



Österreichische
Gesellschaft für Urologie
und Andrologie

Nachrichten der Österreichischen Gesellschaft für Urologie und Andrologie

Ausgabe

63

32. Jahrgang 2021



© Martin Praska: „Natur und Skulptur IV“, Öl auf Leinwand

COVID-19 und die Folgen

IMPRESSUM:

Herausgeber und für den Inhalt verantwortlich:

Prim. Univ. Prof. Dr.
Stephan Madersbacher, FEBU
Abteilung für Urologie und Andrologie
Klinik Favoriten
Kundratstraße 3, 1100 Wien
stephan.madersbacher@gesundheitsverbund.at

Past-Herausgeber:

1990-2001:
Univ. Prof. Dr. Herbert Lipsky, Graz
2001-2012:
Univ. Prof. Dr. Othmar Zechner, Wien
2012-2020:
Prim. Univ. Doz. Dr. Eugen Plas, 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
Redaktion: Herwig Schöfer
Rechnungswesen/Controlling:
Mag. Elfi Schnattl

ISSN 2307-5597

Folgenden Firmen sei für die Unterstützung herzlich gedankt:

ASTELLAS Pharma GmbH
ATTENDS GmbH Österreich
BRISTOL-MYERS SQUIBB GesmbH
EET – Efficient Energy Technology GmbH
GEBRO Pharma GmbH
G.L. PHARMA G.m.b.H.
IPSEN Pharma GmbH, D
JANSSEN-CILAG Pharma GmbH
MERCK GesmbH
Pharmazeutische Fabrik MONTAVIT Ges.m.b.H.
PFIZER Corporation Austria GmbH

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

4 Editorial

HAUPTTHEMA: COVID-19 und die Folgen

- 8 **Editorial zum Hauptthema „COVID-19 und die Folgen“.**
St. Hruby, Zell am See
 - 9 **COVID-19 – Reflexion und Antizipation**
St. Hruby, Zell am See
 - 12 **Leidet die urologische Ausbildung in Österreich an „Long-COVID“?**
M. Pallauf, Salzburg; St. Hruby, Zell am See
 - 13 **Der Einfluss der Pandemie auf den niedergelassenen Bereich.**
A. Gnad, Salzburg
 - 14 **COVID-19, die ÖGU und wir**
St. Krause, Linz
 - 17 **Viren, Körper, Tod – Über den Umgang mit einer Pandemie.**
M. Prisching, Graz
 - 21 **Mein COVID-Jahr.**
L. Lusuardi, Salzburg; B. Haid, Mannheim, D
 - 23 **The International View.**
F. Greco, Bergamo, I; E. Canda, Istanbul, TR
-
- 24 **Die Seite des Präsidenten.** W. Horninger, Innsbruck
 - 26 **Aus der Fortbildungskommission.** H. Fajkovic, Wien
 - 28 **Gedanken des Generalsekretärs.** A. Ponholzer, Wien
 - 29 **Aus dem AK Kinderurologie.** P. Rein, Dornbirn
 - 32 **Aus dem AK Endourologie und Steinerkrankungen.** St. Seklehner, Baden
 - 33 **Aus dem AK AssistenzärztInnen.** J. Pfuner, Wels
 - 35 **Leserkommentar.**
 - 36 **Urologische Studien in Österreich.**
 - 45 **Eine Abteilung stellt sich vor.** M. Marszalek, Wien
 - 47 **Personalien**
 - 48 **FEUILLETON**
Arzt und Schierlingsbecher – Eine Mesalliance?
Gedanken zur Diskussion über die Sterbehilfe.
O. Zechner, Wien
 - 55 **In eigener Sache – Die Chefsekretärin.** H. Lipsky, Graz; Th. Alber, Leoben
 - 57 **Occursus 2021: Gelungene Kommunikation in der Onkologie so wichtig wie nie.**
 - 58 **PRODUKTE / NEUHEITEN**
 - 63 **TERMINE**

Zur Behandlung

- des lokal fortgeschrittenen oder metastasierenden, hormonabhängigen Prostatakarzinoms
- des lokalisierten Hochrisiko- oder lokal fortgeschrittenen, hormonabhängigen Prostatakarzinoms in Kombination mit Strahlentherapie

Das Ziel ist: **Der Weg.**



Stark in puncto Wirksamkeit:

- Überzeugende **PSA-Absenkung**^{1,2}
- Effektive **Testosteron-Reduktion** weit unter Kastrationsniveau (< 20 ng/dl)^{3,4}
- **Niedrige Inzidenz** von Testosteron-Durchbrüchen^{5,6,*}

* Testosteron-Durchbruch definiert als Testosteronwert > 50 ng/dl

1. Lundström EA et al. Clin Drug Invest 2009;29(12):757-765. 2. Merseburger AS, Hupe MC. Adv Ther 2016;33(7):1072-1093. 3. Breul J et al. Adv Ther 2017;34:513-523. 4. Shim M et al. Invest Clin Urol 2019;60(4):244-250 (retrospektive Datenanalyse). 5. Wilke D et al. Pharmacotherapy 2018;38(3):327-333 (retrospektive Datenanalyse). 6. Heyns CF et al. BJU Intern 2003;92(3):226-231.

Pamorelin® LA 3,75 mg / LA 11,25 mg / LA 22,5 mg

Pulver und Lösungsmittel zur Herstellung einer Depot-Injektions suspension **Zusammensetzung:** Eine Durchstechflasche enthält Triptorelinembonat entsprechend einer Menge von 3,75 mg / 11,25 mg / 22,5 mg Triptorelin. Nach dem Auflösen in 2 ml Lösungsmittel enthält 1 ml der zubereiteten Suspension 1,875 mg / 5,625 mg / 11,25 mg Triptorelin. Sonstige Bestandteile: Pulver: Poly(glycolsäure-co-milchsäure), Mannitol, Carmellose-Natrium, Polysorbat 80; Lösungsmittel: Wasser für Injektionszwecke. **Wirkstoffgruppe:** Hormone und verwandte Mittel, Gonadotropin-Releasing-Hormon-Analoga. **Anwendungsgebiete:** Pamorelin ist indiziert zur Behandlung • des lokal fortgeschrittenen oder metastasierenden, hormonabhängigen Prostatakarzinoms. • des lokalisierten Hochrisiko- oder lokal fortgeschrittenen, hormonabhängigen Prostatakarzinoms; in Kombination mit Strahlentherapie. • LA 3,75 mg zusätzl.: Zur adjuvanten Behandlung in Kombination mit Tamoxifen oder einem Aromatasehemmer bei Frauen mit Hormonrezeptor-positivem Brustkrebs im Frühstadium und hohem Rezidiv-Risiko, für die der prämenopausale Status nach Chemotherapie bestätigt ist. • LA 22,5 mg zusätzl.: Zur Behandlung der zentralen Pubertas præcox (CPP) bei Kindern ab 2 Jahren mit Einsetzen der CPP vor dem 8. Lebensjahr bei Mädchen und vor dem 10. Lebensjahr bei Jungen. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen GnRH (Gonadotropin-Releasing-Hormon), GnRH-Analoga oder gegen einen der sonstigen Bestandteile des Arzneimittels. LA 3,75 mg + LA 22,5 mg zusätzl.: Triptorelin ist während der Schwangerschaft und Stillzeit kontraindiziert. LA 3,75 mg zusätzl.: Bei prämenopausalem Brustkrebs: Beginn mit Aromatasehemmern, bevor eine ausreichende Ovarsuppression mit Triptorelin erreicht wurde. Die Informationen zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit sowie Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der Fachinformation. Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. Ipsen Pharma GmbH, D-81677 München. Stand der Information: Juli 2019. Z. Nr.: 1-26714 / 1-25892 / 1-29049

Editorial

„Panta rhei“ oder „The only constant thing is change“

Liebe Leser, liebe Mitglieder der ÖGU

Dem aufmerksamen Leser der Editorials der „NÖGU – Nachrichten der Österreichischen Gesellschaft für Urologie und Andrologie“ wird aufgefallen sein, dass das Foto von Prim. Univ. Doz. Dr. Eugen Plas neben diesem Editorial fehlt. Er hat sich nach acht Jahren als Mit-Herausgeber der NÖGU entschieden, diese Funktion mit Dezember 2020 zurückzulegen. In mehreren Gesprächen gab Eugen Plas zwei Hauptgründe für diesen Entschluss: (1.) das Gefühl, mit den Artikeln in der NÖGU (zu) wenig bewegen zu können und (2.), dass es nicht gelungen ist, aus dem Spectrum Urologie und der NÖGU ein **Journal der Österreichischen Urologie** zu bilden.

Das Ziel war, BVU und ÖGU wieder näher aneinander zu bringen, um gemeinsam für unser Fach aufzutreten und dieses damit zu stärken. Was in Deutschland mit „Der Urologe“ möglich und in der Schweiz schon immer gelebte Tradition war, ist in Österreich offensichtlich nicht möglich. Man glaubt weiterhin, dass die Österreichische urologische Landschaft separate Hefte, nämlich eines für den Berufsverband und eines für die ÖGU als wissenschaftliche Gesellschaft benötigt.

Ich möchte mich an dieser Stelle bei Eugen Plas für seinen großartigen Einsatz für „unsere NÖGU“ in den letzten 8 Jahren sehr herzlich bedanken. Eugen Plas ist ein sehr reflektierter Urologe, der berufs- und gesellschaftspolitische Entwicklungen kritisch hinterfragt, aber auch immer versucht, konstruktiv Lösungsansätze zu finden. Wir waren und sind nicht immer einer Meinung (dies kam auch in den diversen Editorials in diesem Journal zum Ausdruck), wir haben aber auf einer professionellen Ebene sehr gut zusammengearbeitet. Ich habe den Diskurs mit Eugen Plas sehr geschätzt, dieser war für mich und auch für die NÖGU immer berei-

chernd. Dafür – auch im Namen der gesamten ÖGU – mein aufrichtiger Dank.

Ich habe mich in den letzten Wochen intensiv auf die Suche nach einem Nachfolger gemacht und es freut mich, an dieser Stelle bekannt zu geben, dass **Prim. Univ. Doz. Dr. Stephan Hruby** ab dem nächsten Heft der NÖGU als Co-Editor fungieren wird. Sein journalistisches Talent beweist er unter anderem als Herausgeber des Hauptthemas in dieser NÖGU, sein organisatorisches und visionäres Talent hat er mit der Gründung der ASU unter Beweis gestellt. Ich selbst plane 2022 nach 10 Jahren die Herausgeberschaft zurückzulegen. In der Zwischenzeit wird Stephan Hruby sein neues Team für die wissenschaftliche Leitung der NÖGU zusammenstellen.

„Panta rhei“ bezieht sich auch auf die österreichische urologische Journallandschaft. Der Vorstand der ÖGU und ich sind uns einig, dass es zu viele urologische Journale in Österreich gibt (NÖGU, Spectrum Urologie, Urologik und Journal für Urologie und Urogynäkologie). Auch wenn der ökonomische Druck auf die Journale offensichtlich noch nicht groß genug ist, um von sich aus Kooperationen einzugehen, so fehlen der österreichischen Urologie einfach die akademisch und journalistisch interessierten Köpfe, um vier Journale vernünftig mit Inhalt zu füllen.

Zum Teil findet man in allen Journalen wenn nicht die gleichen dann zumindest sehr ähnliche Artikel von den zumeist gleichen Autoren oder man sucht um Unterstützung ausländischer Autoren an. Ich bemühe mich derzeit intensiv um eine Kooperation der NÖGU mit einem anderen urologischen Sekundärjournal, allerdings sind diese Verhandlungen zum Zeitpunkt des Verfassens dieses Editorials noch nicht abgeschlossen.

Dieses „panta rhei“ bezieht sich aber auch naturgemäß auf unser Fach, welches sich auf ganz vielen Ebenen kontinuierlich verändert bzw. weiterent-



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

Die rasante Entwicklung auf dem Gebiet der Immuntherapie und der personalisierten Medizin wird dazu führen, dass z.B. in Zukunft deutlich weniger radikale Zystektomien durchgeführt werden (ca. 20-40% weniger), insgesamt wird die Onkochirurgie deutlich an Bedeutung verlieren.

GELBE BOX
mHSPC + nmCRPC
RE1 & OP2 verschreibbar¹

Erleada[®]
Apalutamid Filmtabletten

ERLEADA[®] mHSPC

Studienautoren betonen in finaler TITAN Publikation:

Risikoreduktion

OS
35%^a

+

PFS2
38%^b



Starte früh
mit ERLEADA^{®2}



Zum Volltext der
Originalpublikation



^a 35% Risikoreduktion zu versterben (95% CI 0,53–0,79, p<0,0001)²

^b 38% Risikoreduktion einer Progression während erster Folgetherapie (95% CI 0,51–0,75, p<0,0001)²

REFERENZEN:

1. Österreichisches WVZ, Stand Juni 2021. Dunkelgelbe Box für mHSPC seit 01.10.2020. Dunkelgelbe Box für Hochrisiko-nmCRPC seit 01.02.2020. 2. Chi KN, et al. J Clin Oncol 2021; JCO2003488
Fachkurzinformation siehe S. 60

Janssen-Cilag Pharma GmbH
Vorgartenstraße 206b, A-1020 Wien
www.janssen.com/austria

Janssen  Oncology
PHARMACEUTICAL COMPANIES OF 

wickelt. Inhaltlich-wissenschaftlich ist es zweifelsohne die zunehmende Bedeutung der minimal-invasiven und vor allem der konservativen (Tumor)Therapie, weg von der klassischen Chirurgie. Studiert man die Programme z.B. der diversen uro-onkologischen Fortbildungsveranstaltungen, so kommen chirurgische Aspekte kaum mehr vor. Die rasante Entwicklung auf dem Gebiet der Immuntherapie und der personalisierten Medizin wird dazu führen, dass z.B. in Zukunft deutlich weniger radikale Zystektomien durchgeführt werden (ca. 20-40% weniger), insgesamt wird die Onkochirurgie deutlich an Bedeutung verlieren. Diese Entwicklung wird die Diskussion um Mindestmengen und Fallzahlen weiter befeuern und natürlich auch die chirurgische Ausbildung für diese komplexen Eingriffe in Zukunft erschweren.

Bedauerlich ist das sinkende Interesse an wissenschaftlicher Tätigkeit, vor allem der jüngeren Generation von Urologen, auch dieses „panta rhei“ ist zu bemerken und wohl auch zu akzeptieren. Dies ist aber kein österreichisches Spezifikum. Ich war fast 10 Jahre Mitglied der Programmkommission für den Deutschen Urologenkongress. In diesem Zeitraum nahmen sowohl die Quantität wie auch die Qualität der eingereichten Abstracts kontinuierlich ab. Die Gründe hierfür sind mannigfaltig und wurden auch in der NÖGU mehrfach diskutiert.

Die Qualität wissenschaftlicher Publikationen hat in den letzten Jahren in einem solchen Ausmaß zugenommen, dass sich selbst österreichische Universitätskliniken schwer tun, Originalarbeiten mit in Österreich generierten Daten in Top-Journalen zu publizieren. Die Fallzahlen aus dem kleinen Österreich sowie die zum Teil inferiore akademische Infrastruktur können mit der internationalen Entwicklung nicht mithalten und unterstreichen die Notwendigkeit nationaler (und internationaler) Kooperationen.

Nationale Kooperationen waren allerdings in der Vergangenheit nicht von großem Erfolg gekennzeichnet, ich denke hier an das nationale Zystektomieregister oder die QUAPU. **Aus meiner Sicht sollten hier die Universitäten mehr als bisher als Impuls-**

Die Qualität wissenschaftlicher Publikationen hat in den letzten Jahren in einem solchen Ausmaß zugenommen, dass sich selbst österreichische Universitätskliniken schwer tun, Originalarbeiten mit in Österreich generierten Daten in Top-Journalen zu publizieren.

geber fungieren, um NATIONALE Kooperationen zu etablieren.

In diesem Zusammenhang sind aber auch die Arbeitskreise der ÖGU in die Pflicht zu nehmen. Neben der Organisation von Aus- und Fortbildungsveranstaltungen wäre die Initiation von multizentrischen österreichischen Studien eine der Kernaufgaben dieser Arbeitskreise. Die diesbezügliche Bilanz fällt leider bescheiden aus; als positives Beispiel ist hier der AK für Endourologie zu erwähnen, der eine multizentrische Studie zur Nephrolithiasis bei 80+ Patienten aufgelegt hat und über 800 Patienten rekrutieren konnte.

Erfreulicherweise weisen manche unserer Univ. Kliniken, allen voran die Urologie im AKH Wien, aber auch jene in Innsbruck sowie Graz und Salzburg einen relevanten wissenschaftlichen Output auf (ich habe großen Respekt vor jenen KollegenInnen, die sich hier so erfolgreich engagieren). Ich würde mir aber mehr Engagement dieser Kollegen in unseren AKs wünschen – im Sinne der Etablierung klinischer Studien.

In der Vergangenheit war vielleicht der stärkste Motivator für wissenschaftliche

Tätigkeit der Wunsch, ein Primariat/Ordinariat zu erlangen, eine Position, die ohne Habilitation nicht erreicht werden konnte.

Eine der Kernaufgaben der urologischen Universitätskliniken war und ist die Ausbildung von zukünftigen medizinischen Führungskräften. Es ist sehr frustrierend erleben zu müssen, dass sich aus sieben urologischen Universitätskliniken in Österreich kein einziger Kollege für das urologische Ordinariat in Graz beworben hat.

Salopp formuliert könnte man konstatieren, dass es entweder dem Mittelbau zu gut geht oder dass die entsprechenden Führungspositionen zu wenig attraktiv sind (es wird wohl eine Kombination aus beiden Faktoren sein).

„Panta rhei“ macht gerade unseren Beruf und unser Fach so spannend, da wir in einem sich ständig ändernden Umfeld von Gesellschafts-, Sozial- und Gesundheitspolitik, Demographie sowie neuen Erkenntnissen der Pathogenese, Diagnostik und Therapie operieren. Wir sind deshalb permanent gezwungen, uns diesen Entwicklungen und Veränderungen anzupassen, um unsere Patienten bestmöglich zu behandeln.

Als Hauptthema haben wir diesmal die COVID-19 Pandemie gewählt und Prim. Doz. Dr. Stephan Hruby hat einen interessanten Strauß von Themen zusammengestellt

Ich möchte mich aber auch bei Prof. Dr. Othmar Zechner bedanken, der die NÖGU seit Jahren mit seinen Feuilletons aufwertet und immer wieder über den Tellerrand der Urologie blickt.

In diesem Heft geht es um das rezent wieder sehr aktuelle Thema „Hilfe oder Beistand zur Selbsttötung“, sein provokanter Titel: „Arzt und Schierlingsbecher – eine Mesalliance? Gedanken zur Diskussion über die Sterbehilfe“

Ich wünsche Ihnen viel Freude beim Lesen dieser Ausgabe der NÖGU.

Prim. Univ. Prof. Dr.
Stephan Madersbacher

Zugelassen als Monotherapie in der Erstlinien-Erhaltungstherapie bei erwachsenen Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Urothelkarzinom, die nach einer platinbasierten Chemotherapie progressionsfrei sind.

 **BAVENCIO**[®] ▼
avelumab 20 mg/mL
Concentrate for solution for infusion



Jetzt
zugelassen!

MEHR ZEIT ERLEBEN

Die **ERSTE** und **EINZIGE** Immuntherapie, die als Erhaltungstherapie Ihren Patient*innen mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Urothelkarzinom einen signifikanten Überlebensvorteil gegenüber Best Supportive Care alleine ermöglichen kann.

Powles T, Park SH, Voog E, et al. Avelumab maintenance therapy for advanced or metastatic urothelial carcinoma. N Engl J Med. 2020;383(13):1218-1230. doi:10.1056/NEJMoa2002788.

▼ 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. Hinweise zur Meldung von Nebenwirkungen, siehe Abschnitt 4.8 Nebenwirkungen in der Fachinformation.

Fachinformation siehe Seite 43

Merck GesmbH, Zimbaggasse 5, 1147 Wien & Pfizer Corporation Austria GmbH, Floridsdorfer Hauptstraße 1, 1210 Wien
www.merck.at, www.pfizer.at, www.merck-onkologie.at, www.pfizermed.at

PP-BAV-AUT-0166/01.2021 AT-AVEBL-00032; 01/2021

MERCK

 **Pfizer**

Hauptthema

Editorial

St. Hruby

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

gerne habe Ich die Einladung angenommen, das Hauptthema „COVID-19 und die Folgen“ in dieser Ausgabe der NÖGU zu editieren.

Wir haben versucht, das COVID-Jahr aus verschiedenen Blickwinkeln zu betrachten und dabei eine möglichst große Vielfalt unseres urologischen Umfelds abzubilden. Mein großer Dank gilt hier allen Autoren, die Ihre Sichtweise eingebracht haben. Es ist auch eine Einladung an alle LeserInnen, selbst dieses Jahr noch einmal zu

reflektieren. Wenn Sie eine wertvolle Ergänzung oder Kritik haben, freuen wir uns auch über Ihre Meinung/Ergänzung, die wir auch gerne in der nächsten Ausgabe publizieren werden.

Apropos nächste Ausgabe. Auch in der NÖGU wird ein Generationswechsel eingeleitet. Stefan Madersbacher hat mich gefragt, ob ich die Herausgeberschaft der NÖGU übernehmen möchte und ich habe mit Freude dieses Angebot angenommen. In einer Übergangsphase werden wir die nächsten zwei Ausgaben gemeinsam gestalten. Danach werde ich mit einem neuen Team die Evolution der NÖGU einlei-



Prim. Univ. Doz. Dr. Stephan Hruby

ten. Interessenten, die Teil dieses spannenden Projekts werden möchten, können sich gerne jederzeit bei mir melden.

Viel Spaß beim Lesen,
Stephan Hruby

ANKÜNDIGUNG: Hauptthema NÖGU Nr. 64 (Dezember 2021)

Urologische Forschung in Österreich

Universitäre Forschung
Nicht-universitäre Forschung
Welche Infrastruktur ist erforderlich?
Wie motiviere ich junge Kollegen – Wie sehen Karrierepfade aus?
Urologische Forschung im internationalen Vergleich
Ist die akademische Karriere heute noch sinnvoll?
Forschungsgelder der Zukunft
Müssen wir die Struktur / Rolle der Arbeitskreise neu denken?
Publikationsliste / Preise 2020/2021

COVID-19 – Reflexion und Antizipation

St. Hruby

In den Iden des März 2020

Als ich am Tag des 1. Lockdowns an die frische Luft ging, dachte ich, ich sei in einem Traum oder Film. Nach harten Jahren des Aufbaus meiner Abteilung und prosperierenden Zahlen, hatte sich im Februar das erste Mal ein Gefühl der Routine eingestellt, Beruf und Familie waren im Einklang. Leben und arbeiten, wo andere Urlaub machen. Ich stehe vor meinem Haus, den Blick auf perfekte, aber leere Pisten, und ein prächtiges Alpenpanorama gerichtet.

Stille, kein Flugzeug am Himmel, keine Touristen im Ort. Ich treffe Nachbarn mit verängstigtem Blick, alle plötzlich auf Distanz. Das erste Mal in meinem Leben hatte ich durch und durch ein reales Gefühl der Unwirklichkeit. Es sollte kein Stein am anderen bleiben. Nach knapp 100 Jahren und unzähligen Fehlalarmen sollte es diesmal Wirklichkeit werden – die Pandemie wurde ausgerufen. Schreckensbilder, vor allem aus China und Italien, fluteten die sozialen Netzwerke, Schreckensszenarien die nationalen und internationalen Medien.

Im Krankenhaus herrschte kurzfristig Chaos. Was können, sollen, dürfen wir noch operieren? Wer entscheidet über die Ressourcen? Plötzlich war jeder Handschuh, jeder Mundschutz knappes Gut. Wie wichtig sind wir Urologen noch? Alle Blicke wurden auf Respiratoren, Intensivbetten und internistische Betten gelegt. Alle anderen Erkrankungen existierten für eine gewisse Zeit plötzlich nicht mehr in den Wahrnehmungen. In diesem anfangs luftleeren Raum wurden rasch unzählige Krisenstäbe gebildet. Gott sei Dank kam dann nicht Ebola, denn diesem Virus wären die heterogenen Antworten des Krisenmanagements auf die Bedrohung nur recht gewesen.

Das Krisenmanagement war gerade in dieser ersten Phase sozialpsychologisch spannend zu beobachten. Ich war richtig

erstaunt, nachdem wir im Studium im Fach „Sozialmedizin“ bei Prof. Kunze (Ende der 90er Jahre) fleißig Pandemiepläne geschmiedet haben, dass jede der Reaktionen in den neun verschiedenen Gesundheitssystemen unseres Landes sich zumindest sehr improvisiert angefühlt haben.

Während die einen für ein „Worst-Case“ Szenario planten, fuhren die anderen „auf Sicht“. Insbesondere das in der Krise so wichtige „Top Down“ Prinzip konnte im „Kompetenz-Wirr-Warr“ nicht sehr effektiv etabliert werden. Das führte dann auch in manchen Situationen bei manchen Stakeholdern dazu, dass neben der Frage „Was kann ich/meine Abteilung zur Krisenbewältigung beitragen?“ sich manche auch die Frage stellten „Wie kann ich/meine Abteilung ehestmöglich einen Gewinn aus der Krise ziehen?“ Diese Bruchlinien werden uns auch noch weiter lange Zeit beschäftigen.

Das Längste an der ersten Welle war dann der Lockdown. Ob Saisonalität, rechtzeitige und harte Reaktion der Regierung oder die hohe Bevölkerungs-Compliance durch Angstszenerien den Ausschlag für den niedrigen Peak und das rasche Abebben gaben, werden epidemiologische Studien klären.

Was für die weitere Compliance der Bevölkerung und damit für die zweite Welle sicherlich eine schlechte Voraussetzung war („Wir haben es überstanden“, war eh nicht so schlimm“, ...), war für uns in der Medizin unheimlich lehrreich. Wir haben Priorisierungs-Algorithmen für Zeiten der Ressourcenknappheit etabliert, Personalpools für Versorgungsspitzen gebildet und vor allem gelernt, dass die Versorgung von Non-Covid Patienten nicht vernachlässigt werden darf, da der Kollateralschaden sonst ebenfalls beträchtlich ist.

Diese Erkenntnisse haben sicherlich zu einer besseren Non-Covid Versorgung in



Prim. Univ. Doz. Dr. Stephan Hruby

der 2. und 3. Welle geführt. Gelitten aber hat mit Sicherheit die Ausbildung. Wie eine Umfrage unter den AssistenzärztInnen zeigt, lagen hier die Defizite insbesondere im operativen Bereich. Ein Bereich, der in der Ausbildungsreform immer mehr ausgedünnt wurde. Die seit Jahren geforderte Transparenz, wie z.B. ein Online-Logbuch, wurden nicht einmal mit den Minimalsterfordernissen umgesetzt. Hier besteht sicherlich Handlungsbedarf, auch in Hinblick auf zukünftige Entwicklungen.

Bei der theoretischen Fortbildung kam es allerdings zu einem Innovationsschub. Online-Meetings und Webinare wurden zum neuen Standard. Und überraschend viele wollen weiterhin an Webinaren teilnehmen. Ich muss zugeben, dass ich eher Webinar-müde geworden bin. Das mag daran liegen, dass ich neben unzähligen Fortbildungen, ob als Zuhörer, Vortragender oder Moderator, auch an unzählbaren Online-Meetings sowohl beruflich als auch privat teilgenommen habe.

Darüber hinaus ist die Ablenkung zu Hause doch familiär deutlich größer. Nichts desto trotz kann dieser Kommunikationskanal eine wertvolle Ergänzung zu Präsenzmeetings darstellen. Aber, wie im wirklichen Leben auch, nur dann, wenn diese professionell organisiert, professionell moderiert sind und sich keine Beliebigkeit einstellt. Nichts ist nervender, als eine schlechte Verbindung oder nicht stumm geschaltete Mikros bei Teilnehmern, genauso wie eine mangelnde Zeitdisziplin.

Hauptthema: COVID-19 und die Folgen

Neben der Fortbildung hat aber auch die Digitalisierung einen enormen und sicherlich nachhaltigen Schub bekommen. Die Telemedizin ist im Alltag angekommen und lässt sich heute schon sehr gut umsetzen, sowohl in der Ordination, als auch im Krankenhaus. Hier gilt es sich einzusetzen für adäquate rechtliche und ökonomische Rahmenbedingungen.

Überhaupt hat die Pandemie eindrucksvoll gezeigt, wie alle Sektoren im Gesundheitswesen miteinander kommunizieren, und wie wichtig für die Volksgesundheit und Volkswirtschaft die Betrachtung aus der Vogelperspektive ist. Die hier in vielen Bundesländern in der 2. und 3. Welle eingeschlagenen Wege der träger- und sektorenübergreifenden Zusammenarbeit werden die Pandemie überdauern und möglicherweise zu neuen gesundheitspolitischen Überlegungen führen.

Neben Telemedizin und Kommunikation hat aber auch die Technologie im Non-Covid einen gewaltigen Schub gemacht. In Deutschland werden z.B. OP-Roboter nun mit einem beträchtlichen Teil des Kaufpreises gefördert, was zu einer noch rasanteren Verbreitung führen wird.

Lösungen in Anwendung und Training mit augmentierter oder virtueller Realität durchdringen nach und nach die Märkte und treiben so die Technologisierung und Miniaturisierung voran. Gerade unser Fach wird dabei wie schon in den Anfängen der minimal invasiven Chirurgie eine wesentliche Rolle spielen. Ich würde mir im Rahmen der ÖGU auch

eine Initiative „Digitale Urologie“ (oder auch einen Arbeitskreis) wünschen, der/die Subspezialitäten- und Sektoren (intra-/extramural) übergreifend denkt und die Digitalisierung in der Urologie vorantreibt.

Nicht unerwähnt bleiben soll auch der gewaltige Fortschritt in der medikamentösen Präzisionsmedizin. Molekulare Tumorboards werden nach und nach Realität und die ersten zielgerichteten Medikamente erhalten Ihre Zulassung.

Resümee

In Summe fällt mein Resümee des letzten Jahres gemischt aus. In jedem Fall hat es aber Veränderungen katalysiert, die unseren Beruf und unsere Arbeit mit dem Patienten nachhaltig prägen werden. Auf diese Veränderungen und Chancen freue ich mich wie ein Kind. Diese Veränderungen werden uns auch in unserer Ausbildung und Entwicklung fordern. Auf der einen Seite steht der operative Bereich, der sich mehr als früher noch zu einem High-Tech Umfeld entwickelt, in dem sich der Urologe nicht nur als anatomisch versierter Chirurg, sondern immer mehr als Technologieexperte beweisen muss.

Auf der anderen Seite steht der konservative Bereich, in dem die Revolution durch bald unzählige individuelle zielgerichtete medikamentöse Therapien, wie auch der Einsatz von Gentherapien gerade beginnt. Aber auch die Diagnostik, bei der die klinische Erfahrung mit einem stetig wachsenden Angebot an artifi-

zieller Intelligenz unterstützt wird, oder die individuelle „just in time“ Patientenführung, die durch die zunehmende Zahl an Wearables ermöglicht wird, werden unsere Art Urologie zu betreiben verändern.

Da es nicht sicher ist, ob die nächste Pandemie wieder 100 Jahre auf sich warten lässt, hoffe ich auf eine ent-emotionalisierte und ent-politisierte Debatte über das letzte Jahr, damit wir für die nächste Pandemie ein „bisschen“ besser vorbereitet sind. Hier gilt es auch, dass wir uns als Fachgruppe entsprechend einbringen, um die Kollateralschäden in der Non Covid Versorgung in malignen **und** benignen Indikationen aufzuzeigen und in Zukunft zu minimieren. Der medial oft gesuchte Blick ins Ausland kann hier sehr wohl Anregungen geben, allerdings lässt sich kaum ein Gesundheitssystem mit unserem vergleichen.

Für mich selbst hat diese ungeplante Unterbrechung des beruflichen Alltags zu einer intensiven Reflexion geführt, die meinen Fokus bewusster auf die Herausforderungen und Chancen der Zukunft ausgerichtet hat. „Back to normal“ heißt für mich also „Back to the future“ – aber vielleicht sind wir alle schon längst mit-tendrin.

Korrespondenzadresse:

Prim. Univ. Doz. Dr. Stephan Hruby
Abteilung für Urologie
Tauernklinikum Zell am See
Paracelsusstraße 8
5700 Zell am See
stephan.hruby@tauernklinikum.at

NEU zugelassen: OPDIVO® + Cabozantinib beim Nierenzellkarzinom in der Erstlinientherapie.*, 1, 2



OPDIVO. + **YERVOY.**
(nivolumab) (ipilimumab)

**BUILT TO
LAST**

Längste Erfahrung mit einer immunonkologischen Kombination beim RCC^{#, §, 1, 3}

OPDIVO® + YERVOY® beim NIERENZELLKARZINOM^{§, 1, 3}



**50 % vs. 36 %
GESAMTÜBERLEBEN
NACH 48 MONATEN^{◇, 4}**

**10 % vs. 1 %
KOMPLETTE
REMISSIONSRATE^{◇, 4}**

* OPDIVO® ist in Kombination mit Cabozantinib für die Erstlinientherapie des fortgeschrittenen Nierenzellkarzinoms bei Erwachsenen indiziert. # Nach Zulassung in Österreich § OPDIVO® ist in Kombination mit Ipilimumab für die Erstlinientherapie des fortgeschrittenen Nierenzellkarzinoms bei Erwachsenen mit intermediärem/ungünstigem Risikoprofil indiziert. ◇ Vs. Sunitinib ◊ Bewertung durch IRRC (Independent Radiology Review Committee)

1. OPDIVO®-Fachinformation, aktueller Stand 2. Cabometyx®-Fachinformation, aktueller Stand 3. YERVOY®-Fachinformation, aktueller Stand 4. Albiges L et al. ESMO Virtual Congress, 2020, Presentation, Abstract #771P

Leidet die urologische Ausbildung in Österreich an Long-COVID?

M. Pallauf, St. Hruby

„Long-COVID“ ist das Thema, über das alle sprechen. Es geht dabei um die häufig auftretenden und lang anhaltenden Spätfolgen einer überstandenen SARS-CoV2 Infektion. Aber hat die COVID-Pandemie auch Spuren in der Ausbildung der österreichischen UrologInnen hinterlassen – leidet diese gar auch an „Long-COVID“? Genau diese Frage wollten wir mit einer Befragung der österreichischen AssistenzärztInnen beantworten.

Die Umfrage wurde im Mai 2021 versandt und erreichte eine Rücklaufquote von 23% (34/140). Die Teilnehmer verteilten sich gleichmäßig über die gesamte Ausbildungszeit. Alle Klinikgrößen (Bezirksspital, Landesspital, Universitäts-spital) wurden abgedeckt. Es wurden Fragen zur Auswirkung der COVID-19 Pandemie auf die Arbeitssituation, Klinik, und persönliche Aus- und Weiterbildung gestellt.

In der Hochphase der Pandemie wurde vielerorts ärztliches Personal der gesamten Klinik herangezogen, um die medizinische Versorgung der mit SARS-CoV2 infizierten Patienten zu gewährleisten. Dies traf nur für 26% (9/34) der Be-

fragten zu, wobei die angegebene Dauer der „fachfremden Verwendung“ für den Großteil 21% (7/34) mit maximal drei Monaten begrenzt war. Der Großteil der Befragten konnte somit trotz Corona-Pandemie die Ausbildung zum Facharzt für Urologie ohne längerfristige Unterbrechungen weiter verfolgen.

Auswirkungen auf die chirurgische Ausbildung waren dennoch für den Großteil der Befragten zu spüren. So gaben 76% (26/34) an, in den vorangegangenen zwölf Monaten weniger, oder deutlich weniger als im Vergleichszeitraum des Vorjahres operiert zu haben (**Abb. 1**). Die häufigste Ursache 58% (19/34) hierfür war die allgemeine Reduktion an Operationen an der jeweiligen Klinik. Dies erscheint bei teilweise bis zum Anschlag gefüllten Intensivstationen und ausgelasteten Anästhesisten als logische Konsequenz.

Auch die Weiterbildung hatte unter den notwendigen Restriktionen der vergangenen Monate zu leiden. So gaben 62% (21/34) der Befragten an, im Vergleich zum selben Zeitraum des Vorjahres weniger oder deutlich weniger Fortbildungen absolviert zu haben. Immerhin



Dr. Maximilian Pallauf

21% (7/34) sammelten noch gleich viele Fortbildungspunkte. Dies ist sicherlich mit dem Ausfall zahlreicher Präsenzveranstaltungen zu erklären. Wenngleich in den letzten Monaten auch intensiv daran gearbeitet wurde, diese durch Online-Veranstaltungen zu ersetzen. Dieses Angebot wurde von den jungen KollegInnen gut angenommen. So zählten 76% (26/34) und 41% (14/34) der Befragten Online-Webinare und Online-Kongresse zu den bevorzugten Fortbildungsquellen. Hingegen über die Frage, ob Online-Veranstaltungen einen adäquaten Ersatz für Präsenzveranstaltungen darstellen, herrschte unter den Befragten keine Einigkeit (**Abb. 2**). 44% (15/34) stimmten dem zu, während 41% (14/34) dies ablehnten. 15% (5/34) wollten sich dazu nicht äußern. Einig war man sich dennoch, dass Online-Weiterbildungsangebot auch weiterhin zu nutzen. So werden 97% (34/35) der

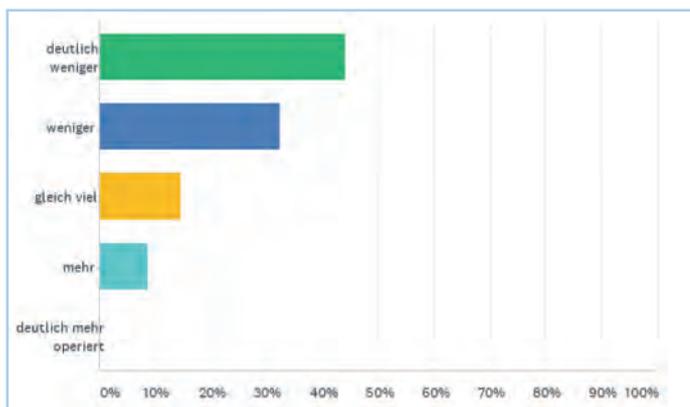


Abb. 1

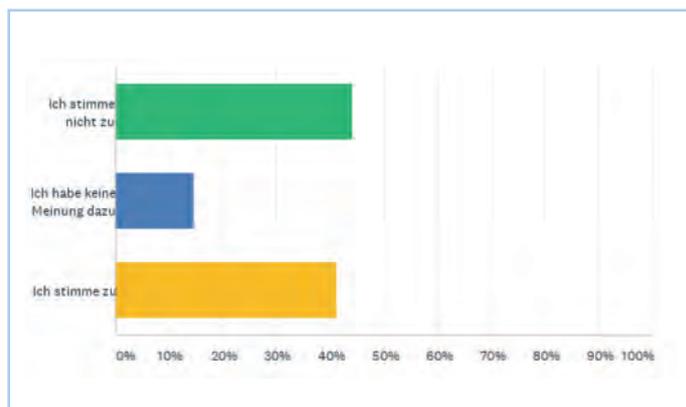


Abb. 2

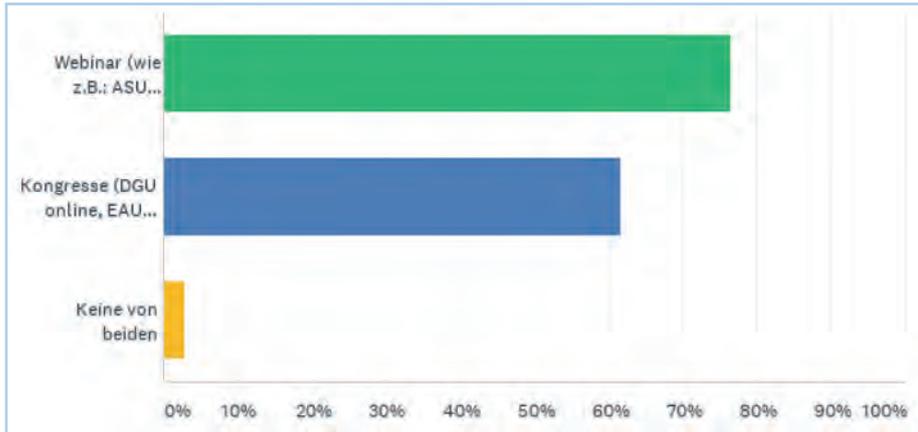


Abb. 3

Befragten auch weiterhin Online-Webinare und Kongresse besuchen (Abb. 3).

Fazit

Die Umfrage zeigt, die COVID-Pandemie ist nicht spurlos an der Facharztausbildung vorübergegangen. So waren die Restriktionen der letzten Monate für alle spürbar – allen voran in der chirurgischen Ausbildung. Denn anders als in der Vermittlung von theoretischem Wissen, kann die praktische Ausbildung nicht durch digitale Kurse ersetzt werden. Es gilt daher jetzt gemeinsam, von Ausbildnern und Auszubildenden, die versäumte Zeit nachzuholen! Damit es nicht zu einem „Long-COVID“ Effekt in der chirurgischen Facharztausbildung kommt.

Korrespondenzadresse:

Dr. Maximilian Pallauf
Univ. Klinik für Urologie und Andrologie
Universitätsklinikum Salzburg
Paracelsus Medizinische Privatuniversität
Müllner Hauptstraße 48, 5020 Salzburg
maximilian.pallauf@salk.at

Der Einfluss der Pandemie auf den niedergelassenen Bereich

A. Gnad

Zuerst war da der Schock. Was bedeutet das jetzt alles? Für uns Ärzte? Für die Patienten? Wer soll und darf noch kommen? Wie lange wird das gehen?

Wir setzten uns also Masken auf und bestellten alle Patienten ab, die nicht wirklich dringend zu uns kommen mussten. Eine Assistentin und ich waren dann ausreichend, um die stark begrenzte Patientenzahl zu bewältigen. Die Ohren allerdings begannen vom vielen Telefonieren zu glühen ...

Der anfängliche Personalüberschuss wurde mancherorts mit Kurzarbeit oder durch Überstundenabbau bewältigt, Kündigungen waren in den Arztpraxen zumeist nicht notwendig. Vorübergehend ganz geschlossen wurden nur vereinzelte Ordinationen.

Bereits nach drei Wochen veränderte sich die Situation wieder langsam. Es wurde medial dazu aufgerufen, Arztbesuche im Sinne der Gesundheit nicht mehr abzusagen. Nach der ersten Schockstarre wollten auch wieder Patienten persönlich kommen. Wenngleich noch sehr viel Vorsicht bezüglich der Ansteckungsgefahr mit im Spiel war.

Bei uns wurden alle Patienten aufgefordert, besonders pünktlich zu kommen, um möglichst wenig Kontakt zu anderen Patienten zu haben. Außerdem wurden zusätzliche Desinfektionsmittelpender, Plexiglaswände und jede Menge Masken angeschafft. Die Terrasse, die mein Wartezimmer bisher nur im Sommer erweitert hat, wurde dank eines „Heizschwammerls“ nun auch im Winter genutzt, wenn sich zu viele Patienten



Dr. Andrea Gnad

gleichzeitig in der Ordination eingefunden haben.

Wir haben aber auch einige Patienten motiviert, wieder zu Routinekontrollen zu kommen, da die vielen Terminverschiebungen auch nicht immer sinnvoll und machbar erschienen.

Bei uns haben sich die Patientenzahlen nach 4-5 Wochen wieder normalisiert. Ich habe den Eindruck, dass sich das Gesundheitsbewusstsein bei einem Teil

Hauptthema: COVID-19 und die Folgen

der Bevölkerung durch die Pandemie sogar gesteigert hat. Vielleicht haben manche durch das weitverbreitete Homeoffice-Modell auch mehr Zeit, um zum Arzt zu gehen.

Andererseits fällt mir nun zunehmend auf, dass viele Menschen die Pandemie auch als Grund angeben, warum sie schon länger als üblich nicht mehr bei einer Kontrolle waren, was in einzelnen Fällen natürlich zu Diagnose- und Therapieverzögerungen führen kann. Bei onkologischen Erkrankungen ist das jedenfalls für die Prognose der Patienten von Nachteil.

Im vergangenen Jahr kam es häufig zu einer weiteren Verzögerung der Therapie, nachdem eine Diagnose gestellt wurde. Die OP-Kapazitäten der Krankenhäuser waren deutlich verringert, da es an allen Abteilungen pandemiebedingt zu Personalknappheit und zur Umverteilung der Ressourcen kam. Fairerweise muss man sagen, dass alle Abteilungen sehr bemüht waren, onkologische Patienten nicht zu lange warten zu lassen. Patienten mit nicht so dringenden

Operationen mussten sich dafür umso mehr gedulden.

An die Masken und das Testen haben wir uns mittlerweile mehr oder weniger gewöhnt, auf das Händeschütteln zu verzichten, halte ich in einer Arztpraxis überhaupt für sehr sinnvoll, nur die mittlerweile nicht mehr ganz so klaren Plexiglasscheiben würde ich gerne wieder aus der sonst so schönen Ordination verbannen.

Technisch hat es auch einige Neuerungen gegeben, die ich als durchaus sinnvoll und erfreulich einstufen würde.

Allen voran ist das elektronische Rezept eine große Erleichterung für alle und macht ELGA zu einem wirklich sinnvollen Tool. Wir müssen nun nicht mehr alle telefonisch verordneten Rezepte in die gewünschte Apotheke faxen oder die Patienten auffordern, diese abzuholen. Dazu kam etwas später die Einführung des E-Impfpasses, der ebenso über ELGA abgewickelt wird, was mir absolut zeitgemäß erscheint und einen für jeden Patienten auch selbst einsehbaren elek-

tronischen Ausweis darstellt. Die Umsetzung in der Arztsoftware ist einfach und praktisch. Von der ÖGK werden die Anschaffungskosten zu einem Großteil ersetzt.

Ebenso wurde von der ÖGK erfreulicherweise die Möglichkeit eingeführt, Telefonkonsultationen abrechnen zu können, auch eine telemedizinische Behandlung ist nunmehr theoretisch möglich und abrechenbar. Die elektronische Krankenschreibung komplettiert die technischen Novitäten.

Ich denke, wir niedergelassenen Ärzte haben uns in der Pandemie bisher wacker geschlagen und die medizinische Versorgung immer aufrechterhalten. Hoffentlich werden wir nach all den Mühen von einigen der beschriebenen technischen Veränderungen auch langfristig profitieren.

Korrespondenzadresse:

Dr. Andrea Gnad
Fürstenallee 21 b
5020 Salzburg
ordination@urologin-salzburg.at

COVID-19, die ÖGU und wir

St. Krause

COVID-19 und die Urologie

Die Corona-Pandemie bestimmt das medizinische und gesellschaftliche Leben seit März 2020, und ein Ende ist aktuell, in der 3. Welle im Frühjahr 2021, noch nicht abzusehen. Die Notwendigkeit der medizinischen Versorgung der akut an COVID-19 erkrankten Patienten gebietet es immer noch, die Behandlung weniger dringlicher und weniger akut verlaufender Erkrankungen aufzuschieben. Um Intensivkapazitäten zu schaffen, werden elektive Operationen verschoben.

Diese Umstände hatten einen großen Einfluss auf die Urologie [1]. Einerseits gibt es einen gewissen Anteil an elektiven oder zumindest planbar dringlichen Eingriffen, z.B. URS bei Stein oder TUR-P

bei Harnverhalt. Andererseits hat die Urologie, im Vergleich zu anderen chirurgischen Fächern, einen großen Anteil an onkologischen Eingriffen [2]. Hier wurde nun von den Ärzten eine vertretbare Priorisierung verlangt, das heißt, es sollten Krebseingriffe, wie z.B. ein low-risk Prostatakarzinom oder ein kleiner Nierentumor, als unbedenklich verschoben werden.

Der Einzelfall und die psychische Belastung einer Pandemie-bedingten Verzögerung der Krebstherapie blieben dabei jedoch unbeachtet, sollten aber definitiv nicht unterschätzt werden [3]. Patienten leiden zum einen an der Angst vor einer Corona-Infektion, angesteckt in der Ordination oder im Krankenhaus, zum



Prim. Univ. Prof. Dr. Steffen Krause

anderen müssen sie mit den Konsequenzen einer Verschiebung der urologischen Therapie (z.B. Operation) umgehen [4]. Erschreckend in Bezug auf die Verschiebung von Operationen sind aber vor allem die Ergebnisse einer internationalen Online-Datenerhebung bezüglich notwendiger urologischer Krebsbehandlungen [5]. In dieser konnte gezeigt werden, dass auch ein Fünftel der urologischen Operationen mit eingestuftem



WERDE JETZT SOLARPIONIER FÜR NUR 395 €

Mit deinem eigenen kleinen Solarsystem **zum selbst Einstecken** nutzt du jeden Tag die Sonne und sparst dabei Strom.

Optimal für deinen Pool - immer wenn die Sonne scheint, läuft die Poolpumpe und dein LightMate produziert Strom.

**Kostenlose Beratung unter 0316 232203
oder auf www.eet.energy**

Hauptthema: COVID-19 und die Folgen

Hoch-Risiko-Tumoren verschoben werden musste.

ÖGU und EAU

Seit Beginn der Pandemie im März 2020 wurden alle regionalen Medizinkongresse ersatzlos abgesagt, wie z.B. auch die ÖGU-Jahrestagung 2020 in Linz und der Bayerisch-Österreichische Urologenkongress 2021 in Innsbruck. Hingegen wurden große internationale onkologische Kongresse, zum Teil aber auch kurzfristig, verkürzt im Online-Modus angeboten. Dies konnte jedoch nur unter großem personellem, technischem und finanziellem Aufwand umgesetzt werden, dies bei nur geringen Einnahmen über eine reduzierte virtuelle Industrieausstellung.

Ursächlich für die Absagen waren dabei nicht nur die immer wieder hohen Infektionszahlen, sondern auch die von der Politik oder den Krankenhäusern europaweit ausgesprochenen Reisebeschränkungen für alle Mediziner in den Kliniken und Ordinationen. Als bestes Beispiel hierfür wurde der Europäische Urologenkongress im letzten Jahr zunächst von März auf Juli 2020 verschoben. Es stellte sich aber schnell heraus, dass ein Präsenz-Meeting nicht realisierbar sein würde. Im April 2020 wurde dann mitgeteilt, dass die EAU 2020 komplett virtuell stattfinden wird, letztendlich als eine Veranstaltung aus zwei Studios mit einer rudimentären Industrieausstellung.

Die ÖGU-Fortbildungskommission plant nun im laufenden Jahr 2021, mehrere Online-Seminare mit verschiedenen onkologischen und nicht-onkologischen Themen für ihre Mitglieder anzubieten. Auch wird die ÖGU-Jahrestagung im November 2021 zweigleisig, als Präsenz- und als reduziertes virtuelles Meeting, geplant werden. Diese ist jedoch nur möglich, da die ÖGU auf sehr „gesunden Beinen“ steht und für solche Fälle auch finanzielle Rücklagen gebildet hat.

Mehrere Arbeiten haben inzwischen die Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Ausbildung in der Urologie in Europa untersucht [6-9]. Hierbei wird vor allem auf die Nutzung neuer digitaler Technologien, z.B. Telemedizin oder Telekommunikation, hingewiesen. Sicherlich werden diese Technologien auch im Rahmen von Online-Webinaren genutzt. In den Urologischen Kliniken in Europa haben diese Technologien keinen großen Stellenwert auf die Ausbildung des ärztlichen Personals, was auch auf

Österreich zutrifft. So hat der Zugang zur praktischen urologischen Ausbildung allein schon während der ersten Covid-Welle um 40-60% abgenommen [8]. Als Kompensationsmöglichkeiten werden hier Low- und High-Fidelity-Simulatoren (= realitätsnahe Simulation) genannt, die z.B. in der Notfallmedizin-Ausbildung schon seit Jahren im Einsatz sind. In den Urologischen Kliniken gibt es bisher nur in Ausnahmefällen praktikable Simulatoren im regelmäßigen Einsatz, die eine manuelle oder operative Ausbildung am Patienten adäquat ersetzen könnten.

Wir

Die COVID-19 Pandemie hat ganz Europa in Beschlag genommen, wobei sich die beiden ersten COVID-Wellen komplett bezüglich Inzidenz und Mortalität unterschieden haben. Es zeigte sich im europäischen Vergleich, dass die Länder, die sich zu einem harten Lockdown entschlossen hatten, deutlich besser gefahren sind.

War Österreich im Frühjahr 2020 noch ein Primus in Europa bei der Bewältigung der COVID-19 Pandemie, so wurde im Sommer/Herbst 2020 viel von dem Vorsprung eingebüßt und wertvolle Zeit verloren. Anstatt der verbindlichen Einführung der Schnelltests und die einheitliche Digitalisierung der Gesundheitsämter zu forcieren, konzentrierte man sich auf die Einführung der Corona-App, die sich anders als in Südkorea aus zahlreichen Gründen in Österreich nicht umsetzen ließ.

Auch wurde europaweit das Management des Impfens – Bestellung, Lieferung, Verabreichung und Dokumentation (elektronischer Impfpass) – erst zu spät und dann auch noch ungenügend durchgeführt. Die 3. COVID-Welle, in der wir uns gerade im Frühjahr 2021 befinden, wäre in diesem Ausmaß wahrscheinlich nicht nötig gewesen.

Unter 1% der prä-operativen SARS-CoV-2-Tests waren in den letzten Monaten im Rahmen einer stationär urologischen Aufnahme positiv [10]. Das Risiko einer unerkannten SARS-CoV-2-Infektion erscheint im Hinblick auf die Kosten und den Personalaufwand zwar gering, es sollte dennoch vor allem in Risikogebieten (in dem wir uns gerade zum 3. Mal befinden!) nicht auf das verpflichtende, prä-operative Screening verzichtet werden. Dies, um dringliche Operationen sicher planbar durchführen zu können und natürlich auch die Gefährdung von Patienten sowie Mitarbeitern

und eine Verbreitung des Virus im Krankenhaus zu vermeiden.

Auch wenn der Antigenschnelltest nur eine Sensitivität von ~67% hat und das Risiko birgt, asymptomatische Patienten mit einer geringen Viruslast nicht identifizieren zu können, sollte der Test aus genannten Gründen auch vor Eintritt in eine (Wahlarzt-) Ordination, neben dem Tragen einer FFP2-Maske und 2m-Abstand halten, zwingend verlangt werden.

Literatur:

- [1] Stensland K, Morgan T, Moizadeh A (2020). Consideration in the triage of urologic surgeries during the COVID-19 pandemic. *Eur Urol* 77: 663-666.
- [2] Morlacco A, Motterle G, Zattoni F (2020). The multifaceted long-term effects of the COVID-19 pandemic on urology. *Nat Rev Urol* 17(7): 365-367.
- [3] Richards M, Anderson M, Carter P, Ebert BL, Mossialos E (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on cancer care. *Nat Cancer* 2020: 1-3. <https://doi.org/10.1038/s43018-020-0074-y>
- [4] Campi R, Tellini R, Grosso A (2020). Deferring elective urologic surgery during the COVID-19 pandemic: the patient's perspective. *Urology*. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2020.09.015>
- [5] Amparore D, Campi R, Checcucci E (2020). Forecasting the future of urology practice: a comprehensive review of the recommendations by international and European associations on priority procedures during COVID-19 pandemic. *Eur Urol Focus* 6 (%): 1032-1048. <https://doi.org/10.1016/j.uro.2020.05.007>
- [6] Fonseka T, Ellis R, Salem H, Brennan PA, Terry T (2020). The effect of COVID-19 on training within urology: lessons learned in virtual learning, human factors, non-technical skills and reflective practice. *J Clin Urol*. <https://doi.org/10.1177/2051141582095010M>
- [7] Smigelski M, Movassaghi M, Small A (2020). Urology virtual education programs during the COVID-19 pandemic. *Curr Urol Rep* 21(12): 5. <https://doi.org/10.1007/s11934-020-01004-y>
- [8] Porpiglia F, Checcucci E, Amparore D (2020). Slowdown of urology resident's learning curve during COVID-19 emergency. *BJU Int* 125: E15-E17.
- [9] Rosen GH, Murray KS, Greene KL, Pruthi RS, Richstone L, Mirza M (2020). Effect of COVID-19 on urology residency training: a nationwide survey of program directors by the society of academic urologists. *J Urol* 204: 1039-1045.
- [10] Rassweiler-Seyfried MC, Miethke T, Becker KP, Siegel F (2021). Ergebnisse der präoperativen SARS-CoV-2-Testung („severe acute respiratory syndrome coronavirus 2“) in der Coronaviruspandemie. *Urologe* 60. 331-336. <https://doi.org/10.1007/s00120-021-01459-y>

Korrespondenzadresse:

Prim. Univ. Prof. Dr. Steffen Krause
Klinik für Urologie und Andrologie
Kepler Universitätsklinikum GmbH
Med. Campus III
Krankenhausstraße 9, 4021 Linz
steffen.krause@kepleruniklinikum.at

Viren, Körper, Tod – Über den Umgang mit einer Epidemie

M. Prisching

Die eine oder andere Krise sind wir ja gewohnt; aber Corona war etwas Besonderes. Wir hätten uns zuvor nicht vorstellen können, dass uns ein einfaches Virus in Bedrängnis bringen könnte, in einer Wissens- und Wissenschaftsgesellschaft, in einer Epoche, in der wir auf Machbarkeit und Fortschritt vertrauen; dass im Zuge der Epidemiebekämpfung tatsächlich Teile der Gesellschaft „stillgelegt“ werden; dass binnen weniger Wochen die ganze Welt betroffen ist und die Grenzen geschlossen werden; dass wir eine Zeitlang auf keine anderen Vorkehrungen zurückgreifen können als auf die Pestregeln des 14. Jahrhunderts, nämlich Distanz, Hygiene, Maske, Quarantäne; dass wir aber auch auf unsere Körperlichkeit und unsere evolutionäre Eingebundenheit in ein System von (sichtbaren und „unsichtbaren“) „Lebewesen“, nämlich Krankheits-erregern, verwiesen werden.

Unsicheres Spezialwissen

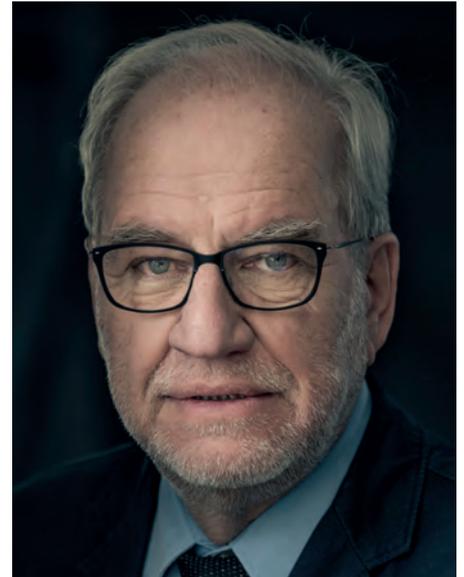
Die Epidemie hat Spezialwissen – wie nie zuvor – in die Öffentlichkeit geschwemmt. Spezialwissen von einem Kreis von Wissenschaftlern und Experten, den man im Laufe des Jahres erst kennengelernt hat. Im Umgang mit den spezialisierten, nach Tunlichkeit in allgemeine Verständlichkeit transformierten Wissensbeständen hat sich dennoch ein hohes Maß an **Wissensinkompetenz** auf Seiten der Öffentlichkeit gezeigt, trotz hohen zertifizierten Bildungsniveaus und trotz eines fast unbegrenzten Informationszugangs. Die meisten Menschen waren zwar begierig nach verlässlichen Informationen aus der Wissenschaft, die Erwartungen waren allerdings auf **zuverlässiges, sicheres, festes Wissen** gerichtet. Man erwartet vom Wissenschaftssystem Wahrheit und Eindeutigkeit.

Eine naive Variante der alten Aufklärungs-idee hat versprochen: **Mehr Wissen und Wahrheit schafft Sicherheit (und**

Sittlichkeit). Es ist eine Art von digitaler Erwartung des Publikums: Etwas ist entweder 0 oder 1. Wahr oder falsch. Irritierenderweise konnte man in einer Flut von Public Science-Auftritten eine andere als die Wahr-Falsch-Wissenschaft erleben. Der Ausgangspunkt des Geschehens war, am Anfang des Jahres 2020, schlichtes Unwissen über SARS-CoV-2 und COVID-19. Man wusste kaum etwas über Infektiosität, Letalität, Krankheitsverlauf, Therapiemöglichkeiten, Spätfolgen usw. Man konnte nur begleitend, im Voranschreiten der Pandemie, Erfahrungen analysieren und durch Studien anreichern, teilweise konnte man auch bei den Therapien nur ausprobieren. Die Unsicherheit wurde sehr wohl kommuniziert, aber von den Rezipienten nicht akzeptiert.

Dann folgte ein Prozess der (beeindruckenden) wissenschaftlichen Wissensanreicherung, der aber mit Unsicherheiten, Widersprüchen und Revisionen beladen war. Schließlich gab es auch Rückschläge im Wissensstand, insbesondere durch das Auftreten von Mutationen – bei denen man immer wieder beinahe von vorne beginnen musste, ihre besonderen Eigenschaften zu ergründen. Auch dabei musste so und so oft gesagt werden: Das wissen wir noch nicht. Da sind wir unsicher. Bis zum nächsten Monat wissen wir wahrscheinlich mehr.

Die Öffentlichkeit konnte sich nur langsam an das **Szenarium von Wissenswahrscheinlichkeiten, Widersprüchen, Falsifizierungen und Bewährungen des Wissens** gewöhnen. Die Verfahrensweisen der Wissenschaft waren nicht bekannt: das Vorhandensein widersprüchlichen Wissens und inkonsistenter Befunde; das Begehen von Irrwegen, der Prozess der Korrekturen. Unterschiedliche Expertenmeinungen gehören für Wissenschaftler zur Normalität des Betriebes, für die Öffentlichkeit waren sie irritierend. Der Falsifikationismus Karl



Univ. Prof. Mag. Dr. Manfred Prisching

Poppers [1] oder der organisierte Skeptizismus Robert Mertons [2] sind nicht Bestandteile der öffentlichen Wissenschaftsvorstellung. Seit man sich nicht mehr auf den Willen Gottes berufen konnte, war die Verlässlichkeit der Wissenschaft an seine Stelle getreten [3]; aber mit einem „Gott“, dessen Aussagen ständigen Falsifizierungen ausgesetzt sind, kann man schwer umgehen.

Was eigentlich eine transparente Live-Vorstellung des Wissenschaftsprozesses war, wurde mit Befremden und zunehmender Distanzierung wahrgenommen. Die Proponenten widersprechen einander; selbst ein Wissenschaftler sagt einige Wochen später etwas anderes als vorher; Studien kommen zu (teilweise) unterschiedlichen Ergebnissen. Derart fragiles Wissen hat man sich (im Publikum) nicht vorgestellt.

Der **Gradualismus** der wissenschaftlichen Erkenntnisse war für die Öffentlichkeit schwer verdaulich. Als Gradualismus bezeichne ich den Sachverhalt, dass es **Wissensbestände von unterschiedlicher Qualität, Karätigkeit, Haltbarkeit, Bewährtheit oder Wahrheitsnähe** gibt. „A“ ist so gut wie sicher. „B“ ist nicht sicher, aber sehr wahrscheinlich. Bei „C“ warten wir noch ein paar Untersuchungen ab, aber es geht in diese oder jene Richtung. „D“ ist weniger wahrscheinlich. „E“ ist noch ganz unsicher. Bei „F“ können wir Szenarien entwickeln, aber es könnte auch etwas ganz Überraschendes auftauchen. „G“ scheint eine vielversprechende Behand-

Hauptthema: COVID-19 und die Folgen

lungsmethode zu sein, wir wissen aber nicht genau, warum dies der Fall ist.

Öffentliche Kommentare tendierten im Fall der Unsicherheit rasch zur **Überreaktion**: Wenn von Woche zu Woche ganz unterschiedliche Aussagen getätigt werden, dann kann man doch überhaupt nichts mehr glauben. Unsicherheit und Allmählichkeit des Wissensgewinns wurden oft mit generalisierter Glaubens- oder Akzeptanzverweigerung beantwortet.

Sowohl das Publikum als auch die Vertreter der Medien hatten Schwierigkeiten mit der Einschätzung, wer denn überhaupt als **Experte** für bestimmte Sachverhalte einzustufen, also zu Äußerungen ex cathedra berufen sei. Zu Beginn wurden gar noch praktische Ärzte zu Makro-Phänomenen der Epidemie befragt, obwohl sie zu den meisten der damit verbundenen Probleme gar nichts zu sagen haben. Auch ein Internist ist kein Experte für Epidemiologie, wohl aber kann er über konkrete Behandlungserfolge Auskunft geben. Plötzlich lernte man unbekannte wissenschaftliche Disziplinen kennen: Virologen, Infektiologen, Epidemiologen, Impfforscher, Simulationsexperten, Komplexitätsforscher und andere. Irgendwann äußerte eine interviewte Person ihr Befremden: „Warum wird denn ein Mathematiker zur Epidemie befragt?“

Niemals zuvor war die Wissenschaft so gefragt; niemals zuvor sind so viele Experten im Fernsehen aufgetreten; – aber gerade deshalb wurde die Kluft zur Wissensverarbeitungs-kompetenz des Publikums sichtbar. Es zeigten sich die Schwierigkeiten, mit dem vermittelten professionellen Wissen umzugehen. Nicht so sehr wegen der Komplexität des Wissens selbst, denn die Artikulations- und Übersetzungskompetenz der Expertinnen und Experten war beachtlich gut; viel eher gab es Probleme mit der Natur dieses Wissens und mit der Natur des Erkenntnisprozesses.

Wiederkehr der Körperlichkeit

Körperwissen, Körpergefühl, Körperbewusstsein [4]: Die Menschen der entwickelten Spätmoderne haben sich von ihrer Leiblichkeit und Körperlichkeit weit entfernt. Diese Elemente des Menschseins wurden immer mehr auf Distanz gehalten, verborgen, verdrängt. In der Epidemie standen die biologischen „Objekte“ im Mittelpunkt.

Schon Norbert Elias hat den Zivilisierungsprozess als einen **Prozess der Entkörperlichung** geschildert [5]. Das Biologische wird unterdrückt oder abstrahiert. Der Körper darf nicht riechen. Körperliche Prozesse werden auf die Hinterbühne verbannt. Man lebt in der Sauberkeit, manchmal in einer derart übertriebenen Hygiene, dass das Immunsystem nicht mehr hinreichend trainiert werden kann. Es sind perfekte, synthetische Körper. Die Mediziner, Kosmetiker und Designer sorgen dafür – allenfalls muss man mit Photoshop oder Schönheitschirurgie nachhelfen [6]. **Dann kommt die Epidemie**, und plötzlich ist man konfrontiert mit dem Leiden, dem Röcheln, dem Intubieren, dem Ersticken, also mit den weniger appetitlichen Erscheinungen menschlicher Hinfälligkeit.

Die **körperliche Hinfälligkeit**, ja den Tod überhaupt, hat man aus dem Leben gedanklich und räumlich ausgeschlossen. Was man nicht sehen will, wird unsichtbar gemacht [7]. Wenn altersbedingte Körperschwächen auftreten, befinden sich die Personen im Pflege- oder Altersheim oder in gesonderter Betreuung [8]. Wenn es ans Sterben geht, ist es (in den Worten von Philippe Ariès) ein „heimlicher Tod“, der nicht mehr im Kreis der Familie stattfindet, sondern von den zuständigen medizinischen oder karitativen Instanzen verwaltet wird [9]. Hat man bis vor hundert Jahren die Kinder zum Sterben hinzugeholt, so wie alle näheren Verwandten, werden sie nunmehr, wenn es an das Sterben geht, aus dem Zimmer geschafft. Man will vom Tod nichts wissen. Er wird tabuisiert [10]. **Dann kommt die Epidemie**: Sie hat das Verdrängte wieder ins Licht geholt, und das war für die meisten Menschen keine freudige Erkenntnis.

Der Umstand, dass die **Biologie eine Gefahrenquelle** darstellen kann, ist aus unserer Wahrnehmungswelt hinausgeraten. Biologie kommt höchstens noch auf Umwegen vor, etwa in der Diskussion über den Klimawandel, bei dem wir den Abbau von Diversität beklagen. Aber das ist nichts, was gedanklich unmittelbar mit unserem Körper verbunden wird. Doch Evolution ist nicht nur eine ideengeschichtliche Erinnerung aus dem 19. Jahrhundert, vielmehr befinden sich diese menschlichen Körper in einem Existenzkampf mit anderen Spezies. Die meisten Menschen sterben in diesem Kampf – denn direkt oder indirekt sind Viren und Bakterien an den abschließenden Erkrankungen meist beteiligt. Man hat sich lieber an die Illusion gehalten: Für menschliche Körper gibt es pharma-

kologische Produkte, die uns die Priorität über andere Spezies verschaffen, dazu Medizintechnik und ärztliche Therapie – das wäre schon alles.

Sonst stoßen wir bestenfalls auf die **Zivilisationskrankheiten**, und der Begriff der Epidemie wurde vor allem für die **Adipositas** (und die Folgeerkrankungen) verwendet: ein Phänomen des Wohllebens, des Luxus, der Unbedachtheit. An der Peripherie des Bewusstseins gerieten allenfalls die **resistenten Keime** in den Blick; aber das galt als Problem der Krankenhausverwaltung und ihres Putzpersonals oder als Problem der Pharmaindustrie, die andere Antibiotika würde produzieren müssen. **Dann kommt die Epidemie**: Sie hat die tückischen „Biester“, mit denen wir zu tun haben, und ihre durchschlagende Wirksamkeit vorgeführt.

Das heißt: Unsere Alltagswissensbestände und unser Alltagsbewusstsein waren **a-biologisch, a-körperlich, a-leiblich**. Niemand hat (in unseren Breiten) an **Krankheitserreger als epidemisches Gesundheitsproblem** gedacht. Ein paar Meldungen über das ferne Gelbfieber in Zentralafrika und über die Grippe als jährliche Saisonkrankung – aber ein Virus, das uns in die äußerliche Situation einer Pestepoche versetzt, gehörte nicht in das Repertoire unseres Möglichkeitenraums in einer digitalisierten Informationsgesellschaft.

Umgang mit Todeskalkülen

„Der Mensch der westlichen Moderne hat verlernt, der Realität von Tod und Vergänglichkeit ins Auge zu schauen, und flieht in die Illusion der Selbsterlösung durch Unternehmungen aller Art.“ [11] Man könnte sich ja wohl philosophisch-reflexiv mit dem Tod vertraut machen, also die Normalität des Sterbens anerkennen, und ihm dadurch seinen Stachel nehmen; doch das ist nicht der Weg der Spätmoderne. Drei andere Weisen, die Todesfurcht zu besänftigen, kommen ins Spiel.

Religiöse Tröstungen – das wäre die traditionelle Lösung gewesen. Die Pestepidemie des 14. Jahrhunderts hat die Glaubenswelt des Mittelalters nachhaltig beschädigt; angesichts des Ausmaßes des Elends konnte man religiös „nichts“ mehr erklären. Das Jenseits wurde brüchig, im Zuge der europäischen Säkularisierung ist das Vertrauen auf Jenseitsglück und Jenseitskompensation als Kompensation für Diesseitsleid dahingeschwunden. Man hat dafür das Diesseits

XTANDI™*

FRÜH starten – LÄNGER GUT leben!**1

NEU

beim mHSPC¹



Als eine Starttherapie von EAU- und ESMO Leitlinien empfohlen beim^{8,9}

mHSPC

Hochrisiko
nmCRPC

asympt./mild sympt.
mCRPC

*XTANDI™ ist angezeigt zur Behandlung erwachsener Männer mit:

- metastasiertem hormonsensitivem Prostatakarzinom (metastatic hormone-sensitive prostate cancer, mHSPC) in Kombination mit einer Androgendeprivationstherapie (ADT).
- nicht metastasiertem kastrationsresistentem Hochrisiko-Prostatakarzinom (castration-resistant prostate cancer, CRPC).
- metastasiertem CRPC mit asymptomatischem oder mild symptomatischem Verlauf nach Versagen der ADT, bei denen eine Chemotherapie klinisch noch nicht indiziert ist.
- metastasiertem CRPC, deren Erkrankung während oder nach einer Chemotherapie mit Docetaxel fortschreitet.

**rPFS Verängerung: 2,3,4 Lebensqualität Daten: 5,6,7

Literatur

1. XTANDI™ (Enzalutamid), Fachinformation. [aktuelle Version]. 2. Armstrong AJ et al. J Clin Oncol 2019; 37(32): 2974-86. 3. Beer TM et al. Eur Urol 2017; 71: 151-4. 4. Hussain M et al. N Engl J Med 2018; 378(26): 2465-74. 5. Lortot Y et al. Lancet Oncol 2015; 16: 509-21. 6. Tombal B et al. Lancet Oncol 2019; 20: 556-69. 7. Stenzl A et al. European Urology 78 (2020) 603 – 614. 8. Mottel et al. <https://uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-EANM-ESTRO-ESUR-ISUP-SIOG-Guidelines-on-Prostate-Cancer-2021V3.pdf> abgerufen am 28.04.2021. 9. Parker C et al. ESMO-MCBS Clinical Practise Guidelines Prostate Cancer, Ann Oncol 2020

 **Xtandi™**
Enzalutamid

Hauptthema: COVID-19 und die Folgen

aufgewertet, als „letzte Gelegenheit“ [12]. Das schafft Zeitdruck und Erfolgszwang. Wenn nämlich nach dem Tod nichts mehr kommt, muss man „alles“ vorher unterbringen; und wenn der Lebenssinn so definiert wird, dass man möglichst alles, was die Welt zu bieten hat, erlebt haben muss, ist die Zeit knapp [13]. Zum anderen sind die Menschen in den reichen Ländern der **existenziellen Unsicherheit durch Hungersnöte, Katastrophen, Kriege und Seuchen** entwöhnt. Gerade die Erfahrung der westlichen Welt nach dem Zweiten Weltkrieg war die einer unvorstellbaren Friedlichkeit, eines über alle Maßen explodierenden Wohlstands und einer steigenden Lebenserwartung. Es hat nie einen geringeren Anteil von Menschen gegeben, die durch Gewalt umgekommen sind [14]. Das glückliche Leben wurde selbstverständlich. Mit der Todesgefahr wollte man sich nicht mehr beschäftigen.

Wie also soll man über den plötzlich aktualisierten Tod reden? Das alte religiöse Vokabular, um derart tiefgreifende Existenzbedrohungen wie eine Epidemie zu bearbeiten, war: Der Wille Gottes, Schuld und Sühne, Pestsäule oder Selbstgeißelung. Wenn man sich intellektuell anspruchsvoller gibt, dann wäre zweifelnd die Frage zu äußern: Was will uns Gott sagen? Doch auch diese reduzierte Referenz auf Jenseits-Machthaber ist im säkularisierten Europa weitgehend verloren gegangen.

Es gibt keine handhabbaren religiösen Kategorien mehr, um die Erfahrung zu verarbeiten – außer in peripheren Gruppen, die sich denn auch zuweilen gläubig zu epidemischen Spreader-Meetings zusammengefunden haben, zu eng besetztem Gebet und Ritual, weil letzten Endes doch Gottes Wille auch über ein banales Virus siegen müsse. Im religiösen Mainstream-Bereich war es anders: Das Schweigen der Kirchen dröhnte über die verlassenem Kirchplätze. Es war zugleich Ausdruck der Irrelevanz der Kirchen im Ambiente der Spätmoderne, wäre es doch eine „klassische“ Situation gewesen, in der die existentiellen Dimensionen des Menschseins angesprochen waren und die Situation eine helfende Interpretation erforderte.

Für die Spätmoderne ist eine zweite Lösung, mit dem Tod fertigzuwerden, mit dem aktuellen Mindset kompatibler: Man verfrachtet den Tod in die **Entertainment-Sparte** [15]. Die Bedrohlichkeit der Abendnachrichten, die uns Sterbefälle servieren, verwandelt sich im

weiteren Abendprogramm in wohlige Gruseligkeit, wenn Serienmörder und Action-Helden ihre Hinschlachtungen vornehmen. Allein in dieser Form, in der fast immer durch den Sieg des Gerechten das Gleichgewicht der Welt wiederhergestellt wird, ist uns der Tod vertraut, als Verbringung des Feierabends, als Unterhaltung, mit der Bierflasche oder dem Weinglas in der Hand. Eine solche Begegnung mit dem Gevatter benötigt allerdings keine Empathie: Die ständige Verknüpfung von Tod und Entertainment, in der sich alle Fragen von selbst lösen, mag keine gute Voraussetzung dafür sein, sich in der Wirklichkeit in einen ganz anderen Gefühlshaushalt hineinzufinden.

Man kann drittens das unleidliche Phänomen des Todes in eine **Fortschritts-vision** einbauen, mittels derer die Todesdrohung in Bälde beseitigt wird, jedenfalls für den Großteil des Lebens und den Großteil der Menschen. Das ist der Weg der Weltbeherrschung, der zu den Fantasien des **Human Enhancement** [16] geführt hat: Digitale Ausrüstung des menschlichen Körpers, die mit der Überwindung des Todes schlechthin und mit dem Eintritt in das „ewige Leben“ verbunden ist. Doch bis es so weit ist, angeblich in wenigen Jahrzehnten, lässt sich die Todesfurcht nicht ganz verdrängen [17]. Allenfalls entsteht die Furcht, die letzte Generation zu sein, die sterben muss. Aber auch diese Furcht ist eher Fluchtindiz und nicht Konfrontation mit dem Tod.

Die Epidemie ist nun eine Situation, in welcher der „heimliche Tod“ des Philippe Ariès wieder Aufmerksamkeit einfordert. Jeden Abend ist man in den Nachrichtensendungen mit Todeszahlen konfrontiert. Noch schlimmer: Man muss den Tod nicht nur zur Kenntnis nehmen, sondern muss über Fragen des Todes **Entscheidungen** treffen. Diese Notwendigkeit entsteht fatalerweise in einer pluralisierten, individualisierten, fragmentierten sozialen Situation, in welcher der gemeinsame Wertehorizont, der schützende Baldachin [18], bereits deutlich ramponiert ist. Einer Gesellschaft, die es nicht mehr gewohnt ist, mit selbstverständlichen Wertekategorien zu arbeiten, wird in der Epidemie plötzlich angesonnen, **„starke“ Entscheidungen** über Leben und Tod zu treffen. Eine Gesellschaft, die damit zufrieden war, höchstens noch über Konsumgüter entscheiden zu müssen, soll jetzt die Entscheidung treffen: Welche und wie viele Leute sollen wir sterben lassen? Einige Beispiele zeigen es.

Das Beispiel der Impfungsnebenwirkungen: Es hat sich zeitweise die Vermutung verbreitet, dass es bei bestimmten Vakzinen gefährliche oder tödliche Nebenwirkungen gibt. Wenn man allerdings auf diesen Impfstoff verzichtet, verschiebt sich der ganze Impfprozess – mit der Folge von ansonsten vermeidbaren Erkrankungen und Todesfällen. Die Entscheidung entspricht nach sorgfältiger Berechnung der Abwägung: drei Tote durch Nebenwirkungen oder 20 Tote durch Impfverschiebung (wie immer die Zahlen auch im Detail lauten) – also lieber die erste Alternative. Das darf aber so nicht gesagt werden, denn die bewusste Hinnahme von Todesfällen scheint dem „perfektionistischen“ spätmodernen Bewusstsein nicht zumutbar – ebenso wenig wie die Vorstellung, dass eine Impfung in extrem seltenen Fällen Schaden anrichtet (Offenbar nimmt man auch die Beipackzettel bei Medikamenten nicht ganz ernst.).

Das Beispiel der Impfreiheitenfolge: Zeitweise ist die darwinistische Idee aufgekommen, die **Alten** zu isolieren und allenfalls sterben zu lassen, weil sie ohnehin nur noch wenige Jahre leben und wirtschaftlich entbehrlich sind. Eine Variante ist die Idee des Kalküls mit „Qualitätslebensjahren“ (QALYS: *quality adjusted life years*). Wenn das Modell nicht nur auf Therapiebewertung, sondern auf „Lebensbewertung“ angewendet wird, sind drei Lebensjahre eines Menschen im Rollstuhl weniger wert als drei Lebensjahre eines körperlich vitaleren Menschen. Aber natürlich lässt sich diese Betrachtung ausweiten: Sollte man nicht Menschen mit gravierenden **Vorerkrankungen** sterben lassen, statt sie in der Impfreiheitenfolge zu bevorzugen, weil sie ohnehin die höchsten Kosten für das Gesundheitssystem bewirken werden? Oder sollte man die wirtschaftlich nicht ertragreichen **Dauerarbeitslosen** ganz nach hinten reihen?

Solche Überlegungen schimmern bloß da und dort in Diskussionen durch, nur in Schweden regte sich stärkere Akzeptanz hinsichtlich des Modells, die Älteren sterben zu lassen. Aber allein die Abwägungen über in Kauf genommenes Sterben wurden als höchst unbehaglich empfunden. Dabei bedeutet jede Öffnung nach einem Lockdown letzten Endes eine Entscheidung über Krankheits- und Todeszahl in Abwägung zu Kollateralschäden. Triage-Ereignisse haben das sensible Bewusstsein besonders erschüttert: die „offene“ Entscheidung, diesen oder jenen Menschen sterben zu lassen.

Schlussbemerkung

Die Epidemie hat Verschüttetes zutage gefördert: Den Umstand, dass die Menschen ihrer Leiblichkeit – und damit ihrem Wesen als biologische Entitäten – nicht entrinnen können. Das war zunächst ein Schockerlebnis. Dann hat man begonnen, sich mit allerlei Argumentationen der Erkenntnis wieder zu entledigen. Aber da anzunehmen ist, dass uns das Virus (mit zeitweiligen Schüben und Mutationen) erhalten bleiben wird, werden immer wieder Erinnerungen daran angestoßen werden, dass Menschen eben Menschen sind, die sich nicht durch Fantasievorstellungen von Fortschritt, Machbarkeit oder Geistigkeit über ihre Körperlichkeit hinwegsetzen können.

References

- [1] Popper K. R. Logik der Forschung, 10th ed. Tübingen: Mohr Siebeck 2002.
[2] Merton R. K. Social Theory and Social Structure. New York: Free Press 1968.

- [3] Eßbach W. Religionssoziologie 1. Glaubenskrieg und Revolution als Wiege neuer Religionen. Paderborn: Fink 2014.
[4] Gugutzer R., Klein G., Meuser M., editors. Handbuch Körpersoziologie: Band 2: Forschungsfelder und Methodische Zugänge. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden 2016.
[5] Elias N. Über den Prozeß der Zivilisation: Soziogenetische und psychogenetische Untersuchungen. Frankfurt am Main: Suhrkamp 1978/79.
[6] Menninghaus W. Das Versprechen der Schönheit, 1st ed. Frankfurt am Main: Suhrkamp; 2007.
[7] Knoblauch H., Zingerle A., editors. Thanatsoziologie: Tod, Hospiz und die Institutionalisierung des Sterbens, Berlin: Duncker & Humblot 2016.
[8] Knoblauch H., Soeffner H.-G. Todesnähe: Interdisziplinäre Zugänge zu einem außergewöhnlichen Phänomen. Konstanz: UVK 1999.
[9] Ariès P. Geschichte des Todes, 12th ed. München: dtv 2009.
[10] Walter T. The Revival of Death. London: Routledge 1994.
[11] Grau A. Kulturpessimismus: Ein Plädoyer. Springe: zu Klampen Verlag 2018.
[12] Gronemeyer M. Das Leben als letzte Gelegenheit: Sicherheitsbedürfnisse und Zeitknappheit, 2nd ed. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft 1996.

- [13] Prisching M. Die zweidimensionale Gesellschaft: Ein Essay zur neokonsumistischen Geisteshaltung, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2006.
[14] Pinker S. Gewalt: Eine neue Geschichte der Menschheit. Frankfurt, M: Fischer Taschenbuch 2013.
[15] Wolf M. J. The Entertainment Economy: How Mega-Media Forces are Transforming Our Lives, New York: Times Books 1999.
[16] Coenen C., editor. Die Debatte über „Human Enhancement“: Historische, philosophische und ethische Aspekte der technologischen Verbesserung des Menschen. Bielefeld: Transcript 2010.
[17] Becker E. Dynamik des Todes: Die Überwindung der Todesfurcht - Ursprung der Kultur. Olten: Walter 1976.
[18] Soeffner H.-G. Gesellschaft ohne Baldachin: Über die Labilität von Ordnungskonstruktionen, Weilerswist: Velbrück Wissenschaft 2000.

Korrespondenzadresse:

Univ. Prof. Mag. Dr. Mandred Prisching
Institut für Soziologie
Karl-Franzens-Universität Graz
Universitätsstraße 15, 8010 Graz
mandred.prisching@uni-graz.at

Mein COVID-Jahr



Prim. Univ. Prof. Dr. Lukas Lusuardi
Univ. Klinik für Urologie und Andrologie
Paracelsus Medizinische Privatuniversität
Salzburg

Was war die größte klinische Herausforderung?

Die größte klinische Herausforderung in der Corona-Krise war die Verknappung der klinischen Ressourcen wie medizinisches Personal, Betten und OP-Kapazitäten, da diese für die Corona-Behandlung im Einsatz waren und es somit zu einem Auf-

schieben von Operationen gekommen ist. Viele Patienten gingen in der Corona-Krise nicht zu ihrem Arzt und damit verbunden, sehen wir nun vermehrt weit fortgeschrittene Tumorerkrankungen in unserem Fachgebiet, die es in dieser Häufung vor der Corona-Krise so nicht gab.

Wie waren die Auswirkungen auf die Lehre/Ausbildung?

Im Bereich der Lehre kam es zu einer digitalen Offensive. Die Vorlesungen finden wie alle Kongresse virtuell als Webinare statt. Der Vorteil ist, dass die Webinare bequem von zu Hause aus besucht werden können. Der Nachteil hierbei ist, dass es keinen interpersonellen und sozialen Austausch im persönlichen, vertrauten Gespräch gibt. Die chirurgische Ausbildung der Assistenzärzte war im Rahmen der Corona Krise definitiv eingeschränkt und es wird versucht, dieses Defizit bestmöglich zu kompensieren.

Was sind die drei signifikantesten Schlüsselveränderungen/Chancen durch die Pandemie?

Eines vorweg – die Pandemie wird dank der Möglichkeiten der modernen Medizin und des Einsatzes von Impfungen, allen voran der neuartigen mRNA-Impfstoffe besiegt werden. Wir sehen unzählige digitale Innovation in der Medizin. Von der Telemedizin, über digitale Rezepte bis hin zum Einsatz der „artificial intelligence“ (Entscheidungsfindung durch zusammenhängende Datenanalyse und maschinellem Lernen) in der Medizin.

Die Digitalisierung der Medizin mit weitreichenden positiven Effekten wird definitiv in den nächsten Jahren weiterhin deutlich zunehmen. Es kam zu einer vermehrten interdisziplinären Zusammenarbeit und zu Kooperationen verschiedener Kliniken. So wurden, um ein Beispiel zu nennen, die tagesklinischen Eingriffe an die EMCO-Klinik ausgelagert um OP-Kapazitäten zu wahren. Jede Krise kann als Chance für Veränderung verstanden werden und in diesem Sinne werden wir sicher gestärkt aus der Pandemie hervorgehen.



Priv. Doz. Dr. Bernhard Haid
Klinik für Urologie und Urochirurgie
Universitätsmedizin Mannheim, D

Was war die größte Herausforderung in Ihrem Versorgungsfeld?

Wie vermutlich in jedem Feld der Urologie war und ist die Situation auch in der Kinderurologie in vielschichtiger Hinsicht herausfordernd. Gerade auch weil in der Kinderurologie wenige onkologische Eingriffe und ein großer Anteil an „elektiven“ Eingriffen durchgeführt wird, war die Priorisierung der Patienten fordernd – wenn auch nicht immer ein Organverlust droht, war (und ist) gerade für Kinder und Familien eine (ungewiss) lange Wartezeit auf einen indizierten Eingriff besonders belastend; hinsichtlich möglicher negativer Folgen (Fertilität, antibiotische Prophylaxe) aber auch im Hinblick auf die weitere Entwicklung des Kindes, wodurch beispielsweise auch eine Hypospadiе-Operation, die im Alter von einem Lebensjahr gut toleriert werden kann, 9-12 Monate später deutlich belastender für Kind und Familie sowie möglicherweise auch mit einem höheren Komplikationsrisiko verbunden ist.

Überdies könnte man am ehesten die bezüglich Kindern- und Jugendlichen zeitweise besonders unklare Datenlage und die daraus folgenden unklaren Empfehlungen hervorstreichen. In Zusammenhang damit musste ständig neu evaluiert werden, in welchem Umfang welche Maßnahmen,

möglichst kind- und familiengerecht implementiert werden sollten – immer mit dem Ziel, eine kontinuierliche Versorgung aufrecht zu erhalten. Letztlich gelang es in enger Zusammenarbeit mit der Krankenhausverwaltung und den Kolleginnen der Pädiatrie, angepasst an die wechselnden Fragestellungen im Verlauf der Pandemie vernünftige Lösungen für unsere kleinen Patienten zu finden.

Insgesamt mussten über 350 Termine verlagert werden, dafür wurde ein System zur Priorisierung dringlicher Eingriffe etabliert. Im Rahmen der „zweiten Welle“ im Herbst 2020 konnte der Ambulanz- und größtenteils auch der OP-Betrieb wesentlich besser aufrechterhalten werden – aufgrund der besseren Datengrundlage und der Erfahrungen aus dem Frühjahr. Aus organisatorischer Sicht haben besonders die leider notwendigen Verschiebungen sowie der eingeschränkte Kontakt zu Patienten und Eltern und damit die häufig auch schwierigere Kommunikation das ärztliche, pflegerische und administrative Team spürbar belastet.

Wie waren die Auswirkungen auf die Lehre/Ausbildung?

Die Ausbildung der Assistenzärztkollegen hat unter der CoV-Situation in erster Linie während der 2-3 Monate im Frühjahr 2020 gelitten, nachdem die Patientenfrequenz über einen relevanten Zeitraum deutlich reduziert war. Der Mangel an Exposition gegenüber klinischen und chirurgischen Fällen konnte durch nichts – auch nicht durch die gewonnene Zeit zur theoretischen Diskussion von Fällen – vollständig kompensiert werden. Danach, besonders auch während der neuerlichen Einschränkungen im Herbst war die Exposition in Ambulanz bzw. OP nahezu unverändert.

Unverändert im Vergleich zum ursprünglichen Plan durften wir auch Kurzzeit-Assistenten (3 Monate – Sonderfach Schwerpunktausbildung Kinderurologie) und Kollegen im Gegenfach in unserem Team aufnehmen – in jedem Fall zeigten sich die Kolleginnen im Rahmen der Eva-

luation zufrieden mit der Ausbildungssituation, die Bewertung bewegte sich auf dem Niveau von vor der Pandemie.

Die Lehre konnte an den Universitäten, an denen Mitarbeiter unserer Abteilung tätig sind (JKU Linz, LMU München) mittels Teilpräsenz / Hybrid / Online-Veranstaltungen leidlich aufrecht erhalten werden. Daran haben wir uns ebenfalls mitbeteiligt. Für die Studenten bedeutete diese Phase sicher große Abstriche was die Qualität betrifft. Die Diplomarbeiten-/Dissertationsbetreuung inkl. der Anwesenheit von Diplomanden im Krankenhaus war unverändert möglich.

Was sind die drei signifikantesten Schlüsselveränderungen/Chancen durch die Pandemie?

Was die Patientenversorgung betrifft, vielleicht in erster Linie ein Zuwachs an organisatorischer Flexibilität und die Implementierung optimierter Abläufe, nachdem die Situation alle Ressourcen bis ans Äußerste belastet hat und teils sehr kreative Lösungen zur Gewährleistung vertretbarer Wartezeiten notwendig machte.

Verändert hat sich auch die Sicht auf Fortbildungsreisen – einerseits im Hinblick darauf was alles online bzw. per Videokonferenz möglich (und sinnvoll?) ist, andererseits aber auch mit der Erkenntnis, dass die persönlichen Kontakte und die Diskussionen im direkten Gespräch unersetzbar bleiben werden.

Eine Chance dieser Erfahrung liegt möglicherweise (hoffentlich?) allein in der Erkenntnis, wie zerbrechlich die schon im Alltagsbetrieb ohne die Pandemiesituation grenzwertig ausgelasteten Systeme und organisatorischen Konzepte unserer täglichen Arbeit sind. Eine Lehre, die daraus gezogen werden könnte, wäre ein noch bewussterer Umgang mit Ressourcen – menschlicher und infrastruktureller Art – sowie eine noch konsequentere Planung zur Aufrechterhaltung der Versorgung auch in fordernden, letztlich unplanbaren Situationen.

The International View



Prof. Francesco Greco
 Dep. Of Urology
 Humanitas Gavazzeni e Castelli
 Bergamo, Lombardy, Italy

How was the impact on the uro-oncological service?

One month after the COVID-19 outbreak, the scenario of Italian urological surgery had dramatically changed; an overall reduction of OR sessions of 40.2% was documented, with the amount of oncological procedures being reduced by almost 35.9%. Non-oncological surgery suffered from a decrease as high as 89%.

Cancellations were performed homogeneously alongside centers, according to an emergency/urgency principle: Trauma, testicular torsion, urinary tract decompression were prioritized together with testicular and urothelial cancer.

The first and most involved region, Lombardy, responded to the outbreak with massive prioritization of urgent care request. Four weeks later, this translated into an abrupt shortage of OR occupation with only 24 patients actively scheduled among the 7 important urologic centres from Lombardy, previously accounting for 229 procedures per week, representing a reduction of nearly 90%. Analyzing separately private and public clinical practice, we should remark that three out of six private clinics experienced a complete slowdown of elective surgery during the emergency.

Particularly, oncological patients may suffer from the consequences related to this delay, increasing anxiety and decrement in health status [1].

What are your 3 key learnings/opportunities?

Two important aspects which were associated with an increased COVID-related mortality in Italy were represented by the reduced national number of intensive care units and of general practitioners who could help to make a pre-triage on patients' health status.

Based on the Italian experience, some actions could be pre-planned to limit the burden of shortcomings:

- Adhere to the empirically suggested Surgical Priority Charts (as the ones from the Cleveland Clinic [2], from the British Journal of Urology [3] and from the European Urology community [4,5], for the urology field);
- Create COVID-19 free health care facilities dedicated to patients undergoing major elective surgery (e.g. oncologic or cardiovascular surgery);
- Increasing telemedicine to reduce unnecessary access to hospitals and improving first-aid by general practitioners.

References

- [1] Greco F, Altieri VM, Esperto F, Mirone V, Scarpa R: Impact of COVID-19 pandemic on health-related quality-of-life in uro-oncologic patients: what should we wait for? Clin Genitourin Cancer. 2020 Jul 17:S1558-7673(20)30168-3
- [2] Cleveland Clinic Department of Urology, Recommended Surgical Priority Tiers (COVID-19).
- [3] COVID-19 and urology, BJU Int, published online 2020 March 16.
- [4] COVID-19 Resources for Urologists, Eur Urol, published online 2020 March 20.
- [5] Proietti S, Gaboardi F, Giusti G. Endourological Stone Management in the Era of the COVID-19. Eur Urol. 2020 Apr 14:S0302-2838(20)30217-7



Prof. A. Erdem Canda
 Koç University Hospital
 Department of Urology
 Istanbul, Turkey

COVID-19 pandemic has also affected our country including the uro-oncological management of patients similar to the world. In the recently published paper that I co-authored [1] reporting our experience as Koç University Hospital as a high volume cancer center in Istanbul, Turkey, we concluded that following strict precautions are taken, cancer surgical procedures can be performed safely with acceptable perioperative and postoperative morbidity and mortality during covid19 pandemic.

Three key learnings/opportunities include uro-oncological patients postponing their cancer disease controls and/or treatments might lead to disease progression, centralized cancer centers should be ready to give service when required where all other hospitals tackle with pandemic, good planning should be made for the working agenda of the healthcare workers during pandemic.

Reference:

- [1] Kulle CB, Azamat IF, Vatansever D, et al. Is elective cancer surgery feasible during the lock down period of the COVID 19 pandemic? Analysis of a single institutional experience of 404 consecutive patients. J Surg Oncol. 2021;1-9 <https://doi.org/10.1002/jso.26436>

Die Seite des Präsidenten

Werte Leserinnen, werte Leser

Eigentlich wollte ich Ihnen an dieser Stelle über den Bayerisch-Österreichischen Urologenkongress, der in Innsbruck abgehalten werden sollte, berichten, aber Corona hat mir auch hier einen Strich durch die Rechnung (im wahrsten Sinne des Wortes) gemacht.

Ich wollte den Kongress mit allen Mitteln veranstalten, musste aber schlussendlich zur Kenntnis nehmen, dass eine Ausrichtung der Tagung nicht möglich war. Da etliche zahlungskräftige Pharmafirmen im ersten Halbjahr 2021 keine Präsenzkongresse sponsern durften, drohte uns ein Budgetminus von bis zu 70.000 Euro, auch die damals uns auferlegten COVID Sicherheitsauflagen seitens des Kongress Innsbruck waren praktisch nicht erfüllbar.

Auch eine virtuelle Version der Tagung war angedacht, auch hier traten enorme Finanzierungsprobleme zu Tage, obendrein hat eine virtuelle Version sowohl bei den bayerischen als auch bei den österreichischen Kolleginnen und Kollegen wenig Anklang gefunden. Der einhellige Tenor war, der Kongress lebe vom persönlichen Austausch, eine virtuelle Austragung passt einfach nicht zur Bayerisch-Österreichischen Urologentagung. Manche Dinge kann man ganz einfach nicht übers Knie brechen!

Somit blicken wir positiv in die Zukunft und freuen uns auf den Bayerisch-Österreichischen Kongress 2022, der vom 19.5. bis zum 21.5.2022 in Lindau am Bodensee stattfinden wird.

Corona hinterlässt überall seine Spuren, die finanziellen Schäden durch die Pandemie dürften sich voraussichtlich auf 100 Milliarden Euro addieren, der Betrag entspricht ziemlich genau der Höhe eines gesamten Jahresbudgets. Aber es gibt - wenn auch sehr wenig positive Effekte.

Ein positiver Aspekt ist die Beschleunigung der Digitalisierung in medizinischen Einrichtungen. Das Coronavirus treibt den digitalen Wandel so schnell voran wie noch nie zuvor! Zeigten die diversen Web-Seminare anfänglich noch technische Unzulänglichkeiten mit teils holprigen Starts, funktionieren diese virtuellen Sitzungen von Mal zu Mal deutlich besser und finden, gemessen an den

Teilnehmerzahlen erheblichen Anklang in der Kollegenschaft. Als Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Urologie und Andrologie darf ich mich bei allen, die solche virtuellen Fortbildungsreihen organisieren und durchführen, ganz herzlich bedanken.

Trotz des „digitalen Fortschrittes“ bin ich aber nach wie vor ein Verfechter von Präsenzveranstaltungen. Dies mag eventuell meinem Alter geschuldet sein, ich stehe aber dazu :-).

Den Anfang macht heuer Kollege Elmar Heinrich mit dem 53. Alpenländischem Urologensymposium in Saalfelden. Das Treffen findet erstmals im Sommer, vom 24.6. bis zum 26.6.2021 statt. Ich freue mich auf eine spannende Präsenzveranstaltung und darf Kollegen Heinrich und auch uns bestes, vor allem virenfreies Gelingen wünschen.

In diesem Sinne darf ich Ihnen, geschätz-



Univ. Prof. Dr. Wolfgang Horninger

te Kolleginnen und Kollegen, einen schönen, „halbwegs normalen“ Sommer wünschen!

Ihr

Wolfgang Horninger
Präsident der Österreichischen
Gesellschaft für Urologie und
Andrologie

48. Tagung
der Bayerischen Urologenvereinigung
und der Österreichischen Gesellschaft
für Urologie und Andrologie

19. – 22. Mai 2022
Inselhalle Lindau

Tagungspräsident:
Prof. Dr. med. Rolf von Knobloch
Chefarzt der Klinik für Urologie
Klinikverbund Allgäu gGmbH, Klinikum Kempten

Co-Tagungspräsident:
Univ. Prof. Dr. Wolfgang Horninger
Medizinische Universität Innsbruck
Universitätsklinik für Urologie

Weitere Informationen:
www.uro-tagung.de

VIELFALT AUF VERORDNUNG



Die Attends® Technologien*

* je nach Produkt werden unterschiedliche Attends® Technologien eingesetzt



Aktivzone



Geruchs-
bindung



Atmungs-
aktiv



Hautfreund-
licher pH-Wert



Nässe-
Indikator



Quick-Dry



Extra weiche
Oberfläche



Einzeln
verpackt

Jetzt noch mehr erstattungsfähige Attends®-Produkte.

Gute Nachricht für Menschen mit Inkontinenz:

Dank Kassenreform werden jetzt noch mehr hochqualitative Attends®-Produkte für alle Inkontinenzformen und Schweregrade mit ärztlichem Verordnungsschein von den österreichischen Gesundheitskassen erstattet.** Ihr Bandagist vor Ort berät Sie gerne und hält Muster der Attends®-Produkte für Sie bereit.

**ausgenommen gesetzlicher Selbstbehalt

Für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an unser Servicetelefon: **0732 - 77 27 00** oder besuchen Sie uns auf www.attends.at

Aus der Fortbildungskommission

Liebe ÖGU-Mitglieder, liebe Kolleginnen und Kollegen,

die COVID-19 Pandemie hat unser Leben verändert und wird es sicher auch in den kommenden Monaten tun. Wir befinden uns aktuell in einer für uns ungewohnten Zeit mit starken Einschränkungen des öffentlichen und beruflichen Lebens, wovon auch Kongresse und Fortbildungen betroffen sind. Die Absagen der jährlichen Fortbildungstagung 2020, der Seminare sowie Lehr- und Fortbildungsveranstaltungen waren notwendige Maßnahmen, um die COVID-19 Krise zu bewältigen. Jedoch ist kontinuierliche Förderung der Wissenschaft, Forschung und Fortbildung zweifellos essentiell, um in Österreich eine urologische Versorgung nach aktuellem Stand der Wissenschaft zu gewährleisten. Dementsprechend setze ich gemäß den Wünschen der Mitglieder in meiner Funktion als Vorsitzender der Fortbildungskommission gemeinsam mit den Arbeitskreisen zwei Projekte um.

Online-Fortbildungsreihe der Fortbildungskommission der ÖGU

Als Kooperationsprojekt zwischen der Fortbildungskommission und den Arbeitskreisen ist eine Online-Fortbildungsreihe entstanden, welche das bestehende Portfolio der ÖGU erweitern soll. Diese

wird unter der technischen Begleitung unseres langjährigen Partners, der convention.group, erfolgen, mit professionalisierten Strukturen, Live-Webinaren in HD-Übertragung und DFP-Approbation. Die Themengebiete für dieses Jahr umfassen die Uroonkologie, funktionelle Urologie und eine Kongresszusammenfassung im Sinne von „Best of 2021“. Ebenso wird derzeit eine gemeinsame Online-Plattform für eLearning und eLibrary mit einer gemeinsamen Homepage der einzelnen Arbeitskreise der ÖGU konstruiert. Am Jahresende wird die gesamte Fortbildungsreihe als eLearning mit DFP-Approbation hier für alle Mitglieder zugänglich sein. Mit dieser Fortbildungsreihe möchten wir Sie für die kommende Zeit unterstützen und hoffen, dass wir Ihnen den wissenschaftlichen und klinischen Werdegang erleichtern können.

Hybrid-Jahrestagung 2021

Die Unberechenbarkeit des Virus zwingt uns derzeit, verschiedene Optionen in Betracht zu ziehen. Die sicherlich von allen Seiten präferierte Option ist ein Präsenzkongress wie gewohnt. Jedoch ist ein Konzept notwendig, um auf kurzfristige und unerwartete Entwicklungen der Pandemie reagieren zu können. Hinsichtlich dieser Planungsschwierigkeit wurde in Rücksprache mit dem Vorstand und mit den Arbeitskreisen die Idee



Assoc. Prof. Priv. Doz. Dr. Harun Fajkovic

eines Hybrid-Kongresses entwickelt, welcher entsprechend den Umständen und der Vorgaben modifiziert werden kann. Dieses Modell verknüpft die Vorteile einer Präsenztagung und einer Onlineveranstaltung mit Liveübertragung in HD-Qualität und On-Demand Programm.

Es liegt jetzt an uns allen, einen optimalen Weg in ungewohnten Zeiten zu finden und konsequent umzusetzen. Ich freue mich bereits, diesen Weg gemeinsam mit Ihnen zu beschreiten. In der Hoffnung, dass wir uns bei unserer Jahrestagung in Linz sehen werden, wünsche ich allen weiterhin viel Durchhaltevermögen in diesen schwierigen Zeiten voller Herausforderungen.

Bleiben Sie gesund!

Mit freundlichen Grüßen,

Harun Fajkovic
Vorsitzender der
Fortbildungskommission der
Österreichischen Gesellschaft für
Urologie und Andrologie

Fachkurzinformation zu Seite 27

Spasmolyt - Dragées. Zusammensetzung: 1 überzogene Tablette enthält: Trospiumchlorid 20 mg. **Sonstige Bestandteile:** Tablettenkern: 19 mg Weizenstärke, mikrokristalline Cellulose, 7 mg Lactose-Monohydrat, Povidon K 29-32, Croscarmellose-Natrium, Stearinsäure, hochdisperses Siliciumdioxid, Talkum; Tablettenüberzug: 39 mg Saccharose, Carmellose-Natrium, Talkum, hochdisperses Siliciumdioxid, Calciumcarbonat (E 170), Macrogol 8000, Titandioxid (E 171), Eisen(III)-hydroxid-oxid (E 172), gebleichtes Wachs, Carnaubawachs. **Anwendungsgebiete:** Zur Behandlung einer Detrusor-Instabilität oder Detrusor-Hyperreflexie mit den Symptomen Pollakisurie, Harndrang und Dranginkontinenz. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile; Harnretention; gastrointestinale Dysfunktionen (inklusive Colitis ulcerosa, toxischem Megacolon); Engwinkelglaukom; Tachyarrhythmien; Myasthenia gravis; dialysepflichtige Niereninsuffizienz (Kreatinin-Clearance <10 ml/min/1,73 m²). **Wirkstoffgruppe:** Pharmakotherapeutische Gruppe: Urologisches Spasmolytikum; ATC-Code: G04BD09. **Inhaber der Zulassung:** Mylan Österreich GmbH, 1110 Wien, Österreich. **Rezeptpflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Packungsgrößen:** 20 und 50 Stück. *Weitere Angaben zu besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen sowie Angaben über Gewöhnungseffekte entnehmen Sie bitte den veröffentlichten Fachinformationen!*

Urivesc 60 mg Retardkapseln. Zusammensetzung: Jede retardierte Hartkapsel enthält 60 mg Trospiumchlorid. **Sonstige Bestandteile:** Kapselinhalt: 154,5 mg Saccharose, Maisstärke, Methylacrylat-Methylmethacrylat-Methacrylsäure-Copolymer, Ammoniumhydroxid, mittelkettige Triglyceride, Ölsäure, Ethylcellulose, Titandioxid (E 171), Hypromellose, Macrogol 400, Polysorbat 80, Triethylcitrat, Talkum. Kapselhülle: Gelatine, Titandioxid (E 171), Eisenoxid gelb (E 172), Eisenoxid rot (E 172). Druckertinte: 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:** Pharmakotherapeutische Gruppe: Urologische Spasmolytika; ATC-Code: G04BD09. **Inhaber der Zulassung:** Mylan Österreich GmbH, 1110 Wien. **Rezeptpflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Packungsgrößen:** 7 und 28 Stück. *Weitere Angaben zu besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen sowie Angaben über Gewöhnungseffekte entnehmen Sie bitte den veröffentlichten Fachinformationen!*

Für mehr Symptomkontrolle bei überaktiver Blase¹

Die Markenarzneimittel von Gerot Lannach

Spasmolyt[®]

Trospium

- ✓ Dragées²
- ✓ Einfache **2 x 1 Dosierung²**



Urivesc[®]

Trospium

- ✓ Patientenfreundliche **1 x 1 Dosierung⁴**
- ✓ **Retardierung** für eine gleichmäßige Wirkstofffreisetzung⁴
- ✓ **Einziges laktosefreies Trospiumpräparat^{4,5}**



GEROT  LANNACH

Gedanken des Generalsekretärs

Liebe Mitglieder der österreichischen Gesellschaft für Urologie und Andrologie,

erneut beginnt die Übersicht über die aktuellen Aktivitäten der ÖGU aus Sicht des Vorstandes mit einem Rückblick auf ein Quartal, das vor allem von der Pandemie geprägt war und weiterhin sowohl die klinische als auch die gesellschaftliche Arbeit sowie die Möglichkeiten uns fortzubilden massiv beeinträchtigt hat. Nun erscheint es jedoch berechtigte Hoffnung zu geben, dass durch die Impfkampagne ein Wiederaufleben von Veranstaltungen realistisch erscheint und als erstes Zeichen für diese Hoffnung findet Ende Juni nun als Präsenzveranstaltung das Alpenländische Urologen-Symposium, veranstaltet durch Prim. Priv. Doz. Dr. Elmar Heinrich, statt.

Auch wenn diese Veranstaltung kurzfristig angekündigt werden musste, gebührt hiermit dem Veranstalter höchster Respekt, er versucht hiermit nicht nur ein Zeichen zu setzen, sondern ist auch bereit, gewisse Risiken bezüglich der Teilnehmerzahl und der Möglichkeiten für ein Zusammenkommen auf sich zu nehmen. Auch die Jahreshauptversamm-

lung der ÖGU Anfang November 2021 wird momentan vom Vorstand geplant und es soll nach wie vor daran festgehalten werden, dass eine Präsenzveranstaltung organisiert wird. Die Möglichkeit einer Umstellung auf kurzfristige Onlineveranstaltungen wird gegeben sein, auch wenn die Hybridplanung teilweise eventuell mit höheren Kosten verbunden sein wird.

Bis dahin wird die Fortbildung, wie von den Mitgliedern breit gewünscht, durch den neuen Vorsitzenden der Fortbildungskommission Doz. Fajkovic neu organisiert und bereits in mehreren Online-Tools in der ÖGU mit großer Zustimmung aufgenommen.

Eine weitere Aktivität, um trotz Einschränkungen öffentlich aktiv zu bleiben, ist ein Projekt, das von der Österreichischen Krebshilfe ausgehend mit eigens dafür gedrehten Clips, über Irrtümer bezüglich Prostata und deren Vorsorge aufzuklären versucht und auf zahlreichen Online Medien abrufbar ist (www.loosetie.at, www.krebshilfe.net, www.urologisch.at). So auch auf der ÖGU Homepage (<https://uro.at/8-news/285-krebshilfe-launcht-patientenschulung-prostatakrebs.html>); diese ist ebenfalls derzeit in Überarbeitung und



Prim. Priv. Doz. Dr. Anton Ponholzer

wird bereits im Hintergrund neu aufgebaut, ebenso werden Design und Front Line in den kommenden Wochen fertiggestellt.

Hierbei gebührt der Dank Herrn. Doz. Margreiter, der diese organisatorische und redaktionelle Tätigkeit im Hintergrund durchführt. In der Hoffnung auf ein Wiederaufleben des urologisch-gesellschaftlichen Lebens im Sinne von Fortbildungen und Präsenzveranstaltungen spätersten nach den Sommerferien.

Mit den allerbesten Grüßen im Namen des Vorstandes,

Anton Ponholzer
Generalsekretär der Österreichischen
Gesellschaft für Urologie und
Andrologie

Aus dem AK Kinderurologie

Nicht tastbare Hoden im Kindesalter

Ch. Gernhold¹, P. Rein², J. Oswald¹

Einleitung

Der Hodenhochstand ist die häufigste angeborene Anomalie des äußeren Genitale und betrifft ca. 1-2% aller Knaben. 20% dieser nicht deszendierten Hoden sind nicht tastbar. Von den 20% der nicht tastbaren Hoden sind 50-60% intraabdominal gelegen. Dabei können intraabdominale Hoden in verschiedenen Positionen auffindbar sein, wobei sich die meisten in der Nähe des inneren Leistenrings befinden. Bei einem offenen Processus vaginalis kann auch ein sogenannter „peeping testis“ vorliegen, welcher direkt im inneren Leistenring gelegen ist. In den restlichen Patienten hat sich während der kindlichen Entwicklung kein funktionstüchtiger Hoden entwickelt. Mögliche Ursachen hierfür stellen eine frühe Hodenagenesie und Atrophie durch eine intrauterine Torsion eines normalen Hodens dar. Hierbei können Hodenrudimente sogenannte „nubbin“ oder blind endende Samenstranggefäße „vanishing testis“ Strukturen zurückbleiben.

Diagnostik

Anamnese: Fehlende Hoden werden meist unmittelbar postpartal von den Geburtshelfern/Kinderärzten diagnostiziert. Die Hodenuntersuchung sollte wie bei jedem Knaben mit Hodenhochstand in warmer entspannter Situation in liegender und bei älteren Knaben in sitzender Position durchgeführt werden (**Abb. 1**).



Abb. 1

Inspektion: Bei beidseitig nicht-palpablem Hoden und/oder auffälligem äußeren Genitale (z.B. Hypospadie) sollte eine weitere Abklärung in Zusammenarbeit mit der pädiatrischen Endokrinologie erfolgen.

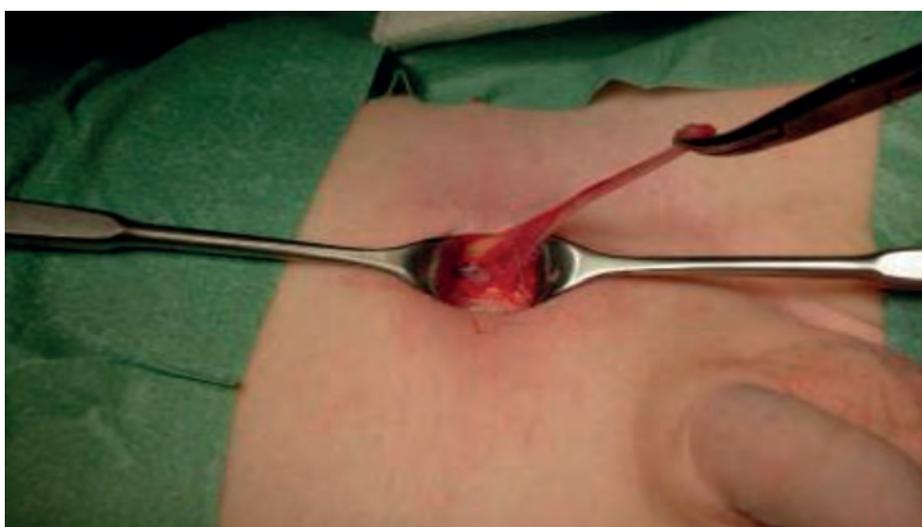


Abb. 2



Dr. Christa Gernhold

Bildgebung

Die sonographische Evaluierung mittels hochauflösenden Schallkopfes wird entsprechend der Leitlinien des AK für Kinderurologie der ÖGU (Leitlinien Kinderurologie 2020, Herausgeber: P. Rein, B. Haid, J. Oswald für den AK Kinderurologie) empfohlen. Nicht tastbare Leistenhoden bei adipösen Kindern oder Hoden, welche am inneren Leistenring gelegen sind, sowie peeping testes können in der Hand des versierten Untersuchers im Ultraschall gut dargestellt werden. Bei nicht tastbarem Hoden ist außerdem die kontralaterale Hodengröße mitentscheidend für die Operationsplanung. Beträgt der Hodenlängsdurchmesser $\geq 18\text{mm}$, ist die Wahrscheinlichkeit für ein kontralaterales „testicular nubbin“ oder einen „vanishing testis“

1) Abteilung für Kinderurologie, Ordensklinikum Linz, Barmherzige Schwestern, Linz

2) Praxis am Kehlerpark, Dornbirn

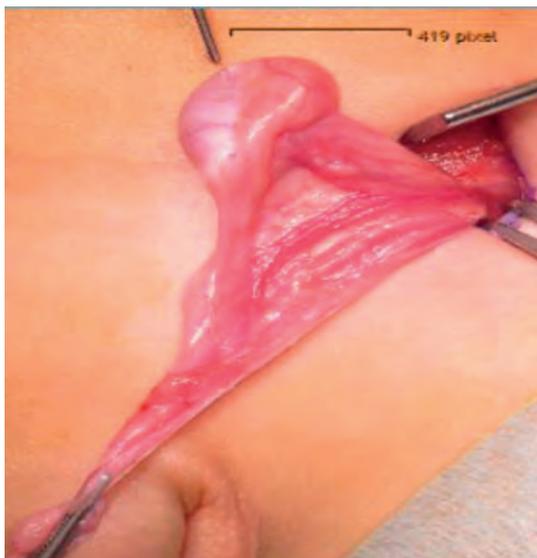


Abb. 3: Inguinale Koff-Operation

>90 %, somit kann auf die primäre diagnostische Laparoskopie verzichtet werden (Abb. 2).

Auch die deutsche Gesellschaft für Urologie empfiehlt in ihren Guidelines, dass der Ultraschall mit einem hochauflösenden Schallkopf zur Objektivierung der Hodenlage eingesetzt werden soll.

Therapie

Der Therapiezeitpunkt sollte wie bei allen Knaben mit einem Hodenhochstand um das erste Lebensjahr erfolgen.

Zu Beginn einer jeden Operation muss eine neuerliche Untersuchung des Skrotums sowie der Leistenregion in Narkose erfolgen. Sollte ein zuvor nicht tastbarer Hoden erkennbar sein, kann auf eine diagnostische Laparoskopie verzichtet werden und eine inguinale Exploration erfolgen. Im Falle eines weiterhin nicht tastbaren Hodens wird die primäre diagnostische Laparoskopie oder bei Verdacht eines nubbins eine inguinale Exploration gewählt werden:

Ein primär inguinaler Zugang wird bei Vorliegen einer kontralateralen Hodenhypertrophie >18 mm (>90% Wahrscheinlichkeit eines Vorliegens eines nubbins/vanishing testis) empfohlen.

Bei fehlender kontralateraler Hypertrophie ist eine primäre Laparoskopie angezeigt, um vermeintliche Hodenrestgewebe sicher auszuschließen. Sollte intraoperativ ein Abdominalhoden dargestellt werden, wird entweder ein lapa-

roskopischer Eingriff (z.B. Fowler Stephens mit Gefäßklippung oder laparoskopische Orchidopexie) oder bei weit offenem und mobilem Hoden eine offene Operation (z.B. Koff Operation) durchgeführt.

Je nach intraoperativer Situation wird eine ein- bzw. zweizeitige Orchidopexie durchgeführt. Im Rahmen der einzeitigen Operation erfolgt eine Mobilisierung des Hodens und des Samenstrangs und wird anschließend entweder laparoskopisch oder über einen zusätzlichen inguinalen Zugang nach skrotal verlagert.

Sollte die Samenstranglänge nicht ausreichend sein, erfolgt eine gefäßdurchtrennende Operation, um eine Verbesserung der spannungsfreien skrotalen Hodenlage zu erreichen. Die gefäßdurchtrennende Operation kann ein- bzw. zweizeitig erfolgen. Die Vorteile der zweizeitigen Orchidopexie, bei der der zweite Teil in der Regel sechs Monate nach dem ersten Teil durchgeführt wird, bestehen darin, die Entwicklung einer kollateralen Blutversorgung zu ermöglichen und eine größere Hodenmobilität zu schaffen.

Es gibt zwei unterschiedliche Möglichkeiten der gefäßdurchtrennenden Operation. Bei der Fowler Stephens OP werden die Testiculargefäße hoch ligiert, um einen Blutfluss von der Arteria ductus deferentis via Kollateralen zur Arteria testicularis zu ermöglichen. Bei der, aktuell bevorzugten, Methode nach Koff werden hingegen die Testiculargefäße knapp am Hoden durchtrennt, dadurch

wird ein zusätzlicher Längengewinn erreicht (Abb. 3).

Durch die Gefäßdurchtrennung wird das Risiko einer Hypotrophie oder Atrophie erhöht. Die testikuläre Überlebensrate bei der einzeitigen Fowler-Stephens Technik variiert zwischen 50 und 65%, die Koff'sche OP erzielt bessere Erfolge mit bis zu 90%. Bei zweizeitigen Verfahren steigen die Erfolgsraten auf bis zu 90%.

Bei Auffinden eines atrophischen Hodenrestes sollte dieser entfernt werden. Sollten jedoch Samenstrangstrukturen in den Leistenkanal ziehen, muss eine zusätzliche inguinale Exploration erfolgen.

Nachsorge

Bei Durchführung einer Orchidopexie sollte 3 und 12 Monate nach der Operation eine Ultraschalluntersuchung durchgeführt werden.

Bei Auftreten einer Hodenatrophie kann über eine Orchiektomie und Hodenprothesenimplantation im Jugendlichen/Erwachsenen Alter mit den Eltern gesprochen werden.

Korrespondenzadresse:

Dr. Christa Gernhold
Abteilung für Kinderurologie
Ordensklinikum Linz GmbH
Barmherzige Schwestern
Seilerstätte 4, 4010 Linz
christa.gernhold@ordensklinikum.at

Enuresis nocturna

individuell dosieren

0,1 mg Tabletten
speziell für die
Ausschleichphase



trockene Nacht – toller Tag



0,1 mg Tabletten
0,2 mg Tabletten
Kassenfrei in der gelben Box (RE2)!

Fachkurzinformation siehe Seite 28

 Gebro Pharma

Aus dem AK Endourologie und Steinerkrankungen

St. Seklehner

Der Arbeitskreis „Endourologie und Steinerkrankungen“ konnte erfreulicherweise die letzten Monate trotz der widrigen Pandemieumstände sehr produktiv und erfolgreich gestalten.

So hielten wir gleich zwei Webinare ab. Das erste im Oktober 2020 („**Viele Wege, ein Ziel: Steinfreiheit**“), das zweite im März 2021 („**Innovationen im Bereich der operativen BPH-Therapie**“).

Ein breites Spektrum wurde im Zuge der Webinare abgedeckt: Einerseits flexible Ureterorenoskopien, percutane Nephrolitholapaxien und die ESWL, andererseits Rezûm, BiPOLEP, I-Tind und Aquabeam.

Namhafte Experten stellten sich für die Webinare dankenswerterweise zu Verfügung. Sie zeigten OP-Videos, standen mit Tipps und Tricks zur Seite und interagierten mit dem Auditorium. Deren rege (kostenlose) Teilnahme (>250 Anmeldungen) zeugt dafür, dass dieses Fortbildungsformat in diesen speziellen Zeiten gerne angenommen wird.

An dieser Stelle möchte ich mich nochmals bei allen Beteiligten und Referenten explizit ganz herzlich bedanken:

- Dr. Drerup
- Priv. Doz. DDr. Özsoy
- Dr. Wehrberger
- Prof. Dr. Lusuardi
- Priv. Doz. Dr. Salem
- Dr. Henning

- Dr. Zanier
- Priv. Doz. Dr. Heinrich
- Dr. Veser
- Prof. Dr. Seitz
- Dr. Zanier und
- Prof. Dr. Madersbacher

Die Fortbildungskommission der ÖGU initiierte eine Webinarserie, an der sich der AK beteiligt. So erfolgte ein Vortrag über die **endourologische Diagnostik und Therapie beim UTUC** sowie über die **invasiv Diagnostik beim Nierenzellkarzinom**. Weitere Vorträge in diesem Format werden folgen.

Neben der Fort- und Weiterbildung legt unser AK großen Wert auf die Wissenschaft. Anhand der Studie **„Hochbetagte hospitalisierte Patienten mit Urolithiasis: eine retrospektive multi-zentrische Analyse“** möchten wir als AK einen wichtigen Beitrag zum besseren Verständnis dieser demographisch immer bedeutenderen Patientengruppe beitragen.

An diesem wissenschaftlichen AK-Gemeinschaftsprojekt beteiligen sich insgesamt acht Kliniken: LK Baden, UK Krems, Salzburg/PMU, Tauernklinikum Zell am See, UK Innsbruck, Klinik Donaustadt, Klinik Favoriten und das LK Klagenfurt. Auch an dieser Stelle nochmals mein großer Dank an jene AK-Mitglieder, die mit großem Engagement hunderte Patienten meist in ihrer spärlichen Freizeit inkludierten. Die Rekru-



Priv. Doz. Dr. Stephan Seklehner, FEBU

tierungsphase wurde im Frühjahr erfolgreich beendet, die statistische Auswertung erfolgte und der erste Volltext wird gerade geschrieben. Wir freuen uns, Ihnen in Bälde erste Auswertungen präsentieren zu dürfen.

Seit zweieinhalb Jahren führen wir als neuer Vorstand gemeinsam den AK. Zusammen mit Priv. Doz. DDr. Özsoy, Dr. Drerup und Dr. Wehrberger blicke ich auf eine bisher sehr erfüllende AK-Zeit zurück und wir freuen uns auf weitere spannende Aufgaben. Die stetig wachsende Anzahl an AK-Mitgliedern und deren rege aktive Teilnahme lässt mich freudig in eine gesunde und produktive Zukunft des Arbeitskreises „Endourologie und Steinerkrankungen“ blicken.

Stephan Seklehner
Vorsitzender des AK Endourologie
und Steinerkrankungen
Abteilung für Urologie
Landesklinikum Baden
Waltersdorfer Straße 75
2500 Baden bei Wien

Aus dem AK AssistenzärztInnen

Ausbildungsbefragung 2020 mit gemischtem Ergebnis

J. Pfuner

Es wurde 2020 nun zum 2. Mal eine umfangreiche AssistenzärztInnen-Befragung mit anschaulicher Quote durch den AAÖGU durchgeführt. Die Umfrage wurde zur eigenständigen internen jährlichen Evaluierung der Arbeits- und Ausbildungssituation fortgesetzt.

Die Teilnahme an der Befragung war von November 2020 bis Februar 2021 möglich. Insgesamt nahmen 79 KollegInnen, die in Österreich arbeiten, teil.

Allgemein

Das Geschlechterverhältnis war ausgeglichen, es befanden sich etwa drei Viertel der Teilnehmer in der Ausbildungsordnung „neu“. Etwa die Hälfte der TeilnehmerInnen arbeiten in einem Landeskrankenhaus, der Anteil an Uniklinik-AssistenzärztInnen lag bei ca. einem Drittel (Abb 1). 70% der KollegInnen waren im 3. Ausbildungsjahr oder darunter, die Fortgeschrittenen Assistenz-

ärztInnen machten dadurch 2020 nur einen eingeschränkten Anteil aus (Abb 2). Gleichzeitig konnte im Vergleich zu 2019 eine sinkende Anzahl an abgeschlossener Allgemeinmediziner Ausbildung gezeigt werden, die Quote sank von 33% auf 20%.

Arbeitszeit

Mit deutlichem Abstand, nämlich fast die Hälfte, gaben die Befragten eine durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit von 45-50 Stunden an. Unverändert zeigt sich die Anzahl der Befragten, die über dem Arbeitszeitgesetzlichen Rahmen hinaus arbeiten. Weiterhin gaben 33% an, 55-60 Stunden wöchentlich zu arbeiten. Die Gruppe der Befragten, die >65 Stunden arbeitet ist auf 11,5% angestiegen (Vergleich 2019: 7,7%). Insgesamt wurde von der Hälfte der TeilnehmerInnen eine wöchentliche Arbeitszeit von ≥ 50 Stunden angegeben. In der Detailanalyse gaben vor allem die männlichen Teilnehmer eine höhere Arbeitsstundenlast an.

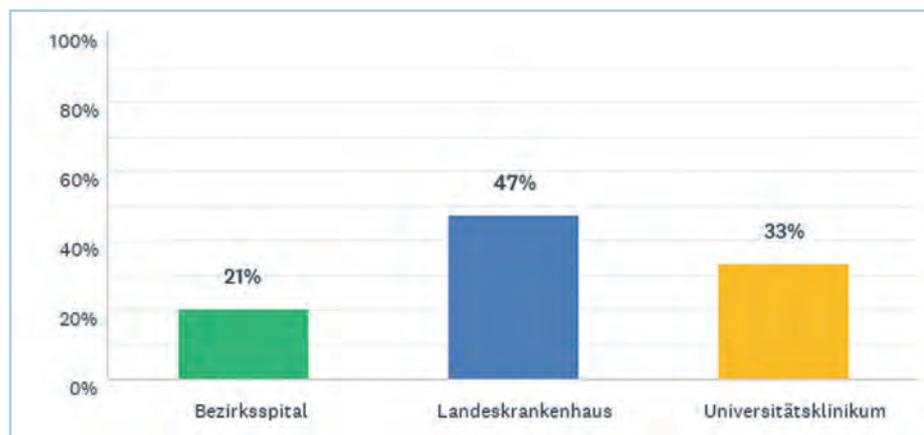


Abb. 1: „Du arbeitest in einem ...?“

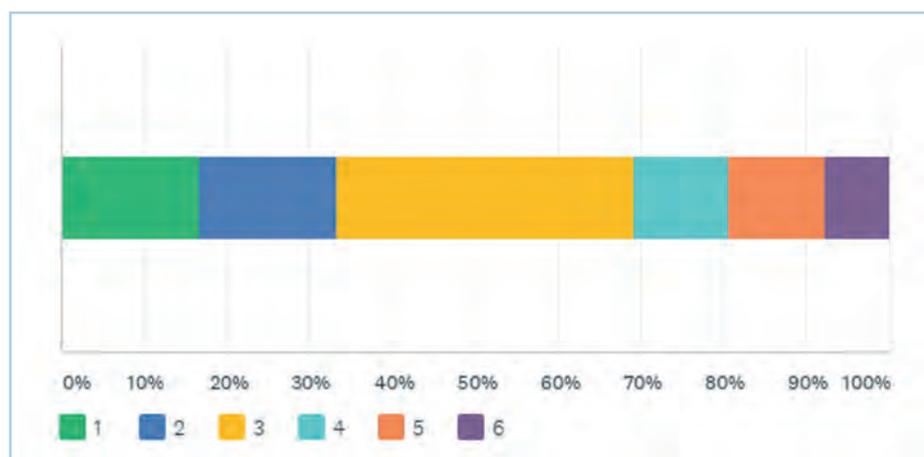


Abb. 2: „Jahr der Ausbildung?“

Blickt man auf den Arbeitsplatz der Befragten, zeigt sich mit deutlichem Abstand eine höhere Arbeitszeitbelastung in Universitätsspitalern ab. Die Befragung gab hier ein klares Bild: Je größer das Krankenhaus, desto höher die Arbeitszeit (Abb. 3). 80% der Befragten gaben durchschnittlich 4-5 Nachtdienste pro Monat an.

Ein aussagekräftiges Ergebnis gab es auch bei der Frage ob die Kernarbeitszeit für die täglichen Aufgaben ausreicht, denn hier wurde unabhängig von Geschlecht, Ausbildungsstand und Ausbildungsstätte zu 80% angegeben, ohne Überstunden das Arbeitspensum nicht erfüllen zu können (im Vergleich zu 2019 lag der Anteil bei 76%) (Abb. 4).

Aus der ÖGU

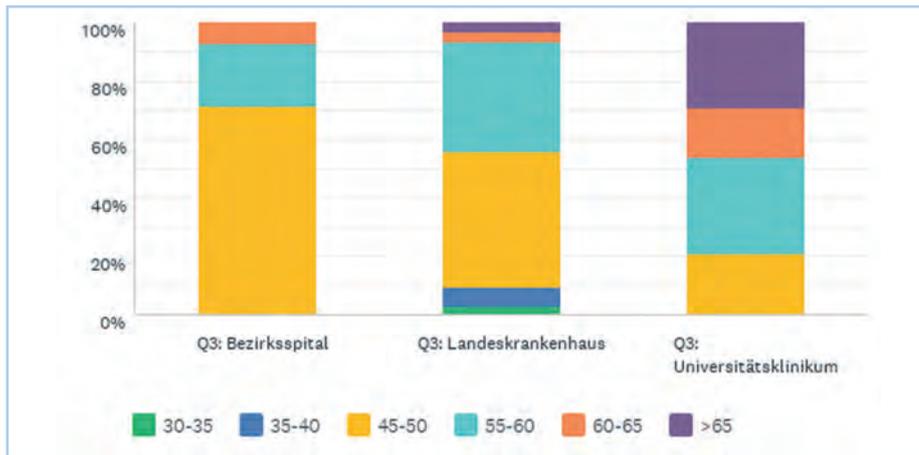


Abb. 3: „Wie viele Stunden arbeitest du durchschnittlich pro Woche?“

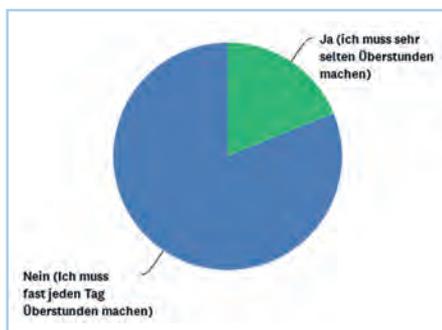


Abb. 4: „Genügt die vertraglich festgelegte Kernarbeitszeit, um all deine Aufgaben zu erfüllen?“

So verwundert auch nicht, dass die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben bei weiblichen und männlichen Kollegen mit 5,2 Pkt. (1 schlecht, 10 sehr gut) angegeben wurde.

Ausbildungsstruktur

Nur 16% der Befragten geben an, regelmäßiges Feedback zu erhalten und nur 34% können einen Ausbildungsverantwortlichen angeben. Interessanterweise liegt die Unterstützung zur Teilnahme an

Fortbildungen im In- und Ausland bei den Landeskrankenhaus-AssistenzärztInnen deutlich vor den Universitäts-spitalern bei 49%.

Im Vergleich zu 2019 zeigt sich ein deutlicher Rückgang bezüglich der Fortbildungsunterstützung in der Subgruppe der in Universitätsspitalern tätigen Befragten ab (2020 lag der Anteil bei 33%; 2019 bei 76,5%).

Naturgemäß lagen bei der Frage nach Interesse zur wissenschaftlichen Publikation die Universitätsspitaler mit deutlichem Vorsprung bei 70%. Bezirks- und Landeskrankenhäuser kommen hier zusammen nur 36%. Insgesamt zeigte sich bei dem wissenschaftlichen Interesse eine geschlechterneutrale Aufteilung. Etwa 40% aller Befragten plant eine klassische Klinikkarriere. Das entspricht im Vergleich zu 2019 einem Rückgang von 6% (2019: 46%).

Die rasche Selbständigkeit wird von 25% der Befragten bevorzugt. Hier konnte ein leichter Aufwärtstrend von 3% erkannt werden (2019: 22%). Auch diesmal lag die Unwissenheit über die

Möglichkeit, während der Ausbildung eine Hospitation im niedergelassenen Bereich absolvieren zu können, bei der Hälfte der Befragten (2019: 59% – 2020: 56%). Gleichzeitig wurde aber die Möglichkeit, die Niederlassung kennen zu lernen von 87% als wichtig angegeben.

Operative Ausbildung

Subjektiv schätzen 39% der Befragten ihre im OP verbrachte Arbeitszeit auf 0-10% ein. Fasst man die Gruppen auf 0-20% geschätzter täglicher OP-Zeit zusammen, so kommt man auf beachtliche 71% der TeilnehmerInnen. In der Aufteilung nach Arbeitgeber zeigt sich ein klares Bild: Je kleiner das Krankenhaus desto mehr Zeit wird subjektiv im OP verbracht (Abb. 5). Im Zusammenhang damit werden von KollegInnen aus der Kategorie Universitätsspital zu 75% und der Kategorie Landeskrankenhaus 64% der Befragten die Befürchtung geäußert, den OP-Katalog der ÄK nicht erfüllen zu können. Interessanterweise sind auch diesmal wieder längere subjektiv geschätzte OP-Zeiten von den weiblichen TeilnehmerInnen angegeben worden.

Bei den abgefragten OPs zeigt sich weiterhin, dass die PCNL in der Ausbildung keinen Stellenwert hat, da 87% bisher keine PCNL durchgeführt haben. Insgesamt werden von Frauen im Schnitt höhere OP-Anzahlen angegeben. Die Urodynamik ist nach wie vor hauptsächlich ein Thema bei den weiblichen Befragten, 68,5% der Männer geben an bisher keine Urodynamik durchgeführt zu haben, bei den Frauen waren es hingegen nur 38%.

Zufriedenheit

Bei der allgemeinen Zufriedenheit der TeilnehmerInnen zeigt sich unabhängig vom Geschlecht eine höhere Unzufriedenheit, je größer das Krankenhaus ist (Bezirksspital 6,6, Landeskrankenhaus 5,3; Universitätsspital 4,7; 1: wenig zufrieden – 10: sehr zufrieden). Ähnliches Bild war bereits 2019 aufgefallen.

Bedauerlich erscheint, dass weiterhin fast 40% der TeilnehmerInnen ihre derzeitige Ausbildungsstelle nicht weiterempfehlen würden (Abb. 6). Betrachtet man hierbei die Untergruppen, so zeigt sich heuer vor allem bei den Landeskrankenhäusern ein hoher negativer Anteil von 45%. Bezirks- und Universitätsspitaler weisen hier je ca. 30% negativer Rückmeldung auf. Wenn man die

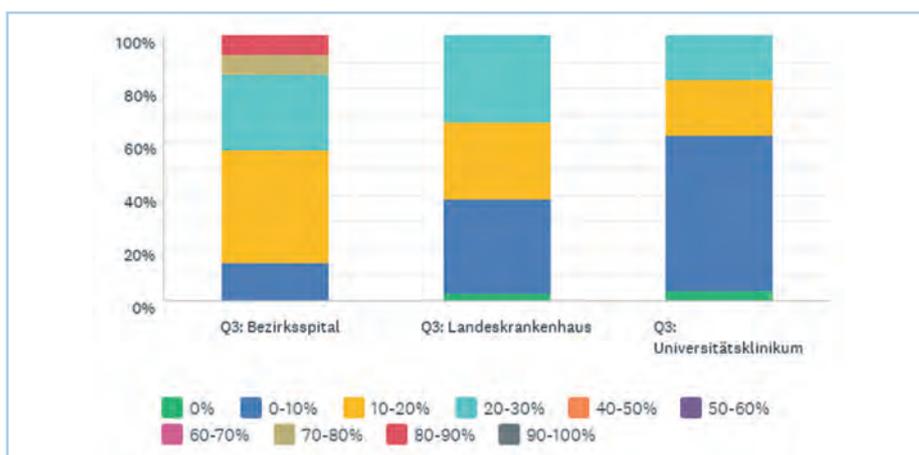


Abb. 5: „Wie viel Zeit deines Arbeitstages verbringst du durchschnittlich im OP?“

Frage nach Ausbildungsstufe aufschlüsselt, so sind für die stark negative Quote die Ausbildungsjahre 2 und 3 verantwortlich. Das Geschlecht der Befragten spielte bzgl. der Weiterempfehlung keine Rolle. Im Vergleich zu 2019 zeigt sich eine allgemeine Verbesserung in den Universitätsspitalen. Eine Verschlechterung der Weiterempfehlung war auf die Landes- und Bezirkskrankenhäuser zurückzuführen. Eine Weiterempfehlung in Landeskrankenhäusern ist von 67% auf 55% gefallen. Bei den Bezirksspitalen war die stärkste Veränderung zu

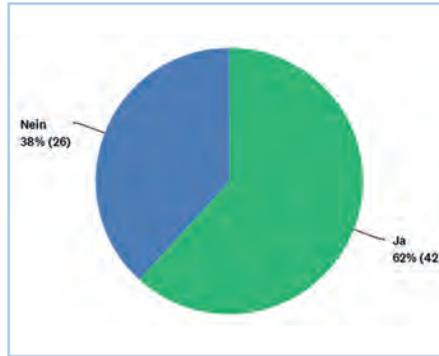


Abb. 6: „Würdest du deine Ausbildungsstelle anderen KollegInnen empfehlen?“

verzeichnen, hier ist die Weiterempfehlung von 86% auf 69% gefallen.

Inwiefern die Corona-Situation die Befragung im Jahr 2020 beeinflusst hat wird sich im Verlauf zeigen. Insbesondere was Arbeitszeit, Fortbildungen, OP-Zeiten und allgemeine Zufriedenheit betrifft ist ein gewisser Corona-Faktor sehr wahrscheinlich. Auch für das Jahr 2021 ist eine Fortsetzung der Befragung geplant.

Dr. Jacob Pfuner
AK AssistenzärztInnen

Leserkommentar zum Artikel und Antwort der Autorin

Zu NÖGU 61 / 2020, R. Pichler et al., „Tumorboards für jeden onkologischen Patienten?“

Kommentar:

Im Manuskript von Kollegin Pichler R. et al. (Tumorboard für jeden onkologischen Patienten?) ist nachzulesen, dass

„Eine explizite rechtliche Grundlage für das Abhalten eines Tumorboards gibt es nicht, vielmehr stellt die multiprofessionelle Besprechung eine qualitätssichernde Maßnahme für die optimale Therapie dar.“

Ich glaube, diese Formulierung dürfte nach geltender Rechtslage wohl ein wenig anders zu interpretieren sein. Ich schreibe Ihnen kurz, denn ich denke, diese Formulierung würde eine Gefahr beinhalten, wonach sich manche Kollegen sodann in falscher Sicherheit fühlen und die Problematik bei Gericht ist uns allen sodann bekannt.

Das interdisziplinäre Tumorboard (Tumorkonferenz) wurde durch den Österreichischen Strukturgesundheitsplan 2010 als Instrument zur Qualitätssicherung flächendeckend in die onkologische Versorgung eingeführt. Entsprechend der Verordnung des 2012 novellierten ÖSG sind an allen onkologischen Zentren und Schwerpunktkrankenhäusern Tumorboards zur interdisziplinären Beratung und gemeinsamen Festlegung der Tumortherapien einzurichten (ÖSG 2012).

Quellen:

Was sind Tumorboards? DONKO

Qualitätsentwicklung in der onkologischen Versorgung durch multiprofessionelle Teamarbeit am Beispiel von Tumorboards: Ein Überblick in: Public Health Forum, Band 27, Heft 3 (2019) (degruyter.com)

Antwort der Autorin:

Zur genauen rechtlichen Grundlage bezüglich der Abhaltung von Tumorboards in Österreich ist folgendes klärend zu erwähnen: Der Gesetzgeber hat im Österreichischen Strukturgesundheitsplan (ÖSG) 2010 interdisziplinäre Tumorkonferenzen („Tumorboards“) als ein qualitätssicherndes Instrument verankert, um eine einheitliche, flächendeckende Versorgung von Tumorkranken abzusichern. Somit sind laut der Verordnung des 2012 novellierten ÖSG interdisziplinäre Tumorboards in allen onkologischen Referenzzentren und onkologischen Schwerpunkten verpflichtend (!!) einzurichten. Für assoziierte onkologische Versorgungszentren schreibt der ÖSG institutionalisierte Kooperationen mit onkologischen Referenzzentren und/oder Schwerpunktzentren vor. Die genaue organisatorische Umsetzung der einzelnen Tumorboards unterliegt der Verantwortung der Rechtsträger der jeweiligen Krankenanstalt. Die Tätigkeit der Tumorboards basiert auf der durch den Rechtsträger der Krankenanstalt erlassenen Geschäftsordnung.

R. Pichler, Innsbruck

UROLOGISCHE STUDIEN

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

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-Guerin (BCG) in Participants with High-risk Non-muscle Invasive Bladder Cancer (HR NMIBC) that is Persistent or Recurrent Following BCG Induction (KEYNOTE-676)

Studien-Koordinatorin:

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 GmbH – Elisabethinen, Abteilung für Urologie und Andrologie
Fadingerstraße 1, 4020 Linz

Deutsche Validierung des „Bladder Utility Symptome Scale“-Fragebogens (BUSS) und Vergleich mit dem EORTC QLQ-C30 und EORTC QLQ-NMIBC24-Fragebogen bei Patienten mit neu diagnostiziertem Blasenkarzinom

Studien-Koordinatoren:

Prim. Assoz. Prof. Priv. Doz. Dr. Karl Grubmüller, Ass. Dr. Christoph Wallner
Universitätsklinikum Krems, Klin. Abt. für Urologie
karl.grubmueller@krem.s.lknoe.at, cwallner13@gmail.com

E.A.S.E. EAU Research Foundation. European active surveillance of renal cell carcinoma study

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

Randomisierte Beurteilung der multiparametrischen, metabolischen Hybridbildgebung mittels PET/MRT bei Patienten mit dem Verdacht auf ein Prostatakarzinom zur Evaluation des potentiellen klinischen Stellenwertes

Studien-Koordinator:

Univ. Prof. Dr. Marcus Hacker
Med. Universität Wien, Klinische Abteilung für Nuklearmedizin
marcus.hacker@meduniwien.ac.at

CA017-078. 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

Studien-Koordinatorin:

Dr. Sonia Vallet
Universitätsklinikum Krems, Klinische Abteilung für Innere Medizin 2
sonia.vallet@kreams.lknoe.at

Studien-Koordinator:

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

A phase 2 randomized open label study of oral ODM-201 vs. androgen deprivation therapy (ADT) with LHRH agonists or antagonists in men with hormone naive prostate cancer (FORTC-1532-GUCG)

Studien-Koordinator:

Dr. Johannes Mischinger, FEBU
Med. Universität Graz, Univ. Klinik für Urologie
johannes.mischinger@klinikum-graz.at

EK30-218ex 17/18. Evaluation of clinical variables, morphological imaging, biologic and genetic markers to predict prostate cancer

Studien-Koordinator:

Dr. Johannes Mischinger, FEBU
Med. Universität Graz, Univ. Klinik für Urologie
johannes.mischinger@klinikum-graz.at

HC-1119 versus Enzalutamide in metastatic castration-resistant prostate cancer (mCRPC)

Studien-Koordinator:

Dr. Johannes Mischinger, FEBU
Med. Universität Graz, Univ. Klinik für Urologie
johannes.mischinger@klinikum-graz.at

**A Phase 3 Study of Erdafitinib Compared to Vinflunine or Doxorubicin or Pembrolizumab in Subjects with Advanced Urothelial Cancer and Selected FGFR Gene Aberrations
EudraCT: 2017-002932-18**

Studien-Koordinator:

Assoz. Prof. Priv. Doz. Mag. Dr. Martin Pichler
Med. Universität Graz, Univ. Klinik für Innere Medizin
Klin. Abt. für Onkologie
martin.pichler@klinikum-graz.at, martin.pichler@medunigraz.at

A Phase 3, Randomized, Study of Neoadjuvant and Adjuvant Nivolumab Plus NKTR-214, Versus Nivolumab Alone Versus Standard of Care in Participants with Muscle-Invasive Bladder Cancer (MIBC) Who Are Cisplatin Ineligible. CA045-009/18-214-13. 2018-002676-40

Studien-Koordinator:

Assoz. Prof. Priv. Doz. Mag. Dr. Martin Pichler
Med. Universität Graz, Univ. Klinik für Innere Medizin
Klin. Abt. für Onkologie
martin.pichler@klinikum-graz.at, martin.pichler@medunigraz.at

An Open-label, Randomized, Phase 3 Study of MK-6482 in Combination with Lenvatinib (MK-7902) vs Cabozantinib for Second-line or Third-line Treatment in Participants with Advanced Renal Cell Carcinoma Who Have Progressed After Prior Anti-PD-1/L1 Therapy

Studien-Koordinator:

Assoz. Prof. Priv. Doz. Mag. Dr. Martin Pichler
Med. Universität Graz, Univ. Klinik für Innere Medizin
Klin. Abt. für Onkologie
martin.pichler@klinikum-graz.at, martin.pichler@medunigraz.at

A Randomized Open-Label Phase III Study of Sacituzumab Govitecan Versus Treatment of Physician's Choice in Subjects with Metastatic or Locally Advanced Unresectable Urothelial Cancer

Studien-Koordinator:

Assoz. Prof. Priv. Doz. Mag. Dr. Martin Pichler
Med. Universität Graz, Univ. Klinik für Innere Medizin
Klin. Abt. für Onkologie
martin.pichler@klinikum-graz.at, martin.pichler@medunigraz.at

Studien-Koordinator:

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

A Phase 3, Randomized, Double-blind Trial of Nivolumab in Combination with Non-muscle Invasive Bladder Cancer That Is Persistent or Recurrent After Treatment with BCG Intravesical BCG versus Standard of Care BCG Alone in Participants with High-risk (CheckMate 7G8: CHECKpoint pathway and nivoluMAb clinical Trial Evaluation 7G8)

Studien-Koordinator:

Prim. Dr. Clemens G. Wiesinger, MSc., FEBU
Klinikum Wels-Grieskirchen
Abteilung für Urologie
clemensgeorg.wiesinger@klinikum-wegr.at

Studien-Koordinator:

Prim. Dr. Wolfgang Loidl
Ordensklinikum Linz GmbH – Elisabethinen, Abteilung für Urologie und Andrologie
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-Koordinator:

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

KEYNOTE-641: A Phase 3, Randomized, Double-blind Trial of Pembrolizumab (MK-3475) Plus Enzalutamide Versus Placebo Plus Enzalutamide in Participants With Metastatic Castration-Resistant Prostate Cancer (mCRPC)

Studien-Koordinator:

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

Checkmate-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 GmbH – Elisabethinen, Abteilung für Urologie und Andrologie
Fadingerstraße 1, 4020 Linz
wolfgang.loidl@ordensklinikum.at

A Phase 2, Fast Real-time Assessment of Combination Therapies in Immuno-ONcology Study in Participants with Advanced Renal Cell Carcinoma (FRACTION-RCC)

Studien-Koordinator:

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

MicroRNA-371a-3p als Serum-Biomarker für die Früherkennung von Rezidiven in der Nachsorge von Patienten mit testikulären Keimzelltumoren

Studien-Koordinator:

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

An open-label multi-cohort Phase 1b/2 study of derazantinib and atezolizumab in patients with urothelial cancer expressing activating molecular FGFR aberrations (FIDES-02)

Studien-Koordinator:

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

CONTACT XL184-315: A Phase 3, Randomized, Open-Label, Controlled Study of Cabozantinib (XL184) in Combination with Atezolizumab vs Second Novel Hormonal Therapy (NHT) in Subjects with High-Risk, Metastatic Castration-Resistant Prostate Cancer

Studien-Koordinator:

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

Keynote-991 A Phase 3, Randomized, Double-blind Trial of Pembrolizumab (MK-3475) Plus Enzalutamide Plus ADT Versus Placebo Plus Enzalutamide Plus ADT in Participants With Metastatic Hormone-Sensitive Prostate Cancer (mHSPC)

Studien-Koordinator:

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

AMG 20180101: A Phase 1 Study Evaluating the Safety, Tolerability, Pharmacokinetics, and Efficacy of Prostate Specific Membrane Antigen Half-life Extended Bispecific T-cell Engager AMG 160 in Subjects With Metastatic Castration-resistant Prostate Cancer

Studien-Koordinator:

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

CA209-7DX: A Phase 3 Randomized, Double-Blind Study of Nivolumab or Placebo in Combination with Docetaxel, in Men with Metastatic Castration-resistant Prostate Cancer (CheckMate 7DX: CHECKpoint pathway and nivoluMAB clinical Trial Evaluation 7DX)

Studien-Koordinator:

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

Bayer 20511: Open-label, non-randomized Phase 1, multicenter study to assess radium-223 biodistribution in participants with bone metastatic castration resistant prostate cancer (CRPC) receiving radium-223 dichloride treatment.

Studien-Koordinator:

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

Comparative study of 68Ga-PSMA-11 PET/CT and 18F-Fluorocholine PET/CT in the detection of Recurrence in Prostate Cancer Patients after Radical Treatment

Studien-Koordinator:

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

Prostate Cancer Outcomes – Compare & Reduce Variation in DKG-zertifizierten Prostatakrebszentren

Studien-Koordinator:

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

PRIMORDIUM: A Randomized, Controlled, Multicenter, Open-label Study to Investigate the Efficacy and Safety of Adding Apalutamide to Radiotherapy and LHRH Agonist in High-Risk Patients with PSMA-PET-Positive Hormone-Sensitive Prostate Cancer, with an Observational Follow-up of PSMA-PET-Negative Patients

Studien-Koordinator:

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

ADAM: A Randomized, open-label, Phase 2 Study of Adjuvant Apalutamide or Standard of Care in Subjects with High-risk, Localized or Locally Advanced Prostate Cancer After Radical Prostatectomy

Studien-Koordinator:

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

A Phase 3, Multi-center, Randomized Study Evaluating Efficacy of TAR-200 in Combination With Cetrelimab Versus Concurrent Chemoradiotherapy in Participants With Muscle-Invasive Urothelial Carcinoma (MIBC) of the Bladder who are not Receiving Radical Cystectomy

Studien-Koordinator:

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

**Randomized, Open label, Phase 3 Study of Prostate-specific Membrane Antigen Half-life Extended Bispecific T-cell Engager AMG160 vs Standard of Care in mCRPC
(Start: 3. Quartal 2021)**

Studien-Koordinator:

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

**Phase III Randomized, Open-Label Determine the Efficacy and Safety of Durvalumab in Combination with Tremelimumab and Enfortumab Vedotin or Durvalumab in Combination with Enfortumab Vedotin for Perioperative Treatment in Patients Ineligible for Cisplatin Undergoing Radical Cystectomy for Muscle Invasive Bladder Cancer
(Start: 4. Quartal 2021)**

Studien-Koordinator:

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

Phase Ib/II Trial of Pembrolizumab (MK-3475) Combination Therapies in Metastatic Castration-Resistant Prostate Cancer (mCRPC) (KEYNOTE-365)

(Start: 3. Quartal 2021)

Studien-Koordinator:

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

A Randomized Open-Label Phase III Study of Sacituzumab Govitecan Versus Treatment of Physician's Choice in Subjects with Metastatic or Locally Advanced Unresectable Urothelial Cancer

(Start: 3. Quartal 2021)

Studien-Koordinator:

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

A Phase III Double-Blind, Randomised, Placebo-Controlled Study Assessing the Efficacy and Safety of Capivasertib + Abiraterone Versus Placebo + Abiraterone as Treatment for Patients with De Novo Metastatic Hormone-Sensitive Prostate Cancer (mHSPC) Characterised by PTEN deficiency (CAPItello-281)

(Start: 4. Quartal 2021)

Studien-Koordinator:

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

PSMAfore: A phase III, Open-label, Multi-Center, Randomized Study Comparing 177Lu-PSMA-617 vs. a Change of androgen receptor-directed therapy in the Treatment of Taxane Naïve Men with Progressive Metastatic Castrate Resistant Prostate Cancer

(Start: 3. Quartal 2021)

Studien-Koordinator:

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

An International Prospective Open-label, Randomized, Phase III Study Comparing Androgen Deprivation Therapy and Novel Androgen Axis Drugs Alone or With 177Lu-PSMA-617 in Men with Metastatic Hormone Sensitive Prostate Cancer (mHSPC)

(Start: 4. Quartal 2021)

Studien-Koordinator:

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

Multicenter Phase 3 Pivotal Trial to Evaluate the Efficacy and Safety of **TOOKAD®** (padeliporfin) Vascular Targeted Photodynamic Therapy in the Treatment of Low Grade Upper Tract Urothelial Cancer (Start: 4. Quartal 2021)

Studien-Koordinator:
Prim. Dr. Wolfgang Loidl
Ordensklinikum Linz GmbH – Elisabethinen, Abteilung für Urologie und Andrologie
Fadingerstraße 1, 4020 Linz
wolfgang.loidl@ordensklinikum.at

Fachkurzinformation zu Seite 11

BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS: OPDIVO 10 mg/ml Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung. Pharmakotherapeutische Gruppe: Antineoplastische Mittel, monoklonale Antikörper. ATC-Code: L01XC17. **QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG:** Jeder ml des Konzentrats zur Herstellung einer Infusionslösung enthält 10 mg Nivolumab. Eine 4-ml-Durchstechflasche enthält 40 mg Nivolumab. Eine 10-ml-Durchstechflasche enthält 100 mg Nivolumab. Eine 24-ml-Durchstechflasche enthält 240 mg Nivolumab. Nivolumab wird mittels rekombinanter DNA-Technologie aus Ovarialzellen des Chinesischen Hamsters gewonnen. **Sonstige Bestandteile mit bekannter Wirkung:** Jeder ml des Konzentrats enthält 0,1 mmol (2,5 mg) Natrium. **Sonstige Bestandteile:** Natriumcitratdihydrat, Natriumchlorid, Mannitol (E421), Diethylenetriaminpentaessigsäure (Pentessigsäure), Polysorbat 80 (E433), Natriumhydroxid (zum Einstellen des pH-Werts), Salzsäure (zum Einstellen des pH-Werts), Wasser für Injektionszwecke. **ANWENDUNGSGEBIETE:** Melanom: OPDIVO ist als Monotherapie oder in Kombination mit Ipilimumab bei Erwachsenen für die Behandlung des fortgeschrittenen (nicht resezierbaren oder metastasierten) Melanoms indiziert. Im Vergleich zur Nivolumab Monotherapie wurde in der Kombination Nivolumab mit Ipilimumab nur bei Patienten mit niedriger Tumor-PD-L1-Expression ein Anstieg des progressionsfreien Überlebens (PFS) und des Gesamtüberlebens (OS) gezeigt (siehe Abschnitte 4.4 und 5.1 der Fachinformation). Adjuvante Behandlung des Melanoms: OPDIVO ist als Monotherapie zur adjuvanten Behandlung des Melanoms mit Lymphknotenbeteiligung oder Metastasierung nach vollständiger Resektion indiziert (siehe Abschnitt 5.1 der Fachinformation). Nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom (non-small cell lung cancer, NSCLC): OPDIVO ist in Kombination mit Ipilimumab und 2 Zyklen platinbasierter Chemotherapie für die Erstlinientherapie des metastasierten nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms (NSCLC) bei Erwachsenen, deren Tumoren keine sensitivierende EGFR-Mutation oder ALK-Translokation aufweisen, indiziert. OPDIVO ist als Monotherapie zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder metastasierten nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms nach vorheriger Chemotherapie bei Erwachsenen indiziert. Malignes Pleuramesotheliom (MPM): OPDIVO ist in Kombination mit Ipilimumab für die Erstlinientherapie des nicht-resezierbaren malignen Pleuramesothelioms bei Erwachsenen indiziert. Nierenzellkarzinom (renal cell carcinoma, RCC): OPDIVO ist als Monotherapie bei Erwachsenen zur Behandlung des fortgeschrittenen Nierenzellkarzinoms nach Vortherapie indiziert. OPDIVO ist in Kombination mit Ipilimumab für die Erstlinientherapie des fortgeschrittenen Nierenzellkarzinoms bei Erwachsenen mit intermediärem/ungünstigem Risikoprofil indiziert (siehe Abschnitt 5.1 der Fachinformation). OPDIVO ist in Kombination mit Cabozantinib für die Erstlinientherapie des fortgeschrittenen Nierenzellkarzinoms bei Erwachsenen indiziert (siehe Abschnitt 5.1 der Fachinformation). Klassisches Hodgkin-Lymphom (classical Hodgkin lymphoma, cHL): OPDIVO ist als Monotherapie zur Behandlung des rezidivierenden oder refraktären klassischen Hodgkin-Lymphoms bei Erwachsenen nach einer autologen Stammzelltransplantation (ASCT) und Behandlung mit Brentuximab Vedotin indiziert. Platteneithelkarzinom des Kopf-Hals-Bereichs (squamous cell cancer of the head and neck, SCCHN): OPDIVO ist als Monotherapie zur Behandlung des rezidivierten oder metastasierten Plattenepithelkarzinoms des Kopf-Hals-Bereichs bei Erwachsenen während oder nach einer platinbasierten Therapie indiziert (siehe Abschnitt 5.1 der Fachinformation). Urothelkarzinom: OPDIVO ist als Monotherapie zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder metastasierten Urothelkarzinoms bei Erwachsenen nach Versagen einer vorherigen platinhaltigen Therapie indiziert. Platteneithelkarzinom des Ösophagus (esophageal squamous cell carcinoma, ESCC): OPDIVO ist als Monotherapie zur Behandlung des nicht resezierbaren fortgeschrittenen, rezidivierten oder metastasierten Plattenepithelkarzinoms des Ösophagus bei Erwachsenen nach vorheriger fluoropyrimidin- und platinbasierter Kombinationschemotherapie indiziert. **GEGENANZEIGEN:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 (der Fachinformation) genannten sonstigen Bestandteile. **INHABER DER ZULASSUNG:** Bristol-Myers Squibb Pharma EEIG, Plaza 254, Blanchardstown Corporate Park 2, Dublin 15, D15 T867, Irland. **Kontakt in Österreich:** Bristol-Myers Squibb GesmbH, Wien, Tel. +43 1 60143 -0. **VERSCHEIBUNGSPFLICHT/APOTHEKENPFLICHT:** NR, apothekenpflichtig. **STAND: 06/2021.** Weitere Angaben, insbesondere zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln oder sonstige Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit sowie Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.

BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS: YERVOY 5 mg/ml Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung. Pharmakotherapeutische Gruppe: Antineoplastische Mittel, monoklonale Antikörper. ATC-Code: L01XC11. **QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG:** Jeder ml des Konzentrats enthält 5 mg Ipilimumab. Eine 10 ml Durchstechflasche enthält 50 mg Ipilimumab. Eine 40 ml Durchstechflasche enthält 200 mg Ipilimumab. Ipilimumab ist ein vollständig humaner Anti-CTLA-4-Antikörper (IgG1κ), der mittels rekombinanter DNA-Technologie aus Ovarialzellen des Chinesischen Hamsters gewonnen wird. **Sonstige Bestandteile mit bekannter Wirkung:** Jeder ml Konzentrat enthält 0,1 mmol Natrium, was 2,30 mg Natrium entspricht. **Sonstige Bestandteile:** Trometamolhydrochlorid (2-Amino-2-hydroxymethyl-1,3-propanediol-hydrochlorid), Natriumchlorid, Mannitol (E421), Pentessigsäure (Diethylen-triamin-pentaessigsäure), Polysorbat 80, Natriumhydroxid (zum Einstellen des pH-Werts), Salzsäure (zum Einstellen des pH-Werts), Wasser für Injektionszwecke. **ANWENDUNGSGEBIETE:** Melanom: YERVOY ist als Monotherapie zur Behandlung des fortgeschrittenen (nicht resezierbaren oder metastasierten) Melanoms bei Erwachsenen und Jugendlichen ab einem Alter von 12 Jahren indiziert (für weitere Informationen siehe die Fachinformation Abschnitt 4.4). YERVOY ist in Kombination mit Nivolumab bei Erwachsenen für die Behandlung des fortgeschrittenen (nicht resezierbaren oder metastasierten) Melanoms indiziert. Im Vergleich zur Nivolumab-Monotherapie wurde in der Kombination Nivolumab mit Ipilimumab nur bei Patienten mit niedriger Tumor-PD-L1-Expression ein Anstieg des progressionsfreien Überlebens (progression-free survival, PFS) und des Gesamtüberlebens (overall survival, OS) gezeigt (siehe die Fachinformation Abschnitte 4.4 und 5.1). Nierenzellkarzinom (renal cell carcinoma, RCC): YERVOY ist in Kombination mit Nivolumab für die Erstlinientherapie des fortgeschrittenen Nierenzellkarzinoms bei Erwachsenen mit intermediärem/ungünstigem Risikoprofil indiziert (siehe die Fachinformation Abschnitt 5.1). Nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom (non-small cell lung cancer, NSCLC): YERVOY ist in Kombination mit Nivolumab und 2 Zyklen platinbasierter Chemotherapie für die Erstlinientherapie des metastasierten nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms (NSCLC) bei Erwachsenen, deren Tumoren keine sensitivierende EGFR-Mutation oder ALK-Translokation aufweisen, indiziert. Malignes Pleuramesotheliom (MPM): YERVOY ist in Kombination mit Nivolumab für die Erstlinientherapie des nicht-resezierbaren malignen Pleuramesothelioms bei Erwachsenen indiziert. **GEGENANZEIGEN:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 (der Fachinformation) genannten sonstigen Bestandteile. **INHABER DER ZULASSUNG:** Bristol-Myers Squibb Pharma EEIG, Plaza 254, Blanchardstown Corporate Park 2, Dublin 15, D15 T867, Irland. **Kontakt in Österreich:** Bristol-Myers Squibb GesmbH, Wien, Tel. +43 1 60143 -0. **VERSCHEIBUNGSPFLICHT/APOTHEKENPFLICHT:** NR, apothekenpflichtig. **STAND: 06/2021.** Weitere Angaben, insbesondere zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln oder sonstige Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit sowie Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.

Fachkurzinformation zu Seite 7

▼ 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. Hinweise zur Meldung von Nebenwirkungen, siehe Abschnitt 4.8 Nebenwirkungen in der Fachinformation.

Bezeichnung des Arzneimittels: Bavencio 20 mg/ml Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung. **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Jeder Milliliter Konzentrat enthält 20 mg Avelumab. Eine Durchstechflasche zu 10 ml enthält 200 mg Avelumab. Avelumab ist ein humaner monoklonaler IgG1-Antikörper, der gegen den immunmodulatorischen Zelloberflächen-Liganden PD-L1 gerichtet ist und mittels rekombinanter DNA-Technologie aus Ovarialzellen des Chinesischen Hamsters gewonnen wird. **Anwendungsgebiete:** Bavencio wird als Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit metastasiertem Merkelzellkarzinom (Merkel cell carcinoma, MCC) angewendet. Bavencio wird als Monotherapie in der Erstlinien-Erhaltungstherapie bei erwachsenen Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Urothelkarzinom (urothelial carcinoma, UC) angewendet, die nach einer platinbasierten Chemotherapie progressionsfrei sind. Bavencio in Kombination mit Axitinib wird als Erstlinientherapie bei erwachsenen Patienten mit fortgeschrittenem Nierenzellkarzinom (renal cell carcinoma, RCC) angewendet (siehe Abschnitt 5.1). **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Andere antineoplastische Mittel, monoklonale Antikörper, ATC-Code: L01XC31. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Mannitol, Essigsäure 99 %, Polysorbat 20, Natriumhydroxid, Wasser für Injektionszwecke. **Inhaber der Zulassung:** Merck Europe B.V., Gustav Mahlerplein 102, 1082 MA Amsterdam, Niederlande. **Vertrieb:** Merck GmbH, 1147 Wien. **Verschreibungspflicht / Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Weitere Informationen zu den Abschnitten Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln und sonstige Wechselwirkungen, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation. Stand der Information:** Januar 2021



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:



Per Mail: office@vermed.at

Per Fax: 0316 / 42 60 71

Klinik Donaustadt, Wien

Abteilung für Urologie und Andrologie

M. Marszalek

Nachdem die traditionsreiche Urologie der allgemeinen Poliklinik aufgelassen wurde und mit einem Teil ihrer OberärztInnen ins Donauespital übersiedelt war, nahm die Abteilung für Urologie und Andrologie im Jänner 1993 unter der Leitung von **Univ. Doz. Dr. Peter Porpaczy** ihren Betrieb auf. Nach der Pensionierung von Doz. Porpaczy übernahm **Univ. Prof. Dr. Ulrich Maier** die Leitung der Abteilung und legte so manchen Grundstein für den heute noch international guten Ruf der Urologie in der Klinik Donaustadt.

Im März 2003 starb Herr Prof. Maier unerwartet im 56. Lebensjahr. Nach interimistischer Führung der Abteilung durch **Univ. Doz. Dr. Stephan Madersbacher** übernahm im April 2004 **Univ. Doz. Dr. Michael Rauchenwald** die Leitung der Abteilung. Er verstand es, seine große Expertise in der offenen Chirurgie an seine MitarbeiterInnen weiterzugeben und ihren Sinn für die Wesentlichkeiten des medizinischen Wirkens zu schärfen. Es war ihm immer ein besonderes Anliegen, Innovation zu fördern, aber zeitgleich auch sicherzu-

stellen, dass dadurch auch bei unseren PatientInnen ein für sie messbarer Benefit ankommt.

Mit März 2021 wurde **Priv. Doz. Dr. Martin Marszalek** zum neuen Vorstand der Abteilung für Urologie und Andrologie der Klinik Donaustadt bestellt. Doz. Marszalek war zuvor als Stellvertreter des Vorstandes und zuletzt interimistischer Leiter an der Abteilung für Urologie und Andrologie der Klinik Donaustadt tätig. Im Rahmen einer vorangegangenen zweijährigen Karenzierung war Doz. Marszalek als Oberarzt im Landesklinikum Klagenfurt am Wörthersee (**Prim. Dr. Klaus Jeschke**) und dem Kaiser-Franz-Josef Spital in Wien (heute Klinik Favoriten; **Prim. Univ. Prof. Dr. Wolfgang Hörtl**) tätig. Sein persönlicher Schwerpunkt liegt in der uroonkologischen Chirurgie, minimalinvasiven Operationstechniken sowie der systemischen Therapie des metastasierten Nierenzellkarzinoms.

Als urologische Schwerpunktabteilung im Nordosten Wiens bietet die Abteilung das gesamte diagnostische und therapeutische Spektrum einer modernen



Prim. Priv. Doz. Dr. Martin Marszalek

Urologie mit Ausnahme der Nierentransplantation.

Ein Kerngebiet der Abteilung liegt sicherlich im Bereich der uroonkologischen Chirurgie. Es werden sämtliche großen uroonkologischen Eingriffe in entsprechender Zahl durchgeführt, um eine qualitativ hochwertige Versorgung unserer PatientInnen anzubieten. Eine Besonderheit stellt hierbei die Möglichkeit der interdisziplinären urologisch-radioonkologischen Beratung bei Patienten mit Prostatakarzinom dar. Insbesondere auf dem Gebiet der Brachytherapie beim Prostatakarzinom besitzt die Klinik Donaustadt eine österreichweit herausragende Erfahrung.

Das chirurgische Spektrum der organerhaltenden Nierentumorchirurgie gehört seit Anbeginn zum Standard der Abteilung und wurde kontinuierlich ausgeweitet. Insbesondere in der Organerhaltung bei komplexen Tumorsituationen hat die Abteilung eine entsprechende Expertise erworben.

Für transurethrale Eingriffe an der Prostata (Laserenukleation der Prostata) wie auch zur Steintherapie stehen zwei moderne Holmiumlasergeräte zur Verfügung, welche Redundanz und Ausfallsicherheit an der einzigen Wiener Urologie nördlich der Donau sicherstellen.

Im Rahmen der Neugestaltung der urologischen Versorgung im Wiener Gesundheitsverbund wird die Abteilung für Urologie und Andrologie der Klinik Donaustadt in absehbarer Zeit um 16



Das Team der Abteilung für Urologie und Andrologie, Klinik Donaustadt

Eine Abteilung stellt sich vor / Aus der Leserschaft

Betten erweitert. Die für 2022 geplante Einführung roboterunterstützter Chirurgie an der Klinik Donaustadt komplettiert diese Leistungssteigerung und stellt sicher, dass die Abteilung ihren Versorgungsauftrag in der Region Nordost auch in Zukunft effizient und in der gewohnten Qualität erfüllen kann.

Wir erbringen unsere Leistung in einem hervorragenden interprofessionellen Team, welches über zum Teil längere Auslandserfahrungen an renommierten deutsch- und englischsprachigen Kliniken verfügt. Dadurch können alle modernen Techniken des Blasenersatzes, der Prothetik, der Urogynäkologie sowie der Behandlung von Blasenfunktionsstörungen angeboten werden. Ein weiterer Schwerpunkt mit außerordentlicher Expertise ist die Rekonstruktion komplexer Harnröhrenstrikturen.

Die Abteilung für Urologie der Klinik Donaustadt ist bereits zum wiederholten Male durch das European Board of Urology als urologisches Ausbildungszentrum auf europäischem Niveau zertifiziert. Weiters wurde die Abteilung in einer Wien-weiten Evaluierung medizini-

scher Leistungen ausgezeichnet (KAV Q-Zert Gold). Im Laufe des vergangenen Jahres konnte im Rahmen einer häuserübergreifenden Kooperation die Zertifizierung als interdisziplinäres Beckenbodenzentrum erfolgreich abgeschlossen werden. Im Rahmen dieses Beckenbodenzentrums bietet die Abteilung Diagnostik und Therapie bei komplexen Inkontinenzsituationen bzw. Beckenbodenproblematiken in Zusammenarbeit mit Allgemeinchirurgie, Gynäkologie, Radiologie und Physikalischer Medizin an.

Die Kombination der klinischen Medizin mit wissenschaftlicher Tätigkeit hat an unserer Abteilung einen hohen Stellenwert. Die regelmäßige Publikationstätigkeit mit deutlich über 100 zitierfähigen Arbeiten sowie die regelmäßige Präsenz der MitarbeiterInnen der Abteilung auf nationalen und internationalen Kongressen resultierte letztendlich in der Habilitation von drei MitarbeiterInnen der Abteilung, für zwei weitere Mitarbeiter ist die Erlangung der Lehrbefugnis ein gesetztes Ziel. In Ergänzung dazu und als Lehrkrankenhaus der medizinischen Universität Wien wer-

den laufend StudentInnen unterrichtet und ihnen urologische Fertigkeiten vermittelt. Zusätzlich besuchen regelmäßig ausländische Gäste unsere Klinik, um sich fortzubilden und sich Operationstechniken anzueignen.

Nur durch ein sowohl auf ärztlicher als auch auf pflegerischer Seite hervorragendes Team und dessen besonderen Einsatz kann dieses umfassende Leistungsspektrum erbracht werden. Die Motivation dazu kann nur durch eine freundlich-kommunikative Atmosphäre geschaffen und so die Freude an der Arbeit durch ein kollegiales Miteinander gefördert werden. Dies stellt die Basis für eine besonders menschliche Betreuung der PatientInnen an unserer Abteilung dar.

Kontakt:

Abteilung für Urologie und Andrologie
Klinik Donaustadt
Langobardenstraße 122
1220 Wien
Tel.: 01 / 288 02-3702
Fax: 01 / 288 02-3703
dsp.uro@gesundheitsverbund.at

Praxismgemeinschaft – Timesharing

Sie sind Assistentin oder Assistent an einer urologischen Abteilung? Sie haben eine sehr gute urologische Ausbildung und denken an die Eröffnung einer Praxis? Sie wollen keine großen Kredite aufnehmen?

Dann bietet es sich an, sich in einer gut ausgestatteten urologischen Praxis einzuarbeiten und entweder als Privat- und Wahlarzt, mit kleinen Kassen, oder mit Blick auf alle Kassen **eigene Patienten** zu betreuen und einen Patienten-Kundenstock aufzubauen.

Eine Praxismgemeinschaft ist eine lockere Form der Kooperation. Die Kosten für Räume und Geräte können geteilt werden. Die Kostenersparnis betrifft aber auch das Assistenz-Personal, sowie vorhandene Infrastruktur (EDV, Arztsoftware, Reservierungssystem). Dadurch fallen die Fixkosten nicht so hoch aus und ein Betrieb ohne volle Auslastung („Teilzeit“) erscheint möglich.

Hier bietet sich auch ein Job-Sharing an mit der Möglichkeit, die Erstpraxis nach und nach zu übernehmen und sich mit dem erfahrenen Urologen auszutau-

schen. Somit ergibt sich ohne primär große Investitionen ein gleitender Übergang in die Selbstständigkeit. Auch Spezialisierungen bieten Möglichkeiten für Synergien.

Im gegebenen Fall liegt die bestausgestattete urologische Ordination in der Nähe des Wiener Allgemeinen Krankenhauses mit seiner Urologischen Universitätsklinik und im Nahbereich von Spitälern wie der HERA, dem Evangelischen Krankenhaus, sowie der Privatkrankenanstalt Confraternität.

Die Ordination bietet drei Untersuchungsräume – jeweils mit Ultraschallgerät bestückt – und einen Operationsaal mit Operationstisch und mit jedem erdenklichen Instrumentarium, welches theoretisch bis zu einer TUR reichen würde.

Es gibt fünf starre Zystoskope, davon zwei Ch. 14 Kompakt-Geräte, und ein flexibles Urethrozystoskop (Wolf). Einsätze wie Albarran und Biopsiezangen sind vorhanden.

Der hochwertige OP-Tisch ist von

Maquet, ebenso der urogynäkologische Untersuchungstisch.

Die Diathermie, monopolar und bipolar, ist von der Firma Erbe. Ein Uroflow (Urodyn) und ein komplettes Urodynamik-Gerät stehen ebenfalls zur Verfügung. Sterilisation, Mikroskop und Zentrifuge komplettieren die urologische Ausrüstung.

Die Ordination läuft derzeit als Wahlarzt-Ordination an vier Halbtagen, wodurch die Arbeitsmöglichkeiten nicht voll ausgenutzt sind.

Die Situation ist somit ideal für gut ausgebildete Urologinnen oder Urologen im Timesharing.

Auch für andere Fächer – wie zum Beispiel für eine gynäkologische Praxis – erscheint die Ausstattung passend.

Auskünfte:

Univ. Prof. Dr. Christian-P. Schmidbauer
Fuchsthallergasse 2, 1090 Wien
Tel.: 0664/203 89 40
schmidbauer@urologie-wien.com
www.urologie-wien.com

Dr. Martin Haydter, FEBU, ist neuer Leiter der Urologischen Abteilung im LK Wr. Neustadt

Seit 1. Jänner ist Dr. Martin Haydter, FEBU neuer Primar an der Abteilung für Urologie am Landeskrankenhaus. Damit tritt er die Nachfolge von Univ. Doz. Dr. Johann Hofbauer an, der sich nach 22 Jahren als Abteilungsvorstand in den wohlverdienten Ruhestand verabschiedet.

„Wir verabschieden heute eine urologische Koryphäe, die in ihrer Dienstzeit nicht nur ihr Team gefördert, sondern sich auch für höchste medizintechnische Qualität im Klinikum eingesetzt hat!“, weiß der Ärztliche Direktor in Wr. Neustadt, Prof. Dr. Ojan Assadian. „Seinem eisernen Willen ist es zu verdanken, dass mit dem OP-Roboter Da Vinci Xi die urologische Abteilung spätestens seit 2015 in der medizinischen Top-Liga mitspielt!“, so Assadian mit Anerkennung.

„Es waren bewegte Jahrzehnte: Am 1. Jänner 1998 wurde ich zum Leiter der Abteilung für Urologie im Landeskrankenhaus (damals noch Allgemeines Österreichisches Krankenhaus) Wiener Neustadt bestellt“, erzählt Hofbauer bei seiner Verabschiedung im Kreis seiner Kolleginnen und Kollegen. „Ich habe in meiner Zeit als Abteilungsvorstand immer für das internationale Ansehen wie auch den medizinischen Fortschritt der urologischen Abteilung gekämpft. Vor allem aber habe ich mich für den „medizinischen Nachwuchs“ und dessen Aus- und Fortbildungen eingesetzt und bin froh, einen meiner begabtesten Ärzte, Martin Haydter, nun als meinen Nachfolger im Klinikum zu sehen!“

Der neue Primar Dr. Martin Haydter ist seit 2005 am Landeskrankenhaus, sein Weg mit zahlreichen Auszeichnungen gepflastert und er ist sicher einer der versiertesten Operateure am hochmodernen Da Vinci Operationsroboter. „Wir sind froh, dass sich Dr. Haydter gegen seine Mitbewerber durchgesetzt hat. Eines seiner großen Ziele ist es, die Zusammenarbeit der urologischen Abteilungen in der Thermenregion noch weiter zu intensivieren und so den Informationsaustausch in den Häusern zu verbessern und die Synergieeffekte noch zu erhöhen“, freut sich Mag. (FH) Ludwig Gold, Geschäftsführer Gesundheit Thermenregion GmbH, auf die Arbeit des neuen Abteilungsvorstandes.

Der frischgebackene Primarius, der bereits seit 15 Jahren im Team der Urologie arbeitet und dort hohes Ansehen unter seinen Kolleginnen und Kollegen genießt, beschreibt den Reiz der Aufgabe des Abteilungsvorstandes so: „Ich möchte eine der größten, produktivsten und innovativsten urologischen Abteilungen Österreichs, die ich bereits in den letzten Jahren mit viel Energie mitaufgebaut habe, stetig weiterentwickeln. Ebenso möchte ich meine Energie in die Vermittlung von Wissen und Erfahrung an die nächste Ärztegeneration und in die Heranbildung fachlich kompetenten und gut ausgebildeten urologischen Nachwuchses stecken!“

Abseits seiner Tätigkeit im Landeskrankenhaus Wiener Neustadt ist Haydter Mitglied zahlreicher nationaler und internationaler urologischer Gesellschaften. Außerdem war er in den letz-



Prim. Dr. Martin Haydter, FEBU

ten vier Jahren unter anderem Arbeitskreisvorsitzender der Österreichischen Gesellschaft für Urologie (ÖGU) und ist Vorstandsmitglied des Berufsverbandes der Österreichischen Urologen (BVU).

Der ursprünglich aus dem Mostviertel stammende Haydter ist verheiratet und lebt mit seiner Frau und seinen beiden Kindern in Wiener Neustadt.

Beruflicher Werdegang von Prim. Dr. Martin Haydter, FEBU

Nach Absolvierung des Medizinstudiums an der Universität Wien in Mindestzeit schloss der neue Primar der Urologischen Abteilung seine Turnusausbildung zum Allgemeinmediziner von 2002 bis 2005 in Waidhofen/Ybbs ab und absolvierte danach bis 2010 seine urologische Facharztausbildung in Wr. Neustadt. In dieser Zeit schloss er unter anderem einen OP-Kurs in Maastricht ab. Auf Einladung der Europäischen Urologischen Gesellschaft – als Preis für die beste schriftliche europäische Facharztprüfung – durfte er an einer Trainee Week der australischen urologischen Gesellschaft in Perth teilnehmen. 2019 wurde Haydter zum 1. Oberarzt ernannt.

Arzt und Schierlingsbecher – Eine Mesalliance?

Gedanken zur Diskussion über die Sterbehilfe

O. Zechner

Im November 2020 hat der Österreichische Verfassungsgerichtshof in seinem Erkenntnis bekanntgegeben, dass das Verbot zur Hilfe oder Beistand zur Selbsttötung verfassungswidrig ist und dem Gesetzgeber bis zum Ende 2021 Zeit gegeben, eine Ersatzregelung zu schaffen. Das Höchstgericht hat sich damit der bereits früher geäußerten Meinung des Bundesverfassungsgerichtes Deutschlands angeschlossen.

Es hat sich seinen Entschluss nicht leichtgemacht, sondern sich in einem längeren Verfahren nach Anhörung von Parteien zum Pro und Contra dazu durchgerungen. Nach der Ansicht mancher Experten für Medizinethik fällt im Text des Erkenntnisses auf, dass in erster Linie auf die mehrheitliche Meinung der Bioethikkommission im Bundeskanzleramt Bezug genommen und kaum auf die Ergebnisse der umfangreichen Diskussion im Rahmen der Parlamentsenquete zum „Sterben in Würde“ im Jahre 2015 eingegangen wurde.

In der Riege der Parteien „Pro“ oder „Contra“ nimmt die Österreichische Gesellschaft für ein humanes Lebensende die radikalste Position ein und fordert, dass es jedem offenstehen sollte, seinem Leben nach seinem Wunsch ein Ende zu setzen.

Es steht natürlich jedem Staatsbürger frei, sich den jeweiligen Argumenten „Dafür“ oder „Dagegen“ anzuschließen. Ich persönlich bin aber gerade als Arzt der Meinung, dass diese Problematik zu komplex und facettenreich ist, um nur entweder JA oder NEIN zu sagen – und gerade damit möchte ich mich in diesem Laborat befassen.

Zur Einleitung möchte ich die Problematik stratifizieren:

„**Aktive Sterbehilfe**“ bedeutet die Tötung auf Verlangen und wird sicherlich auch in Zukunft nicht erlaubt sein. In Europa ist diese Vorgangsweise nur in Belgien und den Niederlanden zugelassen.

„**Passive Sterbehilfe**“ ist die Nichteinleitung bzw. Nichtfortführung lebenserhaltender Maßnahmen bei schwerstkranken Menschen.

„**Assistierter Suizid**“ bedeutet die Beihilfe zur Selbsttötung.

„**Indirekte Sterbehilfe**“ ist die unbeabsichtigte Lebensverkürzung, welche als Folge primär nicht intendierter Nebenwirkungen einer Schmerz- oder Symptomlinderung in Kauf genommen wird.

Allgemeine Rechtssituation

Der Europarat hat 1999 eine „Empfehlung zum Schutze der Menschenwürde und Menschenrechte Sterbender und terminal Kranker“ (Recommandation 1418/99) herausgegeben, an der auch der österreichische Ethiker **Günter Virt** mitgearbeitet hat, dem ich diese Informationen verdanke.

Darin wird vorrangig der Ausbau der Palliativversorgung gefordert. Weiters wird auf die Stärkung der Selbstbestimmung der Patienten wert gelegt, dass niemand gegen seinen Willen behandelt oder weiterbehandelt wird (Grundlage der Patientenverfügung).

In einem dritten Punkt wird auf Basis der Europäischen Menschenrechtskonvention von 1950 festgehalten, dass niemand absichtlich seines Lebens beraubt werden soll, was auch für Sterbende Gültigkeit haben sollte.

Für die parlamentarische Versammlung



Univ. Prof. Dr. Othmar Zechner

© Foto Zwarzl

des Europarates mit seinen 47 Mitgliedsstaaten stellt demzufolge der persönliche Wunsch nach Tötung niemals eine Rechtfertigung für eine Tötungshandlung dar und sie fordert im letzten Satz der oben angeführten Empfehlung (1418/99) die Bekräftigung des Verbotes der vorsätzlichen Tötung von Todkranken oder Sterbenden.

Sowohl in Deutschland als auch in Österreich besteht aber nun die Situation, dass die Beihilfe zur Selbsttötung nicht mehr strafbar ist, unbeschadet ob sie von Privatpersonen oder vom ärztlichen Personal geleistet wird. Wichtig ist dabei die Tatsache, dass diese Hilfestellung nicht zu einem finanziellen Gewinn genützt wird. Dem entgegen steht nun die Entscheidung des Deutschen Bundesverfassungsgerichtes, dass das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung verfassungswidrig sei.

Das Deutsche Bundesverfassungsgericht stellt in seinem Erkenntnis fest, dass grundsätzlich jeder Mensch ein Recht auf Suizidbeihilfe hat. Dies ist nicht nur auf todkranke Menschen beschränkt, sondern damit sind **alle** Menschen inkludiert, sofern sie nur selbstbestimmt entscheiden.

In Österreich muss der Gesetzgeber für diese Hilfestellung ab 2022 eine gesetzeskonforme Lösung finden, welche auf dem „Recht, menschenwürdig zu ster-

ben“ beruht. In diesem Erkenntnis wurde dezidiert auf die freie Selbstbestimmung Bezug genommen, welche nicht nur das Recht auf die freie Gestaltung des eigenen Lebens, sondern auch das Recht auf ein menschenwürdiges Sterben umfasst. Die Tötung auf Verlangen bleibt allerdings strafbar!

Konsequent weitergedacht stellt sich allerdings die enorm schwierige Aufgabe, nach effizienten Mitteln und Wegen zu suchen, die der Entstehung eines gesellschaftlichen Erwartungsdrucks auf Suizidgefährdete entgegenwirken. Dies überlässt der VfGH dem Gesetzgeber, von dem er fordert, die Beihilfe zur Selbsttötung grundsätzlich zuzulassen und nicht ausnahmslos zu verbieten.

Es gelte somit mit Nachdruck sicherzustellen, dass „Beihilfe, Mithilfe oder Nachhilfe nicht zu einer „kostengünstigen“ Lösung führen kann wie z.B. in Oregon/USA wo von zwei Versuchen berichtet wurde, statt der Zahlung für teure Medikamente die wesentlich billigere Variante des Suizids anzubieten!

Es war für viele und auch für mich schon bislang nicht einsichtig, dass Personen straffällig geworden sind, wenn sie einen leidenden, zuweilen kaum mobilen Patienten zur freiwilligen Beendigung seines Lebens ins Ausland begleitet haben. Noch im Jänner dieses Jahres wurde eine 79-jährige Kärntnerin nach dem Strafbestand der „Hilfeleistung zum Selbstmord“ angeklagt. Sie hatte gemeinsam mit ihrem schwerkranken Mann eine Überdosis an Barbituraten eingenommen, um gemeinsam mit ihm aus dem Leben zu scheiden. Ein Nachbar hatte Verdacht geschöpft und Alarm geschlagen. Die Ehefrau überlebte nach der Einlieferung ins Spital. Es ist zu hoffen, dass auf Grund der Entscheidung des Verfassungsgerichtshofs, welche allerdings noch nicht Wirksamkeit erlangt hatte, das Gericht ein mildes Urteil zu fällen gedenkt.

Die Rechtssituation in den Beneluxstaaten kann ich allerdings nicht nachvollziehen, wonach die ärztliche Hilfe zum Suizid nicht an ein Alterslimit gebunden ist und demzufolge auch für Jugendliche bzw. in gewissen Fällen sogar für Kinder angewendet werden könnte. Grundlage dafür ist die Selbstbestimmung eines „mündigen“ Menschen!

So sehr ich nachempfinden kann, in welch entsetzlichem Dilemma Eltern sich befinden, wenn sie Tag um Tag mit dem Leiden und den Qualen eines dem Tode

Die Rechtssituation in den Benelux-Staaten kann ich nicht nachvollziehen, wonach die ärztliche Hilfe zum Suizid nicht an ein Alterslimit gebunden ist und demzufolge auch für Jugendliche bzw. in gewissen Fällen sogar für Kinder angewendet werden könnte.

geweihten Kindes konfrontiert sind und nichts sehnlicher wünschen, als dass dieses Leiden endlich zu Ende gehen möge, so sehr habe ich die Zweifel an der Selbstbestimmung bzw. Mündigkeit dieser Kinder. Es mag in Einzelfällen tatsächlich zutreffen und der kognitive Reifungsprozess manch todkranker Kinder darf nicht unterschätzt werden. Aber es steht aus nachvollziehbaren Gründen immer die Frage im Raum, ob der Wunsch der Eltern nach Erlösung nicht die treibende Kraft ist.

Von dieser Problematik völlig ausgeklammert sollte die von Freud als „Todestrieb“ benannte neurotische Störung sein.

Befindlichkeiten in der Gesellschaft

In dem Fernsehstück „GOTT“ von Ferdinand von Schirach, welches sich mit dieser Problematik und der grundlegenden Frage „Wem gehört unser Leben?“ beschäftigt, hat eine Publikumsbefragung nach der Diskussion über das Stück, eine deutliche Mehrheit (70% in Deutschland und 67% in der Schweiz)

dafür gestimmt, dass die freiwillige Beendigung des eigenen Lebens und vorzugsweise ein ärztlicher Beistand dazu, legitim und zu akzeptieren sei. Diese Befragung fand zum überwiegenden Teil im deutsch/schweizerischen Publikum statt, in Österreich hat eine diesbezügliche Fragestellung unlängst ein durchaus ähnliches Ergebnis erbracht.

Dieser Film formuliert die ethische Fragestellung insofern pointiert aus, als der lebensmüde, überaus rüstige und von keiner Krankheit belastete Architekt sein Leben ausschließlich deshalb beenden möchte, da er in diesem seit dem Tod seiner Frau keinen Sinn mehr erkennen kann. Zur Umsetzung dieses Entschlusses möchte er allerdings den Beistand seiner persönlichen Hausärztin. Er weist also das klassische Bild einer Depression auf, die bekanntermaßen durch Einsamkeit, speziell nach Verlust des geliebten Partners, aggraviert wird. Das geschilderte Zustandsbild ist leider nicht selten, es bestehen allerdings wirksame Behandlungsmöglichkeiten.

Es geht also letztlich um die Frage, ob man als Mensch im Vollbesitz seiner mentalen und kognitiven Fähigkeiten das Recht hat, sein Leben ungeachtet aller physiologischen und anderweitig faktischen Gründe, aus eigenem Entschluss zu beenden und dazu ärztlichen Beistand in Anspruch nehmen darf.

Selbstverständlich war das Faktum der Selbsttötung bzw. des Versuches dazu schon seit langem strafbefreit. Die Zeiten, wo ein Mensch nach seinem Freitod nicht am allgemeinen Friedhof begraben werden durfte, sondern außerhalb dessen Mauern seine endgültige Ruhestätte fand, sind schon lange vorbei.

Es sollte allerdings nicht unerwähnt bleiben, dass die allermeisten Menschen, die einen Versuch, sich zu töten, überleben, von dieser Intention lebenslang befreit sind und das Leben in seiner Würde schätzen. Das betrifft vorwiegend Menschen, die an psychologisch motivierten, also depressiv-neurotischen Störungen leiden.

Andererseits ist es all jenen bekannt, die sich regelmäßig mit schwer kranken Menschen beschäftigen, dass ein Großteil davon eine Art Anpassung entwickeln. Nicht selten ist zu beobachten, dass in der finalen Lebensphase der Wunsch, weiterzuleben eher stärker wird.

Unsere Generation und die vorangegangenen sind im moralischen aber durchaus auch durch das Christentum gefes-

*Wie argumentiert man
mit Menschen, die
mit dem Verlust ihrer
kognitiven Möglichkeiten
unter maximaler
Schmerztherapie nicht
einverstanden sind?
Erfahrene Palliativ-
mediziner bieten dies-
falls eine wechselnde
Intensität der Therapie an.*

tigten Bewusstsein aufgewachsen, dass das Leben ein Geschenk Gottes sei und demzufolge als „heilig“ angesehen werden sollte. Andererseits sind gerade uns Ärzten Schicksale bekannt, wo Patienten auf Grund ihrer kaum erträglichen und manchmal nicht behandelbaren Leiden ein Ende dieses Lebens geradezu herbeisehen.

Zweifellos hat die Palliativmedizin bei diesen bedauernswerten Menschen grandiose Fortschritte erzielt und gerade die Möglichkeiten der Schmerztherapie optimiert. Aber es geht nicht immer nur um Behandlung der Schmerzen. Manche Patienten erachten sich durch die Einschränkungen ihrer Mobilität und die unbedingte Abhängigkeit von der Hilfeleistung anderer Personen in nahezu allen, auch der intimsten Verrichtungen des täglichen Lebens, in ihrer persönlichen Würde in einem für sie unerträglichen Maße verletzt. Das trifft vor allem auf neurologische Erkrankungen zu.

In diesem Zusammenhang sind auch an Demenz erkrankte Menschen zu erwähnen, welche in den luziden Intervallen besonders zu Anfang ihrer Erkrankung, den zunehmenden Verlust ihrer kognitiven Fähigkeiten und die damit verbundenen Persönlichkeitsveränderungen kaum ertragen können.

Tatsächlich haben Untersuchungen gezeigt, dass die Menschen weniger Angst vor dem Sterben als vor dem Verlust der Selbstständigkeit (91%), der Würde (81%) und der Kontrolle (50%) haben.

Tatsächlich hat das Erkenntnis des Bundesverfassungsgerichtshofes in Deutschland die Wahrnehmung der Problematik in der Gesellschaft bereits verändert.

So hat **Jakob Jaros**, Geschäftsführer des vom früheren Hamburger Justizsenator **Roger Kusch** gegründeten „Vereins Sterbehilfe“, bereits Altersheime und deren Träger dazu aufgefordert, ihre Hausordnungen dahingehend zu ergänzen, dass von den Insassen jederzeit das Recht auf Sterbehilfe eingefordert werden kann. Als einziges Kriterium wird die Eigenverantwortlichkeit gefordert.

Diese Vorgangsweise ist insofern zu hinterfragen, als doch ein erklecklicher Anteil der Insassen von Alters- bzw. Pflegeheimen verschiedene Grade und Formen von Demenzerkrankungen bzw. kognitiver Störungen aufweist. Wer ist diesfalls berufen, ein Gutachten zu erstellen und eine relevante „Eigenverantwortung“ zu bestätigen? Und wie ist in diesen Fällen eine externe Einflussnahme von Verwandten oder auch des Heimes auszuschließen?

Die vormalis in der Gesellschaft gestellte Frage, ob der Freitod noch immer ein Skandal wäre, existiert nicht mehr. In der Schweiz ist die Sterbehilfe schon lange gesellschaftlich akzeptiert, es sind ja auch diesbezügliche Organisationen bekannt, welche von einer beträchtlichen Zahl an ausländischen Menschen in Anspruch genommen werden.

Ein gewinnorientierter Aspekt ist evident und auch hier trifft Angebot auf Nachfrage. Die Inzidenz ist steigend!

Die Problematik aus ärztlicher Sicht

Es versteht sich von selbst, dass ich an dieser Stelle nicht den Standpunkt der „Ärztenschaft“ vertreten kann, sondern lediglich meine persönliche Meinung. Die Funktionäre der Österreichischen Ärztekammer lehnen die aus dem VfGH-Urteil resultierenden und erwartbaren Gesetzesänderungen mit dem Argument ab, „... dass es die Aufgabe des Arztes ist, zu helfen und nicht, jemanden vom Leben in den Tod zu befördern“ (**Thomas Szekeres**, Präsident der Österreichischen Ärztekammer). „Allerdings werden wir Ärzte, die sich hier einbringen wollen, nicht daran hindern. Wir wollen nur vermeiden, dass Gesundheitspersonal dazu gezwungen wird.“

Jeder Kollege oder Ärztin, die mit wirklich schwer erkrankten und unerträglich

leidenden Patienten jemals befasst war, wird verstehen, dass eine von diesen geäußerte Willensentscheidung zur Beendigung dieses Zustandes ein ernstzunehmendes Problem darstellt. Natürlich stellen die kapazitätsmäßig zunehmenden Palliativstationen mit ihren ständig optimierten Behandlungsoptionen eine zumutbare Perspektive dar. Aber stehen diese Möglichkeiten wirklich allen Menschen, die ihrer bedürfen zur Verfügung? Wie argumentiert man mit Menschen, die mit dem Verlust ihrer kognitiven Möglichkeiten unter maximaler Schmerztherapie nicht einverstanden sind? Erfahrene Palliativmediziner bieten diesfalls eine wechselnde Intensität der Therapie an.

Und welche Möglichkeiten bietet die Medizin jenen behinderten Menschen an, die zwar nicht onkologisch erkrankt, aber in der Erfüllung ihrer täglichen Erhaltungsleistungen in zunehmendem Maße beeinträchtigt sind? Werden die sozialen Dienste allen Anforderungen allenthalben wirklich gerecht? Welche Perspektiven bietet die Gesellschaft jenen Menschen an, die in psychotischen Einengungen oder Depressionen Tag für Tag unendliches Leid erdulden müssen und nicht über die finanziellen Ressourcen verfügen, um eine adäquate Psychotherapie, möglicherweise über Jahre, in Anspruch zu nehmen?

Es erleichtert die ärztliche Tätigkeit seit jeher, wenn man sich auf den gesetzlich erlaubten Rahmen zurückzieht. Man läuft dabei nicht in Gefahr, sich mit den wahren menschlichen Problemen der Patienten auseinandersetzen zu müssen. Nun öffnet sich plötzlich eine juristisch gestützte Option einer Hilfestellung für Menschen in Not, die von den Funktionären der Ärztekammer und wie ich schätze, auch von der Mehrheit der Kollegen abgelehnt wird.

Ich finde, dass es zu einfach ist, den ärztlichen Beistand zur Beendigung des eigenen Lebens apodiktisch abzulehnen und lediglich „wehret den Anfängen“ zu akklamieren.

Ich möchte folgendes Szenario zur Diskussion anbieten: Worin liegt der Unterschied, wenn ich als verantwortlicher Arzt einem Patienten, entsprechend seiner Patientenverfügung, die notwendige Antibiotikagabe oder die Bluttransfusion unterlasse oder einem Menschen, von dessen gefestigten Entschluss aus dem Leben zu scheiden ich überzeugt bin, eine Infusion mit entsprechender Narkotikakonzentration ans Bett stelle, welche er/sie eigenhändig in Gang setzt? Bis-

lang lag der Unterschied meines Erachtens vordergründig in der geltenden Gesetzeslage, tatsächlich aber auch im Verlauf des Sterbens.

Ich selbst war einmal in meiner langen Berufslaufbahn mit der Situation konfrontiert, dass ein erwachsener, im Vollbesitz seiner mentalen Fähigkeiten befindlicher Zeuge Jehovas die notwendige Bluttransfusion verweigert hatte. Es blieb mir nichts anderes übrig, als ihn einige Tage zu visitieren und symptomatisch zu behandeln, ehe er an der Anämie verstarb. Ich gestehe gerne ein, dass ich mich nicht wohlfühlt habe. Mein Unbehagen lag damals darin begründet, dass ich eine ärztliche Hilfeleistung **nicht** leisten durfte.

Aber hat ein derartiges Unbehagen nicht auch seine Berechtigung, wenn einem schwer leidenden Menschen, von dessen freiwilligen und unerschütterlichen Entschluss, sein Leben zu beenden, man ebenso überzeugt ist, der ärztliche Beistand dazu verweigert wird? Wobei selbstverständlich der Beistand und die Begleitung in Form der „best supportive care“ niemals verweigert werden darf!

Wo endet die Verpflichtung des ärztlichen Beistandes? Fällt die Erfüllung eines wohlüberlegten und über längere Zeit dokumentierten Wunsches zur Beendigung kaum erträglicher Qualen und selbststempfundener Erniedrigungen nicht darunter?

Vom ärztlichen Standpunkt aus ist dies nunmehr nicht mehr eine juristische sondern ausschließlich eine ethische – in letzter Konsequenz aber auch eine persönliche Frage.

In der retrospektiven Analyse kann ich heute sagen, dass ich damals die durch den Willen des Patienten und die Gesetzeslage erzwungene Unterlassung der Hilfeleistung mit meinem damaligen Selbstverständnis als Arzt nur schwer vereinigen konnte. Der Patient ist übrigens friedlich verstorben.

Heute sehe ich die Dinge etwas anders: Dieses Beispiel hat zwar vordergründig keinen Bezug zur ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung, vielmehr liegt darin aber eine fundamentale Erkenntnis. Der Patient hat sich primär nach den Vorschriften seines Glaubensbekenntnisses verhalten, andererseits hat für ihn **jederzeit** die Möglichkeit bestanden, sich diesfalls dagegen zu entscheiden und der Verabreichung von Blutkonserven zuzustimmen, was ihm vermutlich eine Reihe von schönen Lebensjahren beschert hätte.

Es geht hier um das eminent wichtige Faktum der **Wahlentscheidung!**

Für viele Menschen mag der Gedanke attraktiv sein, sie könnten die Hilfe, aus dem Leben zu scheiden, jederzeit in Anspruch nehmen, wenn sie es denn definitiv wollten. Sie hätten damit die Gewissheit, allzeit davon Gebrauch machen zu können. Es gibt Hinweise, dass eine beträchtliche Anzahl von Menschen letztlich jedoch darauf nicht zurückgreifen würde.

Für den mit dieser Problematik konfrontierten Arzt stellt sich der Problemkreis „Töten oder Sterben zulassen“ dar. Für den Ethiker G. Virt bedeutet das „Zulassen“ den Respekt und die Achtung für ein zu Ende gehendes Leben, während die Tötung auf Verlangen (welche allerdings nicht erlaubt ist!) das gewaltsame Erzwingen des sofortigen Todes bedeutet. Letzteres ist für die überwiegende Mehrzahl der Mediziner nicht vertretbar. Man beruft sich dabei nahezu immer auf den hippokratischen Eid. Zwar hat meines Wissens niemand von uns jemals diesen Eid geschworen und die wenigsten die Gebete des Maimonides gelesen. Diese Einstellung wird schlichtweg als ungeschriebenes, aber tradiertes Gesetz angesehen.

Wenn es sich jedoch herausstellen würde, dass ärztlicher Beistand zur Selbsttötung allgemein akzeptiert würde, so ergibt sich doch daraus die Problematik, welche Qualifikation der Arzt dazu aufzuweisen hätte, und welche formalen Voraussetzungen vor dem finalen Akt zu erfüllen wären, insbesondere in Hinblick auf eventuelle juristische Konsequenzen.

Ein Faktum wäre allerdings meines Erachtens unerlässlich: Kein Arzt darf dazu gezwungen werden bzw. darf dafür ein Honorar in Rechnung stellen!

Neben der nicht ungerechtfertigten Befürchtung, dass Beihilfe zur Selbsttötung relativ leicht zum Töten auf Verlangen führen könnte, besteht für manche Ärzte zudem das Problem, dass sie damit unmittelbar mit der eigenen, persönlichen Endlichkeit konfrontiert werden. Dies bzw. fakultative „Allmachtsphantasien“ mögen eine Erklärung dafür sein, dass ein Zulassen des Sterbens für manche Mediziner nur schwer zu akzeptieren ist und nahezu bis zum letzten Atemzug lebenserhaltende Maßnahmen gesetzt werden. Daraus folgt jedoch zwangsläufig, dass die Palliation viel zu spät eingesetzt wird, was letztlich zum Schaden der Patienten und zusätzlich

zur Vergeudung von Ressourcen führt. Eine Patientenverfügung ist diesbezüglich ein gutes Instrument, kann jedoch nicht immer der Aktualität gerecht werden.

Der deutsche Intensivmediziner **Uwe Janssens** fordert einen überlegten und ethisch fundierten Umgang mit den Möglichkeiten der Intensivmedizin und empfiehlt, „mit dem Tod offen umzugehen“.

Die Sicht der Religionen

Judentum

Im jüdischen Recht wird die Selbsttötung nicht nur als jene Handlung definiert, die mit Vorsatz, direkt oder indirekt, den eigenen Tod herbeiführt, sondern ebenso die von einer anderen Person gegebene Zustimmung, entsprechend zu handeln. Diese Person macht sich dadurch zusätzlich der vorsätzlichen Tötung eines Menschen schuldig.

Obwohl die Religion jene unglückseligen Menschen nicht verurteilt, welche sich aus verschiedenen, leidgetragenen Gründen das Leben nehmen, so darf dieses keinesfalls praktisch unterstützt werden.

Wenn es sich herausstellen würde, dass ärztlicher Beistand zur Selbsttötung allgemein akzeptiert würde, so ergibt sich doch daraus die Problematik, welche Qualifikation der Arzt dazu aufzuweisen hätte, und welche formalen Voraussetzungen vor dem finalen Akt zu erfüllen wären, insbesondere in Hinblick auf eventuelle juristische Konsequenzen.

Feuilleton

Selbst tatenloses Zusehen bedeutet die Übertretung des Tora-Verbots: „*Du sollst nicht beim Blute deines Bruders tatenlos stehen*“ (3. Buch Mose 19:16).

Rabbiner **David Bleich** (1936) setzt jede Beschleunigung des Todes – ob aktiv oder passiv – einem Mord gleich, sogar wenn der Todeseintritt nur um wenige Momente beschleunigt würde!

So sehr das Judentum die Verantwortung des Individuums für sein eigenes Leben betont, beinhaltet es jedoch nicht ein Anrecht, mit seinem Leben nach Belieben zu verfahren. Der Talmud stellt dazu fest: „*Gegen die eigene Entscheidungsfreiheit wird der Mensch geboren und gegen die eigene Entscheidungsfreiheit stirbt er!*“

Talmud und Tora betonen den **unendlichen Wert** des menschlichen Lebens! Demzufolge hat kein Mensch das Recht, den unendlichen Wert des Lebens zu relativieren, auch nicht den Wert des eigenen Lebens!

Diese Sichtweise der jüdischen Religion verdanke ich Rabbi **Schlomo Hofmeister** von der IKG Wien.

Allerdings gibt es auch Autoren in diesem Glaubensbekenntnis, die sich einer differenzierten Betrachtung der Problematik nicht verschließen. So wird z.B. viel über die Selbsttötungen im Warschauer Ghetto oder noch viel früher in Massada erzählt, einer moralischen Beurteilung wurden sie jedoch nie unterzogen. Rabbi **Leonard Kravitz** moniert, dass einem zum Tode verurteilten Verbrecher ein „schöner“ und schneller Tod garantiert werde, aber ein unschuldig leidender Kranker ohne Hoffnung auf Heilung in qualvoller Agonie sterben müsse.

Eine Möglichkeit zum Brückenschlag einer kulanteren Bewertung der Problematik könnte jedoch der Schlüsselbegriff der „Würde“ sein. Manche Rabbiner erkennen im Talmud, dass die „Menschenwürde“ auch ein Maß an Autonomie Gott gegenüber enthält. „Der Wert der Würde des Menschen ist so groß, dass sie sogar ein Verbot der Tora überwiegt“.

Römisch-Katholische Religion

Die römisch-katholische Kirche lehnt die Beihilfe zur Selbsttötung auch ab. Eigentlich beinhaltet das 5. Gebot „Du sollst nicht töten“ schon das Verbot des Tötens (natürlich auch des eigenen Lebens), Augustinus hat dieses Problem jedoch explizit erwähnt. Papst Franziskus

hat das „Wächteramt“ der Kirche für das Leben von der Geburt bis zum Tod betont.

Darüber hinaus stellt diese christliche Religion die Bedeutung des Leidens am Beispiel Christi besonders heraus. Im Leiden sieht sie einen Weg der Läuterung. So gesehen wird dieses Bekenntnis als die „Religion des Leidens“ angesehen. Dass dies nicht die Kernaussage dieser Religion reflektiert, steht auf einem anderen Blatt und soll an dieser Stelle nicht weiter vertieft werden. Dies steht naturgemäß in krassem Gegensatz zum „Mainstream“ der modernen Gesellschaft, welche nur in der Erfahrung des persönlichen Glücks den Sinn des Lebens erkennen will.

Die grundlegende Problematik in dieser Frage sieht der Katholizismus im Unterschied zwischen „Sterben zulassen“ oder eine aktive Handlung zu setzen.

So ist die vermehrte Verabreichung von

Die griechische Philosophie förderte den Suizid und die Unterdrückung derer, die für andere zur Last wurden. Selbst Plato fand es für rechtens, dass behinderte Kinder sterben sollten.

Analgetika durchaus erlaubt, selbst wenn dadurch eine Verkürzung der Zeit bis zum Tod eintritt – etwas was erfahrene Ärzte schon seit vielen Jahren praktiziert haben. Dieses Verhalten von grundlegend humaner Einstellung kann als „Zulassen des Sterbens“ („passive“ Sterbehilfe) bezeichnet werden.

Evangelische Religionen

In der Generalsynode 1996 wurde die Beibehaltung des Verbots der Sterbehilfe empfohlen.

Der evangelische Bischof **Michael Chalupka** hat in einer Stellungnahme nach

dem Erkenntnis des VfGH die Meinung der Generalsynode bekräftigt, appelliert jedoch für Barmherzigkeit in Härtefällen. Nach evangelischer Überzeugung kann Beihilfe zur Selbsttötung kein Rechtsanspruch sein, es soll jedoch nach juristischen Wegen gesucht werden, wie in einzelnen, extremen Fällen der Barmherzigkeit Genüge getan werden kann.

Der Theologe und Medizinethiker **Ulrich Körtner** gibt zu bedenken, dass die Legalisierung der Tötung auf Verlangen die Tendenz beinhaltet, neue Rechtfertigungsgründe zu definieren, um den Lebensschutz auszuhöhlen.

Orthodoxe Kirchen

Die orthodoxen Kirchen lehnen sowohl aktive als auch passive Sterbehilfe kategorisch ab.

Niemand kann über das Leben des Menschen verfügen, wie es ihm gefällt. Das Leben im biologischen Sinne ist die Grundvoraussetzung für die Vorbereitung des Menschen auf das Reich Gottes.

Die „passive“ Sterbehilfe erachten die Kirchen als eine Falle, welche subtil den Weg für die „aktive“ Hilfe bereitet. Der Arzt als Instrument Gottes hat kein Recht, den natürlichen Prozess des Todes absichtlich zu beschleunigen.

Islam

Eine diesbezügliche Anfrage an die islamische Glaubensgemeinschaft blieb unbeantwortet.

Resümee

In der Geschichte der Menschheit war der Schutz des menschlichen Lebens nicht immer von solch eminenter Bedeutung, wie in unserer Zeit. Die griechische Philosophie förderte den Suizid und die Unterdrückung derer, die für andere zur Last wurden. Selbst **Plato** fand es für rechtens, dass behinderte Kinder sterben sollten.

Diese Tradition haben die Römer übernommen – der Suizid wurde als ehrenhafter Tod angesehen.

Erst **Kaiser Valens** (328-378) hat der christlichen Idee zum Durchbruch verholfen und diesbezüglich ein Verbot ausgesprochen.

Die Naturvölker haben noch heute eine im Vergleich zu unserer Gesellschaft divergente Einstellung. Die San im südlichen Afrika (besser bekannt als „Busch-

männer“), aber auch die Inuit im hohen Norden halten nichts von Pflege und Obsorge von Mitgliedern, welche den Erfordernissen des Gemeinschaftslebens nicht mehr nachkommen können. In der Tat würden diese auch eine maßgebliche Belastung und Behinderung für die Gemeinschaft darstellen. So ist es Brauch, dass jene Senioren, welche von selbst zur Überzeugung gelangen, keinen Beitrag zur Gemeinschaft mehr leisten zu können, diese still und leise verlassen, um in der Wildnis mit Geduld das Ende des eigenen Lebens zu erwarten.

In unserer Gesellschaft hat sich neben der christlichen Idee der Wertschätzung des gottgegebenen Geschenkes des Lebens eine „Kultur des Todes“ entwickelt.

Thomas Morus (1478-1535) hat, obwohl humanistischer Autor der Renaissance, die Idee entwickelt, Kranke auf einer imaginären Insel (Utopia) zu töten und dies als einen Akt der Weisheit bezeichnet.

Francis Bacon (1561-1626) prägte den Ausdruck der „Sterbehilfe“, dass man „leichter sterben“ könnte und einen „guten Tod“ haben sollte.

1974 haben 300 Wissenschaftler, darunter drei Nobelpreisträger das so genannte „Euthanasie-Manifest“ konzipiert, in welchem sie die Gesetzgebung für die Sterbehilfe fordern, da es „unmenschlich ist, Leiden zu tolerieren, zu akzeptieren oder aufzuerlegen“.

Für den französischen Philosophen **Michel Houellebecq** findet gerade eine „metaphysische Wandlung“ der Gesellschaft durch veränderte Weltanschauungen statt. Er persönlich ist ein expliziter Gegner der Sterbehilfe, da seiner Meinung nach die Gesellschaft die Pflicht hat, optimal für ihre Mitglieder zu sorgen, was auch eine adäquate Palliativversorgung inkludiert.

Andererseits gibt es natürlich auch keine „Rechtspflicht zu leben“.

Die Diskussion um die Sterbehilfe, besonders wenn sie vom ärztlichen Personal durchgeführt werden sollte, ist schon seit langem eine der großen ethischen Debatten in der Medizin.

Dem gegenüber stehen die Fakten in der Gesellschaft. In Deutschland belaufen sich die Schätzungen auf jährlich ca. 9.000 Selbsttötungen mit Assistenz. Bei einer von der Deutschen Ärztekammer 2010 in Auftrag gegebenen Umfrage erklärten 37% der Befragten die Bereitschaft, Hilfe beim Suizid zu leisten, so-

fern eine gesetzliche Grundlage dafür bestünde.

Im Jahre 2019 nahmen sich in Österreich 1.113 Menschen das Leben, ob dabei in dem einen oder anderen Fall eine Beihilfe stattgefunden hat, entzieht sich meiner Kenntnis.

In den Niederlanden, wo seit 2001 die aktive Sterbehilfe erlaubt ist, nehmen die Zahlen in beängstigtem Ausmaß zu, was den niederländischen Ethiker **Theo A. Boer** zu der Aussage veranlasste, „dass es uns nicht gut tut, einander den Tod zu organisieren“.

Dies ist umso bemerkenswerter, als er von 2005 bis 2014 Mitglied einer Prüfungskommission für aktive Sterbehilfe war und vor allem zu Anfang der Überzeugung war, dass das holländische Kontrollsystem noch immer eines der besten sei, und er dazu einen persönlichen Beitrag zu leisten gewillt war. Inzwischen gelangte er zum Erkenntnis, dass „... wenn man eine umstrittene Praxis legalisiert, man sie zwangsläufig als Werbeangebot ins Schaufenster stellt“.

Explizit verwies er darauf, dass in den letzten Jahren gehäuft Fälle beobachtet wurden, wo von Seiten der Verwandten zunehmend Druck ausgeübt wurde. Und darin liegt zweifelsfrei eine große Gefahr dieser Entwicklung, dass nämlich die eigentliche Selbstbestimmung durch camoufflierten Druck der Umgebung überlagert wird.

Selbstbestimmung und uneingeschränkte „Selbsterschaffung“ sind die großen Versprechen der „Neuen Zeit“. Atheistischer Humanismus und der Siegeszug der Naturwissenschaften haben im

*Die Ärzteschaft wird
daher gut beraten sein,
sich auf diese neue Lage
einzustellen. Wie bereits
im Vorfeld angeführt,
handelt es sich nicht
mehr um eine legistische
sondern um eine
ethische Frage.*

Selbstverständnis des modernen Menschen dazu geführt, dass er sich in erster Linie am Ideal der Selbstbestimmung orientiert.

Abgesehen davon, dass man in diesen Kreisen ungern über den Tod spricht und stattdessen über die Illusion der „Unsterblichkeit“ fabuliert, kommt es doch dazu, dass man ab und an mit der unabwendbaren Endlichkeit konfrontiert wird. Dann bestünde doch die Hoffnung auf einen „leichten Tod“ (**Michel Foucault**), um diesem Ereignis „Sinn und Schönheit“ zu geben.

Wir Ärzte, die jahrzehntelang mit den Leiden der Kranken im Finalstadium konfrontiert waren, wissen nur allzu genau, dass dabei „Schönheit“ im konventionellen Sinne nur sehr selten, wenn überhaupt anzutreffen ist.

Ich finde in diesem Zusammenhang die Überlegungen des Geschichtsphilosophen **Nikolai Berdjajew** wesentlich zutreffender: „Die positive Bedeutung des Todes liegt darin, dass die Fülle des Lebens überhaupt nicht in der Zeit, und nicht nur in einer endlichen Zeit, realisiert werden kann.“

Für den gläubigen Menschen besteht die Hoffnung auf transzendente Bindungen im Tode (Hiob 13,15 „Wenn ER mich auch tötet, ich werde auf IHN hoffen“). In dieser Haltung verliert das autonome Subjekt jede Wichtigkeit, der Tod wird zu einer letzten Konfession einer überindividuellen Ordnung (G. Virt). Wenn allerdings der moderne Mensch seine transzendente Bedeutung verliert, kann er den unantastbaren „Wert seines Lebens“ nicht mehr erkennen.

Man wird sehen, wie das Österreichische Parlament im Laufe dieses Jahres ein Gesetz ausformuliert, welches der Erkenntnis des VfGH Rechnung trägt. Auf alle Fälle wird es wahrscheinlich kein striktes Verbot der Beihilfe zur Selbsttötung mehr geben, wiewohl das Töten auf Verlangen sicher strafbar bleiben wird. Auch in Spanien wurde das Verbot zur Sterbehilfe vom Parlament aufgehoben.

Die Ärzteschaft wird daher gut beraten sein, sich auf diese neue Lage einzustellen. Wie bereits im Vorfeld angeführt, handelt es sich nicht mehr um eine legistische sondern um eine ethische Frage. Meines Erachtens stehen folgende Voraussetzungen nicht zur Disposition: Kein Arzt darf zur Beihilfe einer solchen Handlung gezwungen werden, und niemals darf ein Honorar dafür in Rechnung gestellt werden.

Feuilleton

Weiters sollte diese Entscheidung, sofern sie getroffen werden soll, nicht ausschließlich zwischen sterbwilliger Person und einem (wenn auch Vertrauens-)Arzt paktiert und durchgeführt werden. In diesem Falle bestünden Möglichkeiten zum Missbrauch. Wir haben so viele Kommissionen in diesem Land, warum sollte die Zustimmung(!) zum mehrfach geäußerten und dokumentierten Wunsch des zum Sterben gewillten Menschen, sein Leben zu beenden, nicht auf mehrere Personen aufgeteilt werden? Ein eminenten Vorteil dieses Vorgehens wäre es, dass der Kommission der Nachweis erbracht werden müsste, dass die Möglichkeiten der Palliation bzw. alternativer Behandlungsoptionen dem Sterbewilligen zur Kenntnis gebracht wurden.

In den Jahren als junger Arzt war ich der tiefen Überzeugung, diesen Beruf gewählt zu haben, um Leben zu retten bzw. zu erhalten und Leiden zu verhindern oder zumindest zu lindern.

In den Jahrzehnten meines Berufslebens habe ich allerdings erfahren müssen, dass das mit dem „Leben retten“ nicht immer nur vom eigenen Wissen und der persönlichen Expertise abhängt, sondern es immer wieder Krankheitsverläufe gibt, deren Ausgang vom Schicksal – als gläubiger Mensch kann man auch „von Gottes Wille“ sagen – abhängt.

Was sich aber mit der Erfahrung des Alters immer mehr herauskristallisiert, ist das Erkenntnis, dass die Minderung der Leiden eine der elementarsten Aufgaben eines Arztes darstellt. Diese Leiden sind allerdings nicht ausschließlich nur organisch manifestiert sondern können möglicherweise tief in der Persönlichkeit des Kranken verankert sein – ein Umstand, dem die moderne Medizin meines Erachtens zu wenig Auf-

merksamkeit schenkt.

Wenn wir uns denn verpflichtet sehen, die Leiden der Menschen bis zu ihrem Tode zu lindern – warum sollte es dann nicht auch gerechtfertigt sein, jenen, die es unbedingt wollen, ein „angenehmes“ Sterben zu ermöglichen? Ist es denn vertretbar, wenn wir uns auf die moralische Bastion des „noli me tangere“ zurückziehen, wenn der Patient in der nachweisbaren und wiederholt diskutierten, ausweglosen Situation nach der begleitenden Hand des betreuenden Arztes verlangt, um diesen leiderfüllten Teil seines Lebens hinter sich zu lassen? Sollten wir uns dann zurückziehen oder zum wiederholten Male die Palliation anbieten, obwohl sie der Patient ablehnt? Sowohl Entschluss als auch finale Handlung muss allerdings immer vom Betroffenen selbst ausgehen.

Ich gebe in diesem Zusammenhang immer zu bedenken, welch entsetzliche und unvergessliche (vielleicht sogar beispielgebende?) Eindrücke die suizidalen Handlungen durch öffentliche Verkehrsmittel, Fensterstürze oder Schusswaffengebrauch auf Umgebung und vor allem Angehörige vermitteln!

Ich glaube nicht, dass dieser Wunsch allzu häufig geäußert werden wird, wenn die Ressourcen zur effizienten Palliation zügig und umfassend ausgebaut werden und sowohl auf ärztlicher als auch auf der pflegerischen Seite entsprechend Personal mit Empathie und distinguiertem Ausbildung zur Verfügung stehen wird. Dies trifft derzeit leider jedoch nur in unzulänglichem Maße zu. Daher wird sich die Ärzteschaft, nicht zuletzt wegen der geänderten Gesetzeslage, mit diesem Problem auseinandersetzen müssen.

Abschließend möchte ich diesen meinen Überlegungen noch hinzufügen, dass die Problematik der „Assistenz zur Selbsttötung“ auf einem ethischen Niveau nicht von jener des Schwangerschaftsabbruches getrennt werden kann. In beiden Fällen geht es um die willkürliche Beendigung existenten Lebens – jenes am Anfang und das andere am Ende. Während bei letzterem immerhin der dezidiert geäußerte, freie Wille des Betroffenen besteht, und er/sie letztlich auch bereit ist, diesen Schritt selbst zu tun, kann beim Fötus ein solches Ansinnen naturgemäß nicht diskutiert werden. Die seit jeher behauptete und ständig wiederholte Argumentation der Selbstbestimmung über den weiblichen Körper, entbehrt sowohl der rationalen als auch ethischen Grundlage.

Nachdem der Schwangerschaftsabbruch bis zum 3. Trimenon schon sehr lange zwar nicht erlaubt aber straffrei gestellt ist, war es eigentlich juristisch konklusiv, diese Erlaubnis zur Hilfestellung zur Beendigung eines Lebens auch am Ende desselben zu erteilen. Soweit zur Gesetzeslage – diese ändert jedoch meines Erachtens nichts an der ethischen Problematik, soweit es den Arztberuf betrifft.

Ohne mich an dieser Stelle in die Thematik des Schwangerschaftsabbruches vertiefen zu wollen, möchte ich doch in diesem Zusammenhang an ein Zitat des Gynäkologen und Theologen **Johannes Huber** erinnern, der in einer Diskussion einmal bemerkt hatte, „... dass wir gewisse Dinge auf dieser Welt der Barmherzigkeit Gottes überlassen müssen“. Ich könnte mir gut vorstellen, dass dies – unter besonderen Umständen – auch für das Ende des Lebens gelten möge

O. Zechner

Fachkurzinformation zu Umschlagseite 4

Inkontan 15 mg/30 mg Filmtabletten. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: 1 Filmtablette enthält 15 mg/30 mg Trosipiumchlorid. Liste der sonstigen Bestandteile: Tablettkern: Carboxymethylstärke-Natrium, mikrokristalline Cellulose, Lactose-Monohydrat, Maisstärke, Povidon K25, hochdisperses Siliciumdioxid, Stearinsäure (pflanzlich); Überzug: Stearinsäure, E 171 (Titandioxid), Cellulose, Hypromellose. **Anwendungsgebiete:** Zur Behandlung der Detrusor-Instabilität oder der Detrusor-Hyperreflexie mit den Symptomen Pollakisurie, imperativer Harndrang und Dranginkontinenz. Inkontan 15 mg/30 mg wird angewendet bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff Trosipiumchlorid oder einen der genannten sonstigen Bestandteile. Harnverhaltung. Nicht ausreichend behandeltes oder unbehandeltes Engwinkelglaukom. Tachyarrhythmie. Myasthenia gravis. Schwere chronisch entzündlicher Darmerkrankung (Colitis ulcerosa und Morbus Crohn). Toxischem Megakolon. Dialysepflichtiger Niereninsuffizienz (Kreatinin-Clearance < 10 ml/min/1,73 m²). **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Urologika, Mittel bei häufiger Blasenentleerung und Inkontinenz. **ATC Code:** G04BD09. **Inhaber der Zulassung:** Pharmazeutische 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:** 08/2016.

Die Chefsekretärin

Dagmar Stelzl

H. Lipsky

In dieser Zeitung stehen normalerweise Informationen über die Urologie: Wissenschaftliche Arbeiten, Berichte über Kongresse, Mitteilungen, die unsere Gesellschaft betreffen und auch immer wieder etwas über Kollegen, die gewürdigt oder ausgezeichnet werden: über Professoren, Primärärzte, Oberärzte und Assistenten unseres Faches.

Heute soll über Mitarbeiterinnen geschrieben werden, die keiner medizinischen Berufsgruppe angehören und dennoch für den reibungslosen Ablauf des medizinischen Alltags unverzichtbar sind. Es sind dies die Chef-Sekretärinnen, denn sie stellen den Kontakt zwischen der Medizin im Spital und der Welt außerhalb des Spitals her.

Nach außen hin sind sie das Gesicht der Abteilung. Ihre Freundlichkeit und Verbindlichkeit sorgen für das Ansehen einer Abteilung – mehr als jede gelungene Operation. Weiteres vermitteln sie zwischen den einzelnen Fächern in einem Spital, und sorgen, in den Schaltzentralen sitzend, für den reibungslosen organisatorischen Ablauf der eigenen Abteilung.

Sie sind natürlich auch immer ein Spiegelbild des jeweiligen Chefs. Tüchtige

Chefs haben gute und freundliche Sekretärinnen, unnahbare und grantige Chefs wollen oft auch eine abweisende Sekretärin im Vorzimmer haben, die ihnen alles Unangenehme und auch Arbeit vom Leibe hält. Wir alle haben im Laufe des Lebens mit vielen Sekretärinnen von Chefs aller möglicher Sparten zu tun gehabt und uns über die jeweilige freundliche oder unfreundliche Behandlung gefreut oder geärgert, die uns im Vorzimmer widerfahren ist.

Die in diesem Artikel hervorgehobene Person, Frau **Dagmar Stelzl**, war meine treue Begleiterin – 23 Jahre lang – und über ihre Person mögen sich die vielen anderen Chefsekretärinnen geehrt und gelobt fühlen, die ihr Berufsleben in den Dienst der Allgemeinheit und ihres Chefs gestellt haben. Frau Stelzl hat sich ihre Verdienste nicht nur im Spital erworben, sondern war auch bei der Entstehung dieser Zeitung wesentlich beteiligt. Es war der Verlag dieser Zeitung, der gemeint hat, dass sie durch diesen Artikel gewürdigt werden möge.

Sie ist eine gebürtige Leobnerin, die nach dem Besuch einer Hauswirtschaftschule, als 18-jährige ins raue Spitalsleben geworfen worden ist. Sie konnte mit der



Dagmar Stelzl war 43 Jahre lang Chefsekretärin an der Urologischen Abteilung im LKH Hochsteiermark – Standort Leoben

Maschine schreiben und, damals war das notwendig, auch stenographieren und das war alles an Ausbildung. Kochen hatte sie in der Schule auch gelernt. Ich weiß nicht, was man heute für eine Anstellung alles fordert.

Als ich 1978 nach Leoben kam, saß eine kleine blasse Person hinter einer Schreibmaschine und schrieb. Damals war der letzte Schrei im Büro die elektrische Schreibmaschine, um die sich alle Schreibkräfte rissen. Die Abteilung war gerade gegründet worden.

Um Fehler beim Schreiben auszubessern, verwendete man ein sogenanntes „Tip-ex“ und man machte für jede geschriebene Seite eine Blaupause. Durch diese Hilfen musste man wegen eines Fehlers nicht die ganze Seite neu tippen. Briefe und OP-Berichte konnte man bereits auf einen Recorder sprechen. Viele Briefe wurden aber nach Stenogrammen geschrieben. Alles andere in der Verwaltung war analog, so die Krankengeschichten, die Ambulanzkarten und die Archive. Heute alles unvorstellbar.

Die junge Sekretärin ist im Laufe schon weniger Jahre erheblich gewachsen, zwar nicht an Körpergröße sondern an Wert. Sie war von ihrer Persönlichkeit her freundlich und herzlich, lernte bald den Umgang mit wichtigen Personen und schien für jedermann, der mit ihr sprach, Zeit zu haben.

Viele meiner Kollegen aus dem In- und Ausland waren von ihrer freundlichen



Frau Stelzl (2. v. r.) kurz nach ihrem Eintritt in die Abteilung

In eigener Sache

Art angetan. Sie hat keine Kurse für Weiterbildung und Personal-Management besucht und konnte doch mit Menschen aller Bildungsschichten gut umgehen. Als Artikel und Vorträge auf Englisch zu schreiben waren, besuchte sie privat einen Englischkurs, denn in einer Hauswirtschaftsschule lernte man diese Sprache nicht besonders gut.

Die Abteilung wurde immer größer, bald waren es 70 Betten, die Anzahl der Ärzte, der Schwestern und der Patienten hatte zugenommen, die Arbeit wurde mehr. Es bestanden Verbindungen mit Kollegen im In- und Ausland, und es waren insgesamt 10 Tagungen und Kongresse zu organisieren. Immer war Frau Stelzl die zentrale Person, bei der alle Fäden zusammenliefen.

Für den Österreichisch-Bayerischen Urologenkongress benötigten wir daher keine professionelle Hilfe von auswärts, wir führten viele Dinge ein, die heute selbstverständlich sind, wie etwa die

Patientenaufklärung. Dann ließen wir von einem Bekannten ein eigenes EDV-Programm schreiben, eine sogenannte Insellösung, noch bevor die Krankenhausgesellschaft dies tat. Ohne Frau Stelzl wäre dies alles nicht möglich gewesen. Ich erinnere mich an ihre Freude über das erst Fax das man senden konnte und als die richtige EDV eingeführt wurde, war sie eine der ersten im Haus, die damit zurechtkam. Sie wurde allgemein wegen ihrer freundlichen Art und Kompetenz geschätzt und geachtet ohne je laut werden zu müssen. Einem Oberarzt, der sie mit ärztlicher Anmaßung behandelte, erklärte sie trocken: „Herr Doktor sie sollten Sekretariologie studieren, das fehlt noch in ihrer Ausbildung.“

Die Verbindungen zu meiner Familie, zu meinen Töchtern und meiner Frau sind eng, da Dagmar auch die Fähigkeit besitzt, den richtigen Abstand und Takt zu bewahren. Ich bin nun seit 20 Jahren in Pension und halte über sie noch

immer Kontakt zu meiner ehemaligen Abteilung. Ich schätze mich glücklich, eine so tüchtige und liebenswerte Mitarbeiterin gehabt zu haben, der ich hiermit auch danken möchte.

Frau Stelzl hat auch mit meinem Nachfolger lange zusammengearbeitet und tat es bis jetzt mit dessen Nachfolger. Sie identifizierte sich ein Berufsleben lang mit der Urologischen Abteilung des LKH Leoben (jetzt LKH Hochsteiermark, Standort Leoben), deren Wert, Qualität und Ansehen ihr bis heute am Herzen liegt.

Jetzt ging sie nach 45 Dienstjahren in Pension. Ihr Alter sieht man ihr nicht an. Ich habe vergessen zu erwähnen, dass Dagmar Stelzl immer eine hübsche und attraktive Frau war.

Univ. Prof. Dr. Herbert Lipsky
Ehemaliger Vorstand der Urologischen
Abteilung im LKH Hochsteiermark,
Standort Leoben

Ein Dankeschön anlässlich der Pensionierung von **Frau Dagmar Stelzl**, Chefsekretärin der Urologischen Abteilung LKH Hochsteiermark, Standort Leoben

Th. Alber

Mit der Pensionierung von Frau Dagmar Stelzl verliert die urologische Abteilung des LKH Hochsteiermark, Standort Leoben nicht nur eine ausgezeichnete jahrzehntelang erfahrene, und überaus sympathische Chefsekretärin, sondern vielmehr eine zentrale Schlüsselfigur und auch Visitenkarte der Abteilung.

Oftmals erfolgt der Erstkontakt eines Patienten mit einer Abteilung telefonisch mit dem Chefsekretariat, sodass die Bedeutung dieses Erstkontaktes nicht unterschätzt werden sollte. Hier konnte Frau Dagmar Stelzl durch ihre ruhige, vertrauensvolle und offene Art Ängste und Sorgen bereits vor dem Aufenthalt abbauen, wofür sie bei den Patienten überaus geschätzt wurde. Diese Dankbarkeit wurde auch durch die zahllosen nahezu wöchentlich von Patienten im Chefsekretariat abgegebenen Blumensträuße ausgedrückt.

Ebenso wurde von Frau Stelzl zu allen ärztlichen KollegInnen inner- und außerhalb des Krankenhauses ein ausgezeichnetes Verhältnis gepflegt, was natürlich



die gute Zusammenarbeit immens erleichterte. So konnten auch auf kurzem Wege wichtige Anliegen über das Chefsekretariat an der Abteilung unkompliziert eingebracht werden. Zudem trug sie durch ihren Einsatz und ihre hundertprozentige Identifizierung mit der Abteilung sowie durch ihre Empathie und ihr geduldiges Zuhören wesentlich zum Erfolg und zur Bewältigung der täglichen Herausforderungen bei.

Besonders geschätzt habe ich in den letzten zweieinhalb Jahren, in denen ich die Leitung der Abteilung innehaben durfte, die reichhaltige Erfahrung von Frau Dagmar Stelzl, womit sie mir in dieser Anfangszeit eine großartige Unterstützung war. So wurden mit ihrer Hilfe zahlreiche Projekte wie die EBU-Zertifizierung, die Überarbeitung von

Patienteninformationsblättern und Ausarbeitung von standardisierten Tumornachsorgeschemata, die Einladung von zahlreichen Gastprofessoren abgeschlossen. Auch in der Etablierung neuer operativer Techniken war Frau Stelzl eingebunden.

Der Start der robotischen Chirurgie mit dem Da Vinci-System – ein Leuchtturm-Projekt für unser Haus – ist an unserer Abteilung im Juni 2021 erfolgt.

In diesem Sinne möchte ich mich sehr herzlich bei Frau Dagmar Stelzl für ihren großartigen Einsatz bedanken und ihr für ihren Ruhestand viel Gesundheit und zahlreiche Bergtouren wünschen.

Prim. Dr. Thomas Alber
Vorstand der Urologischen Abteilung im
LKH Hochsteiermark, Standort Leoben



Occursus 2021: Gelungene Kommunikation in der Onkologie so wichtig wie nie

Vor sechs Jahren wurde der „Occursus – Anerkennungs- und Förderpreis für Kommunikation in der Onkologie“ aus der Taufe gehoben und stellt seitdem die Kommunikation mit Krebspatienten sowie deren Angehörigen in den Mittelpunkt. Der von der Österreichischen Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie (OeGHO) vergebene und vom Pharmaunternehmen Janssen gesponserte Preis prämiiert Projekt und Projektideen in zwei Kategorien: in der Kategorie Ankerkennungspreis bereits laufende bzw. abgeschlossene Projekte und in der Kategorie Förderpreis Projektideen. Das Besondere daran ist, dass beim Occursus Projekte Beachtung finden, die bei klassischen medizinischen (Forschungsförderungs-)Ausschreibungen wenig bis keine Berücksichtigung finden.

Gerade in unsicheren und schwierigen Zeiten zeigt sich, wie wichtig Projekte sind, die die Kommunikation in der Onkologie in den Mittelpunkt stellen und weiter verbessern. Denn erschwerte Behandlungsbedingungen, Einschränkungen bei Besuchen, Unsicherheit und Ressourcenknappheit in den Spitälern machen empathische Kommunikation wichtiger denn je. Seit Beginn des Occursus wurden 120 Projekte und Projektideen eingereicht. Für den Occursus 2021 waren es 16 Einreichungen, davon 10 in der Kategorie Anerkennungspreis und sechs in der Kategorie Förderpreis.

Die vier Preisträgerprojekte 2021

Die Bandbreite der Projekte zeigt sich an den diesjährigen Preisträgern. So wurde in der Kategorie **Förderpreis** die **Medizinische Universität Graz, Univ. Klinik für Innere Medizin**, ausgezeichnet. Hier wird versucht, durch frühzeitige



© Stefan Voitl

Einbindung von Palliativmedizin die Lücke zwischen onkologischer und palliativmedizinischer Betreuung zu schließen.

In der Kategorie **Anerkennungspreis** wurden zwei laufende und ein abgeschlossenes Projekt prämiert:

- Eine im **Hanusch-Krankenhaus** angesiedelte interdisziplinäre onkologische Nachsorgeambulanz „IONA“, mit der die langfristige Nachbetreuung von Erwachsene sichergestellt wird, die im Kinder- und Jugendalter an Krebs erkrankt waren.
- Eine vom **Klinikum Wels-Grieskirchen** angeregte Studie zu Auswirkungen elektronischer Patientenbefragungen, insbesondere in Bezug auf die Behandler-Patienten-Beziehung.
- Ein Informationsfilm des St. Anna Kinderspital, mit dem Schüler von Herkunftsschulen über onkologische Erkrankungen ihrer Mitschüler aufgeklärt werden.

„Auch im sechsten Jahr des Occursus ist

es immer noch verblüffend, mit welchem Elan, Engagement und Ideenreichtum die eingereichten Projekte geplant oder ausgeführt werden und wie viele Ideen es gibt. Die Vergangenheit hat bereits gezeigt, dass die laufende Verbesserung der Kommunikation zwischen allen Beteiligten eine große Erleichterung für das medizinische Personal, vor allem aber für Patienten und deren Angehörige sein kann. Das Thema ist und bleibt auch in Zukunft wichtig“, ist Walter Voitl-Bliem, Geschäftsführer der OeGHO, überzeugt.

Die Bedeutung des Occursus unterstreicht auch Alexander Müller-Vonderlind, Director Market Access & External Affairs der Janssen-Cilag Pharma GmbH: „Gerade in schwierigen Zeiten, wie wir sie derzeit erleben, zeigt die hohe Zahl an Einreichungen, dass der Occursus ein essenzielles Thema besetzt. Kommunikation war nie wichtiger, und wir sind stolz darauf, mit diesem Preis einen Beitrag leisten zu können, der so wichtige Projekte ermöglicht und vor den Vorhang holt.“

Klinische Praxis beim metastasierten hormonsensitiven Prostatakarzinom

Gesamtüberleben durch Apalutamid signifikant verbessert [1]

Laut Analyse mit fast vier Jahren Nachbeobachtungszeit der Phase-3-Studie TITAN [1] weist der Androgenrezeptor-Inhibitor Apalutamid* bei Patienten mit metastasiertem hormonsensitivem Prostatakrebs (mHSPC) einen statistisch signifikanten Vorteil beim Gesamtüberleben und beim progressionsfreien Überleben während der ersten Folgetherapie auf. Die Ergebnisse belegen zudem das gute Sicherheitsprofil.

Das Prostatakarzinom (PCa) ist die am häufigsten vorkommende Krebsart des Mannes in Österreich. Die Tendenz ist steigend, was auf die besseren Methoden zur Früherkennung aber auch die immer älter werdende Bevölkerung zurückzuführen ist. Die meisten Neuerkrankungen treten bei Männern ab dem 70. Lebensjahr auf. Die Behandlung beim metastasierten hormonsensitiven Prostatakarzinom (mHSPC) bestand bisher vor allem aus einer klassischen Androgendepressionstherapie (ADT), die je nach Situation mit Abirateron oder mit Docetaxel kombiniert wurde.

Die Ergebnisse der TITAN-Studie [2] mit Apalutamid werden die klinische Praxis beim metastasierten hormonsensitiven Prostatakarzinom aber verändern. Apalutamid verlängert das radiographische, progressionsfreie Überleben und das Gesamtüberleben signifikant.

Die randomisierte, placebokontrollierte, doppelblinde Phase-3-Studie TITAN umfasste 1.052 Patienten an 260 Standorten in 23 Ländern in Nordamerika, Lateinamerika, Südamerika, Europa und dem Asien-Pazifik-Raum. Studienziel war die Untersuchung zur Wirkung von Apalutamid auf das radiographische progressionsfreie Überleben und das Gesamtüberleben (OS) bei Männern mit metastasiertem hormonsensitivem Prostatakarzinom unter begleitender ADT im Vergleich zu Placebo plus ADT.

Die rekrutierten Patienten mit mHSPC wurden 1:1 randomisiert und erhielten entweder Apalutamid (240 mg) plus Androgenentzugstherapie (n=525) oder Placebo plus ADT (n=527). Die Rekrutierungsphase dauerte von 2015 bis 2017.

Die Studie umfasste mHSPC-Patienten unabhängig vom Ausmaß oder Risiko der Erkrankung (high-/low-Volume, Gleason score, neu-/zuvor-diagnostiziert) in Kombination mit ADT.

Die Patientenpopulation kann daher als „all-comers“ bezeichnet werden. Die

Einschlusskriterien waren mindestens eine Fernmetastase im Knochenscan, ECOG PS 0 oder 1 und hormonsensitiv. Erlaubte Vortherapien waren Docetaxel (maximal 6 Zyklen), ADT bis zu 6 Monate für mHSPC oder bis zu drei Jahre lokales Prostatakarzinom. Die lokale Therapie musste vor einem Jahr oder weniger abgeschlossen sein.

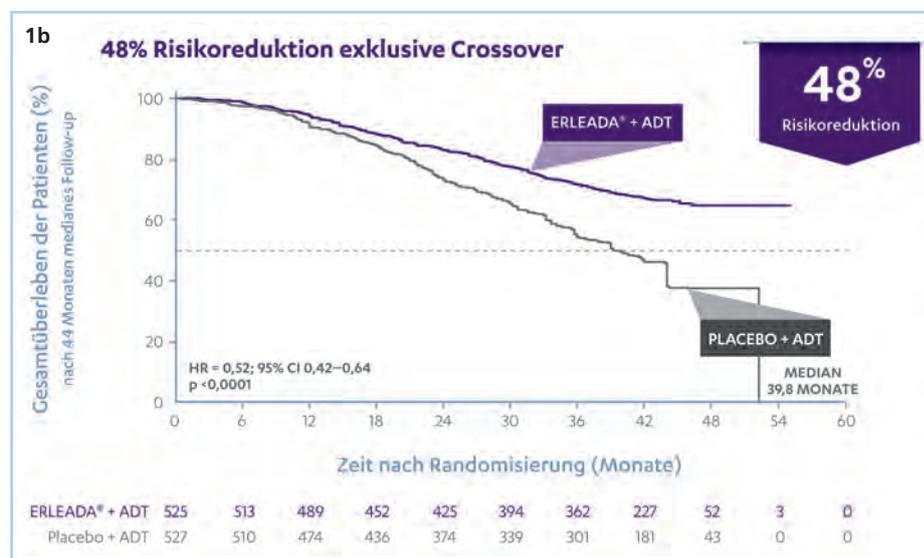
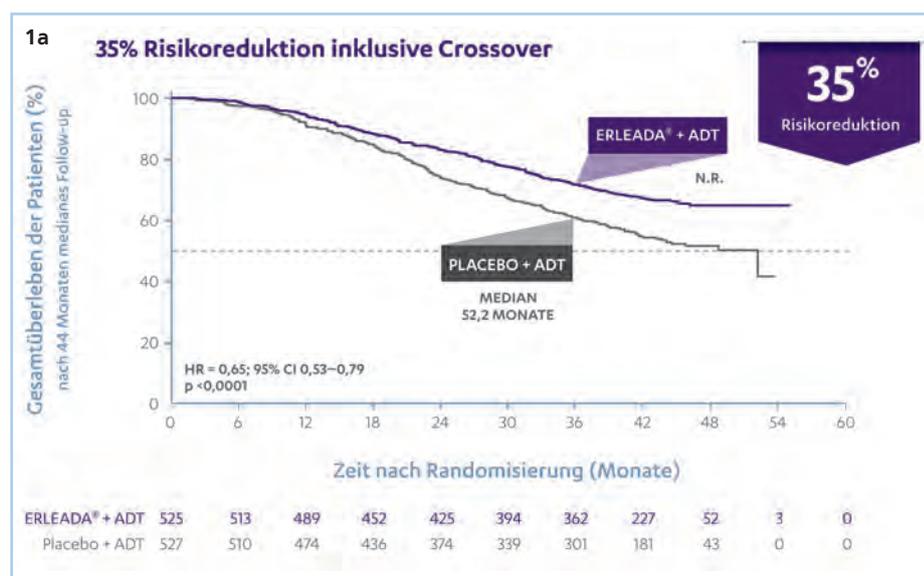


Abb. 1a und b: Primärer Endpunkt: OS

Vier Jahre Nachbeobachtungszeit

Bei der jetzt vorliegenden medianen Nachbeobachtungszeit von fast vier Jahren bestätigten die Daten [1], dass Apalutamid plus ADT eine statistisch signifikante Verbesserung des Gesamtüberlebens (OS) bewirkt. Das Sterberisiko war um 35 % geringer als bei einer ausschließlichen Behandlung mit ADT (HR 0,65; $p < 0,0001$). Dieses Ergebnis übertraf die OS Daten der primären TITAN Analyse nach 23 Monaten medianes Follow-Up. Das Ergebnis wurde auch erreicht, obwohl fast 40 Prozent der Patienten aus der Placebo-Gruppe zum Apalutamid-Arm wechselten. Zum Zeitpunkt der primären Analyse standen im Apalutamid-Arm 66% und im Placebo-Arm 46% der Patienten unter Behandlung. Aufgrund der Ergebnisse der primären Analyse wurde die Studie entblindet und den Patienten der Placebo-Gruppe ein Wechsel zu Apalutamid ermöglicht.

Nach Bereinigung der Daten für die übergewechselten Patienten fiel die OS-Verbesserung noch deutlicher aus und zeigte eine Verringerung des Sterberisikos um 48 Prozent (HR 0,52; $p < 0,0001$).

Der Überlebensvorteil mit Apalutamid bestätigte sich auch konsistent in der OS-Subgruppenanalyse: In den wichtigsten Subgruppen zeigte sich durchwegs ein signifikanter Vorteil beim Gesamtüberleben (siehe Abb. 2).

Beim zweiten coprimären Endpunkt, dem radiographischen, progressionsfreien Überleben, wurde das Risiko einer Progression um 52% reduziert (HR = 0,48; $p < 0,001$).

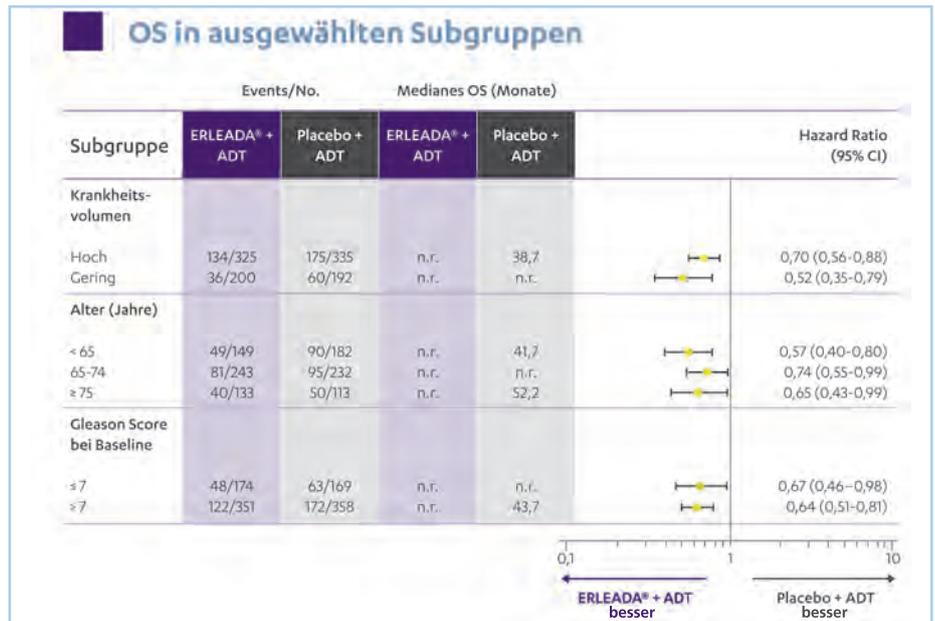


Abb. 2: OS in Subgruppen

Auch für andere Endpunkte wurde ein klarer medizinischer Nutzen festgestellt. Die Therapie durch Apalutamid plus ADT reduzierte das Risiko einer Progression während der ersten Folgetherapie (PFS2) um 38 % (HR 0,62; $p < 0,0001$). Weiters wurde das Risiko einer Kastrationsresistenz um 66% reduziert (HR = 0,34; $p < 0,0001$).

Verträglichkeit

Die Sicherheitsdaten zu Apalutamid waren mit den zuvor berichteten Studien konsistent. Auch die Ergebnisse der Analyse mit fast vier Jahren Nachbeobachtungszeit zeigte für Apalutamid ein etabliertes Sicherheitsprofil, das für die Behandlung von Patienten mit fort-

geschrittenen Formen des Prostatakrebs ermutigend ist.

Apalutamid wurde von den Patienten insgesamt gut vertragen. Die Nebenwirkungen aller Grade waren nach 44 Monaten medianes Follow-Up vergleichbar mit Placebo. Ebenso waren die kumulativen Inzidenzen von Nebenwirkungen mit Grad 3+4, schweren Nebenwirkungen, Stürze, Frakturen und Fatigue nach 44 Monaten auf Placebo Niveau.

Die häufigsten unerwünschten Ereignisse in min. 10% der Patienten waren mit Apalutamid vs Placebo: Rückenschmerzen: 21% vs 21%, Arthralgie: 20% vs 16%, Gelenkschmerzen: 13% vs 13%, Fatigue: 20% vs 17%, Knochenschmerzen: 7% vs 10%, Hautausschlag: 20% vs 4%, Pruritus: 11% vs 5%, Obstipation: 11% vs 11%, Diarrhö: 11% vs 7%, Hitzewallungen: 23% vs 17%, Hypertonie: 20% vs 16%, Übergewicht: 11% vs 18%, Anämie: 13% vs 14%. Es traten keine behandlungsbezogenen Todesfälle auf.

Die Lebensqualität blieb während der gesamten Behandlungsdauer erhalten und unterschied sich nicht von jener unter Placebo.

Resümee für die Praxis

Die finale Analyse von TITAN bestätigt, dass Apalutamid plus ADT trotz Cross-over das Gesamtüberleben verbessert, die Kastrationsresistenz verzögert und die gesundheitsbezogene Lebensqualität erhält. Apalutamid eignet sich perfekt als „all-comers“-Präparat, weil bei den

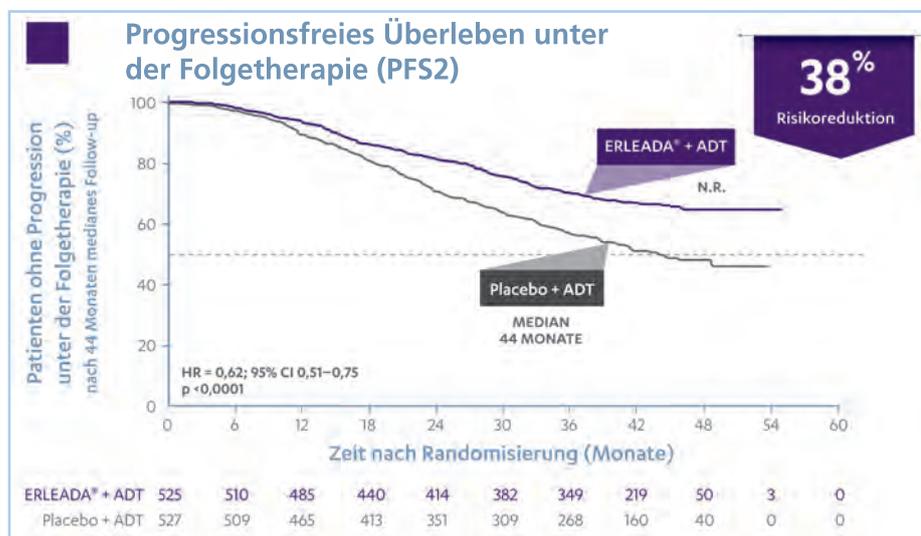


Abb. 3: PFS2

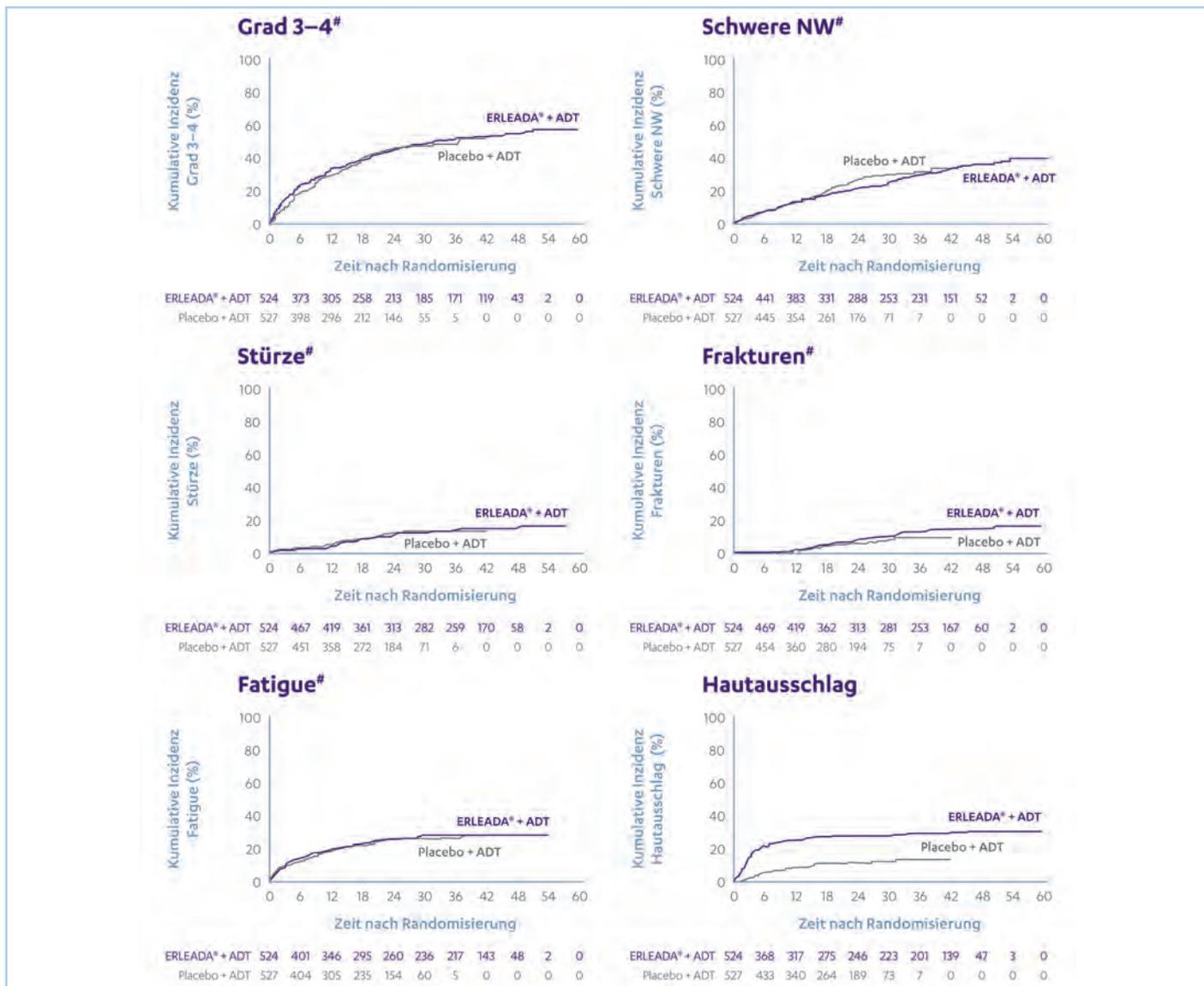


Abb. 4: Kumulative Inzidenzen ausgewählter Nebenwirkungen. #: Vergleichbar mit Placebo

wichtigsten Patientengruppen ein klarer, signifikanter Vorteil beim wichtigsten Punkt der Gesamtüberlebenszeit gekoppelt mit dem konsistenten Sicherheitsprofil auftritt – unabhängig vom Volumen der Erkrankung, Alter oder Gleason-Score. Die Studienautoren leiten aus den jetzt vorliegenden Daten ab, dass ein früher Start mit Apalutamid den Patienten zugutekommt. Nach den Ergebnissen der finalen Analyse der TITAN-Studie bietet Apalutamid in Kombination mit ADT eine ausgezeichnete therapeutische Option für Patienten

mit metastasiertem hormonsensitivem Prostatakarzinom.

Indikation für Apalutamid

Der Androgenrezeptor-Inhibitor ist indiziert zur Behandlung von Patienten mit nicht-metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom (nmCRPC), die ein hohes Risiko für die Entwicklung von Metastasen aufweisen sowie mit metastasiertem hormonsensitivem Prostatakarzinom (mHSPC) in Kombination mit Androgendeprivationstherapie.

Bereits Anfang 2020 wurde die Zulassung des Wirkstoffs Apalutamid* von der EMA um die Indikation mHSPC erweitert. Seit dem 1. Oktober 2020 wird Apalutamid sowohl für mHSPC als auch nmCRPC in Österreich erstattet (dunkelgelbe Box).

*ERLEADA®

Quellen:

- [1] Chi KN. et al. J ClinOncol2021; JCO2003488, Appendix; 2021, May 27
- [2] Chi KN. et al. N Engl J Med. 2019; 38 1(1):13–24

Fachkurzinformation zu Seite 5

FACHKURZINFORMATION ERLEADA 60 mg FILMTABLETTEN: Bezeichnung des Arzneimittels: Erleada 60 mg Filmtabletten. **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Jede Filmtablette enthält 60 mg Apalutamid. Sonstige Bestandteile: Tablettkern: Hochdisperses Siliciumdioxid, Croscarmellose-Natrium, Hypromelloseacetatsuccinat, Magnesiumstearat, Mikrokristalline Cellulose, siliciumdioxid-beschichtet. Filmüberzug: Eisen(II, III)-oxid (E172), Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E172), Macrogol, Poly(vinylalkohol) (teilweise hydrolysiert), Talkum, Titandioxid (E171). **Anwendungsgebiete:** Erleada ist indiziert zur Behandlung erwachsener Männer mit nicht-metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom (nmCRPC), die ein hohes Risiko für die Entwicklung von Metastasen aufweisen und zur Behandlung erwachsener Männer mit metastasiertem hormonsensitivem Prostatakarzinom (mHSPC) in Kombination mit Androgendeprivationstherapie (ADT). **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder sonstigen Bestandteile. Frauen, die schwanger sind oder schwanger werden könnten. **Inhaber der Zulassung:** JanssenCilag International NV, Turnhoutseweg 30, B2340 Beerse, Belgien. **Vertrieb für Österreich:** JANSSEN-CILAG Pharma GmbH, Vorgartenstraße 206B, A-1020 Wien. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **ATC-Code:** L02BB05 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.

▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Es ist daher wichtig, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung in Bezug auf „ERLEADA“ zu melden. AT_CP-136729_17Dez2020

Enzalutamid beim metastasierten, hormonsensitiven Prostatakarzinom

Länger progressionsfrei bei gleicher Lebensqualität

Aktuelle Daten der Studien ARCHES/ENZAMET unterstützen den frühen Einsatz einer kombinierten Hormon-Hormontherapie beim metastasierten hormonsensitiven Prostatakarzinom (mHSPC). Enzalutamid in Kombination mit ADT führt bei Männern mit mHSPC zu einer signifikanten Reduktion des Risikos für metastatische Progression oder Tod. Gleichzeitig blieb die Lebensqualität auf hohem Niveau erhalten [1,2].

In Österreich liegt das Prostatakarzinom unter den Krebserkrankungen bei Männern an erster Stelle [3]. Die Tendenz ist leider steigend. Rund fünf Prozent der Neuerkrankungen [4] sind Patienten mit mHSPC, die noch keine Hormontherapie erhalten haben beziehungsweise anhaltend auf eine Hormonbehandlung ansprechen. Die Behandlung bis 2017 beim mHSPC bestand aus einer klassischen Androgendepriuationstherapie (ADT) in Kombination mit Abirateron oder Docetaxel [5]. Das sollte sich aber durch Studien wie unter anderem ENZAMET [1] oder ARCHES [2] ändern. Aktuelle Daten der Studien mit Enzalutamid* unterstützen den frühen Einsatz einer kombinierten Hormon-Hormontherapie beim mHSPC.

Wachstum der Krebszellen hemmen

Enzalutamid ist seit Juni 2013 für Männer mit metastasiertem Prostatakrebs zugelassen, bei denen eine übliche Hormonblockade nicht mehr wirkt. Seit September 2019 ist Enzalutamid auch für das high risk nicht metastasierte Prostatakarzinom zugelassen, wenn der Krebs trotz Hormonblockade wächst. Die Blockade der Testosteronproduktion in den Hoden ist eine Möglichkeit, um das Fortschreiten eines Prostatakrebses zu verlangsamen. Der Wirkstoff Enzalutamid hemmt das Wachstum der Krebszellen [6].

In der randomisierten Phase-III-Studie ENZAMET wurden 1.125 Männern in 83 Zentren mit mHSPC untersucht. Die Behandlung erfolgte mit dem Androgenrezeptor-Inhibitor Enzalutamid im Ver-

gleich mit den klassischen nicht steroidalen Antiandrogenen (NSAA) als Zusatz zur Standardtherapie (ADT mit oder ohne Docetaxel) [1].

Man wollte nachweisen, dass die stärkere Hemmung des Androgenrezeptors durch Enzalutamid das Gesamtüberleben (OS, primärer Endpunkt) im Vergleich zu den anderen NSAA verbessern kann. Die sekundären Endpunkte waren das progressionsfreie Überleben (PSA-PFS), das klinische PFS und Nebenwirkungen [1].

Die Ergebnisse zeigten unter Enzalutamid eine deutliche Verlängerung des PSA-PFS und des klinischen PFS. Es traten lediglich 174 PSA-PFS-Ereignisse in der Enzalutamid-Gruppe gegenüber 333 Ereignissen in der Standard-Gruppe auf (67 % bzw. 37 %, HR: 0,39; $p < 0,001$). Bezüglich klinischen PFS gab es 167 Ereignisse in der Enzalutamid-Gruppe und 320 Ereignisse in der Standard-Gruppe (68 % bzw. 41 %, HR: 0,49; $p < 0,001$) [1].

Bei 66 % der Patienten der Enzalutamid-Gruppe und bei 71 % der Standard-Gruppe waren Krankheitsprogression oder Tod ursächlich für den Abbruch bzw. das Ende der Behandlung. Das Gesamtüberleben nach drei Jahren lag bei 80 % in der Enzalutamid-Gruppe und 72 % in der Standard-Gruppe [1].

Enzalutamid plus Standardtherapie verbesserte daher signifikant das OS bei mHSPC-Patienten mit hoher und niedriger Tumorlast im Vergleich zu den klassischen Antiandrogenen plus Standardtherapie. Besonders deutlich war der OS-Vorteil in der Subgruppe bei Patienten mit niedriger Metastasenlast und ohne zusätzliche Chemotherapie. Die Gruppe mit Docetaxel profitierte nicht. Die Kombination von Enzalutamid mit Docetaxel erhöhte die Toxizität im Vergleich zu Enzalutamid alleine [1].

Lebensqualität bleibt erhalten

In der ARCHES Studie [2] wollte man feststellen, ob der positive Effekt auf das

Risiko einer radiographischen Progression (rPFS) des metastasierten Karzinoms durch Enzalutamid plus ADT sich in Subgruppen konsistent und signifikant widerspiegelt.

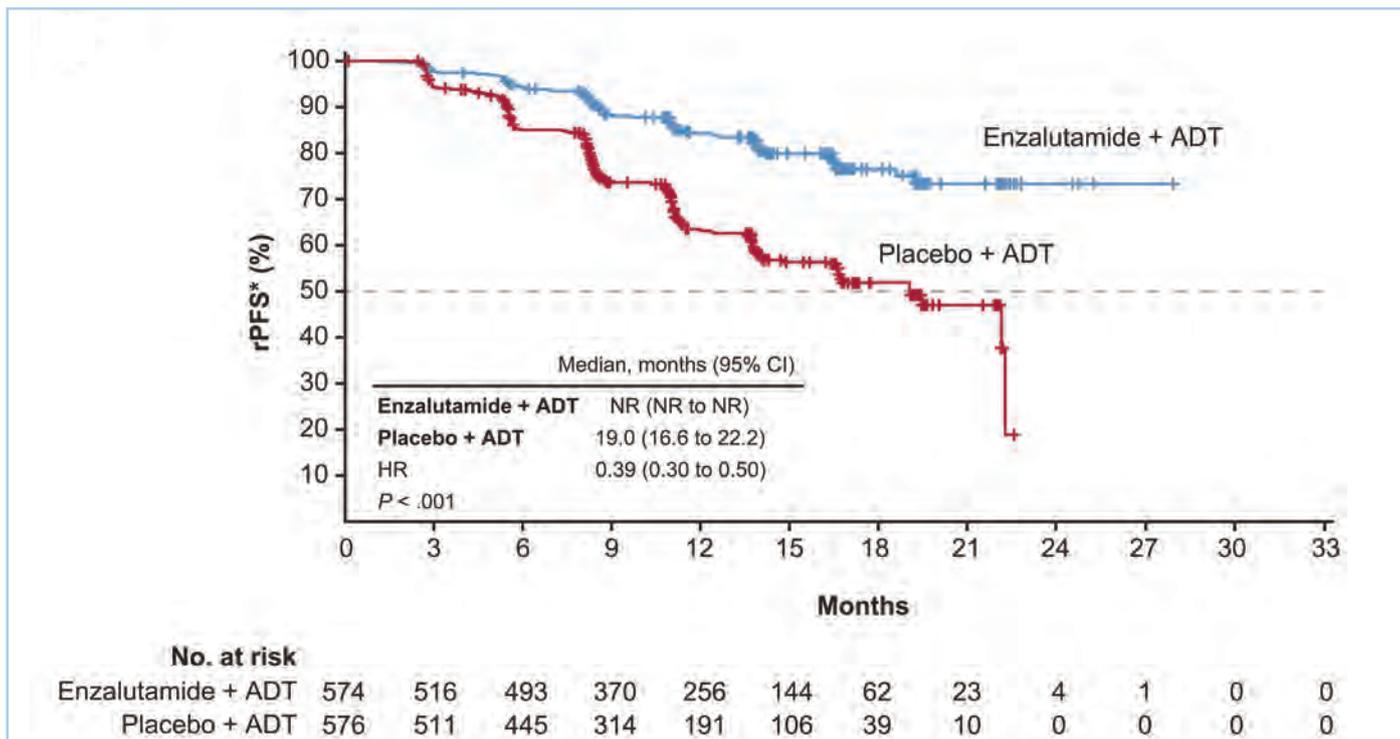
Dazu wurden in dieser randomisierten, placebokontrollierten, doppelverblindeten Phase-III-Studie insgesamt 1.150 erwachsene Männer aus 202 Therapiezentren in die Studie eingeschlossen. Alle Patienten hatten ein pathologisch bestätigtes Prostata-Adenokarzinom, welches hormonsensitiv war und de novo oder rezidivierend nach einer lokalen Primärbehandlung metastasiert war (mHSPC). Als Vortherapien waren eine ADT und bis zu sechs Zyklen einer Docetaxel-haltigen Chemotherapie möglich.

Eine Gruppe bekam Enzalutamid oral (160 mg täglich) plus ADT, die Kontrollgruppe erhielt Placebo plus ADT. Zusätzlich erfolgte eine Stratifizierung nach der Krankheitslast in „high“ oder „low volume“ und eine Analyse der Anzahl an zuvor durchgeführten Chemotherapiezyklen.

Bezogen auf den primären Endpunkt zeigte sich in der Gruppe mit ADT + Enzalutamid eine Reduktion des relativen Risikos von 61 %. Ebenso war eine Verlängerung der Zeit bis zum Beginn einer weiteren antineoplastischen Therapie, mit einer Reduktion des relativen Risikos von 72% unter ADT plus Enzalutamid statistisch signifikant. Im Hinblick auf das Gesamtüberleben waren die Daten zum Zeitpunkt der Auswertung noch unreif. Deren Auswertung erfolgt nach insgesamt 342 Todesfällen.

Konsistentes Verträglichkeitsprofil [2]

Beim Verträglichkeitsprofil bestätigte die Kombination aus Enzalutamid und ADT die Daten aus früheren Studien. Unter Enzalutamid zeigte sich entsprechend dem bekannten Nebenwirkungsprofil ein gehäuftes Auftreten von arterieller Hypertonie, Fatigue, kognitiver Beein-



Der positive Effekt auf das Risiko einer radiographischen Progression (rPFS) des metastasierten Karzinoms durch Enzalutamid plus ADT zeigte sich in der Kaplan Maier Kurve der ARCHES Studie [2] und in fast allen Subgruppen.

trächtigung, Frakturen und Stürzen, das aber nur knapp über dem Plazeboniveau lag.

Wenn eine kurative Behandlung des metastasierten Prostatakarzinom nicht mehr möglich ist, geht es um den möglichst langen Erhalt einer guten Lebensqualität. Enzalutamid konnte auch hier punkten. Die Lebensqualität ergab für beide Behandlungsgruppen von Beginn an hohe Werte, die auch im weiteren Verlauf der Studie hoch waren. Das spricht dafür, dass die Hinzunahme von Enzalutamid zur ADT keinen negativen Effekt auf patientenbezogenes Outcome hatte.

Laut zuvor veröffentlichter Wirksamkeitsdaten der ARCHES-Studie verlängerte Enzalutamid in Kombination mit einer Standard-ADT das progressionsfreie Überleben (PFS) gegenüber ADT allein. Somit ergibt sich aus dieser kom-

binierten Behandlungsstrategie ein klarer klinischer Benefit bei Erhalt der Lebensqualität.

Aussichten für die Praxis [2,6]

Enzalutamid hat sich beim metastasierten hormonsensitiven Prostatakarzinom (mHSPC) als effizient und verträglich erwiesen. In Kombination mit ADT kommt es bei Männern mit mHSPC zu einer signifikanten Reduktion des Risikos für radiographische Progression oder Tod – auch bei Patienten mit niedrigem Krankheitsvolumen und/oder Docetaxel-Vortherapie. Gleichzeitig blieb die Lebensqualität auf hohem Niveau erhalten. Das Verträglichkeitsprofil scheint dabei dem in früheren klinischen Studien bei kastrationsresistentem Prostatakarzinom erhobenen Nebenwirkungsprofil zu entsprechen.

*Xtandi™

Literatur

- [1] Davis ID et al.; Enzalutamide with Standard First-Line Therapy in Metastatic Prostate Cancer NEJM 2019 Jul 11;381(2):121-131.
- [2] Armstrong AJ et al., ARCHES: A Randomized, Phase III Study of Androgen Deprivation Therapy With Enzalutamide or Placebo in Men With Metastatic Hormone-Sensitive Prostate; CancerJ Clin Oncol 2019; 37:2974–2986
- [3] Statistik Austria: Pressemitteilung vom 2021-01-28 (https://www.statistik.at/web_de/presse/125243.html)
- [4] Scher HI et al. (2015) PLoS One 10:e0139440
- [5] Mottet N., Bellmunt J., Briers E., Bolla M., Bourke L., Cornford P., De Santis M., Henry A., Joniau S., Lam T., Mason M.D., Van den Poel H., Van den Kwast T.H., Rouvière O., Wiegel T.; members of the EAU – ESTRO – ESUR – SIOG Prostate Cancer Guidelines Panel. EAU – ESTRO – ESUR – SIOG Guidelines on Prostate Cancer. Edn. presented at the EAU Annual Congress Milan 2021. 978-94-92671-13-4. Publisher: EAU Guidelines Office. Place published: Arnhem, The Netherlands.
- [6] Fachinformation XTANDI (aktueller Stand)

ENZAMET ist eine offene, randomisierte Phase-3-IIT-Studie (Investigator Initiated Trial), in der ein Überlebensvorteil (OS; Overall survival) von Enzalutmid + ADT vs. Nicht-steroidalem Antiandrogen (NSAA) + ADT bei mHSPC Patienten gezeigt wurde (HR=0,67;95%-KI: 0,52-0,86; p=0,002). In der untersuchten Patientenpopulation waren Patienten mit und ohne vorab geplanter begleitender Docetaxel-Therapie eingeschlossen. Der OS-Vorteil war in der Subgruppe von Patienten mit begleitender Docetaxel-Therapie tendenziell geringer als in der Patienten-Gruppe ohne Docetaxel. Die Studie war jedoch nicht ausgelegt, Ergebnisse zum Gesamtüberleben in den einzelnen Subgruppen auszuweisen. Die Sicherheit und Wirksamkeit von XTANDI™ bei gleichzeitiger Anwendung mit einer zytotoxischen Chemotherapie ist nicht erwiesen. XTANDI™ ist daher nur in Kombination mit einer ADT zu verabreichen.

Fachkurzinformation zu Seite 19

1. BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS: Xtandi 40 mg Filmtabletten; Xtandi 80 mg Filmtabletten **2. QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG:** Xtandi 40 mg Filmtabletten: Jede Filmtablette enthält 40 mg Enzalutamid. Xtandi 80 mg Filmtabletten: Jede Filmtablette enthält 80 mg Enzalutamid. Liste der sonstigen Bestandteile: **Tablettenkern:** Hypromelloseacetatsuccinat, Mikrokristalline Cellulose, Hochdisperses Siliciumdioxid, Croscarmellose Natrium, Magnesiumstearat; **Tablettenüberzug:** Hypromellose, Talkum, Macrogol (8000), Titandioxid (E 171), Eisen(III) hydroxid oxid x H₂O (E 172) **3. ANWENDUNGSGEBIETE:** Xtandi ist angezeigt: • zur Behandlung erwachsener Männer mit metastasiertem hormonsensitivem Prostatakarzinom (metastatic hormone-sensitive prostate cancer, mHSPC) in Kombination mit einer Androgenentzugstherapie (siehe Abschnitt 5.1 der SmPC). • zur Behandlung erwachsener Männer mit nicht metastasiertem kastrationsresistentem Hochrisiko-Prostatakarzinom (castration-resistant prostate cancer, CRPC) (siehe Abschnitt 5.1 der SmPC). • zur Behandlung erwachsener Männer mit metastasiertem 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 Abschnitte 4.6 und 6.6 der SmPC). **5. PHARMAKOTHERAPEUTISCHE GRUPPE:** Hormonantagonisten und verwandte Mittel, Antiandrogene, ATC Code: L02BB04. **6. INHABER DER ZULASSUNG:** Astellas Pharma Europe B.V., Sylviusweg 62, 2333 BE Leiden, Niederlande 7. 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 **8. STAND DER INFORMATION:** 04-2021 9. ABGABE: Rezept- und apothekenpflichtig. „Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Fertilität, Schwangerschaft, Stillzeit, Auswirkungen auf die Verkehrstüchtigkeit und die Fähigkeit zum Bedienen von Maschinen, sowie Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.“

FORTBILDUNGSTAGUNG
der Österreichischen Gesellschaft für

UROLOGIE UND ANDROLOGIE

mit Jahreshauptversammlung der ÖGU

SAVE
THE
DATE

© Voestalpine Stahlwelt GmbH

VOESTALPINE STAHLWELT LINZ & ONLINE, 04.–06.11.2021

Veranstalter:

Fortbildungskommission der Österreichischen
Gesellschaft für Urologie und Andrologie

Wissenschaftliches Programm:

Assoc. Prof. Priv. Doz. Dr. Harun Fajkovic
Universitätsklinik für Urologie
Medizinische Universität Wien

Gesamtorganisation:

ghost.company | convention.group
2380 Perchtoldsdorf | Donauwörther Straße 12/1
T: +43 1 869 21 23 58 | F: +43 1 869 21 23 18
office@conventiongroup.at | www.conventiongroup.at

Anmeldung & Information:

www.conventiongroup.at/uro



Österreichische Gesellschaft
für Urologie und Andrologie



FBK | FORTBILDUNGS
KOMMISSION der ÖGU



48. Tagung

der Bayerischen Urologenvereinigung
und der Österreichischen Gesellschaft
für Urologie und Andrologie



19. – 22. Mai 2022 Inselhalle Lindau

Tagungspräsident:
Prof. Dr. med. Rolf von Knobloch
Chefarzt der Klinik für Urologie
Klinikverbund Allgäu gGmbH, Klinikum Kempten

Co-Tagungspräsident:
Univ. Prof. Dr. Wolfgang Horninger
Medizinische Universität Innsbruck
Universitätsklinik für Urologie

Weitere Informationen:
www.uro-tagung.de

Termine:

8.-12. Juli 2021, Virtuell EAU 2021

Information und Anmeldung:
<https://eaucongress.uroweb.org>

6.-8. September 2021, Salzburg EEP 21: Transurethral Endoscopic Enucleation of the Prostate

Information und Anmeldung:
<https://www.conventiongroup.at/registration-eeep-21.html>

15.-18. September 2021, Stuttgart, D 73. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU)

Information: <http://www.dgu-kongress.de>

8.-9. Oktober 2021, Linz Medikamentöse Tumorthherapie urologischer Karzinome

Information:
<https://hpr.itshare.at/index.php/s/QaZ6seNjJtiwrow#pdfviewer>

19.-20. November 2021, Stift Göttweig 3. Onkologisch-Laparoskopisches und Roboterchirurgisches Herbstsymposium

Information:
<https://hpr.itshare.at/index.php/s/iP39kMsfXDQCqRA#pdfviewer>

Harninkontinenz
individuell therapieren



Montavit



Inkontan

Alles unter Kontrolle

- Harndrang unter Kontrolle
- Dosierung unter Kontrolle
- Nebenwirkungen unter Kontrolle



Fachkurzinformation siehe Seite 54

Wirkstoff: Trospiumchlorid
* Meist verordnetes Produkt nach Einheiten im Markt Österreich Insight Health G04D
Urologische Inkontinenzpräparate MAT 03/2021

Medizin zum wieder Wohlfühlen

montavit.com