



Österreichische
Gesellschaft für Urologie
und Andrologie

Nachrichten der Österreichischen Gesellschaft für Urologie und Andrologie

Ausgabe

55

27. Jahrgang 2017

Wie es begann ...

1990



2012



... und wie es weitergeht

2017



Österreichische Gesellschaft
für Urologie und Andrologie

Sexualmedizin –

Was Sie schon immer über Sex wissen wollten

Interview: Univ. Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Anton Zeilinger

IMPRESSUM:

Herausgeber und für den Inhalt verantwortlich:

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

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

Past-Herausgeber:

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

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

Produktion / Marketing:

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

ISSN 2307-5597

Folgenden Firmen sei für die Unterstützung herzlich gedankt:

ANGELINI Pharma Österreich GmbH

ASTELLAS Pharma Ges.m.b.H.

BRISTOL-MYERS SQUIBB Ges.m.b.H.

GEBRO Pharma GmbH

JANSSEN-CILAG Pharma GmbH

MEDA Pharma GmbH –
Ein Unternehmen der Mylan-Gruppe

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

Pharmazeutische Fabrik MONTAVIT Ges.m.b.H.

PFIZER Corporation Austria Ges.m.b.H.

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

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

4 Editorial

HAUPTTHEMA: Sexualmedizin – Was Sie schon immer über Sex wissen wollten

- 7 **Editorial zum Hauptthema „Sexualmedizin – Was Sie schon immer über Sex wissen wollten“.** A. Gnad, Salzburg
- 8 **Paraphilien.** K. Bretterbauer, Mistelbach
- 11 **Neue Therapien der männlichen sexuellen Funktionsstörungen.** M. Margreiter, Wien
- 14 **Syndyastik: Sexualtherapie mit dem Paar.** K. Loewit, Patsch
- 17 **Sexting, Dating, Partnering – Internet-Sexualität 2.0.** Ch.J. Ahlers, Berlin, D
- 19 **Weibliche Sexualfunktionsstörungen.** B. Kloss, S. Hruby, T. Gründler, Salzburg
- 24 **Sexuell übertragbare Krankheiten – Ein Update.** C. Heller-Vitouch, Wien
- 27 **Harninkontinenz und Sexualität – Ein Überblick.** A.C. Piskernik, Wien

- 32 **Die Seite des Präsidenten.** M. Rauchenwald, Wien
- 35 **Gedanken des Generalsekretärs.** St. Madersbacher, Wien
- 36 **Aus dem AK Kinderurologie.** M. Hiess, Wien, Linz; J. Oswald, Linz
- 41 **Aus der Fortbildungskommission.** St. Krause, Linz
- 42 **Aus dem AK Blasenfunktionsstörungen.** M. Heydter, Wr. Neustadt
- 43 **Konsensus zum Einsatz der Magnetresonanztomografie der Prostata – Initiiert von der ÖGU und der Österreichischen Röntgengesellschaft – Gesellschaft für Medizinische Radiologie und Nuklearmedizin.** W. Loidl, Linz, et al.
- 49 **„Breaking News“.** Stellungnahme zur geplanten Empfehlung der US Preventive Task Force 2017 zum Thema PSA-Screening
- 50 **Urologische Studien in Österreich**
- 56 **Personalia**
- 58 **Offen gesagt.** Wer soll uns einmal behandeln? Oder die Ängste eines älter werdenden Urologen – A. Jungwirth, Salzburg
- 61 **IM BRENNPUNKT**
Interview mit Univ. Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Anton Zeilinger.
O. Zechner, Wien
- 66 **REPORTAGE**
Urologie im Busch von Tansania. O. Zechner, Wien
- 71 **TERMINE**
- 73 **PRODUKTE / NEUHEITEN**

Drang Ende.

Retardiertes Trospiumchlorid für bessere Verträglichkeit



- ▶ 1x täglich 60 mg
- ▶ Keine Liquorgängigkeit¹⁾
- ▶ Keine Interaktion mit CYP P450
- ▶ Weniger Mundtrockenheit²⁾

Grüne Box



¹⁾ Staskin D. et al. Int J Clin Pract. 2010 Aug;64(9):1294-300

²⁾ Staskin D. et al. The Journal of Urology 178: 978-984 (2007); Dmochowski R. et al. Urology 71: 449-454 (2008); Vergleich mit anderen Präparaten aus der Gruppe der Anticholinergika

Editorial

Abteilungsleiter – Warum tue ich mir das alles an? – Darum!!!

„Ich wünsch’ dir noch ‘n geiles Leben, mit knallharten Champagnerfeten, mit Fame, viel Geld, dicken Vill’n und Sonnenbrill’n ...“ (Lyrics Glasperlenspiel) – ja, so stellt man sich das Leben als Abteilungsleiter vor!! Ist es nicht einfach herrlich, von allen hofiert zu werden, endlich den Zenit der Karriere erreicht zu haben und zu realisieren – das Wort des Abteilungsleiters zählt, unabhängig davon, ob es um Gespräche mit Verwaltung, Controlling, Pflege und/oder ärztlichen Mitarbeitern und Kollegen geht, nicht zu vergessen, wie wichtig man endlich in der privaten Umgebung ist.

Ist das die Utopie (= „der Nichtort“), der man unterliegt, wenn man die Leistungsposition einer Abteilung/Klinik/Institution anstrebt? Worin liegen die Beweggründe, die motivierte, jüngere Persönlichkeiten zu Bewerbungen um diese Position treiben? Ist es nur Ehrgeiz und Geltungsdrang gepaart mit sozialem Schulterklopfen und Gratulanten oder gibt es tiefsinnigere Gründe, warum man sich darum bemüht? Braucht eine medizinische Gesellschaft überhaupt noch verantwortliche Führungskräfte oder genügt ein Teamleader oder ein projektbezogener „Führer“??

Die Berufsbezeichnung „Primararzt“ oder „Primarius“ dürfen nur Fachärzte unter der Voraussetzung führen, dass sie in Krankenanstalten dauernd mit der ärztlichen Leitung einer Krankenabteilung, die mindestens 15 systemisierte Betten aufweist, betraut sind, und ihnen mindestens ein Arzt unterstellt ist (§ 43 Abs 6 ÄrzteG; <http://www.ogh.gv.at/entscheidungen/entscheidungen-ogh/aerztekammer-klagt-arzt-erfolgreich-auf-unterlassung-der-berufsbezeichnung-primarius/>). Somit wäre zwar die Begriffsdefinition klar, jedoch stellt sich zunehmend die Frage, und dies wird von beinahe jedem Träger unterstützt – brauchen wir denn überhaupt noch einen Primarius pro Abteilung? In der „Zeit“ erschien im März 2017 ein Artikel

unter dem Titel „Hör zu, Boss!“ (<http://www.zeit.de/2017/08/unternehmenskultur-chef-fuehrung-vorgesetzte-problematik/seite-3>). Unter anderem war eine Feststellung, dass *„je kenntnisreicher und selbstbewusster die Mitarbeiter sind, desto unzufriedener sind sie mit ihren Vorgesetzten. Zwei Drittel der Angestellten halten ihren Chef für charakterlich und fachlich ungeeignet Kaum etwas ist heute schwieriger, als Chef zu sein. Er soll jungen Eltern die Balance zwischen Büro und Kinderspielplatz ermöglichen. Er soll Video- und Telefonkonferenzen, womöglich über verschiedene Zeitzonen hinweg, gelassen moderieren Er soll auch nachts erreichbar sein und an Wochenenden. Er soll sein Arbeitsleben mit seinem privaten Leben verschmelzen. Er soll diese Verdichtung von Zeit und Raum körperlich und seelisch unbeschadet aushalten. Er soll respektvoll sein, motivierend, gescheit, kultiviert, kreativ und erfolgreich. Und obendrein ein netter Kerl. Nach diesem Märchenprinzen sehnen sich viele Angestellte.“*

Wen also wollen Mitarbeiter und Krankenhausträger wirklich – einen Wunderwuzzi?? Warum soll man sich all diese Erwartungen antun – frei nach Bernhard Ludwig und dessen Anleitung zur ... beruflichen Unzufriedenheit, basierend auf der Gleichung aus Erwartungen versus Erreichtem. Die Anforderungen und Erwartungen an Primarii sind schier unendlich und werden von allen Berufsgruppen gestellt. Die unter den jetzigen gesetzlichen Rahmenbedingungen geschaffenen Möglichkeiten sind jedoch für die Primarii enden wollend und reichen von fehlender Personal-, geschweige denn Einkommenshöhe über begrenzte Weisungsrechte etc.

Also warum tut man sich das nun doch an? Sind denn alle Chefs und Chefinnen „Psychopathen“ oder Egomane, die nur ihre Selbstverwirklichung vor sich sehen und der wiederholt hier schon angeführten österreichischen Selbstlüge



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



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

Wen also wollen Mitarbeiter und Krankenhausträger wirklich – einen Wunderwuzzi?? Warum soll man sich all diese Erwartungen antun – frei nach Bernhard Ludwig und dessen Anleitung zur ... beruflichen Unzufriedenheit, basierend auf der Gleichung aus Erwartungen versus Erreichtem.

UNIDROX® klärt einfach!

LUNGE KLAR

ZUR BEHANDLUNG DER AKUTEN
EXAZERBATION EINER
CHRONISCHEN BRONCHITIS



BLASE KLAR

ZUR BEHANDLUNG VON
INFEKTIONEN DER
UNTEREN HARNWEGE



Breitbandantibiotikum

UNIDROX® 600mg
Wirkstoff: Proflozacin

10 Filmtabletten zum Einnehmen



1x
täglich
reicht!

erliegen – „ich bin einfach großartig und alles läuft echt toll!!“ Unter Kenntnis der urologischen Primarii Österreichs nehmen wir den Begriff „Psychopathen“ gleich wieder zurück, jeder hat aber sicher seine Marotte. Die Beweggründe der jeweiligen derzeitigen Abteilungsleiter Österreichs sollen hier nicht Thema sein, sondern wie bekommen wir junge, motivierte Urologen dazu, sich der täglichen Diskussion mit Pflege, Verwaltung und Kollegen sowohl personal- als auch fachlich-bezogen auseinanderzusetzen? Geld und Einkommen alleine können es wohl, entgegen dem Eingangsstatement, nicht sein. Also müssen andere Faktoren eine Rolle spielen – Ruhm, Ehre, Verantwortung, Geltungsdrang, Organisations„talent“ (?), Gestaltungsdrang, etc. In der jetzigen Spitalslandschaft sind die Organisationsmöglichkeiten begrenzt und können in erster Linie im eigenen Wirkungsbereich umgesetzt werden. Die Freude am neudeutschen „Teambuilding“, die Vermittlung von Wissen und Beobachtung der Entwicklung dieser Prozesse und der Mitarbeiter sind eine spannende und befriedigende Herausforderung. Die Konfrontation mit Zahlen hingegen ist ein Faktum, womit man sich auseinandersetzen muss. Gleichzeitig gibt es reichlich perspektivische Diskussionen mit den Mitarbeitern und diesen muss ein Primar gleichsam als rettende Hand auch heute noch zur Verfügung stehen, der die „Kohlen aus dem Feuer holt“. Auch wenn so mancher Träger in der Reduktion der Primarii eine budgetäre Sinnhaftigkeit sieht, gilt es, diesen Wirkungsbereich gerade in der angespannten Diskussion um Arbeitszeitgesetz, Änderung und Ausdehnung von Arbeitszeiten, Entwicklung von Abteilungszielen und -strategien zu erhalten. Die zumindest urologische Gesellschaft sollte dies für die bestehenden Abteilungen einfordern!! Nein, es geht nicht um Reduktion sondern um Etablierung kompetenter starker Interessensvertreter der Mitarbeiter, deren Sorgen und Befürchtungen „nach oben“ transferiert werden müssen, gleichzeitig aber auch die Erwartungen und Probleme der Mitarbeiter zu erkennen. Es

Primarius – warum soll man heute sich das noch antun? Weil trotz all dem Ärger, der Sorgen, teilweisen beruflichen Unsicherheit, Diskussionen mit allen Berufsgruppen, aufgrund des erforderlichen, mitgebrachten Masochismus am Ende des Tages die Zufriedenheit steht, mit der der Abteilungsleiter auf seinen Wirkungsbereich sieht und dann, auch einmal ehrlich, zufriedene Kunden = Patienten und Mitarbeiter erkennt.

gilt eine „Cooperate Identity“ seiner Abteilung zu schaffen – „Einer für alle - alle für einen!“ Eigentlich ein schönes Konzept, dass auch die Mitglieder der ÖGU in Unterstützung Ihres gewählten Präsidenten folgen sollten – gemeinsam ist die Gruppe immer stärker als alleine.

Galt in der Vergangenheit die Habilitation als *conditio sine qua non* für die Bewerbung um ein Primariat und war somit wesentlicher Ansporn für wissenschaftliche Initiativen junger engagierter Kollegen, so ist dies heutzutage leider weder Garant noch Vorgabe für die Ernennung eines Abteilungsleiters. Wenn dieser Ansporn fehlt, dann fehlt natürlich auch die wissenschaftliche Aktivität. Auch wenn eine Vielzahl von Faktoren für den abnehmenden wissenschaftlichen Output der österreichischen Urologie verantwortlich sind – die geringere Attraktivität der Primariatsposition ist ein Cofaktor.

Primarius – warum soll man heute sich das noch antun? Weil trotz all dem Ärger, der Sorgen, teilweisen beruflichen Unsicherheit, Diskussionen mit allen Berufsgruppen, aufgrund des erforderlichen, mitgebrachten Masochismus am Ende des Tages die Zufriedenheit steht, mit der der Abteilungsleiter auf seinen Wirkungsbereich sieht und dann, auch einmal ehrlich, zufriedene Kunden = Patienten und Mitarbeiter erkennt. Dies gepaart mit beruflicher und privater Akzeptanz bei Zuweisern und Kollegen sowie dem Licht am Ende des Tunnels, der trotz widrigster Umstände, Innovation und Entwicklung urologischer Abteilungen mit Primarii (siehe OGH) in Österreich ermöglicht und derer es auch in Zukunft möglichst viele geben soll (*persönliche Meinung Plas*).

Trotz fallender hierarchischer Strukturen braucht es Entscheidungsträger, die sich trauen, dafür gerade zu stehen und die soziale und medizinische Kompetenz haben, auch gegen den Willen anderer Professionen Entscheidungen zu treffen und dies nicht nur für sich, sondern insbesondere für die Mitarbeiter im gegebenen Wirkungsbereich umzusetzen.

Yes, you can!!! – Aber nicht nur als Bestätigung des eigenen Erfolgs und Egos, sondern als Vertreter für die Interessen der Abteilung.

E. Plas
St. Madersbacher

Hauptthema

Editorial

A. Gnad

„Was sie schon immer über Sex wissen wollten“

Unter diesem Aufmacher ist man mit der Bitte an mich herangetreten, eine Ausgabe der NÖGU zu gestalten. Ergeben hat sich dies aus der Tatsache, dass ich seit nunmehr eineinhalb Jahren Vorsitzende des andrologischen Arbeitskreises bin und diese Periode unter dem Schwerpunkt Sexualmedizin gestalte.

Ich bin der Meinung, dass die Andrologie heutzutage mehr umfassen muss als die bekannten Funktionsstörungen oder Hormonverschiebungen, die mit chirurgischen oder pharmakologischen Maßnahmen zu beheben sind. Mein Konzept ist es, über den Tellerrand hinauszuschauen, die Sexualität nicht auf körperliche Funktionen zu reduzieren und psychosoziale Aspekte der verschiedenen Krankheitsbilder miteinzubeziehen. Auch sollten wir uns mit der durch soziale Medien, Partnerbörsen, Internetpornographie usw. veränderten „Kennenlernkultur“ auseinandersetzen, um jüngere Patientinnen und Patienten besser verstehen zu können.

Die Erkenntnis, dass der Ausdruck „normal“ in Bezug auf die Sexualität ein sehr dehnbarer oder bisweilen sogar völlig unpassender Begriff ist, stellt sich rasch ein, wenn man sich

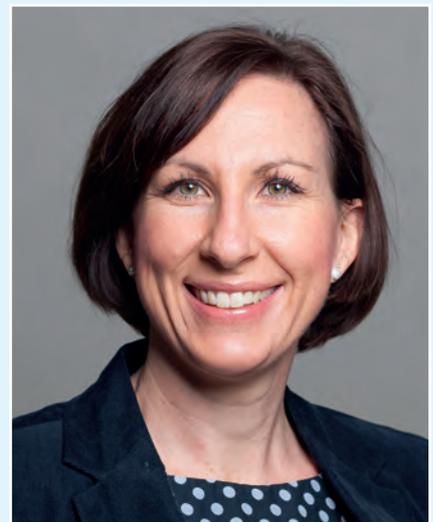
etwas genauer mit den vielen gelebten Varianten der menschlichen Sexualität beschäftigt. Ich möchte erreichen, dass alle Urologinnen und Urologen wissen, dass es zusätzliche Therapieangebote, wie zum Beispiel die Paartherapie, gibt, und dass diese in Kombination mit der gebräuchlichen medikamentösen Therapie die Zufriedenheit der Patienten langfristig deutlich verbessern kann.

Außerdem möchte ich dazu ermutigen, auch Frauen auf ihre Sexualität anzusprechen. Im Rahmen der urologischen Untersuchung ergeben sich immer wieder Situationen, um ganz unverfänglich ein Gesprächsangebot zu machen. Oft ist schon ein kurzes aufklärendes Gespräch mit der betroffenen Patientin hilfreich.

Ich möchte mich an dieser Stelle bei allen Autoren sehr herzlich für die interessanten Beiträge bedanken!

Mit **Professor Dr. Kurt Loewit** konnte der Grandseigneur und Mitbegründer der syndyastischen Paartherapie für einen Übersichtsartikel zu diesem Thema gewonnen werden. Die Syndyastik kann dabei helfen, Fragen gezielter zu stellen und die Patienten besser zu verstehen.

Für den andrologischen Sommerworkshop 2016 hatte ich **Dr. Christoph**



Dr. Andrea Gnad, FEBU

Ahlers aus Berlin eingeladen. Der Workshop zum Thema syndyastische Paartherapie/Sexualmedizin für Urologen ist auf soviel Begeisterung gestoßen, dass wir den heurigen Sommerworkshop auf Wunsch der Mitglieder mit ihm fortsetzen. In diesem Heft schreibt Dr. Ahlers über Internetsexualität. Er zeigt auf, wie die Jugend von heute tickt und welche Dimension das Thema bereits angenommen hat.

Frau **Dr. Katharina Bretterbauer** gibt uns eine Übersicht über Paraphilien. Zumindest davon gehört sollte man haben – es gibt eben so gut wie nichts, was es nicht gibt!

Hauptthema: Sexualmedizin

Genauso wichtig ist es, der zunehmend bedeutungsvolleren Gruppe der urologischen Patientinnen Beachtung zu schenken. Das steigende Selbstbewusstsein älterer Frauen in puncto Sexualität wirft Probleme und Fragen auf, die bisher weder von Urologen noch von Patientinnen angesprochen wurden, wie zum Beispiel das im Heft durch Frau **Dr. Anne-Catherine Piskernik** sehr schön aufgearbeitete Thema „Harninkontinenz und Sexualität“. Passend zum Thema gibt es auch

eine sehr instruktive Übersicht über die weiblichen sexuellen Funktionsstörungen von Frau **Dr. Birgit Kloss**.

Dass auch die klassische Andrologie weiterhin spannende, neue Therapieansätze zu bieten hat, wird von **PD Dr. Markus Margreiter** ausführlich aufgezeigt. In der urologischen Praxis sind ja sowohl die erektile Dysfunktion als auch die Induratio penis plastica ein Dauerbrenner!

Nicht zuletzt sollte uns ein STD Update

von **Dr. Claudia Heller-Vitouch** auf den neuesten Stand bringen.

Viel Vergnügen bei der Lektüre!

Dr. Andrea Gnad

Dr. Andrea Gnad, FEBU
Vorsitzende des Arbeitskreises für Andrologie und sexuelle Funktionsstörungen

Peregrinstraße 11
5020 Salzburg
ordination@urologin-salzburg.at

Paraphilien

K. Bretterbauer

Der Begriff „Paraphilie“ kommt aus dem Griechischen und setzt sich aus „Para“ (neben oder abseits), sowie „Philie“ (Vorliebe/Neigung) zusammen, was so viel bedeutet wie: von der Norm abweichende sexuelle Vorliebe.

Welche Manifestationen des Sexuellen als normal, welche als vielleicht besondere Variante und welche als Störung angesehen werden, ist einem dauerhaften Wandel unterworfen.

Dieser Wandel ist immer auch mit der Wahl neuer Begrifflichkeiten und Definitionskriterien verbunden: So heißt es im ICD 10 derzeit **Störung der Sexualpräferenz**, aber vermutlich wird dies im ICD-11 dem amerikanischen Klassifikationsmanual (DSM) angepasst werden und **paraphile Störung** heißen.

Da paraphile **Neigungen** oder **Interessen** per se nicht pathologisch sind, müssen diese von einer paraphilen Störung

abgegrenzt werden. Diese ist definiert als Dauer über 6 Monate, Leidensdruck und oder Fremdgefährdung (z.B. durch sexuelle Handlung mit nicht einwilligenden oder einwilligungsfähigen Personen).

Übersicht über die Störungen der Sexualpräferenz im ICD-10 (F65)

Beim **Fetischismus** stellt die wichtigste oder einzige Quelle sexueller Erregung der Gebrauch von Gegenständen (z.B. Schuhe), Materialien (z.B. Lack, Leder) oder Körperteilen (z.B. Füße) dar.

Das Einbeziehen von Zusatzmaterial in den Geschlechtsverkehr, etwa bei Rollenspielen mit Verkleidung oder aufreizende Damenunterwäsche (sog. „Reizwäsche“) und Dessous-Accessoires (z.B. Strapse und Netzstrümpfe) zählt nicht dazu.



Dr. Katharina Bretterbauer

Das Tragen der Kleidung des anderen Geschlechts zur sexuellen Erregung wird als **fetischistischer Transvestitismus** bezeichnet.

Stellt die vornehmliche sexuelle Erregung die öffentliche Zurschaustellung der eigenen Nacktheit vor – meist gegengeschlechtlichen – Fremden (also Frauen und Kinder) dar, so spricht man von **Exhibitionismus**. Wunsch dieser Männer ist es, mit der eigenen Sexualität zu konfrontieren. Sie empfinden die Reaktion ihrer Opfer als erregend und wollen keinen sexuellen Kontakt mit der Person. Daher ist der Exhibitionist typischerweise kein Vergewaltiger. Bei der Selbstbefriedigung denkt er an den exhibitio-

Tab. 1: Übersicht über die Störungen der Sexualpräferenz im ICD 10

Paraphile Störung	ICD-10	Vornehmliche sexuelle Erregung durch ...
Fetischismus	F65.0	Gegenstände (z.B. Schuhe), Materialien (z.B. Lack, Leder), Körperteile (z.B. Füße)
Fetischistischer Transvestitismus	F65.1	Tragen der Kleidung des anderen Geschlechts
Exhibitionismus	F65.2	Zurschaustellen eigener Nacktheit/sexueller Handlungen
Voyeurismus	F65.3	Beobachten anderer in intimen Situationen (v.a. unbekleidet oder bei sexuellen Handlungen)
Pädophilie (Hebephilie)	F65.4	Vornahme sexueller Handlungen an präpubertären Kindern (<u>früh</u> pubertäre Kinder)
Sadomasochismus ≠BDSM (einvernehmlich)	F65.5	Zufügen oder Erleiden von Schmerzen
Toucheurismus	F65.7	Berührung anderer ohne Zustimmung
Polyparaphilie	F65.6	mehrere
Sonstige	F65.8	Frotteurismus → sich an Fremden reiben Nekrophilie → Leichen Telephonscatophilie → obszöne Telefonanrufe Zoophilie → Tiere Asphyxiophilie, meist durch Selbst-Strangulation → Reduktion der Blutzufuhr zum Gehirn Acrotomophilie → Amputationen beim Partner Autonepiophilie → Windeln (Windelfetisch) Koprophilie → Exkrememente Klismaphilie → Einläufe Urophilie → Urin

nistischen Akt und nicht an eine Person.

Beim **Voyeurismus** geht es um den Drang, andere Menschen bei sexuellen Aktivitäten oder intimen Tätigkeiten, z.B. Entkleiden, zuzusehen ohne Wissen der beobachteten Person. Zumeist führt dies beim Beobachtenden zu sexueller Erregung und Masturbation. Der voyeuristische Akt und die Grenzüberschreitung sind das Ziel und nicht das, was beobachtet wird. Das Ansehen von Pornographie wird in der Regel nicht als Voyeurismus klassifiziert.

Pädophilie ist die ausschließliche oder überwiegende sexuelle Ansprechbarkeit durch vorpubertäre Kinderkörper. Sie bedeutet übersetzt „Kinderliebe“. Das Interesse eines Pädophilen ist nicht **nur** der sexuelle Kontakt mit einem Kind, sondern es besteht der, wenn auch unrealistische, ganzheitliche, partnerschaftliche Beziehungswunsch, der sexuelle Kontakte mitbeinhaltet. Für die Diagnose sind ein Mindestalter von 16 Jahren, sowie ein Altersunterschied von mindestens 5 Jahren erforderlich. Abzugrenzen ist die **Hebephilie**, welche sich durch die sexuelle Ansprechbarkeit durch jugendliche, d.h. frühpubertäre Körpermale (Entwicklungsstadien Tanner 2 und 3) kennzeichnet. Namensgeberin

ist „Hebe“, die griechische Göttin der Jugend.

Das Erleben sexueller Erregung durch das Ausüben oder Erdulden von Macht und Ohnmacht, Dominanz und Unterwerfung, sowie das Beibringen oder Erleiden von Schmerzen wird als **Sadomasochismus** bezeichnet. „Bondage & Discipline, Dominance & Submission, Sadism & Masochism“ (BDSM) stellt eine einvernehmliche Variante dar und ist daher nicht als Störung anzusehen.

Den Impuls, sich in der Öffentlichkeit an Frauen und Kindern zu reiben nennt man **Frotteurismus**; andere an intimen Körperstellen anzufassen bzw. zu begrabischen **Toucheurismus**. In manchen Fällen bestehen bei einer Person mehrere abnorme sexuelle Präferenzen, ohne dass eine im Vordergrund steht (**Polyparaphilie**).

Die Gruppe der **sonstigen Störungen** der Sexualpräferenz ist sehr vielfältig (siehe Tab. 1).

Epidemiologie

Das Vorliegen dieser Interessen und paraphile Störungen sind überwiegend bei **Männern** vorkommend. Warum?

Weil das *konfliktreiche Geschehen und die Grenzüberschreitung zu Erregung und in diesen Fällen sexueller Erregung führen*.

Dies hängt möglicherweise mit Sozialisationsprozessen, biologischen Faktoren (Testosteron), und auch unterschiedlichen Faktoren des sexuellen Erlebens für Frau und Mann zusammen (z.B. Bindungs- und Dominanzbedürfnisse).

Frauen haben bisher wenig Beachtung gefunden, da man quasi am falschen Ort sucht.

Bei **Frauen** würde die Symptomatik viel stärker den gesamten Körper, den Uterus oder die eigenen Kinder einbeziehen (z.B. heißt es im ICD-10: F69.0 Störungen der sexuellen Fortpflanzung: eingebildete Schwangerschaft, verdrängte Schwangerschaft, Kindesabstoßung oder Tötung, sozialer Kindesmissbrauch (over protective) zur Selbststabilisation als Selbstobjekt).

Paraphile Störungen setzen oftmals bereits **vor der Pubertät** ein, eine Änderung ist nach der Pubertät nicht mehr zu erwarten.

Ersten epidemiologischen Daten zufolge ist die **Prävalenz** paraphiler Neigungen

Hauptthema: Sexualmedizin

(NICHT Störungen) **höher als bisher angenommen**. Epidemiologische Studien zur Erfassung der **einzelnen Paraphilien** liegen nicht vor.

Dazu gibt es Daten der **Berliner-Männer-Studie**, in welcher an 6.000 Männern im Alter zwischen 40 und 79 Jahren das Vorliegen einer Erektionsstörung und der damit verbundenen Auswirkung auf die Lebensqualität untersucht wurde. Die Stichprobe umfasste schlussendlich 373 Männer. Die Daten erlauben Rückschlüsse auf die *Prävalenz paraphiler Neigungen* in der Allgemeinbevölkerung, denn es wurden diesbezüglich die häufigsten sexuellen Erregungsmuster hinsichtlich ihres Auftretens in *Sexualphantasien*, bei *Masturbation* und für das *reale Sexualverhalten* abgefragt (siehe Tab. 2).

Wie die klinische Erfahrung zeigt, gibt es eine breite **Überlappung zwischen sexueller Präferenzstörung und sexueller Funktionsstörungen**, was mit erklärt, warum häufig die sexuelle und partnerschaftliche Beziehungszufriedenheit der Betroffenen beeinträchtigt sind. In einer Studie wurden an der Charité in Berlin Männer, welche sich in der andrologischen Sprechstunde mit erektiler Dysfunktion (ED) vorstellten, untersucht (n=36). Dabei zeigte sich, dass ein Großteil der Patienten entweder Besonderheiten der sexuellen Präferenz

ohne Leidensdruck (n=18) oder mit Leidensdruck (n=8) aufwies. Trotz der kleinen Stichprobe ist dies von Bedeutung, da bei 15 von 36 eine Präferenzbesonderheit mit potentieller Fremdgefährdung vorlag (Genest et al. 2013).

Ursachen

Eine allgemeine Theorie existiert bislang nicht – viele nebeneinander stehende Modelle jedoch schon:

- **Biologische Aspekte:** Einfluss von Testosteron, serotonerger Neurotransmitter, Auffälligkeiten im Frontal- und Temporallappen, Beeinträchtigung eines frontostriatalen Belohnungsnetzwerks (im funktionellen MRT), negative Erfahrungen der Frühsozialisation (sexueller Missbrauch, physische Misshandlung), die zu unsicheren Bindungserfahrungen führen.
- **Verhaltenstheoretische Aspekte:** Man unterscheidet zwischen Entstehung und aufrechterhaltenden Bedingungen
 - Entstehung: soziale Lernprozesse (betrachten paraphiler Praktiken, ...)
 - Aufrechterhaltung: durch positive Verstärkung (der Masturbation, Orgasmus), negative Verstärkung (Sexualität zur Abwehr von De-

pressivität und Ängstlichkeit im Sinne einer Coping-Strategie; häufiger bei Männern als bei Frauen)

Ein spezifisches Erklärungsmodell von Kurt Freund: **„Konzept der courtship disorder“** – Der Beziehungsaufbau durchläuft die Phasen der Annäherung über präaktile (Lächeln, Unterhaltung) und taktile Interaktion (Petting) bis hin zum Geschlechtsverkehr. Die Paraphilien Voyeurismus, Exhibitionismus und Frotteurismus werden als Störung dieses Beziehungsaufbaus verstanden, weshalb sie in der Theorie auch häufiger zusammen auftreten

- **Psychodynamische Aspekte:** Mechanismus der Umkehr einer Niederlage/Ohnmacht als Kind in einen lustvollen Triumph betont. So kann der Fetischismus als Ausdruck einer Beziehungsangst und Ersetzung eines ambivalent besetzten Sehnsuchtsobjekts durch Gegenständliches sein, wovon man sich nicht fürchten muss.

Diagnose

Im diagnostischen Prozess ist die Anamnese am Wichtigsten. Folgende Punkte sollte sie umfassen:

Tab. 2: Prävalenz paraphilie-assoziiertes Erregungsmuster auf verschiedene Erlebensebenen bei Männern zwischen 40 und 79 Jahren (Ergebnisse der „Berliner Männer Studie II – n=373)

	Erlebensebenen					
	Sexualphantasien		Begleitphantasien bei der Selbstbefriedigung		Sexualverhalten	
	n	%	n	%	n	%
Nicht-menschliche Objekte (z.B. Stoffe oder Schuhe)	110	29,5	97	26,0	90	24,1
Tragen von Frauenkleidung	18	4,8	21	5,6	10	2,7
Gedemütigt Werden	58	15,5	50	13,4	45	12,1
Quälen anderer Personen	80	21,4	73	19,6	57	15,3
Heimliches Beobachten von Intimsituationen	128	34,3	90	24,1	66	17,7
Genitales Präsentieren gegenüber Fremden	13	3,5	12	3,2	8	2,1
Berühren fremder Personen in der Öffentlichkeit	49	13,1	26	7,0	24	6,4
Kindliche Körper	35	9,4	22	5,9	17	3,8
Sonstiges	23	6,2	23	6,2	17	4,6

- Anteil des paraphilen Musters an der sexuellen Präferenz
 - Ausschließlicher Typus: Paraphiles Erleben kennzeichnet die gesamte sexuelle Präferenz
 - Nicht-ausschließlicher Typus: Paraphile und nicht paraphile Erlebensanteile
- Sexualanamnese
 - Dauer
 - Sexuelle Phantasien: Beginn, Frequenz, Inhalt, Drang, Praktiken der Selbstbefriedigung
 - Detaillierte Exploration bezüglich verschiedener paraphiler Tendenzen (Fragebögen), Art der Sexualaufklärung, Umgang mit Sexualität in der Familie, Partnerbeziehungen, One-Night-Stands, sexuelle Funktionsstörungen, sexuelle Orientierung, sexuelle Alterspräferenz, präferiertes Verhalten (Dominanz versus Submissivität)
 - Pornographiekonsum (z.B. Nutzung von Missbrauchsabbildungen, Vergewaltigungspornographie, Telefonsex, Prostituiertenbesuche, ...)
- Erleben sexueller oder gewalttätiger Übergriffe in Kindheit/Jugend/Erwachsenenalter (als Opfer oder Zeuge)
- Sexuelle und allgemeine Delinquenz (nicht nur strafrechtlich verfolgte)
- Fremdanamnese des Sexualpartners/in (nach Rücksprache)
- Somatische Anamnese
- Psychiatrische Anamnese, oft komorbide Störungen bei Patienten mit paraphilen Störungen
- Körperliche Untersuchung
- Somatische Befunde (Chromosomenanalyse, Geschlechtshormone, zerebrale Bildgebung)
- Apparativ-physiologische Methoden: Penis-Plethysmographie oder Phallographie: Bei der die erektile Aktivität eines Probanden in Abhängigkeit von sexuellen Stimuli (Filme) aufgezeichnet wird (in der Strafrechtspraxis ist diese Methode unzulässig, da sie nicht vereinbar mit der Menschenwürde ist).

Zusammenfassung

- Menschen mit sexuellen Präferenzbesonderheiten, die nicht unter diesen leiden bzw. sich und andere nicht beeinträchtigen, werden nicht als gestört, krank oder behandlungsbedürftig angesehen.
- Störung = Leidensdruck +/- Fremdgefährdung, > 6 Monate
- Jede sexuelle Funktionsstörung (Libidoverlust, Orgasmusstörung, erektile Dysfunktion) kann durch eine Paraphilie verursacht sein.
- Zur Feststellung von sexuellen Präferenzstörungen v.a. genaue Exploration der Begleitphantasien bei der Masturbation

Korrespondenzadresse:

Dr. Katharina Bretterbauer
Urologische Abteilung
Landeskrankenhaus Mistelbach-Gänserndorf
Liechtensteinstraße 67
2130 Mistelbach
katharina.bretterbauer@mistelbach.lknoe.at

Neue Therapien der männlichen sexuellen Funktionsstörungen

M. Margreiter

Männliche sexuelle Funktionsstörungen sind häufige Probleme und können zu Depressionen, Angst und erheblichen Auswirkungen auf die Lebensqualität (QoL) führen. Diese Störungen haben Einfluss auf die Partnerschaft und verursachen meist eine Verminderung der körperlichen und emotionalen Intimität, was zu einer niedrigeren Zufriedenheit innerhalb einer Beziehung führt. Daten aus verschiedenen Studien haben ge-

zeigt, dass die Hälfte der Männer im Alter von 40-70 Jahren irgendeine Form von sexuellen Funktionsstörungen haben. Daraus ergibt sich eine große Implikation für die individuelle und öffentliche Gesundheit. Gerade die erektile Dysfunktion (ED) gilt als Sentinel-Marker für koexistierende und unentdeckte Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Neben Herz-Kreislauf-Erkrankungen wurde auch eine Korrelation zwischen ED und



Priv. Doz. Dr. Markus Margreiter

anderen wichtigen Komorbiditäten berichtet. ED kann daher als relevanter Marker für die generelle Gesundheit der Männer dienen. Der Urologe spielt somit im Zusammenhang mit der Männergesundheit eine zunehmend wichtige Rolle. Gerade sexuelle Funktionsstörungen sind häufig der Grund, der den Mann zu einem Arztbesuch veran-

Hauptthema: Sexualmedizin

lasst. Wir sollten diese Chance nutzen. Männern mit hohem Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen sollten einer umfassenden kardiologischen Abklärung zugeführt werden. Ein wichtiger Fokus liegt auch in der Motivation zu Lebensstiländerungen und zur Verringerung des Risikos zukünftiger kardialer Ereignisse.

Neben den Lebensstiländerungen gibt es aktuell eine Vielzahl an neuen und vielversprechenden andrologischen Therapieoptionen, die sich in Entwicklung befinden oder bereits verfügbar sind, von denen soll im Folgenden berichtet werden.

Neue Behandlungen für erektile Dysfunktion

Die PDE5-Inhibitoren gelten weiterhin als empfohlene First-Line-Behandlungen und sind bei vielen Patienten mit ED wirksam. Dennoch ist diese Therapie bei etwa 30-40% der Männer nicht ausreichend. Es gibt eine Nachfrage nach neuartigen Therapieansätzen, um die ED zu behandeln. Zukünftige Behandlungen konzentrieren sich auf die Entwicklung von Medikamenten, die effektiver sind, schnell arbeiten und weniger, wenn überhaupt, Nebenwirkungen haben als die derzeit verfügbaren Behandlungen. Eine Reihe von Forschungseinrichtungen und Pharma-Unternehmen erforschen neue Behandlungen und einige neue Optionen scheinen am Weg zu sein. Daneben hat sich die Stoßwellentherapie als eine interessante, nichtinvasive Therapieoption der ED etabliert.

Stoßwellentherapie

Extrakorporale Stoßwellentherapie ist eine jüngere Behandlungs-Modalität der ED, zu der erstmals im Jahr 2010 von Vardi et al. Daten publiziert wurden. Im Gegensatz zu anderen aktuellen Behandlungsmöglichkeiten, zielt die ESWT darauf ab, den natürlichen erektilen Mechanismus wiederherzustellen. Ergebnisse aus Tierexperimenten haben gezeigt, dass die ESWT zelluläre Mikrotrauma induziert, was wiederum die Freisetzung von angiogenen Faktoren und die anschließende Neovaskularisation des behandelten Gewebes stimuliert. Zwischenzeitlich wurden mehrere Meta-Analysen zur ESWT publiziert, die eine klinische Verbesserung der erektilen Funktion beschrieben. Zu beachten ist, dass die den Meta-Analysen zur Verfügung stehenden Studien meist nur geringe Patientenzahlen aufweisen und keine einheitliche Beschreibung der

Ergebnisse vorliegt. Es wird daher möglicherweise noch dauern, bis es eine klare Empfehlung der ESWT in den internationalen Guidelines geben wird. In der Anwendung zeigt sich die ESWT jedenfalls gut verträglich und ohne Nebenwirkungen.

Dopamin-Modulatoren

Dopamin-Rezeptoren sind an der Entstehung der Erektion beteiligt und mehrere Agonisten zur Behandlung der Parkinson-Krankheit sind mit einer erhöhten Libido assoziiert. Dieser Ansatz wurde bereits in der Vergangenheit durch sublinguale Verabreichung des Dopaminrezeptor-Agonisten Apomorphin angewandt. Es scheiterte allerdings hauptsächlich an einer geringeren Wirksamkeit im Vergleich zu PDE5-Inhibitoren und den Nebenwirkungen. Um die Dosis-limitierenden Nebenwirkungen Übelkeit und Erbrechen zu vermeiden, die durch D2-Rezeptoren vermittelt geworden sind, wurden Dopamin-D4-Rezeptor-Agonisten entwickelt, die die Erektion im Tiermodell induzieren. Bisher fehlen jedoch Daten zur Anwendung beim Menschen. Auch Bupropion hat Selektivität für die Hemmung des Dopamin-Wiederaufnahmetransporters und kann verwendet werden, um sexuelle Symptome zu lindern, die durch andere Antidepressiva verursacht werden und daher einen interessanten Ansatz zur Behandlung von ED liefern. Die Modulation des Botenstoffs Dopamin scheint jedenfalls eine Möglichkeit zur Verbesserung der Behandlung von ED zu bieten.

Alprostadil-Creme

Eine Alprostadil-Creme, die lokal am Penis angewendet wird, steht kurz vor der Markteinführung in Österreich. Verwendet wird die gleiche Substanz (Alprostadil), die auch bei Injektionen und transurethralen Zäpfchen Anwendung findet. In den ersten Studien erwies sich die Alprostadil-Creme als sicher und effektiv. Noch nicht ganz klar ist, welche Patienten von ihrer Anwendung am Meisten profitieren.

Melanocortin-Aktivatoren

Dabei handelt es sich um Medikamente, die über das zentrale Nervensystem wirken. In Tierversuchen wurde gezeigt, dass diese Substanzgruppe Erektionen produziert. Initiale Studien an Menschen deuten darauf hin, dass das Medikament wirksam sein kann, wenn es bei Männern mit nicht-organischer (psycho-

logischer) Ursache der ED gegeben wird. Größere Studien werden notwendig sein, um die Sicherheit und die Effektivität dieser Substanzgruppe zu demonstrieren.

Gentherapie

Diese neuartige Therapie würde Gene liefern, die Produkte oder Proteine produzieren, die möglicherweise nicht ordnungsgemäß im Penistissue von Männern mit ED funktionieren. Der Austausch dieser Proteine kann zu einer Verbesserung der erektilen Funktion führen. Experimentelle Tiermodelle haben eine Verbesserung der erektilen Funktion mit der Gentherapie gezeigt. Selbst bei Nachweis einer positiven Wirkung beim Menschen, wird es jedoch noch einige Zeit in Anspruch nehmen bis die Gentherapie eine Zulassung und die öffentliche Akzeptanz finden wird.

Stammzelltherapie

Stammzellen für sexuelle Störungen sind aktuell im Interesse von klinischen Studien. Die Stammzelltherapie bietet eine Behandlungsmethode, die die Progression der Krankheit umkehren könnte. Zahlreiche Studien haben die positiven funktionellen Effekte der Stammzellinjektion in etablierten Tiermodellen auf ED bestätigt. Dafür wurden verschiedene Stammzelltypen verwendet, von embryonalen zu erwachsenen mesenchymalen Zelltypen. Jeder Zelltyp bietet spezifische Vor- und Nachteile. Ebenso wurden verschiedene Verabreichungen untersucht, mit unbedeutender Variabilität in den endgültigen Ergebnissen. Obwohl diese Ergebnisse vielversprechend sind, können sie nicht extrapoliert werden, um Schlussfolgerungen über die Wirksamkeit bei menschlichen Patienten zu ziehen. Es werden jedoch derzeit Studien veröffentlicht, die die Sicherheit der intrapenilen Injektion von Stammzellen demonstrieren.

Induratio Penis Plastica (IPP)

Bei der Behandlung der IPP hat sich in den letzten Jahren die Sicherheit und Wirksamkeit der Verwendung von Kollagenase Clostridium histolyticum (CCH) bestätigt. Allerdings ist die Identifizierung der idealen Patientenpopulation für die Anwendung dieser Behandlung nach wie vor nicht gut definiert. Um die Patientenauswahl zu verbessern, haben mehrere Studien versucht, verschiedene patientenspezifische Faktoren abzugrenzen, die die Reaktion auf die Behandlung

Sildenafil Pfizer®
sildenafil citrate

WIR SENKEN DIE PREISE!

SILDENAFIL PFIZER® – DAS ORIGINAL VIAGRA® GENERIKUM



SEIT NOVEMBER NOCH GÜNSTIGER!

- Alle Handelsformen stark preisgesenkt!
- Nach denselben Qualitätsstandards wie das Original Viagra® produziert!



Pfizer Corporation Austria Ges.m.b.H., Wien

PP-VIA-AUT-0007/09.2016

Fachkurzinformation siehe Seite 77

Hauptthema: Sexualmedizin

mit CCH vorhersagen können. Bis heute sind dies Grad der Krümmung, Krankheitsphase bei der Präsentation, Plaque-Kalkifizierung, Plaque-Größe, erektile Funktion, vorheriges Penis-Trauma und Reaktion auf den ersten Behandlungszyklus. Gerade das Ansprechen auf den ersten Behandlungszyklus dürfte ein guter Indikator für den weiteren Therapieerfolg sein. Dennoch unterstreichen die bisherigen Studien den Bedarf an gut durchdachten klinischen Studien, die eine ausreichend große Population beinhalten, um eine entsprechende Subgruppenanalyse zu ermöglichen. Besondere Aufmerksamkeit sollte zudem den Männern in der aktiven Phase der Erkrankung gewidmet werden, da eine wirksame Behandlung in dieser Gruppe die Progression der Krankheit stoppen und eine klinisch signifikante Krümmung verhindern kann.

Hypogonadismus

Im Zusammenhang mit der Testosterontherapie zeigt sich als interessante Neuentdeckung die Entwicklung eines Testosteron-Nasengels. Die möglichen Vorteile dieser Applikationsform umfassen eine einfache Verabreichung, eine niedrige Dosis und kein Risiko einer sekundären Übertragung. Erste Studien untersuchten die Wirksamkeit und Sicherheit der intranasalen Anwendung bei hypogonadalen Männern. Eine normale Testosteronkonzentration konnte bei über 90% der Männer erreicht werden, die das Nasengel dreimal täglich benutzten. Probleme mit der Verträglichkeit waren niedrig, wobei weniger als 4% der Männer die Verwendung des Medikaments wegen Nebenwirkungen beendeten.

Zusammenfassung

Neben den bereits etablierten Therapieoptionen der männlichen sexuellen Funktionsstörungen werden uns in naher Zukunft interessante neue Medikamente und Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen. Einige dieser Therapien zielen nicht nur auf die Verbesserung der Symptome ab, sondern verfolgen vielmehr einen kurativen beziehungsweise regenerativen Ansatz. Jedenfalls werden Daten aus qualitativ hochwertigen Studien notwendig sein um die Effektivität der neuen Behandlungen beurteilen zu können.

Korrespondenzadresse:

Priv. Doz. Dr. Markus Margreiter
Skodagasse 32
1080 Wien
info@dr-margreiter.at

Syndyastik: Sexualtherapie mit dem Paar

K. Loewit

Auch wenn Sie sich noch nichts unter „Syndyastik“ vorstellen können und über keine Erfahrung mit sexualmedizinischen Paartherapien oder den häufigeren Paarberatungen verfügen, kann diese fächerübergreifende, fokussierte Kurztherapie Ihre Arbeit als Urologen/Andrologen bereichern und effizienter machen. Zumindest können Sie Ihren Patienten/Paaren neue Impulse geben und Weichen stellen. Dabei werden Sie selbst mit dem „Bonus“ sinnvoller, nachhaltiger und befriedigender ärztlicher Tätigkeit belohnt [1].

Der Begriff „syndyastisch“ leitet sich vom altgriechischen „syndyastikós“ her, mit dem Aristoteles die natürliche Neigung des Menschen zur Zweierbeziehung/Paarbildung als Grundlage

aller sozialen Beziehungen bezeichnete. Auch heute sprechen wir vom Menschen als Beziehungswesen mit einem sozialen Gehirn (Syndyastisches System).

Die Syndyastische Sexualtherapie (SST) versteht sich als biopsychosozialer Zugang zur Sexualität. Biopsychosozial (früher: psychosomatisch) erinnert daran, dass die Frage nach biologisch/körperlich ODER psychisch/seelisch gegenstandslos ist, weil biologische, psychische und soziale Faktoren immer in untrennbarer Wechselwirkung gleichzeitig aufeinander einwirken. „ODER“ ist also durch „UND ZUGLEICH“ zu ersetzen. Das ist unbestritten und nichts Neues, muss aber in ganzheitlichen Behandlungen auch umgesetzt werden. So berichtete z.B. eine junge Frau über Schmerzen



Univ. Prof. i.R. Dr. Kurt Loewit

beim Verkehr mit ihrem Freund (Gyn. o.B.). Im Gespräch sind ihr offenbar weitere Zusammenhänge bewusst geworden, denn beim nächsten Termin teilte sie als Erstes mit: „*Ich habe mich von meinem Freund getrennt; mir ist klar geworden, dass ich kein Vertrauen zu ihm haben kann*“. Und bezüglich der Schmerzen beim Verkehr meinte sie: „*Oft sucht man am falschen Ort*“.

SST wendet sich regelhaft an das Paar (Partner sollen zur Teilnahme motiviert werden), weil alles, was in einer Beziehung geschieht, beide Partner be-

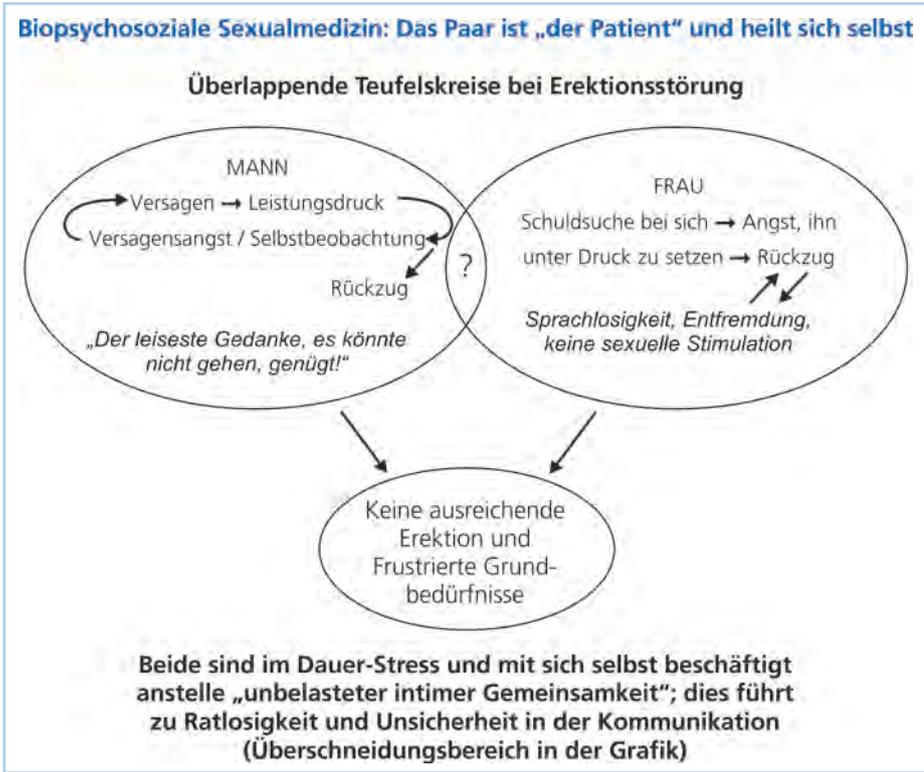


Abb. 1: Störungen, die das Paar insgesamt betreffen, können nicht mit einem Partner allein behandelt werden. [Aus: Beier, Loewit: Praxisleitfaden Sexualmedizin. Springer Heidelberg Berlin 2011]

trifft (Abb. 1) und sie hat die Verbesserung der Paarbeziehung und sexuellen Zufriedenheit insgesamt zum Ziel. Das schließt die Wiederherstellung gestörter sexueller Funktionen mit ein, beschränkt sich aber nicht darauf, sondern stellt die Sexualität in eine größere (neue?) Perspektive.

Grundlagen der SST sind schwerpunktmäßig:

1. Das Angewiesensein auf mitmenschliche Beziehungen und die universellen psychosozialen Grundbedürfnisse und Sehnsüchte als zentraler Kern aller Beziehungen

Diese (Über-)Lebensnotwendigkeiten teilt der Mensch im Prinzip mit allen höher entwickelten Säugetieren. Das gilt auch für die zugrunde liegenden neurobiologischen und endokrinen Funktionen (z. B. Oxytozin-, Dopamin- und Endorphin-Freisetzung), die zu Stressverminderung, Angstabbau, lustvollen Empfindungen bzw. Belohnungen, sowie zur Stärkung von Bindung und Vertrauen führen. Diese „biopsychosozialen Grundbedürfnisse“ sind in Jahrhunderttausenden während der Evolution zum Menschen hin entstanden und bilden nach wie vor die zentralen Inhalte

von Beziehungen.

Dazu zählen vor allem **Angenommen-Sein und Dazugehören**, ebenso die Sehnsucht nach **menschlicher Zuwendung, Nähe und Wärme, Respekt, Auto-**

nomie und Entfaltungsmöglichkeit, Verlässlichkeit, Vertrauen u.ä.m., aus denen **Geborgenheit und Sicherheit** erwachsen. Die Erfüllung dieser Wünsche wird in allen Beziehungen gesucht, vor allem in Liebesbeziehungen. Sie bestimmt die jeweilige Beziehungsqualität, welche ihrerseits einen Risikoindikator für Morbidität und sogar Mortalität darstellt (z.B. Homöostase vs. chronischer Stress). Im Prinzip sind diese Zusammenhänge bekannt, daher sollte die Medizin als ganze die sogenannten „privaten Beziehungen“ als Dreh- und Angelpunkte von biopsychosozialer Gesundheit und Wohlbefinden viel ernst nehmen.

Dementsprechend ist das Ziel der SST (nämlich nicht nur die sexuelle Störung zu beheben, sondern die Beziehungsqualität insgesamt zu verbessern) nur erreichbar, wenn die Grundbedürfnisse miteinbezogen werden, wie sie in der individuellen Lebensgeschichte geformt wurden. Dabei genügt es nicht, „Fakten“ zu erheben, es muss nach deren „Bedeutung“ gefragt werden. Dieser **„Syndyastische Fokus“** zieht sich wie ein roter Faden durch die Therapie (Abb. 2). Die klinische Erfahrung zeigt, dass bei den meisten sexuellen Funktionsstörungen und Beziehungsproblemen frustrierte Grundbedürfnisse (mit Wurzeln in der Lebensgeschichte) eine entscheidende Rolle spielen.



Abb. 2: Der syndyastische Fokus auf Grundbedürfnisse / Beziehungsqualität

SST befasst sich also über die organisch-funktionelle Abklärung hinaus auch mit tieferliegenden psychosozialen (Mit-) Ursachen. Konkret geht es darum, die frustrierten Grundbedürfnisse durch Wiederbelebung von Kommunikation und Achtsamkeit zu regenerieren und dadurch Blockaden für das Erleben von Intimität zu beseitigen. Das ist allerdings nicht die Aufgabe des Arztes/der Ärztin, sondern des Paares: Das Paar heilt sich selbst, entwirft selbst die nötigen Schritte, der Arzt ist Gehilfe und „Supervisor“.

2. Die verschiedenen Funktionen oder Dimensionen von Sexualität

Lust- und Fortpflanzungsdimension der Sexualität sind allgemein bekannt, ihr Bindungs- und Kommunikations-Potential weniger, obwohl die Sexualität bereits im Tierreich eine befriedende und den Gruppenzusammenhalt fördernde soziale, im engeren Sinn nicht-sexuelle Funktion erhalten hat. Beim Menschen zeigt sich diese kultur- und zivilisations-fördernde psychosoziale Freisetzung der Sexualität z.B. in einer weitgehenden Befreiung vom Diktat der Hormone, die ihre funktionale Bedeutung behalten, aber nicht mehr zwingen. Es gibt keine Brunstzeiten mehr und anstelle einer erhöhten Koitusfrequenz um den Eisprung, ein beständig aktivierbares sexuelles Interesse. Der Eisprung selbst ist beim Menschen zu einem von außen nicht mehr erkennbaren, verborgenen Ereignis geworden und der öffentliche Koitus in der Horde hat sich zur privaten Intimsphäre gewandelt.

Ein weiteres wesentliches Unterscheidungsmerkmal zum Tierreich liegt in der quantitativ wie qualitativ weitaus größeren Kommunikationsfähigkeit des Menschen in Wort- und Körpersprache. An diesem kommunikativen Potential hat auch die menschliche Sexualität Anteil. Das Axiom von der Unmöglichkeit, nicht zu kommunizieren (Watzlawick), beruht letztlich auf der Unmöglichkeit sich nicht zu verhalten. Anders ausgedrückt hat jedes, also auch das Sexual-Verhalten Mitteilungsscharakter, es „heißt“ etwas.

Überraschenderweise scheint das zwar für eine allgemeine Körpersprache, aber nicht für die genitale Sexualität bewusst zu sein. Wenn man nämlich Paare fragt, was „Kuscheln“ für sie bedeutet, so erhält man ohne längeres Nachdenken Antworten wie: Das bedeutet, dass wir uns nahe sind, uns spüren, uns geborgen, gemeint und begehrt fühlen, auch dass erotische Spannung und vielleicht der Wunsch „nach mehr“ entsteht. Es

wird also Nähe, Wärme, Harmonie, zärtlicher Kontakt, auch sexuelle Erregung und eine erotische Atmosphäre erlebt, die für Mann und Frau Wegbereiter zum „Sex“ sein können, aber nicht sein müssen.

Wenn man jedoch (sogar die selben) Paare fragt, was „miteinander schlafen“ für sie heißt, so löst die Frage zunächst eher Ratlosigkeit aus: *„Wie meinen Sie das? Soll das etwas besonderes heißen? Da haben wir noch nie darüber nachgedacht“* u.ä. m. In Therapiestunden kann man von Männern und Frauen hören: *„Das verlangt die Natur, Sex verschafft Lust und entspannt, ist gesund, öffnet den Weg zu den Gefühlen“* usw. Es wird aber auch gesagt: *„Das braucht der Mann, sonst wird er unleidlich, also gebe ich es ihm von Zeit zu Zeit, damit Frieden ist“* oder *„Das ist doch nur etwas für den Mann, die Frau hat nichts davon“* oder *„Sex ist nicht so wichtig, Zärtlichkeit und Liebe brauche ich, auf Sex könnte ich verzichten“*. Ebenso wird das Gegenteil vertreten: *„Befriedigender Sex ist für mich sehr wichtig, wenn das ein Mann nicht bringt beende ich die Beziehung“*. Solche Aussagen ergeben verständlicherweise ein einseitiges Bild, weil jene Paare die von der Bedeutung ihrer Sexualität als „dem höchsten Ausdruck unserer Liebe“ oder sogar von „unserem Stückchen Himmel“ sprechen, kaum in die sexualmedizinische Sprechstunde kommen. Dennoch überrascht, wie weit verbreitet die Trennung, geradezu der Gegensatz von Sex und Liebe zu sein scheint: *„Liebe könnte ich mehr gebrauchen, beim Sex steige ich aus“* oder verbittert *„mit Vertrauen oder Nähe hat Sex nicht das Geringste zu tun“*. Diese Beispiele zeigen, wie wichtig die Frage nach der Bedeutung und damit nach dem Sinn ist, denn vor diesem Hintergrund glauben etwa Männer mit vorzeitigem Orgasmus oder Erektionsproblemen, dass sie keine guten Liebhaber mehr sein können, während die anwesende Partnerin z.B. sagt: *„Deine Erektionsprobleme sind meine geringsten Sorgen ...“*. Ohne Gespräch mit dem Paar gehen entscheidend wichtige Informationen – für beide Partner und den Arzt – verloren. *„Jetzt weiß ich, dass Du mich nicht liebst: mit einer Tablette geht es, mit mir nicht“* war das Ergebnis einer unbedingt verlangten PDE5-Verschreibung ohne Wissen der Partnerin.

Nachdem offensichtlich die Bedeutung von Sex als körpersprachliche Kommunikation keineswegs selbstverständlich ist, sollte die je subjektive Bedeutung von Sex für die Partner und die konkrete

Übersetzung der sexuellen Körpersprache vom Paar erarbeitet, begriffen und danach zuhause als „neue Erfahrung“ erlebt werden. Dieser entscheidende Bedeutungs-Wandel von Sex als einer eindimensionalen, erregungszentrierten „Einbahn zum Orgasmus“ (oder sogar von einer generell pathogenen, psychotoxischen Sicht der Sexualität) zu einer salutogenen intimen Kommunikation ist keine Angelegenheit bloß verstandesmäßiger Erkenntnis. Diese ist die Grundvoraussetzung, darüber hinaus braucht es die sinnliche Erfahrung, wie sie das Paar vereinbart und sich vorgenommen hat, also statt der früher angesagten (z.B. Sensate Focus-) „Übungen“, die eigenen „live“ neuen Erfahrungen. Diese setzen den Willen zur Partnerschaft voraus oder offenbaren die Grenzen der Beziehung und der SST.

Bei dieser „Übersetzungsarbeit“ kann vom Kuscheln und den körpersprachlichen Erfahrungen von Angenommensein, Nähe, Wärme, Geborgenheit usw. ausgegangen werden: Das sind reale psycho-physische Erfahrungen, keine blassen Symbole. Es kann auch direkt der Koitus übersetzt werden, wobei die Lustdimension der Sexualität stärker ins Spiel kommt und mit der Beziehungsdimension verbunden werden kann:

3. Die Verbindung der Lustdimension mit der Beziehungs-/Kommunikations-Dimension der Sexualität ermöglicht die Erfahrung von „Beziehungslust“.

Durch diese Verbindung wird der Lustbegriff komplexer und mehrdimensional: Die orgasmische Lust erhält „zugleich“ eine (für viele neue) Bedeutung auf der Beziehungsebene, nämlich die in lustvoller sexueller Körpersprache buchstäblich verwirklichte Offenheit, Annahme, Nähe, Wärme, Gemeinsamkeit, Geborgenheit und Beheimatung. Es geht also konkret um die Erfüllung der Grundbedürfnisse auch auf sexuelle Weise, d.h. es geht um eine neue Qualität der Beziehung, denn diese entscheidet, ob die Botschaft des Sex Liebe und Intimität verkörpert oder anonyme Beziehungslosigkeit, Missachtung, Hass und Gewalt. Auch beziehungsloser Sex kann orgasmische Befriedigung verschaffen oder Neugierde stillen, aber er kann weder die wesentlichen Grund-Sehnsüchte erfüllen noch bleibende Glücksgefühle bewirken. Dagegen ermöglicht die Verbindung von genital-sexueller Erregung und Lust mit dem kommunikativen Potential der Sexualität, also die Beziehungslust, zugleich intensive Freude darüber zu empfinden erwählt, unaustauschbar und

nicht allein, also geliebt zu sein.

In einer liebevollen Beziehung wird daher der Gegensatz zwischen Sex und Liebe aufgehoben durch ein neues Verständnis sexueller Kommunikation. Sex ist nicht länger ein eigenes Thema neben der Beziehung (die sprichwörtlich zu schluckende Kröte), sondern in die Liebe integriert. Nicht nur durch die Fürsorge im Alltag, sondern auch auf sexuelle Weise kann Liebe zum Ausdruck gebracht werden. Das eröffnet eine neue Bedeutung von Sex, kann von falscher Scham, Leistungsdruck und Orgasmuszwang befreien, die Lust steigern, die sexuell-partnerschaftliche Zu-

friedenheit erhöhen und ermöglicht erst die Behebung sexueller Funktionsstörungen. Jeder weiß, dass die praktische Umsetzung dieser Einsichten von (unvermeidlichen) Ambivalenzen und Problemen bedroht ist. Sie kann aber durch jede gelungene Beziehungserfahrung wie durch eine „Oxytozin-Eigen-Hormontherapie“ wiederbelebt und am Leben erhalten werden. Die gegenseitige (Wieder-)Erfüllung der Grundbedürfnisse kann enorme psychodynamische Kräfte und Selbstheilungsprozesse auslösen, sodass sich in manchen Fällen weitere medikamentöse oder psychotherapeutische Behandlungen erübrigen.

Detaillierte Ausführungen und Literatur finden sich in:

[1] K. M. Beier, K. Loewit (2011): Praxisleitfaden Sexualmedizin. Von der Theorie zur Therapie. Springer Berlin Heidelberg

Korrespondenzadresse:

Univ. Prof. i.R. Dr. Kurt Loewit
ehem. Leiter der Sexualmedizinischen
Ambulanz
Klinik für Med. Psychologie und
Psychotherapie
Schöpfstraße 23a
6020 Innsbruck
kurt.loewit@i-med.ac.at

Sexting, Dating, Partnering – Internet-Sexualität 2.0

Ch. J. Ahlers

Nach einer repräsentativen Erhebung des Jahres 2015 nutzten im deutschsprachigen Mitteleuropa über neun Millionen Menschen Partnerbörsen im Internet. Jeder sechste deutschsprachige Internetnutzer ab 14 Jahren hat im Netz bereits nach einem Partner gesucht. Gefragt sind vor allem kostenlose Angebote. Nur ein Viertel der Nutzer gibt derzeit Geld für diesen Service aus. Aber immerhin jeder achte Nutzer hat auch schon entgeltliche Angebote wie **Parship**, **Elite Partner** oder **E-Darling** ausprobiert Die aktivste Altersgruppe sind die 14- bis 39-Jährigen. Von ihnen hat bereits ein Viertel aktiv online einen Partner gesucht. Das sind nicht nur für einen Paartherapeuten imposante Zahlen: Über neun Millionen potenzielle **Sad Singles**, Personen, die online Partner suchen, weil sie mit ihrem Alleinsein nicht glücklich sind! Bei diesen Börsen geht es um den Wunsch nach Bindung, nach einer partnerschaftlichen Beziehung. Sex gehört dann dazu, wenn es zwischenmenschlich passt, ist aber –

anders als beim **Casual Dating** – nicht das vordergründige Ziel der Bemühungen. Weil es hierbei also nicht um Gelegenheitssexualekontakte, sondern um Partnersuche geht, zählt dieser Bereich nicht zu den Dating-Plattformen, sondern zu den **Partnering-Portalen**, also der Vermittlung von Sozial-, Beziehungs- und Sexualpartnern und nicht von Sex-Dates (...).

Sexuelle Gelegenheitskontakte haben die Menschen immer schon gesucht und gefunden. Durch das Internet ist es aber sehr viel einfacher geworden. Dementsprechend wird es auch häufiger gemacht. Internetportale, deren Geschäftsmodell auf dem Wunsch nach **Casual**- bzw. **Sexual-Dating**, einem unkomplizierten, schnellen, beziehungslosen sexuellen Abenteuer oder einem Seitensprung basiert, gibt es viele. Auch Smartphone-Apps loben mittlerweile die sexuell motivierte Nutzung sozialer Netzwerke aus, wie etwa „Bang with Friends“ für Facebook. Jeder kann bei



© Urban Zintel

Dr. rer. med. Dipl.-Psych.
Christoph J. Ahlers

sich anklicken, mit welchem seiner „Friends“ er sich Sex vorstellen kann. Bei Übereinstimmung bekommen beide den Hinweis eines **Sexual Matching**. Oder man lässt sich per GPS-Standortbestimmung potenzielle Partner in der Umgebung anzeigen: **Singles around me**, **Tinder**, **Happn**, **Lovoo**, **Antidate** und so weiter sind Apps, die Kontakte jeder Art, vor allem aber online Sex on demand ermöglichen. Einen **Sexual Coffee to go**, einen **Sexual Meat-Snack** für zwischendurch! Allein **Tinder** verzeichnet bisher 50 Millionen Nutzer und weltweit 1 Millionen Neukunden pro Woche, die täglich 1,5 Milliarden Fotos potenzieller Dating-Partner durch Hin- oder Herwischen aus- oder abwählen. Dabei entstehen 22 Millionen **Matches** pro Tag.

Hauptthema: Sexualmedizin

Für viele ist das eine Zeit lang ein **Sexual Lifestyle**, jeden Abend oder zumindest jede Woche mit einem oder einer anderen ins Bett zu gehen. Ein **One-Night-Stand** reiht sich an den anderen. Wenn es gut läuft, kommt sexuelle Befriedigung dabei heraus. Was mit der Zeit in der Regel auf der Strecke bleibt, ist emotionale Erfüllung. Weil wir die nur in echten Beziehungen erleben können. Ambitionierte **Sex-Dater** berichten mir in der Praxis oft davon, dass sie irgendwann wie ausgelagert waren. Sie fühlten sich sexuell ausgebrannt und sehnten sich nach einer festen Beziehung, in der sie nicht **performen** müssen. **One-Night-Stand-Burn-Out** nenne ich dieses Syndrom dann gerne etwas spaßhaft. Um ihnen vor Augen zu führen, dass sie sich von **Sexual Junk-Food** ernährt haben und sich deswegen kraftlos und ausgezehrt fühlen

Während das Geschlechterverhältnis bei den **Partnering-Portalen** noch einigermaßen ausgeglichen ist – nur wenig mehr Frauen suchen einen festen Partner als Männer – sieht dieses Verhältnis bei den **Casual-** bzw. **Sexual-Dating-Plattformen** schon anders aus: Hier kommen auf eine angemeldete Frau durchschnittlich über zehn Männer! Entsprechend rauer und direkter sind die Umgangsformen. Die wenigen Frauen werden mit Angeboten für unverbindliche **Sex-Dates** geradezu überschüttet. Es gibt also sehr wohl geschlechtstypische Unterschiede bezüglich beziehungsloser Gelegenheitssexkontakte. Den Ergebnissen von empirischen Erhebungen am Hamburger Institut für Sexualforschung zufolge, spielen sich rund 95 Prozent aller Sexualakte in festen Beziehungen ab. Die Singles machen 25 Prozent der Bevölkerung aus, bekommen aber nur fünf Prozent der Sexkontakte ab (...).

Das konsumierbare Produkt, zu dem wir uns im Kontext dieser Börsen gestalten, macht Werbung für sich selbst. Früher umwarb man den anderen. Heute bewerben wir uns selbst! Auch das ist eine grundlegende Veränderung: Das Geschehen wird potenziell selbstreferentieller. Ist es nicht auffällig, dass heutige Smartphones oder Tablets mittlerweile Kameras immer auf **beiden Seiten** haben? Während man früher mit einer Kamera in die Welt hinausschaute, lassen wir jetzt die Kamera direkt auf uns schauen. Die ist ins Handy ebenso wie in unser Bewusstsein schon „eingebaut“, damit wir auch immer brav unser „Profilbild“ erstellen und sexuell aufreizende Selbstaufnahmen, sogenannte **Sexy Selfies**, online an unseren

Liebsten senden können.

Sexuelle Selbstdarstellung via Internet ist für viele Menschen zum **Sexual Lifestyle** geworden. Man schickt sich Textnachrichten mit angehängten, selbst gemachten erotischen Fotos oder Filmen. **Sexting (Sexual Texting)** nennt sich diese Kommunikationsform, die erst durch Smartphones möglich wurde. Die Nutzung, aber auch die heimliche Entdeckung oder Weiterleitung solcher **Sextings** spielt eine zunehmend größere Rolle in der klinischen Arbeit. Immer öfter kommt es vor, dass Personen davon berichten, wie erregend sie diese Kommunikation mit ihrem Partner finden und wie sehr dies ihre Partnerschaft belebe (...).

Dass solche, in der Regel in einer Beziehungssituation angefertigten, erotischen Nachrichten, Fotos oder Filme sehr leicht an Dritte weitergesendet und so ungewollt mit anderen „geteilt“ werden können, auch dieses Problem ist neu, und das gab es in diesem Ausmaß vor dem Aufkommen des Internets nicht. Ein bisher ungekanntes Potenzial an öffentlicher sozialer Bloßstellung und Beschämung erwächst daraus. Es gibt Fälle von Teenagern, die sich nach solchen Fremdentblößen in der Öffentlichkeit ihres sozialen Umfeldes umgebracht haben. Denn das Besondere am Internet ist ja der „Speicher“: Alles, was einmal digital versendet oder gar gepostet wurde, ist ab dann in der Hosentasche von allen anderen und verschwindet nie mehr aus dem eigenen Leben. Laut einer Studie der Hochschule Merseburg haben 19 Prozent der 16- bis 18-jährigen Mädchen und elf Prozent der Jungen schon einmal erotische Fotos oder Filme von sich gemacht. Sechs Prozent der Befragten haben sie ins Internet gestellt (...).

Noch ist es bei uns nicht ganz so weit, aber nehmen Sie zum Beispiel Japan. Dort sind fast 50 Prozent der Unter-40-Jährigen Singles. Die gefühlte Anonymität, Isolation, Vereinzelung und emotionale Einsamkeit nimmt zu. Und dem entsprechend boomen Dating- und Partnering-Agenturen. Und dabei geht es nicht mehr vordringlich nur um **Casual-Dating** für unverbindlichen Sex. Vielmehr drängen Angebote auf den Markt, die soziale Begegnungen bewirtschaften: **Social-Partnering, Coffee-Partner** zum Beispiel, ein Angebot, bei dem man Geld dafür bezahlt, dass jemand einen Kaffee mit einem trinkt ... Im Angebot der **Single-Wedding** aber kommt das Bild des **Sad Singles** am dramatischsten zum Ausdruck: Hierbei handelt es sich

um Angebote von Agenturen, die für überwiegend weibliche, alleinstehende Kundschaft eine Traumhochzeit mit allem Drum und Dran inszenieren. Der Bräutigam wird entweder durch ein gebuchtes Fotomodell besetzt oder fehlt einfach! Auch eine Hochzeitsgesellschaft kann man wahlweise dazubuchen, die besteht dann aus Komparsen und kostet extra. Das Ergebnis: Fotos, auf denen einsame Traumbräute mit Hollywood-Make-up, Sissi-Bräutkleid und Kunstbrillantdiadem vor perfekter Traumkulisse traurig in die Kamera lächeln. 2.000,- Dollar kostet die Inszenierung. Ziel: den Eltern und den **Friends** auf **Facebook** Bilder vom „schönsten Tag ihres Lebens“ zu schicken; mit anderen Worten: etwas vorzeigen zu können, etwas vorzuweisen zu haben. Auch wenn oder gerade weil es real eben nicht existiert.

Die Nähe der kommodifizierten, also der zur **Ware** gewordenen (Sexual-)Begegnungen zur Prostitution kann man vielleicht am besten an einer dritten Form von Partnerbörse erkennen, die seit ein paar Jahren boomt und bisher ebenfalls vor allem in Asien starke Zuwachsraten verzeichnet: das so genannte **Sugar-Partnering**.

Beim **Sugar-Partnering** ist es so, dass jüngere, sexuell attraktive Frauen mit älteren, finanziell potenten Männern in Kontakt gebracht werden. Die Frau sagt: „Du kannst mich zur Freundin und als Sexualpartnerin haben.“ Und der finanzkräftige Mann sagt: „Prima, ich suche eine Partnerin und will Sex, habe aber keine Lust und Zeit, eine Beziehung auf Augenhöhe zu führen.“ Bei diesen Deals geht es nicht nur um Sex, auch wenn Sex integraler Bestandteil der Geschäftsbeziehung ist. In erster Linie geht es um einen seltsamen Graubereich von „Beziehung“. (...) Die Männer erwerben eine Art „Fassadenehe“, ein soziales Konstrukt mit einer schönen jungen Frau, sowie eine normkonforme Selbstdeklaration: „Schaut her, ich habe eine schöne junge Frau an meiner Seite und lebe in einer Beziehung. Mit mir ist alles normal!“ (...) Frauen werden in diesem Geschäft nicht nur mit „Credits“ für ihr Äußeres versehen; es werden ebenso Sozialstatusattribute abgefragt und eingepreist. Frauen mit Fremdsprachenkenntnissen und akademischem Berufsabschluss haben mehr Chancen, einen potenten **Sugar-Daddy** zu finden als solche, die über einen Hauptschulabschluss verfügen und ausschließlich ukrainisch sprechen. Frauen, die sich beim **Sugar-Partnering** anmelden – sie

nennen sich **Sugar-Babes** – müssen sozial präsentabel und sexuell attraktiv sein. Und damit erwerben sie einen luxuriösen oder zumindest gehobenen Lebensstil, den sie allein aus sich heraus nie erreichen und erleben könnten (...).

Was ich wirklich interessant an diesem im doppelten Sinne des Wortes **unheimlich** erfolgreichen Modell finde, ist die Tatsache, dass die beiden Vertragspartner diese „Beziehung“ nicht für einen Event oder eine Nacht eingehen wie beim semi-prostituierten Escort-Service. **Sugar-Partnering** heißt: „Wir werden eine Art Paar!“ Das kann sogar so weit gehen, dass dieses Paar darin übereinkommt, gemeinsam ein Kind zu bekommen, wenn die Frau und/ oder der Mann einen unerfüllten Kinderwunsch hat! Hier finden wir die integrale Kommodifizierung aller drei Funktionen von Sexualität in einem Geschäft: Beziehung, Lust und Fortpflanzung.

Wenn die Erfüllung unerfüllter Kinderwünsche im Vordergrund der online generierten Geschäftsbeziehung steht,

sich also Personen – gleich welcher Geschlechtskonstellation – zu dem alleinigen Zweck zusammen tun, einen Kinderwunsch zu erfüllen und dabei das Ansinnen zu verfolgen, zwar kein Liebes- oder Beziehungs-Paar, wohl aber ein wie auch immer geartetes Eltern-Paar zu werden, dann nennt sich dieses Marktsegment **Online-** bzw. **Co-Parenting**. Und, genau wie beim **Sexting, Dating** und **Partnering**, hätte auch dieses Phänomen ohne die Verfügbarkeit entsprechender Internet-Technologie nicht eine solche Dimension und Bedeutung erlangen können.

Korrespondenzadresse:

Dr. rer. med. Dipl.-Psych.
Christoph J. Ahlers
Praxis für Paarberatung und
Sexualtherapie am
Institut für Sexualpsychologie Berlin
Calvinstraße 23
D-10557 Berlin-Tiergarten
www.sexualpsychologie-berlin.de
www.sexualtherapie-berlin.de
dr.ahlers@berlin.de

Quelle:

Bei dem Text handelt es sich um eine gekürzte Fassung eines Auszuges aus dem gleichnamigen Kapitel des Buches:

Himmel auf Erden und Hölle im Kopf – Was Sexualität für uns bedeutet.

Christoph Joseph Ahlers & Michael Lissek

448 Seiten. Gebunden

€ 19,99 [D]

€ 20,60 [A]

CHF 26,90 (UVP)

ISBN 978-3-442-31378-5

Goldmann Verlag München

Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Verlages

Weibliche Sexualfunktionsstörungen

B. Kloss, S. Hruby, T. Gründler

Laut der Weltgesundheitsorganisation ist sexuelle Gesundheit untrennbar mit Gesundheit insgesamt, mit Wohlbefinden und Lebensqualität verbunden und daher ist Sexualität als ein Grundrecht definiert.

Mit Markteinführung der PDE-5 Inhibitoren und Dapoxetin zur Therapie der erektilen Dysfunktion und der Ejaculatio praecox wurden die männlichen Sexualfunktionsstörungen in den letzten Jahrzehnten weitgehend enttabuisiert.

Nach der Zulassung von Flibanserin durch die FDA zur Behandlung des weiblichen sexuellen Lustdefizites rückt nun auch die Sexualproblematik der Frau

zunehmend in den Blickpunkt der öffentlichen Aufmerksamkeit.

Generell werden die weiblichen Sexualfunktionsstörungen (femal sexual dysfunction, FSD) eingeteilt in:

- Libidoverlust (hypoactive sexual desire disorder, HSDD)
- Erregungsstörung (female sexual arousal disorder, FSAD)
- Orgasmusstörung (female orgasmic disorder, FOD)
- Schmerzen beim Geschlechtsverkehr (Dyspareunie)
- Penetrationsprobleme (Vaginismus)



Dr. Birgit Kloss

Um die Diagnose FSD zu stellen, müssen per definitionem die Beschwerden für die Patientin mit einem Leidensdruck assoziiert sein, mindestens 3 bis 6 Monate (je nach Autor und Definition) bestehen und zumindest 75% der sexuellen Aktivitäten betreffen [1].

Diagnostik

Im Rahmen der Diagnostik ist eine genaue Anamnese mit detaillierter Sexual-

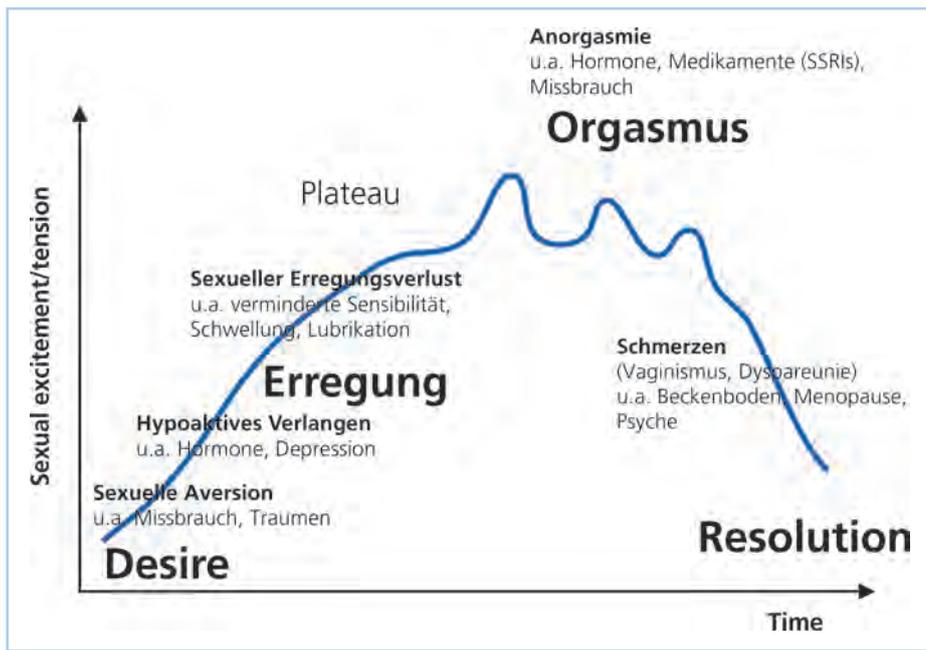


Abb. 1: Lineares Modell der sexuellen Reaktion nach Kaplan, Masters und Johnson samt möglicher Pathologien

anamnese unumgänglich. Standardisierte Fragebögen, wie der Female Sexual Function Index (FSFI) oder der Female Sexual Distress Score (FSDS), können dabei hilfreich sein. Wichtig ist auch, ein besonderes Augenmerk auf die Erhebung von Vorerkrankungen zu legen und eine genaue Medikamentenanamnese zu erheben. Eine Vielzahl von Medikamenten kann eine Störung der Sexualfunktion verursachen. Unter anderem Antidepressiva, Neuroleptika, Antihypertensiva, Hormonpräparate, Anticholinergika, Antihistaminika, Medikamente, die die Hormonsynthese/Hormonachsen beeinflussen (Spironolacton, Ketokonazol, Statine, nicht selektive Betablocker, etc.), alle Medikamente, die zu einer Prolaktinerhöhung führen können (Antipsychotika, Antidepressiva, Opiate, Verapamil, u.v.a.), etc..

An Laboruntersuchungen empfiehlt sich die Bestimmung von Östrogen, FSH, LH, DHEA, gesamt und freies Testosteron, SHBG, Prolaktin, TSH, Nüchtern BZ, Blutfette, BB und Leberwerte.

Desweiteren muss eine gynäkologische Untersuchung mit Vaginalabstrich (komplette Sekretdiagnostik) erfolgen.

Im Rahmen der urologischen Untersuchung ist neben der Harnanalyse und Sonographie, eine Zystoskopie indiziert. Auch darf die Prüfung der Sensibilität des äußeren Genitales und des Beckenbodentonus nicht vergessen werden.

Aus den Ergebnissen der oben genannten Untersuchungen lassen sich Rück-

schlüsse auf mögliche Ursachen, die eine FSD verursachen können, ziehen.

Hauptrisikofaktoren sind die Menopause, v.a. die chirurgische Menopause, und eine Vielzahl von chronischen Erkrankungen, wie etwa das metabolische Syndrom. Bei ca. 50 Prozent der Patientinnen mit Diabetes mellitus ist die Sexualfunktion gestört. Dies entweder durch die depressive Komponente oder durch eine Endotheldysfunktion und damit verbundene verminderte Schwellung der vaginalen Corpora cavernosa bzw. verminderte Lubrikation. Auch kann die diabetische Neuropathie die genitale Empfindung stören [2]. Wie mehrfach beim Mann eine Korrelation zwischen koronarer Herzkrankheit und ED bewiesen werden konnte, so leiden auch mehr als 60 Prozent aller Patientinnen mit KHK an einer Sexualfunktionsstörung [3]. Weiters ist besonderes Augenmerk auf Voroperationen, allen voran im Urogenital-Trakt, mit deren physischen und psychischen Folgen zu legen. Auch darf man nicht außeracht lassen, dass eine starke Korrelation zwischen männlicher und weiblicher Sexualfunktionsstörung besteht. So haben Partnerinnen von Männern mit einer ED ein 30-fach größeres Risiko für Libidostörungen [4]. Einen immensen Anteil an der Entstehung und Aufrechterhaltung einer FSD haben psychische Probleme mit all ihren Facetten. Von partnerschaftlichen Problemen, über Störungen des Selbstwertgefühls bis hin zu Traumata. Auch kann die Depression als

Symptom eine FSD haben oder umgekehrt kann eine FSD durch Antidepressiva verursacht werden.

Laut einer großangelegten Studie an über 31.500 Frauen in den USA haben 43% aller Frauen sexuelle Probleme. Am häufigsten ist ein vermindertes sexuelles Interesse (38%), gefolgt von Erregungsstörungen (25%) und Orgasmusproblemen (21%). Aber nicht jedes Symptom ist eine Störung. Entscheidend ist der Belastungsaspekt durch das Symptom. So liegt die Prävalenz von geringem sexuellem Verlangen mit persönlichem Leidensdruck bei 9,5% [5]. Lubrikationsprobleme findet man bei 17% und Schmerzen beim Geschlechtsverkehr bei 11% [6].

Somit ist der Libidoverlust (HSDD) die häufigste FSD.

Laut American Psychiatric Association versteht man darunter mangelnde oder fehlende sexuelle Fantasien und reduziertes oder nicht vorhandenes Verlangen nach Sex. Der Libidoverlust muss ein ausgeprägtes Leiden und zwischenmenschliche Probleme verursachen und darf nicht auf eine psychiatrische Störung, medizinische Erkrankung oder ein Medikament zurückzuführen sein.

Das sexuelle Verlangen wird im Gehirn durch inhibitorische (Serotonin) und exzitatorische (Dopamin und Noradrenalin) Faktoren gesteuert [7]. Dabei kann ein Anstieg der Serotoninkonzentration die Wirkung von Dopamin auf die sexuelle Funktion abschwächen. Obwohl dieser negative Feedbackmechanismus während der Entspannungsphase wich-

Tab.1: Flibanserin Fakten

- Indikation: erworbene, generalisierte HSDD bei prämenopausalen Frauen
- 0,5x/Monat zusätzliches „befriedigendes sexuelles Ereignis“ gegenüber Placebo
- nach 4 Wochen mäßige Wirkung, Plateau meist nach 8-16 Wochen
- ca. 11% NW (Schwindel, Somnolenz, Übelkeit, Müdigkeit, Schlaflosigkeit)
- tgl. Einnahme (abends – senkt Kreislauf NW)
- KI: Alkoholkonsum, schwere Leberschäden



Montavit

HIER UND JETZT LEBEN!

BEI VAGINALER ATROPHIE IN DER POSTMENOPAUSE

Linoladiol Estradiol-Emulsion



Fachkurzinformation siehe Seite 78

kassenfrei

www.montavit.com

Hauptthema: Sexualmedizin

tig sein kann, vermindert übermäßige und/oder chronische serotonerge Neurotransmission das sexuelle Verlangen [8]. Dies führte zur Annahme, dass das geringe sexuelle Verlangen im Rahmen der HSDD auf eine verminderte exzitatorische und/oder eine erhöhte inhibitorische Aktivität zurückzuführen sei und die Modulation der involvierten Neurotransmitter zu einer Steigerung des Sexualverlangens führen könnte [9]. Daher wird seit einigen Jahren intensiv daran geforscht, vor allem zentralwirksame Substanzen zur Behandlung der FSD und allen voran des Libidodefizites, zu entwickeln.

Therapieoptionen

Flibanserin

Die erste einer solchen zentralwirksamen Substanz, die durch die FDA zur Behandlung der HSDD zugelassen wurde, ist Flibanserin. Es handelt sich dabei um einen postsynaptischen Agonisten am Serotonin Rezeptor 5-HT_{1A} und einen Antagonisten am 5-HT_{2A} Rezeptor. Desweiteren wirkt es am Dopamin-Rezeptor D₄ als schwacher Partialagonist. Flibanserin führt zu einem anhaltenden Anstieg der Basalwerte von Dopamin und Noradrenalin im präfrontalen Cortex und einem vorübergehenden Abfall der Serotoninlevel in einigen Gehirnbereichen wie dem präfrontalen Cortex, dem Nucleus accumbens und dem Hypothalamus [10,11].

Die FDA verweigerte 2010 und 2013 die Zulassung. Zuerst, da bezüglich des Sexualverlangens keine statistische Überlegenheit gegenüber Placebo nachgewiesen werden konnte. Nach geändertem Studienendpunkt wurde zwar ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen Flibanserin und Placebo hinsichtlich der Zahl der SSE (= satisfying sexual events) und des Sexualverlangens erzielt, trotzdem verweigerte die FDA aufgrund von Sicherheitsbedenken neuerlich die Zulassung. Dies beruhte v.a. auf dem Nebenwirkungsprofil. So zählen zu den häufigsten Nebenwirkungen:

- Schwindel (11,4%)
- Somnolenz (11,2%)
- Übelkeit (10,4%)
- Müdigkeit (9,2%)
- Schlaflosigkeit (4,9%) [12-14]

Die neuerliche Ablehnung der Zulassung führte zu heftigen Kontroversen mit Frauenrechtsgruppen. Die einen warfen der FDA Sexismus aufgrund von Argumenten wie „Viagra zugelassen, Fli-

banserin nicht“ und „derzeit 26 zugelassene Medikamente für den Mann, keines für die Frau“ vor. Die anderen behaupteten, das Unternehmen missbrauche die Aktivistinnen, um ein noch nicht als sicher bewiesenes Präparat durch die Zulassung zu bekommen.

2015 wurde Flibanserin schließlich im dritten Anlauf von der FDA zur Behandlung der erworbenen, generalisierten HSDD bei prämenopausalen Frauen zugelassen. Aufgrund von weiter bestehenden Sicherheitsbedenken darf es nur von speziell zertifizierten Ärzten und Apothekern, die auf mögliche Nebenwirkungen hinweisen müssen, abgegeben werden. Auch informieren Warnhinweise auf der Packung über Kontraindikationen (Alkoholkonsum, bestehende Leberschäden).

Nach dem bereits steinigen Weg der Zulassung bekam die Vermarktung von Flibanserin durch eine im letzten Jahr publizierte Metaanalyse einen weiteren herben Dämpfer. Es wurden dabei die Daten von 5 publizierten und 3 unpublizierten Studien mit insgesamt 5.914 Frauen analysiert. Die Autoren kamen zum Schluss, dass die von Flibanserin hervorgerufene Veränderung nur minimal bzw. nicht klinisch relevant ist. So führt die Einnahme im Schnitt nur zu 0,5 zusätzlichen SSE/Monat, gleichzeitig aber auch zu einem statistisch und klinisch signifikant häufigeren Auftreten von Schwindel, Somnolenz, Erschöpfung und Übelkeit. Das gesamte Evidenzlevel wurden als sehr niedrig eingestuft und somit fordern die Autoren, dass, bevor Flibanserin in der klinischen Praxis oder in Guidelines empfohlen werden kann, weitere Studien, v.a. an einer heterogeneren Studienpopulation notwendig sind. Zudem müsse laut Autoren in Betracht gezogen werden, Flibanserin nur als Teil eines Behandlungskonzeptes, das z.B. auch eine Psychotherapie beinhaltet, anzuwenden [15].

Dieser Forderung nach einem umfangreicheren Behandlungsplan, welcher neben einem medikamentösen Therapiearm, auch die Psychotherapie einbezieht, ist besondere Beachtung zu schenken, da in der Vergangenheit gezeigt wurde, dass in der Therapie der Ejakulatio Präcox und der ED eine Kombinationstherapie aus Psychotherapie und Pharmakotherapie besser wirkt [16,17]. Ob und wann Flibanserin in Europa zugelassen wird ist derzeit nicht bekannt.

Testosteron

Die Zugabe von Testosteron zu einer

konventionellen Hormonersatztherapie bringt günstige Effekte auf die sexuelle Funktion postmenopausaler Frauen mit sich [18]. Auch wurde nachgewiesen, dass eine transdermale Testosteron-Therapie in der Behandlung einer HSDD wirksam ist [19]. Langfristige Sicherheitsdaten und eine Zulassung in dieser Indikation fehlen.

Lokale Östrogentherapie

Gesichert ist, dass bei vaginaler Atrophie und/oder verminderter Lubrikation aufgrund eines bestehenden Östrogenmangels und dadurch erhöhten Schmerzen während des Geschlechtsverkehrs, eine lokale Östrogentherapie gerechtfertigt ist. Wird eine Hormontherapie von Seiten der Patientin nicht gewünscht, sind in dieser Indikation oft auch andere Hilfsmittel, wie Gleitgele, empfehlenswert.

Bupropion

Ein Norepinephrin-Dopamin-Wiederaufnahmeinhibitor, welcher als Antidepressivum im Einsatz ist, zeigt im Unterschied zu vielen anderen Antidepressiva eine Verbesserung der Libido [20]. Daher sollte man bei Patientinnen, welche gleichzeitig an einer FSD und Depressionen leiden, eine Umstellung der antidepressiven Therapie auf Bupropion andenken. Auch konnte in einigen Studien an nicht depressiven, aber an einer HSDD leidenden Frauen eine Verbesserung der Sexualfunktion gezeigt werden. In dieser Indikation ist derzeit nur eine „Off-Label“-Therapie möglich [21,22].

Dehydroepiandrosteron (DHEA)

DHEA ist ein Pro-Hormon, das im Körper in eine Reihe biologisch aktiver Steroide, u.a. Testosteron und Östradiol, umgewandelt werden kann. Bei inkongruenter Datenlage und fehlenden Langzeitdaten kann eine systemische Therapie mit DHEA derzeit nicht empfohlen werden [23, 24]. Vielversprechend hingegen sind Daten zum lokalen Einsatz bei postmenopausalen Frauen mit vaginalem Atrophiesyndrom [25].

PDE-5-Inhibitoren

Bei Frauen lässt sich der PDE-5-Rezeptor in der Klitoris, der Vagina und den kleinen Schamlippen nachweisen. Es konnte in mehreren Studien gezeigt werden, dass Sildenafil bei Frauen mit isolierten genitalen Erregungsstörungen zu einer signifikanten Verbesserung von Erre-

gung, Orgasmusfähigkeit, Lubrikation und sexueller Zufriedenheit führt [26, 27]. Dagegen konnte in anderen Studien wiederum nur ein deutlicher Placeboeffekt nachgewiesen werden [28, 29]. Derzeit nur eine „Off-Label“-Therapie möglich.

Psychologische Interventionen

In Form von z.B. traditioneller Sexualtherapie, Paartherapie, Einzeltherapie nahezu unumgänglich.

Fazit

Der unterschiedliche sozioökonomische, religiöse sowie kulturelle Hintergrund der Betroffenen mit demzufolge unterschiedlichen Erwartungen an die eigene Sexualität gestaltet neben der vielfältigen Ätiologie, die Diagnostik und Therapie der FSD sehr komplex. Daher ist die Zusammenarbeit eines multidisziplinären Teams in der Abklärung und Therapie unabdingbar und noch intensive Forschungsarbeit, insbesondere im Bereich der medikamentösen Therapieoptionen, notwendig.

Literatur:

- [1] McCabe MP et al., Definitions of sexual dysfunctions in women and men: a consensus statement from the fourth international consultation on sexual medicine 2015. *J.Sex.Med.* 13(2016) 135-143.
- [2] Kizilay F et al., Diabetes and Sexuality. *Sex. Med. Rev.* 2017 Jan;5(1):45-51.
- [3] Bernardo A, Sexuality in patients with coronary disease and heart failure. *Herz.* 2001 Aug;26(5): 353-9.
- [4] Maseroli E et al., Which are the male factors associated with female sexual dysfunction (FSD)? *Andrology.* 2016 Sep; 4(5):911-20.
- [5] Shifren JL et al., Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstet Gynecol.* 2008; 112 970-978.
- [6] Laumann EO et al., GSSAB Investigators' Group. *Sexual Problems Among Women and Men Aged 40–80 y: Prevalence and Correlates Identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors.* *Int J Impot Res* 2005; 17: 39–57.
- [7] Janssen E et al., *The dual Control Model. The Role of sexual Inhibition and Excitation in sexual Arousal and Behavior.* Janssen E *The Psychophysiology of Sex.* Bloomington; Indiana University Press 2007: 197-222.
- [8] Halaris A, Neurochemical aspects of the sexual response cycle. *CNS Spectr.* 2003; 8 211-216.
- [9] Pfaus JG, Pathways of sexual desire. *J Sex Med* 2009; 6:1506–33.
- [10] Stahl SM et al., Multifunctional pharmacology of flibanserin: possible mechanism of therapeutic action in hypoactive sexual desire disorder. *J Sex Med.* 2011; 8:15–27.
- [11] Allers KA et al., Acute and repeated flibanserin administration in female rats modulates monoamines differentially across brain areas: a microdialysis study. *J Sex Med.* 2010; 7:1757–67.
- [12] DeRogatis LR et al., Treatment of hypoactive sexual desire disorder in premenopausal women: efficacy of flibanserin in the VIOLET study. *J Sex Med.* 2012; 9:1074–85.
- [13] Thorp J et al., Treatment of hypoactive sexual desire disorder in premenopausal women: efficacy of flibanserin in the DAISY study. *J Sex Med.* 2012; 9:793–804.
- [14] Katz M et al., Efficacy of flibanserin in women with hypoactive sexual desire disorder: results from the BEGONIA trial. *J Sex Med.* 2013; 10:1807–15.
- [15] Jaspers L, et al. Efficacy and Safety of Flibanserin for the Treatment of Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women. A Systemic Review and Metaanalysis. *JAMA Intern Med.* 2016;176(4):453-462.
- [16] Schmidt HM et al., Combination of Psychological Intervention and Phosphodiesterase-5 Inhibitors for Erectile Dysfunction: A Narrative Review and Meta-Analysis. *J Sex Med* 2014; 11:1376-91.
- [17] Frühauf S et al., Efficacy of psychological interventions for sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *Arch Sex Behav.* 2013; 42(6): 915-33.
- [18] Somboonporn W et al., Testosterone for Peri- and Postmenopausal Women. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; 4: CD004509.
- [19] Simon J et al., Testosterone patch increases sexual activity and desire in surgically menopausal women with hypoactive sexual desire disorder. *J Clin Endocrinol Metab.* 2005;90(9):5226-5233.
- [20] Schweitzer I et al., Sexual Side-Effects of Contemporary Antidepressants: Review. *Aust N Z J Psychiatry* 2009; 43: 795–808.
- [21] Segraves RT et al., Bupropion sustained release (SR) for the treatment of hypoactive sexual desire disorder (HSDD) in non-depressed women. *J Sex Marital Ther.* 2001;27(3):303-316.
- [22] Segraves RT et al., Bupropion sustained release for the treatment of hypoactive sexual desire disorder in premenopausal women. *J Clin Psychopharmacol.* 2004;24(3):339-342.
- [23] Baulieu EE et al., Dehydroepiandrosterone (DHEA), DHEA Sulfate, and Aging: Contribution of the DHEAge Study to a Sociobiomedical Issue. *Proc Natl Acad Sci USA* 2000; 97: 4279–4284.
- [24] Panjari M et al., A Randomized Trial of Oral DHEA Treatment for Sexual Function, Well-Being, and Menopausal Symptoms in Postmenopausal Women with Low Libido. *J Sex Med* 2009; 6: 2579–2590.
- [25] Labrie F et al., Effect of Intravaginal Dehydroepiandrosterone (Prasterone) on Libido and Sexual Dysfunction in Postmenopausal Women. *Menopause* 2009; 16: 923–931.
- [26] Caruso S et al., Premenopausal Women Affected by Sexual Arousal Disorder Treated with Sildenafil: a Double-Blind, Cross-Over, Placebo-Controlled Study. *BJOG* 2001; 108: 623–628.
- [27] Berman JR et al., Safety and Efficacy of Sildenafil Citrate for the Treatment of Female Sexual Arousal Disorder: a Double Blind, Placebo Controlled Study. *J Urol* 2003; 170: 2333–2338.
- [28] Basson R et al., Efficacy and Safety of Sildenafil Citrate in Women with Sexual Dysfunction Associated with Female Sexual Arousal Disorder. *J Womens Health Gend Based Med* 2002; 11: 367–377.
- [29] Kaplan SA et al., Safety and Efficacy of Sildenafil in Postmenopausal Women with Sexual Dysfunction. *Urology* 1999; 53: 481–686.

Korrespondenzadresse:

Dr. Birgit Kloss
Univ. Klinik für Urologie und Andrologie
Paracelsus Medizinische Privatuniversität
Müllner Hauptstraße 48
5020 Salzburg
b.kloss@salk.at

Sexuell übertragbare Erkrankungen – Ein Update

C. Heller-Vitouch



Dr. Claudia Heller-Vitouch

Laut Schätzung der WHO treten in der Altersgruppe der 19-49-jährigen weltweit jährlich 357 Millionen Neuinfektionen mit heilbaren sexuell übertragbaren Erkrankungen (Syphilis, Gonorrhoe, Chlamydien und Trichomoniasis) auf. In Entwicklungsländern rangieren die Sexually Transmitted Infections (STI) unter den Top fünf Erkrankungen, derentwegen Erwachsene medizinische Hilfe suchen.

Schienen Geschlechtskrankheiten wie Syphilis und Gonorrhoe in den Industrieländern in den späten 90er Jahren des vergangenen Jahrhunderts bereits eine sehr untergeordnete Rolle zu spielen, kann man im vergangenen Jahrzehnt wieder einen deutlichen Anstieg dieser Infektionen bemerken.

Syphilis

Die Anzahl der Syphilisinfektionen nahm in Österreich in den letzten Jahren kontinuierlich zu. Waren es um die Jahrtausendwende 184 Fälle im Jahr, wur-

den 10 Jahre später bereits wieder 585 Erkrankungsfälle gemeldet. In Österreich besteht laut Geschlechtskrankengesetz nur eine Meldeempfehlung, sodass von einer großen Dunkelziffer an Erkrankungsfällen ausgegangen werden muss. Der ungebrochene Anstieg an Syphilisinfektionen in Europa lässt sich auch aus den Berichten der European Centers for Disease Control (ECDC) ablesen.

Weltweit ist der Großteil dieses Anstieges auf zunehmende Infektionszahlen unter MSM (men who have sex with men) zurückzuführen, vermutlich eine direkte Folge der abnehmenden Angst vor einer HIV-Infektion und dementsprechend höherem Risikoverhalten beim Sexualverkehr. Aber auch im heterosexuellen Milieu können zunehmende Zahlen beobachtet werden, gefolgt vom Wiederauftreten der gefürchteten konnatalen Syphilis. Es ist dementsprechend unverzichtbar, das Syphilis-Screening im Rahmen der Mutterkindpass-Untersuchungen beizubehalten.

Klinisch ist die Syphilis mehr denn je das diagnostische Chamäleon der Medizin. Trotz steigender Fallzahlen im klinischen Alltag seltener vertreten als vor der Antibiotika-Ära, muss die Syphilis in ihren verschiedenen Stadien sehr bewusst in die Differentialdiagnosen einbezogen werden, um nicht übersehen zu werden. Der Ausspruch von Sir William Osler: „He who knows Syphilis knows medicine“ hat seine Gültigkeit bewahrt.

Die Diagnose einer primären Syphilis erfolgt durch einen einfachen Point of Care (POC) Test. *Treponema pallidum* kann im Reizserum, das von einem Primäraffekt gewonnen wird, im Dunkelfeldmikroskop anhand seiner charakteristischen Morphologie und Motilität eindeutig identifiziert werden. Für Ulcera im Mund-/Rachenraum eignet sich die Methode wegen des Vorkommens apa-



Abb. 1: Dem Bundesministerium für Gesundheit gemeldete Syphilisfälle in Österreich, 1985-2015



Abb. 2: Syphilitischer Primäreffekt

thogener Spirochäten in diesem Bereich nicht. Serologische Testverfahren wie VDRL, TPPA und IGM-ELISA bzw. Western-Blot erfassen auch spätere Stadien der Syphilis und sind zur Verlaufskontrolle geeignet.

Therapeutisch ist für die Syphilis-Infektion nach wie vor Benzathin-Penicillin das Mittel der Wahl (siehe Leitlinien der Österreichischen Gesellschaft für STD und dermatologische Mikrobiologie ÖGSTD, www.oegstd.at). Die WHO hat das Medikament in die Liste der unverzichtbaren Präparate aufgenommen. Vor allem im asiatischen Raum wurde für einige Jahre Azithromycin zur Behandlung der Syphilis favorisiert. Steigende Resistenzzahlen bis zu 80% lassen dieses Antibiotikum jedoch wieder ausscheiden.

Gonorrhoe

Um die Jahrtausendwende wurden ge-

sundheitsstatistisch in Österreich durchschnittlich nur knapp 400 Erkrankungsfälle an Gonorrhoe jährlich gemeldet. In den letzten Jahren lässt sich jedoch eine deutliche Zunahme der Zahl von Infizierten beobachten. Im Jahr 2011 wurden bereits 1.454 Fälle gemeldet, ein weltweit verzeichneter ansteigender Trend, der auf hohem Niveau relativ stabil bleibt.

Die Übertragung der Gonorrhoe erfolgt bei jeder Art von ungeschütztem vaginalem oder analem Geschlechtsverkehr. Da eine Infektion des Rachenraumes in aller Regel keinerlei Beschwerden verursacht, ist auch der Oralverkehr als besonders wichtiger und oftmals unterschätzter Übertragungsweg zu beachten.

Ist die gonorrhoeische Urethritis des Mannes häufig eine Blickdiagnose, so verläuft die Cervicitis bei der Frau meist symptomlos. Eine disseminierte Gonokokkeninfektion mit Fieber, schweren Gelenksbeschwerden aber meist diskreten Hautveränderungen stellt eine dermatologische Herausforderung dar.

Die Diagnose einer Gonokokkeninfektion stützt sich auf die drei Säulen Gramfärbung (als POC-Test), Kultur (mit dem Vorteil der Möglichkeit der Resistenzbestimmung) und Amplifizierungsverfahren (mit der größten Sensitivität, auch aus extragenitalen Proben).

Im Lauf der Jahrzehnte musste die routinemäßige Antibiotika-Therapie der Gonorrhoe immer wieder revidiert werden, da es den Bakterien gelang, Resistenzen



Abb. 4: Gonorrhoeische Urethritis

gegen diverse Antibiotika zu entwickeln. In den letzten Jahren häufen sich wissenschaftliche Berichte vor allem aus dem asiatischen Raum über Gonokokken, die unempfindlich gegen nahezu alle derzeit verwendeten Antibiotika sind. Die Gefahr des Auftauchens eines unbehandelbaren Super-Gonokokkus wird bereits diskutiert.

Österreichweit wurde die Resistenzsituation der Gonokokken von einer von Univ. Prof. Dr. Angelika Stary geleiteten Studiengruppe überwacht. Besonders der Anstieg an Cephalosporin-resistenten Stämmen gibt Anlass zur Sorge. Die Leitlinien der Österreichischen Gesellschaft für STD und dermatologische Mikrobiologie (ÖGSTD, www.oegstd.at) werden regelmäßig aktualisiert. Ein Fall eines hochgradig unempfindlichen Erregers konnte im Jahr 2011 auch in Österreich bereits nachgewiesen werden.

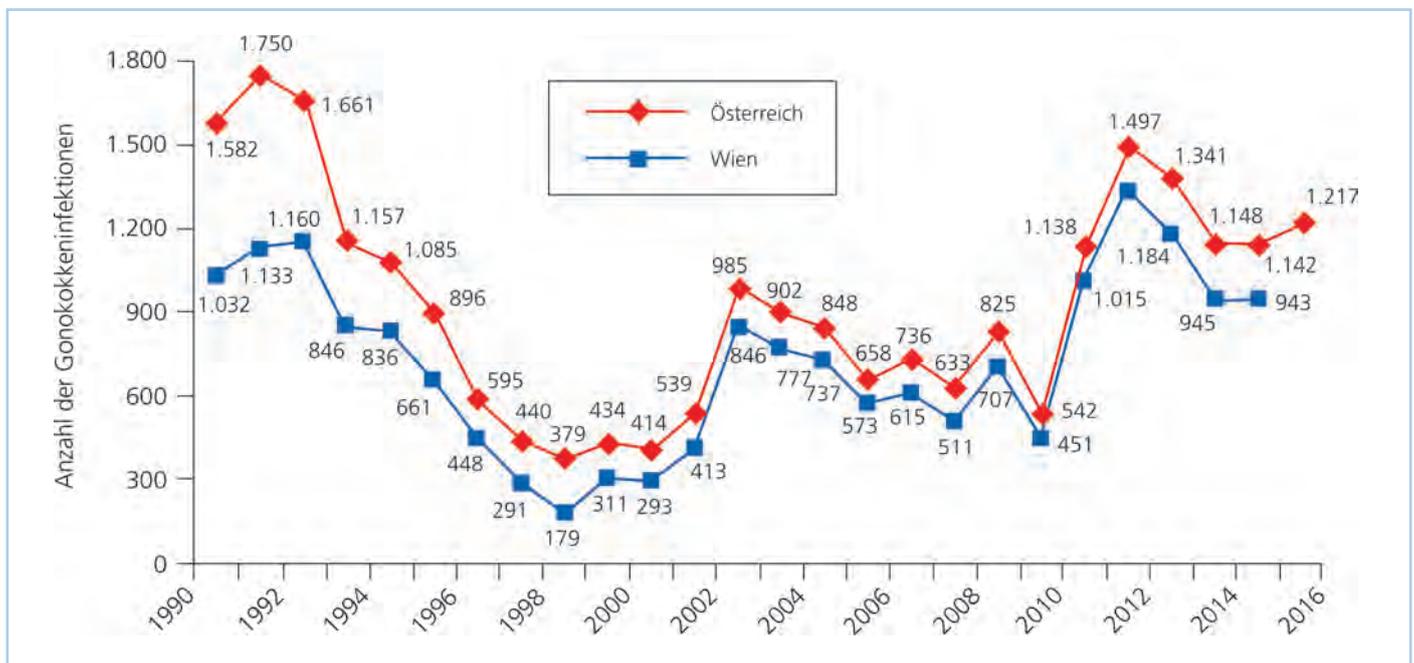


Abb. 3: Dem Bundesministerium für Gesundheit gemeldete Gonokokkeninfektionen

Chlamydien

Laut Daten der Pilzambulatorien Wien können bei etwa 3-5% der Patienten Chlamydien nachgewiesen werden. In der Gruppe der jungen sexuell aktiven Personen sind bis zu zwei von zwanzig mit Chlamydien infiziert. Sehr häufig handelt es sich dabei um einen Zufallsbefund, denn beim Großteil der Frauen und einem Teil der Männer verläuft die Infektion gänzlich ohne Symptome. Oft wird die Diagnose dann erst beim Auftreten der Spätfolgen wie Adnexitis, Gelenksbeschwerden oder unerfülltem Kinderwunsch gestellt.

Die moderne Diagnostik erfolgt durch Direktnachweis mittels Amplifizierungsverfahren. Die Chlamydienserologie ist hochgradig unspezifisch und eignet sich nicht zur Diagnose einer aktuellen Chlamydieninfektion.

Das Lymphogranuloma venereum (LGV) war für dreißig Jahre fast gänzlich aus dem klinischen Alltag verschwunden. Im Jahr 2003 hat eine Forschergruppe in Rotterdam einen Ausbruch unter HIV-positiven MSM publiziert. Seither konnte die Erkrankung in allen europäischen Ländern registriert werden und muss als Differentialdiagnose bei entzündlichen Enddarmkrankungen in Betracht gezogen werden. Die Infektion verläuft in mehr als 50% asymptomatisch, Screeninguntersuchungen in gefährdeten Personengruppen sind empfehlenswert. Ein Chlamydiennachweis aus dem Rektalabstrich bei MSM muss als LGV-verdächtig angesehen werden. Ist eine Genotypisierung nicht möglich, sollte die Therapie laut LGV-Schema mit Doxycyclin für 21 Tage erfolgen.

Mycoplasma genitalium

Mycoplasma genitalium wurde erstmals 1980 in Urethralabstrichen von zwei Patienten mit non-gonococcal urethritis (NGU) mittels Elektronenmikroskopie nachgewiesen. *M. genitalium* wird sexuell übertragen und kann bei Männern und Frauen Urethritis verursachen, assoziiert mit mucopurulentem Ausfluss und Dysurie. Auch eine Assoziation mit Cervicitis und Pelvic inflammatory disease (PID) inklusive Endometritis und Salpingitis bei Frauen wurde nachgewiesen. Es besteht der Verdacht, dass der Erreger für Fälle von Infertilität durch Tubenverschluss verantwortlich ist. *M. genitalium* ist nicht wie *M. hominis* mit Bakterieller Vaginose assoziiert. Größere epidemiologische Studien sind erst seit Entwicklung eines PCR-Tests möglich.

Eine norwegische Studie mit großer Fallzahl ermittelte eine Prävalenz bei männlichen Patienten einer STD-Klinik von 4,2%, statistisch signifikant assoziiert mit Symptomen oder Zeichen einer NGU. Seit kurzem steht ein Amplifizierungsverfahren zur Routinediagnostik des Keimes aus Abstrichpräparaten zur Verfügung.

Doxycyclin-Therapie führt nur in etwa 17-37% zur Eradikation des Erregers. *M. genitalium* ist dementsprechend ein häufiger Grund für persistierende NGU bei Männern nach Therapie mit Doxycyclin. Aber auch Makrolidresistenz konnte bei bis zu 39% mit Azithromycin vorbehandelten Patienten nachgewiesen werden. In einigen Therapieleitlinien wird derzeit die Gabe von 500mg Azithromycin als Einzeldosis gefolgt von 250mg pro Tag für vier Tage zur Behandlung einer Infektion mit *M. genitalium* empfohlen. Bei Therapieversagen oder bei mit Azithromycin vorbehandelten Patienten sollte Moxifloxacin 400 mg pro Tag für 10-14 Tage erwogen werden. Zur empirischen Therapie urogenitaler Infektionen wird häufig 1g Azithromycin als Einzeldosis eingesetzt. Dies könnte zu einem Anstieg der Resistenzen nicht nur bei *M. genitalium* führen und ist daher sehr kritisch zu hinterfragen. Eine sorgfältige ätiologische Abklärung der Infektionsursache ist zur korrekten Therapieplanung unerlässlich.

Genitalwarzen und Zervixkarzinom

Epidemiologischen Studien zufolge leiden 1-2% der sexuell aktiven Bevölkerung an spitzen Kondylomen im Genitalbereich, Ursache ist eine Infektion mit humanen Papilomviren (HPV), in etwa 90% Typ 6 oder 11. Aus der weitaus höheren HPV Prävalenz in der Bevölkerung – das „life-time-risk“ einer genitalen HPV-Infektion beträgt etwa 75-80% – kann geschlossen werden, dass die Infektion in einem hohen Prozentsatz unbemerkt verläuft. Die Betroffenen stellen jedoch eine Infektionsquelle für ihre Sexualpartner dar. Kondome schützen teilweise, die Infektion wird durch Haut- und Schleimhautkontakt übertragen.

In Österreich ist das Zervixkarzinom das zweithäufigste Karzinom junger Frauen bis 45 Jahren. Ursache für die Entstehung ist in >99% die Infektion mit HP-Viren aus der sogenannten High-risk-Gruppe (in 70% Typ 16 oder 18). Laut österreichischem Krebsregister erkranken

pro Jahr in Österreich etwa 400 Frauen neu an dieser Krebsart, 150-180 Frauen sterben daran (mehr als an Verkehrsunfällen). Etwa zehnmal höher ist die Zahl an im Krebsabstrich erkannten Krebsvorstufen, in Österreich werden pro Jahr mindestens 6.000 Konisationen durchgeführt. Diese erhöhen unter anderem signifikant das Frühgeburtsrisiko mit allen negativen Folgen für das Neugeborene.

HPV-Impfung

Seit dem Jahr 2006 stehen zwei Impfstoffe gegen die zwei bzw. vier häufigsten HPV-Typen (6,11,16 und 18) zur Verfügung und stellen eine effiziente und sichere Infektionsprophylaxe dar. 2016 wurde der nonavalente HPV-Impfstoff zugelassen, der gegen fünf weitere onkogene HPV-Typen (31/33/45/52/58), immunisiert. Insgesamt kann so gegen die Erreger von fast 90% der Fälle von Zervixkarzinom geimpft werden.

Nach Aufnahme der sexuellen Aktivität kommt es sehr rasch zu Infektionen mit HPV. Daher sollte die primäre Zielgruppe von Impfprogrammen Mädchen und Buben im Alter von 9-12 Jahren sein um einen optimalen Schutz zu erzielen.

In nahezu allen Industrieländern sowie immer mehr Entwicklungsländern wird die Impfung jungen Mädchen von den Gesundheitsbehörden gratis zur Verfügung gestellt. Eine Vorreiterrolle nimmt Australien ein, wo die Impfung seit 2007 allen Frauen bis 26 Jahre gratis zur Verfügung steht, die Durchimpfungsrate beträgt hier 65-70%. Vergleicht man den Anteil der Diagnose genitaler Warzen vor und nach Einführung der HPV-Impfung in Australien zeigt sich, dass der Rückgang in der Gruppe der unter 21-jährigen Frauen (zum Zeitpunkt der Impfung im Kindesalter) mehr als 92% beträgt. Auch bei den Männern kann man bereits eine Herdenimmunität nachweisen. Aufgrund der langsamen Entwicklung des Cervixcarzinoms nach erfolgter HPV-Infektion werden dramatische Veränderungen hier erst in Jahren ablesbar sein.

Zahlreiche Medienberichte stellten in den letzten Jahren die Sicherheit der HPV-Impfung immer wieder in Frage. Mittlerweile kann man nicht nur auf Studiendaten von fast 50.000 Probandinnen bei beiden Impfungen zurückschauen, sondern es wurden inzwischen über 100 Millionen Dosen weltweit ohne nennenswerte Nebenwirkungen verimpft. Die zuständigen Gesundheits-

behörden achten sehr genau auf sicherheitsrelevante Aspekte (www.fda.gov).

Gemäß österreichischem Impfplan werden Mädchen und Buben ab dem vollendeten neunten Lebensjahr seit Februar 2014 im Rahmen des Schulimpfprogrammes in der vierten Klasse Volksschule gratis gegen HPV (Humane

Papilloma-Viren) immunisiert, seit 2016 mit dem nonavalenten Impfstoff. Bis zum vollendeten 15. Lebensjahr werden zwei Dosen im Abstand von sechs Monaten verabreicht. Ältere Personen erhalten wie bisher drei Impfungen.

Literatur bei der Verfasserin

Korrespondenzadresse:

Dr. Claudia Heller-Vitouch
Fachärztin für Haut- und
Geschlechtskrankheiten, Ärztliche
Leiterin Pilzambulatorium Hietzing

Vorsitzende der Österreichischen
Gesellschaft für STD und dermatologische
Mikrobiologie (ÖGSTD) -
www.oegstd.at

Chair of the European Branch of the
International Union against Sexually
Transmitted Infections, www.iusti.org

Lainzer Straße 58
1130 Wien

Harninkontinenz und Sexualität – Ein Überblick

A.C. Piskernik

Einführung

Etwa 1 Million Mensch in Österreich leiden an Harninkontinenz – darunter 850.000 Frauen. In Deutschland sind rund 9 Millionen Menschen betroffen.

Die ICS (International Continence Society) definiert Harninkontinenz „als ein Symptom des unfreiwilligen Harnverlustes jeglichen Ausmaßes“. Aufgrund des soziodemografischen Wandels ist zu erwarten, dass sowohl die Stuhl- als auch die Harninkontinenz an Häufigkeit zunehmen werden (Goepel, Kirschner-Hermanns, Welz-Barth, Steinwachs & Rübben, 2010; Probst et al., 2010). Doch das Thema Inkontinenz wird in der öffentlichen Diskussion immer noch tabuisiert.

Demgegenüber ist aus repräsentativen Befragungen an der Allgemeinbevölkerung sowie auch aus Erhebungen im klinischen Bereich bekannt, dass etwa jede 3. Frau und jeder 4. Mann signifikante sexuelle Probleme beklagen, die meist mit einem erheblichen Leidensdruck verbunden sind.

Die sexuelle Gesundheit als wichtige

Quelle der Salutogenese („Gesundheitsentstehung“) wird als Zustand des physischen, emotionalen, mentalen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf die Sexualität bezeichnet. Das Spektrum, welches die Sexualität beim Menschen erfüllen soll, ist groß. Neben der reproduktiven Funktion sind es auch die Bindung und beziehungsorientierte Funktion, die eine herausragende Bedeutung haben.

Sexuelle Dysfunktionen können Frühindikatoren organischer Erkrankungen sein und denselben Risikofaktoren unterliegen. Sie sind aber auch oft eng assoziiert mit psychischen Störungen wie Depressionen, Angst oder Zwangsstörungen.

Mit der Zulassung oral wirksamer Medikamente zur Behandlung der erektilen Dysfunktion Ende der 1990er Jahre wurde das Thema der männlichen Sexualstörung zunehmend enttabuisiert und beforscht.

Die Epidemiologie und Risikofaktoren der weiblichen sexuellen Dysfunktion sind mittlerweile auch in den Fokus von Studien gerückt, wenngleich die Patho-



Dr. Anne-Catherine Piskernik

physiologie noch immer weitgehend unklar ist.

Die Harninkontinenz kann die Sexualität bei beiden Geschlechtern empfindlich beeinträchtigen.

Tab. 1: Einflussfaktoren auf die Kontinenz und das Sexualverhalten (nach Függen 2009)

- Altersabhängigkeit
- Partnerschaft
- Physiologische Altersveränderungen
- Multimorbidität
- Intellektueller Abbau
- Immobilität
- Instabilität
- Polymedikation
- Lebensstil
- BMS (Body Mass Index)
- Umgebungsfaktoren

Einflussfaktoren auf die Kontinenz und das Sexualverhalten

Sowohl Inkontinenz als auch Sexualstörungen sind sehr komplexe Themen und haben eine Reihe definierter Einflussfaktoren.

Die Altersabhängigkeit ist hier an erster Stelle zu nennen. Außerdem kommen psychosozialen Problemen, einer möglichen Multimorbidität und damit verbundener Multimedikation zusätzliche Bedeutung zu.

Sowohl physisch als auch psychisch, emotional und auch in der partnerschaftlichen Beziehung kann es zu Beeinträchtigungen kommen.

Mit zunehmendem Alter steigt die Prävalenz der weiblichen Sexualstörung und der ED statistisch signifikant, wobei etwa 26-47% der harninkontinenten Frauen und etwa 32% der Männer mit LUTS und/oder Harninkontinenz betroffen sind (Korda et al. 2007, Sen I et al. 2006).

Als Beeinträchtigung durch Multimorbidität steht beispielsweise das metabolische Syndrom, das mit seinen vielfältigen neuralen, hormonellen und vaskulären Störungen und auch seiner Multimedikation in vielfältiger Weise in die komplizierten Regelmechanismen der männlichen und weiblichen Sexualität eingreift. Es können sowohl die männliche Erektion als auch die Ejakulation und Libido betroffen sein.

Ebenso kann bei einem Diabetes mellitus auch die wesentlich schlechter untersuchte weibliche Sexualstörung mit Problemen der Libido, Lubrifikation und Erregung beeinträchtigt sein. Damit besteht eine Analogie zu den mit dem metabolischen Syndrom verknüpften Harntraktbeschwerden (Pashootan et al. 2014).

Einfluss der Harninkontinenz auf die sexuelle Aktivität von Frauen

Die Sexualität der Frau und ihre sexuelle Funktion ist sehr von ihrer psychosozialen Situation beeinflusst und weniger beforscht als die männliche Sexualstörung.

Die weibliche sexuelle Dysfunktion (FSD) wird in 4 Hauptkategorien eingeteilt: Störungen bei der Lust, Erregung, Orgasmus und sexuell bedingte Schmerzen.

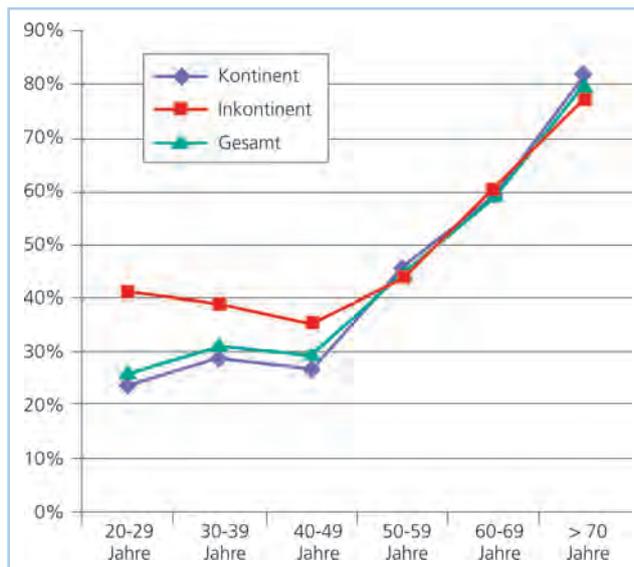


Abb. 1: Prävalenz der FSD (female sexual Dysfunction) bei harninkontinenten Frauen im Vergleich zu kontinenten Frauen (Sexuelle Dysfunktion bei Harninkontinenz, Korda et al. 2007)

Unter Libidoverlust leidet jede 10. Frau – die Prävalenz der Orgasmusstörungen wird mit 3,5-35% angegeben.

Die weibliche sexuelle Dysfunktion (FSD) ist multifaktoriell: Neben gut erforschten psychologischen und emotionalen Aspekten spielen eine Vielzahl von organischen Faktoren eine Rolle. So können endokrine, neurologische, kardiovaskuläre, dermatologische und psychiatrische Faktoren ebenso eine Rolle spielen wie Komplikationen nach Operationen, Bestrahlungen, onkologische oder andere schwere Erkrankungen.

Hinzu fügen sich noch die mit der Grunderkrankung oder Therapie verbundenen psychischen Belastungen. Alle Formen der Harninkontinenz steigern das Risiko

der FSD um das 1,6 bis 1,8-fache.

Die Belastungsincontinenz ist mit einer verminderten Lebensqualität, vermehrtem Risiko an Beziehungsproblemen, geringerer sexueller Aktivität und Befriedigung verbunden.

Die Dranginkontinenz erscheint als Risikofaktor für eine schlechtere Lubrifikation und folglich Schmerzen beim Geschlechtsverkehr.

Bei koitaler Inkontinenz, definiert als ungewollter Harnverlust während des Geschlechtsverkehrs, unterscheidet man physiopathologisch den Harnverlust während der Penetration (in der Urodynamik mit Belastungsincontinenz assoziiert, häufiger) und den Harnverlust

Tab. 2: Häufigkeit der verschiedenen Kategorien von sexueller Dysfunktion (Daten aus Richters et al. 2003/Anding et al. 2016)

Art der Dysfunktion	Männer (%)	Frauen (%)
Sexuelles Desinteresse	25	55
Zu schneller Orgasmus	24	12
Anorgasmie	6	29
Sex wird nicht als angenehm empfunden	6	29
Schmerzen während des Geschlechtsverkehrs	2	20
Sorgen um das körperliche Aussehen	2	20
Leistungsangst	16	17
Vaginale Trockenheit	–	24
Probleme beim Aufrechterhalten der Erektion	10	–

während des Orgasmus (meist bei Frauen mit OAB-Symptomatik).

Die Prävalenz, in der Literatur unterschiedlich beschrieben, liegt zwischen 2 und über 50% in Abhängigkeit der Studiengruppe, Fragebögen und unterschiedlichen Komorbiditäten.

Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang auch die weibliche Ejakulation beim Orgasmus als ungewöhnliches, physiologisches Phänomen, welches bei einigen Frauen auftritt – entweder durch Expulsion von verdickter, weißlicher Flüssigkeit (Female Ejaculation) oder durch Entladen von stark verdünntem Harn (Squirting).

Frauen, die über diese Ejakulation ohne OAB-Symptomatik oder urethraler Dysfunktion berichten, benötigen keine weitere Diagnostik. Laut Pastor sollte man zwischen physiologischer (Ejakulation während des Orgasmus) und koitaler Inkontinenz unterscheiden (Pastor et al. 2015).

Die am stärksten gestörte Sexualfunktion liegt bei der Mischharninkontinenz vor und ist mit einer geringen sexuellen Befriedigung assoziiert.

Welchen Einfluss hat die Therapie der Inkontinenz auf die sexuelle Funktion?

Bei einer Harninkontinenz ist eine Unterscheidung der Inkontinenzart essentiell, um geeignete Therapiemaßnahmen in die Wege leiten zu können (Enzelsberger, 2011).

Konservative Therapie in Form von Beckenbodentraining kann für alle Arten der Inkontinenz auch eine Verbesserung der Funktionsparameter hinsichtlich Lust, Erregung und Orgasmus bedeuten.

Dieser Benefit ist vor allem bei Frauen mit einer schwer gestörten Sexualfunktion zu finden, unabhängig von der Art der bestehenden Inkontinenz.

Vor allem für Patientinnen mit Belastungsinkontinenz sowie bei koitaler Inkontinenz während der Penetration ergibt konsequentes Stärken des Beckenbodens einen positiven Effekt auf Kontinenz und Sexualfunktion.

Die Erfahrungswerte bezüglich der sexuellen Funktion nach Einlage von suburethralen Bändern sind mehrheitlich positiv.

So wird über eine Verbesserung des Sexuallebens berichtet, da vor allem bei

präoperativem Bestehen einer koitalen Inkontinenz der Harnverlust während des Geschlechtsverkehrs und die damit verbundene Angst und Scham wegfallen.

Auch die Single-Incision-Schlingen (SIS) zeigen eine verbesserte Sexualfunktion bei geringeren postoperativen Schmerzen.

Doch kann durch die chirurgische Korrektur der Belastungsinkontinenz auch die Sexualfunktion negativ beeinträchtigt werden und eine Reduktion der Libido, eine denovo Dyspareunie oder ein Nachlassen der sexuellen Aktivität auslösen.

Bezüglich der Sexualfunktion nach Anwendung von Hydrogel zur periurethralen Injektion in der Therapie der Belastungsinkontinenz gibt es zurzeit kaum Literatur. Diese berichtet von einer verbesserten Sexualfunktion und erhöhten sexuellen Zufriedenheit der Patientinnen nach erfolgter Therapie (Leone Roberti Maggiore 2012).

Die Erfahrungswerte der chirurgischen Therapie der Dranginkontinenz durch sakrale Neuromodulation hinsichtlich ihrer Auswirkung auf die weibliche Sexualfunktion weisen auf einen positiven Effekt hin, wenngleich durch die Heterogenität der vorliegenden Studien die Datenlage noch insuffizient scheint (Gill 2011).

Die Ergebnisse der meisten Studien deuten darauf hin, dass neurale und vasculäre Veränderungen bei LUTS und FSD häufig koinzident zu finden sind.

In diesem Zusammenhang fiel eine abnorme Funktion des N. pudendus bei Frauen mit einer therapierefraktären OAB und einer nicht obstruktiven Harnretention auf, die sich nach sakraler Neuromodulation besserte (Parnell 2015).

Onabotulinumtoxin A (intradetrusorial) zeigte bei MS (Multiple Sklerose) Patientinnen einen positiven Effekt auf die Sexualfunktion sowohl auf psychologischer als auch auf emotionaler Ebene. Dies bestätigt die Annahme, dass Symptome des unteren Harntraktes einen eindeutig negativen Einfluss auf die Sexualfunktion haben (Giannantoni et al. 2015).

Die konservative Therapie der OAB und Dranginkontinenz durch Antimuskarinika und (oder) Betmiga® kann durch Verbesserung von sekundären Einflussfaktoren zu einer Verbesserung der sexuellen Funktion führen. Dazu zählen reduzierter Harnverlust und Harndrang

während des Geschlechtsverkehrs.

Ebenso kann eine lokale Östrogenisierung bei postmenopausalen Patientinnen mit vaginaler Atrophie sowohl die Sexualität (vermehrte Lubrifikation) als auch die Inkontinenzsymptome verbessern.

Bezüglich der vaginalen Lasertherapie als nicht-hormonelle Therapieoption bei vaginaler Trockenheit, Dyspareunie wie auch im Einsatz bei milder Belastungsinkontinenz sind randomisierte Studien und Langzeitergebnisse noch ausständig und wünschenswert.

Für weitere konservative Therapieoptionen in der Behandlung der Harninkontinenz wie die Elektrostimulation oder den Magnetstuhl gibt es hinsichtlich ihres Einflusses auf die Sexualfunktion nur spärlich Daten. Ebenso ist die Studienlage zum Thema „Intermittierender Selbstkatheterismus und Sexualität“ eher bescheiden, lässt aber indirekt über den positiven Einfluss des ISK auf die Lebensqualität auf eine verbesserte Sexualfunktion bei Verwendung des ISK schließen.

Einfluss der Harninkontinenz auf die sexuelle Aktivität bei Männern

Die häufigste Form der Harninkontinenz bei Männern ist die Urgeinkontinenz (etwa 90%) infolge einer OAB Symptomatik, die häufig mit einer BPO (benign prostatic obstruction) verbunden ist.

Sexualfunktionsstörungen wie verminderte sexuelle Aktivität, Libidoverlust, ED treten bei Männern mit LUTS häufiger auf als bei solchen ohne LUTS.

Die Prävalenz von LUTS bei Patienten, welche an ED leiden beträgt etwa 72% (Braun et al 2003).

Die Behandlung mit uroselektiven Alpha-blockern in Kombination mit PDE-5 Inhibitoren oder auch die PDE-5 Inhibitoren Monotherapie kann sowohl LUTS als auch die ED verbessern. Jedoch kann die Gabe von Alphablockern auch zu einer retrograden Ejakulation führen und somit das Sexualleben negativ beeinflussen.

Es gibt allerdings zurzeit kaum kontrollierte Studien, die darüber informieren, ob und in wie weit es bei der Kombination von Dranginkontinenz und Sexualfunktionsstörung durch die Behandlung der OAB allein zu einer Verbesserung der Sexualfunktion kommt.

Hauptthema: Sexualmedizin

Ob die ESWT (Extra corporal Shock wave therapy), die in den letzten Jahren vermehrt bei der ED eingesetzt wird, einen positiven Einfluss auf die Harnkontinenz hat, ist nicht bekannt.

Inkontinenz und sexuelle Dysfunktion nach radikaler Prostatektomie

Von Prostatakarzinom-Operierten mit nachfolgender (kurzzeitiger oder anhaltender) Inkontinenz weiß man, dass dadurch die sexuelle Aktivität reduziert wird (Griebing 2006).

Neben der Erektionsfunktion müssen auch Ejakulation und Orgasmus als massiv gestörte Funktionen postoperativ Beachtung finden (Fode et al. 2016).

Darüber hinaus berichten unterschiedlich viele Patienten von postoperativer Inkontinenz bei der sexuellen Erregung und beim Orgasmus (sogenannte Klimakturie).

Rezente Studien zeigen den positiven Einfluss von Beckenbodentraining nach radikaler Prostatektomie bei persistierender Klimakturie und ED (Garaerts et al. 2016).

Auch eine chirurgische Anti-Inkontinenztherapie mittels artifiziellem Sphinkter (AUS) oder durch eine Schlingenoperation kann nicht nur die Belastungsinkontinenz verbessern, sondern auch die sexuelle Aktivität – vor allem bei prostatektomierten Männern mit Harnverlust während sexueller Aktivität (Jain et al. 2011).

Zudem sollten soweit möglich die Partnerinnen der betroffenen Patienten in

die postoperative Rehabilitation miteinbezogen werden, da die Potenz nach der Operation auch von der sexuellen Haltung der Partnerin abzuhängen scheint.

Die Rolle der Psychosomatik

Fast jede Form von Inkontinenz hat psychische Folgen, da mit unkontrolliertem Harnverlust häufig Scham, Unsicherheit und Angst verbunden sind.

Langfristig führen diese zur Vermeidung von sozialen Kontakten, möglicherweise auch zu Depression und Vereinsamung. Das Ausleben der Sexualität hat in diesem Kontext keinen Platz.

Ein Behandlungsansatz, der sich ausschließlich auf das funktionsgestörte Organ konzentriert und psychosoziale Faktoren außer Acht lässt, ist meist unzureichend.

Die Kommunikation über sexuelle Aspekte findet oft keinen Eingang in Routineprozesse, ist aber unerlässlich für Diagnostik, Therapieplanung und Therapieerfolg.

Diesbezüglich sollte sichergestellt werden, dass Patientinnen, die ihre Probleme ansprechen, auf kompetente Gesprächspartner treffen und eine angemessene Behandlung erhalten.

Zusammenfassung

Der Prävalenz von Sexualstörungen bei inkontinenten Patienten ist ebenso wie der Leidensdruck hoch und die Inzidenz mit zunehmendem Alter steigend.

Lebensqualität und Sexualität sind Ergebnisparameter bei erfolgreicher Inkontinenztherapie – sei es durch operati-

ve oder konservative Therapie – und verlangen die Berücksichtigung des individuellen Patientenumfeldes.

Inkontinente Frauen profitieren durch urogynäkologische Operationen oft auch in ihrem Sexualleben. Besonders die koitale Inkontinenz kann dadurch erfolgreich therapiert werden.

Jedoch ist zu berücksichtigen, dass auch eine Verschlechterung hinsichtlich der Dyspareunie bis zu Vermeidung von Sex möglich ist.

Unter konservativer Therapie der Dranginkontinenz durch Antimuskarinika und (oder) Betmiga® ist eine Verbesserung der Lebensqualität und Sexualfunktion möglich.

Sakrale Neuromodulation dürfte einen positiven Einfluss haben, für eindeutige Aussagen sind aber mehr Studien notwendig.

Bei Postprostatektomiepatienten sollte man in therapeutische Entscheidungen falls möglich die Partnerin miteinbeziehen.

Vor allem die Klimakturie ist mit Hilfe von konsequentem Beckenbodentraining und auch chirurgisch zu verbessern.

In jedem Fall sollte der ganze Patient mit seinem jeweiligen inneren und äußeren Milieu und nicht nur ein Symptom oder Organ im Fokus des ärztlichen Blickwinkels stehen.

Korrespondenzadresse:

Dr. Anne-Catherine Piskernik
Urologische Abteilung
Wilhelminenspital
Montleartstrasse 37
1160 Wien
anne-catherine.piskernik@wienkav.at

Wirkstoff: Trosipiumchlorid

Inkontan passt!



green
box

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



Montavit

HARNINKONTINENZ
INDIVIDUELL THERAPIEREN

Die Seite des Präsidenten

M. Rauchenwald

Ich hatte das Privileg, zu einer Zeit meine Ausbildung absolvieren zu können, als wir noch arbeiten durften und unsere Chefs uns die Möglichkeit geben konnten, kreativ zu sein, Neuigkeiten auszuprobieren und selbst mitzuentwickeln.

Auch als Vorstand erlebte ich in den ersten 10 Jahren noch, dass ich eine Abteilung gestalten und Innovationen einführen konnte. Heute fühle ich mich großteils nur mehr als Passagier eines Zuges, dessen Weichen in erster Linie von Administratoren gestellt werden.

Gute Medizin lebt vom Fortschritt. Am Puls der Zeit zu bleiben und die Entwicklungen mitzutragen, sind eine Voraussetzung dafür. Medizinischer Fortschritt bedeutet permanente Innovation und Wandel – diesem müssen sich die Strukturen anpassen und den Strukturwandel müssen die Ärzte anführen!

Wir leben aber auch in einer Zeit des gesellschaftlichen Wandels und neuer Gesetze, die unseren medizinischen Alltag prägen. Die Politik reagiert darauf nur zögerlich, insbesondere auf die Folgen der von ihr selbst beschlossenen gesetzlichen Vorgaben. Dabei müssen Politik und Management die besten Rahmenbedingungen für unsere Tätigkeit schaffen und nicht umgekehrt.

Oft hab ich das Gefühl, das öffentliche Gesundheitssystem agiert derzeit unter dem Motto: Der Patient steht bei uns im Mittelpunkt ... und dort steht er im Weg!

Die Kernkompetenz eines Krankenhauses besteht in der Patientenbehandlung – und bei dieser stehen in erster Linie die Ärzte (natürlich meine ich auch die -innen) und (trotz höchster Wertschätzung für ihre Leistung und ihren Einsatz) in zweiter Linie die Pflege an vorderster Front. Verwaltung und Technischer Dienst sind eigentlich *Hilfswissenschaften* und dazu da, den Ärzten (und

der Pflege) die besten Rahmenbedingungen für ihre verantwortungsvolle Tätigkeit zu garantieren.

Leider – zum Teil auch durch Fehler und Starrsinn einiger unserer medizinischen Vorgänger – haben Administration und Ökonomen nun das Kommando übernommen und wir Ärzte sind zwar nach wie vor für das „Endprodukt“, den zufriedenen Patienten, uneingeschränkt verantwortlich, aber bei der kaufmännischen Führung zu Bittstellern degradiert, oft gerade so, als ob wir das, wofür wir ansuchen, für unser Privatvergnügen haben wollten. Die wirtschaftlichen Berater wollen nicht begreifen, dass ein Gesundheitsbetrieb (z.B. Krankenhaus) nicht nach denselben Kriterien wie ein Industriebetrieb geführt werden kann, weil viele, großteils unberechenbare, Faktoren mit berücksichtigt werden müssen (siehe hierzu auch **Prof. Giovanni Mayo**: Österreichische Ärztezeitung Nr. 9 / 10.5.2016). Ökonomie und Kosten hängen außerdem eng mit der Motivation der Mitarbeiter zusammen – und Motivation kann man nicht anordnen – was viele unserer vorgesetzten „Manager“ und Gesundheitspolitiker offensichtlich nicht verstehen wollen.

Alle stöhnen unter der immer weiter zunehmenden Last der Bürokratie. Wozu dient diese Dokumentationswut? Ich bin absolut **für** Qualitätssicherungsmaßnahmen mit Ergebniskontrolle! Aber Checklisten und SOPs (standard operating procedures) ohne Motivation der Mitarbeiter sind sinnlos. Außerdem gehen in der Flut der geforderten Dokumentation immer mehr wesentliche Informationen verloren. Im Krankenhaus kommt noch dazu, dass die restriktiven Dienstzeiten eine Kontinuität der Patientenbetreuung verhindern. Die Verantwortlichkeit für den einzelnen Patienten geht verloren, wenn ständig ein anderer Arzt die Behandlung übernimmt.



Prim. Univ. Doz. Dr. Michael Rauchenwald

Ich glaube, es ist dringend an der Zeit, dass wir mit unseren übergeordneten Organisationen – und da meine ich nicht nur den Krankenhausbetrieb – neue Wege der Kommunikation suchen, um aus der derzeitigen Abwärtsspirale herauszufinden.

Der Patient muss wieder in den gemeinsamen Fokus der Interessen gerückt werden. Wir müssen von ärztlicher Seite versuchen, wieder das Kommando zu übernehmen, um die Entwicklungen wieder in die richtige Richtung zu lenken.

In diesem Zusammenhang darf ich aber auch unsere Standesvertretung aufrufen, weniger (Standes-)Politik und mehr Nägel mit Köpfen zu machen. Auch von dieser Seite kommt vieles, das uns unser tägliches Leben erschwert. Ob unter anderem die umfangreichen Logbücher zur Dokumentation der Ausbildung nach dem neuen Ärzteausbildungsgesetz auch wirklich eine Verbesserung der Ausbildung gewährleisten werden, wage ich sehr zu bezweifeln. Solange uns nicht von unseren Krankenhausträgern die entsprechenden Rahmenbedingungen in personellem und zeitlichem Umfang zur Verfügung gestellt werden, wird sich an der Qualität der Ausbildung nur marginal (durch Einzelinitiativen) etwas ändern können.

Was wir selbst tun können, ist, uns nach deutschem Vorbild mit der urologischen Jugend zusammzusetzen und ein gemeinsames Brainstorming zu starten bzw. einen Thinktank ins Leben zu rufen, der uns den Weg in eine erfolgreiche Zukunft weist. Wir müssen uns



Spontan

steht ihm gut.

**DER NEUE
PDE-5-HEMMER**



BEI EREKTILER DYSFUNKTION:

SCHNELLER WIRKEINTRITT¹

LANGE WIRKDAUER¹

GUTE VERTRÄGLICHKEIT¹

Spedra[®]
avanafil

Aus der ÖGU – Die Seite des Präsidenten

den neuen Erfordernissen sowohl von Seiten der einerseits arbeitsrechtlichen und andererseits ökonomischen Möglichkeiten als auch den zweifellos geänderten Erwartungen der Generation Y anpassen. Dies wird nur möglich sein, wenn wir Jugend und Erfahrung an einen Tisch bekommen.

Der jungen Urologengeneration möchte ich ins Stammbuch schreiben, dass es ohne Eigeninitiative nicht funktionieren wird. Ich bin der Überzeugung, dass man

unseren Beruf nicht in einer einfachen 40-Stunden-Woche (oder vielleicht sogar nur im Rahmen einer Teilzeitverpflichtung) erlernen kann, zumindest nicht so, dass er einem Spaß macht und ein befriedigendes Feedback ermöglicht – was ja wiederum mit ersterem zusammenhängt. Überforderung hängt unter anderem mit „nicht wissen“ zusammen.

Und zum Abschluss ... es ist höchste Zeit, dass wir in unseren Diskussionen wieder mehr über unsere Patienten

reden als über Dienstpläne, Überstunden oder Kontingentierungen ... und dabei dürfen wir in Anbetracht der eindrucksvollen technischen und pharmazeutischen Entwicklungen nicht die menschliche, die psychische Komponente vernachlässigen.

Prim. Univ. Doz. Dr. Michael
Rauchenwald
Präsident der ÖGU



Österreichische
Gesellschaft für Urologie
und Andrologie

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Ich hoffe, es ist Ihnen am Cover bereits ins Auge gesprungen – stolz dürfen wir das neue Logo der ÖGU präsentieren.

Vor etwa 1½ Jahren hat uns Frau Dr. Berger im Vorstand darauf aufmerksam gemacht, dass unser altes Logo mit dem integrierten Männersymbol erstens „political incorrect“ ist und wir ja zweitens ständig bemüht sind, die Gesamtheit der Urologie inklusive Urologie der Frau darzustellen.

Also sind wir auf die Suche nach einem neuen Logo gegangen. Erste Entwürfe haben uns nicht genügend überzeugen können. Auch die Bitte an unsere Mitglieder, uns Gedanken bzw. Wünsche,

was ein neues Logo beinhalten bzw. wie es aussehen sollte, zukommen zu lassen, brachte uns auch nicht weiter. Letztendlich haben wir durch die Hilfe von Frau Dr. Berger eine Design- und Werbeagentur gefunden, die uns mehrere sehr unterschiedliche Vorschläge präsentiert hat, von denen uns einer allesamt überzeugen konnte. Dieser hat auch das Wohlwollen eines bekannten österreichischen Marketing-Experten aus meinem Bekanntenkreis gefunden.

Eine gewisse Ähnlichkeit mit dem Logo der Österreichischen Gesellschaft für Unfallchirurgie lässt sich natürlich nicht leugnen, eine scharfe Abgrenzung zu dieser würde sich aber ohne eine radi-

kale Änderung des Namens unserer Gesellschaft ohnehin nie finden lassen.

Für den vorliegenden Entwurf hat sich der Vorstand nun einstimmig entschieden und wir freuen uns, Ihnen das Endergebnis und damit das neue Erscheinungsbild der ÖGU, welches einerseits zeitgemäß, aber trotzdem nicht zu modisch wirkt, präsentieren zu können. Wir hoffen, dass es ihrer aller Zustimmung finden und sich als nachhaltig zeitlos erweisen wird.

Prim. Univ. Doz. Dr. Michael
Rauchenwald
Präsident der ÖGU

ANKÜNDIGUNG:
Hauptthema NÖGU Nr. 56 (Dezember 2017)

Bildgebung in der Urologie

Gedanken des Generalsekretärs

„Urologie umfasst mehr“, „Urologie für alle, für jeden von uns“ am Beispiel der Urologie der Frau

St. Madersbacher

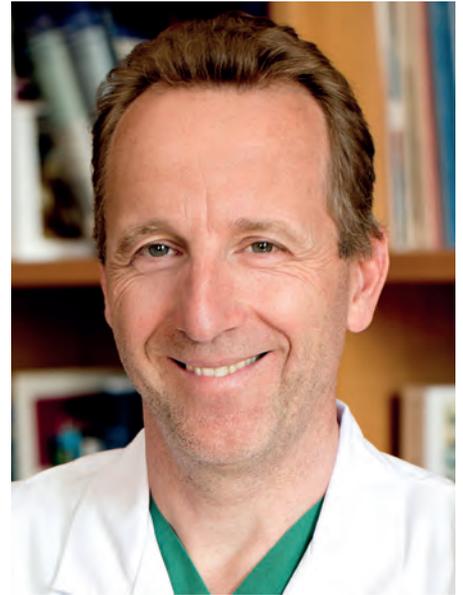
Der 67. und der diesjährige (69.) deutsche Urologenkongress unterstrichen bzw. unterstreichen mit den oben zitierten Kongressthemen die Breite unseres Faches. Den jeweiligen Kongresspräsidenten (Prof. Roth und Prof. Kälble) war und ist es ein besonderes Anliegen, den Fokus unseres Faches auf Themen jenseits der Onkologie zu richten.

Ein diesbezüglich relevantes Thema ist zweifelsohne die Urologie der Frau und hier im Besonderen die Dysfunktion des unteren Harntraktes wie die überaktive Harnblase und die Harninkontinenz. Dieses Thema findet ein zunehmendes Interesse von Seiten der Gynäkologen, man erinnere sich nur an die letzte Jahreshauptversammlung unserer Fachgesellschaft oder diverse uro-gynäkologische Fortbildungen, im Rahmen derer unter anderem die Zystoskopie sowie die intravesikale Botulinum-Toxin A Injektion behandelt/„gelehrt“ werden. Es gibt viermal so viele Gynäkologen wie Urologen. Sowohl im chirurgischen Bereich (unter anderem durch die dramatisch fallende Inzidenz des Zervixkarzinoms um über 60% von 1983 bis 2014) wie auch im niedergelassenen Bereich (zunehmende Hinterfragung der Hormontherapie der postmenopausalen Frau) ist das Fach Gynäkologie gezwungen, neue „Betätigungsfelder“ zu erschließen. Etwa 20-30% aller urologischen Patienten sowohl im stationären und niedergelassenen Bereich sind Frauen und stellen damit einen relevanten Anteil unseres Faches dar.

Eine zentrale Frage ist, ob wir uns fachlich, wissenschaftlich und berufspolitisch ausreichend mit diesem Thema auseinandergesetzt haben, um damit unsere fachliche Kompetenz dokumentieren zu können. Die Antwort ist zweifelsohne „nein“. Korreliert man die Prävalenz von Prostatakarzinom und Harninkontinenz zur Anzahl der Abstracts, die auf einer

der letzten der DGU-Kongresse vorgestellt wurden, so findet man eine Ratio von etwa 200:1. Das heißt, dem Prostatakarzinompatienten wird ein Vielfaches an wissenschaftlichem Interesse von Seiten unseres Faches entgegengebracht. Nahezu alle Vorstände und Primariate in Österreich (wie auch z.B. in Deutschland) sind mit primär onkologisch tätigen Urologen besetzt. In Österreich wird pro Jahr bei etwa 330 Frauen ein Harnblasenkarzinom erstdiagnostiziert und es werden knapp 100 radikale Zystektomien an Frauen durchgeführt. Diesen Zahlen stehen etwa 850.000 Frauen mit Harninkontinenz und etwa 500.000 Frauen mit überaktiver Harnblase gegenüber. Die sozio-ökonomischen Kosten durch die Harninkontinenz (die nach wie vor zu den häufigsten Gründen für die Einweisung in ein Pflegeheim zählen) sind enorm und übertreffen jene z.B. für das Blasenkarzinom um das x-fache. Bedingt durch den demographischen Wandel wird sich diese Zahl in den nächsten Jahren noch deutlich erhöhen. Parallel dazu erleben wir eine deutliche Inzidenzabnahme des Prostatakarzinoms, einen deutlichen Rückgang an radikalen Prostatektomien und ich bin überzeugt, dass wir – über kurz oder lang – die medikamentöse Tumorthherapie an die Onkologen verlieren werden. Wir müssen uns vermehrt um fälschlicherweise als Randthemen wahrgenommene Gebiete kümmern, um nicht als Fach Urologie an Stellenwert zu verlieren. Letztendlich brauchen wir auch für die immer größer werdende Zahl von urologischen Fachärzten eine adäquate Tätigkeit.

Um unsere Kompetenz auf dem Gebiet der „Urologie der Frau“ zu stärken, wird unter der Führung des Arbeitskreises für Blasenfunktionsstörungen (Leitung: OA Dr. Haydter) ein dementsprechendes Curriculum ausgearbeitet. Dieses Curri-



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

culum wird gemeinsam mit der gynäkologischen Fachgesellschaft entwickelt und soll primär den operativ tätigen Fachärzten für Urologie und Gynäkologie offenstehen. Der Vorstand der ÖGU sowie der AK für Blasenfunktionsstörungen sind der Meinung, dass (auch wegen der deutlich höheren Zahl an Gynäkologen) nur gemeinsames Vorgehen sinnvoll erscheint. Ein berufspolitisch heikler Punkt ist zweifelsohne die potentielle Übernahme von Zystoskopien durch Gynäkologen. Dies soll nur dann möglich sein, wenn von Fachärzten für Gynäkologie eine vergleichbare Anzahl von Zystoskopien (n=150), wie in der urologischen Fachausbildungsordnung vorgesehen, durchgeführt wurden. Dies setzt einen längeren (z.B. 3-monatigen Aufenthalt) an einer urologischen Abteilung voraus.

Ich bin überzeugt, dass es von vitalem Interesse für unser Fach ist, dass wir uns intensiv mit Themen jenseits der Onkologie und BPH, wie unter anderem der Urologie der Frau, der Andrologie, der Kinderurologie, der Infektiologie viel intensiver als in der Vergangenheit beschäftigen, und zwar im Rahmen der Ausbildung, der wissenschaftlichen Tätigkeit und in der strategischen Ausrichtung der Fachabteilungen. Spezielle Curricula (wie das oben erwähnte) sind eine der Möglichkeiten, dieses Interesse zu dokumentieren und damit unser Fach langfristig zu stärken.

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

Aus dem Arbeitskreis Kinderurologie

Kinderurologisches Lech-Symposium 2017

Blasenekstrophie, strukturelle Inkontinenz, Nierentrauma, Ureterozele-Oberpolektomie

M. Hiess, J. Oswald

Beim diesjährigen kinderurologischen Lech-Symposium im Frühjahr 2017 standen die Themen „Blasenekstrophie, strukturelle Inkontinenz, Nierentrauma, Ureterozele-Oberpolektomie“ im Fokus. Namhafte Referenten erläuterten den aktuellen Stand der Therapie dieser großteils sehr speziellen Themen. Auch wurden Überschneidungen zwischen kinderurologischen und erwachsenenurologischen Aspekten bearbeitet, da gerade Patienten mit Blasenekstrophie, struktureller Inkontinenz aber auch Ureterozelen oftmals eine weitere urologische Betreuung im Erwachsenenalter benötigen.

Zwei Themen sollen hier eingehender diskutiert werden: Die Konsequenzen der primären initialen chirurgischen Versorgung der Blasenekstrophie für die weitere Entwicklung der Betroffenen und das Postulat der Ureteroureterostomie als first-line-Therapie bei Doppelhohlsystemen.

Welche Konsequenzen hat die Art der initialen chirurgischen Versorgung der Blasenekstrophie für die weitere Entwicklung der betroffenen Patienten

Grundlage der Diskussion ist die Erkenntnis, dass postoperative Komplikationen nach elektiven pädiatrisch-urologischen Eingriffen an nicht high-volume Zentren signifikant wahrscheinlicher sind. Gerade der erfolgreiche initiale Blasenverschluss bei Blasenekstrophie ist ein Eckpunkt der Entwicklung einer suffizienten Blasenkapazität und Kontinenz. Jeder Zweiteingriff verringert die Mög-

lichkeit, eine adäquate Blasenkapazität zu erreichen. Weiters muss immer bedacht werden, dass jeder mangelhafte Verschluss die Sexualität, Fertilität, aber auch Selbstbewusstsein und soziale Integration des Patienten signifikant beeinflussen. Die meisten Zentren versuchen einen kompetenten Blasenhalss zu rekonstruieren, um einen „mäßigen“ infravesikalen Widerstand und damit ein adäquates Blasenwachstum zu schaffen (Abb. 1).

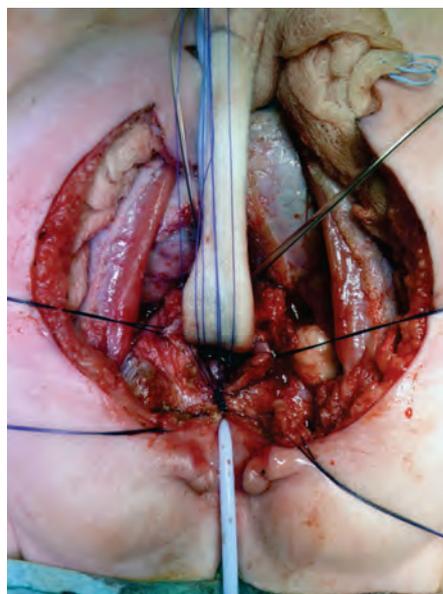


Abb. 1: Ekstrophieverschluss mit (partieller) Blasenhalsplastik beim Mädchen

Den besten operativen und therapeutischen Zugang hat bisher noch niemand gefunden. Was man jedoch weiß ist: je weniger zusätzliche Gewebeschädigung, desto weniger funktionelle wie anatomische Probleme im weiteren Verlauf, eine Osteotomie ist nur mehr in den seltensten Fällen indiziert, ausreichend ist eine



Dr. Manuela Hiess

Zuggurtung mit Symphysenadaptierung (Abb. 2).

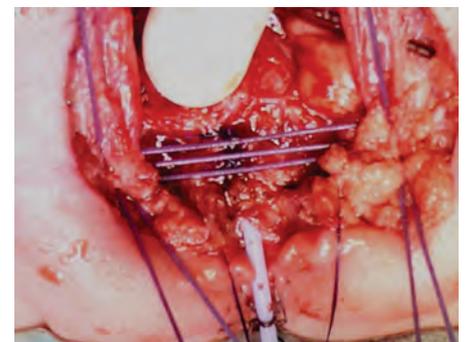


Abb. 2: Zuggurtung mit Symphysenadaptierung

Nach dem primären Verschluss folgt sequentiell im Kleinkindesalter, wenn nötig, die (sekundäre) Blasenhalssplastik sowie Epispadieoperation (Abb. 3).



Abb. 3: Zst. nach Primärverschluss einer Blasenekstrophie ohne Epispadieoperation

Enuresis nocturna

individuell dosieren



auch als
0,1 mg
Tabletten



trockene Nacht – toller Tag



0,2 mg Tabletten
Kassettfrei in der hellgelben Box!

Nocutil 0,1 mg Tabletten: no box.

Fachkurzinformation siehe Seite 79

Aus der ÖGU – Aus den Arbeitskreisen

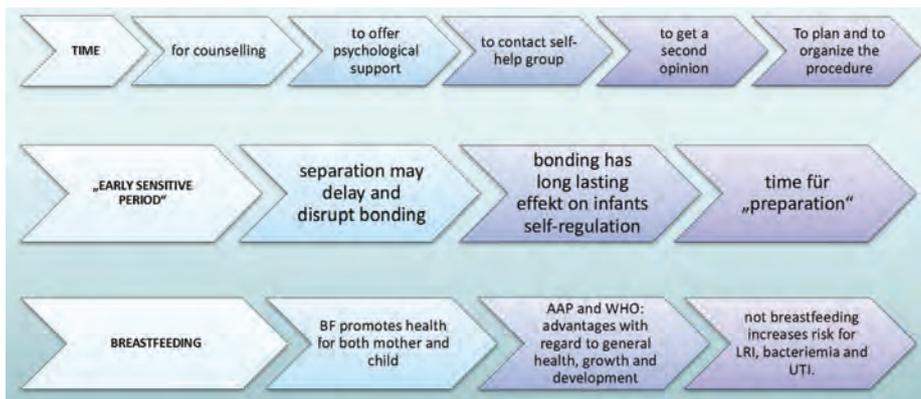


Abb. 4: **Kriterien für einen verzögerten Verschluss** [Rösch WH et al. (2016 Urologe 55; 53)]

Wann soll der primäre Verschluss erfolgen (Abb. 4)?

Berücksichtigt man das erhöhte Anästhesierisiko während der ersten 30 Lebensstage, so spricht dies gemeinsam mit einem potentiell erhöhten Risiko eines hypoxischen zerebralen Schadens aufgrund der erhöhten Sauerstoffaufnahme für einen verzögerten Verschluss.

Außerdem zeigt sich bei älteren Säuglingen eine stabilere Nierenfunktion (Säure-Basen-Regulation, reduzierte renale Konzentrationsfähigkeit 6-8 Wochen pp., niedrige GFR mit Verdopplung alle 2 Wochen)

Empfohlenes präoperatives Management:

- (Verzögerter) Eingriff um die 6.-8. Lebenswoche
- Primärversorgung mit getränkten Kompressen oder Jelonette oder Mepithel
- Kein verlängerter Krankenhausaufenthalt post partum!
- Keine intensivmedizinische Überwachung post partum!
- Latex-freie Behandlung
- **Keine** prophylaktische antibiotische Therapie
- Bildgebung: **nur Sonographie** erforderlich (Harntrakt, Hüftultraschall, Herzecho) – kein Röntgen oder MRT bei klassischer Blasenektrophie

Perioperative Schmerztherapie

Eine adäquate Schmerztherapie ist wesentlicher Bestandteil des erfolgreichen Verschlusses bei Blasenektrophie. Aufgrund der charakteristischen Innervation von Submukosa und Epithel der Blase bei

Blasenektrophie (SP-IR in der Submukosa, CGRP-IR Fasern im Epithel) resultiert eine gesteigerte Schmerzrezeption der Blase.

Neben einer kindgerechten Anästhesie empfiehlt sich eine epidurale Schmerztherapie um lange orale Schmerztherapie bzw. übermäßigen Opiatgebrauch zu vermeiden und dadurch auch den Bedarf an Anticholinergika zu senken sowie eine frühere Normalisierung der Darmperistaltik zu erreichen. Bereits intraoperativ kann auch schon mit einer Butylscopolamintherapie mittels Perfusor begonnen werden.

Ureteroureterostomie als first-line-Therapie bei Doppelhohlssystemen

Die Therapie bei Patienten mit Doppelhohlssystemen mit ektopem (Oberpol) Ureter und/oder Ureterozele ist aufgrund der komplexen Anatomie eine Herausforderung bzw. bedarf einer individualisier-

ten Lösung für jeden einzelnen Patienten. Ist eine therapeutische Intervention indiziert, existierten in der Vergangenheit viele Kontroversen hinsichtlich der besten oder richtigen Strategie.

Während der vergangenen 100 Jahre wurde die Heminephrektomie als die Therapie der Wahl angesehen. Aktuell versucht man minimal invasive Therapiekonzepte zu inaugrieren, dabei haben viele Faktoren Einfluss auf die Therapieentscheidung.

Folgende Optionen sind möglich:

- Konservatives Management
- Transurethrale Inzision der Ureterocele
- Oberpolheminephrektomie
- Offene Exzision der Ureterozele
- Endoskopische Therapie eines assoziierten (Unterpol-) Refluxes (VUR)
- Common sheath-Reimplantation oder
- Ureteroureterostomie

Die erste dokumentierte Ureteroureterostomie wurde 1928 von Foley durchgeführt. Hier erfolgte eine Seit-zu-Seit-Anastomose, um ein infiziertes Ureterkonkrement zu umgehen. 1965 wurde diese Methode durch Buchtel wiederentdeckt und 1974 durch Buchtel und Bellmann weiter modifiziert und auch bei kompletten Doppelhohlssystemen mit ureteraler Pathologie wie einem Unterpolreflux angewandt. Die Methode kam jedoch nicht zum Einsatz, wenn große Größenunterschiede zwischen den Ureteren bestanden oder um eine sogenannte "Jo-Jo"-Peristaltik zu verhindern.

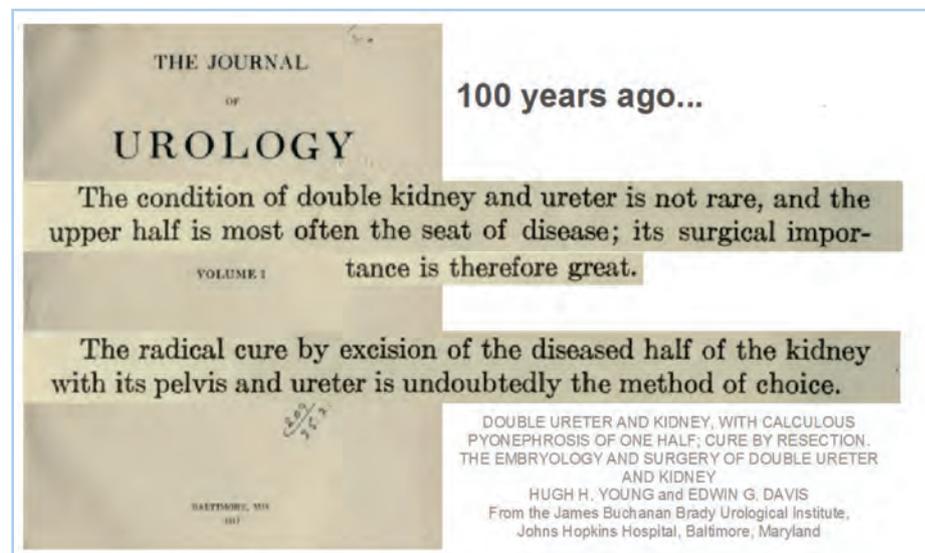


Abb. 5

Tab. 1: Outcomes in series of UHN or UU in extopic upper pole systems

	Approach	Number	Follow up (mo)	Reoperation on ureteral stump (%)	UTI (%)	Urine leak (%)
Upper pole heminephrectomy						
Smith et al., 1989	Open	21	12	4,7	4,7	4,7
Plaire et al., 1997	Open	22	54	14	9	0
De Caluwe et al., 2002	Open	15	72	0	NR	0
You et al., 2010	Laparoscopic	11	23	0	0	0
Ipsilateral ureteroureterostomy						
Smith et al., 1989	Open	15	14	6,7	6,7	6,7
Plaire et al., 1997	Open	5	54	0	0	0
Lashley et al., 2001	Open	18	33	5	NR	13
Kutikov et al., 2007	Lap/robotic	6	6	0	0	16
Gonzalez et al., 2007	Laparoscopic	4	11	0	33	0
Casale et al., 2009	Robotic	15	6	0	0	0
Storm et al., 2011	Laparoscopic	7	8	0	0	0
Lee et al., 2012	Open	74	60	12	12	2,7
Leavitt et al., 2012	Robotic	5	10	0	20	0
Biles et al., 2016	Robotic	12	11	0	0	0

Upper pole heminephrectomy: is complete ureterectomy necessary? Ade-Ajayi et al., BJU International, 2001: 60 patients with upper pole heminephrectomies with incomplete ureterectomy → re-operation rate for a redundant ureteric stump was 8%

Mögliche Komplikationen bei Ureteroureterostomie:

1. Infektionen des belassenen Oberpolureterstumpfes?
2. Iatrogenere ureteroureterale „Jo-Jo“-Reflux? Ureterale (Anastomosen-) Strikturen?
3. Hypertension durch Belassen eines funktionslosen oder dysplastischen Oberpols?
4. Indikation dieser Methode bei großer Differenz des Ureterdurchmessers?
5. Schädigung des Unterpolureters/ Nierenfunktionsverlust?

Ad 1) Infektionen des belassenen Oberpolureterstumpfes?

Die Reoperationsrate des Ureterstumpfes bei inkompletter Ureterektomie und refluxiv-obstruktivem ektopen Oberpolostium liegt bei 8% (Tab. 1).

Ad 2) Iatrogenere ureteroureterale „Jo-Jo“-Reflux? Ureterale Strikturen?

In einer Studie von Lashley et al. zeigte sich bei 100 offenen Ureteroureterostomien mit einem mittleren follow-up von 33 Monaten (obstruktive Ureterozele, Ureterozele mit Oberpolreflux, ektoper obstruktiver Oberpolureter – bei 23 Kombinationen mit Neuimplantation des Unterpolureters):

- Kein „Jo-Jo“ Reflux und eine
- Strikturrate von lediglich 2%

Ad 3) Hypertension durch Belassen eines funktionslosen oder dysplastischen Oberpols?

Frühe Studien über Ureterektomien schufen Bedenken bezüglich einer latenten Hypertonie bei Belassen von „dysplastischem“ Nierengewebe. Follow-up Daten legen nahe, dass diese Bedenken überbewertet waren.

- In der histologischen Aufarbeitung nach Heminephrektomie zeigte sich selten ein signifikanter Anteil dysplastischen Gewebes. Bei 30-57%

zeigte sich gar kein dysplastisches Gewebe

- Bei der Rate an Hypertensionen bei 115 Patienten mit Doppelhohlssystem und Ureterozele und einem mittleren follow-up von 15 Jahren zeigte sich zwischen jenen Patienten, die eine Heminephrektomie erhielten und jenen, die Oberpol-erhaltende Eingriffe hatten, kein statistisch signifikanter Unterschied.

Ad 4) Kann diese Methode bei großen Differenzen des Ureterdurchmessers erfolgen?

- 1987: Bei einer bis zu fünffachen Differenz des Durchmessers zeigte sich keine Korrelation mit evt. Komplikationen
- 2007: Chacko bestätigte dies durch die erfolgreiche Durchführung einer offenen, distalen „Y-förmigen“ Ureteroureterostomie mit 4-6 facher Differenz

Tab. 2: Renal function outcomes in series of UHN or UU in duplex systems

	Approach	Number	Follow up (mo)	Mean renal function loss (%)	Renal loss over 5% ^a (%)	Renal loss over 10% ^a (%)
Upper pole heminephrectomy						
Vates et al., 1996	Open	8	NR	1,25	37	25
Gundet et al., 2005	Open	60	25	6,8	30	8,3
You et al., 2010	Laparoscopic	17	23	2,8	5,8	5,8
Malik et al., 2015	Robotic	7	22	2,7	57	14
Joyeux et al., 2016	Retroperitoneal	24	84	2	17	NR
Ipsilateral ureteroureterostomy						
Vates et al., 1996	Open	6	NR	0	17	0
Lee et al., 2012	Open	74	60	0,8	11,4	NR

NR: Not reported; ^a: Percent of patients with indicated renal function loss

Upper Pole Heminephrectomy Versus Lower Pole Ureteroureterostomy for Ectopic Upper Pole Ureters. Michaud et al., Curr Urol Rep. 2017



Abb 6: Identifizierung beider Ureteren (Unterpolareter geschient)



Abb 7: Eröffnung des dilatierten Oberpol

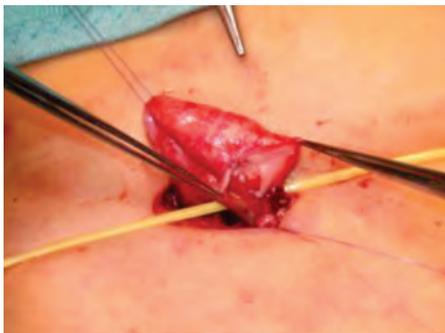


Abb 8: End zu Seitanastomose (Hinterwand)

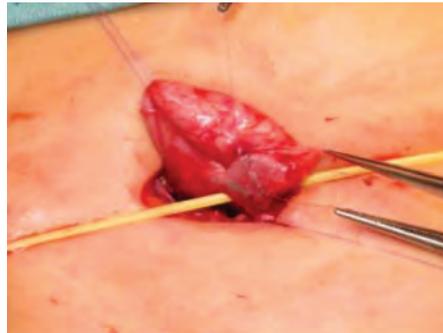


Abb 9: End zu Seitanastomose (Vorderwand)

- kein „Jo-Jo“ Phänomen in späteren Serien

Ad 5) Schädigung des Unterpolareters/ Nierenfunktionsverlust? (Tab. 2)

Operationstechnik (Abb 6-9)

- Zystoskopie und Einlage eines Mono-J in den Unterpolareter
- Offener extraperitonealer Zugang proximal des inneren Leistenringes in Höhe der Iliakalkreuzung
- Identifizieren und Separieren der beiden Ureteren
- Absetzen des Oberpolureters und Ligatur des distalen Stumpfes
- Longitudinale Ureterotomie des Unterpolareters
- End-zu-Seit-Anastomose
- Mono-J bei Bedarf im Unterpolareter für ein bis 2 Nächte belassen

Vorteile der Ureteroureterostomie

Die Ureteroureterostomie ist eine minimal invasive Operationsmethode mit sehr zufriedenstellenden funktionellen wie kosmetischen Ergebnissen. Die Komplikationsrate ist niedrig und die Morbidität ist im Vergleich zu transvesikalem und transperitonealem Zugang oder Zugang mittels Flankenschnitt deutlich reduziert. Demzufolge ist auch die Krankenhausaufenthaltsdauer ausgesprochen kurz. Ein weiterer Vorteil ist der Erhalt von funktionstüchtigem Parenchym des Oberpols und die fehlende Gefährdung des Unterpols im Rahmen des operativen Eingriffes. Zusammenfassend ist die Ureteroureterostomie auch bei Diskrepanz der Ureterenweite ein sicherer Eingriff, der heute als minimal invasive Methode primär zum Einsatz kommt.

Literatur bei den Verfassern

Korrespondenzadresse:

Dr. Manuela Hiess
 Abteilung für Kinderurologie
 Ordensklinikum Linz
 KH Barmherzige Schwestern
 Seilerstätte 4
 4010 Linz
 Univ. Klinik für Urologie
 Med. Universität Wien
 Währinger Gürtel 18-20
 1090 Wien

Aus der Fortbildungskommission

Richard-Übelhör-Forschungsstipendium

Das Richard-Übelhör-Forschungsstipendium der Fortbildungskommission der ÖGU dient der Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses in der Urologie in Österreich und soll jungen Urologen/innen den Einstieg in eine forschungsorientierte Karriere ermöglichen. Ziel des Stipendienprogramms ist es, insbesondere Assistenzärzten/innen für einen definierten Zeitraum von ihrer klinischen Routine eine Freistellung zu ermöglichen. An einer anerkannten Forschungsinstitution sollen selbständiges wissenschaftliches Arbeiten vertieft und neue Methoden/Techniken erlernt werden. Ein Stipendium wird für ein definiertes Forschungsvorhaben bewilligt, welches im inhaltlichen Kontext zur Forschungsstruktur der gastgebenden Einrichtung steht und vom Stipendiaten unter Anleitung eines qualifizierten Wissenschaftlers bearbeitet werden soll. Insbesondere möchte die Fortbildungskommission der ÖGU auch die Infrastruktur der urologischen Forschung in Österreich nachhaltig unterstützen. Erworbene wissenschaftlich-thematische und methodische Neuerungen sollten, wenn möglich, in der Heimatklinik etabliert werden. Ebenfalls ist anzustreben, die Kooperation der Arbeitsgruppen über den Förderzeitraum hinaus aufrecht zu erhalten. Die Ergebnisse aus dem Forschungsstipendium dürfen natürlich die Grundlage weiterer eigener Drittmittelanträge sein.

Förderumfang und -mittel

Das Richard-Übelhör-Forschungsstipendium umfasst die Finanzierung von Sach- oder Reisekosten im Wert von max. € 5.000,00/Stipendiat. Weitere Mittel, wie Gehalts- und Sozialleistungen, sowie Mittel der Heimatklinik für personellen Ersatz werden nicht zugestanden. Es werden Fördermittel für jeweils 3 ausgewählte Urologie-Forschungsstipendien/

Jahr von der Fortbildungskommission der ÖGU zur Verfügung gestellt.

Rahmenbedingungen

Für das Richard-Übelhör-Forschungsstipendium gelten folgende Regeln und Bedingungen:

- Antragsberechtigt sind klinisch tätige Ärzte/innen einer Urologischen Klinik/Abteilung in Österreich.
- Die gastgebende Einrichtung kann einer Urologischen Klinik oder einer anderen wissenschaftlichen Einrichtung angehören. Personelle, strukturelle und inhaltliche Qualitäten entscheiden über die Eignung der gastgebenden Einrichtung.
- Die Finanzierung des Forschungsprojektes muss vom betreuenden Wissenschaftler der gastgebenden Einrichtung bestätigt werden, bzw. eine Vorlage der Rechnungen/Belege muss erfolgen.
- Es muss ein Einverständnis des Abteilungsvorstandes des Bewerbers vorliegen. Die Freistellung vom Dienstbetrieb in der Heimatklinik darf intern selbstständig geregelt werden (z.B. Teilnahme an Nacht- und WE-Diensten).
- Die Bewertung der Anträge erfolgt durch jeweils zwei externe Fachgutachter. Diese werden auf Vorschlag der Fortbildungskommission der ÖGU ernannt. Eine Entscheidung über die Vergabe des Stipendiums erfolgt auf Basis der Gutachten und eines Votums des Vorsitzenden der Fortbildungskommission.
- Für den Stipendiaten besteht Berichtspflicht gegenüber der Fortbildungskommission der ÖGU; es wird nach Abschluss des Projektes ein schriftlicher Bericht und eine Präsentation

der Ergebnisse auf der nächstfolgenden ÖGU-Jahrestagung erwartet.

Bewerbungsverfahren

Die vollständigen Bewerbungsunterlagen enthalten folgende Dokumente:

1. Lebenslauf
2. Projektbeschreibung (Titel, Wissenschaftlicher Hintergrund, Projektziele, Methoden, Arbeitsprogramm, Zeitplan und Referenzen).
3. Angaben zur gastgebenden Forschungseinrichtung und Bestätigung des gastgebenden Wissenschaftlers über Betreuung und Durchführung des Stipendium-Projektes.
4. Einverständniserklärung des Abteilungsvorstandes der Bewerberin / des Bewerbers.
5. Das Projekt muss auf Einladung mit einer 5-min. Präsentation im Rahmen der ÖGU-Jahrestagung durch den Bewerber vorgestellt werden.
6. Es werden 3 Stipendien/Jahr von der Fortbildungskommission vergeben.
7. Die Bewerbungsfrist für das Auswahlverfahren 2017 endet am 30. September 2017.

Bitte reichen Sie Ihre kompletten Bewerbungsunterlagen elektronisch (MS-Office- oder PDF-Dokumente) an folgende Adresse ein:

Prim. Univ. Prof. Dr. Steffen Krause
Vorsitzender der
Fortbildungskommission der ÖGU
Vorstand der Klinik für Urologie und
Andrologie
Kepler Universitätsklinikum GmbH
Med Campus III.
Krankenhausstraße 9, A-4021 Linz
Tel.: +43 (0)5 7806 83-2243
Fax: +43 (0)5 7806 83-2246
steffen.krause@kepleruniklinikum.at
www.kepleruniklinikum.at

Aus dem AK für Blasenfunktionsstörungen

M. Haydter

Traditionell als einer der aktiven Arbeitskreise unserer Gesellschaft bekannt, haben wir in letzter Zeit mehrere Treffen abgehalten. Im Oktober gab es eine Intensivklausur von Freitag bis Sonntag in Zwettl, wo ein neuer Vorstand gewählt wurde: Vorsitz **OA Dr. Martin Haydter** (LKH Wr. Neustadt), stellvertretender Vorsitzender **Prim. Univ. Prof. Dr. Hans Christoph Klingler** (Wilhelminenspital Wien), Schriftführer **OA Dr. Reinhard Kastenberger** (LKH St. Pölten), Kassier **OA Dr. Michael Rutkowski** (LKH Korneuburg). Hierbei wurde auch eine neue Schwerpunktsetzung unserer Aktivitäten erarbeitet, die in Zukunft u.a. die Unterstützung der Aus-/Fortbildung junger Kollegen im Bereich der Urodynamik und funktionellen Urologie beinhalten wird.

Im November hielt unser Arbeitskreis erstmals seit längerem wieder einen Fortbildungsblock bei der Fortbildungsveranstaltung der ÖGU in Linz ab, der sehr positive Resonanzen hinterließ. Besonders freut es mich daher, dass der Arbeitskreis auch heuer wieder bei dieser Tagung vertreten sein wird, diesmal mit dem Schwerpunkt Urodynamik. In diesem Zusammenhang sei mir die

Bemerkung gestattet, dass die funktionelle Urologie in Zukunft ein sehr wichtiger Pfeiler unseres Faches sein wird und sicherlich mehr in den Mittelpunkt unseres gemeinsamen Interesses rücken muss.

Im Jänner folgte nochmals ein Intensivwochenende in Absam, Tirol. Die Überarbeitung der Leitlinien des AK wurde dabei vorangetrieben. Sobald alle Leitlinien auf den aktuellen wissenschaftlichen Stand gebracht sein werden, ist eine Veröffentlichung im Journal für Urologie und Urogynäkologie geplant. Daneben konnten wir dem Museum Tirol einen interessanten und informativen Besuch abstatten und uns dort von den Tirolern vielleicht einigen „Kampfesmut“ zur Forcierung unserer Anliegen abschauen (siehe Abb.).

Im Sinne der Ausbildungsunterstützung hielt der AK im Mai ein Urodynamik-Intensivseminar ab. Geplant ist nun ein jährlich stattfindendes Intensivseminar mit wechselnder Thematik (Urodynamik, operative Inkontinenztherapie und Management neuro-urologischer Patienten). Wir bedanken uns bei der ÖGU für die finanzielle Unterstützung dieser Aktivitäten.



OA Dr. Martin Haydter

Erfreulich ist auch zu erwähnen, dass einige junge Kollegen unserem AK beigetreten sind. Es ist ja Ziel unseres Arbeitskreises, alle Abteilungen Österreichs, die in diesem Feld tätig sind, durch einen Kollegen im AK vertreten zu sehen. Bis dies erreicht ist, wird allerdings wohl noch einige Zeit verstreichen. Daher appelliere ich an die Abteilungsvorstände, jungen Kollegen die Wichtigkeit der funktionellen Urologie vor Augen zu führen und die jeweiligen urodynamisch tätigen Ärzte in den AK zu entsenden.

Weiters gestaltete unser Arbeitskreis eine Ausgabe des Spectrum Urologie zum Themenkreis Inkontinenz und Blasenfunktionsstörungen unter der Leitung von Doz. Primus.

Um das Feld Urologie der Frau (von Gynäkologen gern als Urogynäkologie bezeichnet) in unserem Fach wieder vermehrt in den Mittelpunkt zu rücken, wird derzeit ein gemeinsames Curriculum für Fachärzte zu diesem Bereich erarbeitet. Bevor wir die Ausübung ureigenster urologischer Tätigkeiten wie z.B. Zystoskopie, Urodynamik u. Inkontinenzoperationen durch andere Disziplinen (z.B. Gynäkologie) anprangern, sollten wir diese Kernkompetenz zunächst in unseren Reihen stärken. Diesem Ziel hat sich der Arbeitskreis verschrieben. Wir freuen uns über tatkräftige Unterstützung dabei, unser Arbeitskreis steht – wie bereits erwähnt – für neue Mitglieder offen.

OA Dr. Martin Haydter
Vorsitzender des AK für
Blasenfunktionsstörungen



Eine willkommene Abwechslung beim Intensivwochenende in Absam war der Besuch des Museums Tirol.

Konsensus zum Einsatz der Magnetresonanztomografie der Prostata

27.4.2016 – Haus der Gesellschaft der Ärzte, Wien

Initiiert von der **Österreichischen Gesellschaft für Urologie und Andrologie** und von der **Österreichischen Röntgengesellschaft – Gesellschaft für Medizinische Radiologie und Nuklearmedizin**

W. Loidl¹, F. Aigner², R. Forstner³, T. Gründler⁴, S.Hruby³, C. Mayr¹, L. Pallwein-Prettner¹, M. Rauchenwald⁵, W. Schima⁶, C. Seitz⁷

¹ Ordensklinik Barmherzige Schwestern Linz, ² Universitätsklinik Innsbruck, ³ PMU Salzburg, ⁴ Wien, ⁵ SMZ Ost Donauespital Wien, ⁶ Göttlicher Heiland Vinzenzgruppe Wien, ⁷ Universitätsklinik Wien

Indikation zur MR der Prostata

Präambel (1): Die Indikationsstellung zum MRT der Prostata muss durch den Urologen erfolgen.

Ausschlusskriterien zur MR Prostata:

Indikationsbedingte Kriterien:

- Lebenserwartung < 10a
- Watchful Waiting Strategie
- „Massenscreening“ / zur „Früherkennung“
- Undulierende PSA-Werte allein ohne vorhergehende Biopsie

Patientenbedingte Kontraindikationen:

- (Chron.) Analfissuren/-engen, anatomische Abweichungen, chronisch entzündliche Darmerkrankungen → keine Spule
- Adipositas permagna, Klaustrophobie, Schrittmacher

Indikationen zur diagnostischen MRT:

Präambel (2): Die Erstbiopsie sollte systematisch ultraschallgezielt erfolgen.

- Ein MRT der Prostata soll erst nach einer negativen randomisierten Stanzbiopsie bei anhaltendem Karzinomverdacht erfolgen.
- Bei steigenden PSA-Werten und/oder digital-rektal auffälligem Befund nach negativer randomisierter Erstbiopsie (mit 12 Stanzten).
- Bei BPH permagna (>100ml) und hohem PSA/klinischem Karzinomverdacht.
- B-Bild und Farbdoppler sind als ergänzende Diagnostik in der TRUS empfohlen.

MRT der Prostata im Follow-Up

(nach oben genannten Indikationen):

- Wenn PIRADS 1-2: MRT Kontrolle nach 1-2 Jahren
- Wenn PIRADS 3 ohne sonstige Risikofaktoren: Kontrolle in 1 Jahr
- Wenn PIRADS 3 mit sonstigen Risikofaktoren (steigendes PSA, suspekter DRE, FA pos.): Targeted Biopsy

MRT beim Staging eines Prostatakarzinoms:

- Relative Indikation: zum Planen einer lokalen Therapie: Beurteilung der Kapselüberschreitung / Samenblaseninfiltration, Beurteilung lokoregionärer Lymphknoten,

Beckenknochen – speziell vor Salvage-RPE/zytoreduktiver Therapie. Bei intermediate/high-risk Karzinom vor Nerve-Sparing.

- Vor Strahlentherapie
- Active Surveillance

Zusatz zur MRT bei der Active Surveillance:

Nach Karzinomnachweis und geplanter Active Surveillance sollte zwei Monate nach Diagnosestellung eine MRT-Baseline-Untersuchung erfolgen.

- Bei PIRADS 1-2: klassische Active Surveillance
- Bei PIRADS 3: Re-Biopsie 1/2a nach Ausgangsbiopsie
- Bei PIRADS 4-5: ergänzende targeted biopsy

MRT der Prostata und Biopsie:

Targeted Biopsy:

Im Befund wird eine Definition der durchgeführten Biopsietechnik gefordert:

- Kognitiv
- US MRT Fusion
- MRT-gezielt (inbore) – (transrektal/transperineal)

Bei PIRADS 4-5 soll eine gezielte Biopsie kombiniert mit systematischer Biopsie durchgeführt werden. Im Falle einer MR-gezielten Variante kann auf die systematische Biopsie verzichtet werden.

Reporting Standard:

- Standard nach PIRADS 2
- Definierte Roadmap (Schema der Prostata im PIRADS Muster)

Siehe Anhang

Pitfalls:

- Nach erfolgter Biopsie sollte in Staging-MRT erst nach 6-8 Wochen erfolgen, um Bildartefakte (Einblutungen) zu vermeiden.
- Im Falle einer ausgeprägten Prostatitis nach Biopsie ist die Qualität der MR stark eingeschränkt für etwaiges Staging. Kein definiertes Intervall zu empfehlen, in Abhängigkeit von Klinik, Verlauf und PSA-Wert individuelle Indikationsstellung.

Guidelines

S3 Leitlinie 2016 der DGU

Früherkennung

3.4

Statement (modifiziert 2011)

Level of Evidence

2-3

Für die Früherkennung eines Prostatakarzinoms sind bildgebende Verfahren als primäre Untersuchung nicht geeignet.

Literatur: [60-65]

Expertenkonsens

Gesamtabstimmung: 94 %

Biopsie

3.9

Empfehlung (ergänzt 2016)

Empfehlungsgrad

A

a. Die Stanzbiopsie soll unter transrektal-sonografischer Kontrolle erfolgen.

O

b. Palpatorisch auffällige Areale können zusätzlich palpatorisch gezielt biopsiert werden.

O

c. In bildgebenden Verfahren Prostatakarzinom-suspekte Areale können zusätzlich gezielt biopsiert werden.

Level of Evidence

a: 2+

a und b: Literatur: [99-104]

b und c: 4

c: Expertenkonsens

Gesamtabstimmung: a) 87 %; b) 95%; c) 83%

ReBiopsie

Man kann eine MRT zur weiteren Abklärung durchführen und bei weiterem Verdacht auf ein mögliches Karzinom auf der Grundlage der MRT-Bildgebung erneut biopsieren oder man kann auf eine weitere Biopsie verzichten. In diesem Fall sollte die Kontrolle des PSA-Wertes mit den Patienten besprochen werden.

4.6

Empfehlung (ergänzt 2016)

Empfehlungsgrad

O

a. Die MRT kann als ergänzende bildgebende Diagnostik nach negativer Biopsie eingesetzt werden, wenn sie den geltenden Qualitätsstandards genügt.

b. Die MRT-US-Fusionsbiopsie kann eingesetzt werden, wenn eine den geltenden Qualitätsstandards genügende multiparametrische MRT einen Prostatakarzinom-suspekten Herdbefund aufweist. Die Indikation zur systematischen Biopsie bleibt davon unberührt.

Level of Evidence

a: 1+ bis 3

a: Literatur: [139-142]

b: 2+

b: Literatur: [143-146]

Gesamtabstimmung:

a) 79%

b) 94%

SEHEN SIE DEN UNTERSCHIED: DIE NEUE ZYTIGA® 500 mg-FILMTABLETTE



NEU!
4 → 2

**WENIGER TABLETTEN
GLEICHE WIRKUNG¹
EINFACHER
IN DER EINNAHME¹**



Zytiga®
Zeit ist Leben[®]

¹ Fachinformation Zytiga 11/2016

² Bescheid des HV der österr. Sozialversicherungsträger zur Aufnahme in den EKO, 22. Mai 2017

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

Konsensus zum Einsatz der MRT der Prostata

Staging

4.7

Empfehlung (neu 2011)

Empfehlungsgrad

A

Die diffusionsgewichtete MRT soll nicht zur Primärdiagnostik eingesetzt werden.

Level of Evidence

2- bis 3

Literatur:[140-142; 147]

Expertenkonsens

Gesamtabstimmung: 92

4.8

Empfehlung (neu 2011)

Empfehlungsgrad

A

Die dynamische, kontrastmittelverstärkte MRT soll nicht zur Primärdiagnostik eingesetzt werden.

Level of Evidence

2- bis 3

Literatur: [140-142; 147]

Expertenkonsens

Gesamtabstimmung: 94%

EAU

5.2.4.3 Guidelines for imaging

Recommendation

Before repeat biopsy, perform mpMRI when clinical suspicion of PCa persists in spite of negative biopsies.

During repeat biopsy include systematic biopsies and targeting of any mpMRI lesions seen.

LE

GR

1a

A

2a

B

Definition der PIRADS Klassifikation

PIRADS Assessment for PZ (DWI – leading sequence)

DWI	T2w	DCE	PIRADS
1	any	any	1
2	any	any	2
3	any	neg.	3
4	any	pos.	4
5	any	any	5

PIRADS Assessment for TZ (T2w - leading sequence)

T2w	DWI	DCE	PIRADS
1	any	any	1
2	any	any	2
3	4	any	3
4	5	any	4
5	any	any	5

PIRADS Assessment for T2w

PIRADS	Peripheral Zone (PZ)
1	Uniform hyperintense signal intensity (normal)
2	Linear or wedge-shaped hypointensity or diffuse mild hypointensity, usually indistinct margin
3	Heterogeneous signal intensity or non circumscribed, rounded, moderate hypointensity Includes others that do not qualify as 2, 4, or 5
4	Circumscribed, homogenous moderate hypointense focus/mass confined to prostate and <1.5 cm in greatest dimension
5	Same as 4 but ≥1.5 cm in greatest dimension or definite extraprostatic extension/invasive behavior

PIRADS	Transition Zone (TZ)
1	Homogeneous intermediate signal intensity (normal)
2	Circumscribed hypointense or heterogeneous encapsulated nodule(s) (BPH)
3	Heterogeneous signal intensity with obscured margins. Includes others that do not qualify as 2, 4, or 5
4	Lenticular or non circumscribed, homogeneous, moderately hypointense, and <1.5 cm in greatest dimension
5	Same as 4, but ≥1.5cm in greatest dimension or definite extraprostatic extension/invasive behavior

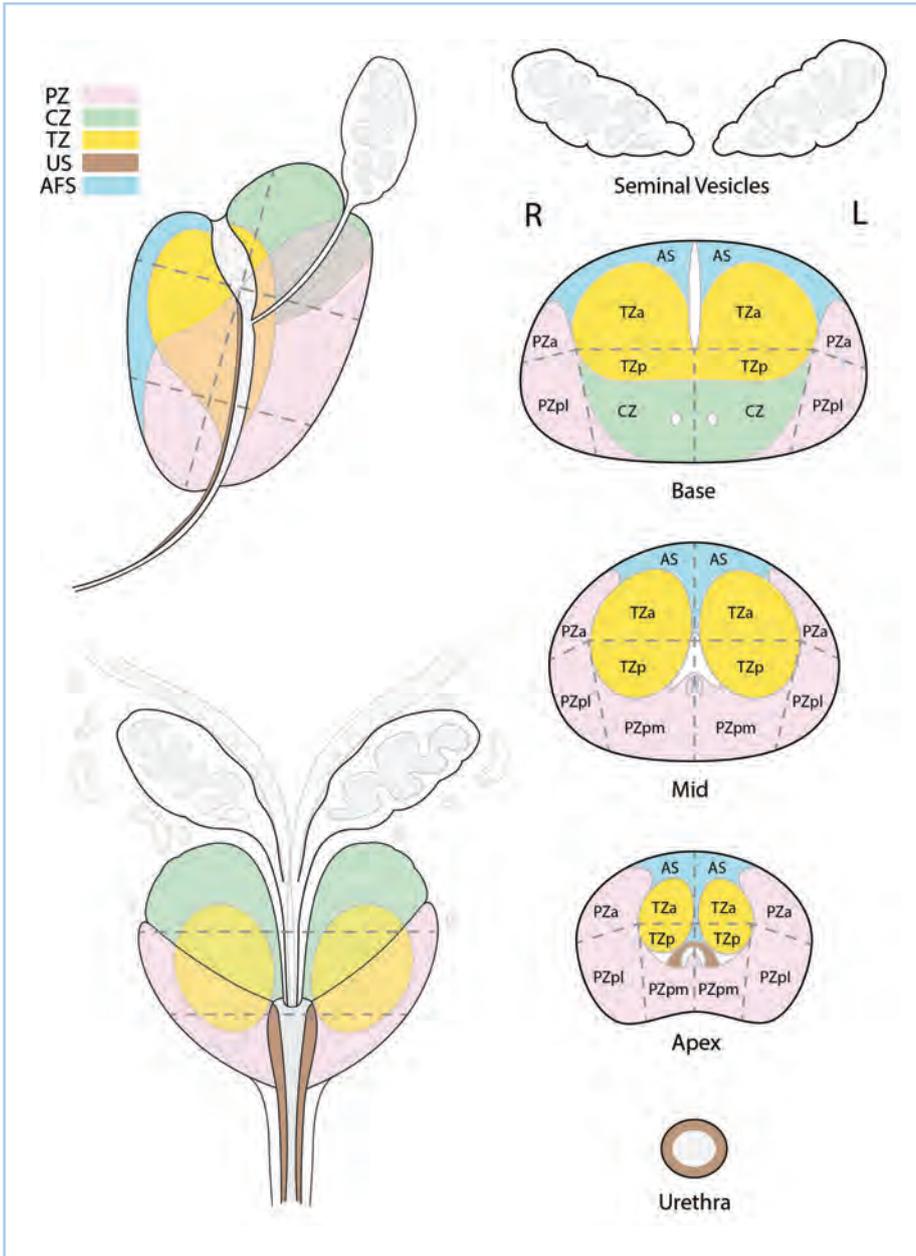
PIRADS Assessment for Diffusion weighted Imaging (DWI plus ADC)

PIRADS	Peripheral Zone (PZ) or Transition Zone (TZ)
1	No abnormality (i.e. normal) on ADC and high b-value DWI
2	Indistinct hypointense on ADC
3	Focal mildly/moderately hypointense on ADC and isointense/mildly hyperintense on high b-value DWI.
4	Focal markedly hypointense on ADC and markedly hyperintense on high b-value DWI; <1.5cm in greatest dimension
5	Same as 4 but ≥1.5cm in greatest dimension or definite extraprostatic extension/invasive behavior

PIRADS Assessment for Dynamic Contrast Enhanced MRI (DCE)

PIRADS	Peripheral Zone (PZ) or Transition Zone (TZ)
(-)	<ul style="list-style-type: none"> no early enhancement, or diffuse enhancement not corresponding to a focal finding on T2 and/or DWI or focal enhancement corresponding to a lesion demonstrating features of BPH on T2WI
(+)	<ul style="list-style-type: none"> focal, and earlier than or contemporaneously with enhancement of adjacent normal prostatic tissues, and corresponds to suspicious finding on T2W and/or DWI

Konsensus zum Einsatz der MRT der Prostata



Email Adressen der Teilnehmer:

- friedrich.aigner@tirol-kliniken.at
- karl.dorfinger@uro.at (entschuldigt)
- r.forstner@salk.at
- tgrundler@gmx.at
- Stephan Hruby
- uro.sekretariat@tauernklinikum.at
- ferdinand.luger@bhs.at (entschuldigt)
- wolfgang.loidl@bhs.at
- clemens.mayr@bhs.at
- leo.pallwein-prettner@bhs.at
- m.rauchenwald@aon.at
- wolfgang.schima@khgh.at
- christian.seitz@meduniwien.ac.at (entschuldigt)

Stellungnahme zur geplanten Empfehlung der US Preventive Task Force 2017 zum Thema PSA-Screening

In der vorliegenden Kurzzusammenfassung der United States Preventive Services Task Force vom Frühling 2017 wird bezüglich des PSA-Einsatzes im Wesentlichen festgehalten, dass ...

- 1) ... eine persönliche Information der betroffenen Fachärzte an Männer im Alter zwischen 55 und 69 Jahren bezüglich der potentiellen Nachteile, aber auch der Vorteile durch den PSA-Einsatz erfolgen sollte,
- 2) ... das PSA-Screening einen kleinen Vorteil bietet bezüglich der Möglichkeit, das persönliche Risiko am Prostatakarzinom zu sterben, zu senken.
- 3) ... im Gegensatz dazu sollen „falsch“ positive Resultate und Überdiagnose und Übertherapie mit den entsprechenden Folgewirkungen, insbesondere Inkontinenz und Impotenz abgewogen werden.
- 4) ... die Empfehlung ist, eine persönliche Entscheidung zu treffen.
- 5) ... ab dem 70. Lebensjahr soll ein Screening explizit nicht mehr durchgeführt werden.

Die vorliegende Empfehlung ist ein Update zu den bekannten Empfehlungen aus dem Jahr 2012. Die expliziten Änderungen der nach 5 Jahren upgedateten Empfehlungen basieren im Wesentlichen auf den follow-up-Informationen der bekannten großen Screening-Studien, zusätzlich wurde von der Task Force das Faktum ins Kalkül miteinbezogen, dass die Übertherapie durch den verbreiterten Einsatz von

active surveillance reduziert wird. Darüber hinaus betont die Task Force, dass Risikogruppen, wie zum Beispiel Afro-Amerikaner oder Angehörige an Prostatakrebs erkrankte Männer aufgrund des erhöhten Risikos vermehrt zu einer Vorsorgeuntersuchung beraten werden sollten.

Kommentar zum vorliegenden Vorschlag

Grundsätzlich fällt bei den Empfehlungen der US Behörde auf, dass von einem PSA-Screening gesprochen wird, während man sich im Europäischen Sprachraum, insbesondere im deutschen Sprachraum in erster Linie darauf verständigt hat, PSA im Sinne einer Früherkennung zu empfehlen.

Darüber hinaus fällt auf, dass entsprechend der Europäischen Leitlinien oder beispielsweise der Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Urologie die PSA-Vorsorge früher einsetzen sollte, nämlich im Alter zwischen 45 und 50 Jahren und bei Risikogruppen jeweils 5 Jahre früher. Darüber hinaus fällt auf, dass sehr stark die möglichen Nachteile der Therapie betont werden und die Abwägung von Nutzen versus Nachteilen zum Ausschlag der Empfehlungen führt. Hierbei ist anzumerken, dass die potentiellen Nachteile einer Therapie auch individuell sehr unterschiedlich betrachtet werden müssten. Es würde beispielsweise anhand der Beurteilung der Behörde für einen Mann, der bereits eine hochgradige Potenzstörung hat, mehr Sinn machen in seiner Abwägung PSA bestimmen zu las-

sen, als beispielsweise ein sexuell aktiver Mann, dem die Erektionsqualität von großer Bedeutung ist.

Darüber hinaus ist anzumerken, dass es zahlreiche Hinweise aus den USA gibt, dass es seit den Empfehlungen 2012, PSA nicht routinemäßig einzusetzen, in Amerika bereits zu einem erhöhten Aufkommen von metastasierten Prostatakarzinompatienten gekommen ist. Inwiefern dies epidemiologisch nachweisbar auf die Empfehlung zurückzuführen ist, lässt sich derzeit nicht mit Sicherheit sagen, sollte aber in die Diskussion miteinfließen.

Zusammenfassend erscheint nach wie vor aus Sicht der meisten Männer, die sich mit ihrem persönlichen Risiko auseinandersetzen und Vorsorge betreiben, dass der frühzeitige Einsatz von PSA insgesamt sinnvoll erscheint. Auch wenn den Empfehlungen insofern Rechnung zu tragen ist, als eine Abwägung mit den potentiellen Nachteilen notwendig ist, PSA nur ein sehr ungenauer Diskriminator ist zwischen Patienten, die eine Diagnostik / Therapie benötigen versus Patienten, die niemals an einem Prostatakarzinom erkranken werden und dass durch zahlreiche Maßnahmen der diagnostisch-therapeutische Weg verbessert werden muss.

Prim. Priv. Doz. Dr. Anton Ponholzer
Abteilung für Urologie und
Andrologie
KH der Barmherzigen Brüder Wien
Johannes-von-Gott-Platz 1
1020 Wien

UROLOGISCHE STUDIEN

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

SCOPE: Non-interventional study to evaluate the influence of the sequence in which Cabazitaxel is applied on the outcome of patients with metastatic castration-resistant prostate cancer treated with Cabazitaxel

Studien-Koordinator:

DL Dr. Christoph Tinchon
LKH Hochsteiermark, Standort Leoben, Abt. für Innere Medizin, Department für Hämato-Onkologie
studien.onko@lkh-leoben.at

Studien-Koordinator:

OA MR Dr. Franz Stoiber
LKH Vöcklabruck, Abteilung für Urologie
franz.stoiber@gespag.at

A Phase II, Two-Arm Multicenter, Open Label Study to Determinate the Efficacy and the Safety of two Different Dose Regimes of a pan-FGFR Tyrosine Kinase Inhibitor JNJ-42756493 in Subjects with Metastatic or Surgically Unresectable Urothelial Cancer with FGFR Genomic Alteration
EudraCT: 2014-002408-26

Studien-Koordinator:

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

EMBARC: Eine randomisierte Phase-III-Studie zur Beurteilung der Wirksamkeit und Sicherheit von Enzalutamid plus Leuprolid, Enzalutamid-Monotherapie und Placebo plus Leuprolid bei Männern mit nicht-metastasiertem Hochrisiko-Prostatakarzinom, das nach einer definitiven Therapie fortschreitet

NUMMER DER KLINISCHEN STUDIE: MDV3100-13

Studien-Koordinator:

Dr. Thomas Gutsch
Med. Universität Graz, Univ. Klinik für Urologie
thomas.gutsch@medunigraz.at

IGNITE 3: A Phase 3, Randomized, Double-Blind, Double-Dummy, Multicenter, Prospective Study to Assess the Efficacy and Safety of IV Eravacycline Compared with Ertapenem in Complicated Urinary Tract Infections

Studien-Koordinator:

Dr. Rudolf Paula
Kepler Universitätsklinikum Linz, Med Campus III, Urologie und Andrologie
rudolf.paula@kepleruniklinikum.at

ARAMIS: A Multinational, Randomised, Double Blind, Placebo-Controlled, Phase III Efficacy and Safety Study of ODM-201 in Men with High-Risk Non-Metastatic Castration Resistant Prostate Cancer

Studien-Koordinator:

OA Dr. Volkmar Tauber
Kepler Universitätsklinikum Linz, Med Campus III, Urologie und Andrologie
volkmar.tauber@kepleruniklinikum.at

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

Studien-Koordinator:

OA Dr. Volkmar Tauber
Kepler Universitätsklinikum Linz, Med Campus III, Urologie und Andrologie
volkmar.tauber@kepleruniklinikum.at

**Phase 3 randomized study comparing Nivolumab and Ipilimumab vs. Placebo in participants with localized RCC who underwent radical or partial nephrectomy and who are at high risk of relapse
CA209914, Studien-Nr.: N8/2017**

Studien-Koordinator:

Dr. Dora Niedersüß-Beke
Wilhelminenspital der Stadt Wien, I. Med. Zentrum für Hämatologie und Onkologie, Montleartstraße 37, 1160 Wien
dora.niedersuess-beke@wienkav.at

ARAMIS: Eine multinationale, randomisierte, doppelblinde, placebokontrollierte Phase-III-Studie zur Wirksamkeit und Sicherheit von ODM-201 bei männlichen Hochrisikopatienten mit nicht metastasiertem, kastrationsresistentem Prostatakarzinom

Studien-Koordinatoren:

Univ. Prof. Dr. Shahrokh Shariat, Univ. Prof. Dr. Gero Kramer, Dr. Agnes Maj-Hes
Med. Universität Wien, Univ. Klinik für Urologie
gero.kramer@meduniwien.ac.at, agnes.maj-hes@meduniwien.ac.at

CARD: A randomized, open label, multicenter study of Cabazitaxel versus an Androgen Receptor (AR)-targeted agent (Abiraterone or Enzalutamide) in mCRPC patients previously treated with Cocetaxel and who rapidly failed a prior AR-targeted agent

Studien-Koordinatoren:

Univ. Prof. Dr. Gero Kramer, Univ. Prof. Dr. Shahrokh Shariat
Med. Universität Wien, Univ. Klinik für Urologie
gero.kramer@meduniwien.ac.at

gRAMPP: Multizentrische prospektive randomisierte Studie zur Evaluierung des Effektes der medikamentösen Standardtherapie mit oder ohne radikale Prostatektomie (RP) bei Patienten mit einem begrenzt ossär metastasierten Prostatakarzinom

Studien-Koordinatoren:

Univ. Prof. Dr. Shahrokh Shariat, Dr. Bernhard Grubmüller
Med. Universität Wien, Univ. Klinik für Urologie
bernhard.grubmueller@meduniwien.ac.at

SALVAGE LAE: Sicherheit und Effektivität der Salvage-Lymphadenektomie bei Prostatakarzinompatienten mit einem Lymphknotenrezidiv nach radikaler Prostatektomie mit kurativer Intention – Eine prospektive unizentrische Phase-I/II-Studie

Studien-Koordinatoren:

Univ. Prof. Dr. Shahrokh Shariat, Dr. Bernhard Grubmüller
Med. Universität Wien, Univ. Klinik für Urologie
bernhard.grubmueller@meduniwien.ac.at

PROfound: Eine offene, randomisierte Phase-III-Studie zur Bewertung der Wirksamkeit und Sicherheit von Olaparib versus Enzalutamid oder Abirateron bei Männern mit metastasiertem, kastrationsresistentem Prostatakarzinom, bei denen eine vorherige Behandlung mit einem neuen hormonellen Wirkstoff versagt hat, und die homologe rekombinante Reparaturgenmutationen aufweisen.

Studien-Koordinatoren:

Univ. Prof. Dr. Gero Kramer, Dr. Kilian Gust, Dr. Nathalie Garska, Dr. Stephan Korn
Med. Universität Wien, Univ. Klinik für Urologie
kilian.gust@meduniwien.ac.at; gero.kramer@meduniwien.ac.at; dagmar.liebhart@meduniwien.ac.at

IMbassador: A phase III, multicenter, randomized study of Atezolizumab (Anti-PD-L1 Antibody) in combination with Enzalutamide versus Enzalutamide alone in patients with metastatic castration-resistant prostate cancer after failure of an androgen synthesis inhibitor and failure of, ineligibility for, or refusal of a taxane regimen

Studien-Koordinatoren:

Univ. Prof. Dr. Shahrokh Shariat, Univ. Prof. Dr. Gero Kramer
Med. Universität Wien, Univ. Klinik für Urologie
gero.kramer@meduniwien.ac.at; dagmar.liebhart@meduniwien.ac.at

SAUL: An open label, single arm, multicenter, safety study of Atezolizumab in locally advanced or metastatic urothelial or non-urothelial carcinoma of the urinary tract

Studien-Koordinatoren:

Univ. Prof. Dr. Shahrokh Shariat, Univ. Prof. Dr. Gero Kramer, Dr. Kilian Gust
Med. Universität Wien, Univ. Klinik für Urologie
kilian.gust@meduniwien.ac.at, gero.kramer@meduniwien.ac.at

BLASENKARZINOMSTUDIE: Multizentrische, 2-armige offene Phase-II-Prüfung zur Bestimmung der Wirksamkeit und Sicherheit von zwei verschiedenen Dosierungsschemata des Pan-FGFR-Tyrosinkinase-Inhibitors JNJ-42756493 bei Patienten mit metastasiertem oder inoperablem Urothelkarzinom mit FGFR-genomischen Veränderungen; BLC 2001

Studien-Koordinatoren:

Univ. Prof. Dr. Shahrokh Shariat, Univ. Prof. Dr. Gero Kramer, Dr. Kilian Gust
Med. Universität Wien, Univ. Klinik für Urologie
kilian.gust@meduniwien.ac.at, gero.kramer@meduniwien.ac.at

NIVOLUMAB: A phase-3 randomized, double-blind, multi-center study of adjuvant Nivolumab versus placebo in subjects with high risk invasive urothelial carcinoma

Studien-Koordinatoren:

Univ. Prof. Dr. Shahrokh Shariat, Dr. Kilian Gust
Med. Universität Wien, Univ. Klinik für Urologie
kilian.gust@meduniwien.ac.at

RITE EUROPE: Eine multizentrische, einarmige Studie, die die Wirksamkeit der Synergo Radiofrequenz-induzierten Thermochemotherapie (RITE) mit Mitomycin C (Synergo + MMC) bei Patienten mit nicht Muskel-invasivem Blasenkrebs (non-muscle invasive bladder cancer (NMIBC)) mit BCG-refraktärer CIS untersucht

Studien-Koordinatoren:

Univ. Prof. Dr. Shahrokh Shariat, Dr. Kilian Gust
Med. Universität Wien, Univ. Klinik für Urologie
kilian.gust@meduniwien.ac.at

RAPID: Randomized Assessment of Patients With Clinically Suspected Prostate Cancer After Multiparametric Metabolic Hybrid Imaging to Evaluate Its Potential Clinical Domain: A Prospective, Randomized, Multi-arm, Multi-treatment Clinical Trial

Studien-Koordinatoren:

A.. Prof. Dr. Markus Hartenbach (Nuklearmedizin), Dr. Bernhard Grubmüller (Urologie)
Med. Universität Wien, Univ. Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin; Univ. Klinik für Urologie
bernhard.grubmueller@meduniwien.ac.at

KINDER-UROLOGISCHE STUDIEN

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

Mesodermal-epitheliale Interaktion in Präputien und dysplastischem Urethragewebe (Chorda) von Knaben mit und ohne Hypospadie

Studien-Koordinatoren:

OA Dr. Bernhard Haid, FEAPU, FEBU; Prim. Univ. Prof. Dr. Josef Oswald, FEAPU
Abteilung für Kinderurologie, KH der Barmherzigen Schwestern, Linz
josef.oswald@bhs.at

Detektion von „okkultem“ vesikoureteralem Reflux bei Kindern mit negativem MCU und positivem DMSA Scan mittels sonographischem MCU

Studien-Koordinatoren:

OA Dr. Bernhard Haid, FEAPU, FEBU; Prim. Univ. Prof. Dr. Josef Oswald, FEAPU
Abteilung für Kinderurologie, KH der Barmherzigen Schwestern, Linz
josef.oswald@bhs.at

Der aszendierte Hoden: Ist eine ektope Insertion des Gubernaculum ein Kriterium für einen embryologisch pathogenetischen Hintergrund?

Studien-Koordinatoren:

OA Dr. Bernhard Haid, FEAPU, FEBU; Prim. Univ. Prof. Dr. Josef Oswald, FEAPU
Abteilung für Kinderurologie, KH der Barmherzigen Schwestern, Linz
josef.oswald@bhs.at

Stabilität und Ontogenese des kindlichen Darm-Mikrobioms im Hinblick auf die antibiotische Prophylaxe

Studien-Koordinatoren:

Ass. Dr. Christa Strasser; OA Dr. Bernhard Haid, FEAPU, FEBU; Prim. Univ. Prof. Dr. Josef Oswald, FEAPU
Abteilung für Kinderurologie, KH der Barmherzigen Schwestern, Linz
josef.oswald@bhs.at

Die Rolle von dermalen und epidermalen dendritischen Zellen bei angeborenen Fehlbildungen des Penis und bei Lichen sclerosus et atrophicus – Mikroanatomie und mögliche Zusammenhänge mit HPV/HIV Immunologie

Studien-Koordinator:

OA Dr. Bernhard Haid, FEAPU, FEBU; Prim. Univ. Prof. Dr. Josef Oswald, FEAPU
Abteilung für Kinderurologie, KH der Barmherzigen Schwestern, Linz
josef.oswald@bhs.at

ANKÜNDIGUNG:

Hauptthema NÖGU Nr. 56 (Dezember 2017)

Bildgebung in der Urologie



Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen!

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

Titel der Studie

Kontakt

Titel, Name: _____

Krankenhaus: _____

Abteilung: _____

E-Mail: _____

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

Redaktionsschluss:

Winterausgabe:

1. November

Sommerausgabe:

1. Mai

Bitte schicken oder faxen Sie dieses Formular an folgende Adresse:

ver  med

MEDIZINISCHE TAGUNGEN UND PUBLIKATIONEN
MEDICAL CONVENTIONS AND PUBLICATIONS

Per Mail: office@vermed.at

Per Fax: 0316 / 42 60 71

Shahrokh F. Shariat mit dem Gold Cystoscope Award ausgezeichnet

Univ. Prof. Dr. Shahrokh F. Shariat, Leiter der Universitätsklinik für Urologie der Med. Universität Wien, wurde von der American Urological Association (AUA) mit dem renommierten Gold Cystoscope Award ausgezeichnet.

Die Jury des Preises würdigte damit Shariats Beiträge zur urologischen Onkologie in den Bereichen Epigenomik, onkologische Biomarker und prädiktive Nomogramme.

Shariat ist der erste nicht-amerikanische Preisträger. „Das ist eine besondere Ehre für mich und zeigt, wie sehr die Arbeit unseres Teams an der Universitätsklinik für Urologie der Med. Universität Wien international an Bedeutung gewonnen hat“, freut sich Shariat über die Auszeichnung, „schön, dass unser Beitrag zur urologischen Onkologie weltweit derart geschätzt wird.“

Der Preis wurde im Rahmen der Jahresversammlung der AUA am 16. Mai 2017 in Boston (USA) überreicht.

Der Gold Cystoscope Award wird von der American Urological Association (AUA) seit 1977 jedes Jahr an Urologen vergeben, die in ihrem Fachgebiet außerordentliche Leistungen erbracht haben. Gegründet im Jahr 1902, macht es sich die AUA zur Aufgabe, in Ausbildung, Forschung und Gesundheitspolitik die höchsten Standards zu setzen. Die AUA hat rund 19.000 Mitglieder. Sie gibt das „Journal of Urology“ heraus.

Zur Person

Shahrokh Shariat kam als Kind aus Teheran (Iran) nach Wien, machte hier die Matura und studierte Chemie und Mathematik an der Eidgenössischen Polytechnischen Hochschule in Lausanne, wechselte aber dann für das Medizinstudium an die Med. Universität Wien. Nach der Promotion ging Shariat in die USA, absolvierte am Baylor College of Medicine in Houston, Texas, ein Research Fellowship, und an der University of Texas in Dallas die urologische Facharztausbildung. Am Memorial Sloan-Kettering Center in New York spe-

zialisierte sich Shariat in urologischer Onkologie.

Von 2010 bis 2013 leitete er das Blasenkarzinomzentrum am Weill Medical College of Cornell University in New York.

Seit Juni 2013 leitet er die Universitätsklinik für Urologie der MedUni Wien im AKH Wien.

Shariat hat insgesamt über 900 peer-reviewed Publikationen verfasst und hält vier Patente, die auf Basis seiner Forschungsarbeiten auf dem Gebiet des Prostata- und Blasenkrebs entwickelt wurden. Sein Scopus h-Index (Hirsch-Faktor) beträgt 76, der Google h-Index: 100. Im Jahr 2012 wurde er zum besten urologischen Onkologen in New York gewählt. In den USA wurde er zweimal zu einem der führenden Urologen des



Univ. Prof. Dr. Shahrokh F. Shariat (links) mit Richard K. Babayan, MD, Präsident der AUA, Professor and Chair of the Department of Urology, Boston University School of Medicine, and Chief of Urology at Boston Medical Center

Landes gekürt. Er ist der einzige, der mit den beiden wichtigsten Urologenpreisen ausgezeichnet wurde: 2014 EAU Crystal Matula Award und nun der AUA Gold Cystoscope Award 2017.

Quelle: MedUni Wien

Albert Schweitzer Award für Dr. Michael Eisenmenger

Im Rahmen des vierten interdisziplinären Kongresses „Mann & Gesundheit“ der OGMG (Österreichische Gesellschaft für Mann und Gesundheit) im März des Jahres im Hörsaal der Universitätszahnklinik Wien wurde der Präsident der OGMG – Dr. Michael Eisenmenger – mit dem Albert Schweitzer Award for Outstanding Achievements in Medicine ausgezeichnet.

Die Ehrung wurde durch den Generalsekretär der Österreichischen Albert Schweitzer Gesellschaft (ÖASG), Prof. Jörg C. Steiner, MA, und den Chefarzt und stellvertretenden Generalsekretär der ÖASG, Prof. Dr. Thomas Treu, MSc, vorgenommen. Dr. Treu erläuterte in seiner Laudatio die Gründe für die Verleihung des Awards an Dr. Eisenmenger. Dieser hatte sich schon als Mittelbauvertreter während seiner Zeit am AKH Wien und später als Präsident des Berufsverbandes der Österrei-



Univ. Prof. Dr. Thomas Treu, Ing. Peter-Andreas Linhart, ÖASG – Delegierter für NÖ, Dr. Michael Eisenmenger, Prof. Jörg Steiner, ÖASG Generalsekretär

chen Urologen für seine Kolleginnen und Kollegen engagiert und neben seiner beruflichen Tätigkeit als niedergelassener Facharzt für Urologie und Andrologie durch die Mitbegründung der Österreichischen Gesellschaft für geschlechtsspezifische Medizin 2007, deren Stellvertretender Vorsitzender Eisenmenger bis 2013 war, und die Gründung der Österreichischen Gesellschaft für Mann und Gesundheit 2013 besonderen Einsatz für die Weiterentwicklung der Medizin gezeigt.

Lukas Lusuardi ist neuer Vorstand für die Salzburger Universitätsklinik für Urologie und Andrologie



Prim. Univ. Prof. Dr. Lukas Lusuardi, F.E.B.U.

Prim. Univ. Prof. Dr. Lukas Lusuardi, F.E.B.U. ist seit Mai 2017 neuer Vorstand der Universitätsklinik für Urologie und Andrologie am Uniklinikum Salzburg. Herr Professor Lusuardi ist italienischer Staatsbürger und war zuletzt als Primar der Urologie im Krankenhaus Brixen tätig. Seine Promotion in Medizin und Chirurgie an der Universität Verona schloss er 1995 mit einem Magna cum laude ab. Von 2001 bis 2004 war er stellvertretender Leiter der Kinderurologie der BHS Linz und danach leitete er die Kinderurologische Sektion am AKH Wien. Herr Professor Lusuardi habilitierte 2015 im Fach Urologie an der PMU Salzburg. Schon 2010 war der 47-Jährige gebürtige Südtiroler an der Salzburger Universitätsklinik für Urologie und Andrologie im Team beim damaligen Primar Univ. Prof. Dr. Günther Janetschek als Oberarzt tätig.

Seine klinischen und forschungsrelevanten Schwerpunkte konzentrierten sich

zuerst auf die Kinderurologie und die damit einhergehenden sehr komplexen laparoskopischen-, sowie endoskopisch-chirurgischen Methoden und Laseroperationen. Darüber hinaus interessierte er sich für die organbezogenen tumorösen Erkrankungen der Niere, Blase, Prostata und der Hoden. Auch die Andrologie, Steine, Inkontinenz und blasenbezogene neurologische Erkrankungen sind für Professor Lusuardi wichtige Schwerpunkte in der Ausbildung und in seinem beruflichen Werdegang.

Die Salzburger Universitätsklinik für Urologie und Andrologie verfügt über insgesamt 47 systematisierte Betten, eine allgemeine Ambulanz, sowie Spezialambulanzen und spezifische Sprechstunden zu

den Schwerpunkten: Blasentumor, Nierentumor, Prostatakarzinom, Hodentumor, Urodynamik/Neurourologie, Steinerkrankungen, Andrologie. Derzeit beschäftigt die Klinik 14 Ärzte und ist zudem auch vom European Board of Urology als europäische Ausbildungsstätte für den Facharzt für Urologie zertifiziert. Alle diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten des Faches Urologie werden durch die Universitätsklinik abgedeckt. Die Schwerpunkte liegen in der Behandlung von allen urologischen Tumorerkrankungen (Prostata, Niere, Nebenniere, Blase, Hoden, Penis), in der Steintherapie, der Inkontinenz sowie in der rekonstruktiven, funktionellen Urologie und Neuro-Urologie.

Sigmund Freud Privatuniversität

Seit dem Wintersemester 2015/2016 hat die Sigmund Freud Privatuniversität – mit derzeit ca. 4.000 Studierenden an den Standorten Wien, Linz, Berlin, Paris, Ljubljana und Mailand die größte Privatuniversität in Österreich – ihr Studienangebot um eine Medizinische Fakultät erweitert.

Dekan der Medizinischen Fakultät ist seit 2015 **Univ. Prof. DDr. Christian Kratzik**. Seit 22. 4. 2017 haben **Univ. Prof. Dr. Stephan Madersbacher** den Lehrstuhl für Andrologie mit allgemeiner und funktioneller Urologie, sowie **Univ. Prof. Dr. Armin Pycha** den Lehrstuhl für Urologie – Schwerpunkt Uroonkologie und Kinderurologie inne.



Univ. Prof. DDr. Christian Kratzik



Univ. Prof. Dr. Stephan Madersbacher



Univ. Prof. Dr. Armin Pycha

Wer soll uns einmal behandeln? – Oder die Ängste eines älter werdenden Urologen

A. Jungwirth

Die Jugend liebt heutzutage den Luxus. Sie hat schlechte Manieren, verachtet die Autorität, hat keinen Respekt vor älteren Leuten und schwatzt, wo sie arbeiten soll. Die jungen Leute stehen nicht mehr auf, wenn Ältere das Zimmer betreten. Sie widersprechen ihren Eltern, schwadronieren in der Gesellschaft, verschlingen bei Tisch die Süßspeisen, legen die Beine übereinander und tyrannisieren ihre Lehrer.

Sokrates (470 - 399 v. Chr.)

Nach einem Telefonat mit Dr. Plas und der Diskussion über unser Fach, Ausbildung und Zukunft der Urologie habe ich mich entschlossen, einen kurzen Denkanstoß zu verfassen. Es soll keine Abrechnung mit unliebsamen Strukturen sein, sondern eine ehrliche Impression mit der Möglichkeit, dass ich auch vollkommen daneben liege!

Die Jugend hat immer die ältere Generation auf Trab gehalten (s.o.) und vielfach kommen wir nur schlecht mit modernen Entwicklungen zurecht. Seit Sokrates' Zeiten hat sich nicht viel geändert. Es sollte deswegen nicht schicklich sein, sich über die nächste Generation von Ärzten den Kopf zu zerbrechen, aber was sich in unserer urologischen Gesellschaft abzeichnet, erfüllt mich mit Sorge.

Schaut man auf die nachkommende Generation der Urologen, so schimpfen wir, dass es ihnen nicht mehr um Publikationen, Klinikarbeit und berufliche Profilierung geht, statt dessen haben die Worte Arbeitszeitgesetz, Work-Life-Balance und Freizeit die Spitzenpositionen in der medizinischen Karriereplanung übernommen.

Was läuft falsch mit unserer Jugend? Nichts! Aber seien wir einmal ehrlich – wann hat ein Klinikchef das letzte Mal einem Assistenten im ersten Ausbildungsjahr eine Operation assistiert? Wann durfte ein junger Arzt das erste Mal ein Resektoskop führen? Meist passiert das erst im letzten Ausbildungsjahr und dann übernimmt gleich einmal der Facharzt die Operation, weil es sonst zu lange dauert ... Welcher Urologe in Ausbildung hat sämtliche Punkte des Operationskatalogs erfüllt und sich damit ehrlich das Facharztzeugnis verdient? Haben wir „Alten“ so die Urologie gelernt? Sicher nicht. Auf der Hetzjagd nach zunehmenden Operationszahlen, Auslastung der Operations-



Univ. Prof. Dr. Andreas Jungwirth

säle und verkürzten Liegezeiten unserer Patienten ist der Auszubildende unter die Räder gekommen. Er ist Systemerhalter, Ambulanzklave, OP-Aufklärer, Spritzen- und Blutabnahmespezialist und wenn es hoch kommt, Pausenclown bei der Sitzung für den urologischen Nachwuchs, meist mit fremden Daten zum höheren Ruhm des Abteilungsvorstandes

Wir verbrennen unseren Nachwuchs und haben total vergessen, dass wir mit diesen Kollegen einen Ausbildungsvertrag geschlossen haben, welcher meist einseitig nicht eingehalten wird. Wir frustrieren sie, degradieren sie und sind dann erstaunt, wenn es kein Return on Investment gibt – weil wir haben ehrlicherweise ja nur wenig investiert! Welchen „Rising Star“ haben wir in den letzten Jahren in Österreich in der Urologie hervorgebracht? Es sind die Primärärzte, die an der, von Prof. Madersbacher vorgezeichneten, „Verproletarisierung“ der urologischen Kolleginnen und Kollegen verantwortlich sein werden. Wir bilden zu viele Kolleginnen und Kollegen aus und das aufgrund mangelnder Operationszahlen und eines immer schmaler werdenden Fachspektrums auch noch schlecht! Wovon sollen diese Ärzte einmal leben? Als Arbeiter in kommerzialisierten Primärversorgungszentren – dieses Szenario sollte uns erschauern!

Und wenn uns die Aus- und Fortbildung unserer jungen Kollegenschaft egal ist,

Harnsäuresenkung kann Nierenfunktion stabilisieren



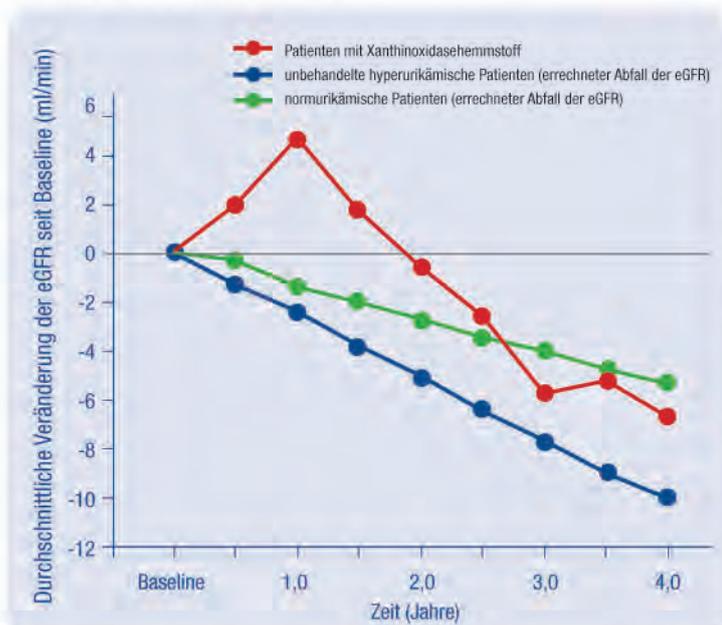
Die genetisch bedingte¹ Systemerkrankung Gicht/Symptomatische Hyperurikämie hat nicht nur negative Folgen für die Gelenke, auch Organe wie die Nieren können aufgrund der dauerhaft erhöhten Harnsäurespiegel Schaden nehmen.² Eine kürzlich publizierte Übersichtsarbeit von Johnson et al.³ zeigte in diesem Zusammenhang sogar, dass hohe Serum-Harnsäurewerte auch einen unabhängigen Risikofaktor für die Entwicklung einer chronischen Niereninsuffizienz bis hin zur Dialyse darstellen.³ Dies unterstreicht eine Studie an 21.000 gesunden Probanden von Obermayr et al.⁴, die nachweisen konnte, dass das Risiko für eine Niereninsuffizienz bei Harnsäurewerten zwischen 7 und 9 mg/dl doppelt so hoch ist wie bei Harnsäurespiegeln unter 7 mg/dl. Bei Harnsäurewerten über 9 mg/dl war das Risiko sogar 3-fach erhöht.⁴

Harnsäure-Zielwert unter 6 mg/dl anstreben

Studien deuten darauf hin, dass eine Senkung der Serum-Harnsäure die Progression einer eingeschränkten Nierenfunktion verlangsamen kann.⁵ Die internationalen Leitlinien⁶ empfehlen deshalb bei Patienten mit symptomatischer Hyperurikämie einen Harnsäure-Zielwert unter 6 mg/dl anzustreben. Diese Empfehlung untermauert nun auch eine aktuelle Studie von Levy et al.: Bei den Patienten, die unter einer harnsäuresenkenden Therapie den Zielwert von < 6 mg/dl erreichten, reduzierte sich das Risiko für das Auftreten von renalen Folgeereignissen um 37 Prozent.⁷ Diese waren in der Studie definiert als Abfall der GFR um 30 %, das Erreichen einer GFR von ≤ 15 ml/min oder der Notwendigkeit einer Dialyse.⁷

Harnsäuresenkung mit renoprotektiver Wirkung

Dass die Risikoreduktion signifikant mit der Höhe der Serum-Harnsäure korreliert, konnten Whelton et al.⁵ nachweisen: Je stärker die Harnsäure im Vergleich zum Ausgangswert gesenkt werden konnte, desto positiver war auch die Wirkung. In einem mathematischen Modell wurde berechnet, dass mit jeder Senkung der Serum-Harnsäure um 1 mg/dl eine Verbesserung der eGFR um 1 ml/min zu erwarten war.⁵ Dass die Erhaltung oder Verbesserung der eGFR in Zusammenhang mit der Reduktion der Serum-Harnsäure steht, bestätigen auch die Daten von 551 Patienten aus der EXCEL-Studie.⁸ Diese konnte zudem zeigen, dass Patienten mit einer eingeschränkten Nierenfunktion (eGFR < 60 ml/min) pro Senkung der Serumharnsäure um 1 mg/dl eine Verbesserung der eGFR von 4,6 ml/min erreichten. Damit lassen die Ergebnisse vermuten, dass die dauerhafte Senkung der Harnsäure mit Xanthinoxidasehemmern eine renoprotektive Wirkung erzielen kann.^{5,8}



Mittlere Veränderung der eGFR bei mit Xanthinoxidasehemmern behandelten Patienten verglichen mit dem errechneten Abfall der eGFR bei normurikämischen sowie bei unbehandelten, hyperurikämischen Patienten; modifiziert nach 8

Adenuric®: der starke Harnsäuresenker

- Signifikant wirksamer als Allopurinol bei der Erreichung des Serum-Harnsäure-Zielwertes von < 6,0 mg/dl^{9,10}
- Reduziert in der Dauertherapie konsequent Gichtanfälle und Tophi^{9,11}
- Keine Dosisanpassung bei leicht oder mittelschwer eingeschränkter Nierenfunktion oder älteren Patienten¹²

Auf einen Blick:

- Hohe Serum-Harnsäurewerte sind ein unabhängiger Risikofaktor für die Entwicklung einer chronischen Niereninsuffizienz bis hin zur Dialyse³
- Die Senkung der Serum-Harnsäure kann die Progression einer eingeschränkten Nierenfunktion verlangsamen⁵
- Die Absenkung der Harnsäure unter 6 mg/dl mit Xanthinoxidasehemmern kann eine renoprotektive Wirkung haben⁸

Kurzfassung der Fachinformation von Adenuric®

Bezeichnung des Arzneimittels: Adenuric 80 mg Filmtabletten, Adenuric 120 mg Filmtabletten. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Jede Tablette enthält 80 mg bzw. 120 mg Febuxostat. Liste der sonstigen Bestandteile: Jede Tablette enthält 76,50 mg bzw. 114,75 mg Lactose (als Monohydrat), Tablettenkern: Lactose-Monohydrat, Mikrokristalline Cellulose, Magnesiumstearat (Ph. Eur.), Hydroxylpropanmethylcellulose, Croscarmellose-Natrium, Siliciumdioxid-Hydrat, Farbstoffe: Opadry II gelb, 85F42129 enthält: Polyvinylalkohol, Titandioxid (E171), Macrogol 3350, Talkum, Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E172). Anwendungsgebiete: Adenuric ist zur Anwendung bei Erwachsenen bestimmt. Adenuric 80 mg: Behandlung der chronischen Hyperurikämie bei Erkrankungen, die bereits zu Uratablagerungen geführt haben (einschließlich eines aus der Krankengeschichte bekannten oder aktuell vorliegenden Gichtknotens und/oder einer Gichtarthritis). Adenuric 120 mg: Adenuric wird angewendet zur Behandlung der chronischen Hyperurikämie bei Erkrankungen, die bereits zu Uratablagerungen geführt haben (einschließlich eines aus der Krankengeschichte bekannten oder aktuell vorliegenden Gichtknotens und/oder einer Gichtarthritis). Adenuric wird angewendet zur Vorbeugung und Behandlung einer Hyperurikämie bei erwachsenen Patienten mit hämatologischen Malignomen, die sich einer Chemotherapie mit einem mittleren bis hohen Risiko für ein Tumorlyse-Syndrom (TLS) unterziehen. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. Pharmakotherapeutische Gruppe: Gichtmittel. Urokinase. ATC-Code: M04AA03. Inhaber der Zulassung: Menarini International Operations Luxembourg S.A., 1, Avenue de la Gare, L-1611, 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, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit sowie Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation. Stand der Information, Jänner 2017.

1) Küttgen A et al., Nat Genet 2013; 45: 145-54; 2) Pillinger M et al., Bull NYU Hosp JT Dis. 2010; 68(3): 199-203; 3) Johnson RJ et al., Nephrol Dial Transplant 2013; 28(9): 221-8; 4) Obermayr RP et al., J Am Soc Nephrol. 2008; 19(12): 2407-13; 5) Whelton A et al., JCR 2011; 17(1): 7-13; 6) Khanna D et al., Arthritis Care & Research 2012; 19: 1431-46; 7) Lew GD et al., J Rheumatol. 2014; 41(5): 955-62; 8) Whelton A et al., Postgrad Med. 2013; 125(1): 106-14; 9) Becker MA et al., N Engl J Med. 2005; 353: 2450-6; 10) Schumacher HR et al., Arthritis Rheum 2008; 59: 1540-8; 11) Schumacher HR et al., Rheumatology 2009; 48: 188-94; 12) Adenuric® Fachinformation



Adenuric®
(febuxostat)

Senkt die Harnsäure effektiv unter 6 mg/dl¹²

Offen gesagt

dann frage ich, wann habt ihr euch überlegt – **Wer wird mich einmal urologisch behandeln ...?** Und wenn es euch dann kalt über den Rücken läuft, dann ist es Zeit, sich den jungen Kollegen zuzuwenden.

Am AUA 2014 gab es einen interessanten Vortrag von Culley Carson. In seinen Ausführungen – „How to become an expert in urology“ setzte er folgende Marker: Man braucht 10.000 Stunden im Hauptfach, davon sollte der Assistent in einem chirurgischen Fach 38% dieser Zeit im OP verbringen. In den USA wurde die Arbeitszeit für Assistenten von 96 auf 84 Stunden pro Woche verkürzt – unter dem starken Protest der Abteilungsleiter, weil die Zeit für eine profunde Ausbildung damit zu kurz ist – in der EU haben wir die Richtlinien von 48 Stunden/Woche Dazu kommen noch die Zusatzvereinbarungen der Kollegen über reduzierte Arbeitszeitmodelle – wie lange wird die Ausbildung dann wirklich dauern, um ein Experte zu werden, oder

haben wir dann gar keine Experten mehr? Und welcher Assistent verbringt 38% seiner Ausbildungszeit im OP?

Wer wird uns einmal therapieren? Diese kritische Frage sollten wir uns HEUTE stellen, weil morgen ist es vielleicht zu spät. Wir müssen endlich wieder anfangen, unsere Jugend urologisch breit auszubilden, sowohl was das operative als auch das konservative Fachwissen betrifft. Wer ein bisschen die aktuelle Entwicklung in der Urologie verfolgt, wird einsehen, dass wir uns aus dem Prostatabusiness langsam verabschieden werden. Wenn die Immuntherapie in einigen Jahren die Operation des Prostatakarzinoms abgelöst hat – was machen wir dann mit unserer vielen Freizeit? Vielleicht wieder ehrliche Urologie und Männermedizin?

Ich möchte nicht als frustrierter „Muppet“ die Szene in Österreich schlecht reden, aber die kritische Hinterfragung unseres Handelns muss möglich sein. Wann hat der „Arbeitskreis Primärärzte“ zuletzt

getagt und wann wurden weitreichende Beschlüsse für die Zukunft unseres Faches getroffen? Wie lange noch werden Facharztdekrete an Kolleginnen und Kollegen überreicht, die bei weitem nicht den Lernzielkatalog erfüllt haben? Wie weit lassen wir uns von Gynäkologen, Kinderchirurgen, Viszeralchirurgen, Onkologen, Reproduktionsmedizinern unser Fachspektrum verkleinern? Wahrscheinlich solange, bis wirklich nichts mehr übrig bleibt!

Ich habe den schönsten Beruf der Welt gewählt, ich hatte die besten Lehrer, die man sich wünschen kann, ich habe das schönste Fach in der Medizin gewählt. Ich darf in einem freien Beruf arbeiten und wir haben/hätten die Verpflichtung, das auch unseren jungen Kollegen zu ermöglichen. Dafür muss die österreichische Gesellschaft für Urologie und Andrologie stehen.

Univ. Prof. Dr. Andreas Jungwirth
Aigner Straße 12
5020 Salzburg

Fachkurzinformation zu Seite 63

▼ 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 Fachinformation. **BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS:** OPDIVO 10 mg/ml Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antineoplastische Mittel, monoklonale Antikörper. **ATC-Code:** L01XC17. **QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG:** Jeder ml des Konzentrats enthält 10 mg Nivolumab. Eine 4-ml-Durchstechflasche enthält 40 mg Nivolumab. Eine 10-ml-Durchstechflasche enthält 100 mg Nivolumab. Nivolumab wird mittels rekombinanter DNA-Technologie aus Ovarialzellen des Chinesischen Hamsters gewonnen. **Sonstige Bestandteile:** Natriumcitratdihydrat, Natriumchlorid, Mannitol (E421), Diethylentriaminpentaessigsäure (Pentetsäure), Polysorbat 80, Natriumhydroxid (zum Einstellen des pH-Werts), Salzsäure (zum Einstellen des pH-Werts), Wasser für Injektionszwecke. Jeder ml des Konzentrats enthält 0,1 mmol (2,5 mg) Natrium. **ANWENDUNGSGEBIETE:** **Melanom:** OPDIVO ist als Monotherapie oder in Kombination mit Ipilimumab bei Erwachsenen für die Behandlung des fortgeschrittenen (nicht resezierbaren oder metastasierten) Melanoms indiziert. Im Vergleich zur Nivolumab Monotherapie wurde in der Kombination Nivolumab mit Ipilimumab nur bei Patienten mit niedriger Tumor PD-L1-Expression ein Anstieg des progressionsfreien Überlebens (PFS) gezeigt (siehe Abschnitte 4.4 und 5.1 der Fachinformation). **Nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom (NSCLC):** OPDIVO ist als Monotherapie zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder metastasierten nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms nach vorheriger Chemotherapie bei Erwachsenen indiziert. **Nierenzellkarzinom (RCC):** OPDIVO ist als Monotherapie bei Erwachsenen zur Behandlung des fortgeschrittenen Nierenzellkarzinoms nach Vortherapie indiziert. **Klassisches Hodgkin-Lymphom (CHL):** OPDIVO ist als Monotherapie zur Behandlung des rezidivierenden oder refraktären klassischen Hodgkin-Lymphoms bei Erwachsenen nach einer autologen Stammzelltransplantation (ASCT) und Behandlung mit Brentuximab Vedotin indiziert. **Plattenepithelkarzinom des Kopf-Hals-Bereichs (SCCHN):** OPDIVO ist als Monotherapie zur Behandlung des Plattenepithelkarzinoms des Kopf-Hals-Bereichs bei Erwachsenen mit einer Progression während oder nach einer platinbasierten Therapie indiziert (siehe Abschnitt 5.1 der Fachinformation). **Urothelkarzinom:** OPDIVO ist als Monotherapie zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen nicht resezierbaren oder metastasierten Urothelkarzinoms bei Erwachsenen nach Versagen einer vorherigen platinhaltigen Therapie indiziert. **GEGENANZEIGEN:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 (der Fachinformation) genannten sonstigen Bestandteile. **INHABER DER ZULASSUNG:** Bristol Myers Squibb Pharma EEIG, Uxbridge Business Park, Sanderson Road, Uxbridge UB8 1DH, Vereinigtes Königreich. **Kontakt in Österreich:** Bristol-Myers Squibb GesmbH, Wien, Tel. +43 1 60143 -0. **VERSCHREIBUNGSPFLICHT/APOTHEKENPFLICHT:** NR, apothekenpflichtig. **STAND: 06/2017. Weitere Angaben, insbesondere zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln oder sonstige Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit sowie Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**

▼ 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 Fachinformation. **BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS:** YERVOY 5 mg/ml Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antineoplastische Mittel, monoklonale Antikörper. **ATC-Code:** L01XC11. **QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG:** Jeder ml des Konzentrats enthält 5 mg Ipilimumab. Eine 10 ml Durchstechflasche enthält 50 mg Ipilimumab. Eine 40 ml Durchstechflasche enthält 200 mg Ipilimumab. Ipilimumab ist ein vollständig humaner anti-CTLA-4-Antikörper (IgG1κ), der mittels rekombinanter DNA-Technologie aus Ovarialzellen des Chinesischen Hamsters gewonnen wird. **Sonstige Bestandteile:** Trometamolhydrochlorid (2-Amino-2-hydroxymethyl-1,3-propanediol-hydrochlorid), Natriumchlorid, Mannitol (E421), Pentetsäure (Diethylentriaminpentaessigsäure), Polysorbat 80, Natriumhydroxid (zum Einstellen des pH-Werts), Salzsäure (zum Einstellen des pH-Werts), Wasser für Injektionszwecke. Jeder ml Konzentrat enthält 0,1 mmol Natrium, was 2,30 mg Natrium entspricht. **ANWENDUNGSGEBIETE:** YERVOY ist zur Behandlung von fortgeschrittenen (nicht resezierbaren oder metastasierten) Melanomen bei Erwachsenen indiziert. **GEGENANZEIGEN:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **INHABER DER ZULASSUNG:** Bristol-Myers Squibb Pharma EEIG Uxbridge Business Park Sanderson Road Uxbridge UB8 1DH Vereinigtes Königreich. **Kontakt in Österreich:** Bristol-Myers Squibb GesmbH, Wien, Tel. +43 1 60143 -0. **VERSCHREIBUNGSPFLICHT/APOTHEKENPFLICHT:** NR, apothekenpflichtig. **STAND: 11/2016. Weitere Angaben, insbesondere zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln oder sonstige Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit sowie Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**

Wissenschaft, Zufall und Glaube – Gibt es da einen Zusammenhang?

O. Zechner im Interview mit **Univ. Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Anton Zeilinger**

Univ. Prof. Dr. Othmar Zechner:

Eine Gruppe amerikanischer Physiker hat 2015 den Ig-Nobelpreis für Physik gewonnen, indem sie nachgewiesen bzw. errechnet hatte, dass alle Säugetiere ihre Blase im Schnitt innerhalb von 21 Sekunden entleeren. Als Urologe darf ich Ihnen versichern, dass die überwiegende Mehrzahl der Männer jenseits des 60. Lebensjahres, sich von dieser Studie nicht angesprochen fühlen.

Ist diese, wenn auch nicht ganz ernst zu nehmende Untersuchung, ein Beispiel für die Kooperation von Physik und Medizin?

Univ. Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Anton Zeilinger:

Mir ist diese Untersuchung nicht bekannt, ich möchte daher keine Stellung dazu nehmen.

Im Naturhistorischen Museum läuft derzeit die Ausstellung „Wie alles begann: Von Galaxien, Quarks und Elektronen“.

In der Medizin gibt es jede Menge populärwissenschaftlicher Publikationen, welche nicht selten zu völlig überzogenen Erwartungen auf Seiten der Patienten und in Form von Pseudoinformation zu erheblichen Schwierigkeiten in der Aufklärung und Erläuterung der Behandlungsstrategie führen. Gibt es das auch in der Physik?

Es mag gelegentlich in allen Wissenschaften Darstellungen geben, die überzogene Erwartungen erzeugen. Nirgendwo haben diese wohl die Konsequenzen, wie sie (Ihrer Antwort entnehmend) in der Medizin auftreten können.

Nun zu ernsteren Themen: Ist die Natur Ergebnis der Evolution, zufälliger physikalisch-chemischer Abläufe oder steckt ein ordnendes Prinzip dahinter? Für Thomas von Aquin gab es keinen Zufall, sondern dieser sei lediglich eine Folge unseres begrenzten Erkenntnisvermögens. Auch Albert Einstein glaubte nicht an das Zufalls-



Univ. Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Anton Zeilinger

© Foto: Jacqueline Godany

Grundsätzlich stellt sich die Frage, woher Naturgesetze kommen, ob diese spontan einfach so existieren, wie wir sie beobachten, oder ob etwas Tieferes dahinter steckt. Diese Frage selbst liegt außerhalb des Zuständigkeitsbereichs der Naturwissenschaften.

prinzip („Der Alte würfelt nicht!“). Können Sie als Quantenphysiker Zufall negieren?

Die Aussage, dass die Natur Ergebnis der Evolution ist, und die Frage, ob dahinter ein ordnendes Prinzip stecken kann, widersprechen einander nicht. Es ist ganz klar, dass zum Beispiel die Frage gestellt werden kann, dass man die Prinzipien der Evolution durchaus auch als ein ordnendes Prinzip sehen kann. Grundsätzlich stellt sich ja die Frage, woher Naturgesetze kommen, ob diese spontan einfach so existieren, wie wir sie beobachten, oder ob etwas Tieferes dahinter steckt. Diese Frage selbst liegt außerhalb des Zuständigkeitsbereichs der Naturwissenschaften. Daher ist es die Entscheidung des Einzelnen, wie er oder sie diese Frage beantwortet.

Wenn Thomas von Aquin die Meinung vertritt, dass Zufall lediglich eine Folge unseres begrenzten Erkenntnisvermögens sei, so vertritt er hier die Weltansicht der klassischen Physik oder der klassischen Naturwissenschaften. In der Quantenphysik gibt es tatsächlich Fälle von Zufall, wo es nicht darum geht, dass wir ein begrenztes Erkenntnisvermögen haben, sondern wo eine Erklärung des

Im Brennpunkt

Einzelereignisses zu einem Widerspruch führen würde. Ich formuliere es manchmal, zugegebenermaßen etwas provokant, so, dass auch Gott in diesen Fällen den Zufall nicht erklären kann. Einsteins Position kommt aus der klassischen Physik und ist verständlich aus seinem Wunsch, dass die Physik und auch die Naturwissenschaften im Prinzip alles erklären können müssten, auch das einzelne quantenmechanische Ereignis. Diese Position ist heute nicht mehr haltbar.

Lassen Sie mich auf die Entwicklung der Menschheit zurückkommen.

Eine Gruppe von Genforschern in Seattle um Evan Eichler hat errechnet, dass angeblich vor 282.000 Jahren die Evolution einer Gruppe vormenschlicher Wesen (Hominiden) ein grundüberholtes Erbgut zur Verfügung gestellt hat und diese neue Zufallsvariante zur Erprobung auf den Planeten schickte. Diese genetische Zufallsvariante war der Homo sapiens und was aus der Erprobung geworden ist, sehen wir allenthalben.

Nun eine ähnliche Frage: War es evolutionärer Zufall oder „göttlicher Plan“?

Für Fragen der Evolution bin ich sicher fachlich nicht zuständig.

Führt die rasante Entwicklung moderner Wissenschaften mit immer tieferen Einblicken und Erkenntnissen in die Vorgänge der Natur vielleicht zu einer hochmütigen Grundeinstellung des Menschen und damit zum Verlust von Moral und Religion und unter der Hybris der Illusion der „universellen Machbarkeit“ auch zur Ablehnung und Ignoranz von „Schicksal“?

Ich denke, dass die von Ihnen erwähnte „hochmütige Grundeinstellung des Menschen“ wohl heute überholt ist. Die Frage einer Hybris, der Illusion der universellen Machbarkeit, ist eine Falle, in die, so glaube ich, heute sehr viel weniger Wissenschaftler fallen als vielleicht noch vor 30 oder 40 Jahren. Ob dies mit einem Verlust von Moral und Religion zu tun hat, ist absolut unklar. Der Verlust der Religion im Sinne einer offiziellen Religionsgemeinschaft ist sicherlich zu beobachten – und zum Teil darauf zurückzuführen, dass offizielle Lehrmeinungen, wahrscheinlich in allen Religionen, Dinge behauptet haben, die



Univ. Prof. Dr. Othmar Zechner

Ich glaube aus meiner Beobachtung, besonders auch mit jungen Menschen, dass diese auch ohne eine religiöse Überzeugung wichtige ethische Grundsätze in ihrem Leben einhalten bzw. diese einfordern, auch von Politikern. Es gibt ja auch eine sehr signifikante Religiosität abseits von offiziellen Religionsgemeinschaften.

nicht notwendig sind, auch nicht im Sinne der Grundideen der jeweiligen Religionen selbst, die dann natürlich zu einem Misstrauen gegenüber der jeweils offiziellen Position geführt haben. Allerdings glaube ich aus meiner Beobachtung, besonders auch mit jungen Menschen, dass diese auch ohne eine religiöse Überzeugung wichtige ethische

Grundsätze in ihrem Leben einhalten bzw. diese einfordern, auch von Politikern. Es gibt ja auch eine sehr signifikante Religiosität abseits von offiziellen Religionsgemeinschaften.

Vor ca. 10.000 Jahren fand die sogenannte „neolithische Revolution“ statt. Die Menschheit wurde von Jägern und Sammlern sesshaft zu Hirten und Bauern.

Heute leben wir im Zeitalter der „digitalen Revolution“ mit der Auslagerung von Denkleistungen an Maschinen.

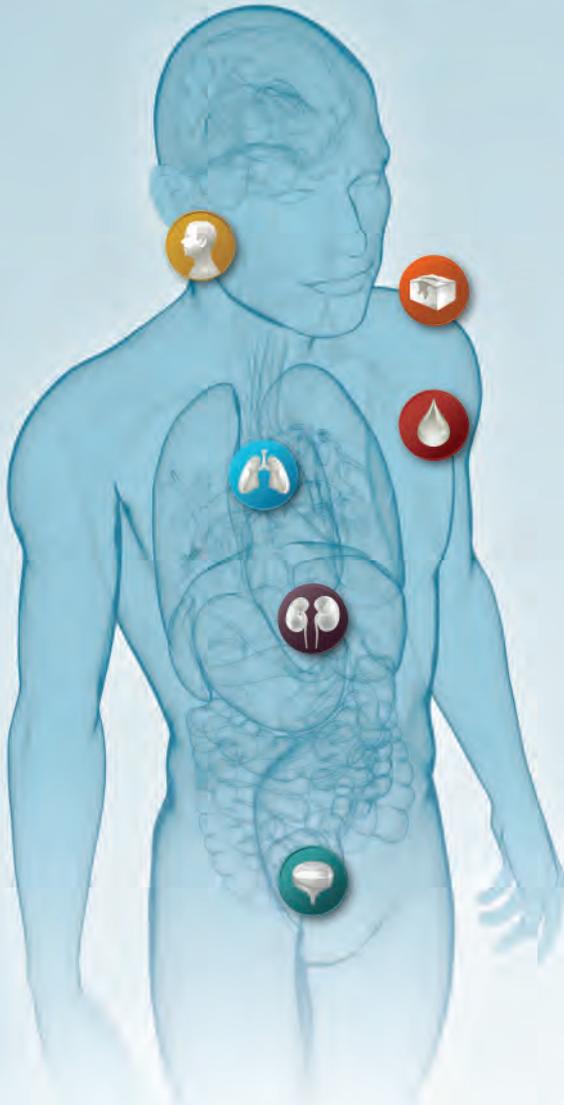
Ist es denkbar, dass dadurch das emotionale Potenzial des Menschen im westlichen Kulturkontext verkümmert und dadurch eine „Vergletscherung“ der Gefühle einhergeht, wie es Michael Haneke formuliert?

Die sogenannte „digitale Revolution“ lagert einfache Denkleistungen an Maschinen aus. Dies ist jedoch für komplexere Vorgänge noch nicht gelungen, und ich erwarte dies auch nicht. So gewinnt etwa ein Schachcomputer gegen einen Menschen nicht deshalb, weil er den kreativen, ganzheitlichen Einsatz, der dem menschlichen Denken zugrunde liegt, implementieren kann, sondern es ist ein durchaus cleverer Einsatz enormer Rechenleistung. In der Wissenschaft sehe ich, dass der Einsatz von Computern die einzelnen Wissenschaftler freimacht für kreative, ungewöhnliche Ansätze und damit für grundsätzlich neue Wege in der naturwissenschaftlichen Forschung.

Einstein und viele andere Wissenschaftler schwärmen von der Schönheit und Erhabenheit des Kosmos – aber auch von jener der kleinen, scheinbar banalen Exponate der Natur wie z.B. einer Blume. Für Gläubige ist Gott der Urheber dieser Schönheit. Atheisten müssen eine andere Erklärung dafür finden. Was trägt die Wissenschaft, im Speziellen die Physik zur Lösung dieser Frage bei?

Für den Wissenschaftler ist besonders die mathematische Schönheit unserer Naturbeschreibung geradezu umwerfend. Diese mathematische Schönheit drückt sich auch darin aus, dass im Grunde sehr einfache und kurze mathematische Gleichungen eine ganze Fülle von Phänomenen in der Natur erklären können. Warum dies so ist, ist ein großes Rätsel. Man kann, wie es auch Einstein tat, Gott als den Urheber der

Therapieziel: Langzeitüberleben für noch mehr Patienten.¹



Melanom* 1L
 fortgeschritten (nicht resezierbar oder metastasiert) als Monotherapie und in Kombination mit YERVOY®
Gesamtüberleben 64% nach 2 Jahren^{a,2}

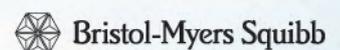
NSCLC# 2L
 lokal fortgeschritten oder metastasiert; Histologie-unabhängig
Bis zu 20,6 Monate mOS^{b,3}

Fortgeschrittenes Nierenzellkarzinom[§] 2L
 Verlängert das Gesamtüberleben auf über **2 Jahre^{c,4}**

cHL[°]
 rezidiert oder refraktär
68% Ansprechrate^{d,1}

SCCHN⁺
 bei Progression während oder nach platinbasierter Therapie
36% vs. 17% 1-Jahres-Gesamtüberleben^{e,5}

Urothelkarzinom**
 bei Progression nach platinbasierter Therapie
NEU
8,7 Monate medianes Gesamtüberleben⁶



* OPDIVO® ist als Monotherapie oder in Kombination mit Ipilimumab bei Erwachsenen für die Behandlung des fortgeschrittenen (nicht resezierbaren oder metastasierten) Melanoms indiziert. Im Vergleich zur Nivolumab Monotherapie wurde in der Kombination Nivolumab mit Ipilimumab nur bei Patienten mit niedriger Tumor PD-L1-Expression ein Anstieg des progressionsfreien Überlebens (PFS) gezeigt. # OPDIVO® ist als Monotherapie zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder metastasierten nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms nach vorheriger Chemotherapie bei Erwachsenen indiziert. § OPDIVO® ist als Monotherapie bei Erwachsenen zur Behandlung des fortgeschrittenen Nierenzellkarzinoms nach Vortherapie indiziert. ° OPDIVO® ist als Monotherapie zur Behandlung des rezidivierenden oder refraktären klassischen Hodgkin-Lymphoms bei Erwachsenen nach einer autologen Stammzelltransplantation (ASCT) und Behandlung mit Brentuximab Vedotin indiziert. + OPDIVO® ist als Monotherapie zur Behandlung des Plattenepithelkarzinoms des Kopf-Hals-Bereichs bei Erwachsenen mit einer Progression während oder nach einer platinbasierten Therapie indiziert. ** OPDIVO® ist als Monotherapie zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen nicht resezierbaren oder metastasierten Urothelkarzinoms bei Erwachsenen nach Versagen einer vorherigen platinhaltigen Therapie indiziert.

a. Mit der Kombinationstherapie OPDIVO® mit YERVOY® b. Vs. Standardtherapie Docetaxel bei $\geq 10\%$ PD-L1-Positivität bei nsq-NSCLC-Patienten c. Vs. Everolimus d. Bewertet vom Independent Radiologic Review Committee (IRRC) gemäß den Kriterien der International Working Group (IWG) 2007 e. Vs. Investigator's Choice (Methotrexat, Docetaxel oder Cetuximab)
 1. OPDIVO®-Fachinformation, aktueller Stand 2. Larkin J et al. AACR, 2017; Abstract #CT075 3. Bristol-Myers Squibb, Data on File, wird auf Anfrage gerne zur Verfügung gestellt 4. Motzer RJ et al. N Engl J Med, 2015; 373 (19): 1803-13 5. Ferris RL et al. N Engl J Med, 2016; 375 (19): 1856-67 6. Sharma P et al. Lancet Oncol, 2017; 18 (3): 312-22

Im Brennpunkt

Naturgesetze sehen. Dies ist aber nicht ein zwingender logischer Schluss. Als Atheist kann man sich auf den Standpunkt stellen, dass die Welt nun so ist, wie sie ist, und für solche Grundfragen nicht unbedingt eine Erklärung gefunden werden muss.

Albert Einstein schreibt in „Mein Weltbild“: „Das Schönste, was wir erleben können, ist das Geheimnisvolle. Es ist das Grundgefühl, das an der Wiege von wahrer Kunst und Wissenschaft steht. Wer es nicht kennt und sich nicht mehr wundern, nicht mehr staunen kann, der ist sozusagen tot und sein Auge erloschen“.

Wie vieler Wissenschaftler Augen sind heutzutage bildlich gesprochen erloschen, wenn sie nicht mehr das Geheimnisvolle, sondern nur den finanziellen Gewinn bzw. den medialen Ruhm suchen?

Für den Wissenschaftler und die Wissenschaftlerin ist Neugierde eine der wichtigsten Motivationen. Diese Neugierde wird natürlich durch das Staunen über das Geheimnisvolle stimuliert und angeregt. Meine persönliche Erfahrung ist, dass ein großer Teil der Wissenschaftler auch heute von dieser Neugier angeregt wird. Die Wissenschaftler, die nur finanziellen Gewinn oder medialen Ruhm suchen, sind nach meiner Beobachtung eine kleine Minderheit. Ich würde auch behaupten, dass eine solche Motivation nicht geeignet ist, um das wirklich Neue in der Wissenschaft zu finden, denn dieses ist immer auch mit dem Risiko verbunden, dass man auch nach einigen Jahren angestrengten Forschens den Fragen, die einen interessieren, nicht wirklich näherkommt.

Der atheistische Philosoph Ronald Dworkin stellt die Frage in den Raum, ob die Schönheit einer Theorie – z.B. in Teilchenphysik, Astrophysik oder Kosmologie – ein Indiz für ihre Wahrheit wäre. Wie ist Ihre Meinung dazu?

Es ist mir nicht klar, ob Dworkin wirklich ein Atheist war, oder nicht eher ein Agnostiker. Atheist zu sein, ist genauso eine Glaubensfrage, wie gläubig zu sein. Die aus wissenschaftlicher Sicht vernünftigste Position ist die des Agnostikers, der sagt, dass theologische Fragen, wie auch die Frage nach Gott, außerhalb der Methoden der Naturwissenschaft stehen und daher von der Wissenschaft her dazu nichts gesagt werden kann. Bisher wird die Idee, dass die Schönheit einer

Theorie ein Indiz für ihre Wahrheit ist, von vielen Wissenschaftlern geteilt. Es ist zu hoffen, dass es dabei bleibt.

Der niederländische Atmosphärenchemiker P.J. Crutzen hat den geologieäquivalenten Begriff des „Anthropozäns“ für unser Zeitalter geprägt, was nichts anderes bedeutet, als dass der Mensch für die Bewahrung und Geschäftsführung der Erde im Ganzen verantwortlich ist, wie es Peter Sloterdijk formuliert.

Daraus folgt die zwingende Notwendigkeit, dass jede Wissenschaft den sorgsamsten Umgang und die Bewahrung des terrestrischen Umfeldes zur Grundlage ihrer Intentionen zu machen hat. Welchen Beitrag leistet die Physik dazu?

Viele der Methoden, die in der Umweltforschung eingesetzt werden, und auch der Verfahren, die dazu eingesetzt werden, die negativen Einflüsse des Menschen auf die Umwelt zu reduzieren oder sogar rückgängig zu machen, sind Verfahren, die auf Erkenntnissen der Physik beruhen. Hier handelt es sich häufig um Grundlagenforschung, die vor vielen Jahren gemacht wurde, ohne dass es klar war, dass sie in der Umweltforschung eingesetzt werden kann.

Für die Generationen früherer Jahrhunderte stellte die Natur ein unendlich überlegenes und deshalb auch grenzenlos belastbares Umfeld dar, welches alle Ausbeutungen ignorierte.

Unsere Zeit wird dominiert vom Begriff der „Freiheit“ – Freiheit zur Übertreibung und zur Verschwendung und letztlich auch Freiheit zur Selbstzerstörung.

Diese Form der Freiheit steht aber im Widerspruch zum Postulat der Erhaltung der Welt.

Kann uns die Physik bei der Lösung dieses Problems helfen oder ist sie nur beobachtender Zaungast oder ist dies überhaupt nur ein rein philosophisches Problem?

Ich möchte hier auf meine Antwort zur letzten Frage verweisen.

Nicht alles, was die Forschung in der modernen Medizin generiert, gereicht auch zum tatsächlichen Wohle der Menschen.

Die aus wissenschaftlicher Sicht vernünftigste Position ist die des Agnostikers, der sagt, dass theologische Fragen, wie auch die Frage nach Gott, außerhalb der Methoden der Naturwissenschaft stehen und daher von der Wissenschaft her dazu nichts gesagt werden kann.

Wie schaut das auf dem Gebiet der Physik aus?

Ein berühmtes Beispiel aus der Physik sind frühe Forschungen für Kernphysik. Diese Forschungen, bei denen es um die Aufklärung der Struktur und auch der Eigenschaften von Atomkernen ging, haben unter vielen anderen zwei Anwendungen gebracht, die am entgegengesetzten äußersten Ende des Spektrums liegen. Das eine ist die Atombombe und das andere ist der Kernspintomograph, der sicherlich zum Wohle vieler Menschen eingesetzt wurde und auch heute noch dazu beiträgt.

In der Medizin gibt es Entwicklungen, in welchen tradierte ethische Grundsätze negiert werden. Dies findet sowohl am Anfang als auch am Ende des Lebens statt. Ich denke dabei aber auch an die Reproduktionsmedizin, wo z.B. ein Kind in Konsequenz der Logik des Herstellens nicht mehr als Geschenk, sondern als Produkt angesehen wird.

Gibt es in der Physik auch so etwas wie ein ethisches Narrativ?

Natürlich gibt es auch in der Physik ein ethisches Narrativ. Ich verweise etwa auf Pugwash, die internationale, weltweite Bewegung gegen Atomwaffen, die von Physikern gegründet wurde und auch heute noch vorwiegend von Physikern getragen wird.

Mark Zuckerberg hat öffentlich proklamiert, dass er den Großteil seines ungeheuren Vermögens der Genforschung zur Verfügung zu stellen gewillt ist, um – wie er sagt – „alle Krankheiten“ zu heilen.

Nun ist es bislang ungeheuer schwierig, die Interaktionen unseres eigenen Genpools untereinander zu verstehen. Darin liegt aber der Schlüssel zu Erkenntnis und gegebenenfalls Therapie genetisch bedingter Erkrankungen. Dazu sind ungeheure Kapazitäten an Rechenleistung erforderlich.

Kann uns der Quantencomputer dabei helfen und wie ist eigentlich sein Grundprinzip?

Die Auffassung, dass man durch eine bestimmte Forschungsart, wie hier die Genforschung, alle Krankheiten heilen wird, ist von einer beeindruckenden Naivität.

Der Quantencomputer wird ein Mittel sein, um komplexe Systeme viel schneller und besser analysieren zu können, als dies heute der Fall ist. Sein Grundprinzip beruht auf den Eigenschaften der Quantenmechanik: Superposition, Verschränkung, und objektiver Zufall.

In der Medizin „wachtelt man gerne mit dem Leichentuch“ wenn es um die Rekrutierung von Ressourcen geht. All dies ist nicht selten maßlos überzogen.

Wird in der Physik z.B. salopp formuliert, mit der Generierung eines „schwarzen Loches“ bei den Experimenten des CERN gedroht, um die Finanzierung zu optimieren bzw. die öffentliche Meinung zu manipulieren?

Mir ist nicht bekannt, dass irgendjemand mit der Generierung eines „schwarzen Loches“ bei Experimenten am CERN gedroht hätte. Wenn jemand dies gemacht hat, so ist das ganz einfach lächerlich.

In einem Interview in der Zeitschrift „profil“ hatten Sie erklärt, dass für Sie Information wichtiger ist als die Wirklichkeit. Für den Philosophen ist das Denken wichtiger als die Wirklichkeit. Für mich als Arzt und damit auch für den Patienten, ist die erkannte Wirklichkeit das Fundament meiner Überlegungen und Handlungen.

Könnte man diese diametral gegensätzlichen Ausgangslagen unter einen Hut bringen oder wäre dies vollkommen sinnlos?

Ich sehe die von Ihnen zitierten Ausgangslagen nicht als diametral gegensätzlich, wenn man sie richtig liest. Ich selbst würde nicht sagen, dass Information wichtiger ist als die Wirklichkeit, sondern dass Information das grundlegendere Konzept ist. Ich glaube auch nicht, dass für einen Philosophen das Denken wichtiger ist als die Wirklichkeit. Hier gibt es in der Philosophie ein sehr breites Spektrum von extremen Idealisten am einen Ende bis zu extremen Materialisten am anderen Ende.

Zur Position des Arztes kann ich nichts sagen, jedoch ist in einem Weltbild, das auch der Position des logischen Positivismus entspricht, die beobachtete Wirklichkeit ein grundlegendes Prinzip.

Was können Sie sich als Physiker und Naturwissenschaftler eher vorstellen: Eine Welt mit oder ohne Gott?

Als Physiker und Naturwissenschaftler, kann man zu der Frage, ob die Welt mit oder ohne Gott zu denken ist, keine Stellung nehmen. Es ist außerhalb der Methode der Naturwissenschaften, die Existenz eines Gottes zu beweisen oder auch zu widerlegen. Beides wäre eine falsche Anwendung des naturwissenschaftlichen Verfahrens.

Herr Professor Zeilinger, ich danke für das Gespräch.

Univ. Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Anton Zeilinger



© Foto: Jacqueline Godany

Professor Zeilinger studierte Physik und Mathematik an der Universität Wien und habilitierte 1979 an der Technischen Universität Wien. Derzeit ist er an der Fakultät für Physik der Universität Wien und dem Institut für Quantenoptik und Quanteninformation (IQOQI Wien) der Österreichischen Akademie der Wissenschaften tätig.

Professor Zeilinger hielt zahlreiche Vorlesungen an den weltweit renommiertesten Universitäten und erhielt zahllose nationale und internationale Auszeichnungen.

Neben vielen wissenschaftlichen Publikationen sind zwei seiner populärwissenschaftlichen Bücher auch in deutscher Sprache erschienen:

Einsteins Schleier (C.H. Beck 2003)
Einsteins Spuk (Bertelsmann 2005)



Urologie im Busch von Tansania

O. Zechner

Nach meinem Rückzug von der Leitung einer urologischen Abteilung an einem Großspital infolge meines Übertrittes in den Ruhestand habe ich ausreichend zeitliche Valenzen, um die nicht gerade erfreuliche Entwicklung in der Performance des Österreichischen Gesundheitswesens nicht mehr als unmittelbar Beteiligter, sondern gewissermaßen aus einer wohlthuenden Distanz zu beobachten und mich Aufgaben zuzuwenden, denen nunmehr mein fokussiertes Interesse gilt.

Afrika als Kontinent hat auf mich aus vielerlei Gründen schon immer eine magische Faszination ausgeübt, sodass es keiner großen Überredungskünste bedurfte, um mich dazu zu bewegen, zumindest zeitweise in einem Spital im Norden Tansanias mitzuwirken.

Das Land Tansania

Gemeinsam mit Kenia gehört dieses Land zu den berühmten Regionen Ostafrikas, welche schon seit weit mehr als 100 Jahren einen unwiderstehlichen Reiz auf Großwildjäger und Plantagenbesitzer ausgeübt hatten. Bis zum Ende des 1. Weltkrieges war das heutige Tansania als „Deutsch-Ostafrika“ Kolonie des Deutschen Reiches und wurde kurzerhand nach der deutsch-österreichischen Niederlage dem Britischen Kolonialimperium einverleibt.

Im Gegensatz zu den Engländern haben

die Deutschen bis heute keine schlechte Nachrede, denn sie haben Eisenbahnen und hervorragende Bierbrauereien hinterlassen.

1961 hat **Julius K. Nyerere** das Land in die Eigenständigkeit geführt und wollte 1967 mit der „Arusha-Declaration“ seinen Traum eines „afrikanischen Sozialismus“ verwirklichen.

Wie nahezu alle der so genannten „Staatsführer“ am schwarzen Kontinent mit Ausnahme des außergewöhnlichen **Nelson Mandela** konnte auch Nyerere seine Ziele nicht erreichen. Der Plan zur Errichtung multiethnischer Dorfgemeinschaften scheiterte grandios, die Maasai wurden brutal mit Waffengewalt aus der Serengeti vertrieben, und wie in der Mehrzahl der afrikanischen Staaten etablierte sich ein System der Korruption und Vetternwirtschaft. Derzeit besteht ein „pseudokommunistisches“ System mit den uns bekannten Mängeln, wird aber im nachteiligen Sinne noch potenziert, indem soziale Infrastrukturleistungen wie Krankenbehandlung keineswegs immer kostenlos sind!

Es sollte allerdings nicht verschwiegen werden, dass der seit November 2015 im Amt befindliche Präsident **John Magufuli** den Kampf gegen Korruption auf seine Fahnen geheftet und schon eine Reihe von korrupten bzw. untüchtigen Beamten entlassen hat.

Derzeit ist die Bürokratie auf alle Fälle

noch komplizierter und schwerfälliger geworden, wie ich authentisch aus eigener Erfahrung berichten kann.

Das Spital

1964 hat der Oberösterreichische Arzt und Priester **Dr. Herbert Watschinger**, Bruder des berühmten Nephrologen der 2. Med. Univ. Klinik Wien unter Prof. Fellingner, Prof. Bruno Watschinger – Miterfinder der „Kolff-Watschinger“ Niere – im Norden Tansanias, nahe der Serengeti in einem Ort namens **Wasso** ein Hospital gegründet. Der Ort war damals ein unbedeutendes Maasai-Dorf, 8 km neben der District-Hauptstadt Loliondo gelegen und hatte ca. 250 Einwohner. Heute leben, zweifellos als Folge des Einflusses des Spitals, nahezu 3.000 Leute dort.

Watschinger hat neben Wasso noch weiter südlich, in der Nähe des berühmten Ngorogoro-Kraters ein weiteres Spital von 40 Betten im Ort Endulen und zusätzlich weiter östlich, im Gebiet des Stammes der Sontscho eine medizinische Versorgungsstation gegründet.

Er ist zwar bei weitem nicht so bekannt, dafür ist seine Leistung meines Erachtens jedoch keinesfalls hinter jene von **Dr. Albert Schweitzer** zu stellen!

Die Patienten, vorzugsweise Maasai oder eben Sontschos, werden aber nicht nur in den Spitälern und darin befindlichen



Abb. 1: Betanken des Flugzeugs von „Flying Medical Service“

Ambulanzen versorgt, sondern es wurden auf Initiative von Herbert Watschinger auch ambulante Versorgungsmöglichkeiten im turnusmäßigen Betrieb ins Leben gerufen,

Gemeinsam mit dem Flugunternehmen „Flying Medical Service“ des amerikanischen Priesters und Piloten **Pat Patton** werden regelmäßige ambulante Versorgungs- und Impfkationen unter dem Titel „under the wings“ durchgeführt (Abb. 1).

Dabei werden im Umkreis von ca. 1 Flugstunde im Rahmen von 2-3 Landungen pro Tag bis zu 200 Patienten untersucht bzw. behandelt.

Andererseits werden im erweiterten Umkreis des Spitals auch ambulante Aktionen „under the tree“ in ähnlicher Art und Weise abgehalten. Dabei fahren Ärzte und Pfleger mit geländetauglichen Fahrzeugen in entlegene Dörfer bzw. zu vereinbarten Treffpunkten.

Watschinger hat nach seinem Tode im Jahr 1991 diese Einrichtungen, welche er praktisch mit eigenen Händen aufgebaut hatte, der Erzdiözese Arusha vererbt.

Schon wenige Jahre später bestand die Gefahr, dass sein Lebenswerk infolge chronischen Geldmangels zugrunde geht.

Nachdem die über 15 Jahre dauernde Hilfe der Republik Österreich in Form eines Entwicklungsprojektes beendet wurde, entschlossen sich Mitglieder der CV-Verbindung „Alpinia“, der Watschinger seit seiner Studentenzeit angehört hatte, ein Rettungsprojekt namens „Pro Watschinger“ ins Leben zu rufen. Dies ist ein Verein im Rahmen der

Sozialprojekte des Oberösterreichischen Cartellverbandes.

Daneben trägt ein Fond, welcher von der Nichte Watschingers, Regina geleitet wird, ebenfalls zur Erhaltung der Institutionen bei.

Hinsichtlich der Aufrechterhaltung des Versorgungsbetriebes übernimmt der Staat Tansania lediglich die Kosten für den Großteil des ärztlichen und pflegerischen Personals. Der Träger, also die Diözese Arusha schießt überhaupt kein Geld zu.

Demzufolge müssen die laufenden Kosten für Medikamente und Wartung der Geräte durch Einnahmen aus der Patientenklintel bestritten werden. Dass dabei in dieser bitterarmen Gegend



Abb. 2: Eingang des Spitals und Gedenkstein

„Schmalhans Inkassokaiser“ ist, versteht sich wohl von selbst.

Die beiden oben angeführten Vereine, werden durch freiwillige Spenden, zum größten Teil aus privater Hand, aber auch durch Zuwendungen des Landes Oberösterreich und der Diözese Linz, finanziert und tragen maßgeblich zur Verbesserung der medizinischen Versorgung der dortigen Bevölkerung bei.

Es werden neben der zur Verfügungstellung von medizinischen Gerätschaften auch Stipendien vergeben, welche der Aus- und Fortbildung des ärztlichen und pflegerischen Personals dienen.

„Pro Watschinger“ fungiert auch als Vehikel, um Ärzte verschiedener Fachrichtungen, vorzugsweise aus Österreich, für einige Zeit nach Wasso-Hospital zu bringen, wo sie dann nicht nur Patienten behandeln, sondern auch zur Weiterbildung des dortigen Personals beitragen. Auf diese Weise fand auch ich meinen Weg in den Norden Tansanias, nachdem der Obmann des Vereins an mich mit dem Vorschlag herangetreten war, meine urologische Expertise in Wasso-Hospital zumindest für beschränkte Zeit zur Verfügung zu stellen.

Nach einem Erkundungsaufenthalt im November 2015 habe ich mich dazu entschlossen, ebendort Grundlagen für eine urologische Versorgung zu etablieren.

Urologie im afrikanischen Busch

Das Spital verfügt über 155 Betten, mehr als die Hälfte davon sind von schwangeren Frauen und Kindern belegt. Außerdem besteht eine gesonderte Station für Tbc.

Die urologische Versorgung war bislang sowohl aus diagnostischer als auch therapeutischer Perspektive äußerst bescheiden. Die Ultraschalldiagnostik war ausschließlich auf schwangere Frauen ausgerichtet, eine Röntgendiagnostik (z.B. i.v.-Urographie oder Urethrogramme, etc.) war nicht vorhanden.

Dementsprechend wurden Patienten mit Urolithiasis ausschließlich symptomatisch behandelt, und bei subvesikalen Entleerungsstörungen reagierte man nur bei Harnverhalt mittels Dauerkatheterableitung. Sofern ein transurethraler Katheter z.B. wegen der nicht seltenen Urethrastrikturen nicht möglich war, legte man eine offene Cystostomie an.



Abb. 3: „Einrichten“ einer offenen(!) Knöchelfraktur

Das Fehlen eines Bildwandlers machte sich nicht nur im urologischen Fachbereich sondern auch in der Versorgung von Extremitätenverletzungen nachteilig bemerkbar.

Es handelt sich also, trotz der nicht unbeträchtlichen Größe und dem weitreichenden Einzugsgebiet um ein „Buschspital“!

Abb. 3 zeigt die Versorgung vor Eingipsung einer offenen Knöchelfraktur, welche dank sofortigem Einschreiten unserer Anästhesistin **Dr. Gerzer** glücklicherweise in Spinalanästhesie erfolgte.

Eine in unseren Breiten diesfalls chirurgische Versorgung ist dort zur Zeit nicht möglich!

Ende Februar brach ich mich mit einem Team von 6 Mitarbeitern und in Begleitung des Obmannes von „Pro Watschinger“ zur 2-tägigen Anreise nach Wasso auf. Das Team umfasste eine ungemein versierte Anästhesie-Oberärztin vom KH der Barmherzigen Schwestern in Wien, eine Anästhesieschwester aus Vöcklabruck, eine außerordentlich engagierte, in Ausbildung befindliche Urologin aus Bozen, einen angehenden Pädiater aus Feldkirch, sowie eine erfahrene Operationsschwester aus der Privatklinik Josefstadt/Confraternität. Komplettiert wurde die Mannschaft durch **Prof. Herman Gilly**, Professor für Biomechanik und ehemals Angehöriger des Instituts für Experimentelle Anästhesie am AKH Wien.

Nachdem die von uns erwarteten und seit mehr als 6 Monaten im Hafen von Mombasa lagernden 2 Container nicht eingetroffen waren, mussten wir uns mit

den vor Ort befindlichen Ressourcen abfinden.

Nach Inbetriebnahme eines US-Gerätes älterer Bauart und der Implementierung regelmäßiger initialer Harnuntersuchungen konnten wir uns der Betreuung dieser Klientel annehmen.

Relativ häufig sind Miktionsstörungen wegen subvesikaler Hindernisse wie BPH oder Urethrastrikturen, meist postgonorrhöischer Genese.

Aber auch Frauen jeglichen Alters kommen mit ähnlichen Beschwerden, welche bislang ohne Harnuntersuchung als Harninfekte beurteilt und, wegen mangelnden Erfolges, wahllos mit Antibiotika behandelt wurden. Ursache für diese z.T. obstruktiven bzw. symptomatischen („Urethralesyndrom“) Beschwerden

waren Vernarbungen nach der leider immer noch häufigen rituellen Beschneidung der Mädchen. Obwohl dieser barbarische Brauch, der manchmal auch tödlich enden kann, offiziell verboten ist, wird er nach wie vor geübt. Dabei werden neben der Klitoris auch die inneren Schamlippen reseziert, was manchmal nicht nur zu den Geburtsvorgang behindernden Vernarbungen sondern auch zu Narbensträngen bis zum Orifizium urethrae führen kann.

Eine Meatotomie mit anschließender extensiver Beckenbodenbougieung in Spinalanästhesie führt meist zu raschen Heilungserfolgen.

Wir haben die ansässigen Ärzte in diesem Zusammenhang auch auf die Gefahr der bakteriellen Resistenzbildung nach unkontrolliertem Antibiotikagebrauch aufmerksam gemacht.

Da das Instrumentarium zur transurethralen Chirurgie, welches uns großzügig von der **Fa. Waldner** (Repräsentant der Fa. STORZ in Italien) und der **Fa. Storz**, auf Vermittlung von **Prof. Pycha** aus Bozen zur Verfügung gestellt wurde, leider erfolglos erwartet in den Containern in Mombasa lagerte, mussten wir suprapubische Prostataektomien anstatt von TURP's durchführen.

Auch machten wir die dortigen Kollegen mit der Möglichkeit der medikamentösen Behandlung dieser Abflussstörungen mittels alpha-Blocker vertraut.

Wir mussten also die notwendigen Operationen mit dem vorhandenen Instrumentarium durchführen. Als einziges endoskopisches Gerät stand mir ein anlässlich meines ersten Aufenthaltes,



Abb. 4: Abreise aus Wien Schwechat



Abb. 5

mitgebrachtes Universalcystoskop mit Lichtquelle zur Verfügung (Abb. 5).

Damit und nach relativ aufwendiger Durchführung eines retrograden Urethrogrammes (da kein Bildwandler vorhanden und niemals vorher durchgeführt) konnten wir Urethrastrikturen suffizient diagnostizieren und einer Therapie zuführen.

Kurzstreckige Stenosen konnten problemlos mittels Resektion und primärer Anastomose behoben werden.

Als zunächst vordergründiges Problem stellten sich längerstreckige Strikturen dar.

Die Anästhesistin **Julia Gerzer** und ich

lehnten Intubationsnarkosen ab, da ausschließlich Halothane als Inhalationsnarkotikum zur Verfügung stand und wir das Personal im OP nicht den potentiellen Gefahren aussetzen wollten. Daher wurden die Eingriffe nur in Spinalanästhesie durchgeführt, was die Gewinnung von Mundschleimhaut aus-schließt.

Da praktisch alle Männer als Folge eines traditionellen Initiationsrituals beschnitten sind, schien auch das Präputium als Material zur Deckung eines Defektes nicht zur Verfügung zu stehen.

Glücklicherweise konnte ich mir aber eine spezielle Eigenart der rituellen Beschneidung der Maasai zu Nutze

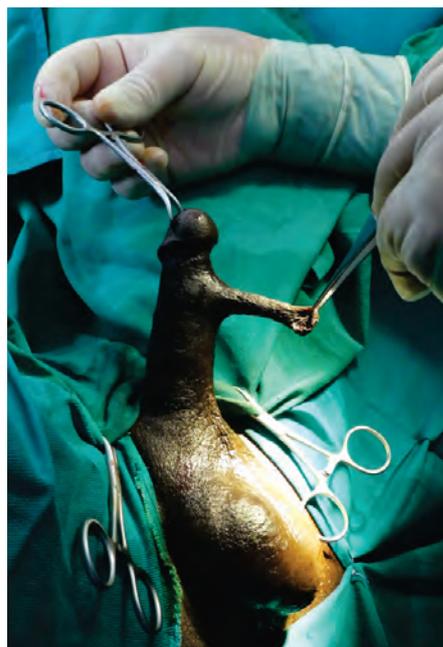


Abb. 6: Präputialrest nach ritueller Beschneidung der Maasai-Männer

machen: das Präputium wird nicht zur Gänze circumzidiert, sondern im Bereich des Frenulums verbleibt ein Hautlappen, welcher zunächst eingerollt wird und somit verheilt (Abb. 6).

Nun ist es nicht so einfach, dieses Material zu verwenden, da die Männer diesem Hautlappen sehr viel Bedeutung zumessen und zusätzlich eine erotisch-stimulierende Wirkung zuschreiben.

Demzufolge wurde die einzeitige Operation unter Verwendung dieses Hautan-

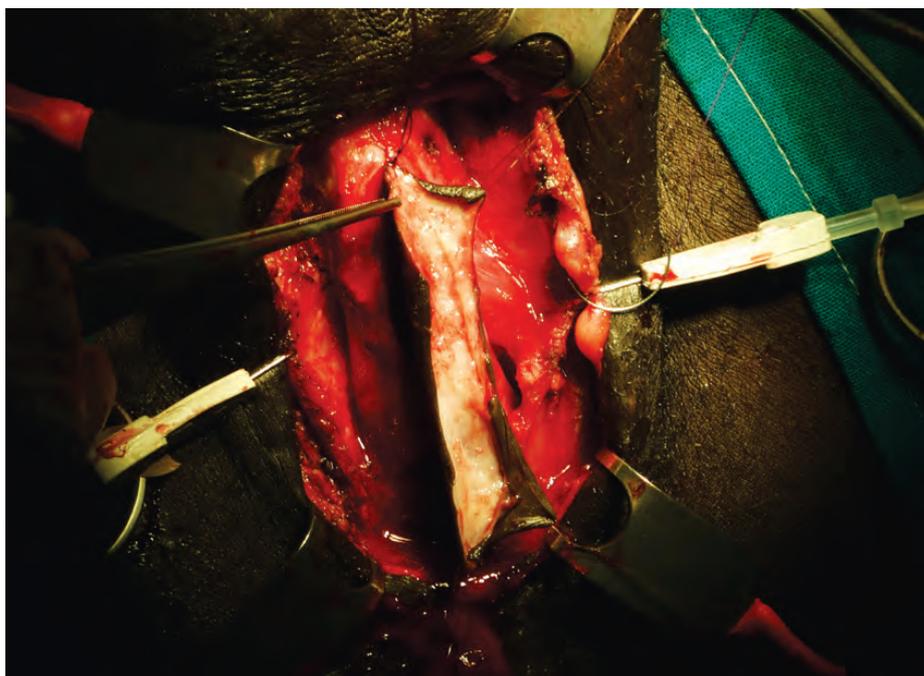


Abb. 7: Freier Präputial(rest)-flap

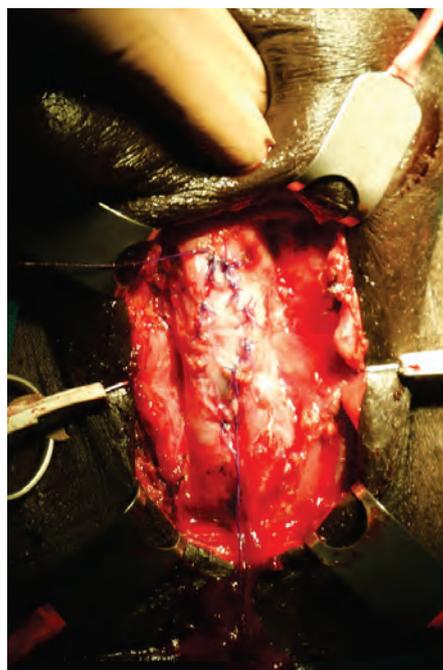


Abb. 8: Rekonstruierte Urethra

Reportage

teiles zunächst abgelehnt. Erst die von mir als Alternative in Aussicht gestellte zweizeitige Technik mit monatelanger perinealer Miktion (bis zu meiner Rückkehr!) und eine 2-tägige Konsultation mit der gesamten Familie, bewog den Patienten, dem einzeitigen Verfahren zuzustimmen.

Nachdem es gelungen war, einen kleinen Teil des Lappens an Ort und Stelle zu belassen, war den Befindlichkeiten des Patienten und seiner Familie auch einigermaßen genüge getan.

Ein weiterer Fortschritt war auch die Implementierung der suprapubischen Punktionscystostomie.

Prinzipiell wurden wir in der Ausübung unserer Tätigkeit massiv behindert, als die beiden Container mit wertvollem Inhalt (nicht nur endoskopische Instrumente, sondern auch 2 US-Geräte und ein C-Bogen sowie weitere Utensilien) monatelang wegen bürokratischer Schwierigkeiten in der Zollfreigabe (wie eingangs erwähnt!) nicht zur Verfügung standen. Trotz Interventionen an höchsten Regierungsstellen langten die Container erst 2 Wochen nach unserer Abreise in Wasso ein. Somit sollte unser nächster geplanter Aufenthalt im Herbst des Jahres hinsichtlich der Gerätschaft unter besseren Voraussetzungen stattfinden können.

Resümee und Ausblick

Trotz der Tatsache, dass wir nicht mit den vorgesehenen Geräten und Instrumenten arbeiten konnten, möchte ich festhalten, dass ich in meiner langjährigen Laufbahn als Chefarzt kaum jemals mit einem derart engagierten und harmonischen Team zusammengearbeitet habe – und dies obwohl sich kaum jemand vor dieser Reise gekannt hat! Aus diesem Grunde ist es mir ein Bedürfnis, die Mitglieder namentlich anzuführen:

OA Dr. Julia Gerzer, Anästhesie der Barmherzigen Schwestern Wien

DGKP Stephanie Maier, ehem. Anästhesie KH Vöcklabruck



Abb. 9: Löwen in der Serengeti

DGKP Martina Schneider, Privatklinik Josefstadt/Confraternität, Wien

Dr. Tamara Tischler, Urologische Abt. KH Bozen/Italien

Dr. Philip Engstfeld, KH Feldkirch

Univ. Prof. Dr. Herman Gilly, ehem. Inst. f. Experimentelle Anästhesie, AKH Wien

Wir wurden begleitet von **Dr. Kurt Haslinger**, Obmann des Vereins „Pro Watschinger“

Für die Zukunft schwebt mir nach Etablierung der Voraussetzungen für eine urologische Grundversorgung und Ausbildung des angestammten Personals für die Versorgung von Akutfällen, die Installation einer turnusmäßigen Besuchsversorgung durch Experten aus unserem Lande vor. À la longue wäre zunächst eine Besuchsfrequenz im Abstand von 3-4 Monaten sinnvoll, um elektiv ausgewählte Patienten aus dem Einzugsgebiet zu behandeln, und ambulante Patienten, welche durch Announcement im Rahmen von Marktveranstaltungen benachrichtigt werden, zu untersuchen. Gleichzeitig sollten die Ärzte vor Ort in

Diagnostik und Therapie der urologischen Erkrankungen weitergebildet und in grundlegenden Verfahren trainiert werden, um einerseits Situationen, welche anhand ihrer eigenen Expertise behandelt werden können, zu versorgen, andererseits Krankheitsbilder zu erkennen, welche entweder für eine elektive Therapie anlässlich unseres nächsten Aufenthaltes vorgemerkt oder wegen Dringlichkeit an ein höhergeordnetes Zentrum transferiert werden sollten.

Für junge Kollegen stellt eine derartige Mission nicht nur eine Reise in die Tropen mit all ihren faszinierenden Aspekten, wie z.B. Ausflüge in das Naturparadies der Serengeti dar (**Abb. 9**), sondern bietet gleichzeitig die Möglichkeit auf einen Rückblick in die Vergangenheit unserer Medizin.

Sollten sich jüngere und/oder erfahrene Kollegen bzw. Kolleginnen für dieses Projekt interessieren, so können sie jederzeit mit mir in Kontakt treten.

Univ. Prof. Dr. Othmar Zechner
o.zechner@aon.at



FORTBILDUNGSTAGUNG
der Österreichischen Gesellschaft für

UROLOGIE UND ANDROLOGIE

mit Jahreshauptversammlung der ÖGU



voestalpine Stahlwelt Linz, 10.–11.11.2017

Veranstalter:

Fortbildungskommission der Österreichischen
Gesellschaft für Urologie und Andrologie

Wissenschaftliches Programm:

Primar Univ.-Prof. Dr. Steffen Krause
Vorstand der Klinik für Urologie und Andrologie
Kepler Universitätsklinikum GmbH

Gesamtorganisation:

ghost.company | **convention.group**
2380 Perchtoldsdorf | Donauwörther Straße 12/1
T: +43 1 869 21 23 518 | F: +43 1 869 21 23 510
office@conventiongroup.at
www.conventiongroup.at

Anmeldung & Information:

www.conventiongroup.at/uro

Schmerz von Kopf bis Fuß

Innovationen in der Medizin

9. Internationale Fortbildungsveranstaltung

12.-15.
Oktober
2017

Venedig

Wissenschaftliche Leitung
Univ. Prof. Dr. Wilfried ILIAS Msc.

Organisation & Infos:

Mondial Medica

Barbara Harrington Mag. (FH)
Währinger Gürtel 18-20 (im AKH), 1090 Wien
t +43 1 402 406 1-12 f -20
t +43 1 40400-55810
harrington@mondial.at
www.mondial-medica.at/schmerz2017

25 DFP Fortbildungspunkte



Save the date

Eine interdisziplinäre Veranstaltung
des Arbeitskreises Assistenzärzte der
ÖGU für alle Urologinnen und Uro-
logen, die über ihren Tellerrand
blicken möchten.

„Think out of the box“

8. September 2017

13.30-19.00

**Hanusch Krankenhaus
Heinrich-Collin-Straße 30
1140 Wien**

Anmeldung und Vorprogramm wer-
den demnächst auf unserer Home-
page veröffentlicht:
www.young-urology.at

Für Rückfragen stehen wir gerne zur
Verfügung

Katharina Bretterbauer
katharina.bretterbauer@gmail.com
Nina Mahne
nina.mahne@gmail.com

Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und rekonstruktive Beckenbodenchirurgie

AUB JAHRESTAGUNG 2017

29.–30. September 2017

Ferry Porsche Congress Center | Zell am See

Tagungspräsident:

Prim. Dr. Oliver Preyer, MBA

Vorstand der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe
A. ö. Tauernklinikum | Zell am See

www.urogyn.at

Gesamtorganisation:

ghost.company

convention.group

2380 Perchtoldsdorf | Donauwörther Straße 12/1
T: +43 1 869 21 23 512 | www.conventiongroup.at

Termine

14.-15. 9. 2017, Hall in Tirol
Minimally Invasive Percutaneous Stone Therapy Clinical Workshop
Veranstalter: Abteilung für Urologie und Andrologie, LKH Hall in Tirol, hall.ur.sekretariat@tirol-kliniken.at

20.-23. 9. 2017, Dresden, D
69. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU)
www.dgu-kongress.de

12.-13. 10. 2017, Hall in Tirol
Minimally Invasive Percutaneous Stone Therapy Clinical Workshop
Veranstalter: Abteilung für Urologie und Andrologie, LKH Hall in Tirol, hall.ur.sekretariat@tirol-kliniken.at

20.-22. 10. 2017, Pöllauberg
bvU-Intensivseminar – Das fortgeschrittene Prostatakarzinom
www.urologisch.at

9. 11. 2017, St. Gallen, CH
7. Interdisziplinäres Prostatakarzinomsymposium
info@oncoconferences.ch

14.-15. 12. 2017, Hall in Tirol
Minimally Invasive Percutaneous Stone Therapy Clinical Workshop
Veranstalter: Abteilung für Urologie und Andrologie, LKH Hall in Tirol, hall.ur.sekretariat@tirol-kliniken.at

4.-6. 5. 2018, Salzburg
Frühjahrstagung und Mitgliederversammlung des bvU 2018
www.urologisch.at

18.-22. 5. 2018, San Francisco, USA
AUA 2018 Annual Meeting
www.aua2018.org

Mann, Herz & Gesundheit

30. September 2017
10.00-15.15

SKA RZ – Bad Tatzmannsdorf
Vogelsangweg 11
7431 Bad Tatzmannsdorf

Kongressbüro/Anmeldung:
MEDahead Gesellschaft für medizinische Information m.b.H.
Seidengasse 9/Top 1.3
1070 Wien
Mag. Helene Hirschl
Tel.: 01 / 607 02 33-69
Fax: 01 / 607 02 33-973
h.hirschl@medahead.at



Occursus – Förderpreis für Kommunikation in der Onkologie zum zweiten Mal verliehen

- **18 Einreichungen in zwei Kategorien beim Occursus 2017: drei Anerkennungspreise und ein Förderpreis vergeben**
- **Preisträger-Projekte: „Mein Logbuch – Ich kenne mich aus“, „Online-Kursreihe für Myelom- und Lymphom-Patienten“, „Krebsakademie: Wissen ist der beste Wirkstoff“ und „Würdezentrierte Therapie für onkologische Patienten in der letzten Lebensphase“**
- **Die Ausschreibung für den Occursus 2018 startet im Herbst 2017**

Der „Occursus – Anerkennungs- und Förderpreis für Kommunikation in der Onkologie“ hat das Ziel, die Kommunikation mit Krebspatientinnen und Krebspatienten sowie deren Angehörigen in den Mittelpunkt zu stellen. Dazu werden in zwei Kategorien – Anerkennungs- und Förderpreis – laufende oder abgeschlossene Projekte prämiert bzw. Projektideen gefördert. Am 7. April 2017 wurden die Preisträger des Occursus 2017 ausgezeichnet.

Fokus auf Kommunikation mit Krebspatienten

„Die Kommunikation mit Krebspatienten ist ein sensibles Thema – vom Überbringen der Diagnose bis hin zur Therapiebegleitung“, weiß Walter Voitl-Bliem, MBA, Geschäftsführer der Österreichischen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (OeGHO). Wissenschaftliche Studien belegen, dass die Kommunikation Einfluss auf Compliance und Zufriedenheit der Patienten hat, aber auch den Gesundheitszustand verbessern kann. „Im medizinischen Alltag ist es aber oft so, dass dem Thema Kommunikation nicht so viel Aufmerk-

samkeit gewidmet wird wie nötig wäre – oft auch, weil Zeit und andere Ressourcen fehlen,“ so Voitl-Bliem. Daher hat die OeGHO den Occursus ins Leben gerufen, der laufende und abgeschlossene Projekte mit jeweils 3.000 Euro Preisgeld prämiert (Kategorie Anerkennungspreis) und die Umsetzung einer Projektidee mit bis zu 10.000 Euro fördert (Kategorie Förderpreis). Gesponsert wird der Preis vom Pharmaunternehmen Janssen-Cilag. Dazu Dr. Wolfgang Tüchler, Geschäftsführer der Janssen-Cilag Pharma GmbH: „Mit dem Occursus setzen wir ein Zeichen und wollen Menschen, die beruflich oder privat mit onkologischen Erkrankungen befasst sind, einen Anreiz bieten, sich für gelungene Kommunikation zu engagieren. Denn so wichtig die medikamentöse Therapie auch ist, die Kommunikation leistet im Verlauf der Erkrankung einen sehr wesentlichen Beitrag, den wir fördern wollen.“

Förderpreis Occursus 2017: „Mein Logbuch – Ich kenne mich aus“

Insgesamt 18 Projekte wurden für den Occursus 2017 eingereicht, vier Preisträger wurden von einer neunköpfigen Experten-Jury ausgewählt und im Rahmen der OeGHO Frühjahrstagung in Bregenz ausgezeichnet. In der Kategorie Förderpreis konnte das Projekt „Mein Logbuch – Ich kenne mich aus“ der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Medizinische Universität Wien/AKH Wien überzeugen, das auf einem psychoedukativen Ansatz für Kinder und Jugendliche mit einer Krebserkrankung aufbaut. Entwickelt werden „Logbücher“, die Kinder und Jugendliche durch die gesamte Therapiezeit begleiten, damit Orientierung geben und altersadäquate Wissensvermittlung sicherstellen. In der Pilotphase wird „Mein Logbuch“ an der Univ. Klinik für



Preisträgerin Förderpreis: Mag. Dr. Liesa Weiler, Med Uni Wien/AKH Wien mit Dr. Wolfgang Tüchler, Geschäftsführer der Janssen-Cilag Pharma GmbH (links) und Univ. Prof. Dr. Ulrich Jäger, Med. Universität Wien (rechts)



© OeGHO

Die Preisträgerinnen Anerkennungspreise: vlnr: Elfi Jirsa, Präsidentin Lymphomhilfe Österreich, Sigrid Miksch, MSc., Ordensklinikum Linz, Barmherzige Schwestern, Sr. Mag. Barbara Flad, KH Zams mit Dr. Wolfgang Tüchler, Geschäftsführer der Janssen-Cilag Pharma GmbH (links) und Univ. Prof. Dr. Ulrich Jäger, Med. Universität Wien (rechts)

Kinder- und Jugendheilkunde am AKH Wien eingesetzt.

Preisträger Kategorie Anerkennungspreis 2017

In der Kategorie Anerkennungspreis war diesmal einer der drei Preise für ein Laienprojekt reserviert, also für ein Projekt von Personen, die beruflich nicht mit dem Thema Onkologie befasst sind. Das ausgezeichnete Laien-Projekt kam von der Selbsthilfegruppe „Myelom- und Lymphomhilfe Österreich“. Das Projekt „Online-Kursreihe für Myelom- und Lymphom-Patienten“ bereitet medizinisches Basiswissen für Patienten einfach und verständlich auf. Der Bedarf dafür wurde in einer Umfrage erhoben, die

Online-Kursreihe ist auf der Website www.selpers.com abrufbar.

Mit dem Projekt „Krebsakademie: Wissen ist der beste Wirkstoff“ des Ordensklinikums Linz – Barmherzige Schwestern wurde ein besonders umfassendes Projekt ausgezeichnet. Die Aufgabe der Krebsakademie ist es, durch Weiterbildung, Öffentlichkeitsarbeit und Kampagnen für eine gemeinsame Sprache aller in die Behandlung von Krebspatienten involvierten Personen zu sorgen. Erstmals lehren und lernen so Assistenzärzte, Therapeuten, niedergelassene Ärzte, Apotheker und Spitalsmediziner gemeinsam – mit- und voneinander. Das Ziel ist, ein gemeinsames Verständnis für Krebserkrankungen zu entwickeln, um die Kommunikation berufs- und einrich-

tungsübergreifend zu verbessern und Abläufe im Sinne der Patienten zu optimieren.

Das dritte Preisträgerprojekt, „Würdezentrierte Therapie für onkologische/hämatonkologische Patienten in der letzten Lebensphase“, wurde vom Krankenhaus St. Vinzenz in Zams eingereicht. Im Zuge dieses Therapieansatzes wird mit Patienten in der letzten Lebensphase ein semistrukturiertes Interview geführt, das sie dazu anleitet, identitätsstiftende Ereignisse und Epochen aus ihrem Leben zu erzählen. Das daraus entstehende Dokument wird dem Patienten überreicht. Die Intervention führt laut Studien unter anderem zu einem gehobenen Würdegefühl und einem gesteigerten Empfinden für die Bedeutung des eigenen Lebens, ist aber auch hilfreich für die Familie.

Occursus 2018: Einreichungen ab Herbst 2017 möglich

Nach zwei erfolgreichen Ausschreibungen geht der Occursus im Herbst 2017 in die dritte Runde.

Informationen zur kommenden Ausschreibung und zum Start der Einreichfrist sind ab September 2017 auf der Website www.occursus.at verfügbar.

„In der zweiten Ausschreibungsphase des Occursus hat sich wieder gezeigt, wie viele innovative und herausragende Projekte im Zusammenhang mit Kommunikation in der Onkologie in Österreich umgesetzt wurden bzw. geplant sind. Für uns als Fachgesellschaft zeigt das, dass wir mit dieser Initiative auf dem richtigen Weg sind – und diesen Weg gehen wir auch weiter,“ so Voitl-Bliem.

Inkontan® (Trospiumchlorid)

Den Harndrang nicht im Kopf behandeln



Störungen der Blasen Speicherfunktion treten mit zunehmendem Alter vermehrt auf und korrelieren bei älteren Patienten mit alterstypischer Multimorbidität und Polypharmazie. Eine effektive Therapie der überaktiven Blase ist in diesem Patientenkollektiv besonders wichtig und erfordert eine sorgfältige Auswahl der geeigneten Substanz. Als einziges nicht ZNS-gängiges Anticholinergikum zur Behandlung der überaktiven Blase stellt Trospiumchlorid für ältere Patienten eine ideale Therapie ohne zentralnervöse Nebenwirkungen dar.

Das Syndrom der überaktiven Blase (overactive bladder, OAB) bezeichnet einen Symptomkomplex, der durch unwillkürliche Kontraktionen des Detrusormuskels bzw. Detrusorhyperaktivität während der Blasenfüllung hervorgerufen wird. Als Leitsymptom für eine OAB gilt der imperative Harndrang (mit oder ohne Inkontinenz), begleitet von Pollakisurie (meist ≥ 8 Miktionen / 24 h bei normaler Harnmenge) und Nykturie. Im Rahmen der Basisdiagnostik einer OAB sollten andere mögliche Ursachen für die Störung der Blasen Speicherfunktion, wie metabolische oder lokale pathologische Veränderungen, sowie Infektionen aber auch die Auswirkungen bestehender Medikation ausgeschlossen werden. Für den betroffenen, meist älteren Patienten bedeutet eine Störung der Blasen Speicherfunktion eine große Belastung und Beeinträchtigung der Lebensqualität. Bei betagten, möglicherweise multimorbiden Patienten führt die Dranginkontinenz nachweislich zu geistigem Abbau, sozialer Vereinsamung, Infektanfälligkeit sowie zu einer deutlich erhöhten Sturzgefahr.

Für eine langfristige Kontrolle der OAB-Symptomatik reichen nicht medikamentöse Behandlungsmethoden wie Blasentraining, Physiotherapie oder Patientenschulung meist nicht aus. In der pharmakologischen Therapie der überaktiven Blase kommen in erster Linie Antimuskarinika (auch als Muskarinrezeptor-Antagonisten, Anticholinergika oder Spasmolytika bezeichnet) zum Einsatz, die an die cholinergen Muskarinrezeptoren der Blasenwand (vor allem vom Typ M2 und M3) kompetitiv binden und so die unwillkürlichen Detrusorkontraktionen verhindern. Dementsprechend führt die Therapie mit Anticholinergika zu einer Steigerung der Blasenkapazität und zu einer signifikanten Besserung der OAB-Symptomatik.

Hinsichtlich ihrer klinischen Effektivität zur Behandlung der OAB sind die gegenwärtig verfügbaren Antimuskarinika weitgehend vergleichbar. Dennoch weisen die eingesetzten Wirkstoffe in Bezug auf ihre Molekülstruktur, ihren Metabolis-

mus und ihre Pharmakodynamik erhebliche Unterschiede auf, die aufgrund der ubiquitären Präsenz von Muskarinrezeptoren im menschlichen Körper charakteristische Nebenwirkungen an verschiedenen Organsystemen hervorrufen können. Da ältere Patienten in verstärktem Ausmaß von einer Störung der Blasen Speicherfunktion betroffen sind, liegt ein besonderes Augenmerk auf jenen unerwünschten Wirkungen, die den ZNS-Bereich betreffen, wo alle fünf Muskarinrezeptor-Subtypen exprimiert werden. Mit Ausnahme von Trospiumchlorid zählen sämtliche am Markt befindlichen Anticholinergika zur Gruppe der tertiären Amine, die aufgrund ihrer lipophilen Molekülstruktur und geringen Größe ZNS-gängig sind und infolgedessen zentralnervöse Nebenwirkungen hervorrufen.

Eine Reihe wissenschaftlicher Studien belegt das erhöhte Risiko gesteigerter ZNS-Nebenwirkungen bei älteren Patienten im Zusammenhang mit der Einnahme von tertiären Aminen zur Behandlung der überaktiven Blase. Das Spektrum der beobachteten Nebenwirkungen reicht dabei von Schlafstörungen, Müdigkeit und Konzentrationsschwäche über Gedächtnisstörungen bis hin zu Verwirrheitszuständen, Halluzinationen und Delirium. Die Multimedikation betagter Patienten, die mitunter eine Reihe von Pharmaka mit anticholinergischer Wirkung/Nebenwirkung parallel einnehmen (i.e. Antiemetika, Spasmolytika, Antiarrhythmika, Antihistaminika, Analgetika vom

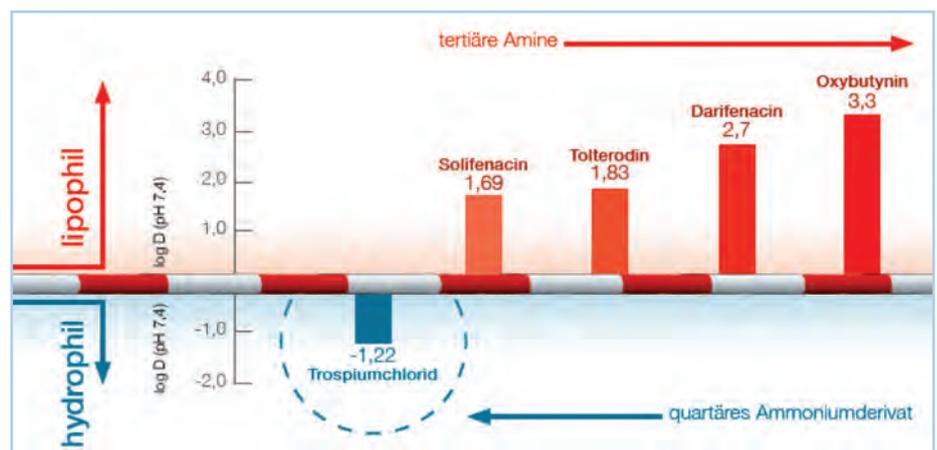


Abbildung adaptiert nach Callegari E et al. Br J Clin Pharmacol 2011

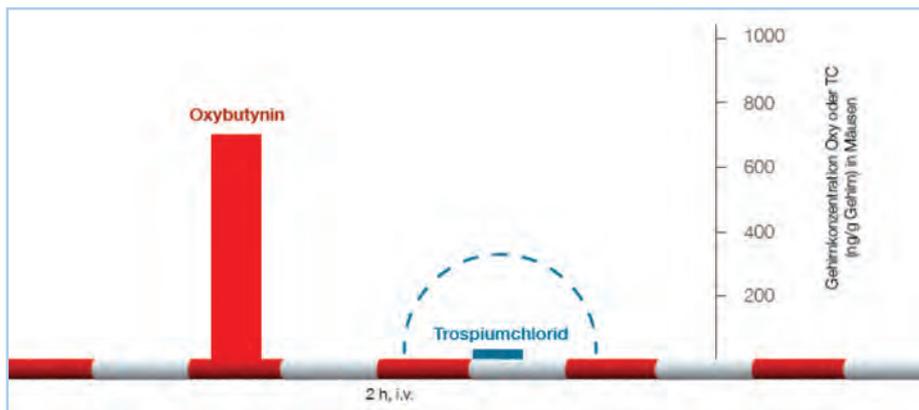


Abbildung adaptiert nach Petzinger E et al. Bamberger Gespräche 2007

Morphin Typ, Muskel-Relaxantien, Anti-Parkinson Substanzen, Psychopharmaka u.v.m.) kann zentralnervöse Nebenwirkungen zusätzlich verschlechtern. Insbesondere bei älteren Menschen kann eine durch Nebenwirkungen hervorgerufene Verschlechterung der Gedächtnisleistung leicht als altersbedingte Einschränkung der kognitiven Leistungsfähigkeit fehlinterpretiert werden. Trosipiumchlorid trägt als einziges quartäres Ammoniumderivat unter den Anticholinergika eine permanente (positive) Ladung. Zahlreiche Studien bestätigen, dass Trosipiumchlorid aufgrund seiner hydrophilen Eigenschaften die Blut-Hirn-Schranke (BHS) kaum passieren kann und daher keine begleitenden ZNS-Nebenwirkungen zu erwarten sind.

Untersuchungen von Staskin et al. erbrachten den Nachweis, dass die Einnahme von Trosipiumchlorid (60 mg, 1x / Tag über 10 Tage) die Gedächtnisleistung der Patienten (≥ 65–75 Jahre) in keiner Weise beeinträchtigt. Darüber hinaus konnte die Substanz im Liquor nicht nachgewiesen werden. In vivo Studien an Mäusen verschiedener Altersklassen mit Trosipiumchlorid (1 mg/kg) belegen, dass auch bei älteren Tieren keine erhöhte ZNS-Permeabilität für die Substanz besteht. Darüber hinaus konnte im Tiermodell bestätigt werden, dass jener geringe Prozentsatz des Wirkstoffs, der dennoch durch die BHS diffundiert, mithilfe des MDR-1 P-Glycoprotein (p-Gp) Transportersystems wieder in die

Kapillaren zurückgepumpt wird. Die Ergebnisse einer 2011 publizierten präklinischen Vergleichsstudie verschiedener Anticholinergika (Trosipiumchlorid, Fesoterodin, Darifenacin, Solifenacin, Tolterodin und Oxybutynin) untermauern sowohl in vitro als auch in vivo, dass Trosipiumchlorid als einziger Vertreter dieser Substanzklasse die BHS nicht überwindet und daher keine zentralnervösen Nebenwirkungen zu erwarten sind.

Die grundlegenden Unterschiede in der Molekülstruktur und Pharmakodynamik, sowie die Evidenz aus den vorliegenden Studien begründen einen bevorzugten Einsatz von Trosipiumchlorid für die Behandlung der Dranginkontinenz bei älteren Patienten.

Quellen:

- Milsom I, Abrams P, Cardozo L et al. How widespread are the symptoms of an overactive bladder and how are they managed? A population-based prevalence study. *BJU international*. 2001;87:760-6.
- Gormley EA, Lightner DJ, Burgio KL et al. Diagnosis and treatment of overactive bladder (non-neurogenic) in adults: AUA/SUFU guideline. *The Journal of urology*. 2012;188:2455-63.
- Coyne KS, Payne C, Bhattacharyya SK et al. The impact of urinary urgency and frequency on health-related quality of life in overactive bladder: results from a national community survey. *Value in health : the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*. 2004;7:455-63.
- Wiedemann A, Schwantes P. Antimuscarinic drugs for the treatment of overactive bladder: are they really all the same? A comparative review of data

pertaining to pharmacological and physiological aspects. *Eur J Ger*. 2007;9:S29-S42.

- Nabi G, Cody JD, Ellis G et al. Anticholinergic drugs versus placebo for overactive bladder syndrome in adults. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2006:CD003781.
- Wein AJ, Rackley RR. Overactive bladder: a better understanding of pathophysiology, diagnosis and management. *The Journal of urology*. 2006;175:S5-10.
- Diefenbach K, Arold G, Wollny A et al. Effects on sleep of anticholinergics used for overactive bladder treatment in healthy volunteers aged > or = 50 years. *BJU international*. 2005;95:346-9.
- Carriere I, Fourrier-Reglat A, Dartigues JF et al. Drugs with anticholinergic properties, cognitive decline, and dementia in an elderly general population: the 3-city study. *Archives of internal medicine*. 2009;169:1317-24.
- Ancelin ML, Artero S, Portet F et al. Non-degenerative mild cognitive impairment in elderly people and use of anticholinergic drugs: longitudinal cohort study. *BMJ (Clinical research ed)*. 2006;332:455-9.
- Doroshenko O, Jetter A, Odenthal KP et al. Clinical pharmacokinetics of trosipium chloride. *Clinical pharmacokinetics*. 2005;44:701-20.
- Pak RW, Petrou SP, Staskin DR. Trosipium chloride: a quaternary amine with unique pharmacologic properties. *Current urology reports*. 2003;4:436-40.
- Staskin D, Kay G, Tannenbaum C et al. Trosipium chloride has no effect on memory testing and is assay undetectable in the central nervous system of older patients with overactive bladder. *International journal of clinical practice*. 2010;64:1294-300.
- Kranz J, Petzinger E, Geyer J. Brain penetration of the OAB drug trosipium chloride is not increased in aged mice. *World journal of urology*. 2013;31:219-24.
- Geyer J, Gavrilova O, Petzinger E. The role of p-glycoprotein in limiting brain penetration of the peripherally acting anticholinergic overactive bladder drug trosipium chloride. *Drug metabolism and disposition: the biological fate of chemicals*. 2009;37:1371-4.
- Callegari E, Malhotra B, Bungay PJ et al. A comprehensive non-clinical evaluation of the CNS penetration potential of antimuscarinic agents for the treatment of overactive bladder. *British journal of clinical pharmacology*. 2011;72:235-46.
- Petzinger E et al. Arzneistofftransporter – Schlüssel zum Verständnis von organspezifischen Wirkungen und Nebenwirkungen, Bamberger Gespräche 2007, 8.9.07. ISBN-Nr.: 978-3-00023287-9

Für weitere Informationen:
 Pharmazeutische Fabrik Montavit
 Ges.m.b.H.
 Salzbergstraße 96
 6067 Absam / Tirol / Austria
 pharma@montavit.com

Sildenafil Pfizer® – Jetzt noch günstiger!



Erektile Dysfunktion

Weltweit zählen Erektionsstörungen zu den häufigsten Sexualstörungen des Mannes [1]. In einer österreichischen Studie berichteten 32% von insgesamt 2.869 Männern an erektiler Dysfunktion zu leiden [2]. Chronische erektile Dysfunktion kann das männliche Selbstwertgefühl erheblich beeinträchtigen und daher die Lebensqualität stark beeinflussen [1].

Das Original Viagra® – der blaue Diamant

Der PDE-5 Hemmer Sildenafil von Pfizer war der erste Wirkstoff auf dem Markt

zur Behandlung der erektilen Dysfunktion. Der Wirkstoff wird schnell resorbiert und wirkt im Mittel innerhalb von 25 Minuten. Viagra ist gut verträglich mit einer Erfolgsrate von ca. 80% (Placebo 25-30%) [3]. Warnhinweise und Nebenwirkungen finden sich in der aktuellen Fachinformation.

Sildenafil Pfizer® – das Original-Generikum

Sildenafil Pfizer® unterscheidet sich vom Original durch Verpackung und Tablettenfarbe (weiße Diamantform). Mit November 2016 wurde der Preis aller Handelsformen dieses Generikums deutlich gesenkt.

Literatur

- [1] Porst H et al. Chronische PDE-5-Hemmung bei erektiler Dysfunktion – Neuer Therapieansatz mit täglicher Einmalgabe von Tadalafil. *Urologe*, 2009; 48:1318–1329.
- [2] Ponzolzer A et al. Prevalence and Risk Factors for Erectile Dysfunction in 2869 Men Using a Validated Questionnaire. *European Urology*, 2005; 47: 80–86.
- [3] Esterbauer B and Jungwirth A. Erektile Dysfunktion. *Wien Med Wochenschr*, 2009; 159/21–22: 529–534

Für weitere Informationen:

Pfizer Corporation Austria G.m.b.H.
Floridsdorfer Hauptstraße 1
1210 Wien
Tel.: 01 / 521 15-0
pfizer.austria@pfizer.com

PP-VIA-AUT-0017/10.2016

Fachkurzinformation zu den Seiten 13 und 77

Sildenafil Pfizer 25 mg/50 mg/100 mg Filmtabletten. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Jede Tablette enthält 25 mg/50 mg/100 mg Sildenafil (als Citrat). *Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung:* Lactose Monohydrat 1 mg pro Tablette Liste der sonstigen Bestandteile: Tablettenkern: Mikrokristalline Cellulose, Calciumhydrogenphosphat, wasserfrei, Croscarmellose-Natrium, Magnesiumstearat (Ph. Eur.) [pflanzlich] Filmüberzug: Hypromellose, Lactose Monohydrat, Triacetin, Titandioxid (E 171). **Anwendungsgebiete:** Behandlung von Männern mit erektiler Dysfunktion. Das ist die Unfähigkeit, eine für einen befriedigenden Geschlechtsverkehr ausreichende Erektion zu erreichen oder aufrechtzuerhalten. Sildenafil Pfizer kann nur wirken, wenn eine sexuelle Stimulation vorliegt. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 der Fachinformation genannten sonstigen Bestandteile. Entsprechend seiner pharmakologischen Wirkung auf den Stickstoffmonoxid/zyklischen-Guanosinmonophosphat (cGMP)-Stoffwechsel (siehe Abschnitt 5.1 der Fachinformation) konnte gezeigt werden, dass Sildenafil den blutdrucksenkenden Effekt von Nitraten verstärkt. Daher ist die gleichzeitige Gabe mit Stickstoffmonoxid-Donatoren (wie beispielsweise Amylnitrit) oder jeglichen Nitraten kontraindiziert. Die Begleittherapie von PDE5-Hemmern, inklusive Sildenafil, mit Guanylatcyclase-Stimulatoren wie Riociguat ist kontraindiziert, da es möglicherweise zu einer symptomatischen Hypotonie kommen kann (siehe Abschnitt 4.5 der Fachinformation). Mittel zur Behandlung der erektilen Dysfunktion wie auch Sildenafil sind bei Patienten, denen von sexueller Aktivität abzuraten ist (z. B. Patienten mit schweren Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie instabiler Angina pectoris oder schwerer Herzinsuffizienz), nicht anzuwenden. Bei Patienten, die aufgrund einer nicht arteriellen anterioren ischämischen Optikusneuropathie (NAION) ihre Sehkraft auf einem Auge verloren haben, ist Sildenafil kontraindiziert, unabhängig davon, ob der Sehverlust mit einer vorherigen Einnahme eines PDE5-Hemmers in Zusammenhang stand oder nicht (siehe Abschnitt 4.4 der Fachinformation). Bei folgenden Patienten wurde die Sicherheit von Sildenafil nicht untersucht. Daher ist die Anwendung kontraindiziert bei: schwerer Leberinsuffizienz, Hypotonie (Blutdruck < 90/50 mmHg), Patienten mit kürzlich erlittenem Schlaganfall oder Herzinfarkt sowie mit bekannter erblich bedingter degenerativer Retinaerkrankung wie beispielsweise *Retinitis pigmentosa* (eine Minderheit dieser Patienten hat eine genetisch bedingte Störung der retinalen Phosphodiesterasen). **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Urologika, Arzneimittel zur Behandlung der erektilen Dysfunktion. **ATC Code:** G04BE03. **Inhaber der Zulassung:** Pfizer Corporation Austria Ges.m.b.H., Wien. **Stand der Information:** Mai 2016. **Rezeptpflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Angaben zu besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.**

VIAGRA 25 mg/50 mg/100 mg Filmtabletten. Zusammensetzung: Jede Tablette enthält Sildenafilcitrat entsprechend 25 mg/50 mg/100 mg Sildenafil. *Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung:* Lactose-Monohydrat. Liste der sonstigen Bestandteile: Tablettenkern: mikrokristalline Cellulose, Calciumhydrogenphosphat, Croscarmellose-Natrium, Magnesiumstearat. Filmüberzug: Hypromellose, Titandioxid (E171), Triacetin, Indigocarmin-Aluminiumsalz (E132). **Anwendungsgebiete:** VIAGRA wird zur Behandlung von erwachsenen Männern mit erektiler Dysfunktion angewendet. Das ist die Unfähigkeit, eine für einen befriedigenden Geschlechtsverkehr ausreichende Erektion zu erreichen oder aufrechtzuerhalten. VIAGRA kann nur wirken, wenn eine sexuelle Stimulation vorliegt. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. Entsprechend seiner pharmakologischen Wirkung auf den Stickstoffmonoxid-zyklischen-Guanosinmonophosphat (cGMP)-Stoffwechsel (siehe Abschnitt 5.1 der Fachinformation) konnte gezeigt werden, dass Sildenafil den blutdrucksenkenden Effekt von Nitraten verstärkt. Daher ist die gleichzeitige Gabe mit Stickstoffmonoxid-Donatoren (wie beispielsweise Amylnitrit) oder jeglichen Nitraten kontraindiziert. Mittel zur Behandlung der erektilen Dysfunktion wie auch Sildenafil sind bei Patienten, denen von sexueller Aktivität abzuraten ist (z. B. Patienten mit schweren Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie instabiler Angina pectoris oder schwerer Herzinsuffizienz), nicht anzuwenden. Bei Patienten, die aufgrund einer nicht arteriellen anterioren ischämischen Optikusneuropathie (NAION) ihre Sehkraft auf einem Auge verloren haben, ist Sildenafil kontraindiziert, unabhängig davon, ob der Sehverlust mit einer vorherigen Einnahme eines PDE5-Hemmers in Zusammenhang stand oder nicht (siehe Abschnitt 4.4 der Fachinformation). Bei folgenden Patienten wurde die Sicherheit von Sildenafil nicht untersucht, daher ist die Anwendung kontraindiziert: schwere Leberinsuffizienz, Hypotonie (Blutdruck < 90/50 mmHg), Patienten mit kürzlich erlittenem Schlaganfall oder Herzinfarkt sowie mit bekannter erblich bedingter degenerativer Retinaerkrankung wie beispielsweise *Retinitis pigmentosa* (eine Minderheit dieser Patienten hat eine genetisch bedingte Störung der retinalen Phosphodiesterasen). **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Urologika; Arzneimittel zur Behandlung der erektilen Dysfunktion. **ATC Code:** G04B E03. **Inhaber der Zulassung:** Pfizer Limited, Sandwich, Kent CT13 9NJ, Vereinigtes Königreich. **Stand der Information:** Juni 2016. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Angaben zu besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.**

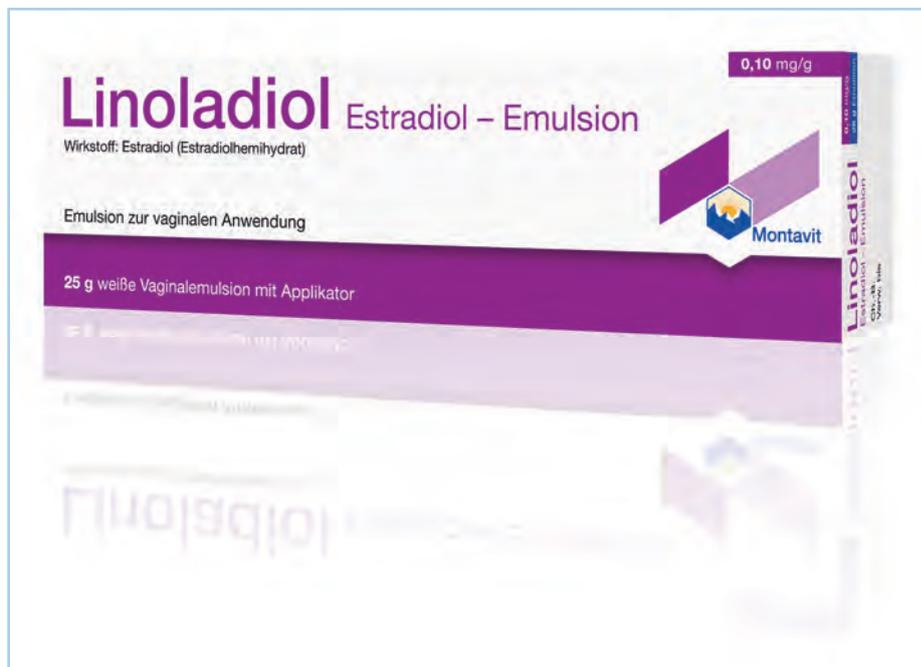
Linoladiol Estradiol-Emulsion – für ein physiologisches Vaginalmilieu

Vaginale Trockenheit, Fluor, Juckreiz, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr beeinträchtigen Lebensqualität und Wohlbefinden der Patientin in der Postmenopause.

Linoladiol Estradiol-Emulsion enthält 17 β -Estradiol und Mandelöl. 17 β -Estradiol entspricht dem körpereigenen Estradiol. Eine Therapie verbessert die vaginale Atrophie, fördert Wachstum und Reifung der Epithelzellen, fördert die Durchblutung sowie die Elastizität und Beschaffenheit der vaginalen Schleimhaut [1]. Mandelöl ist reich an Vitaminen B und E. Es wirkt entzündungshemmend und macht die Haut geschmeidig [2].

- **Rasche Regeneration des Vaginalepithels [3]**
- **Natürlicher Schutz vor pathogene Keimen durch rasche Senkung des pH-Wertes und rasche Vermehrung der Laktobazillen [3]**
- **Signifikante Besserung der klinischen Symptome der Atrophie [3].**

Linoladiol Estradiol – Emulsion ist in der anwendungsfreundlichen 25 g Tube und mit einem Applikator kassenfrei verfügbar.



Literatur

- [1] Pinkerton et al. Advances in the treatment of menopausal symptoms. Women's Health 2009, 5(4), 361-384
- [2] Ahmad Z. The uses and properties of almond oil. Complement ther Clin Pract. 16, 2010, 10-12
- [3] Mazur D. et al. Fraktionierte Anwendung einer 17 β -Estradiolcreme zur Behandlung atrophischer Kolpitis postmenopausaler Frauen. Geburtsh Frauenheilk 2005, 65: 584-589

Für weitere Informationen:

Pharmazeutische Fabrik Montavit
Ges.m.b.H.
Salzbergstraße 96
6067 Absam / Tirol / Austria
pharma@montavit.com

Fachkurzinformation zu den Seiten Seite 21 und 78

Linoladiol Estradiol Emulsion. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: 1 g Emulsion enthält 0,10 mg Estradiol (entspricht 0,1033 mg Estradiol-Hemihydrat). **Liste der sonstigen Bestandteile:** Triglyceride, Hostacerin T3, Cetylalkohol, Polysorbat, Propylenglycol, Mandelöl, Benzylalkohol, gereinigtes Wasser. **Anwendungsgebiete:** Zur Behandlung von vaginaler Atrophie aufgrund von Estrogenmangel bei postmenopausalen Frauen. **Gegenanzeigen:** Linoladiol Estradiol Emulsion sollte in folgenden Fällen nicht angewendet werden: bestehender oder früherer Brustkrebs bzw. ein entsprechender Verdacht, estrogenabhängiger maligner Tumor bzw. ein entsprechender Verdacht (z.B. Endometriumkarzinom), nicht abgeklärte Blutung im Genitalbereich, unbehandelte Endometriumhyperplasie, frühere oder bestehende venöse thromboembolische Erkrankungen (tiefe Venenthrombose, Lungenembolie), bekannte thrombophile Erkrankungen (z.B. Protein-C-, Protein-S- oder Antithrombin-Mangel, bestehende oder erst kurze Zeit zurückliegende arterielle thromboembolische Erkrankungen (z.B. Angina pectoris, Myokardinfarkt), akute Lebererkrankungen oder zurückliegende Lebererkrankungen, solange sich die Leberfunktionstests nicht normalisiert haben, bekannte Überempfindlichkeit gegenüber dem Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile, Porphyrie. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Urogenitalsystem und Sexualhormone, Estradiol ATC-Code: G03CA03. **Inhaber der Zulassung:** Pharm. Fabrik Montavit Ges.m.b.H., A-6067 Absam/Tirol **Abgabe:** Rezeptpflichtig, apothekenpflichtig. Informationen betreffend Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkung mit anderen Mitteln, Nebenwirkungen und Gewöhnungseffekte entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation. **Stand der Information:** 10/2014.

Fachkurzinformation zu Seite 3

Urivesc 60 mg Retardkapseln. **QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG:** Jede retardierte Hartkapsel enthält 60 mg Trospiumchlorid. Sonstige Bestandteile: Kapselinhalt: Saccharose (154,5 mg), Maisstärke, Methylacrylat-Methylmethacrylat-Methacrylsäure-Copolymer, Ammoniumhydroxid, Mittelkettige Triglyceride, Ölsäure, Ethylcellulose, Titandioxid (E 171), Hypromellose, Macrogol 400, Polysorbat 80, Triethylcitrat, Talkum, Kapselhülle: Gelatine, Titandioxid (E 171), Eisenoxid gelb (E 172), Eisenoxid rot (E 172), Druckertinte: Schellack (20% verestert), Eisenoxid schwarz (E 172), Propylenglycol. **ANWENDUNGSGEBIETE:** Zur symptomatischen Behandlung der Dranginkontinenz und/oder häufigem Wasserlassen und Harndrang bei Patienten mit dem Syndrom der überaktiven Blase. **GEGENANZEIGEN:** Trospiumchlorid ist kontraindiziert bei Patienten mit Harnretention, schweren gastro-intestinalen Störungen (einschließlich toxischem Megacolon), Myasthenia gravis, Engwinkelglaukom und Tachyarrhythmien. Trospiumchlorid ist ebenfalls kontraindiziert bei Patienten mit Überempfindlichkeit gegenüber dem Wirkstoff oder einem der sonstigen Bestandteile. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Urologische Spasmolytika, ATC Code G04BD 09. **INHABER DER ZULASSUNG:** MEDA Pharma GmbH, 1110 Wien. Rezept- und apothekenpflichtig. Angaben über Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen und Gewöhnungseffekte entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation. Stand der Information: 09/2016. **Bei Nebenwirkungen wenden Sie sich bitte an die Pharmakovigilanzabteilung der Firma Meda unter +43 (0) 1 86 390 3364 bzw. +43 (0) 664 8008550 (24h-Hotline) oder schreiben Sie ein Email an drug-safety@meda.at**

Fachkurzinformation zu Seite 5

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

Fachkurzinformation zu Seite 19

Inkontan 15 mg/30 mg Filmtabletten. **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** 1 Filmtablette enthält 15 mg/30 mg Trospiumchlorid. Liste der sonstigen Bestandteile: Tablettenkern: Carboxymethylstärke-Natrium, mikrokristalline Cellulose, Lactose-Monohydrat, Maisstärke, Povidon K25, hochdisperses Siliciumdioxid, Stearinsäure (pflanzlich); Überzug: Stearinsäure, E 171 (Titandioxid), Cellulose, Hypromellose. **Anwendungsgebiete:** Zur Behandlung der Detrusor-Instabilität oder der Detrusor-Hyperreflexie mit den Symptomen Pollakiurie, imperativer Harndrang und Dranginkontinenz. Inkontan 15 mg/30 mg wird angewendet bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff Trospiumchlorid oder einen der genannten sonstigen Bestandteile. Harnverhaltung. Nicht ausreichend behandeltes oder unbehandeltes Engwinkelglaukom. Tachyarrhythmie. Myasthenia gravis. Schwere chronisch entzündlicher Darmerkrankung (Colitis ulcerosa und Morbus Crohn). Toxischem Megacolon. Dialysepflichtiger Niereninsuffizienz (Kreatinin-Clearance < 10 ml/min/1,73 m²). **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Urologika, Mittel bei häufiger Blasenentleerung und Inkontinenz ATC-Code: G04BD09. **Inhaber der Zulassung:** Pharm. Fabrik Montavit Ges.m.b.H., 6067 Absam/Austria. **Abgabe:** Rezeptpflichtig, apothekenpflichtig. Informationen betreffend Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkung mit anderen Mitteln, Nebenwirkungen und Gewöhnungseffekte entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation. Stand der Information: 08/2016.

Fachkurzinformation von Seite 33

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, Hypromellose, Niedrigsubstituierte Hypromellose, Calciumcarbonat, Magnesiumstearat, Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (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 Nitrate oder Stickstoffmonoxid-Donatoren (wie z. B. Amylnitrit) einnehmen. Die gleichzeitige Anwendung von Phosphodiesterase-5(PDE5)-Inhibitoren, einschließlich Avanafil, mit Guanylatcyclase-Stimulatoren wie Riociguat ist kontraindiziert, da es möglicherweise zu einer symptomatischen Hypotonie führen kann. 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 einem PDE5-Inhibitor steht oder nicht. - 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:** Mittel bei erektiler Dysfunktion, ATC-Code: G04BE10. **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, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit sowie Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation. **Stand der Information:** März 2016. ▼ 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.

Fachkurzinformation zu Seite 37

Nocutil® 0,1 mg - Tabletten Nocutil® 0,2 mg - Tabletten. Zusammensetzung: Nocutil 0,1 mg Tabletten: 1 Tablette enthält 0,1 mg Desmopressinacetat entsprechend 0,089 mg Desmopressin. Nocutil 0,2 mg Tabletten: 1 Tablette enthält 0,2 mg Desmopressinacetat entsprechend 0,178 mg Desmopressin. Sonstige Bestandteile mit bekannter Wirkung: Nocutil 0,1 mg Tabletten: Jede Tablette enthält 60 mg Lactose-Monohydrat. Nocutil 0,2 mg Tabletten: Jede Tablette enthält 120 mg Lactose-Monohydrat. Sonstige Bestandteile: Lactose-Monohydrat, Kartoffelstärke, Povidon (K25), Magnesiumstearat, hochdisperses Siliciumdioxid. **Anwendungsgebiete:** Zur Behandlung der primären Enuresis nocturna bei Kindern ab 5 Jahren nach Ausschluss organischer Ursachen und wenn andere, nicht-medikamentöse Therapiemaßnahmen erfolglos waren. | Zur Behandlung des Vasopressin-sensitiven zentralen Diabetes insipidus. | Zur Behandlung der Nykturie verbunden mit nächtlicher Polyurie bei Erwachsenen (bei einer Urinproduktion in der Nacht, welche die Blasenkapazität überschreitet). | Nocutil wird angewendet bei Erwachsenen und Kindern ab 5 Jahren. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1. genannten sonstigen Bestandteile. | Neurologische Erkrankungen und Demenz. | Primäre und psychogene Polydipsie oder Polydipsie bei 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:** Nocutil 0,1 mg Tabletten: 30 Tabletten. Nocutil 0,2 mg Tabletten: 15, 60 Tabletten. **Abgabe:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Kassenstatus:** Nocutil 0,1 mg Tabletten: NO-BOX. Nocutil 0,2 mg Tabletten: Kassenfrei, Yellow Box, RE2. **Zulassungsinhaber:** Gebro Pharma GmbH, 6391 Fieberbrunn. **Stand der Information:** 04/2014. Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen sowie Gewöhnungseffekten entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.

Fachkurzinformation zu Seite 45

ZYTIGA 500 mg Filmtabletten. Bezeichnung des Arzneimittels: ZYTIGA 500 mg Filmtablette. **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Jede Filmtablette enthält 500 mg Abirateronacetat. **Sonstige Bestandteile:** Jede Filmtablette enthält 253,2 mg Lactose und 13,5 mg Natrium. Mikrokristalline Cellulose (Siliciumdioxid-beschichtet), Croscarmellose-Natrium, Hypromellose 2910 (15 mPa.S), Lactose-Monohydrat, Magnesiumstearat, Hochdisperses Siliciumdioxid, Natriumdocecylsulfat. Im Filmüberzug Eisen(II,III)-oxid (E172), Eisen(III)-oxid (E172), Macrogol 3350, Poly(vinylalkohol), Talkum, Titandioxid. **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. Vertrieb für Österreich: Janssen-Cilag Pharma GmbH, Vorgartenstraße 206 B, 1020 Wien. **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.** PHAT/ZYT/0117/0001

Fokus Patient



*mCRPC:
Auch eine Frage
der Lebensqualität*

EINFACH LEBEN

Längere Lebensqualität

Mit XTANDI™ konnte die Lebensqualität doppelt so lange erhalten werden wie unter der Kontrollgruppe^{1,2}

- 25 Monate Aufrechterhaltung des sozialen Wohlbefindens³
- 20 Monate Aufrechterhaltung des emotionalen Wohlbefindens³

Bedeutende klinische Vorteile

- 19,7 Monate mediane Zeit ohne radiologische Progression¹
- 35,3 Monate medianes Gesamtüberleben¹

Gute Verträglichkeit und einfache Dosierung
ohne spezielles Monitoring^{1,2}

Erstattet in der gelben Box



Xtandi™
enzalutamide

Treat what really matters in mCRPC

1. Bezeichnung des Arzneimittels: Xtandi 40 mg Weichkapseln **2. Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Jede Weichkapsel enthält 40 mg Enzalutamid. Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung: Jede Weichkapsel enthält 52,4mg Sorbitol. Liste der sonstigen Bestandteile: Kapselinhalt: Macrogolglycerolcaprylocaprate 400, Butylhydroxytoluol (E 320), Butylhydroxytoluol (E 321); Kapselhülle: Gelatine, Lösung von partiell dehydratisiertem Sorbitol (Sorbitol, Sorbitan), Glycerol, Titandioxid (E 171), gereinigtes Wasser; Drucktinte: Eisen(II,III)-oxid (E 172), Poly(phthalsäure-co-vinylacetat) **3. Anwendungsgebiete:** Xtandi ist angezeigt zur Behandlung erwachsener Männer mit metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom mit asymptomatischem oder mild symptomatischem Verlauf nach Versagen der Androgenentzugstherapie, bei denen eine Chemotherapie klinisch noch nicht indiziert ist, und zur Behandlung erwachsener Männer mit metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom, deren Erkrankung während oder nach einer Chemotherapie mit Docetaxel fortschreitet. **4. Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile; Frauen, die schwanger sind oder schwanger werden können **5. Pharmakotherapeutische Gruppe:** noch nicht zugewiesen, ATC-Code: noch nicht zugewiesen **6. Inhaber der Zulassung:** Astellas Pharma Europe B.V., Sylviusweg 62, 2333 BE Leiden, Niederlande **7. Vertrieb in Österreich:** Astellas Pharma Ges.m.b.H., Donau-City-Straße 7, 1220 Wien, Tel: +43 1 877 26 68, E-Mail: office.at@astellas.com **8. Stand der Information:** 04/2016 **9. Rezeptpflicht/ Apothekenpflicht:** verschreibungspflichtig

„Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Fertilität, Schwangerschaft, Stillzeit, Auswirkungen auf die Verkehrstüchtigkeit und die Fähigkeit zum Bedienen von Maschinen, Nebenwirkungen sowie Gewöhnungseffekten entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.“

Literaturnachweis: 1. XTANDI Fachinformation, Stand 04/2016. 2. Beer TM et al. N Eng J Med. 371(5): 424-433 (2014). 3. Appendix to: Loriot Y et al. Lancet Oncol. 2015; DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(15\)70113-0](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(15)70113-0)