



Österreichische
Gesellschaft für Urologie
und Andrologie

Nachrichten der Österreichischen Gesellschaft für Urologie und Andrologie

Ausgabe

58

29. Jahrgang 2018



Martin Praska: Where have all the flowers gone, 120 x 150 cm, Öl/Leinwand

50 Jahre nach der 68er-Generation

4 Editorial

HAUPTTHEMA: 50 Jahre nach der 68er-Generation

- 7 **Editorial zum Hauptthema „50 Jahre nach der 68er-Generation“.**
K. Bretterbauer, Mistelbach; N. Mahne, Wien
- 10 **Servicecenter.** Koordination: K. Bretterbauer, Mistelbach;
N. Mahne, Wien
- 18 **Interview mit Univ. Doz. Dr. Doris Conci, MSc.:
Vorreiterin der Österreichischen Urologie.** M. Pallauf, Salzburg
- 22 **Interview mit Dr. Liane Kassati: Ein urologisches „Blinddate“.**
K. Bretterbauer, Mistelbach; N. Mahne, Wien
- 26 **„YOLO“ – Nachgefragt.** Koordination: K. Bretterbauer, Mistelbach
- 33 **Habilitationstourismus.** J. Stangl-Kremser, Wien
- 37 **Wer operiert was? – Eine standardisierte Umfrage zu Ausbildungs-
situation und Forschung der AssistenzärztInnen in Österreich.**
K. Eredics, Wien; K. Bretterbauer, Mistelbach
- 42 **Die strukturierte Ausbildungs-evaluation – Möglichkeit für eine
konstruktive Diskussion?** J. König, Linz; M. Harms, Linz;
K. Bretterbauer, Mistelbach
- 44 **Ausbildungsordnung neu – Was muss ich wissen?**
G. Ameli, Korneuburg
- 47 **„Der nächste Patient, bitte!“ Aber dann doch vielleicht erst morgen?**
B. Trabauer, Korneuburg
- 48 **Crazy Corner: Retroperitoneale Fibrose – Ist immer ein Morbus
Ormond die Ursache?** D. Rauter, M. Geyer, G. Ehrlich, M. Seles, Graz

- 50 **Die Seite des Präsidenten.** H.C. Klingler, Wien
- 52 **Gedanken des Generalsekretärs.** St. Madersbacher, Wien
- 54 **Aus der Fortbildungskommission.** St. Krause, Linz
- 55 **Aus dem AK Kinderurologie.** F. Nägele, J. Oswald, Linz
- 60 **Aus dem AK Blasenfunktionsstörungen.** M. Haydter, Wr. Neustadt
- 61 **Aus dem AK AssistenzärztInnen.** N. Mahne, Wien
- 63 **Breaking News**
- 64 **Kongressbericht: Think out of the Box**
- 68 **Ihre Seite – Die Seite der Leser: Leserbriefe**
- 71 **Urologische Studien in Österreich**

FEUILLETON

- 78 **„Die Generation Y versus die 68er“ – War es früher besser?**
O. Zechner, Wien
- 80 **Sollte Europa die Gesundheitssysteme Afrikas unterstützen?**
O. Zechner, Wien

83 TERMINE

- 84 **INTERVIEW mit Prim. Prof. Dr. H. Christoph Klingler, FEBU**
Katheterisierung – Stiefkind im klinischen Alltag?

86 PRODUKTE / NEUHEITEN

IMPRESSUM:

Herausgeber und für den Inhalt verantwortlich:

Prim. Univ. Prof. Dr.
Stephan Madersbacher, FEBU
Abteilung für Urologie und Andrologie
Kaiser-Franz-Josef-Spital
Kundratstraße 3, 1100 Wien
stephan.madersbacher@wienkav.at

Prim. Univ. Doz. Dr. Eugen Plas, FEBU,
FECSM

Abteilung für Urologie
Hanusch-Krankenhaus
Heinrich-Collin-Straße 30, 1140 Wien
eugen.plas@wgkk.at

Past-Herausgeber:

1990-2001:
Univ. Prof. Dr. Herbert Lipsky, Graz

2001-2012:
Univ. Prof. Dr. Othmar Zechner, Wien

Produktion / Marketing:

vermed, Fortbildung in der Medizin G.m.b.H.
St. Peter-Pfarrweg 34/11/47, 8042 Graz
Tel.: 0316 / 42 60 82
Fax: 0316 / 42 60 71
E-mail: office@vermed.at
Verantwortlich: Mag. Walter J. Stöckl

ISSN 2307-5597

Folgenden Firmen sei für die Unterstützung herzlich gedankt:

ANGELINI Pharma Österreich GmbH
ASTELLAS Pharma Ges.m.b.H.
FERRING Arzneimittel GmbH
GEBRO Pharma GmbH
JANSSEN-CILAG Pharma GmbH
Pharmazeutische Fabrik MONTAVIT Ges.m.b.H.
MEDA Pharma GmbH –
A Mylan Company
ROCHE Austria GmbH
SANOVA Pharma GmbH
TAKEDA Pharma GmbH

Die NÖGU – Nachrichten der
Österreichischen Gesellschaft für
Urologie und Andrologie:
Das offizielle Organ der ÖGU

uriVesc®



Zur Therapie der **überaktiven** Blase



1x täglich
1 Retard-
kapsel

- Keine Liquorgängigkeit¹
- Mittel der ersten Wahl für ältere Patienten (Priscus)²

¹ Staskin, et al. Int J Clin Pract. 2010 Aug; 64(8): 1294-1300. ² Holt S, et al. PRISCUS-Liste potenziell inadäquater Medikation für ältere Menschen. 2011.

 **Mylan**

Better Health
for a Better World

Editorial

Verantwortung

Der heurige deutsche Urologenkongress stand unter dem Motto **„Tradition, Innovation und Verantwortung“** mit besonderer Betonung auf der Verantwortung. Das letzte Editorial von Prof. Fornara als past Präsident der DGU in den Nachrichten der Deutschen Gesellschaft für Urologie stand ebenfalls unter dem Motto „Verantwortung“ (er bezog sich dabei im Besonderen auf die Nierentransplantation und die geplante Gesetzesänderung in Deutschland) und auch Alt-Bundespräsident a.D. Dr. Christian Wulff hat in seinem viel beachteten Festvortrag auf der DGU 2018 die Verantwortung als eine der zentralen Säulen unserer Gesellschaft definiert. Dr. Wulff hat diese Verantwortung auch oder insbesondere gerade von uns Ärzten im gesundheitspolitischen aber auch im gesellschaftspolitischen Kontext eingefordert.

Was bedeutet nun Verantwortung für unsere Profession und nur auf diesen Aspekt möchten wir eingehen

Verantwortung gegenüber den Patienten: Wir (Ärzte) sind dazu verpflichtet, den uns anvertrauten Patienten die beste medizinische Versorgung anzubieten. Unsere diagnostischen und therapeutischen Schritte müssen leitlinienkonform und so gut als möglich evidenzbasiert sein. Wir müssen unsere Patienten aufrichtig, ehrlich und „ungebiast“ über die verschiedenen Therapieoptionen aufklären: Je invasiver die Maßnahme, umso intensiver die Aufklärung. Die Aufklärung des Patienten darf nicht z.B. durch die an einer Abteilung vorhandenen Methoden beeinflusst werden. Es gibt eine Vielzahl von Publikationen zum „decision regret“ von Patienten, der umso größer ist, je tendenziöser und unehrlicher eine Aufklärung war. Peter Rheder hat auf der letzten Fortbildungstagung der ÖGU in Linz im Rahmen seines Vortrages den Begriff zur rekonstruktiven Chirurgie des Beckenbodens die „aggressive Aufklärung“ gebraucht, wenn es z.B. um komplexe, potentiell komplikationsreiche rekonstruktive Eingriffe geht. Weiters wies Günther Primus auf die

niedrige (geringe) Compliance und Adhärenz zur anticholinergen Therapie hin – zu einem beträchtlichen Prozentsatz – verursacht durch unrealistische Therapieziele und unkritische Patientenaufklärung.

Verantwortung bedeutet aber auch, die eigenen Grenzen zu kennen und zu akzeptieren sowie ggf. einen Patienten an einen Kollegen mit z.B. (gefühlter, geglaubter) größerer Erfahrung zuzuweisen. Diese Verantwortung inkludiert natürlich auch die Pflicht zur kontinuierlichen, lebenslangen Fortbildung.

Verantwortung bedeutet weiters verantwortungsvollen Umgang mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen. Es ist aus unserer Sicht völlig klar, dass der demographische Wandel, die immer teurer werdende Medizin mit all ihren Facetten diesbezüglich ein Umdenken auch von uns erfordert. Dass jeder Patient jede Therapie *ad infinitum* erhält, ist weder sinnvoll noch finanzierbar, politisch traut sich aber niemand, dieses heiße Eisen anzugreifen. Derzeit gilt noch immer – wir können alles, kriegen alles und machen alles.

Natürlich ist es im klinischen Alltag „leichter“ einem Tumorpatienten im weit fortgeschrittenen Stadium die 4. oder 5. Therapielinie zu verabreichen als in einem empathischen, vertrauensvollen und ehrlichem Gespräch mit dem Patienten den sukzessiven Therapierückzug mit „best supportive care“ zu vereinbaren. Liegt darin aber nicht die eigentliche Würze der Aussage – „best supportive care“!!!? Das ist doch eigentlich das, was wir dem Patienten geben wollen/sollen mit und/oder ohne supportiven Maßnahmen. Kein Chemotherapeutikum kann dies von sich behaupten, schon gar nicht ist dieser Teil im Beipacktext enthalten. Jenseits der 2.-3. Therapielinie gibt es für **keine** urologische Tumorerkrankung einen Evidenznachweis basierend auf randomisierten klinischen Studien. Schätzungen zufolge werden aber etwa 70% aller onkologischen Präparate in diesem Setting verabreicht.

Wir müssen uns kritisch mit den Therapieindikationen befassen: Eine rezente Untersuchung an Pflegeheimpatienten mit einem Dauerkatheter, die einer TURP



Prim. Univ. Prof. Dr. Stephan Madersbacher, FEBU



Prim. Univ. Doz. Dr. Eugen Plas, FEBU, FECSM

Es gibt eine Vielzahl von Publikationen zum „decision regret“ von Patienten, der umso größer ist, je tendenziöser und unehrlicher eine Aufklärung war.



Partner der Urologen

WERDEN SIE AKTIV. DAMIT ER AKTIV BLEIBT.

DIE ZUVERLÄSSIGE HORMONTHERAPIE BEIM PROSTATAKARZINOM



WIRKSAM
Effektivität durch
Studien belegt



INNOVATIV
Galenik mit nur
1 ml Flüssigkeit



PATIENTENFREUNDLICH
Fast schmerzfreie Applikation

LEUPRORELIN  **Enantone**[®]
LHRHa - Monats - Depot

LEUPRORELIN **Trenantone**[®]
LHRHa 3 Monats - Depot

LEUPRORELIN **Sixantone**[®]
LHRHa 6-Monats-Depot

unterzogen wurden zeigte, dass innerhalb von 12 Monaten 30% der Patienten verstorben waren und von den anderen 70% wiederum 95% neuerlich eine Harnableitung hatten (auch wenn die Indikation zur neuerlichen DK-Einlage wohl auch pflegerische Gründe gehabt haben wird).

Moderndes PSA-basiertes opportunistisches Screening sieht (siehe S3-Leitlinie) individuelle Screeningintervalle von bis zu 4 Jahren bei Patienten mit sehr niedrigen PSA-Werten vor. Würde dies konsequent umgesetzt werden, könnten die Wartezeiten auf einen Facharzttermin deutlich reduziert werden, auch dies fällt unter verantwortungsvollen Einsatz der immer knapper werdenden Ressourcen.

Ein besonders kritischer Aspekt hierbei sind die Medizinprodukte, die nahezu alle ohne ausreichende klinische Testung auf den Markt kommen. Hier ist die Verantwortung primär der Abteilungsleiter einzufordern, nicht jede „Innovation“ kritiklos zu übernehmen, sondern von den Herstellern die entsprechenden aussagekräftigen Studien zu fordern. In den BPH-Leitlinien, nur um ein Beispiel zu erwähnen, werden nur mehr Technologien empfohlen, für die valide Phase-III Studien vorliegen.

Die Liste ließe sich lange fortsetzen.

Jeder von uns hat aber auch eine Verantwortung gegenüber der ÖGU. Am Ende jeder Jahreshauptversammlung erfolgt seit Jahren die Aufforderung an alle Mitglieder, jegliche Wünsche und Anregungen zur Verbesserung unserer wissenschaftlichen Gesellschaft an den Vorstand zu melden. Der Response war – sagen wir – zumindest in den letzten 5 Jahren, die ich als Generalsekretär überblicke, überschaubar. **Eine wissenschaftliche Gesellschaft ist aber nur so stark wie der Input seiner Mitglieder!** Funktionierende Arbeitskreise brauchen aktive Mitglieder, die sich bei Fortbildungsveranstaltungen aktiv einbringen, Ideen für wissenschaftliche Fragestellungen erarbeiten und bei klinischen Studien mitarbeiten und natürlich auch an der Jahreshauptversammlung aktiv teilnehmen. Diesbezüglich ist die Initiative von Andreas Jungwirth zu begrüßen, der sich Gedanken um eine Erneuerung (mit einem Fokus auf die junge Generation) der ÖGU gemacht hat und mit einer Arbeitsgruppe Verbesserungsvorschläge erarbeiten wird, um unsere wissenschaftliche Gesellschaft fit für die Zukunft zu machen.

Verantwortung bedeutet aber auch

Was gänzlich abzulehnen ist, sind verletzende und herablassende Äußerungen oder wenn – so wie zum Teil in der nationalen/internationalen Politik heute üblich, mit „fake news“ oder „alternative facts“ argumentiert wird und bewusst falsche Fakten oder Zitate eingesetzt werden. Dies ist einer wissenschaftlichen Gesellschaft unwürdig und das genaue Gegenteil von einem verantwortungsvollen Umgang miteinander.

verantwortungsvollen Umgang miteinander. Die zunehmende Schwierigkeit, engagierte Ärzte für Ausbildungsstellen zu finden und vor allem Fachärzte im öffentlichen System zu halten, hat zweifelsohne zur einer deutlichen Verbesserung des Umgangs auf den Abteilungen/Universitätskliniken geführt. Es ist heute völlig undenkbar, mit Mitarbeitern so umzugehen, wie dies zum Beispiel zu meiner (St. Madersbacher) Ausbildung im AKH-Wien der Fall war – und ich bin überzeugt, dass das ein echter Fortschritt ist, geschweige denn Träume von der „guten alten Zeit!“. Wir müssen in der fachlichen Diskussion, die durchaus auch kontroversiell und lebendig sein kann, auch immer darauf bedacht sein, respekt- und verantwortungsvoll miteinander umzugehen. **Was gänzlich abzulehnen ist, sind verletzende und herablassende Äußerungen oder**

wenn – so wie zum Teil in der nationalen/internationalen Politik heute üblich, mit „fake news“ oder „alternative facts“ argumentiert wird und bewusst falsche Fakten oder Zitate eingesetzt werden. Dies ist einer wissenschaftlichen Gesellschaft unwürdig und das genaue Gegenteil von einem verantwortungsvollen Umgang miteinander.

Verantwortung im gesellschaftspolitischen Kontext: Wir kommen nochmals auf den Festvortrag von Dr. Wulff zurück. Er fragte – an das Auditorium von etwa 2.000 Urologen gerichtet – wer denn von den Zuhörern heute politisch aktiv ist. Dr. Wulff meinte: „Viele von Ihnen sind in Tennis-, Golf- oder Segelclubs aktiv, aber engagiert sich jemand politisch?“ Auf Grund unserer Erfahrung, Ausbildung, unseres Wissens und auch der angesehenen Stellung in der Gesellschaft (in allen Rankings rangiert der Arztberuf ganz oben, meist nur knapp hinter Feuerwehrmännern/Frauen und dem Pflegeberuf) haben wir auch in diesem Aspekt eine besondere Verantwortung. Wir – als Ärzte mit großem Fachwissen – sollten (müssen) uns aber vermehrt in den politischen Diskurs einbringen, aktivere Mitglieder der Zivilgesellschaft sein. Themen gäbe es viele: Unser Gesundheitssystem hat sich in den letzten 40 Jahren nicht wesentlich verändert bzw. weiterentwickelt. Wir bieten eine sehr gute (aber auch sehr teure) Versorgung in der Breite, hinsichtlich der Spitzenmedizin haben wir – zumindest in der Urologie – den internationalen Anschluss verloren. Können wir garantieren, dass auch die nachkommenden Generationen eine ebenso gute medizinische Versorgung wie die jetzigen bekommen? Wie schaffen wir in Zukunft den Spagat zwischen medizinischem Fortschritt, Demographie und Ökonomie? Werden wir in Zukunft genug Ärzte im öffentlichen Gesundheitssystem haben? Wie könnte die Rolle von „specialized nurses“ in unserem Fachbereich aussehen? Wie gehen wir mit den geänderten Wünschen und Lebensmodellen der Generationen Y und Z und der zunehmenden Feminisierung der Medizin um? All diese gesundheitspolitischen Aspekte erfordern unseren Input und es ist unsere Verantwortung, diesen Input zu liefern.

St. Madersbacher, E. Plas

Hauptthema

Editorial

Unsere Generation verstehen – doch eigentlich tun wir es selbst nicht

K. Bretterbauer, N. Mahne

„Das kannst du doch nicht schreiben! – Bist du narrisch? – Das würde ich nicht machen! – Damit gewinnst du keine Freunde! – Das schafft Unfrieden! – Ich würde mich nicht so weit aus dem Fenster lehnen.“

So ungefähr klang die Resonanz bei der Anfrage an unsere Assistenzarzt-KollegInnen, kritische Artikel für diese Ausgabe der NÖGU zu verfassen.

„Ich bin leider ein Pessimist und somit denke ich, dass niemand meine Sicht zu meiner Ausbildung lesen möchte. – Ehrliche Antworten zu diesen Fragen sind mir zu persönlich ... – Ich bekomme das mit den Fragen nicht hin. Ich war so unzufrieden mit meiner Ausbildung im letzten Jahr und habe Angst, dass das dann viel zu kritisch klingt ... – ... ich bin zum Entschluss gekommen, meinen Artikel nicht zu veröffentlichen. Wir sind derzeit in einer etwas schwierigen, unsicheren Situation und das Letzte, das unsere Abteilung momentan brauchen kann, ist eine systemkritische Privatmeinung einer Person, die an dieser Abteilung angestellt ist. Das würde nur Nachteile bringen ...“

Dies waren die Antworten auf unsere Bitte hin, Fragen zur Ausbildung zu beantworten, um die aktuelle Zufriedenheit der Ausbildung beleuchten zu können.

„50 Jahre nach der 68er Generation“ oder etwas weniger sperrig: „Jetzt sprechen die Jungen“, lautet der

gewählte Titel der Herausgeber. Zu Beginn fiel es uns schwer, uns auf diese Thematik einzulassen, da wir uns erst mit der Geschichte beschäftigen mussten, um ein Verständnis für eine Zeit zu bekommen, in der wir nicht gelebt haben. Unsere ersten Assoziationen zur 68er Generation waren: Antibaby-Pille, sexuelle Revolution, freie Liebe, Flower Power, Hippies, Woodstock Festival, Kommunen, LSD, Che Guevara, Vietnamkrieg, Beatles, Mondlandung und die erste Herztransplantation. In den Medien wird aus dieser Epoche von Bürgerrechtsbewegungen und zivilgesellschaftlichen Protesten, dem Wunsch nach Bildung und der Frauenbewegung berichtet. Doch bei solchen Antworten fragt man sich, wohin sind der Kampfgeist und die Ideen der 68er Generation hin verschwunden? Wer ist noch mutig genug, seine Meinung zu vertreten, aufzufallen und zu versuchen, etwas zu verändern? Liegt es an der Generation Y, deren Vertreter wir sind?

Bei der angesprochenen Generation Y handelt es sich um junge Erwachsene, die unter dem Einfluss von digitalen Medien aufgewachsen sind und deshalb auch als „Digital Natives“ bezeichnet werden. Dieser Einfluss, sowie weitere Faktoren, wie z.B. der Wohlstand der Eltern im Gegensatz zu den Nachkriegsgenerationen, haben dazu geführt, dass die Generation Y anders ist als die sogenannten „Babyboomer“, die in den 60er Jahren geboren wurden.



**Dr. Katharina
Bretterbauer**



Dr. Nina Mahne

Das Zusammentreffen von Generationen stellt Abteilungsleiter (meistens der Generation X angehörig) vor neue Herausforderungen. Denn die Generation Y – und damit die Assistenzärzte – bringt eine ganz andere Einstellung zum Beruf und auch zum Leben mit, als die „alten Hasen“.

Viele von uns sind in materiellem Wohlstand und Überfluss aufgewachsen und wissen nicht, wie sich z.B. Existenzangst anfühlt. Viele wurden im Glauben erzogen, ihnen stehe die Welt offen und bei manchen hat man den Eindruck, auch zu Füßen. Für viele ist es in der aktuellen Lebensphase nicht relevant, im Hamsterrad zu laufen, um einen Wohlstand aufzubauen. Wir sind die Erben ...

Gleichzeitig aber wird uns mehr und mehr bewusst, dass wir den Lebensstandard unserer Eltern, den sie auch uns bis dato ermöglicht haben, wohl so nicht mehr halten können. Durch die Globalisierung sind wir geprägt vom Phänomen der Multioptionalität. Gefühlt in allen Lebensbereichen können wir zwischen Tausenden von Optionen auswählen.

Hauptthema: 50 Jahre nach der 68er-Generation

Die Generation Y hinterfragt grundsätzlich ihre individuellen Verhältnisse und das eigene Arbeitsleben. Machen mich mein Job und die Umstände bzw. Bedingungen, unter denen ich arbeite, zufrieden? Und ist dies nicht der Fall, wie kann ich meine Situation ändern? Man könnte es einerseits als eine Art des Egoismus betrachten, doch andererseits hat man den Eindruck, als entwickle die Generation Y ein größeres Bewusstsein für die persönlichen (Lebens-)Wünsche. Die Personen dieser Generation sind immer seltener bereit, widrige Arbeitsbedingungen oder Unvereinbarkeit von Familie und Beruf in Kauf zu nehmen. Sie fragen sich: „Warum soll ich unter diesen Bedingungen arbeiten, wenn es doch Alternativen und einen Mangel an Ärzten gibt?“. Eine Studie besagt, dass die Generation Y eine doppelt so hohe Wahrscheinlichkeit aufweist, nach zwei Jahren den Job zu wechseln als noch die Generation X. Die Generation Y ist lernwillig, lernbereit, arbeitswillig, flexibel und anpassungsfähig. Der Job soll Spaß machen und die Forderung nach Privatleben ist sehr ausgeprägt – Stichwort „Work-Life-Balance“. Sowohl Frauen als auch Männer wollen Beruf und Familie unter einen Hut bringen. Und immer mehr Männer sind – zum großen Erstaunen der Männer der Generation X – bereit, zugunsten der Karriere der Partnerin beruflich kürzerzutreten oder sogar in Karenz zu gehen oder zeitweise die Rolle des Hausmanns zu übernehmen.

Wie könnte es nun gelingen, unsere Generation zu motivieren? Um dies zu verstehen, müssen wir den Begriff der Motivation beleuchten:

Motivation 1.0*: In der Steinzeit kämpfte der Mensch ums Überleben. Sein Antrieb richtete sich primär auf die Befriedigung seiner Grundbedürfnisse

nach Verteidigung, Flucht, Fortpflanzung, Schlaf, Atmung und Nahrung.

Motivation 2.0 oder extrinsische Motivation: In der Zeit, in der Menschen komplexe Gesellschaften aufbauten, basieren Zusammenarbeit und -leben auf einem weiteren Antrieb: dem Streben nach Belohnungen und der Vermeidung von Bestrafungen. In den letzten zwei Jahrhunderten war es genau dieses Motivationssystem, das unseren wirtschaftlichen Fortschritt und Erfolg mit ankurbelte.

Motivation 3.0 oder intrinsische Motivation: In uns stecken drei weitere angeborene psychologische Bedürfnisse: das Bedürfnis nach Kompetenz, nach Selbstbestimmung und nach Verbundenheit. Wenn diese befriedigt sind, sind wir motiviert, leistungsfähig und zufrieden.

Fast niemand aus der Generation Y will sich rein über das extrinsische Motivationsverständnis führen lassen (andere Generationen übrigens auch nicht mehr). Sie sind kreatives und vernetztes Arbeiten gewöhnt. Je sinnhafter die Tätigkeit und größer der Nutzen ihres Werkes ist, desto zufriedener sind wir. „Learning by doing and doing by feedback – Arbeitszeit ist Lebenszeit – Love what you do, then you will do it good.“

Der Job muss erfüllend sein. Langfristig kann er das erst sein, wenn der intrinsisch motivierte Anreiz sichergestellt ist. Und das bringt Unternehmen und Führungskräfte in eine ganz neue Form der Bringschuld. In der Fachsprache spricht man hierbei von „Employer Value Proposition“ – dem Mehrwert, den Unternehmen für ihre Belegschaft liefern.

Führungskräfte haben nun die Aufgabe, die Eigenschaften der Vertreter

der Generation Y positiv und geschickt einzusetzen, um die jungen Leute für den Beruf zu begeistern. Ziel sollte es sein, gemeinsam mit unterschiedlichen Generationen Rahmenbedingungen zu schaffen, die ein effizienteres Miteinander ermöglichen.

Die Führungskräfte sollten die Interessen und Bedürfnisse ihrer Mitarbeiter kennen. Sie sollten zudem die Stärken und Schwächen jedes einzelnen kennen und diese auch kommunizieren. Veränderungsvorschläge sollten in Gesprächen erarbeitet werden. Somit würde sich jeder einzelne (wie erwähnt legt die Generation Y Wert auf Individualität) verstanden und wertgeschätzt fühlen.

Leider können wir kein Rezept anbieten, um die jungen Leute zu motivieren, denn auch wir sind oftmals daran gescheitert. Kritik, Resonanz, Wünsche oder Anregungen zu unserer Arbeit im Arbeitskreis erhielten wir selten. Wir sind uns bewusst, dass die Mitgliedschaft im AK freiwillig ist, jedoch könnte er ein Instrument sein, um mit vereinten Kräften und vielen Stimmen (und wir sind ca. 160 in Österreich) eine Änderung oder Verbesserung unserer Ausbildung zu erreichen. Die Vernetzung haben wir auf unterschiedlichen digitalen Plattformen und via Postweg vorangetrieben und trotzdem gibt es Kollegen, die noch nie vom Arbeitskreis gehört haben.

*Quelle: aus dem Buch „Die spinnen, die Jungen“ von Steffi Burkhart

Mit kollegialen Grüßen
Dr. Katharina Bretterbauer &
Dr. Nina Mahne
Vorsitzende des Arbeitskreises
AssistenzärztInnen
von 2016 bis 2018

In eigener Sache: „Die Geister, die sie riefen ...“

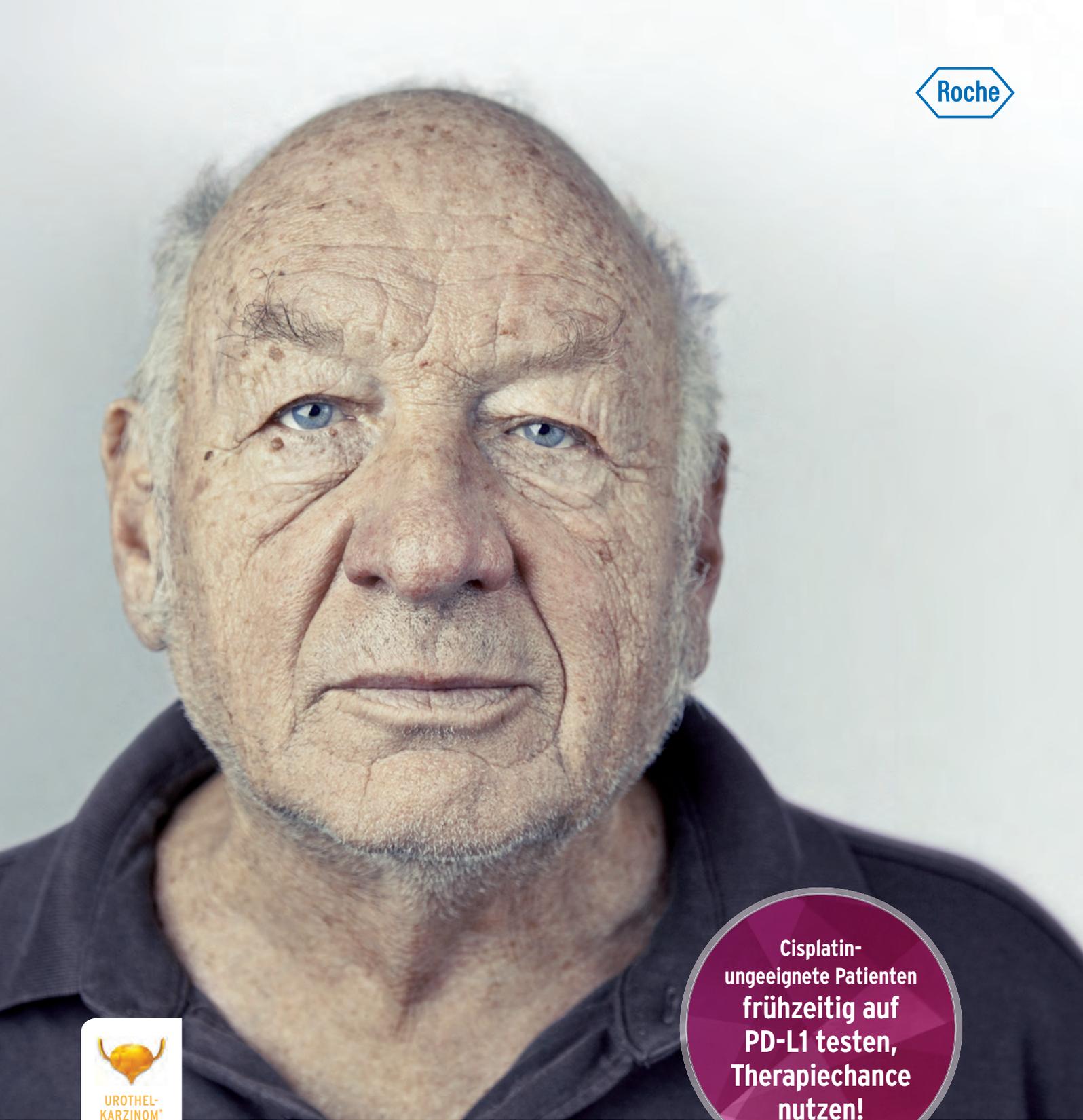
Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Im Zuge der Planung dieser Ausgabe, schlugen die beiden Co-Herausgeberinnen der NÖGU Nr. 58 – Nachrichten der Österreichischen Gesellschaft für Urologie und Andrologie, Dr. Katharina Bretterbauer und Dr. Nina Mahne vor, auf der Homepage des Arbeitskreises AssistenzärztInnen (www.young-urology.at) ein neues Kommunikationstool zu schaffen. Mit Hilfe eines QR-Codes sollte man – nach Anmeldung bzw. Registrierung – auf der Homepage des

Arbeitskreises die Möglichkeit bekommen, die Beiträge des Hauptthemas zu kommentieren. Es war geplant, die Reaktionen dann in der folgenden Ausgabe zu veröffentlichen.

Leider gab es Probleme bei der Umsetzung. Wir werden das Projekt aber weiterverfolgen und arbeiten daran, dieses Service für zukünftige Ausgaben der NÖGU auf der Homepage der ÖGU (www.uro.at) zu verwirklichen.

Die Redaktion



Cisplatin-
ungeeignete Patienten
frühzeitig auf
PD-L1 testen,
Therapiechance
nutzen!

ICH WILL AUCH MIT KREBS AN EINE ZUKUNFT GLAUBEN KÖNNEN.

Einfache PD-L1-Testung nur auf Immunzellen:

Cisplatin-ungeeignete Patienten mit PD-L1-Expression $\geq 5\%$
auf Immunzellen im Tumor können von **TECENTRIQ®** profitieren.¹

Das Immunsystem kann mehr.
TECENTRIQ® ▼
atezolizumab

▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Dies ermöglicht eine schnelle Identifizierung neuer Erkenntnisse über die Sicherheit. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung zu melden. Meldung von Nebenwirkungen an: Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen, Traisengasse 5, 1200 Wien, Österreich, Fax: + 43 (0) 50 555 36207, Website: <http://www.basg.gv.at/> und an Roche Austria GmbH, www.roche.at.

* **TECENTRIQ®** als Monotherapie wird angewendet bei erwachsenen Patienten zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder metastasierten Urothelkarzinoms (UC) nach vorheriger platinhaltiger Chemotherapie oder die für eine Behandlung mit Cisplatin als ungeeignet angesehen werden, und deren Tumoren eine PD-L1-Expression $\geq 5\%$ aufweisen.¹
¹ **TECENTRIQ®** Fachinformation, Roche, Juli 2018.

Service-Center

Koordination: K. Bretterbauer, N. Mahne



© iStock / Kerrik

Darf ich als Assistenzarzt „vertreten“ gehen?

Man darf in einer Ordination nur arbeiten, wenn man dort als LehrpraktikantIn angestellt ist, bzw. über eine (Facharzt-) Berufsberechtigung verfügt.

Wer haftet? Grundsätzlich der, der Partner des Behandlungsvertrags ist (also der niedergelassene Facharzt). Wenn du „vertrittst“, werden deine Handlungen ihm zugerechnet. ABER, der Patient kann es sich aussuchen, wen er (zivilrechtlich) klagt. Er kann auch direkt dich klagen. Deine Berufshaftpflichtversicherung deckt dies nicht, da du dich außerhalb des Berufsrechts bewegst.

Heißt das nun, dass ich mit einem IUS PRACTICANDI "vertreten" darf? JEIN... Berufsrechtlich ginge es, da es für Ärzte für Allgemeinmedizin keine Sonderfach-Beschränkung gibt. Aber dienstrechtlich geht es schon nicht mehr so einfach, denn Assistenzärzte sind eben als Ärzte in Ausbildung angestellt und nicht mit der Berechtigung oder gar Verpflichtung, Fachärzte zu vertreten. Auch haftungsrechtlich ist es so eine Sache, weil man im Turnus für Allgemeinmedizin ja meistens eben nicht fachärztliches Wissen erwirbt.

So eine „Vertretung“ sollte also gut überlegt und jedenfalls mit dem Dienstgeber geklärt sein.

Schriftliche Stellungnahme der Wiener Ärztekammer

Ich möchte gerne wissenschaftlich arbeiten, aber an meiner Abteilung finde ich nicht die Unterstützung die ich brauche – was kann ich tun?

Nutze die Start-up Beratung für wissenschaftliche Studien/Projekte der ÖGU mit dem Ziel, eine effiziente Unterstützung für junge, wissenschaftlich interessierte Kollegen zu bieten.

Ablauf:

- 1) Formlose Anträge/Studienprotokolle/ Ideen sollen an **Univ. Prof. Dr. Stephan Madersbacher** (stephan.madersbacher@wienkav.at) elektronisch geschickt werden.
- 2) Nach Sichtung des Antrags wird in einem persönlichen Gespräch mit Prof. Madersbacher und dem Antragsteller das weitere Procedere besprochen (Umsetzbarkeit, Kooperationspartner, Kontakt mit den entsprechenden Arbeitskreisen, Ethikkommissionsantrag, Unterstützung beim Verfassen eines Abstrakts/ Artikels etc.).
- 3) Als wissenschaftlicher Leiter der Start-up Beratung fungiert o. **Univ. Prof. Dr. W. Horninger**, der alle ausgearbeiteten Anträge sichtet/ kommentiert.
- 4) Ist eine statistische Analyse/Expertise erforderlich, so wird diese von der Start-up Beratung organisiert und – bei Bedarf – von der ÖGU finanziert.

Dieses Angebot zur Start-up Beratung richtet sich primär (aber natürlich nicht ausschließlich) an junge, wissenschaftlich interessierte KollegInnen in Ausbil-

dung zum Facharzt für Urologie im außeruniversitären Bereich (Voraussetzung: Mitgliedschaft bei der ÖGU). Wir bitten diesbezüglich um Verständnis der jungen KollegInnen an den Universitätskliniken, da die Voraussetzungen für eine klinische Forschung wie Expertise/Infrastruktur dort doch deutlich besser gegeben sind. Davon ausgenommen sind selbstverständlich Gemeinschaftsarbeiten (universitär – extrauniversitär), diese würden sogar explizit befürwortet.

Der Vorstand der ÖGU hofft, mit dieser Initiative junge Kollegen in ihrer wissenschaftlichen Aktivität effizient und unbürokratisch zu unterstützen und den wissenschaftlichen Output der österreichischen Urologie und damit deren Ansehen zu steigern.

von Prim. Univ. Prof. Dr. Stephan Madersbacher für den Vorstand der ÖGU

Wie soll ich mich für die schriftliche Facharztprüfung (1. Teil der EBU-Prüfung) vorbereiten?

Die offiziellen Empfehlungen

Die offizielle Empfehlung der EBU lautet: „Candidates are advised to follow the recommendations of their **national curriculum**. (...) The EAU guidelines provide a useful consensus of urological management.“

Unser „national curriculum“ also die ÖÄK schreibt folgendes dazu:

Prüfungsinhalt:

Den Prüfungsinhalten liegen die Ausbil-

dungsinhalte gemäß Ärzte-Ausbildungsordnung für das Sonderfach Urologie zugrunde. Folgende Themen werden von den Prüfungsfragen erfasst:

- Embryologie und Entwicklung der Nebennieren, der Niere, des Harnsammel-systems und des Genital-systems.
- Anatomie des Urogenitalsystems und chirurgische Zugangswege zum Urogenitalsystem
- Physiologie der Nebennieren, der Nieren, des Harnsammel-systems und des männlichen Genitale
- Klinische Untersuchung und Diagnose in der Urologie
- Pathophysiologie des Urogenital-traktes
- Urodynamik
- Kongenitale und Entwicklungsanomalien des Urogenitaltraktes
- Erkrankungen der Nebennieren
- Renaler Hochdruck, Missbildungen und Erkrankungen der Nierengefäße, Nierentransplantation
- Spezifische und unspezifische Infektionen und entzündliche Erkrankungen, Geschlechtskrankheiten
- Trauma des Urogenitaltraktes
- Steinerkrankungen
- Andrologie (Fruchtbarkeit und sexuelle Funktion)
- BPH
- Nicht bösartige und nicht entzündliche Erkrankungen des äußeren männlichen Genitale und des Samenstranges
- Tumore des Urogenitaltraktes
- Harnfisteln
- Harnableitungen (urinary diversion und undiversion)
- Uropharmakologie
- Psychologische Aspekte urologischer Erkrankungen und Störungen
- Chirurgie des Urogenitaltraktes
- Spezielle nicht chirurgische Techniken

Die Ausbildungskommission der Österreichischen Gesellschaft für Urologie hält einmal jährlich **Lehrveranstaltungen (Austrian School of Urology)**, welche die genannten Themenbereiche betreffen, ab. Empfehlenswert ist auch die Absolvierung der jährlich stattfindenden **„In-service-examination der EBU“**. (weitere Infos im nächsten Punkt)

Darüber hinaus werden folgende **Lehrbücher** empfohlen:

- Uro-Onkologie (Rubben) 6. Auflage aus 2014
- Atlas of Urological Anatomy (Hinman)
- Campell's textbook of Urology

- Textbook of Genitourinary Surgery (Whitfield)

Wissenschaftliche Zeitschriften: Journal of Urology, British Journal of Urology, European Urology, Der Urologe (A + B)

Die Erfahrungen und Empfehlungen des Arbeitskreises

Bücher:

- **EAU-Guidelines**, quasi die Bibel der Urologie, mit der ÖGU en bloc Mitgliedschaft für € 22,50 (Pocket-Version + € 8,-)
Anleitung: Im Rahmen der ordentlichen ÖGU Mitgliedschaft haben wir eine Anschlussmitgliedschaft bei der EAU (EAU-ÖGU en bloc Mitgliedschaft). Mit dieser erhält man für € 22,50 Aufzahlung die EAU Guidelines und für zusätzliche € 8 die Pocket Guidelines inkl. Versand nach Hause. (Stand 2018)

Wie geht das?

Email mit diesem Anliegen an:

eaureception@uroweb.org

(siehe auch: <http://uroweb.org/guidelines/ordering-the-eau-guidelines/>)

- **Urologielehrbuch.de** von Dr. Manski – Deutsches Buch, welches auch online zur Verfügung steht und jedes Jahr aktualisiert wird; Preis: € 64,90.
- Ein bisschen Campell-Walsh muss sein: **Campbell-Walsh, Urology 11th Edition Review** für € 61,99. Ein „Review“ des 4-teiligen Campell-Walsh in Form von Fragen, Erklärungen und Zusammenfassungen der jeweiligen Kapitel.
- **Hinmans Atlas der urologischen Chirurgie**, 2017, € 315,-

Fortbildungen:

- **EBU Online In-Service Assessment** von 7. bis 8. März 2019, 100 Fragen (in Englisch) in 120 Minuten, Registrierung startet im Dezember 2018 via www.ebu.com
 - Teilnahmegebühr wird von der Firma Takeda übernommen
 - gemeinsame Absolvierung mit anschließender Nachbesprechung im Hotel Triest voraussichtlich am 8. 3. 2019, organisiert durch den AK der AssistenzärztInnen; Mitschrift dieser Nachbesprechung ist im Mitgliederbereich von www.young-urology.at downloadbar.
 - Die Booklets der vorangegangenen EBU-ISAs kann man auf der EBU-Homepage mittels Bestellformular anfordern (€ 20,-/Booklet)

EUREP Kurs

Anfang September in Prag, Anmel-dungsstart Anfang Jänner (immer um 0:00 Uhr! Also wach bleiben ;-)). Voraussetzungen und Infos unter: www.eurep.uroweb.org. Kompakte, hochkarätige Vorträge der aktuellen EAU-Guidelines mit großartigen Hands-on Trainingsmöglichkeiten.

- **Austrian School of Urology**, kurz der ASU, vom 13.-16. 6. 2019 Über 100 Assistenzärzt/innen aus ganz Österreich in Tröpolach (Herma-gor) zusammen, um jedes Jahr eines der 4 Module zur idealen Vorbereitung auf die Facharztprüfung zu absolvieren. Darüber hinaus bietet die ASU eine fantastische Möglichkeit des Kennenlernens und des Austauschs in wunderschöner und entspannter Umgebung. Unsere Arbeitskreis-sitzung findet auch nächstes Jahr am Nachmittag des 13. 6. 2019 vor dem offiziellen Beginn statt.

Was es sonst noch am Markt gibt

- **„Anfängeroperationen in der Urologie – Schritt für Schritt“** (regulär € 107,-, mit GESRU-Mitglied-schaft*: € 64,20) (*GESRU-Mitgliedschaft/Jahr: € 29,-) DAS Operationsbuch mit Fotos und tollen Erklärungen, das uneinge-schränkt jeder Assistenzarzt in Aus-bildung besitzen sollte. Bestellung unter: <https://www.farco.de/service/buecher-bestellung>
- **Campell-Walsh Urology** Wer noch 15cm frei im Bücherregal hat, kann in den € 333,99 teuren 4-Bänder aus dem Jahr 2015 investieren. Unglaublich detaillierte Informationen sind auf hauchdünnem Papier gelistet, sodass dies eher als Nachschlagewerk dient.
- **Die Urologie**, 2016, Springer Verlag, € 279,-
Auf 2 Bände und 12cm verteilen sich die urologischen Kapitel. Hierbei handelt es sich um die erste Auflage, in der die Kapitel noch nicht ideal aufeinander abgestimmt sind.
- **Facharztwissen Urologie**, 3. Auflage, 2014, Springer Verlag, € 129,99 In vielen Auflistungen, Tabellen und Diagrammen wird hier das Wissen sehr übersichtlich vermittelt.

Dr. Katharina Bretterbauer und
Dr. Nina Mahne

Wie bereite ich mich optimal auf die „FEBU oral examination“ vor?

Für uns junge Generation sind mündliche Prüfungen eine Rarität. Bereits der Eignungstest fürs Medizinstudium ist schriftlich. Wir sind konditioniert auf die Beantwortung von Single-Choice Fragen und unser Lernen orientiert sich weniger am aktiven Wiedergeben und Erklären von Sachverhalten, wie es für eine mündliche Prüfung notwendig wäre, sondern am Wiedererkennen dieser richtigen Antwortmöglichkeiten. Kurzum, wir sind aus der Übung, denn die letzte mündliche Prüfung, war entweder die mündliche Matura oder die Führerscheinprüfung. Seitdem hat sich niemand mehr vergewissert, ob wir Hauptsätze an Nebensätze fügen können.

Folgende Tipps haben wir erhalten bzw. können wir geben:

- **Ein Kollege rät:** „Sprich mit niemandem darüber, dass du antrittst und wenn du es geschafft hast, dann kannst du sagen: `ach, übrigens, ich bin nun auch FEBU` ;-). Denn neben der Blamage des Nichtbestehens hätte man dann auch etwa € 1.000,- in den Sand gesetzt (Prüfungsgebühr, Flug, Hotel).
- **Poker-Face:** Keineswegs handelt es sich bei diesem Prüfungsformat um ein kollegiales Gespräch. Die getätigten Aussagen bleiben ohne Feedback oder Kommentar, denn die Prüfer agieren mit professionellem Poker-face und lassen sich zu keinerlei Gefühlsregungen bewegen. Dies muss man wissen, um sich nicht verunsichern zu lassen.
- **Umdenken:** Ein 70-jähriger Patient stellt sich mit Miktionsbeschwerden in der Ambulanz vor. So könnte die erste Info lauten, die man im Rahmen der Prüfung erhält und dann heißt es zunächst immer: „Ich führe eine Anamnese durch!“ Das erscheint für viele selbstverständlich, muss aber explizit gesagt werden. Ebenso füllt natürlich jeder Patient mit LUTS-Beschwerden, der in die Ambulanz kommt, einen IPSS-Score aus.
- **Üben!** Im Rahmen der 45. Tagung der österreichischen Gesellschaft für Urologie und Andrologie und der bayrischen Urologenvereinigung vom 9.-11. 5. 2019 in Wien wird ein Workshop zur Vorbereitung auf dieses Prüfungsformat mit offiziellen österreichischen Prüfern stattfinden.

Diese Idee wurde gemeinsam mit Prim. Univ. Prof. Dr. Klingler und unserem Arbeitskreis geboren.

Die nächste EBU Oral Examination findet am 29.6.2019 in Warschau statt. Die Registrierung startet ab Dezember 2019. Die Zulassungsvoraussetzungen sind auf der EBU-Homepage ersichtlich.

Dr. Katharina Bretterbauer

In den vergangenen Jahren wurde die Facharztprüfungsgebühr bei positiver Absolvierung rückerstattet. Wie ist der status quo?

- Die KollgeInnen mit den besten fünf Ergebnissen der schriftlichen Facharztprüfung vom November 2018 werden mit einem Zuschuss von € 700,- belohnt.
- Die besten zehn Ergebnisse der schriftlichen FA- Prüfung aus dem Jahr 2019 erhalten ebenso einen Zuschuss von € 700,-.
- Leider gibt es für die AbsolventInnen der FA Prüfung 2017 keine finanzielle Unterstützung.

Dies wird mittels eines Educational Grants von Takeda Pharma GmbH, bei der wir uns hiermit bedanken möchten, unterstützt.

Die Ergebnisse der besten fünf bzw. zehn Absolventen werden dem Arbeitskreis für AssistentInnen bekannt gegeben und die jeweiligen Teilnehmer von den Vorsitzenden verständigt.

Das ist doch ein weiterer Ansporn, um zu lernen :-).

Dr. Nina Mahne
im Auftrag des ÖGU Vorstands

In meinem Rasterzeugnis steht „ Externe Supervision mit Möglichkeit zur Selbstreflexion (Empfehlung 2 h / Monat)“ – Hat jemand Erfahrung damit?

Supervision in der Arbeit – der erste Gedanke vieler ist wahrscheinlich „Wozu das?“ oder „Was soll das für einen Sinn machen?“. Einige werden aber vielleicht auch meinen „Toll! Das würde ich gerne wahrnehmen... aber was werden wohl die Anderen über mich denken? Zeige ich durch die Teilnahme an einer

Supervision Schwäche?“. Die Antwort ist: „Nein!“.

Gerade in unserem Beruf sind wir mehrfachen Belastungen ausgesetzt. Umgang mit schwer erkrankten Menschen, mit schwierigen Patienten und die zunehmende Personalknappheit sind nur einige Beispiele. Auch der kollegiale Umgang fällt nicht immer leicht. Normalerweise lernen sich Menschen über Sympathien kennen, doch Kollegen müssen sich nicht einmal mögen, um ein kollegiales Verhältnis aufzubauen. Kollegen können ganz anders sein als man selbst, älter oder jünger, einen anderen sozialen oder kulturellen Hintergrund haben. Strebt man nach Kollegialität, kommt man nicht umhin, empathisch und nachsichtig zu sein, denn jeder macht mal etwas falsch und nirgendwo funktioniert Zusammenarbeit völlig reibungslos.

Die Supervision kann helfen, Kollegialität zu verbessern, denn in der Supervision werden Fragen, Problemfelder, Konflikte und Fallbeispiele aus dem beruflichen Alltag thematisiert. Die Supervision nützt außerdem bei der Verbesserung der Kommunikation am Arbeitsplatz und fördert die Zusammenarbeit in Teams und zwischen verschiedenen Hierarchieebenen. Dies geschieht unter anderem durch die Analyse von Organisations- und Arbeitsabläufen, durch das Ansprechen und Aufklären von Konflikten, sowie durch die Erweiterung der Wahrnehmungsfähigkeit. Supervision leistet so einen besonderen Beitrag zur Qualifizierung der beruflichen Arbeit. Teams entwickeln und verbessern ihre Kommunikation und ihre Arbeitsbeziehungen, um die Erfüllung ihrer gemeinsamen Aufgaben zu optimieren.

Natürlich muss nicht unbedingt eine Gruppensupervision erfolgen. Man kann auch an einer Einzelsupervision teilnehmen. Es muss nicht bereits unbedingt ein Problem bestehen, Supervision kann selbstverständlich auch präventiv eingesetzt werden. Auch wenn Kollegen der Supervision abgeneigt und der Meinung sind, Forschung und Arbeit seien wichtiger, so muss man sich nicht sorgen, denn im Rasterzeugnis der Österreichischen Ärztekammer für die Ausbildung zur Fachärztin/zum Facharzt im Hauptfach Urologie ist unter Punkt 11 die Supervision angeführt. „Externe Supervision mit Möglichkeit zur Selbstreflexion“ heißt es. Es werden 2 Stunden pro Monat empfohlen!

Laut Ärztekammer heißt es auch, dass die Supervision von Gesetzes wegen verpflichtend und vom Dienstgeber/Kranken-

Ab 21.1.
in Österreich erhältlich

DIE

Testavan[®]

20 mg/g transdermales Gel
Testosteron

POWERBANK FÜR DEN MANN.



SCHNELLE ABSORPTION
durch neue F.A.S.T. Technology*

*F.A.S.T. = Ferring Advanced Skin Technology



**GERINGES
KONTAMINATIONSRISIKO**
durch patentierten Applikator



**HOHE TESTOSTERON
BIOVERFÜGBARKEIT**
bei geringer Gelmenge

TESTAVAN[®] 20 mg/g Transdermales Gel

Wirkstoff: Testosteron. **Zusammensetzung:** TESTAVAN[®] 20 mg/g Transdermales Gel. Ein Pumpenhub liefert 1,15 g (1,25 ml) Gel, entsprechend 23 mg Testosteron. **Sonstige Bestandteile:** 1 g Gel enthält 0,2 g Propylenglycol, Ethanol 96%, Gereinigtes Wasser, Propylenglycol (E 1520), Diethylenglycolmonoethylether (Ph. Eur.), Carbomer 980, Trolamin, Natriumdecat (Ph. Eur.). **Anwendungsgebiete:** Testosteronersatztherapie bei männlichem Hypogonadismus, wenn der Testosteronmangel klinisch und labormedizinisch bestätigt wurde. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff, Propylenglycol oder einen der genannten sonstigen Bestandteile. Bekanntes oder vermutetes Brust- oder Prostatakarzinom. **Inhaber der Zulassung:** FERRING Arzneimittel Ges.m.b.H., THE ICON, Wiedner Gürtel 13, Turm 88, 10. OG, 1100 Wien. **Abgabe:** Rezept- und apothekenpflichtig. Weitere Angaben zu Dosierung, Nebenwirkungen, Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit und Warnhinweisen sind der vollständigen Fachinformation zu entnehmen. **Stand der Information:** November 2018.

FERRING
ARZNEIMITTEL

Hauptthema: 50 Jahre nach der 68er-Generation

haus anzubieten ist. Wenn diese nicht in Anspruch genommen wird, so muss dies sogar im Zeugnis vermerkt werden.

Jeder sollte diese Chance nutzen und an einer Supervision teilnehmen und dann selbst entscheiden ob er davon profitiert oder nicht.

Dr. Ursula Bannert, KH Mistelbach

Schwanger! – Was nun?

Der Schwangerschaftstest ist positiv! In den meisten Fällen für die betroffene Frau ein freudiges Ereignis, für die eine geplant, für die andere etwas überraschend.

Neben der Freude über die bevorstehende Zeit der Schwangerschaft, der Geburt des Nachwuchses und das Leben als Mutter reihen sich jedoch oft eine Menge an Sorgen und Unsicherheiten ein, vor allem bei Ärztinnen, die sich zur Zeit des Schwangerschaftseintrittes in Ausbildung zur Fachärztin befinden oder jungen Fachärztinnen, die versuchen, an ihrer Abteilung Fuß zu fassen und eine bestimmte Spezialisierung für sich zu etablieren.

Eine Menge an Fragen tun sich auf: Ab wann soll oder muss ich meinem Vorgesetzten die Schwangerschaft melden? Darf ich noch Nachtdienste machen oder noch operieren? Kann ich nach Bekanntgabe der Schwangerschaft, beziehungsweise in der Karenz gekündigt werden? Wie sehr beeinflusst eine Pause meine Karriere?

Alles Fragen, die die Freude über die Schwangerschaft und das bevorstehende Leben als Mutter etwas trüben können, jedoch vom rechtlichen und finanziellen Aspekt in Österreich weitergehend geregelt sind, sodass sowohl die werdende Mutter als auch das Baby geschützt und abgesichert sind.

Meldung der Schwangerschaft an den Arbeitgeber

Die Schwangerschaft und der voraussichtliche Geburtstermin müssen sofort gemeldet werden, sobald die Ärztin selbst davon weiß. Vgl. § 3 Abs. 4 Mutterschutzgesetz:

Werdende Mütter haben, sobald ihnen ihre Schwangerschaft bekannt ist, dem Dienstgeber hievon unter Bekanntgabe des voraussichtlichen Geburtstermines Mitteilung zu machen. Darüber hinaus sind sie verpflichtet, innerhalb der vierten Woche vor dem Beginn der Achtwochenfrist (Abs. 1) den Dienstgeber auf

deren Beginn aufmerksam zu machen. Auf Verlangen des Dienstgebers haben werdende Mütter eine ärztliche Bescheinigung über das Bestehen der Schwangerschaft und den voraussichtlichen Zeitpunkt ihrer Entbindung vorzulegen. Bei einem vorzeitigen Ende der Schwangerschaft ist der Dienstgeber zu verständigen. In den meisten Fällen wird dies zum einen zum Schutz von Mutter und ungeborenem Kind und zum anderen der Fairness dem Arbeitgeber beziehungsweise Abteilungsvorstand gegenüber schon eher gemeldet.

Der Mutterschutz

Das Mutterschutzgesetz soll die Gesundheit von Mutter und Baby in und nach der Schwangerschaft sicherstellen und einen gesetzlichen Rahmen für den Austritt aus der Erwerbstätigkeit bieten. Das Gesetz regelt die Arbeitsplatzsicherung, die Arbeitsbedingungen, Tätigkeiten und die finanziellen Leistungen. Die Schutzfrist für werdende Mütter beträgt in der Regel acht Wochen vor und acht Wochen nach der Geburt des Kindes. In dieser Zeit gilt absolutes Beschäftigungsverbot. Bei einem Kaiserschnitt oder Mehrlingsgeburt verlängert sich der Mutterschutz nach der Geburt um 4 Wochen, also auf insgesamt 12 Wochen. Sollte das Kind früher als am errechneten Geburtstermin zur Welt kommen, verlängert sich die Schutzfrist um die Zeitspanne, um der sie vor der Geburt verkürzt wurde, mit einem Maximum von 16 Wochen.

Finanzen – Wochengeld

Auch oft ein Beweggrund, die Schwangerschaft erst verspätet zu melden, sind finanzielle Ursachen. Durch den Entfall der Zuschläge für Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienste entstehen für die werdende Mutter mitunter empfindlich spürbare finanzielle Einbußen.

In der Mutterschutzphase wird von den Krankenkassen das Wochengeld als Ersatz für die entfallenden Einkünfte bezahlt. Dieses berechnet sich auf Basis des durchschnittlichen Nettoverdienstes der letzten 3 Beschäftigungsmonate zuzüglich einem anteilmäßigen Zuschlages für das 13. und 14. Monatsgehalt. Die Bezugsdauer endet mit Ende des Mutterschutzes.

Früher brachte diese Regelung viele angestellte Krankenhausärztinnen in ein Dilemma: Meldet man die Schwangerschaft sehr früh (ca. ab der 15. Schwangerschaftswoche), ist es einem nicht

mehr erlaubt Nacht-, Feiertags- und Wochenenddienste zu verrichten, was ein geringeres Gehalt mit sich bringt und somit ein auf der Basis der letzten Erwerbsmonate vor der Schutzfrist ein verringertes Wochengeld. Nun stellte sich für viele schwangere Ärztinnen die Frage: Versuche ich mich so lange wie möglich durch den Krankenhausalltag zu manövrieren ohne meine Schwangerschaft bekannt zu geben, um so lange wie möglich die finanziellen Zuschüsse durch die Dienste zu erhalten und somit auch ein höheres Geld im Mutterschutz oder melde ich es früher um die eigene Gesundheit und die des Kindes zu schützen? Erfreulicherweise gibt es nun ein Urteil des Obersten Gerichtshofs, diesem nicht selbst verschuldeten Verdienstentgang entgegen zu wirken. Vor dem Eintritt regelmäßig geleistete Überstunden, Feiertags- und Wochenenddienste sind in die Berechnungen des Wochengeldes miteinzubeziehen. Diese Neuberechnung des Wochengeldes kann auch noch bis zu zwei Jahre rückwirkend beantragt werden. Als Stichtag für die Frist gilt der erste Tag des Mutterschutzes.

Kündigungsschutz

Während Schwangerschaft, Mutterschutz, Karenz und Elternteilzeit besteht über weite Strecken ein Kündigungs- und Entlassungsschutz. Besteht ein unbefristetes Dienstverhältnis zieht das auch einen Kündigungsschutz im Rahmen des gesamten Mutterschutzes und Karenzzeit nach sich. In den meisten Fällen ist eine Kündigung ab einer Beschäftigungsdauer von mehr als einem Jahr nur bei Vorliegen bestimmter Gründe, in erster Linie bei schwerer Verletzung der Dienstpflichten, zulässig.

Ein Problem stellt jedoch ein befristetes Dienstverhältnis wie Karenzvertretung, Ende der Ausbildungs-(Assistenzarzt)zeit dar. Ist eine Befristung bereits im Vorhinein vorgesehen oder sachlich begründet endet das Dienstverhältnis wie im Vertrag festgelegt. Nachdem die Rechtslage jedoch sehr komplex ist und eine Reihe von Faktoren bedacht werden müssen, wird empfohlen, eine juristische Beratung in der jeweils zuständigen Ärztekammer in Anspruch zu nehmen. Laut Auskunft der Arbeiterkammer für Österreich sollte im Fall einer Nichtumwandlung eines befristeten Arbeitsverhältnisses in ein unbefristetes aufgrund einer bestehenden Schwangerschaft erfolgen, gilt dies als Geschlechtsdiskriminierung und ist ein Verstoß gegen

das Gleichbehandlungsgesetz.

Schutz am Arbeitsplatz

Prinzipiell gelten für schwangere Arbeitnehmerinnen in Österreich folgende Regelungen. Grundsätzlich verboten:

- Schwere, körperliche Arbeiten. Im Zweifelsfall entscheidet das Arbeitsinspektorat beziehungsweise der zuständige Betriebsarzt darüber, welche Arbeiten gesundheitsgefährdend und somit verboten sind.
- Heben und Tragen schwerer Lasten: Das Heben von mehr als 5 kg oder gelegentlich Lasten von mehr als 10 kg ohne mechanische Hilfsmittel.
- Arbeiten, die überwiegend im Stehen verrichtet werden: Ab Beginn der 21. Schwangerschaftswoche darf die Dienstnehmerin stehende Arbeiten nur mehr 4 Stunden lang täglich leisten.
- Ab Beginn der 21. Schwangerschaftswoche besteht für Schwangere ein absolutes Beschäftigungsverbot für Arbeiten unter Zeit- und Leistungsdruck.
- Arbeiten mit gesundheitsgefährdenden Stoffen, Strahlen, Staub oder Dämpfen
- Arbeiten, die unter der Einwirkung von Hitze, Kälte oder Nässe ausgeführt werden
- Arbeiten mit Gefahr einer Berufserkrankung (Nadelstichverletzung, etc.)
- Arbeiten mit besonderer Unfallgefährdung
- Verbot der Nachtarbeit (gilt als Zeitraum zwischen 20 Uhr und 6 Uhr)
- Keine Beschäftigung an Sonn- und Feiertagen
- Die tägliche Arbeitszeit darf keinesfalls 9 Stunden bzw. die wöchentliche Arbeitszeit keinesfalls 40 Stunden übersteigen.

Alle diese Regelungen dienen dem Schutz der werdenden Mutter und des ungeborenen Kindes und werden in den allermeisten Fällen durch den Arbeitgeber sehr strikt befolgt, auch aus Sorge vor möglichen Konsequenzen bei Nichtbeachtung. Alle diese Verbote machen das Arbeiten im Krankenhausalltag sehr schwierig und oft frustrierend für die betroffene Ärztin und verbannen diese an den Schreibtisch um als „sicher“ geltende Tätigkeiten wie Briefe schreiben und korrigieren, sowie sämtlichen ande-

ren anfallenden Papierkram zu erledigen. Für Urologinnen oft sehr unbefriedigende Tätigkeiten, wo sie doch ein Fach gewählt haben, in dem man chirurgisch tätig ist und mitunter den vorwiegenden Anteil des Tages im Operationsaal verbringt.

Recherchiert man online über den gesetzlichen Rahmenbedingungen zu chirurgischen Tätigkeiten in der Schwangerschaft, trifft man online immer wieder auf die Seite www.opids.de (Operieren in der Schwangerschaft). Ein Informationsportal, das vom Jungen Forum der DGOU (Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie) und dem Forum Junge Chirurgie der DGCH (Deutsche Gesellschaft für Chirurgie) ins Leben gerufen wurde. Auf dieser Seite werden schwangere Ärztinnen umfassend über das Thema „Operieren in der Schwangerschaft“ informiert. Eine Initiative, die man in Österreich leider noch nicht auf die Beine gestellt hat.

Die Seite bietet Informationen aus den Bereichen Narkose, Röntgen, Infektionen sowie über die aktuelle Rechts- und Datenlage und beinhaltet einen ausführlichen Leitfaden für Ärztinnen, die auch in der Schwangerschaft chirurgisch tätig sein wollen. Seit Anfang des Jahres gilt in Deutschland das neue Mutterschutzgesetz. Mit ihm rückte die individuelle Gefährdungsbeurteilung des Arbeitsplatzes noch stärker in den Fokus. In Deutschland dürfen Ärztinnen in der Schwangerschaft unter individuell abgesicherten Bedingungen operieren. Ein Beschäftigungsverbot für Schwangere kann nun nur noch bei „unverantwortbarer Gefährdung“ ausgesprochen werden. Laut Informationen der Seite opids.de wird das Risiko individuell für jede schwangere Ärztin evaluiert und bestimmte Eingriffe erlaubt, wenn sie bestimmten Kriterien entsprechen.

Hierfür erfolgt eine Arbeitsplatzbegehung durch den Betriebsarzt, den Fachvorgesetzten und die werdende Mutter. In einem entsprechenden Protokoll wird durch das örtliche Gewerbeaufsichtsamt eine individuelle Gefährdungsbeurteilung mit entsprechenden empfohlenen Maßnahmen erstellt. Für die entsprechende Arbeitserlaubnis ist ein positives Votum der Beteiligten – Betriebsarzt, Fachvorgesetzter (Chefarzt) und werdende Mutter notwendig.

Dies bietet der schwangeren Ärztin Rahmenbedingungen, die ihre Gesundheit und die des Kindes schützen, jedoch auch die Option für ausgewählte chirurgische Tätigkeiten offen lassen, damit

betroffene Frauen nicht ab dem Zeitpunkt der Bekanntgabe einer Schwangerschaft aus dem OP verbannt werden.

In der Realität erscheint es jedoch auch oft schwierig, eine Balance zu finden zwischen dem nötigen Freiraum für die betroffenen Ärztinnen, um zu entscheiden, welche Tätigkeiten sie im Klinikalltag durchführen wollen, was sie sich zutrauen wollen, ohne dabei zu viel Leistungsdruck zu verspüren und ohne gleichzeitig den Schutz des ungeborenen Kindes zu vernachlässigen und sich auch rechtlich in einem entsprechenden Rahmen zu bewegen. Schwangere Ärztinnen sollen auch davor geschützt werden, Tätigkeiten durchzuführen, die zu einer potentiellen gesundheitlichen Gefährdung führen können, nur um dem Vergleich mit Kolleginnen und einem Leistungsdruck stand halten zu können, Arbeitgebern zu gefallen und wozu sie sich durch die eigenen Karrierepläne gezwungen fühlen. Es ist ein Spagat, den man als schwangere Ärztin vollführen muss und der oft großen Druck ausübt. Zum einen möchte man die eigene Gesundheit und vor allem die des ungeborenen Kindes nicht aufs Spiel stellen, weiß man doch, dass besonderes Ärztinnen aufgrund von Nachtdiensten, langen Stehzeiten im OP etc. einer höheren Fehlgeburtenrate ausgesetzt sind als viele anderen Berufsgruppen, zum anderen möchte man sich nicht die Blöße geben und als Schwächling dastehen und den oft hart erarbeiteten und besonders für Frauen aufgrund von vielen Aspekten sehr oft steinigen Weg zum chirurgisch tätigen Mediziner nicht aufs Spiel setzen. Eine Schwangerschaft ist daher nicht immer nur ein erfreulicher Abschnitt im Leben einer Medizinerin, sondern vielmehr oft eine schwierige Phase in der man ambivalente Gefühle hegt, zwischen Freude und Familienglück und der Sorge und Angst um karrieretechnische Einbußen. Das Hin- und Hergerissen sein zwischen Beruf, Karriere und Ansehen in der Kollegenschaft und der Verantwortung, die man als werdende Mutter verspürt ist oft sehr belastend.

Gerade in einer Zeit, in der der Anteil der weiblichen Krankenhausärzte stetig ansteigt, sollten sowohl die betroffenen Arbeitgeber, die Abteilungsleiter und die Politik in die Pflicht gerufen werden, schwangere Frauen in diesem Balanceakt zwischen Karriere und Kind zu unterstützen, nachvollziehbare rechtliche Rahmenbedingungen schaffen, die in Zusammenarbeit zwischen Arbeitgeber, Betriebsarzt und der betroffenen schwangeren

Hauptthema: 50 Jahre nach der 68er-Generation

Ärztin selbst, vor allem in Hinblick auf chirurgische Tätigkeiten, erarbeitet werden, um in dieser Konstellation, die schließlich in erster Linie ein erfreuliches Ereignis sein soll für jeden Beteiligten eine zufriedenstellende Lösung zu erzielen.

Quelle:

- www.opids.de
- „Pregnant and Operating“: Evaluation of a Germany-wide Survey Among Female Gynaecologists and Surgeons/„Schwanger und Operieren“: Auswertung einer deutschlandweiten Erhebung unter Frauenärztinnen und Chirurginnen. Geburtshilfe Frauenheilkd. 2014 Sep; 74(9):875-880. Georg Thieme Verlag KG Stuttgart. New York.
- <https://www.arbeiterkammer.at>
- <https://cms.arztnoe.at>

Dr. Irene Resch, AKH Wien

Papamonat

Kurz hier noch einige rechtliche Dinge zum Papamonat:

Ein genereller Rechtsanspruch aller Väter auf einen Papamonat besteht derzeit nicht. Im Folgenden werden die Fälle, in denen ein Anspruch besteht, sowie die Möglichkeit einer Vereinbarung mit dem Arbeitgeber beschrieben.

- Die Väterfrühkarenz bzw. der Papamonat soll die gemeinsame Betreuung des Kindes mit der Mutter in den ersten Lebenswochen ermöglichen. Väterfrühkarenz im öffentlichen Dienst: Bundesbedienstete und Bedienstete einiger Bundesländer (derzeit Burgenland, Niederösterreich, Oberösterreich, Steiermark, Tirol, Wien und Vorarlberg) können für
 1. maximal 4 Wochen,
 2. unbezahlt,
 3. während des **Mutterschutzes** (also innerhalb der ersten 2 Monate nach der Geburt)
- Väterfrühkarenz im **Kollektivvertrag**: In manchen Branchen räumt der Kollektivvertrag die Möglichkeit eines Papamonats ein. Die Bedingungen können von Fall zu Fall unterschiedlich sein. Teilweise gibt es in der Privatwirtschaft auch bezahlte Papamonate.
- Unbezahlter Urlaub/Vereinbarte Freistellung: Ein unbezahlter Urlaub bzw.

eine vereinbarte Karenz ist mit Zustimmung der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers grundsätzlich für alle Arbeitnehmerinnen/Arbeitnehmer möglich. Ausführliche Informationen zum Thema „**Unbezahlter Urlaub/ Vereinbarte Karenz**“ finden sich ebenfalls auf HELP.gv.at.

Bei Geburten ab 1. März 2017 gibt es die Möglichkeit einer finanziellen Unterstützung für Väter, die sich direkt nach der Geburt der Familie widmen (z.B. im Falle eines Sonderurlaubs oder eines „Papamonats“ im öffentlichen Dienst). Dieser sogenannte „Familienzeitbonus“ muss beantragt werden. Ausführliche Informationen zum Thema „**Familienzeitbonus für Väter bei Geburten ab 1. März 2017**“, finden sich ebenfalls auf HELP.gv.at.

Generell im Zweifel immer den Betriebsrat hinzuziehen und Infos einholen!

Ich kann sagen, dass die Entscheidung, das Papamonat zu nehmen eine der besten war die ich jemals getroffen habe. Nicht nur weil man die erste Zeit des eigenen Nachwuchses ganz intensiv miterlebt wenn man zuhause dabei ist, sondern weil man diese Zeit auch nie wieder zurückschicken kann. Gerade in der herausfordernden Zeit des gemeinsamen Kennenlernens ist es aus meiner Sicht einfach gut, wenn beide Elternteile die guten als auch weniger guten Momente gemeinsam meistern.

Dr. Leopold Völkerer, KH Krems

Wiedereinstieg nach der Karenz – Frauen und die Teilzeitbeschäftigung

Es ist erfreulich, dass die NÖGU eingeladen hat „die Jungen“ zu Wort kommen zu lassen. Ich denke, es ist wichtig, dass sich die arrivierte Generation mit der Welt der angehenden UrologInnen auseinandersetzt. Es ist festzuhalten, dass wir jungen UrologInnen unter völlig anderen Voraussetzungen arbeiten als es unsere Vorgänger taten. Während sich viele der damals meist männlichen Kollegen oft uneingeschränkt der Arbeit widmen konnten, sind die Umstände der jetzigen Generation doch deutlich verändert: die wachsende Erwerbstätigkeit der Frauen hat auch vor den AusbildungsassistentInnen nicht Halt gemacht. Zudem sind erfreulicherweise zunehmend auch Männer für die Kindererziehung und -beaufsichtigung in die Pflicht genommen. Dadurch haben diejenigen von uns, die schon Kinder haben, normaler-

weise mehrere Aufgaben zugleich: zum einen sind wir engagierte AssistentInnen, die viel Zeit für die Ausbildung und Fortbildung investieren. Zum anderen erfüllen wir als hingebungsvolle Mütter und Väter einen weiteren Vollzeitjob. Das bringt mit sich, dass wir in familiären, organisatorischen Dingen zeitaufwendige Verpflichtungen haben. Aufgrund von Einsparungen ist die personelle Ressource heute leider keineswegs mehr mit der Situation von vor wenigen Jahren vergleichbar - wie uns allen schmerzlich bewusst ist. Zusätzlich hat sich die Belastung in den Nachtdiensten in den letzten Jahrzehnten wesentlich verändert. Während früher die Anzahl der Dienste teilweise höher gewesen sein mag, ist es nun so, dass sich in einem Nachtdienst aktuell kaum Minuten der Verschnaufpause finden, weil die Arbeitsbelastung dichter geworden ist: die Menschen suchen wegen Banalitäten und Bagatellen zu jeder Tages- und Nachtzeit die Ambulanz auf. Die Dokumentationspflicht und Absicherungsmedizin nimmt zunehmend spürbar Zeit in Anspruch. Durch die Beschränkung der Arbeitszeit auf 48 Stunden im Durchrechnungszeitraum stehen aber auch tagsüber viel weniger Ärzte für anhaltend hohes bzw. steigendes Arbeitsaufkommen zur Verfügung. Erschwerend kommt für junge Eltern hinzu, dass auch die Nächte vor und nach einer Nachtschicht kinderbedingt nicht zwingend erholsam sind.

Wäre es aus den genannten Gründen nicht vorstellbar, dass ein Wiedereinstieg nach der Karenz im Rahmen einer Teilzeitbeschäftigung Vorteile für alle bietet? Die Vorgesetzten hätten eine eingearbeitete, motivierte Kraft zumindest wieder teilweise im Team. Die Kinder gewöhnen sich allmählich an arbeitende Eltern und ersparen allen Beteiligten Schwierigkeiten durch eine heftige Umstellungsphase. Fakt ist, dass besonders junge Eltern mit einer Doppelbelastung Burnout-gefährdet sind und so eine natürliche Burnout-Prophylaxe gegeben wäre. In einer teilweisen Verpflichtung ist auch ein früherer Wiedereinstieg möglich, was wieder für das Team und die Assistentin besser ist: die entstehende Babypause ist dadurch kürzer, wodurch weniger Wissen und Fingerfertigkeit verloren geht. Vielleicht wäre eine solche Adaptierung auch im Rahmen einer Lehrpraxis günstig, da hier Nachtdienste zu Beginn ausgespart bleiben und dies nicht nur für zukünftige Niedergelassene ohne Zweifel eine wertvolle Erfahrung ist.

Es ist gesetzlich verankert, dass ein Rechtsanspruch auf Elternteilzeit bis zum 7. Geburtstag des Kindes besteht. Voraussetzung dafür ist, dass man schon mindestens drei Jahre in diesem Arbeitsverhältnis gearbeitet hat und der Betrieb mindestens 20 Personen beschäftigt. In der Privatwirtschaft ist es mittlerweile üblich, dass selbst ArbeitnehmerInnen in gehobenen Positionen diesen Anspruch geltend machen. Viele Betriebe unterstützen die Elternteilzeit und versuchen damit den Wiedereinstieg zu beschleunigen, um die Expertise zu behalten.

Laut Gesetz ist das Thema Kinderwunsch beim Einstellungsgespräch auszusparen. Tatsache ist, dass viele Kolleginnen darüber berichten, dass trotzdem danach gefragt wird, um manchmal auch darauf hinzuweisen, dass dieser Wunsch ein Hindernis wäre. Wünschenswert wäre, wenn man offen darüber reden könnte, wie die Pläne diesbezüglich sind, um gemeinsam darüber nachdenken zu können wie man den Wiedereinstieg gemeinsam meistern kann.

Laut Statistik Austria waren im Jahr 2016 11,8% der erwerbstätigen Männer und 47,7% der erwerbstätigen Frauen in einem Teilzeitverhältnis angestellt. Die Anzahl der Männer in einem Teilzeitjob hat sich somit in den letzten zehn Jahren verdoppelt, während die Rate der Frauen im selben Anstellungsverhältnis im vergangenen Jahrzehnt nur um 7% angestiegen ist. Interessant ist, dass von 84,6% der Frauen und nur von 27,6% der Männer Kinderbetreuung als Grund für die Teilzeitarbeit angegeben wird. Das deckt sich mit dem Ergebnis der Befragung des Bundesministeriums für Familie, dass 80% der Frauen Familie

und Beruf kombinieren wollen. Gleichzeitig wollen 60% der Männer die Pflichten nicht gleich verteilen. Nur 21% der berufstätigen Mütter sind in Österreich in einer Vollzeitbeschäftigung tätig.

Ich würde mir für meine KollegInnen wünschen, dass dieses große, ernste Thema der Teilzeit von Seiten des Arbeitnehmers und des Arbeitgebers in Zukunft proaktiv und positiv gestaltet wird. Viele haben Angst, einen Antrag auf eine stundenreduzierte Anstellung zu stellen, weil sie sich fürchten, deshalb stigmatisiert zu werden und dadurch Karriere Nachteile zu erfahren. Wunderbar wäre es, wenn alle Assistentinnen und Assistenten in Hinkunft ohne schlechte Nachrede und Benachteiligungen ihren Anspruch auf Elternteilzeit erheben dürften!

Aus dem Arbeitskreis der
AssistenzärztInnen der ÖGU
(Autor anonym. Koordination:
Dr. Katharina Bretterbauer,
KH Mistelbach, Dr. Nina Mahne,
Hanuschkrankenhaus Wien)

Tipps rund um die Facharzt-Prüfung

Viele Krankenhäuser gestatten Sonderurlaub vor der Facharztprüfung. Erkundigt euch bei eurem Betriebsrat oder in der ärztlichen Direktion und beantragt die freie Zeit zum Lernen früh genug.

In manchen Häusern wird auch ein Zuschuss für die Prüfungsgebühr vom Betriebsrat beigesteuert.

Dr. Nina Mahne,
Hanuschkrankenhaus, Wien

Arbeitskreise

Wenn ihr außer dem AK der AssistentInnen noch anderen Arbeitskreisen beitreten möchtet, solltet ihr den Vorsitzenden direkt anschreiben. Die Kontakte stehen auf der jeweiligen Homepage und auch auf der HP der ÖGU www.uro.at/arbeitskreise. Die Mitgliedschaft ist kostenlos und eine gute Gelegenheit, spezielle Interessen, sei es durch persönliche Gespräche mit Spezialisten oder durch angebotene Fortbildungen zu fördern.

Liste der Arbeitskreise der ÖGU (exklusiv Primärärzte und AssistentInnen):

- AK Prostata (Vorsitzender: Priv.- Doz. Dr. Jasmin Bektic)
- AK Urologische Onkologie AOU (Vorsitzender: Prim. Assoc. Prof. Dr. Karl Grubmüller)
- AK Blasenfunktionsstörungen (Vorsitzender: OA Dr. Martin Haydter)
- AK Bildgebende Diagnostik (Vorsitzender: Assoc. Prof. Priv. Doz. Dr. Christian Seitz)
- AK Kinderurologie (Vorsitzender: Prim. Univ. Doz. Dr. Josef Oswald)
- AK Andrologie und sexuelle Funktionsstörungen (Vorsitzender: Priv. Doz. Dr. Markus Margreiter)
- AK Endourologie und Steinerkrankungen (Vorsitzender: OA Dr. Christian Türk)
- AK Laparoskopie und roboterassistierte Chirurgie (Vorsitzender: Priv. Doz. Dr. Mesut Remzi)

Dr. Nina Mahne,
Hanuschkrankenhaus Wien

Fachkurzinformation zu Seite 3

Urivesc 60 mg Retardkapseln; QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG: Jede retardierte Hartkapsel enthält 60 mg Trospiumchlorid. **Sonstige Bestandteile:** Kapselinhalt: Saccharose (154,5 mg), Maisstärke, Methylacrylat-Methylmethacrylat-Methacrylsäure-Copolymer, Ammoniumhydroxid, Mittelkettige Triglyceride, Ölsäure, Ethylcellulose, Titandioxid (E 171), Hypromellose, Macrogol 400, Triethylcitrat, Talkum, Kapselhülle: Gelatine, Titandioxid (E 171), Eisenoxid gelb (E 172), Eisenoxid rot (E 172), Drucktinte: Schellack (20% verestert), Eisenoxid schwarz (E 172), Propylenglycol. **ANWENDUNGSGEBIETE:** Zur symptomatischen Behandlung der Dranginkontinenz und/oder häufigem Wasserlassen und Harndrang bei Patienten mit dem Syndrom der überaktiven Blase. **GEGENANZEIGEN:** Trospiumchlorid ist kontraindiziert bei Patienten mit Harnretention, schweren gastro-intestinalen Störungen (einschließlich toxischem Megacolon), Myasthenia gravis, Engwinkelglaukom und Tachyarrhythmien. Trospiumchlorid ist ebenfalls kontraindiziert bei Patienten mit Überempfindlichkeit gegenüber dem Wirkstoff oder einem der sonstigen Bestandteile. **WIRKSTOFFGRUPPE:** Urologische Spasmolytika. ATC-Code: G04B09. **PHARMZEUTISCHER UNTERNEHMER:** MEDA Pharma GmbH, 1110 Wien. **REZEPT-PFLICHT/APOTHEKENPFLICHT:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Informationen zu den Abschnitten Dosierung und Art der Anwendung, Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit sowie Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen (Stand der Fachkurzinformation: Dezember 2016).**

Fachkurzinformationen zu Seite 5

ENANTONE® Monats-Depot-Zweikammerspritze. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Eine Zweikammerspritze mit 44,15 mg Pulver und 1 ml Lösungsmittel enthält: 3,75 mg Leuporelinacetat, entsprechend 3,57 mg Leuporelin. Sonstiger Bestandteil: Carmellose-Natrium, 5 mg/Zweikammerspritze. **Sonstige Bestandteile:** Pulver: Polymilchsäure, Mannitol, Gelatine. Lösungsmittel: Carmellose-Natrium, Mannitol, Polysorbat 80, Wasser für Injektionszwecke, Essigsäure 99% (zur pH-Wert-Einstellung). **Anwendungsgebiete:** Enantone Monats-Depot wird angewendet bei Erwachsenen und Kindern. **Bei Männern:** Zur symptomatischen Therapie des fortgeschrittenen hormonabhängigen Prostatakarzinoms. **Bei Frauen:** Zur Behandlung der Pubertas praecox vera (bei Mädchen unter 9 Jahren und Jungen unter 10 Jahren). **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff, andere GnRH-Analoga, Poly-(DL-Lactid-glycolid) oder einen anderen Bestandteil des Präparates; intraarterielle Injektion. **Bei Männern:** nachgewiesene Hormonunabhängigkeit des Prostatakarzinoms; nach chirurgischer Kastration (Enantone Monats-Depot bewirkt keine weitere Absenkung des Testosteronspiegels). **Bei Mädchen mit Pubertas praecox vera:** Schwangerschaft und Stillzeit; Vaginalblutungen unbekannter Ursache. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** GnRH-Analoga, ATC-Code L02AE02. **Abgabe:** NR, Rezept- und apothekenpflichtig. **Zulassungsinhaber:** Takeda Pharma GmbH, 1120 Wien. **Weitere Angaben zu den besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit sowie Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen. [1215]**

SIXANTONE® - Zweikammerspritze. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: 1 Zweikammerspritze mit 352,9 mg Pulver und 1 ml Lösungsmittel enthält: 30 mg Leuporelinacetat, entsprechend 28,58 mg Leuporelin. Sonstiger Bestandteil: Carmellose-Natrium, 5 mg/Zweikammerspritze. **Sonstige Bestandteile:** Retardmikrokapseln: Polymilchsäure, D-Mannitol, Suspensionsmittel: D-Mannitol, Carmellose-Natrium, Polysorbat 80, Wasser für Injektionszwecke, Essigsäure 99% (zur pH-Wert-Einstellung). **Anwendungsgebiete:** Zur palliativen Therapie des fortgeschrittenen hormonabhängigen Prostatakarzinoms. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff, andere GnRH-Analoga, Polymilchsäure oder einen der sonstigen Bestandteile; nachgewiesene Hormonunabhängigkeit des Karzinoms; nach chirurgischer Kastration (Sixantone bewirkt keine weitere Absenkung des Testosteronspiegels); Frauen, Kinder und Jugendliche. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Gonadotropin-Releasing-Hormon-Analoga, ATC Code L02AE02. **Abgabe:** NR, Rezept- und apothekenpflichtig. **Zulassungsinhaber:** Takeda Pharma Ges.m.b.H., 1120 Wien. **Informationen zu Besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit sowie Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen. [1215]**

TRENANTONE® - Zweikammerspritze. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Eine Zweikammerspritze mit 130 mg Pulver und 1 ml Lösungsmittel enthält: 11,25 mg Leuporelinacetat, entsprechend 10,72 mg Leuporelin. Sonstiger Bestandteil: Carmellose-Natrium, 5 mg/Zweikammerspritze. **Sonstige Bestandteile:** Pulver: Polymilchsäure, Mannitol. Lösungsmittel: Carmellose-Natrium, Mannitol, Polysorbat 80, Wasser für Injektionszwecke, Essigsäure 99% (zur pH-Wert-Einstellung). **Anwendungsgebiete:** Trenantone wird angewendet bei Erwachsenen und Kindern. **Bei Männern:** Zur symptomatischen Therapie des fortgeschrittenen hormonabhängigen Prostatakarzinoms. **Bei Frauen:** Mammakarzinom prä- und perimenopausaler Frauen, bei denen eine endokrine Behandlung angezeigt ist. **Bei Kindern:** Zur Behandlung der Pubertas praecox vera (bei Mädchen unter 9 Jahren und Jungen unter 10 Jahren). **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff, andere GnRH-Analoga, Polymilchsäure oder einen anderen Bestandteil des Präparates; nachgewiesene Hormonunabhängigkeit des Karzinoms; intraarterielle Injektion. **Bei Männern:** Nach chirurgischer Kastration bewirkt Trenantone keine weitere Absenkung des Testosteronspiegels. **Bei Frauen:** Schwangerschaft und Stillzeit. **Mädchen mit Pubertas praecox vera:** Schwangerschaft und Stillzeit, Vaginalblutungen unbekannter Ursache. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Gonadotropin-Releasing-Hormon-Analoga, ATC Code L02AE02. **Abgabe:** NR, Rezept- und apothekenpflichtig. **Zulassungsinhaber:** Takeda Pharma Ges.m.b.H., 1120 Wien. **Informationen zu Besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit sowie Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen. [1215]**

Vorreiterin der österreichischen Urologie

Interview mit Univ. Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Doris Conci, MSc.

M. Pallauf

Beeindruckende Persönlichkeiten haben stets eine beeindruckende Lebensgeschichte zu erzählen – eine, die es sich lohnt erzählt, aber vor allem auch gehört zu werden. Wir, der Arbeitskreis der AssistenzärztInnen der ÖGU, freuen uns, eine dieser besonderen Persönlichkeiten zu einem Interview getroffen zu haben.

Frau Univ. Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Doris Conci, MSc. ist Leiterin des Qualitätsmanagements der Salzburger Landeskliniken. Bis zum Jahr 2009 war sie stellvertretende ärztliche Direktorin dieser und gleichzeitig als Urologin tätig. Frau Univ. Doz.ⁱⁿ Conci ist die erste habilitierte Urologin Österreichs und eine der StifterInnen der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität.

Frau Univ. Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Conci, aus welchen Gründen haben Sie sich für eine Karriere in der Medizin entschieden?

Schon seit meinem 13. Lebensjahr wusste ich, dass ich Ärztin werden wollte. Meine Eltern hatten beide schon früh gesundheitliche Probleme. Ich habe schnell gemerkt, dass ihre medizinische Versorgung leider nicht optimal ist. Ich wollte etwas an dieser Situation ändern, nicht nur für meine Eltern. Ich wollte für die Allgemeinheit etwas bewegen.



Univ. Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Doris Conci, MSc. (rechts) im Gespräch mit Dr. Maximilian Pallauf

Wieso haben Sie sich für das Fach Urologie entschieden?

Um diese Frage beantworten zu können, muss ich ein wenig ausholen. In meinem letzten Studienjahr wurde ich schwanger. Das war für mich allerdings kein Grund, kürzer zu treten. Auch wenn mich viele hierfür, vor allem die männlichen Studienkollegen, belächelten. Ich absolvierte in dieser Zeit acht Rigorosen mit Bravour. Das letzte dieser im Fach Gynäkologie. Dieses wurde ausgerechnet, ich vermute aufgrund meiner Schwangerschaft, im Kreissaal abgehalten. Eine Art Ohmen, wie sich herausstellte, denn genau vier Stunden später gebar ich in just demselben Kreissaal meinen Sohn.

Obwohl mein damaliger Lebensgefährte sich auf das gemeinsame Kind freute – als junge, sogenannte alleinerziehende Mutter, hatte man es damals sehr schwer. Da ich noch nicht ins Berufsleben eingestiegen war, bekam ich weder Karenzgeld noch war ich versichert. Ich hielt mich mit Sitzwachen (*Anmerkung der Redaktion: Einzelbetreuung einer beaufsichtigungspflichtigen Person*) finanziell über Wasser. Eigentlich wollte ich Gynäkologin werden. Aber die Chance, hierfür als Frau eine Assistenzarztstelle zu bekommen, war geradezu aussichtslos. Da Ausbil-

dungsstellen zu dieser Zeit generell hart umkämpft waren, habe ich mich auf jede freie Stelle in Innsbruck und Salzburg beworben. Mit mäßigem Erfolg. Primär erhielt ich nur eine Stelle als „Medizinpraktikant“ an der Universitätsklinik für Urologie in Innsbruck. Eine Anstellung, die es heutzutage nicht mehr gibt. Die Arbeit war mit der eines Turnusarztes oder Assistenzarztes vergleichbar, allerdings zu deutlich schlechterer Bezahlung und natürlich wurde diese Zeit auch nicht als Ausbildungszeit angerechnet. Aber es galt, jede Chance zu nutzen, die sich einem bot. Zudem hoffte ich, dass ich mich als „Medizinpraktikant“ an der Klinik profilieren könnte und so an eine der heiß begehrten Ausbildungsstellen gelangen würde. Zudem war ich mir sicher, dass es für mich als angehende Gynäkologin von Vorteil wäre, eine urologische Expertise zu entwickeln. Aus dem Berufswunsch, Gynäkologin zu werden, wurde allerdings nichts. Ich habe mich aber auch nicht mehr an einer Gynäkologie beworben, denn das Interesse an der Urologie hatte mich schnell gepackt. Die Anfangszeit war sehr hart. Ich musste mich gegen viele Widerstände durchsetzen. All das nur, weil ich eine Frau war und als Frau in eine „Männerdomäne“ eingedrungen bin. Es ging sogar soweit, dass ich anfangs immer das Untersuchungs-

UNIDROX® klärt einfach!

LUNGE KLAR

ZUR BEHANDLUNG DER AKUTEN
EXAZERBATION EINER
CHRONISCHEN BRONCHITIS



BLASE KLAR

ZUR BEHANDLUNG VON
INFEKTIONEN DER
UNTEREN HARNWEGE



1



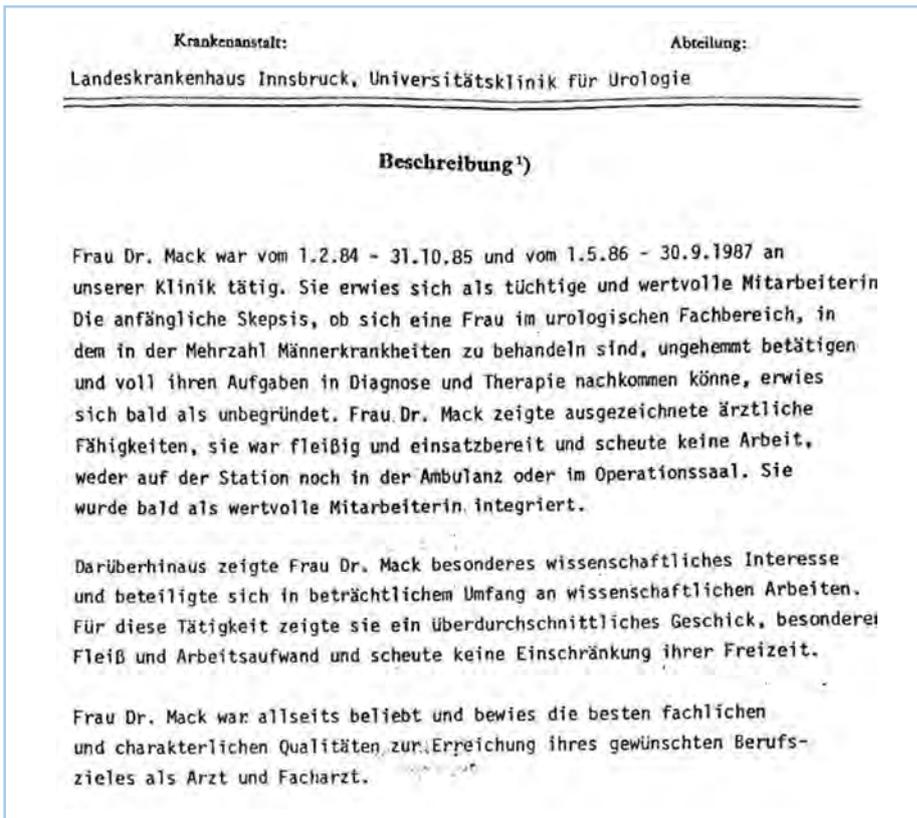
1x
täglich
reicht!

Hauptthema: 50 Jahre nach der 68er-Generation

zimmer verlassen musste, wenn ein Mann im Intimbereich untersucht wurde. Denn, so lautete die Begründung meines damaligen Chefs: „Männer fühlen sich in so einer intimen Situation in Anwesenheit einer Frau unwohl“. Aber ich habe nicht aufgegeben und mich durchgesetzt. Schlussendlich habe ich eine Anstellung als Assistenzärztin bekommen. Die Zeiten waren als Assistenzärztin ebenfalls nicht einfach, aber ich hatte mir unter den Kollegen bereits Respekt verschafft. Dies wurde nach Abschluss meiner Ausbildung auch von meinem Chef mit folgenden Zeilen in meinem Ausbildungszeugnis gewürdigt: *„Sie erwies sich als tüchtige und wertvolle Mitarbeiterin. Die anfängliche Skepsis, ob sich eine Frau im urologischen Fachbereich, in dem in der Mehrzahl Männererkrankungen zu behandeln sind, ungehemmt betätigen und voll ihren Aufgaben in Diagnose und Therapie nachkommen könne, erwies sich bald als unbegründet“.*

Sie waren somit Wegbereiterin für viele jüngere Kolleginnen. Das aber nicht nur im klinischen Alltag, auch sind sie die erste habilitierte Urologin Österreichs. Wie wurde Ihr großes Interesse für Lehre und Forschung geweckt?

In meiner gesamten beruflichen Laufbahn gab es zwei große Förderer und Mentoren. Dies waren Prof. Jakse in Innsbruck, der später Ordinarius in Aachen wurde, und Prof. Frick in Salzburg. Diesen beiden verdanke ich sehr viel und sie sind auch mitverantwortlich für meine wissenschaftliche Karriere. Schon kurz, nachdem ich endlich eine



Ausbildungszeugnis der Universitätsklinik für Urologie Innsbruck

Stelle als Assistenzärztin an der Universitätsklinik Innsbruck erhalten hatte, nahm mich Prof. Jakse unter seine Fittiche. Prof. Jakse war ein ausgewiesener Experte für das Blasenkarzinom, welcher es verstand, mein Interesse für dieses Spezialgebiet zu wecken. Schon bald konnte ich erste Publikationen zu diesem Thema vorweisen. Auch wissenschaftliche Auszeichnungen kamen dazu. Unter anderem der „Zuckerkanndpreis der ÖGU“ im Jahr 1987 und der 1. Posterpriis der EAU im Jahr 1988. Es gab zu dieser Zeit nur wenige Frauen, die sich wissenschaftlich betätigten und so schaffte ich es schnell, mir international einen Namen zu machen. Nach meinem Wechsel nach Salzburg war es Prof. Frick, welcher meine weitere wissenschaftliche Karriere förderte. Schlussendlich konnte ich an der Universität Wien im Jahr 1997 habilitieren.

Sie sind auch Stifterin der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität. Wie kam es dazu?

Meine medizinische Ausbildung habe ich an der Universität Innsbruck begonnen. Dort habe ich schnell die Vorteile einer Universitätsklinik kennen, aber vor allem auch schätzen gelernt. Diese waren gerade in der Patientenversorgung eminent. Nur hier war es möglich, den Pa-

tienten stets die neusten Therapiemöglichkeiten anbieten zu können. Aus diesem Grund war es mir wichtig, bei der Gründung der PMU mitzuarbeiten, um so in Salzburg, die sicherlich bereits sehr gute medizinische Versorgung, noch zu verbessern.

Sie haben zahlreiche postgraduale Weiterbildungen absolviert, unter anderem mehrere Management Kurse, aber auch einen Master Studiengang in Gesundheitswissenschaften, welchen Sie mit Auszeichnung abgeschlossen haben. Wenn man Ihren Lebenslauf liest, merkt man schnell, dass Sie zielstrebig auf eine Führungsposition in der Medizin hingearbeitet haben. Wussten Sie schon früh, dass Sie eine „Krankenhaus-Karriere“ anstreben?

Ja! Mein Ziel war es, Primaria zu werden. Leider ist es nicht dazu gekommen. Mein Chef in Salzburg, Prof. Frick, hat mich diesbezüglich auch immer gefördert! Auf sein Anraten habe ich die diversen Management-Kurse besucht. Er hat immer zu mir gesagt: „Wenn du zu deiner klinischen und wissenschaftlichen Ausbildung auch noch Qualitäten im Management nachweisen kannst, kommt man in Österreich bei den Primar Nach-



besetzungen bald nicht mehr um dich herum!“

Aktuell sind Sie die Leiterin des Qualitätsmanagements der Salzburger Landeskliniken. Wie kam es dazu, dass Sie heute nicht mehr als Ärztin tätig sind?

Auch das wiederum ist eine längere Geschichte. In meiner Zeit in Salzburg besuchte ich, wie Sie schon erwähnt haben, diverse Fortbildungen im Management-Bereich. Das hatte zur Folge, dass ich von der damaligen Landesregierung beauftragt wurde, die Ausgliederung der Salzburger Landeskliniken aus dem Landesdienst in eine Holding und später eine GesmbH zu leiten. Denn man wollte, dass dieses Projekt von einem Arzt und nicht von einem Beamten der Landesverwaltung geleitet wird. Zudem war man der Ansicht, dass eine Frau für diesen heiklen Prozess mehr Gespür und Einfühlungsvermögen für die beiden beteiligten Seiten, Ärzte und Verwaltung, besitzt. Die Ausgliederung der Landeskliniken dauerte insgesamt fünf Jahre. In dieser Zeit war ich zu 50% als Oberärztin an der Abteilung für Urologie und zu 50 % in der Krankenhausverwaltung tätig. Zudem wurde ich auch zur stellvertretenden ärztlichen Leiterin ernannt. Es war eine spannende Zeit.

Nach der Pensionierung von Prof. Frick änderte sich für mich leider sehr viel, und nicht zum Guten. Unter seinem Nachfolger fühlte ich mich weder als Ärztin noch als Person wertgeschätzt. Auch wurde ich bei den Operationen nicht mehr berücksichtigt. An die großen spannenden Operationen, welche ich noch zu Zeiten von Prof. Frick durchgeführt habe, wurde ich nicht mehr herangeführt. Es war eine sehr schwierige und belastende Zeit für mich. All das, wofür ich so hart und lange gekämpft und gearbeitet hatte, wurde mir auf einmal weggenommen. Im Nachhinein hätte ich vermutlich die Klinik verlassen und an ein anderes Haus wechseln sollen. Vielleicht wäre ich dann heute noch Ärztin. In weiterer Folge wurde für mich die Situation immer mehr zur Belastung. Es war mir nicht mehr möglich, meine Patienten ordentlich zu versorgen. Als dann eine Handverletzung dazu kam, welche mir das Operieren weiter erschwert hätte, entschied ich mich, meine medizinische Karriere zu beenden und wechselte in die Verwaltung.

Vermissen Sie es noch als Ärztin zu arbeiten?

Ich vermisse den Kontakt mit den Patienten. Ich vermisse das Gefühl, nach einem anstrengenden Arbeitstag im OP nach Hause zu kommen und zu wissen, dass man etwas Gutes getan hat, dass man jemandem wirklich helfen konnte. In der Verwaltung ist das etwas anderes. Hier zählt nur das Ergebnis, das Menschliche geht dabei verloren. Zumindest einmal im Jahr träume ich noch davon, wie ich einen Patienten operiere und er mir danach erklärt, dass er nun absolut beschwerdefrei ist. Ich wache dann immer schweißgebadet und mit Tränen im Gesicht auf. Ja, mir fehlt es, Ärztin zu sein.

Sie haben sich als junge Frau in einer von Männern dominierten Arbeitswelt durchgesetzt. In weiterer Folge haben Sie auch einen Frauenförderungsplan an den Salzburger Landeskliniken mitentwickelt. Wie vergleichen Sie die Zeit von damals und heute. Hat sich Ihrer Meinung nach in punkto Gleichbehandlung genügend getan?

Im Vergleich zu der Zeit, in der ich begonnen habe zu arbeiten, hat sich natürlich viel geändert. Damals wurden Frauen in der Arbeitswelt belächelt. Und die wenigen, die dem Druck standhielten, wurden ganz offensichtlich diskriminiert. Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf war damals natürlich kein Thema. Ich musste meinem Chef in Innsbruck noch per Handschlag versprechen, dass ich während meiner Ausbildung sicher nicht schwanger werden würde. Heutzutage ist das natürlich unvorstellbar. Auch sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz war ein Thema. Wenn ich mich genau erinnere, gab es fünf Situationen in meiner beruflichen Laufbahn, in denen ich von einem Arbeitskollegen belästigt wurde. Ich wusste mir zwar immer selbst zu helfen, aber ich wünsche niemandem, dass er in so eine Situation kommt. #MeToo kann ich nur sagen!

Zum Glück haben die Veränderungen in der Gesellschaft nicht vor der Medizin halt gemacht. Und diese Veränderungen sind sichtbar und spürbar für uns alle. Es ist ja heutzutage ganz normal, dass es auch weibliche Urologinnen gibt. Das allein ist allerdings für mich zwar nicht genug, aber zum Glück lassen sich Veränderungen niemals aufhalten, damals und auch heute nicht.

Einiges hat sich bei den Arbeitsbedingungen für Ärzte gebessert. Was halte Sie vom neuen „stren-

gerem“ Arbeitszeitgesetz?

Ich möchte mich nicht dem Reigen des Gejammeres der Kollegen meiner Generation anschließen, aber glaube ich doch, dass sie Recht haben. Ich habe das Gefühl, dass einiges zu reglementiert ist und wir Ärzte unserer Eigenverantwortung beraubt werden. Ich glaube schon, dass es jedem einzelnen zumutbar ist, selbst zu entscheiden, ob und wenn ja, welche ärztliche Tätigkeit er nach einem Nachtdienst ausüben kann oder eben auch nicht. Eine gute Selbsteinschätzung, was traue ich mir zu und was nicht, gehört zu unserem Beruf dazu. Diese Fähigkeit gehört natürlich auch erlernt. Das geht in unserem streng reglementierten System verloren. Aber nicht nur das stört mich an dem „strengeren“ Arbeitszeitgesetz. Ich stelle es mir für junge Kollegen schwierig vor, aufgrund der vielen verpflichtenden Abwesenheit, den gesamten Krankheitsverlauf eines Patienten kennen zu lernen. Ein doch essentieller Schritt in der Ausbildung eines jeden Arztes.

Haben Sie ein Lebensmotto?

Tue Recht und scheue Niemanden!

Wenn Sie Ihre berufliche Laufbahn Revue passieren lassen, was würden Sie genauso wieder machen, bzw. was würden Sie nicht mehr so machen?

Mein Leben lang habe ich für meine Ziele gekämpft! Das würde ich auch immer wieder so machen. Ich habe aber stets ein Leben geführt, in welchem ich permanent gegen den Strom geschwommen bin. Das hat über die Jahre sehr viel Kraft und Energie gekostet. Ob ich das so wieder machen würde, weiß ich nicht.

Sie haben in Ihrem beruflichen Werdegang viel erlebt. Haben Sie einen Appell an junge Kolleginnen und Kollegen?

Das Wichtigste im Leben ist eine gute Werteorientierung! Bleiben Sie dieser stets treu und setzen Sie sich für Ihre Überzeugungen ein. Verstecken Sie sich nicht und seien Sie mutig. Seien Sie stets neugierig und scheuen Sie sich nicht, die Dinge zu hinterfragen. So vieles, was ich in meiner Studienzeit gelernt habe, was als unumstößlich galt, ist heute widerlegt. Erfreuen Sie sich an Ihrem Beruf. Behalten Sie immer den Patienten im Mittelpunkt Ihres Handelns. Denn personalisierte Medizin zu betreiben, ist die schönste Herausforderung, der man sich stellen kann.

Wir danken für das Gespräch.

Ein urologisches „Blinddate“

Interview mit Dr. Liane Kassati

N. Mahne, K. Bretterbauer

Am Nachmittag des 8. August 2018 treffen wir eine beeindruckende, rothaarige Persönlichkeit zu einem exklusiven Interview im Plachutta in der Wollzeile in Wien. Fotos sind nicht gestattet.



© iStock / thomas-bethge

Wir kombinieren: rothaarig – inkognito – Wien – 8.8.18? Handelt es sich vielleicht um Ed Sheeran – den britischen Singer and Songwriter, der heute Abend ein Konzert gibt?

Fast, wir treffen die beeindruckende „Grande Dame“ der Urologie, Dr. Liane Kassati, welche als vierte Frau Österreichs eine Ausbildungsstelle für Urologie erhalten hat.

Es ist 14:55, die Wiener Innenstadt speichert seit Tagen die Hitze; aktuell hat es 35°C im Schatten, als die elegante, in weißem Leinen gekleidete Dame sich dem Tisch im Gastgarten nähert. Das muss unser Blinddate sein! Wir sind aufgeregt, da unser „basic research“ im Internet (Google, Linked-in, Facebook, ...) keinen Treffer ergeben hat: Kein Bild, kein Artikel, kein Lebenslauf.

Die eisgekühlten Getränke werden serviert und wir tauchen in Frau Dr. Kassatis Welt ein.

Wie empfanden Sie das Medizinstudium in den 60er Jahren in Wien?

Im Wintersemester 1968 begann ich mein Studium an der Medizinischen Universität Wien als eine von 600 Studentinnen und Studenten. Da es damals in Wien nur geschlechtergetrennte Schulen gab, ging auch ich auf eine Mädchenschule. Dort gab es nur 3

Männer: den Religionslehrer, den Schulfachlehrer und einen schwulen Sprachlehrer. Und plötzlich auf der Uni, waren da Männer! Natürlich waren wir am Anfang per „Sie“ und nicht wie heute: „Herst, wie geht's da?“. Mit der Zeit entstanden großartige Freundschaften. Ich habe unter anderem Prim. Höttl und Prim. Hruby Senior kennengelernt. An der Universität wurde Urologie nicht unterrichtet. Ich habe gerne gelernt, die Studienzeit habe ich in sehr schöner Erinnerung. Auch die ausnahmslos mündlichen Prüfungen habe ich mit Freude absolviert. Promoviert habe ich im Jänner 1975.

Mussten Sie lange auf einen Turnusplatz warten?

Gleich im darauffolgenden Februar habe ich meinen Turnus im Elisabethspital in der Huglgasse begonnen. Dieses hatte eine kleine Urologie, welche in die Chirurgie integriert war, bestehend aus einem Oberarzt Dr. Hiermanseder und einem Assistenzarzt Dr. Schacherl, die für Station, Ambulanz und den OP zuständig waren. Meine erste Station war die Chirurgie.

Warum wollten Sie Urologin werden?

Im Turnus auf der Chirurgie, auf der es auch 10 urologische Betten gab, lernte ich das Fach kennen. Es wurde immer

ein Sekundararzt von der Chirurgie auf die urologische Abteilung geschickt. Ich war engagiert und habe fleißig mitgearbeitet und durfte bereits als Turnusärztin cystoskopieren und im OP assistieren. Das hat mich fasziniert. Die Blase ausleuchten zu können und auch transurethral zu operieren, das gab es damals in keiner anderen Fachrichtung. Zwar gab es Rektoskope und starre Gastroskope, aber diese hatten keine Möglichkeit zur Intervention. Fasziniert hat mich, dass Urologen schon damals das beste Werkzeug hatten, um ein Organ endoskopisch sehr gut beurteilen zu können. Die endoskopische Intervention war für mich die bestechende und meine liebste operative Tätigkeit. Liebend gerne hätte ich die Laparoskopie noch erlernt. Ich dachte: Ja, das wäre ein Fach für mich!

Welche Hürden gab es?

Nachdem ich die Urologie für mich entdeckt habe, begann ich, mich überall zu bewerben. Also wurde ich an diversen Abteilungen vorstellig, wurde von den Primarii von oben bis unten gemustert und nicht einmal vorgemerkt. Mein Oberarzt riet mir: „Ich kenne nur ein Krankenhaus, das bisher eine Frau ausgebildet hat...“ und so stellte ich mich unter anderem bei Prim. Doz. Dr. Figdor im KFJ in Wien vor. Dem Zufall verdanke ich meine Stelle, denn ein Kollege im KFJ schied unerwartet aus und Ersatz wurde



*mCRPC:
Auch eine Frage
der Lebensqualität*

> EFFEKTIVE TUMORKONTROLLE¹
> THERAPIE: ZEITLICH FLEXIBEL*¹

Erstattet in der gelben Box²

* Einnahme zeitlich flexibel und unabhängig von den Mahlzeiten

Referenzen: 1. Xtandi Fachinformation, Stand 02/2018.
2. https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Avsv/AVSV_2015_0160/AVSV_2015_0160.pdfsig, Stand 05/2018
Astellas Pharma Ges.m.b.H., Donau-City-Straße 7, 1220 Wien, Tel: +43 1 877 26 68, E-Mail: office.at@astellas.com

Xtandi™
Enzalutamid

XTD/2018/0031/AT

FACHKURZINFORMATION

1. BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS - Xtandi 40 mg Weichkapseln **2. QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG** - Jede Weichkapsel enthält 40 mg Enzalutamid (siehe Abschnitt 2 der SmPC); **SONSTIGER BESTANDTEIL MIT BEKANNTER WIRKUNG**: Jede Weichkapsel enthält 57,8 mg Sorbitol (siehe Abschnitt 6.1 der SmPC). **LISTE DER SONSTIGEN BESTANDTEILE: KAPSELINHALT** - Macrogolglycerolcaprylocaprate 400, Butylhydroxytoluol (E 321), Butylhydroxytoluol (E 321), KAPSELHÜLLE - Gelatine, Lösung von partiell dehydratisiertem Sorbitol (Sorbitan), Glycerol, Titandioxid (E 171), Gereinigtes Wasser; **DRUCKTINTE** - Eisen(II)-oxid (E 172), Poly(phthalsäure-co-vinylacetat) **3. ANWENDUNGSGEBIETE - XTANDI IST ANGEZEIGT** - zur Behandlung erwachsener Männer mit metastasiertem kastrationresistentem Prostatakarzinom (castration-resistant prostate cancer, CRPC) mit asymptomatischem oder mild symptomatischem Verlauf nach Versagen der Androgenentzugstherapie, bei denen eine Chemotherapie klinisch noch nicht indiziert ist (siehe Abschnitt 5.1 der SmPC). - zur Behandlung erwachsener Männer mit metastasiertem CRPC, deren Erkrankung während oder nach einer Chemotherapie mit Docetaxel fortschreitet. **4. GEGENANZEIGEN** - Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 der SmPC genannten sonstigen Bestandteile. Frauen, die schwanger sind oder schwanger werden können (siehe Abschnitt 4.6 der SmPC). **5. BESONDERE WARNHINWEISE UND VORSICHTSMASSNAHMEN FÜR DIE ANWENDUNG RISIKO VON KRAMPFANFÄLLEN** - Vorsicht ist geboten bei der Anwendung von Xtandi bei Patienten mit Krampfanfällen in der Vorgeschichte oder anderen prädisponierenden Faktoren. Diese schließen unter anderem folgende Faktoren mit ein: zugrundeliegende Gehirnverletzung, Schlaganfall, primären Hirntumoren, Hirnmetastasen oder Alkoholismus. Außerdem könnte das Risiko für Krampfanfälle bei Patienten steigen, die gleichzeitig Arzneimittel einnehmen, die die Krampfschwelle senken. Die Entscheidung, die Behandlung fortzusetzen, sollte bei Patienten, die Krampfanfälle entwickeln, von Fall zu Fall getroffen werden. **POSTERIORES REVERSIBLES ENZEPHALOPATHIE-SYNDROM** - Es liegen seltene Berichte über posteriores reversibles Enzephalopathie-Syndrom (PRES) bei Patienten vor, die mit Xtandi behandelt werden (siehe Abschnitt 4.8 der SmPC). PRES ist eine seltene, reversible neurologische Störung, die mit schnell entstehenden Symptomen, einschließlich Krampfanfall, Kopfschmerzen, Verwirrtheit, Blindheit und anderen visuellen und neurologischen Störungen, mit oder ohne assoziiertes Hypertonie, auftreten kann. Die Diagnose eines PRES bedarf der Bestätigung durch eine bildgebende Untersuchung des Gehirns, vorzugsweise Magnetresonanztomographie (MRT). Es wird empfohlen Xtandi bei Patienten, die PRES entwickeln, abzusetzen. **GLEICHZEITIGE ANWENDUNG MIT ANDEREN ARZNEIMITTELEN** - Enzalutamid ist ein potenter Enzyminduktor und kann zu einem Verlust der Effektivität vieler gängiger Arzneimittel führen (siehe Beispiele in Abschnitt 4.5 der SmPC). Bevor die Behandlung mit Enzalutamid begonnen wird, sollte man sich einen Überblick über die gleichzeitig angewendeten Arzneimittel verschaffen. Die gleichzeitige Anwendung von Enzalutamid mit Arzneimitteln, die empfindliche Substrate für viele metabolisierende Enzyme oder Transporter sind (siehe Abschnitt 4.5 der SmPC), sollte grundsätzlich vermieden werden, falls deren therapeutische Wirkung für den Patienten sehr wichtig ist und falls Dosisanpassungen, basierend auf der Bestimmung der Effektivität oder der Plasmakonzentrationen, nicht einfach durchzuführen sind. Die gleichzeitige Behandlung mit Warfarin und Cumarin-artigen Antikoagulantien sollte vermieden werden, da durch CYP2C9 metabolisiert wird (wie z. B. Warfarin oder Acenocumarol), sollte der International Normalised Ratio (INR) - Wert zusätzlich kontrolliert werden (siehe Abschnitt 4.5 der SmPC). **NIERENFUNKTIONSTÖRUNG** - Da bei Patienten mit schwerer Nierenfunktionsstörung keine klinischen Erfahrungen mit Enzalutamid vorliegen, ist bei diesen Patienten Vorsicht geboten. **SCHWERE LEBERFUNKTIONSTÖRUNG** - Bei Patienten mit schwerer Leberfunktionsstörung wurde eine verlängerte Halbwertszeit von Enzalutamid, möglicherweise bedingt durch eine Zunahme der Verteilung ins Gewebe, beobachtet. Die klinische Relevanz dieser Beobachtung ist weiterhin unbekannt. Eine Verlängerung der Zeit bis zum Erreichen der Steady State-Konzentration ist jedoch zu erwarten, und die Zeit bis zum maximalen pharmakologischen Effekt sowie die Zeit bis zum Einsetzen und Rückgang der Enzyminduktion (siehe Abschnitt 4.5 der SmPC) kann verlängert sein. **KÜRZLICHE KARDIOVASKULÄRE ERKRANKUNGEN** - Patienten mit einem vor kurzem erlittenem Mykardinfarkt (innerhalb der vergangenen 6 Monate) oder mit instabiler Angina pectoris (innerhalb der vergangenen 3 Monate), mit Herzinsuffizienz im NYHA- (New York Heart Association-) Stadium II oder IV (außer bei einer linksventrikulären Auswurfleistung [LVEF] $\geq 45\%$), mit Bradykardie oder mit unkontrolliertem Bluthochdruck wurden aus den Phase-III-Studien ausgeschlossen. Dies sollte berücksichtigt werden, falls Xtandi für solche Patienten verschrieben wird. **ANDROGENDEPRIVATIONSTHERAPIE KANN DAS QT-INTERVALL VERLÄNGERN** - Bei Patienten mit einer Vorgeschichte einer QT-Verlängerung oder mit Risikofaktoren für eine QT-Verlängerung und bei Patienten, die als Begleitmedikation Arzneimittel erhalten, die das QT-Intervall verlängern können (siehe Abschnitt 4.5 der SmPC), sollten die Ärzte das Nutzen-Risiko-Verhältnis einschließlich dem möglichen Auftreten von Torsade de Pointes abwägen, bevor die Behandlung mit Xtandi begonnen wird. **ANWENDUNG ZUSAMMEN MIT CHEMOTHERAPIE** - Die Sicherheit und Wirksamkeit von Xtandi bei gleichzeitiger Anwendung mit einer zytotoxischen Chemotherapie ist nicht erwiesen. Die gleichzeitige Anwendung von Enzalutamid hat keinen klinisch relevanten Einfluss auf die Pharmakokinetik von intravenösem Docetaxel (siehe Abschnitt 4.5 der SmPC); jedoch kann ein vermehrtes Auftreten von Docetaxel-induzierter Neutropenie nicht ausgeschlossen werden. **SONSTIGE BESTANDTEILE** - Xtandi enthält Sorbitol (E 420). Patienten mit hereditärer Fructoseintoleranz dürfen dieses Arzneimittel nicht einnehmen. **ÜBEREMPFINDLICHKEITSREAKTIONEN** - Unter Enzalutamid wurden Überempfindlichkeitsreaktionen beobachtet, die sich durch Symptome, wie zum Beispiel Zungenödem, Lippenödem und Pharynxödem, manifestierten (siehe Abschnitt 4.8 der SmPC). **6. NEBENWIRKUNGEN ZUSAMMENFASSUNG DES SICHERHEITSPROFILS** - Die am häufigsten auftretenden Nebenwirkungen sind Asthenie/Fatigue, Hitzeempfinden, Kopfschmerzen und Hypertonie. Weitere wichtige Nebenwirkungen schließen Stürze, nicht-pathologische Frakturen, kognitive Störungen und Neutropenie ein. Ein Krampfanfall trat bei 0,5 % der mit Enzalutamid behandelten Patienten, bei 0,1 % der Patienten, die Placebo erhielten und bei 0,3 % der mit Bicalutamid behandelten Patienten auf. Seltene Fälle des posterioren reversiblen Enzephalopathie-Syndroms wurden bei mit Enzalutamid behandelten Patienten berichtet (siehe Abschnitt 4.4 der SmPC). **TABELLÄRISCHE AUFLISTUNG DER NEBENWIRKUNGEN** - Im Folgenden werden die Nebenwirkungen, die in klinischen Studien beobachtet wurden, nach ihrer Häufigkeit aufgeführt. Bei den Häufigkeitsangaben werden folgende Kategorien zugrunde gelegt: sehr häufig ($\geq 1/10$); häufig ($\geq 1/100$, $< 1/10$); gelegentlich ($\geq 1/1000$, $< 1/100$); selten ($\geq 1/10000$, $< 1/1000$); sehr selten ($< 1/10000$); nicht bekannt (Häufigkeit auf Grundlage der verfügbaren Daten nicht abschätzbar). In jeder Häufigkeitskategorie werden die Nebenwirkungen in abnehmendem Schweregrad dargestellt. **Tabelle 1: Nebenwirkungen, die in kontrollierten klinischen Studien und nach Markteinführung aufgetreten sind** | **Organklasse nach dem MedDRA-System** | **Nebenwirkung und Häufigkeit** | **Erkrankungen des Blutes und des Lymphsystems** | Gelegentlich: Leukopenie, Neutropenie | Nicht bekannt: Thrombozytopenie | **Erkrankungen des Immunsystems** | Nicht bekannt: Zungenödem, Lippenödem, Pharynxödem | **Psychiatrische Erkrankungen** | Häufig: Angst | Gelegentlich: visuelle Halluzinationen; **Erkrankungen des Nervensystems** | Sehr häufig: Kopfschmerzen | Häufig: Gedächtnisstörung, Amnesie, Aufmerksamkeitsstörung, Restless-Legs-Syndrom | Gelegentlich: kognitive Störung, Krampfanfall | Nicht bekannt: posteriores reversibles Enzephalopathie-Syndrom | **Herzkrankungen** | Nicht bekannt: QT-Verlängerung (siehe Abschnitt 4.4 und 4.5 der SmPC) | **Gefäßkrankungen** | Sehr häufig: Hitzeempfinden, Hypertonie | **Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts** | Nicht bekannt: Übelkeit, Erbrechen, Diarrhö | **Erkrankungen der Haut und des Unterhautzellgewebes** | Häufig: trockene Haut, Juckreiz | Nicht bekannt: Hautausschlag | **Skelettmuskulatur-, Bindegewebs- und Knochenkrankungen** | Häufig: Frakturen | Nicht bekannt: Myalgie, Muskelkrämpfe, muskuläre Schwäche, Rückenschmerzen | **Erkrankung der Geschlechtsorgane und der Brustdrüse** | Häufig: Gynäkomastie | **Allgemeine Erkrankungen** | Sehr häufig: Asthenie/Fatigue | **Verletzung, Vergiftung und durch Eingriffe bedingte Komplikationen** | Häufig: Stürze; *Spontanmeldungen nach Markteinführung. **Beinhalten alle Frakturen mit Ausnahme pathologischer Frakturen; **BESCHREIBUNG AUSGEWÄHLTER NEBENWIRKUNGEN - KRAMPFANFÄLLE** - In den kontrollierten klinischen Studien kam es bei 11 von 2.051 Patienten (0,5 %) die mit einer täglichen Dosis von 160 mg Enzalutamid behandelt wurden, zu einem Krampfanfall, wogegen ein Patient ($< 0,1\%$), der Placebo erhielt und ein Patient (0,3 %), der Bicalutamid erhielt einen Krampfanfall erlitt. Die Dosis scheint einen entscheidenden Einfluss auf das Anfallsrisiko zu haben, wie präklinische Daten und Daten aus einer Dosisskalierungsstudie zeigen. Aus den kontrollierten Studien wurden Patienten mit einem Krampfanfall in der Vorgeschichte oder mit Risikofaktoren für einen Krampfanfall ausgeschlossen. In der AFFIRM-Studie kam es bei sieben von 800 Patienten (0,9 %), die nach einer Chemotherapie eine tägliche Dosis von 160 mg Enzalutamid erhielten, zu einem Krampfanfall. Im Placebo-Arm traten dagegen keine Krampfanfälle auf. Bei einigen dieser Patienten lagen potentiell prädisponierende Faktoren vor, die das Risiko eines Krampfanfalls unabhängig erhöht haben könnten. In der PREVAL-Studie erlitt einer von 871 Chemotherapie-naiven Patienten (0,1 %), die eine tägliche Dosis von 160 mg Enzalutamid erhielten, und ein Patient (0,1 %), der Placebo erhielt, einen Krampfanfall. In den Bicalutamid-kontrollierten Studien erlitten 3 von 380 Chemotherapie-naiven Patienten (0,8 %), die Enzalutamid erhielten, und 1 von 387 Patienten (0,3 %), die Bicalutamid erhielten, einen Krampfanfall. In einer einarmigen Studie zur Beurteilung der Inzidenz von Krampfanfällen bei Patienten mit prädisponierenden Faktoren für einen Krampfanfall (davon hatten 1,6 % Krampfanfälle in der Vorgeschichte) erlitten 8 von 366 (2,2 %) Patienten, die Enzalutamid erhielten, einen Krampfanfall. Die mediane Behandlungsdauer betrug 9,3 Monate. Über welchen Mechanismus Enzalutamid möglicherweise die Krampfschwelle senkt, ist nicht bekannt, könnte aber mit Daten aus In-vitro-Studien erklärt werden, die zeigen, dass Enzalutamid ein sehr aktiver Metabolit an den GABA-aktivierten Chloridkanal binden und diesen inhibieren können. **MELDUNG DES VERDACHTS AUF NEBENWIRKUNGEN** - Die Meldung des Verdachts auf Nebenwirkungen nach der Zulassung ist von großer Wichtigkeit. Sie ermöglicht eine kontinuierliche Überwachung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses des Arzneimittels. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung über das nationale Meldesystem anzuzeigen: Österreich: Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen, Traisengasse 5, A-1200 Wien, Fax: +43 (0) 50 555 36207; Website: <http://www.basg.gv.at/>; **7. PHARMAKOTHERAPEUTISCHE GRUPPE** - Pharmakotherapeutische Gruppe: Hormonantagonisten und verwandte Mittel, Androgenrezeptor-Antagonisten ATC-Code: L02BB04 **8. INHABER DER ZULASSUNG** - Astellas Pharma Europe B.V., Sylviusweg 62, 2333 BF Leiden, Niederlande **9. VERTRIEB IN ÖSTERREICH** - Astellas Pharma Ges.m.b.H., Donau-City-Straße 7, A-1220 Wien, Tel: +43 1 877 26 68, E-Mail: office.at@astellas.com **10. STAND DER INFORMATION** - 02/2018 **11. REZEPTPFLICHT/APOTHEKENPFLICHT** - Verschreibungspflichtig. **Weitere Angaben zu Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Fertilität, Schwangerschaft, Stillzeit, Auswirkungen auf die Verkehrstüchtigkeit und die Fähigkeit zum Bedienen von Maschinen, sowie Gewöhnungseffekten entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.***

Hauptthema: 50 Jahre nach der 68er-Generation

gesucht. In der Zwischenzeit habe ich meine Gegenfächer fertig gemacht.

Hatten Sie das Gefühl, dass Sie in der Ausbildung nicht gleichberechtigt waren?

Ich hatte nicht nur das Gefühl, es war so. Wir waren zu zweit in Ausbildung, ein Mann und ich. Ich habe versucht, alles an mich zu reißen um zu operieren. Man muss beharrlich sein und nicht nachlassen. Ich war immer anwesend, um etwas zu lernen. So hieß es: „Die Liane steht wieder in den Startlöchern“. Trotzdem blieben mir die großen OPs verwehrt.

Warum?

Weil ich eine Frau bin und damals Zystektomien sehr selten waren, denn das war ein riesiger Aufwand und nur ein bis zwei Männer pro Abteilung diesen Eingriff erlernt haben, also der Primar und der erster Oberarzt.

Wo wurden urologische Eingriffe durchgeführt, wenn die urologische Abteilung ein Teil der Chirurgie war?

Im Elisabeth Spital wurden damals transurethrale Eingriffe in der Ambulanz ohne Handschuhe und mit Gummischürze durchgeführt, offene OPs im chirurgischen Saal. Es gab viel mehr suprapubische Prostatektomien.

Hatten Sie eine Spezialisierung?

Ja ich habe die Nachsorgeambulanz für cystektomierte Patienten gemacht. Die war immer dienstags und wenn ich am Montag Nachtdienst hatte, blieb ich, bis ich alle Patienten angeschaut hatte.

Warum sind Sie geblieben?

Weil das mein Versprechen war.

Haben Sie gerne gelehrt?

Ich war gerne Ausbilderin für Junge. Auch wenn mich die Jüngeren in der Nacht gebraucht haben, ich bin immer aufgestanden um zu helfen. Dafür war ich da.

Wie viele Dienste haben Sie gemacht? Wie war die Belastung?

Nach dem Dienst gingen wir nicht heim. Es war selbstverständlich, dass man da bleibt. Das Arbeitszeitgesetz gab es bei uns noch nicht. Ich habe im Durchschnitt fünf Dienste im Monat gemacht. Man hat damals erst ab dem vierten Nachtdienst die Dienste bezahlt bekommen, weil die Stunden in die monatlichen Sollstunden eingeflossen sind. Überstunden wurden aus einem Pool

ausbezahlt. Wenn der leer war, hat man nichts mehr bekommen.

Im ersten Arbeitsmonat im Elisabeth Spital hieß es: „Wissen Sie Frau Kollegin, Sie sind neu hier, Sie müssen das verstehen, dass Sie dieses Monat nur einen Dienst haben.“ Man fragte mich, ob ich Freitag, den 28. Februar machen möchte. Natürlich habe ich zugesagt, obwohl es mein Geburtstag war und ich für ein Doppelwochenende Samstag und Sonntag, sprich 1. und 2. März eingetragen worden bin. Bis Montag zu Mittag bin ich dann geblieben. Diese ersten Dienste werde ich nie vergessen. Ich hätte mir lieber die Zunge abgebitzen als zu sagen, dass ich das nicht mache.

Waren die Nachtdienste anderes als heutzutage?

Wir haben wenige Möglichkeiten gehabt. Es gab am Nachmittag kein Labor, kein Röntgen, wir hatten keinen Ultraschall.

Wie? Es gab keinen Ultraschall?

Nein, der kam erst Anfang der 80er. Die Gynäkologen haben uns das Schallen beigebracht. Ich habe einen Sonokurs bei Prof. Dr. Kratochwill in Baden gemacht. Die damaligen Ultraschallgeräte waren riesige Kästen, mit ganz kleinem Bildschirm. Das erste CT hatten wir erst 1988 zur Verfügung. Man hatte ein konventionelles Röntgen, eine IVP oder eine retrograde Pyelographie zur Verfügung. Harnleitersteine wurden offen operiert, oder mittels Schlinge entfernt.

Mittels Schlinge? Wie kann man sich das vorstellen, denn URS gab es auch nicht.

Man kann sich das wie einen Ureterkatheter mit Fadenende vorstellen. Dieser wurde mittels Röntgen auf Höhe des Nierenbeckens positioniert und die Schlinge geschlossen. Mit der Peristaltik der Muskulatur haben sich der Stein und der UK nach distal bewegt. Dies dauerte 1-2 Wochen, der Patient war stationär, konnte spazieren gehen. Oftmals wurde die Passage durch das Bescheren des UKs mit einer Kurzinfusion und diesen stetigen Zug unterstützt.

Hatten Sie es schwer unter all den Männern im Krankenhaus?

Der Herr Karl sagte schon: „Ein Mann hat immer einen gewissen Anwert.“

Männer sind so von sich überzeugt, auch wenn Sie etwas nicht können. Ob das die Erziehung ist oder genetisch bedingt ist... Dadurch traut man den Frauen

nicht so viel zu. Männer haben Angst, von den Frauen ausgebootet zu werden – ein Männlichkeitswahn. Die Medizin war und ist eine Männerwelt, in der Frauen benachteiligt werden.

Können Sie uns ein Beispiel nennen?

Ich hatte eine junge Turnus-Kollegin, die verheiratet war, 2 Kinder hatte und deren Mann ebenfalls Mediziner war. Sie wollte unbedingt Radiologin werden. Nach langer Zeit trafen wir einander wieder und ich erkundigte mich, was aus ihrem Vorhaben wurde. Beim Bewerbungsgespräch wurde sie gefragt, was sei, wenn die Kinder krank wären. Ein Mann wird so etwas niemals gefragt und sie bekam die Stelle nicht. Ich selbst musste bei meiner Vertragsunterzeichnung eine eidesstattliche Erklärung abgeben, dass ich zum Zeitpunkt der Unterzeichnung nicht schwanger war. Wenn ich verheiratet gewesen wäre, hätte mein Mann unterschreiben müssen, dass ich arbeiten gehen darf.

Denken Sie, dass die Frauen heutzutage immer noch benachteiligt werden?

Gerade heute habe ich in der „Presse“ gelesen, dass die medizinische Universität Tokio seit 2006 versucht hat, durch gefälschte Testresultate den Anteil an Frauen im Medizinstudium so klein wie möglich zu halten. Die Computer waren so programmiert, dass sie bei weiblichen Bewerbern automatisch Punkte vom Ergebnis abzogen, während Männern Punkte addiert wurden. Als Begründung der Uni wurde angegeben, dass die meisten Frauen ohnehin nicht im Beruf bleiben oder die Karriere beenden, wenn sie Familien gründen. (Artikel zum Nachlesen in "Die Presse", Print-Ausgabe, 09.08.2018 „Japan: Eliteuniversität blockte Frauen ab“.) Wir leben noch immer in patriarchalen Strukturen.

Hatte die Berufswahl – Urologie/ Medizin – Auswirkungen auf Ihr Privatleben?

Ich selbst war nie verheiratet und habe keine Kinder. Das Leben ist oft schicksalhaft: manche sind 1x verheiratet und haben 5 Kinder, andere wiederum 5x verheiratet und nur 1 Kind. Der Beruf war mir sehr wichtig und hat eine zentrale Rolle in meinem Leben eingenommen. In meinen 35 Dienstjahren habe ich an 30 Heiligabenden gearbeitet.

Was raten Sie den Frauen mit Kind bzw. in Karenz?

Ich rate, möglichst früh wieder arbeiten

zu gehen und das verdiente Geld in eine gute Kinderbetreuung zu investieren, um nicht den Anschluss zu verlieren oder dann frustriert und unterfordert zu Hause zu sitzen. Wenn man 2-3 Jahre fehlt, kommt man zurück und wird oft als Systemerhalter missbraucht. Ich selbst hatte eine Mutter, die sehr liberal war, eine tolle Frau und Geschäftsfrau. Sie hatte ein Kindermädchen für mich engagiert und verbrachte jede freie Minute ihrer Freizeit mit mir.

Wie würden Sie das Arbeitsklima im Krankenhaus beschreiben?

Ich hatte Glück, das Arbeiten war sehr angenehm, aber natürlich nicht immer heiter und wolkenlos. Ich schaue zurück auf ein Leben ohne Ressentiments. Ich habe mit vielen Männern zusammengearbeitet und habe meine Oberarztkollegen freundschaftlich „die Buben“ genannt.

Mit den Krankenschwestern war ich immer per Sie, war hilfsbereit, korrekt, habe mich nie bedienen lassen (im Unterschied zu den männlichen Kollegen: „Herr OA, ein Kaffee bitteschön“). Ich war immer auf ihrer Seite. Es war ein kollegiales Zusammenarbeiten.

Hat sich das Arbeiten über die

Jahre verändert?

Je älter ich wurde und je länger ich dabei war, desto mehr Ansehen habe ich gewonnen. Meiner Meinung und mir wurde Gehör geschenkt. Nach 35 Dienstjahren im Alter von 63 Jahren schied ich aus dem Krankenhaus aus. Dies war wie ein Zuhause für mich geworden. Bis ich 66 Jahre alt war, habe ich bei Dr. Schmidbauer in der Ordination vertreten.

Haben Sie ein Lebensmotto?

Leben und leben lassen. Ehre, wem Ehre gebührt.

Was verbinden Sie mit der 68er Generation?

Make love, not war. Heute ist man viel prüder als früher (wir lachen).

Es hieß, raus aus dem grauen Alltag, dem verstaubten Wien. Es war die Zeit der Frauenbefreiung – die Fristenlösung fällt in diese Zeit – Stichwort: mein Bauch gehört mir.

Bitte vervollständigen Sie folgenden Satz: „50 Jahre nach der 68er Generation...“

... sind wir noch nicht weiter – es ist eine Schande für die Ausbilder und ein Pech

für uns. Unvergesslich bleibt mir in Erinnerung, als bei der Jahreshauptversammlung der ÖGU in Linz eine Ärztin in elegantem, rosafarbenem Kleid das Podium betrat um einen Vortrag zu halten und ein Vorsitzender vor dem Auditorium so etwas sagte wie: „Oh Frau Kollegin, was für ein schönes Kleid!“. Wir Frauen wollen nicht auf unser Äußeres reduziert werden. Wir wollen ernst genommen werden!

Wir beenden das Interview an dieser Stelle, plaudern unter anderem über Frau Dr. Kassatis Lieblingsautor Thomas Mann und erfahren mehr über das Buch „Jakob“. Als Einstiegsbuch empfiehlt Sie uns: „Lotte in Weimar“ oder „Die Bekenntnisse des Hochstaplers Felix Krull“. Was für ein angenehmes und bereicherndes Sommergespräch, denken wir uns drei Mädels und machen uns spontan auf den Weg zu „Albert&Tina“ einem Outdoor-Clubbing am Vorplatz der Albertina. Wir stoßen bei elektronischen Klängen und Blick auf die Staatsoper auf unsere neue Freundschaft an und lassen den Abend gemeinsam ausklingen. Bereichert durch die Erzählungen und die gemeinsame Zeit, freuen wir uns auf ein baldiges Wiedersehen.

Fachkurzinformation zu Seite 9

▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Dies ermöglicht eine schnelle Identifizierung neuer Erkenntnisse über die Sicherheit. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung zu melden. Meldung von Nebenwirkungen an: Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen, Traisengasse 5, 1200 Wien, Österreich, Fax: + 43 (0) 50 555 36207, Website: <http://www.basg.gv.at/>, und an Roche Austria GmbH, www.roche.at. **Tecentrig® 1.200 mg Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung. Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Jede Durchstechflasche mit 20 ml Konzentrat enthält 1.200 mg Atezolizumab*. Nach Verdünnung (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 6.6 „Besondere Vorsichtsmaßnahmen für die Beseitigung und sonstige Hinweise zur Handhabung“) enthält 1 ml der Lösung ca. 4,4 mg Atezolizumab. *Atezolizumab ist ein im Fc Teil modifizierter, humanisierter monoklonaler IgG1 anti PD L1(programmiert death ligand 1) Antikörper, der in Ovarialzellen des chinesischen Hamsters mittels rekombinanter DNA Technologie hergestellt wird. **Liste der sonstigen Bestandteile:** L-Histidin, Essigsäure 99 %, Sucrose, Polysorbit 20, Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Tecentrig als Monotherapie wird angewendet bei erwachsenen Patienten zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder metastasierten Urothelkarzinoms (UC) – nach vorheriger platinhaltiger Chemotherapie oder – die für eine Behandlung mit Cisplatin als ungeeignet angesehen werden, und deren Tumoren eine PD-L1-Expression $\geq 5\%$ aufweisen (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 5.1 „Pharmakodynamische Eigenschaften“). Tecentrig als Monotherapie wird angewendet bei erwachsenen Patienten zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder metastasierten nicht kleinzelligen Lungenkarzinoms (NSCLC) nach vorheriger Chemotherapie. Patienten mit aktivierenden EGFR Mutationen oder ALK positiven Tumormutationen sollten vor der Therapie mit Tecentrig bereits eine auf diese Mutationen zielgerichtete Therapie erhalten haben (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 5.1 „Pharmakodynamische Eigenschaften“). **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Atezolizumab oder einen der sonstigen Bestandteile. **Inhaber der Zulassung:** Roche Registration GmbH, Emil-Barell-Straße 1, 79639 Grenzach-Wyhlen, Deutschland. **Verbreitungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antineoplastische Arzneimittel, monoklonale Antikörper, ATC-Code: L01XC. **Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen sowie Informationen zu Schwangerschaft und Stillzeit und zu Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**

Fachkurzinformation zu Seite 19

Undirox® 600 mg Filmtabletten. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Eine Filmtablette enthält 600 mg Prulifloxacin. **Sonstige Bestandteile mit bekannter Wirkung:** Jede Filmtablette enthält 76 mg Lactose. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Kern: Lactose-Monohydrat, mikrokristalline Cellulose, Croscarmellose-Natrium, Povidon, hochdisperses Siliciumdioxid (wasserfrei), Magnesiumstearat. **Hülle:** Hypromellose, Propylenglycol, Talkum, Titandioxid (E 171), Eisenoxid (E 172). **Anwendungsgebiete:** Undirox ist zur Behandlung von durch empfindliche Erreger verursachten Infektionen bei folgenden Indikationen geeignet: Akute unkomplizierte Infektionen der unteren Harnwege (einfache Zystitis). Komplizierte Infektionen der unteren Harnwege. Akute Exazerbation einer chronischen Bronchitis. Akute bakterielle Rhinosinusitis. Akute bakterielle Sinusitis sollte nach aktuellen nationalen oder regionalen Richtlinien zur Behandlung von Atemwegsinfektionen adäquat diagnostiziert werden. Zur Behandlung von bakterieller Rhinosinusitis sollte Undirox nur bei Patienten angewendet werden, bei denen die Symptome weniger als 4 Wochen dauern und wenn andere Antibiotika, die gewöhnlich zur Initialbehandlung empfohlen werden, bei dieser Infektion als nicht geeignet erachtet werden oder keine Wirkung zeigten. Bei der Auswahl der antibiotischen Behandlung von Infektionskrankheiten beim Patienten sollte das lokale Empfindlichkeitsmuster auf Antibiotika berücksichtigt werden. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder gegen andere, verwandte Antibiotika des Chinolon Typs oder einen der sonstigen Bestandteile. Kinder vor der Pubertät oder Jugendliche unter 18 Jahren mit nicht abgeschlossener Skelettentwicklung. Patienten, in deren Anamnese Sehnerkrankungen vorkommen, die mit der Verabreichung von Chinolonen verbunden sind. **Schwangerschaft und Stillzeit:** Pharmakotherapeutische Gruppe: Fluorchinolone. ATC-Code: J01MA17. **Inhaber der Zulassung:** Angelini Pharma Österreich GmbH Brigittenauer Lände 50-54 1200 Wien. **Stand der Information:** Dezember 2017. **Verbreitungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Angaben zu besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.**

Fachkurzinformation zu Seite 35

FACHKURZINFORMATION ZYTIGA 500 mg Filmtabletten. Bezeichnung des Arzneimittels: ZYTIGA 500 mg Filmtabletten. **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Jede Filmtablette enthält 500 mg Abirateronacetat. **Sonstige Bestandteile:** Jede Filmtablette enthält 253,2 mg Lactose und 13,5 mg Natrium. **In Tablettenkern:** Mikrokristalline Cellulose (Siliciumdioxid-beschichtet), Croscarmellose-Natrium, Hypromellose 2910 (15 mPa.S), Lactose-Monohydrat, Magnesiumstearat, Hochdisperses Siliciumdioxid, Natriumdozylsulfat. **Im Filmüberzug:** Eisen(II,III)-oxid (E172), Eisen(III)-oxid (E172), Macrogol 3350, Poly(vinylalkohol), Talkum, Titandioxid. **Anwendungsgebiete:** ZYTIGA ist indiziert mit Prednison oder Prednisonol: Zur Behandlung des neu diagnostizierten Hochrisiko-metastasierten hormonsensitiven Prostatakarzinoms (mHSPC) bei erwachsenen Männern in Kombination mit Androgenentzugstherapie (androgen deprivation therapy, ADT). Zur Behandlung des metastasierten kastrationsresistenten Prostatakarzinoms (mCRPC) bei erwachsenen Männern mit asymptomatischem oder mild symptomatischem Verlauf der Erkrankung nach Versagen der Androgenentzugstherapie, bei denen eine Chemotherapie noch nicht klinisch indiziert ist. Zur Behandlung des mCRPC bei erwachsenen Männern, deren Erkrankung während oder nach einer Docetaxel-haltigen Chemotherapie progredient ist. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der genannten sonstigen Bestandteile. Frauen, die schwanger sind oder schwanger sein könnten. Schwere Leberfunktionsstörung [Child-Pugh Klasse C]. **Inhaber der Zulassung:** Janssen-Cilag International NV, Turnhoutseweg 30, B-2340 Beerse, Belgien. **Vertrieb für Österreich:** Janssen-Cilag Pharma GmbH, Vorgartenstraße 206 B, 1020 Wien. **Verbreitungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **ATC-Code:** L02BX03. **Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit sowie Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.** PHAT/MDMK/1117/0004

Fachkurzinformation zu Seite 57

Nocutit® 0,1 mg - Tabletten, Nocutit® 0,2 mg - Tabletten. Zusammensetzung: Nocutit 0,1 mg Tabletten: 1 Tablette enthält 0,1 mg Desmopressinacetat entsprechend 0,089 mg Desmopressin. Nocutit 0,2 mg Tabletten: 1 Tablette enthält 0,2 mg Desmopressinacetat entsprechend 0,178 mg Desmopressin. **Sonstige Bestandteile mit bekannter Wirkung:** Nocutit 0,1 mg Tabletten: Jede Tablette enthält 60 mg Lactose-Monohydrat. Nocutit 0,2 mg Tabletten: Jede Tablette enthält 120 mg Lactose-Monohydrat. **Sonstige Bestandteile:** Lactose-Monohydrat, Kartoffelstärke, Povidon (K25), Magnesiumstearat, hochdisperses Siliciumdioxid. **Anwendungsgebiete:** • Zur Behandlung der primären Enuresis nocturna bei Kindern ab 5 Jahren nach Ausschluss organischer Ursachen und wenn andere, nicht-medikamentöse Therapiemaßnahmen erfolglos waren. • Zur Behandlung des Vasopressin-sensitiven zentralen Diabetes insipidus. • Zur Behandlung der Nykturie verbunden mit nächtlicher Polyurie bei Erwachsenen (bei einer Urinproduktion in der Nacht, welche die Blasenkapazität überschreitet). Nocutit wird angewendet bei Erwachsenen und Kindern ab 5 Jahren. **Gegenanzeigen:** • Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1. genannten sonstigen Bestandteile. • Neurologische Erkrankungen und Demenz, • Primäre und psychogene Polydipsie oder Polydipsie bei Alkoholkonsum, • Herzinsuffizienz und andere Erkrankungen, die eine Behandlung mit Diuretika erfordern, • Hyponatriämie oder eine Prädisposition zu Hyponatriämie, • Mäßig starke bis schwere Nierenfunktionsstörungen (Kreatinin-Clearance unter 50 ml/min), • Syndrom der inadäquaten ADH-Sekretion (SIADH). Desmopressin - Tabletten sind nicht zur Behandlung von Säuglingen und Kleinkindern (unter einem Alter von 5 Jahren) bestimmt. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Pharmakotherapeutische Gruppe: Vasopressin und Analoga. ATC-Code: H01BA02. **Packungsgrößen:** Nocutit 0,1 mg – Tabletten: 30 Tabletten, Nocutit 0,2 mg – Tabletten: 15, 60 Tabletten. **Abgabe:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Kassenstatus:** Nocutit 0,1 mg – Tabletten: NO-BOX, Nocutit 0,2 mg – Tabletten: Kassenfrei, Yellow Box, RE2. **Zulassungsinhaber:** Gebro Pharma GmbH, 6391 Fieberbrunn. **Stand der Information:** April 2014. **Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen sowie Gewöhnungseffekten entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.**

YOLO! – Nachgefragt

Koordiniert von K. Bretterbauer

Name: Thomas Burtscher
Geburtsjahr: 1986
Abteilung: Med. Universität
Innsbruck
Ausbildungsjahr: 6



Was bedeutet die Generation Y für dich?

Junge Menschen, die sich ambitionierte Ziele setzen und diese auch erreichen wollen, aber nicht mehr um jeden Preis. Stichwort Work-Life-Balance. Ich selbst zähle mich auch zur Generation Y.

Was verbindest du mit der 68er Generation?

Hauptsächlich Musik (Janis Joplin, Jimmy Hendrix,...), Hippies, Flowerpower, Studentenbewegungen.

Was findest du gut an deiner Ausbildung?

In meiner täglichen Arbeit an der Universitätsklinik Innsbruck lerne ich ein breites Spektrum an urologischen Krankheiten kennen und erhalte damit einhergehend eine entsprechend fundierte theoretische Ausbildung. Operativ gute Ausbildung in der Steinchirurgie.

Was würdest du sofort an deiner Ausbildung ändern?

Weniger Bürokratie, mehr OP.

Was ist dein Lebensmotto?

Carpe diem, oder wie die Generation Y sagen würde: YOLO! (Anmerkung der Redaktion: „You only live once“)

Name: Alexander Friedl
Geburtsjahr: 1985
Abteilung: Barmherzige
Schwestern, Wien
Ausbildungsjahr: FA seit
18 Monaten



Was bedeutet die Generation Y für dich?

Die Generation Y befindet sich erst in ihren Kinderschuhen und hat bereits einen kleinen Generationenkonflikt ausgelöst. Ich denke, dass sie für manche eine Bereicherung und für viele der Generation X eine Herausforderung darstellt. Meiner Ansicht nach kann aus der Vermischung der Lebensstile beider Generationen eine optimale Balance entstehen, wo die Vereinbarkeit von Familie, Beruf und Freizeit gleichwertig am besten gelingt.

Was verbindest du mit der 68er Generation?

Nachdem ich erst 17 Jahre nach 1968 auf die Welt gekommen bin, habe ich keine persönlichen Verbindungen zu dieser Epoche. Neben den Schlagwörtern wie „Hippies“, „Woodstock“, „Vietnamkrieg“ und „Make Love, Not War“ glaube ich jedoch, dass vor allem die Frauen aus dieser revolutionären Bewegung als Gewinnerinnen hervorgegangen sind. Ohne die 68er-Bewegung hätten wir heute nicht so viele starke und selbstbewusste Frauen in unserem privaten wie auch beruflichen Umfeld.

Was findest du gut an deiner Ausbildung?

Da ich in meiner Ausbildungszeit, welche erst eineinhalb Jahre zurück-

liegt, der einzige Assistent war, hatte ich viele Freiheiten und konnte rasch klinische, ambulante und operative Abläufe erlernen. Im Team wurde meine Arbeit geschätzt, wenngleich ich auch viel bürokratische Arbeit alleine zu bewältigen hatte. Ich konnte in Ruhe und ohne Zwang und vor allem durch Selbstinitiative wissenschaftliche Projekte gestalten und Kooperationen zu anderen Kliniken aufbauen. Meine Publikationen durfte ich auf Kongressen präsentieren und wurde dabei gelegentlich finanziell unterstützt. Zu manchen Kollegen haben sich aufgrund gemeinsamer Hobbies Freundschaften entwickelt.

Was würdest du sofort an deiner Ausbildung ändern?

Ich befand mich damals noch in der alten Ausbildungsordnung, die viele Schwierigkeiten mit sich brachte. Ein Beispiel: In meiner Ausbildungszeit konnte ich leider nur einen Bruchteil der Urologie „live“ miterleben. Ich hätte mir damals gewünscht, dass es verpflichtende Rotationsmodule zwischen den urologischen Abteilungen von Wien gibt um auch die urologischen Schwerpunkte anderer Abteilungen kennenzulernen. Hier würde ich die Strukturen sofort auflockern und eine Plattform mit rotationswilligen Kollegen erstellen. Die neue Ausbildungsordnung mag theoretisch sehr durchdacht wirken, jedoch wird sie in der Realität (noch) nicht richtig umgesetzt. Viele junge motivierte und talentierte Kollegen bleiben auf der Strecke während sich andere unberechtigte Vorteile erschaffen. Ich sehe große Vorteile in einer Ausbildungsjahr-abhängigen Ausbildung. In diesem Sinne wünsche ich den Jungen viel Mut, Kreativität aber auch eisernen Willen das Verlangte einzufordern.

Was ist dein Lebensmotto?

Quidquid agis, prudenter agas et respice finem.

Längere Therapietreue mit BETMIGA™ als mit Antimuskarinika^{1,*}

*MEDIANE PERSISTENZ:**

169 Tage bei Mirabegron,
67 Tage bei Solifenacin,
60 Tage bei Trosipiumchlorid,
56 Tage bei Tolterodin ER, IR,
35 Tage bei Oxybutynin IR



Betmiga™ 50 mg
Retardtabletten
Mirabegron

30 Retardtabletten

GRÜNE
BOX²

 **Betmiga™**
mirabegron

FKI siehe Seite 41

**Auswahl an Wirkstoffen zur Behandlung der überaktiven Blase aus Referenz 1, die zugleich im grünen Bereich des EKO, Stand April 2018, gelistet sind.
ER = extended release; IR = immediate release | Referenzen: 1. Chapple CR et al. Eur Urol 2017;72:389-99 | 2. Amtliche Verlautbarung der österreichischen
Sozialversicherungsträger im Internet; 156. Änderung der EKO, 28.9.2017; IND: Wenn Anticholinergika kontraindiziert sind.

 **astellas**

Hauptthema: 50 Jahre nach der 68er-Generation

Name: Alexander Graf
Geburtsjahr: 1987
Abteilung: Donaushospital/SMZ-Ost
Ausbildungsjahr: 5



Was bedeutet die Generation Y für dich?

Die Generation Y ist für mich charakterisiert durch einen sehr hohen Bildungsgrad und teils lange Studien- und Ausbildungszeiten (Generation Praktikum). Beides geht dabei einher mit einer individuelleren Familienplanung. Wir sind eine anspruchsvolle Generation, die der Karriere nicht alles unterordnet, sondern großen Wert auf die Work-Life-Balance legt. Ein Jobwechsel oder gar eine völlige berufliche Umorientierung sind keine Seltenheit. Die demografische Entwicklung unserer alternden Gesellschaft spielt uns hierbei sicherlich in die Karten.

Was verbindest du mit der 68er Generation?

Ein extrem weit gefasster Begriff.

In erster Linie bedeutet er Protest und Veränderung, eine Auflehnung gegen politische Obrigkeit, eine Antikriegshaltung, der Wunsch nach Frieden und Emanzipation, musikalische Revolution mit Bands wie den Beatles, den Stones, Flower Power und Bewusstseinsweiterung.

In Summe eine Generation, der wir heutzutage aufgrund der vielen Errungenschaften zu großem Dank verpflichtet sind.

Was findest du gut an deiner Ausbildung?

Die Möglichkeit, in der Ausbildung viel operative Praxis sammeln zu können. Für jede/n im Team ist es gelebte Selbstverständlichkeit, dass Assistenten ausgebildet werden müssen. Hin und wieder scheitert es allerdings an den personellen Ressourcen.

Was würdest du sofort an deiner Ausbildung ändern?

Meine Wünsche aus Utopia wären:

Ein (oder mehrere) Tutor/en, der bestimmte Themengebiete der Ausbildung abdeckt und jederzeit verfügbar ist. Dazu eine strukturierte Vorgabe von Lernzielen, die mit einem definierten Ausbildungsstand zu erreichen sind.

Mehr Personal, um das umsetzen zu können.

Und: noch mehr operieren dürfen ;-).

Was ist dein Lebensmotto?

Nütze die Möglichkeiten und Gelegenheiten, die sich im Leben bieten. Man weiß nie im Vorhinein, was sich daraus ergibt.

Name: Stefan Johann Pum

Was bedeutet für dich die Generation Y?

Ganz ehrlich! Ich wurde mit diesem Begriff das erste Mal bei meiner ersten ÖGU-Tagung im Jahr 2013 konfrontiert. Und ich war nicht sonderlich begeistert. Ich halte nichts von einem Schubladendenken! Oberflächlich betrachtet ist eine Generationseinteilung wohl damit zu vergleichen. Sie wird meistens von „Älteren“ geführt und am Schluss hat man/hatte ich das Gefühl nicht mehr so „gut“/so „fleißig“ zu sein, wie die Generation zuvor. Aber warum? Für mich bedeutet die Generation Y sehr viel! Ich finde Sie cool. Ihr wurde sprichwörtlich der Computer in die Wiege gelegt. Sie ist mit der digitalen Welt vertraut, kann somit Arbeitsprozesse viel schneller umsetzen. In vielen Dingen kommen sie somit viel leichter ans Ziel – bzw. finden sie schneller Antworten auf Herausforderungen. Aus menschlicher Sicht schätze ich die Vorliebe für die Teamarbeit, das Aufarbeiten von Problemen in der Gruppen. Dies ist meiner Einschätzung nach eine wesentliche Säule dieser Generation und es stellt das Gemeinsame vor den Einzelnen.

Dass sich dann der Wunsch einer guten Work-Life-Balance ergibt, sollte nicht weiter fehlgedeutet werden, sondern als Errungenschaft dieser Generation gesehen werden. Wo die

Familie wieder den Stellenwert erhält, der ihr zusteht und Väter den Papa-monat in Anspruch nehmen dürfen.

Was verbindet dich mit der 68er Generation?

Ja, da wäre ich gerne dabei gewesen, die Erkenntnis etwas verändern zu müssen. Eine Bewegung gegen soziale Ungerechtigkeit, Abgrenzung und Krieg. Eigentlich Themen die aktueller sind als je zuvor, wir sollen was tun!

Was findest du gut an deiner Ausbildung?

Ich hatte Glück, konnte ein Jahr im Ausland verbringen und war dann als einziger Assistent unter Oberärzten an unserer Abteilung. Es war immer viel zu tun, trotzdem aber genug Zeit, um auf Fragen eine gute Antwort zu bekommen.

Was würdest du sofort an deiner Ausbildung ändern?

Ich würde eine österreichweite Rotation einführen, das soll heißen: Ein Assistent in einem peripheren Krankenhaus sollte nach 1,5 bis 2 jähriger Tätigkeit an eine Universitätskrankenhaus wechseln und nach einem 1,5 bis 2 jährigen Aufenthalt wieder ins Stammkrankenhaus zurück rotieren. Natürlich gilt die Rotation in beide Richtungen. So würde die Wissenschaft besser in die Peripherie getragen werden und auf längere Zeit ein gutes Netzwerk entstehen.

Was ist dein Lebensmotto?

Leben und leben lassen.

Name: Gert Schachtner
Geburtsjahr: 1985
Abteilung: Med. Universität Innsbruck
Ausbildungsjahr: FA, FEBU



Was bedeutet die Generation Y für dich?

Hoch gebildet, mobil, flexibel und an die Bequemlichkeit des digitalen Alltags gewöhnt, Wunsch nach einem kollegialen Arbeitsumfeld, Karriere-möglichkeiten (Führungspositionen), guter Work-Life-Balance. Hohe Ansprüche und ein emanzipierter Lebensstil.

Was verbindest du mit der 68er Generation?

Studentenproteste, Vietnamkrieg. Woodstock, den Aufstand gegen sämtliche Autoritäten, lange Haare. Männer, die wie Frauen aussehen (und umgekehrt), Aufrufe zur Freiheit der Gedanken, Aufrufe zur Befreiung der Sexualität sowie Hoffnung auf eine bessere Welt, bessere Erziehung, Gleichberechtigung, ...

Was findest du gut an deiner Ausbildung?

Ich konnte an der Universitätsklinik Innsbruck ein breitgefächertes urologisches Wissen erwerben (Vorhandensein von Kinderurologie, Neuro-Urologie bis hin zu sämtlichen Tumorthérapien, ...) sowie Semester-einteilungen wie Stein-OP oder TUR-OP und Besetzung von Spezial-sprechstunden (Uroonkologie, ...).

Was würdest du sofort an deiner Ausbildung ändern?

Ich würde eine gezieltere konservative / operative Ausbildung bereits für Assistenten befürworten (Ausbildungs-plan für jeden einzelnen; d.h.: früh planen in welche Richtung die Ausbildung gehen sollte).

Was ist dein Lebensmotto?

Der einzige Weg, großartige Arbeit zu leisten, ist zu lieben, was man tut.

Name: Maximilian Seles
Geburtsjahr: 1983
Abteilung: Med. Universität Graz
Ausbildungsjahr: letztes



Was bedeutet die Generation Y für dich?

Meine eigene Generation, über die in der FAZ und der Süddeutschen Zeitung mit Artikeln ein falsches Bild gezeichnet wird. Eine hart arbeitende Generation, die strauchelt, um irgendwie den Spagat zwischen Beruf, Familie (und Freizeit) zu schaffen, ohne in das Burnout der Eltern-generation zu rutschen ohne wirklich daheim gewesen zu sein.

Was verbindest du mit der 68er Generation?

Einige wenige Fernsehbilder über Hippies, jedoch hauptsächlich eine sehr hart arbeitende Generation, die viel bewegt, den Wohlstand in Österreich hervorgebracht und gesichert hat.

Was findest du gut an deiner Ausbildung?

Die Vielseitigkeit, das große Spektrum und die Möglichkeiten, die einem geboten werden, wenn man sie erkennt und ergreifen will.

Was würdest du sofort an deiner Ausbildung ändern?

Nicht viel, da ich mit meiner Ausbildung sehr zufrieden bin.

Was ist dein Lebensmotto?

Versuche immer dein Bestes zu geben und du wirst dafür belohnt werden!

Name: Christa Strasser
Geburtsjahr: 1988
Abteilung: Kepleruniversitäts-klinikum Linz
Ausbildungsjahr: 5



Was bedeutet die Generation Y für dich?

„Die Jugend von heute liebt den Luxus, hat schlechte Manieren und verachtet die Autorität. Sie widersprechen ihren Eltern legen die Beine übereinander und tyrannisieren ihre Lehrer“ – Sokrates.

Die unterschiedlichen Wertvorstellungen verschiedener Generationen waren immer schon kontroversiell. Man könnte viel über Eigenschaften und Vorurteile in Verbindung mit der Generation Y schreiben. Der gravierende Unterschied zwischen den aktuellen Generationen besteht jedoch darin: Unsere Eltern wurden dahingehend erzogen, dass man sich mit harter Arbeit eine Sicherheit aufbauen kann. „Wir“ hingegen haben bereits bessere Voraussetzungen (dank der Hilfe unserer Familien) und können unser Augenmerk auf andere Werte legen. Daher wirft man der Generation Y vor, dass sie nicht irgendeine Anstellung sucht, sondern eine Arbeit die top bezahlt und interessant ist und gleichzeitig viel Freizeit bietet. Ob dies jedoch Konsequenz unserer Erziehung ist oder Grund für Kritik, bleibt zu beantworten. Denn was die Generation Y retrospektiv geleistet haben wird, wird sich erst am Ende ihres Arbeitsprozesses zeigen.

Was verbindest du mit der 68er Generation?

Im Arbeitsalltag hatte ich nur geringen Kontakt mit dieser Generation, daher ist es schwer, eine Aussage über sie zu treffen. Im Allgemeinen verbinde ich mit den 68ern eine Generation, in der man für seine Ziele gekämpft hat und das Allgemeinwohl über dem eigenen Wohlstand.

Hauptthema: 50 Jahre nach der 68er-Generation

Was findest du gut an deiner Ausbildung?

Wir haben die Möglichkeit uns in unseren Interessen zu vertiefen und erhalten dabei großen Rückhalt aus der Abteilung, sei es bei der Aneignung von theoretischem Wissen oder praktischen Fertigkeiten. Darüber hinaus prägt das freundschaftliche Miteinander meinen Arbeitsalltag, sodass ich jeden Morgen gerne in die Arbeit gehe.

Was würdest du sofort an deiner Ausbildung ändern?

Ich würde mir mehr Struktur und Zeit zum wissenschaftlichen Arbeiten wünschen.

Was ist dein Lebensmotto?

Nicht die Dinge selbst, sondern nur unsere Vorstellungen darüber machen uns glücklich oder unglücklich.

Name: Benedikt Schwaiger
Geburtsjahr: 1989
Abteilung: Salzkammergut-Klinikum Vöcklabruck
Ausbildungsjahr: 4.



Warum hast du dich für das Medizinstudium und im Speziellen für das Fach „Urologie“ entschieden?

Ausschlaggebend für das Interesse an der Medizin war tiefere Einblicke in die Funktionen des menschlichen Körpers zu bekommen und nach dem Studium einen abwechslungsreichen, fordernden Job mit guten Verdienstmöglichkeiten zu erlangen.

Für die Urologie habe ich mich entschieden:

1. Es besteht ein umfangreiches Betätigungsfeld: von Alt bis Jung, von Harnwegsinfekt bis Prostatakarzinom, von konservativen Therapiemaßnahmen bis Immuntherapie, etc.;
2. Um viele interessante Operationen zu erlernen

3. Nur wenige ärztliche Kolleginnen und Kollegen inspizieren beim Status das Genitale, somit ist man als Urologe gefragter Fachmann bei Problemen, da vielen anderen die Erfahrung für urogenitale Erkrankungen fehlt.

Was waren die wesentlichen Eigenschaften deiner prägendsten Lehrer?

Die prägendsten Urologen/Urologinnen waren für mich extrem sympathische Menschen, die einem kommunizierten, dass man sich als Urologe nicht zu ernst nehmen darf, da man einerseits nicht so brilliant wie ein Neurochirurg ist, andererseits viele urologische Themen immer noch tabuisiert werden und man diesen Menschen umso mehr helfen kann.

Digitalisierung in der Urologie – Fluch oder Segen?

Sicherlich beides, hoffentlich wird der Segen überwiegen.

Wird die Urologie als eigene Disziplin noch gebraucht werden?

Auf jeden Fall! Da ich gerade meine Nachmittagsvisite beendet habe, bin ich fest davon überzeugt, dass die Urologie bestehen bleiben wird und wir noch genügend Arbeit vor uns haben.

Name: Simon Turba
Geburtsjahr: 1988
Abteilung: Univ. Klinikum St. Pölten
Ausbildungsjahr: 3

Warum hast du dich für das Medizinstudium und im speziellen für das Fach „Urologie“ entschieden?

Die Entscheidung zum Studium war für mich damals zwischen Medizin und einem technischen Fach zu treffen, Medizin weil ich die Vorstellung hatte damit direkter etwas zum Positiven verändern zu können. Urologie weil mich die Vielfältigkeit des Faches vom ersten Moment begeistert hat.

Was waren die wesentlichen Eigenschaften deiner prägendsten Lehrer?

Leidenschaft für das Fach und die Fähigkeit diese auch in anderen anzufachen, Unvoreingenommenheit, Selbstreflexion und Kritikfähigkeit

Digitalisierung in der Urologie – Fluch oder Segen?

Meiner Meinung nach Herausforderung mit großem Potential, wenn (endlich) entsprechende Systeme implementiert werden erwarte ich mir Verbesserungen und Erleichterungen im Bereich der Organisation und Dokumentation und großes Potential für Vernetzung und Wissenstransfer.

Wird die Urologie als eigene Disziplin noch gebraucht werden?

Definitiv, wenn sich das Fach so positionieren kann, dass zukünftige Bedürfnisse auch abgedeckt werden, beziehungsweise entsprechende Angebote vorhanden sind.

Name: Tanja Gschliesser
Abteilung: Urologie Klagenfurt
Ausbildungsjahr: Letztes



Warum hast du dich für das Medizinstudium und im Speziellen für das Fach Urologie entschieden?

Ich habe das Medizinstudium aufgrund von Neugier gewählt, ich wollte verstehen, wie der menschliche Körper funktioniert. Die Urologie habe ich zufällig während des Turnus für mich entdeckt. Das Reizvolle an unserem Fach war für mich wohl die thematische Breite sowie die speziellen diagnostischen und therapeutisch-operativen Verfahren.

Was waren die wesentlichsten Eigenschaften deiner prägendsten LehrerInnen?

Alle vereint ein ausgeprägtes Fachwissen und Können, dem ich nacheifern wollte und will. Zusätzlich hatten und haben meine LehrerInnen stets die Geduld, mir Zusammenhänge und einzelne Arbeitsschritte zu erklären bzw. den Mut, sie mir zu



Montavit

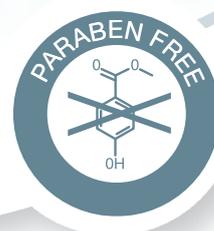
SIMPLY CLEVER SINGLE HAND USE

Cathejell

Das clevere Kathetergleitmittel
in der Ziehharmonikaspritze

Zur Anwendung auf Schleimhäuten
für Katheter und Instrumente

- » Entfaltung der Harnröhre
- » Schutz vor Verletzungen
- » Reduziert Infektionsrisiko
- » Lindert Schmerzen



überlassen um eine Fertigkeit zu erlernen.

Digitalisierung in der Urologie – Fluch oder Segen?

Als Kind der Generation Y bin ich den Umgang mit digitalen Medien seit vielen Jahren gewöhnt und freue mich, die neuen Techniken auch im Spital – soweit bereits etabliert – einsetzen zu

können. Wie bei allem Neuen, ist auch hier eine ordentliche Umstellungsphase zum Ausmerzen der technischen Kinderkrankheiten gemeinsam mit der IT-Abteilung notwendig. Die Urologie war schon immer ein Vorreiter in der technischen Entwicklung von Instrumenten und Verfahren.

Wird die Urologie als eigenständige

Disziplin noch gebraucht werden?

Einige andere Fächer sind an Teilgebieten der Urologie interessiert. Aus meiner Sicht, ist aber genau das vernetzte Wissen um Pathologien, komplexe (Dys-) Funktionalität und Therapieoptionen im Urogenitaltrakt für die besten therapeutischen Ergebnisse nötig.

ANKÜNDIGUNG: Hauptthema NÖGU Nr. 59 (Juni 2019)

Kinderurologie

- Hydronephrose
- Harnwegsinfekt
- Blasenfunktionsstörungen im Kindesalter
 - Leisteneingriffe im Kindesalter
 - Abdominalhoden
- Kinderurologische Diagnostik updated
 - Chirurgie des äußeren Genitales

Habilitationstourismus

J. Stangl-Kremser, J. Stühmeier, S. Turba

Der richtige Zeitpunkt, sich über eine akademische Laufbahn Gedanken zu machen, ist wohl schon während des Medizinstudiums. Wenn man neben der klinischen Arbeit an Patienten, von Forschung und Lehre begeistert ist, sollte man sich frühzeitig überlegen, an welchen Themen man forschen möchte, in welcher Arbeitsgruppe und an welcher Klinik.

Neben lebenslangem Lernen zur adäquaten Patientenversorgung ist auch die wissenschaftliche Tätigkeit ein wichtiger Baustein in der Karriere eines/r MedizinerIn.

Um zumindest einen Anhaltspunkt zu haben, wenn man sich für eine akademische Laufbahn interessiert oder einfach nur wissen möchte, was man für eine Habilitation als Mindestvoraussetzungen leisten muss, beschreibt der unten stehende Kriterienkatalog jene Voraussetzungen, um sich an der jeweiligen

Medizinischen Fakultät habilitieren zu können. Kurz zusammengefasst gibt es meist ein Punktesystem, das sich aus den Bausteinen Forschung – Lehre – Fortbildung zusammensetzt. An jeder Universität ist der Punkteschlüssel ein anderer und auch die Bewertung der wissenschaftlichen Publikationen wo zwischen Top-Arbeit und Standardarbeit unterschieden wird, ist nicht immer gleich.

Überblick Habilitationskriterien

Habilitationswerber sollen die folgenden Fähigkeiten aufweisen:

- Fähigkeit zur Wissensvermittlung im gesamten Habilitationsfach
- Korrekter Umgang mit Studierenden und (sofern zutreffend) Patienten
- Kritikfähigkeit/Objektivität gegenüber transportierten Lehrinhalten



Dr. Judith Stangl-Kremser

- Die Fähigkeit, Präsentationen und Vorträge sinnvoll zu strukturieren
- Richtiger Einsatz von didaktischen Hilfsmitteln
- Rhetorik, Fähigkeit frei zu sprechen, Diskussionsfähigkeit

Habilitationsvoraussetzungen per se:

Abschluss des Medizinstudiums, Abschluss der Facharztausbildung (in Ausnahmefällen früher möglich – „experimentelle“ Habilitation)

	Forschung	Lehre	Fortbildung
JKU Linz [1]	14 Punkte <ul style="list-style-type: none"> • Wissenschaftliche Publikationen: <i>Originalarbeiten (peer-reviewd)</i>, Fallberichte • Erst- oder Letztautorschaft mind. 9 Punkte, davon mind. 1 Top-Arbeit • Mind. 2 Publikationen in Zusammenarbeit mit JKU • Mind 2 Autorschaften in Top-Arbeiten Als Top-Journals gelten jene Journale, die sich innerhalb der ersten 30% der Reihungsliste der jeweiligen Kategorie befinden. Standardjournals liegen innerhalb zwischen >30% und 60% der Reihungsliste. Eine Standardarbeit wird mit 1 Punkt und eine Top-Arbeit wird mit 2 Punkten bewertet.	8 Punkte Leitung mind. 3 Lehrveranstaltungen (mind. 0,25 Semesterwochenstunden, mind. 2 Semester) <ul style="list-style-type: none"> • <i>Vorlesungen</i> • Praktika, Kurse, Problem-orientiertes Lernen, Seminare • Mitbetreuung wissenschaftl. Arbeiten, Ausarbeiten klinischer Fälle, Erstellung von Lernbehelfen, Erstellung von Prüfungsfragen • Didaktik-Fortbildung 	



Hauptthema: 50 Jahre nach der 68er-Generation

	Forschung	Lehre	Fortbildung
MU Graz [2]	<p>30 Punkte</p> <ul style="list-style-type: none"> Wissenschaftliche Publikationen: <i>Originalarbeiten</i>, Fallstudien, Reviews, ggf. Letters to the Editor. 2 Top-Arbeiten, davon mind. 1 Erstautorschaft, 15 Kongressbeiträge (7 internat.) Mind 2. Autorschaften in Top-Arbeiten Mind. 2 Publikationen in Zusammenarbeit mit MU Graz Projekte: Leitung EU-Projekt o.ä. oder Forschungsstipendium <p>Als Top-Journals gelten jene Journale, die sich innerhalb der ersten 20% der Reihungsliste der jeweiligen Kategorie befinden. Es werden die Standardjournals nach Position in der Reihungsliste eingeteilt zwischen >20% und 40% (Standard 1), zwischen >20% und 40% (Standard 2) und darunter (Standard 3).</p> <p>Eine Standardarbeit wird mit 0.5-3 Punkten und eine Top-Arbeit wird mit 5 Punkten bewertet.</p> <p>Aus Standard 3 sind max. 6 Punkte, aus Projekten max. 15 Punkte erreichbar.</p>	<p>20 Punkte</p> <ul style="list-style-type: none"> Lehrveranstaltungen (15 Stunden) Mitbetreuung wissenschaftlicher Arbeiten KPJ-Tutorenschaft DFP-Fortbildung ÖÄK 	<p>10 Punkte</p> <ul style="list-style-type: none"> Didaktik-Lehrveranstaltungen <i>Forschungsmodul</i> <i>Lehrmodul (Basis, Aufbauveranstaltung)</i>
MU Innsbruck [3]	<ul style="list-style-type: none"> Wissenschaftliche Publikationen (peer-reviewed): Originalarbeiten, Research letters, max. 3 Übersichtsartikel. Mind. 6 Erst- oder korrespondierende/r Autor/in Mind. 16 Publikationen, davon mind. 5 Top- Arbeiten und mind. 10 Standardartikel in Journalen, die in der Reihungsliste den oberen zwei Drittel angehören. <p>Als Top-Journals gelten jene Journale, die sich innerhalb der ersten 33% der Reihungsliste der jeweiligen Kategorie befinden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Vorlesungen, Seminare Praktika (mind. 3 Semesterwochenstunden, 3 Semester) Erstellung von 10 Prüfungsfragen 	<p>50 Stunden</p> <ul style="list-style-type: none"> Didaktik-Ausbildung
PMU Salzburg [4]	<p>45 Score-Punkte</p> <ul style="list-style-type: none"> Wissenschaftliche Publikationen: Originalarbeiten, Reviews, Meta-Analysen, Fallbericht, Letters Erstautorschaft mind. 10 Punkte, weitere mind. 5 Score-Punkte als Erst- oder Letztautor/in Habilitationschrift fasst nur Arbeiten zusammen, die sich in den oberen 80% der Reihungsliste der jeweiligen Kategorie befinden. Dabei mind. 2 Top-Erstautorschaften. <p>Als Top-Journals gelten jene Journale, die sich innerhalb der ersten 20 % der Reihungsliste der jeweiligen Kategorie befinden.</p>	<p>100 Stunden med. Didaktik</p> <ul style="list-style-type: none"> Lehrveranstaltungen (aktiv gehaltene Unterrichtseinheiten plus benötigte Vorbereitungszeit) 	<p>10 Stunden</p> <ul style="list-style-type: none"> Didaktik-Weiterbildung



ZYTIGA®

EMPFOHLEN ALS ERST-LINIEN-THERAPIE ZUR BEHANDLUNG DES ...

... METASTASIIERTEN-
HORMONSENSITIVEN-
PROSTATAKARZINOMS
(mHSPC)¹

... METASTASIIERTEN-
KASTRATIONSRESISTENTEN-
PROSTATAKARZINOMS
(mCRPC)²

SEE THE
DIFFERENCE

ZYTIGA®
IST NEBEN DER ADT DIE
EINZIGE
ZUGELASSENE THERAPIE
BEI NEU DIAGNOSTIZIERTEM
HOCHRISIKO-
mHSPC¹

 **Zytiga®**
Zeit ist Leben®

¹ Johann S. De Bono et al. Abiraterone and increased survival in metastatic prostate cancer. N Engl J Med 2011; 364:1995-2000.

² Mottet N, et al. Updated Guidelines for Metastatic Hormone-sensitive Prostate Cancer: Abiraterone Acetate Combined with Castration Is Another Standard. Eur Urol (2017), <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2017.09.029>

³ Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms. Langversion 4.0, Dezember 2016. Verfügbar unter: http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Leitlinien/Prostata_4_0/LL_Prostata_Langversion_4.0.pdf; letzter Zugriff 14.12.2017

Janssen-Cilag Pharma GmbH

Fachkurzinformation siehe Seite 25

Janssen  Oncology

PHARMACEUTICAL COMPANIES OF 

Hauptthema: 50 Jahre nach der 68er-Generation

	Forschung	Lehre	Fortbildung
MU Wien [5]	14 Punkte <ul style="list-style-type: none"> Wissenschaftliche Publikationen: Originalarbeiten (peer-reviewed), ggf. Metaanalysen. Erst- oder ggf. Letztautorschaft mind. 9 Punkte, davon mind. 1 Top-Arbeit Mind 2. Autorschaften in Top-Arbeiten Eine Standardarbeit wird mit 1 Punkt und eine Top-Arbeit wird mit 2 Punkten bewertet. <p>Als Top-Journals gelten jene Journale, die sich innerhalb der ersten 20 % der Reihungsliste der jeweiligen Kategorie befinden, 20-60% zählen als Standard-Journale und die letzten 40% als sonstige Journale.</p>	8 Punkte <p>Leitung mind. 3 Lehrveranstaltungen (mind. 3 Semesterwochenstunden)</p> <ul style="list-style-type: none"> Vorlesungen, Seminare Praktika Mitbetreuung wissenschaftlicher Arbeiten, KPJ-Mentoring oder Erstellung von Lernbehelfen oder Prüfungsfragen, Ausarbeitung klinischer Fälle, Kurs Personalentwicklung 	
KLU Krems	Derzeit ist noch keine Habilitation möglich.		
UK St. Pölten	Derzeit ist noch keine Habilitation möglich.		

Kursiv: obligatorisch

- Um die Qualität einer wissenschaftlichen Publikation bewerten zu können, wird der Stellenwert des jeweiligen Publikationsmediums aufgrund der vom Institute of Scientific Information (ISI) publizierten Impact Factors herangezogen [6]. Die Reihung der Journals erfolgt nach Science Citation Index (SCI) und Social Science Citation Index (SSCI).
- Für jedes Habilitationsfach erfolgt eine Reihung der Zeitschriften nach deren Impact Factor anhand der aktuellen, für das Habilitationsfach spezifischen Journal Citation Reports (JCR)-Kategorie [7].

Hat man die Mindestvoraussetzungen der jeweiligen Medizinischen Fakultät erfüllt, bedarf es für das Ansuchen um Verleihung der Venia docendi die Erstellung einer kumulativen Habilitations-

schrift. Diese umfasst meist 25-40 Seiten und soll zusammenhängende Publikationen der letzten 8 Jahre beinhalten, sowie aktuelle Literatur und Ausblick auf künftige Forschung der/des Habilitationswerbers/in. Die Habilitationskommission kann zur Überprüfung der didaktischen Fähigkeiten der/des Habilitationswerber/in/s im Einvernehmen mit der/dem Vizerektor/in für Lehre die einmalige Abhaltung einer Vorlesung im Bereich des Habilitationsfaches im Rahmen des Studiums Humanmedizin beschließen.

Referenzen

[1] Habilitationsverfahren [Internet]. [cited 2018 Oct 4]. Available from: <https://www.jku.at/personalmanagement/habilitationsverfahren/>

[2] Habilitation [Internet]. [cited 2018 Oct 4]. Available from: <https://www.medunigraz.at/lehren/information-und-service/habilitation/>

[3] Schilcher H, Möllinger E. Habilitation [Internet].

[cited 2018 Oct 4]. Available from: <https://www.i-med.ac.at/habilitation/>

[4] Habilitationen [Internet]. [cited 2018 Oct 4]. Available from: <https://www.pmu.ac.at/habilitati-on.html>

[5] Wien MU. Habilitation | MedUni Wien [Internet]. Medizinischen Universität Wien. [cited 2018 Oct 4]. Available from: <https://www.meduniwien.ac.at/web/karriere/karriere-an-der-medizinischen-universitaet-wien/wissenschaftliche-karriere-an-der-meduni-wien/habilitation/>

[6] Internation Scientific Indexing (ISI) [Internet]. [cited 2018 Oct 4]. Available from: <https://isindexing.com/isi/>

[7] 2018 JCR Data Release [Internet]. [cited 2018 Oct 4]. Available from: <http://ipscience-help.thomson-reuters.com/incitesLiveJCR/8275-TRS.html>

Korrespondenzadresse:

Dr. Judith Stangl-Kremser
 Univ. Klinik für Urologie
 Med. Universität Wien
 Währinger Gürtel 18-20
 1090 Wien

Wer operiert was?

Eine standardisierte Umfrage zu Ausbildungssituation und Forschung der Assistenzärztinnen und -ärzten in Österreich

K. Eredics, K. Bretterbauer

„Was tut ihr Assistenzärzte* eigentlich den ganzen Tag?“ Aufgrund dieser provokanten Frage eines renommierten Primars hinsichtlich der Tagesplanung eines Assistenzarztes, haben wir uns genauer mit dieser Frage beschäftigt und eine Umfrage innerhalb des Arbeitskreises der Assistenzärzte durchgeführt. Hierbei ging es um die chirurgische Ausbildung, Forschungstätigkeit, Arbeitsbelastung, etc.

Anhand eines von der ESRU (European Society of Residents in Urology) erstellten, standardisierten Fragebogens mit 38 Fragen gibt es nun erstmalig eine ehrliche, anonyme Analyse zur urologischen Ausbildung in Österreich.

33 von 158 befragten Assistenzärzten beantworteten den Online-Fragebogen (Antwortrate: 20,8%). Im Unterschied dazu lag die Antwortrate eines ähnlichen Fragebogens in Deutschland bei 65% n=472 von 721 [1].

Tabelle 1 listet die Basisdaten zur Teilnehmercharakteristik auf, **Abbildung 1** illustriert die Anzahl der urologischen Standardoperationen mit einem Assistenzarzt als Hauptoperator. Darunter findet sich in **Tabelle 2**, wie sicher sich der Assistent bei der Ausführung der jeweiligen Operation fühlt.

Weiters wurde gesondert nachgefragt, ob der Assistenzarzt sich im Stande fühlt, einen ambulanten Patienten selbstständig zu versorgen. Dies wurde von fast 90% mit „ja“ beantwortet. Wenn man ins Detail geht und die urolo-



Dr. Klaus Eredics

gischen Spezialgebiete getrennt betrachtet, fühlen sich über 90% kompetent, einen Patienten mit Urolithiasis eigenständig zu behandeln, 80% fühlen keine Unsicherheit bei LUTS-Beschwerden, jedoch fühlen sich nur 50% kompetent genug, einen uro-onkologischen Patienten zu beraten. Bei einem „Randgebiet“ der klinischen Urologie, also der Andrologie, benötigen 96% der Assistenzärzte fachärztliche Unterstützung.

Nachgefragt, ob es chirurgische Trainingsmodelle für Laparoskopie, Robotik, TUR bzw. Endourologie auf der Abteilung zur Übung von praktischen Fähigkeiten gibt, gaben drei Viertel an, dass keinerlei Trainingsmöglichkeiten bestehen. 18,52% (n=5) verfügen über die Möglichkeit eines Laparoskopie-Trainers, 7,41% (n=2) trainieren am Simulator und einem Kollegen steht sogar ein Tiermodell zur Verfügung. Trainiert werden 1-10 Stunden pro Woche.

Befragt zur Zufriedenheit mit der chirurgischen Ausbildung auf einer Skala von 0-10 zeigt sich ein Median von 5 (Range 1-9). Wenig überraschend für die meisten, denken 85% aller befragten Assistenten, dass sie zu wenig operieren dürfen. Die Gründe hierfür sind vielfältig: 82% (n=22) mangelnder Organisa-



Dr. Katharina Bretterbauer

tion an ihrer Abteilung, 66% (n=18) mangelnde Supervision durch einen Facharzt, 48% (n=12) orten starke Konkurrenz um OPs aus dem jungen

Tab. 1: Charakteristik der Teilnehmer an der Umfrage des AK Assistenzärzte

	%	n
Geschlecht		
Frauen	40	13
Männer	60	20
Ausbildungsjahr		
1. Jahr	24,40	8
2. Jahr	6,06	2
3. Jahr	9,09	3
4. Jahr	9,09	3
5. Jahr	25,25	8
6. Jahr	27,27	6
Stundenarbeitszeit pro Woche		
41-50 Stunden	62,96	17
51-60 Stunden	25,93	7
60-70 Stunden	11,11	3
Dienste pro Monat		
3-4	51,85	14
5-6	33,33	9
>6	15,81	4

*Aus Gründen der Lesbarkeit wird in diesem Artikel darauf verzichtet, geschlechtsspezifische Formulierungen zu verwenden. Soweit personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Männer und Frauen in gleicher Weise.

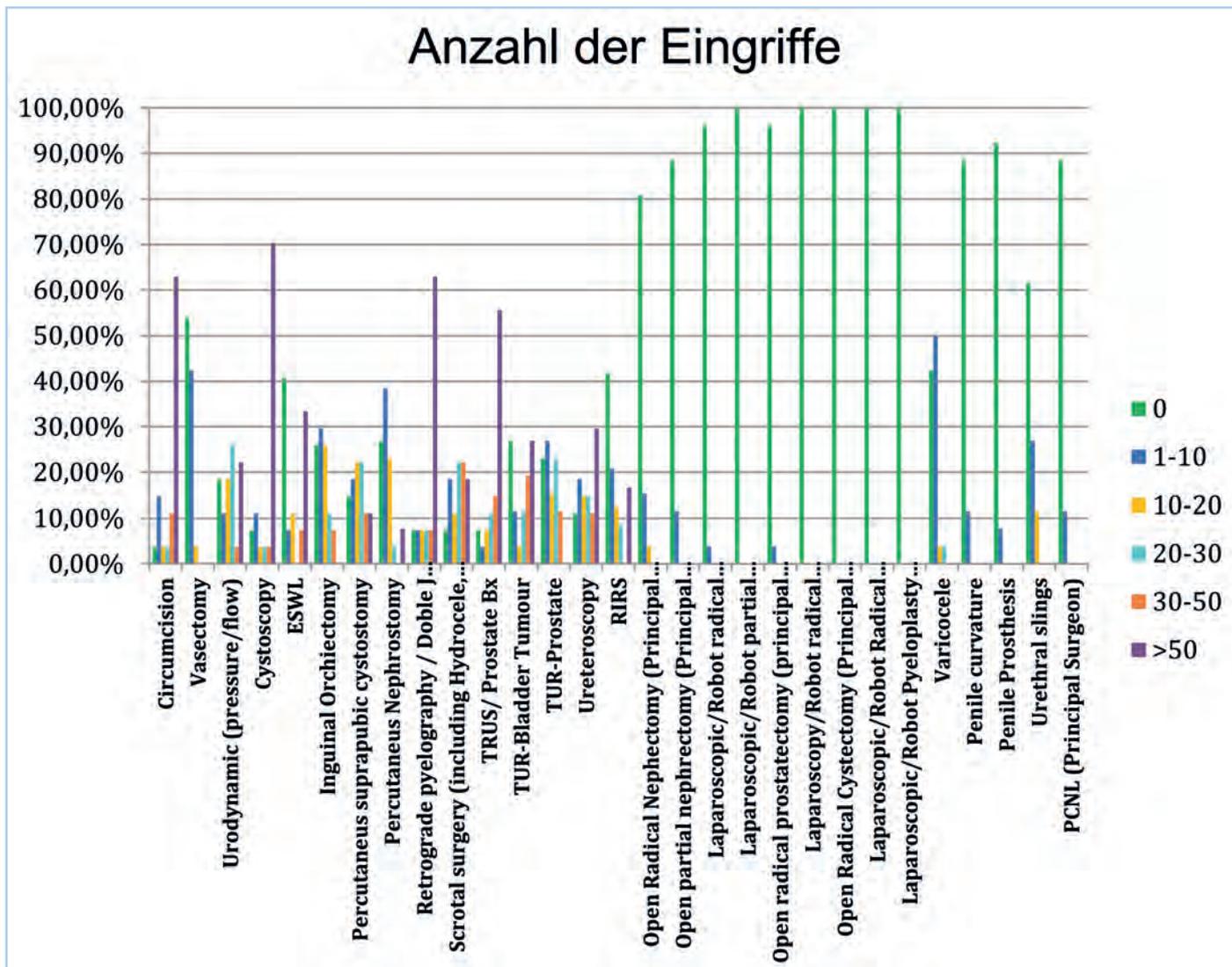


Abb. 1: Anzahl der urologischen Standardoperationen mit einem Assistenzarzt als Hauptoperateur

Facharztbereich, 30% (n=8) finden, sie wären zu viele Assistenzärzte an der Abteilung, mangelndes Interesse an der operativen Tätigkeit wird von nur 11% (n=3) der Kollegen angegeben. 92% (n=23) finden, dass es an ihrer Abteilung genug Fälle gäbe, um ein adäquate Ausbildung zu erhalten. Das oft bemängelte Problem der Kontrolle der Ausbildungsqualität (Anzahl der OPs im Rasterzeugnis) durch Ausbildungsverantwortliche (meist Primararzt) zeigt sich auch in unserer Umfrage, in der 72% (n=18) fehlende Evaluierung der Fallzahlen beklagen.

Mangelndes wissenschaftliches Interesse ist ein Vorwurf, die der österreichische Assistenzarzt des Öfteren zu hören bekommt. Gefragt nach der Relevanz von wissenschaftlicher Tätigkeit während der Ausbildung, zeigt sich auf einer Skala von 1-10 mit einem Median von 5 (range 1-8) ein ambivalentes Ergebnis mit Tendenz zur Mitte. Unter den Be-

fragten befanden sich auch 4 PhD-Studenten.

Jedoch haben bereits 40% (n=10) zumindest eine Erstautorschaft in einem peer-reviewed Journal und 60% (n= 16) eine Co-Autorschaft. Über 60% (n= 16) der Assistenzärzte haben zumindest einen Abstract als Erstautor auf einem internationalen oder nationalen Kongress präsentiert.

Betrachtet man das jährliche Publikationsvolumen der jeweiligen Abteilung, so findet sich die Hauptaktivität (mehr als 10 Paper pro Jahr) in nur 23% aller österreichischen urologischen Kliniken.

Es zeigt sich auch in unserer Umfrage, dass die Motivation zur akademischen Tätigkeit an der Abteilung mit einem Median von 3 auf einer Skala von 1-10 im eher unteren Bereich liegt. Ein Journal Club bzw. eine wissenschaftliche Diskussion mit allen Kolleginnen findet in 2/3 der Abteilungen kaum oder selten

statt, wohingegen in 19% dies monatlich stattfindet und in 18% der Abteilungen es sogar wöchentlich in den Arbeitsalltag integrierbar ist.

Interpretation der Umfrage

Die Rücklaufquote mit nur 20% ist ein leider trauriges Ergebnis für die junge österreichische Urologen-Generation und unterscheidet uns im Setzen von aktiven Handlungen stark von unseren deutschen Kollegen, die somit 3x so aktiv erscheinen.

Was wiederum der Frage in die Hände spielt: „Was tun die Jungen eigentlich den ganzen Tag?“

Kurzum, wir wissen es nicht, denn man kann nicht von sich selbst auf andere schließen.

Wir arbeiten so wenige Stunden wie noch nie, das Patientenaufkommen

Jetzt online!

Toolbox für Männer mit Prostatakrebs

www.toolbox-prostatakrebs.at



Die Diagnose Prostatakrebs, aber auch die Therapie beziehungsweise deren Nebenwirkungen, werfen viele Fragen für Patienten und deren Angehörige auf:

- Wie wirkt sich die Behandlung auf meinen Körper aus?
- Wie kann es beruflich weitergehen?
- Wie komme ich finanziell über die Runden?
- Was ist mit meiner Partnerschaft und meiner Familie?
- Wie schaffe ich das alles?
- Gibt es Möglichkeiten, mit denen ich nachweislich die Erkrankung und etwaige Nebenwirkungen günstig beeinflussen kann?
- Zusätzlich: Wo finde ich weitere Informationen (wie z. B. Kontaktadressen, Websites)?

Die **Toolbox Prostatakrebs** soll Ihnen zu diesen Fragen Möglichkeiten (Was kann ich tun?) aufzeigen und weiterführende Informationen (Wo finde ich das?) bieten.

Janssen-Cilag Pharma GmbH | Vorgartenstraße 206B | 1020 Wien

Telefon: (01) 610 30-0 | Firmenbuch Gericht: Handelsgericht Wien | Firmenbuch-Nummer: FN 135731f

Ein Service von

janssen  **Oncology**

Hauptthema: 50 Jahre nach der 68er-Generation

nimmt aber pro Jahr stetig zu und dadurch auch die administrative Arbeitsbelastung. Somit steigt die Arbeitslast für den einzelnen, was ein Erklärungsversuch wäre.

Aber vielleicht lebt die Generation Y auch einfach nach dem Pareto-Prinzip, das besagt, dass 20% Aufwand ausreichen, um 80% Erfolg zu erzielen.

Vielleicht wurden wir von unseren 68er-Eltern einfach zu lasch und liberal erzogen?

Schlussendlich wird viel „gesudert“, wenn es aber darum geht, etwas zu verändern, Stellung zu beziehen oder aktiv zu werden, schrecken die meisten zurück. Sie wollen nicht anecken und nicht auffallen, aber auch nicht hervorstechen, somit irgendwo im Strom mit schwimmen. Es besteht eine Tendenz zur Mitte (Imäßigkeit), wie bei der Frage nach Relevanz zur wissenschaftlichen Arbeit. Die Motivation ist anscheinend gering, obwohl es von Seiten der ÖGU durchaus Unterstützungsmöglichkeiten

für junge angehende Forscher gäbe (Reisestipendium, Start-up-Beratung, Übelhör-Stipendium, Nachwuchspreise – mehr dazu siehe Service-Center ab Seite 10).

Vielleicht wird es der jungen Generation auch nicht oder zu wenig vorgelebt, dass die Wissenschaft einen wichtigen Teil unseres Faches darstellt. „Universitätskliniken“ ohne Publikationen und ohne habilitiertes Personal sind in Österreich kein Unik(linik)um und haben nicht

Tab. 2: Did you feel confident performing the procedure? [% (n)]

	Yes	No
Open Radical Nephrectomy (Principal Surgeon)	0,00% (0)	100,00% (19)
Open partial nephrectomy (Principal surgeon)	0,00% (0)	100,00% (19)
Laparoscopic/Robot radical nephrectomy (Principal surgeon)	0,00% (0)	100,00% (17)
Laparoscopic/Robot partial nephrectomy (Principal surgeon)	0,00% (0)	100,00% (17)
Open radical prostatectomy (principal surgeon)	0,00% (0)	100,00% (17)
Laparoscopy/Robot radical prostatectomy (Principal surgeon)	0,00% (0)	100,00% (17)
Open Radical Cystectomy (Principal surgeon)	0,00% (0)	100,00% (16)
Laparoscopic/Robot Radical Cystectomy (Principal Surgeon)	0,00% (0)	100,00% (17)
Laparoscopic/Robot Pyeloplasty (Principal Surgeon)	0,00% (0)	100,00% (17)
Penile Prosthesis	0,00% (0)	100,00% (17)
PCNL (Principal Surgeon)	0,00% (0)	100,00% (17)
Urethral slings	5,26% (1)	94,74% (18)
Penile curvature	5,56% (1)	94,44% (17)
Varicocele	14,29% (3)	85,71% (18)
TUR-Prostate	30,43% (7)	69,57% (16)
RIRS	36,36% (8)	63,64% (14)
Vasectomy	42,86% (9)	57,14% (12)
Percutaneous Nephrostomy	43,48% (10)	56,52% (13)
Inguinal Orchiectomy	54,17% (13)	45,83% (11)
Urodynamic (pressure/flow)	56,52% (13)	43,48% (10)
TUR-Bladder Tumour	56,52% (13)	43,48% (10)
ESWL	63,64% (14)	36,36% (8)
Scrotal surgery (including Hydrocele, epididymal cyst)	70,83% (17)	29,17% (7)
Ureteroscopy	70,83% (17)	29,17% (7)
Percutaneous suprapubic cystostomy	79,17% (19)	20,83% (5)
Cystoscopy	88,00% (22)	12,00% (3)
Retrograde pyelography / Double J stenting	88,46% (23)	11,54% (3)
TRUS/ Prostate Bx	92,31% (24)	7,69% (2)
Circumcision	96,15% (25)	3,85% (1)

Tab. 3

- 1) Zystoskopie (flex oder starr)
- 2) Retrograde Pyelographie / DJ Einlage
- 3) Zirkumzision
- 4) Inguinale Orchiektomie
- 5) Skrotale Eingriffe (z.B. Hydrozele)
- 6) Nephrektomie (offen / lap. / partiell)
- 7) Perkutane Zystostomie
- 8) Perkutane Nephrostomie
- 9) TRUS / Prostata-Bx
- 10) TUR-B
- 11) TUR-P
- 12) URS
- 13) ESWL
- 14) Urodynamik (Druck / Fluss)

gerade eine Vorbildfunktion.

Die operative Tätigkeit ist eine der Kernkompetenzen unseres Faches und deshalb bedarf es einer entsprechenden Förderung und Motivation durch die Auszubildenden und einer Re-Evaluation des Operationskatalogs mit einer Standardisierung innerhalb Europas und einer Definition von urologisch-chirurgischen Grundkenntnissen, die auch vermehrt an Simulatoren (z.B. TUR-Trainer mit verschiedenen Schwierigkeitsgraden etc.) als am Patienten geübt und objektiv über ein (elektronisches) Logbuch eva-

luiert werden. Die EBU hat z.B. 14 Eingriffe definiert, die jeder Urologe am Ende seiner Facharztausbildung können muss (Tab. 3).

Eine Überprüfung dieser Fertigkeiten in der Facharztprüfung, wie von Prim. Priv. Doz. Dr. Hruby vorgeschlagen, wäre ein interessanter Ansatz.

Aber solange Rasterzeugnisse aus Bequemlichkeit blind unterschrieben werden und standardisierte chirurgische Ausbildungskonzepte in der Realität Mangelware sind, darf die Erwartungshaltung der Vorgesetzten an junge Fachärzte nicht allzu hoch sein. Da durch das neue Arbeitszeitgesetz „operieren lernen“ am Patienten nun viel eingeschränkter möglich ist, als noch vor 10-20 Jahren, sollte vermehrt in Trainings- und Simulationsmodelle investiert werden, wofür sicherlich viele Assistenten ihre Freizeit zur Verfügung stellen würden.

Ein Vergleich der österreichischen Ergebnisse im europäischen Vergleich war vorab nicht möglich, da diese im Rahmen der EAU 2019 in Barcelona präsentiert werden und im EU Focus publiziert werden sollen. Derzeit läuft eine weitere Umfrage der ESRU, welche sich mit den persönlichen finanziellen Ausgaben für Kongresse, Literatur und Fortbildungen während der Ausbildungszeit beschäftigt:

Link und QR Code, um dorthin zu gelangen:

<https://www.surveymonkey.com/r/TMS6YPK>



Quelle

[1] Borgmann H, et al. Training, Research, and Working Conditions for Urology Residents in Germany: A Contemporary Survey. Eur Urol Focus (2016)

Korrespondenzadressen:

Dr. Klaus Eredics
Abt. für Urologie und Andrologie
SMZ-Ost / Donauspital
Langobardenstraße 122
1220 Wien

Dr. Katharina Bretterbauer
Abt. für Urologie
Landesklinikum Mistelbach-Gänserndorf
Lichtensteinstraße 67
2130 Mistelbach

Fachkurzinformation zu Seite 27

1. Bezeichnung des Arzneimittels: • Betmiga 25 mg Retardtabletten • Betmiga 50 mg Retardtabletten **2. Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** • Jede Tablette enthält 25 mg Mirabegron. Liste der sonstigen Bestandteile: Tablettenkern: Macrogol 8.000 und 2.000.000, Hypromellose, Butylhydroxytoluol (Ph.Eur.), Magnesiumstearat (Ph.Eur.); Filmüberzug: Hypromellose 2910,6 mPa.s, Macrogol 8.000, Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E172), Eisen(III)-oxid (E172) • Jede Tablette enthält 50 mg Mirabegron. Liste der sonstigen Bestandteile: Tablettenkern: Macrogol 8.000 und 2.000.000, Hypromellose, Butylhydroxytoluol (Ph.Eur.), Magnesiumstearat (Ph.Eur.); Filmüberzug: Hypromellose 2910,6 mPa.s, Macrogol 8.000, Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E172) **3. Anwendungsgebiete:** Symptomatische Therapie von imperativem Harndrang, erhöhter Miktionsfrequenz und/oder Dranginkontinenz, die bei Erwachsenen mit überaktiver Blase (OAB, overactive bladder) auftreten können. **4. Gegenanzeigen:** • Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 der SmPC genannten sonstigen Bestandteile • schwere, nicht ausreichend eingestellte Hypertonie, definiert als systolischer Blutdruck \geq 180 mmHg und/oder diastolischer Blutdruck \geq 110 mmHg **5. Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung:** • Eingeschränkte Nierenfunktion: Betmiga wurde nicht bei Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz (GFR < 15ml/min/1,73 m² oder dialysepflichtige Patienten) untersucht. Daher wird die Einnahme in dieser Patientengruppe nicht empfohlen. Es liegen nur begrenzte Daten zu Patienten mit starker Einschränkung der Nierenfunktion (GFR 15 bis 29 ml/min/1,73 m²) vor. Auf Grundlage der Ergebnisse einer Pharmakokinetik-Studie (siehe Abschnitt 5.2 der SmPC) wird in dieser Population eine Dosisreduktion auf 25 mg empfohlen. Die Anwendung dieses Arzneimittels bei Patienten mit starker Einschränkung der Nierenfunktion (GFR 15 bis 29 ml/min/1,73 m²), die gleichzeitig starke CYP3A-Inhibitoren erhalten, wird nicht empfohlen (siehe Abschnitt 4.5 der SmPC). • Eingeschränkte Leberfunktion: Betmiga wurde nicht bei Patienten mit starker Einschränkung der Leberfunktion (Child-Pugh-Klasse C) untersucht. Daher wird die Anwendung in dieser Patientengruppe nicht empfohlen. Dieses Arzneimittel wird nicht für die Anwendung bei Patienten mit mäßiger Einschränkung der Leberfunktion (Child-Pugh-Klasse B) empfohlen, die gleichzeitig starke CYP3A-Inhibitoren erhalten (siehe Abschnitt 4.5 der SmPC). • Hypertonie: Mirabegron kann den Blutdruck erhöhen. Der Blutdruck sollte vor Behandlungsbeginn und regelmäßig während der Behandlung mit Betmiga gemessen werden, insbesondere bei Patienten mit Hypertonie. Es liegen nur begrenzte Daten zu Patienten mit Hypertonie im Stadium 2 (systolischer Blutdruck \geq 160 mmHg oder diastolischer Blutdruck \geq 100 mmHg) vor. • Patienten mit kongenitaler oder erworbener QT-Verlängerung: Betmiga zeigte in therapeutischen Dosen keine klinisch relevante QT-Verlängerungen in klinischen Studien (siehe Abschnitt 5.1 der SmPC). Da jedoch keine Patienten mit anamnestisch bekannter QT-Verlängerung oder unter Einnahme von bekanntermaßen das QT-Intervall verlängernden Arzneimitteln in diese Studien einbezogen waren, sind die Wirkungen von Mirabegron bei diesen Patienten nicht bekannt. Bei der Verschreibung von Mirabegron bei diesen Patienten sollte man Vorsicht walten lassen. • Patienten mit Blasenausgangsobstruktion und Patienten, die Antimuskarinika zur Behandlung einer OAB einnehmen: Nach Markteinführung wurden Fälle von Harnverhalt unter der Behandlung mit Mirabegron bei Patienten mit einer Blasenausgangsobstruktion (BOO) und bei Patienten, die Antimuskarinika zur Behandlung einer OAB erhielten, berichtet. Eine kontrollierte klinische Studie zur Verträglichkeit bei Patienten mit BOO zeigte kein erhöhtes Risiko eines Harnverhalts bei Patienten, die mit Betmiga behandelt wurden; dennoch sollte Betmiga bei Patienten mit klinisch signifikanter BOO mit Vorsicht angewendet werden. Betmiga sollte auch bei Patienten, die Antimuskarinika zur Behandlung der OAB einnehmen, mit Vorsicht angewendet werden. **6. Nebenwirkungen:** • Zusammenfassung des Sicherheitsprofils: Die Sicherheit von Betmiga wurde bei 8.433 Patienten mit OAB untersucht, von denen 5.648 im Rahmen des klinischen Studienprogramms Phase III/III mindestens eine Dosis Mirabegron erhielten und 622 Patienten für mindestens 1 Jahr (365 Tage) mit Betmiga behandelt wurden. In den drei 12-wöchigen doppelblinden, placebo-kontrollierten Phase-III-Studien schlossen 88 % der Patienten die Behandlung mit diesem Arzneimittel ab und 4 % brachen die Behandlung aufgrund von unerwünschten Ereignissen ab. Die meisten Nebenwirkungen waren leicht bis mäßig ausgeprägt. Die häufigsten Nebenwirkungen, die im Rahmen der drei 12-wöchigen doppelblinden, placebo-kontrollierten Phase-III-Studien bei mit Betmiga 50 mg behandelten Patienten häufig genannt wurden, waren Tachykardie und Harnwegsinfektionen. Die Tachykardie-Inzidenz betrug unter Betmiga 50 mg 1,2 %. Eine Tachykardie führte bei 0,1 % der mit Betmiga 50 mg behandelten Patienten zu einem Behandlungsabbruch. Die Inzidenz von Harnwegsinfektionen betrug unter Betmiga 50 mg 2,9 %. Harnwegsinfektionen waren bei keinem der mit Betmiga 50 mg behandelten Patienten ein Grund für einen Behandlungsabbruch. Schwerwiegende Nebenwirkungen umfassten Vorhofflimmern (0,2 %). Die in der 1-jährigen (Langzeit-)Studie mit aktiver Kontrolle (Muskarin-Antagonist) beobachteten Nebenwirkungen waren in Art und Schweregrad mit denen der drei 12-wöchigen doppelblinden, placebo-kontrollierten Phase-III-Studien vergleichbar. • Tabellarische Auflistung der Nebenwirkungen: Die folgende Tabelle enthält die Nebenwirkungen, die in den drei 12-wöchigen doppelblinden, placebo-kontrollierten Phase-III-Studien unter Mirabegron beobachtet wurden. Die Häufigkeitsangaben zu Nebenwirkungen sind wie folgt definiert: sehr häufig (\geq 1/10); häufig (\geq 1/100, < 1/10); gelegentlich (\geq 1/1.000, < 1/100); selten (\geq 1/10.000, < 1/1.000); sehr selten (< 1/10.000) und nicht bekannt (Häufigkeit auf Grundlage der verfügbaren Daten nicht abschätzbar). Innerhalb jeder Häufigkeitsgruppe werden die Nebenwirkungen nach abnehmendem Schweregrad geordnet. **MedDRA-Systemorganklasse:** Infektionen und parasitäre Erkrankungen: Harnwegsinfektion (Häufig), Scheideninfektion Zystitis (Gelegentlich); - Psychiatrische Erkrankungen: Schlaflosigkeit* (Nicht bekannt (Häufigkeit auf Grundlage der verfügbaren Daten nicht abschätzbar)); - Erkrankungen des Nervensystems: Kopfschmerzen*/Schwindel* (Häufig); - Augenerkrankungen: Augenlidödem (Selten); - Herzerkrankungen: Tachykardie (Häufig), Palpitation Vorhofflimmern (Gelegentlich); - Gefäßerkrankungen: hypertensive Krise* (Sehr selten); - Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts: Übelkeit*/Obstipation*/Durchfall* (Häufig), Dyspepsie/Gastritis (Gelegentlich), Lippenödem (Selten); - Erkrankungen der Haut und des Unterhautzellgewebes: Urtikaria/Ausschlag/makulöser Ausschlag/papulöser Ausschlag/Pruritus (Gelegentlich), Leukozytostatische Vaskulitis/Purpura/Angioödem* (Selten); - Skelettmuskulatur- und Bindegewebskrankungen: Gelenkschwellung (Gelegentlich); - Erkrankungen der Nieren- und Harnwege: Harnverhalt* (Selten); - Erkrankungen der Geschlechtsorgane und der Brustdrüse: vulvovaginaler Pruritus (Gelegentlich); - Untersuchungen: Blutdruck erhöht/SGT erhöht/AST erhöht/ALT erhöht (Gelegentlich); *nach Markteinführung beobachtet; • Meldung des Verdachts auf Nebenwirkungen: Die Meldung des Verdachts auf Nebenwirkungen nach der Zulassung ist von großer Wichtigkeit. Sie ermöglicht eine kontinuierliche Überwachung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses des Arzneimittels. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung über das nationale Meldesystem anzuzeigen; Österreich: Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen, Traisengasse 5, 1200 Wien, Österreich, Fax + 43 (0) 50 555 36207, Website: <http://www.basg.gv.at/>; **7. Pharmakotherapeutische Gruppe:** Urologika, Urologische Spasmolytika, ATC-Code: G04BD12. **8. Inhaber der Zulassung:** Astellas Pharma Europe B.V., Sylvisusweg 62, 2333 BE Leiden, Niederlande **9. Vertrieb in Österreich:** Astellas Pharma Ges.m.b.H, Donaau-City-Strasse 7, A-1220 Wien, Tel: +43 1 877 26 68, E-Mail: office.at@astellas.com **10. Stand der Information:** 09/2017 **11. Rezeptpflicht/Apothekenpflicht/Suchtgift:** Verschreibungspflichtig. **„Weitere Angaben zu Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Fertilität, Schwangerschaft, Stillzeit, Auswirkungen auf die Verkehrstüchtigkeit und die Fähigkeit zum Bedienen von Maschinen, sowie Gewöhnungseffekten entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.“**

Die strukturierte Ausbildungsevaluation – Möglichkeit für eine konstruktive Diskussion?

J. König, M. Harms, K. Bretterbauer

Eine bereits in der Schweiz jährliche durchgeführte Evaluation der Ausbildungssituation könnte auch in Österreich Grundlage für Verbesserungen sein. Dazu bedarf es einer engen Zusammenarbeit zwischen Auszubildenden und Auszubildenden – ist es Zeit für dieses Wagnis?

Oft sind Diskussionen über die Ausbildung von persönlichen Eindrücken und Erfahrungen geprägt und entbehren einer vernünftigen Grundlage [1]. Allerdings ist die Ausbildung eines der sehr zentralen Themen der Zukunft unseres Fachs. Es reicht nicht, dass sich Assistenzärztinnen und -ärzte immer nur über fehlende OP-Zahlen und die Primärärzte nur über die unsäglichen Wünsche der Generation Y beschweren. Vielmehr sollte eine Grundlage geschaffen werden, um gezielt die Vorstellungen sowohl der Auszubildenden, aber auch der Ausbilder abbilden und so konkrete Maßnahmen, vielleicht sogar Klinik-spezifisch, ableiten zu können.

Die Medizin und eben auch die Anforderungen an Ärztinnen und Ärzte im Allgemeinen haben sich in den letzten Jahrzehnten verändert – der demographische Wandel und die zunehmende Ökonomisierung der Medizin sind hierfür eindruckliche Beispiele [1].

Eine Möglichkeit zur besseren Definition der Bedürfnisse aller Beteiligten wäre eine flächendeckende, regelmäßige Evaluation, wie es beispielsweise bereits in der Schweiz existiert.

Weg von allgemeinen Floskeln, hin zu evidenzbasierten Verbesserungsprozessen

Dazu gehört aber vor allem die Bereitschaft zur Weiterentwicklung und Ver-

besserung der Situation. Die Auszubildenden sollten sich dabei einbringen, indem anhand der Evaluationsergebnisse Lösungsvorschläge eingebracht werden, um defizitäre oder nicht optimale Strukturen verbessern zu können. Die Ausbilder sollten sich dann ernsthaft mit den Ergebnissen und Vorschlägen befassen und gemeinsam mit Mitarbeitern und Kollegen Lösungsansätze verwirklichen – beispielweise mit nationaler Unterstützung im Rahmen von Pilotprojekten.

Lohn einer solchen Aufarbeitung und Auseinandersetzung könnte vor allem sein, dass die Kritik konstruktiver wird und weniger von allgemeinen Floskeln behaftet ist.

Der diesjährige Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V. in Dresden zeigte bereits, dass eine Bereitschaft, sich mit dem Thema Ausbildung zu beschäftigen, durchaus vorhanden ist. Sitzungen wie „Der Assistenzarzt im Räderwerk der Ökonomie“ oder „Weiterbildung im internationalen Vergleich“ behandelten das Thema der Nachwuchsausbildung.

Bestehende Umsetzung in der Schweiz

Ein Blick über die Staatsgrenze ermöglicht, ein gut etabliertes Evaluationssystem erleben zu können. In der Schweiz besteht seit über zwanzig Jahren die Möglichkeit für Assistenzärztinnen und -ärzte mittels eines immer weiter entwickelten Fragenbogens, die Ausbildungssituation im Positiven, wie im Negativen zu bewerten.

Die Ergebnisse werden jährlich publiziert, dabei wechselnd mit einem Fokus versehen (2016 beispielsweise ging es um die Selbsteinschätzung der Führungs- und Ausbildungsqualität der



Dr. Justus König

Auszubildenden) [2].

Den individuellen Ausbildungsplan an die Ziele des Auszubildenden anzupassen, wäre ein Ansatz, um unterschiedlichen Zielsetzungen und Zukunftsvorstellungen gerecht zu werden. Beispielsweise benötigt ein Urologe, der in die Niederlassung strebt anderes Handwerkszeug als der an der Kliniklaufbahn Interessierte, dem beispielsweise die robotische Chirurgie am Herzen liegt.

Nur 30% der deutschen urologischen Kliniken mit mehr oder weniger ausgereiftem Ausbildungscurricula

Die Evaluation alleine wird nicht ausreichen. Ein bereits bestehender Arbeitskreis für Assistenzärzte sollte sich dann mit den Ergebnissen der Evaluation auseinandersetzen. Dabei ist die direkte Kommunikation mit den für die Ausbildungsordnung verantwortlichen Verhandlern der Fachgesellschaft entscheidend, um Maßnahmen abzuleiten. Dabei sollte es allerdings nicht darum gehen, den Verantwortlichen etwas vorzugeben, sondern im Dialog eine Lösung zur

Verbesserung und Strukturierung der Ausbildung gemeinsam zu erarbeiten.

Die Deutsche Assistenzarztvereinigung (GeSRU e.V. – German Society of Residents in Urology) beschäftigte sich bereits 2015 mit dem Thema der Ausbildungssituation. Nur 44% der Assistenzärzte sind mit der Gesamtsituation zufrieden (siehe Abb. 1). Darüberhinaus wird berichtet, dass wohl nur etwa 30% der Kliniken in Deutschland ein (grobes) Ausbildungscurriculum besitzen und Ausbildungsgespräche teilweise nicht stattfinden und selten eine Konsequenz daraus gezogen wird [1]. Wobei das nicht nur an den verantwortlichen Abteilungsleitern scheitern muss.

Eine Evaluation könnte folgende konkrete Vorteile bringen:

- Eine abteilungsinterne Diskussion über die Qualität und die Strukturen der Ausbildung wird ermöglicht.
- Den Assistenzärztinnen und -ärzten wird eine Möglichkeit geboten, einen objektiven Überblick über die Ausbildungssituation der Kliniken gewinnen zu können und so ihre nächste Stelle möglicherweise auch nach persönlichen Präferenzen und Ausbildungszielen zu suchen.
- Eine Abteilung mit guter Ausbildung könnte die Ergebnisse der Umfrage öffentlichkeitswirksam nutzen.
- Noch konkreter: Dienstplan- und Arbeitszeitmodelle könnten anhand der Ergebnisse der Umfrage überarbeitet und angepasst werden.

Daraus ergibt sich die Chance, die Ausbildung mit konkreten Maßnahmen nach Auswertung der Evaluation zu verändern/verbessern/anzupassen bzw. den Auszubildenden zu zeigen, was eigentlich schon gut läuft und wo auch ihr Potential besteht, sich einzubringen und

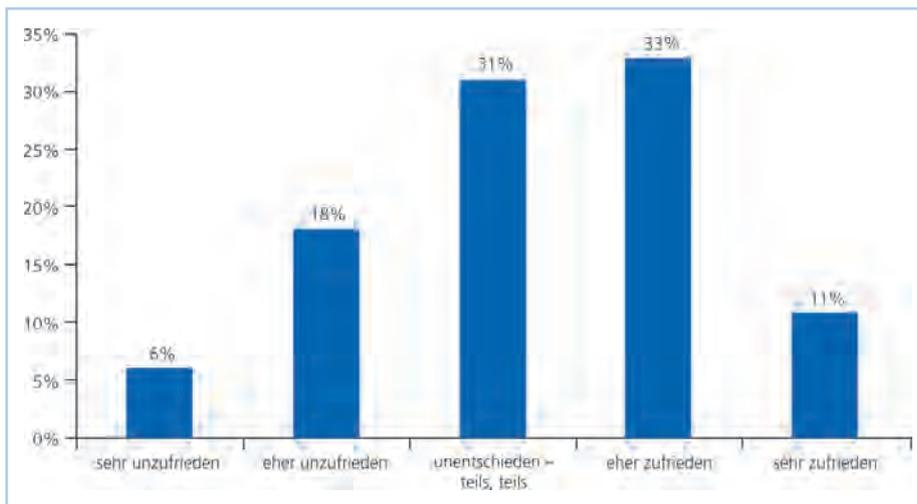


Abb. 1: **Gesamtzufriedenheit urologischer Assistenzärzte mit ihrer augenblicklichen beruflichen Situation**

die Kräfte besser bündeln zu können, zum Beispiel in bundes- oder landes- oder sogar nur abteilungsübergreifenden Task Forces.

Eine Verbesserung der Ausbildungssituation ganz allgemein hätte mehrere sehr vorteilhafte Facetten:

- Der Dialog zwischen Verantwortlichen und Auszubildenden wird nicht mehr nur durch Eminenz und nicht belegbare Tatsachen geführt, sondern fundiert auf validen Fakten.
- Die Bereitschaft an einer Verbesserung oder Optimierung der Ausbildungsqualität eint beide Parteien.
- Die Verantwortlichen sehen, dass auch auf Seiten der Assistenzärztinnen und -ärzte die Bereitschaft besteht, an Verbesserungen mitzuwirken und daran aktiv teilzuhaben.
- Das Fach Urologie wird durch eine strukturierte Ausbildung und die

Einbeziehung aller Beteiligten attraktiver für Nachwuchsmediziner und Studenten.

- Es besteht die Chance, dass dadurch auf lange Sicht die Qualität der Medizin verbessert wird und damit ein klarer Benefit für den Patienten entsteht.

Quellen:

[1] Arnold H, Meyer CP, Salem J, Raspe M, Struck JP, Borgmann H. Weiterbildungs- und Arbeitsbedingungen urologischer Assistenzärzte in Deutschland. Ergebnisse einer GeSRU –Umfrage von 2015. Urologe 2017;56:1311–1319.

[2] Sutterlin B, Burgermeister LC, Siegrist M, Bauer W. Der Stellenwert der Weiterbildung an den Spitälern. Schweizerische Ärztezeitung. 2017;98(48): 1600–1602.

Korrespondenzadresse:

Dr. Justus König
Abteilung für Kinderurologie
Ordensklinikum Linz
KH Barmherzige Schwestern
Seilerstätte 4
4010 Linz

Ausbildungsordnung neu – Was muss ich wissen?

G. Ameli

Durch die Änderung des Ärztegesetzes im Jahr 2014 – welches die Grundlage für die Regelung der ärztlichen Ausbildung darstellt –, befindet sich die Assistenzärzteausbildung im Umbruch. Ausbildungen, die vor dem Stichtag (31. 5. 2015) begonnen wurden, können im Rahmen der ÄAO 2006 (Ärzteausbildungsordnung) abgeschlossen werden. Nähere Informationen zu der ÄAO 2006, unter <http://www.aerztekammer.at/aerzte-ausbildungsordnung-2006>.

Dass die österreichische Ärzte-Ausbildung stagniert, ist nicht sonderlich verwunderlich, da diese auch seit Jahrzehnten unverändert geblieben ist. Genau hier will die neue Ausbildungs-

ordnung ansetzen, ein Kulturwandel ist das große Ziel. Jungärzte sollen künftig durch eine aktive Ausbildung statt einfache Routinetätigkeiten gefördert werden. Die Änderungen sollen an moderne Gegebenheiten und internationale Standards angepasst werden, um Österreich somit noch attraktiver für angehende Kolleginnen und Kollegen zu machen. Doch wie unterscheidet sich die neue Ausbildungsordnung von der alten im Arbeitsalltag? – So gut wie kaum! – Mein Studiengang mit dem Abschlussjahr 2016, ist bundesweit in den meisten Kliniken eine Art Vorreiter, was die neue Ausbildungsordnung betrifft. Diese unterscheidet sich im Alltag aber nur geringfügig von der alten. Die Inhalte



Dr. Ghazal Ameli

sind zumeist nicht anders gestaltet und der Arbeitsaufwand ist unverändert geblieben. So schwebt die Frage im Raum: Wie genau unterscheidet sich die neue Ausbildungsordnung, im Vergleich zur alten und wann sollte man sich mit dem Thema näher beschäftigen?

Der folgende Abschnitt soll dieses Thema näher beleuchten und mögliche Unklarheiten beseitigen. Was die neue Ausbildungsordnung auszeichnet, ist ihr sequenzieller Aufbau. Beginnend von der Basisausbildung, müssen hierbei weitere Ausbildungsstufen nach bestimmten Schemata absolviert werden. Bezüglich allgemeiner Informationen zur Gestaltung der einzelnen Fächer, möchte ich auf den Beitrag von Prim. Prof. Dr. Plas in der Ausgabe 53, 2016 der NÖGU – Nachrichten der Österreichischen Gesellschaft für Urologie und Andrologie verweisen.

https://www.uro.at/images/uro/downloads/noegu/NOEGU_53-2016.pdf

Dieser Beitrag beschränkt sich auf die Ausbildung im Sonderfach Urologie. Nach der Basisausbildung folgen bei der Facharztausbildung in Urologie, eine Grund- und Schwerpunktausbildung. In der dreijährigen Sonderfach Grundausbildung sollen Grundlagenkenntnisse erworben werden sowie Erfahrungen gesammelt, um diagnostische und therapeutische Fertigkeiten weiterzuentwickeln. Anschließend folgen weitere 27 Monate Sonderfach-Schwerpunktausbildung. Diese gliedert sich in sechs Module und ein wissenschaftliches Modul (Abb. 1). Je nach persönlichem Interesse und dem jeweiligen Schwerpunkt des

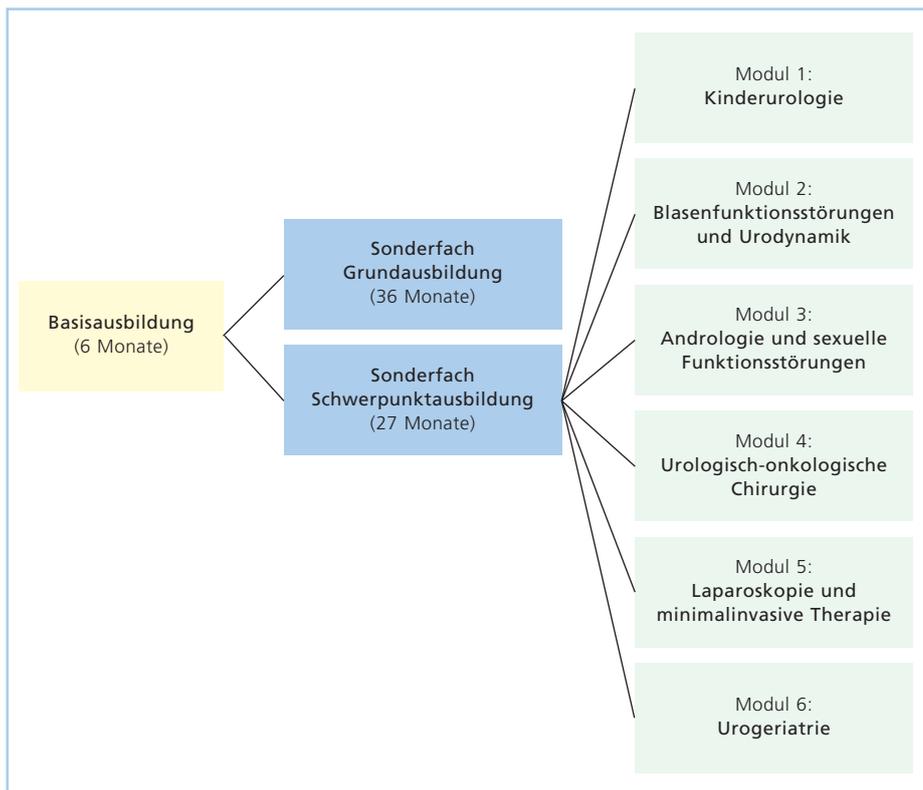


Abb. 1

Hauses, stehen folgende Module zur Auswahl:

- *Modul 1:* Kinderurologie
- *Modul 2:* Blasenfunktionsstörungen und Urodynamik
- *Modul 3:* Andrologie und sexuelle Funktionsstörungen
- *Modul 4:* Urologisch-onkologische Chirurgie
- *Modul 5:* Laparoskopie und minimal-invasive Therapie
- *Modul 6:* Urogeriatrie

Drei dieser Module sind im Rahmen der Schwerpunktausbildung verpflichtend zu

absolvieren. Zu beachten ist jedoch, dass sich die Facharztprüfung aus den Inhalten des gesamten Fachs zusammensetzt.

Bei den Modulen sollte neben Erwerb von Kenntnissen und Erfahrungen in unterschiedlichen Bereichen auch das Erlernen von Fertigkeiten im Fokus stehen.

Jede Abteilung besitzt nur eine begrenzte Anzahl an Ausbildungsstellen. Einige dieser Ausbildungsstellen sind noch dazu zeitlich limitiert, das bedeutet, dass die Ausbildung in einigen Abteilungen nicht

im vollem Ausmaß absolviert werden kann. Alternativ bieten einige Abteilungen Kooperationen mit anderen Häusern an, bei vielen gibt es aber „Stand 23. 8. 2018“, leider noch keine bewilligten Module. Eine rückwirkende Anerkennung als Ausbildungsstätte ist jedoch möglich, da durch den großen Andrang, viele der Anfragen von der ÖÄK noch nicht bearbeitet werden konnten.

Ein Überblick über die derzeit bewilligten Module bietet die **Tabelle 1** (Stand 23. 8. 2018).

Tab. 1: ÄAO 2015 Fachausbildungsstellen

Dienstgeber	Ort	Abteilung	SFG(V)	SFS(V)	Module
A.ö. Ladislaus Batthyány-Strattmann Krankenhaus	Kittsee	FSP Urologie	2	2	2,3,4,6
LKH Oberwart	Oberwart	Urologische Abt.	5	5	2,3,4,5,6
Klinikum Klagenfurt am Wörthersee	Klagenfurt am Wörthersee	Abt. f. Urologie	7	7	1-6
Landeskrankenhaus Baden-Mödling, Standort Baden	Baden	Abt. f. Urologie	2	2	2,4,5,6,MW
Landeskrankenhaus Korneuburg-Stockerau, Standort Korneuburg	Korneuburg	Abt. f. Urologie	3	3	1-6, MW Kooperation mit Univ. Klinik für Urologie, Med. Universität Wien
Universitätsklinikum Krems d. K.-Landsteiner-Privatuniversität	Krems	Abt. f. Urologie	3	3	2,3,4,5
Universitätsklinikum St. Pölten-Lilienfeld, Standort St. Pölten – d. K.-Landsteiner-Privatuniversität	St. Pölten	Abt. f. Urologie	6	6	1-6
Landeskrankenhaus Wiener Neustadt	Wr. Neustadt	Abt. f. Urologie	5	5	2,4,5,6
Kepler Universitätsklinikum – Med. Campus III (vorm. AKH Linz)	Linz	Klinik f. Urologie und Andrologie	6	6	2,3,4,5,6,MW
Ordensklinikum Linz GmbH – Barmherzige Schwestern	Linz	Abt. f. Kinderurologie		1	1,2,5,MW
Ordensklinikum Linz GmbH – Barmherzige Schwestern	Linz	Abt. f. Urologie	6	6	1,2,3,4,5+Kooperation BHS Linz, Kinderurologie
Ordensklinikum Linz GmbH – Elisabethinen	Linz	Urologische Abteilung	1	1	2,4,5,6
Aö. KH der Barmherzigen Schwestern Ried Betriebsges.m.H.	Ried im Innkreis	Abt. f. Urologie	3	3	2,3,4
LKH Steyr	Steyr	Abt. f. Urologie	2	2	2,4,6
Salzkammergut-Klinikum, Standort Vöcklabruck	Vöcklabruck	Abt. f. Urologie	5	5	1-6
Klinikum Wels-Grieskirchen, Standort Wels	Wels	Abt. f. Urologie	6	6	1-6, MW
KH der Barmherzigen Brüder Salzburg	Salzburg	Abt. f. Urologie	2	2	2,4,6
LKH Salzburg, Univ. Klinikum d. PMU	Salzburg	Univ.Klinik f. Urologie u. Andrologie	5	5	2,3,4,5,6,MW
Tauernklinikum Zell am See-Mittersill, Standort Zell am See	Zell am See	Abt. f. Urologie	2	2	2,3,4,5,6
Univ. Klinik f. Urologie Graz	Graz		15	16	2-6, MW
KHV LKH Hochsteiermark, Standort Leoben	Leoben	Abt. f. Urologie	5	5	1-6
A.ö. LKH Hall i. T.	Hall in Tirol	Urologische Abt.	4	4	2-6
Univ. Klinik f. Urologie Innsbruck	Innsbruck		8	10	1-6, MW
Bez.KH Kufstein	Kufstein	Abt. f. Urologie	4	2	1-6
Bez.KH Lienz	Lienz	Abt. f. Urologie	1	1	2,4,5,6
LKH Bregenz	Bregenz	Abt. f. Urologie	3	3	2-6
LKH Feldkirch	Feldkirch - Tisis	Abt. f. Urologie	3	3	1,2,3,4,6

Hauptthema: 50 Jahre nach der 68er-Generation

Dienstgeber	Ort	Abteilung	SFG(V)	SFS(V)	Module
Hanusch-KH	Wien	Urolog. Abt.	2	2	2,3,4,5,6
KA Rudolfstiftung	Wien	Abt.f. Urologie	5	5	4,5,6
KH der Barmherzigen Brüder Wien	Wien	Urolog. Abt.	4	4	2,4,5,6
KH der Barmherzigen Schwestern Wien	Wien	Abt. f. Urologie	3	3	4,5,6
KH Hietzing-Neurol.Zentr.Rosenh.-Standort Hietzing	Wien	Urologische Abt.	2	4	2,3,4,6
SMZ – Ost / Donauespital	Wien	Urologische Abteilung	3	3	2,3,4,6
SMZ-Süd-Kaiser Franz-Josef-Spital u. Geriatriezentrum Favoriten	Wien	Urolog. Abt.	3	3	2,4,5,6
Wilhelminenspital der Stadt Wien	Wien	Urologische Abt.	5	8	1,2,4,5,6

SFG: Die Zahl gibt an, wieviel Stellen in der Sonderfachgrundausbildung genehmigt sind.
SFS: Die Zahl gibt an, wieviel Stellen in der Sonderfachschwerpunktausbildung genehmigt sind.
Voll (V): Die gesamte SFS oder SFG Ausbildung kann absolviert werden.

Tab. 2: ÄAO 2015 Lehrpraxen

Bezeichnung	Straße	PLZ	Ort	Fach	SFS(V)	Module
Wien:						
Ord. Dr. Karl Dorfinger	Perfektastraße	1230	Wien	Urologie	1	2,6
Urologenzentrum.at – Dr. Erik Randall Huber & Partner, Fachärzte für Urologie	Engerthstraße	1200	Wien	Uroloige	2	2,3,6
Oberösterreich						
Ord. Dr. Thomas Bes	Stadtplatz	4150	Rohrbach	Urologie	1	3,6

SFS: Die Zahl gibt an, wieviel Stellen in der Sonderfachschwerpunktausbildung genehmigt sind.
Voll (V): Die gesamte SFS oder SFG Ausbildung kann absolviert werden.

Auch die Bestimmungen für die Anerkennung einer Lehrpraxis haben sich im Rahmen der neuen Ausbildungsordnung geändert. Dies bedeutet, dass bestehende Lehrpraxen für die Ausbildung nach den Regelungen der Ausbildungsordnung 2015 um eine Anerkennung ansuchen müssen.

Derzeit gibt es in Österreich drei Lehrarztpraxen für die neue urolog. Ausbildung (Tab. 2).

Eine Ausbildung in einer anerkannten Lehrpraxis ist ausschließlich im Rahmen der Sonderfach-Schwerpunktausbildung in einem maximalen Ausmaß von 12 Monaten möglich.

Genaue Informationen über die Ausbildungsstätten und den anerkannten Umfang der Ausbildung sind unter <http://www.aerztekammer.at/ausbildungsstaettenverzeichnis> aufgelistet.

Für die Anerkennung muss jede Abteilung die Ausbildungsstätte bei der österreichischen Ärztekammer melden. Unter <https://www.meindfp.at/aktuelles/> kann jeder Auszubildende eigenständig nachprüfen ob er auf eine Stelle gemeldet ist. Zusätzlich kann überprüft werden ob die Unterlagen von der Ausbildungsstelle korrekt eingereicht wurden. Bei nicht korrekter Einreichung bzw. fehlender Genehmigung der ÖÄK wird man als noch auf einer Basisausbildungsstelle geführt, obwohl man laut Krankenanstaltenträger bereits mit der Facharzt-ausbildung begonnen hat.

Die Ansätze der neuen Ausbildungsordnung klingen durchaus vielversprechend und könnten maßgeblich zu einer zeitgerechteren Ausbildung beitragen. Solange sich in den Häusern jedoch keine Ausbildungsverantwortlichen finden und Rasterzeugnisse meist blind,

ohne die Erfüllung der Anforderungen unterschrieben werden, wird die Qualität der medizinischen Ausbildung landesweit weiterhin große Niveauunterschiede aufweisen.

Weiterführende Informationen bezüglich Modulinhalt, sowie Rasterzeugnisse, können unter <http://www.aerztekammer.at/fachaerzte2015> aufgerufen werden.

Quelle:

ÖÄK; neue Ausbildungsordnung

Korrespondenzadresse:

Dr. Ghazal Ameli
 Abteilung für Urologie
 Landesklinikum Korneuburg
 Wiener Ring 3-5
 2100 Korneuburg

„Der nächste Patient bitte!“ – Aber dann doch vielleicht erst morgen?

B. Trabauer

Unsere Lebensläufe sind gespickt von Auslandsaufenthalten ausgefallener Destinationen. Von unserem zukünftigen Leben haben wir genaue Vorstellungen. Materialistischer Reichtum steht nicht im Vordergrund des Wirkens. Regeln und Werte werden nicht einfach akzeptiert, sondern hinterfragt [1]. Der Job soll Spaß machen, aber trotzdem darf die Freizeit nicht zu kurz kommen. Die Rede ist von den Bedürfnissen der vielzitierten „Generation Y“, all jenen JungärztInnen, welche als Nachfolger der „Baby-boomer“ und „Generation X“ gelten.

Der ideale Arbeitsplatz soll für mich ein interessantes Aufgabengebiet bieten, meine Bedürfnisse nach einer Spezifizierung abdecken und Möglichkeiten für eine ausgewogene Work-Life-Balance bieten. Bei vielen bereits arbeitenden ÄrztInnen stößt dieses Verlangen auf Unverständnis, war es doch seit jeher ein Privileg, als ÄrztIn arbeiten zu dürfen. Wochenenden im Krankenhaus waren nicht die Ausnahme, sondern eher die ungeschriebene Regel. Noch vor nicht allzu langer Zeit musste man um den Job bangen, wenn man nicht dazu bereit war, nach dem Dienst länger zu bleiben. Ein Generationenkonflikt war also absehbar. In der Mitte des ersten Jahrzehntes unseres Jahrhunderts kam die ernüchternde Wende, ein ÄrztInnenmangel, aufgrund von Abwanderung in die Nachbarländer Deutschland und Schweiz, aber auch aufgrund einer hohen Anzahl an Pensionierungen, war die Folge.

Ich möchte nicht behaupten, dass meine Generation arbeitsfaul ist, viel mehr haben wir genauere Anforderungsprofile an unseren Job. Ich wage zu behaupten, dass jede/r AbsolventIn aus meinem Jahrgang bereit ist, Mehrarbeit zu leisten, wenn das Bemühen dahinter den angestrebten Erfolg bringt. Sei es um eine fixe Anstellung, eine fundierte und motivierte Ausbildung oder auch ein individuelles Arbeitszeitmodell zu bekommen.

Ein weiteres Bedürfnis meiner Generation ist auch die vielseitige interdiszi-

plinare Zusammenarbeit. War es früher noch so, dass ÄrztInnen kaum über den Tellerrand blicken durften, ist uns eine Kooperation mit KollegInnen heute wichtiger als je zuvor. In Zeiten von WhatsApp und Co. ist eine Nachricht nur einen Tastenschlag entfernt. Warum also nicht Rat einholen? Diese Bedürfnisse spiegeln sich auch in der Entwicklung eigener Apps wieder – mit deren Hilfe fachspezifische Konsile eingeholt werden können oder Wissen digital ausgetauscht werden kann. Interdisziplinäre Zusammenarbeit wie z.B. Tumorboards sind in der Klinik mittlerweile Teil des Alltags.

Auch die Work-Life-Balance ist in aller Munde und viele fragen sich vielleicht, warum JungärztInnen hierbei eine Notwendigkeit sehen. Eine Studie von Tait D. Shanafelt et al. hat ergeben, dass das Burn-Out bei amerikanischen ÄrztInnen öfter vorkommt als in der restlichen US Bevölkerung [2]. Dem gilt es präventiv entgegenzuwirken. Eine persönliche Definition durch den Beruf ist nicht mehr das angestrebte Ziel, der „Gott in Weiß“ hat ausgedient.

Wertschätzung, Respekt und Verständnis gehören nun zu den wichtigsten Werten im Berufsleben. Daher ist es auch wichtig, über Emanzipation und Gleichberechtigung zu sprechen. Es sollte selbstverständlich sein, dass Frauen die gleiche Entlohnung für dieselbe Arbeit erhalten. Jobchancen sollten nicht aufgrund einer möglichen Schwangerschaft beeinträchtigt sein. Karriere und Mutterschaft schließen sich in meinen Augen nicht aus. Vielmehr sollten hierbei Möglichkeiten geschaffen werden um auch Müttern eine erfolgreiche klinische oder wissenschaftliche Laufbahn zu ermöglichen.

Wie schon anfänglich beschrieben, zählt das Hinterfragen zu einem der Hauptmerkmale der Generation Y. Ist es wirklich notwendig, eine/n PatientIn um 4:00 Uhr morgens mit der Rettung ins Krankenhaus zu bringen, weil jene/r am Vorabend vom Sommerurlaub mit Halsschmerzen zurückgekehrt ist? Wäre es



Dr. Bernhard Trabauer, BSc.

nicht viel sinnvoller, das Fach der Allgemeinmedizin aufzuwerten und mit Hilfe einer Aufklärungskampagne der Bevölkerung mitzuteilen, dass eine 24 Stunden Versorgung durch die Ambulanzen nicht notwendig ist? ÄK Präsident Szekeres meinte im November 2017, dass er sich Ambulanzgebühren vorstellen könne [3]. Mit einem geeigneten Konzept und in Anlehnung an das norwegische System, wo es nur mit einer Überweisung möglich ist, eine Ambulanz aufzusuchen, könnte man meiner Meinung nach die Ambulanzen entlasten.

Es ist mir schon bewusst, dass viele dieser Ideen idealistisch oder vielleicht sogar utopisch klingen mögen. Das sollten sie aber nicht. Solange Vorgaben immer nur akzeptiert und nicht hinterfragt werden, wird sich nie etwas ändern. Es wird daher in Zukunft nötig sein, ein Verständnis sowohl von als auch für die Generation Y zu entwickeln. Im Gegenzug können wir viel von den „Baby-Boomern“ oder der „Generation X“ lernen, sei es fachliche Kompetenz, empathisches Auftreten oder auch deren wissenschaftliche Expertise. Ich freue mich diese zukünftigen Herausforderungen zusammen mit meinen KollegInnen zu bewältigen.

Literatur

- (1) https://rp-online.de/politik/generation-y-glueckschlaegt-geld_aid-20439609
- (2) <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/1351351>
- (3) <https://derstandard.at/2000067783187/Aerztekammer-Nur-mehr-mit-Ueberweisung-in-Spitalsambulanzen>

Korrespondenzadresse:

Dr. Bernhard Trabauer, BSc.
Landeskrankenhaus Stockerau-Korneuburg
Wiener Ring 3-5
2100 Korneuburg

Crazy Corner – Fallbericht

Retroperitoneale Fibrose – ist immer ein Morbus Ormond die Ursache?

D. Rauter, M. Geyer, G. Ehrlich, M. Seles

Die retroperitoneale Fibrose zählt zu den selteneren Ursachen der obstruktiven Uropathie, die einem Urologen im Alltag begegnen. Als Ursache zeigt sich meist die als Mb. Ormond besser bekannte Erkrankung.

Was den behandelnden Urologen stutzig machen könnte, dass sich hinter einer retroperitonealen Fibrose eine andere Ursache verbergen könnte, zeigt der folgende Fall:

Ein 59-jähriger Patient wird von einer Abteilung für Innere Medizin aufgrund einer Verschlechterung der Nierenfunktionsparameter und Hydronephrose II° beidseits ambulant vorgestellt. In der Harnleiterdarstellung zeigte sich das Bild einer beidseitigen proximalen Ureterenge. Die bereits zuvor durchgeführte Nierenzintigraphie ergab eine dekompensierte Abflussstörung mit ausgeprägter renoparenchymatöser Schädigung links und kompensierter Abflussstörung rechts. Zur Harnableitung wurden beidseits Ureterschienen angelegt.

In der weiteren internistischen Abklärung wurden ein Diabetes Insipidus, hypergonadotroper Hypogonadismus, sowie ein Hyperparathyreoidismus festgestellt. Jahre zuvor war bereits eine interstitielle Lungenerkrankung diagnostiziert worden.

In der Kontrollnierenzintigraphie zeigte sich eine Befundverbesserung mit nahezu unauffälliger Funktion der rechten Niere während die linke Niere weiterhin eine ausgeprägte Schädigung zeigte. Ein Auslassversuch der Harnleiterschiene rechts zeigte sich frustan. Aufgrund der Befundkonstellation wurde nun mit dem Patienten eine Ureterolyse rechts vereinbart.

Intraoperativ zeigte sich der rechte Ureter ab Höhe des unteren Nierenpols durch eine gelbliche, sehr harte Struktur stark mit der Umgebung verwachsen. Dieses gesamte Gewebe wurde im Sinne einer Ureterolyse exzidiert. Postoperativ zeigte sich keine Verbesserung, so dass leider wieder eine Harnleiterschiene angelegt wurde.

Die histologische Aufarbeitung ergab fibroadipöses Gewebe mit Fettgewebnekrosen und Schaumzellaggregaten, sowie geringgradiger chronisch-unspezifischer Entzündung, im Sinne einer fibrosierenden Erkrankung des Retroperitoneums.

Nach intensiver Literaturrecherche und in Zusammenarbeit mit der hämatologischen Ambulanz des Ordensklinikum der Elisabethinen Linz wurde eine Erdheim-Chester-Erkrankung (ECD) suspekt und weitere molekularpathologische Testungen veranlasst, sowie ergänzend eine Knochenzintigraphie durchgeführt. Diese zeigte die für eine Erdheim-Chester-Erkrankung typischen Sklerosierungen der langen Röhrenknochen. Die molekularpathologischen Testungen wiesen die Mutation V600E im Exon 15 des BRAF-Gens nach, welche in 60 % der von dieser Erkrankung betroffenen Patienten auftritt.

Obwohl sich der Patient derzeit oligo- bzw. asymptomatisch ohne Myo-/Perikarkbeteiligung bzw. Groß-/Kleinhirninfiltration zeigt, wurde zur Prävention eben dieser weiteren Organmanifestationen eine Therapie mit BRAF-Inhibitoren eingeleitet.



Dr. Dominic Rauter



Dr. Mark Geyer

Die Erdheim-Chester-Erkrankung

Die Erdheim-Chester-Erkrankung (ECD) ist eine nicht-Langerhans'sche Form der Histiozytose und mehr als 500 Fälle wurden seit 1930 beschrieben. Das Manifestationsalter liegt zwischen der 40. und 60. Dekade, das Geschlechterverhältnis m:w beträgt 3:1. Die Ätiologie ist noch unbekannt, reaktive oder neoplastische Prozesse könnten der Erkrankung zu Grunde liegen [2].

Der Verlauf der ECD kann je nach Organmanifestation sehr unterschiedlich sein, von annähernder Asymptomatik bis hin zu lebensbedrohlichen Formen mit Multiorganbeteiligung. Die Knochenschmerzen, vor allem in den distalen lan-

gen Röhrenknochen der unteren Extremitäten, (in 50% der Fälle) ist zurückzuführen auf eine ebendort stattfindende Osteosklerose. Diabetes insipidus, Gonadotropin-Mangel und Hyperprolaktinämie entstehen bei Hypophysenbeteiligung. Typisch ist auch eine gewisse B-Symptomatik mit Müdigkeit, Mattigkeit und Abgeschlagenheit, sowie Fieber. Durch Infiltration anderer Organsysteme können erhöhter Hirndruck, Xanthelasma, Exophthalmus, Nebenniereninsuffizienz, und Hautveränderungen die Folge sein. Die ZNS-Manifestation äußert sich durch Kopfschmerzen, kognitive Beeinträchtigungen, Hirnnervenlähmungen, Kleinhirn- und Pyramidenzeichen, Krampfanfälle und sensorische Störungen. Kardiovaskulär treten vor allem pseudo-tumoröse Infiltrationen des rechten Atriums, Dyspnoe bei Lungenbeteiligung, eine so genannte 'beschichtete Aorta' und in seltenen Fällen eine Perikardtamponade auf. Die retroperitoneale Fibrose führt in manchen Fällen zur bilateralen Hydronephrose und könnte den Urologen auf die Spur bringen [3,4,5,6,].

Bei Verdacht des Vorliegens einer ECD benötigt man die weitere histologische, immunhistochemische und molekulargenetische Abklärung, wobei sich vor allem Haut und Nieren bei Beteiligung zur Gewebegewinnung eignen [5].

- Histologisch zeigt sich eine Infiltration des Gewebes mit histiozytären Schaumzellen
- 50% zeigen Mutationen im BRAF-Proto-Onkogen
- Immun-histochemisch CD68-positiv und CD1a-negativ.

Die First-Line-Therapie der ECD besteht in der Verabreichung von Interferon-Alpha (Standard- oder PEG-konjugiert) [6,7].

Zur Eindämmung der Knochenschmerzen können Bisphosphonate verwendet

Erdheimer-Chester-Erkrankung – Vom Symptom zur Diagnose:

- Retroperitonealfibrose 4 Phasen CT/MRT
- Knochenschmerzen (50% der Fälle) → Skelettszintigraphie (Technetium 99m)
- Diabetes insipidus → Hormonstatus
- Gonadotropinmangel → Hormonstatus
- Hyperprolaktinämie → Hormonstatus
- Nebenniereninsuffizienz → Hormonstatus
- Xanthelasma, Hautveränderungen → Dermatologischer Status, Histologie
- Exophthalmus → Ophthalmologische Abklärung
- ZNS-Manifestation: Kopfschmerzen, Hirnnervenlähmungen, Krampfanfälle, Kleinhirn- und Pyramidenzeichen, kognitive Beeinträchtigungen, sensorische Störungen.
- Kardiovaskuläre Manifestation: Pseudo-tumoröse Infiltrationen des rechten Atriums, Dyspnoe bei Lungenbeteiligung, Aortenveränderungen, Perikardtamponade (selten).

werden. Patienten mit Exophthalmus erhalten Cladribin, das auch bei fehlender Wirksamkeit anderer Behandlungsformen eingesetzt werden kann. Bei leichten Formen der ECD und insuffizienter Wirksamkeit des IFN-Alpha kann Anakinra (Interleukin-1-Rezeptorantagonist) die Symptome lindern [6,7].

Weiters können Vemurafenib (B-RAF-Inhibitor) und Infliximab (TNF-Alpha-Blocker) eingesetzt werden. Vemurafenib zeigt vor allem gute Erfolge bei vorliegender BRAFV600-Mutation. Zur Verlaufskontrolle, vor allem zur Aktivitätsbeurteilung, werden PET-Scans empfohlen [6,7].

Die Prognose variiert je nach Organbeteiligung. Bei Patienten mit ZNS-Manifestation ist diese weniger günstig. Unter IFN-Alpha-Therapie, liegt die Mortalitätsrate bei 26% und die 5-Jahres-Überlebensrate bei 68% [8].

Schlussfolgerung

Die retroperitoneale Fibrose, vor allem im Zusammenhang mit weiteren systemischen Organmanifestationen, benötigt histologische und immunhistochemi-

sche Abklärung, da auch seltene Erkrankungen, wie die beschriebene Erdheimer-Chester-Erkrankung vorliegen können. Im Jahr 2018 wurden an unserer Klinik bereits zwei Fälle der ECD detektiert und konnten in Kooperation mit dem Ordensklinikum der Elisabethinen Linz der notwendigen Therapie zugeführt werden.

Literatur beim Autor

Korrespondenzadresse:

Dr. Dominic Rauter
Dr. Mark Geyer
Univ. Klinik für Urologie
Med. Universität Graz
Auenbruggerplatz 5/6
8036 Graz

Bei weiterem Interesse sowie bei der Suche nach seltenen Erkrankungen und Therapien empfehlen wir den Besuch von

www.orpha.net

(komplette Webseite auf Deutsch verfügbar).

Die Seite des Präsidenten

Liebe Kolleginnen und Kollegen!
Liebe Leser der NÖGU

Ich darf neuerlich als Präsident die Gelegenheit nützen, einige Gedanken, insbesondere zum ersten Jahr meiner Präsidentschaft, an die Leserschaft zu richten.

Ich glaube, wir können auf ein durchaus erfolgreiches Jahr zurückblicken, einige Sachen konnten erreicht werden, vieles ist wie so oft noch im Fluss bzw. harret der weiteren Arbeit.

Insbesondere gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit konnten wir einige Dinge erreichen. Mein Dank gilt all jenen, die hier aktiv mitgeholfen haben. Exemplarisch möchte ich nur die Leitlinien zu den „Varianten der Geschlechtsentwicklung“ hervorheben. Es mag sein, dass viele Urologen wenig direkten Kontakt mit diesem Thema haben. Für die Urologie im Gesamten ist es aber von Bedeutung, dass unser Fach hier involviert ist und bleibt.

Weiters gibt es im Ministerium schon lange Bestrebungen, komplexe chirurgische Eingriffe wie die radikale Zystektomien, radikale Prostatektomie und Nephrektomie zu zentralisieren und mit Fallzahlen zu hinterlegen. Das mag man nun kritisieren, aber wir müssen uns diesem Thema stellen und zwar unter aktiver Teilnahme. Sonst wird es für uns erledigt, dann aber mit großer Sicherheit nicht in unserem Sinne. Wir konnten in langen Gesprächen mit dem Ministerium erreichen, dass es nicht nur rein numerisch um die Fallzahlen alleine geht, sondern auch um das logistische Umfeld wie das Vorhandensein einer Intensivstation oder einer Schnellschnittpathologie, u.a.m. Diese Erfordernisse und die Veröffentlichung der Fallzahlen können Sie schon auf kliniksuche.at abrufen.

Vielleicht als kritische Anmerkung dazu: etwa die Hälfte aller Abteilungen machen meist deutlich <10 Zystektomien im Jahr – eine Zahl die wie ich meine nicht ausreichend ist um eine dauerhafte Expertise zu erhalten oder gar eine Ausbildung anzubieten.

Sehr erfreulich ist meiner Meinung auch die Entwicklung, wie sich die ÖGU in Sachen Aus-, Fort- und Weiterbildung präsentiert. Auch hier kann ich nur die

ASU exemplarisch im Besonderen hervorheben, wo die Ausbildung der jungen Kollegen/innen hoch spezialisiert in entsprechenden Modulen in wahrlicher Topqualität durchgeführt wird. Eine Einrichtung, um die uns Kollegen z.B. in Deutschland durchaus beneiden – zu recht wie ich meine! Auch andere Fortbildungstätigkeiten, insbesondere durch unsere Arbeitskreise, können sich sehen lassen. Auch hier mein besonderer Dank an die Organisatoren und Vortragenden, es wird Großartiges geleistet und das ist keine Selbstverständlichkeit.

Seit längerem versucht die ÖGU insbesondere bei jungen Kolleginnen/Kollegen das Interesse und die Neugier für wissenschaftliche Tätigkeiten zu wecken. Wir versuchen dies mit Hilfe von logistischer Unterstützung, leider mit wenig Erfolg. Hingegen ist es sehr erfreulich, dass die Stipendien und Reiseunterstützungen sehr gut angenommen werden und auch zu erkennen, dass die wissenschaftlichen Beiträge von meist guter Qualität sind. Umso mehr können wir stolz darauf sein, dass z.B. beim Central European Meeting in Cluj (Rumänien) zwei junge Kollegen/innen mit Auszeichnungen (3rd Prize Country Competition, Best Poster Award – siehe unten) bedacht wurden. Vielleicht ist dies für Andere ein Ansporn, es den Gewinnern gleichzutun.

Im Rahmen der Jahreshauptversammlung in Linz wurde ja beschlossen, ein Team zu bilden, um „Zukunftsthemen“ und allfällige Strukturreformen zu erarbeiten. Zwar war dieses Ansinnen und die nachfolgende Diskussion mit ein paar unnötigen Polemiken verbunden. Exemplarisch: Entgegen mancher Mei-



Prim. Prof. Dr. H. Christoph Klingler, FEBU

nung erfolgt die Wahl des Vorstandes und des Präsidenten nach demokratischen Prinzipien (nicht wie gemeint nach nordkoreanischen), da kann man nur die Lektüre der ÖGU-Statuten empfehlen. Dennoch habe ich diese Diskussion in Summe als sehr positiv erachtet und von meiner Seite als Präsident kommt ein klares „Ja“ und ich sehe hier viel Potential. Lassen wir diese Kolleginnen und Kollegen nun in Ruhe arbeiten und sehen wir, was für Ergebnisse und Vorschläge erarbeitet werden. Dann müssen wir dies breit kommunizieren und zur Diskussion stellen. Für die Zukunft muss die Urologie und im Besonderen auch die ÖGU gerüstet sein, denn jeder konstruktive Vorschlag und vor allem die aktive Teilnahme eines jeden Einzelnen ist hoch willkommen. Hier wie so oft meine Bitte, bleiben wir Urologen aktiv in der Gestaltung unseres Faches – um es abgewandelt mit Leo Tolstoi zu sagen: „Alles geht Alle an“

**Prim. Prof. Dr.
H. Christoph Klingler, FEBU**
Präsident der ÖGU

Österreichische PreisträgerInnen im Rahmen des EAU18 Central European Meeting, Cluj, Rumänien

Country Competition 3rd Price:

Dr. Ghazal Ameli, Abteilung für Urologie, Landesklinikum Korneuburg

Olympus Poster Award 2nd Price:

Dr. Maximilian Seles, Univ. Klinik für Urologie, Med. Universität Graz

Die GAG-Schicht der Blase effektiv wiederherstellen



Medizinprodukt

mit Hyaluronsäure
und Chondroitinsulfat

Klinische Evidenz bestätigt die hohen Erfolgsquoten^{1,2}

Anwendungsgebiete

- Interstitielle Cystitis (IC/PBS)
- Strahlencystitis
- Chronisch rezidivierende Harnwegsinfekte

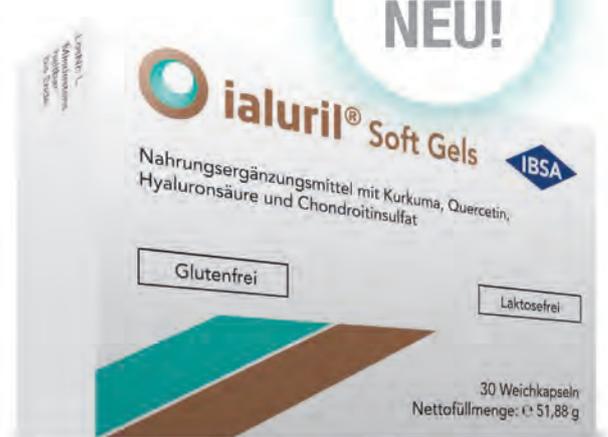
Stand der Info: November 2017. Vertrieb in Österreich: Sanova Pharma GesmbH, Haidestraße 4, 1110 Wien, Österreich, www.sanova.at Medizinprodukt

1: ialuril Prefill Summary of Product Characteristics

2: Cervigni M et al., Int Urogyneol J 2012; 23(9):1187-92

Zur Ergänzung!

Jetzt
NEU!



Nahrungsergänzungsmittel

mit Hyaluronsäure
und Chondroitinsulfat
+ Kurkuma
+ Quercetin

4 aktive Inhaltsstoffe – nur 1 Kapsel täglich

Hyaluronsäure und Chondroitinsulfat sind zwei wichtige Bausteine der GAG-Schicht der Blase. Quercetin ist ein Naturstoff aus der Gruppe der Flavonoide, Kurkuma wird aus dem Wurzelstock des Kurkuma Longa gewonnen.

Die einzigartige Kombination dieser Inhaltsstoffe in ialuril® Soft Gels ist wissenschaftlich erforscht.

Gedanken des Generalsekretärs

Die ÖGU: Ein verstaubter Verein ohne Mehrwert für seine Mitglieder?

St. Madersbacher

Im Rahmen der letzten Jahreshauptversammlung der ÖGU wurde von Prof. Jungwirth die Idee einer **Zukunftswerkstatt ÖGU 2025** vorgestellt.

In seinem Eingangsstatement bezeichnete er die ÖGU als einen verstaubten Verein, welcher für ihn keinen nennenswerten Mehrwert darstellt.

Als jemand der seit über 20 Jahren mit großem Engagement und Leidenschaft in verschiedenen Funktionen der ÖGU tätig war und ist (zuletzt 8 Jahre als Vorsitzender der Fortbildungskommission und seit 5 Jahren als Generalsekretär) trifft einen eine solche ernüchternde Feststellung.

Stimmt dieser Befund?

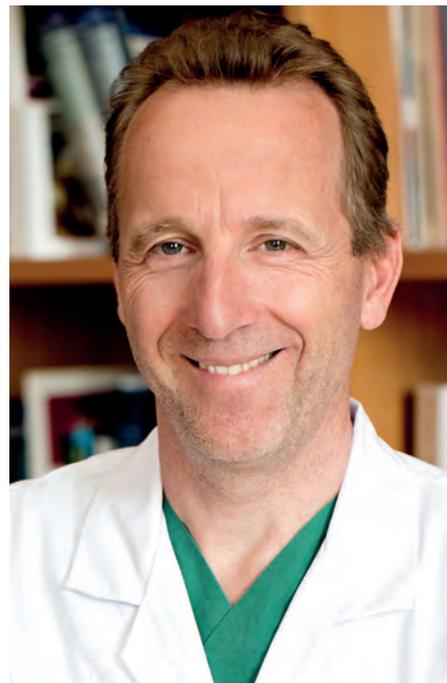
Die Mitgliederzahl ist in den letzten 10 Jahren von 500 auf 750 angestiegen (ein Anstieg von 50%), ich denke nicht, dass dieser große Anstieg möglich wäre, wenn die Mitglieder nicht einen Mehrwert in der Mitgliedschaft sehen würden. Die Austrian School of Urology (ASU), die seit Ihrer Gründung vor 10 Jahren intensiv von der ÖGU unterstützt wird, ist eine einzige Erfolgsgeschichte mit 2019 wohl über 100 teilnehmenden Ausbildungsassistenten. Die jährliche Fortbildungsveranstaltung in Linz weist ebenfalls immer noch steigende Teilnehmerzahlen (zuletzt >360) und ist auch eine große kommerzieller Erfolg. **All diese Zahlen zeigen, dass die ÖGU für eine große Anzahl von Mitgliedern offensichtlich einen Mehrwert darstellt, sonst würden Sie nicht in steigender Zahl Mitglied werden und bleiben (die kombinierte en bloc Mitgliedschaft ist aus meiner Sicht kein valides Argument, denn jedem Mitglied steht es ja frei nur ein eau-Mitglied zu werden), die Mitglieder würden nicht in steigen-**

der Zahl zur Linzer Fortbildungsveranstaltung kommen oder die ASU besuchen.

Um den jungen Urologen mehr Stimme zu geben, sind seit einigen Jahren die jeweiligen Vorsitzenden des AK für AssistenzärztInnen Mitglieder des ÖGU-Vorstandes und brachten sich in der Vergangenheit immer aktiv ein und ich bin sicher, dass dies auch in Zukunft so sein wird. Um den Nachwuchs zu unterstützen vergeben wir in bis dato nicht gekannter Höhe diverse Reisestipendien (seit 2019 auch an wissenschaftliche aktive Medizinstudenten u.a. mit dem Ziel, engagierte Studenten für unser schönes Fach zu begeistern) und diverse wissenschaftliche Preise. Gemeinsam mit den Ausbildungsassistenten wurde das Konzept eines „idea lab“ erarbeitet, das ALLEN wissenschaftlich aktiven jungen Urologen offensteht. Auch den Herausgebern der NÖGU ist die Rolle des Nachwuchses wichtig, deshalb wird dieses Heft (und dies ist eine Premiere in der Geschichte der NÖGU) erstmals von Ausbildungsassistenten gestaltet.

Zuletzt möchte ich hier auch die großartige Arbeit der AKs erwähnen, die viele wertvolle Fortbildungsveranstaltungen über das ganze Jahr anbieten, sich um Leitlinien bemühen und auch wissenschaftlich sind. Man denke nur an die eindrucksvollen Präsentationen im Rahmen der letzten Jahreshauptversammlung (JHV).

Es wurde im Rahmen der JHV der Wahlmodus für die diversen Funktionen als intransparent kritisiert. Seit jeher werden ALLE wählbaren Funktionen fristgerecht ausgeschrieben, es kann sich JEDES Mitglied um JEDE Position bewerben und es findet eine GEHEIME und seit einigen Jahren voll-elektronisch Wahl statt. Ich weiß nicht, wie man noch mehr basisdemokratische Elemente implementieren kann. Was aber sehr wohl der Fall ist,



Prim. Univ. Prof. Dr.
Stephan Madersbacher, FEBU

dass wir uns seit Jahren sehr schwer tun, Mitglieder zu finden, die bereit sind, die diversen Funktionen zu übernehmen: alle Funktionen der ÖGU sind ehrenamtlich und zum Teil sehr zeitintensiv: **Hier mein Aufruf an alle Mitglieder, in besonderem an jüngere KollegInnen: bewerben Sie sich um diversen Funktionen und arbeiten Sie aktiv in den AKs mit und gestalten Sie damit die Zukunft der ÖGU!**

Wo besteht – aus meiner Sicht – Handlungsbedarf?

1. *Wissenschaftlicher Output:* Meine persönliche Erfahrung mit dem Zystektomieregister und auch der Quapu ist ernüchternd. Es ist uns (oder mir) bis dato nicht gelungen, innerhalb der ÖGU eine gut funktionierende wissenschaftliche Plattform zu bilden, welche die Universitätskliniken, die Fachabteilungen und den niedergelassenen Bereich effizient vernetzt. Hier sind aber vor allem die Universitätskliniken als Impulsgeber gefordert.
2. *Dauer der Präsidentschaft:* Um die Kontinuität zu steigern wäre eine verlängerte Präsidentschaft eine Option (allerdings ist der jeweilige Präsident bereits jetzt 6 Jahre Mitglied im Vorstand). Eine verlängerte Präsidentschaft bietet natürlich auch

viel weniger führenden Urologen die Möglichkeit, ihre Ideen als Präsident einzubringen und umzusetzen. Ob sich jemand die Arbeitsbelastung einer Präsidentschaft über diesen langen Zeitraum antun würde, ist aus meiner Sicht ebenfalls fraglich. Ich denke, dass aus den oben genannten Gründen die Präsidentschaft in vielen wissenschaftlichen Organisationen begrenzt ist, in der DGU nur für ein Jahr und in der Schweiz für 2 Jahre. Die von manchen wohl auch zurecht kritisierte mangelnde Durchschlagskraft der ÖGU liegt wohl nicht an der Dauer der Präsidentschaft, da ich nicht denke, dass man die SGU oder die DGU als nicht schlagkräftig bezeichnen kann.

3. *Auftritt nach außen/soziale Medien:* im Rahmen des „loose tie“-Aktion wurde vom Ö3-Mikromann das Wissen der Bevölkerung erfragt: Dieser Spot zeigt nur, dass diesbezüglich noch sehr viel zu tun ist. Hier sind sicher innovative Ideen gefragt,

vor allem der Input der jüngeren Generation.

Ich möchte Prof. Jungwirth für seinen Mut, Kritik im Rahmen der Jahreshauptversammlung öffentlich zu äußern, Respekt zollen. Kritik äußern ist das Eine, man braucht auch Verbesserungsvorschläge. Deshalb begrüße ich die von ihm initiierte Zukunftswertstatt Urologie 2025 sehr. Er wird ein Team von ÖGU-Mitgliedern, welche einen repräsentativen Querschnitt der ÖGU-Mitglieder darstellt, zusammenstellen und Verbesserungsvorschläge in 3-4 ganztägigen Sitzungen erarbeiten. Um eine ungebastete Entwicklung von Ideen/Verbesserungsvorschlägen zu ermöglichen, wird an dieser Arbeitsgruppe kein ÖGU Vorstands-Mitglied teilnehmen, auch diese Idee finde ich gut. Die Ideen werden dann zunächst im Vorstand und dann im Rahmen der nächsten JHV vorgestellt. Diese Arbeitsgruppe wird von der ÖGU finanziell unterstützt und ich wünsche Prof. Jungwirth und seinem Team viel Erfolg!

Noch ein kritischer Gedanke zum Schluss. Eine wissenschaftliche Fachgesellschaft ist nur so stark wie der Zusammenhalt seiner Mitglieder. Wir werden als Gesellschaft nur weiter so effizient und erfolgreich für unsere Mitglieder und unser schönes Fach arbeiten können, wenn wir GEMEINSAM an einem Strang ziehen: gemeinsam bedeutet BVU und ÖGU, gemeinsam bedeutet Abteilungen und Universitätskliniken, gemeinsam bedeutet stationärer und niedergelassener Bereich, gemeinsam bedeutet Junge und Erfahrene, gemeinsam bedeutet Urologinnen und Urologen. Jede Spaltbildung, auch nur jede beginnende Tendenz in dieser Richtung, schwächt uns als wissenschaftliche Gesellschaft und muss unter allen Umständen vermieden werden.

Prim. Univ. Prof. Dr.
Stephan Madersbacher, FEBU
Generalsekretär der ÖGU



Martin Praska: „Where have all the Flowers gone“



Martin Praska

Zum Titelbild

Martin Praska

1963 In Wiesloch (D) geboren
1985-90 Akademie der bildenden Künste Wien
1993 Malereisymposium, Werfen / Salzburg
1994 Auslandsstipendium Krumau, Tschechien
1998 Auslandsstipendium London

Ausstellungen (Auswahl)

2018 Galerie Ruth Sachse, Hamburg
Galerie Gans, Wien
2017 Galerie Gans, Wien
2016 Galerie Gans, Wien
Galerie Ruth Sachse, Hamburg
2015 Galerie Welz, Linz
2014 Galerie Gans, Wien
2013 Galerie Thiele, Linz
Galerie Welz, Salzburg

Gruppenausstellungen, Messen (Auswahl)

AAF Hamburg, intern. artfair
Art Austria Wien, austrian artfair
WIKAM Wien, austrian artfair
VIENNAFAIR, intern. artfair
ARTFAIR Köln, intern. artfair
Museum Angerlehner, Thalheim
Essl-Museum, Klosterneuburg
Museum of Modern Art, Salzburg
Museum of Modern Art, Passau

Werke in öffentlichen Sammlungen

Albertina, Wien
Museum of Modern Art, Salzburg
Lentos, Linz
Essl-Museum, Klosterneuburg
Museum Angerlehner, Thalheim

Aus der Fortbildungskommission

Reisestipendien zu nationalen/ internationalen Kongressen 2019 für Teilnehmer mit eigener Präsentation

Die Fortbildungskommission der ÖGU möchte aktive urologische Ärzte, die einen Abstrakt als Erst- oder Letztautor bei einem der folgenden Kongresse eingereicht haben und akzeptiert worden sind, bei den Reisekosten unterstützen.

Unterstützt wird mit einer max. Pauschale von je:

- € 1.000,- die DGU 2019 in Hamburg
- € 1.200,- die EAU 2019 in Barcelona
- € 600,- die Bayerisch-Österreichische Urologentagung 2019 in Wien
- € 1.500,- die AUA 2019 in Chicago

Bei positiver Resonanz wird es dieses „Reisestipendium Internationaler Kongress“ für aktive Teilnehmer dann auch in den folgenden Jahren geben.

Voraussetzungen

- Assistenzarzt oder junger Facharzt mit einer Altersgrenze d. 40 LJ.

- Fachgebiet Urologie
- In Österreich tätig
- Poster oder Vortrag: muss selbst präsentiert werden (keine Moderationen, keine eingeladene Vorträge, keine Industrie-gesponserten Vorträge oder Ko-Autorenschaften!)

Nach Abschluss des Kongresses

Es erfolgt die Auszahlung des Reisestipendiums nach Vorlage von:

- Kongress-Teilnahmebestätigung
- Abstrakt des Posters/Vortrages
- schriftliche Bestätigung, dass die Reisekosten nicht bereits anders abgerechnet bzw. finanziert worden sind (d.h. kein weiterer Sponsor)
- Angabe der Bankverbindung



Prim. Univ. Prof. Dr. Steffen Krause

Die kompletten Unterlagen müssen elektronisch (MS-Office- oder PDF-Dokumente) an folgende Adresse eingereicht werden:

Prim. Univ. Prof. Dr.
Steffen Krause
Vorsitzender der
Fortbildungskommission der ÖGU
Vorstand der Klinik für Urologie und
Andrologie
Kepler Universitätsklinikum GmbH
Med Campus III

Krankenhausstraße 9
4021 Linz

Tel.: 05 7806 83-2243
Fax: 05 7806 83-2246

steffen.krause@kepleruniklinikum.at
www.kepleruniklinikum.at

Aus dem AK Kinderurologie

Kinderurologie

F. Nägele, J. Oswald

Kinderurologie wird oft als kleiner Teilbereich der Erwachsenenurologie mit geringem Stellenwert verstanden. Tatsächlich gibt es ganz wesentliche Unterschiede und man ist bei näherer Betrachtung verleitet, die Kinderurologie als eigenes Fachgebiet wahrzunehmen – dies ist im europäischen Kontext mit der Etablierung einer vertieften Ausbildung bereits der Fall (Fellow of the European Academy of Paediatric Urology – <https://www.espu.org/ebpu-mjc-pu-eapu/35-requirements-and-certification/33-requirements-for-feapu>). Während die Urologie beim Erwachsenen meist auf ablativem Behandlungsstrategien fokussiert ist, besteht das Hauptinteresse des Kinderurologen in der funktionellen und rekonstruktiven Therapie. Erkrankungen und funktionelle Fehlbildungen des Urogenitalbereichs im Kindesalter können eine dramatische Auswirkung auf die Gesundheit des späteren Erwachsenen haben. Langzeitfolgen dieser vielfältigen Krankheitsbilder manifestieren sich organisch als Niereninsuffizienz oder gar Nierenversagen. Psychisch äußern sich Einschränkungen der Selbstachtung und -wahrnehmung als Folgen von Krankheitsbildern wie Inkontinenz und genitaler Versehrtheit.

Seit den Anfängen der Kinderurologie in den 1950er Jahren hat sich das Patientengut von Säuglingen, Klein- und Schulkindern über Pubertierende hin bis zu jungen Erwachsenen erweitert. Nicht zuletzt deshalb ist ein enger Kontakt mit Erwachsenenurologen essentiell, um eine umfassende Versorgung dieses vielfältigen Patientenspektrums zu gewährleisten. Darüber hinaus haben interdisziplinäre Kooperationen mit diversen pädiatrischen Spezialgebieten wie der Nephrologie, der

Allgemeinchirurgie, der plastisch-rekonstruktiven Chirurgie und der Endokrinologie es erst ermöglicht, einen hohen medizinischen Standard auch für komplexe Erkrankungen wie z.B. Disorders of Sex Development (DSD), Urethralklappen, Blasenexstrophie/Epispadie, neurogener Blasenkrankung und Aphallie zu etablieren.

Neben dieser multidisziplinären Zusammenarbeit war auch der technische Fortschritt der letzten Jahrzehnte verantwortlich für die rasche Weiterentwicklung der Kinderurologie. So haben beispielsweise flexible Endoskope, individualisierte Mikroinstrumente wie Micro-Perc und chip-on-the-tip-optics viele innovative, minimal-invasive, diagnostische und therapeutische Maßnahmen vorangetrieben. Dieser schnelle und stete Wandel bedingt zwar eine genauere Diagnostik und präzisere Therapie, aber auch laufend neue Herausforderungen mit sich. Beispielsweise galt die Miktionszystourethrographie (MCUG) jahrzehntelang als Goldstandard in der Refluxdiagnostik. Aktuell gewinnt das ultraschallgestützte Sono-MCUG unter bestimmten Voraussetzungen zunehmend an Bedeutung. Vor allem Mädchen profitieren von der ausbleibenden Strahlenbelastung in diesem sensiblen Bereich. Dennoch ist offen, ab welchem Alter ein Sono-MCUG dem konventionellen MCUG vorzuziehen ist und anhand welcher Kriterien dieser cut-off Wert festgelegt werden soll.

Der folgende Überblick über die gängigsten Krankheitsbilder der Kinderurologie und deren fachgerechter Therapie soll Einblicke in das spannende und umfangreiche Spezialgebiet der Kinderurologie liefern.



Dr. Felix Nägele

Hydronephrose

Grundlegend wird der Begriff der angeborenen Hydronephrose (ANH) definiert als eine Dilatation der Nierenkelche, deren zugrundeliegende Pathomechanismen äußerst vielfältig sind. Mit einer Inzidenz von 1-5% aller Schwangerschaften ist die ANH eine der häufigsten pränatalen Diagnosen [1]. Kann ein vesikoureteraler Reflux durch entsprechende Diagnostik (siehe MCUG vs. Sono-MCUG) als Ursache der Hydronephrose ausgeschlossen werden, muss von einer kongenitalen Abflussstörung ausgegangen werden, welche eine potentielle Gefährdung der Nierenfunktion bedeutet. Dabei ist zwischen intrinsischen und extrinsischen Stenosen zu unterscheiden. Intrinsische Stenosen werden durch dysplastische Abschnitte am ureteropelvinen Übergang hervorgerufen; extrinsische Stenosen durch ein den Ureter bzw. das Nierenbecken kreuzendes Unterpolgefäß. Besteht eine zusätzliche Dilatation des Ureters, kann dies auf eine verminderte Drainage bzw. Stenose am vesikoureteralen Übergang hindeuten [2].

Die prä- und neonatale Evaluation der ANH ist eine große Herausforderung, da es mehrheitlich zu einer Spontanremission kommt und keiner weiteren Verlaufskontrollen bedarf. Ein Verabsäumen des richtigen Zeitpunktes einer funktionellen Rekonstruktion hingegen führt zu irreversiblen Nierenschäden.



Scrotale Hypospadiе mit zweizeitiger Korrektur (Bracka I & II): Nach dem degloving wird im zweiten Schritt die Urethra tubularisiert.

Aktuell gibt es keine Möglichkeiten, das definitive Outcome der ANH vorherzusagen, jedoch sind verschiedene Klassifikationssysteme zur Risikostratifizierung, abhängig von Ultraschallmessungen zu verschiedenen Pränatalzeitpunkten, in Gebrauch [3]. Die definitive Indikation zur Pyeloplastik wird postnatal durch sequenzielle Isotopenuntersuchungen gestellt. In der Tc-99m dimercaptosuccinic acid (DMSA) Szintigrafie können Aussagen über kortikale Auffälligkeiten nach Infekten getroffen werden. Eine Operationsindikation ist bei einer Seitenfunktionsdifferenz von 10% zu stellen. Die Funktionsszintigrafie mittels MAG3 (Mercaptoacetyltriglycin) wird traditionell nach dem F+20 Protokoll (Furosemidgabe 20 Minuten nach Traceradministration) durchgeführt. Es konnte jedoch gezeigt werden, dass die Rate an Equivokalkurven bei F-15 bzw. F+0 Protokollen deutlich geringer ist. Eine F-15 Untersuchung nach Equivokalbefund bei einem durchgeführten F+20 Protokoll scheint die größte Sensitivität aufzuweisen. Spätbilder nach 60 bzw. 120 Minuten sind essentiell, um Fehlinterpretationen aufgrund externer Parameter ausschließen zu können [4]. Beispielsweise kann eine insuffiziente Hydrierung des Patienten eine verlangsamte Tracerausscheidung und damit eine falsche Interpretation nach nur 20 Minuten Untersuchungszeit zur Folge haben. Bei der Anderson-Hynes Pyeloplastik werden kreuzende Polgefäße nach posterior verlagert. Die überwiegende Mehrzahl dieser Operation wird im Kleinkindesalter über einen retroperitonealen Zugang durchgeführt, im späteren Kindesalter bzw. in der Adoleszenz gewinnt die Laparoskopie bzw. die roboter-assistierte Laparoskopie (da Vinci) zunehmend an Bedeutung.

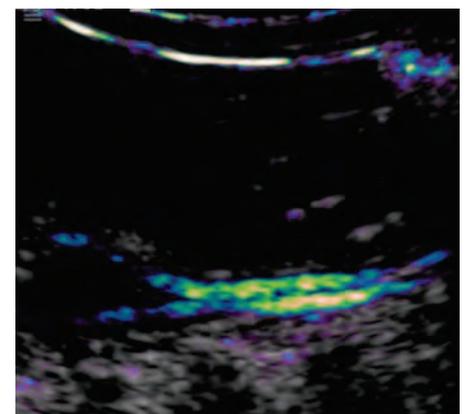
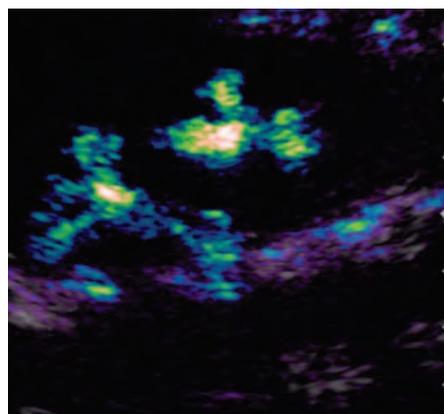
Vesikoureteraler Reflux

In Europa und Nordamerika liegt die Inzidenz des vesikoureteralen Reflux (VUR) bei 1% bis 3% der gesunden Kinder. Werden jedoch Kinder, die bereits einen febrilen Harnwegsinfekt (fUTI) erlitten haben als Kohorte herangezogen, liegt die Refluxrate bei 35-50% [5,6]. Ein manifester VUR führt zu febrilen Harnwegsinfekten, Nierenbeckenentzündungen und schlussendlich zu Vernarbungen der Nieren mit entsprechenden Funktionseinbußen. Oft bilden sich vormals klinisch relevante Refluxes spontan zurück, jedoch bleibt das Risiko eines Nierenschadens weiterhin bestehen, da es sich um eine direkte Konsequenz des fieberhaften Harnwegsinfektes handelt [7]. Das Management und die Identifikation des VUR gestalten sich als dementsprechend komplex: es ist schwer einzuordnen, welche Patienten von einer chirurgischen Intervention tatsächlich profitieren und welche Patienten geringe Morbidität aufweisen. Klassischerweise existieren zwei Strategien zur VUR-Evaluation nach febrilen Harnwegsinfekten. Im so genannten

bottom-up-approach folgt einem initialen MCUG bei Vorliegen eines Refluxes eine DMSA Szintigrafie zur Beurteilung der Seitenfunktion, sowie potentieller Narbenbildung. Da aber nur in etwa 30%-50% der initialen MCUs nach einem Harnwegsinfekt ein Reflux diagnostiziert wird, müssen 2/3 aller untersuchten Kinder unnötigen Strahlenbelastungen und Untersuchungsrisiken ausgesetzt werden, ohne, dass daraus eine therapeutische Konsequenz gezogen wird [8,9]. Im top-down-approach wird eine DMSA-Szintigrafie als initiale Untersuchung zur Risikostratifizierung durchgeführt. Speziell im Hinblick auf die Korrelation zwischen DMSA-Veränderungen und Refluxgrad und dem damit verbundenen Risiko weiterer Durchbruchinfekte und Nierenfunktionseinschränkungen, propagieren viele Experten den top-down approach zur Identifikation relevanter Pathologien bei gleichzeitiger Vermeidung von Übertherapie [10]. Konzepte der anti-refluxiven Ureterneuimplantation existieren seit den 1960er Jahren. Bei der in den 1980er Jahren entwickelten endoskopischen Refluxtherapie wird versucht, die refluxiven Ostien mit sogenannten bulking agents (z.B. Hyaluronsäure/Dextranomer) zu unterspritzen, um so einen Harnrückfluss zu verhindern. Dieser minimalinvasive Ansatz bleibt jedoch den niedriggradigen Refluxen vorbehalten, da hochgradige Refluxes nach endoskopischer Therapie eine Rezidivrate von bis zu 26% aufweisen [11]. Die Harnleiterneuimplantation nach Cohen bei beidseitigem Reflux stellt heute die häufigste und erfolgversprechendste chirurgische Methode dar. Sie gilt nach wie vor als Methode der Wahl [12].

Blasenexstrophie

Bei 1 zu 10.000 bis 1 zu 50.000 Neuge-



Sono-MCUG bei VUR in eine Doppelniere. Im linken Bild ist der Reflux in Ober- und Unterpol dargestellt, im rechten Bild in die beiden Ureteren.

Enuresis nocturna

individuell dosieren



auch als
0,1 mg
Tabletten

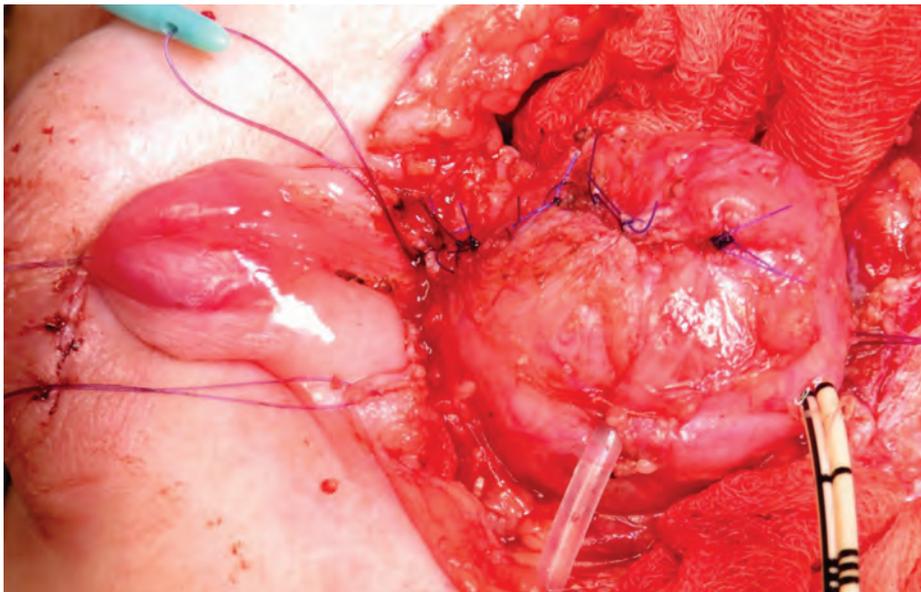


trockene Nacht – toller Tag



0,2 mg Tabletten
Kassettfrei in der hellgelben Box!

Nocutil 0,1 mg Tabletten: no box.
Fachkurzinformation siehe Seite 25



Blasenhalsplastik bei Blasenexstrophieverschluss

borenen liegt die Blase als offene Platte außerhalb des Abdomens. Diese als Exstrophie bezeichnete Fehlbildung bedingt zusätzlich eine Herniation der posterior liegenden Strukturen und eine damit verbundene non-fusion des gesamten Beckens inklusive Symphysis pubis, Corpora cavernosa, Glans (bei männlichen Patienten) und Urethralplatte. Ziel der chirurgischen Rekonstruktion ist neben dem kosmetischen Verschluss der Blase, der Urethra und des unteren Abdomens, das funktionelle Ergebnis bestehend aus einer suffizienten Blasenkapazität, Kontinenz und Penisrekonstruktion [13]. Viel diskutiert ist die Fragestellung bezüglich ein-, zwei- und mehrzeitigem Vorgehen. Auch sind sich Experten nicht einig über die Notwendigkeit einer pelvinen Osteotomie versus einer radikalen Weichteilmobilisation um einen Verschluss des Beckenrings zu erreichen [14]. Allen chirurgischen Herangehensweisen gemein sind die möglichen Komplikationen: Fistelbildung, Wunddehiszenz, Abflussstörung und Verletzung der Genitalien. Sollte der initiale Verschluss nicht gelingen, sind Blasenaugmentationen, Cystoplastien oder transcutane Harnableitungen notwendig, um das primäre Ziel der Kontinenz zu erreichen [13].

Hypospadie

Die Hypospadie ist mit 1 von 200 männlichen Lebendgeburten betreffend eine der häufigsten kongenitalen Fehlbildungen. Zwar wurden in der Vergangenheit etliche Bemühungen unternommen, um die Hypospadie sonografisch oder in der Magnetresonanztomografie pränatal zu

diagnostizieren, doch eine definitive Feststellung ist erst in der postnatalen körperlichen Untersuchung möglich [15]. Schwerere Formen haben eine höhere Inzidenz für einen Nondescensus testis und sind damit ein Hinweis auf eine mögliche DSD [16]. Hypospadien werden üblicherweise anhand der Lage des Meatus klassifiziert: distal und proximal. Abhängig vom Schweregrad reicht die Indikation zur chirurgischen Sanierung weit über eine kosmetische Korrektur hinaus. Funktionelle Ergebnisse der Miktion und Sexualfunktion spielen neben der psychologischen Komponente eine tragende Rolle. Patienten mit einer milden Ausprägung und einem niedrigen Risiko einer Komplikation stellen eine

besondere Herausforderung dar. Hier ist es schwierig, klare Kriterien zur Indikationsstellung zu definieren. Im Rahmen der chirurgischen Korrektur sind folgende Punkte ausschlaggebend für ein optimales Ergebnis: Orthoplastie (Krümmungskorrektur), Uretheroplastie (Meatus an der Spitze des Penis), Glansplastik, Penile Hautdeckung und physiologische Skrotummorphologie. Ursprünglich wurden Hypospadiekorrekturen im Alter von 3 Jahren durchgeführt, da zu diesem Zeitpunkt durch die Größe der Genitalien der operative Eingriff technisch einfacher ist. Zahlreiche Arbeiten konnten aber zeigen, dass sowohl die psychologische Belastung für das Kind, als auch die potentiell bessere Wundheilung, vermutlich hervorgerufen durch die verringerte Cytokinproduktion, für eine Intervention im Alter zwischen 4 und 18 Monaten sprechen [17]. Häufigste Komplikation der Hypospadiekorrektur ist die Fistelbildung, welche in bis zu 50% der Fälle, speziell bei schweren Hypospadien, auftreten kann. Auch bei der Hypospadiekorrektur ist die Frage noch nicht geklärt, ob ein einzeitiges oder ein mehrzeitiges Vorgehen zu präferieren ist. Allen Methoden ist gemein, dass eine Erhöhung der Anzahl an Schichten zwischen Urethra und Haut, sowie der Gebrauch von urethralen Stents zu einer deutlichen Verringerung der Fistelrate geführt hat [18].

Nondescensus testis

Bei etwa 1% der männlichen Termingeborenen im Alter von einem Jahr erreicht der Hoden nicht seine skrotale Lage.



Diagnostische Laparoskopie bei Abdominalhoden

Häufig auch als Cryptorchismus bezeichnet, wird bei nicht deszendierten Hoden zwischen tastbaren und nicht-tastbaren unterschieden. Die therapeutische daraus resultierende Konsequenz ist ein primärer offener Zugang in der Inguinalregion beim tastbaren Hoden versus eine vorhergehende diagnostische Laparoskopie beim nicht tastbaren, abdominalen Hoden [16]. Wird die manuelle Untersuchung um einen Ultraschall ergänzt, so erhöht sich die diagnostische Genauigkeit signifikant: Die Bestimmung des kontralateralen Hodenvolumens, sowie ein Ultraschall der ipsilateralen Inguinalregion können mit einer Sensitivität von bis zu 90% das Vorliegen eines Abdominalhodens diagnostizieren. Dieses Vorgehen dient nicht nur zur Senkung der chirurgischen Invasivität, sondern bedeutet letztendlich auch eine Kostensenkung durch die Vermeidung unnötiger diagnostischer Laparoskopien [19].

Eine Orchidopexie wird in der Regel als ambulanter Eingriff durchgeführt und sollte nach Möglichkeit vor Abschluss des ersten Lebensjahres erfolgen. Hoch inguinal gelegene Hoden erfordern ein Prentiss-Manöver oder gar eine vaskuläre Dissektion, die beide entweder offen oder laparoskopisch durchgeführt werden können [20].

Literatur:

- [1] Saari-Kemppainen A, Karjalainen O, Ylöstalo P, Heinonen OP. Ultrasound screening and perinatal mortality: controlled trial of systematic one-stage screening in pregnancy. *The Helsinki Ultrasound Trial*. *Lancet*. 1990 Aug 18;336(8712):387–91.
- [2] Wong MCY, Piaggio G, Damasio MB, Molinelli C, Ferretti SM, Pistorio A, et al. Hydronephrosis and crossing vessels in children: Optimization of diagnostic-therapeutic pathway and analysis of color Doppler ultrasound and magnetic resonance urography diagnostic accuracy. *Journal of Pediatric Urology*. Elsevier; 2018 Feb 1;14(1):68.e1–68.e6.
- [3] Fernbach SK, Maizels M, Conway JJ. Ultrasound grading of hydronephrosis: introduction to the system used by the Society for Fetal Urology. *Pediatr Radiol*. 1993;23(6):478–80.
- [4] Strasser C, Haid B, Langsteiger W, Oswald J. Benefit of F-15 protocols in equivocal F + 20 MAG3 renography in children with upper tract dilatation and symmetric split function: Results and outcomes. *Journal of Pediatric Urology*. 2016 Oct;12(5):295.e1–295.e6.
- [5] Jacobson SH, Hansson S, Jakobsson B. Vesicoureteric reflux: occurrence and long-term risks. *Acta Paediatr Suppl*. 1999 Nov;88(431):22–30.
- [6] Subcommittee on Urinary Tract Infection, Steering Committee on Quality Improvement and Management, Roberts KB. Urinary tract infection: clinical practice guideline for the diagnosis and management of the initial UTI in febrile infants and children 2 to 24 months. Vol. 128, *Pediatrics*. 2011. pp. 595–610.
- [7] Coulthard MG. Do kidneys outgrow the risk of reflux nephropathy? *Pediatr Nephrol*. Springer-Verlag; 2002 Jul;17(7):477–80.
- [8] Grazioli S, Parvex P, Merlini L, Combescurie C, Girardin E. Antenatal and postnatal ultrasound in the evaluation of the risk of vesicoureteral reflux. *Pediatr Nephrol*. 2010 Sep;25(9):1687–92.
- [9] Nguyen HT, Benson CB, Bromley B, Campbell JB, Chow J, Coleman B, et al. Multidisciplinary consensus on the classification of prenatal and postnatal urinary tract dilation (UTD classification system). *Journal of Pediatric Urology*. 2014 Dec;10(6):982–98.
- [10] Herz D, Merguerian P, McQuiston L, Danielson C, Gheen M, Brenfleck L. 5-year prospective results of dimercapto-succinic acid imaging in children with febrile urinary tract infection: proof that the top-down approach works. *The Journal of Urology*. 2010 Oct;184(4 Suppl):1703–9.
- [11] Holmdahl G, Brandström P, Läckgren G, Sillén U, Stokland E, Jodal U, et al. The Swedish Reflux Trial in Children: II. Vesicoureteral Reflux Outcome. *The Journal of Urology*. Elsevier; 2010 Jul 1;184(1):280–5.
- [12] Cohen SJ. The Cohen reimplantation technique. *Birth Defects Orig Artic Ser*. 1977;13(5):391–5.
- [13] Inouye BM, Tourchi A, Di Carlo HN, Young EE, Gearhart JP. Modern Management of the Exstrophy-Epispadias Complex. *Surgery Research and Practice*. Hindawi; 2014 Jan 5;2014(3):1–9.
- [14] Ebert AK, Schott G, Bals-Pratsch M, Seifert B, Rösch WH. Long-term follow-up of male patients after reconstruction of the bladder–exstrophy–epispadias complex: Psychosocial status, continence, renal and genital function. *Journal of Pediatric Urology*. Elsevier; 2010 Feb 1;6(1):6–10.
- [15] Nemeč SF, Kasprian G, Brugger PC, Bettelheim D, Nemeč U, Krestan CR, et al. Abnormalities of the penis in utero – hypospadias on fetal MRI. *Journal of Perinatal Medicine*. 39(4):293.
- [16] Kolon TF, Herndon CDA, Baker LA, Baskin LS, Baxter CG, Cheng EY, et al. Evaluation and Treatment of Cryptorchidism: AUA Guideline. *The Journal of Urology*. Elsevier; 2014 Aug 1;192(2):337–45.
- [17] Bermudez DM, Canning DA, Liechty KW. Age and pro-inflammatory cytokine production: Wound-healing implications for scar-formation and the timing of genital surgery in boys. *Journal of Pediatric Urology*. Elsevier; 2011 Jun 1;7(3):324–31.
- [18] van der Horst HJR, de Wall LL. Hypospadias, all there is to know. *Eur J Pediatr*. Springer Berlin Heidelberg; 2017 Feb 11;176(4):435–41.
- [19] Berger C, Haid B, Becker T, Koen M, Roesch J, Oswald J. Nonpalpable testes: Ultrasound and contralateral testicular hypertrophy predict the surgical access, avoiding unnecessary laparoscopy. *Journal of Pediatric Urology*. Elsevier; 2018 Apr 1;14(2):163.e1–163.e7.
- [20] Fowler R, Stephens FD. THE ROLE OF TESTICULAR VASCULAR ANATOMY IN THE SALVAGE OF HIGH UNDESCENDED TESTES. *Australian and New Zealand Journal of Surgery*. Wiley/Blackwell (10.1111); 1959 Aug 1;29(1):92–106.

Korrespondenzadresse:

Dr. Felix Nägele
Abteilung für Kinderurologie
Ordensklinikum Linz
KH Barmherzige Schwestern
Seilerstätte 4
4010 Linz

Aus dem AK für Blasenfunktionsstörungen

Memorandum zur neurourologischen Versorgungslandschaft in Österreich

Erstellt anlässlich einer Klausur des Arbeitskreises für Blasenfunktionsstörungen der Österreichischen Gesellschaft für Urologie vom 8.-10. 6. 2018

M. Haydter



Dr. Martin Haydter

Mit der Bitte um Kenntnisnahme und Unterstützung des Anliegens der Verbesserung der neuro-urologischen Versorgung in Österreich wird dem Vorstand der ÖGU folgendes Memorandum übermittelt.

- Die Einschätzung der derzeitigen neurourologischen Versorgungssituation in Österreich durch die Mitglieder des Arbeitskreises, darunter namhafte Experten wie Univ. Prof. Dr. Helmut Madersbacher, Univ. Doz. Dr. Helmut Heidler, Univ. Prof. Dr. Christoph Klingler und v.a. erbrachte folgende Schlüsse:
 - a. Es besteht eine beträchtliche Unterversorgung vieler Patienten sowohl im Bereich der Basisdiagnostik und konservativen Therapie als auch bezüglich komplexerer operativer Versorgungsmöglichkeiten.
 - b. Eine Schieflage („West-Ost-Gefälle“) ist evident, d.h. im Raum Innsbruck besteht die beste Situation, während im Osten vieles im Argen liegt.
- Bezüglich der Patientensituation ist ein Wandel dahingehend zu beob-

achten, dass nicht mehr nur der klassische neuro-urologische Patient, nämlich der Querschnittgelähmte im Zentrum steht, sondern zunehmend vielfältigere Ursachen wie z.B. Insult, Demenz, M. Parkinson, Discusprolaps, Diabetes mellitus, multiple Sklerose etc. in den Vordergrund treten. Wurde der Querschnittgelähmte traditionell vom niedergelassenen Urologen in ein „Zentrum“ zur Betreuung überwiesen, womit sich oft der Beitrag des praktizierenden Urologen zur Behandlung erschöpfte, wird dies in Zukunft auch in Anbetracht der steigenden Zahl von Patienten mit neurogener Blasenfunktionsstörung im weiteren Sinn nicht mehr ausreichen.

- Daher muss eine bessere Ausbildung aller Urologen im Feld der Neurourologie Ziel unseres Arbeitskreises und der Fachgesellschaft sein.
- Die engere Zusammenarbeit mit den Neurologen, die dem Thema der Neurourologie oft noch distanziert gegenüberstehen, ist essentiell, um die neurourologische Versorgung zu verbessern. Erst eine engere Zusammenarbeit zwischen Neurologen und

Urologen wird eine suffiziente und zeitnahe Patientenbetreuung ermöglichen; daher hat der Arbeitskreis beschlossen, mit der neurologischen Fachgesellschaft in Kontakt zu treten, um bei der nächsten Jahrestagung der österreichischen Neurologischen Gesellschaft mit Vorträgen/Informationen an die Neurologen heranzutreten.

- Es gibt seit über einem Jahr nun die erste internationale neurourologische Gesellschaft (INUS = International Neurourological Society); Vorsitzender ist Univ. Prof. Dr. Helmut Madersbacher. Es wurde auch ein österreichisches Chapter eröffnet, eine intensive Zusammenarbeit / Austausch mit dem Arbeitskreis ist wünschenswert und geplant.
- In weiterer Folge wäre die Organisation einer Enquete (mit Pressekonferenz) zum Thema der Neurourologie in Österreich mit maßgeblichen Partnern und Unterstützung der ÖGU wünschenswert.

Für den Arbeitskreis
Dr. Martin Haydter
Vorsitzender des Arbeitskreises für
Blasenfunktionsstörungen

Aus dem Arbeitskreis AssistenzärztInnen

Jahresbericht

N. Mahne, M. Pallauf, J. Stangl-Kremser

Die von Dr. Katharina Bretterbauer großartig gestaltete und verwaltete Homepage www.young-urology.at ist neben der Facebook-Seite (Young Urology Österreich) und unserer WhatsApp Gruppe ein wichtiges Instrument für die Vernetzung der Mitglieder unseres Arbeitskreises. Rege Unterhaltungen und Kommentare im „digital net“ haben unter anderem zu einem in der NÖGU erschienenen Kommentar unseres AKs geführt. Neben der digitalen Kommunikation haben wir versucht, jede Möglichkeit eines persönlichen Treffens auszunützen, um uns auszutauschen. Eine Auswahl dieser Meetings (exklusive Kongresse) folgt im Anschluss.

Die Anwesenheit an ÖGU-Sitzungen war uns wichtig, um die Zusammenarbeit mit dem ÖGU-Vorstand zu intensivieren und unsere Anliegen vorzutragen. Wir erhielten die Möglichkeit, uns an der Gestaltung dieser Ausgabe der NÖGU zu beteiligen. Ein Dankeschön hiermit an alle unsere fleißigen Mitglieder, die sich Zeit genommen haben, um mitzugestalten.

Dr. Bretterbauer pflegte zudem Kontakt zu unseren KollegInnen der GeSRU (German Society of Residents in Urology e.V.) und ESRU (European Society of

Residents in Urology), um sich Anregungen von unseren Nachbarn zu holen.

Arbeitskreistreffen ÖGU Fortbildungstagung 2017

Bei der jährlichen AK-Sitzung im Rahmen der ÖGU-Tagung am 10. November 2017 in Linz begrüßten wir unsere neuen AK Mitglieder, gaben Hilfestellung, Tipps und wiesen auf wichtige Termine hin. Anliegen und Fragen wurden gemeinsam besprochen, sowie der Plan für Veranstaltungen und Kongresse im kommenden Jahr präsentiert. Dieses Treffen dient zudem der Vernetzung aller Bundesländer.

Weihnachtspunsch im Alten AKH

Um das Jahr Revue passieren zu lassen und zur Besprechung des kommenden Jahres, fanden wir am 12. Dezember 2017 am Weihnachtsmarkt des Alten AKH zusammen.

EBU In-Service-Assessment

Am 2. März 2018 traf sich der AK im Hotel Triest um das EBU In-Service-



Dr. Nina Mahne

Assessment zu absolvieren. Zunächst wurden die Fragen von jedem einzeln am Laptop beantwortet. Nach einer kurzen Pause, in der die rauchenden Köpfe abkühlen konnten, besprachen wir die 100 Fragen mit Herrn Prim. Univ. Prof. Dr. Stephan Madersbacher und Dr. Burtscher, der das beste Ergebnis bei der FA Prüfung 2017 erzielt hatte.



ISA 2018 im Hotel Triest

Erster Andrologischer Nachmittag

Der erste andrologische Nachmittag fand am 6. April 2018 im Café Landtmann statt. Mit Herrn Prim. Univ. Doz. Dr. Eugen Plas besprach eine kleine Gruppe interessierter AssistenzärztInnen und StudentInnen Fälle zum Thema Kinderwunsch.



1. Andrologischer Nachmittag



AK Treffen in Linz 2017

Aus der ÖGU



ASU 2018

ASU Modul 2

Die „Austrian School of Urology“ (ASU) ist in den letzten Jahren zu einer unverzichtbaren Veranstaltung für uns AssistentInnen geworden. Von Jahr zu Jahr steigt die Zahl der TeilnehmerInnen. Wissbegierige haben von 21.-24. Juni 2018 in Tröpolach (Kärnten) den Vorträgen zu Neuroulogie und Urodynamik, BPH sowie Infektiologie gelauscht. Vortragende waren u.a. Prim. Univ. Prof. Dr. Hans Christoph Klingler und Dr. Erik Huber.

Think out of the Box 2.0

Beim OP Workshop mit Prim. Doz. Dr. Claus Riedl konnten v.a. endourologische Instrumente angefasst, zusammen und auseinander gebaut werden. Danach blickten wir zusammen mit ca. 85 Besuchern über den urologischen Tellerrand. Für spannende Vorträge hochkarätiger Sprecher (u.a. Prim. Univ. Doz. Dr. Michael Rauchenwald und Univ. Doz. Dr. Pamela Rendi-Wagner) war gesorgt.



Fotos: Think out of the Box II

Zweiter Andrologischer Nachmittag

Aufgrund des großen Wunsches einer Fortsetzung, trafen wir uns am 19. Oktober 2018 erneut im Biedermann Zimmer des Café Landtmann zu einer interaktiven Fallbesprechung zum Thema erektile Dysfunktion. Dank Herrn Prim. Univ. Doz. Dr. Eugen Plas wurde auch diese Veranstaltung zu einem lehrreichen und lustigen Nachmittag. Weitere Events dieser Art mit neuen Themen sollten folgen.



Foto: 2. Andrologischer Nachmittag

Arbeitskreistreffen ÖGU Fortbildungstagung 2018

Im Rahmen des Arbeitskreistreffens wurde der neue Vorsitz gewählt. Dr. Judith Stangl-Kremser (AKH Wien) und Dr. Maximilian Pallauf (SALK) übernehmen das Ruder.



Arbeitskreistreffen am 9.11.2018

Ich möchte mich hiermit im Namen des gesamten Arbeitskreises bei Dr. Katharina Bretterbauer für zwei sehr konstruktive und dynamische Jahre bedanken. Katharina, du warst eine innovative, fleißige und zuverlässige AK-Vorsitzende, die besonders bemüht war, den Zusammenhalt innerhalb der Gruppe zu stärken und die Mitglieder über alle Neuigkeiten zu informieren.

Unsere Nachfolger haben bereits weitere Aktivitäten geplant und ich freue mich auf frischen Wind und neue Ideen!

Dr. Nina Mahne
ehem. Stellvertretende Vorsitzende
des AK AssistenzärztInnen

Ausblick auf 2019 und 2020

Mit großer Freude und Stolz durften wir am 9. 11. 2018 die Leitung des Arbeitskreises der AssistenzärztInnen übernehmen. Wir, das sind Maximilian Pallauf, Assistenzarzt am Uniklinikum Salzburg, und Judith Stangl-Kremser, Assistenzärztin am AKH Wien. Gemeinsam möchten wir an die erfolgreiche Arbeit unserer Vorgängerinnen anschließen. Bevor wir Ihnen/Euch unsere Pläne für die nächsten Jahre näherbringen, möchten wir dem alten Vorstand, Dr. Katharina Bretterbauer und Dr. Nina Mahne, Danke sagen. Danke für Euer Engagement und die zahlreichen Stunden, welche Ihr für unseren Arbeitskreis aufgebracht habt.

„Arbeitskreis“ bedeutet für uns „Weiterbildung“. Aus diesem Grund ist es uns ein besonderes Anliegen, das Fortbildungsangebot für AssistenzärztInnen in Österreich weiter auszubauen. Zusätzlich zu den bereits etablierten Veranstaltungen möchten wir Kurse anbieten, welche auf die Bedürfnisse junger KollegInnen maßgeschneidert sind. Einen besonderen Stellenwert sollen hierbei „Hands on“ Trainings bekommen. Diese

sollen AssistenzärztInnen beim Erlernen neuer chirurgischer Techniken unterstützen und ihre operativen Fähigkeiten verbessern. Aber auch theoretisches Wissen soll in einer neuen Abendfortbildungsreihe vermittelt werden. Ziel dieser ist, die Implementierung von Guideline-Wissen im klinischen Alltag der AssistenzärztInnen zu erleichtern. Damit auch möglichst viele unserer KollegInnen von diesem Angebot profitieren, ist es unser Ziel, diese Kurse auch in den unterschiedlichen Bundesländern anzubieten.

Neue Kontakte zu knüpfen ist seit jeher ein wichtiger Bestandteil unserer Arbeitskreissitzungen. Aber auch abseits dieser Treffen wollen wir die krankenhausergreifende wissenschaftliche Zusammenarbeit junger KollegInnen verstärkt fördern. Hierzu soll eine eigene Internetplattform entstehen, über die Projektideen ausgetauscht und im besten Fall Kooperationen geschlossen werden. Teil dieser Plattform wird zudem eine „Skillsdatenbank“ sein, mit deren Hilfe es möglich sein wird, die passenden



Dr. Judith Stangl-Kremser und Dr. Maximilian Pallauf (v.l.n.r.)

KollegInnen für ein anstehendes Projekt zu finden.

Gerade wir Jungen denken an die nächste Generation der UrologInnen in Öster-

reich. Daher ist es uns ein großes Anliegen, Studierende von unserem Fach zu begeistern. Gemeinsam möchten wir in Kooperation mit dem Vorstand der ÖGU mit gezielten Aktionen auf unseren Beruf aufmerksam machen und den jungen KollegInnen das faszinierende Spektrum der Urologie näherbringen.

Wir hoffen, dass wir mit diesen Zeilen den ein oder anderen Mitstreiter für unsere Projekte gewinnen konnten und freuen uns über jeden, der uns bei der Verwirklichung dieser unterstützt.

Wenn wir Euer Interesse geweckt haben, im Arbeitskreis aktiv zu werden, meldet Euch per Email unter maximilian.pallauf@gmail.com oder judithstangl@gmx.net.

Dr. Maximilian Pallauf
Vorsitzender des
AK AssistenzärztInnen
und

Dr. Judith Stangl-Kremser
Stellvertretende Vorsitzende des
AK AssistenzärztInnen

Staatliche Auszeichnung für Dr. Michael Eisenmenger

Mit Entschliebung des Bundespräsidenten vom 29. August 2018 wurde Dr. Michael Eisenmenger, Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Mann und Gesundheit, der Berufstitel „Professor“ verliehen.

Am 7. November erfolgte im Audienzsaal des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Forschung am Wiener Minoritenplatz die feierliche Überreichung der Auszeichnung durch den Bundesminister Univ. Prof. Dr. Heinz Faßmann.

Die Laudatorin SC Dr. Iris Rauskala hob Eisenmengers Einsatz für die geschlechtsspezifische Medizin und die Männergesundheit besonders hervor. Erwähnung fanden auch die Verleihung des Albert Schweitzer Awards for Outstanding Achievement in Medicine 2017 durch die Österreichische Albert Schweitzer Gesellschaft und Eisenmengers Engagement für die Kurie Mittelbau der damaligen medizinischen Fakultät der Universität Wien, wo er zuletzt die Position des stellvertretenden Kurien-sprechers inne hatte, und im Dienststellenausschuss der Hochschullehrer an



BM Univ. Prof. Dr. Heinz Faßmann mit Prof. Dr. Michael Eisenmenger (linkes Bild) sowie mit allen Ausgezeichneten

der Universität Wien.

Unter den Gratulanten sah man neben Eisenmengers Familie mit seiner Gattin DDr.ⁱⁿ Gabriela Eisenmenger an der Spitze, Univ. Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Jeanette Strametz-Juraneck, Primaria an der SKA Bad Tatzmannsdorf, Univ. Prof. Dr. Michael Kunze, Prof. Dr. Thomas Treu, der frühere Sanitätschef des Österreichischen Bundesheeres, RA Bgdr Dr. Hermann Heller und Bgdr Mag. Gerhard Weiner.

In seinen abschließenden Worten gratulierte der Bundesminister den Ausge-



zeichneten, es wurden noch drei weitere Berufstitel „Professor“ unter anderem an den Gynäkologen Prim. MR Dr. Friedrich Gill, und das Österreichische Ehrenkreuz für Wissenschaft und Kunst 1. Klasse an fünf herausragende Wissenschaftler wie den Genetiker Univ. Prof. Dr. Josef Penninger verliehen. BM Faßmann meinte, dass die Auszeichnungen nicht der Schlusspunkt des Weges, den die Ausgezeichneten eingeschlagen haben, sind, sondern eine Markierung, der Dank der Republik Österreich, und damit der Ansporn diesen Weg weiterzugehen.

Kongressbericht

Think out of the Box – Ich kann das Mehr sehen!

Was passiert, wenn Urologen über den Tellerrand blicken



Nach dem großen Erfolg des letzten Jahres lud der Arbeitskreis AssistenzärztInnen am 7. September 2018 zur zweiten Auflage seiner Veranstaltungsreihe „Think out of the Box“ – diesmal mit dem Titel „Ich kann das Mehr sehen!“ – ins Hanusch Krankenhaus in Wien.

Mit einem Blick über den Tellerrand wurde der fachliche Horizont erweitert. Ein vielfältiger Themenmix mit hochkarätigen Referenten sollte dabei helfen.

Die Veranstaltung begann mit einem OP-Workshop mit dem Titel „IKEA für den Urologen – Basteln für Fortgeschrittene“, in dem Prim. Univ. Doz. Dr. Klaus Riedl, Urologische Abteilung am Landes-klinikum Baden-Mödling, einen umfassenden Überblick über die spezifischen urologischen Instrumente bot. Für alle, die nicht an der Veranstaltung teilnehmen konnten, steht ein Video über den Workshop auf der Homepage des Arbeitskreises (www.young-urology.at)

Nach der Begrüßung durch die ärztliche Direktorin des Hanusch Krankenhauses, Dr. Elisabeth Zwettler und die beiden Organisatorinnen Dr. Katharina Bretterbauer und Dr. Nina Mahne, startete die Veranstaltung mit dem ersten Vortrag. Ein großer Dank gilt den Referenten für Ihre Mithilfe. Im Anschluss bringen wir das Wesentliche aus den wichtigsten Vorträgen.

Combined Postive Score (CPS) beim invasiven Urothelkarzinom

Dr. Marlis Huber
Institut für Pathologie und
Mikrobiologie
Hanusch Krankenhaus, Wien

Beim lokal fortgeschrittenen oder metastasierten invasiven Urothelkarzinom gewinnt die Therapie von Checkpoint-Inhibitoren immer mehr an Bedeutung. Damit Patienten von einer Therapie mit dem PD-L1-Inhibitor Pembrolizumab profitieren können, muss im Tumorge-



webe eine hohe PD-L1-Expression vorliegen. Zur Detektion wurde nun mit dem Combined Positive Score (CPS) ein verlässlicher Biomarker entwickelt.

Aus der KEYNOTE-052-Studie geht hervor, dass bei Patienten, die nicht für eine Chemotherapie in Frage kommen, die Erstlinientherapie mit Pembrolizumab zu einem verlängerten Overall Survival (OS) von durchschnittlich 18,5 Monaten führt. Aus der Studie geht jedoch auch hervor, dass die Behandlung mit Pembrolizumab bei niedriger PD-L1-Expression im Vergleich zur Chemotherapie zu einem geringeren OS führt [1]. Die Europäische Arzneimittel-Agentur hat daraufhin eine obligatorische Testung vor Therapiebeginn in ihre Fachinformation zur Erstlinientherapie mit dem Checkpoint-Inhibitor aufgenommen [2]. Das System des CPS-Testing wurde als Standard festgelegt, um eine reproduzierbare und verlässliche quantitative Einschätzung der immunhistochemischen Expression von PD-L1 im Tumor zu ermitteln [3].

Formel für den CPS: Der CPS wird als Zahlenwert angegeben, als Cut Off wurde ein Wert von 10 definiert [4].

Die immunhistochemische Positivität für PD-L1 gilt demnach sowohl in Tumorzellen als auch in Immunzellen. Wenn Lymphozyten, Histiozyten und dendritische Zellen direkt mit dem Tumor assoziiert sind, zählen sie zu den relevanten Immunzellen.

Zur Untersuchung wird formalinfixiertes und in Paraffin eingebettetes Material herangezogen, das mehrere Jahre verwendbar ist, wodurch auch eine spätere Bestimmung an älteren Operationspräparaten möglich ist. Für die Untersuchung sind außerdem alle gängigen Antikörper gegen PD-L1 geeignet. Insbesondere die Antikörper 22C3 und SP263 liefern bei entsprechenden Ringversuchen gute Resultate.

Die Erhebung in kleineren Biopsien ist allerdings erschwert, da für repräsentative Ergebnisse im Untersuchungsmaterial mindestens 100 Tumorzellen vorhanden sein

Formel für den CPS:

$$\frac{\text{PD-L1-positive Zellen (Tumor- und Immunzellen)}}{\text{Tumorzellen}} \times 100 =$$

müssen. Man sollte den CPS bei kleineren Biopsien daher nur mit Einschränkung und unter Angabe der vorhandenen Zellzahl im Befund angeben. Bei größeren Resektaten oder Operationspräparaten muss der gesamte, in einem Block enthaltene Tumor evaluiert werden.

Ob die Bestimmung der PD-L1 Expression im Primärtumor oder in Metastasen erfolgt, ändert wenig an den Ergebnissen, die sich weitgehend decken. Nach einer Chemotherapie kann es jedoch in einem Zweitlinien-Setting zu Veränderungen im PD-L1-Status kommen. In diesem Fall entscheidet das interdisziplinäre Konsil, ob eine Immuntherapie ohne Biomarker-Testung, die in der Zweitlinie grundsätzlich nicht obligatorisch ist, erfolgen kann, oder ob eine neuerliche Biopsie zur Bestimmung des aktuellen PD-L1-Status erforderlich ist.

Die Anzahl der Zellen muss gezählt werden und nicht geschätzt. Das macht diese Auswertungsmethode für den Pathologen sehr aufwendig. Da sie gut reproduzierbare Ergebnisse erzielt, rechtfertigt sich der Aufwand allerdings. Eine Vergütung des Aufwandes ist in den aktuellen Verrechnungssystemen jedoch nicht vorgesehen.

Literatur:

- [1] Updated efficacy and safety of KEYNOTE-052: A single-arm phase 2 study investigating first-line pembrolizumab (pembro) in cisplatin-ineligible advanced urothelial cancer (UC). Vuky et al. Journal of Clinical Oncology 2018
- [2] EMA restricts use of Keytruda and Tecentriq in bladder cancer, Press release 01/06/2018
- [3] Development of the combined positive score (CPS) for the evaluation of PD-L1 in solid tumors with the immunohistochemistry assay PD-L1 IHC 22C3 pharmDX. Kulangara et al. Journal of Clinical Oncology 2017
- [4] PD-L1 ICH pharmDX Interpretation Manual – Urothelial Carcinoma

Criminal Gene Investigation – Wann zur genetischen Abklärung?

Dr. Katharina Rötzer
Zentrum für Medizinische Genetik
Hanusch-Krankenhaus, Wien

Kernaufgaben des Faches „Medizinische Genetik“ sind die Patientenbetreuung, die genetische Labordiagnostik und die Forschung. Einen zentralen Stellenwert der klinischen Arbeit nimmt die human-genetische Beratung ein. Darunter versteht man ein freiwilliges und nicht direktives Gespräch über ein bestehendes oder angenommenes Risiko für das Auftreten einer genetisch bedingten

Erkrankung. Diese Informationen sollten dem Ratsuchenden möglichst verständlich vermittelt werden.

Eine genetische Beratung und (gegebenenfalls) Untersuchung kann in diesen Fällen der Diagnosesicherung dienen, und in weiterer Folge der Einschätzung des Wiederholungsrisikos, der prädiktiven Testung Angehöriger bzw. der Testung auf Anlageträgerschaft (mit der Möglichkeit der Entlastung), aber auch der Therapieplanung sowie der Erstellung von Früherkennungsempfehlungen.

Die „Medizinische Genetik“ ist ein interdisziplinäres Fachgebiet, da die genetischen Einflüsse in praktisch allen medizinischen Bereichen bestehen. Das Fach übernimmt neben Beratung und Diagnostik der Patienten auch weitere Aufgaben wie z.B. in Tumor-Boards.

Genetik in der Urologie

Prominente Beispiele für urologische Fragestellungen sind die männliche Infertilität (Chromosomenstörungen, Y-chromosomale Mikrodeletionen und CFTR-Mutationen im Rahmen einer CBAVD), vererbte Tumorerkrankungen (z.B. Prostatakarzinom, Nierenzellkarzinom, Urothelkarzinom), aber auch Zystennieren und angeborene Fehlbildungen des Urogenitalsystems.

Resident’s evil

Unerwartete Bekannte – Viren im Sperma an den Beispielen Ebola und Zika

Univ. Prof. Dr. Franz X. Heinz
Zentrum für Virologie
Medizinische Universität Wien

In den Jahren 2015 bzw. 2016 deklarierte die WHO die Ausbrüche von Ebola und Zika aus sehr unterschiedlichen Gründen zu einem „Public Health Emergency of International Concern“.

Unter anderem können Ebola- und Zika-Viren auch sexuell übertragen werden, hauptsächlich durch das in der Samenflüssigkeit ausgeschiedene Virus. Diese Infektion kann durch die Verwendung von Kondomen vermieden werden. Noch nicht geklärt ist jedoch die Rolle von sexueller Übertragung bei transplazentalen Infektionen des Zika-Virus und damit verbundenen Missbildungen.

Ebola

Das Ebola-Virus hat seit seiner Entdeckung 1976 zahlreiche Ausbrüche in

Ländern Zentral-Afrikas verursacht. Es kann sehr leicht von Mensch zu Mensch übertragen werden und weist eine Letalitätsrate von 45 bis 90% auf.

In den Jahren 2015-2016 kam es zu einem riesigen Ausbruch in Westafrika, der in Guinea seinen Ausgang nahm. Die Infektion breitete sich über Liberia und Sierra Leone aus. Es wurden über 28.000 Fälle registriert. Unter den mehr als 11.000 Todesfällen befanden sich mehr als 500 Mitglieder des medizinischen Betreuungspersonals. Zur Eindämmung dieses Ausbruchs waren enorme nationale und internationale Anstrengungen notwendig.

Nach offizieller Deklaration der Beendigung der normalen Übertragungsketten kam es zu einem Wiederaufflammen von Ebola-Fällen, was nur durch sexuelle Übertragung von Ebola-überlebenden Männern erklärt werden konnte. Genaue Analysen zeigten, dass ein hoher Prozentsatz der Männer bis zu 19 Monate nach Erkrankungsbeginn große Virusmengen in der Samenflüssigkeit ausscheiden und dadurch bei ungeschütztem Geschlechtsverkehr zur Infektionsquelle für Frauen werden kann. Laut WHO und allen relevanten nationalen Gesundheitsbehörden wird empfohlen, dass bis zu einem zweimaligen negativen Ergebnis einer Samentestung auf das Ebola-Virus entweder sexuelle Abstinenz eingehalten oder ein Kondom verwendet wird.

Zika

Bis vor kurzem kannten nur wenige Spezialisten das Zika-Virus als ein durch Stechmücken (*Aedes aegypti*) übertragene Virus, das in Äquatorialafrika und Südostasien seltene harmlose Infektionen bei Menschen auslöst.

Die Situation hat sich ab 2013 durch massive Ausbrüche auf pazifischen Inseln und anschließend auch in Brasilien und anderen süd- und mittelamerikanischen Ländern jedoch grundlegend geändert. Es wurden mehr als 800.000 Fälle registriert.

Wie bisher bekannt, verliefen diese Infektionen zum Großteil asymptomatisch oder mild fieberhaft, eventuell mit Exanthem.

Schnell stellte sich allerdings heraus, dass es bei Infektionen in der Schwangerschaft auch zu transplazentalen Übertragungen und schweren Missbildungen des Fötus (insbesondere Mikrozephalien) kommen kann.

Es überraschte viele Experten, dass infizierte Reiserückkehrer aus Endemiegebieten in Ländern, wo *Aedes aegypti*, der primäre Überträger auf den Menschen, gar nicht vorkommt, Folgeinfektionen auslösen konnten.

In den verschiedensten Ländern der Welt wurden dutzende solcher Fälle beobachtet. Haupt-Auslöser dieser Infektionen war ähnlich wie bei Ebola die Samenflüssigkeit männlicher Infizierter. Mögliche Auswirkungen auf die Fertilität sind noch Gegenstand von Untersuchungen.

Die neue Liebesordnung

Kettenbeziehungen, Sexualisierung des Alltags, widersprüchliche Liebeswelt

Prof. Dr. Gerti Senger, Wien

Es gibt sie wirklich, die neosexuelle Revolution. Sie zeichnet sich durch die Vielfalt der sexuellen Orientierung, Widersprüchlichkeit im Denken und Fühlen, Unsicherheit und die Erweiterung des Sexualverhaltens aus. Seit Juni dieses Jahres gilt in Österreich das Recht auf die Eintragung des dritten Geschlechts.

Allzu große Vielfalt der sexuellen Orientierung bedeutet nicht nur mehr Freiheit, sie verursacht Verwirrung und Unsicherheit.

Seit Erfindung des Internets hat man Zugriff auf unzensurierte Seiten. Die natürliche Selektion bestimmte, welche sich durchsetzten. Vor allem durch die Anonymität und die fehlende Zensur kommt zum Vorschein, was Menschen in der Regel vor sich selbst und vor anderen verbergen. Sex rangiert an erster Stelle, wobei explizite und harte Inhalte dominieren.

In Sex-Foren und Talkshows wird das Tabu des Privaten gebrochen. Mit der Entintimisierung des privaten Raumes ist eine Intimisierung der Öffentlichkeit verbunden.

Wie auch in der Arbeitswelt, ist auch in die Beziehungswelt Flexibilität eingedrungen. Arbeitsverhältnisse werden zunehmend kurzlebiger. Beziehungen erhalten zwar einen noch nie da gewesenen Stellenwert, werden aber unverbindlicher und kürzer.

Es gibt unzählige Wahlmöglichkeiten, wie man mit möglichen Partnern in Kontakt treten kann. Diese verleiten zu Optimierung der Beziehungen: „Gibt es vielleicht noch etwas Besseres?“ 92%

der 30jährigen haben heute mehr Beziehungen hinter sich als heute 80jährige in ihrem ganzen Leben.

Die Evolution zeigt, dass der Homo Sapiens das Ergebnis einer ständigen Optimierung ist. Die Optimierung der Sexualkraft und der geschlechtlichen Ästhetik verursachen neue Zwänge. Das schafft neue Stressfaktoren. Auch hier kann man wieder eine Parallelität zur Arbeitswelt ziehen: Ähnlich wie beim Vorstellungsgespräch muss man sich angesichts der größer werdenden Zahl potentieller Partner zunehmend bewähren – man wird ständig verglichen und beurteilt. Das erzeugt emotionalen Stress.

Immer mehr Menschen suchen in der vielfältigen komplexen Welt nach Ordnungsregeln, das Zusammenleben wird schwerer verstehbar.

Wollte man früher noch gesellschaftliche Zwänge überwinden, sind viele Menschen heute mit der überbordenden Freiheit und Autonomie überfordert.

Ein überfordertes Gehirn macht Wahrnehmungs- und Entscheidungsfehler. Wir werden ohne eine Reduktion der Komplexität unseres Lebens daher nicht herunkommen. Was ist uns wirklich wichtig? – Das ist die zentrale Frage unseres Lebens.

Recht ist nicht Gerechtigkeit – Klagen in der Urologie, urologische Gutachten

Prim. Univ. Doz. Dr.
Michael Rauchenwald
Abteilung für Urologie
und Andrologie

SMZ-Ost / Donauspital, Wien

Der mit dem Patienten abgeschlossene Behandlungsvertrag stellt die wichtigste rechtliche Grundlage medizinischer Behandlungen dar. Auf Ärzteseite entsteht dadurch unter anderem die Pflicht zur Behandlung lege artis, Schweigepflicht und vor allem die Dokumentationspflicht. Die exakte Dokumentation der Behandlungsschritte stellt eine wesentliche gesetzliche Verpflichtung dar.

Jeder OP-Bericht ist ein wichtiges Dokument und muss entsprechend exakt, wahrheitsgetreu und vor allem auch für Außenstehende verständlich verfasst sein. Ein in einem längeren Absatz verfasster Bericht, der eine mehrstündige Operation beschreiben soll ist fahrlässig und wird einen Gutachter, der einen eventuellen Behandlungsfehler beurteilen soll, nicht günstig stimmen.

Aus der Erfahrung meiner jahrelangen gutachterlichen Tätigkeit habe ich festgestellt, dass in den Berichten die wesentlichen Dinge – vor allem: warum welche Therapieschritte wann eingeleitet wurden – also eine Nachvollziehbarkeit der wesentlichen Therapieentscheidungen, meist fehlen.

Sollten in einem Verfahren keine wirklichen Behandlungsfehler als Ursache für eventuell aufgetretene Komplikationen festgestellt werden können, so versucht die klagende Partei meist, mit einer ungenügenden oder zu späten Aufklärung zu argumentieren.

Die Aufklärung soll dergestalt sein, dass der Patient Chancen und Risiken (Art, Bedeutung, Dringlichkeit, Ablauf und Folgen) eines Eingriffs in den Grundzügen versteht und ist von einem Arzt im Gespräch mit einem Patienten vorzunehmen – über die Verständlichkeit entscheidet demnach der Empfängerhorizont. Es genügt nicht, eine Zustimmung zu einem operativen Eingriff nur durch Überreichung eines Merkblatts, auf welchem allenfalls unterschrieben werden muss, einzuholen.

Die Aufklärung muss die Diagnose, den Therapieverlauf und die damit verbundenen Risiken inklusive allfälliger Nebenwirkungen von Medikamenten enthalten. Auf mögliche Alternativmethoden ist aufmerksam zu machen. Bei neuen Behandlungsmethoden ist die Anforderung an den Umfang der Aufklärungspflicht besonders hoch. Auf objektiv unbedeutende Risiken oder Nebenwirkungen ist nur hinzuweisen, wenn für den Arzt erkennbar ist, dass es für den Patienten wichtig ist.

Dem Patienten ist eine angemessene Überlegungsfrist zwischen Aufklärung und Operation zu gewähren, wobei in der Regel eine Aufklärung am Vorabend der Operation als ausreichend angesehen wird. Je nach Dringlichkeit und Umfang sowie Risiken der Behandlung können auch kürzere Überlegungsfristen ausreichend sein. Der Zeitpunkt der Aufklärung ist jedenfalls so zu wählen, dass der Patient nicht durch eine allzu kurz bemessene Überlegungsfrist in eine psychische Zwangslage gerät.

Allerdings ist zu bedenken, dass internationale Studien zum Einfluss voroperativer Aufklärung auf die Entscheidungsfindung von Patienten folgendes gefunden haben:

95% der Patienten waren am Tag nach einer Operation trotz standardisierter Aufklärung am Vortag nicht im Stande,

wenigsten drei von fünf wesentlichen Komplikationen aufzuzählen. Über 36% behaupteten, gar nicht über Risiken aufgeklärt worden zu sein und ebenso viele verneinten, etwas über die Wahrscheinlichkeit von Komplikationen erfahren zu haben. 78% wussten nicht, dass sie über alternative Behandlungsmethoden aufgeklärt wurden. Nach einer Herzkathederuntersuchung behaupteten sogar 25% der Patienten, gar nicht aufgeklärt worden zu sein, obwohl Tonbandaufnahmen davon existierten.

Wesentlich ist, dass es in der Medizin nicht nur eine Meinung gibt. Umso wichtiger ist eine ausführliche Dokumentation der Behandlungsschritte. Ebenso sollte man den Patienten lenken und leiten, ihn in seiner Entscheidungsfindung unterstützen. Man sollte vor allem vermeiden, dem Patienten seine Meinung aufzuzwingen.

Man braucht Mut zur Entscheidung – sowohl zu einem operativen Eingriff als auch davon Abstand zu nehmen und nicht zu intervenieren. Wenn man sich für den Eingriff entscheidet, sollte man beachten, dass rein medizinisch notwendiger Zeitdruck im OP nichts verloren hat. Wichtig ist, wie schnell der Patient aus dem Krankenhaus entlassen werden kann und nicht, wie schnell aus dem OP.

Dokumentation sollte verständlich und nachvollziehbar sein, auch für Außenstehende.

Beim Auftreten von Komplikationen darf nichts verschleiert werden. Transparenz, Empathie, Fürsorge stehen erster Stelle. Das Schlagwort heißt: Kommunikation. Und nicht – vor allem vor dem Patienten – andere Kollegen schlecht reden. Dies löst mitunter beim Patienten ein Verdachtsdenken und in der Folge eine Beschwerde aus.

Meine eigene gutachterliche Tätigkeit bezieht sich vor allem auf zwei Schwerpunkte: einerseits die Beurteilung von Unfallfolgen inklusive Einschätzung von Schmerzengeld und Invalidität und andererseits medizinischer Behandlungsfehler bzw. der Kausalität von aufgetretenen Komplikationen.

Als beauftragende Gerichte fungieren Bezirksgerichte, Landesgerichte für Strafsachen oder Zivilrechtssachen, vereinzelt das Handelsgericht (Versicherungsstreitigkeiten) sowie als unangenehmster Auftraggeber Staatsanwaltschaften, da es sich in der Regel um eine strafrechtli-

che Verfolgung von Kollegen handelt.

Das thematische Spektrum bei gerichtlichen Gutachtensfällen ist weit gefächert:

- Verletzung urologischer Organe im Rahmen fachfremder Operationen
- Zu spät erkannte septische Zustandsbilder im Rahmen laparoskopischer oder roboterassistierter Eingriffe
- Thromboembolische Komplikationen nach Hydrozelenoperationen
- Vermeintlich falsche Operationstechniken, die zur Tumorstreuung und zum Tod durch ein fortgeschrittenes metastasiertes Nierenzellkarzinom geführt haben.
- Beurteilung von Unfallfolgen:
 - Cauda equina Syndrom nach Wirbelsäulentraumata
 - Harnröhrenabriss nach Beckenfraktur
 - Arbeitsfähigkeit nach radikaler Prostatektomie und Adipositas im Rahmen von Pflegschaftsgerichtsangelegenheiten.
- Beurteilung der Sachverständigentätigkeit von Kollegen, deren Gutachten als falsch eingestuft wurde.
- Versicherungsgutachten
 - Urologische Unfallfolgen, um den Opfern von Versicherungsseite entsprechende Entschädigungen zusprechen zu können
 - Versicherungsfälle im Krankenhausbereich, um nach Fehlbehandlungen und dadurch ausgelöste Komplikationen erstens die Kausalität zu beurteilen, andererseits das Ausmaß der Beeinträchtigung und damit Entschädigung festzulegen (z.B. Durchtrennung der Arteria mesenterica superior und der Truncus coeliacus im Rahmen einer laparoskopischen Tumornephrektomie, Fälle von Zirkumzision – vor allem bei adipösen Patienten –, wodurch es anschließend zu einem sogenannten Buried penis, also Verschwinden des Penis ins präbubische Fett pannus kommen kann, septisches Zustandsbild nach zu spät erkannter Fehllage bzw. Fausse route einer Harnleiterschleife sowie Komplikationen in Folge von vergessenen inneren Harnleiterschleifenungen.

Stellungnahmen bzw. Gutachten für Patientenanzwältschaften und Schiedsstellen:

- Harnleiterläsionen und Fistelbildungen im Rahmen gynäkologischer oder allgemein chirurgischer Eingriffe im Beckenbereich
- Hodenverluste durch ischämische Orchitis nach Herniotomien
- Genitofemoralis-Neuralgien nach Leistenoperationen wie Herniotomien, Varikozelenoperationen und Vasektomien
- Perforationen bzw. Bandarrosionen im Rahmen von Harnröhrenbändern (TVT)
- Nicht zufriedenstellende Ergebnisse nach Inkontinenzoperationen (vor allem bei Adipositas)
- Irrtümliche Punktion von Flüssigkeitsreservoirs von Penisprothesen oder Sphinkterimplantaten
- Nicht erkannte bzw. fehlgedeutete Hodentorsion in Differentialdiagnose zur Epididymitis
- Nachblutungen nach Vasektomie
- Zu spät erkannte Anastomosendehiscenz nach radikaler Prostatektomie
- Blasenüberdehnungen nach Wirbelsäulen- oder gynäkologischen Operationen
- Meatomie im Rahmen einer Zystoskopie in Allgemeinnarkose ohne entsprechendem Revers
- Neurologische Lagerungsschäden nach größeren Tumoroperationen
- Selten: Beurteilung einer Erektionsfähigkeit unter der Medikation mit Flunitrazepam, Arbeitsfähigkeit bei Vorliegen einer überaktiven Blase, Führerschein tauglichkeit bei Vorliegen eines großen Angiomyolipoms.

Weitere Themen der Veranstaltung waren ein Vortrag von Assoc. Prof. Univ. Doz. Dr. Alexander Haug über die verschiedenen PET-Tracer und deren Einsatz sowie ein Beitrag von Univ. Doz. Dr. Pamela Rendi-Wagner, MSc. zum Thema „Kann Politik gesund sein?“, worin sie sich vor allem mit der Entscheidung der Bundesregierung auseinandersetzte, das Rauchverbot in Lokalen aufzuheben.

Koordination: Redaktion

Leserbrief zum Editorial der Ausgabe NÖGU 57/2018

Neue Wege bei der Unterstützung von Ärztinnen und Ärzten zur Kongressteilnahme

In der Vergangenheit haben Firmen sehr viel Geld ausgegeben, um ausgesuchten Ärztinnen und Ärzten über eine Einladung die Teilnahme an Kongressen zu ermöglichen. Diese Einladungen waren personenbezogen und wurden meist durch Vertriebsmitarbeiter im Außendienst ausgesprochen. Nicht selten wurden dabei jene Ärztinnen und Ärzte durch den Vertrieb eingeladen, die als besonders gute „Verschreiber“ galten oder von denen man hoffte, dass sich mehr Verordnungen im Sinne von „ich tu Dir was Gutes, Du tust mir was Gutes“ ergeben würden. Diese Praxis in Teilen der Industrie ist aus rechtlicher wie auch ethischer Sicht abzulehnen. In vielen Firmen der Industrie erhalten Vertriebsmitarbeiter Prämien für die Verordnungen in dem von ihnen verantworteten Gebiet. Dies führt aus unserer Sicht zu erheblichen Interessenskonflikten auf Seiten der Vertriebsmitarbeiter, wenn es um die Auswahl der einzuladenden Ärzte gilt.

Astellas hat es sich zum Ziel gesetzt, auch weiterhin einen finanziell deutlichen Beitrag zum wissenschaftlichen Austausch von Ärztinnen und Ärzten im Rahmen von Kongressen zu leisten. Dabei legen wir unseren Fokus auf Transparenz und objektive, nachvollziehbare Kriterien. Die Entscheidung zur finanziellen Unterstützung sollte aus unserer Sicht von persönlichen Beziehungen zu einzelnen Mitarbeitern, insbesondere bei Interessenskonflikten, entkoppelt werden. Mit diesem Prozess wollen wir sicherstellen, dass Astellas keinerlei Erwartungshaltung an die Kongressunterstützung knüpft und die Plätze ausschließlich transparent und nach objektiven Kriterien vergeben werden.

Unser Prozess sieht im Überblick wie folgt aus:

- Astellas veröffentlicht, für welche wissenschaftlichen Kongresse es die Möglichkeit der gesponserten

Teilnahme gibt sowie die Anzahl der gesponserten Plätze auf www.astellas.at.

- Die Ärztin/der Arzt hat auf www.astellas.at einen Überblick über die verfügbaren Sponsoringplätze und kann online einen Sponsoringantrag für den Kongress ihrer/seiner Wahl stellen.
- Um einen transparenten und objektiven Prozess für die Teilnahme an wissenschaftlichen Kongressen gewährleisten zu können, müssen bestimmte Kriterien erfüllt werden. Sind alle Kriterien erfüllt, werden die Anträge nach chronologischer Abfolge des Einreichens bearbeitet, bis das Kontingent ausgeschöpft ist.
- Die Ärztin/der Arzt wird durch uns verständigt, ob der Antrag angenommen wurde.

Folgende Kriterien, Anforderungen bzw. Verpflichtungen haben wir etabliert, bei deren Bestätigung durch die Ärztin/den Arzt Sponsoringanträge ausnahmslos nach Reihenfolge des Eingangs bearbeitet werden:

- Das Unterstützungsansuchen bezieht sich auf die Gesamtdauer des Kongresses.
- Die Teilnahme an der medizinischen Fortbildung erfolgt in der Absicht, wissenschaftliche Erkenntnisse zu erlangen, die sich positiv auf die Patientenbetreuung auswirken.
- Die Unterstützung bietet eine Möglichkeit zur Teilnahme an der medizinischen Fortbildung, die sonst aufgrund von Kosten oder anderen Beschränkungen nicht möglich wäre.
- Das Niveau des wissenschaftlichen Programms entspricht dem Grad der Ausbildung.
- Das Programm und die Themen der Veranstaltung entsprechen dem wis-

senschaftlichen und klinischen Tätigkeitsbereich als Arzt.

- Die Reisedistanz und der Veranstaltungsort sind angesichts des Themas und des Inhaltes in Verbindung mit der Qualifikation, Ausbildung und Interesse angemessen.
- Astellas übernimmt keine Kosten für Begleitpersonen und ermöglicht auch keinen Kostenvorteil für Dritte. Eine Mehrfachbelegung von Zimmern, die von Astellas zur Einzelbelegung für den HCP gebucht und bezahlt werden, ist nicht gestattet. Dies gilt ungeachtet dessen, dass Astellas dadurch keine weiteren Kosten entstehen.
- Die Kongresssprache wird beherrscht.
- Im Kalenderjahr werden nicht mehr als 2 Sponsorings von Astellas zur Teilnahme an wissenschaftlichen Kongressen in Anspruch genommen, wovon maximal einer im Ausland stattfindet.

Wir benennen die unterstützten Kongresse einige Monate vorher, und versuchen hier eine noch frühzeitigere Information bald zu erreichen. Dabei weisen wir auch aus, ab wann Sponsoring-Anträge voraussichtlich gestellt werden können. Um eben nicht in den Verdacht der Bevorzugung einzelner Ärztinnen/Ärzte zu geraten, wird keine Ärztin / kein Arzt individuell von uns auf die konkrete Freischaltung hingewiesen.

Uns ist bewusst, dass dies eine starke Veränderung der bisherigen Praxis ist und bis dato nicht üblich im österreichischen System. Bei einer Weiterentwicklung des Systems bzw. Prozesses hoffen wir auf Ihr Verständnis, denn wir wollen Ärztinnen und Ärzten im Sinne der o.g. Kriterien auch weiterhin die Kongressteilnahme ermöglichen.

Peter Keyzers
General Manager Austria
Astellas Pharma Ges.m.b.H.

Leserbrief zu Ausgabe NÖGU 57/2018

Zu den Artikeln „Medizin, Medien und Moral“ sowie „Leben in und mit Parallelgesellschaften“

Da wir an unserer Klinik die zur Zeit einzigen Anbieter von HIFU zur fokalen Behandlung des Prostatakarzinoms sind, die umstrittene Prostataembolisation bei ausgesuchten Patienten anbieten und aufgrund von (mehr oder weniger gelungenen) Presseauftritten stark in die Kritik gekommen waren, freue ich mich, zu den Themen, die auch auf uns und mich bezogen waren, Stellung nehmen zu dürfen.

Unmoralisches Handeln: Ich habe in meiner urologischen Karriere eine ausgesprochen große Sensibilität bezüglich medizinischer Ethik entwickelt und bin diesbezüglich äußerst achtsam. Daher werden in unserem Hause keine Studien durchgeführt und keine experimentellen Methoden angewendet, die nicht an eine Studie mit Ethikvotum angegliedert sind. Dies betrifft auch die robotische MRT-US fusionierte fokale HIFU in unserem Hause (Ethikkommission des Landes OÖ, EK-Nummer I-28-17, Votum vom 16.8.2017). Selbstverständlich evaluieren wir unsere Ergebnisse auch kritisch und verfolgen jeden Patienten genauestens nach.

Entgegen der Darstellung bin ich nicht an einer **unkritischen Darstellung neuer Behandlungs- und Diagnosemethoden** interessiert (im Artikel HIFU, Elastographie & Histoscanning): In meiner Vergangenheit habe ich mehrfach an Evaluationen und Studien neuer Diagnosemethoden teilgenommen. Schon früh in meiner urologischen Zeit habe ich die Kontrastmittelsonographie evaluieren dürfen, Proteinmarker zur Diagnose des Prostatakarzinoms mittels MALDI-TOF erforscht und die Elastographie gelernt. Später, auch in meiner Tübinger Zeit, habe ich an internationalen Studien zur Evaluation von Histoscanning, welches ich schon im Jahr 2005 von Gordon Muir an der WHO in Lyon kennen gelernt habe, teilgenommen. Dadurch erfährt man natürlich auch viele negative Erfahrungen und Studien – und alle

genannten Techniken haben, wie im Artikel zu Recht beschrieben, keinen signifikanten Mehrwert in der Diagnostik des Prostatakarzinoms zeigen können. Trotz vieler Enttäuschungen ist es in meinen Augen wichtig, nie den Mut und den Glauben an neue Methoden zu verlieren. Einer meiner größten Träume und Wünsche, die Fusion von Bildgebungen und Informationen zum Wohle des Patienten, konnte ich jedoch erfolgreich verfolgen. Sehr früh haben wir in einer Arbeitsgruppe, geleitet von Prof. Dr. H.P. Schlemmer (inzwischen DKFZ Heidelberg) und Prof. D. Schilling bei Prof. Stenzl an der Universität in Tübingen, erste Erfahrungen mit der MRT-Prostatabiopsie „in bore“ Technik gemacht und früh erkannt, dass dies aufgrund des großen Zeitkonsums nicht die Technik der Zukunft sein kann. Später an der Universität Mannheim (Prof. Dr. M.C. Michel), durfte ich als einer der ersten eine „echte“ Fusion mit dem HITACHI-System durchführen. Auch hier habe ich publikatorisch evaluiert und versucht, meinen (kleinen) Teil zur Evaluation beizutragen. In keiner Weise propagiere ich aufgrund deren begrenzten Informationsgewinnes die von mir einst leidenschaftlich durchgeführten Methoden, auch wenn ich die Elastographie in sehr seltenen Einzelfällen (unentgeltlich) durchführe. Trotzdem glaube ich, dass alle möglichen Informationen, die uns die Bildgebung gibt, multiparametrisch zur Verfügung stehen sollten. Alle möglichen medizinischen Fortschritte stehen immer eine Zeit der Skepsis entgegen – diese gehört ausgeräumt oder bestätigt – aber immer gehört eine Methode evaluiert, bevor man vorschnell über sie leichtfertig richtet. Das wäre der Tod einer jeden Innovation.

Geldwerter Vorteil: Ich lege Wert darauf festzustellen, dass ich Stand 12/2018 keinerlei Ordination habe oder sonst irgendwelchen geldwerten Vorteil von einer möglichen „unkritischen und tendenziösen“ Nachrichtenweitergabe



Prim. Univ. Prof. Dr. Alexandre E. Pelzer, FEBU

habe. Die Behandlung mittels HIFU erfolgt ohne Bezahlung durch die Patienten. Es gibt auch innerhalb der Urologie Wels niemanden, der im Zusammenhang mit der HIFU-Therapie Gelder einnimmt oder irgendwelche Verträge mit den dementsprechenden Firmen besitzt. Diese Bestrebungen gibt es leider jedoch außerhalb des Klinikums. Von diesen Ordinationen/Praxen distanziert sich die Abteilung für Urologie des Klinikums Wels-Grieskirchen deutlich.

Ich bin ursächlich verantwortlich für die **Informationsweitergabe an die Presse** zur Durchführung der HIFU an unserem Hause. Dieser Verantwortung stelle ich mich. In diesem Zusammenhang habe ich mich für die unkritische und schlechte „Publikation“ der Laienpresse Anfang 2017 bei allen umgebenen Kliniken möglichst breit und aufrichtig entschuldigt. Andere Publikationen wurden und werden mit beteiligten anderen Kliniken regulär abgesprochen. Das vermindert nicht meine Verantwortung, soll aber zumindest darstellen, wie wichtig mir ein sauberes Arbeiten in dieser Hinsicht ist. Insbesondere aber in der Laienpresse ist es nicht immer einfach, alle im Artikel geforderten Punkte vollumfassend darzustellen (z.B. die inhaltlichen Anerkennungen und Beurteilungen in den verschiedenen Leitlinien). Trotzdem

bin ich der Meinung, dass wir die Darstellung unserer Arbeit und unserer Angebote der sauberen und kontrollierten Therapieangebote nicht den „unsauberen“ Angeboten anderer überlassen sollten. Hierbei zeigt sich ein wichtiges Feld, welches bearbeitet gehört. Wie gehen wir mit den (schon lange nicht mehr neuen) Medien Facebook, Twitter, Instagram und anderen um? Wenn hierfür offensichtlich Platz in der Weltpolitik ist, müssen auch wir uns damit befassen.

HIFU und Leitlinie: Als Mitglied der S3-Leitlinienkommission zur Behandlung und Diagnose des Prostatakarzinoms und als Mitglied der Zertifizierungskommission uroonkologischer Zentren der Deutschen Krebsgesellschaft DKG, ist es mir ein besonderes Anliegen, leitlinienkonform und qualitativ zu behandeln und zu informieren. Hierzu äußert sich die aktuelle S3-Leitlinie Version 5.0 von 4/2018 bzgl. HIFU mehrere Male: Kapitel 5.3.7 (... „Ganzdrüsentherapie ist beim lokal begrenzten PCa ein experimentelles Verfahren und soll nur im Rahmen prospektiver Studien angewendet werden“), Kapitel 5.4.5 („HIFU ... sollen nicht zur Therapie des lokal fortgeschrittenen PCa eingesetzt werden“) und Kapitel 6.15 mit einer „kann“ Empfehlung („HIFU kann zur Therapie des histologisch gesicherten isolierten Lokalrezidives nach perkutaner Strahlentherapie eingesetzt werden“). Es ist also faktisch nicht korrekt, dass in den S3-Leitlinien keine Empfehlung (in diesem Falle eine „kann“-Empfehlung in der Salvage-Therapie nach Radiotherapie) existiert. Unabhängig davon klären wir unsere Patienten sämtlich auf den experimentellen Charakter der Therapie und die Möglichkeit des Versagens der Therapie auf. Als Salvage-Verfahren bieten wir es nur nach positiver Kontrollbiopsie der Prostata und nach negativem PSMA-PET CT an. Alle Patienten sind Teil eines Studienprotokolls. All dies kann kritisiert

werden und hat sicherlich Verbesserungsmöglichkeiten. Trotzdem verwehre ich mich in diesem Zusammenhang, in die „unethisch oder unmoralisch therapierende“ Ecke gestellt zu werden. Zusätzlich ist es klar, dass auch Therapien, die nicht in den Leitlinien stehen, evaluiert gehören. Weiters dürfen wir nicht vergessen, dass die HIFU-Therapie beim Prostatakarzinom die einzige fokale Therapie mit hochrangig publizierten prospektiv vergleichenden Multicenter-Studien ist (European Urology 2018) und somit im Vergleich zu anderen fokalen Therapien des Prostatakarzinoms evaluiert wird und mit all seinen Limitationen und Chancen bekannt ist.

„... wenn wir es nicht machen, machen es die Radiologen“: Ein wichtiger Punkt. Ich hätte mir eine Einigkeit und Engagement der Urologen zu Behandlungen von urologischen Patienten, die ohne urologische Ärzte durchgeführt wird, gewünscht. Ohne jegliche Nachsorge, ohne Studien werden schlecht aufgeklärte Patienten zu fokalen Therapien durch Radiologen indiziert. Zum Teil komplett ohne jegliche Einbindung von Urologen direkt über die Hausärzte. Hier hätte ich mir mehr Engagement gewünscht – hier wird Unterstützung gebraucht. Und mir ist es in der Tat lieber, die Patienten kommen zu einem Urologen und werden gegebenenfalls enttäuscht bezüglich Aufklärung und auch Ablehnung ihres Wunsches nach „Heilung ohne Risiko“ mittels HIFU und dann einer anderen Therapie zugeführt, anstatt sie werden von einigen wenigen Radiologen falsch behandelt.

PR-Arbeit insgesamt: Natürlich ist es von großer Bedeutung, mit „neuen“ Medien zu kommunizieren und zu arbeiten. Ganze Länder werden heute (leider) über Twitter regiert – ganze Systeme beeinflusst. Ich selbst nutze Twitter, Facebook und andere Möglichkeiten. Ich

halte dies für unabdingbar, insbesondere da dies andere, nicht der Urologie freundlich Gesinnte, tun. Ich würde mir sehr wünschen, auch in diesem Bereich mehr Aktivität der Urologen zu sehen und voran zu gehen, Verantwortung zu übernehmen und als Ansprechpartner zur Verfügung zu stehen. Gerne würde ich mir hierzu eine gemeinsame Diskussion beim nächsten alpenländischen Urologen-Symposium wünschen.

Ethikrat: Wäre es nicht ein möglicher Gedanke, statt Kollegen, die „unkritische und tendenziöse“ Artikel schreiben vor einen Ethikrat zu stellen, diese **vor** der Pressemitteilung positiv zu unterstützen, proaktiv zu handeln? Wie wäre es mit einem Stempel: „Durch die ÖGU freigegeben“ oder „Zertifizierte Mitteilung“ oder „Gegengelesen durch die ÖGU“, oder „Laut ÖGU ohne schwerwiegende fehlerhafte Empfehlungen“? Natürlich ist jeder selbst für seine Publikation verantwortlich – verhindern kann man kritische Worte nicht.

Insgesamt bin ich jedoch **sehr dankbar für die Artikel der letzten NÖGU**, schaffen sie doch eine notwendige Emotionalisierung der oben genannten Themen – und ich glaube, genau dies ist von den Verfassern auch gewünscht. Insbesondere die jungen Kolleginnen und Kollegen sind aufgerufen, sich in den genannten Themen zu engagieren und mitzudiskutieren. Sie werden den zukünftigen Umgang mit diesen Themen prägen und bestimmen – ich freue mich extrem auf die aktiven Diskussionsbeiträge unserer jungen Urologinnen und Urologen – sie sind kompetent, hungrig, vorwärts gewandt, innovativ und auch willens zu lernen.

Mit freundlichen, kollegialen Grüßen

Alexandre Pelzer
Abteilung für Urologie
Klinikum Wels-Grieskirchen

UROLOGISCHE STUDIEN

Sie wollen Ihren Patienten in eine Studie einbringen –
Hier finden Sie aktuelle
nationale und internationale Studienprotokolle und deren
Kontaktpersonen

Safety and Early Efficacy of Radical Prostatectomy for Newly Diagnosed Very High Risk Locally Advanced and Oligometastatic Prostate Cancer – A Prospective Single Center Phase I/II Study

- ClinicalTrials.gov Identifier: NCT02971358
- Status: This study is currently recruiting participants
- Purpose: A prospective single arm trial at enrolling patients undergoing radical prostatectomy for very high risk or oligo-metastatic prostate cancer who are not candidates or refuse enrollment in the randomized g-RAMPP study.

Studien-Koordinatoren:

Univ. Prof. Dr. Shahrokh Shariat
Univ. Klinik für Urologie, Med. Universität Wien, AKH Wien, Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien
Kontakt Studiensekretariat: 01 / 40400-54780

DDr. Bernhard Grubmüller
Univ. Klinik für Urologie, Med. Universität Wien, AKH Wien, Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien
bernhard.grubmueller@meduniwien.ac.at

Safety and Efficacy of Salvage Lymph Node Dissection in Prostate Cancer Patients With Nodal Recurrence After Radical Prostatectomy With Curative Intent – A Prospective Single Center Phase I/II Study

- ClinicalTrials.gov Identifier: NCT02974075
- Status: This study is currently recruiting participants
 - Purpose:
 - Primary Outcome Measures:*
 - The rate of perioperative complications within 90 days after surgery
 - The Prostate specific antigen value after 6 weeks.
 - Secondary Outcome Measures:*
 - Change in Prostate Specific Antigen doubling time
 - Time until development of castration resistance
 - Time until development of distant metastasis

Studien-Koordinatoren:

Univ. Prof. Dr. Shahrokh Shariat
Univ. Klinik für Urologie, Med. Universität Wien, AKH Wien, Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien
Kontakt Studiensekretariat: 01 / 40400-54780

DDr. Bernhard Grubmüller
Univ. Klinik für Urologie, Med. Universität Wien, AKH Wien, Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien
bernhard.grubmueller@meduniwien.ac.at

ANTICIPATE X: Beurteilung des Xpert Blasenkrebsmonitor-Tests im Vergleich zur Zystoskopie für die Nachbeobachtung von Patienten mit Vorgeschichte von geringem bis mittlerem Risiko eines nicht-muskelinvasiven Blasenkrebses (NMIBC): eine prospektive internationale multizentrische Beobachtungsstudie.

Status: Rekrutierung offen

EK-Nr.: 1920/2017

Studien-Koordinator:

Dr. Kilian Gust

Univ. Klinik für Urologie, Med. Universität Wien, AKH Wien, Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien

Kontakt Studiensekretariat: 01 / 40400-54780

herbert.obermair@meduniwien.ac.at

CA017-078 – Nivolumab: A Phase 3, Randomized, Study of Neoadjuvant Chemotherapy alone versus Neoadjuvant Chemotherapy plus Nivolumab or Nivolumab and BMS-986205, Followed by Continued Post-Surgery Therapy with Nivolumab or Nivolumab and BMS-986205 in Participants with Muscle-Invasive Bladder Cancer

Status: Rekrutierung offen

EK Nr: 1131/2018

Studien-Koordinatoren:

Univ. Prof. Dr. Shahrokh Shariat, Dr. Kilian Gust

Univ. Klinik für Urologie, Med. Universität Wien, AKH Wien, Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien

Kontakt Studiensekretariat: 01 / 40400-54780

herbert.obermair@meduniwien.ac.at

Studien-Koordinator:

Prim. Dr. Wolfgang Loidl

Ordensklinikum Linz, Elisabethinen, Abteilung für Urologie, Fadingerstraße 1, 4020 Linz

wolfgang.loidl@ordensklinikum.at

CheckMate 274 – Nivolumab: CA209-274: Eine Randomisierte, Doppelblinde, Multizentrische Phase-3-Studie mit Nivolumab als Adjuvante Therapie gegenüber Placebo bei Patienten mit Invasivem Hochrisiko-Urothelkarzinom.

Status: Rekrutierung offen

EK 1240/2016

Studien-Koordinatoren:

Univ. Prof. Dr. Shahrokh Shariat, Univ. Prof. Dr. Gero Kramer, Dr. Kilian Gust

Univ. Klinik für Urologie, Med. Universität Wien, AKH Wien, Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien

Kontakt Studiensekretariat: 01 / 40400-54780

herbert.obermair@meduniwien.ac.at

CA209-274: A Phase 3 Randomized, Double-blind, Multi-center Study of Adjuvant Nivolumab versus Placebo in Subjects with High Risk Invasive Urothelial Carcinoma

Studien-Koordinator:

Prim. Dr. Wolfgang Loidl

Ordensklinikum Linz, Elisabethinen, Abteilung für Urologie, Fadingerstraße 1, 4020 Linz

wolfgang.loidl@ordensklinikum.at

Studien-Koordinator:

Priv. Doz. Dr. Daniela Colleselli, MSc.

Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Universitätsklinikum Salzburg, Univ. Klinik für Urologie und Andrologie, Müllner Hauptstraße 48, 5020 Salzburg

d.colleselli@salk.at

ADONIS: Axitinib in Advanced/Metastatic Renal Cell Carcinoma. A Non-Interventional Study of Real World Treatment Outcomes in Patients Receiving 2nd Line Axitinib After 1st Line Sutent

Studien-Koordinator:

Prim. Dr. Wolfgang Loidl
Ordensklinikum Linz, Elisabethinen, Abteilung für Urologie, Fadingerstraße 1, 4020 Linz
wolfgang.loidl@ordensklinikum.at

Studien-Koordinator:

Priv. Doz. Dr. Michael Mitterberger
Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Universitätsklinikum Salzburg, Univ. Klinik für Urologie und Andrologie,
Müllner Hauptstraße 48, 5020 Salzburg
m.mitterberger@salk.at

TITAN TCC: A Phase II Single Arm Clinical Trial of a Tailored Immuno Therapy Approach with Nivolumab in Subjects with Metastatic or Advanced Transitional Cell Carcinoma

Studien-Koordinator:

Prim. Dr. Wolfgang Loidl
Ordensklinikum Linz, Elisabethinen, Abteilung für Urologie, Fadingerstraße 1, 4020 Linz
wolfgang.loidl@ordensklinikum.at

IMmotion (WO39210): A Phase III, Multicenter, Randomized, Placebo-Controlled, Double-Blind Study of Atezolizumab (Anti-PD-L1 Antibody) as an Adjuvant Therapy in Patients with Renal Cell Carcinoma at High Risk of Developing Metastasis Following Nephrectomy

Studien-Koordinator:

Prim. Dr. Wolfgang Loidl
Ordensklinikum Linz, Elisabethinen, Abteilung für Urologie, Fadingerstraße 1, 4020 Linz
wolfgang.loidl@ordensklinikum.at

Studien-Koordinator:

Priv.-Doz. Dr. Michael Mitterberger
Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Universitätsklinikum Salzburg, Univ. Klinik für Urologie und Andrologie,
Müllner Hauptstraße 48, 5020 Salzburg
m.mitterberger@salk.at

Studien-Koordinator:

Johannes Franke
Prüfärztin:
Univ. Prof. Dr. Manuela Schmidinger
Med. Universität Wien, Univ. Klinik für Innere Medizin I, Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien
johannes.franke@meduniwien.ac.at

CPZP034A2410: A prospective international multicenter phase II study to evaluate the efficacy, safety and quality of life of pazopanib in patients with advanced and/or metastatic renal cell carcinoma after previous therapy with checkpoint inhibitor treatment

Studien-Koordinator:

Priv.-Doz. Dr. Michael Mitterberger
Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Universitätsklinikum Salzburg, Univ. Klinik für Urologie und Andrologie,
Müllner Hauptstraße 48, 5020 Salzburg
m.mitterberger@salk.at

CA209-914: A Phase 3 Randomized Study Comparing Nivolumab and Ipilimumab Combination vs Placebo in Participants with Localized Renal Cell Carcinoma Who Underwent Radical or Partial Nephrectomy and Who Are at High Risk of Relapse

Studien-Koordinator:

Prim. Dr. Wolfgang Loidl
Ordensklinikum Linz, Elisabethinen, Abteilung für Urologie, Fadingerstraße 1, 4020 Linz
wolfgang.loidl@ordensklinikum.at

CLEAR: A Multicenter, Open-label, Randomized, Phase 3 Trial to Compare the Efficacy and Safety of Lenvatinib in Combination with Everolimus or Pembrolizumab Versus Sunitinib Alone in First-Line Treatment of Subjects with Advanced Renal Cell Carcinoma

Studien-Koordinator:

Prim. Dr. Wolfgang Loidl
Ordensklinikum Linz, Elisabethinen, Abteilung für Urologie, Fadingerstraße 1, 4020 Linz
wolfgang.loidl@ordensklinikum.at

FRACTION-RCC: A Phase 2, Fast Real-Time Assessment of Combination Therapies in Immuno-Oncology Study in Participants with Advanced Renal Cell Carcinoma

Studien-Koordinator:

Prim. Dr. Wolfgang Loidl
Ordensklinikum Linz, Elisabethinen, Abteilung für Urologie, Fadingerstraße 1, 4020 Linz
wolfgang.loidl@ordensklinikum.at

An Open-Label, Randomized Phase 3 Study to Evaluate Enfortumab Vedotin vs Chemotherapy in Subjects with Previously Treated Locally Advanced or Metastatic Urothelial Cancer (EV-301)

Studien-Koordinator:

Prim. Dr. Wolfgang Loidl
Ordensklinikum Linz, Elisabethinen, Abteilung für Urologie, Fadingerstraße 1, 4020 Linz
wolfgang.loidl@ordensklinikum.at

SCOPE: Non-Inventional Study to Evaluate the Influence of the Sequence in which Cabazitaxel is Applied on the Outcome of Patients with Metastatic Castration-Resistant Prostate Cancer Treatment with Cabazitaxel

Studien-Koordinator:

OA Dr. Franz Stoiber
Salzkammergut-Klinikum Vöcklabruck, Abteilung für Urologie und Andrologie, Dr.-Wilhelm-Bock-Straße 1,
4840 Vöcklabruck
franz.stoiber@gespag.at

Studien-Koordinator:

DL Dr. Christoph Tinchon
LKH Hochsteiermark, Standort Leoben, Dept. für Hämato-Onkologie
Vordernberger Straße 42, 8700 Leoben
studien.onko@lkh-leoben.at

Talazoparib: Eine offene Phase-II-Studie mit 2 Behandlungsarmen zur Beurteilung der Ansprechrate von Talazoparib bei Männern mit DNA-Reparatur-Defekten und metastatischem, kastrationsresistentem Prostatakarzinom, die zuvor eine Taxan-basierte Chemotherapie erhalten haben und bei denen unter mindestens einem neuartigen Hormonpräparat (Enzalutamid und/oder Abirateronacetat/Prednison) eine Krankheitsprogression aufgetreten ist.

Studien-Koordinatoren:

Univ. Prof. Dr. Shahrokh Shariat, Univ. Prof. Dr. Gero Kramer
Univ. Klinik für Urologie, Med. Universität Wien, AKH Wien, Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien
Kontakt Studiensekretariat: 01 / 40400-26110
E-Mail Study Nurse: gerlinde.freistetter@meduniwien.ac.at

Studien-Koordinator:

Prim. Dr. Wolfgang Loidl
Ordensklinikum Linz, Elisabethinen, Abteilung für Urologie, Fadingerstraße 1, 4020 Linz
wolfgang.loidl@ordensklinikum.at

THOR_BLC3001: Eine Phase-III-Studie zu Erdafitinib im Vergleich mit Vinflunin oder Docetaxel oder Pembrolizumab bei Patienten mit fortgeschrittenem Urothelkarzinom und ausgewählten FGFR-Gen-Aberrationen.

Studien-Koordinatoren:

Univ. Prof. Dr. Shahrokh Shariat, Dr. Kilian Gust
Univ. Klinik für Urologie, Med. Universität Wien, AKH Wien, Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien
Kontakt Studiensekretariat: 01 / 40400-54780
E-Mail Study Nurse: herbert.obermair@meduniwien.ac.at

Studien-Koordinator:

Prim. Dr. Wolfgang Loidl
Ordensklinikum Linz, Elisabethinen, Abteilung für Urologie, Fadingerstraße 1, 4020 Linz
wolfgang.loidl@ordensklinikum.at

BAY 19131 Rogaratinib: Eine internationale, multizentrische Phase Ib/II Studie mit Rogaratinib in Kombination mit Atezolizumab als Erstlinientherapie bei Patienten mit FGFR-positivem lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Urothelkarzinom, die für eine cisplatinhaltige Chemotherapie nicht geeignet sind.

Studien-Koordinatoren:

Dr. Kilian Gust
Univ. Klinik für Urologie, Med. Universität Wien, AKH Wien, Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien
Kontakt Studiensekretariat: 01 / 40400-54780
E-Mail Study Nurse: herbert.obermair@meduniwien.ac.at

Studien-Koordinator:

Prim. Dr. Wolfgang Loidl
Ordensklinikum Linz, Elisabethinen, Abteilung für Urologie, Fadingerstraße 1, 4020 Linz
wolfgang.loidl@ordensklinikum.at

BAY 17403 Rogaratinib Phase 2,3: Randomisierte, offene, multizentrische Phase 2/3 Studie zur Beurteilung der Wirksamkeit und Sicherheit von Rogaratinib (BAY 1163877) im Vergleich zu Chemotherapie bei Patienten mit FGFR-positivem, lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Urothelkarzinom, die bereits mit platinhaltiger Chemotherapie behandelt wurden.

Studien-Koordinatoren:

Dr. Kilian Gust

Univ. Klinik für Urologie, Med. Universität Wien, AKH Wien, Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien

Kontakt Studiensekretariat: 01 / 40400-54780

E-Mail Study Nurse: herbert.obermair@meduniwien.ac.at

Studien-Koordinator:

Prim. Dr. Wolfgang Loidl

Ordensklinikum Linz, Elisabethinen, Abteilung für Urologie, Fadingerstraße 1, 4020 Linz

wolfgang.loidl@ordensklinikum.at

POTOMAC Durvalumab: Eine randomisierte, unverblindete, multizentrische, weltweit durchgeführte Studie der Phase III von Durvalumab und Bacillus Calmette-Guérin (BCG) verabreicht als Kombinationstherapie im Vergleich zu BCG alleine bei Patienten mit Hochrisiko nicht-muskelinvasivem Blasenkarzinom.

Studien-Koordinatoren:

Dr. Kilian Gust

Univ. Klinik für Urologie, Med. Universität Wien, AKH Wien, Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien

Kontakt Studiensekretariat: 01 / 40400-54780

E-Mail Study Nurse: herbert.obermair@meduniwien.ac.at

Studien-Koordinator:

Prim. Dr. Wolfgang Loidl

Ordensklinikum Linz, Elisabethinen, Abteilung für Urologie, Fadingerstraße 1, 4020 Linz

wolfgang.loidl@ordensklinikum.at

MSD MK-3475-676: A Phase 3, Randomized, Comparator-Controlled Clinical Trial to Study the Efficacy and Safety of Pembrolizumab (MK-3475) in Combination with Bacillus Calmette-Guérin (BCG) in Participants with High-risk Non-muscle Invasive Bladder Cancer (HR NMIBC) that is Persistent or Recurrent Following BCG Induction

Studien-Koordinator:

Priv. Doz. Dr. Daniela Colleselli, MSc.

Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Universitätsklinikum Salzburg, Univ. Klinik für Urologie und Andrologie,

Müllner Hauptstraße 48, 5020 Salzburg

d.colleselli@salk.at

Studien-Koordinator:

Prim. Dr. Wolfgang Loidl

Ordensklinikum Linz, Elisabethinen, Abteilung für Urologie, Fadingerstraße 1, 4020 Linz

wolfgang.loidl@ordensklinikum.at

A Phase 2, Open-Label, 2-Arm, Response Rate Study of Talazoparib in Men With DNA Repair Defects and Metastatic Castration-Resistant Prostate Cancer Who Previously Received Taxane-Based Chemotherapy and Progressed on at Least 1 Novel Hormonal Agent (Enzalutamide and/or Abiraterone)

Studien-Koordinatoren:

Dr. Thomas Kunit

Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Universitätsklinikum Salzburg, Univ. Klinik für Urologie und Andrologie,

Müllner Hauptstraße 48, 5020 Salzburg

t.kunit@salk.at



Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen!

Wir möchten die Zusammenarbeit der urologischen Studienzentren in Österreich unterstützen und ersuchen um die Bekanntgabe der an Ihrer Abteilung aktuell laufenden Studientitel und der Kontaktperson.

Titel der Studie

Kontakt

Titel, Name:

Krankenhaus:

Abteilung:

E-Mail:

Studien-Nr.: Datum:

Die laufenden Studientitel und der Name der Kontaktperson werden in den NÖGU – Nachrichten der Österreichischen Gesellschaft für Urologie und Andrologie veröffentlicht.

Redaktionsschluss:

Winterausgabe:

1. November

Sommerausgabe:

1. Mai

Bitte schicken oder faxen Sie dieses Formular an folgende Adresse:

ver  med

MEDIZINISCHE TAGUNGEN UND PUBLIKATIONEN
MEDICAL CONVENTIONS AND PUBLICATIONS

Per Mail: office@vermed.at

Per Fax: 0316 / 42 60 71

„Die Generation Y versus die 68er“ – War es früher besser?

Betrachtungen aus der Sicht eines 68ers

O. Zechner

Meine Generation war in ihrer Jugend maßgeblich durch die Erfahrungen unserer Eltern und Großeltern beeinflusst. Diese hatten, geprägt durch die Erlebnisse zweier Weltkriege und heute nicht mehr vorstellbarer Mängel in der Versorgung vitaler Erfordernisse, letztlich nur zwei Ziele – einerseits den zerstörten Staat wieder aufzubauen und andererseits ein gewisses Maß an Wohlstand zu schaffen, damit es uns Kindern einmal besser gehen sollte.

Diese Ziele wurden dank eines fantastischen Wirtschaftsaufschwunges in der überwiegenden Mehrzahl der Familien erreicht.

Nichtsdestoweniger haben sie natürlich auch ihr Gesellschaftsverständnis eines hierarchisch-autoritären Systems sowohl im Staat als auch in den Familien weitergegeben.

Dies hatte zweifellos zu der durchaus emotional vorgetragenen „Revolution“ der 68er Jahre des vorigen Jahrhunderts geführt. Wir sollten schon nicht unerwähnt lassen, dass diese gesellschaftlichen Eruptionen in Österreich wesentlich beschaulicher von statten gingen als vergleichsweise in den USA gegen den Vietnamkrieg, in Frankreich oder Deutschland.

Mir persönlich sind eigentlich nur die Demonstrationen gegen den nazistischen Hochschulprofessor Taras Borodajkewycz und die ungustiösen Events der Wiener Aktionisten um Otto Mühl in Erinnerung.

Nachhaltige Bedeutung hatte diese von den Studenten ausgehende Bewegung jedoch in den Reformen der Regierung Kreisky zu Beginn der 70er Jahre. Ungeachtet, ob man sich mit der Ideologie seiner Partei identifizierte, war es jedoch unleugbar, dass ein Ruck in Form einer Modernisierung der Gesellschaft durch den Staat ging. Dies erfuhren auch Deutschland und Schweden unter Willy Brandt und Olaf Palme.

Für uns von wesentlicher Bedeutung war die Umstrukturierung der Hochschulen durch das Universitäts-Organisations-Gesetz (UOG) unter Herta Firnberg. Plötzlich hatten wir jungen Ärzte im Mittelbau, aber auch die Studenten, ein Mitspracherecht. Das beflügelte natürlich maßgeblich unser Interesse an politischer Betätigung und vermittelte nicht wenigen von uns die Illusion, dass die Umsetzung von Ideen, welche wir für wichtig erachteten, nachhaltige Veränderungen nach sich ziehen würde.

Dass wir meistens relativ bald von den Realitäten eingeholt wurden, konnte unseren Enthusiasmus kaum schmälern.

Gerade diese Begeisterung, Ideen auf gesellschaftlichen oder wissenschaftlichen Gebieten umzusetzen, vermisste ich in der heutigen Generation.

***Praktisch niemandem
von uns wäre es eingefallen,
Überstunden aufzuzeichnen bzw. gar
in Rechnung zu stellen!
Dass dafür so manche
Beziehung in Brüche
ging, war für viele ein
zwar schmerzlicher,
aber eben notwendiger
„Kollateralschaden“.***



Univ. Prof. Dr. Othmar Zechner

Sowohl an den großen kommunalen Spitälern und vor allem an den Universitäten hat unsere Generation eine Vielzahl an Studien, sowohl auf klinischer Basis, aber auch auf dem Gebiet der Grundlagenforschung unternommen, wenngleich im Rückblick vieles heutzutage durchaus dilettantisch anmuten kann. Diese Aktivitäten findet man heute zumindest im außeruniversitären Bereich kaum mehr, was auch von den Herausgebern dieses Journals beklagt wird.

Auch wohnte nicht wenigen von uns der Wunsch nach Erreichung einer beruflichen Karriere inne. Dafür waren wir bereit, nahezu unser gesamtes Potential einzusetzen, ohne dafür unmittelbar finanzielle Entschädigung zu erwarten und vor allem, ohne auf die dafür aufgewendete Zeit zu achten. Praktisch niemandem von uns wäre es eingefallen, Überstunden aufzuzeichnen bzw. gar in Rechnung zu stellen! Dass dafür so manche Beziehung in Brüche ging, war für viele ein zwar schmerzlicher, aber eben notwendiger „Kollateralschaden“.

Mir ist schon klar, dass die heutige Generation den Zwängen des Arbeitszeitgesetzes Rechnung tragen muss, ich habe jedoch den Eindruck, dass die Überzeugung, jede zusätzlich geleistete Arbeit auch entsprechend abgegolten zu erhalten, zu einer immanenten Grundeinstellung mutiert ist.

Der Begriff der „Work-Life-Balance“ war uns unbekannt, wie eigentlich auch das „Burn-out-Syndrom“. Ich möchte nicht in Abrede stellen, dass so

manche von uns nachhaltig an dieser Arbeits- und Lebensweise Schaden genommen haben, es war jedoch den meisten von uns nicht bewusst.

Ich gönne jedem, dass er Wert auf die Pflege seiner privaten und familiären Beziehungen sowie auf seine Freizeitgestaltung legt, es sollte jedoch nicht unerwähnt bleiben, dass diese Arbeitseinstellung gerade in unserem Beruf für Nachteile in der Patientenbetreuung verantwortlich ist. Die Klagen von Patienten und Angehörigen, dass sie von immer wechselnden Kollegen betreut werden bzw. Auskunft erhalten, sind beileibe keine Einzelfälle!

Für unsere Generation war es eigentlich selbstverständlich, dass wir fortlaufend in der Betreuung der von uns operierten bzw. behandelten Patienten verantwortlich waren. Die Folge davon war ein intensiviertes Arzt-Patientenverhältnis, was von den Patienten sehr geschätzt wurde. Dieses wird zwar heutzutage in den Sonntagsreden immer wieder gefordert, allein durch die gegebenen Umstände kaum mehr umgesetzt!

Ich kann mich auch gut erinnern, dass gerade in unserer Generation ein Umdenken stattgefunden hat, und der Patient als mündiger Partner akzeptiert wurde, dem es auch galt, unangenehme Wahrheiten in entsprechender Weise beizubringen. Unsere Altvorderen haben sich nicht selten dieser keineswegs angenehmen Aufgabe in Form einer Lüge entledigt.

Ich habe leider den Eindruck, dass in der heutigen Generation nicht selten eine gewisse Angst vor juristischen Folgen einer eventuellen Fehlbehandlung Platz gegriffen hat, und einer klaren und vernünftigen Strategie durch zum Teil unnötige Diagnostik und fragliche Therapievarianten ausgewichen wird. Dem Selbstschutz wird scheinbar manchmal der Vorzug vor der Vernunft gegeben. Auch dafür habe ich Verständnis.

Diese leider nicht unbegründete Furcht hat wie so viele durchaus nachteilige Entwicklungen ihre Ursache in fragwürdigen Usancen in der amerikanischen Gesellschaft, welche vernunftbefreit von unseren Systemen übernommen werden.

Zusätzlich werden diese Vorgangsweisen durch nahezu automatisierte Behandlungsstrategien befördert. Zweifellos haben leitliniengerechte Therapiepfade ihre unbestreitbaren Vorteile und verhindern in der Mehrzahl zum Teil desaströse Fehler. Sie sollten jedoch nicht

Ich habe leider den Eindruck, dass in der heutigen Generation nicht selten eine gewisse Angst vor juristischen Folgen einer eventuellen Fehlbehandlung Platz gegriffen hat, und einer klaren und vernünftigen Strategie durch zum Teil unnötige Diagnostik und fragliche Therapievarianten ausgewichen wird.

eines kritischen und kreativen Denkens entheben. Denn was ist, wenn die primäre Diagnose falsch war, wer wagt den Ausstieg aus den Automatismen?

Ich möchte jedoch nicht verschweigen, dass die heutige Generation mit einer früher nicht vorstellbaren rasanten Entwicklung der Medizin konfrontiert ist.

Eine medizinische oder chirurgische Schule wie zu unserer Zeit aufzubauen, zu lehren und weiterzugeben, ist heutzutage praktisch nicht mehr möglich, da die Methoden schon morgen überholt sein können.

Außerdem sind die heutigen Ärzte mit schon derzeit immensen, letztlich aber immer steigenden Kosten konfrontiert. Sie sind also nicht nur verpflichtet, den Patienten die bestmögliche Therapie anzubieten, sollen jedoch gleichzeitig einen vorgegebenen Kostenrahmen einhalten. Das gleicht manchmal einer Quadratur des Kreises. Wie dies unsere Gesundheitssysteme in der Zukunft bewerkstelligen können, entzieht sich meiner Phantasie. Diese Sorgen hatten wir in der Zeit unserer Aszendenz glücklicherweise nicht!

Abschließend möchte ich jedoch auf die meiner Meinung nach grundlegenden

Unterschiede zwischen den genannten Generationen eingehen.

In unserer Generation hat sich die Meinung etabliert, auch wenn sie rückblickend nicht selten nur eine Illusion war, dass Ideen es wert wären, umgesetzt zu werden, um nachhaltige Verbesserungen zu erzielen. Diese Begeisterung vermisste ich in weiten Teilen der heutigen Generation.

Fairerweise muss hervorgehoben werden, dass diese in einem engen Korsett bürokratischer, administrativer und finanzieller Restriktionen verhaftet ist.

Dies scheint mir auch der Grund zu sein, dass nicht nur in unserem Berufe ein gewisses Gefühl der Resignation, wenn nicht gar der Gleichgültigkeit Platz gegriffen hat. „Man kann ja ohnehin nichts ändern!“ Daher begnügt man sich mit dem Gegebenen und konzentriert sich auf die außerberuflichen Interessen.

Dass damit auch ein Verlust an Arbeitsfreude verbunden ist, scheint den Meisten nicht bewusst zu sein. Freude an der Arbeit ist ein wesentlicher Faktor der Lebensqualität!

Dass diese Denkweisen nicht ohne Risiko sind und durchaus zu einem unerwarteten Rumor in der Gesellschaft führen können, beweisen gerade jetzt die Unruhen in Frankreich, welche nicht von linken oder rechten Chaoten lanciert werden, sondern ihren Ursprung in der Mitte der Gesellschaft haben!

Ich kann nur alle Mitglieder der „Generation Y“ dazu motivieren, ihre Begeisterung für neue Ideen nicht verkümmern zu lassen und sie stattdessen zu reaktivieren. Es lohnt sich allemal, wenn schon nicht für die Gesellschaft, so doch für jeden Einzelnen, Ideen zu fassen, sie zu artikulieren und umzusetzen zu versuchen!

Außerdem erlaube ich mir den Rat, sich dem Selbstverständnis unserer Generation zumindest anzunähern: Wir waren in der überwiegenden Mehrzahl der Meinung, einem elitären Berufsstand angehören zu dürfen, der mit dem wohl vitalsten Bedürfnis der Menschen, der Gesundheit zu tun hat.

Der von Politikern und Administrationsbeamten langjährig indoktrinierten Meinung, dass unser Beruf eine Dienstleistung wie jede andere wäre, kann ich mich mit tiefster Überzeugung bis heute nicht anschließen!

Univ. Prof. Dr. Othmar Zechner

Sollte Europa die Gesundheitssysteme Afrikas unterstützen?

Überlegungen am Beispiel Tansanias

O. Zechner



Gleich vorab, die in der Überschrift dieses Essays gestellte Frage kann eindeutig mit „Ja“ beantwortet werden.

Medizinische Versorgung gehört, neben anderen Aspekten, zu den grundlegenden Voraussetzungen, um die Lebensbedingungen einer Bevölkerung zu verbessern.

Diese Zielsetzung muss auch im Interesse europäischer Staaten sein, denn die mangelhaften Lebens-, Infrastruktur- und Arbeitsbedingungen sind zweifellos hauptverantwortlich dafür, dass sich immer mehr, vorwiegend jüngere Menschen aufmachen, ihre Heimatländer verlassen und sich auf den manchmal lebensgefährlichen Weg in das „gelobte Land“ Europa begeben.

Dieser durch die Migrationsströme ausgelöste Druck auf unsere Staatengemeinschaft wird sich durch alleinigen, wenn auch robusten, Schutz der Grenzen nicht zufriedenstellend mindern lassen. Abgesehen von der kreativen Findigkeit der Migranten, immer neue Routen zu etablieren, darf in unserer Gesellschaft der humanistische Wertekodex im Hinblick auf die Wertschätzung menschlichen Lebens nicht fakultativ entsorgt werden.

Darüber hinaus propagieren Spitzenpolitiker unserer Staaten schon seit

geraumer Zeit, dass die Ursachen der Migration an deren Wurzeln – also in den Herkunftsländern – bekämpft werden sollten. Allein die dafür nötigen Verfahren wurden bislang noch keineswegs eindeutig deklariert, geschweige denn angegangen.

Es sollte allerdings außer Streit stehen, dass der bisher übliche reine Geldtransfer an afrikanische Regierungen im Rahmen der Entwicklungshilfe, der definitiv falsche Weg ist!

Diese Erkenntnis hat nicht nur im Bewusstsein tatsächlicher europäischer Experten Platz gegriffen, sondern wird auch von Intellektuellen afrikanischer „Think Tanks“ propagiert.

In den letzten Jahrzehnten ist den afrikanischen Staaten die gigantische Summe von zwei Billionen (!) US-Dollar an Entwicklungsgeldern zugekommen, ohne erwartbare bzw. nachhaltige Effekte in der Verbesserung der Infrastruktur zu hinterlassen.

Die Gründe dafür sind mannigfaltig und reichen von mangelhafter Qualität in der Umsetzung von Bauvorhaben über vernachlässigte Wartungs- und Erhaltungsarbeiten etc. bis zu dem bedauerlichen Faktum, dass erhebliche Mengen der transferierten Gelder in den Taschen korrupter Politiker gelandet sind.

Dies darf jedoch keinesfalls dahingehend interpretiert werden, dass das Volumen finanzieller Investitionen in Afrika von den europäischen Staaten reduziert werden sollte!

Vielmehr ist es im vitalen Interesse sowohl der afrikanischen Bevölkerung als auch in unserem eigenen Interesse, dass Europa noch wesentlich mehr Geld in die Hand nehmen muss, um im Rahmen partnerschaftlicher Projekte die Infrastruktur dieser Staaten substantiell zu verbessern. Der entscheidende Punkt dabei ist jedoch, dass diese Investitionen nicht dem kommerziellen Interesse der europäischen Staaten dienen sollen, sondern dass die Wertschöpfung innerhalb Afrikas verbleibt. Der zweite, aber ebenso wichtige Aspekt liegt jedoch darin, dass diese Projekte von Europa aus geplant und unter europäischer Aufsicht mit entsprechenden Qualitätskriterien umgesetzt und in weiterer Folge – und das ist eminent entscheidend – auch von Europa aus kontrolliert werden müssen. Ohne entsprechende Kontrolle werden alle gut gemeinten Vorhaben, wie die Vergangenheit leider kontinuierlich bewiesen hat, im Sande verlaufen!

China – der momentan liebste Freund der Afrikaner – baut Eisenbahnen und Straßen, aber auch Krankenhäuser, vorzugsweise mit aus China angelieferten

Ingenieuren und Arbeitern, und kümmernt sich nicht um das Verhalten afrikanischer Politiker (was wohlwollend zur Kenntnis genommen wird). Die meisten Projekte werden von chinesischen Banken in Form von Krediten finanziert, und wohl wissend, dass die Bedeckung der Kredite unwahrscheinlich ist, werden auch gleichzeitig Kreditversicherungen abgeschlossen. Letztlich zahlt somit der chinesische Staat die Investitionen. Dafür verlangt China jedoch Zugriff auf die natürlichen Ressourcen der Länder. Das können Minen in Simbabwe oder Gasfelder und Sandlieferungen aus dem Victoriasee in Tansania und vieles mehr sein. Außerdem hat China, mit Billigung der entsprechenden Staaten, schon mehrere Militärstützpunkte insbesondere an den Küsten errichtet.

Dass dies eine neue Form der Kolonisation darstellt ist evident, den allermeisten afrikanischen Politikern jedoch bislang offenbar nicht bewusst geworden!

Die im europäischen Kommunismus übliche kostenlose Gesundheitsversorgung hat, offenbar aus chronischem Geldmangel nicht Platz gegriffen. Somit muss üblicherweise für medizinische Behandlungen und Medikamentenabgabe bezahlt werden. Ausnahmen davon sind Kinder, ältere Menschen über 60 Jahren oder Erkrankungen wie Tuberkulose oder HIV.

Das Gesundheitswesen in Tansania

Mit der Bildung des eigenständigen Staates Tansania in den 60er Jahren des vorigen Jahrhunderts unter Julius Nyerere hätte die Idee des „afrikanischen Sozialismus“ Einzug halten sollen. Obwohl dieses Vorhaben krachend gescheitert ist, wird der erste Präsident noch immer als der „Vater der Nation“ bezeichnet und sein Bild hängt in allen Amtsstuben vis á vis des Bildes des derzeitigen Präsidenten Magufuli.

Als ein glühender Anhänger Mao Zedongs wollte er eigentlich ein kommunistisches System etablieren. Das mit dem Kommunismus hat aber nicht so recht funktioniert. Zwar wurden einzelne Stämme wie z.B. die Massai gewaltsam aus der Serengeti umgesiedelt, um angeblich die landwirtschaftliche Produktion zu erhöhen, allein der erhoffte Erfolg blieb aus. Aus dem vormaligen Exportland landwirtschaftlicher Güter wurde, zwar nicht in demselben desaströsen Maße wie in Simbabwe, ein Staat, welcher auf den Import landwirtschaftlicher Produkte angewiesen ist.

Auch die im europäischen Kommunismus übliche kostenlose Gesundheitsversorgung hat, offenbar aus chronischem Geldmangel nicht Platz gegriffen. Somit muss üblicherweise für medizinische Behandlungen und Medikamentenabgabe bezahlt werden. Ausnahmen davon sind Kinder, ältere Menschen über 60 Jahren oder Erkrankungen wie Tuberkulose oder HIV.

Außerdem werden manche Spitäler, deren Träger kirchliche Institutionen sind – und davon gibt es in Tansania relativ viele – dazu verpflichtet, z.B. sectiones cesariae bezahlungsfrei durchzuführen. Die dabei anfallenden Kosten für die Häuser werden jedoch nicht vom Staat ersetzt. Gerade Sectionen sind häufige Eingriffe, da die Frauen auf Grund der leider immer noch häufig geübten Tradition der female genital mutilation (weiblichen Beschneidung) mit zum Teil gravierenden Komplikationen bei normalen Geburten zu rechnen haben.

In dem „Buschspital“ in Wasso im Norden Tansanias, in welchem ich regelmäßig tätig bin, ist der Kaiserschnitt die am häufigsten durchgeführte Operation. Ich habe auch im Rahmen meiner Aufenthalte keine einzige, nicht beschnittene Frau gesehen!

Die kleinste Gesundheitseinrichtung ist

die Dispensary, wo vorwiegend Medikamente ausgegeben werden, gefolgt von Health Care Centers, wo Minimaltherapien und Impfungen durchgeführt werden. Darüber stehen die Distriktspitäler mit einer chirurgischen und internistischen Grundversorgung. Diese sollten eigentlich in geordneter Verbindung mit Regionalspitälern stehen, was gegebenenfalls in größeren Städten, nicht jedoch an den Land- bzw. Buschspitälern der Fall ist. So ist es z.B. unerhört aufwendig, nach Operationen in einem Distriktspital eine histologische Untersuchung entfernten Gewebes zu erlangen! Dies ist für Ärzte, welche die Usancen in unseren Gesundheitssystemen als selbstverständlich empfinden, äußerst gewöhnungsbedürftig!

Die Referenz- oder Universitätsspitäler haben demgegenüber einen wesentlich höheren Standard. Ich hatte die Gelegenheit, sowohl die Universitätskliniken in Mwanza am Victoriasee als auch das Benjamin Mkapa-Spital in der Hauptstadt Dodoma zu besuchen. Letzteres wurde erst vor wenigen Jahren auf einem ungeheuer ausgedehnten Areal, welches sämtliche Universitätsinstitute auch außerhalb der Medizin beherbergt, errichtet. Es ist mit den modernsten Geräten eingerichtet und bräuchte den Vergleich mit einem High-Standard-Spital in unseren Breiten nicht zu scheuen.

Allein, manche dieser Geräte sind noch nicht einmal fertig ausgepackt, da es einerseits an Patienten, vor allem aber an dem Personal mit der entsprechenden Expertise mangelt.

In den ausschließlich vom Staat finanzierten Häusern werden folgende Patientengruppen – sofern sie nicht krankenversichert sind – kostenlos behandelt:

- Kinder bis zu einem Alter von 5 Jahren
- Schwangere ab dem 6. SS-Monat bis zur Geburt und Wochenbett
- Epilepsiekranke
- Psychiatriepatienten
- HIV-, Tbc- und Lepra-Patienten
- Patienten ab dem 60. Lebensjahr

Tatsächlich ist jedoch die Diagnose- und Behandlungsqualität in den staatlichen Häusern, mit Ausnahme der Universitätskliniken, weniger als bescheiden.

Daher frequentieren die Patienten eher die „halb-staatlichen“ Häuser, welche primär als Träger kirchliche Insti-

tutionen, NGO's oder auch einige wenige tatsächlich private Eigentümer haben, die mit dem Staat ein Service-Agreement eingegangen sind. Dabei verpflichtet sich der Träger, die oben genannten Kostenbefreiungen zu respektieren. Dafür verpflichtet sich der Staat, die Personalkosten – zumindest weitgehend – zu übernehmen. Es wäre jedoch nicht Afrika, wenn tatsächlich nach diesen Vorgaben gehandelt würde!

So bezahlt der Staat in diesen Private-Public-Partnership-Institutionen (PPP) meistens nur einen Teil der Personalkosten. Dafür scheuen sich potente Häuser wie z.B. Bugando Medical Center nicht, für einen Kaiserschnitt 320.000,- TSh (ca. € 130,-) zu verlangen, obwohl dies eigentlich eine kostenbefreite Behandlung wäre!

Das kann sich aber ein Buschspital wie Wasso, welches im Besitz der Erzdiözese Arusha ist, nicht leisten. Hier werden vom Staat die Vorgaben gemacht und bezahlen muss es das Spital selbst!

In diesem PPP-Spital wird zwar vom Staat festgelegt, dass ein computerbasiertes Aufnahme- und Dokumentationssystem angelegt werden muss, allein die Finanzierung sowohl der Hardware als auch des dafür notwendigen Programmes obliegt dem Haus und somit dem Träger. Da diese Träger in der Regel nicht über ausreichende Mittel verfügen, ist dieses Spital de facto von der Unterstützung zweier österreichischer Fonds substantiell abhängig.

Da dieses Spital sowie ein zweites in der Nähe des Ngorongoro-Kraters gelegenes vom österreichischen Arzt und Missionar Dr. Herbert Watschinger in den 60er Jahren des vorigen Jahrhunderts gegründet wurde, haben sich zunächst die Republik Österreich und in der Folge zwei Fonds unter Unterstützung der Diözese Linz und des Landes Oberösterreich bereit erklärt, dieses Lebenswerk Watschinger's zum Wohle der Massai am Leben zu erhalten. Dass diese „Mühen in der afrikanischen Ebene“ alles andere als einfach, friktionsfrei und weitgehend von vernunftbefreitem Wirken der lokalen Behörden begleitet sind, wird jeder wirkliche Afrikakenner vorbehaltlos verstehen.

Bis 2014 pflegte der Staat auch den Großteil der Medikamenten- bzw. Verbrauchsmaterialienkosten zu tragen, seit diesem Zeitpunkt sind jedoch diese PPP-Spitäler vollständig auf sich selbst angewiesen.

Wirklich unabhängige Häuser wie reine

Missionsspitäler oder von ausschließlich privaten Trägern wie z.B. NGO's geführt, müssen sämtliche Kosten entweder selbst erwirtschaften oder sind maßgeblich auf Spenden angewiesen.

Abschließende Beurteilung und Perspektiven

Seit Präsident Magufuli 2015 ins Amt gewählt wurde, hat sich im Lande doch einiges geändert. Einerseits hat er löblicherweise der ubiquitären Korruption den Kampf angesagt, dafür haben sich jedoch die Möglichkeiten, gespendete Waren, wie Medikamente, Instrumente und Verbrauchsmaterial einzuführen, wesentlich erschwert. Die Vorgehensweisen der Zollbehörden an den Flughäfen haben sich massiv verschärft, wobei die Sinnhaftigkeit mancher Modalitäten wie meistens in Afrika wohl zu hinterfragen ist. So müssen nachweislich geschenkte (!) Waren nicht nur verzollt werden, sondern Medikamente, welche nicht an der Packung und im Beipackzettel in englischer Sprache oder in Swaheli ausgewiesen sind, werden nicht zur Einfuhr freigegeben! Ich musste einmal einen Koffer voll mit für die Anästhesie notwendigen Medikamenten wieder aus dem Zolldepot bei meiner Heimreise mitnehmen und konnte froh sein, dass die Drohung des obersten Zollbeamten, den Koffer einer Verbrennung auf meine Kosten zuzuführen, nicht umgesetzt wurde. Man wird somit gezwungen, die Medikamente im Lande zu kaufen, wobei keineswegs alle für uns selbstverständlichen Wirksubstanzen erwerbbar sind.

Unzweifelhaft sind unter der jetzigen Präsidentschaft Tendenzen zu erkennen, das Land in einen Polizeistaat unter praktisch diktatorischer Führung umzuwandeln.

Kritische Ansichten öffentlich zu äußern, wird sowohl von Inländern aber auch von ausländischen Beobachtern zunehmend weniger toleriert. Aber die meisten Afrikaner sind, wohl dank ihrer tribalen Traditionen, mit diktatorischen Regimen gar nicht so unglücklich!

Über diese Entwicklung sollte sich jeder, ungeachtet seiner Motivation, im Lande Hilfestellung zu leisten, im Klaren sein.

Andererseits wird einem sowohl von Patienten als auch von den Ärzten ehrliche Dankbarkeit entgegengebracht, wenn man den vorhandenen Standard entweder durch eigene Aktivitäten oder durch „teaching“ maßgeblich verbessert.

Wirklich unabhängige Häuser wie reine Missionsspitäler oder von ausschließlich privaten Trägern wie z.B. NGO's geführt, müssen sämtliche Kosten entweder selbst erwirtschaften oder sind maßgeblich auf Spenden angewiesen.

Nicht zuletzt deshalb lohnen sich solche Hilfestellungen, da sie nachhaltig zur Verbesserung der Lebensumstände beitragen und – auch das sollte nicht unerwähnt bleiben – für europäische Ärzte und Pflegepersonen eine Erweiterung des persönlichen Horizontes bedeuten. Erforderlich dazu sind neben einer gewissen physischen und psychischen Belastbarkeit auch ein nicht unmaßgebliches, kreatives Potential, um auf unvorhersehbare Ereignisse unkonventionell reagieren zu können.

Man sollte jedoch nicht der Illusion verfallen, dass eine konventionelle Ausbildung afrikanischer Kollegen an europäischen Häusern eine Optimierung der medizinischen Versorgung in den Herkunftsländern zur Folge haben würde. Vielmehr, und das hat die Erfahrung derartiger Versuche leider gezeigt, bemühen sich die optimiert ausgebildeten Kollegen, entweder gleich in Europa bleiben zu können, sollte dies jedoch nicht möglich sein, werden sie ihre im Landesvergleich überlegene Expertise an jenen Orten zur Verfügung stellen, wo ihnen ein Maximum an finanziellem Gewinn in Aussicht steht – und das sind nun einmal ausschließlich die Großstädte. Ihre Herkunftsspitäler am Lande sehen sie verlässlich niemals wieder.

Die meines Erachtens einzig vernünftige Option zur Weiterbildung dieser Kollegen stellen zur Zeit die Ausbildungskurse des OMI-Instituts der American-Austrian-

Foundation dar, wo im Rahmen von konzentrierten und strukturierten Kurzzeitkursen einerseits auf die Bedürfnisse bzw. Anforderungen in den jeweiligen Herkunftsländern und andererseits auch auf die Fähigkeiten der Kollegen Rücksicht genommen wird. Es ist damit gewährleistet, dass die Kollegen in jedem Falle an ihre Ursprungsorte zurückkehren.

Bislang sind vom OMI-Institut 430 Kollegen aus Afrika auf diese Weise fortgebildet worden.

Es gibt in Afrika eine Reihe von medizinischen Aktivitäten, die von Europa

ausgehen und finanziert werden. Allein in Tansania sind einige österreichische Institutionen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung tätig. Es wäre mehr als sinnvoll und eigentlich zwingend notwendig, einen Ist-Status aller Aktivitäten zu erheben, um gegebenenfalls synergistische Effekte lukrieren zu können. Das sollte jedoch z.B. auf der Ebene des Außenministeriums zentriert und letztlich auch gesteuert werden. Denn wie eingangs erwähnt, handelt es sich dabei um effektive und nachhaltige Entwicklungshilfe! Die bislang zwar gutgemeinten aber unkoordinierten Aktivitäten haben natürlich keinesfalls eine entspre-

chende Effizienz als vergleichsweise ein koordiniertes Vorgehen! Daher sollte dies vom Staat und seinen mit der Entwicklungshilfe befassten Institutionen unbedingt gefordert werden!

Abschließend kann ich nur jede Kollegin oder Kollegen einladen, wenn sie/er an einem derartigen Aufenthalt mit entsprechender Tätigkeit interessiert ist, mit mir Kontakt aufzunehmen (E-Mail: o.zechner@aon.at).

Univ. Prof. Dr. Othmar Zechner



Österreichische Gesellschaft für Urologie und Andrologie



45. Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Urologie und Andrologie und der Bayerischen Urologenvereinigung

100 Jahre Österreichische Gesellschaft für Urologie: Innovation aus Tradition

9. – 11. Mai 2019 | Reed Messe Wien

Tagungspräsident:
Prim. Prof. Dr. H. Christoph Klingler
 Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Urologie
 Wilhelminenspital & KH Hietzing, Wiener KAV

Veranstalter:
 INTERPLAN Congress, Meeting & Event Management AG

Weitere Informationen:
www.uro-tagung.at

Termine

17.-19. 1. 2019, Fuschl am See
Andrologischer Winterworkshop
 Informationen: www.urocampus.at

26. 1. 2019, Wien
Prostata-Meeting
 Veranstalter: AK für Urologische Onkologie (AUO) und die ÖGU
 Anmeldung:
 Tel.: 01 / 879 99 07-0 (Fax: DW 50)
anmeldung@henrich-pr.at

15.-19. 3. 2019, Barcelona, E
EAU19 – 34th Annual Congress of the European Association of Urology
eau.2019conference.org

3.-6. 5. 2019, Chicago, USA
AUA2019
www.aua2019.org

3.-5. 5. 2019, Pörtlach
Frühjahrstagung und Mitgliederversammlung des bvU 2019
 Informationen: www.urocampus.at

3.-6. 9. 2019, Gothenburg, S
49th ICS Annual Meeting
www.ics.org/2019

18.-21. 9. 2019, Hamburg, D
71. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU)
www.urologenportal.de/fachbesucher/kongresse/dgu-kongress/jahreskongress-der-dgu.html

8.-9. 11. 2019, Linz
Fortbildungstagung der ÖGU
www.uro.at

Katheterisierung – Stiefkind im klinischen Alltag?

Die Katheterisierung ist eine der häufigsten klinischen Tätigkeiten – nicht nur für den Urologen – und führt doch ein wenig das Dasein eines Stiefkindes im klinischen Alltag.

Die Durchführung einer ordnungsgemäßen Katheterisierung obliegt nicht nur den Medizinerinnen sondern auch den Angehörigen der diplomierten Gesundheits- und Pflegeberufe.

Als Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Urologie und Andrologie ist es für Herrn Prim. Prof. Dr. H. Christoph Klingler, FEBU, ein besonderes Anliegen, auch fächerübergreifende Themen und Fragestellungen aufzugreifen und gegebenenfalls eine Expertenmeinung aus der Sicht der Urologie vorzustellen.

Anlässlich der Vorstellung des „Leitfaden Transurethrale Blasen katheterisierung“ führten wir mit Herrn Prof. Klingler ein Gespräch.

Redaktion: Sehr geehrter Herr Prof. Klingler, was hat Sie dazu bewogen, diesen Leitfaden zu entwickeln und umzusetzen?

Prof. Klingler: Eine der häufigsten medizinischen Tätigkeiten im klinischen Alltag ist die Durchführung einer ordnungsgemäßen Katheterisierung. Bei der Erstellung dieses Leitfadens haben wir uns auf die häufigste Form, die transurethrale Blasen katheterisierung fokussiert.

Ist bei einem Patienten eine Katheterisierung – sei es aus therapeutischen oder diagnostischen Gründen – notwendig, muss diese für den Patienten möglichst schmerzfrei und schonend durchgeführt werden. Die Patienten reagieren sehr unterschiedlich auf das Vorhaben, eine Katheterisierung durchzuführen, sehr häufig auch deswegen, weil es seitens der Durchführenden zu wenig Aufklärung und Information für die Patienten gibt.

Wird der Patient über den Grund für eine Katheterisierung informiert und wird er über den Ablauf der Durchführung unterrichtet, kann das wesentlich zur Entspannung des Patienten und damit zu einer verbesserten Compliance führen.

Was geschieht, wenn eine Katheterisierung nicht erfolgreich durchgeführt wird?

Kann eine Katheterisierung nicht ordnungsgemäß durchgeführt werden – sei es aus Gründen, die in der mangelnden Expertise des Durchführenden oder in medizinisch bedingten Kontraindikationen oder Komplikationen liegen – verzögern sich unter Umständen nachfolgende Behandlungen, im schlimmsten Fall können schwerwiegende Konsequenzen die Lebensqualität der uns anvertrauten Patienten massiv beeinträchtigen.

Sie erwähnen die mangelnde Expertise des Durchführenden – Was ist der Grund für diese Annahme?

Aus meiner Erfahrung kann ich sagen, dass rund um das Thema Katheterisierung eine Reihe von Ungereimtheiten und Mythen entstanden sind, die sehr häufig in den mangelnden technischen Fertigkeiten zur Durchführung einer ordnungsgemäßen Katheterisierung begründet sind.

Hauptsächlich geschuldet ist diese nicht zufriedenstellende Situation einer nicht vorhandenen strukturierten Ausbildung, um eine Katheterisierung erfolgreich

Die Patienten reagieren sehr unterschiedlich auf das Vorhaben, eine Katheterisierung durchzuführen, sehr häufig auch deswegen, weil es seitens der Durchführenden zu wenig Aufklärung und Information für die Patienten gibt.



Prim. Prof. Dr. H. Christoph Klingler, FEBU

durchführen zu können.

Prinzipiell sollten nur gut ausgebildete Anwender katheterisieren, weil nur damit die Sicherheit für die Patienten und auch die Anwender größtmöglich gegeben ist.

Es daher unabdingbar, dass die erste Katheterisierung nicht von einem unerfahrenen Assistenzarzt oder einem unerfahrenen Angehörigen der diplomierten Gesundheits- und Pflegeberufe allein durchgeführt wird. Und es ist keine Schande zu fragen und einen erfahrenen Kollegen um Hilfe zu bitten. Gibt es z. B. Probleme bei der Katheterisierung, sollte der Durchführende nicht weiter erfolglos herumprobieren, sondern möglichst rasch einen erfahrenen Kollegen beiziehen – dies zum Wohle unserer Patienten.

Die Standard-Katheterisierung ist nicht nur eine Angelegenheit des Urologen sondern aller adäquat ausgebildeten Ärzte und der Angehörigen der diplomierten Gesundheits- und Pflegeberufe.

Was sind die Inhalte des „Leitfaden Transurethrale Blasen katheterisierung“ und was möchten Sie damit erreichen?

Die grundsätzliche Überlegung war, ein kompaktes, für die Kitteltasche geeignetes Heft zu produzieren, in dem kurz und bündig – und ohne Anspruch auf Vollständigkeit – wesentliche Punkte der Katheterisierung angeführt werden:

- Definition
- Indikationen
- Kontraindikationen
- Komplikationen

- Vorgehen und Durchführung
- Tipps und Tricks für die Durchführung
- Wichtige Anforderungen an ein Gleitmittel
- Welches Gleitmittel wofür?
- Produktpalette von Cathejell
- Handhabung (Single Hand Use)
- Aufsetzen der Applikationsspritze (Cannula)
- Vorteile von Cathejell

Besonders wichtig war es mir, die Reichweite dieses Leitfadens enorm auszuweiten und diesen neben den medizinischen Durchführenden der Katheterisierungen auch allen interessierten Angehörigen der diplomierten Gesundheits- und Pflegeberufe zur Verfügung zu stellen.

Durch die großzügige Unterstützung der Fa. Montavit (Anforderung: siehe Kasten, Anm. der Redaktion) kann dieses Ziel erreicht werden.

Einen der Punkte aus dem Inhalt nennen Sie „Tipps und Tricks für die Durchführung“. Was ist darunter zu verstehen?

Ich möchte das anhand einiger Beispiele erklären.

Im Zuge des Aufklärungs- und Informationsgesprächs mit dem Patienten können Sie nach möglichen Allergien (z. B. allergische Reaktionen auf die Verabreichung von Lokalanästhetika) oder nach Problemen bei früheren Katheterisierungen fragen. Auch die Antwort des Patienten auf die Frage, ob es schon früher Operationen am unteren Harntrakt gegeben hat, liefert wesentliche Hinweise für die weitere Vorgangsweise. Es scheint banal, aber gerade diese Informationen sind für eine erfolgreiche Katheterisierung von wesentlicher Bedeutung – für den Patienten und den Durchführenden.

Sehr oft stellt sich dem unerfahrenen Anwender die Frage nach der Menge des Gleitgels, die verwendet werden sollte.

Bei einer komplikationslosen Katheterisierung sind bei der Frau (bedingt durch die kürzere Harnröhre) 8,5g Gleitgel ausreichend; beim Mann beträgt die ausreichende Menge 12,5g Gleitgel.

Werden allerdings Schwierigkeiten bei der Katheterisierung (z. B. bei bekannter BPH) erwartet, muss die Menge adaptiert werden (siehe Abschnitt „Tipps und Tricks für die Durchführung“).

Sie haben hier das Gleitgel angesprochen. Worauf kommt es bei einem Gleitgel an und was soll dadurch gewährleistet werden?

Ein Gleitgel muss gewährleisten, dass sich die Harnröhre entfaltet, um die Katheterisierung zu erleichtern. Von wesentlicher Bedeutung ist die anästhesierende Komponente, weil Schmerzen bei der Katheterisierung nicht vorkommen dürfen, hier ist auch wichtig, die Wartezeit von 3-5 Minuten bis zum Eintritt der anästhesierenden Wirkung zu beachten.

Besonders wichtig ist auch die desinfizierende Wirkung zur Vermeidung von Infektionen und eine geeignete Viskosität zum Schutz vor Verletzungen. Im Hinblick auf Sondierungen und Endoskopien werden besonders hohe Ansprüche an die Sichtklarheit und die Transparenz gestellt.

Im „Leitfaden Transurethrale Blasen-katheterisierung“ wird auch die Produktpalette von Cathejell mit dem breiten Angebot unterschiedlich zusammengesetzter Gleitgels für den Einsatz in unterschiedlichen Anwendungsgebieten dargestellt. Mit diesem breiten Angebot sollte es möglich sein, das optimale Gleitgel für den jeweiligen Untersuchungszweck zu finden und anzuwenden (siehe Abschnitt „Produktpalette Cathejell“).

Abschließend möchte ich betonen, dass eine auf die Bedürfnisse des Patienten Rücksicht nehmende Katheterisierung mit den zur Verfügung stehenden Produkten und der notwendigen Expertise der Durchführenden selbstverständlich sein sollte. Und wenn der Leitfaden zu einem besseren Verständnis ein wenig beitragen kann, dann hat sich die Arbeit gelohnt.

Herr Prof. Klingler, wir bedanken uns für das Gespräch!

ISBN 978-3-9504018-8-2

Österreichische Gesellschaft für Urologie und Andrologie

Nachrichten der Österreichischen Gesellschaft für Urologie und Andrologie

Leitfaden Transurethrale Blasen-katheterisierung

Prim. Prof. Dr. H.C. Klingler, FEBU
Urologische Abteilung und Kompetenzzentrum für Kinderurologie
Wilhelminenspital & KH Hietzing, KAV, Wien

Inhalt:
Definition
Indikationen
Kontraindikationen
Komplikationen
Vorgehen und Durchführung
Tipps und Tricks für die Durchführung
Wichtige Anforderungen an ein Gleitmittel
Welches Gleitmittel wofür?
Produktpalette von Cathejell
Handhabung (Single Hand Use)
Aufsetzen der Applikationsspritze (Cannula)
Vorteile von Cathejell

Dezember 2018

Anforderung bei:

Pharmazeutische Fabrik Montavit Ges.m.b.H.
Salzbergstraße 96, 6067 Absam
pharma@montavit.com

Fachkurzinformationen zu Seite 13

Cathejell C – Kathetergleitgel steril (Medizinprodukt). **Zusammensetzung:** 1 g Gel enthält 0,5 mg Chlorhexidindihydrochlorid. Liste der sonstigen Bestandteile: Hydroxyethylcellulose, Glycerol, Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Cathejell C ist ein steriles, wasserlösliches, sichtbares Gel, welches als Gleitmittel für Katheter, Endoskope, Sonden, Tuben oder andere medizinische Instrumente verwendet wird. Dient als Gleitmittel zur Anwendung auf Schleimhäuten und hat neben seiner bestimmungsgemäßen Hauptwirkung eine keimbabtötende Wirkung und soll dadurch Infektionen weitgehend verhindern. Anwendung in der Harnröhre vor dem Einführen eines Katheters, Endoskops oder anderer medizinischer Instrumente. **Gegenanzeigen:** Cathejell C darf nicht angewendet werden, wenn Sie überempfindlich (allergisch) gegenüber Chlorhexidin oder einen der sonstigen Bestandteile von Cathejell C sind. **Vertrieb:** Pharm. Fabrik Montavit Ges.m.b.H., A-6067 Absam/Österreich. **Abgabe:** frei verkäuflich. **Stand der Information:** 02/2013.

Cathejell Diphenhydramin 1% / Chlorhexidin 0,05% – Gel. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: 1 g Gel enthält 10 mg Diphenhydraminhydrochlorid und 0,5 mg Chlorhexidindihydrochlorid. Liste der sonstigen Bestandteile: Hydroxyethylcellulose, Glycerol, Natriumlaktat-Lösung, Wasser für Injektionszwecke, Natriumhydroxid-Lösung und Salzsäure-Lösung zur pH-Wert-Einstellung. **Anwendungsgebiete:** Cathejell ist ein Kathetergleitmittel mit lokalanästhetischer und desinfizierender Wirkung zur Instillation in die Harnröhre vor Katheterisierungen, Endoskopien oder Cystoskopien. Cathejell wird bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern (2 - 11 Jahre) angewendet. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der genannten sonstigen Bestandteile. Schwangerschaft: 1. Trimenon. Stillzeit: Neugeborene und Kinder unter 2 Jahren. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antihistaminika zur topischen Anwendung; Diphenhydramin. **ATC Code:** D04AA32. **Inhaber der Zulassung:** Pharm. Fabrik Montavit Ges.m.b.H., A-6067 Absam/Tirol. **Abgabe:** Rezeptpflichtig, apothekenpflichtig. Informationen betreffend Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen und Gewöhnungseffekte entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation. **Stand der Information:** 05/2013.

Cathejell Lidocain 2% / Chlorhexidin 0,05% – Gel. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: 1 g Gel enthält 20 mg Lidocainhydrochlorid und 0,5 mg Chlorhexidindihydrochlorid. Liste der sonstigen Bestandteile: Hydroxyethylcellulose, Glycerol, Natriumlaktat-Lösung, Wasser für Injektionszwecke, Natriumhydroxid-Lösung und Salzsäure-Lösung zur pH-Wert-Einstellung. **Anwendungsgebiete:** Zur Schleimhautanästhesie und als Gleitmittel für Katheterisierungen, Sondierungen und Endoskopien; Trachealintubationen. Cathejell wird bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern (2-11 Jahre) angewendet. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der genannten sonstigen Bestandteile. Überempfindlichkeit gegen andere Lokalanästhetika vom Amid-Typ. Kinder unter 2 Jahren. Bulbocavernöser (urethrocavernöser) Reflux. Es handelt sich hierbei um eine Verletzung der dünnen Urethralschleimhaut, die zu einem Einschwemmen des Gleitmittels in den Schwellkörper und dort zur Resorption führen kann. Schwere Herzinsuffizienz, ausgeprägte Bradykardie, AV-Block, kardiogener oder hypovolämischer Schock. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Lokalanästhetika, Amide, Lidocain. **ATC Code:** N01BB02. **Inhaber der Zulassung:** Pharm. Fabrik Montavit Ges.m.b.H., A-6067 Absam/Tirol. **Abgabe:** Rezeptpflichtig, apothekenpflichtig. Informationen betreffend Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkung mit anderen Mitteln, Nebenwirkungen und Gewöhnungseffekte entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation. **Stand der Information:** 05/2013.

Cathejell Lidocain 2% – Gel. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: 1 g Gel enthält 20 mg Lidocainhydrochlorid. Liste der sonstigen Bestandteile: Hydroxyethylcellulose, Glycerol, Wasser für Injektionszwecke, Natriumhydroxid-Lösung und Salzsäure-Lösung zur pH-Wert-Einstellung. **Anwendungsgebiete:** Zur Schleimhautanästhesie und als Gleitmittel für Katheterisierungen, Sondierungen und Endoskopien; Trachealintubationen. Cathejell wird bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern (2-11 Jahre) angewendet. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der genannten sonstigen Bestandteile. Überempfindlichkeit gegen andere Lokalanästhetika vom Amid-Typ. Kinder unter 2 Jahren. Bulbocavernöser (urethrocavernöser) Reflux. Es handelt sich hierbei um eine Verletzung der dünnen Urethralschleimhaut, die zu einem Einschwemmen des Gleitmittels in den Schwellkörper und dort zur Resorption führen kann. Schwere Herzinsuffizienz, ausgeprägte Bradykardie, AV-Block, kardiogener oder hypovolämischer Schock. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Lokalanästhetika, Amide, Lidocain. **ATC Code:** N01BB02. **Inhaber der Zulassung:** Pharmazeutische Fabrik Montavit GmbH, A-6067 Absam/Tirol. **Abgabe:** Rezeptpflichtig, apothekenpflichtig. Informationen betreffend Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkung mit anderen Mitteln, Nebenwirkungen und Gewöhnungseffekte entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation. **Stand der Information:** 10/2017.

ialuril® Prefill

Einzigartige Verbindung aus drei Komponenten – Schutz für die Blase

Chronische Cystitis bedeutet meist chronisches Leid. Die Lebensqualität ist durch brennenden Schmerz, Drangsymptomatik und hohe Miktionsfrequenz stark eingeschränkt. Das gilt nicht nur für Interstitielle Cystitis (IC/PBS) sondern auch für chronisch rezidivierende Harnwegsinfekte oder Strahlencystitis. Chronische Cystitiden sind in direktem Zusammenhang mit einem Defekt der GAG (Glycosaminoglycan)-Schicht, dem Schutz für die Blase zu sehen. Hyaluronsäure und Chondroitinsulfat sind zwei wichtige Bausteine dieser GAG-Schicht.

ialuril® Prefill ist eine einzigartige Kombination aus drei Komponenten zur Wiederherstellung der GAG-Schutzschicht des Urothel-Blasengewebes. Hyaluronsäure (1,6%) und Chondroitinsulfat (2%) – jeweils in hoher Konzentration – gemeinsam mit Kalziumchlorid (CaCl₂) konnten die Therapie weiterentwickeln [1]. Die wesentliche Komponente CaCl₂ erleichtert die Integration in die GAG-Schichte sowie die Applikation durch Senkung der Viskosität. CaCl₂ gewährleistet so die besonderen physio-chemischen Eigenschaften von ialuril® Prefill und ist für Wirksamkeit und Sicherheit relevant.

Die klinische Evidenz bestätigt die hohen Erfolgsquoten

Bei IC/BPS:

- Signifikante Verbesserung aller Wirksamkeitsparameter (Schmerz, Frequenz und Harndrang) [2].
- Langzeitdaten über 3 Jahre bei therapierefraktärer IC/BPS [2].
- Langfristig anhaltende Verbesserung der Blasenfunktion [2].



Bei chronisch rezidivierenden HWIs:

- Höhere Erfolgsquoten bei Reduktion der HWI-Episoden und Symptome im Vergleich zu Fosfomycin [3].
- Dauer bis zum HWI-Rezidiv wird deutlich verlängert [4].
- Die gut verträgliche, antibiotikafreie Behandlung verbessert die Lebensqualität [4,5].

Zusätzlich zum bewährten ialuril® Prefill für die Instillation gibt es ialuril® Soft Gels.

ialuril® Soft Gels – Kombination von 4 aktiven Inhaltsstoffen – in nur 1 Kapsel pro Tag

Kurkuma und Quercetin zusammen mit Hyaluronsäure und Chondroitinsulfat machen ialuril® Soft Gels zu einer effektiven Nahrungsergänzung. Die beiden

Naturstoffe Kurkuma und Quercetin zeichnen sich durch ein weites Spektrum biologischer Eigenschaften aus.

Die **technologische Innovation Soft Gel Kapseln** ermöglicht hohe Bioverfügbarkeit und schöpft so das Potential der Inhaltsstoffe voll aus! Die einzigartige Kombination dieser Inhaltsstoffe in ialuril® Soft Gels ist wissenschaftlich erforscht.

Das Nahrungsergänzungsmittel ist in der Packung mit 30 Stück in der Apotheke zum Preis von € 28,90 erhältlich.

Literatur:

- [1] ialuril Prefill Summary of Product Characteristics
- [2] Cervigni M et al., Int Urogyneol J 2012; 23(9): 1187-92
- [3] Torella M. et al., J Infect Chemother 2013; 19(5): 920-5
- [4] Cicione A et al., Can Urol Assoc J 2014; 8(9-10):E721-7
- [5] Damiano R et al., Eur Urol 20 11; 59(4):645-51



Für weitere Informationen:



Sanova Pharma GesmbH
Haidestraße 4, 1110 Wien, sanova.pharma@sanova.at, www.sanova.at

Astellas erhält europäische Zulassung für XTANDI™ (Enzalutamid) für erwachsene Männer mit nicht metastasiertem kastrationsresistentem Hochrisiko – Prostatakarzinom [1]

Die Ergebnisse der PROSPER-Studie zeigen ein medianes metastasenfrees Überleben (metastasis-free survival, MFS) von 36,6 Monaten bei Enzalutamid plus Androgenentzugstherapie (androgen deprivation therapy, ADT) gegenüber 14,7 Monaten für Männer, die mit Placebo und ADT behandelt wurden [2].

Die Astellas Pharma Inc. (TSE: 4503, Präsident und CEO: Dr. Kenji Yasukawa, „Astellas“) gab bekannt, dass die Europäische Kommission (EC) eine neue Indikation für XTANDI (Enzalutamid) zur Behandlung von erwachsenen Männern mit nicht metastasiertem kastrationsresistentem Hochrisiko – Prostatakarzinom (non-metastatic castration-resistant prostate cancer, high risk nmCRPC) zugelassen hat [1].

Damit ist XTANDI™ eine der ersten zugelassenen Therapien für dieses kritische Krankheitsstadium, für das bislang noch ein hoher ungedeckter medizinischer Bedarf besteht. Enzalutamid wurde von der EC erstmals im Juni 2013 zugelassen und ist bereits indiziert für

die Behandlung von erwachsenen Männern mit metastasiertem CRPC mit asymptomatischem oder mild symptomatischem Verlauf der Erkrankung nach Versagen der Androgenentzugstherapie (ADT), bei denen eine Chemotherapie noch nicht klinisch indiziert ist oder deren Erkrankung während oder nach einer Chemotherapie mit Docetaxel fortgeschritten ist [3].

Die Zulassung erfolgte auf der Grundlage der Ergebnisse der Phase-III-Zulassungsstudie PROSPER, die Enzalutamid plus ADT vs. Placebo plus ADT bei Patienten mit nmCRPC und rapide ansteigenden PSA – Spiegel (prostataspezifisches Antigen, PSA), definiert durch eine PSA-Verdopplungszeit von 10 Monaten oder weniger und einen PSA-Spiegel ≥ 2 ng/ml, untersuchte [2,3].

„Diese Neuzulassung ist ein wichtiger Fortschritt für Männer mit CRPC, für die Enzalutamid nun eine Therapieoption ist – egal, ob sie klinisch nachweisbare Metastasen haben oder nicht“, sagte Dr. Bernhardt G. Zeiher, Chief Medical Officer von Astellas. „Wir arbeiten eng

mit Gesundheitsbehörden in ganz Europa zusammen, um sicherzustellen, dass Enzalutamid allen Männern mit high risk nmCRPC sobald wie möglich zur Verfügung steht.“

Die Marktzulassung für Enzalutamid durch die EC gilt für die 28 Mitgliedsländer der Europäischen Union (EU) plus Island, Norwegen und Liechtenstein [4].

Literaturnachweis

[1] European Medicines Agency. Summary of opinion. Verfügbar unter: https://www.ema.europa.eu/documents/smop/chmp-post-authorisation-summary-positive-opinion-xtandi-ii-39-g_en.pdf. Letzter Zugriff: Oktober 2018.

[2] Hussain M, et al. Enzalutamide in men with non-metastatic castration-resistant prostate cancer. *N Engl J Med*. 2018;378:2465–74.

[3] 2. European Medicines Agency. Summary of Product Characteristics: Xtandi 40 mg soft capsules. Verfügbar unter: http://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2018/20181023142671/anx_142671_en.pdf. Letzter Zugriff: Oktober 2018.

[4] 11. European Medicines Agency. Authorisation of medicines. Verfügbar unter: <https://www.ema.europa.eu/en/about-us/what-we-do/authorisation-medicines>. Letzter Zugriff: Oktober 2018.

Fachkurzinformation siehe Seite 23

www.meineprostata.at

Diagnose **Prostatakrebs** (PCa) ist für den Patienten stets mit vielen Fragen verbunden, wie: „Was bedeutet das für mein weiteres Leben?“ oder „Welche Therapie-Optionen gibt es?“.

Sie als Experte sind in dieser herausfordernden Zeit der kompetenteste, vertrauenswürdigste und wichtigste Ansprechpartner für Ihre Patienten und deren Angehörige.

Auch uns ist es ein großes Anliegen, Sie und Ihre Patienten mit umfassenden Informationen, die weit über das Thema PCA hinausgehen, zu **unterstützen** und zu begleiten. Aus diesem Grund haben wir mit www.meineprostata.at die **größte österreichische urologische Informationsplattform im Internet*** ins Leben gerufen.

Dort können Patienten wertvolle und

fachlich belegte Informationen zum Thema Diagnose, Therapie, Lebensqualität und zu vielen weiteren Bereichen schnell und einfach online finden.

* Laut Google.at mit über 550 indextierten Artikeln zum Thema Prostatakrebs, Stand September 2018

AT/TRE/0718/0018d

Wirkstoff: Trosipiumchlorid

Inkontan passt!



green
box

- + Nicht liquorgängig
- + Gut kombinierbar
- + Individuelle Dosierung durch Snap-Tab

Fachkurzinformation siehe Seite 59



Montavit

HARNINKONTINENZ INDIVIDUELL THERAPIEREN