreifenden Behandlung von Nieren-, Blasen- und Genitalerkrankungen in der Berichterstattung und Wahrnehmung der Öffentlichkeit nicht Schritt gehalten hat. Selbstverständlich muss der urologisch erkrankte Mann behandelt werden – aber auch die urologisch erkrankte Frau und das urologisch erkrankte Kind. Wir müssen in der Außenwirkung unsere Profilierung der organbezogenen Diagnose- und Therapiekompetenzen intensiver strategisch verfolgen und gezielter dafür werben, dass nicht nur Männer, sondern auch Frauen und Kinder mit urologischen Erkrankungen den Urologen und die Urologin als primären Ansprechpartner wahrnehmen und aufsuchen. Gleichzeitig müssen wir die Kompetenz im Bereich der Urologie der Frau, der Kinderurologie und der urologischen Onkologie stärken. Als Präsident unserer Fachgesellschaft bin ich verantwortlich für die Organisation des wissenschaftlichen Jahreskongresses und damit auch für die Schwerpunktsetzung in der Vorbereitung und Ausrichtung des Kongresses. Gemeinsam mit dem Vorstand unserer Fachgesellschaft ist es darüber hinaus mein Ziel, Strategien einzuleiten, um die Kompetenzen der Urologen auf den organdefinierten Krankheitsebenen geschlechter- und altersübergreifend in der Öffentlichkeit heraus zu stellen. Dies betrifft sowohl den ambulanten als auch den stationären Sektor. Fachkompetenz ergibt sich nicht durch Alters- oder Geschlechtergrenzen, sondern durch Methodenkompetenz. Erst die perfekte, bei Erwachsenen erlernte Endoskopie, endoskopisch-perkutane Steinschirurgie oder komplexe Harnableitung ermöglicht die qualifizierte Therapie eines Kindes. Strukturelle Voraussetzung ist eine qualifizierte ambulante und stationäre Ver-



sorgung. Stillschweigend zu akzeptieren, dass häufige kinderurologische Eingriffe wie die Orchidopexie und die Zirkumzision fachfremd erfolgen, kommt einer freiwilligen Amputation unseres Faches gleich. Bestehende kinderchirurgische Abteilungen werden derzeit mit einem urologischem Spektrum ausgestaltet, da sie andernfalls kaum existenzfähig wären. Unser Ziel muss es sein, kinderurologische Schwerpunkt-kliniken und -praxen zu etablieren, die das gesamte Spektrum der Versorgung anbieten und damit dieses Teilgebiet der Urologie sowohl in der Aus- und Weiterbildung als auch der wissenschaftlichen Expertise verankern und weiterentwickeln können. Wegweisend hat die Dt. Gesellschaft für Urologie die kinderurologische Präsenz durch die Mitfinanzierung einer universitären Stiftungsprofessur gestärkt. Dieser Weg der Stärkung der Kinderurologie soll beim Jahreskongress erkennbar sein. Flankierend werden wir mit Aktivitäten in den sozialen

Netzwerken die vornehmlich jungen und damit internet-affinen Eltern über die häufigen kinderurologischen Erkrankungen und die Urologen als Ansprechpartner informieren.

Auch bei den benignen funktionellen urologischen Erkrankungen der Frau muss die Kompetenz der Urologen klar erkennbar sein. Ein freiwilliger Verzicht des therapeutischen Anspruchs bei urogynäkologischen Erkrankungen bedeutet auch hier, das vorhandene Fachwissen zum Nachteil der Betroffenen aufzugeben. Die Behandlung der Belastungsinkontinenz als die häufigste Blasenfunktionsstörung ist eine elementare urologische Therapiesäule, die in der Patientenführung eine enge Verzahnung der Praxis mit der Klinik erfordert.

Um in der Breite der Bevölkerung – vom enuretischen Kind über die belastungsinkontinente Frau, die von Nykturie geplagten und die geriatrischen Patienten – die urologische Kompetenz bei der Behandlung der Inkontinenz zu intensivieren, wurde vom Vorstand unserer Fachgesellschaft ein Curriculum zur Qualifikation einer „Urologischen Fachassistenz Harninkontinenz“ erarbeitet und bei der Bundesärztekammer eingereicht. Hier geht es um die curriculare Qualifikation des nachgeordneten Personals in Kliniken und Praxen, um zeitintensive Beratungsgespräche und definierte diagnostische und therapeutische Verfahren als delegationsfähige Leistung erbringen zu können. Nur auf diese Weise können wir eine qualifizierte urologische Versorgung in der Breite der Bevölkerung auch unter dem Aspekt des demografischen Wandels erhalten und verbessern.

Zweitmeinung:

Indikationsqualität zum Wohle des Patienten oder Generalvorbehalt in Sachen Erstmeinung?



Franziska Engehausen:
Leiterin des
DGU-Hauptstadtbüros

Von Franziska Engehausen

Im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD ist zu lesen, dass im Zentrum der Gesundheitspolitik die Patientinnen und Patienten und die Qualität ihrer medizinischen Versorgung stehen. Vor diesem Hintergrund wird das Thema Zweitmeinung bei planbaren Operationen behandelt, die laut Koalitionsvertrag möglicherweise „zu häufig“ vorgenommen werden. Im aktuellen Entwurf zum Versorgungs-Stärkungs-Gesetz findet sich im neu geschaffenen § 27 b SGB V die Entsprechung, die Zweitmeinung nun gesetzgeberisch zu regeln. Der Gemeinsame Bundesausschuss soll beauftragt werden, OPs zu identifizieren, die zu häufig durch-

geführt werden. Im Gespräch sind zum Beispiel OPs an Knie, Hüfte oder Rücken. Das Gesetz sieht vor, dass Ärzte die Patienten bei Indikationsstellung über deren Recht zur Einholung einer Zweitmeinung verbindlich aufklären und dies mindestens 10 Tage vor der geplanten Operation.

Die gute Nachricht ist, dass damit anders als bisher die Zweitmeinung im EBM aufgeführt werden müsste und damit abgerechnet werden könnte. Wie die Ausgestaltung tatsächlich erfolgt, muss aber abgewartet werden. Mit einem gewissen Realitätsbezug ist es allerdings nicht vorstellbar, dass die Zweitmeinungsbildung in einem weiteren Arzt-Patientengespräch erfolgen kann. Eine online-gestützte Struktur vergleichbar wie im Zweitmeinungsprojekt Hodentumor wäre gegebenenfalls ein Weg. Die spannendste Frage für die Ärzteschaft ist allerdings nicht die Ausgestaltung und Umsetzung dieser Verordnung. Denn auch wenn der Gemeinsame Bundesausschuss die Auswirkungen des Paragraphen per Definition von Krankheiten einschränken soll, so bleibt in den identifizierten Indikationsgebieten der grundsätzliche Generalvorbehalt gegen die medizinische Erstindikation. Ein Zweitmeinungsverfahren

in der in § 27 b SGB V dargestellten Form, suggeriert, dass die Zweifel von Patienten ausgeräumt und ökonomische Fehlentscheidungen von Ärzten reguliert werden.

Sieht man jedes ärztliche Handeln als „Eingriff“ in die Autonomie der betroffenen Patienten an, so müsste der Paragraph für den gesamten Bereich der medizinischen Indikationsstellung verstanden werden. Aber die Politik reduziert dieses Thema auf den vermeintlich zu häufig durchgeführten Gelenkersatz, die Koronarintervention oder die radikale Prostatektomie. Es wäre aber wünschenswert, die „qualitätsgesicherte“ Indikationsstellung weitreichender zu verstehen. Beim Beispiel des Prostatakarzinoms sind die Leistungen zwar durchaus planbar, aber nicht klar definiert. Denn wie die PREFERESTUDIE zeigt, ist die Entscheidung für ein Therapieverfahren nicht immer medizinisch klar vorgegeben. Es ist daher nicht nur aus ökonomischen, sondern auch aus medizinischen Gründen notwendig, eine qualitätsgesicherte medizinische Indikationsstellung zu realisieren. Diese jedenfalls scheint die Intention zu sein.

Ob die Zweitmeinung immer helfen wird, bleibt abzuwarten. Wenn der erste Urologe zur Entfernung der Prostata rät, der zweite zur Active Surveillance, dann ist das Problem ja nicht gelöst. Für manche Patienten

kann daher die Notwendigkeit der Zweitmeinung die Unsicherheit vergrößern, statt sie zu verringern. Die Verunsicherung anhand der Krebsdiagnose wird dadurch größer, der psychische Druck steigt. Unterscheiden sich die Empfehlungen dann auch noch deutlich bezüglich der anfallenden Therapiekosten, so sollte man die Gefahr, der nicht medizinisch begründeten Einflussnahmen nicht unterschätzen.

Um beim Beispiel des Prostatakarzinoms zu bleiben, könnte ganz konkret die erste Indikationsstellung strukturell verbessert werden, indem die interdisziplinären Tumorkonferenzen anders als bisher strukturelle Unterstützung und Anerkennung in der Versorgung erfahren würden. Die oben beschriebene Konstellation beim Prostatakarzinom würde unter Beteiligung von ambulant und stationär tätigen Urologen, Pathologen und weiteren Experten zu einer gemeinsamen Empfehlung führen. Vermutlich würden dann beim Patienten deutlich weniger Unsicherheiten übrig bleiben.

Diese oder ähnliche Fälle in der Medizin, die darüber hinaus auch eine ökonomische Komponente haben, würden mit einem wie hier beschriebenen Zweitmeinungsverfahren nicht oder falsch erfasst. Und dies kann nicht im Sinne einer Qualitätsverbesserung im Gesundheitswesen sein.



Foto: © Photographee.eu - Fotolia.com



Sinn und Unsinn von Leitlinien



Prof. Dr. Oliver Hakenberg:
Generalsekretär
der DGU

Von Oliver Hakenberg

Leitlinien haben sich im medizinischen Alltag weit verbreitet und eine normative Kraft entwickelt, die kaum überschätzt werden kann. Dennoch ist die Adhärenz an Leitlinien gemessen an der individuellen Patientenbehandlung oft relativ gering, wie aus zahlreichen Studien hervorgeht. Wie ist dies zu erklären?

Idealerweise entstehen Leitlinien durch einem systematischen und transparenten Entwicklungsprozess, sie sind wissenschaftlich fundierte, praxisorientierte Handlungsempfehlungen. Ihr Hauptzweck ist die Darstellung des fachlichen Entwicklungsstandes („State of the art“). Leitlinien sollen Ärzten Orientierung durch Entscheidungs- und Handlungsoptionen geben. Die Umsetzung liegt bei der individuellen Betrachtung im Ermessensspielraum des Behandlers; ebenso sind im Einzelfall die Präferenzen der Patienten einzubeziehen.

Medizinische Leitlinien sind „systematisch entwickelte Feststellungen, um die Entscheidungen von Ärzten, Angehörigen anderer Gesundheitsberufe und Patienten über angemessene Gesundheitsversorgung für spezifische klinische Umstände zu unterstützen“. Im Gegensatz zu behördlich erlassenen Richtlinien sind medizinische Leitlinien nicht bindend und müssen bei der Anwendung an den jeweiligen Einzelfall angepasst werden. Da es hunderte von Gründen geben kann, warum im Einzelfall von einer Leitlinie abgewichen werden kann oder muss, findet sich dafür immer ein Grund; im Zweifelsfall der, dass der Patientenwunsch dies erforderte.

Ein weiterer Grund für die mangelnde Adhärenz ist die Existenz verschiedener und auch konkurrierender Leitlinien zum gleichen Thema. Interdisziplinäre Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU) als federführende Fachgesellschaft, z.B. die Prostatakrebleitlinie, stehen neben den Leitlinien der European Association of Urology (EAU), der American Association of Urology (AUA), der holländischen, britischen oder französischen Fachgesellschaften zu diesem Thema. Die Empfehlungen sind nicht unbedingt die gleichen.

Man dürfte zwar annehmen, dass die evidenz-basierten Empfehlungen der verschiedenen Leitlinien bezüglich sachlicher Fragen doch gleich sein sollten, da sie doch alle die

gleiche Literatur analysieren und die Analyse gleichen wissenschaftlichen Grundsätzen folgen sollte. Dies ist aber ganz offensichtlich nicht der Fall. Das bekannteste Beispiel ist die Anwendung von PSA zur Früherkennung; Hier gehen die Empfehlungen je nach nationalem Kontext erheblich auseinander. Bei gleicher Kenntnis der Evidenz kann das nur an unterschiedlicher Gewichtung liegen; die PIVOT-Studie wird in den USA als wichtiger angesehen als dies in Europa der Fall ist. Selbst die Interpretation von Evidenz unterliegt also auch politischen Faktoren.

Die Methodik der Erstellung verschiedener Leitlinien ist auch extrem unterschiedlich. Man kann annehmen, dass dies sich auf die Qualität der jeweiligen Leitlinien auswirkt. Dazu muss aber zwingend die Frage beantwortet werden, wie sich die Qualität von Leitlinien eigentlich bemisst. Diese Frage ist aber kompliziert. Vordegründig sollen Leitlinien Verbesserungen der Patientenversorgung dienen. Was aber ist eine gute Patientenversorgung? Hier kommt notwendigerweise wieder der Aspekt des individuellen Patienten ins Spiel – was für den Einzelfall richtig sein mag, muss nicht für alle gelten. Die Gesundheitspolitik und die Öffentlichkeit gehen vielfach davon aus, dass die große Variabilität der Versorgung weitgehend auf mangelnde Qualität der Behandlung zurückzuführen ist und / oder auf mangelndes Wissen der Ärzte. Der Nachweis der Richtigkeit dieser Annahme wurde nie geführt. Auf den zweiten Blick dienen Leitlinien also der Vereinheitlichung der Patientenversorgung. Ob eine Vereinheitlichung das Ergebnis, das „Outcome“, der Behandlung verbessert, ist dabei aber meist unklar. Es ist eine meist unausgesprochene Grundannahme der Diskussion, dass man das Schicksal der Patienten verbessern könne, wenn man nur die Ärzteschaft durch Leitlinien auf eine Linie bringen könne.

Nicht zuletzt dient dieser letzte Aspekt auch ökonomischen Argumenten. Behandlungen, die in einer Leitlinie empfohlen oder eben nicht empfohlen werden, können evidenzbasiert auf den ökonomischen Prüfstand gestellt werden. Ist diese oder jene Behandlung „kosten-effektiv“ oder wieviel qualitativ hochwertige Lebenszeit – sogenannte „Qualitys“ – werden durch sie erzielt? Spätestens an diesem Punkt der Diskussion ist klar, dass das individuelle Menschenschicksal gar nicht mehr wirklich zur Debatte steht. Aber nur teilweise berücksichtigen Leitlinien direkt auch solche ökonomische Aspekte. Leitlinien enthalten meist keine Wertung hinsichtlich des erreichbaren Outcomes, aber letztlich wäre das doch der zwingende Grund, Empfehlungen auszusprechen oder eben nicht. Es wird aber schon sehr schwierig, wenn eine Behandlung eine durchschnittliche Lebenszeitverlängerung von acht Wochen in einer Studie erreicht hat.

Was sind acht Wochen für den durchschnittlich 75jährigen Menschen? Ein Riesengewinn oder marginal und vernachlässigbar? Wer will das beantworten?

Der normative Charakter von Leitlinien hat aber erhebliche ökonomische Bedeutung. Würde ein bestimmter Test von der Leitlinie zwar nicht als zwingend durchführbar eingestuft, aber als im Einzelfall sinnvoll empfohlen, dann folgt daraus, dass zumindest im Rahmen der PKV dieser Test zu erstatten wäre. Aus solchen Fragen ergeben sich also sehr schnell erhebliche Konsequenzen.

Die Leitlinienmethodik ist sehr komplex geworden. Nach dem System der AWMF werden Leitlinien in vier Entwicklungsstufen von S1 bis S3 entwickelt und klassifiziert, wobei S3 die höchste Qualitätsstufe der Entwicklungsmethodik darstellt.

S1: von einer Expertengruppe im informellen Konsens erarbeitet, S2k: eine formale Konsensfindung hat stattgefunden, S2e: eine systematische „Evidenz“-Recherche hat stattgefunden, S3: Leitlinie mit zusätzlichen / allen Elementen einer systematischen Entwicklung (Logik-, Entscheidungs- und – falls möglich – „Outcome“-Analyse, Bewertung der klinischen Relevanz wissenschaftlicher Studien und regelmäßige Überprüfung). Die methodische Qualität einer S3-Leitlinie ist grundsätzlich am höchsten, aber die Mehrheit (70 %) aller Leitlinien der AWMF sind S1-Leitlinien.

Bei einer S3-„evidenz“-basierten Leitlinie handelt es sich um einen nach einem definierten, transparent gemachten Vorgehen erzielten Konsens interdisziplinärer Expertengruppen zu bestimmten Vorgehensweisen unter expliziter Berücksichtigung der besten verfügbaren „Evidenz“. Grundlage sind die systematische Recherche und Bewertung der wissenschaftlichen „Evidenz“. Dieser Prozess ist aber nicht einfach. Schon die Recherche ist problematisch, die Auswahl und Bewertung der Literatur schwierig und die Einteilung in Evidenzklassen nicht so objektiv, wie manche glauben möchten. Der Gruppenprozess der Konsensfindung unterliegt ganz wesentlich der Zusammensetzung der Gruppe, die an der Beratung teilnimmt; dies gilt sowohl qualitativ wie auch quantitativ. Das in Deutschland entwickelte Regelwerk der S3-Leitlinienentwicklung folgt zunächst einmal den Regeln deutscher Gründlichkeit und hat einen extrem komplizierten Prozess entstehen lassen. In Deutschland werden ärztliche Leitlinien primär meist von den wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften unter Federführung der AWMF erstellt. Andere Institutionen der ärztlichen Selbstverwaltung (Bundesärztekammer, Kassenzentrale Bundesvereinigung oder Be-

rufsverbände) können auch Empfehlungen oder Leitlinien erstellen. International sind die meisten Leitlinien über die Datenbank des „Guidelines International Network“ abrufbar.

Das Leitlinienprogramm der AWMF hat die „Interdisziplinarität“ in einer dem Zeitgeist folgenden politisch-korrekten Vorgehensweise extrem weit getrieben. Alle Verbände, die sich betroffen fühlen, dürfen sich an Leitlinienentwicklung beteiligen und erhalten eine Stimme in der Konsensfindung. Meldet sich etwa der Berufsverband der Medizinisch-Technischen Assistenten, dann wird dieser einbezogen, wie zum Beispiel bei der Erstellung der S3-Leitlinie zum Blasenkarzinom. Würde sich die IG Metall berufen fühlen, müsste sie nach den Regeln der AWMF ebenfalls einbezogen werden.

Dass die S3-Leitlinien als „Mercedes“ der Leitlinien angesehen werden, hat dazu geführt, dass alle Krankheitsbilder am besten durch die Erstellung von S3-Leitlinien bearbeitet werden sollten. Interessierte Gruppen, die eine Leitlinie erstellen wollen, richten ihren Ehrgeiz darum gleich auf die S3-Leitlinie. Der enorme Aufwand wird dabei meist völlig unterschätzt wie auch die erheblichen Kosten, die eine S3-Leitlinie bedeuten. Die DGU hat in den letzten Jahren erhebliche Zeit, Mühe und Geld für die Erstellung und Überarbeitung der S3-Leitlinie zum Prostatakarzinom und für die noch in Arbeit befindlichen zum Blasen- und zum Nierenkarzinom investiert. Die Kosten dazu sind auch keinesfalls einmalige Investitionen, sondern laufend anfallende, da die Leitlinien wertlos werden, wenn sie nicht regelmäßig aktualisiert werden. Die Halbwertszeit einer S3-Leitlinie liegt bei etwa zwei Jahren.

Das Fehlen guter Evidenz stellt sich bei der Leitlinienerstellung oft als ein großes Problem heraus und führt manchmal zu Absurditäten. Für viele selbstverständlich sinnvolle Maßnahmen gibt es oft keine formale Evidenz im heutigen Sinne. Wer hat jemals untersucht, ob eine Urinuntersuchung bei Patienten mit Blasenkarzinom das Überleben verlängert, ob die Benutzung eines Stethoskops die Rate an Herztod bei Klappenventilen beeinflusst oder ob die Benutzung eines Fallschirms beim Absturz die Zahl der Polytraumen verringert?

Unter Verweis auf angeblich fehlende Evidenz gelang es den Allgemeinmedizinern bei der jüngsten Aktualisierung der S3-Leitlinie zum Prostatakarzinom durchzusetzen, dass die digital-rektale Untersuchung beim Verdacht auf Prostatakarzinom keine notwendige Untersuchung sei. Solche Beispiele zeigen die absurden Auswüchse der S3-Methodik und des methodischen Gruppenprozesses.

Nicht zuletzt hat die neu entstehende Berufsgruppe der „Methodiker“ durch diesen Prozess erheblich gewonnen. Darunter versteht man die Experten der AWMF und des ÄZQ, die zwar von der sachlichen Materie nicht viel verstehen, aber die Methodik der Literaturauswahl und -bewertung sowie den „methodischen Gruppenprozess“ im Wortsinne beherrschen, weil sie uns vermitteln, dass nur durch ihre Lenkung der Leitlinienerstellung eine gute Leitlinie entstehen könne. Nicht zuletzt werden dadurch auch die Arbeitsplätze für „Methodiker“ gesichert, indem dieses Dogma nicht infrage gestellt wird.

Es ist dringend notwendig, die Leitlinien, ihre Erstellung und Anwendung auf den Prüfstand zu stellen. Viele Entwicklungen der letzten Jahre haben hier Probleme entstehen lassen, die wir dringend korrigieren müssen. Ein gründliches Überprüfen der Prozesse der vernünftigen Leitlinienerstellung ist erforderlich.

Foto: © patpaterson - Fotolia.com

Fortsetzung von Seite 1

67. Kongress der DGU in Hamburg

Wir therapieren in der Urologie nahezu 25 % aller Malignome, was Begehrlichkeiten bei anderen Fachgruppen weckt. Der Nutzen neuer, höchst effektiver, aber auch sehr teurer Therapeutika wird evaluiert werden müssen. Dies ist ohne Studienzentren in der ambulanten Versorgung kaum vorstellbar. Gleichzeitig wurden in der operativen urologischen Tumorchirurgie in den letzten Jahrzehnten revolutionäre Entwicklungen gemacht: sowohl technische Entwicklungen wie die laparoskopische und roboterassistierte Chirurgie, als auch innovative operative Konzepte wie bei der Konstruktion von orthotopen und heterotopen Ersatzblasen. Es ist unsere Aufgabe, dieses Angebot von komplexen, aber für die Lebensqualität der Betroffenen ungemein bedeutsamen operativen Tumorthérapien auch unter dem Eindruck der zeitlichen oder ökonomischen Belastung, der Diskussion um Morbiditäts- oder gar Mortalitätsstatistiken kompetent und mit der nötigen Ernsthaftigkeit auch vor dem Hintergrund des demografischen Wandels zu diskutieren. Um die Ausbildung der onkologisch verantwortlichen Urologen darzustellen und die urologische Onkologie als wesentlichen Bestandteil der Urologie zu sichern, werden wir hier sektorenübergreifend gemeinsam tätig werden müssen.

Vor diesen Hintergründen wird in Zukunft die sektorenübergreifende Zusammenarbeit von herausragender Bedeutung sein. Ohne eine starke ambulante urologische Versorgung ist keine stationäre Urologie denkbar und umgekehrt.

Auch zur Zukunftssicherung unseres Nachwuchses muss der Kongress in Anbetracht aktueller Entwicklungen als Think tank genutzt werden, um über Modelle einer echten Kooperation von ambulanten und stationärer Urologie zu sprechen.

Neben dem primären Ziel der Präsenztätigkeit wurden in der operativen wissenschaftlicher Erkenntnisse sollen die zuvor genannten Schwerpunkte erkennbar werden. Darüber hinaus werden wir einen abwechslungsreichen Pflegekongress organisieren, um die essentielle Zusammenarbeit mit den urologisch Pflegenden, aber auch den medizinischen Fachangestellten aus den Praxen zu zeigen. Und wir werden im Rahmen des Patientenforums wie auch des Schülertages zeigen, dass die Urologie mehr ist als die oft angenommene reine Männermedizin.

Wir werden die eingeleitete Strategie der Nachhaltigkeit fortsetzen. Der DGU-Kongress ist die drittgrößte urologische Tagung der Welt. Ich freue mich, Sie zu diesem Ereignis nach Hamburg einladen zu dürfen und hoffe, dass wir spannende, aber auch entspannende Tage gemeinsam verbringen und unserem Ziel, die Urologie zu festigen und gleichzeitig weiter zu entwickeln, wieder ein Stück näher kommen. Im Namen des DGU-Vorstandes, der Programmkommission und des DGU-Teams lade ich Sie alle zusammen mit unseren Partnern aus der Industrie ganz herzlich zur Jahrestagung 2015 nach Hamburg ein.

Prof. Dr. Stephan Roth

UMFRAGE AUF DEM 66. DGU-KONGRESS

Machen sich die Auswirkungen des demografischen Wandels bereits in Ihrer Praxis / Klinik bemerkbar?



Christian Aust, Gemeinschaftspraxis, Hamburg

Wir merken den demografischen Wandel seit längerem deutlich. Es gibt mehr Patienten, die nach Terminen fragen. Wir können gar nicht alle behandeln. Wir machen auch Hausbesuche in Alten- und Pflegeheimen, und es wird deutlich, dass die Bewohner älter und kränker werden. Bisher haben wir noch keinen Versuch gemacht, ärztliche Leistungen wie einen Katheterwechsel zu delegieren, da es schwierig ist, das Personal dafür auszubilden.



Dr. Marianne Schmid, UKE, Hamburg

Da die Zahl der älteren Patienten stetig zunimmt, erlangen vorhandene Komorbiditäten aber auch die weitere Versorgung nach OP immer mehr an Bedeutung. Generell diskutieren wir oft, welche therapeutischen Maßnahmen bei einem Patienten in hohem Alter sinnvoll sind, ob die Vorteile einer OP den Risiken überwiegen und der Patient schlussendlich profitiert oder ob es Alternativen dazu gibt. Wir versuchen uns auf ältere Patienten einzustellen und das Vorhaben bzw. die Optionen verständlich zu machen. Trotz eventueller erschwelter Kommunikation sollten auch ältere Patienten die Möglichkeit haben, bewusst eine Entscheidung treffen zu können.



Dr. Desiree-Louise Dräger, Universitätsklinikum Rostock

Bei uns in der Klinik steigt die Zahl der Patienten ab 90 Jahren spürbar an. Vorwiegend sind es Tumorpatienten, aber auch Demente, die urologisch versorgt werden müssen. Wir kooperieren mit Psychoonkologen, die sich den Tumorpatienten annehmen. Zum Glück haben wir ein junges motiviertes Team sowie Krankenschwestern, die speziell für die Stomapflege oder den Bereich Onkologie ausgebildet sind. Generell sind wir für den demografischen Wandel ganz gut gerüstet.



Kongress-Splitter aus Düsseldorf

Nahezu 7000 Teilnehmer aus aller Welt besuchten den 66. DGU-Kongress vom 1. bis 4. Oktober 2014 im Congress Center Düsseldorf und erlebten eine moderne Jahrestagung, die neben hochkarätiger Wissenschaft eine große Programmvielfalt zu bieten hatte, wie nachfolgende Schlaglichter zeigen.



Unter den Augen von DGU-Präsident Prof. Dr. Jan Fichtner (vorne l.) fiel auf dem Düsseldorfer Burgplatz der Startschuss zum Kongresslauf.



Sten von „Die Ärzte für Afrika“ für einen neuen Teilnehmerrekord. Da Takeda Pharma das Startgeld weit mehr als verdoppelte und Prof. Dr. Reinhold Horsch für sein Engagement als Vorsitzender der „Ärzte für Afrika“ von Kongress-Präsident Prof. Dr. Jan Fichtner stellvertretend für den Verein auf dem DGU-Abend den mit 7500 Euro dotierten Preis des Präsidenten erhielt (kl. Foto), gab es außerdem einen Spendenrekord. Mit der stattlichen Summe von insgesamt 15.300 Euro

Benefizlauf mit Spendenrekord

wird die urologische Versorgung in Ghana unterstützt, denn mit nur rund zehn einheimischen Urologen für circa 25 Millionen Einwohner ist das Land stark unterversorgt. Nur alle ein bis zwei Jahre wird an der Universitätsklinik in Accra ein Mediziner als Facharzt für Urologie ausgebildet. „Die Ärzte für Afrika“ engagieren sich ehrenamtlich vor Ort, übernehmen notwendige Operationen, sorgen für die lokale Ausbildung ghanaischer Ärzte und des einheimischen Assistenzpersonals. Zudem werden Hospitäler und Krankenhäuser mit urologischen Geräten und Spezialinstrumenten ausgestattet. Übrigens: Der Sieg beim Düsseldorfer Spendenlauf gehörte Dr. Melanie Kaufmann aus Frankfurt und dem weitgereisten Dr. Shunsuke Yamaguchi aus Joetsu in Japan.

Früh übt sich auf dem DGU-Schülertag

Bereits zum fünften Mal hieß es auf dem DGU-Kongress „Werde Urologe/Urologin für einen Tag“. Zahlreiche Oberstufenschülerinnen und -schüler aus der Region Düsseldorf nutzten diesmal das außergewöhnliche Angebot zur Berufsorientierung. Vorträge über Karrierechancen in der Urologie, urologische Krankheitsbilder, aber auch viele praktische Übungen am Zytoskop, Ultraschallgerät, mit Nadel und Faden oder am Da Vinci Operationsroboter standen auf dem Programm des Schülertages, der den potentiellen Nachwuchs-Medizinern die ganze Welt der Urologie zeigt, um sie für das faszinierende medizinische Fachgebiet zu begeistern. Vor allem das hochwertige technische Equipment punkte erneut bei den Teilnehmern – zur Freude des Organisationsteams um Dr. Nicola von Ostau, Dr. Dr. Stefan Buntrock und zahlreichen Helfern der GeSRU, die einmal mehr mit hohem Aufwand den Erfolg der Veranstaltung gesichert hatten und bei den Jugendlichen den richtigen Ton trafen. Wie in den Vorjahren stieß der Aktionstag auf reges Medieninteresse und wurde vor Ort vom WDR-Fernsehen (siehe Foto o.r.) begleitet.



Patientenforum: Glanzstück der Akademie

Patientenforen sind seit jeher Teil der DGU-Kongresse: Neuerdings liegt deren Umsetzung in der Hand der PatientenAkademie, und die setzte im Düsseldorfer Haus der Universität prompt neue Maßstäbe. Ein gut gewählter Termin, eine zentrale Lokation und eine professionelle Bewerbung hatten der Auftakt-Veranstaltung der Akademie mit dem Titel „Urologische Gesundheit für Sie und Ihn“ ein volles Haus beschert. Dort gelang es den Protagonisten, das Publikum trotz heikler Themen mitzunehmen – angefangen bei Prof. Dr. Christian Wülfing, dem stellvertretenden Vorsitzenden der DGU-PatientenAkademie, der sensibel und humorvoll durch das Programm führte, bis hin zu den drei Referenten. Prof. Dr. Andres J. Schrader gab einen verständlichen Überblick über gutartige



Moderator Prof. Dr. Christian Wülfing stellt das Referenten-Team vor.

und bösartige Prostataerkrankungen, Prof. Dr. Tim Schneider sprach locker über Sexualität im Alter, männliche und weibliche Wünsche, Viagra, Spritzen, Pumpen und Co. Auch Prof. Dr. Daniela Schultz-Lampel brach Tabus. Ihr Vortrag stand unter dem Motto „Harninkontinenz – dass muss nicht sein“ und zeigte moderne und sympathische Botschafter des Fachgebiets erlebt.

DGU-Medienpreis für Dr. Sommer

Premiere feierte in Düsseldorf die Vergabe des „Medienpreises Urologie“. Die Ausschreibung hatte eine Vielzahl qualitativ hochwertiger Bewerbungen von Veröffentlichungen im Bereich Print, Online und TV generiert. Sie galten etwa dem PSA-Test, Blasenentzündungen, Erektionsstörungen, Blasenkrebs oder sexuell übertragbaren Erkrankungen. Ausgezeichnet wurde die freie Journalistin und Diplom-Pädagogin Marthe Kniep aus Maschen bei Hamburg für eine Serie von Artikeln über die Beschneidung

von Jungen, die auf Bravo.de unter dem Pseudonym des legendären Sexualberaters des Jugendmagazins Dr. Sommer veröffentlicht wurden. Damit sprach die Preisträgerin (im Foto r. neben Prof. Jan Fichtner) in hervorragender Weise die Zielgruppe der männlichen Heranwachsenden an, deren gesundheitliche Bildung auch DGU und BDU mit der Etablierung der Jungensprechstunde und in der Zusammenarbeit mit der Ärztlichen Gesellschaft zur Gesundheitsförderung e.V. (ÄGGF) im Blick haben.



GeSRU Academics – das Netzwerk für Nachwuchswissenschaftler



Dr. Johannes Salem: Vorstandsmitglied der GeSRU
Dr. Hendrik Borgmann: Vorsitzender der GeSRU

Von Johannes Salem und Hendrik Borgmann

Mit den GeSRU Academics hat die GeSRU (German Society of Residents in Urology) ein strukturiertes Programm für Nachwuchswissenschaftler initiiert. Im internationalen Wettbewerb steigt die Bedeutung institutionsübergreifender Forschung. Zur Verbesserung der nationalen Forschungsleistung bedarf es hierbei überregionaler Ansätze. Eine Trias aus horizontaler und vertikaler Vernetzung, Förderung der individuellen Forschungsfähigkeiten und professioneller wissenschaftlicher Unterstützung bildet das Konzept der GeSRU Academics, das nachhaltig zur messbaren Steigerung der Forschungsleistung und -qualität beitragen soll.

Die GeSRU Academics sind ein Netzwerk forschender Nachwuchswissenschaftler in der Urologie, das dem jungen Wissenschaftler bereits zum Beginn seiner akademischen Karriere die Möglichkeit zur Vernetzung anhand themenspezifischer Forschungsschwerpunkte und persönlicher Karriereziele bietet.

Die Ziele der GeSRU Academics sind, neben der Vernetzung forschender Nachwuchswissenschaftler in der Urologie, eine strukturierte Förderung akademischer Skills und die Konzeption und Durchführung von multizentrischen sowie interdisziplinären Studien. Dadurch ergeben sich für den Teilnehmer an den GeSRU Academics viele Vorteile: Die Beteiligung an Multicenterprojekten wird erleichtert. Er bekommt die Möglichkeit, professionellen wissenschaftlichen Support zu erhalten und in der Skillsdatenbank Kooperationspartner mit gesuchten akademischen Skills zu finden. Seine wissenschaftlichen Fähigkeiten werden durch kooperierende Kursangebote zur Ausbildung akademischer Skills gefördert.

Die Vernetzung bei den GeSRU Academics findet sowohl intern unter den Mitgliedern der GeSRU Academics als auch extern zu den Kooperationspartnern statt. Die Umsetzung der Netzwerkstrukturen erfolgt mithilfe von Sponsoren der GeSRU.

Bei der Themen-fokussierten Vernetzung werden Arbeitsgruppen zu spezifischen urologischen Forschungsthemen gebildet. Jede Arbeitsgruppe besteht aus zehn Nachwuchswissenschaftlern und wird von einem habilitierten Forschungsgruppenleiter geleitet sowie von einem Lehrstuhlinhaber bei Strukturgesprächen supervidiert. Präsenzmeetings der Arbeitsgruppen finden während des Jahresmeetings der GeSRU Academics, beim jährlichen EAU- und DGU-Kongress sowie zwischen den Meetings, gefördert durch die GeSRU Academics, statt. Die Kommunikation und Bearbeitung der Projekte außerhalb der Präsenzmeetings erfolgt über E-Mail und Skypekonferenzen.

Bei der Ziel-fokussierten Vernetzung hat der Nachwuchswissenschaftler die Möglichkeit, sich bei verschiedenen Karrierezielen mit Gleichgesinnten seiner Altersgruppe sowie mit den Kooperationspartnern zu vernetzen. Hieraus entsteht ein Informationsaustausch, Synergien werden genutzt. So können beispielsweise Nachwuchswissenschaftler mit dem Ziel eines Forschungs-Fellowships oder eines klinischen Fellowships von bestehenden und strukturell aufgelisteten Kontakten aus dem Netzwerk und von Kooperationspartnern profitieren.

Die interne Skills-Datenbank bietet die Möglichkeit, innerhalb des Netzwerks der GeSRU Academics Kooperationspartner mit speziellen wissenschaftlichen Skills für Projekte zu gewinnen. Dazu gibt jedes GeSRU Academics Mitglied



Vorteile für GeSRU Academics-Mitglieder:

- vertikale (Forschungsgruppenleiter, akademischer Mentor) und horizontale (Forschungsgruppen-Mitglieder) Vernetzung innerhalb der GeSRU Academics sowie zu den Kooperationspartnern
- professioneller wissenschaftlicher Support
- finanzielle Unterstützungen (Proofreading, Kursgebühr scientific Skills Kurse)
- Projektplanung durch Zugriff auf die Skills-Datenbank (Abbildung der akademischen Skills der Teilnehmer)
- Möglichkeit zur Nachfolge als Forschungsgruppenleiter (Amtsperiode i.d.R. 3 Jahre) nach abgeschlossener Habilitation

Die GeSRU Academics vernetzt sich in 11 Arbeitsgruppen:



Jede Arbeitsgruppe besteht aus bis zu 10 Nachwuchswissenschaftlern und wird geleitet von einem habilitierten Forschungsgruppenleiter sowie supervidiert von einem urologischen Lehrstuhlinhaber.

▲ GeSRU Academics – das Netzwerk für Nachwuchswissenschaftler

◀ Organisationsstruktur der GeSRU Academics

▼ Themen-spezifische Vernetzung der GeSRU Academics in 11 Arbeitsgruppen. Jede Arbeitsgruppe besteht aus ca. 10 Nachwuchswissenschaftlern, geleitet von einem habilitierten Forschungsgruppenleiter, supervidiert von einem urologischen Lehrstuhlinhaber.

bei der Anmeldung seine wissenschaftlichen Skills in den Bereichen klinische Forschung, Laborforschung, Statistik, Datenbanken und Veröffentlichungen an. Die 41 akademische Fertigkeiten umfassende Skills-Datenbank dient dazu, bei Multicenterprojekten Kooperationen anhand der vorhandenen akademischen Skills und der zugehörigen Expertise zu planen.

Mit dem Arbeitskreis urologische Forschung (AUF) und der Deutschen Gesellschaft für Urologie besteht eine Partnerschaft durch stete enge Kooperation: Der Vorsitzende der GeSRU Academics ist ständiger Vertreter im Arbeitskreis urologische Forschung, um die jeweiligen Projekte abzustimmen und Synergien zu nutzen. Als Maßnahme zur strukturierten Förderung akademischer Skills erhält das GeSRU Academics Mitglied nach der Teilnahme an 3 AUF-Kursen einen Gutschein für den 4. AUF-Kurs durch die GeSRU Academics.

Zur European Association of Urology (EAU) besteht eine stete Verbindung, zum Young Urologists Office sowie zur ESRU. Auf Forschungsebene wird ein ständiger Dialog zwischen den Young Academic Urologists und den GeSRU Academics betrieben. Das Bündnis junge Ärzte bearbeitet in einer seiner vier Taskforces das Thema „Vereinbarkeit von Klinik und Forschung“. Zusätzlich besteht die Möglichkeit des Aufbaus

von interdisziplinären Forschungsprojekten sowie zum Erfahrungs- und Wissensaustausch bezüglich der strukturellen Gestaltung von wissenschaftlichen Förderangeboten. Zum professionellen wissenschaftlichen Support zählen statistische Beratung, professionelle Fragebogenkonzeption und -auswertung, ein Proofreading-Angebot, unabhängige Reviews durch Forschungsgruppenleiter sowie eine externe Expertenskills-Datenbank.

Bei Interesse, im Forschungsnetzwerk GeSRU Academics mitzuwirken, können sich Nachwuchswissenschaftler als Forschungsgruppen-Mitglieder und Habilitierte als Forschungsgruppen-Leiter bewerben. Die Bewerbung erfolgt online über academics.gesru.de. Dabei ist eine Bewerbung sowohl von Medizinern als auch Naturwissenschaftlern im Bereich der Urologie möglich. Ebenso ist die Bewerbung für Nachwuchswissenschaftler aller Ausbildungsstufen (vom Forschungsinteressierten über den forschenden Postdoktoranden bis zum fast oder bereits Habilitierten) möglich. Die GeSRU komplettiert mit diesem Projekt die bis dato noch nicht abgebildeten Bedürfnisse junger Forscher in der eigenen Vereinsstruktur. Alle Informationen zu den GeSRU Academics sind auf dem Internetportal academics.gesru.de transparent dargestellt. Wir wünschen uns zukunftsweisend, eine feste Stütze für den jungen Urologen zu sein und zu bleiben. We love Urology!

Maßgeschneiderte Programme

Fortbildungsangebote der Akademie im Frühjahr 2015

Ob Assistenzärzte, niedergelassene Ärzte oder Klinikärzte: Die Akademie der Deutschen Urologen bietet für alle Ausbildungs- und Tätigkeitsbereiche maßgeschneiderte Programme an, um die urologisch tätigen Ärztinnen und Ärzte nachhaltig bei ihrer Tätigkeit durch qualitativ hochwertige Fort- und Weiterbildung zu unterstützen.

Kombinationskurs Sonographie / Psychosomatik

Das Fortbildungsangebot der Akademie beginnt im Frühjahr 2015 mit dem zum zweiten Mal stattfindenden Kombinationskurs Sonographie / Psychosomatik vom 23.-28. Februar 2015 in Berlin. Der AK „Bildgebende Systeme“ und der AK „Psychosomatische Urologie und Sexualmedizin“ haben in Zusammenarbeit mit der Akademie ein Kursangebot entwickelt, das insbesondere Assistenzärzten innerhalb einer Woche die Möglichkeit bietet, in zwei Fachgebieten umfassende Kenntnisse zu erwerben: der Sonographie als elementarem Untersuchungsverfahren in der Urologie und dem wichtigen, aber in der Ausbildung selten berücksichtigten Teilgebiet der Psychosomatischen Urologie, die eine ganzheitliche Behandlung der Patienten durch Erkennung psychosomatischer Zusammenhänge ermöglicht. Die Einzelkurse sind auf das 5-Jahres-Curriculum der JuniorAkademie anrechenbar – nähere Informationen erhalten Sie auf der Akademie-Homepage unter www.uro-akademie.de.

UroCurriculum/ Modul Urolithiasis

Seit vielen Jahren ist das UroCurriculum ein wichtiger Pfeiler der Fort- und Weiterbildungsaktivitäten der Akademie der Deutschen Urologen. In einem 5-jährigen Zyklus wird das Gesamtgebiet der Urologie behandelt. Zu jedem Thema werden durch den Modulbeauftragten Experten aus den Arbeitskreisen gebeten, den aktuellen Stand vorzustellen. Zielgruppen der Veranstaltung sind Urologen aus Klinik und Pra-

xis, die sich in regelmäßigem Intervall auf den jeweils neuesten Stand bringen lassen können, und Assistenten, denen, begleitend zur Facharztausbildung, ein Überblick über das gesamte urologische Fachgebiet vermittelt werden soll.

Vom 13.-14. März 2015 bietet die Akademie im Rahmen dieser erfolgreichen Reihe in Stuttgart das Modul Urolithiasis an, das den Teilnehmern ein Update zur Diagnostik, Therapie und Prävention gibt; zusätzlich werden „Urologische Notfälle“ einen weiteren Veranstaltungsschwerpunkt ausmachen; hierzu hat der AK Harnsteine als Modulverantwortlicher die Inhalte in enger Abstimmung mit dem AK Operative Techniken sowie unter Einbeziehung weiterer Arbeitskreise konzipiert. Alle Blöcke werden wie üblich durch Kasuistiken mit interaktiver Diskussion ergänzt.

UroAktuell

Bereits zum vierten Mal und somit als fest etablierte Veranstaltung wird die Akademie vom 23.-25. April 2015 wieder UroAktuell als strukturierte, curriculäre Fort- und Weiterbildung für Ärztinnen und Ärzte an zwei Tagen (Freitag / Samstag) anbieten. UroAktuell findet traditionell Ende April / Anfang Mai statt. Als Tagungsorte sind zukünftig im jährlichen Wechsel die Städte Dresden und Mannheim vorgesehen. Im kommenden Jahr freuen wir uns, Sie in Mannheim begrüßen zu dürfen. Neben der kompakten Auffrischung des urologischen Wissens, bezogen auf die praxisrelevanten Neuerungen der letzten zwölf Monate, wird es am Freitag-nachmittag auch einen Vortrag zum Patientenrechtgesetz geben. Wie üblich wird zu jedem Fachgebiet die Betrachtung von Einzelfällen einschließlich Diskussion gehören. Am Vortrag von UroAktuell (Donnerstag) werden wieder praxisnahe Ganztags-Seminare und Kurse veranstaltet. Hierzu zählen ein Andrologieseminar und Spermiogrammkurs, ein Urodynamikseminar sowie ein Sonographiekurs mit Live-Sonographie.



Darüber hinaus bieten wir zwei DRG-Kurse, jeweils halbtägig, an: Der Vormittags-/Anfängerkurs gibt eine Einführung in die Grundlagen des DRG-Systems, während am Nachmittag den Fortgeschrittenen ein Update zur aktuellen Entwicklung gegeben wird. Wir danken den entsprechenden Arbeitskreisen für die Organisation der vorgenannten Programminhalte. Ein weiteres, unter Federführung der Wissens-Akademie gestaltetes, halbtägiges Seminar am Donnerstagvormittag widmet sich der Evidenzbasierten Medizin in Klinik und Forschung. Am Donnerstagnachmittag richtet sich außerdem ein halbtägiges Seminar an künftige Chefärzte in Bezug auf die ökonomische Klinikführung mit Vorträgen zu den Themen ökonomische Rahmenbedingungen der Kliniken in 2015, von den INEK-Daten zum DRG-Budget, Umgang mit dem Budgetkalkulationstool 2015 bis hin zur Identifizierung von Wachstumsstrategien. Darüber hinaus bietet der BDU erneut ein ganztägiges Praxisseminar zur Leitliniengerechten Prostatabiopsie in der Praxis an, bestehend aus Theorie und anschließenden praktischen Übungen. ac

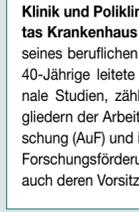
Neu im DGU-Vorstand

Seit der Mitgliederversammlung auf dem 66. DGU-Kongress Anfang Oktober 2014 in Düsseldorf hat die Fachgesellschaft zwei neue Vorstandsmitglieder: Professor Dr. Tilmann Kälble aus Fulda wurde zum 2. Vize-Präsidenten und Leiter des Ressorts internationale Beziehungen und Professor Dr. Maximilian Burger aus Regensburg zum Leiter des Ressorts Forschungsförderung gewählt. Die beiden neuen Gesichter im Vorstand haben in der Urologie natürlich längst einen Namen, gelten als ausgewiesene Experten für urologische Tumorerkrankungen und engagieren sich seit Jahren für ihr Fachgebiet.

So ist Professor Tilmann Kälble seit 1999 Direktor der Klinik für Urologie und Kinderurologie am Klinikum Fulda und vielen als einer der beiden Vorsitzenden der TeamAkademie und damit als Organisator der Pflegekongresse im Rahmen der DGU-Jahrestagungen bekannt. Großes Engagement zeigte der 55-Jährige auch bei der Etablierung des Bachelor-Studiengangs „Arztassistent in der Urologie“.



Professor Dr. Maximilian Burger wurde nach Stationen in Mainz, Erlangen und Würzburg im Oktober 2013 auf den Lehrstuhl für Urologie an der Universität Regensburg berufen und kehrte damit zugleich als Direktor der Klinik und Poliklinik für Urologie am Caritas Krankenhaus St. Josef an die Wurzeln seines beruflichen Werdegangs zurück. Der 40-Jährige leitete bereits einige internationale Studien, zählt zu den Gründungsmitgliedern der Arbeitsgruppe urologische Forschung (AuF) und ist als Leiter des Ressorts Forschungsförderung im DGU-Vorstand nun auch deren Vorsitzender.



Tabuthemen aus der Mitte der Gesellschaft: Inkontinenz – Dekubitus – Katheterversorgung – Multimorbidität

Parlamentarisches Frühstück der DGU in Berlin zum Thema Urologie und Pflege

Von Franziska Engehausen



Franziska Engehausen: Leiterin des DGU-Hauptstadtbüros

eine ganze Weile beschäftigten. Es ist uns ernst damit, und ich als Abgeordnete bin der DGU dankbar, dass sie dieses Thema aufgreift“. Nachdem am 17. Oktober 2014 das Pflege-stärkungsgesetz I im Bundestag verabschiedet wurde, ist der zweite Teil dieses Gesetzes schon in Arbeit. Die anwesenden Bundestagsabgeordneten betonten ihre Bereitschaft, gerade in Bezug auf das Thema der Veranstaltung „Urologie und Pflege“ Ideen aufzugreifen und Impulse mitzunehmen. Urologie umfasst mehr! Mit dem Motto des 67. DGU-Kongres-

ses im Jahr 2015 in Hamburg eröffnete der Generalsekretär der DGU, Professor Oliver Hakenberg, das frühmorgendliche Treffen in der Deutschen Parlamentarischen Gesellschaft mit Abgeordneten und Pressevertretern. In der sich rasant verändernden Gesundheitsversorgung – auch aufgrund des demografischen und ökonomischen Wandels – verändern sich auch in der Pflege im Pflegeheim die Herausforderungen. Für einen Fachbereich wie den der Urologie ist es wichtig, sich mit diesen Veränderungsprozessen in der Versorgungsqualität und -struktur auseinanderzusetzen mit dem Ziel, die menschenwürdige Behandlung gut zu gestalten. Denn in einer älter werdenden Gesellschaft rücken die Themen, die mit dem zunehmenden Alter einhergehen könnten, immer mehr in die Mitte der Gesellschaft. Inkontinenz, Katheterversorgung, Dekubitus und Multimorbidität sind keine Tabuthemen mehr. Aber es lohnt sich darüber zu reden, wer welche Aufgaben hat und wie die Gesellschaft, die Politik und die Leistungserbringer, Urologen, Assistenz- und Pflegepersonal, damit umgehen. Was sind die Anforderungen der unterschiedlichen Beteiligten und wie sieht die aktuelle Situation in den Pflegeheimen aus? Diese Frage zog sich wie ein

roter Faden durch den Vortrag von Professor Bernd Schmitz-Dräger. Keine Antwort, aber ein klares Bekenntnis zu den Problemen der zu geringen und teilweise nicht optimal qualifizierten Personalausstattung in Pflegeheimen kam daraufhin aus den Reihen der Abgeordneten. „Wir wissen, dass in den Pflegeheimen zu wenig und zu gering qualifiziertes Personal ist. Und wir wissen, dass wir uns dieses Themas annehmen müssen. Dazu brauchen wir aber auch die Unterstützung der Fachärzte.“ Ein Resümee aus der Veranstaltung ist, dass die Ansprüche von Patienten, deren Angehörigen, Krankenkassen und Politik steigen und die Komplexität des Gesundheitssystems zunimmt. Veränderungen der Versorgung, der Berufsbilder und -tätigkeiten zeigte der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Urologie, Prof. Dr. Stephan Roth, am Beispiel der Inkontinenz bei Männern, Frauen und Kindern auf. Ein Bestandteil der Strategie der Urologie für die Zukunft ist die Fortbildung von Gesundheits- und Krankenpflegerinnen mit dem Ziel, den komplexen Herausforderungen mit kompetenten Fachkräften zu begegnen. Dazu wurde das Fortbildungscurriculum „Urologische Fachassistenz Inkontinenz“ entwickelt und bei der Bundesärztekammer eingereicht. Zum Ende der Veranstaltung waren sich alle Beteiligten einig, dass sich das frühe Aufstehen gelohnt hat und auch ein so schwieriges Thema wie Urologie und Pflege beim Frühstück ergebnisorientiert und interessant diskutiert werden kann.



Bewertung regionaler Unterschiede der Gesundheitsversorgung

Kritik am „Faktencheck Gesundheit“ der Bertelsmann Stiftung



Prof. Dr. Oliver Hakenberg: Generalsekretär der DGU

Von Oliver Hakenberg

„Faktencheck Gesundheit“ berichtete am 16. September über eine Analyse regionaler Gesundheitsversorgung in Deutschland - bezogen auf die Landkreise - anhand ausgewählter Eingriffe. Dabei wurde unter anderem festgestellt, dass es zwischen verschiedenen Landkreisen Unterschiede gibt – auf der Basis des Vergleichs der Bundesländer - stellt es die gleichen regionalen Versorgungsunterschiede in allen anderen untersuchten europäischen und außereuropäischen Ländern auch fest. Für Deutschland stellen die Autoren der OECD Studie ausdrücklich fest, dass es regionale Versorgungsunterschiede gibt, die aber nicht einfach erklärbar seien. Für die Autoren der OECD-Studien ergibt sich daraus die Notwendigkeit,

weitere Untersuchungen zu möglichen Unterschieden in der Inzidenz und Prävalenz der Erkrankungen, aber auch zu anderen möglichen Ursachen, so zu soziodemografischen und strukturellen Unterschieden im Gesundheitssystem durchzuführen, bevor Erklärungen gegeben werden können. Belastbare Ergebnisse bezüglich der möglichen Ursachen der festgestellten regionalen Versorgungsunterschiede, so die OECD-Studie, seien bislang nicht vorhanden. Demgegenüber liefert „Faktencheck Gesundheit“ mit den eigenen Landkreis-bezogenen Zahlen rasch auch schnell Erklärungen und Handlungsanleitungen. Regionale Unterschiede bei Operationsverfahren seien ein Ausdruck von regionaler „Übersversorgung“ bzw. „Übertherapie“, so auch bei der radikalen Prostataentfernung. Auch weiß Faktencheck, wer dafür verantwortlich ist, nämlich die Ärzte, die sich nicht ausreichend mit Leitlinien befassen und zuwenig Active Surveillance beim Prostatakarzinom anbieten würden. Auch gäbe es vielleicht nicht genügend Strahlentherapie, so Faktencheck Gesundheit. Im Vergleich zur OECD-Studie zeigen die Verlautbarungen von „Faktencheck Gesundheit“ einen deutlichen Mangel an kritischer Bewertung der eigenen Zahlen. Es werden interaktive Karten mit farblicher Hervorhebung der Landkreise gezeigt, die statistische Methodik, die der Analyse zugrunde liegt, wird nicht gewürdigt und eine Methodenkritik findet nicht statt. So erfährt man nicht, ob eine Varianzanalyse

durchgeführt wurde und ob die Unterschiede zwischen den verschiedenen Landkreisen überhaupt statistisch signifikant sind. Aus der Tatsache, dass in einem Landkreis 2 pro 10.000 männliche Einwohner radikal operiert wurden und in anderen aber 14 pro 10.000, folgern die Autoren von „Faktencheck Gesundheit“, dass der obere Wert eine Übertherapie darstelle. Womit diese Behauptung begründet werden kann, bleibt völlig offen. Die rein theoretische Möglichkeit, dass in Kreisen mit niedrigen Operationszahlen eine Untertherapie vorliegt, wird gar nicht erst in Betracht gezogen. Ein Abgleich mit Inzidenzzahlen oder der Häufigkeit von Strahlentherapie oder hormoneller Behandlung beim Prostatakarzinom findet nicht statt. Überhaupt muss man sich fragen, wie denn Durchschnittswerte überhaupt bewertet werden sollen, wenn jede Abweichung vom Durchschnittswert eine Auffälligkeit darstellt. Man kann kaum erwarten, dass bei Erhebung von regionalen Zahlenwerten alle Regionen grundsätzlich den gleichen Wert aufweisen können. Hier wird offenbar mit einer vorgefassten Meinung Zahlenmaterial interpretiert, dessen Erhebungsweise und Qualität eine wissenschaftlich Interpretation gar nicht erlaubt, ohne sehr viel weiter auszuholen. Es wird hier bedauerlicherweise die gebotene Gründlichkeit durch vorgefasste Meinungen ersetzt, was einer sachgerechten Information der Öffentlichkeit nicht dienlich ist.

Medizingeschichte:

„Urologie im Rheinland“



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

Von Friedrich Moll



buches gütig –, die effizienten Verwaltungsstrukturen und das Wirtschaftssystem prägen die Bevölkerung bis heute nachhaltig. Nach dem 2. Weltkrieg fand vom 15.-17. September 1948 in der Landeshauptstadt des 1946 gegründeten Bundeslandes Nordrhein-Westfalen, in Düsseldorf, wieder ein deutscher Urologenkongress statt.

Wissenschaftliche, ökonomische, berufspolitische und ethische Aspekte bestimmen das Handeln unserer Vorgänger, weshalb die Autoren eben keine am Fortschrittsparadigma orientierte „Erfolgsgeschichte“ aufzeichnen können, sondern lokale und raumbezogene Ereignisse, welche die Gesamturologie prägten. Somit veranschaulichen unsere historischen Untersuchungen aus unterschiedlichen Perspektiven, dass die Urologiegeschichte als

Teil der Medizingeschichte einen integrativen Bestandteil der lokalen Kultur- und Sozialgeschichte darstellt - ein Aspekt, der auch heute noch nicht unangefochten anerkannt ist. Daher spannt der Band einen Bogen über die Geschichte und Kunstgeschichte der Urologie und Medizin im Rheinland. Stets wird der lokale Bezug mit in den Blick genommen. Bedeutende Ärzte wie Bernhard Bardenheuer oder Gottfried Thelen werden ebenso dargestellt wie berühmte Patienten wie Heinrich Heine oder Robert Schumann. Aber auch niedergelassene Urologen wie Hans Koch werden vorgestellt oder kunstgeschichtliche Bezüge aufgezeigt. Kurzum, die Leser erwartet ein kurzweiliger und anregender Überblick über die lokale Urologieentwicklung mit Beispielen für den Urologiealltag in verschiedenen Epochen. Wenige Exemplare können noch gegen eine Schutzgebühr von 10,- Euro bei der Geschäftsstelle in Düsseldorf angefordert werden.

ZUM BESTELLEN

Für Ihr Wartezimmer: Informationen für Jungen

Die Etablierung der „Jungensprechstunde“ geht voran: Mit der gemeinsamen Initiative von DGU und Berufsverband soll männlichen Jugendlichen beim Urologen, analog zur Mädchensprechstunde beim Gynäkologen, ein ärztlicher Ansprechpartner an die Seite gestellt und eine Lücke im Männerleben geschlossen werden. Gleichzeitig engagieren sich DGU und BDU in Kooperation mit der Ärztlichen Gesellschaft zur Gesundheitsförderung e.V. (ÄGGF) bei der gesundheitlichen Bildung von Jungen in Schulen. Zuletzt konnten sich Urologinnen und Urologen auf dem 66. DGU-Kongress in zwei Veranstaltungen über die „Jungensprechstunde“ informieren. Seitdem ist auch eine entsprechende Broschüre für die Zielgruppe verfügbar und über das Bestellformular auf der Startseite von www.urologenportal.de zu beziehen. Der knapp 20-seitige Ratgeber von DGU und BDU entstand in Zusammenarbeit mit der ÄGGF, trägt den Titel „Starke Infos für Jungen“ und kann das Arztgespräch unterstützen oder ergänzen. Aber auch unabhängig vom Arztgespräch bietet die Broschüre verständliche Informationen zur körperlichen und emotionalen Entwicklung in der Pubertät und zur Sexualität und klärt über gesundheitsbewusstes Verhalten, typische urologische Erkrankungen beim Heranwachsenden, altersgerechte Impfungen und die Selbstuntersuchung der Hoden auf. Deshalb sind auch Mütter und Väter



in urologischen Praxen geeignete Übermitter, um die „Starke Infos“ an die Jungen zu bringen. Die nächste Gelegenheit, mehr über das Konzept der „Jungensprechstunde“ zu erfahren, haben Urologinnen und Urologen auf der Jahrestagung des Arbeitskreises Kinder- und Jugendurologie am 30. / 31. Januar 2015 in Mainz, kündigt DGU-Pressesprecherin Prof. Dr. Sabine Kliesch an. sg

LESERBRIEF

Die Redaktion behält sich, wie in diesem Fall, die Kürzung von Leserbriefen vor.

Leserbrief zum AKO/AUO Statement in UROlogisch 3/2014

AKO und AUO empfehlen auf der Grundlage des Abstracts einer Studie, die in diesem Jahr auf dem ASCO vorgestellt wurde (ECOG-E3805 Studie „Chaarted: ChemoHormonal Therapy versus Androgen Ablation Randomized Trial for Extensive Disease in Prostate Cancer“ NCT00309985), Patienten mit einem hormonsensitiven, metastasierten Prostatakarzinom bei hoher Metastasenlast eine kombinierte Chemohormontherapie. Das bedeutet eine Abkehr von einem jahrelangen Standard (S3-Leitlinie). Der Überlebensvorteil von 17 Monaten durch die Kombination wäre ein Durchbruch, denn die alleinige Hormonbehandlung verlängert nur das progressionsfreie Überleben und bessert die Symptome. Überraschend geben sie [AKO/AUO] eine „Empfehlung für die Praxis“ ab, obwohl – und das räumen die Kollegen ein – im off-label-Bereich argumentiert wird. Das ist ungewöhnlich, weil erst auf der Grundlage einer soliden Publikation die Methodik und damit die Validität überprüft werden können. Besonders erstaunlich – und für die handelnden Kollegen in der Praxis verwirrend – ist die Tatsache, dass sich AKO und AUO der Leitlinienterminologie bedienen. Diese wählen sie laut Editorial ganz bewusst. So wird

eine ähnliche Verlässlichkeit wie bei den mühsam erarbeiteten Empfehlungen der S3-Leitlinie suggeriert. Wer die Terminologie der Leitlinien-systematik benutzt, für den gelten vor allem im methodischen Bereich Vorbedingungen. Diese werden in dem „Aufruf“ sämtlich nicht erfüllt: keine Publikation der Studie im Volltext – was eine methodische Bewertung hinsichtlich Validität und Evidenzgüte unmöglich macht –, keine Aussagen über Nutzen und Wirksamkeit im Zusammenhang mit der Therapiekaskade von Abirateron bis Enzalutamid, keine indikationsbezogene Zulassung für Docetaxel, fehlendes interdisziplinäres Konsensusverfahren. Darüber hinaus ist nach den Grundsätzen des EbM ein Abgleich mit der im Gegensatz dazu stehenden GETUG-AFU vorzunehmen, nach möglichen Confoundern zu suchen und ggf. eine Metaanalyse vorzunehmen. Hier sind die zitierten Tanker einer soliden Leitlinie eindeutig den Schnellschüssen von AKO und AUO überlegen. Viel besser wären wir beraten, machten wir uns Gedanken über eine verbesserte Leitlinienarbeit, damit wir Verzögerungen von > 1 Jahr im „eigenen Hause“ beheben.

Lothar Weißbach, Berlin

Erwiderung zum Leserbrief zu den AKO/AUO Empfehlungen zur „CHAARTED“ Studie

Überlebensvorteile in randomisierten onkologischen Studien in der Größenordnung von > 12 Monaten sind selten. Nach unserer Einschätzung rechtfertigen solche Ergebnisse auch dann Empfehlungen „für die Praxis“, wenn es sich nur um eine Studie handelt, die bisher nur per Abstract präsentiert, aber nicht per Vollpublikation veröffentlicht ist. Die Wahrscheinlichkeit, dass in der Vollpublikation ein anderes Ergebnis präsentiert oder sich die Studie als nicht substantiiert erweist, halten wir für extrem gering. Im Sinne der betroffenen Patienten erachten wir es für angemessen, den behandelnden Ärzten eine „kann“ Empfehlung zu geben, eine solche Therapieoption anzubieten. Die Terminologie für Leitlinien hat hier keinerlei „Alleinvertretungsanspruch“, der an eine bestimmte Systematik gebunden ist. Vielmehr wird damit „allge-

meinverständlich“ ausgedrückt, dass – bei methodisch verbleibenden Unwägbarkeiten – eine solche Therapie in Betracht gezogen werden kann, aber keinesfalls ein Standard ist. Die Anregung, als Alternative zu „Empfehlungsschnellschüssen“ den „Leitlinien Tanker“ schneller zu machen, ist wohlfeil, aber unrealistisch. Die im August 2013 primär verabschiedeten S-3 Leitlinien Updates sind ein Jahr später immer noch nicht offiziell freigegeben. Bis die Ergebnisse der „CHAARTED“ Studie dort inkorporiert sind, werden sicher weitere 2 Jahre vergehen. Wir hielten in der konkreten Abwägung das Risiko, dass durch eine solche Empfehlung ein Patient fehlbehandelt wird, für deutlich kleiner als das Risiko, dass einem Patienten eine effektive Therapie vorenthalten wird.

Kurt Miller, Berlin

Impressum

UROlogisch!

Verantwortliche Herausgeber:
Prof. Dr. Sabine Kliesch
Prof. Dr. Oliver Hakenberg
Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V.
Uerdinger Str. 64
40474 Düsseldorf

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

Autoren:
Hendrik Borgmann
Andrea Chaya
Franziska Engehausen
Sabine M. Glimm
Oliver Hakenberg
Sabine Kliesch
Friedrich Moll
Stephan Roth
Johannes Salem

Grafik: Barbara Saniter

Druck: DBM Druckhaus
Berlin-Mitte GmbH

Auflage: 5500 Exemplare

Erscheinungsweise:
vierteljährlich

Ausgabe: 4 / 2014 – Dezember

Akademie Veranstaltungen 1. Quartal 2015

	Art der VA (Akademie, Arbeitskreise etc.)	Veranstaltungen	Datum	Ort
01 / 2015	JuniorAkademie	Urologie kompakt: Refresherkurs	14. – 18.01.2015	Stromberg
	AK Onkologie	Intensivkurs Uro-Onkologie – Teil 1 (von 3)	23. – 24.01.2015	Hohenkammer
	AK Kinder- und Jugendurologie	Jahrestagung des Arbeitskreises	30. – 31.01.2015	Mainz
	JuniorAkademie	Urologie kompakt: Refresherkurs	28.01. – 01.02.2015	Stromberg
02 / 2015	AK Endourologie	Workshop Oberer Harntrakt (URS (PCNL))	13. – 14.02.2015	Hamburg
	AK Psychosomatische Urologie und Sexualmedizin	Akademie-Kombinationskurs Psychosomatik Teil I	23. – 25.02.2015	Berlin
	AK Bildgebende Systeme	Akademie-Kombinationskurs: Sonographie Aufbau	25. – 28.02.2015	Berlin
	AK Onkologie	Intensivkurs Uro-Onkologie – Teil 2 (von 3)	27. – 28.02.2015	Hohenkammer
	AK Psychosomatische Urologie und Sexualmedizin	Basiskurs 4 Sexualmedizin in der Urologie – Teil A	27. – 28.02.2015	Düsseldorf
	AK Urologische Funktionsdiagnostik und Urologie der Frau	80. Seminar des AK	27. – 28.02.2015	Nürnberg
03 / 2015	Klinischer Hands-On-Kurs der Akademie UroSkills	TUR-P / TUR-B, PDD	05. – 06.03.2015	Tübingen
	Klinischer Hands-On-Kurs der Akademie UroSkills	Flexible / Rigide URS	09. – 10.03.2015	Hannover
	Klinischer Hands-On-Kurs der Akademie UroSkills	PNL und MiniPNL	12. – 13.03.2015	Mannheim
	UroCurriculum	Urolithiasis - Urologische Notfälle	13. – 14.03.2015	Stuttgart
	AK Onkologie	Intensivkurs Uro-Onkologie – Teil 3 (von 3)	13. – 14.03.2015	Hohenkammer

STELLENBÖRSE

Urologin/e für GP gesucht

Wir sind eine große urologische Gemeinschaftspraxis im KV-Bereich Baden-Württemberg mit einem breiten Angebot der konservativen Urologie, ambulante Operationen und den gängigen Zusatzbezeichnungen. Angeboten wird eine Anstellung Voll-/Teilzeit mit Option Einstieg. Erwartet wird FA mit Beherrschung gängiger Untersuchungsmethoden und deutsch als Muttersprache. fc-schroeter@t-online.de

Praxisvertretung gesucht

Mein Freund und Praxisnachbar, als Urologe in Schwerin niedergelassen, ist bei einem

Verkehrsunfall schwer verletzt worden. Ich wurde als Betreuer bestellt, seine Praxisinteressen zu vertreten. Die Suche nach einer ärztlichen Praxisvertretung hat für mich Priorität. Wir rechnen mit einem Ausfall von ca. 3 - 6 Monaten. Natürlich könnte man die Zeit auch fraktionieren. Sollten Sie interessiert sein, setzen Sie sich bitte mit mir in Verbindung. Jens.Birke@gmx.de
Tel.: 0385 4866025 oder 0172 3022556
Fax.: 0385 4866027

Oberarztstelle zu besetzen in Stavanger, Norwegen

Stavanger Universitets sjuke-

hus in Stavanger, Norwegen, sucht einen Facharzt für Urologie ab sofort. Das Universitätskrankenhaus versorgt eine Region von 350.000 Einwohnern mit Laparoskopie, robotisch assistierter Chirurgie, URS und einer großen Einheit für ambulantes Operieren. **Dr. Holger Kamps**
0047 47310349
Chefarzt, urologisk seksjon, SUS, Stavanger, Norwegen

Urologin (-e) in Ulm gesucht

Urologin (-e) im Südwesten zur Anstellung in Vollzeit gesucht. Wie bieten ein vielseitiges Spektrum, inkl. Op.-Spektrum,

med. Tumorthherapie und Andrologie. Da der Schwerpunkt Urogynäkologie weiter ausgebaut werden soll, sind entsprechende Vorerfahrungen von Vorteil. Die Fachkunde Andrologie und urologisches Fachlabor kann bei uns komplett erworben werden. Sie finden bei uns einen anspruchsvollen Arbeitsplatz in Ulm, einer attraktiven Stadt mit hohem Freizeitwert in Alpennähe. Bei der Wohnungssuche sind wir gerne behilflich!

Uropraxis Ulm, Dr. Horst Hohmuth und Kollegen
Olgastr. 139, D-89073 Ulm
+49-731-922840
hohmuth@uropraxis-ulm.de
www.uropraxis-ulm.de

Erstellung der Privatliquidation

Seit fast 25 Jahren bin ich mit der Erstellung von Privatliquidationen, sowohl im stationären Bereich mit OP-Bericht-Auswertung als auch im ambulanten Bereich für eine Urologische Universitätsklinik betraut. Zum 01. Januar 2015 gründe ich ein Einzelunternehmen und möchte hier meine Dienste für Krankenhausärzte, aber auch für die niedergelassenen Urologen anbieten. Für weitere Informationen stehe ich Ihnen gern zur Verfügung!
Ihre I. Beckmann
pas-iris-beckmann@gmx.de

Oberarzt Urologie

Die Urologische Klinik am Eichert in Göppingen sucht einen Klinischen Oberarzt mit endourologischer Erfahrung. Anbindung an das Urologische Zentrum Göppingen mit möglicher späterer Assoziation im Vertragsärztlichen Bereich ist gegeben. rainer.kuefer@kae.de

FA sucht Praxis

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