

# NÖGUGU



Ausgabe

# 50

24. Jahrgang 2014

Nachrichten der Österreichischen Gesellschaft für Urologie und Andrologie

**Wenn Mauern  
fallen, ...**



**... entstehen  
Brücken**

© vermed, Quelle: istopckphoto.com

## Urologie 2030

Interview: Univ. Prof. Dr. Günter Virt

## IMPRESSUM:

### Herausgeber und für den Inhalt verantwortlich:

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

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

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

### Wissenschaftlicher Beirat:

Univ. Prof. Dr. Wolfgang Hörtl, Wien

Prim. Dr. Klaus Jeschke, Klinikum  
Klagenfurt am Wörthersee

Prim. Dr. Wolfgang Loidl,  
KH der Barmherzigen Schwestern Linz

Prim. Univ. Doz. Dr. Josef Oswald  
KH der Barmherzigen Schwestern Linz

Prim. Univ. Doz. Dr. Michael  
Rauchenwald, Sozialmedizinisches Zentrum  
Ost – Donauespital, Wien

Univ. Prof. Dr. Othmar Zechner, Wien

### Produktion / Marketing:

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

ISSN 2307-5597

### Folgenden Firmen sei für die Unterstützung herzlich gedankt:

ASTELLAS Pharma Ges.m.b.H.

ELI LILLY GmbH

GEBRO Pharma GmbH

JANSSEN-CILAG Pharma GmbH

MADAUS Ges.m.b.H.

A. MENARINI Pharma Ges.m.b.H.

Pharmazeutische Fabrik MONTAVIT Ges.m.b.H.

SANDOZ GmbH

Um den Lesefluss zu erleichtern, verzichten wir auf eine geschlechterspezifisch getrennte Schreibweise (z. B. Ärztln, Arzt/Ärztin bzw. Patient/Patientin).

- |   |  |
|---|--|
| <p>4 Editorial</p> <p>6 Grußwort</p> <p>8 Ihre Seite – Die Seite des Lesers</p> <p>9 Die Seite des Präsidenten</p> <p>10 Spende der ÖGU an die Lebenshilfe Altmünster für Hochwasseropfer</p> <p>12 Gedanken des Generalsekretärs</p> <p>15 <b>Aus dem Arbeitskreis Kinderurologie:</b><br/>Nachsorge nach kinderurologischen Eingriffen – Wer? Wie? Wann? Wie lange?<br/>(T. Becker, Linz)</p> <p>17 Das Wichtigste im Jahr 2014<br/>(J. Oswald, Linz)</p> <p>19 <b>Aus dem Arbeitskreis Assistenten in Ausbildung</b></p> <p>22 Aus dem BvU</p> <p>25 „Urologische Studien in Österreich“</p> | <p>35 Die urologische Versorgung im Krankenhaus im Jahr 2030<br/>(C. Riedl, Baden; G. Fülöp, Wien)</p> <p>40 Ausbildung 2030 – Quo vadis?<br/>(E. Plas, Wien)</p> <p>46 Medizin und Ausbildung im Jahr 2030<br/>(St. Krause, Linz)</p> |
|---|--|
- 
- ### IM BRENNPUNKT
- 48 **Die Würde des Menschen am Ende des Lebens**  
Interview mit Univ. Prof. Dr. Günter Virt, em. Univ. Prof. für Moralphtheologie (O. Zechner, Wien)
- 
- ### UROLOGIE IM RÜCKBLICK
- 51 **Sterne hinter dem Horizont**  
(O. Zechner, Wien)
- urologia historica**
- 58 **Die Sydenham'schen Ärzte**  
(P.P. Figdor, Wien)
- 62 **TERMINE**
- 63 **PRODUKTE / NEUHEITEN**
- 
- ### HAUPTTHEMA – Urologie 2030
- 26 Urologische Forschungslandschaft 2030 in Österreich  
(W. Horninger, Innsbruck; K. Pummer, Graz; S. Shariat, Wien)
- 32 Die urologische Primärversorgung in Österreich 2030  
(K. Dorfinger, Wien)



# Die Nr. 1 ...



... bei überaktiver Blase! \*

uriV-020413

## Tropium von Madaus ist die meistverordnete Therapie Österreichs \*

Spasmolyt® 2 x 20 mg, flexible Therapie  
UriVesc® 1 x täglich, Dauertherapie

© IMS 2013



Grüne Box

# Editorial

Die Dynamik des Faches Urologie und Andrologie erfährt in den letzten Jahren neuen Aufschwung – ob in der Neurourologie, der Kinderurologie oder der onkologischen Urologie. Überall finden sich neue diagnostische und therapeutische Möglichkeiten, die unser Fach in Zusammenarbeit mit Technik und Pharmaindustrie entwickelt hat. Gleichzeitig ist diese Entwicklung jedoch aufgrund der notwendigen Investitionen sehr industrieabhängig – dies widerspiegelt sich immer mehr in der Quantität von so genannten Fortbildungen, die bestens organisiert und in attraktiven Locations stattfinden und abgehalten werden. Es gelingt praktisch niemandem mehr, einflusslos an gewisse Fragestellungen heranzugehen. Selbst die Deklaration von unterschriebenen Abhängigkeiten vor einer Präsentation ist nicht allgegenwärtig in unserem Land.

International hat sich dies bereits komplett durchgesetzt, die großen amerikanischen und europäischen Gesellschaften trachten danach, dass sämtliches Engagement durch Industrie und Pharma zu deklarieren ist. Die Österreichische Gesellschaft für Urologie und Andrologie hat sich zum Ziel gesetzt, auch dies in unserem Land besser wirken zu lassen. Es wird ein Zertifikat für unabhängige Fortbildungen angestrebt, um diesem Wildwuchs einen Riegel vorzuschieben.

Rein akademische Fortbildungen zu machen, gelingt fast überhaupt nicht mehr, selbst für alt eingesessene Treffen wie das Alpenländische Urologentreffen findet man kaum mehr eine terminliche Möglichkeit. Diesem oben erwähnten Einfluss unterliegen zunehmend auch Printmedien. Daher ist es eine besonders schwierige Aufgabe, die Nachrichten der Österreichischen Gesellschaft für Urologie und Andrologie in gewohnter Weise herauszubringen. Die Österreichische Gesellschaft für Urologie und

Andrologie muss daher ihr Organ im Wettbewerb anderer Printmedien durch unabhängige Berichterstattung und wissenschaftliche Publikationen unterstützen. Ob dies in Zukunft ausreichend gelingen wird, ist problematisch zu sehen. Neue Arbeitszeiten im klinischen Betrieb und die zunehmend fehlende „Wertigkeit“ der Wissenschaft an den Universitäten durch die Öffentlichkeit wird dieses Vorhaben sicherlich nicht erleichtern.

Eine neue Generation wird mit anderem Schwung die Urologie in den nächsten Jahren übernehmen, sie wird auf Grundlagen hoher medizinischer Qualität aufbauen können und wird in einem komplett anderen Stil das Management unserer Patienten bewältigen. Neue medizinische Hilfsmittel von so genannten Supercomputern bis hin zu Gesundheits-Apps werden zur Verfügung stehen für Diagnose und Überwachung verschiedenster Krankheiten. Die Möglichkeiten erscheinen unbegrenzt auch im klinischen Alltag brauchbar zu werden.

Das fahrerlose Auto wird im nächsten Jahrzehnt realisiert, in der Medizin wird jedoch der Arzt nicht abzuschaffen sein und vor allem die Interaktion Patient und Arzt wird sicherlich eines der wesentlichen Merkmale in unserem Beruf bleiben.

In diesem Sinne wünsche ich den Urologen Österreichs viele weitere Ausgaben der NÖGU, den Herausgebern der Vergangenheit gilt mein Dank und den Herausgebern der Zukunft mein Wunsch nach viel Kraft zur Innovation.

Prim. Dr. Wolfgang Loidl

Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Urologie und Andrologie



Prim. Dr. Wolfgang Loidl

*Das fahrerlose Auto wird im nächsten Jahrzehnt realisiert, in der Medizin wird jedoch der Arzt nicht abzuschaffen sein und vor allem die Interaktion Patient und Arzt wird sicherlich eines der wesentlichen Merkmale in unserem Beruf bleiben.*



## ES IST ZEIT, AN DIE ZUKUNFT ZU DENKEN

- **BETMIGA 50 MG** ist eine neuartige OAB-Therapie<sup>1</sup>
- **BETMIGA 50 MG** ist bei OAB-Patienten wirksam<sup>1,2,3</sup>
- **BETMIGA 50 MG** wird gut vertragen und entlastet OAB-Patienten<sup>3</sup>



**Leben Sie die Innovation!**



# Wie gestaltet man eine Zeitung?

Von den Anfängen der NÖGU im Jahre 1990

H. Lipsky

Mein Vorgänger im Präsidentenamt war Michael Marberger gewesen und wir hatten gemeinsam im Vorstand eine Reihe von wichtigen Reformen durchgeführt, den Lehr- und Lernzielkatalog erarbeitet, die freiwillige Facharztprüfung war in Vorbereitung, eine Reihe von Arbeitskreisen hatte sich konstituiert, man begann Leitlinien zu erstellen und der Berufsverband war zu einer aktiven Vereinigung gewachsen. Die ÖGU hatte bereits mehr als 300 Mitglieder.

Man musste sich jenseits von Telefonaten und Briefen verständigen, die neuen Medien gab es noch nicht, und so fasste ich in meiner Präsidentschaft den Entschluss, eine Zeitschrift herauszugeben. Mir schwebte etwas vor, das über einen Newsletter hinausging. Ich selbst hatte noch nie eine Zeitung gemacht, kannte aber Walter Stöckl, der damals noch beim Leykam-Verlag arbeitete und der bot mir seine Hilfe an.

## Die erste Ausgabe

Wir versuchten Sponsoren aufzutreiben und überlegten uns die Gestaltung der Zeitung. „Nachrichten der Österreichischen Gesellschaft für Urologie, NÖGU“ klingt nach Niederösterreich und das Logo, das wir in das Ö einschrieben schaute wie ein Wecker aus, aber warum nicht. Blau-Grün als Farbe hatte mir immer gut gefallen. Ich schrieb die Kollegen an, bat um Mitarbeit und so konnte 1990 tatsächlich die erste Nummer erscheinen. Anstelle einer Umschlaggestaltung gab es nur einen Bericht einer Vorstandssitzung. Der Inhalt war infor-

mativ und bestand aus den Berichten der jeweiligen Arbeitskreise und Verbände. Auch wissenschaftlich Beiträge waren bereits enthalten.

Dann kam mir die Idee, auf der Titelseite ein Bild eines zeitgenössischen Malers zu platzieren. Manch einer wird sich beim ersten Blick gedacht haben, dass es sich um eine Kunstzeitschrift handelt, aber den meisten hat es gefallen und diese Form der Titelblattgestaltung wird bis heute fortgeführt und wurde von anderen ähnlichen Zeitungen übernommen. Nach meinem eher zeitgenössischen Geschmack, hat mein Nachfolger als Herausgeber, **Othmar Zechner**, als bodenständiger Mensch, Landschafts- und Jagdbilder dafür verwendet.



Univ. Prof. Dr. Othmar Zechner



Univ. Prof. Dr. Herbert Lipsky, erster Herausgeber der NÖGU

Trotz des Sponsorships von Firmen habe ich immer wissenschaftliche Publikationen von solchen, die ein Produkt priesen getrennt und als solche gekennzeichnet. Kurz danach erschien ein zweites Magazin, das eine größere Nähe zu den unterstützenden Firmen aufweist. Soviel ich weiß, gibt es dieses Magazin immer noch.

Dann kam mir die Idee die urologischen Abteilungen und Kliniken in den Mitteilungen vorzustellen. Dadurch wird es ein zukünftiger Medizinhistoriker leichter haben, als unser Peter P. Figdor, dessen Beiträge für die Zeitung ebenfalls wichtig waren und sind. Auch Ernennungen und die Nachrufe von Kollegen wurden im Blatte mitgeteilt.

## Die Weiterentwicklung eines Projektes

Weitere Ideen kamen mit zunehmender Erfahrung und so wurde die Zeitung zu einem Spiegelbild unserer aller Tätigkeit.

Ich konnte es nicht lassen und habe versucht, meinen Kollegen und auch mir selbst einen Spiegel vorzuhalten. Meine kritischen Kommentare wurden nicht von allen geschätzt. Ärzte haben mit den Bauern eines gemeinsam – sie jammern gerne auf hohem Niveau. Die Öffentlichkeit sieht unseren Stand vollständig anders. Deswegen war ich glücklich, als Othmar Zechner, dem ich die Zeitung nach dem Eintritt in den Ruhestand übergeben hatte, weiterhin mit solchen Kommentaren nicht geizte. Es sind in seinen Beiträgen beachtliche philosophische und auch soziologische Aspekte

zu finden, die auch außerhalb der Grenzen unseres beruflichen Horizontes Bedeutung haben. Viele unserer medizinischen Vorväter waren gebildete und vielfältig interessierte Menschen. Philosophen, Musiker und Schriftsteller finden sich unter ihnen. Es ist auch in der heutigen Zeit wichtig, außerhalb der Spezialisierung etwas zu wissen und zu schätzen. Das PSA allein macht den Urologen nicht glücklich oder zu etwas Besonderem.

Es war stets mein Wunsch, dass sich viele Kollegen an der Gestaltung des Blattes beteiligen, aber so viele waren es dann doch nicht. Soweit ich es beurteilen kann, ist das auch heute noch so. Die Zeitschrift könnte ein Diskussionsforum sein, an dem jeder teilnehmen kann.



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



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

Foto: Wilke

## Die Gegenwart

Es ist jetzt gewissermaßen die dritte Herausgebergeneration (**Eugen Plas, Stephan Madersbacher**) am Werk und hat begonnen das Blatt neu zu gestalten. War ihre erste Nummer noch mehr vom früheren Geist des Blattes geprägt, so hat die letzte Nummer schon eine etwas andere Ausrichtung. Es ist eine

vorwiegend wissenschaftliche Zeitung geworden, die fast nur mehr Publikationen beinhaltet. Wahrscheinlich ist das zeitgemäßer, aber ich möchte ihnen empfehlen, den essayistischen Teil der Zeitung weiterhin beizubehalten und in ihm interessante Menschen zu Themen außerhalb der Urologie zu Wort kom-

men lassen. Die letzte Ausgabe war übrigens hervorragend gestaltet.

Ich bin jedenfalls stolz darauf, dass es diese Zeitung noch gibt und ich ihr erster Herausgeber war.

Alles Gute für die Zukunft wünscht Ihnen  
**Herbert Lipsky**



NÖGU, Ausgabe 1, 1990/91  
Hrsg.: Herbert Lipsky

NÖGU, Ausgabe 2, 1991  
Hrsg.: Herbert Lipsky

NÖGU, Ausgabe 24, 2001/02  
Hrsg.: Othmar Zechner

NÖGU, Ausgabe 46, 2012  
Hrsg.: Eugen Plas,  
Stephan Madersbacher

## In eigener Sache

Wir danken allen unseren Herausgebern, Autoren und Inserenten für die erfolgreiche Zusammenarbeit über viele Jahre.

Ihr Team von vermed: Mag. Elfi Schnattl, Mag. Walter J. Stöckl, Herwig Schöfer

Wir freuen uns auf eine weitere Zusammenarbeit und wünschen gesegnete Weihnachten und ein glückliches und gesundes neues Jahr.

# Herbert Lipsky im „Un-Ruhestand“



Herbert Lipsky

## Kunst einer dunklen Zeit

Die bildende Kunst in der Steiermark zur Zeit des Nationalsozialismus

ISBN 978-3-7011-7722-6

Neben unzähligen anderen wurden auch viele Künstler zu Erfüllungsgehilfen des nationalsozialistischen Regimes: Komponisten, Literaten und Schauspieler ließen sich vereinnahmen und stellten sich der Propaganda zur Verfügung. Die Literatur über all diese Themenbereiche ist mittlerweile unübersehbar geworden. Die bildende Kunst im Dritten Reich jedoch ist auch noch Jahrzehnte nach dessen Ende ein gern verdrängtes, ein ausgespartes Thema.

Herbert Lipsky bietet in diesem Band nicht nur eine umfassende detaillierte Bestandsaufnahme jener steirischen Künstlerinnen und Künstler, die mit dem NS-Regime kollaborierten oder sich zumindest anpassten – aus innerer Überzeugung oder mit Skepsis, freiwillig oder unfreiwillig –, sondern auch eine eingehende Untersuchung des Kulturbetriebes in der Steiermark. Große Bedeutung wird der Zeit vor dem Anschluss beigemessen, in der nationalsozialistisches Gedankengut ungehindert in die Kunst- und Kulturvereine einfließen konnte und von den maßgeblichen Persönlichkeiten verbreitet wurde. Damit hat der Autor absolutes Neuland beschritten und eine Lücke in der Darstellung der steirischen Kunst- und Kulturgeschichte geschlossen. Ein unverzichtbares Handbuch zur steirischen Kunstgeschichte und zum Kulturbetrieb unseres Landes während der Zeit des Nationalsozialismus.



Nur als E-Book erhältlich

Herbert Lipsky

## Mord am Murhof

Kriminalroman

ISBN 978-3-7011-7834-6

Ein Autohändler wird während eines Golfturniers am Murhof ermordet. Einer seiner Mitspieler – ein Chirurg – findet den Toten im Auwald. Hat der Sterbende ihm noch etwas verraten?

Der Chirurg – Golfer und Freund schöner Frauen, an Kultur und Kunst interessiert und ein kritischer Beobachter seiner Umwelt – spielt nicht nur den Ermittler. Intelligent, sarkastisch, boshaft, aber auch humorvoll teilt er seine Seitenhiebe aus, und da bleibt nichts verschont: Weder Krankenhaus noch Grazer Kulturbetrieb, noch Golf.



Herbert Lipsky

## Mord im Kunsthaus

Kriminalroman

ISBN 978-3-7011-7811-7

Im Kunsthaus Graz wird eine blutüberströmte Leiche gefunden: Es ist der Direktor des Museums für Moderne; die Tatwaffe ist ein Kunstobjekt eines berühmten Künstlers. Als die Ermittlungen Kommissar Steinbeißer zu einer dubiosen Galerie in Mailand führen, bittet er seinen Freund, den Chirurgen Dr. Leistenschneider, einen Kunstsammler und Kenner der Grazer Museumslandschaft und der internationalen Kunstszene, um seine Mithilfe. Dann wird in einem Wald bei Graz ein weiterer Toter gefunden ...



Herbert Lipsky

## Mord im Spital

Kriminalroman

ISBN 978-3-7011-7864-3

Während einer Geburtstagsfeier erreicht Chirurg Paul Leistenschneider ein Anruf aus dem Spital: Der prominente Fritz Lederer, Chef eines Pharmakonzerns, den er vor einigen Tagen operiert hat, ist völlig unerwartet verstorben. Der Gerichtsmediziner stellt einen zu hohen Kaliumspiegel im Blut fest, der zum Herzstillstand geführt hat – Polizei und Staatsanwaltschaft werden informiert. Nach anfänglichem Zögern schaltet sich Leistenschneider in die Ermittlungen ein und entdeckt schnell Parallelen zu anderen ungeklärten Sterbefällen. Ist im Spital ein Serienkiller am Werk? Oder führen die Spuren in die dunkle Welt der Pharmaindustrie? Aber auch schöne Frauen sind im Spiel.



Herbert Lipsky

## Um Gottes willen, ein Mediziner!

Heiteres aus einem ernsten Beruf

ISBN 978-3-7011-7937-4

Heitere Geschichten und Anekdoten aus dem Krankenhaus, erlebt und aufgezeichnet von einem weit über die Grenzen unseres Landes hinaus bekannten Arzt. Geschichten, die zeigen, dass Humor und Menschlichkeit auch in der nüchternen Atmosphäre einer Klinik nicht zu kurz kommen.

Bestellmöglichkeiten gibt es direkt über den Verlag ([www.leykamverlag.at](http://www.leykamverlag.at)) oder über den Buchhandel



## Bericht des Präsidenten

# Jahresrückblick 2014

Beim Rückblick auf das Jahr 2014 haben sich doch einige Dinge ereignet, die Veränderungen in der Österreichischen Gesellschaft für Urologie und Andrologie versprechen.

Rückblick heißt aber auch, dass wir auch unseren geschichtlichen Hintergrund näher betrachten sollten. Nach Informationen durch unseren Historiker Herrn **Doz. Dr. Figdor** wurde am 12.11.1919 die Gründungssitzung der so genannten „**Wiener Urologischen Gesellschaft**“ abgehalten. Die erste Hauptversammlung war am 22.1.1920 und wiederum am 20.11.1935 wurde die Umbenennung in **Österreichische Gesellschaft für Urologie (ÖGU)** einstimmig beschlossen. Wir werden also 2019 ein 100-jähriges Jubiläum feiern können, dies wird sicherlich dementsprechend vorzubereiten sein.

### Matula-Award

Historisch muss auch die Verleihung des diesjährigen Matula-Award beim diesjährigen Europäischen Urologen-Kongress in Stockholm gesehen werden. Der neue Ordinarius der Univ. Klinik Wien, Herr **Prof. Dr. Shahrokh Shariat** bekam diese höchste Auszeichnung der EAU für seine hoch qualitative wissenschaftliche Arbeit verliehen. Für die Österreichische Gesellschaft bedeutet dies, dass ein Mitglied verdienstermaßen geehrt wurde. Dies sollte auf andere Aktivitäten innerhalb Österreichs nun abfärben. Wir wollen Herrn Prof. Dr. Shariat dazu gratulieren und ihn bei seinem weiteren Weg unterstützen.

### Rasterzeugnisse

Im Jahre 2014 wurden die Vorbereitungen zur Fixierung der neuen Rasterzeugnisse durch den Vorstand abgeschlossen, mit wenigen Änderungen wurden diese Vorschläge angenommen.

### Europäische Facharztprüfung

Nach zahlreichen Gesprächen mit Präsident **Dr. Niedermoser** ist es nicht gelungen, die Komplett-Anerkennung der Europäischen Facharztprüfung zu erwirken, es werden jedoch diesbezüglich noch Gespräche stattfinden, um einen gangbaren Weg für Österreicher zu erreichen.

### DONKO

Während des abgelaufenen Jahres wurden zahlreiche Kooperationen begonnen bzw. fortgesetzt, eine interessante Zusammenarbeit in der Zertifizierungskommission wurde initiiert, wenngleich die Anerkennung dieser Arbeit durch das Ministerium noch aussteht. Die Dachgesellschaft der onkologisch tätigen Nicht-onkologen (DONKO) hat mehrfach getagt und wird nächstes Jahr wiederum einen Krebs-Kongress ausrichten, der auch mit urologischer Beteiligung stattfinden wird. Die Österreichische Krebsgesellschaft hat angeboten, eine Kampagne zur Früherkennung des Prostatakarzinoms zu unterstützen. Diesbezüglich werden Verhandlungen zu führen sein, die das Vorhaben und die dafür notwendigen Ausgaben näher definieren. Es ist jedoch als Jahrhundertchance zu sehen, diese so genannte



Prim. Dr. Wolfgang Loidl

„Non-Profit Organisation“ als Unterstützer zu wissen, weil eine flächendeckende Wirkung in ganz Österreich damit gesichert wird.

### Klausur mit bvU

Anlässlich der ersten Klausur des Berufsverbandes der Urologen und der Österreichischen Gesellschaft für Urologie und Andrologie im September 2014 wurde ein Masterplan erstellt, der die Urologie ins Jahr 2020 blicken lässt. Kernpunkte dieses Plans sind das Garantieren der Qualität der geleisteten Medizin, das Vorantreiben moderner urologischer Krebsdiagnostik und Krebstherapie, die Schlagworte Vorsorge und Früherkennung mit der Möglichkeit einer Lebensstilberatung, um eine echte Prophylaxe betreiben zu können. Auch ein vermehrtes Interesse an der Kinderurologie wurde in den Masterplan aufgenommen. Im Herbst 2015 wird es ein Folgetreffen geben, das den Progress der eingeleiteten Planung beobachten soll.

Im November wurde die so genannte Movember-Organisation durch die Österreichische Gesellschaft für Urologie und vielen Mitgliedern unterstützt, zahlreiche mediale Auftritte sollen auf die Schwachstellen des Mannseins hinweisen.

### Neuer Austragungsort für die Jahrestagung der ÖGU

Für den November 2015 ist es gelungen, das Donauforum der Oberbank als neuen Austragungsort für die alljährliche

## Aus der ÖGU

Fortbildung der Österreichischen Gesellschaft für Urologie zu gewinnen. Wir erwarten ganz neue Verhältnisse und modernste Ausstattung sowie ein freundliches Ambiente, das dieser Veranstaltung gerecht wird. Mehr als 430 Teilnehmer im Jahre 2014 unterstreichen das große Interesse der Mitglieder an dieser Fortbildung.

### Bayerisch-Österreichischer Urologenkongress

Abschließend möchte ich darauf hinweisen, dass der Bayerisch-Österreichische Urologen-Kongress vom 11. bis 13. 6. 2015 ebenfalls in Linz im Design Center stattfindet. Ich ermutige alle jungen und jung gebliebenen Wissenschaftler, Arbeiten einzureichen. Das Thema des Kongresses lautet „Die Zukunft ist jetzt“.

Als Präsident bedanke ich mich bei allen aktiven Mitgliedern, sei es in den Arbeitskreisen, im Vorstand selbst, aber auch abseits aller Gremien für die Zusammenarbeit und wünsche ein gutes neues Jahr 2015.

Prim. Dr. Wolfgang Loidl  
Präsident der Österreichischen  
Gesellschaft für Urologie und  
Andrologie



### Spende an Hochwasseropfer

Am 7.11.2014 wurde die Spende an die Hochwasseropfer der Lebenshilfe Altmünster in Oberösterreich im Beisein des Landeshauptmannes Dr. Josef Pühringer überreicht.

Es handelt sich um die Hälfte der Summe, die Past-Präsident Prof. Dr. Karl Pummer vom Gewinn aus seinem Bayerisch-Österreichischen Kongress 2013 für diesen Zweck freigegeben hat.

Die erste Hälfte hat er Geschädigten in seiner Heimat – der Steiermark – überreicht.

**ANKÜNDIGUNG: Hauptthema NÖGU Nr. 51 (Juni 2015)**

## Urologie für die Frau





1,2,3... schon vorbei!



Vorzeitiger Samenerguss  
ist behandelbar.

**Einzig zugelassenes Medikament  
bei Ejaculatio praecox für Männer  
18–64 Jahre<sup>1,2</sup>**

Lesen Sie bitte die Fachinformationen, sie enthält zusätzliche Hinweise zum sicheren Einsatz von Priligy®.

1. Wesspes, E. et al., Guidelines on Male Sexual Dysfunction: ED and PE [Internet] 2013 [updated 2013 March; cited 2013 Jul 25]. Available from: [http://www.uroweb.org/gig/pdf/14\\_Male%20Sexual%20Dysfunction\\_LR.pdf](http://www.uroweb.org/gig/pdf/14_Male%20Sexual%20Dysfunction_LR.pdf)

2. Fachinformation Priligy®

  
**Priligy®**  
Dapoxetine

## Gedanken des Generalsekretärs

# 48-Stundenregel – Arbeitsruhegesetz – Quo vadis?

St. Madersbacher

Das Jahr 2015 steht im Zeichen massiver Umbrüche, vor allem für das Spitalsystem. Die 48-Stundenregel und vor allem das Arbeitsruhegesetz führen zu tiefgreifenden Veränderungen im Abteilungsablauf und der Abteilungsorganisation.

Ich sehe in diesen EU-Richtlinien drei wesentliche Probleme für unser Fach (so wie für alle anderen Disziplinen): nämlich für die Ausbildung, für die Qualität der stationären medizinischen Versorgung und für den wissenschaftlichen Output.

### Ausbildung

Das Arbeitsruhegesetz reduziert die Anwesenheit der Kollegen in Ausbildung dramatisch. Dies führt dazu, dass die Ausbildungsziele und der Operationskatalog in den vorgesehenen 4 Jahren nicht mehr erfüllt werden können. Bis dato blieben viele Kollegen in Ausbildung nach dem Nachtdienst noch für einige Stunden im Spital, um z.B. Operationen assistiert zu bekommen. Mit der Implementierung des Arbeitsruhegesetzes wird das extrem erschwert. Dies führt unweigerlich zu einer Verschlechterung der Ausbildung, eigentlich müsste die Ausbildungszeit um 20-30% verlängert werden, um diese Fehlzeiten zu kompensieren. In den USA führte die Reduktion der maximalen Wochenarbeitszeit von 100 (!) auf 80 (!) Stunden zu heftigen Diskussionen. Es wurde postuliert, dass es mit einer 80 stündigen Wochenarbeitszeit einfach nicht möglich sei, Ärzte adäquat auszubilden.

### Qualität der stationären medizinischen Versorgung

Auch für junge Fachärzte wird es durch das Arbeitszeitgesetz sowie die Beschränkung der Wochenarbeitszeit auf 48 Stunden nur mehr sehr schwer möglich sein, chirurgische Expertise z.B. in großen uro-onkologischen Eingriffen (radikale Prostatektomie, radikale Zystektomie, Nierenteilresektion u.ä.) zu erlangen. Dies wird mittelfristig zu einer relevanten Verschlechterung der urologisch-chirurgischen Versorgung führen, vor allem wenn die heute 45-55 jährigen erfahrenen Oberärzte entweder in Pension gehen oder das öffentliche Spitalsystem aus Frustration verlassen. Mancherorts wird auch eine Art Schichtdienst für Ärzte diskutiert. Solche Dienstzeitmodelle machen eine Kontinuität und damit auch eine hohe Qualität der medizinischen Betreuung nahezu unmöglich. Darüber hinaus wird es dadurch kaum mehr die Möglichkeit geben, dass das gesamte Team anwesend ist, um zum Beispiel eine abteilungsinterne Fortbildung abzuhalten oder um organisatorische Aspekte zu diskutieren.

### Wissenschaftlicher Output

Eng mit der Qualität der Ausbildung hängen auch das Interesse und die Begeisterung für die wissenschaftliche Aktivität zusammen. Fehlt die enge Bindung an das Fach und die Abteilung, kann keine Begeisterung für die wissenschaftliche Tätigkeit entstehen. Ein „Schichtarbeiter“ kann daher weder



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

Foto: Wilke

herausragende medizinische noch wissenschaftliche Leistungen erbringen.

Wie machen es andere Länder wie die Schweiz, Deutschland oder die skandinavischen Länder? Der wesentliche Unterschied liegt in der Anwesenheit der Ausbildungsassistenten und der Fachärzte in der Nacht im Spital. Diese in Österreich geübte Praxis ist anachronistisch und nicht mehr zeitgemäß. In Wien sind pro Nacht etwa 10 urologische Fachärzte im Spital, welche dann natürlich am nächsten Tag fehlen. In praktisch allen europäischen Ländern und in manchen österreichischen Abteilungen wurde diese Facharztanwesenheit zu Gunsten einer Rufbereitschaft verlassen. Die medizinische Universitätsklinik in München (LMU) ist mit 2.300 Betten etwa so groß wie das AKH in Wien. Im Wiener AKH sind etwa 170 Ärzte pro Nacht im Dienst im Spital, an der LMU sind es etwa 25! Die urologische Universitätsklinik an der LMU verfügt über 95 (!) Betten und hat einen diensthabenden Assistenten im Nachtdienst im Spital. In jedem Wiener Gemeindespital mit ca. 30 Betten sind es zwei, am AKH-Wien drei Ärzte.

Mir sind durchaus die vielfältigen Gründe für diese Nachtdienste bewusst. Diese sind die Folge eines verfehlten Systems mit einem beschämend niedrigen, nicht mehr kompetitiven Grundgehalt. In Zeiten der 48 Stunden Regel und dem Arbeitsruhegesetz ist dieses System nicht mehr haltbar. Jeder Fach- oder Oberarzt – so denke ich – würde einen Vertrag unterschreiben, der für



# Wenn ED und BPH zusammenkommen

2 Indikationen – 1 Tablette

Cialis® 5 mg für  
ED und BPH.



Fachkurzinformation siehe Seite 63

Lilly

## Aus der ÖGU

eine 40 Stunden Anwesenheit (täglich von 8.00-16.00 Uhr) das gleiche Gehalt wie jetzt (Grundgehalt plus 5-6 Nachtdienste) bietet.

Die urologischen Notfälle werden in einer aufgewerteten Notfallambulanz behandelt. Es ist wirklich absurd, dass ein 45-jähriger Oberarzt um 2.00 Uhr in der Früh einen banalen Harnwegsinfekt, eine Retention oder Nierenkolik behandelt. Dies führt nur zur Frustration der Mitarbeiter.

Man muss der Politik den Vorwurf machen, Gesetze zu beschließen bzw.

auf die Umsetzung von EU-Richtlinien zu pochen, ohne entsprechende Rahmenbedingungen zu schaffen.

Das Hauptthema dieses Jubiläumshäftes lautet Urologie 2030. Ich bin überzeugt, dass es in den nächsten 15 Jahren zu tiefgreifenden Veränderungen der medizinischen Versorgung im stationären und niedergelassenen Bereich kommen wird und muss. Die Umsetzung der 48-Stunden Woche und das Arbeitsruhegesetz zwingen zu Veränderungen. Ich glaube, dass die Abkehr von der anachronistischen Anwesenheit von Fach-

ärzten im Nachtdienst (bei relevanter Anhebung der Grundgehälter) einer der nächsten Schritte zu sein hat. Dies würde helfen, eine Reihe von Problemen, mit denen derzeit alle Abteilungen kämpfen, zu lösen.

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

[www.uro.at](http://www.uro.at)

Fachkurzinformation zu Seite 3

**Urivesc 60 mg Retardkapseln. Zusammensetzung:** Jede retardierte Hartkapsel enthält 60 mg Trosipiumchlorid. **Wirkstoffgruppe:** Urologisches Spasmolytikum; G04BD09. **Anwendungsgebiete:** Zur symptomatischen Behandlung der Dranginkontinenz und/oder häufigem Wasserlassen und Harndrang bei Patienten mit dem Syndrom der überaktiven Blase. **Gegenanzeigen:** Trosipiumchlorid ist kontraindiziert bei Patienten mit Harnretention, schweren gastro-intestinalen Störungen (einschließlich toxischem Megacolon), Myasthenia gravis, Engwinkelglaukom und Tachyarrhythmien. Trosipiumchlorid ist ebenfalls kontraindiziert bei Patienten mit Überempfindlichkeit gegenüber dem Wirkstoff oder einem der sonstigen Bestandteile. **Sonstige Bestandteile:** Kapselinhalt: 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. **Abgabe:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Zulassungsinhaber:** MAD AUS GmbH 51101 Köln, D. **Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen, Wechselwirkungen und Nebenwirkungen sowie zur Anwendung in Schwangerschaft und Stillzeit sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**

**Spasmolyt 20 mg - Dragées. Zusammensetzung:** Jede überzogene Tablette enthält 20 mg Trosipiumchlorid. **Wirkstoffgruppe:** Urologisches Spasmolytikum, ATC Code G04BD09. **Anwendungsgebiete:** Zur symptomatischen Behandlung der Dranginkontinenz und/oder häufigem Wasserlassen und Harndrang bei Patienten mit dem Syndrom der überaktiven Blase (z.B. idiopathische oder neurologische Blasenstörung, Detrusorhyperreflexie). **Gegenanzeigen:** Trosipiumchlorid ist kontraindiziert bei Patienten mit Harnretention, schweren gastro-intestinalen Störungen (einschließlich toxischem Megacolon), Myasthenia gravis, Engwinkelglaukom und Tachyarrhythmien. Trosipiumchlorid ist ebenfalls kontraindiziert bei Patienten mit Überempfindlichkeit gegenüber dem Wirkstoff oder einem der sonstigen Bestandteile. **Sonstige Bestandteile:** Tablettenkern: Weizenstärke, Mikrokristalline Cellulose, Lactose-Monohydrat, Povidon, Croscarmellose-Natrium, Stearinsäure, Hochdisperses Siliciumdioxid, Talkum; Tablettenmantel: Saccharose, Carmellose-Natrium, Talkum, Hochdisperses Siliciumdioxid, Calciumcarbonat (E 170), Macrogol 8000, Titandioxid (E 171), Eisenoxidhydrat gelb (E 172), Gebleichtes Wachs, Carnaubawachs. **Abgabe:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Zulassungsinhaber:** MAD AUS GmbH, Wien. **Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen, Wechselwirkungen und Nebenwirkungen sowie zur Anwendung in Schwangerschaft und Stillzeit sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**

Fachkurzinformation zu Seite 5

**1. Bezeichnung des Arzneimittels:** Betmiga 25 mg Retardtabletten, Betmiga 50 mg Retardtabletten. **2. Quantitative und qualitative Zusammensetzung:** Jede Tablette enthält 25 mg Mirabegron. Jede Tablette enthält 50 mg Mirabegron. Vollständige Auflistung der sonstigen Bestandteile, siehe Abschnitt 6.1. **3. Anwendungsgebiete:** Symptomatische Therapie von imperativem Harndrang, erhöhter Miktionsfrequenz und/oder Dranginkontinenz, die bei Erwachsenen mit überaktiver Blase (UAB) auftreten können. **4. Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile. **5. Pharmakologische Eigenschaften:** Pharmakotherapeutische Gruppe: Urologika, Urologische Spasmolytika, ATC-Code: G04BD12. **6. Pharmazeutische Angaben:** Tablettenkern: Macrogol, Hyprollose, Butylhydroxytoluol (Ph.Eur.), Magnesiumstearat (Ph.Eur.). Filmüberzug: Hypromellose, Macrogol, Eisen(III)-hydroxid-oxid x H<sub>2</sub>O (E172), Eisen(III)-oxid (E172). **7. Pharmazeutischer Unternehmer:** Astellas Pharma Europe B.V., Sylviusweg 62, 2333 BE Leiden, Niederlande. **8. Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Verschreibungspflichtig. 01/2013. „**Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.**“



Aus dem Arbeitskreis Kinderurologie

## Nachsorge nach kinderurologischen Eingriffen – Wer? Wie? Wann? Wie lange?

T. Becker

Die zweite Arbeitskreissitzung des Arbeitskreises für Kinderurologie der ÖGU in diesem Jahr fand im Rahmen der Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Urologie und Andrologie in Linz statt. Sie stand unter dem Thema „**Nachsorge nach kinderurologischen Operationen**“. Nachsorge ist definiert als planmäßige Nachuntersuchung von Patienten nach einer Behandlung, um das Wiederauftreten der Erkrankung bzw. typische Komplikationen frühzeitig erkennen und bei Bedarf behandeln zu können. Dass eine ärztliche Nachsorgepflicht insbesondere nach komplexen Eingriffen besteht ist offensichtlich, aber wer ist für die Nachsorgeuntersuchungen verantwortlich und insbesondere wie, wann und wie lange sollten solche planmäßigen Kontrollen nach kinderurologischen Eingriffen durchgeführt werden? Das Ziel der Arbeitskreissitzung war neben der Fortbildung der Versuch, einen Konsensus der Arbeitskreismitglieder zu finden.

Einleitend sprach Frau **Mag. Daniela Hahn** über die **ärztliche Nachsorgepflicht aus juristischer Sicht**. Sie legte ausführlich dar, was der Gesetzgeber zur ärztlichen Behandlungs- und Nachsorgepflicht empfiehlt und verdeutlichte dies mit Beispielen aus dem klinischen Alltag.

Fortgesetzt wurde das Programm mit Vorträgen zur Nachsorge nach häufigen kinderurologischen Operationen wie Nierenbeckenplastik, operative Antirefluxplastik, Hypospadiekorrektur sowie Orchidopexie.

Nach **Nierenbeckenplastik** liegen die Erfolgsraten im Kindesalter bei ca. 97% mit Komplikationsraten von ca. 5,9% (Fedolini et al., J Endourol Oct 2013, Romao et al., Urology Nov 2013). Die Ergebnisse nach offen operativen versus

laparoskopischen Eingriffen scheinen dabei laut **OA Dr. Christoph Georgiades** von der Urologischen Abteilung des Wilhelminenspitals in Wien durchaus vergleichbar zu sein. Die häufigsten Indikationen für eine Re-Intervention nach offen operativer bzw. laparoskopischer Nierenbeckenplastik war bei einer retrospektiven Auswertung von 455 Nierenbeckenplastiken im Kindesalter eine Zunahme der Hydronephrose in 59%, Schmerzen in 26% sowie eine Urosepsis in 7,5%. Offen operative Rezidiveingriffe wie eine Rezidiv-Nierenbeckenplastik oder in wenigen Fällen eine Uretero-Calicostomie zeigten höhere Erfolgsraten von 92% bzw. 100% im Vergleich zu endoskopischen Re-Interventionen wie beispielsweise eine Endopyelotomie mit Erfolgsraten von 50%. Um typische Komplikationen frühzeitig erkennen und ggf. behandeln zu können, bevor es zu einem Nierenfunktionsverlust kommt, plädierte OA Dr. Christoph Georgiades für ein Nachsorgeschema nach Nierenbeckenplastik im Kindesalter, welches eine Ultraschallkontrolle 2 bis 4 Wochen postoperativ sowie nach 3, 6 und 12 Monaten nach dem Eingriff und darüber hinaus eine routinemäßige Isotopenkontrolle 6 bis 12 Monate postoperativ jeweils in Abhängigkeit von der Erweiterung des Nierenbeckenkelchsystems (NBKS) vorsieht. Neben der sonographischen Bestimmung des a.p.-Durchmessers des Nierenbeckens gelten als unabhängige prognostische Parameter für einen frühzeitigen Operationserfolg die Entwicklung der Kelchhalsweite sowie des Verhältnisses von Kelchweite und Parenchymdicke in postoperativem Verlauf (Helmy et al., Urol Int Aug 2014). Ob bei unauffälligem Ergebnis, d. h. adäquatem Rückgang der Hydronephrose und stabiler Seitenanteiligkeit der



OÄ Dr. Tanja Becker, FEAPU

Nierenfunktion, eine routinemäßige Nachsorgekontrolle in ein- bis zweijährigen Intervallen bis zum Abschluss der Pubertät notwendig ist, ist umstritten. Er untermauerte sein Statement mit zahlreichen rezenten Publikationen zum Langzeit-Follow-up (u. a. Reis et al., Eur J Pediatr Surg Oct 2014, Park et al., J Pediatr Urol Dec 2013). Prognostisch ungünstig scheinen vor allem Symptome bzw. der sonographische Nachweis einer fehlenden Rückbildung der Hydronephrose > 6 Monate postoperativ zu sein.

**Univ. Doz. Dr. Josef Oswald**, Vorsitzender des Arbeitskreises für Kinderurologie und Primar der Kinderurologischen Abteilung des Krankenhauses der Barmherzigen Schwestern in Linz sprach zum Thema **Nachsorge nach operativer Refluxtherapie**. Insbesondere im Vergleich zur Nierenbeckenplastik liegt die Besonderheit in der Refluxtherapie darin, dass ein Spektrum verschiedenster Operationverfahren zur Anwendung kommt in Abhängigkeit vom Refluxgrad, der Uni- bzw. Bilateralität, der Nierenfunktion, der klinischen Symptomatik, dem Alter des Kindes etc. Grundsätzlich unterscheidet man minimal-invasive Operationsmethoden wie die endoskopische Ostiumunterspritzung sowie offen operative Verfahren mit naturgemäß differierendem Komplikationsspektrum sowie unterschiedlichen Komplikations- bzw. Erfolgsraten. Die Erfolgsrate der endoskopischen Refluxtherapie ist beispielweise unter anderem abhängig von der verwendeten Substanz sowie der Technik – z. B. STING, HIT, double HIT, Kombination HIT/STING (u. a. Kalisvaart et al., J Pediatr Urol Aug 2012). Im Allgemeinen

werden Erfolgsraten nach endoskopischer Therapie von 68-92% angegeben. Die Hauptkomplikationen nach Refluxtherapie sind Hydronephrose und Harnwegsinfekte. Die Hydronephrose nach Unterspritzung ist meist nur gering ausgeprägt und bildet sich spontan zurück. Aber auch persistierende Hydronephrosen in Folge einer distalen Obstruktion sind beschrieben. Nach offen operativer Refluxtherapie ist in 6-7% eine meist passagere Hydronephrose nachweisbar. Obstruktionen, die eine frühzeitige Intervention erfordern, entstehen laut Univ. Doz. Oswald nach offen operativer Antirefluxplastik meist durch ein Harnleiter-Kinking bzw. eine Einengung des Harnleiters am Neohiatus, seltener durch eine Stenose am Neoostium. Insbesondere fieberhafte Harnwegsinfekte nach Refluxtherapie können Hinweis auf eine Refluxpersistenz bzw. ein -rezidiv sein. Nach einer operativen Refluxtherapie empfiehlt Univ. Doz. Josef Oswald eine routinemäßige Nachsorgekontrolle 4 Wochen postoperativ, 4 Monate sowie ein Jahr nach dem Eingriff und anschließend zweijährliche Kontrollen. Die Kontrolluntersuchungen umfassen eine Anamneseerhebung, eine Harnkontrolle sowie eine Sonographie inklusive 4D-Sonographie bei Zustand nach endoskopischer Ostiumunterspritzung. Die Kontrolle ein Jahr postoperativ beinhaltet darüber hinaus auch eine Isotopen-Untersuchung (DMSA). Treten Harnwegsinfekte (HWI) und insbesondere febrile HWI auf, ist die Indikation zu einer MCUG-Kontrolle bzw. zur Reevaluierung der Nierenfunktion sowie zum Ausschluss neu aufgetretener Parenchymdefekte einer vorzeitigen DMSA-Szintigraphie gegeben. Persistiert postoperativ eine Hydronephrose  $\geq$  III°, ist die Hydronephrose zunehmend, oder entwickelt das Kind Symptome wie Flankenschmerzen, sollte die Indikation zu einer MAG III-Szintigraphie zum Ausschluss einer Obstruktion gestellt werden.

**Dr. Bernhard Haid**, Facharzt an der Kinderurologischen Abteilung des Krankenhauses der Barmherzigen Schwestern in Linz, referierte über die **Nachsorge nach Hypospadiekorrektur**. Im Gegensatz zu vielen anderen Eingriffen in der Kinderurologie steht in der Nachsorge nach Hypospadiеoperationen neben dem funktionellen Ergebnis das kosmetische Erscheinungsbild im Fokus. Es gilt, das kosmetische Resultat möglichst objektiv einzuschätzen. Daher sollte das kosmetische Ergebnis im Rahmen einer Nachsorgeuntersuchung unter Verwendung

eines standardisierten Systems beurteilt werden (z. B. HOPE Score, Van der Toorn et al., J Pediatr Urol Dec 2013). Wesentliche klinische Kriterien neben der zufriedenstellenden Kosmetik sind laut Dr. Haid das mühelose Urinieren mit orthograd austretendem Strahl, ein gerader Penis bei Erektion. Alarmzeichen sind das Auftreten von HWI oder Epididymitiden. Die Beurteilung des Harnstrahls erfolgt am besten durch Beobachtung. Die Form der Flowkurve und der maximale Flow bei der Harnflussmessung gelten nach Hypospadiеkorrektur als nicht aussagekräftig. Funktionelle Probleme wie Obstruktion, persistierende Krümmung und Komplikationen wie Fistelbildung oder Rezidivhypospadiе sind neben suboptimalen kosmetischen Ergebnissen die Hauptgründe für eine erneute chirurgische Intervention. Innerhalb des ersten Jahres nach Hypospadiеkorrektur wird allerdings nur bei 47,3% aller Patienten, bei denen auf Grund von Komplikationen eine erneute Intervention erforderlich ist, die Rezidivoperation durchgeführt (Spinoit et al., J Urol Jun 2013). Manche Probleme fallen erst später, beispielsweise im Rahmen der Pubertätsentwicklung auf. Deswegen sei eine langfristige, sorgfältige, Nachsorge notwendig. Die Behandlung von Komplikationen nach Hypospadiеkorrekturoperationen beinhalte ein hohes Risiko weiterer Probleme und Komplikationen und sollte möglichst an einem Zentrum erfolgen.

Ein mögliches Kontrollregime könnte eine erste Kontrolle nach 3 Wochen bei ausgeprägten (penile Hypospadiеn, skrotale Hypospadiеn, ausgeprägte Krümmung, technisch aufwändige Korrektur) und nach 3 Monaten bei distalen Hypospadiеn beinhalten. Weitere Kontrollen sollten dann nach einem Jahr, bei Schuleintritt und in der Pubertät sowie natürlich jederzeit bei Beschwerden oder Hinweisen auf Komplikationen, insbesondere in der Frühphase nach der Operation, stattfinden.

Die **Orchidopexie** ist einer der häufigsten Eingriffe in der Kinderurologie. Ca. 3-5 % aller reif geborenen Knaben werden mit einem Hodenhochstand geboren. Auf Grund der Möglichkeit eines spontanen postpartalen Deszensus insbesondere während der ersten Lebensmonate sinkt die Inzidenz auf ca. 1 % im Alter von einem Jahr. Neben den angeborenen Hodenhochständen gibt es erworbene Hodenhochstände z. B. in Folge einer Leistenherniotomie (sekundärer Hodenhochstand) oder auf Grund einer Hodenaszension im Rahmen des

Wachstums. Beide Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich des Risikos der Entstehung eines Hodentumors, einer endokrिनologischen Störung bzw. einer Fertilitätsbeeinträchtigung, was laut **OA Dr. Patrick Rein** von der Abteilung für Urologie des Landeskrankenhauses Feldkirch in der Nachsorge nach der Orchidopexie ebenso wie die initiale Hodenlage Berücksichtigung finden sollte. Das Risiko für einen Rezidivhodenhochstand bzw. einer Hodenatrophie ist bei einem Gleithoden bzw. einem tiefen Leistenhoden minimal. Je höher der Hoden liegt, desto größer sind die Risiken bezüglich eines Rezidivhodenhochstands, einer Hodenatrophie aber auch hinsichtlich des Hodentumorrisikos. Bei beidseitigem Hodenhochstand steigt zusätzlich noch das Risiko für eine endokrिनologische Dysfunktion bzw. eine Fertilitätsminderung. Je ausgeprägter die Pathologie, desto eher ist eine Langzeitnachsorge bis zur Pubertät zu empfehlen. Diese Langzeitnachsorge bei Kindern mit höherem Risikoprofil sollte laut Dr. Rein neben den Kontrollen 2 Wochen und 3 Monate postoperativ, Kontrollen 1 Jahr nach dem Eingriff sowie weitere Kontrollen ca. zum Schuleintritt sowie peripubertär einschließen. Für alle Kinder nach Standard-Orchidopexie und unauffälligen Untersuchungsergebnissen 2 Wochen und 3 Monate postoperativ, d. h. ohne Hinweis auf einen Rezidivhodenhochstand oder eine Hodenatrophie, scheinen keine weiteren Routinekontrollen notwendig zu sein (Carson et al., J Pediatr Surg Mai 2014). Auf eine gelegentliche Hodenlagekontrolle bzw. Selbstpalpation sollte allerdings bei der Aufklärung hingewiesen werden.

Trotz Konsensusversuchs können letztendlich Empfehlungen von Arbeitskreisen sowie Leitlinien der Fachgesellschaften nur allgemeine Richtlinien für Mindestanforderungen sein. Das genaue Nachsorgeschema nach operativen kinderurologischen Eingriffen muss individuell an das entsprechende Risikoprofil des Patienten und die Gegebenheiten der behandelnden Abteilung angepasst werden. Das setzt die Kenntnis über die eigenen Erfolgs- und Komplikationsraten voraus.

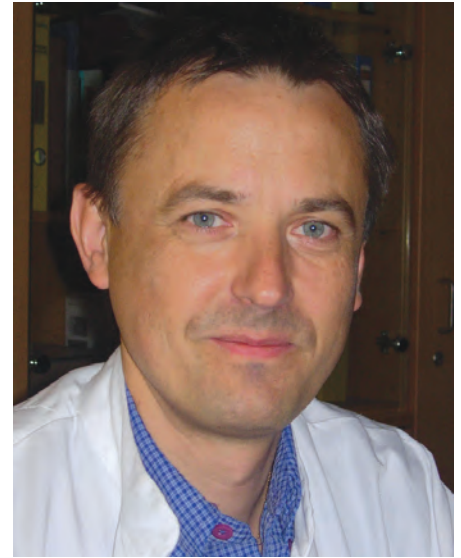
**OA Dr. Tanja Becker, FEAPU**  
Abteilung für Kinderurologie  
KH der Barmherzigen Schwestern  
Seilerstätte 4  
4020 Linz  
tanja.becker@bhs.at



Aus dem Arbeitskreis Kinderurologie

# Das Wichtigste im Jahr 2014

J. Oswald



Prim. Univ. Doz. Dr. Josef Oswald, FEAPU

Im Folgenden werden ausgewählte, auf internationaler Literatur basierende klinisch relevante Publikationen der Kinderurologie des letzten Jahres dargestellt. Organspezifisch von proximal nach distal beginnend werden die entsprechenden Publikationen präsentiert:

## Niere

Romano R.L. et al. [1] untersucht die verschiedenen **endoskopischen und offenen Therapieoptionen bei der kindlichen Rezidivureterabgangsstenose**: Bei einer Rezidivenge von 5,9% bei 455 Patienten wurden mit minimal invasiven Lösungsversuchen wie DJ Einlagen (16 Patienten) und Endopyelotomien (18 Patienten) in 6 bzw. 50% ein dauerhafter Erfolg erzielt. Im Gegensatz dazu konnte bei der primär offenen Rezidivnierenbeckenplastik eine Erfolgsrate von 92% (12 Patienten), bei Ureterocalycostomien eine Erfolgsrate von 100% (4 Patienten) dokumentiert werden. Als **Conclusio** wird die offene Rezidivoperation als primäre Option bei Rezidivengen am pyeloureteralen Übergang zu empfohlen.

## Ureter

Verschiedene Therapieoptionen sind bei **therapiebedürftigen Doppelhohlssystemen mit Ureter duplex und entsprechender Begleitpathologie** möglich. Die häufigsten Diagnosen beinhalten die weibliche Ureterektomie mit Oberpolhydronephrose und Inkontinenz sowie Oberpolhydronephrosen mit Ureterozelen. Die minimal invasivste Lösung dieses Problems besteht in der Ver-

einigung des ektopen und obstruierten Oberpolureters mit dem orthotop mündenden Unterpolureter. D.J. McLeod et al. [2] konnte eine Serie von 41 Kindern mit dieser Fehlbildung und entsprechender Ureteroureterostomie publizieren, die residuale Oberpolfunktion ist für die Indikationsstellung irrelevant. Weiters wurde die Indikation auch auf dilatierte Ureteren des Oberpolsystems erweitert, durch ein Tapering des großkalibrigen Harnleiters konnte eine dem Lumen des Unterpolureters entsprechende Anastomose hergestellt werden (**Abb. 1, eigenes Krankengut**). Ein Drittel dieser Pa-

tienten wurden laparoskopisch versorgt, die übrigen mit einer minimal invasiven Inzision proximal des inneren Leistenringes, eine postoperative Schienung ist nur in Ausnahmefällen nötig, postoperative Komplikationen wie Anastomoseninsuffizienzen sind selten.

## Blase

Die **Therapie der Blasenektrophie im Säuglingsalter** beinhaltet die postoperative Immobilisation primär aufgrund einer Beckenosteotomie. Dieses Konzept wurde in der Studie von Mushtaq, et al.

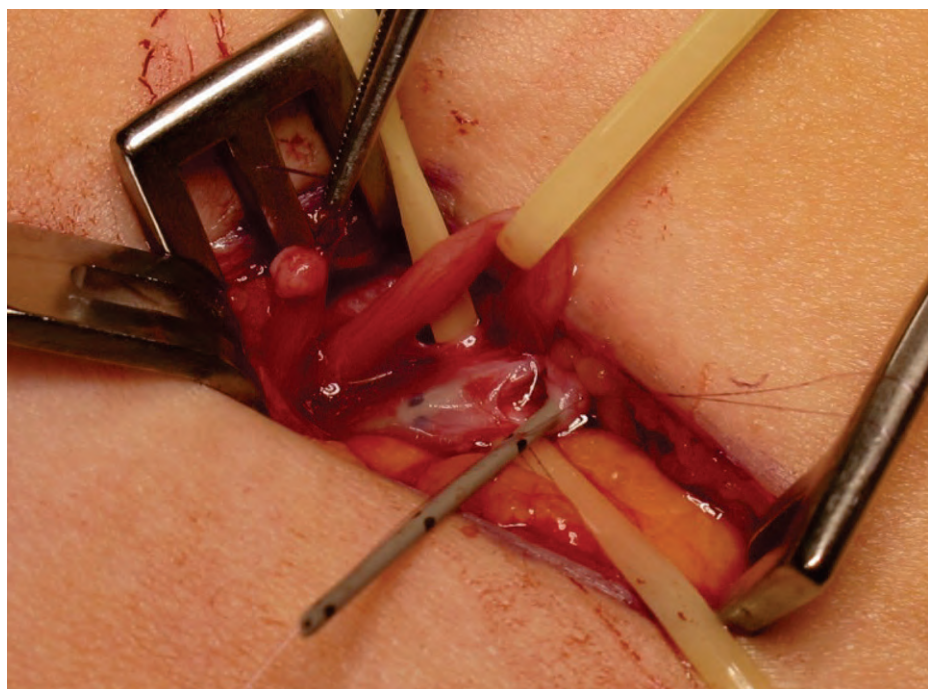


Abb. 1: Ureteroureteroureterostomie bei Ureter triplex /ektopen Mündung der beiden Oberpolureteren

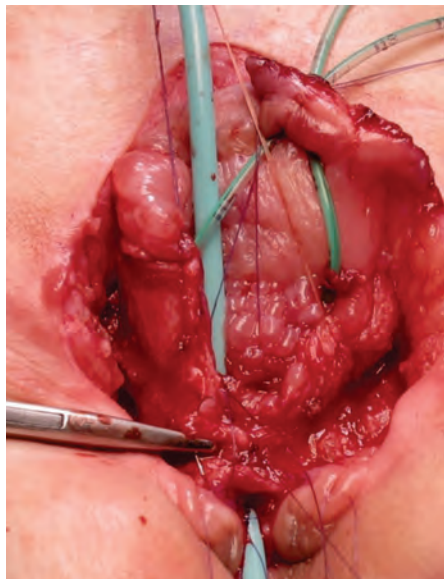


Abb. 2: Weibliche Blasenektropie nach Antirefluxplastik und Rekonstruktion des Blasenhalsses sowie der proximalen Urethra

[3] in Frage gestellt, bei einer Serie von 74 Patienten wurde auf die Osteotomie sowie postoperative Fixierung verzichtet. 65% aller Patienten konnten mit einer Epiduralanaesthetie auf der chirurgischen Station versorgt werden, die Ergebnisse unterschieden sich nicht von denen, welche intensivmedizinisch betreut wurden. Wesentliche chirurgische Einzelschritte wie der Antirefluxplastik in einer modifizierten Cohentechnik, der Durchtrennung der puboprostaticen Bänder, der Mobilisierung der Corpora cavernosa unter exakter Schonung des lateral verlaufenden Gefäßnervenbündels und der exakten Blasenhalssrekonstruktion mit Adaptierung des Rhabdosphinkters sind nötig, um ein Blasenwachstum wie Kontinenz zu erreichen (Abb. 2, eigenes Krankengut).

Die Frage des **Blasenerhaltes bei älteren Ektropiekindern** wird von Archana Puri et al. [4] untersucht. Bisherige Argumente gegen einen Blasenhalt waren die kleine Blasenplatte sowie die fortgeschrittenen histologischen Veränderungen mit Kollagenisierung des Detrusors. Die Autoren konnten jedoch zeigen, dass auch diese Kinder von einer primären Rekonstruktion profitieren, eine entsprechende Technik und eine postoperative medikamentöse Therapie führten bei einem Großteil dieser Kinder zu adäquaten Blasen volumina, bei ausgeprägter Kollagenisierung ist jedoch sekundär eine Augmentation indiziert (Abb. 3, eigenes Krankengut).

Nalbantoglu B. et al. [5] untersuchten

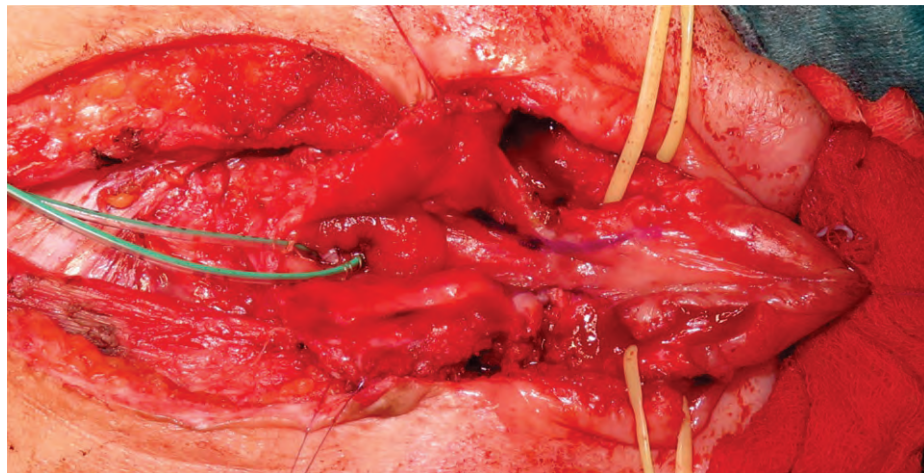


Abb. 3: Männliche Ektropie bei einem 3jährigen mit ausreichend großer Blasenplatte nach Corporamobilisierung und vor Rekonstruktion des Blasenhalsses

einen neuen **Biomarker zur effizienteren Diagnose eines relativen ADH-Mangels bei Kindern mit monosymptomatischer Enuresis nocturna**. Copeptin, ein aus 39 Aminosäuren bestehendes Peptid wird zusammen mit Vasopressin als Prohormon im Hypothalamus synthetisiert. Die physiologische Bedeutung von Copeptin ist noch nicht vollständig geklärt, eine Funktion scheint die Faltung wie der Transport des reifen Vasopressins vom Hypothalamus zur Neurohypophyse zu sein. Im Vergleich mit 44 nicht betroffenen Kindern wurde bei 40 Enuretikern ein signifikant niedrigerer Copeptinwert gemessen (16,57 vs. 3,74 pg/mL), sollten sich diese Ergebnisse bestätigen, könnte die routinemäßige Copeptinbestimmung zur exakteren Desmopressintherapie eingesetzt werden.

## Äußeres Genitale – DSD

**Langzeituntersuchungen von Kindern nach Operationen im Genitalbereich** sind zur Evaluierung der sexuellen wie nicht sexuellen Funktion unerlässlich. Beim AGS ist vor allem erstere nach Schonung der Klitoris im Rahmen der „feminizing genitoplasty“ nach Passerini-Glazel wesentlich. Die Gruppe um Lesma A. et al. [6] untersuchte bei 12 Patientinnen nach AGS Operation die Sensitivität wie Sexualfunktion im Erwachsenenalter im Vergleich zu nicht betroffenen Frauen. Wenngleich die klonale Empfindlichkeit bei den operierten Patientinnen signifikant reduziert war, konnten keine Unterschiede in Bezug auf die thermale oder vibratorische vaginale Empfindung nachgewiesen werden (Genito Sensory Analyzer), die Sexualfunktion unterschied sich demnach nicht von der Kontrollgruppe (evaluiert ent-

sprechend dem Zung Self-Rating Anxiety Scale, Female Sexual Distress Scale und Female Sexual Function Index).

Ein weiteres chirurgisches Thema bei AGS Patienten betrifft die **Ausdehnung der Sinusmobilisation**, welche entsprechend der Höhe der Konfluenz bis oder proximal der pubourethralen Ligamente durchgeführt werden kann (partielle vs. totaler urogenitaler (Sinus-) Mobilisation – PUM vs TUM) (Rink et al. 2005). Um diese Frage zu beantworten, wurde die Länge der gemeinsamen distalen Endstrecke (common channel length – CC) bei Patienten mit AGS untersucht. Tugtepe H. et al. [7] konnten dabei 3 Gruppen unterscheiden: Bei Gruppe I mit einer medianen CC Länge von 1,25 cm (0,5-2 cm) war eine PUM ausreichend, bei Gruppe II mit einer medianen CC Länge von 3,1cm (2,5-3,5cm) war eine TUM indiziert, bei der Gruppe III (> 4cm CC Länge) wurde zusätzlich zur TUM die (distale) Sinus-schleimhaut zur Rekonstruktion der vaginalvorderwand verwendet (Abb. 4).

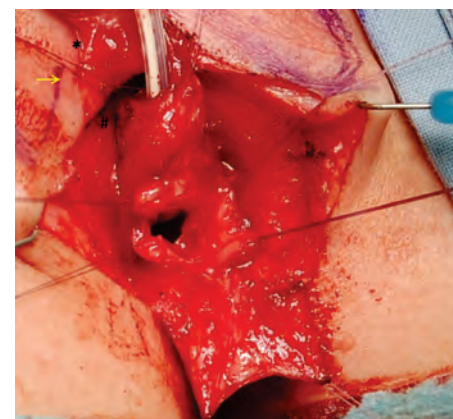


Abb. 4: Partielle urogenitale Sinusmobilisation (PUM) bei CC Länge von < 2,5 cm (→ Konfluenz, \* Sinus urogenitalis, # perinealer Flap).



## Äußeres Genitale – Hypospadie

Ein wesentliches Kriterium der erfolgreichen **Hypospadiekorrektur** besteht in der spannungsfreien und nicht obstruierenden Glanduloplastik, jede, auch nur minimale, Obstruktion in diesem Bereich führt zur vorgelagerten Drucksteigerung in der Neourethra mit konsekutiven Komplikationen wie z.B. Fistelbildungen. Um bereits präoperativ jene Patientengruppe mit einer sogenannten „flachen“ bzw. kleinen Glans zu diagnostizieren und gegebenenfalls mit lokaler Hormontherapie zu stimulieren, untersuchten **Bush NC et al.** [8] 188 Knaben mit distaler und 39 Knaben mit proximaler Hypospadie, diese wurden mit 240 Kindern ohne Hypospadie verglichen. Der Cutoff-Wert einer „kleinen“ Glans im Vergleich zur Kontrollgruppe betrug  $\leq 14$  mm (Glansweitenmessung), diese Kinder erhielten in dieser Studie Testosteron i.m., wir bevorzugen die weniger invasive transdermale präoperative Dihydrotestosterontherapie.

## Äußeres Genitale – Hoden

AT Martin und HG Rusthon [9] untersuchten die **Inzidenz der peripubertären intravaginalen Hodentorsion bei Kindern mit perinataler extravaginaler Hodentorsion ohne primäre Exploration bzw. der Diagnose**

„**vanishing testis**“. Dabei wurden 50 konsekutive Kinder mit Entfernung eines Nubbins mit 27 Kindern bei welchen eine skrotale Exploration aufgrund einer akuten Hodentorsion durchgeführt werden musste, verglichen. Bei all diesen Patienten erfolgte eine prophylaktische kontralaterale Pexie, dabei wurden die nicht an der Tunica parietalis fixierten Hoden d.h. sowohl Hoden, Nebenhoden als auch dist. Samenstrang waren von Tunica vaginalis umgeben („bell clapper anomaly“), als potentielle Torsionsbefunde erfasst. Knaben mit peripubertärer – intravaginaler – Hodentorsion wiesen dabei ein signifikantes kontralaterales Risiko einer Hodentorsion auf, d.h. die Empfehlung einer kontralateralen, simultanen Pexie konnte damit bestätigt werden. Im Gegensatz dazu fanden sich bei Kindern mit einem skrotalen atrophem Hoden (vanishing testis) nur extrem selten kontralaterale anatomische Anomalien mit folglich nur gering erhöhtem Risiko einer späteren intravaginalen Torsion, eine routinemäßige prophylaktische Pexie im Rahmen der Entfernung eines Nubbins ist bei diesen Patienten somit nicht gerechtfertigt.

### Referenzen

- [1] Romao RL1, Koyle MA, Pippi Salle JL, Alotay A, Figueroa VH, Lorenzo AJ, Bagli DJ, Farhat WA Failed pyeloplasty in children: revisiting the unknown. *Urology*. 2013 Nov;82(5):1145-7
- [2] D.J. McLeod, S.A. Alpert, Z. Ural, V.R. Jayanthi. Ureteroureterostomy irrespective of ureteral size or upper pole function: A single center experience *J*

*Ped Urol* (2014) 10, 616-619

- [3] I. Mushtaq, M. Garriboli, N. Smeulders, A. Cherian, D. Desai, S. Eaton, P. Duffy and P. Cuckow Primary Bladder Exstrophy Closure in Neonates: Challenging the Traditions. *J Urol* Vol. 191, 193-198, J 2014
- [4] Archana Puri, Kiran Mishra, Satyajit Sikdar, K. E. S. Unni and A. K. Jain Vesical Preservation in Patients with Late Bladder Exstrophy Referral: Histological Insights into Functional Outcome *J Urol* Vol. 192, 1208-1214, 2014
- [5] Nalbantoglu B1, Yazıcı CM, Nalbantoglu A, Güzel S, Topçu B, Güzel EÇ, Donma MM, Özdilek B, Mintaş NE. Copeptin as a novel biomarker in nocturnal enuresis. *Urology*. 2013 Nov;82(5):1120-3
- [6] Arianna Lesma, Aldo Bocciardi, Stefano Corti, Giuseppe Chiumello, Patrizio Rigatti and Francesco Montorsi. Sexual Function in Adult Life Following Passerini-Glazel Feminizing Genitoplasty in Patients with Congenital Adrenal Hyperplasia. *J Urol* Vol. 191, 206-211, 2014
- [7] Tugtepe H, Thomas DT, Turan S, Cizmecioglu F, Hatun S, Bereket A, Dagli ET. Does common channel length affect surgical choice in female congenital adrenal hyperplasia patients? *J Ped Urol*. 2014 Mar 21. pii: S1477-5131
- [8] Nicol Corbin Bush, Daniel DaJusta and Warren T. Snodgrass. Glans penis width in patients with hypospadias compared to healthy controls. *J Ped Urol* (2013) 9, 1188-1191
- [9] Aaron D. Martin and H. Gil Rushton. The Prevalence of Bell Clapper Anomaly in the Solitary Testis in Cases of Prior Perinatal Torsion. *J Urol* 2014 Vol. 191, 1573-1577

Prim. Univ. Doz. Dr. Josef Oswald,  
FEAPU  
Abteilung für Kinderurologie  
KH der Barmherzigen Schwestern  
Seilerstätte 4  
4020 Linz

## Aus dem Arbeitskreis Assistenten in Ausbildung

# Wechsel des Vorsitzes und Rückblick

Der Arbeitskreis hat mit November 2014 einen neuen Vorsitz gewählt und erfreulicherweise erstmals eine Kollegin als Vorsitzende gewinnen können: Assistentin **Dr. Manuela Hiess** (AKH-Wien) und als ihr Stellvertreter Assistent **Dr. Michael Stolzlechner** (KH Barmherzige Brüder Wien). Wir freuen uns über engagierte Kollegen und bitten auf diesem Weg, das neue Team in ihrer Arbeit zu unterstützen!

Das letzte Jahr war für viele Assistenten wiederum geprägt von der Umsetzung der neuen Facharztprüfung (FAP), ver-

bunden vor allem mit dem Verlust einer zweiten Antrittsmöglichkeit im selben Jahr. Die zur Zulassung notwendigen Ausbildungsmonate wurden zwar verringert (auf 44 Monate), sodass die Prüfung relativ früh im Werdegang absolviert werden kann und damit nicht mehr unbedingt im letzten Jahr, jedoch reichen nun bereits alle Gegenfächer und 20 Monate im Fach um anzutreten. Verständlicherweise wird das im Hinblick auf „einen Versuch pro Jahr“ vermehrt genutzt und das spiegelt sich in den höheren Zahlen der Anmeldungen wieder (2013: 31 Kandidaten, 2014: 26).

Große Anerkennung verdient die neue Leitung der Ausbildungskommission in Person von Prim. Univ. Doz. Dr. Eugen Plas. Er konnte nach einem chaotischem Jahr 2013, in dem erstmalig die schriftliche EBU-Prüfung gleichzeitig die österreichische FAP war, in intensiven Verhandlungen mit der Österreichischen Ärztekammer, der Österreichischen Ärztekademie und der EBU vertraglich klare Strukturen schaffen, die nun hoffentlich Bestand haben werden (Nachzulesen in „Österreichische FAP neu“, E. Plas, NÖGU 49-2014).



## Aus der ÖGU



Gruppenbild mit Univ. Prof. Dr. Manuela Schmidinger

Zur Erlangung des FEBU (Fellow of the European Board of Urology) bedarf es zusätzlich der mündlichen EBU-Prüfung, zu der man aber ausschließlich im letzten Ausbildungsjahr antreten darf. Das stellt einen zusätzlichen Wehrmuts-tropfen für alle die schon früher antreten dar.

Am 4. und 5. September 2014 konnten wir erstmals für österreichische Kollegen die Teilnahme an einer Fortbildung bei Fr. Prof. Schmidinger am AKH-Wien anbieten. Insgesamt 10 Assistenten und 3 Oberärzte nahmen am „Renal Cell Carcinoma Preceptorship“, von und mit Univ. Prof. Dr. Manuela Schmidinger,

teil. Eine neuerliche Auflage ist für das erste Halbjahr 2015 in Aussicht.

Sehr erfreulich gestaltete sich die Präsentation von sechs Patientenfällen durch Assistenten im Rahmen des „Urocyclicums“ am 18. Oktober 2014. Die Resonanz war durchwegs positiv, sowohl von Seiten des Auditoriums als auch von den Vortragenden, sodass vor allem in Hinblick auf einen niederschweligen Zugang zu Präsentations- und Vortragsmöglichkeiten an eine Fortsetzung im nächsten Jahr geplant ist.

Dem neuen Vorsitz wünsche ich vor allem viele unterstützende Hände und Köpfe für einen regen Austausch innerhalb der ÖGU und empfehle abschließend unbedingt den Artikel „Ausbildung 2030 – Quo vadis?“ von Prim. Univ. Doz. Dr. Plas auf den Seiten 40-45 in dieser Ausgabe!

**Dr. Clemens Heßler**  
ehem. Vors. AK Assistenten in  
Ausbildung

Fachkurzinformation zu den Seiten 21 und 67

**Nocutil® 0,2 mg - Tabletten. Zusammensetzung:** 1 Tablette enthält 0,2 mg Desmopressinacetat entsprechend 0,178 mg Desmopressin. **Sonstige Bestandteile:** Jede Tablette enthält 120 mg Lactose-Monohydrat, Kartoffelstärke, Povidon (K25), Magnesiumstearat, hochdisperses Siliciumdioxid. **Anwendungsgebiete:** • Zur Behandlung der primären Enuresis nocturna bei Kindern ab 5 Jahren nach Ausschluss organischer Ursachen und wenn andere, nicht-medikamentöse Therapiemaßnahmen erfolglos waren. • Zur Behandlung des Vasopressin-sensitiven zentralen Diabetes insipidus. • Zur Behandlung der Nykturie verbunden mit nächtlicher Polyurie bei Erwachsenen (bei einer Urinproduktion in der Nacht, welche die Blasenkapazität überschreitet). **Gegenanzeigen:** • Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile von Nocutil - Tabletten, • Neurologische Erkrankungen und Demenz, • Primäre und psychogene Polydipsie oder Polydipsie bei Alkoholikern, • Herzinsuffizienz und andere Erkrankungen, die eine Behandlung mit Diuretika erfordern, • Hyponatriämie oder eine Prädisposition zu Hyponatriämie, • Mäßig starke bis schwere Nierenfunktionsstörungen (Kreatinin-Clearance unter 50 ml/min), • Syndrom der inadäquaten ADH-Sekretion (SIADH). Desmopressin - Tabletten sind nicht zur Behandlung von Säuglingen und Kleinkindern (unter einem Alter von 5 Jahren) bestimmt. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Pharmakotherapeutische Gruppe: Vasopressin und Analoga. ATC Code: H01BA02. **Packungsgrößen:** 15, 60 Tabletten. **Abgabe:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Kassenstatus:** Kassenfrei, Yellow Box, RE2. **Zulassungsinhaber:** Gebro Pharma GmbH, A-6391 Fieberbrunn, Telefon: 0043/5354/5300-0, Telefax: 0043/5354/5300-710. **Stand der Information:** Jänner 2011. Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen sowie Gewöhnungseffekten entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.

# Enuresis nocturna

rasch & kosteneffizient therapieren

Nocutil®  
0,2 mg Tabletten

Kassenfrei in der  
hellgelben Box!



...Die einzigen 0,2 mg Desmopressin-  
Tabletten im Erstattungskodex (EKO)!

Fachkurzinformation siehe Seite 20

 Gebro Pharma

  
**Nocutil®**  
trockene Nacht - toller Tag



Berufsverband   
der Österreichischen Urologen

## Aus dem Berufsverband und der Bundesfachgruppe

### Kooperation niedergelassener Facharzt – Krankenhaus: Eine unendliche Geschichte

G. Ludvik

Tempora mutantur? Seit jeher war die extramurale Patientenbetreuung ein Spielball der Sozialpolitik. Jahrzehntelang wurde das Gros der ambulanten Patienten vorwiegend in den Praxen versorgt, die prinzipiell intelligente Ambulanzgebühr wurde aus wahltaktischem Kalkül wieder abgeschafft, dann kamen fachlich realitätsferne Gesundheitspolitiker auf die revolutionäre Idee, den Patientenstrom in von privaten Investoren geführte Ambulanzzentren zu lenken (was im nördlichen Nachbarland zu dramatischen Pleiten geführt hat), um letztendlich die gute alte wohnortnahe Praxis, deren Betreiber nämlich das volle finanzielle Risiko tragen, als primären Versorgungspunkt wieder zu entdecken. Doch – so leicht sollten die politisch unabhängig agierenden Selbständigen nicht davonkommen. Eine Armada von Beamten wurde zum Aushecken unzähliger Vorschriften und Richtlinien herangezogen, deren genaue Befolgung die Einzelpraxis finanziell und personell zunehmend unrentabel werden lässt. Das hehre Ziel scheint die Mikrokrankenanstalt mit immensem Verwaltungsaufwand und eigenem Problemkeim zu sein.

#### Status Quo

Der europaweite Ärztemangel beginnt nun auch in Österreich zu greifen, schlechte Bezahlung drängt unsere Uniabsolventen ins Ausland, die erhebliche Überalterung der Kollegen, vor allem im niedergelassenen Bereich, bringt die von

unserer Bevölkerung als selbstverständlich angenommene lückenlose Gesundheitsversorgung schon jetzt ins Wanken. Der rund um die Uhr erreichbare Arzt ist Geschichte. Zu Recht erwarten sich Ärzte nach jahrelanger und entbehrungsreicher Ausbildung eine entsprechende Entlohnung und ausgeglichene Work-Life Balance.

Mit der steigenden Lebenserwartung der Bevölkerung und den damit verbundenen altersspezifischen Erkrankungen steigen aber auch die Fallzahlen in unserem Fach rapide an. Dadurch entstehende extreme Wartezeiten, hoher (auch politisch getriggert) Erwartungsdruck der Patienten belasten zunehmend unser Verhältnis zu den Hilfesuchenden. Eine schlechter werdende allgemeine Wirtschaftslage (und natürlich auch der anerzogene Anspruch auf kostenlose Vollkaskomedizin) lässt privatmedizinische Alternativen nur für die Minderheit der Besserverdienenden zu. Die bis dato gelebte Praxis, Routineuntersuchungen 24 Stunden in Spitalsambulanzen zu erhalten, erfährt infolge Personalmangels und finanzieller Kürzungen deutliche Einschränkungen. Die Weigerung der in Bündeln und föderalen Partikularinteressen verstrickten Politik, endlich mit den Ärzten und Pflegediensten gemeinsam eine klar strukturierte Planung der Gesundheitsversorgung mit eindeutigen Kompetenzen zu schaffen zwingt uns Ärzte zu mutigen Eigeninitiativen, um unserer ureigenen Berufung halbwegs gerecht zu werden.



Dr. Georg Ludvik

#### Das Gebot der Stunde heißt KOMMUNIKATION

Wieviel Zeit vergeudet der Niedergelassene, um fehlende Arztbriefe, Histologien, Befunde von Spezialuntersuchungen etc. in Krankenhäusern zu urgieren? Wie oft sitzen wir frustriert mit leeren Händen in der Praxis, wenn der Patient zur Besprechung der Operationsergebnisse kommt?

Wie ärgerlich ist es für die Kollegen im Spital, wenn Zuweisungen schlampig ausgefüllt sind, Zusatzinformationen, wie Labor, Uroflow, genaue Lokalisation eines Blasen tumors etc. fehlen, Fragestellungen nicht eindeutig definiert sind?

All dies verursacht kostenintensive Mehrfachuntersuchungen und es vergeudet vor allem wertvolle Arbeitszeit. Wir alle sind an unseren Kapazitätsgrenzen angelangt. Auf Hilfe seitens der Politik, Länder oder Krankenversicherungen werden wir als gebrannte Kinder vergeblich warten.

Im Gegensatz zu den engen und gut eingespielten Kooperationen zwischen Niedergelassenem und Krankenhaus in den ländlichen Regionen sind diese in den Ballungszentren ausbaubedürftig. Die Wahlmöglichkeit unter mehreren Krankenanstalten verhindert oft die Konzentration der Zuweisungen auf ein vom Arzt persönlich bevorzugtes Zentrum. Umso wichtiger wären hier einheitliche Kommunikationsstrukturen, die allen Beteiligten ein Höchstmaß an Flexibilität ermöglichen würden.





# Spontan

steht ihm gut.

**DER NEUE  
PDE-5-HEMMER**



BEI EREKTILER DYSFUNKTION:

**SCHNELLER WIRKEINTRITT<sup>1</sup>**

**LANGE WIRKDAUER<sup>1</sup>**

**GUTE VERTRÄGLICHKEIT<sup>1</sup>**

**Spedra<sup>®</sup>**  
avanafil

## Aus dem bvU

Überweisungen in das Krankenhaus/ Ambulanzen sollten eine klare Fragestellung beinhalten, die Vorgeschichte und eventuelle Vorbefunde sollte der Patient in Kopie dabei haben. Die vorhandenen Überweisungsformulare reichen meist für ausführlichere Informationen nicht aus, wenn sie ohnehin nicht gleich bei der Aufnahme in einer Lade verschwinden.

Für spezielle Fragestellungen sollten in den urologischen Abteilungen Ansprechpartner benannt werden. Die Koordination von stationären Aufnahme-terminen müsste auch nach 13.00 Uhr möglich sein. Auswärtige Labor-, Fach-

arzt- und Röntgenbefunde erfordern meist keine Bestätigung durch hausinterne Wiederholung. Die klar strukturierten (Diagnose, Therapie und Prozedere) Arztbriefe sollten verlässlich an den zuzweisenden Facharzt gehen. Die elektronische Vernetzung bietet hier unendliche Möglichkeiten zeitsparender Kommunikation. Die in fast jeder Praxis vorhandenen verschlüsselten Befundübertragungssysteme müssen endlich bidirektional mit den Spitälern kooperieren können (woran bei ELGA nicht gedacht ist).

Letztendlich wird auch ein regelmäßiger persönlicher Austausch über unsere ge-

meinsamen Patienten und ihren Krankheitsverlauf diesen meist nicht allzu großen Zeitaufwand durch klare und zielführende Behandlungsstrategien belohnen.

Es liegt an uns allen, die notwendigen Kommunikationsstrukturen zu schaffen und auch von allen Partnern, falls nötig auch öffentlich, mit Nachdruck und Permanenz einzufordern.

Dr. Georg Ludvik  
Bundesfachgruppenobmann  
Urologie  
Vizepräsident bvU

Fachkurzinformation zu Seite 11

**Bezeichnung des Arzneimittels:** Priligy 30 mg Filmtabletten, Priligy 60 mg Filmtabletten. **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Jede Filmtablette enthält Dapoxetinhydrochlorid entsprechend 30 mg oder 60 mg Dapoxetin. **Liste der sonstigen Bestandteile:** *Tablettenkern:* Lactose-Monohydrat, Mikrokristalline Cellulose, Croscarmellose-Natrium, Hochdisperses Siliciumdioxid, Magnesiumstearat. *Tablettenfilm:* Lactose-Monohydrat, Hypromellose, Titandioxid (E171), Triacetin, Eisenoxid schwarz (E172), Eisenoxid gelb (E172). **Anwendungsgebiete:** Priligy ist für die Behandlung von vorzeitiger Ejakulation (Ejaculatio praecox, EP) bei erwachsenen Männern zwischen 18 und 64 Jahren indiziert. Priligy soll nur an Patienten verschrieben werden, die die folgenden Kriterien erfüllen: eine intravaginale Latenzzeit bis zur Ejakulation (IELT) von weniger als zwei Minuten und persistierende oder rezidivierende Ejakulation bei minimaler sexueller Stimulation vor, während oder kurz nach der Penetration und eher, als der Patient dies wünscht und deutlicher persönlicher Leidensdruck oder zwischenmenschliche Probleme als Folge der EP und unzureichende Kontrolle über die Ejakulation und eine vorzeitige Ejakulation bei den meisten Versuchen eines Geschlechtsaktes während der vorherigen 6 Monate in der Anamnese. Priligy soll nur im Bedarfsfall vor einer erwarteten sexuellen Aktivität angewendet werden. Priligy soll Männern zur Verzögerung der Ejakulation ohne vorherige Diagnosestellung einer EP nicht verschrieben werden. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. Bekannte kardiale Vorerkrankungen, wie: Herzinsuffizienz (NYHA Klasse II-IV), Leitungsanomalien wie z.B. AV Block oder Sick-Sinus-Syndrom, bekannte ischämische Herzerkrankung, bekannte Herzklappenerkrankung, Synkope in der Anamnese. Manie oder schwere Depression in der Anamnese. Eine gleichzeitige Behandlung mit Monoaminoxidase-Hemmern (MAO-Hemmern) oder Anwendung innerhalb von 14 Tagen nach Absetzen der Behandlung mit einem MAO-Hemmer. Ebenso soll ein MAO-Hemmer nicht innerhalb von 7 Tagen nach Absetzen von Priligy verabreicht werden. Eine gleichzeitige Behandlung mit Thioridazin oder Anwendung innerhalb von 14 Tagen nach Absetzen der Behandlung mit Thioridazin. Ebenso soll Thioridazin nicht innerhalb von 7 Tagen nach Absetzen von Priligy verabreicht werden. Eine gleichzeitige Behandlung mit Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmern [selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI), Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer (SNRI), trizyklische Antidepressiva (TCA)] oder anderen Arzneimitteln/pflanzlichen Produkten mit serotoninerger Wirkung [z.B. L-Tryptophan, Triptane, Tramadol, Linezolid, Lithium, Johanniskraut (Hypericum perforatum)] oder Anwendung innerhalb von 14 Tagen nach Absetzen der Behandlung mit diesen Arzneimitteln/pflanzlichen Produkten. Ebenso sollen diese Arzneimittel/pflanzlichen Produkte nicht innerhalb von 7 Tagen nach Absetzen von Priligy verabreicht werden. Eine gleichzeitige Behandlung mit starken CYP3A4-Hemmern wie z.B. Ketoconazol, Itraconazol, Ritonavir, Saquinavir, Telithromycin, Nefazodon, Nelfinavir, Atazanavir, etc. Mäßige und schwere Leberfunktionsstörung. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Andere Urologika, ATC-Code: G04BX14. **Inhaber der Zulassung:** BERLIN-CHEMIE AG (MENARINI GROUP), Glienicke Weg 125, 12489 Berlin, Deutschland. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. Weitere Angaben zu den Abschnitten Dosierung und Art der Anwendung, Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit sowie Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation. **Stand der Information:** Jänner 2014.

Um das Risiko von unerwünschten Nebenwirkungen (insb. Synkopen) zu reduzieren, lesen Sie bitte die Fachinformation sorgfältig durch, bevor Sie Priligy® verschreiben. Für den sicheren und geeigneten Einsatz von Priligy® hat A. Menarini Pharma entsprechende Patienteninformationsbroschüren und Appropriate Use Guidelines für Ärzte erstellt. Sie können diese gerne bei Ihrem Menarini Außendienstmitarbeiter oder unter office@menarini.at bzw. 01 / 879 95 85 0 bestellen.

Fachkurzinformation zu Seite 27

**Bezeichnung des Arzneimittels:** Leuprorelin Sandoz 5 mg - Implantat für 3 Monate. **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** 1 Implantat enthält 5 mg Leuprorelin (als Acetat). **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Pharmakotherapeutische Gruppe: Hormone und verwandte Mittel, Gonadotropin-Releasing Hormon-Analoga. ATC Code: L02AE02. **Anwendungsgebiete:** Palliative Behandlung von Patienten mit fortgeschrittenem hormonabhängigen Prostatakarzinom. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Leuprorelin, andere GnRH-Analoga oder gegen Polymilchsäure. Bei nachgewiesener Hormonunabhängigkeit des Karzinoms ist die Behandlung mit Leuprorelin Sandoz 5 mg - Implantat für 3 Monate nicht indiziert. Nach chirurgischer Kastration bewirkt Leuprorelin Sandoz 5 mg - Implantat für 3 Monate keine weitere Absenkung des Testosteronspiegels. Leuprorelin Sandoz 5 mg - Implantat für 3 Monate ist bei Frauen und pädiatrischen Patienten kontraindiziert. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Polymilchsäure. **Inhaber der Zulassung:** Sandoz GmbH, 6250 Kundl, Österreich. **Rezeptpflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Stand der Information:** 05/2012. **Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln oder sonstigen Wechselwirkungen, Nebenwirkungen und Gewöhnungseffekten sowie Angaben zu Schwangerschaft und Stillzeit sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**



### 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

---

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

## Redaktionsschluss:

### Sommerausgabe:

15. Mai

### Winterausgabe:

15. November

**Bitte übermitteln Sie dieses Formular an:**



Per Mail: office@vermed.at

Per Fax: 0316 / 42 60 71



## Hauptthema

# Urologische Forschungslandschaft 2030 in Österreich

W. Horninger, K. Pummer, Sh. Shariat (in alphabetischer Reihenfolge)

**„Prognosen sind schwierig, besonders wenn sie die Zukunft betreffen“ (Mark Twain). Dennoch haben wir versucht, die Problematik der Forschungszukunft aufzuzeigen, berechnete Forderungen an Entscheidungsträger zu formulieren, sowie beispielhaft notwendig werdende Entwicklungen aufzuzeigen.**

## Was wird aus der Forschung, wenn die Berufung zum Beruf wird?

K. Pummer

Forschung und Lehre zählen neben der Patientenversorgung zu den Kernaufgaben der medizinischen Universitäten. Wie sich die einheimische Forschungslandschaft in den nächsten Jahren entwickeln wird, lässt sich am besten durch eine Betrachtung des Ist-Zustands, einen Rückblick auf die Vergangenheit und einen Ausblick unter Einbeziehung gesellschaftspolitischer Entwicklungen vermuten.

Es gibt verschiedene Institutionen, die versuchen, eine Reihung akademischer Ausbildungs- und Forschungsstätten nach objektiven und nachvollziehbaren Kriterien (Publikationen, Zitierungen, Patente, internationale Preise und Auszeichnungen, etc.) vorzunehmen. Im Juli 2014 ist das letzte Ranking des Center for World University Rankings (CWUR) erschienen. Von 1.000 Universitäten finden sich die medizinischen Universitäten Wien, Innsbruck und Graz auf den Plätzen 310, 452 und 643. Nicht viel anders das Ergebnis des Academic Ranking of World Universities (ARWU)

der Universität Shanghai, wo die drei österreichischen Medizinern die Plätze 201-300 bzw. 401-500 belegen.

Neben solchen Kriterien ist die Verleihung eines Nobelpreises als die wohl höchste akademische Auszeichnung ein guter Parameter. Vor genau 100 Jahren erhielt der Österreicher Robert Bárány den Nobelpreis für Physiologie und Medizin – vier weitere folgten. Das klingt auf den ersten Blick beruhigend und gut, wäre da nicht die Tatsache, dass drei dieser Preise schon zwischen 1927 und 1936 verliehen wurden und der letzte (Konrad Lorenz, 1973) mehr als 40 Jahre zurückliegt. Auch haben zusätzlich vier gebürtige Österreicher zwischen 1937 und 2000 den Medizin-Nobelpreis erhalten – allerdings auf Grund ihrer Forschungsarbeit im Ausland.

Woran liegt nun unser gegenwärtig eher mittelmäßiges Abschneiden? Hierfür gibt es eine ganze Reihe von Gründen und nur die wesentlichsten seien erwähnt, die zu einer Demotivation der Leistungsträger führen.



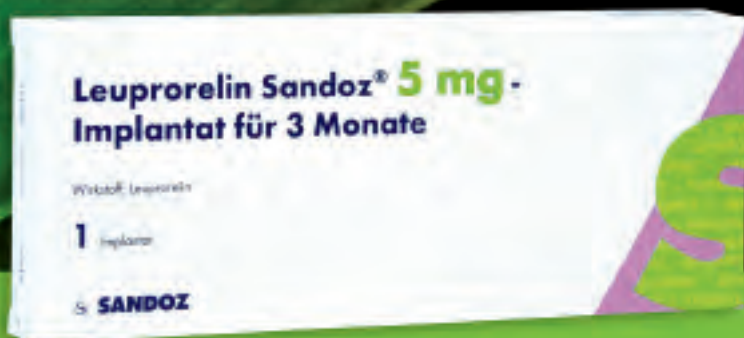
Univ. Prof. Dr. Karl Pummer

Beginnen wir bei den Klinikvorständen – schließlich zeichnen sie primär für das Forschungsergebnis verantwortlich. Ein Blick zurück in das „Österreichische Hochschulrecht“ (F. Ermacora, Österreichische Staatsdruckerei, Wien 1956) zeigt, dass ein ordentlicher Hochschulprofessor mit Gehalt und Dienstalterszulage damals ungefähr das Vierfache eines Assistenten bezog (§ 48; Gehalt).



# Leuprorelin Sandoz®

## Effektiv. Einfach. Wirtschaftlich.



### FACHKURZINFORMATION

**Bezeichnung des Arzneimittels:** Leuprorelin Sandoz 5 mg - Implantat für 3 Monate. **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** 1 Implantat enthält 5 mg Leuprorelin (als Acetat). **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Pharmakotherapeutische Gruppe: Hormone und verwandte Mittel, Gonadotropin-Releasing-Hormon-Analoga, ATC-Code: L02AE02. **Anwendungsgebiete:** Palliative Behandlung von Patienten mit fortgeschrittenem hormonabhängigen Prostatakarzinom. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Leuprorelin, andere GnRH-Analoga oder gegen Polymilchsäure. Bei nachgewiesener Hormonabhängigkeit des Karzinoms ist die Behandlung mit Leuprorelin Sandoz 5 mg - Implantat für 3 Monate nicht indiziert. Nach chirurgischer Kastration bewirkt Leuprorelin Sandoz 5 mg - Implantat für 3 Monate keine weitere Absenkung des Testosteronspiegels. Leuprorelin Sandoz 5 mg - Implantat für 3 Monate ist bei Frauen und pädiatrischen Patienten kontraindiziert. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Polymilchsäure. **Inhaber der Zulassung:** Sandoz GmbH, 8250 Kundl, Österreich. **Rezeptpflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Stand der Information:** 05/2012. Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln oder sonstigen Wechselwirkungen, Nebenwirkungen und Gewöhnungseffekten sowie Angaben zu Schwangerschaft und Stillzeit sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.



**SANDOZ**

Eine gesunde Entscheidung



Dazu kam (Zitat § 52) „der Anspruch auf Kollegiengehälter am Ende des Semesters bis zum Siebenhundertfachen des einfachen Kollegiengehältes und die Hälfte des darüber hinausgehenden Betrags“. Auch ging man damals nicht in Pension sondern man emeritierte, was natürlich gravierende Auswirkungen auf die Ruhebezüge hatte. Dem stehen heute Privatangestelltenverhältnisse mit Dienstverträgen zu Dumpingpreisen gegenüber, die kaum dazu angetan sind, wirkliche Topleute für eine solche Position überhaupt noch zu motivieren.

Aber es liegt nicht nur am Geld. Die bereits im Jahr 1968 eingeleitete sukzessive Demontage der Ordinarien hat deren Handlungsspielraum auf ein Minimum reduziert und ihnen wichtige, vor allem personalpolitische Entscheidungen praktisch aus der Hand genommen. Hier entscheiden heute Arbeitskreise oder Personalbeiräte. Dazu kommt eine von vielen Krankenhausbetreibern initiierte Unzahl bürokratischer und regulatorischer Gepflogenheiten, die einen Großteil der eigentlich für Forschung und Lehre gedachten Zeit aufsaugen, sodass sich der Klinikvorstand heute als „Risikoeigner“, Verantwortlicher für dies und das, oder zu Besprechungen des

Qualitätsmanagements oder Risikomanagements „Eingeteilter“ wiederfindet.

Auch auf Seite der Assistenten gibt es ausreichend Gründe dafür, weshalb die Forschungsaktivitäten weit hinter den Erwartungen und Möglichkeiten zurückbleiben.

Zu viele administrative Tätigkeiten, Überlastung der Kliniken mit Aufgaben der Basisversorgung und gleichzeitig immer weitere Reduktion der Arbeitszeit machen es schon schwierig, ein Fach ordentlich zu erlernen. Für Lehre bleibt da gerade noch Zeit, für Forschung kaum. Dazu kommt, dass keine befriedigende und vor allem sichere Perspektive für den weiteren beruflichen Werdegang im Sinne einer akademischen Laufbahn geboten wird, sodass es nicht wundert, wenn fertige Fachärztinnen und Fachärzte nach Abschluss ihrer Ausbildung den Weg in die Praxis suchen.

Und schließlich ist die Finanzierung zumindest der öffentlichen Universitäten unzureichend. Zwar steigt die Zahl der teils privaten teils öffentlichen Medizinischen Universitäten an, es stellt sich jedoch die Frage, wie sinnvoll diese Entwicklung tatsächlich ist. Natürlich

kann so einem drohenden Ärztemangel begegnet werden, aber nur dann, wenn nach dem Ende des Studiums auch eine befriedigende Arbeitsplatzsituation vorzufinden und der Trend zur Abwanderung gestoppt wird. Aus Sicht der Forschung ist dieses Konzept eher kontraproduktiv, weil bei vielen kleinen Universitäten durch die hohen Basiskosten noch weniger Geld für reine Forschung bereit steht.

So gesehen grenzt es an ein Wunder, dass unter den gegebenen Umständen überhaupt noch hochwertige Forschung betrieben werden kann, was einzig und allein dem persönlichen Einsatz aller Beteiligten geschuldet ist. Die Resonanz in der Bevölkerung ist jedenfalls gering, bedenkt man, dass die Forschung gerade dieser zugutekommen soll. Vielleicht sollte die Politik doch versuchen hier Bewusstsein schärfend tätig zu werden und die Strukturen und Mittel bereitzustellen, um den Forschungsstandort Österreich ein wenig attraktiver werden zu lassen.

Univ. Prof. Dr. Karl Pummer  
Univ. Klinik für Urologie  
Med. Universität Graz  
Auenbruggerplatz 5/6  
8036 Graz

## Identifizierung von drei Schlüsselfaktoren für eine erfolgreiche Forschung

Sh. Shariat

In den letzten Jahrzehnten wurden enorme Fortschritte erzielt. Die Investitionen in die Krebsforschung haben sich dramatisch erhöht und zu einem erheblichen Ansteigen der Überlebensrate und einer Revolution in unserem Verständnis der Krebsbiologie geführt. Aber es gibt noch immer den dringenden Bedarf, das Tempo der klinischen Krebsforschung zu beschleunigen, um die Fortschritte im Kampf gegen die Krankheit weiter voranzutreiben. Fast 500.000 Menschen sterben jedes Jahr in Europa an Krebs, und diese Krankheit wird in den kommenden Jahren zu den führenden Todesursachen auf dem Kontinent. Weltweit nimmt die Belastung, die durch Krebserkrankungen hervorgerufen wird, rasant zu.

Krebsforschung erlebt einen revolutionären Wandel. Dank eines schnell wachsenden Verständnisses der Krebsbiologie, können Behandlungen zunehmend zielgerichtet gegen die molekularen „Ein-Aus“-Schalter der Tumorgenese eingesetzt werden, und so das unkontrollierte Wachstum von Krebszellen hemmen.

Krebs wird zunehmend enger definiert – und es werden Behandlungen entwickelt – nach molekularen Eigenschaften des Tumors, und nicht nur nach seiner Lokalisation im Körper. Zur gleichen Zeit führen neue Technologien – aus Bereichen wie Nanotechnologie, medizinische Bildgebung und Gesundheitsinformationstechnologie (HIT) – zu völlig neuen



Univ. Prof. Dr. Shahrokh Shariat

Möglichkeiten, um neue Therapien zu entwickeln. Wenn das Versprechen aus diesen Fortschritten vollständig realisiert ist, werden Krebspatienten von Behandlungen, die personalisierter, effizienter





# Spontan

steht ihm gut.

**DER NEUE  
PDE-5-HEMMER**



BEI EREKTILER DYSFUNKTION:

**SCHNELLER WIRKEINTRITT<sup>1</sup>**

**LANGE WIRKDAUER<sup>1</sup>**

**GUTE VERTRÄGLICHKEIT<sup>1</sup>**

**Spedra<sup>®</sup>**  
avanafil

und effektiver sind, mehr profitieren können.

Klinische und translationale Forschungssysteme in unserem Land sind aber nicht genügend dafür ausgestattet, um das Potenzial neuester, wissenschaftlicher und technologischer Fortschritte auszu-schöpfen.

Aktuelle Ansätze der Arzneimittelentwicklung sind nicht dazu geeignet, aus unserem neuen Wissen Kapital zu schlagen. Wissenschaftler haben noch immer eine sehr begrenzte Einsicht darüber, auf welche molekularen Signalwege sie abzielen sollen und verfügen nicht über ausreichende diagnostische Werkzeuge, um Patienten mit diesen molekularen Schlüsselmarkern zu identifizieren.

Finanzielle und regulatorische Barrieren schränken die Zusammenarbeit zwischen den Unternehmen und Forschern ein.

Klinische Studien – auch gründliche Studien, die die Sicherheit und Wirksamkeit von neuen Therapien beim Menschen testen – können nicht mit der personalisierten Krebsmedizin Schritt halten. Aktuellsten Studiendesigns fehlt die Flexibilität, um schnell die Behandlungen für bestimmte Gruppen von Patienten, nach ihren molekularen Eigenschaften stratifiziert, zu identifizieren. Zur gleichen Zeit wurde die klinische Forschung durch ein Labyrinth von regulatorischen Anforderungen und die langjährige Unterfinanzierung geschwächt.

Das Versprechen der Informationstechnologie des Gesundheitswesens ist noch zu jung, um realisiert zu werden. Limitierte, unkoordinierte und uneinheitliche Verwendung von Mitteln der Gesundheitsinformationstechnologie, einschließlich der elektronischen Gesundheitsakten und anderer, weiter fortgeschrittener Technologien, haben bisher Bemühungen, Forschung und Patientenversorgung zu optimieren, schon

in frühen Ansätzen behindert.

Hier stellen wir unsere Vision für das nächste Jahrzehnt vor, um Krebsforschung und Patientenversorgung deutlich zielgerichteter, effizienter und effektiver werden zu lassen. Dies beinhaltet reale Empfehlungen an die Politik und Krebs-Community in drei Schlüsselbereichen:

### **1. Etablieren Sie einen neuen Ansatz zur therapeutischen Entwicklung, basierend auf unserem immer größer werdenden Verständnis der Krebsbiologie und der Verfügbarkeit neuer Technologien**

- Identifizierung und Priorisierung der molekularen Targets, die am vielversprechendsten sind, um das Leben unserer Patienten zu verlängern.
- Schaffung von Anreizen für die Zusammenarbeit, die Forscher ermutigen sollen, zielgerichtete Therapien von hoher Priorität und Diagnostik in Kombination zu verfolgen.
- Gewährleistung einer aggressiveren und rechtzeitigen Entwicklung von Biomarkern und diagnostischen Tests, um Therapieentscheidungen besser lenken und die Geschwindigkeit der Forschung steigern zu können.

### **2. Entwickeln Sie elegantere, schnellere klinische Studien um den Nachweis für wirksame Behandlungen für jene Patienten zu erbringen, die am ehesten davon profitieren.**

- Priorisierung von Studien mit dem größten Nutzen und Abkehr von Studien, die nur marginale Verbesserungen versprechen.
- Entwicklung von allgemeingültigen Standards für flexible

Studiendesigns, die den Forschern erlauben, Ergebnisse mit kleineren Patientenpopulationen, basierend auf den molekularen Eigenschaften der Krankheit, zu erzielen.

### **3. Nützen Sie die Fortschritte in der Gesundheitsinformationstechnologie für die nahtlose Integration der klinischen Forschung und Patientenversorgung**

- Verwendung von Gesundheitsinformationstools, einschließlich elektronischer Gesundheitsakten und „Schnelles Lernen“ Systeme, die uns ermöglichen, ein tiefgreifendes Verständnis von der Wirksamkeit und Sicherheit der Behandlungen zu gewinnen und uns helfen, sich auf die wichtigsten Forschungsfragen zu konzentrieren.
- Standardisierung elektronischer Patientenakten für die Gewährleistung eines sicheren Informationszuganges für Patienten und Leistungsanbieter zu jeder Zeit.
- Entwicklung von Industriestandards für das Speichern und Erfassen von Gewebeprobe(n) (Gewebe- und Blutproben), die eine wesentliche Rolle für die Identifikation und Beurteilung neuer Therapieziele spielen.
- Schutz der Privatsphäre von Patientinnen und Patienten bei gleichzeitig bestehendem Informationsaustausch und Schutz des geistigen Eigentums, um die Innovationen im Bereich der Gesundheitsinformationstechnologie zu unterstützen.

Univ. Prof. Dr. Shahrokh Shariat  
Univ. Klinik für Urologie  
Med. Universität Wien  
Währinger Gürtel 18-20  
1090 Wien

## „Netzwerkkoordination: Der Schlüssel für die erfolgreiche, translationale Forschung 2030“

W. Horninger

Die vergangenen Jahre der urologisch-onkologischen Forschung waren gekennzeichnet durch die zunehmend genauere Charakterisierung der pathogenen Mechanismen, der molekularen Grundlagen von Therapie und Therapieresistenz von Tumoren, sowie der Identifikation neuer therapeutischer Targets. Von der damit ausgelösten Entwicklung neuer Therapeutika profitieren die Krebspatienten heute in Form von einer Reihe neuer Medikamente der Kategorie „targeted therapy“. Darunter fallen unter anderem die Tyrosinkinaseinhibitoren für die Behandlung von Nierentumoren oder die neue Generation von Antiandrogenen zur Behandlung von Prostatakrebs.

Angetrieben und möglich gemacht wurde diese Erfolgsgeschichte unter anderem durch die Entwicklung und Anwendung neuer molekularbiologischer Methoden und Verfahren, angefangen von der PCR-Technik über die Mikroarray Expressionsanalytik bis hin zu den verschiedenen Genomanalysen. Ein weiterer wichtiger Meilenstein war dabei die Entschlüsselung des kompletten humanen Genoms und der damit verbundenen neuen Möglichkeiten, genetische Veränderungen und Genvarianten, die mit dem Tumorgeschehen assoziiert sind, schneller zu identifizieren und zu interpretieren.

Heute erleben wir einen weiteren technologischen Umbruch mit dem Einzug der Hochdurchsatzanalysetechnologien, allen voran der „next generation sequencing“ (NGS) Technik, die in den letzten paar Jahren eine unglaubliche technologische Entwicklung durchgemacht hat, in die onkologische Analytik, Diagnostik und Verlaufskontrolle. Damit werden die Möglichkeiten der Tumorcharakterisierung in eine neue Dimension vorangetrieben. Komplettiert durch die rasante Entwicklung von besseren und vielfältigeren Bildgebungsverfahren haben wir heute eine nie dagewesene Fülle von Daten und Informationen für eine zielgerichtete Therapieplanung zur Verfügung. Die bessere Nutzung dieser Informationen in eine optimale Therapie und Therapierihenfolge ist eine der großen anstehenden Herausforderungen

in der urologisch-onkologischen Forschung in den nächsten Jahren.

Tumorthherapie erfordert einen multidisziplinären Ansatz und die Kooperation von Experten verschiedener Gebiete wie Urologen, Radiologen, Onkologen und Strahlentherapeuten. Zunehmend an Bedeutung gewinnen wird in den Tumorboards auch die Expertise von Molekular- und Zellbiologen sowie von Bioinformatikern. Letztere mit der Aufgabe, die zunehmend größere Fülle an Daten (deep data) zu ordnen und entsprechend aufzuarbeiten, um als eine wichtige Grundlage für therapeutische Weichenstellungen zu dienen.

Die NGS Methoden haben eine rasante Entwicklung in der Tumoranalytik vorangetrieben und geben uns heute die Möglichkeit, ein Tumorgenom in zunehmend kürzerer Zeit zu immer niedrigeren Preisen zu analysieren. Nicht schritthalten mit der technologisch-analytischen Entwicklung konnte die Interpretation dieser Datenfülle und ihre Umsetzung in therapeutische Empfehlungen. Wohl helfen uns die neuen Sequenzier-techniken, tumortreibende Mutationen und Genomveränderungen zu identifizieren, die Verfahren, daraus eine wirksame therapeutische Strategie zu entwickeln, um den betroffenen Patienten zu heilen oder seinen Tumor möglichst lange in Schach zu halten, sind jedoch noch wenig entwickelt. Um entsprechende Werkzeuge zu bekommen, bedarf es einer intensiven Fortsetzung der multidisziplinären Forschung und der Durchführung von vielen multizentrischen klinischen Studien in den nächsten Jahren.

Dies führt zwangsläufig zu einer weiteren Stärkung von großen Zentren, die verschiedene Expertisen bündeln und eine enge Verzahnung von Therapie, Forschung, Hochleistungsanalytik und Entwicklung gewährleisten.

Dem zukünftigen Urologen (2030) wird hier die Aufgabe zukommen, für seine Patienten als Diagnose- und Therapiekordinator zu fungieren, der die verschieden Fachexperten je nach Erfordernis zusammenbringt und koordiniert.



Univ. Prof. Dr. Wolfgang Horninger

Die bereits in den letzten Jahren beobachtbare Tendenz der Forschung in größeren Konsortien, mit einer Bündelung von Experten verschiedener Disziplinen und länderübergreifender Forschung wird sich weiter fortsetzen und verstärken, in der Urologie genauso wie in anderen Disziplinen.

Hier gewinnen urologische Organisation als Initiatoren, Koordinatoren und Netzwerkbildner für Initiation und Durchführung von Forschungsprojekten sowie internationale Programme zur Forschungsfinanzierung, wie zum Beispiel die EU-Instrumente, zunehmend größere Bedeutung. Für ein kleines Land wie Österreich, mit wenig kooperierender pharmazeutischer Industrie für die Grundlagenforschung und mit beschränkten Ressourcen der öffentlichen Forschungsfinanzierung, die gegenwärtig zudem noch durch die aktuellen Sparzwänge geschmälert werden, werden mehr Anstrengungen notwendig sein, um bei EU-weiten und internationalen Forschungsaktivitäten erfolgreich mitwirken zu können und hier nicht den Anschluss zu verlieren.

Univ. Prof. Dr. Wolfgang Horninger  
Univ. Klinik für Urologie  
Med. Universität Innsbruck  
Anichstraße 35  
6020 Innsbruck



# Die urologische Primärversorgung in Österreich 2030

K. Dorfinger



Dr. Karl Dorfinger

Die Zukunft vorhersagen. Wie gerne würden wir gelegentlich wissen, wie sich die eine oder andere Sache entwickeln wird, was am Ende dieser oder jener Entscheidung heraus kommen wird. Doch selbst die Zunft der Zukunftsforscher nimmt zur Kenntnis, dass es nur der Blick in die Vergangenheit ist, der es uns wahrscheinlich erscheinen lässt, wie es sich in Zukunft verhalten wird. Immer wieder findet man dann vergleichbare Entwicklungen, so dass man versucht ist, aus dieser Erkenntnis ein Muster oder gar eine Gesetzmäßigkeit abzuleiten.

Allein, eines bleibt klar: Wir können nicht in die Zukunft schauen, schon gar nicht, wenn sie so ferne ist, wie dies mit diesem Titel mir zur Aufgabe gemacht wurde. Also bleibt nichts anderes übrig, als einen Blick in die Vergangenheit zu werfen, Gedanken und Ideen zu sammeln, zu versuchen, die Gegenwart unter diesen Aspekten zu analysieren und zu hoffen, dass der Pfeil, den man in die Zukunft abgeschossen hat, vielleicht zufällig ins Schwarze trifft.

## Ein Blick zurück

Wenn auch so manche urologische Methode schon seit Jahrtausenden betrieben wurde, hat sich die Urologie als eigene Fachdisziplin erst gegen Ende des 19. Jahrhunderts herauskristallisiert. Die Fortschritte auf den Gebieten der endoskopischen und operativen diagnostischen und therapeutischen Verfahren haben diese Spezialisierung erforderlich

gemacht. Bald nach dem zweiten Weltkrieg fanden sich vielerorts blühende urologische Abteilungen in Aufbruchsstimmung. So manche Teilgebiete der Urologie, wie die Kinderurologie oder die Andrologie fristeten ein Nischendasein. Das ist wohl einer der Gründe, dass es im Vergleich mit Frauen- oder Kinderärzten bis heute weniger (niedergelassene) Urologen gibt. Die kleine, eingeschworene Urologengemeinde konnte aber weitgehend unbehelligt ihrem Tagewerk nachgehen, wenn auch Scharmützel mit Dienstgebern oder Krankenkassen und der drohende Verlust urologischer Randgebiete an andere Fachrichtungen schon seit jeher für Aufregung sorgten. Ich erinnere mich noch lebhaft an die heftigen Diskussionen über die Bewahrung der Hernienchirurgie und proktologischen Eingriffe bei den Versammlungen der Österreichischen Gesellschaft für Urologie Anfang der Neunziger Jahre, denen ich erstmals beiwohnen durfte. Erst mit der Hormon- und PSA-Ära wurden urologische Präparate zu wirklichen Rennern für die Pharmaindustrie, was großzügige Einladungen und die Unterstützung von Tagungen zur Folge hatte. Der Siegeszug der Alphablocker in der Behandlung der Prostatahyperplasie und ihrer Folgen für die Blasenentleerung sei hier exemplarisch genannt.

Diese und andere Verbesserungen der Behandlungsmöglichkeiten schufen auch ein wachsendes Bewusstsein für urologische Erkrankungen in der Bevölkerung.

Im Vergleich zu Frauen, die dank der verschiedenen Formen der Schwangerschaftsverhütung schon in jungen Jahren an den regelmäßigen Besuch von Frauenärzten gewöhnt werden, müssen die Männer erst allmählich lernen, auf ihren Körper zu achten. Den Entwicklungen in der Andrologie, allen voran dem Aufkommen der Phosphodiesteraseinhibitoren, sowie den intensiven und konsequenten Bemühungen der ÖGU und des bvU ist es zu verdanken, dass wir dabei auch schon erhebliche Fortschritte verzeichnen können. Dies hat aber auch zur Folge, dass vielfach die Ordinationstermine mit Patienten gefüllt sind, die Routinekontrollen ihrer Prostata- oder Blasenprobleme durchführen lassen wollen.

## Konjunkturzyklen

Österreich ist, mit wenigen Ausnahmen, recht gut und flächendeckend durch urologische Spitalsabteilungen und niedergelassene Fachärzte versorgt. Es steht zu befürchten, dass das nicht immer so bleiben wird.

Ich erinnere mich noch zu gut, als ich in einer Fachgruppensitzung im Jahr 2003 auf die Konjunkturzyklen hinwies, wie sie vom russischen Wirtschaftswissenschaftler Nikolai Kondratjew beschrieben wurden. Damit bezeichnete er langfristige Wirtschaftsaufschwünge, die durch technische Fortschritte bzw. Erfindungen begründet wurden. Stets waren diesen Entwicklungen ausgeprägte Mangel-

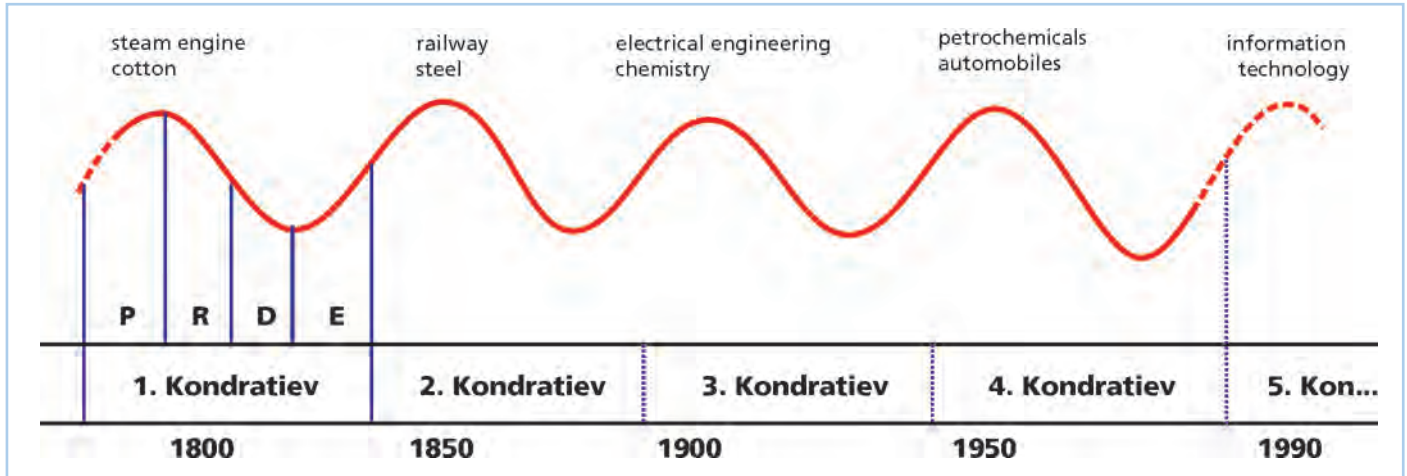


Abb. 1: Konjunkturzyklen nach Kondratjew. P: prosperity, R: recession, D: depression, E: improvement (Quelle: Wikipedia)

zustände und wirtschaftliche Not vorausgegangen. Beispiele dafür sind die Entwicklung der Dampfmaschine, der Bau der Eisenbahn, die Erfindungen der elektrischen und der chemischen Industrie, der Siegeszug des Autos bzw. der petrochemischen Industrie. So wurden seit dem Beginn des 19. Jahrhunderts von Kondratjew und später von seinen Schülern fünf langwellige Wirtschaftszyklen beschrieben (Abb. 1). Die Wirtschaftswissenschaftler unserer Tage rätseln nun, welche Innovation wohl den sechsten Kondratjew-Zyklus begründen wird, der angeblich bald bevorsteht. Mehrere zukunftssträchtige Technologien und Entwicklungen kommen dafür infrage, unter anderem auch die der zunehmenden Lebenserwartung einer alternenden Gesellschaft mit allen ihren Bedürfnissen, im Besonderen der Gesundheit. Wir werden also Entwicklungen benötigen, die ein gesundes Altern und eine gute Lebensqualität angesichts wachsender Lebensjahre ermöglicht.

Aber zuerst, so wollen es Kondratjew und die Realität, geht es bergab. Generell sind die Voraussetzungen geeignet, von Mangelzuständen bzw. Krise zu sprechen. Die finanzielle Krise der jüngsten Vergangenheit mit ihrer depressiven Auswirkung auf die Weltwirtschaft schafft die wichtigste Voraussetzung dafür: Den Sparzwang. Während der Wohlfahrtsstaat ein verzweifeltes Rückzugsgefecht mit bodenlosen Forderungen an Politik und Wirtschaft führt, nimmt die so genannte „Kassenmedizin“ ab, die Privatmedizin hingegen stetig zu. Bereits heute gibt es mehr Wahl- als Kassenvertragsärzte in Österreich.

Die zweite und vielleicht wichtigste engpass-schaffende Entwicklung ist die Über-

alterung fast aller Völker der Erde. Die Menschen der geburtenstarken Jahrgänge gehen nun reihenweise mit großen Schritten auf ihre „wohlverdienten“ Pensionen zu. Das betrifft natürlich auch urologische Fachärzte und zwar sowohl in den Krankenhäusern, als auch im niedergelassenen Bereich. Gleichzeitig eskalieren Arbeit und Aufgaben, die es zu bewältigen gilt. Allein in Deutschland rechnet man damit, dass in den nächsten 5 Jahren 43% der Fachärzte in Pension gehen werden.

Diesen eher depressiven Entwicklungen stehen jedoch ein nie da gewesener wissenschaftlicher Fortschritt und wachsende Anforderungen an medizinische Qualität und Service gegenüber. Jedenfalls sind die Veränderungen aus technologischer und gesellschaftlicher Sicht so schnell, dass wir kaum noch Schritt halten können. Diese rasante Entwicklung nimmt aber auf diesen Umstand keinerlei Rücksicht, sondern stürmt mit verdoppelter Geschwindigkeit nach vorne.

Alles zusammen ergibt einen zunehmenden Mangel an Fachärzten mit allen damit verbundenen Problemen. Wenn nun, wie das in Österreich der Fall ist, seitens der Politik viel zu träge oder gar ignorant auf diese Bedrohungen reagiert wird, braucht man kein großer Prophet zu sein, um zu ahnen, dass wir auf eine mittelfristige Katastrophe zusteuern. Schon jetzt kommen uns reihenweise junge Ärzte abhanden, die in anderen Ländern weitaus bessere finanzielle und wissenschaftliche Voraussetzungen vorfinden. Ganz zu schweigen von einer sinnlosen Medizineingangsprüfung, die zahlreiche engagierte junge Menschen vom Medizinstudium abhält.

## Zeit des Umbruchs

Wir befinden uns in einer Zeit des Umbruchs. Besonders betroffen erscheint mir da die Urologie. Es vergeht kaum ein Tag, in dem nicht in Texten, Interviews oder Fachbeiträgen auf wünschenswerte oder abzulehnende Veränderungen des Gesundheitswesens hingewiesen wird. Begriffe wie „Gesundheitsreform“, „supramaximale Versorgung“ oder „Primärversorgungszentren“ prägen die Schlagzeilen, ohne dass irgendjemand zu sagen weiß, was am Ende stehen wird, ob Wohlfahrt oder Niedergang das Ergebnis sein wird.

Mit der Veränderung unserer Gesellschaft werden in den nächsten 10-15 Jahren neue Herausforderungen auch auf den niedergelassenen Facharzt für Urologie zukommen. Der ambulante urologische Bereich wird im Jahre 2030 wahrscheinlich durch ein erweitertes Leistungsspektrum geprägt sein. Größere Einheiten mit mehreren Fachärzten könnten einen größeren Versorgungsauftrag wahrnehmen, vielleicht auch mit einem Rund-um-die-Uhr-Service. Die Leistungen in den Ordinationen sind bei weitem billiger und – zumindest – derzeit noch wohnortnahe. Die Qualität dieser Leistungen ist sicher mancherorts verbesserungswürdig, steht aber wohl insgesamt betrachtet derjenigen in Spitalsabteilungen in keiner Weise nach. Das umso mehr, als sich in den nächsten Jahren wohl auch der Trend verstärken wird, dass selbst habilitierte Urologen die Niederlassung wählen, da die Arbeitsbedingungen in den Spitälern zunehmend unerträglich werden. Um das Angebot zu bündeln, könnten im Jahr 2030 vielleicht angepasste, interdisziplinäre Facharztthäuser entstehen, die nach dem „One Stop“ Prinzip den Men-



Abb. 2: In Zukunft könnten interdisziplinäre Facharzt Häuser entstehen, die den Patienten eine umfassende Betreuung zu bestimmten Organ- oder Erkrankungsbereichen anbieten. (© Dr. Kienbacher)

schen umfassende Betreuung zu bestimmten Organ- oder Erkrankungsbereichen anbieten. Tageschirurgische Eingriffe werden aus den Krankenhäusern zunehmend in den niedergelassenen Bereich wandern.

Unter diesen Aspekten sind wir als kleine Fachgruppe gut beraten, gemeinsam und nicht gegeneinander zu arbeiten und Konzepte zu entwickeln, die eine gedeihliche Entwicklung auch für die Zukunft ermöglichen. Einer der wichtigsten Schwerpunkte der nächsten 15 Jahre wird mit Sicherheit die Ausbildung junger und hoffentlich motivierter Ärzte darstellen. Durch die Auflassung kleiner Abteilungen beziehungsweise Spezialisierung von regionalen Krankenhäusern wird die Ausbildung nicht mehr nur an einem Ort erfolgen können. Das wird von den angehenden Urologen im Jahr 2030 wohl mehr Mobilität und den Wechsel der Ausbildungsstätten bedeuten. Auf dieser Wanderschaft können sie aber horizonsweiternde Erfahrungen sammeln, mehrere Technologien und unterschiedliche Behandlungsansätze kennen lernen. Vielleicht eine große Chance! Die neue Ausbildungsordnung für Ärzte in Österreich ist bereits Gesetz. Mitte 2015 werden die ersten Ärztinnen und Ärzte mit dem „Common Trunk“, das sind 9 Monate chirurgischer und internistischer Ausbildung zu den wichtigsten Notfalldiagnosen, beginnen. Danach folgt dann die 27 Monate dauernde, allgemeine urologische Facharztbildung. Schon während derselben wird mit einer Spezialausbildung aus dem Fächer der urologischen Module begonnen, die dann nach Abschluss der Facharztbildung weiter vertieft wer-

den kann. Dabei stehen folgende Module zur Auswahl:

- Kinderurologie
- Blasenfunktionsstörung und Urodynamik
- Andrologie und sexuelle Funktionsstörungen
- Fortgeschrittene urologisch-onkologische Chirurgie
- Laparoskopie und minimalinvasive Therapie
- Urogeriatrie

Das Modul „Durchführung klinischer Studien“ wird ebenfalls, wie in allen anderen Fachgebieten, zur Verfügung stehen.

Wie einst die Standardausstattung urologischer Ordinationen Eingang in die Standards des Österreichischen Instituts für Qualität in der Medizin (ÖQMed) gefunden haben, wird das Prinzip der „Austrian School of Urology“ (ASU), das auf eine intensive Ausbildung von jungen Kolleginnen und Kollegen in Bereichen, die in ihrer Routineausbildung zu kurz kommen im Jahr 2030 Selbstverständlichkeit für alle Fachgruppen geworden sein. Die Urologen werden aber wieder eine Nasenlänge voraus sein, da sie mittlerweile für die vielen, durchaus jung gebliebenen ehemaligen Spitzenoperateure eine wunderbare Nebenbeschäftigung in ihrer eintönigen Pension gefunden haben: Einen fortgeschrittenen Operationskurs im Rahmen der ASU, in dessen Rahmen die erfahrenen Skalpell-Virtuosen den Jungen ihre Tricks beibringen. Denn in den Abteilungen weiß man nur mehr die Laparoscope und OP-Roboter zu bedienen, nicht aber eine schnelle, möglichst schonende,

offene Nephrektomie bei Urosepsis durchzuführen. Noch eines werden die Österreichischen Urologen im Jahr 2013 zu Selbstverständlichkeit geworden sein lassen: Der Austausch zwischen niedergelassenem und stationärem Bereich. Jeder Assistent muss mindestens drei Monate seiner Ausbildungszeit in einer urologischen Ordination absolviert haben. Dadurch lernen beide Seiten, einander besser zu verstehen und der persönliche Kontakt wird intensiv gefördert, was den Patienten, die sich auf bessere Kommunikation zwischen Krankenhausabteilung und Facharztordination verlassen können, sehr zugute kommt.

Glücklicherweise sind die Österreichischen Urologen bei aller Verbundenheit zur Tradition eine sehr innovative Fachgruppe. Mit verschiedenen Initiativen ist es gelungen, die Qualität in der Österreichischen Urologie auf ein hohes Niveau zu heben, das keinen internationalen Vergleich zu scheuen braucht. Das werden im Jahr 2030 Ergebnisqualitätsmessungen aus Routinedaten der Spitalsdatenbanken, Vergleiche von Studien- und Patientenbefragungen in urologischen Ordinationen belegen. Die in der Urologie erstmals begründete Studienplattform „Qualitätspartnerschaft Urologie“ wird 2030 zu einer Reihe von internationalen Toppublikationen geführt haben, die Österreichischen Urologen werden viel beachtete und gern gesehene Gäste auf internationalem Kongressparkett sein. Man wird uns 2030 um unsere Fortschritte beneiden und versuchen, es uns gleich zu machen.

Wenn wir uns auf unsere Stärken besinnen, miteinander reden und regelmäßige Gedanken austauschen, die vorhandenen Netzwerke mit Leben erfüllen und intensiver nutzen, geschlossen nach außen auftreten, dann werden diese Wunschvorstellungen für das Jahr 2030 vielleicht Wirklichkeit werden. Dann werden sich auch wieder hoch motivierte Abteilungsleiter mit verantwortungs- und leistungsadäquater Entlohnung und freieren Gestaltungsmöglichkeiten in Ihren Spezialgebieten finden und Karrieremodelle in der Urologie nicht mehr mit gelangweiltem Gähnen der jungen Kollegen quittiert. Dann wird der in die Zukunft abgeschossene Pfeil ins Schwarze treffen.

Dr. Karl Dorfinger  
Präsident des Berufsverbandes der  
Österreichischen Urologen (bVU)  
Perfektastraße 28  
1230 Wien



# Die urologische Versorgung im Krankenhaus im Jahr 2030

C. Riedl, G. Fülöp (Gesundheit Österreich GmbH)



Prim. Univ. Doz. Dr. Claus Riedl

Es ist ein äußerst couragiertes Unterfangen, die Entwicklungen antizipieren zu wollen, die im Jahr 2030 als Rahmenbedingungen für die spitalsbasierte urologische Versorgung gelten werden. Viele Faktoren werden die medizinische und insbesondere die Spitalslandschaft prägen – und selbst, wenn in der Gegenwart Trends für diese

Entwicklungen beobachtet und berechnet werden können, ist ein wesentlicher Teil nicht prognostizierbar.

Die urologische Versorgungssituation im Jahr 2030 wird abhängig sein von den zu erwartenden Krankheitsbildern und den dazugehörigen, zu diesem Zeitpunkt standardisierten Behandlungsmethoden, von der Bevölkerungsverteilung bzw.

von der Altersstruktur und den dadurch bedingten regionalen Krankenhauskonzepten, von der Zahl der verfügbaren Fachärzte und deren Arbeitsplätzen, sowie nicht zuletzt von den finanziellen Rahmenbedingungen und der politischen Wertigkeit einer allgemein zugänglichen Gesundheitsversorgung.

In Zusammenarbeit mit der Gesundheit

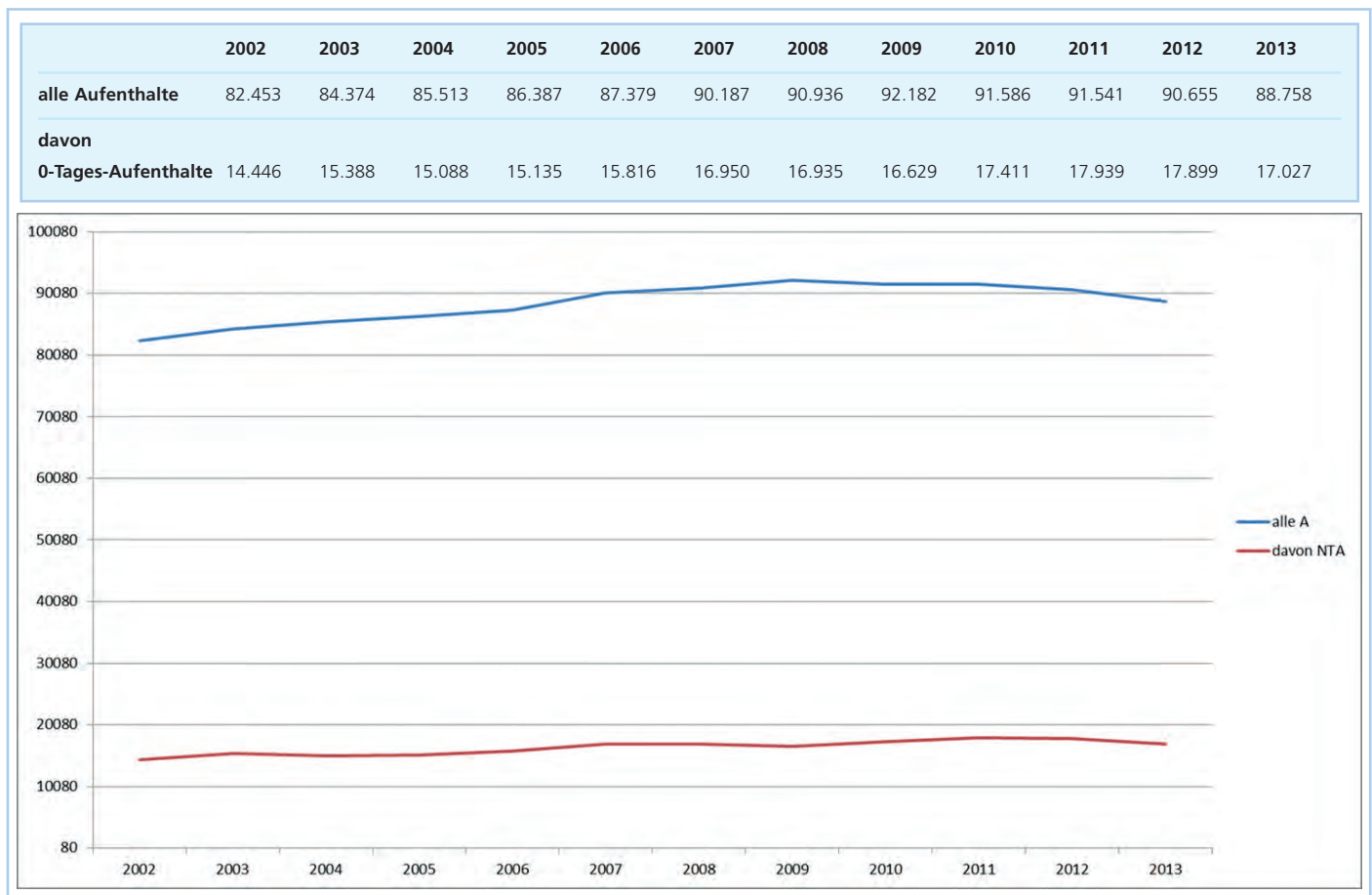


Abb. 1: Die Entwicklung der stationären Aufenthalte an urologischen Abteilungen

## Hauptthema – Urologie 2030

Österreich GmbH wurden Daten von 2002 bis 2013 ausgewertet, um die Entwicklung der Urologie im Bereich der Akut-Spitäler zu analysieren und darauf basierend Trends für die Zukunft zu identifizieren.

### Stationäre Aufenthalte in urologischen Abteilungen

In Österreich gibt es im Jahr 2014 insgesamt 1.372 systemisierte (=landessanitätsbehördlich bewilligte) Betten für urologische Patienten in Krankenhäusern, die sich wie folgt aufschlüsseln:

- 36 Fachabteilungen – 1.303 Betten
- 3 Fachschwerpunkte – 28 Betten
- 13 Tageskliniken/Wochenkliniken – 21 Betten
- 5 Einheiten in Sanatorien – 20 Betten

Bei einer Einwohnerzahl Österreichs von 8,508 Millionen im Jahr 2014 bedeutet das ein systemisiertes urologisches Bett pro 6.200 Einwohner.

Die Entwicklung der stationären Aufenthalte an urologischen Abteilungen ist in **Abb. 1** wiedergegeben.

Es zeigt sich, dass das Maximum der stationären Aufenthalte im Jahr 2009 lag, seither ist es zu einer leichten, aber kontinuierlichen Abnahme gekommen. Der Anteil der tagesklinischen Aufenthalte scheint eher noch zuzunehmen, wobei ev. auch hier bereits ein Maximum erreicht ist.

### Urologische Eingriffe

Die Zahl der urologischen Eingriffe hat von 33.171 im Jahr 2002 auf 35.109 im Jahr 2013 zugenommen (+6%), wobei hier ebenfalls bereits 2010 ein Maximum erreicht war.

Die urologischen Haupteingriffe für die Jahre 2002 bis 2013 sind in **Tab. 1** aufgeschlüsselt:

Die Prostatachirurgie ist gleichbleibend (TURP mit in den letzten Jahren stabilen Operationszahlen) bzw. rückläufig (radikale Prostatektomie), hingegen nehmen transurethrale Eingriffe bei Blasen-tumoren signifikant zu, die Anzahl der Zystektomien hat seit 2002 absolut zugenommen, ist aber ebenfalls in den letzten Jahren stabil geblieben.

#### Minimal-invasive Chirurgie

Die Entwicklung der minimal-invasiven Chirurgie ist in der Analyse der

Nierentumoroperationen deutlich zu erkennen: bei einer Gesamtzunahme der Eingriffe um 15% ist v.a. der Anteil der laparoskopischen Operationen um ein Vielfaches gestiegen (**Tab. 2**).

#### Operationen bzw. Interventionen bei Harnsteinen

Operationen bzw. Interventionen bei Harnsteinen haben ebenfalls um 15%

zugenommen, wobei die Anzahl der ESWL-Behandlungen um 9% abgenommen hat. Die Entwicklung neuer Instrumente und Verbesserung der operativen Technik hat zu einer signifikanten Zunahme ureteroskopischer Eingriffe geführt (**Tab. 3**).

**Tab. 1: Die urologischen Haupteingriffe für die Jahre 2002 bis 2013**

	2002	2013	Δ	Trend
TURB	5.566	7.354	+32%	↑
TURP	5.869	6.467	+10%	=
Prostatektomie	3.175	2.707	-15%	↓
Komplexe Eingriffe an der Blase	425	473	+11%	=
Eingriffe an Niere/Ureter	1.502	2.050	+36%	↑
Eingriffe am äußeren männlichen Genital	14.067	13.170	- 6%	↓
GESAMT	33.171	35.109	+ 6%	↑

**Tab. 2: Die Entwicklung der minimal-invasiven Chirurgie für die Jahre 2002 bis 2013**

	2002	2013	Δ	Trend
Nephrektomien offen	522	563	+ 7%	↑
Nephrektomien LSK	204	504	+150%	↑↑
Nierenteilresektionen offen	802	575	- 32%	↓
Nierenteilresektionen LSK	133	439	+230%	↑↑
Nephroureterektomien	190	223	+ 16%	↑
Nephrektomie mit Autotransplantation	160	2		↓↓
GESAMT	2.011	2.306	+ 15%	↑

**Tab. 3: Operationen bzw. Interventionen bei Harnsteinen für die Jahre 2002 bis 2013**

	2002	2013	Δ	Trend
Perkutane Litholapaxie	567	612	+ 8%	↑
ESWL	6.071	5.523	- 9%	↓
URS Extraktion	2.509	4.352	+73%	↑↑
Pyelotomie	48	35		=
Ureterotomie	16	21		=
GESAMT	9.211	10.543	+15%	↑↑

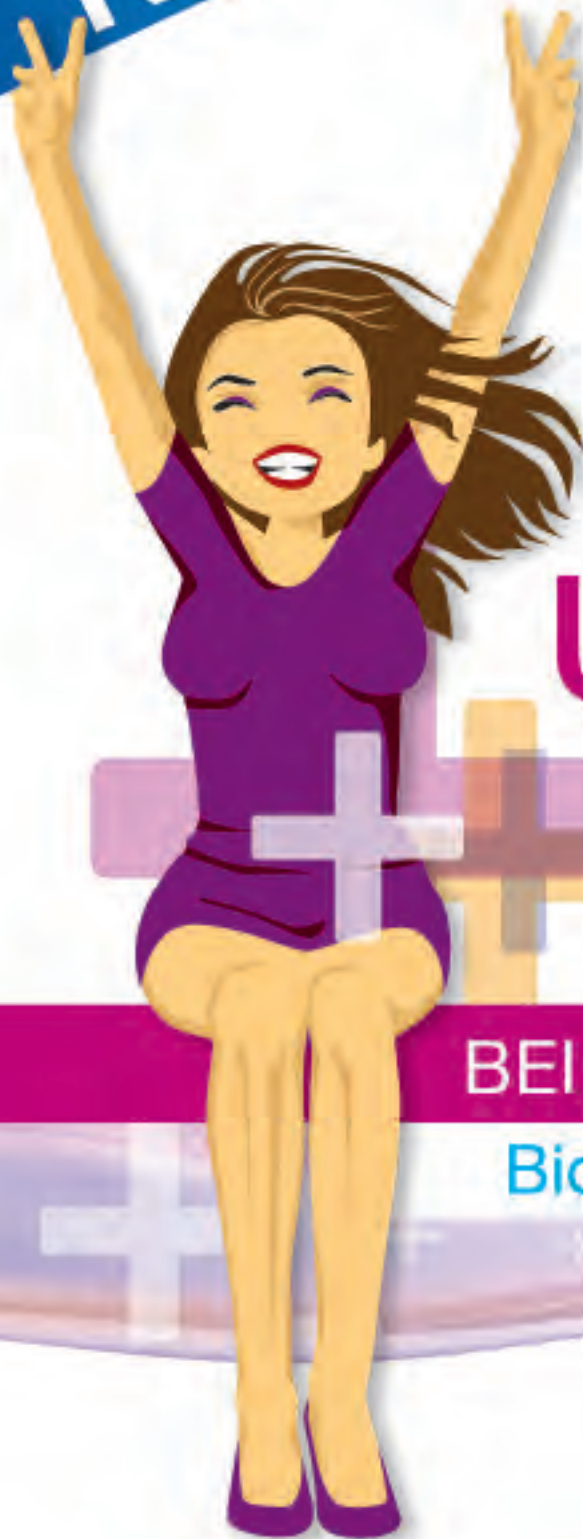
  

	2002	2013	Δ	Trend
TVT/O	2.482	1.984	-20%	↓
Faszienzügelplastik	2.013	60		↓↓
Schlingensuspension ♂	0	104		↑↑
Sphincterprothese	173	191		=
Urethrarekonstruktion	13	159		↑↑
GESAMT	4.681	2.498		?

NEU!



Montavit



# Utipro<sup>®</sup> plus rezeptfrei mein plus

BEI HARNWEGSINFEKTEN

Biofilm + Hibiskus + Propolis

Utipro plus



30 Kapseln  
2,2 g Wirkstoff pro Kapsel

[www.montavit.com](http://www.montavit.com)



**Inkontinenzoperationen**

Die Zahl an Inkontinenzoperationen hat seit 2002 insgesamt abgenommen, wobei hier eine deutliche Verschiebung in Operationstechniken bzw. Methoden stattgefunden hat.

Der Schwerpunkt der urologischen Tätigkeit im Krankenhaus liegt eindeutig im operativen Bereich. Trotzdem findet sich ein wesentlicher Anteil an nicht-operativen Fällen im stationären urologischen Patienten-Kollektiv. Die Entwicklung einiger häufiger Aufnahmediagnosen für konservative stationäre Aufenthalte von 2002 bis 2013 ist in **Tab. 4** wiedergegeben.

**Konservativ stationär behandelte Patienten**

Die Gesamtzahl konservativ stationär behandelter Patienten mit einer der oben angeführten Hauptdiagnosen hat im letzten Jahrzehnt mit 35% in auffälligem Ausmaß zugenommen. Dies reflektiert

**Tab. 4: Inkontinenz: Aufnahmediagnosen für konservative stationäre Aufenthalte für die Jahre 2002 bis 2013**

	2002	2013	Δ	Trend
Pyelonephritis	1.203	1.680	+40%	↑
Akute Prostatitis	383	470	+22%	↑
Epididymitis/Orchitis	1.135	1.161	=	=
Hämaturie (% Interventionen)	1.001 (13%)	1.792 (9%)	+80%	↑↑
Harnverhalten	1.228	1.998	+65%	↑↑
Nierenkolik (ohne Intervention)	1.150	1.148	=	=
GESAMT	6.100	8.249	+35%	↑↑

wahrscheinlich mehrere Entwicklungen: das zunehmende Alter der Bevölkerung, wodurch multimorbide und pflegebedürftige Patienten aufgrund der Komplexität der medizinischen Situation zur Behandlung eher ins Spital überwiesen werden, weiters die dem Bedarf nicht angepasste extramurale medizinische Versorgung, und nicht zuletzt auch der

zunehmende juristische Druck, jedem Erkrankten unmittelbar ein Maximum an Diagnostik und Therapie angedeihen zu lassen.

Konservative urologische Krankheitsbilder (in erster Linie die entzündlichen Erkrankungen des Urogenitaltrakts) werden in Zukunft möglicherweise zunehmend auf interdisziplinären Abteilungen

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Alle FÄ (URO)</b>	384	399	405	404	420	440	448	461	473	479	488	490	513	543
<b>Niedergel. §2-Kassen-FÄ (URO)</b>	149	150	153	152	153	154	152	157	160	159	158	163	168	165
<b>Niedergel. Kassen-FÄ (URO)</b>	185	185	189	188	186	186	182	190	192	190	189	194	199	196
<b>Niedergel. FÄ (URO)</b>	257	269	287	289	289	294	304	308	321	330	341	345	354	364

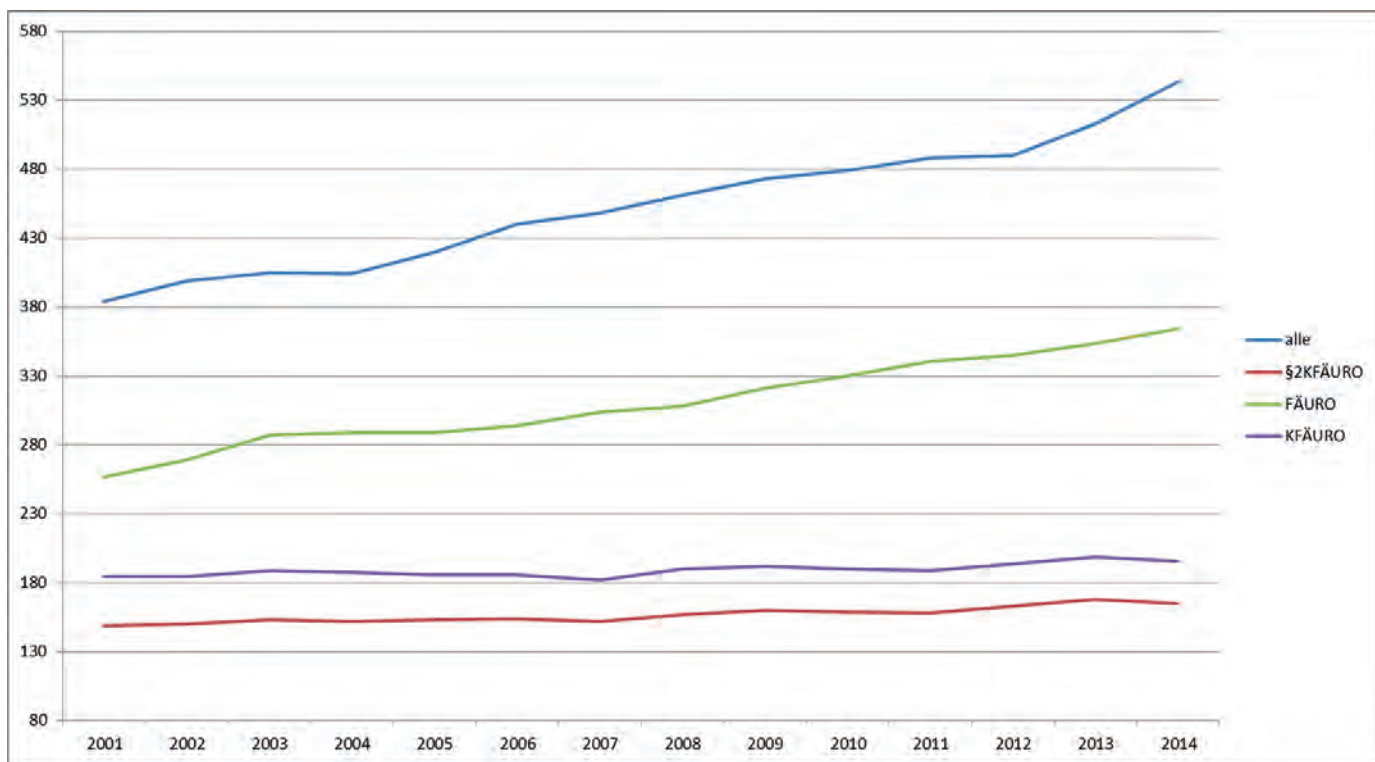


Abb. 2: Entwicklung der Facharztzahlen seit 2001

behandelt werden. Die Anzahl der Infektionen im Bereich des Urogenitaltrakts ist ebenso wie die Anzahl behandlungsbedürftiger Hämaturien, die die enorme Zunahme gerinnungshemmender Therapien widerspiegeln und auch weiterhin eine unmittelbare urologische Betreuung benötigen werden, in den letzten zehn Jahren signifikant angestiegen.

### Urologisch-stationäre Betreuung im Jahre 2030

Wird die urologisch-stationäre Betreuung im Jahre 2030 angesichts der in vielen Teilbereichen zunehmenden Behandlungszahlen gesichert sein? Und von welchen Rahmenbedingungen wird das abhängig sein? Waren einst die Abteilungsbetten der Engpass für eine Spitalsbehandlung bzw. für urologische Operationen, später dann die operativen Kapazitäten (Operationssäle und Operationspersonal), so wird das Nadelöhr in Zukunft in Anbetracht der Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes und der wenig attraktiven Arbeitsbedingungen im Krankenhaus wohl der verfügbare urologische Facharzt sein.

Die Entwicklung der Facharztzahlen seit 2001 ist in **Abb. 2** wiedergegeben.

Die Gesamtzahl an urologischen Fachärzten hat somit seit 2001 um rund 40% zugenommen, dabei ist allerdings die Anzahl der Kassen-Fachärzte fast unverändert geblieben. Da eine Vermehrung der Kassenstellen nicht in Sicht zu sein scheint, wird auch eine Zunahme der extrahospitalären urologischen Versorgung in naher Zukunft kaum stattfinden können, d.h. dass die urologischen Abteilungen auch weiterhin einen Hauptteil der urologischen Betreuung über die Akutversorgung hinaus bewältigen werden müssen.

Wie weit Urologen im Jahr 2030 im Spital arbeiten oder abseits eines Kassenvertrags als Wahlarzt tätig sein werden, wird von den Arbeitsbedingungen im Krankenhaus und von der wirtschaftlichen Situation abhängen – beides Faktoren, die heute nicht abschätzbar sind.

Die derzeit abnehmende Zahl an Ärzten, v.a. an denen, die eine Spitalstätigkeit anstreben, gibt allerdings Anlass zur Sorge, dass die im Krankenhaus tätigen Urologen die anfallende Arbeit bzw. die notwendigen Operationen nicht adäquat und ohne lange Wartezeiten abdecken werden können.

Die alternde Bevölkerung wirft zusätzliche Probleme auf, die auch in die urologische Versorgung hineinreichen: Blasen-funktionsstörungen werden an Bedeutung zunehmen – auch wenn sie derzeit keine Domäne der operativen Therapie sind, wird sich das möglicherweise durch Entwicklung neuer Behandlungsmethoden ändern.

Geriatrische Patienten sind schon heute in der Urologie zahlenmäßig bedeutend, sie binden Kapazitäten durch ihre Multimorbidität, die eine umfangreiche Abklärung, risikoreichere Eingriffe und eine längere Rekonvaleszenz bedingen. Alzheimer-Patienten sind pflegeintensiv, eine gemeinsame Unterbringung mit operativen Patienten anderer chirurgischer Fächer auf eigenen „Alzheimer-Stationen“ mit vermehrtem spezialisiertem Pflegepersonal wäre anzudenken.

### Schlussfolgerungen

Die hier präsentierten Daten lassen folgende Schlussfolgerungen zu:

- Die Anzahl urologischer stationärer Aufenthalte und Eingriffe hat offenbar einen Maximalwert überschritten und ist derzeit auf hohem Niveau relativ konstant.
- Während die Prostatachirurgie im Abnehmen ist, ist es im letzten Jahrzehnt zu einem dramatischen Anstieg der Blasenkarzinome und zu einer mäßigen Zunahme der Nierentumoren gekommen, die die Anzahl operativer Leistungen in diesen Indikationen entsprechend erhöht haben.
- Die Operationsdatenanalyse des letzten Jahrzehnts zeigt zum Teil extreme Schwerpunkterlagerungen im operativen Bereich, bedingt durch neue Techniken, geänderte/verbesserte Indikationsstellungen und alternative Behandlungsmethoden (Chemotherapie, interventionell-radiologische Verfahren).
- Trotz steigender Facharztzahlen scheint die urologisch-fachärztliche Versorgung für das Jahr 2030 aus heutiger Sicht nicht gesichert.
- Der Trend zu minimal-invasiven Verfahren und tagesklinischen Behandlungen wird vermutlich zu einer Reduktion „vollstationärer“ Aufenthalte führen.
- Geriatrische und multimorbide Patienten werden dagegen die durchschnittlichen Aufenthaltszeiten an den urologischen Abteilungen ver-

längern bzw. im Ausgleich mit kürzeren Aufenthalten in anderen Indikationen gleich halten.

Die von den Herausgebern gestellte Frage: „Werden wir 2030 noch über 30 urologische Abteilungen in Österreich haben?“ lässt sich nicht eindeutig beantworten. Der Bedarf an urologischen Operationen wird wohl auch in 15 Jahren weiterhin bestehen, die Gesamtzahl an Eingriffen wird sich wahrscheinlich nicht wesentlich verändern.

Wo es gelingt, eine adäquate Facharztversorgung aufrechtzuerhalten, werden die etablierten Abteilungen weiterbestehen, um die regionale urologische Versorgung zu sichern. Wirtschaftliche Zwänge, geringerer Bettenbedarf durch weitere Minimalisierung von Behandlungsmethoden oder mangelnde Facharztverfügbarkeit könnten aber dazu führen, dass Abteilungen in regionaler Sinnhaftigkeit zusammengelegt oder in Fachschwerpunkte bzw. Tageskliniken umgewandelt werden. Dabei ist allerdings auch zu beachten, dass v.a. in strukturschwachen Regionen die urologischen Spitalsambulanzen die fehlenden niedergelassenen Fachärzte ersetzen.

Wird die urologische Abteilungsstruktur bleiben wie sie ist? Die intensive Zusammenarbeit mit anderen Fächern hat vor allem im onkologischen Bereich zugenommen. Vorstellbar ist, dass ein Team aus urologischen Fachärzten mit je einem Uro-Onkologen und einem interventionellen Uro-Radiologen ergänzt wird, so diese Sonderfächer ausbildungsmäßig für Urologen nicht zugänglich sind.

Ganz sicher wird es aber zu einer Änderung der Arbeitszeitstruktur kommen müssen, da die Anwesenheit der Fachärzte an den Abteilungen durch das Arbeitszeitgesetz zeitlich wesentlich beschränkt und eine kompensatorische Vermehrung der Dienstposten nicht erfolgen wird. Diesbezügliche Modelle gilt es noch zu erarbeiten, sie können sich lokal unterschiedlich gestalten und werden entscheidend für eine adäquate Nutzung der vorhandenen Spitalsressourcen und für eine flächendeckende Betreuung urologischer Patienten sein.

Prim. Univ. Doz. Dr. Claus Riedl  
Urologische Abteilung  
Landeskrankenhaus Baden-Mödling  
Wimmergasse 19  
2500 Baden

# Ausbildung 2030 – Quo vadis?

Kann / soll / darf sich der urologische Nachwuchs noch etwas erwarten?

E. Plas



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

## Voraussetzung ♀ / ♂

Zur Vereinfachung des Textes sind alle angeführten Bezeichnungen in weiblicher Form dargestellt, sind aber gender-neutral zu lesen und verstehen.

Ende Oktober wurde im Ministerrat die **Novelle zum Ärztegesetz betreffend der Ärzteausbildung** beschlossen, wobei dieses, an sich zukunftsorientierte und hoffnungsvolle, Thema zahlreiche Neuerungen beinhaltet. Haben sich die zuständigen Personen wirklich damit beschäftigt und dem notwendigen, motivierten und interessierten Nachwuchs jene Grundlage geschaffen, von der diese sich nicht nur medizinisch fachliche sondern auch finanzielle Sicherheit erwarten dürfen?

Da die letzte Novelle der Ärzteausbildung 1998 war, ist davon auszugehen, dass neuerliche Novellen wiederum mit

einer gewissen Verzögerung schlagend werden und die aktuellen Neuerungen die Ausbildungsverantwortlichen als auch Auszubildende wohl annähernd bis 2030 beschäftigen werden.

Im Folgenden werden jene, für die Facharztausbildung relevanten Gesetzestexte sowie Teile von Presseausendungen der BMfG<sup>in</sup> Dr<sup>in</sup>. Oberhauser dargestellt, damit gewährleistet ist, dass jeder denselben Wissenstand hat. Grundlage für die Novelle war nach Auskunft der Akademie der Ärzte die Annäherung an das angloamerikanische Ausbildungsmodell.

## Ausbildung zur Fachärztin

Nach der *Basisausbildung* (neudeutsch „**Common trunk**“) sieht der Entwurf zwei weitere Abschnitte der Ausbildung vor, eine fachspezifische Grundausbildung im Sonderfach (**Sonderfach-Grundausbildung**) in der Dauer von zumindest fünfzehn Monaten und anschließend eine Schwerpunktausbildung (**Sonderfach-Schwerpunktausbildung**) in der Dauer von zumindest siebenundzwanzig Monaten. Für Fächer wie z.B. die **Urologie sind im Rahmen der Grundausbildung 36 Monate** zu absolvieren, **danach** kommt **das modulare System** zu tragen (Abb. 1). Pro Sonderfach sollen maximal sechs Module zu bestimmten Fachinhalten für die Schwerpunktausbildung zur Wahl stehen, wovon im **Regelfall zumindest zwei, maximal drei Module pro Sonderfach** zu absolvieren sind (Abb. 2). Darüber hinaus wird es ein gleich

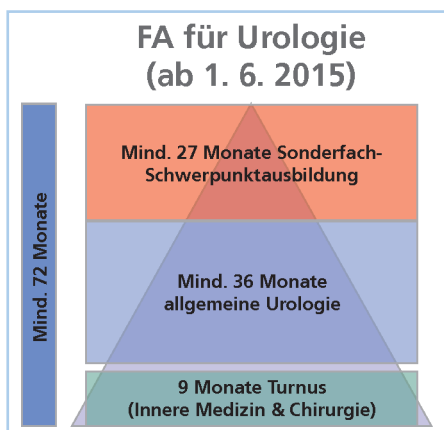


Abb. 1

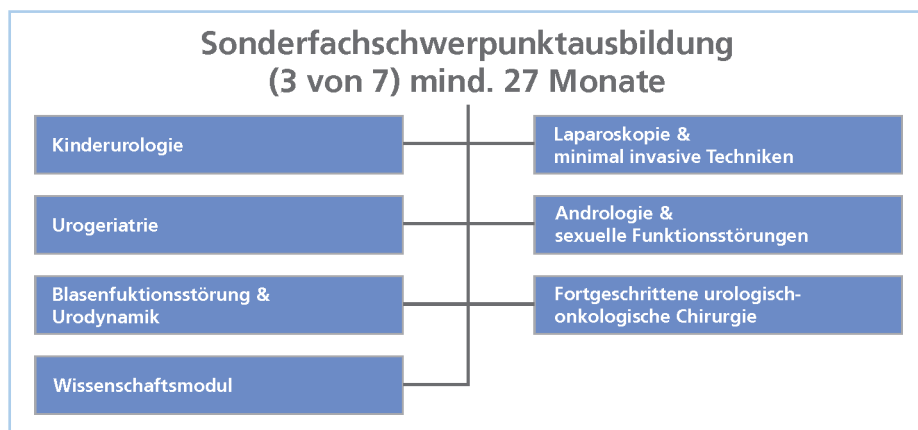


Abb. 2



# Zeit ist Leben<sup>1</sup>

**WAS PATIENTEN MIT  
METASTASIERTEM KASTRATIONSRESISTENTEM PCA  
BEI KEINEN/MILDEN SYMPTOMEN  
NACH ANDROGENDEPRIVATION  
ZUR VERFÜGUNG STEHT...**

**34,7**  
Monate

**Gesamtüberleben<sup>2</sup>**  
(signifikanter 4,4 Monate  
OS Vorteil)

**33,4**  
Monate

**bis zur Opiatgabe<sup>2</sup>**  
(Tumorschmerz)

**49,4**  
Monate

**bestätigtes  
Sicherheitsprofil<sup>2</sup>**  
(medianes Follow-up)

**Our Commitment to Uro-Oncology**

**www.zytiga.at**

**Referenzen:** 1. Johann S. De Bono et al. Abiraterone and increased survival in metastatic prostate cancer. *N Engl J Med* 2011; 364:1995-2000. 2. Charles Ryan et al. Final overall survival (OS) analysis of COU-AA-302, a randomized phase 3 study of abiraterone acetate (AA) in metastatic castration-resistant prostate cancer (mCRPC) patients (pts) without prior chemotherapy. Oral Presentation ESMO 2014, Madrid. PHAT/ZYT/CR14/0005a

**Janssen-Cilag Pharma GmbH**

**janssen**  
PHARMACEUTICAL COMPANY  
A Johnson & Johnson Company

aufgebautes **wissenschaftliches Modul für alle Sonderfächer** geben, dies ist aber **derzeit noch in Erarbeitung** durch die Universitäten, weshalb deren Inhalt noch nicht bekannt ist.

In Zusammenhang mit der Dauer der Fachärztinnenausbildung wird auf eine Presseaussendung der Gesundheitsministerin hingewiesen, die veröffentlicht wurde: „Die **Ausbildung zur Fachärztin** wird künftig **mindestens** (nicht: maximal) **72 Monate** dauern.“ ([http://www.bmg.gv.at/home/Presse/Pressemeldungen/Korrektur\\_zu\\_OTSO111\\_Oberhauser\\_Neue\\_AerztInnenausbildung\\_durch\\_den\\_Ministerrat](http://www.bmg.gv.at/home/Presse/Pressemeldungen/Korrektur_zu_OTSO111_Oberhauser_Neue_AerztInnenausbildung_durch_den_Ministerrat))

Bisherige **Additivfächer** (z.B. Gastroenterologie, Kardiologie, etc.) **entfallen** und werden in die neue Ausbildung integriert, zum einen durch die neu geschaffenen Module, aber auch durch die Möglichkeit der Spezialisierung nach der abgeschlossenen Ausbildung gemäß § 11a Ärztegesetz 1998 in der Fassung des Entwurfs.

Wie schon nach geltendem Recht ist auch in Zukunft eine Ärztin nach absolvierter Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin bzw. zur Fachärztin eines Sonderfaches bei der Berufsausübung auch im Hinblick auf die Einlassungsfähigkeit an jene Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten gebunden, die im Rahmen der Ausbildung erlernt wurden. Durch die Aufnahme der Wortfolge „von einem Facharzt des betreffenden Sonderfaches geleitet wird, dieser oder der den Leiter vertretenden Facharzt zumindest während der Kernarbeitszeit anwesend ist“ in § 9 Abs. 3 Z 1 Ärztegesetz 1998 in der Fassung des Entwurfs wird sichergestellt, dass die Leiterin der Ausbildungsstätte (Ausbildungsverantwortliche) oder die Leiterin vertretende Fachärztin zumindest während der Hauptdienstzeiten, in denen im Wesentlichen die Ausbildung der Assistenten erfolgt, in der Krankenanstalt anwesend sind. Nimmt die Ausbildungsverantwortliche zusätzlich noch eine weitere Leitungsfunktion in einer anderen Krankenanstalt wahr und kommt es aufgrund dessen zu einer Minderung der Anwesenheitszeiten der Ausbildungsverantwortlichen, so ist jedenfalls sicherzustellen, dass die unmittelbare Anleitung und Aufsicht des Auszubildenden durch die Leiterin oder die vertretende ausbildungsverantwortliche Fachärztin des jeweiligen Sonderfaches sichergestellt ist und die Primaria ihre Letztverantwortung als Ausbildungsverantwortliche wahrnimmt.

Analog zum **Erfordernis der Beschäftigung** von mindestens zwei Fachärztinnen für die Anerkennung als Ausbildungsstätte für die Ausbildung in einem Sonderfach ist aus Qualitätsgründen auch bei der Anerkennung als Ausbildungsstätte für die Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin eine zweite Fachärztin des betreffenden Sonderfaches zu beschäftigen.

§ 9 Abs. 4 Ärztegesetz 1998 in der Fassung des Entwurfs sieht nunmehr analog der Regelungen im Rahmen der Ausbildung zur Fachärztin gleichzeitig mit der Anerkennung als Ausbildungsstätte die **Festsetzung der Zahl der Ausbildungsstellen** vor. So soll in Zukunft auch bei der Anerkennung als Ausbildungsstätte für die Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin Bedacht auf die Zahl der auszubildenden Ärztinnen, die Bettenzahl sowie den Inhalt und Umfang der medizinischen Leistung der Einrichtung berücksichtigt werden, um eine qualitative Ausbildung zu gewährleisten. Dabei ist die Zahl der Ausbildungsstellen für die Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin mit jener Anzahl der Ausbildungsstellen für die Ausbildung zur Fachärztin begrenzt, sodass es in einer Ausbildungsstätte nicht mehr Ausbildungsstellen im Fachgebiet Allgemeinmedizin geben kann als es Ausbildungsstellen eines Sonderfaches gibt.

In diesem Zusammenhang wurde § 196 als Grundsatzbestimmung angepasst, wonach in allgemeinen Krankenanstalten – ausgenommen Universitätskliniken – und in Sonderkrankenanstalten hinsichtlich der Fachgebiete gemäß § 7 Abs. 2 zur Aufrechterhaltung des Systems auf je 15 systematisierten Betten pro Krankenanstalt mindestens ein in Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin stehende Ärztin zu beschäftigen ist. Mit dieser, von anerkannten Ausbildungsstätten und Ausbildungsstellen, unabhängigen Ausbildungsmöglichkeit wird weiterhin der Beitrag der Länder zur Aufrechterhaltung insbesondere der ländlichen und hausärztlichen Versorgung durch Ärztinnen für Allgemeinmedizin gewährleistet. Auf je 15 systematisierte Betten pro Krankenanstalt ist somit jedenfalls eine in Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin stehende Ärztin zu beschäftigen. Werden zusätzlich in Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin stehende Ärztinnen beschäftigt, so ist § 9 Abs. 4 insbesondere im Sinne der Qualitätssicherung anzuwenden. Auch ein Unterschreiten dieses Schlüssels kann gerechtfertigt sein, wenn die, den aktuellen Entwicklungen entsprechen-

den, modernen Versorgungsstrukturen und Leistungsspektren (z.B. Fallzahlen) dieses Unterschreiten rechtfertigen und das hohe Ausbildungsniveau ebenso garantieren. Der Entwurf sieht in § 196 Abs. 2 als Grundsatzbestimmung und als Klarstellung vor, dass die Regelung des Abs. 1 nur für jene Krankenanstalten gilt, denen das Öffentlichkeitsrecht verliehen wurde. Somit soll deutlicher werden, dass private Krankenanstalten nicht generell der Verpflichtung gemäß Abs. 1 unterliegen.

In § 9 Abs. 6, 7 und 8 Ärztegesetz 1998 in der Fassung des Entwurfs wird der Notwendigkeit der Erteilung von **Bedingungen und Auflagen** im Zuge der **Anerkennung als Ausbildungsstätte** und Festsetzung von Ausbildungsstellen nachgekommen. Nach geltender Rechtslage ist die Anerkennung als Ausbildungsstätte zu erteilen, wenn die in den einschlägigen Gesetzesstellen aufgezählten Voraussetzungen gegeben sind (**Vollanerkennung**). Das Anerkennungsmaß der Ausbildungsdauer kann entsprechend zeitlich und inhaltlich eingeschränkt werden, wenn die Einrichtung nicht das gesamte Gebiet umfasst oder die erbrachten medizinischen Leistungen nicht gewährleisten, dass sich die in Ausbildung stehenden Ärztinnen die erforderlichen Kenntnisse und Erfahrungen auf dem gesamten Gebiet aneignen können (**Teilanerkennung**). In einigen Fällen scheint die Anerkennung als Ausbildungsstätte unter der Voraussetzung der Vermittlung von an der jeweiligen Abteilung nicht erbrachten Leistungen durch Kooperation mit bzw. Rotation an eine andere Ausbildungseinrichtungen durchaus sinnvoll.

Die **Anerkennung der Ausbildungsstätte soll für einen Zeitraum von sieben Jahren** vergeben werden (§ 9 Abs. 5 Ärztegesetz 1998 in der Fassung des Entwurfs), wobei die Frist mit dem Wirksamkeitsdatum des entsprechenden Bescheids (frühestens mit 1.6.2015) beginnt. **Jede Ausbildungsstätte muss neu ansuchen**. Von dieser befristeten Anerkennung von sieben Jahren, umfasst ist auch die Festsetzung der Ausbildungsstellen. Sofern innerhalb der Frist ein Antrag auf Festsetzung einer zusätzlichen Ausbildungsstelle eingebracht wird, so sind die Voraussetzungen für die Festsetzung der Ausbildungsstellen erneut zu prüfen und im Bescheid über alle Ausbildungsstellen abzusprechen. Mit Wirksamkeitsdatum dieses Bescheids beginnt die Frist in Folge erneut zu laufen.

§ 10 Abs. 2 in der Fassung des Entwurfs zählt die für die Ausbildung zur Fachärztin möglichen **Ausbildungsstätten** auf. Neben Abteilungen und sonstigen Organisationseinheiten von Krankenanstalten, einschließlich Universitätskliniken sowie sonstigen Organisationseinheiten einschließlich allfälliger Untereinheiten von Medizinischen Universitäten oder Universitäten, an denen eine Medizinische Fakultät eingerichtet ist, Untersuchungsanstalten der Gesundheitsverwaltung, arbeitsmedizinischen Zentren gemäß § 80 des ArbeitnehmerInnen-schutzgesetzes (ASchG), BGBl. Nr. 450/1994, Anstalten, die für die Unterbringung geistig abnormer oder entwöhnungsbedürftiger Rechtsbrecher bestimmt sind und Krankenabteilungen in Justizanstalten können nunmehr auch Einrichtungen der öffentlichen Gesundheit gemäß den allgemein geltenden Anerkennungsregeln, insbesondere sofern sie unter der Leitung eines entsprechenden Facharztes/einer entsprechenden Fachärztin stehen, als Ausbildungsstätten anerkannt werden.

Die Anzahl der Ausbildungsstellen an einem sich ständig verändernden Fachärztestand (der gerade an Medizinischen Universitäten einer besonders hohen Fluktuation ausgesetzt ist) und Eingriffszahlen fest zu machen, ist somit im Ergebnis nicht nur unadministrativ, sondern führt vor allem dazu, dass die Qualitätsstandards in Universitätseinrichtungen mit den Entwicklungen an den übrigen Krankenanstalten nicht mehr Schritt halten können. Der Turnusärztin kann darüber hinaus eine definitive Zusage der eventuellen Facharzt-ausbildung über einen längeren Zeitraum an einer universitären Einrichtung nicht erteilt werden.

Analog § 9 Abs. 3 Z 5 Ärztegesetz 1998 in der Fassung des Entwurfs sieht auch § 10 Abs. 3 Z 5 Ärztegesetz 1998 in der Fassung des Entwurfs als eine der **Voraussetzungen für die Anerkennung als Ausbildungsstätte** zur Fachärztin vor, dass die Ausbildungsstätte über einen Pflegedienst verfügen muss, der die Durchführung der in § 15 Abs. 5 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG), BGBl. I Nr. 108/1997, genannten Tätigkeiten gewährleistet. Turnusärztinnen sollen im Rahmen der neunmonatigen Basisausbildung für solche Tätigkeiten herangezogen werden, wenn dies für den Erwerb der für die Erreichung des Ausbildungsziels erforderlichen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten notwendig ist. Das Erfordernis des Pflegedienstes ist entspre-

chend dem jeweiligen Sonderfach der anzuerkennenden Ausbildungsstätte zu sehen, sodass beispielsweise im Sonderfach Medizinische und Chemische Labor-diagnostik oder im Sonderfach Radio-logie die Voraussetzung des Pflegedienstes in den Hintergrund treten wird.

§ 11 Ärztegesetz 1998 in der Fassung des Entwurfs enthält Regelungen zur Wahrung der **Qualität der Ausbildung** zur Ärztin für Allgemeinmedizin und zur Fachärztin. Eine Neuerung gegenüber den bisherigen Bestimmungen ergibt sich aus Abs. 2 des Entwurfs, wonach der Träger der Ausbildungsstätten der Turnusärztin nach der Basisausbildung zu Beginn der weiteren praktischen Ausbildung einen **Ausbildungsplan** für die gesamte Ausbildung vorzulegen hat. Dieser Ausbildungsplan, wie er auch in anderen Ländern der Europäischen Union besteht, soll der Turnusärztin aber auch dem Träger der Ausbildungsstätte von Anfang an einen besseren Überblick und eine bessere Planbarkeit der Ausbildung ermöglichen.

Der Entwurf sieht den **Entfall der Additivfächer** vor. Um Ärztinnen dennoch eine über die Sonderfach-Schwerpunkt-ausbildung hinausgehende Vertiefung in einem Teilgebiet der Allgemeinmedizin oder eines Sonderfaches zu ermöglichen, normiert der Entwurf in § 11a Ärztegesetz 1998, dass nach dem Abschluss der Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin oder zur Fachärztin eine Spezialisierung in Form einer Weiterbildung absolviert werden kann.

Im Gegensatz zur Additivfachausbildung soll die **Spezialisierung erst nach Abschluss der Ausbildung** und somit erst mit dem Erwerb der selbstständigen Berufsberechtigung möglich sein.

Die *Spezialisierung soll sonderfachspezifisch aber auch sonderfachübergreifend* möglich sein, um auch einen Kompetenzerwerb in Querschnittsmaterien, wie insbesondere im Gebiet der Geriatrie oder der Psychosomatik zu gewährleisten. Die Berechtigung zur Ausübung der Spezialisierung bleibt aber, wie bisher bei den Additivfächern, auf das betreffende Sonderfach, in dem die selbstständige Berufsberechtigung als Ärztin erworben worden ist, beschränkt.

Die Spezialisierung soll in allen Einrichtungen möglich sein, die bereits als Ausbildungsstätten, Lehrpraxen, Lehrgruppenpraxen oder Lehrambulatorien für die Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin oder Fachärztin anerkannt sind und darüber hinaus in

Einrichtungen, die der medizinischen oder psychosozialen Behandlung, Pflege oder Betreuung dienen. Dadurch wird auch die Einbeziehung von beispielsweise Pflegeheimen ermöglicht, was gerade im Bereich der Geriatrie aus fachlicher Sicht zu befürworten ist.

§ 14 Abs. 2 Ärztegesetz 1998 regelt, dass die Österreichische Ärztekammer unter der Voraussetzung der Gleichwertigkeit im Ausland absolvierte Prüfungen auf die Prüfung zur Ärztin für Allgemeinmedizin oder zur Fachärztin anzurechnen hat. Zahlreiche Anlassfälle haben gezeigt, dass die Feststellung der Gleichwertigkeit von im Ausland absolvierten Prüfungen nur äußerst schwer und mit einem immensen administrativen Aufwand getroffen werden kann. Die Antragsteller können die für die Gleichwertigkeitsfeststellung notwendigen Unterlagen (Informationen zur Prüfungsform, Prüfungsdauer, Fragen-aufbau, Themenkatalog, Gedächtnisprotokoll) großteils nicht vorlegen, vielfach auch weil die im Ausland abgelegte Prüfung jahrelang zurückliegt. Auch lassen die zum Teil unterschiedlichen ausländischen Ausbildungssysteme eine Gleichwertigkeitsfeststellung kaum zu. Die **ersatzlose Streichung des § 14 Abs. 2 Ärztegesetz 1998** bedeutet, dass für die **Erlangung des Diplomes gemäß § 15** die Prüfung zur Ärztin für Allgemeinmedizin bzw. **die Facharztprüfung in Österreich verpflichtend abzulegen** haben ([http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/ME/ME\\_00053/fnameorig\\_360778.html](http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/ME/ME_00053/fnameorig_360778.html)).

Gerade durch den letzten Absatz entstand einiges an Verwirrung, da infrage gestellt wurde, ob denn nun die EBU Prüfung gleichzeitig die österreichische Facharztprüfung ist bzw. weiterhin bleibt. Hierzu wurde im Rahmen einer Veranstaltung der Österreichischen Ärztekammer in Zusammenarbeit mit der Akademie der Ärzte festgehalten, dass die Verknüpfung ausländischer Prüfungen mit inländischen zulässig und somit weiterhin korrekt ist. Die ÖGU hat 2014 nach zähen Vorbereitungen und Diskussionen erfreulicherweise einen Kooperationsvertrag der Akademie der Ärzte und der EBU erzielt, den es gilt nun auch für die Zukunft zu erhalten. Somit ist derzeit die verpflichtende österreichische Facharztprüfung ident mit der EBU Prüfung und erfüllt alle Kriterien, die sowohl von der Akademie der Ärzte in Vertretung der Österreichischen Ärztekammer als auch der EBU erforderlich sind. Anhand der bisherigen Signale ist davon auszugehen, dass diese



in die Prüfungsordnung aufgenommen wird und somit auch für die nächsten Jahre Bestand hat, sicher jedoch für 2015. Die mündliche Prüfung zum FEBU ist kein Teil der Facharztprüfung und kann / sollte freiwillig im Anschluss an die erfolgreich abgeschlossene österreichische Facharztprüfung = EBU Prüfung angestrebt werden.

Weiters wurde das Ziel der Novelle dargestellt, nämlich die Ausbildung auf Inhalte und nicht mehr auf Strukturen zu fokussieren. Somit stellt die Verpflichtung zur Absolvierung einer neunmonatigen Basisausbildung nach dem Medizinstudium Kern der Novelle dar. Ob der verpflichtende „Common Trunk“ mit 6 Monaten Innere Medizin und 3 Monaten Chirurgie jene Basis schafft, die gewährleistet, dass a) die Entscheidung Ärztin für Allgemeinmedizin oder Fachärztin zu werden so rasch gefällt wird, b) die entsprechenden FÄ Positionen vorhanden sind und c) die noch immer sinnvolle breite Ausbildung im Rahmen des Turnus nicht nur fächerbezogen sondern auch zur Etablierung eines medizinischen Netzwerkes genützt werden kann, bleibt abzuwarten. Die Zeit scheint jedoch sehr knapp bemessen. Erst danach kommt die fachärztliche Ausbildung mit Teilung der Ausbildung in eine Sonderfach-Grundausbildung und eine darauf aufbauende Sonderfach-Schwerpunktausbildung.

Haben sich diese Ausbildungsmodelle in den USA wirklich bewährt oder übernehmen wir etwas, das auch Tücken und Nachteile hat?

Gerade die breite Ausbildung mit zunehmender Spezialisierung hat zu großen Begehrlichkeiten an Kollegen, die in Europa ausgebildet wurden, gebracht. Die frühe Spezialisierung ermöglicht rasche Expertise, aber die Vernetzung und Fähigkeiten, die gerade in chirurgisch tätigen Professionen unabdinglich sind, kann in dieser kurzen Zeit nicht gleichzeitig erlernt werden. Eine Lösung kann die Integration von Chirurginnen in urologische Ausbildungsstätten sein. Ist das berufspolitisch wirklich sinnvoll und erstrebenswert? Wollen / sollen oder müssen wir eine Verschmelzung der Fächer wiederum anstreben um die politisch postulierte „beste Medizin“ der Welt anbieten zu können? Oder besteht darin nicht die Gefahr, die Urologie in Chirurgie, Gynäkologie, Endokrinologie, Nephrologie, Dermatologie, Kinderchirurgie, Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatonkologie etc. wiederum aufzusplitten?

Es gilt sehr sorgfältig mit diesen Entscheidungen umzugehen, da alle Subspezialitäten Begehrlichkeiten haben und, wie zahlreiche nationale aber auch internationale Beispiele (Deutschland: Andrologie betreiben Gynäkologen, Dermatologen, Urologen; Österreich: Blasenfunktionsstörung – Urologie, Gynäkologie; Nebennierenchirurgie – Chirurgie, Urologie; Diskussion in Österreich: Wer darf intradetrusär Botox injizieren?, etc.), rasch Terrain an andere Fächer verloren gehen kann.

Alternativ dazu wäre die Einbindung erfahrener Urologinnen sinnvoll, die ja bereits an vielen Stätten gelebt wird. Somit könnten wir Wissen und Know how „emeritierter“ Kolleginnen beibehalten und diese mit innovativen Arbeitszeitmodellen integrieren. Die Urologie hätte dadurch ein sinnvolles Projekt zur Problematik des Generationenkonfliktes beigetragen und wir könnten die reichlich vorhandene Expertise langgedienter, anerkannter Kolleginnen nützen. Es erscheint sinnvoller auf die eigenen Reihen zurückzugreifen und diese zu integrieren als die oben genannten Fronten zu eröffnen.

Anhand dieser Grundlagen gilt es nun, innovative (wer hat welche?) und konstruktive (wo sind diese?) Konzepte und Kooperationen zu erarbeiten, die unser Fach auch in Zukunft interessant machen. Unter Berücksichtigung der demographischen Entwicklung der Alterspyramide kann und muss davon ausgegangen werden, dass sich unsere Arbeitsbereiche nicht verringern sondern steigern werden. Gleichwohl müssen aber auch entsprechende Angebote von den Krankenhausträgern und den Abteilungsleiterinnen kommen, die diesen Beruf weiterhin attraktiv machen. Gerade die ÖGU ist als wissenschaftliche Organisation gefordert, Zukunftsprojekte zu entwickeln und strategische Überlegungen anzustellen.

Die vorgeschriebenen Module werden wahrscheinlich für die ersten Kollegen in der Ausbildung „neu“ wählbar sein, aber werden wir allen weiteren auch garantieren, dass sie sich ihre Spezialisierungen aussuchen können? Wird nicht auch hier der Flaschenhals der Spezialgebiete dazu führen, dass das genommen wird, was frei ist und nicht, was man eigentlich vertieft erlernen wollte. Nicht zu vernachlässigen darf man die Ansprüche der „Generation Y“, Vorgaben des Arbeitszeitgesetzes, die nun endlich nach langjähriger verschlafener Vorbereitungsphase und nun hek-

tisch geforderter, teilweise ratloser Umsetzung, berücksichtigt werden müssen, als auch das wichtige Thema „Gender“-Gleichheit in der Urologie. Können wir Modelle erarbeiten, die unsere Profession weiterhin attraktiv gestalten und die Anforderungen der Uniabsolventinnen (mittlerweile gibt es mehr weiblichen Erstinskribentinnen) unter gleichzeitiger Berücksichtigung erforderlicher und gerechtfertigter Ansprüche der Vereinbarkeit von Familie und Beruf ermöglichen werden?

Neben diesen Fragen ist natürlich die Qualität der Ausbildung besonders wichtig. **„Who trains the trainer? Who controls the trainer?“** – es wird in der Novelle besonderes Augenmerk auf die Kontrolle der Ausbildungsstätte durch die Ärztekammer gelegt. Die Befugnis zur Ausbildung wird nur für 7 Jahre gegeben, somit muss fast mit Ende einer Facharztprüfung neuerlich um die Bewilligung bei der Kammer angesucht werden. Die österreichische Ärztekammer wird alle Stätten wiederholt evaluieren und die Befugnis bestätigen oder absprechen. Was passiert, wenn Ausbildungsstätten nicht neu bestellt werden – werden diese fehlenden Kapazitäten durch andere Einheiten abgedeckt? Schaffen wir es innerhalb unserer Fachgesellschaft, einheitliche Vorgaben zu erarbeiten, die dem Auszubildenden an „jeder“ Ausbildungsstelle gleiche Bildungsstandards garantieren? Ist dies eine utopische, somit „Wunsch“-Forderung oder wollen / sollen wir an der Realisierung arbeiten? Bildungsstandards sind ja im Zuge der Diskussion zum Thema Zentralmatura von „besonderer“ Bedeutung und schaffen, wie die intensive öffentliche Diskussion zeigt, „klare“ Vorgaben und unterstützen den Nachwuchs (so wollen wir hoffen). Kommen wir aber ohne Standards, sei es in ihrer maximalen, optimalen oder minimalen, gerade noch akzeptablen Form, aus? Alleine der europaweite Versuch mit der EBU Prüfung jene Grundlage zu schaffen, die pro futuro auch der österreichischen Urologie ein „benchmarking“ ermöglicht, trifft zumindest in manchen Funktionsbereichen auch halb – bis geschlossene Ohren.

Die Hoffnung liegt im Detail, dem Zusammenhalt der urologischen Community und der Perspektive, dass wir alle – endlich einmal gender unabhängig – mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit zumindest in der letzten Lebensphase als Patient Kontakt mit Urologinnen bekommen werden. Somit sollte es unser ureigenstes Interesse sein, hoch motivierte

und bestausgebildete Kollegen zu generieren um nicht auf eine sorgenvolle Zukunft unserer Profession hinzusteuern. Überlassen wir den Kammern oder Trägern die Gestaltung der Ausbildung, werden wir unzufriedenen, frustrierten Nachwuchs erlangen, der wenig zur weiteren Entwicklung der Urologie in Österreich beitragen wird. Gerade die Ausbildung stellt somit ein zentrales Thema der ÖGU dar, bei der **jeglicher konstruktiver Gedanke von jedem Mitglied eingebracht, berücksichtigt und diskutiert werden muss**, um hohe Zustimmung innerhalb unserer Gesellschaft zu erlangen.

Die ersehnte Rotation der jungen Kollegen innerhalb der Träger, bundesländerweit, geschweige denn österreichweit war bis dato kaum von Erfolg gekrönt. Möchten wir aber unsere Profession als einen „Pfeiler in der medizinischen Brandung“ beibehalten bzw. etablieren, so gilt es, funktionierende Rotationsmodelle zu erarbeiten, verbunden mit der Bereitschaft der Auszubildenden, dies auch anzunehmen. Gerade das Modulare System der Schwerpunktausbildung kann in vielen Häusern in ihrer Komplexität nicht entsprechend angeboten werden. Hierzu braucht es Interesse und Motivation sowohl der kommenden Generationen aber auch der Ausbildungsverantwortlichen im Turnus von

9 Monaten konsequent die Ausbildung im Spezialbereich anzubieten. Dies wird für die Abteilungsleiterinnen eine besondere Herausforderung darstellen, nicht nur seine Mitarbeiterinnen, sondern als Letztverantwortliche, auch mit eigenem Engagement, die Qualität der Ausbildung über einen langen Zeitraum aufrecht zu erhalten.

Potential liegt auch in den Arbeitskreisen der ÖGU, in denen sich unsere Kolleginnen aktiv beteiligen können, die aber auch durch spezifische Fortbildungsangebote die Auszubildenden zum Erlernen Ihrer Fähigkeiten unterstützen sollen / können. Die Arbeitskreise der ÖGU müssen ihrem Titel „Arbeitskreis“ gerecht werden und sich unisono an den Aktivitäten der ÖGU beteiligen. Nicht zu vernachlässigen ist die Austrian School of Urology, die in den letzten Jahren zahlreiche Intensivseminare angeboten hat und durch ihre komprimierte, intensive Darbringung, das Ausbildungsniveau positiv beeinflusst hat.

Daraus folgend wäre auch die aktive Diskussion junger Kolleginnen wichtig um darzustellen, wie sie sich Ausbildung bzw. mit welchen Medien sie sich dies „2014+“ erwarten. Es gilt neue, innovative Kommunikationsprojekte zu erarbeiten, die Kommunikation innerhalb verschiedener Träger zu erleichtern. Interdisziplinäre Diskussion z.B. anhand

regelmäßiger Tumorboards sind bekannt, etabliert und bewährt – warum schaffen wir dies nur interdisziplinär und nicht auch intradisziplinär?? Wo sind motivierte, begeisterungsfähige Köpfe, die sich in diese, primär nicht fruchtbringende Diskussion einbringen wollen – vielleicht braucht die ÖGU einen „AK für innovatives Denken und Zukunftsentwicklung“ als Plattform zur Gestaltung der urologischen Zukunft mit dem Schwerpunkt „Nachwuchsarbeit“.

Abschließend muss noch angeführt werden, dass die Novelle mit 1.6.2015 in Kraft tritt. Jene Kolleginnen, die vorher mit ihrer Ausbildung beginnen, können wählen, ob sie die Ausbildung nach dem alten oder neuen Prinzip erlernen möchten. Somit ist der Zeitdruck, da bei weitem nicht alle Informationen und Inhalte bekannt sind (siehe Modul: „Wissenschaft“) enorm und jegliche Ideenfindungen und Planungen sollten somit bereits jetzt beginnen.

PS: Der Inhalt stellt nur die Meinung des Autors dar und ist nicht mit dem Vorstand der ÖGU abgestimmt.

Prim. Univ. Doz. Dr. Eugen Plas,  
 FEBU, FECSM  
 Abteilung für Urologie  
 Hanusch-Krankenhaus  
 Heinrich-Collin-Straße 30  
 1140 Wien

Fachkurzinformation zu den Seiten 23, 29 und 66

**Bezeichnung des Arzneimittels:** Spedra 50 mg Tabletten, 100 mg Tabletten, 200 mg Tabletten. **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Jede Tablette enthält 50 mg, 100 mg bzw. 200 mg Avanafil. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Mannitol, Fumarsäure, Hyprolose, Nierdisubstituierte Hyprolose, Calciumcarbonat, Magnesiumstearat, Eisen(III)-hydroxid-oxid x H<sub>2</sub>O (E172). **Anwendungsgebiete:** Zur Behandlung der erektilen Dysfunktion bei erwachsenen Männern. Für die Wirksamkeit von Spedra ist eine sexuelle Stimulation erforderlich. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. Patienten, die irgendeine Form organischer Nitrats oder Stickstoffmonoxid-Donatoren (wie z. B. Amylnitrit) einnehmen. Ärzte sollten bei Patienten mit Herz-Kreislauf-Vorerkrankungen vor der Verschreibung von Spedra das mögliche kardiale Risiko bei der sexuellen Aktivität berücksichtigen. Die Anwendung von Avanafil ist kontraindiziert bei - Patienten, die innerhalb der letzten 6 Monate einen Herzinfarkt, Schlaganfall oder eine lebensbedrohliche Arrhythmie erlitten haben, - Patienten mit anhaltender Hypotonie (Blutdruck < 90/50 mmHg) oder Hypertonie (Blutdruck > 170/100 mmHg), - Patienten mit instabiler Angina, Angina während des Geschlechtsverkehrs oder mit kongestivem Herzversagen (Stauungsinsuffizienz) im Stadium 2 oder höher, klassifiziert nach der New York Heart Association (NYHA), - Patienten mit schwerer Leberfunktionsstörung (Child-Pugh-Stadium C), - Patienten mit schwerer Nierenfunktionsstörung (Kreatinin-Clearance < 30 ml/min), - Patienten, die aufgrund einer nicht arteriellen anterioren ischämischen Optikusneuropathie (NAION) unter dem Verlust des Sehvermögens auf einem Auge leiden, unabhängig davon, ob diese Episode in Zusammenhang mit einer vorherigen Exposition gegenüber eines Phosphodiesterase 5(PDE5)-Inhibitors steht oder nicht (siehe Abschnitt 4.4). - Patienten mit bekannten erblichen degenerativen Netzhauterkrankungen, - Patienten, die starke CYP3A4-Inhibitoren anwenden (u. a. Ketoconazol, Ritonavir, Atazanavir, Clarithromycin, Indinavir, Itraconazol, Nefazodon, Nelfinavir, Saquinavir und Telithromycin). **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Noch nicht zugewiesen. ATC-Code: Noch nicht zugewiesen. **Inhaber der Zulassung:** Menarini International Operations Luxembourg S.A., 1, Avenue de la Gare, L-1611 Luxembourg, Luxemburg. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. Weitere Angaben zu den Abschnitten Dosierung und Art der Anwendung, Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Gewöhnungseffekte, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit sowie Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation. **Stand der Information:** Februar 2014

▼ 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 der veröffentlichten Fachinformation.

# Medizin und Ausbildung im Jahre 2030

Betrifft auch die Urologie

St. Krause

Bis zum Jahr 2030 wird der Bedarf an ärztlichem Personal in den österreichischen Spitälern um rund 14 Prozent (= 3.000 Ärztinnen und Ärzte) steigen. Der Deloitte Health Care Indicator 2014 prognostiziert die stationäre Nachfrageentwicklung bis 2030 – in regionaler, demografischer und disziplinärer Hinsicht. Danach werden die Fallzahlen vor allem in Neurologie, Augenheilkunde, Orthopädie, **Urologie** und Innerer Medizin am deutlichsten ansteigen. Die Sicherung der Gesundheit der Bevölkerung braucht eine an den Patienten orientierte, bedarfsgerechte, koordinierte, wirkungs- und prozessorientierte sowie qualitätsgesicherte Versorgung mit Gesundheitsleistungen. Wirksame Früherkennung, Frühintervention, integrierte Versorgung und das Stärken der Patientenkompetenz im Umgang mit ihrer Erkrankung sind von zentraler Relevanz. Entsprechende Kapazitätsentwicklung in den Bereichen Public Health, Gesundheitsökonomie, Gender-Medizin, Versorgungsforschung sowie praxisnahe und bedarfsgerechte Ausbildung und kontinuierliche Fortbildung für Ärzte sind erforderlich.

## Visionen der Medizin im Jahre 2030: Der gläserne Patient

**Maschinen werden Infektionskrankheiten erkennen:** Computer werten bei chronisch Kranken Vitalparameter, Blut- und Körperwerte aus und suchen nach Alarmsignalen. Neue Bildgebungsverfahren zeigen nicht nur Organe und Ge-

webe in ungeahnter Schärfe, ein Auswertungsprogramm gibt dem Arzt zudem Hinweise, worauf er achten soll. Ein maschinelles System zum Aufspüren von Infektionskrankheiten ist bereits in Arbeit (Fa. Abbott, US).

**Mediziner werden immer weniger Zeit für Ihre Patienten haben,** weil sie immer mehr betreuen müssen. Einerseits schrumpft die Zahl der Ärzte, andererseits wächst der Bedarf an medizinischen Leistungen, weil eine alternde Bevölkerung auch kränker ist. Einige Leiden werden aufgrund des medizinischen Fortschritts zwar besser behandelbar sein als heute. Operationen werden ohne Narben möglich sein und mit Gewebe aus dem Labor werden kranke Organe repariert werden (z.B. Blase und Harnröhre). Die Volkskrankheiten werden aber mit großer Wahrscheinlichkeit auch künftig die Lebensqualität einschränken, auch weil es die Wunderpille z.B. gegen Krebs nicht geben wird.

**Die Datenleitung ersetzt Hausbesuche:** Medizinische Daten werden an die Praxen und Zentralrechner der Kliniken geleitet. Bei gefährdenden Abweichungen wird Alarm ausgelöst und speziell ausgebildete Pflegekräfte rufen die Betroffenen an und leiten die Gegenmaßnahmen ein. Der Patient landet somit seltener auf der Intensivstation, weil Komplikationen früher erkannt werden.

**Computer aus Speziallabors werden Massentechnologie:** Instrumente zum Umgang mit Krankheiten werden kleiner, schneller und verlässlicher. Geräte, die heute noch in Speziallabors stehen,



Prim. Univ. Prof. Dr. Steffen Krause

wandern in Praxisräume und am Ende sogar zum Patienten nach Hause.

**Jeder wird sein eigener Arzt („Do-it-yourself-Medizin“):** Firmen drängen bereits jetzt auf den Markt und bieten Tests z.B. zu Cholesterin, Mykosen, Allergien und Fertilität an, die Qualität der Produkte ist bisher zumindest jedoch mangelhaft.

**Biomarker können unangenehme Untersuchungen,** z.B. die Prostatabiopsie und Darmspiegelung (Blutest der Fa. Epigenomics) **ersetzen.** Um weitere Krankheitsmarker und Therapieansätze zu finden, laufen Programme zur Erfassung des menschlichen Stoffwechsels. Am Broad Institute (Boston, US) stehen beispielsweise Geräte zur Entschlüsselung des Erbguts. Noch bremsen die hohen Kosten den Fortschritt, aber Mitte dieses Jahrzehnts wird die Entzifferung eines kompletten menschlichen Genoms nur noch ca. 1.000 US \$ kosten. Die Sequenziermaschinen werden dabei nicht größer als ein handelsüblicher Drucker sein (Fa. Ion Torrent, US).

**Individuelle Ernährungspläne werden die Therapie beeinflussen,** da der Stoffwechsel von Patienten unterschiedlich auf Nahrungsmittel reagiert. Ernährungspläne werden so erstellt werden, dass Patienten wissen, welche Medikamente bei ihnen am besten wirken.

**Eine genetische Volkszählung verspricht neue Erkenntnisse.** Dienste wie Google Health bieten US-Amerikanern schon heute an, ihre Kranken-



akte elektronisch zu hinterlegen, damit verschiedene Ärzte Einblick nehmen können. Aufgrund der Datenmenge wird in Zukunft kein Patient mehr ohne elektronische Erfassung (z.B. ELGA) zu behandeln sein.

**Fazit: Vielleicht ist 2030 deshalb das Jahr, in dem wir gesünder sind, aber gleichzeitig auch nackter als je zuvor.**

## Anspruch an die medizinische Ausbildung

### Chefs mit Charakter, Offline-Kompetenz, Return on Education

Diese Themen werden in der Weiterbildung der Zukunft eine wichtige Rolle spielen. Um Trends rund um das „fachspezifische Lernen im Jahr 2030“ zu prognostizieren, hat das Institute of Corporate Education (Incore) in Zusammenarbeit mit der F.A.Z. Executive School eine Delphi-Studie durchgeführt. Daran haben über 100 Weiterbildungs-Experten aus den Bereichen Wirtschaft, Wissenschaft, Politik und Verbänden teilgenommen. Die Ergebnisse legen nahe, dass die Entwicklung von

Führungskräften und deren Soft Skills künftig eine große Rolle spielen werden: Die Persönlichkeit des Chefs werde sich für die Teilnehmer zu einem Kernthema entwickeln, so eine Prognose der Studienautoren. Inhalte entsprechender Trainingsmaßnahmen könnten demnach vor allem Charakter und Authentizität, aber auch spezifische Denkmuster wie erlernter Optimismus werden. Die stetig wachsenden Anforderungen an Führungskräfte würden daneben zu weiteren neuen Trainingsangeboten, wie etwa zur Offline-Kompetenz, führen.

### Individualisierung von Trainingseinheiten

Die künftige Entwicklung des Weiterbildungsmarktes erwartet hauptsächlich zwei Bewegungen:

Zum einen werden die technischen Entwicklungen, wie etwa die Erfindung virtueller Seminar- und Unterrichtsräume oder Hörsäle, den Markt beeinflussen.

Zum anderen wird künftig auch eine Marktbewegung durch gesellschaftliche Entwicklungen spürbar, wie etwa die Forderung nach „Chefs mit Charakter“. Zudem wird die Individualisierung von

Trainings in Zukunft zunehmen.

### Akkreditierungen und Zertifizierungen geben keine Erfolgsgarantie

Eine zukünftige Akademisierung von Training und Personalentwicklung wird in Zukunft als Ausdruck eines gesteigerten Qualitätsbewusstseins gewertet. Dennoch werden Qualitätsnachweise wie Akkreditierungen und Zertifizierungen, z.B. von medizinischen Zentren, wohl auch künftig keine Erfolgsgarantie versprechen, aber als wichtige Faktoren bei der Auswahl von Weiterbildungsanbietern dienen. Den Prognosen zufolge dürfte in Unternehmen (= Kliniken) künftig vor allem eines wichtig sein: Dass sich die Investition in die Weiterbildung der Mitarbeiter auszahlt. Der Markt fordert einen transparenten und nachvollziehbaren Ausweis des Weiterbildungsmehrwerts (Return on Education).

Prim. Univ. Prof. Dr. Steffen Krause  
Urologische Abteilung  
Allgemeines Krankenhaus  
der Stadt Linz  
Krankenhausstraße 9  
4021 Linz



Berufsverband **bvU**  
der Österreichischen Urologen

Im Namen des Tagungspräsidenten, Herrn Prim. Univ. Prof. Dr. Steffen Krause, Vorstand der Urologischen Abteilung des AKH Linz, freuen wir uns, Ihnen die Eckdaten der Fortbildungstagung der ÖGU bekanntgeben zu dürfen:

## Fortbildungstagung der Österreichischen Gesellschaft für Urologie und Andrologie mit Jahreshauptversammlung der ÖGU

6. und 7. November 2015

Donau-Forum Oberbank, Linz

### Wissenschaftliches Programm:

Prim. Univ. Prof. Dr. Steffen Krause, AKH Linz

Fachkurzinformation zu den Seiten 41 und 64

**Bezeichnung des Arzneimittels:** ZYTIGA 250 mg Tabletten. **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Jede Tablette enthält 250 mg Abirateronacetat. **Sonstige Bestandteile:** Jede Tablette enthält 189 mg Lactose und 6,8 mg Natrium. Mikrokristalline Cellulose, Croscarmellose-Natrium, Lactose-Monohydrat, Magnesiumstearat, Povidon (K29/K32), Hochdisperses Siliciumdioxid, Natriumdodecylsulfat. **Anwendungsgebiete:** ZYTIGA ist indiziert mit Prednison oder Prednisolon zur Behandlung des metastasierten kastrationsresistenten Prostatakarzinoms bei erwachsenen Männern mit asymptomatischem oder mild symptomatischem Verlauf der Erkrankung nach Versagen der Androgenentzugstherapie, bei denen eine Chemotherapie noch nicht klinisch indiziert ist und zur Behandlung des metastasierten kastrationsresistenten Prostatakarzinoms bei erwachsenen Männern, deren Erkrankung während oder nach einer Docetaxel-haltigen Chemotherapie progredient ist. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der genannten sonstigen Bestandteile. Frauen, die schwanger sind oder schwanger sein könnten, schwere Leberfunktionsstörung [Child-Pugh Klasse C]. **Inhaber der Zulassung:** Janssen-Cilag International NV, Turnhoutseweg 30, B-2340 Beerse, Belgien. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **ATC-Code:** L02BX03. **Weitere Angaben** zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit sowie Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation (108297)

▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Es ist daher wichtig, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung in Bezug auf ZYTIGA® zu melden.

# Die Würde des Menschen am Ende des Lebens

Univ. Prof. Dr. Othmar Zechner im Gespräch mit Univ. Prof. Dr. Günter Virt

**Univ. Prof. Dr. Othmar Zechner:** Elias CANETTI schreibt: „Der Tod ist ein Skandal“. Wir bestimmen den Zeitpunkt der Schwangerschaft durch Einfrieren der Eizellen, beeinflussen Geschlecht und Aussehen der ungeborenen Kinder. Nur auf Art und Zeitpunkt des eigenen Todes sollten wir keinen Einfluss haben?

**Univ. Prof. Dr. Günter Virt:** Mit diesem Skandal müssen wir leben, ein Leben lang. Er ist unausweichlich. Er liegt nicht in unserer Hand. Was wir gestalten können und sollen ist das Sterben. Sterben gehört zum Leben. Jeder Mensch stirbt auf seine eigene Weise und doch sind die Umstände des Sterbens eingebettet in medizinische, gesellschaftliche, kulturelle, ökonomische, weltanschauliche Koordinaten. Die Frage ist, wie wir das Sterben und seine Umstände verantwortlich gestalten. Das ist eine höchst persönliche Aufgabe, zugleich aber auch eine gesellschaftliche. Der Mensch ist auch in seinem Sterben keine Monade, sondern ein durch und durch soziales und sozial beeinflusstes, abhängiges und hilfsbedürftiges Wesen.

Sie waren einer der maßgeblichen Teilnehmer der parlamentarischen Enquete zum Thema „Sterben in Würde“ Anfang November im Österreichischen Parlament. Was ist der „Succus“ dieser Veranstaltung für uns Ärzte in der Auseinandersetzung mit sterbenskranken Patienten?

Meine Botschaft bezog sich hauptsächlich auf die vor jedem von uns liegende letzte Lebensaufgabe: dem Sterben. Jeder von uns, der Menschen in dieser letzten Lebensphase begleitet, sollte um diese Aufgabe wissen. Es geht sehr kondensiert gesagt darum, das Leben, das nun zurückliegt als Ganzes mit seinen Höhen und Tiefen anzunehmen und als angenommenes loszulassen. Loslassen kann ich ja nur, was ich vorher angenommen habe. Und ich kann nicht ohne eine gewisse Hoffnung loslassen. Wer Sterbenden helfen will, sollte um diese zutiefst menschlichen Herausforderungen wissen und bereit sein, mit dem Sterbenden darüber authentisch zu sprechen.



Univ. Prof. Dr. Günter Virt

Im Deutschen Bundestag ist eine heftige Debatte über „Sterbetourismus“ in die Schweiz und in die Beneluxstaaten entbrannt. Die Diskussion über dieses Thema gewinnt offenbar in ganz Europa an Dynamik.

Ich halte es für gut, wenn wir diese Fragen nicht länger verdrängen, sondern uns ihnen stellen. Diese urmenschlichen Probleme machen vor keiner Ländergrenze halt, doch die Gesellschaften reagieren unterschiedlich. Es geht dabei um Richtungsentscheidungen, wie die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen gestaltet werden.

Wie definiert man die „Würde des Menschen“ angesichts des unausweichlichen Todes?

Und wie verhält sich dies bei Patienten, die aus welchen Gründen immer, dazu nicht mehr fähig sind, eigenverantwortliche Entscheidungen zu treffen, insbesondere in Fällen ohne Patientenverfügung, welche ja die überwiegende Mehrheit darstellen?

Die Würde des Menschen besteht in seiner Selbstzwecklichkeit, die wiederum in seiner Fähigkeit zu moralischer Verantwortung gründet. Diese Würde ist mit dem Menschsein gegeben. Sie ist daher

unabhängig von bestimmten Leistungen, unabhängig von unterschiedlichsten Lebenssituationen, sozialen Stellungen usw. Diese Würde kann solange der Mensch lebt, nicht verlorengehen, sie kann aber auf vielfältige Weise verletzt werden. Auch in Leiden und Schmerzen geht die Würde des Menschen nicht verloren. Aus dieser Würde folgt der Anspruch auf Respektierung der freien Selbstbestimmung des Menschen und der Anspruch, ihm zu helfen und für ihn zu sorgen. Diese Würde kann durch Tun, meist aber durch Unterlassung von Hilfeleistungen verletzt werden.

**Mit dem Schlagwort der Frauenbewegung „Mein Bauch gehört mir“ wurde der Schwangerschaftsabbruch straffrei gestellt und damit faktisch legitimiert. Ist demnach die Forderung der Befürworter der assistierten Selbsttötung „Mein Tod gehört mir“ nicht folgerichtig?**

Schlagworte sind oft grobe Vereinfachungen. Sie bedürfen der kritischen Überprüfung. Straffreiheit vor dem Strafgesetz bedeutet keineswegs eine moralische Rechtfertigung zur Tötung eines ungeborenen Menschen und auch nicht zur Selbsttötung. Auf den ersten Blick liegt der Unterschied darin, dass bei der Selbsttötung Täter und Opfer identisch sind, und es sich scheinbar um eine rein autonome Lebensentscheidung für den Tod handelt. Dabei wird übersehen, dass der Suizid eminente soziale Komponenten hat und sozial beeinflusst ist. Nicht umsonst wurde der Suizid am Beginn der neuzeitlichen soziologischen Forschung zu deren Gegenstand und wird es immer sein (Emil Dürckheim, *Le Suicide* 1897).

**Der bekannte Palliativmediziner Gian Domenico BORASIO hat eine Lanze für den assistierten Suizid unter strengsten Auflagen gebrochen. Er stützt sich dabei auf Umfragen, nach denen 80% der Befragten es begrüßen würden, wenn ihr Hausarzt bei einer ev. Selbsttötung zu helfen bereit wäre. Dies beträfe allerdings ausschließlich unheilbar Kranke mit sehr beschränkter Lebenserwartung. Wie beurteilen Sie diesen Vorschlag?**

Suizid ist immer ein ambivalentes Geschehen. Beihilfe zum Suizid bedeutet – wie immer man es dreht – eine Beeinflussung des leidenden Menschen, zum Spaß bringt sich keiner um. Suizidversuche sind in den allermeisten

Fällen Hilferufe. Die meisten Menschen, die einen Suizidversuch unternehmen, sterben dann nicht durch Selbsttötung. Das gesellschaftliche Stereotyp, wonach das Leben ab einem bestimmten Grad der Abhängigkeit von der Hilfe anderer seinen Wert verliere, wirkt sich auf solche Entscheidungen unerschwinglich aus. Wer will schon anderen ungebührlich zur Last fallen und ein gesellschaftlich gesehen nicht mehr lebenswertes Leben fortsetzen? Konkrete Hilfe und Widerstand gegen diesen Zeitgeist ist sicher besser als das Schlagwort vom selbstbestimmten Sterben. Zudem wird sich die Beihilfe zum Suizid als Türöffner zur Tötung auf Verlangen erweisen. Beide sind ja nur durch den Aspekt der Tatherrschaft rein physikalistisch unterschieden - wer also den Becher nimmt.

***Mit der Beihilfe zum Suizid verhindere ich ja nicht das Leid. Ich behüte damit den Menschen nicht davor, Leid zu empfinden, sondern ich leiste meinen entscheidenden Beitrag dazu, den Menschen zu beseitigen, den ich vor dem Leiden bewahren möchte.***

In Deutschland und auch in Österreich ist Suizid nicht strafbar. Daher wird in unserem Nachbarland die Beihilfe dazu strafrechtlich nicht verfolgt. Das könnte sich allerdings bald ändern. Von den 9.200 bekannten Selbstmorden pro Jahr entfallen ca. 200 auf so genanntes „assistiertes Sterben“. Dies macht sich der deutsche Urologe Uwe-Christian ARNOLD zunutze, der seit 20

**Jahren als Sterbehelfer tätig ist. Er reist mit einer Kaffeemühle durch die Lande, in der er die tödlichen Medikamente zerkleinert und in einem Trunk den Sterbewilligen überreicht. Er muss dann nur flugs den Raum verlassen, damit er nicht wegen unterlassener Hilfeleistung angeklagt werden kann. Ist diese Situation nicht skurril?**

Mehr als skurril. Ähnlich wie früher Dr. Hacketal, der seinen Klienten Zyankali besorgte – eine fürchterliche Todesart durch ersticken. Niemand weiß, wie der, welcher beim Suizid vom Arzt unterstützt wird, tatsächlich seine letzten Augenblicke erlebt.

Es wäre nicht nur unsinnig und unmöglich, Suizid und Suizidversuche selbst zu bestrafen. Ebenso steht es niemandem an, einen Menschen, der sich aus Verzweiflung oder anderen Gründen das Leben nimmt, moralisch zu verurteilen, wie das früher leider oft geschehen ist. Hier ist Hilfe angesagt und nicht Bestrafung. Die Beihilfe zur Selbsttötung ist allerdings etwas anderes. Mit der Beihilfe zum Suizid verhindere ich ja nicht das Leid. Ich behüte damit den Menschen nicht davor, Leid zu empfinden, sondern ich leiste meinen entscheidenden Beitrag dazu, den Menschen zu beseitigen, den ich vor dem Leiden bewahren möchte. Suizidassistenz ist eine Bestätigung der Hoffnungslosigkeit. Suizid ist nicht die Lösung des Problems, sondern selbst das Problem.

**Was können wir tun, um die Würde von Menschen auch bei Demenz, Krankheit oder Sucht zu verteidigen?**

Die Würde des Menschen kann auch durch Demenz in ihren vielfältigen Abstufungen nicht verlorengehen, denn sie hängt weder von der aktuellen Selbstachtung noch von der aktuellen Fremdachtung ab, sondern ist mit dem Menschsein gegeben. Es gilt, auch den dementen Menschen als Menschen zu würdigen durch Hilfe, die von emotionaler Zuwendung getragen ist. Auch scheinbar unsinnige Äußerungen eines verwirrten oder dementen Menschen sind in ihrem verborgenen Sinn zu würdigen, auch wenn wir sie nicht verstehen.

Aus der Lebensgeschichte des Betroffenen haben sie vermutlich ihren Sinn.

**Ich möchte Ihnen ein Beispiel schildern, wie sich im Spitalsalltag die Problematik angesichts des**



vorhersehbaren Todes von Patienten darstellt: Ein Patient ist selbst nicht mehr entscheidungsfähig bzw. ansprechbar und eine Patientenverfügung liegt nicht vor. In solchen Fällen ohne realistische Perspektive einer Verbesserung des Allgemeinzustandes wird keine einsame Entscheidung eines Intensivmediziners gefällt, sondern in einem Teamgespräch zwischen ärztlichem und pflegerischen Personal der Intensivstation mit den ursprünglich behandelnden Fachkollegen und unter Beiziehung der Angehörigen gegebenenfalls die Entscheidung zur Rücknahme der lebenserhaltenden Maßnahmen getroffen.

Haben wir uns richtig verhalten oder wäre es klüger gewesen, die Entscheidung an eine spitalseigene Ethikkommission zu delegieren?

Das Ringen um die richtige Vorgangsweise in solchen Situationen, in denen eine Patientenverfügung nicht vorliegt, findet in vielen Bemühungen ihren Ausdruck, zuletzt in den sehr detaillierten Richtlinien des Europarates über „end of life decisions“ vom Mai 2014. Spitalseigene Ethikkommissionen wären wünschenswert, dürfen aber auch nicht mit falschen Erwartungen überfrachtet werden. Für mich galt immer die Maxime, eine Entscheidung möglichst breit im Team vorzubereiten, aber der Arzt muss dann die Entscheidung verantworten. Eine kollektive Verantwortung gibt es nicht, das wäre eine Verantwortungsdiffusion.

In der Urologie gibt es immer wieder Situationen, wo ein inkurables Karzinom beide Harnleiter verschließt und es somit zu einer postrenalen Niereninsuffizienz kommt.

Dieses Zustandsbild ist mit einer Harnableitung mit relativ geringem Aufwand zu beheben und kann dem Patienten für eine begrenzte Zeit eine Verbesserung des Allgemeinzustandes verschaffen, verlängert aber unweigerlich das immanente Leiden der Grundkrankheit.

Ich habe, manchmal zum Entsetzen meiner Mitarbeiter, mit den Patienten das Gespräch gesucht und subtil auf die Vor- und Nachteile einer Harnableitung

***Entscheidend ist immer der aktuelle Wille des Patienten. Die Erfahrung zeigt, dass Menschen ihren Willen oft ändern, je näher es dem Ende zugeht und sie die Kostbarkeit der geschenkten Zeit spüren. Für die Bewältigung der letzten Lebensaufgabe des Menschen, dem Sterben, braucht der Mensch eben auch seine Zeit. Sie bewusst und gezielt durch Tötung abzukürzen wäre eine Verletzung seiner Würde.***

versus einer Urämie hingewiesen. Tatsächlich haben nur ganz wenige Patienten in meiner langen Laufbahn den sanften Tod einer Urämie gewählt.

Habe ich Ihrer Meinung nach richtig gehandelt?

Das Gespräch ist sicher der Königsweg in solchen Situationen. Entscheidend ist immer der aktuelle Wille des Patienten. Die Erfahrung zeigt, dass Menschen ihren Willen oft ändern, je näher es dem Ende zugeht und sie die Kostbarkeit der geschenkten Zeit spüren. Für die Bewältigung der letzten Lebensaufgabe des Menschen, dem Sterben, braucht der Mensch eben auch seine Zeit. Sie bewusst und gezielt durch Tötung abzukürzen wäre eine Verletzung seiner Würde. Das Zulassen des Sterbens, wenn

der Mensch bereit ist loszulassen, bedeutete jedoch tiefen Respekt vor seiner Person.

Wie sehen Sie als Priester die Rolle der Religion in der Palliativmedizin und Hospizbewegung und wie waren Ihre diesbezüglichen Erfahrungen als langjähriges Mitglied von Bioethikkommissionen auf nationaler und europäischer Ebene?

Ich wurde als Mitglied der European Group on Ethics in Science and Technologies, die den Präsidenten der Europäischen Kommission berät, mit Wünschen konfrontiert, dass wir uns in der EU des Themas annehmen. Nach dem Lissabonvertrag fallen diese ethischen Probleme aber nicht in den Zuständigkeitsbereich der EU, sondern werden subsidiär in den einzelnen Mitgliedsstaaten mit ihren unterschiedlichen Rechtstraditionen geregelt. Ich halte das Subsidiaritätsprinzip für wichtig.

Für den Europarat, mit seinen derzeit 47 Mitgliedsstaaten mit Sitz in Straßburg habe ich mit einem Team eine Empfehlung zum Schutz der Menschenwürde und Menschenrechte Sterbender ausgearbeitet. Diese wurde im Jahr 1999 mit großer Mehrheit von der parlamentarischen Versammlung angenommen, vom Ministerrat der 47 bestätigt und in der Rechtsprechung des europäischen Menschenrechtsgerichtshofs herangezogen. (<http://assembly.coe.int/documents/adoptedtext/ta99/erec1418.htm>).

Darin wird erstens der vorrangige Ausbau der Palliativversorgung in den Mitgliedsstaaten gefordert, damit jeder Bürger Zugang findet.

Zweitens beinhaltet die Regelung die Stärkung der Autonomie, damit niemand gegen seinen Willen medizinisch behandelt oder weiter behandelt wird und sein Sterbeprozess gegen seinen Willen verlängert wird. Bereits 1999 haben wir darin auch die Mitgliedsstaaten aufgefordert, den Patientenverfügungen eine rechtlich verbindliche Gestalt zu geben.

Drittens werden die Mitgliedsstaaten aufgefordert, den Artikel 2 der Europäischen Menschenrechtskonventionen „dass niemand absichtlich seines Lebens beraubt werden darf“ auch für terminal Kranke und Sterbende durchzusetzen. Der Wunsch nach Tötung kann also niemals eine Rechtfertigung für eine Tötungshandlung sein.

Die Formulierung der eingangs ange-

sprochenen letzten Lebensaufgabe des Menschen im Sterben beruht auf meiner langjährigen Erfahrung als Priester bei der Begleitung Sterbender und der Spende der Sakramente. Es geht darum, dem Menschen zu helfen, sein zurückliegendes Leben als Ganzes mit seinen Höhen und Tiefen anzunehmen, offene Probleme zu lösen, Schuld zu bereuen und dieses angenommene Leben dann loszulassen. Unerlässlich ist auch das Ansprechen der Hoffnung, die dieses Menschenleben bisher getragen hat und sie auch jetzt tragen kann. Dabei kann nicht nur der Priester, sondern jeder Mittler sein.

Aus dieser Glaubensmotivation heraus, versuche ich meinen Dienst in den Europäischen Ethikkommissionen zu tun, wo es gilt, im säkularen Ethikdiskurs einen kritischen, stimulierenden und integrierenden Beitrag für das globale Gemeinwohl zu leisten.

Herr Prof. Virt, ich danke für das Gespräch.



### Univ. Prof. Dr. Günter Virt

- 1965** von Kardinal König zum Priester geweiht
- 1981-1983** Professor in Paderborn
- 1983-1986** Professor an der Universität Salzburg
- 1986-2007** Professor an der Universität Wien, jeweils für Moraltheologie.
- 1993** Gründung des Instituts für Ethik und Recht an der Medizinischen Fakultät Wien
- 2001-2010** Mitglied der Ethikkommission im Bundeskanzleramt
- seit 2001** Mitglied der European Group on Ethics in Science and Technologies, welche den Präsidenten der EU-Kommission berät.

## Sterne hinter dem Horizont

### Erinnerungen an österreichische Urologen, die man nicht vergessen sollte

O. Zechner

Tempus fugit“ steht auf einigen antiken und wertvollen Uhren und soll den Betrachter daran erinnern, dass die Zeit nicht stehenbleibt und man jeden Augenblick nützen sollte, da er schon in der nächsten Sekunde unwiederbringlich verloren ist. Die Illusion, dass die Gegenwart uns erhalten bliebe bzw. höchstens durch noch erfreulichere und spannende Erlebnisse in der Zukunft abgelöst wird, hat abermillionen Menschen ungeachtet ihrer jeweiligen intellektuellen Kapazität in ihren Bann gezogen und gleichzeitig den Blick auf die Vergangenheit verschleiert. Was sollen wir mit dem Kram von gestern, in der Zukunft liegt die Aussicht auf Ruhm und finanziellen Gewinn! Die Fokussierung auf das Heute und Jetzt und vor allem auf das Ich ist geradezu zu einem Epochengefühl geworden.

Die Medizin hat sich von diesem, die gesamte Gesellschaft der Industrie-

staaten durchdringenden Trend nicht abgekoppelt. Die Heroen von gestern sind heute vergessen bzw. bestenfalls „Auslaufmodelle“, mit denen der ehrgeizige und moderne Arzt nichts mehr am Hut hat. Von noch vor wenigen Jahrzehnten hochangesehenen Medizinerinnen, deren Ausführungen Heerscharen von Kollegen andächtig bei den Kongressen gelauscht hatten, weiß die junge Generation manchmal nicht mehr den Namen bzw. welche Auffassungen von ihrer jeweiligen Fachrichtung sie im Rahmen ihrer „Schule“ propagiert hatten. Dies ist auch verständlich, wenn man den rasanten Fortschritt unseres Metiers berücksichtigt und medizinhistorisch nicht interessiert ist.

Ich möchte im Rahmen dieses Artikels das Augenmerk auf einige bereits verstorbene Urologen Österreichs richten, deren generationsübergreifende Bedeutung ich nicht nur in ihrer fachlichen

Performance sehe, sondern in speziellen Eigenschaften ihrer Persönlichkeiten, welche meiner bescheidenen Ansicht nach es durchaus wert sind, als vorbildhaft für kommende Generationen angesehen zu werden. Es handelt sich somit um eine willkürliche Auswahl des Verfassers.

Wie bereits erwähnt, soll ausschließlich von bereits verstorbenen Ärzten die Rede sein, da es mir nicht opportun erscheint, über jene Kollegen zu schreiben, die erfreulicherweise noch unter uns weilen, wenngleich auch unter diesen der eine oder andere überaus prominente Arzt weilt, der seinem beruflichen Wirkungskreis seinen Stempel aufgedrückt und die Entwicklung seiner Schüler und weite Kreise darüber hinaus geprägt hat.

Ich weise nachdrücklich darauf hin, dass es sich bei diesen Überlegungen um

## Urologie im Rückblick

keine medizinhistorische Abhandlung handelt, sie reflektieren lediglich die rein persönliche Sicht des Betrachters. Sollte der geschätzte Leser Interesse an fundierter Information über die Geschichte der Österreichischen Urologie haben, so verweise ich auf die „Biographien österreichischer Urologen“ von **Peter Paul Figdor** (Universimed Verlag, 2007).

Mein Freunde **Herbert Lipsky** und **Anton Decristoforo** haben sich bereit erklärt, mich bei dieser Arbeit zu unterstützen und ihre Erinnerungen beizutragen, wofür ich ihnen sehr dankbar bin.

### Die Grandseigneurs der Wiener Schule

#### Richard Übelhör

Die österreichische Urologie unmittelbar nach dem 2. Weltkrieg war vornehmlich in Wien konzentriert.

Richard Übelhör, dem die Nazis 1938 wegen nicht kongruenter politischer Ansichten sein kurz zuvor anvertrautes Primariat im Krankenhaus Lainz aberkannt und der in weiterer Folge als Militärarzt, unter anderem auch in Stalingrad, tätig war, wurde 1945 wieder als Primarius an ebendieser Abteilung eingesetzt.

Ab diesem Zeitpunkt zeigte sich, dass er wohl **der** Repräsentant der großen urologischen Chirurgie seiner Zeit in unserem Lande war.

Neben größter Eingriffe der Tumorchirurgie war er ein Pionier der Kinderurologie. Das klingt heute vielleicht nicht besonders bemerkenswert, aber unter den anästhesiologischen und technischen Voraussetzung jener Zeit waren es ungeheure Leistungen, welche nicht nur eine überragende Expertise des chirurgischen Handwerks sondern auch Mut gepaart mit Verantwortungsbewusstsein und Motivation der Mitarbeiter voraussetzte.

Ich habe ihn noch persönlich kennengelernt und es war für mich prägend, dass dieser große Mann immer die Person des Patienten in das Zentrum seiner therapeutischen Überlegungen gestellt hatte.

Zeitlebens unvergessen bleibt für mich, welchen Weitblick diesem Manne zu eigen war: So hat er im Rahmen einer zwanglosen Diskussion über die Nierensteinchirurgie nach dem traditionellen Mittagessen einmal zu mir gesagt, „Sie werden es noch erleben, dass man Nierensteine nur durch einen perkuta-

nen Punktionskanal entfernt“ – und dies Anfang der 70er Jahre! Er hat dabei an die Technik der damals sich entwickelnden Mediastinoskopie gedacht.

#### Paul Deutike

Übelhör's Kontrapart, um nicht zu sagen Konkurrent, war Paul Deutike. Dieser überaus elegante Arzt übernahm die Leitung der traditionsreichen urologischen Abteilung an der Wiener Allgemeinen Poliklinik nach dem international bekannten Urologen **Theodor Hryntschak**. Dieses Haus hatte in Wien und weit darüber hinausgehend einen exzellenten Ruf, da es sich eigentlich als Konkurrenzunternehmen zu den Universitätskliniken des Allgemeinen Krankenhauses verstand. Dementsprechend wurde höchster Wert auf die Auswahl der dort tätigen leitenden Ärzte gelegt, da davon ja das Prestige des gesamten Hauses abhing. Dies wird u.a. auch in **Schnitzler's** Theaterstück „Professor Bernardi“ geschildert.

Sein Schüler und Nachfolger **Horst Haschek**, auf den in der Folge noch eingegangen wird, hat die Persönlichkeit Deutike's in einer Festschrift anlässlich dessen 70. Geburtstages beschrieben: *„... die bestimmenden Grundzüge seiner Persönlichkeit waren hohes Verantwortungsgefühl gegenüber seinen Patienten und seine selbstkritische Einstellung zur wissenschaftlichen Arbeit. Deutike war gegen jede medizinische „Mode“ immun. Der Ehrgeiz, beim nächsten Kongress auch über eine entsprechende Zahl einschlägiger Beobachtungen berichten zu müssen, war ihm fremd ... Bekannt war seine selbstkritische, oft überbescheidene Einstellung zur wissenschaftlichen Publizistik. Eine Arbeit aus seiner Klinik trug den Stempel absoluter Glaubwürdigkeit .... So genannten heroischen Eingriffen stand er reserviert gegenüber, das Recht des Leidenden, in Würde zu sterben, war bei ihm außer Diskussion gestanden ...“*

Wie viele unserer heutigen, z.T. arrivierten, ehrgeizigen und emsigen Kollegen müssten sich nach Lektüre dieser vor mehr als 40 Jahren verfassten Zeilen besinnen und, sofern sie dazu in der Lage sind, in Selbstreflexion und Demut eine Revision ihrer bisherigen Aktivitäten zumindest andenken?

Bei beiden dieser Protagonisten der Österreichischen Urologie der 50er und 60er Jahre stand das Wohl des Patienten im Mittelpunkt ihrer Überlegungen, wengleich sie dieses Ziel auf z.T. völlig unterschiedlichen Wegen zu erreichen

suchten. Eine glückliche Kombination beider Vorgangsweisen wäre, sofern sie gelänge, auch heute noch für einen engagierten und verantwortungsbewussten Arzt ein erstrebenswerter Ansatz.

#### Horst Haschek



Haschek war in vielen Dingen offenbar seinem Lehrer und Vorgänger als Chef der Urologischen Abteilung an der Wiener Allgemeinen Poliklinik ähnlich. Auch er war eine überaus elegante und kultivierte Erscheinung, der fest zu einer einmal gefassten Überzeugung stand. Ich erinnere mich an einen Vortrag eines seiner Schüler über 1.000 Blasenkarzinome, welche nur durch transurethrale Resektion und gegebenenfalls additiver Strahlentherapie behandelt wurden. Die Mehrzahl der im Auditorium anwesenden Kollegen waren Anhänger der ablativen Chirurgie, welche durch den Einsatz neuer Techniken der Harnableitung dramatisch an Attraktivität gewonnen hatte. Dementsprechend verlief die Diskussion. In Rückschau auf dieses Ereignis und gesegnet mit der Toleranz und hoffentlich auch der Weisheit des Alters, kann ich heute seine Festigkeit in der Beibehaltung einer getroffenen Behandlungsrichtlinie nur bewundern, denn wesentlich besser waren unsere Ergebnisse naturgemäß nicht, die Fallzahlen waren allerdings ungleich kleiner. In Nachfolge seines Lehrers **Deutike** war auch er kein Freund heroischer Eingriffe, er stand jedoch konsequent zu einmal getroffenen Therapiekonzepten.

Er war also tatsächlich kein Mann, der sein Fähnchen nach dem jeweiligen, „aktuellen Wind“ ausrichtete.

Als Ehrenmitglied zahlreicher nationaler und internationaler Gesellschaften, im In- und Ausland hoch angesehen, hatte er sich 1974 nach der Absage von **Rudolf Hohenfellner** berechnete Hoffnungen auf die Nachfolge von **Übelhör** als Ordinarius an der Urologischen Universitätsklinik Wien gemacht.

Dass dieses Avancement zur allgemeinen Überraschung nicht stattfand, war zweifellos eine niemals heilende Wunde. Er hätte es sich verdient ...

Die zweite, nicht minder bedeutende Facette von Haschek's Persönlichkeit ist sein Wirken in der Musik. Wie viele Kollegen vor und nach ihm war er seit



seiner Kindheit musikalisch interessiert und begabt. Der Bruder des berühmten **Theodor Hryntschak**, jenes Urologen, der den jungen Haschek für die Urologie begeistert hatte, war Präsident der Gesellschaft der Musikfreunde. Nach dessen Rücktritt wurde er zu seinem Nachfolger gewählt. Dies war der Startschuss für die Präsidentschaft und Ehrenmitgliedschaft in zahlreichen musikalischen Gesellschaften.

So war er neben seiner Bedeutung als Arzt auch eine der führenden Persönlichkeiten im Geschehen der Stadt der Musik – Wien.

Es bleibt von ihm also die Erinnerung an einen Mann, der keine monomane Fokussierung auf die Medizin verwandte sondern Augen, Ohren und Herz für eine der schönsten Künste – die Musik – stets offen hielt.

### Heinrich Loebenstein

Dieser bemerkenswerte Mann musste ebenso wie **Übelhör** seine klinische Karriere nach dem Anschluss Österreichs an Nazideutschland unterbrechen und war die gesamte Zeit des Weltkrieges als Truppenarzt bei der Luftwaffe zugeteilt. Nach seiner Gefangennahme wirkte er als Arzt in einem Tuberkulosespital, wo er sich eine schwere Infektion zuzog, welche nach seiner Entlassung aus der Gefangenschaft manifest wurde.

Von 1962 bis 1979 war er mit der Leitung der Urologischen Abteilung an der Krankenanstalt Rudolfstiftung betraut.

Der Grund, warum ich ihn an dieser Stelle erwähne liegt nicht darin, dass er außergewöhnliche wissenschaftliche oder fachliche Leistungen erbracht hätte, obwohl an seiner Abteilung eine grundsätzliche Medizin betrieben wurde, sondern in der Tatsache, dass er eine charismatische Persönlichkeit und mit außergewöhnlichen Führungsqualitäten ausgestattet war. Sein Hauptinteresse galt der Förderung des akademischen Nachwuchses, ein Charakterzug in dessen Genuss ich selbst im Rahmen eines Assistentenaustausches mit **Wolfgang Hörtl** gelangte. Darüber hinaus verfügte er über eine umfassende Allgemeinbildung. Es gab kaum ein Geschehen, wozu er nicht einen Bezug aus der Literatur oder Anekdoten ehemaliger Persönlichkeiten aus Kultur und Gesellschaft wusste. Er reihte sich hiermit in die Reihe jener großen Ärzte, deren Interesse nicht ausschließlich dem Fachwissen galt und die somit in der Lage

waren, über den Tellerrand der Medizin hinauszuschauen.

Wenn jemand lernen wollte, wie man als souveräner und ruhiger Chef agieren sollte, so hätte man bei Loebenstein in die Schule gehen sollen.

### Anton Schimatzeck



Dieser Mann, Spross einer alt-österreichischen Familie, begann sein Medizinstudium in Prag. Dieses wurde jedoch durch Kriegsdienst und Gefangenschaft unterbrochen. Seine

urologische Ausbildung absolvierte er ab 1950 an der Wiener Poliklinik unter **Deutike**.

Er war eine überaus bekannte und beliebte Figur in der österreichischen und speziell in der wiener Urologie. Lange Jahre gehörte er als Kassier dem Vorstand der ÖGU an, und es war immer erheiternd, wenn er zum Kassabericht anlässlich der Generalversammlung mit einem Nylonsackerl in der Hand ans Rednerpult trat.

Eine entscheidende Wendung in seinem Leben trat 1991 ein – er war damals bereits im Ruhestand. In diesem Jahr wurde die Niederösterreichische Landesausstellung unter den Titel „Kunst des Heilens“ gestellt, und er organisierte den urologischen Teil der Veranstaltung. Dadurch kam er in engen Kontakt mit Mitarbeitern des Instituts für Geschichte der Medizin der Universität Wien. Aus dieser Zusammenarbeit und seiner Beziehung zu dem Deutschen Pionier der transurethralen Chirurgie **Hans Reuter** resultierte die Gründung der „Internationalen Nitze-Leiter-Forschungsgesellschaft für Endoskopie“. **Reuter** stellte seine umfangreiche Privatsammlung endoskopischer Instrumente (historische Modelle zur Endoskopie nicht nur von Urethra und Blase sondern auch von Magen und Darm) als Dauerleihgabe dieser 1996 neu gegründeten Gesellschaft zur Verfügung. Es war selbstverständlich, dass **Schimatzeck** deren erster Vorsitzender wurde, ein Amt, welches er bis zu seinem Tode 2009 innehatte.

Diese Gesellschaft, deren hauptsächlicher Zweck in Betrieb und Forschungstätigkeit eines öffentlich zugänglichen Museums besteht, stellt besonders hinsichtlich der urologischen Endoskopie eine wohl weltweit unikale Institution dar. Die internationale Wertschätzung

zeigte sich nicht zuletzt darin, dass 2002 der **Bozzini-Lichtleiter** – das erste Instrument, mit dem Licht in eine menschliche Körperhöhle gebracht werden konnte – aus der Sammlung des American College of Surgeons an das Museum überstellt wurde. **Peter-Paul Figdor** hat über diesen Lichtleiter ein großartiges und umfangreiches Werk publiziert.

Bemerkenswerterweise ist dieses Museum unter internationalen Urologen bekannter als im Inland. Aber wie war das doch mit den Propheten im eigenen Land ...

**Schimatzeck** war ein ungemein humorvoller Mensch und verfügte über einen nahezu unerschöpflichen Fundus an Anekdoten aus der Wiener medizinischen Gesellschaft. Einen kleinen Teil dieser zum Schmunzeln anregenden Geschichten habe ich seinerzeit in mehreren Ausgaben der NÖGU unter der Rubrik „Aus der urologischen Schatulle“ publiziert.

Er war aber auch ein Mensch, der großen Wert auf die schönen Dinge des Lebens legte. Wenn man ihn in seiner Wohnung besuchte, so vermeinte der unbedarfte Besucher, sich in einem Ausstellungsraum des Wiener Dorotheums zu befinden.

**Michael Marberger** bezeichnet ihn in seinem Nachruf als einen unermüdlichen Botschafter zwischen den Leistungen vergangener Generationen und der Medizin von heute. 2008, bereits schwer gezeichnet von seiner langjährigen Erkrankung, wurde er anlässlich seines 60jährigen Berufsjubiläums gefragt, welchen Rat er einem angehenden Mediziner für die Zukunft mitgeben würde. Er antwortete: „*Offenheit, Mut zur Wahrheit, Behutsamkeit im Umgang mit Patienten, viel Liebe am Krankenbett, respektvolle Haltung den Menschen gegenüber ...*“ – dem ist wohl nichts mehr hinzuzufügen.

### Die Herren des Westens

Die Informationen über dieses Kapitel verdanke ich **Anton Decristoforo**.

### Hans Marberger



Der Gründer und erste Vorstand der Urologischen Univ. Klinik in Innsbruck war, obwohl ein international ungemein bekannter Arzt, doch bis zu seinem

## Urologie im Rückblick

Lebensende ein mit seiner engsten Heimat tief verwurzelter Mensch. Er stammte aus einer alteingesessenen Gastwirtfamilie aus dem Tiroler Ötztal, einer seiner Vorfahren war Kommandant des Oberinntaler Schützenbataillons im Tiroler Freiheitskampf 1809. Aus dieser seiner Herkunft hat er weder in Habitus noch in der Diktion jemals ein Hehl gemacht und war immer stolz darauf. Der Weitblick seines chirurgischen Chefs **Burghard Breitner** hat ihm wertvolle Auslandsaufenthalte ermöglicht. 1953 hospitierte er am Karolinska Hospital in Schweden, wo er sich mit der Harnröhrenchirurgie vertraut machte und 1955 ging er für zwei Jahre nach Iowa/USA zu **R. Flocks**, dem damaligen Doyen der transurethralen Chirurgie. Dementsprechend waren dies seine operativen Schwerpunkte nach Gründung der Innsbrucker Klinik. Zahlreichen Kollegen aus dem In- und Ausland gab er seine Erfahrungen weiter und gestaltete seine Klinik somit zu einem international hoch angesehenen Zentrum.

Eine der bemerkenswertesten Facetten seiner Persönlichkeit war, dass er einerseits zwar ungeheuer bodenständig und heimatverbunden war, andererseits sein Interesse weit über die Grenzen unseres Landes hinausgingen. So hat er in seinen Berufungsverhandlungen im Ministerium eine eigene Stelle für jeweils einen Kollegen aus den damaligen Oststaaten gefordert und auch bekommen – dies in den Zeiten des frostigsten Kalten Krieges!

Gemeinsam mit den damaligen Spitzen der Europäischen Urologie **Alken, Mayor, Gregoir, Ravasini** u. a. gründete er die Europäische Gesellschaft für Urologie, jene Institution, welche uns alle mehr oder weniger beeinflusst und heute ein effizienter und respektierter Kontrapart zur Amerikanischen Gesellschaft der Urologen ist.

Er hat auch das Alpenländische Urologensymposium ins Leben gerufen, eine Veranstaltung, welche sich in den letzten Jahrzehnten des vorigen Jahrhunderts ausnehmender Beliebtheit erfreute. Obwohl sie seit mehr als einem halben Jahrhundert jährlich abgehalten wird, wird sie nicht mehr in demselben Ausmaß frequentiert wie zu Beginn, zweifellos als Folge der unsäglichen Inflation wissenschaftlicher Veranstaltungen in unserem Fachgebiet. Tatsächlich könnte man auf einen Gutteil dieser „Events“ verzichten, welche vornehmlich durch die Profilierungsneurosen der Veranstalter bzw. durch handfeste

Interessen der Industrie getriggert sind.

Gerade ein Kongress wie das „Alpenländische“ hat durch seine offene und ehrliche Diskussion und seinen zwanglosen Umgang einen unverzichtbaren Wert für seine Teilnehmer.

**Marberger** hat durch seine charismatische Persönlichkeit und seinen unbezähmbaren Tatendrang die Österreichische Urologie seiner Zeit geprägt. Er war ein leidenschaftlicher und streitbarer Diskutant, was laut **Herbert Lipsky** manchmal dazu führen konnte, dass **Marberger** den Kongressaal betreten hatte und sich sofort in die Diskussion einmischte ohne eigentlich zu wissen, welches Thema gerade behandelt wurde.

Sein weit schweifendes Interesse sowie seine rastlose Aktivität konnten manchmal schon dazu führen, dass der Terminkalender etwas in Unordnung kam. So reiste er gemeinsam mit zwei Mitarbeitern und mehreren Vortragsmanskripten zum Norditalienischen Urologenkongress nach Bergamo. Zur großen Verwunderung stand die Tiroler Delegation vor verschlossenen Kongressoren – die Eröffnung des Kongresses fand erst zwei Wochen später statt!

Auf alle Fälle war **Hans Marberger** eine Persönlichkeit, die für jeden eine Bereicherung darstellte, gleich ob Schüler, Besucher oder Patient. Was kann man im Nachhinein Schöneres über einen Arzt sagen?

### Julian Frick



Gemeinsam mit **Klaus Bandhauer** und **Helmut Madersbacher** war er einer der engsten Mitarbeiter von **Hans Marberger** und es ist ihm und Letzterem zu verdanken, dass die

Andrologie von der Dermatologie zumindest in unserem Lande der Urologie zugerechnet werden konnte.

Ende der 70er Jahre des vorigen Jahrhunderts hat er in den USA ein eigenes Verfahren zur Testosteronbestimmung im Blut entwickelt.

Von der Innsbrucker Klinik zur Leitung der Urologischen Abteilung am Landeskrankenhaus Salzburg berufen führte er diese Klinik zu einer auch international hoch angesehenen, wissenschaftlich und fachlich renommierten Institution. Dementsprechend machte er sich berechnete

Hoffnungen, die Nachfolge seines Lehrers und Freundes **Hans Marberger** als Ordinarius anzutreten. Das Schicksal wollte es aber anders.

Aus der Enttäuschung erwuchs jedoch der Ansporn, die Gründung der Medizinischen Paracelsus Privatuniversität voranzutreiben.

Er war nicht nur Spiritus Rector dieses Vorhabens, sondern schaffte diese wissenschaftliche und administrative Großtat fast im Alleingang. Als glückliche Fügung steht diesem bemerkenswerten Institut mit **Dietrich Mateschitz** ein großzügiger Gönner zur Seite.

Wie nahezu alle großen Ärzte war auch er ungemein fleißig, seine Mitarbeiter sahen ihn von 6 Uhr morgens bis ca. 23 Uhr praktisch nur in der Dienstkleidung. Er vermittelte seinen Ärzten stets die Sicherheit, bei allen Problemen hinter ihnen zu stehen.

„*Julian Frick war ein großer Urologe und Androloge, ein Visionär, ein hervorragender Chef und großartiger Lehrer*“. So charakterisiert **Andreas Jungwirth** seinen ehemaligen Freund und Lehrer in dem von ihm verfassten Nachruf. Das sagt im Grunde mehr, als die Worte ausdrücken – **Frick** hat den Stempel seiner Persönlichkeit nicht nur im Gedächtnis sondern auch in den Herzen seiner Schüler hinterlassen ....

### Georg Bartsch



Als Sohn eines Innsbruckers Chirurgen wusste er schon früh um die Wichtigkeit eines fundierten pathologischen Wissens und arbeitete unmittelbar nach dem Studium für längere Zeit an der Pathologie.

Seine Arbeiten über mikroskopische Messungen an der Prostatamorphologie, welche er am Pathologischen Institut in Basel durchführte, erregten allgemeines Interesse und Anerkennung. Damit war sein Weg in der Fokussierung seiner wissenschaftlichen Intentionen auf die Prostataforschung schon vorgezeichnet. Er installierte ein eigenes Labor mit diesem Forschungsschwerpunkt an der Innsbrucker Klinik, nachdem er die Nachfolge seines Chefs **Hans Marberger** angetreten hatte. Aus diesem Labor und seiner Klinik wurden zahlreiche Arbeiten publiziert, welche in den besten Journalen unseres Faches veröffentlicht wurden.

Gemeinsam mit **Hrytschak** war er der international bedeutendste Prostataforscher aus der Riege der Österreichischen Urologen. Während Ersterer seinen Namen durch die Chirurgie des Prostataadenoms verdiente, lag **Bartsch's** Schwerpunkt auf dem Gebiet des Prostatakarzinoms.

Er war kein einfacher bzw. umgänglicher Charakter und das Feld der Österreichischen Urologie erachtete er als zu klein und unbedeutend für seine wissenschaftlichen Zielsetzungen. Diese Ignoranz der Österreichischen Gesellschaft für Urologie führte allerdings dazu, dass als Folge unredlicher Publikationen auf dem Gebiet der Inkontinenz, auf Beschluss der Generalversammlung seine Mitgliedschaft ruhend gestellt wurde. Ich habe mich damals bei dieser Sitzung dagegen ausgesprochen, da ich ein klärendes Gespräch vorgezogen hätte, konnte die Mehrheit jedoch nicht davon überzeugen. Dabei stammte die Idee dieses im Prinzip hochinteressanten Konzeptes der Behandlung der Belastungsinkontinenz von **Bartsch** selbst, wurde jedoch von seinem Mitarbeiter bei weitem zu wenig sorgfältig und übereifrig viel zu früh und ohne valide Daten publiziert. Zweifelsfrei war **Bartsch** als Klinikchef für die Publikation aber letztverantwortlich.

Ich persönlich finde es allerdings sehr schade, dass auf das Ende der Karriere eines hochintelligenten und überaus fleißigen Mannes, dessen Laufbahn bis zu diesem Zeitpunkt so brillant verlaufen war, dieser Schatten fallen musste. Trotzdem bleiben seine Verdienste um den Stellenwert der Österreichischen Urologie bestehen und sollten nicht vergessen werden.

### Die Kaiser des Südens

Diese Definition stammt laut **Herbert Lipsky**, dem ich im übrigen die Informationen für dieses Kapitel verdanke, von einem Freund **Hadwin („Benni“) Urlesberger's** der Letzteren so zu bezeichnen pflegte.

#### Hadwin Urlesberger

Er stammte aus einer Gotscheer Familie, einer deutschsprachigen Enklave in Slowenien, die in den Wirren am Ende des 2. Weltkrieges Fürchterliches durchgemacht hatte.

Er begann ebenso wie die meisten seiner Zeitgenossen seine Ausbildung im Fach der Allgemeinchirurgie, wo er seinen

Freund und späteren Chef **Karl Rauchenwald** kennenlernte, der die Urolog. Abteilung am Landeskrankenhaus Klagenfurt begründete.

**Rauchenwald** war eine charismatische Persönlichkeit, ein Chirurg durch und durch, der allerdings das überragende Talent seiner Schüler **Urlesberger** und **Henning** rasch erkannte und ihnen freie Hand in der Entwicklung und Weiterbildung ihrer Fähigkeiten gewährte.

Nachdem **Urlesberger** die Abteilung übernommen hatte, gelang es ihm, durch geschickte Diplomatie und Beharrlichkeit, im komplizierten kärntner Spitalswesen seine Forderungen im Interesse seiner Abteilung durchzusetzen. Diese große Abteilung war demzufolge personell und technisch hervorragend ausgerüstet, sodass wir junge Wiener Assistenten wie z.B. **Heinz Pflüger** und ich, die wir die Technik der transurethralen Chirurgie dort zu lernen das Privileg hatten, nur staunen konnten.

Er war aber nicht nur ein ausgezeichnete Arzt und Organisator zahlreicher Symposien und Kongresse, sondern im Hinblick auf gutes Essen und exzellente Weine auch ein ausgesprochener Bon vivant. Seine Gastfreundschaft war sagenhaft und es gab im Hinterland der oberen Adria wohl kaum ein Restaurant oder abgelegene Gastwirtschaft, welcher er nicht zumindest einmal einen Besuch abgestattet hätte.

Obwohl ein Mann von herzerfrischender Gastlichkeit und jenen Freunden gegenüber, die er ins Herz geschlossen hatte bedingungslos loyal, war er kein großer Redner bzw. Freund vieler Worte. Der von ihm am meisten präferierte Anspruch war: „das Buffet ist eröffnet!“

Er war ein durchaus sportlicher Mensch und vor allem ausgezeichnete Schifahrer. So war es im Rückblick eigentlich eine gütige Fügung des Schicksals, dass er während eines Schiausfluges anlässlich der Internationalen Urologischen Woche in Kitzbühel, die von **Herbert Lipsky** ins Leben gerufen wurde und an welcher **Urlesberger** von Anfang an teilgenommen hatte, in den Armen seiner Freunde auf der Piste an einem Herzversagen verstarb.

#### Klaus Henning

Bereits unter **Rauchenwald** besonders aber in der Ägide von **Urlesberger** als Chef der Urologischen Abteilung in Klagenfurt konnte **Henning** sein überragendes Talent als operativ versierter



Urologe entfalten. Zu seiner Zeit war er vermutlich der beste urologische Chirurg in Österreich. Er war aber nicht nur klinisch sondern durchaus wissenschaftlich interessiert und führte

gemeinsam mit anderen grundlegenden Experimente zur Fibrinklebung von Parenchymeingriffen an der Niere durch. Daneben publizierte er zahlreiche klinische Arbeiten, denen das umfangreiche Klientel der Abteilung zugrunde lag, welche internationale Anerkennung fanden. Es wäre für ihn ein Leichtes gewesen, an eine Universitätsklinik im In- oder Ausland zu wechseln, um dort eine glänzende, akademische Karriere zu absolvieren – allein er blieb seiner Kärntner Heimat und seiner Abteilung treu.

So war es nur gerecht, dass er nach der Pensionierung seines Freundes **Urlesberger** dessen Nachfolge als Chef antrat. In dieser Position steigerte er nochmals den Ruhm der Abteilung als operatives Zentrum.

Die wahre Größe seiner Persönlichkeit zeigte sich aber, als die laparoskopischen Techniken in der Urologie Einzug fanden. Ein so begnadeter und leidenschaftlicher Chirurg wie er ließ seinem jungen, ebenso talentierten und engagierten Oberarzt **Klaus Jeschke** freie Hand, um diese neue Technik an der Abteilung zu etablieren und maßgeblich weiter zu entwickeln.

**Klaus Henning** war einer der freundlichsten, herzlichsten und humorvollsten Kollegen, die ich je kennengelernt hatte. Er bewies beachtliches Talent im Verfassen kabarettistischer Texte, welche zum Gaudium der Besucher anlässlich von Festabenden bei Symposien zum Besten gegeben wurden. Diese Gabe hat er seinem Sohn Rupert vererbt, der heute ein bekannter Schauspieler und Autor ist.

Eine seiner Leidenschaften verband ihn und mich besonders. Es war die Jagd. Wenngleich dies heutzutage in der Gesellschaft keine besonders geschätzte Freizeitbeschäftigung ist, so möchte ich doch hervorheben, dass er keiner dieser verachtungswürdigen „Schiesser“ war sondern sich vornehmlich als Heger des Wildes verstand. Außerdem vermittelte ihm dieses Hobby die Gelegenheit, die Ruhe und herrliche Natur seiner Heimat zu genießen und dabei besinnlichen Gedanken nachzuhängen.



## Urologie im Rückblick

Wie alle wirklich großen Ärzte nahm er seine Verpflichtungen gegenüber seinen Patienten und der Abteilung überaus genau. Diesbezüglich gestattete er sich selbst keinerlei Schonung. Somit ist es eigentlich als schicksalhaft zu betrachten, dass er nach einem intensiven Tag im Spital mit großer Operation, nach dem letzten Patienten, den er in seiner Ordination beraten hatte, plötzlich verstarb.

Viele unserer Kollegen waren davon ebenso betroffen wie ich selbst, der ich den Nachruf auf ihn in der NÖGU unter den Titel „Am Ende des Regenbogens“ stellte.

### Die Tapferen

#### Johannes Flamm

**Hannes Flamm** war ein überaus vielseitig begabter Mensch. Neben seiner durchaus ausfüllenden Tätigkeit als Oberarzt an der Urologischen Abteilung am Wilhelminenspital unter **Siegfried Burkert** fand er noch Zeit, den uroonkologischen Arbeitskreis in seinen Anfangsstadien zu führen und seine Arbeiten zur Erlangung der *Venia docendi* zu vollenden. Sein wissenschaftlicher Schwerpunkt lag auf dem Gebiet des oberflächlichen Blasenkarzinoms.

Nach einem schrecklichen Flugzeugunglück anlässlich eines Kongressbesuchs, dem neben seinem Freund und langjährigen Kollegen an der Abteilung, **Heinz Kiesswetter** auch mein Freund **Nikolaus Nürnberger** neben weiteren Ärzten zum Opfer fielen, übernahm **Flamm** auf ausdrücklichen Wunsch des St. Pöltner Bürgermeisters die dortige Urologische Abteilung, an welche nur drei Monate zuvor **Nikolaus Nürnberger** als Primarius berufen wurde.

Er leitete diese Abteilung in hervorragender Art und Weise, zumal er nicht nur ein wissenschaftlich interessierter Mensch sondern auch ein souveräner Operateur war. Leider war es ihm nur vergönnt, diese Aufgabe für den Zeitraum von 4 Jahren auszufüllen, da ihn wenige Jahre nach Amtsantritt die Diagnose einer unheilbaren Erkrankung traf.

Neben seiner tiefen Expertise auf seinem Fachgebiet hat mich immer schon sein Interesse an philosophischen Fragestellungen fasziniert. Es war immer befruchtend, mit diesem wachen Geist tiefeschürfende Gespräche zu führen.

Seine Vielseitigkeit äußerte sich auch darin, dass er ein außerordentlich begabter

Maler war, der durchaus an der Akademie der Bildenden Künste seinen Weg gemacht hätte.

Wir begegneten uns in den letzten Monaten seines Lebens immer wieder und es hat mich tief beeindruckt, mit welcher Ruhe und Besonnenheit er seinem unausweichlichen Schicksal ins Auge blickte. Wenn wir gerade heutzutage häufig den Terminus des „Sterbens in Würde“ bemühen, so bin ich gerne Zeuge dafür, dass **Hannes Flamm** ein wahres Beispiel dafür war.

#### Walter Kuber



Dieser Mann war für seine Umgebung, solange man ihn nicht kannte, keineswegs leicht einzuschätzen. Seine offene, ehrliche, manchmal polternde Art, gepaart mit einer meis-

tens eher rustikalen Ausdrucksweise täuschte vordergründig darüber hinweg, dass man es mit einem hochintelligenten, kreativen und ungemein vielseitigen Menschen zu tun hatte.

Gemeinsam mit seinem Chef und engen Freund **Lutz Popper** baute er die erste und einzige urologische Abteilung des Burgenlandes im Krankenhaus Oberwart auf. Neben der enormen Belastung eines abwechselnden Dauerdienstes in den ersten Jahren der Entwicklung der Abteilung fand er immer noch Zeit, wissenschaftliche Arbeiten zu publizieren, auf deren Basis er zu Recht die Habilitation im Fach erlangte.

Nach der Pensionierung seines Chefs wurde ihm die Leitung der Abteilung anvertraut, und er führte sie zu einem angesehenen urologischen Zentrum im Osten Österreichs. Dies füllte seinen Tatendrang jedoch noch nicht vollständig aus, sodass er auch in der Standespolitik tätig wurde. Man sagt, dass seine offene und gerade Art, die Probleme beim Namen zu nennen, im Funktionärsklüngel nicht immer auf ungeteilte Akklamation stieß.

Doch damit nicht genug! Sein privates Hobby war die Jagd, die er mit Leidenschaft betrieb. Er begnügte sich allerdings nicht damit, ein einfacher Nimrod zu sein, sondern ging auch auf diesem Gebiet in die Gremien. Sein Ansehen war so groß, dass er zum Bezirksjägermeister gewählt wurde.

In den Jahren nach 2010, als schon die

Wahrscheinlichkeit eines geruhsamen Ruhestandes am Horizont auftauchte, wurde er jedoch von einer heimtückischen und gefährlichen Erkrankung heimgesucht. Diese erlegte ihm enorme Belastungen, u.a. auch eine Knochenmarktransplantation und zahlreiche Chemotherapien auf.

In seinem letzten Lebensjahr besuchte ich ihn, und im vertraulichen Gespräch teilte er mir seine privaten Sorgen um seine Familie und insbesondere um seinen einzigen Enkel mit. Trotz dieser wohl für die allermeisten anderen Menschen erdrückenden Belastung und in hellsichtiger Kognition seiner gesundheitlichen Perspektiven, konnte ich keinerlei Anzeichen von Depression oder Verzweiflung erkennen. Er war der heitere und lebensbejahende Mensch wie immer.

Am 31. August 2013 veranstaltete er seinen offiziellen Abschied von der Abteilung, da er Ende des Jahres in den Ruhestand überzutreten beabsichtigte. Bei dieser Veranstaltung konnte man sich von dem ungeheuren Ansehen dieses Arztes überzeugen, welches er in seinem Bundesland genoss. Es war außerdem berührend, welche echte Zuneigung und Respekt ihm von seinen Mitarbeitern entgegengebracht wurde. Er genoss den Trubel und die Heiterkeit dieses Tages in vollen Zügen obwohl er kein Hehl daraus machte, dass neuerlich ein Rezidiv seiner Erkrankung aufgetreten war.

Am 28. Oktober 2013 war sein Lebensweg zu Ende ...

Mit seinem Ableben verlor die Österreichische Urologie nicht nur einen angesehenen Chefarzt und vielseitigen Menschen, sondern wohl auch eines ihrer tapfersten und mutigsten Mitglieder.

### Resumee

Die in diesem Feuilleton getroffene Auswahl an bereits verstorbenen österreichischen Urologen wurde nicht unter der Prämisse getroffen, dass es sich bei diesen Kollegen um Ärzte von außerordentlichem, internationalen Format handelt, obwohl sich darunter auch außergewöhnliche Operateure und hervorragende Wissenschaftler befinden. Mein vordringliches Interesse lag darin, den Blick auf die unterschiedlichen Facetten der Persönlichkeiten dieser Menschen zu richten, welche in Zusammenschau zur Beurteilung von jeder für sich unikal

Individuen führen, welchen eine mehr oder weniger ausgeprägte, Generationen überschreitende Vorbildfunktion beizumessen erlaubt. Natürlich waren das keine Titanen ohne Fehl und Tadel sondern Menschen mit guten und schlechten Eigenschaften wie wir alle. Trotzdem konnte ich an jedem Einzelnen, da ich sie alle persönlich kannte, Besonderheiten entdecken, die mir einer bleibenden Erwähnung wert schienen. Es ging also primär nicht darum, eine bibliographische Dokumentation des akademischen Werdegangs dieser Protagonisten und ihrer fachlichen und wissenschaftlichen Leistungen aufzuzeichnen, wichtiger schien mir, ein Bild ihrer Persönlichkeit als Menschen zu entwerfen.

Ganz allgemein bin ich der Meinung, dass es nicht ausreicht, nur ein exzellenter Operateur oder kreativer Wissenschaftler zu sein, um mit dem Prädikat eines „guten Arztes“ ausgezeichnet zu werden.

Wem die entsprechende Charakterfestigkeit fehlt oder es an Empathie für den kranken Menschen mangelt, der kann bestenfalls ein guter Doktor, Dozent oder Professor sein, zu einem wirklichen „Arzt“ wird er es nicht bringen. Daraus können wir schließen, dass dieses Prädikat an keine akademische Funktion gebunden ist.

Angesichts der rasanten Entwicklungen der Medizin sollten wir uns vor Selbstüberschätzung der eigenen Leistungen hüten, und keinen unvergänglichen Ruhm unserer derzeit angewendeten ärztlichen Performance insinuieren. Meines Erachtens ist es durchaus denkbar, sofern es unseren Epigonen einmal gelingen sollte, aus den zur Zeit zur Verfügung stehenden und ständig sich vermehrenden, zahllosen Puzzelsteinen der Genomanalytik ein sinngebendes Bild zu formen, dass die Einsatzmöglichkeiten des chirurgischen Handwerkes dramatisch schrumpfen werden. Wenn es einmal möglich sein sollte, Krankheiten

bereits vor ihrer Manifestation zu erkennen und zu behandeln, so wird sich die Chirurgie auf traumatologische, rekonstruktive und ästhetische Aspekte reduzieren. Dann wird das „Zeitalter der Chirurgen“ der Vergangenheit angehören.

Umso mehr sollten wir uns in Demut vor den uns vorangegangenen Ärztegenerationen verneigen, welche unter ungleich schwierigeren Voraussetzungen und bar jeder heute selbstverständlichen Hilfsmittel großartige Leistungen erbracht und den Fortschritt getragen hatten. Die vornehmlichen Fundamente ihrer Tätigkeit waren Mut, Verantwortungsgefühl und Kreativität – alles Eigenschaften, denen zeitlose Wertbeständigkeit beigegeben werden kann.

Othmar Zechner



Berufsverband **bvU**  
der Österreichischen Urologen

Im Namen des Tagungspräsidenten, Herrn Prim. Univ. Prof. Dr. Steffen Krause, Vorstand der Urologischen Abteilung des AKH Linz, freuen wir uns, Ihnen die Eckdaten der Fortbildungstagung der ÖGU bekanntgeben zu dürfen:

### Fortbildungstagung der Österreichischen Gesellschaft für Urologie und Andrologie mit Jahreshauptversammlung der ÖGU

6. und 7. November 2015

Donau-Forum Oberbank, Linz

**Wissenschaftliches Programm:**

Prim. Univ. Prof. Dr. Steffen Krause, AKH Linz

# Die Sydenham'schen Ärzte

P.P. Figdor

## Einführung

Sicher weiß ich, dass diese Art von „Auszeichnung“ als außergewöhnlich tüchtigem Arzt vorerst nur dem Italiener **Giorgio Baglivi** (1668-1707) verliehen wurde; Baglivi wurde bereits während seines Lebens als „italienischer Sydenham“ bezeichnet. Was Baillou betrifft, so wurde dieser Titel im „*Dictionnaire historique des Médecins*, Larousse: Michel Dupont“ als „französischer Sydenham“ 1999 neben seinen Namen gesetzt. Von den anderen hier vorgestellten, ist diese „zusätzliche Bezeichnung“ von uns erfolgt. Und es mag sicherlich nicht für jeden eine Auszeichnung sein, sondern diese Bezeichnung wurde verwendet, um ähnliche (medizinische) Überlegungen von Sydenham bei Barbeyrac bzw. Stoll hervorzuheben.

Es scheint daher **Charles de Barbeyrac** (1629-1699) aus Montpellier hier auf, weil er der Lehrer von Sydenham war – sagen wir – im Fach „fortgeschrittene Hippokrates-Kunde“; deswegen „pilgeren“ anscheinend viele Ärzte nach Montpellier. Dieses Referat hat sich jedoch auch das Ziel gestellt darzustellen, wer von diesen bekannten Medizinern von wem gelernt hatte. In den Mittelpunkt ist der in England so verehrte Sydenham gestellt.

Als vierten „Kandidaten“ musste ich wohl **Maximilian Stoll** (1742-1788) nehmen, schaffte er – wahrscheinlich – mit der (unglücklichen neuerlichen Einführung der Dyskrasie an der Wiener Universität die Voraussetzung für einen Niedergang der Wiener Medizin im ersten Drittel des 19. Jahrhunderts. Dabei war am Anfang des 19. Jahrhunderts das Ansehen Wiens dank der Anwesenheit von **Johann Peter Frank** (1745-1821) in der Medizin recht hoch. **Erna Lesky** schätzte für diese Zeit die Wiener Medizin gleich hoch ein wie die in Paris. Es kam jedoch, was man – im 19. Jahrhundert! – so gar nicht verstehen konnte, zur bereits erwähnten Wiedereinführung der Dyskrasie auf der Stoll'schen Klinik, was heißt, dass durch Störungen in den „vier Körperflüssigkeiten“ entstehen, ein recht altes Stück

„klassische Medizin“! An sich hatte Stoll, der ja bereits 1788 gestorben war, natürlich nichts mit dem Personalwechsel an der Wiener medizinischen Fakultät zu tun, der war vom Leibarzt des Kaisers **Dr. Andreas Joseph Freiherr von Stifft** (1760-1836) durchgeführt worden. Er war Stoll-Schüler und seine „Umgebung“ sollte es auch sein. Erna Lesky schreibt: „Niemand kannte diese neuen Professoren, hatte nie etwas von ihnen gehört, denn sie befanden sich – bis zu „ihrem Ruf nach Wien“ – nur in der Provinz“. Schönbauer schreibt von dieser Zeit. Es war **Anton Störck**, der Chef des Medizinalwesens gestorben; sein Nachfolger wurde Stifft: „Er war wohl die traurigste Erscheinung, die je diese verantwortungsvolle Stelle eingenommen hatte. Sich seiner eigenen Inferiorität allen Anscheins nach bewusst, verfolgte er alle, in denen er Überlegenheit vermutete....“

## Der Französische Sydenham

**Guillaume de Baillou**  
(Paris, 1538-1616)<sup>1</sup>

Mit seinem berühmten Lehrer **Jean Fernel** (1506-1558) stieg nicht nur das Interesse für „Pathologie“ in Frankreich, sondern man hatte begonnen, sich mehr nach der griechischen Medizin (Hippokrates) bzw. der römischen Medizin (Galen) auszurichten, „eine Verbindung zwischen der arabischen Medizin mit der des **Galen** anzustreben.“ Fernel's Schüler, der Calvinist **Guillaume de Baillou** (1538-1616) schaltete die arabische Medizin in Paris völlig aus und es war jetzt alles auf griechisch-römische Medizin eingestellt. Er verändert die Pariser medizinische Schule grundlegend und war ein strenger Lehrer. 1580 wurde er Dekan der medizinischen Fakultät in Paris, und danach Leibarzt von Heinrich den IV, und von Louis XIII.

Wir erfahren weiter in „*Dictionnaire historique des Médecins*, Larousse: Michel Dupont, 1999“, dass er die **hygienische Thematik** bei der Pest von



Univ. Doz. Dr. Peter P. Figdor

1580 zur Debatte brachte. Es gibt von Baillou gute Beschreibungen der Diphtherie und des Keuchhustens, der Mäserten sowie anderer Plagen. Außerdem trennte er **erstmals** die Gicht vom Rheumatismus, die bisher als eine Krankheit angesehen wurden und beschrieb (als Erster) diese beiden Krankheiten getrennt.“ Er beauftragte seine beiden Neffen, beide Mediziner, seine Beobachtungen zu veröffentlichen als „Pharos medicorum (1668).“

Nun kommen wir zum wichtigsten Teil – vor allem in Beziehung zu Sydenham – in der Biographie von Michael Dupont aus 1999; er schreibt ungefähr: „Baillou veröffentlichte <sein Werk> 'Epidemiarum et ephemeridum libri duo' (Paris 1640), was frei übersetzt heißen könnte **„Die Beziehung zwischen dem Auftreten von Epidemien im Verhältnis zu den Jahreszeiten“**. Nun, hierzu schreibt das „*Biographische Lexikon hervorragender Ärzte ...*“ (Dies muss ich wohl exakt wiedergeben): „Dennoch war er nicht ganz frei von den Vorurteilen und Irrthümern seiner Zeit – er glaubte z. B. noch an den Einfluss der Gestirne<sup>2)</sup> – aber gerade dieser Umstand war es, der ihn zu um so grösserer Präzision und Nüchternheit in der Auffassung seiner Beobachtungen veranlasste. Baillou inaugurierte auf

1) Wir haben bereits 2012 in Heft 45 Baillou erwähnt.

2) Nun dies würde mich nicht sehr stören, hatten man doch im 16. und 17. Jahrhundert, wenn man es sich leisten konnte, einen Astronomen als Astrologen; siehe z.B. WALLENSTEIN.



diese Weise die Richtung, die später von Sydenham **mit so viel Erfolg** verfolgt <fortgesetzt und wahrscheinlich erweitert> wurde und demzufolge liegt auch die **Bedeutung**, die er auf **sein Jahrhundert** und auf **das unserige <19. Jahrhundert>** hatte, **ganz besonders auf praktischem Gebiete**. Baillou war der Erste, der ein ursächliches Verhältniss zwischen atmosphärischen Einflüssen und dem Auftreten von Krankheiten zu bestimmten Jahreszeiten und bestimmten Klimaten behauptet und deren gegenseitige Beziehungen zu erforschen strebten.“ Neben der Bezeichnung Baillou's als „französischer Sydenham“ beschreibt 1999 „*Dictionnaire historique des Médecins, Larousse: Michel Dupont*“ finden wir noch den Titel „*créateur de l'épidémiologie*“, dass er den Einfluss des Wetters auf Infektionen, Epidemien als Erster in der Medizin zur Sprache brachte.

Baillou starb 1616 nach 46jähriger lehramtlicher Tätigkeit im Alter von 78 Jahren. Seine Werke wurden erst nach seinem Tode herausgegeben.

Was aus den uns zur Verfügung stehenden Biographien nicht zu entnehmen ist, wäre die Feststellung, ob wirklich das Programm der „Wirkung von Wetter auf die Infektion“ von Baillou im 16. Jahrhunderts **so ausgedehnt und von so tiefgreifender Wirkung war**, wie das von Sydenham im 17. Jahrhundert beschrieben ist. Tatsache ist, dass die Physikatärzte mit ihren Berichten in Zeitschriften – wie Erna Lesky schreibt – offensichtlich keinen besonderen medizinischen Erfolg hatten hinsichtlich der Ansichten von Sydenham, „*außer dass der Bericht über die Anzahl der Sonnen-tage die Touristik ankurbelte*“.

Der großartige Mediziner und Dekan der medizinischen Fakultät in Paris und Leibarzt von Heinrich den IV, und von

Louis XIII. Guillaume Baillou (1538-1616) konnte noch nicht wissen, wie Infektionen entstehen und schon gar nicht **Thomas Sydenham** (1624-1689), der uns erzählt, dass dies Folge von „Dünsten ist, die aus der Erde entweichen (geschickt werden?). Der Beginn der Bakteriologie findet im dritten Viertel des 19. Jahrhunderts statt (**Pierre Francois Olive Rayer** (1793-1876) und sein Assistent **Casimir Davaine** (1812-1882), **Louis Pasteur** (Paris, 1822-1895) und sein Team oder **Heinrich Hermann Robert Koch** (Berlin, 1843-1910) und sein Team sowie viele andere).

Was nun das Bemerkenswerte – zu mindestens – bei Sydenham ist, dass das „Wetter“ nicht etwa Pest oder Variola hervorrufen könnte, sondern – nach Sydenham – sollten Entzündungen z.B. eine Pneumonie je nach der „Wetter-situation“ einmal den Charakter einer Pest oder einer Variola oder Charakter einer anderen Epidemie zeigen. Das heißt **nicht**, dass Patient z.B. eine Pest hat und damit Ansteckungsgefahr bestünde.

Warum belaste ich Sie mit diesen schrecklichen Dingen, die uns eigentlich nicht interessieren würden, wäre nicht „wirklich Schreckliches“ in Wien entstanden. Es kam – und nicht nur in Wien – bei den Ärzten, die sich mit „ansteckenden Krankheiten beschäftigten zu einer Spaltung. Die einen blieben dabei, das „Ansteckende“ ernst zu nehmen, und zu tun was möglich ist. Erna Lesky bezeichnet sie als „**Kontagionisten**“. Die nach Sydenham Fortschrittlicheren, die die Erkrankung gleichsam nur als „Störung durch das Wetter“ ansehen, finden keine Ursache, alles zu unternehmen gegen eventuelle Ansteckung. Lesky nennt sie in ihrem Buch „*Die Wiener Medizinische Schule im 19. Jahrhundert*“ als die „**Epidemisten**“. Zur

Cholera 1831 und 1832 schreibt sie auf Seite 47: „*In den sich widersprechenden Maßnahmen der Regierung, die im Juni 1831 die strengste Landessperre mittels der Sanitätskordone anordnete, sie aber im Oktober bereits wieder aufhob, spiegelt sich der Kampf zwischen Kontagionisten und Epidemisten. Letztendlich gab die Meinung des obersten Epidemisten und Orthodoxen Stollianer Stifft den Ausschlag.*“ *Wien war der schweren Cholera-Epidemie schutzlos ausgesetzt.*“

Das erste Kapitel der vier Gegenüberstellungen möchten wir vorläufig abschließen. Da wir „reichlich“ Material von Sydenham haben und wenig von Baillou. Im „*Dictionnaire historique des Médecins, Larousse: Michel Dupont*“ erfahren wir betreffend Baillou, dass er sich gegen arabische Medizin in Frankreich stellte und ein Anhänger des Hippokrates (griechische Medizin) wurde und auf dem Gebiet Prinzipien erarbeitete die – fast 100 Jahre später – Sydenham beeinflusste. Und was seine beiden Bände „*Epidemiorum...*“ betrifft, ist dies das erste wohlgeordnete Werk die Epidemiologie betreffend und in dem er die bestehende Relation (Beziehung) zwischen dem Zustand in der Atmosphäre und den Epidemien studierte. Im nächsten Punkt geht es um die Pest von 1580 in Paris, in der er sich sehr bewährte - vor allem als Hygieniker. Dann folgen nur mehr eine Anzahl Beschreibungen von Krankheiten durch Baillou.

Die erste Auflage des „*Biographischen Lexikons hervorragender Ärzte...*“ stammt aus 1883. Es sollte über berühmte Ärzte berichten, deren wissenschaftlicher „Höhepunkt“ um 1880 lag. Das heißt, dass man sich bereits ungefähr ein Drittel Jahrhundert mit Bakteriologie beschäftigte, man wusste wie Infektionen nun einmal entstehen<sup>3)</sup>.

Mit dieser (besonders) kurzen Zusammen-

3): **Ignaz Philipp Semmelweis** (1818-1865) der Entdecker der Puerperalfieber gelang es **1847** schon allein durch Reinigung der Hände der Ärzte und der Studenten mit Chlorkalk-Lösung vor einer Untersuchungen auf der Geburtshilfestation, das Auftreten von Wochenbettsepsis deutlich zu vermindern. Trotz des Erfolges einer der ersten antiseptischen Versuche, kehrte der enttäuschte Semmelweis nach Budapest zurück. **Lord Joseph Lister** (1827-1912) war **1867** im Operationssaal erfolgreich mit einem ähnlichen Verfahren (für **Antisepsis**) bei Verwendung aber von Carbonsäure; dieses Verfahren verbreitete sich relativ rasch.

Der Nachweis, dass die „Milzbrand-Infektion“ durch „Lebewesen“ hervorgerufen – durch Bakterien - und nicht durch „aus der Erde aufsteigende Dünste“ - wie bisher durch Jahrhunderte angenommen – erfolgte erstmals durch **Rayer** und **Davaine**.

Die Feststellung von Bakterien bei **Milzbrand** und das Aussehen der Milzbrandbakterien sowie der Versuch einer „gezielten“ Behandlung erfolgten durch Untersuchungen in **1850** und **1863** von **Pierre Francois Olive Rayer** (1793-1876) und seinem Mitarbeiter **Casimir Joseph Davaine** (1812-1882). Nun zu **Louis Pasteur** (Paris 1822-1895) und der „deutschen Konkurrenz“ **Heinrich Hermann Robert Koch** (Berlin, 1843-1910). Von Pasteur weiß man, dass er längerer Zeit in der Industrie beschäftigt war, bis er ein „Meister der Bakteriologie“ wurde. Aber vor allem darf man nicht vergessen, dass beide jünger waren als Rayer und Davaine: Pasteur war 30 Jahre jünger als Rayer und 10 Jahre jünger als Davaine; bei Koch sind es 50 bzw. 30 Jahre. Pasteur und Koch sind aber um 1870 in der „Bakteriologie“ sehr beschäftigt. Aber vor allem die 80er Jahre sind großartig. Nicht nur in der Diagnostik, sondern auch im Bereich der (prophylaktischen) Impfung. Einer der ersten (neuen) Impfungen war Koch's Milzbrand-Impfung. Diese Impfung fand 80 Jahre nach der „*empirisch inaugurierten*“ Kuhpockenimpfung (**1796**) von Edward Jenner statt. Außerdem wurden auch Infektionskrankheiten auf ähnliche Weise behandelt; z.B. die Tollwut. Einige Jahreszahlen für Pasteur: Impfung gegen Schweinerotlauf **1882**, Tollwutbehandlung **1885**. Zahlen für Robert Koch: **1881** Testung der Wirksamkeit der Desinfektionsmitteln, **1882** Entdeckung des Tuberkuloseerregers, **1883** auf Expedition in Ägypten und Indien Entdeckung des Choleraerregers. Natürlich ist die „Bakteriologie“ nicht nur durch die wenigen hier genannten „Meistern“ vorangetrieben worden. Es waren sehr viele daran beteiligt. Nehmen wir nur einen, der über München und Graz nach Wien kam: Der Kinderarzt **Theodor Escherich** (1857-1911) entdeckte **1886** das Coli-Bakterium.

stellung wollten wir ein paar Daten in Erinnerung bringen, dass es praktisch ein halbes Jahrhundert (des 19. Jahrhunderts) dauerte, bis die moderne, kausale Medizin erfasste, wie nun Epidemien und Infektionskrankheiten wirklich entstehen. Ich weiß nicht, ob Baillou auch, wie Sydenham vorführte, beobachtet hat, dass bei gewissen Änderungen des Wetters bei Infektionskrankheiten (z.B. eine Pneumonie) pestähnliche oder pockenähnliche Bilder zeigen. Bis dato haben wir bei Baillou noch nichts Derartiges gefunden, obwohl in Richard Toellner's Werk: „*Illustrierte Geschichte der Medizin*“ Baillou bei der Besprechung mehrerer Krankheiten zitiert wurde. Er war offensichtlich ein wichtiges Glied der französischen Medizin.

### Der italienische Sydenham

#### Giorgio BAGLIVI (1668-1707)

**Vorstellung:** Wie **Max Salomon** in seinem großen Bericht darstellt, war nichts „Romantisches“ von der frühen Jugend Giorgio Baglivi zu berichten, etwa das Schicksal zweier kleinen Knaben, die als Einzige einen Schiffsbruch überleben. Salomon weist darauf hin, dass so etwas nicht möglich war, weil Giorgio Baglivi viele Teile seines Lebens in seinen Arbeiten festgehalten hatte. Nein, nach Salomon wurde Giorgio am 8. September 1668 als Sohn des (bekannt) Arztes Baglivi in Ragusa in Dalmatien geboren; noch als Kind übersiedelt Giorgio mit seiner Familie nach Lecce in Apulien.

Es entsteht eine Freundschaft seines Vaters mit dem Cardinal-Legaten von Bologna, der aus der Familie der Pignatelli in Neapel stammt, der 1691 mit dem Namen **Innozenz XII** zum Papst gewählt wurde. Das sollte natürlich für Giorgio Baglivi später recht günstig sein. Nach Beendigung seines Medizinstudiums in Neapel macht Giorgio Baglivi noch so eine Art „Praktikum“ indem er die medizinischen Fakultäten in Venedig, Florenz, Pavia, und Padua besucht, um dann – vorerst – etwas länger in Bologna, bei Malpighi; zu bleiben. Das Verhältnis zwischen dem großen Malpighi und dem jungen Baglivi scheint gleichfalls recht gut gewesen zu sein. Der neue Papst schätzte (bereits als Cardinal-Legat von Bologna) Malpighi sehr, mit der Folge, dass er Malpighi als Leibarzt berief, und dieser die medizinische Nummer 1 in Rom wurde. Dennoch war dies Ganze für **Marcello Malpighi** (1628-1694) nicht sehr günstig. Er war zur Zeit der Papstwahl (1691) nach so viel Arbeit in

seinem Leben sicherlich nicht mehr der „Jüngste“ und wurde als großer, anerkannter Wissenschaftler zurück in ein „Praxis-Dasein“ gestellt. Außerdem darf man **das schlechte Verhältnis zur galenischen Professorschaft nicht vergessen**, Die Lehre des Hippokrates bzw. des Galen war oder war fast so etwas wie ein Dogma. Für die Darstellung der damaligen Situation in der Medizin haben wir zumeist die „*Klinische Physiologie und Pathologie*“ von Professor Ferdinand Hoff benützt; diesmal möchten wir ein anderes Zitat zeigen<sup>4)</sup>.

Der junge Giorgio Baglivi wurde von den medizinischen Größen Roms freundlich aufgenommen, insbesondere von dem Anatomen **Antonio Pacchioni** (1665-1617). „*Mit dem weit älteren und kränklichen Malpighi trat Baglivi nicht wieder in näheren Verkehr, war doch auch Pacchioni ein heftiger Widersacher von Malpighi.*“ (Max Salomon).

Baglivi ist für seine Zeit (die Zeit des Sydenham) im Vergleich ein modern orientierter Arzt, verlangt er doch Experimente um eine Aussage, eine Theorie als richtig zu beweisen, um sie quasi „freizugeben“ für die Therapie. Zur Frage gestellt, wie und wer die Dyskrasie (des Hippokrates) im Experiment bewiesen hätte, war Sydenham's Antwort (ungefähr): „*das ist nun einmal so.*“ (d.h. also: so etwas wie ein Dogma). Und es stimmt mich daher sehr positiv bei Baglivi, dass er als (wahrscheinlich) ein „Galen'sischer Professor aber ganz sicher auch ein sehr „strenger Hippokratiker“ war, die Geschichte mit den „vier Körperflüssigkeiten“ als Ursache für das Krankwerden zurückstellte, ab-

lehnte. Baglivi war wissenschaftlich sicher angesehener als Sydenham, was Sydenham später Probleme brachte; wir werden am Ende des ganzen Referats noch einmal zurückkommen. Auf jeden Fall wurde Baglivi – nach dem Erscheinen der beiden Bände „*de praxi medica*“ – Ehrenmitglied der Royal Society in London (1697), der deutschen Leopoldinischen Akademie in 1699, und später auch von anderen Gesellschaften, wie z.B. die naturwissenschaftliche Akademie in Siena. Es ist mir nicht bekannt, dass Sydenham auch nur eine dieser Auszeichnungen je erhalten hat.

Baglivi hielt die „fibrösen Gebilden des Körpers“ für sehr wichtig und interessierte sich dabei besonders für die Muskelzellen und daher auch für die Untersuchungen des viel älteren (Sizilianers) **Giovanni Alfonso Borelli** (1608-1679), der während der Herausgabe seines Werkes über die Motorik („*Die Bewegung von Mensch und Tier*“) gestorben war. Und dies sind gleich zwei Unterschiede von Baglivi und Sydenham. Baglivi befürwortet, verlangt gleichsam, das Experiment, um eine Aussage oder Theorie beweisen zu können; nun so „modern“ eingestellt war Sydenham nicht. Wenn Letzterer eine Theorie benutzen wollte müsste er – schon wegen der Dyskrasie – **iatrochemisch** denken. Baglivi ist mit seiner **latromatematik** und **latromechanik** in der „klassischen Medizin“ bereits etwas weiter fortgeschritten. Besonders hebt Salomon den Vorschlag Baglivi's besonders modern, in der „klassische Medizin“ hervor, eine **Akademie zu errichten**, in der für **jede Krankheit immer nur ein Arzt** zur Verfügung stehen würde. Dies würde zu einer möglichst exakten Erfassung der jeweiligen Erkrankung führen. „*Von solchen Massenbeobachtungen und Massenerfahrungen erwartete Baglivi die größten Fortschritte in der Medizin.*“ Nun vergleicht Salomon dieses Vorgehen von Baglivi im 17. Jahrhundert mit unseren Untersuchungen im 19. und 20. Jahrhundert, die – aus statistischen Überlegungen – in einem ganzen Land, in mehreren Ländern, oder gar in einem Kontinent durchgeführt wurden oder werden. Wir sind jedoch der Meinung, dass man trotz der Begeisterung für ein solches Unternehmen dabei Bestimmtes nicht so ohne weiteres vergessen darf. Nämlich, dass der Baglivi'sche Vorschlag für eine optimale Erfassung einer Krankheit sich in der „klassische Medizin“ abspielt, in der **noch keine wirkliche Ursache für eine Krankheit bekannt** war. Dazu

4) R. Toellner's „*Illustrierte Geschichte der Medizin*“ (1992); die deutsche Ausgabe von R. Villey etc. „*Histoire de la Médecine, de la Pharmacie, de l' Art Dentaire et de l'Art Vétérinaire*“ (Paris, 1978) ist Folgendes zu lesen: „*Galens Texte, die die Medizinstudenten auswendig lernen und immer wieder herunterleiern mussten, durften lange Zeit nicht im geringsten kritisiert werden. Galen's Medizin wurde wie ein Dogma behandelt, ebenso die Unterordnung der Medizin unter die vorherrschende Kirchenlehre und den Aristotelismus. Im 16. Jahrhundert wurde Vesal heftig angegriffen, weil er es wagte, einige Irrtümer in Galen's Lehre der Anatomie aufzuzeigen. Fernel und Baillou erlaubten sich schüchtern einige persönliche klinische Beobachtungen. Man konnte – fast ohne zu übertreiben – behaupten, dass in der Geschichte der Medizin der Schatten Galen's bis zu Sydenham, ja, bis auf Bichat und Laennec reichte.*“ Man erkennt hier besonders deutlich die öffentliche, politische Macht, die sich Professoren der medizinischen Fakultäten zugelegt hatten. War dies eigener Eifer oder wurden die „galenischen Professoren“ dafür beauftragt?

musste man – erst einmal auf die „moderne, kausale Medizin“ warten; (wir verwenden dafür gerne den Begriff „neuen Sicht in der Medizin“). Und Zweitens: Hatte man – was verständlich ist – nicht die ganze „moderne Medizin“ auf einmal zur Verfügung. Die Ursachen

der Krankheiten mussten erlernt, gefunden werden. Aber was in den ersten zwei Jahrhunderten der „modernen, kausalen Medizin“ bisher gefunden wurde ist beachtlich. Ich weiß nicht, ob jemand genau schätzen kann, wo wir jetzt wirklich in dieser „neuen Sicht in

der Medizin“ stehen: Haben wir 90%, 95% oder 99% bereits erreicht?<sup>5)</sup> Und ich weiß auch nicht, ob wir wirklich etwas und wie viel wir der „klassische Medizin“ noch verdanken.

5) Das heißt, um die Ursache der Krankheiten festzustellen, wurde eine makroskopische Beurteilung von pathologisch anatomischen Gewebsveränderungen im Körper des Kranken verwendet. Zu Beginn der „moderne, kausale Medizin“ – am Übergang des 18. ins 19. Jahrhundert – war die Zahl der Bestimmungen aus mehreren Ursachen nicht allzu groß und ihr Tempo nicht allzu schnell. Doch am Beginn des zweiten Drittels des 19. Jahrhundert hatten Zahl und Tempo wesentlich zugenommen. Ein weiteres wesentliches Hoch ist die Zellulärpathologie durch **Rudolf Ludwig Karl Virchow** in den 50er Jahren des 19. Jahrhunderts.

Ein weiterer Block wären z.B. die Infektionskrankheiten und Bakteriologie: **1847** gelingt es Ignaz Philipp Semmelweis mit einer Antisepsis der Hände der Ärzte und Studenten auf der Geburtsstation die Fallzahl der Puerperalsepsis beträchtlich zu senken, und es wird verständlich, wie diese schwere Krankheit entsteht. Ähnlich ist es mit der Antisepsis im Operationssaal. Wir verdanken dies (**1867**) Lord Joseph Lister. Erinnern wir uns, dass die **1846/47** verbreitete Narkose eine wirkliche Erlösung für den Patienten war, dass aber die Chirurgie nur halb glücklich war; man konnte wohl ruhiger operieren und tiefer in der Körper des Patienten eindringen. Man hatte aber viele Patienten verloren an den dem Eingriff folgenden (Wund-)Infektionen. Jetzt war eine der letzten Barrieren verschwunden, nämlich die bis dahin so gefährliche Öffnung, Verletzung des Peritoneums. Als Urologe darf ich die Jahre **1805-1807** nicht unter den Tisch fallen lassen, eine Zeitspanne, in der Wien das erste wissenschaftliche Zentrum für Endoskopie war (in der Josephinischen Akademie). Die **Endoskopie** war eine neue Möglichkeit zur besseren Diagnostik gewesen.

Die drei ersten Hilfsverfahren für eine wesentliche Verbesserung der Diagnostik waren: Die „Perkussion“, die **Leopold Joseph Edler von Auenbrugger** im Jahr **1761** vorgestellt hatte, und die so großzügig in Paris eingesetzt wurde, vor allen durch den Leibarzt Napoléon's **Jean Nicolas Corvisart des Marets** (der ein großes Buch über das Verfahren von Auenbrugger **1808** herausgebracht hatte. Vorher (**1806**) hatte er eine neue Thoraxdiagnostik veröffentlicht. Für die (neue) Auskultation setzte sich ein Mitarbeiter von Corvisart ein, und zwar **René Theophile Hyacinthe Laennec**, der dieses Verfahren – wahrscheinlich – **1816** im Krankenhaus Salpêtrière in Paris vorgestellt hat.

Das plötzliche vorläufige Ende in der so erfolgreichen Wiener Beschäftigung mit der Endoskopie gelang jemandem **1807**, jemand der sich wahrscheinlich irgendwie wie ein „medizinischer Metternich“ fühlte. Doch es sollte anders kommen. Dieses von ihm sogenannte „Spielzeug“ entwickelt sich zu einem der bedeutendsten Untersuchungsverfahren und in den letzten Dezennien gelang sogar das, was **Philipp Bozzini** im Jahr **1807** beschrieben hatte, und was die Chirurgie zum Teil veränderte; es gibt bereits Länder, in denen die „endoskopisch unterstützte Chirurgie“ Ausbildungsfach geworden ist.

**Zurück zu den Infektionen:** In **1850** und **1863** gelingt die Darstellung der Bakterien bei Milzbrand durch **Casimir Joseph Davaine**, und **Pierre Francois Olive Rayer**. Um **1870** erfolgt für **Louis Pasteur** und für **Heinrich Hermann Robert Koch** der große Einstieg in die Bakteriologie. Vor allem in den 80er Jahren wird Beachtliches erreicht (Behandlung der Tollwut, Entdeckung der Tuberkulosebakterien und des Choleraerregers. **1896** Beginn der Röntgenuntersuchungen, **1900** die Blutgruppenbestimmung. Beides fand zuerst in Wien statt.)

Univ. Doz. Dr. Peter P. Figdor  
Urologisches Archiv Wien der ÖGU  
Landstraßer Hauptstraße 148/1/G1  
1030 Wien



# 41. Gemeinsame Tagung



der  
**Österreichischen Gesellschaft  
für Urologie und Andrologie**  
und der  
**Bayerischen Urologenvereinigung**

**11. – 13. Juni 2015 | Design Center Linz**

Tagungspräsident:  
Prim. Dr. Wolfgang Loidl  
Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern, Linz

Anmeldung und weitere Informationen unter:

**[www.uro2015.at](http://www.uro2015.at)**

# Cialis® 5 mg: Konstanztherapie mit hoher Patientenadhärenz

Eine rezente Praxisstudie zeigt auf, dass die einmal tägliche Konstanztherapie mit Cialis® 5 mg (Tadalafil) hinsichtlich der Therapietreue der Patienten deutlich besser abschneidet als die Bedarfstherapie mit anderen PDE-5-Hemmern.

Die Behandlung der erektilen Dysfunktion sollte einfach, wirksam und sicher sein, um eine möglichst hohe Adhärenz zu ermöglichen. Dem gegenüber steht die hohe Abbruchrate von 50-60% unter Patienten, die eine Bedarfstherapie mit kurz wirksamen PDE-5-Hemmern erhalten [1].

In der EDATE-Beobachtungsstudie [2] wurde erstmals die Adhärenz der Patienten mit einer Cialis®-5-mg-Konstanztherapie evaluiert. Die Ergebnisse haben eine besonders hohe Aussagekraft für die ärztliche Praxis, da die Patienten zum einen finanziell selbst für ihre Medikation aufkommen mussten und sie zum anderen nicht randomisiert wurden, sondern sich in Absprache mit dem Arzt selbst für eine Therapie entscheiden konnten.

## Klare Vorteile für Cialis® 5 mg 1-mal täglich

86% jener 778 Männer, die mit einer Cialis®-Konstanztherapie begonnen oder zu Studienbeginn darauf gewechselt



haben, blieben auch nach 6 Monaten der Therapie treu. Der häufigste Grund für den Wechsel auf die Konstanztherapie war die mangelnde Wirksamkeit der Bedarfsmedikation. 107 Patienten brachen die Konstanztherapie ab, die Hauptgründe dafür waren u. a. Mangel an Wirksamkeit hinsichtlich der Erektionshärte (30,8%), Nebenwirkungen (20,6%) und die Therapiekosten (15%). Die niedrige Abbruchrate aufgrund der Therapiekosten führen die Studienautoren auf die gründlich durchgeführten ärztlichen Erstgespräche mit den Patienten zurück.

## Fazit der Studienautoren

Die wichtigsten Maßnahmen, um die Therapietreue und sexuelle Zufriedenheit

von ED-Patienten zu heben, sind das intensive ärztliche Gespräch (Aufklärung über Therapieoptionen, Erwartungen an die Therapie abklären und Anwendungsempfehlungen) sowie die gemeinsame Entscheidungsfindung, wenn es um die Wahl der individuell passendsten Medikation geht.

## Literatur:

- [1] Althof SE et al., Int J Impot Res 2002; 14:S99-S104  
[2] Buvat J et al., Int J Clin Pract 2014; 68(9):1087-99.

## Für weitere Informationen:

Eli Lilly GmbH  
Kölblgasse 8-10, 1030 Wien  
lilly\_aut@lilly.com

ATCLS00349a, November 2014

Fachkurzinformation von Seite 13

**FACHKURZINFORMATION: CIALIS 2,5 (5) [10] [20] mg Filmtabletten.** QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG: Jede Tablette enthält 2,5 (5) [10] [20] mg Tadalafil. Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung: Jede Filmtablette enthält 87 (121) [170] [233] mg Lactose (als Monohydrat). Vollständige Auflistung der sonstigen Bestandteile: Siehe Abschnitt 6.1. 4.1. Anwendungsgebiete: Cialis 2,5 [10] [20] mg: Zur Behandlung der erektilen Dysfunktion bei erwachsenen Männern. Tadalafil kann nur wirken, wenn eine sexuelle Stimulation vorliegt. Cialis (5) mg: Zur Behandlung der erektilen Dysfunktion bei erwachsenen Männern. Tadalafil zur Behandlung einer erektilen Dysfunktion kann nur wirken, wenn eine sexuelle Stimulation vorliegt. Zur Behandlung des benignen Prostataasyndroms bei erwachsenen Männern. CIALIS ist nicht angezeigt zur Anwendung bei Frauen. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile. In klinischen Studien wurde gezeigt, dass Tadalafil die blutdrucksenkende Wirkung von Nitraten verstärkt. Dies wird auf eine gemeinsame Wirkung von Nitraten und Tadalafil auf den Stickstoffmonoxid/cGMP-Stoffwechsel zurückgeführt. Daher ist die Anwendung von CIALIS bei Patienten kontraindiziert, die organische Nitrate in jeglicher Form einnehmen (siehe Abschnitt 4.5). Männer mit kardialen Erkrankungen, denen von sexueller Aktivität abgeraten wird, dürfen CIALIS nicht verwenden. Ärzte müssen das potentielle kardiale Risiko einer sexuellen Aktivität bei Patienten mit einer vorbestehenden kardiovaskulären Erkrankung berücksichtigen. Die folgenden Patientengruppen mit Herz-Kreislauf-Erkrankung waren in klinische Studien nicht eingeschlossen und daher ist die Anwendung von Tadalafil kontraindiziert: Patienten mit Herzinfarkt während der vorangegangenen 90 Tage, Patienten mit instabiler Angina pectoris oder einer Angina pectoris, die während einer sexuellen Aktivität auftrat, Patienten mit Herzinsuffizienz Schweregrad II oder höher nach New York Heart Association (NYHA) während der letzten 6 Monate, Patienten mit unkontrollierten Arrhythmien, Hypotonie (< 90/50 mm Hg) oder unkontrollierter Hypertonie, Patienten mit einem Schlaganfall während der vorangegangenen 6 Monate. Bei Patienten, die aufgrund einer nicht arteriellen anterioren ischämischen Optikusneuropathie (NAION) ihre Sehkraft auf einem Auge verloren haben, ist CIALIS kontraindiziert, unabhängig davon, ob der Sehverlust mit einer vorherigen Einnahme eines PDE5-Hemmers in Zusammenhang stand oder nicht (siehe Abschnitt 4.4). Pharmakotherapeutische Gruppe: Urologika, Arzneimittel zur Behandlung der erektilen Dysfunktion, ATC-Code G04BE08. 6.1 Liste der sonstigen Bestandteile: Tablettenkern: Lactose-Monohydrat, Croscarmellose-Natrium, Hypromellose, mikrokristalline Cellulose, Natriumdodecylsulfat, Magnesiumstearat. Filmüberzug: Lactose-Monohydrat, Hypromellose, Triacetin, Titandioxid (E171), Talkum. Filmüberzug 2,5 mg: Eisen (III)-hydroxid-oxid x H<sub>2</sub>O (E172), Eisen (III)-oxid (E172). Filmüberzug 5, 10 & 20 mg: Eisen (III)-hydroxid-oxid x H<sub>2</sub>O (E172). INHABER DER ZULASSUNG: Eli Lilly Nederland B.V., Grootslag 1-5, NL-3991 RA Houten, Niederlande. NR, Apothekenpflichtig. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation. Stand der Kurzfachinformation: Oktober 2012.



Langzeitdaten bestätigen:

# Patienten leben länger und besser mit ZYTIGA® [1,2]

Am ESMO 2014 in Madrid wurden die finalen Daten der COU-AA-302 vorgestellt. Das mediane Follow-up betrug über 4 Jahre und bestätigte durchgängig die klinische und nun auch statistische Signifikanz für alle analysierten Endpunkte [1].

## 34,7 Monate: Das bisher längste Overall Survival

Asymptomatische und mild-symptomatische Patienten mit metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom (mCRPC) können nach Versagen der Androgen-deprivation (ADT) mit ZYTIGA® auf das erneut bestätigte, längste bisher nachgewiesene Gesamtüberleben in diesem Setting hoffen. Der nun auch signifikant ausgewiesene mediane Overall Survival Vorteil von 4,4 Monaten bestätigt ZYTIGA® als lebensverlängernde, klinisch relevante Therapieoption für das frühe mCRPC Stadium zwischen ADT und späterer Chemotherapie [1].

## Stabilisierung von Erkrankung und Lebensqualität

Rathkopf et al. konnten die Effektivität von ZYTIGA® im Update zur 3. Interimsanalyse nach einem Follow-up von 27,1 Monaten unter Beweis stellen. So wurde die Zeit bis zur radiografischen Progression unter ZYTIGA® und Prednison mit 16,5 Monaten vs. 8,2 Monaten unter Placebo und Prednison ausgewiesen. Die Zeit bis zur Chemotherapie konnte signifikant um mehr als zwei Jahre, ein Voranschreiten der Schmerzintensität um 26,7 Monate verzögert werden [2]. In der finalen Analyse wurde nun auch die Zeit bis zur nötigen Zugabe von Opiaten erneut berechnet. Hier zeigt sich eine Verzögerung der Opiatgabe aufgrund des Tumorschmerzes um 33,4 Monate unter ZYTIGA® und Prednison vs. 23,4 Monate unter Placebo und Prednison [1].

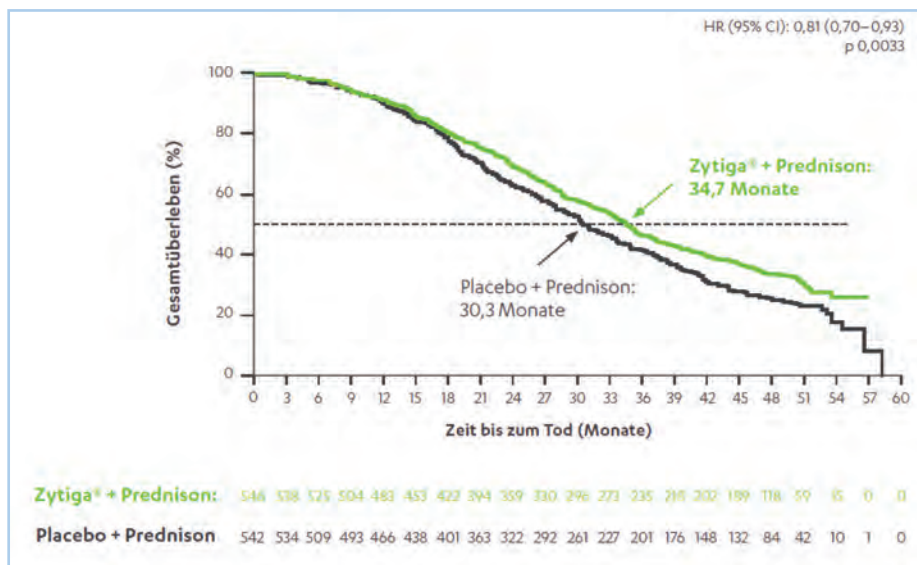


Abb.: Finale Analyse Gesamtüberleben COU-AA-3021

## Günstiges Sicherheitsprofil wiederum bestätigt

Selbst in der Langzeitgabe von ZYTIGA® und Prednison über 4 Jahre haben sich keine neuen oder von den bisherigen Erfahrungen abweichenden Nebenwirkungen gezeigt. Das Sicherheitsprofil gilt weiterhin als günstig [1].

## Guidelines befürworten den Einsatz von ZYTIGA®

Die Effektivität von ZYTIGA® wurde auch von führenden uro-onkologischen Experten erkannt, was sich beispielsweise in den deutschen S3-Guidelines widerspiegelt. Zusätzlich zur Empfehlung von ZYTIGA® Post-Chemotherapie ist die Substanz nun in der aktualisierten Version 2014 auch bei asymptomatischen und mildsymptomatischen Patienten nach Versagen der Androgen-deprivation festgehalten (Empfehlungsgrad B, Level of Evidence 1+) [4].

## Zeit ist Leben

Für den Patienten bedeuten diese Daten ein Gesamtüberleben von knapp 3 Jahren bei verbessertem Erhalt der Lebensqualität [1,2]. Zeit, die im Kreise der Familie genossen werden kann. Zeit, in der der Patient seinen beruflichen oder privaten Alltag weitgehend unbeeinträchtigt fortsetzen kann (ZYTIGA® nimmt beispielsweise keinen Einfluss auf

die Fahrtüchtigkeit, wird oral verabreicht) [3]. Inwiefern der maximale Therapieerfolg ausgeschöpft werden kann, hängt stark vom Zeitpunkt des Handelns ab. Die Therapie mit ZYTIGA® soll analog zum Studiensetting nach Versagen der ADT gestartet werden, solange der Patient noch keine bzw. nur milde Symptome aufweist [1-3].

## Referenzen

- [1] Charles Ryan et al. Final overall survival (OS) analysis of COU-AA-302, a randomized phase 3 study of abiraterone acetate (AA) in metastatic castration-resistant prostate cancer (mCRPC) patients (pts) without prior chemotherapy. Oral Presentation Abst. # 5936, ESMO 2014, Madrid
- [2] Dana Rathkopf et al. Updated Interim Efficacy Analysis and Long-term Safety of Abiraterone Acetate in Metastatic Castration-resistant Prostate Cancer Patients Without Prior Chemotherapy (24.2.2014) unter <http://dx.doi.org/10.1016/j.euro.2014.02.056> (abgerufen am: 26.06.2014)
- [3] Fachinformation ZYTIGA® 18.7.2014
- [4] Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF), Deutschen Krebsgesellschaft e.V. (DKG) und Deutschen Krebshilfe e.V. (DKH). Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms (Sep 2014) unter <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/043-022OL.html> (abgerufen am 19.11.2014)

### Für weitere Informationen:

Janssen-Cilag Pharma GmbH  
Vorgartenstraße 206B  
1020 Vienna  
Tel.: 01 / 610 30-0  
Fax: 01 / 616 12-41



# Jetzt neu: Utipro plus – Das Plus bei Harnwegsinfekt

## Biofilm + Pflanzenkraft

Mit Utipro plus steht ab sofort ein neuer, innovativer Behandlungsansatz zur Kontrolle und Vorbeugung von unkomplizierten Harnwegsinfekten zur Verfügung. Utipro plus enthält eine Kombination aus Xyloglucan-Gelatine + Hibiskus + Propolis. Durch den einzigartigen Wirkmechanismus wird der Harnwegsinfekt schon an der Ursache getroffen – im Darm – wo das Hauptreservoir von E. Coli liegt.

## An 2 Orten gleichzeitig wirksam – primär im Darm und unterstützend in der Blase

Die Xyloglucan-Gelatine bildet im Darm einen Biofilm. Sie wirkt mechanisch, indem der Kontakt der Krankheitserreger mit der Darmschleimhaut unterbunden und dadurch zugleich die Verbreitung und das Aufsteigen der Bakterien in die Harnwege verhindert werden. Hibiskus und Propolis unterstützen dabei die Wirkung des Biofilms in der Blase durch Ansäuerung des Harns [1-4].

## Utipro plus – Das Plus in vielfältiger Weise

- Zur Ersttherapie von unkomplizierten Harnwegsinfekten
- Zusätzlich zu einer Antibiotikatherapie



- Für die Nachsorge einer überstandenen Harnwegsinfektion
- Für die Langzeittherapie bei häufig wiederkehrenden Infekten

Das Medizinprodukt Utipro plus ist für Erwachsene und Jugendliche ab 14 Jahren zugelassen. Im akuten Stadium werden 2 x 1 Kapsel über einen Zeitraum von 5 Tagen verabreicht. Zur Vorbeugung von Rezidiven wird empfohlen, eine Kapsel täglich über einen Zeitraum von zumindest 15 Tagen pro Monat einzunehmen. Idealerweise wird dieser Zyklus mehrmals wiederholt.

Utipro plus ist verfügbar als 15 Stück und 30 Stück Packung.

## Literatur

- [1] Cisse et al. Le bissap (Hibiscus sabdariffa L.): composition et principales utilisations. Fruits, 2009, vol. 64, p. 179-193
- [2] Allaert F.A. et al. Prevention of recurrent cystitis in women: double-blind, placebo controlled study of Hibiscus sabdariffa L.extract. La Lettre de L'Infectiologue; Tome XXV-n° 2-mars-avril 2010
- [3] Lundberg et al. Urinary nitrite: more than a marker of infection. Urology. 1997 Aug; 50 (2): 189-91
- [4] Carlsson S1 et al. Effects of ph, nitrite, and ascorbic acid on nonenzymatic nitric oxide generation and bacterial growth in urine. Nitric Oxide. 2001 Dec; 5(6): 580-6

### Für weitere Informationen:

Pharmazeutische Fabrik Montavit Ges.m.b.H.  
Salzbergstraße 96, 6067 Absam  
Tel.: 05223 / 579 26  
Fax: 05223 / 522 94  
www.montavit.at

Fachkurzinformation von Seite 37

**Utipro plus. Zusammensetzung:** Kombination aus Gelatine und Xyloglucan (Hemicellulose), Propolis, Hibiscus sabdariffa, Siliciumdioxid, Magnesiumstearat, Maisstärke. **Anwendungsbereich:** Das Medizinprodukt wird angewendet zur Kontrolle und Vorbeugung von Harnwegsinfekten, die durch Krankheitserreger wie E. coli und andere für gewöhnlich an der Entstehung von urologischen Infektionen beteiligte gramnegative Bakterien verursacht wurden. Das Präparat aus Gelatine und Xyloglucan (Hemicellulose) wirkt mechanisch im Inneren des Darms, indem der Kontakt der Krankheitserreger mit der Darmschleimhaut unterbunden wird. **Packung:** Das Medizinprodukt liegt in Kapselform in einer Blisterpackung vor. **Dosierung:** Bei Auftreten der ersten Symptome von Harnwegsbeschwerden nehmen die Patienten täglich 2 Kapseln über 5 Tage ein. Zur Vorbeugung von wiederkehrenden Infekten wird täglich 1 Kapsel über mindestens 15 aufeinanderfolgende Tage pro Monat eingenommen (gegebenenfalls kann das Produkt über mehrere Zyklen eingenommen werden). **Anwendungshinweis:** Die Kapsel mit Wasser schlucken. **Gegenanzeigen und Nebenwirkungen:** Das Produkt darf nicht bei Patienten angewendet werden, bei denen eine Überempfindlichkeit gegen Gelatine oder einen der Bestandteile des Medizinprodukts bekannt ist. **Abgabe:** Rezeptfrei, apothekenexklusiv. **Vertrieb:** Pharm. Fabrik Montavit Ges.m.b.H., 6067 Absam/Tirol



## Erektile Dysfunktion

# Avanafil (Spedra®) – hochselektiver PDE-5-Hemmer ist schnell wirksam und gut verträglich

Seit Mai diesen Jahres steht mit **Avanafil (Spedra®)** eine neue Therapieoption für die Behandlung der Erektile Dysfunktion (ED) zur Verfügung. Avanafil unterscheidet sich von bisherigen PDE-5-Hemmern durch eine besondere Galenik und Molekülstruktur, die einen schnellen Wirkeintritt und eine lange Wirkdauer bei gleichzeitig guter Verträglichkeit ermöglicht. [1-5] Durch diese Eigenschaften kann Avanafil betroffene Männer unterstützen, ihre sexuelle Spontanität zurückzugewinnen.

Internationale Erhebungen belegen eine weltweit hohe Prävalenz der Erektile Dysfunktion (ED) [6-8]. Mit zunehmendem Alter leiden Männer häufiger unter der anhaltenden Unfähigkeit, eine für einen erfolgreichen Geschlechtsverkehr ausreichende Erektion zu erlangen (Alter 50 bis 59, mittlere Prävalenz 16%; Alter 60 bis 69 Jahre, mittlere Prävalenz 32%; Alter 70 bis 79 Jahre, mittlere Prävalenz 44%) [7]. Aber auch jüngere Männer können betroffen sein [6,8]. So zeigt eine aktuelle Auswertung des EU National Health and Wellness-Survey in fünf europäischen Ländern, dass etwa einer von 20 Männern im Alter zwischen 18 und 39 Jahren seit mindestens sechs Monaten von einer ED betroffen ist [8].

### Avanafil – individuelle ED-Therapie

Als medikamentöse Erstlinien-Therapie werden in der aktuellen Leitlinie der Europäischen Fachgesellschaft für Urologie (EAU) PDE-5-Hemmer genannt [6]. Zur Verfügung standen bisher die drei

Wirkstoffe Sildenafil, Tadalafil und Vardenafil. Doch viele Patienten brechen die Therapie unter den bestehenden Therapieoptionen ab. Als häufige Gründe werden von den Patienten unter anderem eine geringere Wirksamkeit als erwartet, aber auch Nebenwirkungen genannt [9]. Weitere Ursachen könnten unzureichende Anweisungen durch den Arzt, fehlende Wiedereinbestellung oder auch eine nicht hinreichende Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse der Patienten sein [10]. Wenn Betroffene und ihre Partner zwischen verschiedenen Therapieoptionen wählen können, spielen neben Effektivität und Verträglichkeit auch weitere nichtmedizinische Aspekte eine Rolle: In einer Befragung gab die

Mehrheit der Betroffenen an, dass sie es bevorzugen, ihre sexuellen Aktivitäten nicht vorher planen zu müssen [11].

Insbesondere diese Patienten könnten von dem neuen PDE-5-Hemmer Avanafil (Spedra®) profitieren, der sich durch einen raschen Wirkeintritt, lange Wirkdauer und eine gute Verträglichkeit auszeichnet [1-3].

### Schneller Wirkeintritt und lange Wirkdauer

Aktuellen Daten einer multizentrischen, doppelblinden Phase-IV-Studie zufolge kann Avanafil bereits 10 Minuten nach der Einnahme wirken (Abb. 1) [12].

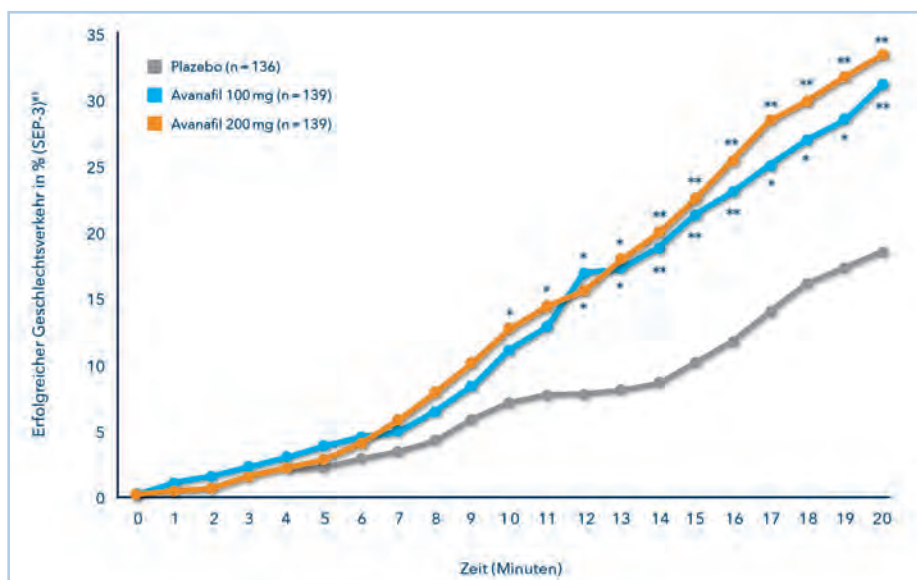


Abb. 1: Erfolgreicher Geschlechtsverkehr in % (SEP 3). (Grafik: modifiziert nach Goldstein I et al. Presented at the 19th Annual Fall Scientific Meeting of SMSMA, Nov 21-24, 2013, New Orleans, LA, USA. Poster 125.)

Bereits in drei Phase-III-Studien des REVIVE-Programms (Research Evaluating an Investigational medication for Erectile dysfunction) mit insgesamt 1.334 erwachsenen Betroffenen hatte Avanafil u. a. einen schnellen Wirkeintritt gezeigt.

Zudem verbesserten sich in diesen Studien alle co-primären Endpunkte (SEP 2, SEP 3, IIEF-EF)\* im Vergleich zu Plazebo [1-3]. Der Anteil der erfolgreichen Geschlechtsverkehrsversuche, die Männer bereits 15 Minuten nach Einnahme durchführten, war mit 67 % bzw. 71 % signifikant größer als in der Plazebo-Gruppe (27%;  $p < 0,0001$ ) [1]. Die Ergebnisse zweier REVIVE-Studien wiesen zudem darauf hin, dass Avanafil auch mehr als 6 Stunden nach Einnahme wirken kann [1,2]. Zudem können auch Männer mit Diabetes oder nach radikaler Prostatektomie von Avanafil hinsichtlich ED signifikant profitieren [2,3].

### Gute Verträglichkeit aufgrund hochselektiver PDE-5-Hemmung

Aufgrund seiner besonderen Galenik und Molekülstruktur, die sich von Sildenafil, Vardenafil und Tadalafil unterscheidet, kann Avanafil schnell resorbiert werden und spezifisch an die PDE-5 binden [4,5]. Die gute Verträglichkeit von Avanafil wird auf die hohe Selektivität des Wirkstoffs auf PDE-5 zurückgeführt [5].

Die am häufigsten berichteten Nebenwirkungen unter Avanafil waren Kopfschmerzen, Hitzegefühl, Nasenverstopfung, Sinussekretstauung und Rückenschmerzen. Der Prozentsatz der Patienten, bei denen Beschwerden auftraten, nahm in klinischen Langzeitstudien mit zunehmender Therapiedauer ab [13]. Avanafil zeigte sich insgesamt als gut verträglicher PDE-5-Hemmer.

### Quellen

- [1] Goldstein I et al. J Sexual Med. 2012a;9:1122-33.
- [2] Goldstein I et al. Mayo Clin Proc. 2012b; 87(9):843-52.
- [3] Mulhall JP et al. J Urol. 2013;189:2229-36.
- [4] Kedia GT et al. Ther Adv Urol 2013;5:35-41.
- [5] Wang R et al. J Sex Med. 2012;9:2122-9.
- [6] Wespes E et al. EAU Guidelines 2013. [http://www.uroweb.org/gls/pdf/14\\_Male%20Sexual%20Dysfunction\\_LR.pdf](http://www.uroweb.org/gls/pdf/14_Male%20Sexual%20Dysfunction_LR.pdf)
- [7] Eardley I. Sex Med Rev. 2013;1:3-16.
- [8] Jannini EA et al. J Sex Med. 2014;11:40-50.
- [9] Jiann BP et al. Int J Impot Res. 2006;18:146-9.
- [10] Hatzimouratidis K, Hatzichristou DG. Curr Pharm Des. 2009;15:3476-85.
- [11] Hackett GI. Eur Urol. 2002;1:4-11.
- [12] Goldstein I et al. Presented at the 19th Annual Fall Scientific Meeting of SMSMA, Nov 21-24, 2013, New Orleans, LA, USA. Poster 125.
- [13] Fachinformation Spedra®

\* SEP – Sexual Encounter Profile  
 SEP 2 – Prozentsatz der Versuche, die zu vaginaler Penetration führten  
 SEP 3 – Prozentsatz der Versuche, die zu Geschlechtsverkehr führten  
 IIEF-EF – International Index of Erectile Function – Erectile Function domain

**Für weitere Informationen:**

A. Menarini Pharma Ges.m.b.H.  
 Pottendorfer Straße 25-27/3/3/Top 1, 1120 Wien  
 Tel.: 01 / 879 95 85-0  
 Fax: 01 / 879 95 85-50  
[www.menarini.at](http://www.menarini.at)

Fachinformation siehe Seite 45

# Nocutil® 0,2 mg Tabletten

Kassenfrei in der hellgelben Box!<sup>1</sup>

Gebro Pharma bietet mit Nocutil® 0,2 mg Tabletten ein bewährtes Medikament zur Behandlung des Bettnässens (Enuresis nocturna).

Wesentlich für die Therapieentscheidung bei Enuresis nocturna ist eine ausführliche fachärztliche Diagnose inkl. Führung eines Miktionsprotokolles.

### Gute Gründe sich für Nocutil® zu entscheiden:

- Gute Wirksamkeit
- Nocutil ist um 13,7% preisgünstiger als Desmopressin Melt<sup>1</sup>
- Einzige 0,2 mg Desmopressin-Tablette im Erstattungskodex (EKO)<sup>2</sup>, Yellow Box RE<sup>2</sup>

1. Kassenpreis pro Stück in der jeweils kostengünstigsten Packungsgröße, lt. Warenverzeichnis der Öst. Apotheker-VerlagsmbH, Juni 2014  
 2. Details siehe EKO



**Enuresis nocturna**  
 rasch & kosteneffizient  
 mit Tabletten therapieren



**Für weitere Informationen:**

Gebro Pharma GmbH  
 Bahnhofbichl 13, 6391 Fieberbrunn  
 Tel.: 05354 / 5300-0  
 Fax: 05354 / 5300-710  
[pharma@gebro.com](mailto:pharma@gebro.com)

Entgeltliche Einschaltung. GPB.NOC.140401. Fachinformation siehe Seite 20



Wirkstoff: Trosipiumchlorid

# Inkontan passt!



green  
box

- + Nicht liquorgängig
- + Gut kombinierbar
- + Individuelle Dosierung durch Snap-Tab



Montavit

HARNINKONTINENZ  
INDIVIDUELL THERAPIEREN

Fachkurzinformation siehe Seite 57