

NÖNGU



Ausgabe

51

25. Jahrgang 2015

Nachrichten der Österreichischen Gesellschaft für Urologie und Andrologie



Jacqueline Chantoni: Cindy Crawford, 2011, Öl/Acryl, Lwd., 120x90cm / Galerie Schafschetzy, Graz. © Jacqueline Chantoni

Urologie für die Frau – Frauen in der Urologie

Interview: Univ. Prof. Dr. Hildegunde Piza-Katzer

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.
ELI LILLY GmbH
JANSSEN-CILAG Pharma GmbH
GEBRO Pharma GmbH
ROTTAPHARM|MADAUS
MADAUS Ges.m.b.H.
A. MENARINI Pharma Ges.m.b.H.
OLYMPUS Austria Ges.m.b.H.
Pharmazeutische Fabrik MONTAVIT 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
- 8 Ihre Seite – Die Seite der Leser
- 9 Die Seite des Präsidenten
- 10 Gedanken des Generalsekretärs
- 14 Aus der Fortbildungskommission: Ausschreibung eines neuen Stipendiums für die Urologie. St. Krause, Linz
- 15 Aus dem Arbeitskreis Kinderurologie: Diagnostik und Therapie: More or less medical Care. Ch. Strasser, Linz
- 18 Aus dem Arbeitskreis Andrologie und sexuelle Funktionsstörungen: TART & TESE. W. Costamoling, Ch. Berger, Linz

- 24 Aus dem Arbeitskreis Assistenten in Ausbildung: Kommentar zur Ärzte-Ausbildungsordnung „NEU“ 2015. M. Stolzelechner
- 26 Kongressbericht: 41. Gemeinsame Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Urologie und Andrologie und der Bayerischen Urologenvereinigung
- 28 Uro-onkologische Studien in Österreich

HAUPTTHEMA: Urologie für die Frau – Frauen in der Urologie

- 31 Editorial. R. Wick, M. Knoll, Wien
- 32 Die Urologin in der §2-Praxis – Vereinbarkeit zwischen Familie, Freizeit und Kassenordination. K. Lipsky, Graz
- 33 Die Urologin im Krankenhaus – Vereinbarkeit zwischen Familie, Freizeit und Nachtdiensten. I. Berger, Wr. Neustadt; E. Dlouhy-Schütz, Mistelbach
- 39 Aktuelles zur Forschung – Aus dem Leben einer jungen Forscherin. I. Heidegger, Innsbruck
- 40 Operative Kinderurologie: Gibt's denn auch eine Operation für Bettnässen? T. Becker, Linz
- 45 Operative Andrologie – Gibt es heute noch Indikationen zur Venenchirurgie bei erektiler Dysfunktion? T.A. Gründler, Wien
- 48 Sexualmedizin – Was versteht Frau darunter? Erwartungen und therapeutische Ansätze. A. Gnad, Salzburg

- 50 Zum Titelbild

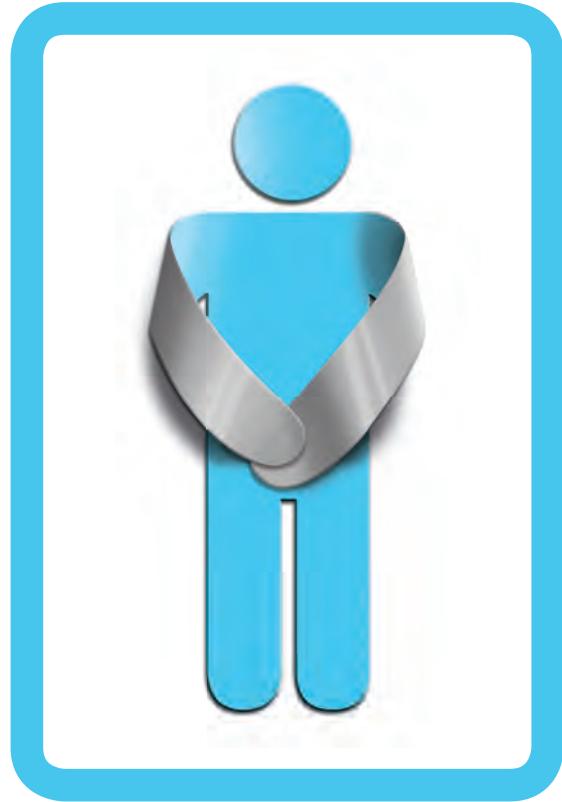
IM BRENNPUNKT

- 51 Interview mit Univ. Prof. Dr. Hildegunde Piza-Katzer, emer. Vorstand der Univ. Klinik für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, Med. Universität Innsbruck. O. Zechner, Wien

FEUILLETON

- 53 Der MINOTAURUS – Die moderne Medizin im Labyrinth von Ethik und Profit. O. Zechner, Wien
- 60 urologia historica
- 63 TERMINE
- 65 PRODUKTE / NEUHEITEN

Die Nr. 1 ...



... bei überaktiver Blase! *

Trospium von Madaus

ist die meistverordnete Therapie Österreichs *

- **Spasmolyt**[®] 2 x 20 mg
- **Urivesc**[®] 1 x 60 mg ER

* IMS RSÖ 1-12/2014 Einheiten G4D



Editorial

Ob das wohl noch gut gehen kann??

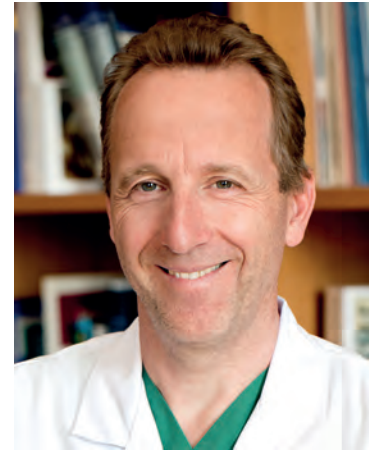
Kein Tag vergeht, an dem nicht Themen wie die Novelle der Ärzteausbildung, Fachärztemangel, Arbeitszeitgesetz, Vermehrung der Facharztstellen, Abwanderung der Jungmediziner, Probleme mit der Generation Y, Strukturreformen, etc. medial mehr emotional als fachlich fundiert präsentiert und diskutiert werden. Welche Motivation sollen bei all den Schreckensnachrichten junge, hoffentlich motivierte Menschen haben, sich in die Querelen des medizinischen Alltags überhaupt noch zu begeben? Finden sie Faszination für diesen Beruf, unabhängig davon, ob sie als selbstständige Wahl- oder §2 Kassenärzte oder angestellte Mediziner tätig sind? Wer kann ihnen diese Motivation noch vermitteln? Gibt es „Berufschancen“ in Österreich? Fördern und bilden wir überhaupt noch „Teamleader“ aus, oder ist es grundsätzlich besser, diese aus dem Ausland „einzukaufen“?

Schaffen wir es, neben all der negativen Presse jene positiven Seiten ins rechte Licht zu rücken, die sich nicht nur um pekuniäre Aspekte drehen, sondern den Patienten und dessen Schicksal, das wir tagtäglich positiv aber auch negativ beeinflussen, in den Vordergrund zu stellen? Beruf findet sich in „Berufung“ – fühlen wir uns wirklich noch berufen zu den Dingen oder machen wir sie, weil ... ach ja unter anderem auch dem Patienten geholfen wird? Wird der Betroffene nur mehr ein lästiger Spielball, dem wir Wartezeiten von 1-1 1/2 Jahren auf Operationen (angeblich keine Seltenheit bei orthopädischen und augenchirurgischen Eingriffen) und / oder Kontrollterminen zumuten. Die Politik stellt klar in den Vordergrund: „Wir wollen und bieten die beste medizinische Versorgung in Österreich für alle!!“, nicht zu vergessen: auch jederzeit. Ist das unter den gegebenen Voraussetzungen ehrlich und realistisch oder schafft es der Österreicher anhand der unzähligen Skandale, sich auch hierbei selber in den Sack zu

lügen und mit dem „Wir werden Weltmeister“-Slogan alle noch so berechtigten Sorgen und Befürchtungen beiseite zu schieben?

Die kritischen Stimmen mehren sich, die die Zukunft dieses Landes nicht nur im wirtschaftlichen sondern auch medizinischen Bereich gefährdet sehen – sind diese alle verblendet oder wollen wir (alle Österreicher) uns nicht offen eingestehen, dass wir auf einen Scheitelpunkt zuwandern, der deutliche Veränderungen erzwingen wird. Wenn es für unsere Jungen keine „Zukunft“ mehr gibt, nichts mehr sicher mit Zuversicht, Ruhe und Elan ohne sofortigem Output betrieben werden kann, kann sich eine Gesellschaft dann noch weiterentwickeln? Liest man Ausschreibungen für Posten, so wird bei jeder Besetzung der „Wunderwuzzi“ gesucht, der so viele Kriterien erfüllen soll, die er wahrscheinlich vor der Bewerbung in den meisten Fällen nur zum geringsten Anteil wirklich erfüllen kann oder überhaupt noch gar nicht gesehen haben kann. Macht so etwas Sinn??

Erforderliche Strukturreformen werden in Projektarbeiten durchgeführt, dazu gibt es sogenannte Projektleitungsausschüsse, die uns helfen sollen, die tägliche Arbeit besser zu organisieren. Es geht dabei in erster Linie aber nicht um den Patienten, vordergründig wird selbstverständlich immer der Patientenversorgung und -betreuung höchste Priorität beigemessen. Wie soll sich das ausgeben?? „Change Management“ in der Medizin – was täten wir nur ohne die zahlreichen eingedeutschten Anglizismen, ohne die wir einen geregelten Tagesablauf nicht mehr erleben können. Erfreulicherweise haben wir noch unsere Leistungszahlen, die es gilt zu vergleichen, „best practice“ Definitionen zu erstellen ohne auch nur einmal Daten über die Zufriedenheit der Patienten zu berichten. Es ist eben alles nur eine Frage der Sichtweise, aus welchem Blickwinkel wollen wir welches Problem beleuchtet und evaluiert wissen, etwas, das wir von vielen wissenschaftlichen



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



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

Wenn es für unsere Jungen keine „Zukunft“ mehr gibt, nichts mehr sicher mit Zuversicht, Ruhe und Elan ohne sofortigem Output betrieben werden kann, kann sich eine Gesellschaft dann noch weiterentwickeln?



ES IST ZEIT, AN DIE ZUKUNFT ZU DENKEN

- **BETMIGA 50 MG – die OAB-Therapie mit einem andersartigen Wirkmechanismus als Antimuskarinika¹**
- **BETMIGA 50 MG ist bei OAB-Patienten wirksam^{1,2,3}**
- **BETMIGA 50 MG wird gut vertragen und entlastet OAB-Patienten³**

Diskussionen zu brennenden Themen wie, beinahe beispiellos, beim Prostatakarzinom-Screening wiederholt kennengelernt haben. Wenn es nicht so ernst wäre und Betroffene mit Sorge diese Fragen an uns richten würden, so wären die Stellungnahmen der verschiedensten Protagonisten und Berufsgruppen kabarettreif; was man nicht alles Personen- oder Interessensgruppen unterstellen kann.

Aber nein – die Realität sind Zahlen, also freuen wir uns darüber, dass wir verschiedene Interpretationen mit Zahlen „belegen“ können – endlich sind wir bei der EBM, denn diese widerspiegelt die Wahrheit! Je nachdem, wer was sagen möchte, wird dies auch in einer Form mit passendem p-Wert dargestellt, um dann von anderer Seite mit entsprechenden Gegenmaßnahmen zumindest ansatzweise wieder zerlegt zu werden. Das sind Aussichten, auf die man sich täglich freut. Dem einen wird unterstellt, zu viel zu machen, dem anderen zu wenig, der eine rechnet unfair ab, der andere dokumentiert nicht ... usw. – ach ja, eigentlich sollten wir doch über das Outcome unserer Patienten berichten, die anhand der Statistiken in Österreich nicht ganz schlecht versorgt und mit den bisherigen Leistungen auch nicht unzufrieden schie-

Ist es wirklich notwendig, dass wir genötigt werden, Benchmarking in allen möglichen Bereichen zu etablieren mit dem Ziel, dass wir uns gegenseitig das Wasser abschöpfen, ohne eigentlich zu wissen, was das pro futuro bedeutet? Es fehlt an strukturellen Vorgaben, um alleine die Änderungen der Ärzteausbildung mit ihrem modularen System flächendeckend in Österreich anbieten zu können. Junge Urologen sind gefordert, sich vor Antritt ihrer Ausbildung zu überlegen, welche „Spezialisierungen“ sie im Rahmen ihrer Ausbildung erlernen möchten; nebenbei müssen die Abteilungsleiter sicherstellen, dass diese in 72 Monaten innerhalb der 48 Stunden-Regel erfüllt wird. Die zur Entscheidung stehenden 6+1 Module sind: **Urogeriatrie, Kinderurologie, Andrologie und sexuelle Funktionsstörungen, Blasen-funktionsstörungen und Urodynamik, fortgeschrittene urologisch-onkologische Chirurgie, Laparoskopie und minimal invasive Therapie** sowie **ein wissenschaftliches Modul**, das für alle Fächer gleich ist. Aus diesen 6 Schwerpunktmodulen müssen nach **9 Monaten** sog. „Common trunk“ Ausbildung (konservativ und operative Fächer) sowie nach **36 Monaten** allgemeine Urologie

(für alle gleich verpflichtend) jeweils **3 Module** zu je **9 Monaten** gewählt werden. Natürlich hat man („man“ ist wohl der Abteilungsvorstand) dafür zu sorgen, dass alle Module hintereinander ohne Stehzeiten gekoppelt sind. Anhand der bekannt „einfachen“ Triage innerhalb verschiedener Krankenhausträger sicher nur ein ganz, ganz kleines Problem. Aber vielleicht findet auch hier der gering modifizierte, alte Spruch: „Der Vorstand wird's schon richten!“ seine Bedeutung.

Ob gewollt oder ungewollt fällt diese wesentliche Reform der Ausbildung gleichzeitig mit den seit über 10 Jahren bekannten gesetzlichen Vorgaben des Ärztarbeitszeitgesetzes zusammen. Groß war die Aufregung und Verwunderung vergangenen Herbst, dass die

Die Realität sind Zahlen, also freuen wir uns darüber, dass wir verschiedene Interpretationen mit Zahlen „belegen“ können – endlich sind wir bei der EBM, denn diese widerspiegelt die Wahrheit!

erforderlichen EU-Gesetze mit 1.1.2015 umgesetzt werden mussten. Als ob dies nicht seit langem bekannt war und somit frühzeitig in Ruhe vorbereitet hätte werden können.

Wie das so ist mit Geschenken – nicht jeder hat sich wirklich darüber gefreut und in vielen Bereichen wird dieses Thema weiterhin be- und zerstritten. Auffallend ist nur, dass nun gleichzeitig mit all den signifikanten (auch wenn kein p-Wert vorhanden ist) Änderungen nun auch sofort die Diskussion um Neuorganisation und Restrukturierung rasch auf den Tisch kommt – frei nach dem Motto – wenn schon in das System eingreifen, dann gleich richtig!!

Es ist derzeit nicht bekannt, unter welchen Voraussetzungen gerade die Ausbildung zukünftiger Urologen erfolgen

wird. Die Ausbildungsinhalte zum Sonderfach Urologie sind in Begutachtung und mussten raschest möglich verabschiedet werden. Nun haben aber die Länder bereits einen grundsätzlichen Einspruch (nicht zum Fach Urologie) getätigt, sodass nicht klar ist, ob der Zeitplan wirklich eingehalten werden kann.

Trotz der zahlreichen Unbekannten führen wir aber gleichzeitig Gespräche darüber, wie auch die Abteilungsstrukturen geändert werden könnten. Keines der schneidenden Fächer diskutiert derzeit darüber, ob die Anzahl der Abteilungen reduziert werden soll – das stimmt nicht ganz, denn ein Teil der kleinen „gallischen“ Uro-Community überlegt, zu viele Ausbildungsstätten zu haben und denkt darüber nach, trotz steigender Belastungen, gesetzlicher Vorgaben, zunehmender Änderung der Alterspyramide und, zumindest in den Ballungszentren, stetig steigenden Bevölkerungszahlen, Änderungen innerhalb der Abteilungsstrukturen zu unterstützen.

Ganz stimmt dies nicht, denn innerhalb der Krankenanstaltenträger wird offen darüber diskutiert, ob denn nicht auch zu viele Gynäkologien und Geburtshilfen, HNO-, Augen-, Derma-Abteilungen vorhanden sind. Diese Überlegungen werden aber nicht von Kollegen aus den Gesellschaften geführt sondern kommen aus dem betriebswirtschaftlichen Bereich. Hierzu kann man mit einem gewissen Amusement angemerkt werden, dass gerade die HNO und Derma als Pflichtfach aus dem Curriculum zum Allgemeinmediziner genommen wurden, da es bereits jetzt zu wenige Abteilungen gibt, die die Ausbildung junger Kollegen gewährleisten können.

Dieses wichtige, „heiße“ Thema findet auch zwischen uns beiden als Herausgeber der NÖGU derzeit keinen Konsens. Wir haben lange darüber nachgedacht, ob es dem Leser zumutbar ist, auch unsere Diskussion darzustellen. Es erscheint uns wichtig, Ihnen zu vermitteln, dass wir unterschiedliche Meinungen vertreten.

Stephan Madersbacher ist der Meinung, dass eine Entwicklung zu größeren Abteilungen unabdingbar sei, die besser ausgestattet wären und durch größere Fallzahlen die Qualität der Versorgung und Ausbildung verbessern würden. Darüber hinaus zwingen der zunehmende Ärztemangel und die prekäre finanzielle Situation der öffentlichen Haushalte zur Bündelung der Ressourcen. Beim Wiener Krankenanstaltenverbund be-

steht seit Jahrzehnten eine Kernarbeitszeit von 5 Stunden und es sind bei diesem Arbeitgeber 6 urologische Fachärzte pro Nacht in Wien im Dienst (welche dann am nächsten Tag bitter fehlen). Diese Aspekte sind in Zeiten wie diesen weder medizinisch noch ökonomisch vertretbar. Gleichzeitig gibt es im bevölkerungsreichen Ballungsraum Wien noch andere Träger mit diensthabenden Fachärzten. Dies basiert derzeit auf einer gesetzlichen Grundlage, dass – entgegen anderen Landesgesetzen – in Wien ein Facharzt vor Ort sein muss.

Eugen Plas vertritt den Standpunkt, dass neben all den laufenden Unklarheiten ein ruhiger und überlegter Diskurs gerade zu diesem besonders sensiblen Bereich geführt werden soll, der nicht alleinig die Träger als Proponenten beinhalten sollte. Ob aktive, emeritierte und / oder ausländische Urologen, die keine „persönlichen“ Interessen am Markt haben, sondern lediglich die Entwicklung der Urologie in Österreich im Blickfeld sehen hierzu aktiv eingebunden werden, sei dahingestellt. Es braucht aber eine breite Diskussionsplattform und nicht nur ein paar wenige, die Entscheidungen, die gerade derzeit sicher politisch opportun sind, vorantreiben.

Diese Diskussion ist wichtig und gerade unter der Last des „Change Management“ eine große Herausforderung, sollte jedoch nicht so wie die Entscheidungen und Modelle zum Arbeitszeitgesetz hastig und vorschnell durchgepeitscht werden. Gesellschaften brauchen den Diskurs und Bewegung um sich zu entwickeln, es sollte jedoch innerhalb einer Community konsensuell erfolgen, nicht basierend auf Dissens.

Es scheint bei vielen Problemen so, als ob die Lösung manchen bekannt wäre und wir nun jene „Material und Methode“ Sektion suchen, die diese Lösungen ermöglichen. Ein Phänomen, das von wissenschaftlichen Arbeiten, natür-

Wir finden ein Resultat und suchen dazu den besten Lösungsweg. Das Aufzäumen des Pferdes von hinten kann bei so manchem Gaul unangenehme Folgen haben und zu einem Tritt nach hinten führen – hoffentlich ist unser Fach eines jener, deren Zukunft durch überlegte, sachliche Gespräche weiterentwickelt und nicht gefährdet wird.

lich nicht mehr heute aber im vergangenen Jahrhundert, bekannt war. Wir finden ein Resultat und suchen dazu den besten Lösungsweg. Das Aufzäumen des Pferdes von hinten kann bei so manchem Gaul unangenehme Folgen haben und zu einem Tritt nach hinten führen – hoffentlich ist unser Fach eines jener, deren Zukunft durch überlegte, sachliche Gespräche weiterentwickelt und nicht gefährdet wird.

Um nicht nur negative Gedanken zu bringen, ist es uns ein Anliegen erstmals eine Ausgabe der „NÖGU – Nachrichten der Österreichischen Gesellschaft für Urologie und Andrologie“ dem Thema „Frauen in Urologie“ zu widmen. Dies

soll mehrere Aspekte widerspiegeln:

1. Urologie beschäftigt sich nicht nur mit Erkrankungen des Mannes, wie vielerorts gedacht wird.
2. Über 50% der Medizinstudiumabsolventen sind weiblich, somit wird in naher Zukunft der urologische Nachwuchs zu einem bedeutenden Anteil aus Frauen bestehen.
3. Wir sollten nicht nur über Gleichberechtigung reden, sondern diese auch leben, folglich ist es wohl mehr als an der Zeit, dass nach 50 Ausgaben der NÖGU sowie allen anderen urologischen Journalen, endlich Frauen ihre Sichtweise darstellen und Expertinnen referieren.
4. Wenn wir die Probleme der anderen kennen, können wir auch entsprechende Lösungsansätze suchen.
5. Wie können wir den wissenschaftlichen Nachwuchs fördern um wieder zu jenen Ländern in Europa zu gehören, die zumindest an vorderer Front mitwirken; derzeit sind wir ins Abseits geschrumpft und es wird einiges an Mühen und strukturellen Änderungen bedürfen, um dies zu ändern.

Es freut uns besonders, dass sich alle Autorinnen rasch bereit erklärt hatten, aktiv an der Gestaltung dieser Ausgabe teilzunehmen. Es soll auch nicht nur ein Blitzlicht sein, sondern der Beginn eines Prozesses, der die Situation in der Österreichischen Gesellschaft für Urologie und Andrologie zeigt – eine homogene Mischung aus Frauen und Männern, die enorm viele Patienten qualitativ hochstehend versorgen, gemeinsam an der Entwicklung des Projektes „Urologie“ arbeiten und ihr eine Zukunft geben wollen.

St. Madersbacher
E. Plas

ANKÜNDIGUNG: Hauptthema NÖGU Nr. 52 (Dezember 2015)

Genetik in der Urologie

Abenteuer Ironman Hawaii

OÄ Dr. Elisabeth Reiter

Urologische Abteilung am Landesklinikum Waidhofen/Thaya



Fotos: © Elisabeth Reiter



Mein Traum ist nun am 11.10.2014 wahr geworden! Seit ich Triathlon betreibe, träume ich davon, einmal in Hawaii starten zu dürfen, jetzt ist dieser Wunsch in Erfüllung gegangen.

Pünktlich um 7.00 Uhr zu Sonnenaufgang startete ich in der Bucht von Kailua Kona im 28°C warmen pazifischen Ozean. Gleich zu Beginn bemerkte ich den relativ starken Wellengang und einen starken Sog nach draußen, der beim Zurückschwimmen in die Bucht sehr viel Kraft kostete. Nach 1h 23min stieg ich aber trotzdem noch relativ relax aus dem Wasser und begab mich nun auf den Radkurs nach Hawi (Wendestrecke). Hier quälten uns Hitze und Wind, die Temperaturen stiegen an diesem Tag über 40°C, zusätzlich machte uns der massive böige Wind das Fahren in einem halbwegs normalen Tempo fast unmöglich. Der Anstieg nach Hawi (7 Meilen) war schon eine wirkliche Herausforderung, ich fuhr hier zum Teil nur knapp über

10 km/h bei 200 Watt!! Zurück nach Kona gings nun vorerst mal bergab, aber hier ereignete sich leider ein schrecklicher Unfall, eine Mitbewerberin wurde vom Wind schlicht weggefegt und schlug mit dem Kopf auf.

Ziemlich schockiert darüber blieb ich stehen und versuchte zu helfen, befreite sie vom Fahrrad und blieb bei ihr bis Hilfe kam. Etwas verunsichert fuhr ich dann nach Kona zurück, um dann endlich auf die Laufstrecke zu gelangen. Beim Laufen konnte ich wieder den Kopf etwas frei kriegen und mein gewohntes Tempo laufen und auch bis zum Schluss beibehalten.

Schließlich erreichte ich dann nach 11h 59min die Finishline. Ich bin sehr glücklich und dankbar, diesen Kampf unbeschadet überstanden zu haben. Es war bisher mein schwerster und härtester Ironman, aber vielleicht gibt es irgendwann eine Wiederholung?

Liebe Leserin, lieber Leser!

Hatten auch Sie besondere Erlebnisse? Erzählen Sie uns davon!

Der Österreichisch/Bayerische Urologenkongress



Prim. Dr. Wolfgang Loidl

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

der Österreichisch/Bayerische Urologenkongress in Linz von 11.-13. Juni 2015 ist nun vorüber. Mit rund 850 Teilnehmern konnte dieser überregionale Kongress wieder Gäste aus Bayern, der Schweiz, Südtirol und Österreich anziehen. Während der Plenarsitzungen und neben den State of the Art Vorträgen konnten Kollegen aus der Niederlassung Fälle vortragen, die von den Experten dann diskutiert wurden. Dieses Medium wurde gewählt, um die Zusammenarbeit zwischen Kliniken und Fachärzten zu dokumentieren und vor allem die Patienten aus der realen Welt nicht zu vergessen. Diese Sitzungen waren äußerst gut besucht.

Die Schwerpunkte Andrologie und Infektiologie sowie Steine, Kinderurologie und Rekonstruktive Urologie waren überproportional besucht, die neurogenen Blasenentleerungsstörungen wurden ebenfalls rege mit dem Publikum durchdiskutiert.

Das Hauptthema „Die Zukunft ist jetzt“ wurde im Rahmen der letzten Plenarsitzung besonders betont. Herr Prof. Goebell aus Erlangen hielt eine Vor-

lesung „Urologie 2040“ und Herr Prof. Maio behandelte das Thema „Wieviel Ökonomie hält die Medizin aus?“ auf eine sehr ethische Art ab. Der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Urologie, Herr Prof. Stephan Roth aus Wuppertal, hat in seinem Referat über die Wichtigkeit der Urologie in der Zukunft darauf hingewiesen, dass der Urologe nicht alleinig der Prostataarzt ist, sondern die Vielfältigkeit des Faches zur Gänze abdecken muss. Diese Vielfältigkeit erstreckt sich über viele bereits fast komplett abgegebene Felder wie die Urologie der Frau, die Kinderurologie und die Neurourologie. Es muss als Aufgabe gesehen werden, dass die Ausbildungsstätten im neu geschaffenen Curriculum dieses Fachgebiet generell und speziell in den Modulen ausbilden können, sodass die fertigen Fachärzte die Materie kennen und vielleicht auch in ihrem weiteren urologischen Leben intensivieren.

Arbeitskreise der ÖGU

Die Arbeitskreise werden meinerseits aufgefordert, industrieunabhängige Fortbildungen sowohl im Rahmen der **Austrian School of Urology** als auch außerhalb für die niedergelassenen Uro-

logen auszurichten, diese Interessensgebiete wieder zu aktualisieren. Die neuen Erkenntnisse in der Tumorbiologie werden die molekularen Schritte in der Diagnostik und Therapie der urologischen Karzinome massiv beeinflussen. Auch hier ist ein Nachholbedarf im Sinne von Wissen notwendig.

Der **Arbeitskreis Bildgebung** der Österreichischen Gesellschaft für Urologie wird sich mit der **Österreichischen Röntgengesellschaft** zusammensetzen um Leitlinien zu erstellen, welche die **Diagnostik des Prostatakarzinoms**, vor allem was das MRI betrifft, festzuhalten. Bei höchster Qualität sollte diese teure Untersuchungsmethode zur richtigen Zeit beim richtigen Mann eingesetzt werden.

Insgesamt sollte die österreichische Urologie mit diesem Kongress richtungsweisende Schritte präsentiert bekommen haben, um für die Zukunft unserer Patienten gerüstet zu sein.

Mit herzlichem Gruß

Prim. Dr. Wolfgang Loidl

Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Urologie und Andrologie

„Früher ...“

„Früher wurde noch gearbeitet“.

„Früher war man noch idealistisch“.

„Früher hat man sich noch aufgeopfert“.

Prof. Haas, der Leiter einer großen deutschen psychiatrischen Klinik, hat dieses Wort „früher“ auf seiner Klinik verboten, um den schwelenden Generationenkonflikt zu entschärfen. OA Dr. Scholz ließ mir einen Artikel der Frankfurter Allgemeinen Zeitung (FAZ) zum Generationenkonflikt unter Ärzten zukommen. Dieser Artikel in der FAZ, sowie die diesem zu Grunde liegende Originalarbeit (Schmidt et al, Der Anaesthetist 2011;60:517-523) bilden die Basis für diese Gedanken.

Die „**Generation Y**“ (Geb. Jahr 1981 und später) unterscheidet sich hinsichtlich der Denkweise, dem Verhältnis zur Arbeit, der akademischen Ausrichtung, dem Wert der Familie sowie der Motivation grundsätzlich von der „**Generation X**“ (Geb. Jahr 1965-1980) und den „**Babyboomern**“ (Geb. Jahr 1946-1964).

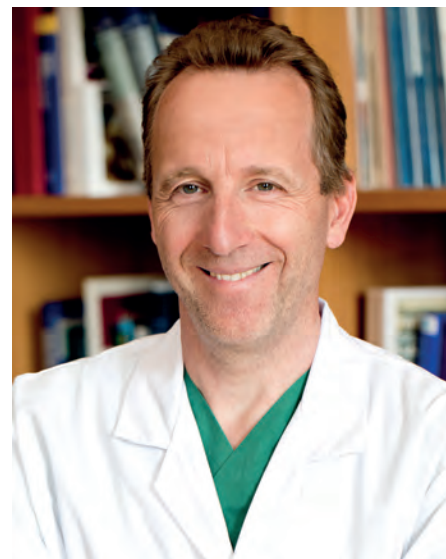
Einstellungsunterschiede

Vertreter der „Generation X“ und „Babyboomer“ stellen auf vielen Abteilungen die erfahrenen Oberärzte bzw. Abteilungsleiter und die Mitglieder dieser beiden Generationen (ich nehme mich hier nicht aus) begegnen der Lebens- und Arbeitseinstellung der „Generation Y“ teilweise mit Unverständnis. Dies gilt natürlich auch *vice versa*. Schmidt's Literaturrecherche zufolge ist die „Generation Y“ durch ein hohes Selbst-

bewusstsein gekennzeichnet, sie ist nicht kritikfähig (weil sie von den „Babyboomern“ übermäßig verwöhnt wurden), hat ein hohes Anforderungsprofil an den Arbeitsplatz, lehnt das Absitzen von Arbeitszeit ab und leistet Überstunden nur bei guter Begründung. Diese geänderten Arbeits- und Lebenseinstellungen der „Generation Y“ stellen die Abteilungsleiter, die ausbildenden Fach- und Oberärzte aber auch die Spitalsverbände vor völlig neue Herausforderungen.

Der zunehmende Ärztemangel in Deutschland mit über 12.000 freien Stellen hat zu einem intensiven Wettbewerb um die „Generation Y“ geführt (eine Entwicklung, die bei uns in Österreich gerade beginnt). Schmidt prognostizierte, dass sich der Krankenhausmarkt in Deutschland in den nächsten 5 Jahren im Wettbewerb um das Personal entscheiden wird. Hier kommt den Frauen besondere Bedeutung zu. Etwa zwei Drittel der Erstsemestrigen und annähernd 60% der bis 34 Jahre alten Ärzte in Deutschland sind Frauen. Junge Ärztinnen kann man – Schmidt zufolge – dann an ein Krankenhaus binden, wenn man betriebseigene Kindertagesstätten, Tagesmuttervermittlungen und vor allem eine Betreuung der Grundschüler während der Ferienwochen („Frauen wollen Feriencamps für Grundschüler“) anbietet.

Diesbezüglich möchte ich auf das Hauptthema dieser Ausgabe der „NÖGU – Nachrichten der Österreichischen Gesellschaft für Urologie und Andrologie“ verweisen, in dem auch diese Aspekte von Urologinnen angesprochen werden. In



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

Deutschland tragen viele Klinikverbände diesen Wünschen bereits Rechnung und haben das Zertifikat „Audit Beruf und Familie“ erhalten, für das sie eine familienbewusste Personalpolitik nachweisen müssen.

„Wenn wir gehen, haben Sie keinen anderen“

In vielen Gegenden Deutschlands und wohl auch in Österreich begegnen die jungen Ärzte der „Generation Y“ den älteren Fachärzten, den Abteilungsleitern und auch dem Krankenhausmanagement inzwischen mit der Überzeugung „Wenn wir gehen, haben Sie keinen anderen“. Mittlerweile können auch in Österreich in vielen Gegenden vakante Facharztstellen nicht mehr adäquat besetzt werden. Prof. Haas meint im Artikel der FAZ, dass es mancherorts zu einer Machtumkehr gekommen sei: „Die Assistenten werden die Chefs“. Sicher eine überspitzte Formulierung, aber im Kern steckt doch einiges an Wahrheit darin.

Das geänderte Verhältnis zur Arbeit „**Leben beim Arbeiten**“ („Babyboomer“: „**Leben, um zu arbeiten**“, „Generation X“: „**Arbeiten, um zu leben**“) stellt auch die Primärärzte vor neue Herausforderungen in der Abteilungsführung und der Gestaltung der Ausbildung. Die Erwartungen der „Generation Y“ an die Abteilungsführung sind komplexer als bei bisherigen Generationen. Von Mitarbeitern der „Generation Y“ werden Hierarchien weniger akzeptiert als fachliche Kompetenz, so dass beim Führen



1,2,3... schon vorbei!



Vorzeitiger Samenerguss
ist behandelbar.

**Einzig zugelassenes orales
Medikament bei Ejaculatio praecox
für Männer 18–64 Jahre^{1,2}**


Priligy[®]
Dapoxetin

Lesen Sie bitte die Fachinformation, sie enthält zusätzliche Hinweise zum sicheren Einsatz von Priligy[®].
1. Wespes, E. et al., Guidelines on Male Sexual Dysfunction: ED and PE [Internet] 2013 [updated 2013 March; cited 2013 Jul 25]. Available from: http://www.uroweb.org/gls/pdf/14_Male%20Sexual%20Dysfunction_LR.pdf
2. Fachinformation Priligy[®]

Aus der ÖGU – Gedanken des Generalsekretärs

v.a. die fachliche Anleitung und Erklärung in den Mittelpunkt rücken sollten. Die Vertreter der „Generation Y“ erwarten ein klar strukturiertes Aus- und Weiterbildungscurriculum, Transparenz für Rotationen, lebensabschnittsadaptierte Arbeitszeiten bzw. flexible Auszeiten sowie regelmäßige und verbindliche rückkoppelnde Personalentwicklungsgespräche.

Sind die Forderungen unrealistisch?

Angesichts der gegenwärtigen Personalsituation in den Spitälern und den Limitationen durch das Arbeitsruhezeitgesetz erscheinen diese berechtigten Forderungen jedoch unrealistisch. Die öffentliche Hand als Träger eines Großteils der Spitäler Österreichs wird sich aber Gedanken über die Umsetzung dieser Forderungen machen müssen, damit es in Zukunft gelingen wird, die motiviertesten jungen Kolleginnen und Kollegen der „Generation Y“ in Österreich zu halten.

In den letzten 10-15 Jahren kam es zu einer deutlichen Verdichtung des Arbeitsalltages. Kürzere Verweildaten, Abbau von Spitalbetten und steigende Fallzahlen haben die Leistungsdichte deutlich erhöht. Als Folge kommt es zur Unzufriedenheit der Ärzte, auch durch den zunehmenden bürokratischen Aufwand. Betrachtet man die Einstellung der „Generation Y“ zu diesem Thema, so erscheinen Unterstützung bei der Aktenführung, Codierung und Dokumentation sowie die Abnahme nicht-ärztlicher Tätigkeit (Verabreichen von Infusionen, Blutabnahmen, EKG-Schreiben

etc.) unerlässlich, um die Ärzte an den Spitälern zu halten. Projekte wie der „Skill-und-Grade Mix“ im Wiener Krankenanstaltenverbund inkl. der Einstellung von Stationssekretärinnen sind erste Schritte in diese Richtung, viele weitere müssen aber folgen.

Der Stellenwert akademischer Titel, Habilitation und wissenschaftliches Interesse im Allgemeinen nehme in der „Generation Y“ stark ab, stellt Schmidt in seinem Artikel fest. Die lässt sich auch für die Situation des wissenschaftlichen Nachwuchses in unserem Fach in Österreich nachweisen. In einer der letzten Ausgaben der NÖGU (NÖGU Ausgabe 49/2014, „Gedanken des Generalsekretärs“, Seite 10) zeigte ich auf, wie in den letzten Jahren die Abstract-Einreichungen an die Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU) als Surrogat-Parameter für den wissenschaftlichen Output der Österreichischen Urologie deutlich zurückgegangen ist. Für die DGU 2015 wurden gerade mal 13 (!) Abstracts eingereicht, ein historischer Tiefstand (noch vor 3-4 Jahren waren es 20-30 Abstracts). Hier sind vor allem die Universitätskliniken gefordert, von denen es noch nie so viele in unserem Land gab. Die „Generation Y“ ist in der Regel nicht mehr bereit, Forschung – so wie die „Babyboomers“ und die „Generation X“ – unbezahlt in der Freizeit (in der Regel abends und am Wochenende) durchzuführen. In der Schweiz gab es bei Prof. Studer bereits vor über 10 Jahren pro Woche einen sogenannten „gelben Tag“, an dem man vom klinischen Betrieb freigestellt wurde, um der Forschung nachzugehen (die dann aber auch eingefordert wurde). Auch in Deutsch-

land (z. B. Charité in Berlin) ist es mancherorts bereits üblich, Forschungszeiten in der Dienstplangestaltung zu berücksichtigen. Von solchen Bedingungen können heimische Universitätskliniken nur träumen. Um langfristig wissenschaftlich konkurrenzfähig zu bleiben, müssen aber vergleichbare Strukturen geschaffen werden.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die „Generation Y“ zu tiefgreifenden Veränderung im Spitalsablauf geführt hat und weiterhin führen wird. Auch wenn von beiden Seiten („Generation Y“ versus frühere Generationen) für viele Aspekte des Arztberufes unterschiedliche Vorstellungen und Einstellungen mit Konfliktpotential bestehen, so bietet die veränderte Einstellung der „Generation Y“ zum Arztberuf auch die Chance, veraltete und verkrustete Strukturen sowie strikte Hierarchien aufzubrechen. Gerade die Repräsentanten der „Generation Y“ sind einem Wandel besonders aufgeschlossen, und können deshalb die kontinuierliche Weiterentwicklung eines Krankenhauses und des Arztberufes auf vielen Ebenen unterstützen. An dieser Stelle muss aber nochmals auf die Verantwortung der Spitalsträger hingewiesen werden, die für Strukturen sorgen müssen, die es ermöglichen, die „Generation Y“ als zufriedene Ärzte im Spital zu halten. Diesbezüglich hat Österreich im Vergleich z.B. zur Schweiz, Deutschland oder vor allem den skandinavischen Ländern massiven Nachholbedarf.

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

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen!

Vergessen Sie nicht, bis 1. September 2016 Ihre **Fortbildungspunkte im DFP Kalender** der Österreichischen Ärztekammer anzugeben.

www.dfpkalender.at

Fachinformation zu den Seiten 21 und 68, 69

Bezeichnung des Arzneimittels: Spedra 50 mg Tabletten, 100 mg Tabletten, 200 mg Tabletten. **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Jede Tablette enthält 50 mg, 100 mg bzw. 200 mg Avanafil. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Mannitol, Fumarsäure, Hyprolose, Niedrigsubstituierte Hyprolose, 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. 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 ischämischen Optikusneuropathie (NAION) unter dem Verlust des Sehvermögens auf einem Auge leiden, unabhängig davon, ob diese Episode in Zusammenhang mit einer vorherigen Exposition gegenüber eines Phosphodiesterase 5(PDE5)-Inhibitors steht oder nicht (siehe Abschnitt 4.4). - Patienten mit bekannten erblichen degenerativen Netzhauterkrankungen, - Patienten, die starke CYP3A4-Inhibitoren anwenden (u. a. Ketoconazol, Ritonavir, Atazanavir, Clarithromycin, Indinavir, Itraconazol, Nefazodon, Nelfinavir, Saquinavir und Telithromycin). **Pharmakotherapeutische Gruppe:** 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, Gewöhnungseffekte, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit sowie Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation. **Stand der Information:** Jänner 2015

▼ 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.

Wenn ED und BPH zusammenkommen

2 Indikationen – 1 Tablette

Cialis® 5 mg für
ED und BPH.



Fachinformation siehe Seite 67

Lilly

Aus der Fortbildungskommission

Ausschreibung eines neuen Stipendiums für die Urologie

St. Krause



Prim. Univ. Prof. Dr. Steffen Krause

Ab sofort sind Bewerbungen für das **Richard-Übelhör-Forschungsstipendium** möglich. Geförderte Anträge kommen aus dem Fach Urologie und reichen von der Grundlagenforschung bis hin zu wissenschaftlichen Themen aus dem klinischen Alltag. Die klinisch/experimentelle Innovationen soll vorangetrieben, der Einstieg in die Wissenschaft erleichtert werden. Pro Jahr werden zwei Stipendien (jeweils à € 5.000,-) vergeben, Bewerbungsschluss für dieses Jahr ist der **30. September 2015**.

Zielsetzung

Die Richard-Übelhör-Forschungsstipendien der Fortbildungskommission der ÖGU dienen der Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses in der Urologie in Österreich und sollen jungen Urologinnen und Urologen den Einstieg in eine forschungsorientierte Karriere ermöglichen.

Ziel des Stipendienprogramms ist es, insbesondere Assistenzärztinnen und -ärzte für einen definierten Zeitraum von ihrer klinischen Routine eine komplette oder zumindest partielle Freistellung zu ermöglichen. An einer anerkannten, nationalen/internationalen 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.

Wesentlich ist, dass das vorhandene Forschungspotenzial der gastgebenden Institution der qualifizierten Weiterbildung des Stipendiaten dient und das angestrebte Projekt zukunftsweisend für die Urologie ist.

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

Die Richard-Übelhör-Forschungsstipendien der Fortbildungskommission der ÖGU umfassen jeweils die Finanzierung von Sach- oder Reisekosten im Wert von max. € 5.000,- pro Stipendiat. Weitere Mittel wie Gehalts- und Sozialleistungen, sowie Mittel der Heimatklinik für personellen Ersatz werden nicht zugestanden.

Die Fördermittel für die Urologie-Forschungsstipendien werden von der Fortbildungskommission der ÖGU zur Verfügung gestellt.

Rahmenbedingungen

Für die Richard-Übelhör-Forschungsstipendien gelten die folgenden Regelungen und Bedingungen:

- Antragsberechtigt sind klinisch tätige Ärztinnen und Ärzte 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 der Bewerberin / des Bewerbers vorliegen. Die komplette oder partielle Freistellung vom Dienstbetrieb in der Heimatklinik darf intern selbstständig geregelt werden (z.B. Teilnahme an Nacht- und Wochenend-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 der ÖGU.

- Für die 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 („Stunde des Nachwuchses“) erwartet.
3. Angaben zur strukturellen und inhaltlichen Ausrichtung der gastgebenden Forschungseinrichtung. Bestätigung des gastgebenden Wissenschaftlers über Betreuung und Durchführung des Stipendium-Projektes.
 4. Einverständniserklärung des Abteilungsvorstandes der Bewerberin / des Bewerbers.
 5. Das Projekt muss mit einer 10-min. Präsentation im Rahmen „Der Stunde des Nachwuchses“ auf der nächstfolgenden ÖGU-Jahrestagung durch den Bewerber vorgestellt werden. Es werden max. 2 Stipendien/Jahr im Rahmen dieser Sitzung vergeben.

Bewerbungsverfahren

Die vollständigen Bewerbungsunterlagen enthalten folgende Dokumente:

1. Lebenslauf
2. Projektbeschreibung (Titel, Wissenschaftlicher Hintergrund, Projektziele, Methoden, Arbeitsprogramm, Zeitplan und Referenzen).

Die **Bewerbungsfrist** für das Auswahlverfahren 2015 endet am **30. September 2015**.

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 Urologischen Abteilung
AKh Allgemeines Krankenhaus der
Stadt Linz GmbH
Medizinische Fakultät, Johannes
Kepler Universität Linz
4021 Linz, Krankenhausstraße 9
Tel.: +43 (0)732 7806-2243
Fax: +43 (0)732 7806-2246
steffen.krause@akh.linz.at
www.akh.linz.at

Aus dem AK Kinderurologie:
Arbeitskreissitzung vom 17.-19. April 2015

Diagnostik und Therapie: More or less medical care?

Ch. Strasser, J. Oswald

Bei der diesjährigen Sitzung des Arbeitskreises für Kinderurologie im Frühjahr 2015 stand das Thema „**Diagnostik und Therapie: More or less medical care**“ im Fokus. Durch renommierte Referenten, die jeweils einen „Pro-“, „Kontra-“ oder „Konsensus“-Part zu den unterschiedlichen Themen übernahmen, wurden in klassisch dialektischer Weise kinderurologische und urologische Krankheitsbilder analysiert. In diesem Rahmen wurden sowohl erwachsenenurologische Themen wie das Prostata-screening sowie kinderurologische

Krankheitsbilder – unter anderem die Diagnose und Therapie des vesicoureteralen Refluxes (VUR), die Therapie des nicht refluxiven Megaureters, die neoadjuvante Hormontherapie bei Hypospadie und beim Kryptorchismus sowie die Varikozele – diskutiert.

Auf Grund neuer Diagnosemöglichkeiten sowie neuer Therapiekonzepte können Erkrankungen sowohl des Kindes als auch des Erwachsenen umfassend und in einem sehr frühen Stadium, das keine dauerhaften Schäden nach sich zieht, erkannt und behandelt werden. Diese



Ass. Dr. Christa Strasser

neuen Möglichkeiten stellen uns jedoch vor neue Herausforderungen. Ist dieses hohe Maß an diagnostischer Medizin, welches heute durch die zunehmende juristische Absicherung noch verstärkt wird, immer gerechtfertigt? Es verursacht durch die unmittelbar folgenden imperativen therapeutischen Bemühungen neue Morbiditäten und unendliche Kosten.

Das Ziel, diese Problematik zu lösen, kann nur eine diagnostische und therapeutische Individualisierung sein: Ein dem Alter und Geschlecht entsprechendes

spezifisches Risikoprofil kann eine elektive Früherkennung und „punktgenaue“ Therapie ermöglichen. Das derzeitige diagnostische und therapeutische Gießkannenprinzip kann so, ohne die Errungenschaften der Früherkennung in Frage zu stellen, überwunden werden.

„More or less“: Diagnostik und Therapie des vesicoureteralen Refluxes

Die Diagnose des VUR nach einem (fiebrhaften) Harnwegsinfekt wird weiterhin kontrovers diskutiert. Die Therapie des febrilen Harnwegsinfektes konzentriert sich nicht nur auf das akute Entzündungsgeschehen, sondern vielmehr auf die Protektion des Nierenparenchyms. Gelingt es nicht innerhalb einer definierten Zeit nach Infektbeginn eine adäquate Therapie einzuleiten, drohen irreversible Nierenschäden bis hin zur Niereninsuffizienz und arterieller Hypertonie. Wichtig ist es somit, Kinder, welche per se ein hohes Risiko für Nierengewebeschäden aufweisen, unabhängig vom Geschlecht rechtzeitig zu behandeln. Seit November 2014 gibt es ein Update der europäischen Richtlinien zur Diagnostik und Behandlung von Kindern mit febrilem Harnwegsinfekt. Bei ca. 30-

40% der Kinder mit einem fiebrhaften Harnwegsinfekt wird ein vesicoureteraler Reflux diagnostiziert, daher sollte unabhängig vom Geschlecht, nach der Akuttherapie des febrilen Harnwegsinfektes eine weitere Abklärung erfolgen. Ein Ultraschall wird bei allen Kindern mit einem fiebrhaften Harnwegsinfekt durchgeführt, um kongenitale Fehlbildungen, Ureterweitstellungen, Nierenbeckenwandpathologien etc. zu diagnostizieren. Die weitere Abklärung mittels MCUG und DMSA kann in unterschiedlicher Reihenfolge durchgeführt werden: „Bottom up approach“ (zuerst MCUG und dann DMSA) oder „top down approach“ (zuerst DMSA und – falls positiv – dann MCUG) (Abb. 1). Bis zu 85% der Patienten mit einem fiebrhaften Harnwegsinfekt haben akute DMSA-Veränderungen, 10-40% der betroffenen Kinder tragen dabei bleibende Nierenschäden davon.

Laborchemisch zeigt sich ein direktes Verhältnis zwischen einem erhöhten Procalcitonin (> 1 mg/dl im Rahmen eines fiebrhaften Harnwegsinfektes) und der Wahrscheinlichkeit eines dilatierenden Refluxes.

Bei der Behandlung von Kindern mit einem VUR werden unterschiedliche therapeutische Konzepte verwendet: Kon-

servative Therapiestrategien wie die antibiotische Langzeitprophylaxe sind in den ersten beiden Lebensjahren die Therapie der Wahl. Die aktuell publizierte RIVUR-Studie belegte eindeutig die signifikant geringere Inzidenz von fiebrhaften Harnwegsinfekten unter einer Langzeitprophylaxe im Vergleich zu einer „wait and see“-Strategie, die Nierenarbeninzidenz zeigte jedoch keinen Unterschied zwischen diesen beiden Gruppen. Selbstverständlich sollte ein Blasen- und Beckenbodentraining bei älteren Kindern mit „dysfunctional voiding“ integrativer Therapiebestandteil bei VUR sein. Die operativen Therapien, entweder durch eine endoskopische Unterspritzung oder durch eine offen chirurgische Antirefluxplastik, sind als definitive Therapien zu bezeichnen.

Therapie des (nicht refluxiven) Megaureters

Die follow-up Strategien wie mögliche Therapie des nicht refluxiven Megaureters stellt sich nach wie vor schwierig dar: Da der Großteil aller kindlichen Megaureteren einer Spontanmaturation unterliegt, besteht die Schwierigkeit darin, Megaureteren mit einer schlechten Prognose und erhöhten Morbidität zu differenzieren. Wichtigstes Kriterium einer eventuell therapiewürdigen Situation sind die Klinik, das heißt das Auftreten von (fiebrhaften) Harnwegsinfekten sowie die Funktionsbeeinträchtigung der zugehörigen Niere. Bei stabiler Seitenfunktion der betroffenen Niere sowie dem Abfluss kann jedoch ein primär konservatives Vorgehen in den meisten Fällen (90% der Kinder) verfolgt werden.

Kinder mit einer massiven Nierenbecken-dilatation und einem progredienten Seitenfunktionsverlust (<40%) sowie einer Obstruktionskurve inklusive Tracerpersistenz in den Spätbildern, sollten nach Vollendung des ersten Lebensjahres einer Korrekturoperation zugeführt werden. Im ersten Lebensjahr ist es, insbesondere beim Fehlen einer entsprechenden Klinik, ausreichend, eine Langzeitprophylaxe durchzuführen. Beim Knaben kann nach fiebrhaftem Harnwegsinfekt und Megaureter eine Zirkumzision zur Senkung des Infektrisikos diskutiert werden.

Nach der aktuellen Literatur wird als Alternative zur offenen Operation oder zur passageren Therapie ein temporärer Double J Stent, eine endoskopische

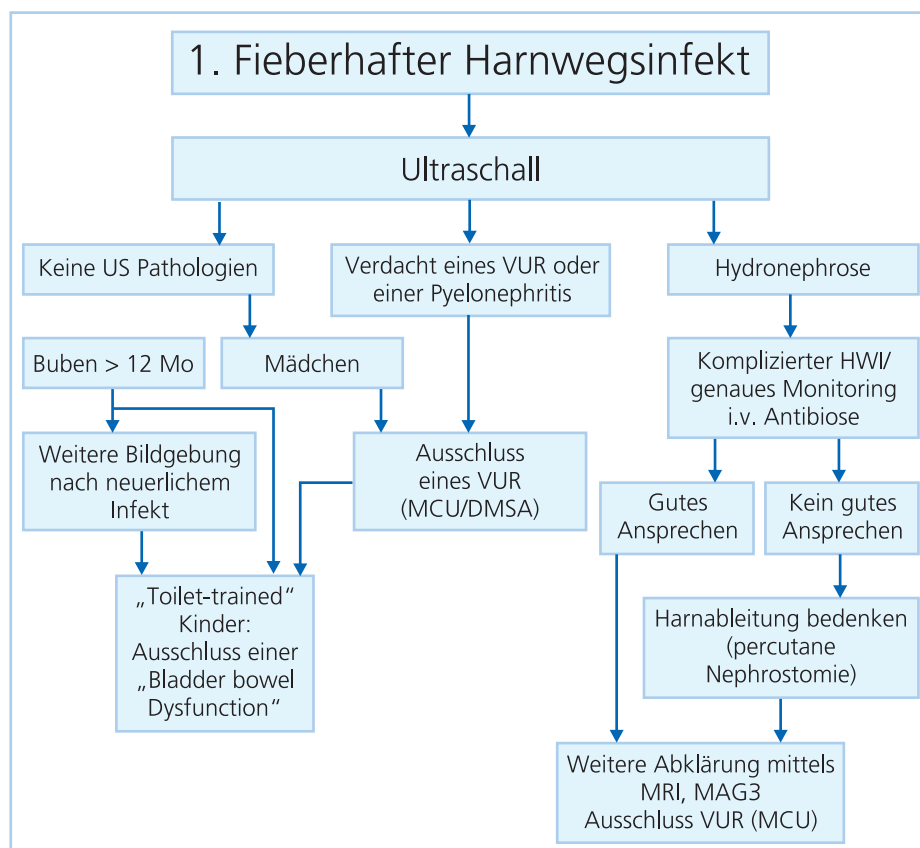


Abb. 1: Algorithmus / EAU Guidelines: Abklärung febriler Harnwegsinfekte

Ballondilatation, eine Ureterotomie oder bei Urosepsis eine kutane (Sober)Ureterocutaneostomie indiziert sein.

Neoadjuvante Hormontherapie bei Hypospadie

Seit Jahren wird die Wertigkeit der präoperativen Hormontherapie bei Kindern mit Hypospadie diskutiert. Eine lokale Dihydrotestosteronapplikation (DHT) führt zu einer Lokalstimulation des Genitales sowie zu einer Verbreiterung der Urethralplatte. Damit sollen sich die Operationsbedingungen sowie der postoperative Verlauf verbessern. Neben einer lokalen Entzündungsreaktion, welche zusätzliche Wachstumsmediatoren in das Operationsfeld bringt, soll DHT die Neovaskularisation der Haut begünstigen. Eventuelle Nebenwirkungen einer topischen DHT-Therapie können eine passager verstärkte genitale Pigmentierung, Rötung, Juckreiz sowie passagere Pubesbehaarung sein. In der aktuellen Fachliteratur gibt es nur wenige randomisierte Studien, die sich mit dieser Fragestellung beschäftigen und daher ist die Frage „Präoperative Hormontherapie ja oder nein“ meist „eminence based“ statt „evidence based“.

Obwohl es nur wenige qualitativ gute Studien gibt, zeigte eine Umfrage unter „High Volume Kinderurologen“, dass 78% der Operateure eine präoperative lokale Androgenstimulation durchführen.

Die lokale DHT-Therapie wird aktuell bei ausgeprägten Hypospadieformen bzw. auch bei distalen Hyposadien mit einer kleinen Glans (Glansbreite <14mm) empfohlen. Auch bei „Redokorrekturen“ kann das Operationsergebnis durch die lokale Therapie, welche zu einer Vergrößerung des Gliedes sowie zu einer Stimulation des vernarbten Gewebes führt, begünstigt werden.

Um eventuelle Nebenwirkungen wie eine hormoninduzierte vermehrte Entzündungsreaktion zu verhindern, wird empfohlen, die Therapie 4-6 Wochen vor einer Operation zu beenden.

Neoadjuvante Hormontherapie beim Kryptorchismus

Ein Hodenhochstand betrifft ca. 3% der männlichen reifen neugeborenen Kinder. Diese Rate steigt bei Frühgeborenen um das 10-fache. In 50% der Fälle kommt es nach der Geburt innerhalb der ersten

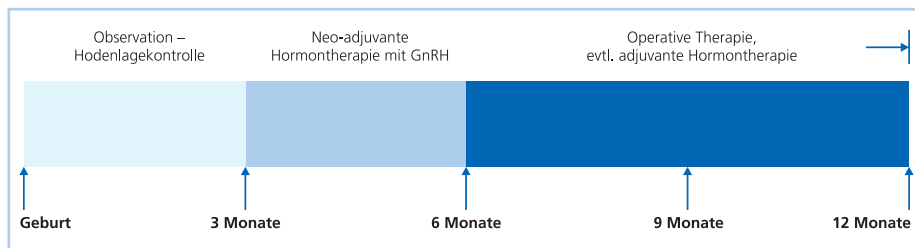


Abb. 2: **Therapieschema der neoadjuvanten Hormontherapie mit GnRH (nach Kapellari)**

drei Lebensmonate zu einem spontanen Deszensus, wobei davon wiederum ein Viertel sekundär ascendiert. Im Gegensatz zu den Vereinigten Staaten, wo eine primäre operative Therapie empfohlen wird, galt in Europa lange Zeit eine präoperative Hormontherapie als Goldstandard. Ziel der Hormontherapie ist es einerseits, einen Deszensus zu erreichen und andererseits eine Stimulation und Umwandlung der Gonozyten in adulte Stammzellen (Ad-Spermatogonien) zu bewirken – damit sollte der „Fertility index“ dem Normalwert entsprechen.

Aktuell wird eine Hormontherapie vom Nordic Consensus und der American Urology Association nicht empfohlen, wobei sich diese Aussagen nur auf eine HCG-Therapie beschränken. Die europäischen Guidelines stehen der Hormontherapie mit GnRH-Analoga differenziert gegenüber. Diese gilt zwar nicht als Standardtherapie, die Guidelines messen ihr aber einen gewissen Stellenwert bei. Bei ca. 20% der Patienten führt die Hormontherapie zu einem Therapieerfolg im Sinne eines Deszensus. Eine Operation kann somit vermieden werden. Primär wird die neoadjuvante Therapie jedoch zur Reifung der Gonozyten indiziert, eine sogenannte Minipubertät zu optimieren, ist der Therapiezeitpunkt weit vor der Vollendung des ersten Lebensjahres vorzuzulassen (Abb. 2). Eine Hormontherapie mit HCG gilt heute auf Grund von Schäden am germinativen Epithel durch Keimzellapoptose mit vermindertem testikulärem Volumen als obsolet.

Die aktuellen Empfehlungen der österreichischen Richtlinien empfehlen die Korrektur eines Hodenhochstandes vor dem ersten Lebensjahr. Die alltägliche Praxis sieht jedoch ganz anders aus. So zeigte eine Umfrage von ca. 100 niedergelassenen Kinderfachärzten, dass bei der Frage „mit welchem Alter ein Hodenhochstand definitiv therapiert werden sollte“, Angaben zwischen 11 und 60 Monaten (im Mittel 21,2 Monate) gemacht wurden.

Varikozelentherapie: Pro und Kontra

Eine verminderte Hodengröße von zumindest 20% und Symptome wie Leistenbeschmerzen bei einer Varikozele Grad II-III zählen zu den Hauptindikationen einer Therapie. Zusätzlich empfinden Adoleszente eine Grad III Varikozele als kosmetisch störend.

Nach einer Varikozelenkorrektur kommt es altersabhängig zu einer Angleichung der Hodengröße in 60-100% der Fälle („catch up growth“). Ebenso verbessert sich die Hodenfunktion bzw. das Spermogramm nach einer Varikozelenligatur, wie Nachkontrollen im Erwachsenenalter zeigen konnten. Ein eindeutig positiver Einfluss auf die Vaterschaftsraten konnte jedoch bisher nicht nachgewiesen werden.

Ein Konsensus konnte in der Operationsmethode der Varikozele erzielt werden. Von den unzähligen Varianten der Varikozelenligatur scheint die Durchtrennung der Spermatikavenen in Höhe des inneren Leistenringes die höchsten Erfolgsraten bei maximaler Sicherheit im Hinblick auf eine potentielle Hodenschädigung nach sich zu ziehen. Wesentlich ist dabei, die Lymphgefäße zu schonen. Bleiben diese intakt, ist eine postoperative Hydrozele fast immer zu verhindern. Eine Identifizierung dieser Lymphgefäße kann mikroskopisch, laparoskopisch oder mit präoperativ injiziertem Farbstoff erfolgen. Wird eine Arterien-schonung durchgeführt – diese ist bei der Palmooperation nicht zwingend –, ist zu beachten dass die Arteria testicularis von einer zarten Venenscheide umgeben ist, bei Belassen dieser Venen kann es zum Rezidiv bzw. Varikozelenpersistenz kommen.

Literatur bei den Verfassern

Ass. Dr. Christa Strasser
Abteilung für Kinderurologie
Krankenhaus der
Barmherzigen Schwestern Linz
Seilerstätte 4, 4010 Linz

Aus dem Arbeitskreis Andrologie und Sexuelle Funktionsstörungen

TART & TESE

W. Costamoling¹, Ch. Berger²



Dr. Walter Costamoling

Verwendete Abkürzungen:

CAH: congenital adrenal hyperplasia oder AGS: Adrenogenitales Syndrom

NCAH: non-classical (late onset) adrenal hyperplasia

TART: testicular adrenal rest tumors

Anhand eines aktuellen Fallberichts wird auf die Möglichkeit von benignen Hodentumoren hingewiesen, die bei Patienten mit CAH nicht selten auftreten. Die Rolle des Andrologen und dessen Möglichkeiten werden diskutiert, mit einem Seitenblick auf die NCAH.



Logo der Andrologischen Ambulanz in der Tagesklinik des KH Barmherzige Schwestern in Linz

Fallbericht

Ein 24 Jahre alter Mann wurde unserer Andrologischen Ambulanz zugewiesen mit dem Text: „Leydigzell-tumorrezidiv beidseits ad OP, Kinderwunsch, weiblicher Faktor“.

Der Patient ist 166cm groß, 70kg schwer mit deutlichen Zeichen vor-

ausgegangener Adipositas (Striae). Sonst sind Habitus und das äußere Genitale unauffällig, die Hoden normal groß, aber weich-knotig. Sonographisch entsteht der Eindruck multipler konfluierender Hodentumore beidseits, mit nur schmalen Saum von regulärem Hodengewebe.

Es liegt ein unauffälliger Hormonstatus vor und eine Azoospermie.

In der Anamnese stellt sich heraus, dass der Patient wegen eines Adrenogenitalen Syndroms mit Salzverlust seit Geburt in Betreuung ist. Er hat unterschiedliche Therapiekonzepte hinter sich, mit wechselnden Kortisonpräparaten, in Linz, Wien, München. Er berichtet über die klassischen Probleme der Transition und über Phasen schlechter Compliance, ausgelöst meist durch therapiebedingte exzessive Gewichtszunahmen bis 25kg.

CAH (congenital adrenal hyperplasia)

Diese seltene (1:10.000) auftretende Erkrankung ist autosomal rezessiv vererbt, die häufigste Form ist ein Defekt der 21-Hydroxylase mit Lokalisation am Chromosom 6.

Der Synthesemangel an Cortisol verursacht einen Anstieg von ACTH, dies führt zur Hyperplasie der NNR und gesteigerter Androgensynthese. Bei etwa zwei Drittel der Patienten kommt es durch einen Mangel an Aldosteron zu Salzverlust.

Weibliche Neugeborene fallen auf durch Virilisierung. Männliche Neugeborene sind weniger auffällig – großer Penis, skrotale Hyperpigmentierung. Seit Einführung eines Neugeborenen-Screenings sind tödliche Salzverlustkrisen selten.

Im Alter von 17 Jahren fielen erstmals größenprogrediente multiple Hodentumore beidseits auf, die teilweise als derbe Knoten tastbar waren. Sonographisch fand man multiple Tumorknoten in beiden Hoden

¹ Krankenhaus Barmherzige Schwestern, Linz – Abteilung für Urologie

² Krankenhaus Barmherzige Schwestern, Linz – Abteilung für Kinderurologie

Enuresis nocturna

rasch & kosteneffizient therapieren

Nocutil®
0,2 mg Tabletten

Kassenfrei in der
hellgelben Box!



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

Fachinformation siehe Seite 59

 Gebro Pharma


Nocutil®
trockene Nacht – toller Tag

bis 24mm im Durchmesser, vor allem im Rete testis gelegen.



Abb. 1: 2010

Das deutlich erhöhte 17-alpha-Hydroxyprogesteron dokumentierte die schlechte endokrinologische Einstellung.

Trotz ausführlicher Diskussion im Vorfeld mit Pädiatern und Kinderendokrinologen, die den Patienten aus seiner Kindheit kannten, und in Kenntnis der Möglichkeit von Tumoren aus versprengtem Nebennierengewebe, entschloss man sich zur inguinalen Tumorexzision einseits, wobei auch der gewählte Zugang darauf deutet, dass man dennoch einen malignen Hodentumor in Betracht zog.

Der histologische Befund lautete: Leydigzelltumor. Dies wurde auch extern bestätigt, mit Verweis auf die Immunhistologie und trotz Bezugnahme auf einen möglichen Zusammenhang mit dem adrenogenitalen Syndrom.

Leider wurde auch in aktueller Durchsicht der damals gewonnenen Gewebeblöcke kein gesundes Hodengewebe in den Präparaten gefunden, sodass wir nicht wissen, ob damals eine ausreifende Spermiogenese bestand. Der Patient wurde postoperativ von Hydrocortone auf Dexamethason umgestellt.

Im Alter von 21 Jahren hatte der Patient erstmals mit unserer Andrologischen Ambulanz Kontakt.

Zu diesem Zeitpunkt bestand noch

kein konkreter Kinderwunsch, gewünscht war eine Kontrolle der beidseitigen Hodentumore.

Er war zu diesem Zeitpunkt 166cm groß und 83kg schwer. Die Hoden wurden palpatorisch beidseits als niedrig-normal groß und weich-knotig beschrieben.

Sonographisch fand man konfluierende echoarme Knoten mit Durchmesser bis 28mm sowie ein 4 bis 9mm breiter Saum mit normalem Gewebe.

Es lag eine Kryptozoospermie vor, der Hormonstatus war unauffällig.

Eine genetische Abklärung ergab: 46XY, AZF negativ, CFTR negativ.

Der Patient war damals zur spezifischen Therapie betreut in München, auch deshalb wurde kein Handlungsbedarf gesehen.

Aktuell – im Alter von 24 Jahren – besteht konkreter Kinderwunsch, die Partnerin hat Endometriose unbekannter Ausprägung. Es liegt eine Azoospermie vor, und im Bildvergleich zeigen sich die Hodentumore seit 2010 beidseits progredient, normales Hodengewebe ist jetzt nur mehr randständig als schmaler Saum erkennbar.

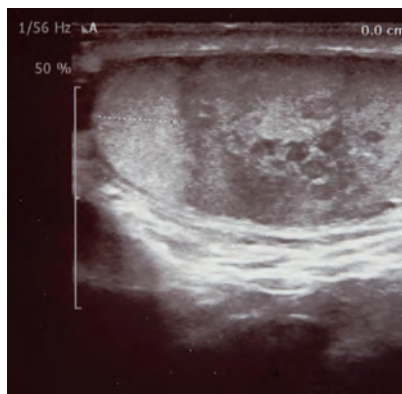


Abb. 2: 2015

Unsere erste Idee war, im Rahmen einer TESE zu klären, ob Areale mit ausreifender Spermiogenese existieren und gegebenenfalls Samenzellen

einzufrieren. Das ausführliche Studium der Literatur ließ uns allerdings vermuten, dass entgegen des histologischen Befundes von 2011 doch TART vorliegen dürften und wir schlugen einen anderen Weg ein.

TART (testicular adrenal rest tumours)

TART entstehen aus ektopen Nebennierenzellen, die vorzugsweise im Rete testis liegen und offenbar mit dem Descensus testis mitgewandert sind. Diese ektopen Nebennierenzellen sind auch bei gesunden Neugeborenen nachweisbar, ohne allerdings eine Pathologie zu verursachen!

Da die Tumore prinzipiell weich sind, werden TART erst ab etwa 2cm tastbar und fallen daher meist spät auf. Sie liegen typischerweise nicht gekapselt im Rete testis. Koinzident ist häufig eine Mikrolithiasis testis.

TART sind bei CAH häufig, die Prävalenz steigt postpubertär und mit dem Alter, die Tumore werden aber frühzeitig nur durch eine sonographische Untersuchung gefunden, sodass diese Untersuchung bei jugendlichen CAH-Patienten unbedingt zu empfehlen ist.

Das Wachstum der TART scheint durch ACTH, Angiotensin II (bei Salzverlust erhöht) und LH stimuliert zu werden. Es besteht zwar kein erkennbarer direkter Zusammenhang zur medikamentösen Einstellung und Parametern der optimalen Therapie, entscheidend für die Bildung und Größe der Tumore scheinen aber dennoch zurückliegende Episoden schlechter Therapie-Einstellung zu sein (Abb. 3, Tab. 1).

Wohl durch die Sorge vor malignen Hodentumoren besteht die Gefahr der operativen Übertherapie.

In der Literatur finden sich zahlreiche Fallberichte, wo meist Jugendliche wegen eines Hodentumors orchiektomiert wurden, auch beidseits, und erst mit der Histologie die Erkenntnis eines gutartigen Geschehens kam. Dies ist unbedingt

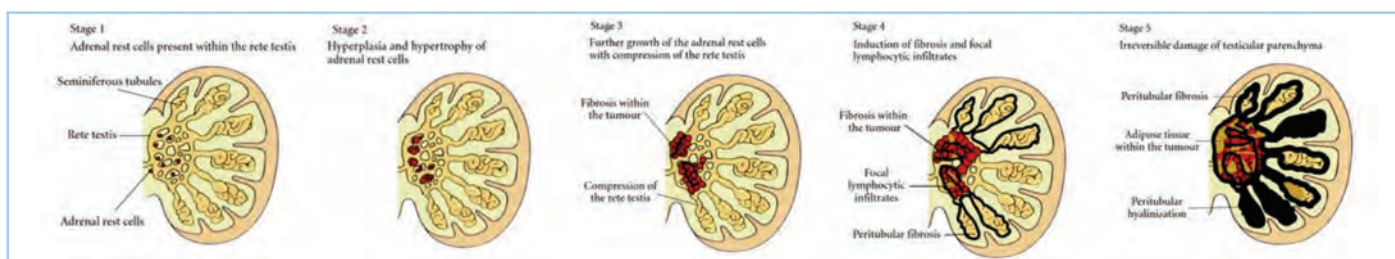


Abb. 3: Schweregrade (Claahsen van der Grinten)



Spontan

steht ihm gut.

**DER NEUE
PDE-5-HEMMER**



BEI EREKTILER DYSFUNKTION:

SCHNELLER WIRKEINTRITT¹

LANGE WIRKDAUER¹

GUTE VERTRÄGLICHKEIT¹

Spedra[®]
avanafil

Tab. 1: Proposed classification of testicular adrenal rests

	Histological description	Reversibility	Treatment options
Stage 1	Presence of adrenal rests within the rete testis – not detectable	+++	–
Stage 2	Hypertrophy and hyperplasia of adrenal rest cells due to growth stimulating factors (e.g. ACTH, All)	+++	Optimizing glucocorticoids
Stage 3	Further growth of the adrenal rest cells with (reversible) compression of the rete testis	++	Optimizing glucocorticoids Surgery?
Stage 4	Induction of fibrosis and focal lymphocytic infiltrates	–/+	Surgery?
Stage 5	Irreversible damage of testicular parenchyma	–	–

Parts of the tumour are replaced by adipose tissue

Claahsen van der Grinten et al. International Journal of Pediatric Endocrinology 2009;624823 doi:10.1155/2009/624825

zu vermeiden. Auch eine Tumorexzision ist aus heutiger Sicht höchstens sinnvoll bei sehr großen Tumoren mit Schmerzen, denn durch die Operation ist weder eine Verbesserung der endokrinen Situation noch der Spermio-genese zu erwarten – bei erheblichem Risiko für Durchblutungsstörungen des Hodens und Hodenverlust durch die Lage der Tumore im Rete Testis.

Differentialdiagnostisch entstehen in erster Linie Schwierigkeiten zur Abgrenzung zu Leydigzelltumoren, die sowohl hormonaktiv als auch histologisch ähnlich aufgebaut sein können (Tab. 2).

TART und Fertilität

Sobald dies altersbedingt möglich erscheint, ist die Fertilität natürlich mit einem Spermogramm am besten abschätzbar. LH und FSH haben wenig Wert bei der Beurteilung der Fertilität, alternativ könnte man besser Inhibin B

bestimmen, wenn verfügbar.

Die Fertilitätsprobleme durch CAH entstehen durch **hypogonadotropen Hypogonadismus**, durch Suppression der Gonadotropine durch die Glukocorticoid-Therapie und adrenale Androgene, die im Überschuss vorhanden sind.

Bei weiblichen Patienten mit CAH ist bekannt, dass eine gute metabolische Einstellung mit normaler LH-Pulsatilität verbunden ist, während es bei schlechter metabolischer Einstellung zum Rückgang der Amplitude und der Zahl der LH-Pulse kommt. Dies könnte bei Männern ähnlich sein und auch für das FSH gelten.

Dazu kommt eine direkte mechanische Schädigung und Hyalinisierung der Tubuli seminiferi mit **Obstruktion** der Lumina und Schädigung des umgebenden Gewebes mit Abnahme bis Verlust der Keimzellen und Sertolizellen. Die Leydigzellen sind hingegen nicht betroffen.

Zusätzlich werden immer wieder störende lokale parakrine Effekte diskutiert, ohne dass diese näher spezifiziert werden.

NCAH

Neben den klassischen CAH Patienten gibt es eine größere Patientengruppe, die uns vor deutlich größere diagnostische Schwierigkeiten stellt, weil hier die TART nur selten vorkommen, aber ähnliche Fertilitätsstörungen auftreten.

Es sind dies die Patienten mit NCAH (non-classical oder late onset adrenal hyperplasia) mit einer Häufigkeit von 1:1.000 (Abb. 4).

Tab. 2: Leydigzelltumor DD TART

Leydigzelltumor	TART
• Peripherie	• Rete testis
• 10% maligne	• immer benigne
• 3% bilateral	• 80% bilateral, häufig multipel
• Reinke-Kristalle in 25-40%	• keine Reinke-Kristalle
Ansonsten histologisch ähnlich!	
• Klinisch auffällig durch endokrine Funktion (Testosteron)	• ähnliche Symptome durch CAH (NN-Androgene)
	• Kann auf Kortison-Therapie ansprechen

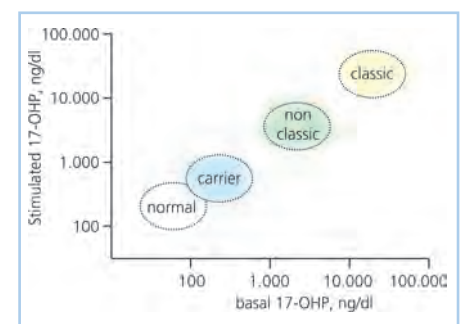


Abb. 4

Diese Patienten haben typischerweise eine Enzymrestfunktion von 30-50% – und damit nur milde Symptome der CAH – ab Kindheit oder erst im Erwachsenenalter. Auffällig sind früher Bartwuchs, großer Penis, kleine Hoden, Kleinwuchs, im Spermogramm findet man ein OAT-Syndrom oder Azoospermie. Das Testosteron ist (niedrig-) normal, LH und FSH sind niedrig – insgesamt besteht das diskrete Bild eines hypogonadotropen Hypo-

gonadismus, wiederum durch Suppression der Gonadenachse durch NN-Androgene.

Diagnostisch ist die Bestimmung des 17 OH-Progesterons, das ebenso wie DHEAS erhöht ist.

Wichtig ist hier immer die genetische Abklärung der Partnerin, da Überträgerinnen bereits in der Schwangerschaft behandelt werden sollten, wegen drohender Virilisierung des Kindes!

Prinzipiell sind TART auch bei NCAH möglich, wenn auch selten. Da bei diesen Patienten das zugrunde liegende Leiden in der Regel noch unbekannt ist und damit die TART Erstmanifestation des NCAH sind, besteht ein besonders hohes Risiko für Orchiektomie unter Tumorverdacht!

Therapeutische Möglichkeiten

Sowohl für CAH als auch NCAH sind Case Reports in der Literatur zu finden, dass es gelang, bei azospermen Männern erfolgreich eine Spermio-genese zu induzieren. Prinzipiell ist es erforderlich, eine optimale Einstellung der Kortison-Substitutionstherapie zu finden, eine Einstellung auf Dexamethason scheint hier erfolgversprechend zu sein.

Claahsen van der Grinten hat dazu einen sehr schönen Fall präsentiert: Ein azoospermer Mann mit CAH und TART wurde von Hydrocortison auf Dexamethason umgestellt. Seine Partnerin war nach sieben Monaten schwanger! Es kam allerdings zu einer erheblichen Adipositas, sodass wieder zurück auf Hydrocortison gewechselt wurde. Zwei Jahre später gelang selbiges noch einmal!

Unterstützt durch einen versierten Endokrinologen versucht nun auch unser Patient diesen Weg zu gehen!

Dr. Walter Costamoling
Vorsitzender des Arbeitskreises
Andrologie und Sexuelle
Funktionsstörungen der ÖGU
Urologische Abteilung
KH Barmherzige Schwestern
Seilerstätte 4
4020 Linz

Diskussion

Der Androloge sollte die NCAH kennen und erkennen, wenngleich dies nicht einfach ist!

Der Androloge sollte bei histologischem Befund eines Leydigzelltumors nach TART, CAH und NCAH suchen!

Der Urologe sollte TART erkennen und auch im Zweifel primär nicht operieren!

Ein medikamentöser Therapieversuch und Therapieoptimierung mit Glukokortikoiden und Mineralokortikoiden (leider mit Nebenwirkungen, v.a. Adipositas) in interdisziplinärer Kooperation kann auch bei azospermen Männern die Spermio-genese induzie-

ren, sodass dem Patienten weitere andrologische Interventionen erspart bleiben.

Der Androloge soll frühzeitig und großzügig an eine Kryokonservierung denken, da bei TART ein progredientes Leiden und Therapieversager häufig sind.

Wenn man überhaupt eine Hodenbiopsie in Erwägung zieht, dann sollte neben der Biopsie von suspektem Gewebe auch normales Gewebe biopsiert und eine Kryokonservierung abgeschlossen werden (TESE). Dazu existiert allerdings keine Literatur, auch nicht zur (bei unserem Patienten primär angedachten) „Salvage“-TESE.



Abb. 5: Kryokonservierung (eigenes Bild)



Abb. 6: TESE (eigenes Bild)

Literatur

Jacobit J. AGS aus andrologischer Perspektive DGA Giessen 2014

Claahsen-van der Grinten et al. Repeated successful introduction of fertility after replacing hydrocortisone with dexamethasone in a patient with CAH and TART 2014 Fertil Steril 2007

Weniger M. et al. AGS aufgrund 21-Hydroxylasemangels bei Männern Journal f Klein Endokr und Stoffw, 2012

Claahsen-van der Grinten et al. TART in CAH Int J Pediatr Endocrinol 2009

Hiba Hassan Ali. TART or Leydig cell tumor? A report Avicenn J Med 2013

Reisch N et al. TART develop independently of long-term disease control: a longitudinal analysis of 50 adult men with CAH J Clin Endocrinol Metab. 2013

Mouritsen A et al. Improvement of semen quality in an infertile man with 21-Hydroxylase deficiency Int J Androl 2010

Claahsen-van der Grinten et al. TART in adult males with CAH: evaluation of ... testis-sparing surgery in eight patients J Clin Endocrinol Metab. 2007

Claahsen-van der Grinten et al. Increased prevalence of TART during Adolescence in CAH Horm Res Paediatr 2014

Kapelari K. AGS im Adoleszentenalter 4.Klin Endokrinologie_Intensivkurs 2013

www.andrologie.at

Aus dem Arbeitskreis Assistenten in Ausbildung

Kommentar zur Ärzte-Ausbildungsordnung „NEU“ 2015

M. Stolzlechner



Ass. Dr. Michael Stolzlechner

I) Die neue „Ärzte-Ausbildungsordnung 2015“ (ÄAO 2015) für Österreich ist am 1. 6. 2015 in Kraft getreten. Sie wird in Zukunft den Ausbildungsverlauf junger Ärztinnen und Ärzte nach dem Medizinstudium bestimmen. Weiters kommt es darin zur Festlegung der Sonderfächer und deren Gestaltung; überdies sind Übergangsfristen für auslaufende Ausbildungen geregelt. Ebenfalls geregelt werden Anrechnungen beim Wechsel von der alten in die neue Ausbildung. Vor dem 31. 5. 2015 begonnene Ausbildungen können aber nach der bisher geltenden ÄAO abgeschlossen werden. Dies gilt auch für Fächer, die in der neuen ÄAO 2015 nicht mehr vorgesehen sind, sowie bei Unterbrechungen der Ausbildung durch Karenz, Auslandsaufenthalte oder Ähnlichem.

In aufgrund der neuen Arbeitszeitregelungen ohnehin turbulenten Zeiten, wird dies weitere gravierende Änderungen für uns Ärztinnen/Ärzte zur Folge haben.

Wer sich über den Gesetzesentwurf betreffend die ÄAO 2015 im Detail informieren will, kann den Entwurf auf der Homepage des Rechtswissenschaftlichen Systems des Bundes nachlesen (www.ris.bka.gv.at [Suchbegriff ÄAO 2015]).

Dass eine Veränderung/Verbesserung der ärztlichen Ausbildung in Österreich grundsätzlich wünschenswert ist, steht außer Frage. Zu stark ist die Abwanderung von Jungärztinnen/Jungärzten in die umgebenden, vor allem deutschsprachigen, Nachbarländer – wobei hier mit Sicherheit auch die finanzielle Kompo-

nente eine Rolle spielt, auf die hier nicht näher eingegangen werden soll. Um dem zunehmenden Ärztemangel zu begegnen, ist es mit Sicherheit nötig, die Attraktivität der Ausbildung in Österreich zu steigern. Allgemeine Vorteile der neuen ÄAO 2015 sollen sein:

- Langfristige Planbarkeit und bessere Strukturierung der allgemeinmedizinischen und fachärztlichen Ausbildung,
- Schwerpunktsetzung durch modulare Sonderfachausbildung der Fachärztinnen/Fachärzte,
- Zusammenführung der Sonderfächer und Anpassung der Sonderfachgebiete an Gegebenheiten in den Mitgliedsstaaten der EU,
- Abschaffung der Additiv-Fächer.

II) Beginnen soll die postpromotionelle Ausbildung nach der neuen Ausbildungsordnung nun mit dem sogenannten „common trunk“. Darunter ist eine verpflichtende 9-monatige Basisausbildung für alle Ärztinnen/Ärzte zu verstehen (ausgenommen das Sonderfach Anatomie), unabhängig davon, ob eine allgemeinmedizinische oder fachärztliche Weiterqualifikation angestrebt wird. Im Rahmen dieser Grundausbildung sind sechs Monate in konservativ-internistischen Fächern und drei Monate in chirurgischen Fächern zu absolvieren. Durchgeführt werden diese Ausbildungsmonate an allen Standard-, Schwerpunkt und Zentralkrankenanstalten in Form einer Anstellung als Turnusarzt.

Während dieser Basisausbildung sollen folgende wichtige Fähigkeiten erlernt werden: Es sollen Notfallsituationen erkannt und Erstmaßnahmen gesetzt werden können, bis professionellere Hilfe eintrifft (der Erwerb einer Notarzt-Kompetenz ist damit allerdings nicht verbunden). Es soll möglich sein, die häufigsten Krankheiten zu diagnostizieren und der weiteren Behandlung zuzuführen. Dazu gehören beispielsweise Herz-Kreislauferkrankungen, Depressionsstörungen, cerebrovaskuläre Erkrankungen, Alzheimer/Demenz und Diabetes. Oft ist auch die Rede von den 15 häufigsten WHO-Diagnosen. Die Qualität der Ausbildung soll durch die Erarbeitung eines Rasterzeugnisses gewährleistet werden. Tätigkeiten nach § 15 Abs. 5 GuKG, also z.B. Verabreichung von Arzneimitteln, Blutentnahme aus der Vene und aus den Kapillaren, oder Setzen von transurethralen Blasenkathetern zur Harnableitung, sollen bereits mit dem KPJ (Klinisch Praktisches Jahr) abgedeckt sein.

Nach Beendigung des „common trunks“ wird es keine Approbation geben. Dies ist international gesehen doch eher unüblich. Ob dahinter auch ein gewisses politisches Kalkül steckt, um Jungärztinnen und Jungärzten den Weg ins Ausland zu erschweren, sei dahin gestellt. Jedenfalls wird erst danach die Entscheidung über die weitere Ausbildung zur Ärztin/zum Arzt für Allgemeinmedizin oder zur Fachärztin/zum Facharzt eines Sonderfaches fallen.

III) Falls der Weg in die Allgemeinmedizin eingeschlagen wird, gliedert

sich der darauffolgende Ausbildungsweg folgendermaßen: Insgesamt sind vorerst 42 Monate Ausbildungszeit nötig (bisher 36 Monate). Die 9 Monate des „common trunks“ werden komplettiert durch 27 Monate Spitalspraxis und 6 Monate Lehrpraxis. Letztere sollen ab 2022 zunächst auf 9 und ab 2027 auf 12 Monate verlängert werden, sodass letztlich eine Ausbildungszeit von 4 Jahren gegeben sein wird.

Die im Spital zu absolvierenden 27 Monate unterteilen sich in 9 Monate Innere Medizin, 3 Monate Kinder- und Jugendheilkunde, 3 Monate Orthopädie und Geburtshilfe, 3 Monate Frauenheilkunde und Traumatologie, 3 Monate Neurologie, 3 Monate Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin. Die restlichen 3 Monate können aus folgenden Fächern gewählt werden: Haut- und Geschlechtskrankheiten, HNO, Augenheilkunde, Urologie, sowie Anästhesie und Intensivmedizin.

In den 6 Monaten in einer Lehrpraxis für Allgemeinmedizin sind verpflichtend Inhalte der Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde und der Haut- und Geschlechtskrankheiten zu absolvieren, sofern diese nicht schon in der Spitalspraxis absolviert wurden. Umfang und Art der Vermittlung stehen noch nicht endgültig fest. Nur am Rande sei angemerkt, dass die Frage der Finanzierung der Lehrpraxisstellen noch nicht geklärt ist. Mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit werden hier auch Wartezeiten entstehen, da noch nicht ausreichend Plätze garantiert sind.

IV) Falls danach mit der Ausbildung in einem Sonderfach begonnen wird, wird die Ausbildungszeit wie bisher 72 Monate (6 Jahre) dauern. Inkludiert darin sind ebenfalls die 9-monatige Basisausbildung des „common trunks“. Darauf folgt eine Sonderfach-Grundausbildung im Ausmaß von mindestens 15 und maximal 36 Monaten. Die unterschiedliche Grundausbildungslänge ist für jedes Fach in der ÄAO 2015 festgelegt. In dieser Zeit sollen die grundsätzlichen Kompetenzen im Gebiet des Sonderfachs vermittelt werden. Danach folgt die Sonderfach-Schwerpunktausbildung in einer Mindestlänge von 27 Monaten und in einer Maximallänge von 48 Monaten. Dieser Abschnitt soll eine vertiefende Ausbildung in Teilgebiete des Sonderfachs garantieren und wird in Zukunft die Additivfächer ersetzen.

Die Sonderfach-Schwerpunktausbildung ist in Module gegliedert, von denen es grundsätzlich sechs gibt, sowie ein siebentes wissenschaftliches Modul. Dieses ist für jedes Sonderfach gleich und für eine wissenschaftliche Arbeit im Rahmen eines PhD-Studiums anrechenbar. Die Module dauern jeweils 9 Monate – bei einer Mindestlänge von 27 Monaten sind also 3 dieser Module im Rahmen der Schwerpunktausbildung auszuwählen. Über die grundsätzlichen Inhalte der Module hat die Vollversammlung der Österreichischen Ärztekammer noch zu entscheiden.

So wird zum Beispiel die Ausbildung im Sonderfach Urologie und Andrologie aus der 9-monatigen Basisausbildung („common trunk“), sodann aus einer 36-monatigen Sonderfach-Grundausbildung und schließlich aus einer 27-monatigen Sonderfach-Schwerpunktausbildung bestehen (die Schwerpunktausbildung dann aus 3 Modulen à 9 Monaten).

Etwas anders geregelt ist die Ausbildung im Sonderfach Innere Medizin, wo es zunächst eine 27-monatige Sonderfach-Grundausbildung und anschließend eine 36-monatige Schwerpunkt-Ausbildung (z.B. Kardiologie, Nephrologie oder Hämatonkologie) geben wird.

Im Sonderfach Chirurgie wiederum wird es nur eine 15-monatige Sonderfach-Grundausbildung und danach eine 48-monatige Sonderfach-Schwerpunktausbildung geben. Damit kann der gleiche rechtliche Status wie bisher durch Absolvierung der Additiv-Fächer erreicht werden (Gefäßchirurgie, Thoraxchirurgie, Herzchirurgie etc.).

Ein Beispiel für die Zusammenführung und Anpassung der Sonderfachgebiete an den europäischen Standard ist das neue Sonderfach Orthopädie und Traumatologie. Dieses wird aus den bisher geteilten Sonderfächern Unfallchirurgie und Orthopädie entstehen. Auch das bisherige Sonderfach Pneumologie wird ab nun als Schwerpunktausbildung innerhalb der Inneren Medizin geführt.

Die zuvor erwähnten Rasterzeugnisse, welche die Qualität der Ausbildung sichern sollen, indem sie die zu erlernenden Inhalte vorgeben, werden an verschiedenen Zeitpunkten der Ausbildung ausgestellt: Nach Ende der Basisausbildung und am Ende jedes Fachgebiets der Allgemeinmedizinausbildung; außerdem zur Hälfte der Sonderfach-Grund-

ausbildung und am Ende der Sonderfach-Grundausbildung, sowie nach jedem Modul der Sonderfach-Schwerpunktausbildung. Konsequenzen, welche durch Nichterfüllen dieser Inhalte entstehen, können derzeit noch nicht vorausgesehen werden.

V) In Bezug auf die Ausbildungsstätten ist Folgendes zu sagen: Es wird zur Neuankennung sämtlicher Ausbildungsstätten sowohl für die Allgemeinmedizin-Ausbildung wie auch für die FA-Ausbildung kommen. Es wird eine gesonderte Anerkennung für die Sonderfach-Grundausbildung und Sonderfach-Schwerpunktausbildung geben. Bei einem eingeschränkten Leistungsspektrum ist die Bekanntgabe einer Kooperation mit einer anderen Ausbildungsstätte erforderlich. Zusätzlich werden sich die Ausbildungsstätten ab nun alle sieben Jahre einem Rezertifizierungsverfahren unterziehen müssen. Entsprechende personelle und strukturelle Voraussetzungen, sowie die Vorlage eines schriftlichen Ausbildungskonzepts sind erforderlich. Der frühestmögliche Termin für eine Einreichung zur Anerkennung ist der 1. 7. 2015. Bestehende Berechtigungen bleiben für die Ausbildung nach der alten ÄAO weiterhin aufrecht.

VI) Zusammenfassend ist zu sagen, dass viele praktische Fragen der Umsetzung der neuen ÄAO 2015 noch einer näheren Klärung bedürfen (z.B. Finanzierung der Lehrpraxisstellen in der Allgemeinmedizinausbildung, Inhalte der Module in der Sonderfach-Schwerpunktausbildung, Kooperation verschiedener Ausbildungsstätten), um eine zukunftsorientierte Ausbildung der österreichischen Jungärztinnen und Jungärzte zu gewährleisten. Ob die neue Ärzteausbildungsordnung dies leisten und wirklich eine Verbesserung gegenüber der bisherigen Regelung bringen kann, sowie dabei helfen kann, bestehende Probleme in unserem Gesundheitssystem zu verbessern, wird sich erst in der praktischen Anwendung der ÄAO 2015 zeigen.

Ass. Dr. Michael Stolzlechner
Stellvertretender Vorsitzender des
AK Assistenten in Ausbildung
Abteilung für Urologie
und Andrologie
KH der Barmherzigen Brüder
Johannes von Gott-Platz 1
1020 Wien



41. Gemeinsame Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Urologie und Andrologie und der Bayerischen Urologenvereinigung

Die 41. Gemeinsame Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Urologie und Andrologie und der Bayerischen Urologenvereinigung fand vom 11.-13. Juni 2015 im Design Center Linz statt. Als Thema der Tagung wurde „Zukunft ist jetzt“ gewählt. Dieser Themenbereich wurde in einer Hauptsitzung am Samstagvormittag behandelt.

Urologie im Jahre 2040

Priv. Doz. Dr. Peter J. Goebell, Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg skizzierte die Zukunft der Urologie im Vergleich zur Gegenwart. Seiner Meinung nach könnte ein Semesterplan im Jahr 2040 Fächer wie Urophysik, Nukleare Urologie, Biobanking, Bioinformatik, Antikörper-Design und Molekulare Bildgebung umfassen.

Goebell prognostizierte, dass in der Therapie des Nierenzellkarzinoms das organerhaltende Vorgehen bald der Vergangenheit angehören könnte. Durch die Kombination aktueller Verfahren würden sich völlig neue Therapiemöglichkeiten ergeben.

In Bezug auf das Blasenkarzinom meint Goebell, dass die Zukunft der molekularen Diagnostik mittels Antikörper-Laser-screening gehören könnte. Das würde eine frühere Entdeckung der malignen Läsionen mit sich bringen. Es ließe sich schon in einem frühen Stadium feststellen, welche Läsion für die Entstehung von Metastasen verantwortlich ist.

Für das Prostatakarzinom erwartet Dr. Goebell 3D-Modelle für die Therapieplanung, operative Maßnahmen im Sinne einer radikalen Prostatektomie werden eher die Ausnahme darstellen. Planungsmodelle könnten die Vorlage für stereotaktische fokale ablativ Verfahren bieten.

Goebell wies darauf hin, dass er sich aufgrund der Komplexität des Themas in seinem Vortrag bewusst auf die Uro-Onkologie beschränkt hätte, weil er da die größten Sprünge in der Entwicklung erwarte. In der Diskussion wurde erwähnt, dass die Harninkontinenz und die überaktive Blase – schon aufgrund der ständig fortschreitenden Alterung der Bevölkerung – die wirkliche zukünftige

Herausforderung der Urologie sein könnte. Allerdings werde sich auch der Spitalsalltag an neue Rahmenbedingungen anpassen müssen. Männer werden in vielen Bereichen durch Frauen ersetzt werden, Kinderbetreuung am Arbeitsplatz und Teilzeitleösungen sollten in Zukunft auf jeden Fall stärker angeboten werden. Man sollte in Zukunft auch Abstand nehmen von Zugangskriterien zum Medizinstudium wie dem Numerus Clausus und diese durch Begeisterungsfähigkeit für den Beruf des Arztes und die Bereitschaft zur wissenschaftlichen Forschung ersetzen.

Bedeutung der Urologie in der Zukunft

Im zweiten Vortrag sprach Prof. Dr. Stephan Roth, Helios Klinikum Wuppertal und Präsident der Deutschen Gesellschaft für Urologie über gehörige Anstrengungen, die zur Erhaltung des Faches „Urologie“ in der Zukunft nötig sein werden.

Im Zeitraum von 2007 bis 2012 nahm

die Anzahl der radikalen Prostatektomien um 20% ab, die Operationen bei BPH gingen um 3,2% zurück. Die Meinung zum PSA-Test als Screeningmethode wandelt sich zunehmend, die Bedeutung des Tests sollte jedoch weiter verteidigt werden. Für Prof. Roth gerät das „Kerngeschäftsfeld Prostata“ zunehmend in eine Krise. Zur Lösung der sich anbahnenden Probleme schlägt er mehrere Strategien vor:

„Marktentwicklung“

Die Patienten werden in Zukunft aus dem gesamten europäischen Raum kommen. Der Patient der Zukunft ist mündig und kritisch, was es nötig machen wird, „Zweitmeinungszentren“ zu entwickeln.

Die Definition des Urologen als „Männerarzt“ gehört schon jetzt der Vergangenheit an. In Zukunft wird sich der Urologe als Facharzt für Nieren, Blase und Genitale für Männer, Frauen und Kinder positionieren müssen. Professor Roth präsentierte auch das Video einer (nicht repräsentativen) Straßenumfrage, die deutlich zeigte, wie wenig bekannt die Tätigkeitsfelder der Urologie in der Bevölkerung sind.

Man müsse höhere Qualität in spezialisierten Zentren anbieten, die durch geballtes Wissen und mehr Erfahrung gezieltes „Marketing“ für das Fach machen könnten.

Umfassende Positionierung

Als Beispiel nannte Professor Roth die Kinderurologie. Kinderurologen sollten sich in Zukunft als direkte Ansprechpartner für Pädiater positionieren. Die Enuresis könnte einen Türöffner darstellen, auch die Assistentinnen in den Praxen könnten in die Inkontinenztherapie einbezogen werden. In Zukunft sollten auch soziale Medien mehr genutzt werden. Diese werden von der Bevölkerung

stark zur Informationsbeschaffung herangezogen werden.

Ambulante Urologie

Die Notwendigkeit der ambulanten Therapie wird in Zukunft steigen, bringt sie doch eine bessere Versorgung in der Breite. Gruppenpraxen, die verschiedenste „Spezialitäten“ wie Kinderurologie, Urogynäkologie, Uro-Onkologie, Andrologie und Prostata anbieten, könnten in enger Zusammenarbeit mit Krankenhäusern ein Modell für die Zukunft darstellen.

Wer werden die Urologen der Zukunft sein?

In den Krankenhäusern muss die Attraktivität der Urologie gesteigert werden. Viele junge Fachärzte haben Angst vor den Risiken in der Praxis. Fixe Anstellungen in Krankenhäusern oder Gruppenpraxen könnten diese Angst reduzieren. Ein wesentlicher Faktor wird eine Überarbeitung der derzeit gültigen Arbeitszeiten sein. Durch mehr Flexibilität bis hin zu Teilzeitleösungen kann es möglich werden, junge Urologen an die Klinik zu binden. Außerdem wird es notwendig sein, das Fach „Urologie“ im Studium der Medizin fester zu verankern und sich nicht von den Chirurgen „schlucken“ zu lassen.

Wie viel Ökonomie verträgt die Medizin?

Die umfassende Leistung, die Ärzte an ihren Patienten erbringen, ist nicht messbar. Prof. Dr. Giovanni Maio vom Institut für Ethik und Geschichte der Medizin an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg gab zu bedenken, dass die zunehmende Ökonomisierung der Medizin eben diese Leistungen immer mehr vergessen ließe. Ärzte seien aber keine

Funktionsträger zur Optimierung der Erlöse. Professor Maio: „Man muss anpassen, dass die Qualität der Medizin nicht gleich qualifiziert wird, wie die Produktion von Waren. Ärzte sind keine reinen Leistungserbringer, sondern erbringen Beziehungsleistungen. Werte wie Sorgfalt, Geduld, Fingerspitzengefühl und Behutsamkeit verlieren immer mehr an Bedeutung – es ist nur mehr von Effizienzsteigerung die Rede.“ Ärztliche Qualität hat für Giovanni Maio allerdings nichts mit der Steigerung von Zahlen zu tun. Im Mittelpunkt steht immer noch die Zufriedenheit des Patienten. Natürlich müssen die Rahmenbedingungen stimmen. Sie sollten jedoch nicht bestimmen, ob ein Eingriff durchgeführt werden soll oder nicht.

Mittlerweile werde man durch schwieriger werdende wirtschaftliche Rahmenbedingungen und die zunehmende Konzentration auf ökonomische Zielsetzungen davon abgehalten, sich um diejenigen zu kümmern, die es am nötigsten haben: Patienten mit seltenen komplexen Erkrankungen und alte Menschen. Maio: „Eine Behandlung rechnet sich aus ökonomischen Gründen oft einfach nicht.“

In Zukunft müsse man neue Strukturen und Bewertungsmuster schaffen. Kein Patient darf als zu wenig lukrativ bewertet werden, man wird eine neue Art der Finanzierung des Gesundheitssystems finden müssen.

Maio meinte auch, dass sich leitlinienbestimmte Medizin gegen die Natur der ärztlichen Tätigkeit wende, in der es eigentlich um erfahrungsbedingte kreative Entscheidungen ginge. Leitlinien sollten nur die „Stützräder“ für den Beginn der Entscheidungsfindung darstellen.

H. Schöfer, vermed G.m.b.H.

Fachinformation zu den Seiten 35 und 71

Undirox 600 mg Filmtabletten. Zusammensetzung: Eine Filmtablette enthält 600 mg Prulifloxacin. *Sonstige Bestandteile:* Kern: Lactose-Monohydrat, mikrokristalline Cellulose, Croscarmellose-Natrium, Povidon, hochdisperses Siliciumdioxid (wasserfrei), Magnesiumstearat. Hülle: Hypromellose, Propylenglycol, Talkum, Titandioxid (E 171), Eisenoxid (E 172). **Anwendungsgebiete:** Undirox ist zur Behandlung von durch empfindliche Erreger verursachten Infektionen bei folgenden Indikationen geeignet: Akute unkomplizierte Infektionen der unteren Harnwege (einfache Zystitis). Komplizierte Infektionen der unteren Harnwege. Akute Exazerbation einer chronischen Bronchitis. Akute bakterielle Rhinosinusitis. Akute bakterielle Sinusitis sollte nach aktuellen nationalen oder regionalen Richtlinien zur Behandlung von Atemwegsinfektionen adäquat diagnostiziert werden. Zur Behandlung von bakterieller Rhinosinusitis sollte Undirox nur bei Patienten angewendet werden, bei denen die Symptome weniger als 4 Wochen dauern und wenn andere Antibiotika, die gewöhnlich zur Initialbehandlung empfohlen werden, bei dieser Infektion als nicht geeignet erachtet werden oder keine Wirkung zeigten. Bei der Auswahl der antibiotischen Behandlung von Infektionskrankheiten beim Patienten sollte das lokale Empfindlichkeitsmuster auf Antibiotika berücksichtigt werden. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder gegen andere, verwandte Antibiotika des Chinolon Typs oder einen der sonstigen Bestandteile. Kinder vor der Pubertät oder Jugendliche unter 18 Jahren mit nicht abgeschlossener Skelettentwicklung. Patienten, in deren Anamnese Sehnenerkrankungen vorkommen, die mit der Verabreichung von Chinolonen verbunden sind. Schwangerschaft und Stillzeit. **ATC-Code:** J01MA **Zulassungsinhaber:** A.C.R.A.F. S.p.A. Viale Amelia, Rom, Italien. **Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten.** Weitere Hinweise zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln oder sonstige Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, zu Nebenwirkungen und Gewöhnungseffekten sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.

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

**A multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled, phase III study of
ARN-509 in men with non-metastatic (M0) castration-resistant prostate cancer
(EudraCT Nr.: 2012-004322-24)**

Studien-Koordinatoren:

Ass. Prof. Priv. Doz. Dr. G.C. Hutterer (Tel.: 0316 / 385-82586,
E-Mail: georg.hutterer@medunigraz.at)
OA Dr. T. Gutschi (0316 / 385-81286)
N. Mahdavian (Study nurse) (0699 / 11 55 13 34)

Univ. Klinik für Urologie, Med. Universität Graz, Auenbruggerplatz 5/6, 8036 Graz

**European collaborative project on targeted therapy in renal cell cancer:
Genetic and tumour-related biomarkers for response and toxicity**

Studien-Koordinatoren:

Ass. Prof. Priv. Doz. Dr. G.C. Hutterer (Tel.: 0316 / 385-82586,
E-Mail: georg.hutterer@medunigraz.at)
OA Dr. K. Strini (0316 / 385-80596)
N. Mahdavian (Study nurse) (0699 / 11 55 13 34)

Univ. Klinik für Urologie, Med. Universität Graz, Auenbruggerplatz 5/6, 8036 Graz

**A prospective, longitudinal multinational observational study to describe patterns of
care and outcomes of men who are at high risk for poor clinical outcomes after
experiencing biochemical failure following definitive PCA therapy, men with
castration-resistant PCA and mPCA at initial Dx**

Studien-Koordinatoren:

Ass. Prof. Priv. Doz. Dr. G.C. Hutterer (Tel.: 0316 / 385-82586,
E-Mail: georg.hutterer@medunigraz.at)
Ass. Dr. K. Mayrhofer (0316 / 385-80598), Ass. Dr. M. Seles (0316 / 385-80553)
N. Mahdavian (Study nurse) (0699 / 11 55 13 34)

Univ. Klinik für Urologie, Med. Universität Graz, Auenbruggerplatz 5/6, 8036 Graz

**ARAMIS: A Multinational, Randomized, 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
Allgemeines Krankenhaus der Stadt Linz
Urologische Abteilung
volkmar.tauber@akh.linz.at

An Open-Label, Single-Arm Study of the Safety, Efficacy, and Pharmacokinetic Behavior of Leuprolide Mesylate for Injectable Suspension (LMIS 50mg) in Subjects with Advanced Prostate Carcinoma

Studien-Koordinator:

OA Dr. Volkmar Tauber
Allgemeines Krankenhaus der Stadt Linz
Urologische Abteilung
volkmar.tauber@akh.linz.at

REASSURE: Radium-223 alpha Emitter Agent in non-intervention Safety Study in mCRPC popUlation for long-teRm Evaluation

Studien-Koordinator:

OA Dr. Volkmar Tauber
Allgemeines Krankenhaus der Stadt Linz
Urologische Abteilung
volkmar.tauber@akh.linz.at

Switch 2 Study: Phase III randomized sequential open-label study to evaluate the efficacy and safety of sorafenib followed by pazopanib versus pazopanib followed by sorafenib in the treatment of advanced/metastatic renal cell carcinoma

Studien-Koordinator:

OA Dr. Volkmar Tauber
Allgemeines Krankenhaus der Stadt Linz
Urologische Abteilung
volkmar.tauber@akh.linz.at

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. Walter Kugler
Klinikum Wels-Grieskirchen
Abteilung für Urologie und Andrologie
walter.kugler@klinikum-wegr.at

A Phase 3, Randomized, Open-Label Study of Nivolumab combined with Ipilimumab versus Sunitinib Monotherapy in Subjects with previously untreated, advanced or metastatic renal cell carcinoma

Studien-Koordinatorin:

Univ. Prof. Dr. Manuela Schmidinger
Med. Universität Wien
Univ. Klinik für Innere Medizin I
Klinische Abteilung für Onkologie
manuela.schmidinger@meduniwien.ac.at



Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen!

Wir möchten die Zusammenarbeit der uro-onkologischen 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:
15. November

Sommerausgabe
15. Mai

Bitte schicken oder faxen Sie dieses Formular an folgende Adresse:



MEDIZINISCHE TAGUNGEN UND PUBLIKATIONEN
MEDICAL CONVENTIONS AND PUBLICATIONS

Per Mail: office@vermed.at

Per Fax: 0316 / 42 60 71

Hauptthema

Editorial

M. Knoll, R. Wick

Erst 1962 gelang es einer Frau, **Elisabeth Pickett**, geboren 1918 in den USA, als ausgebildete Urologin in einem bislang von Männern dominierten Fachgebiet tätig zu sein.

Eine Frau in einer bisher absoluten Männerdomäne!

Wieso wird man als Frau ausgerechnet Urologin?

Dies werden wir regelmäßig von Patienten und Kollegen gefragt.

Unser urologischer Werdegang wurde vom Zufall bestimmt:

Ich, Marlies Knoll, begann mit einer Gastarztstelle im Ludwig Boltzmann Institut für Urologie an der damaligen Wiener Poliklinik. Mit sehr großem Interesse stürzte ich mich in die urologische Tätigkeit, die mir so gut gefiel, dass ich eine Ausbildungsstelle in Innsbruck annahm.

Ich, Renate Wick, hatte schon eine fixe Zusage für eine Ausbildungsstelle an der 2. Universitätsklinik für Gynäkologie in Wien, absolvierte vorher jedoch noch einen Teil des Turnus im Kaiser-Franz-Josef-Spital und landete im Zuge des Gegenfaches an der urologischen Abteilung. Dieses Fach begeisterte mich so sehr, dass ich es der Gynäkologie vorzog.

Die Facharztausbildung als Frau in einem sehr männlich ausgerichteten Team gestaltete sich als wirkliche

Herausforderung, besonders was den operativen Bereich betraf. Man musste um die chirurgische Ausbildung wirklich kämpfen, da wir Frauen lieber in der Ambulanz gesehen wurden.

Doch insgesamt fühlten wir uns in dieser Männergesellschaft sehr wohl. Das Verhältnis zu den männlichen Kollegen war sehr freundschaftlich und kameradschaftlich.

Auch der Umgang mit dem Pflegepersonal war unproblematisch, wir wurden immer als Ärztin voll akzeptiert.

Nach Abschluss der Facharztausbildung, mittlerweile beide zweifache Mutter, entschloss sich jede von uns, in eine Kassenordination in Wien zu wechseln. Eine Urologin in einer Kassenpraxis? Werden sich die vorwiegend männlichen Patienten in ihrem Intimbereich von einer jungen Frau untersuchen lassen?

Die anfängliche Skepsis von Seiten der Männer wich jedoch bald einer hohen Zufriedenheit. Und auch die Patientinnen, insbesondere muslimische Frauen, besprechen ihre intimen Probleme gerne mit Frauen, da auch das Schamgefühl gegenüber Ärztinnen geringer zu sein scheint. Das bestätigt auch unser hoher Patientinnenanteil von über 50%.

Auch Mütter mit Kindern suchen gerne unseren medizinischen Rat.



Dr. Marlies Knoll,
Wien



Dr. Renate Wick,
Wien

Trotz vieler Mehrbelastungen als Frau, Ärztin, Managerin des Ordinationsbetriebes, Organisatorin der Familie und des Haushaltes, ist es uns gelungen, in unserem Beruf erfüllt und erfolgreich zu sein.

Wir beide begannen unsere Ausbildung in den späten Achtzigern, damals gab es wirklich nur sehr vereinzelt Frauen in der Urologie, in der heutigen Zeit unvorstellbar!

Die immer mehr werdenden jungen Kolleginnen von heute sind sehr selbstbewusst, gut chirurgisch ausgebildet und somit bestens gerüstet für ihre Zukunft als Urologinnen!

Marlies Knoll und Renate Wick
Co-Editorinnen

Die Urologin in der §2-Praxis

Vereinbarkeit zwischen Familie, Freizeit und Kassenordination

K. Lipsky



Dr. Katja Lipsky

Um Himmels Willen – was für ein Thema für einen Beitrag, dachte ich mir zu Beginn. Aber je länger ich darüber nachdachte, desto besser gefiel mir der Gedanke, auch einmal über ein Thema, das nun wirklich gar nichts mit der Prostata zu tun hat, schreiben zu dürfen. Sozusagen ein Schattenthema.

Ich bin seit dem Jahr 2000 als Ärztin tätig. Und selbst in dieser überschaubaren Zeitspanne hat sich vieles in der Medizin und in der Urologie verändert. Es gibt so viel mehr Frauen. Ich habe auch gehört, es soll jetzt sogar schon junge Ärzte geben, die vereinzelt in Väterkarenz gehen. Das hätten wir vor 10 Jahren alle noch nicht für möglich gehalten. Ob das gut ist oder schlecht, dass Ärzte in Väterkarenz gehen und ob es gut oder schlecht ist, dass Ärztinnen sowohl eine Familie haben als auch ihren Beruf ausüben und versuchen, beides zu vereinbaren, wird von Einzelnen unterschiedlich bewertet werden. Aber ich denke, es ist insgesamt eine positive Entwicklung für die Institution Familie. Und wir sind ja nicht Ärzte am Vormittag und Mütter bzw. Väter am Nachmittag. Sondern wir sind eben immer beides.

Alles begann mit einem Aufsatz in der Volksschule. Unsere Klassenlehrerin fragte uns, welchen Beruf wir später einmal ergreifen wollten. Ich überlegte kurz, dann plötzlich war alles klar, es war die Urologie. Ob meine Lehrerin damals genau wusste, was das war, glaube ich nicht, ich wusste es auch nicht genau. Aber mein Vater war Urologe und ich hörte zu Hause tagtäglich von der Urologie. Ich war zufrieden

mit meiner Wahl.

Das Gymnasium brachte ich einigermaßen gut hinter mich und dann begann in meinen Augen das richtige Leben. Das Studium! Lange Schlafen, ein erfülltes studentisches Nachtleben, Partys und natürlich die Universität. Wenn man munter genug war, gab es einige sehr interessante Vorlesungen und wenn man zu müde war, dann lernte man einfach zu Hause. Wir waren weitgehend unabhängig in der Wahl und dem Zeitpunkt unserer Prüfungen und natürlich, was sehr wichtig war, erstmal unabhängig von zu Hause. Ich hatte zudem das Glück, dass zum damaligen Zeitpunkt das Erasmus Studentenprogramm ins Leben gerufen wurde. Ich verbrachte ein Semester in Parma, wo ich einige Prüfungen ablegen konnte. Dieser Aufenthalt trug nicht unbedingt in großem Maß zu meiner medizinischen Ausbildung bei, jedoch insgesamt zum Erwachsen werden. Eine Zeit, die ich nicht missen möchte.

Das Augenfach und die HNO waren die beiden Fächer, die mich neben der Urologie am meisten interessierten. Aus diesem Grund organisierte ich mir eine Famulatur an der Augenabteilung am LKH Klagenfurt. Nach einer sehr unglücklichen Woche an dieser Abteilung rief ich Benni Urlesberger, den damaligen Chef der Urologie, an und fragte ihn, ob er eine Famulantin brauchen könnte. Damit war meine Entscheidung für die Urologie gefallen.

Nach Beendigung des Studiums arbeitete ich für einige Monate als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Urologie

in Leoben. Dann begann ich zunächst den Turnus und anschließend die Ausbildung an der Urologie in Graz.

Als Ärztin mit Familie und Kindern gestaltet sich sowohl der Beruf als auch die Familie zeitweise als Jonglierakt. Als die Kinder klein waren, waren sie oft die Ersten in der Krabbelstube. Um 6 Uhr 45 zwar vollständig angezogen, aber ein wenig müde. Die Kinder machten all das anstandslos mit. Teilweise Stress und das schlechte Gewissen hat die Mutter. Eine Gegebenheit, die ich wohl nie vergessen werde ist die Varizelleninfektion meiner Tochter. Am Vorabend der Facharztprüfung fand ich meine Tochter mit Fieber und übersät mit juckenden Pusteln vor. Es ging ihr wirklich schlecht. Sie war damals 3 Jahre alt. Ich musste trotz dessen zur Facharztprüfung, fuhr nach Linz und ließ sie alleine bei den Großeltern zurück. Welche Mutter fühlt sich nicht elend, ihr Kind krank alleine zu lassen.

Seit damals sind nun schon einige Jahre vergangen. In der Zwischenzeit bin ich seit 4 Jahren in einer §2-Kassenordination.

Die Arbeit ist intensiv und anstrengend. Um entspannt durchzuatmen, bleibt nicht viel Zeit. Ein Vorteil der Praxis ist der, dass man seine Patienten jedoch besser kennen lernt als bei einem kurzen Aufenthalt im Krankenhaus. Und, dass es einem möglich ist, die Patienten über viele Jahre zu begleiten. Die Patienten sind dankbar für die medizinische Betreuung und Zuwendung, die man ihnen gibt. Letztens bekam ich eine Ansichtskarte – kein E-mail! – von einer Patien-

tin: „Herzlichen Dank für die Behandlung in Ihrer Ordination. Mir geht es gut. Meine Nierensteine werden in Kürze in einer Klinik hier in Kanada zertrümmert. Herzliche Grüße aus dem kalten Kanada.“

Manchmal ist der Tag einfach zu kurz, um alles unterbringen zu können. Die Organisation der Kinder ist, wie die meisten Frauen wissen, nach wie vor größtenteils Aufgabe der Frauen. Das heißt: Elternsprechtage besuchen, Jause kaufen, Jause herrichten, Freunde der Kinder einladen, Einladungen absagen, Eltern von Kindern anrufen, die sich über die eigenen Kinder beschweren, die Probleme der Kinder anhören, mit Lehrern sprechen, rechtzeitig die Kinder von der Nachmittagsbetreuung abholen,

Abendessen richten, Einkaufen, Kochen, wenn möglich Vorkochen, Tenniskurse organisieren, Flöte von Mittwoch auf Donnerstag verlegen, weil Mittwoch Chor ist, eine Geburtstagsparty organisieren, Geschenke für andere Partys kaufen, zu Hause bleiben, wenn die Kinder krank sind oder noch besser jemanden (die Großeltern) organisieren, neue Schuhe einkaufen, 7 € 50 Cent für ein Theaterstück und 2 € Kopiergeld in ein beschriftetes Kuvert für die Lehrerin mitgeben, dringend (!) die passenden Jeans mit der Tochter einkaufen, genauso dringend das Aufsuchen eines Spielzeuggeschäftes, damit endlich das gewünschte Lego gekauft werden kann, am Abend lange Geschichten vorlesen und die Zeit mit den Kindern genießen, sich Anhören, was sie den ganzen Tag

erlebt haben und einfach nur für sie da sein. Und dann am Abend, wenn man müde ist, ist da glücklicherweise noch ein Mann, der einem zuhört, der Zeit für einen hat und mit dem man sich besprechen kann.

Die eigenen Interessen, der Sport und die Freizeit kommen mit Sicherheit eine Zeit lang zu kurz. Familie, Arbeit und Freizeit unter einen Hut zu bringen ist für Frauen immer schwierig. Egal in welchem Beruf. Nichts von dem möchte ich missen. Jeden Tag bin ich froh, einen tollen Beruf und eine wunderbare Familie zu haben.

Dr. Katja Lipsky
Albrechtgasse 9
8010 Graz



Mag. Dr. Ingrid Berger

Die Urologin im Krankenhaus

Vereinbarkeit zwischen Familie, Freizeit und Nachtdiensten

I. Berger, E.-M. Dlouhy-Schütz

Die Problematik von Vereinbarkeit von Beruf und Familie ist von zunehmendem Interesse. In den Medien, nicht zuletzt auch angeheizt durch die Diskussionen um das Arbeitszeitgesetz, Arbeitsruhezeitgesetz und die damit verbundenen Gehaltsverhandlungen zwischen der Ärztekammer und den Spitalsträgern, ist dieses Thema mehr und mehr präsent. Eine Ärztebedarfsstudie aus 2012 der Österreichischen Ärztekammer hat ergeben, dass bis zum Jahr 2030 allein in den Spitälern bis zu 4.700 Ärztinnen und Ärzte zusätzlich benötigt werden. Wird

dem jetzt schon vorherrschenden Mangel in einigen Fächern nichts entgegengesetzt, könnte sich diese Zahl vervielfachen. In diesem Zusammenhang tauchen die Schlagworte „Feminisierung der Medizin“, und „Work-Life-Balance“ auf.

Der vorgegebene Titel der Vereinbarkeit zwischen Familie, Freizeit und Nachtdiensten ist vor diesem Hintergrund zu sehen. Was bedeutet Familie in Gegenüberstellung zu Freizeit? Was bedeuten Familie und Freizeit in Gegenüberstellung zu Nachtdiensten? Diese Fragen werden hier der Urologin im Kranken-



Dr. Eva-Maria Dlouhy-Schütz

haus gestellt – sie stellen sich in Wahrheit aber allen, unabhängig vom Geschlecht.

Die Urologin im Krankenhaus

Geschichtliches

Bis zum 20. Jahrhundert waren Frauen vom Studium der Medizin ausgeschlossen, so auch an der Universität Wien. Die Mediziner des 19. und frühen 20. Jahrhunderts waren der Ansicht, dass Frauen

Hauptthema: Urologie für die Frau – Frauen in der Urologie

biologisch-physiologisch inferior und damit für ein Medizinstudium ungeeignet wären. Die Universität Wien nahm erst ab 1900 die ersten Frauen für das Medizinstudium auf.

Die wohl erste Urologin Österreichs war **Dora Brücke-Teleky**. Im Wintersemester 1900/1901 wechselte Dora Teleky ihr Studienfach und studierte nun offiziell Medizin in Wien und in Straßburg/Elsass. Am 21. Dezember 1904 wurde sie in Wien promoviert. Danach folgte eine klinische Ausbildungszeit bis 1905 im Pathologischen-Anatomischen Institut am Wiener Allgemeinen Krankenhaus und danach bis 1907 an der I. Chirurgischen Universitätsklinik. Eine spezielle gynäkologische Ausbildung erfolgte von 1907 bis 1911 an der II. Universitätsfrauenklinik. Von 1911 bis 1914 absolvierte sie ihre urologische Ausbildung am Wiener Rothschild Hospital unter Otto Zuckerandl (1861–1921). 1911 wurde sie als erste Frau Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Urologie und hielt auf dem 3. Kongress im selben Jahr einen Vortrag zu einem urogynäkologischen Thema. 1920 wurde sie Mitglied in der neugegründeten „Wiener Urologischen Gesellschaft“. Neben ihren Aktivitäten in den fachpolitischen Organisationen und ihrer ab 1920 geführten Praxis, gründete Dora Teleky 1919 die Organisation „Ärztinnen Wiens“. Daneben war sie auch noch korrespondierende Sekretärin des „Internationalen Ärztinnenverbandes“, der 1919 in New York gegründet worden war. Nach dem Anschluss Österreichs 1938 entschied

sich Dora Teleky zur Emigration nach Amerika und erhielt die Zulassung als Gynäkologin für den Bundesstaat Massachusetts. Sie arbeitete noch bis 1950 als Ärztin in Boston und kehrte nach ihrer Pensionierung nach Europa zurück. Dora Teleky ist wohl ein unbestrittenes Vorbild für die Urologinnen der Gegenwart.



Dr. Dora Brücke-Teleky. Quelle: www.fraueninbewegung.onb.ac.at

Fakten und Statistik

Der Anteil der Studentinnen in Österreich beträgt lt. Statistik Austria über alle Studienrichtungen aktuell 54%, der Anteil der Medizinstudentinnen 49%. Dieser Anteil liegt damit im aktuellen gesamten Trend. Sieht man sich die Entwicklung der letzten 50 Jahren an, so ist der Frauenanteil bei den Studierenden kontinuierlich angestiegen. Seit 1999 studieren mehr Frauen als Männer an österreichischen Universitäten.

Laut Österreichischer Ärztekammer waren im Juli 2013 von insgesamt 16.119 angestellten berufsberechtigten Ärzten 8.341 oder knapp 52% weiblich. Noch

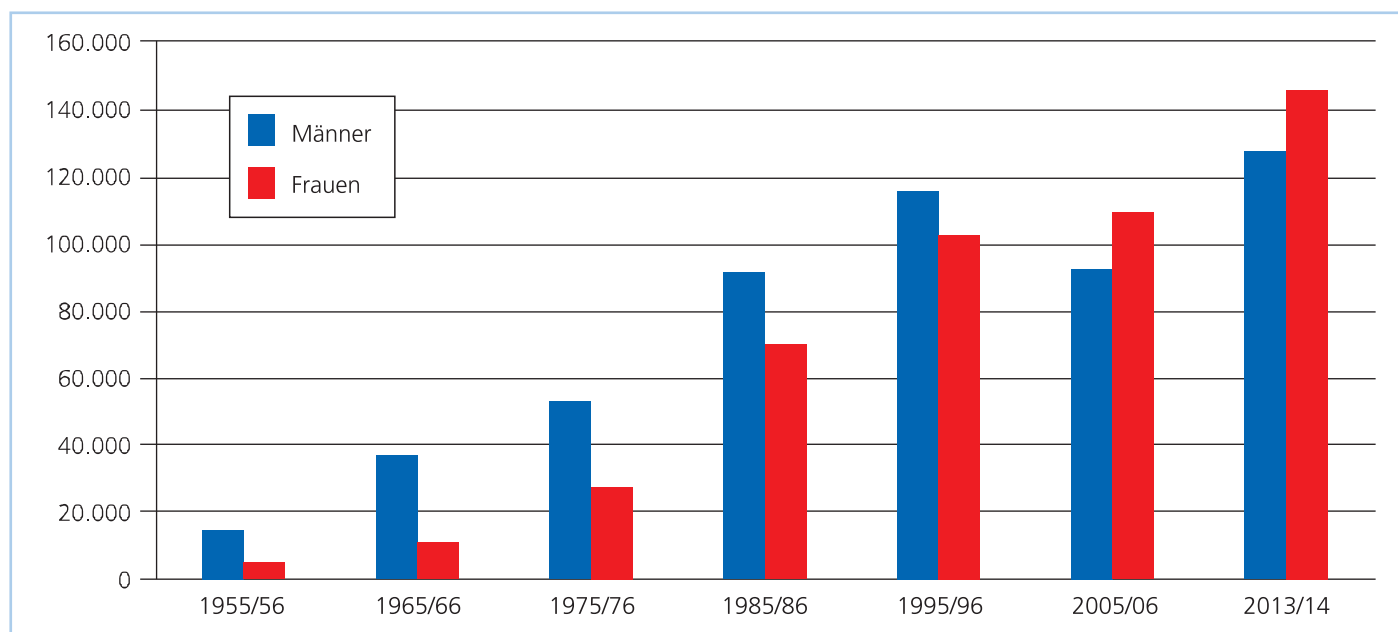
höher, nämlich bei 61%, lag der Anteil der Turnusärztinnen. Umgekehrt waren von 1.450 Primärärzten nur 198 (14%) Frauen.

Wendet man sich nun dem Fach der Urologie zu, so ist anhand der unten abgebildeten Mitglieder-Statistik der ÖGU der allgemeine Trend auch in der Urologie auf einen Blick wiederzufinden. Die Zukunft der Urologie ist zumindest zu 50% weiblich. Ob sich der Trend noch verstärkt, bleibt abzuwarten.

Von diesen 56 Fachärztinnen für Urologie arbeiten 32 als Spitalsärztinnen an den urologischen Abteilungen in Österreich.

Auch wenn der steigende Frauenanteil in der österreichischen Spitalsärzteschaft niemanden überraschen kann, wurde es bisher trotzdem verabsäumt, die Rahmenbedingungen entsprechend anzupassen. Laut einer aktuellen Studie des Instituts für Empirische Sozialforschung sehen viele Ärztinnen ihre berufliche Zukunft nicht im Spital. Als Beweggründe nennen sie überlange Dienstzeiten, unflexible Arbeitsbedingungen sowie fehlende Kinderbetreuungseinrichtungen. Das würde für die urologischen Abteilungen in Österreich allerdings bedeuten, dass die Mehrzahl ihrer derzeit in Ausbildung befindlichen Urologen das Krankenhaus als Arbeitsplatz verlassen wird.

Sieht man sich die derzeitige geschlechter-spezifische Zusammensetzung der Teams an den urologischen Abteilungen Österreichs an, so sind Fachärztinnen für



Ordentlich Studierende an öffentlichen Universitäten 1955-2013. Quelle: Statistik Austria

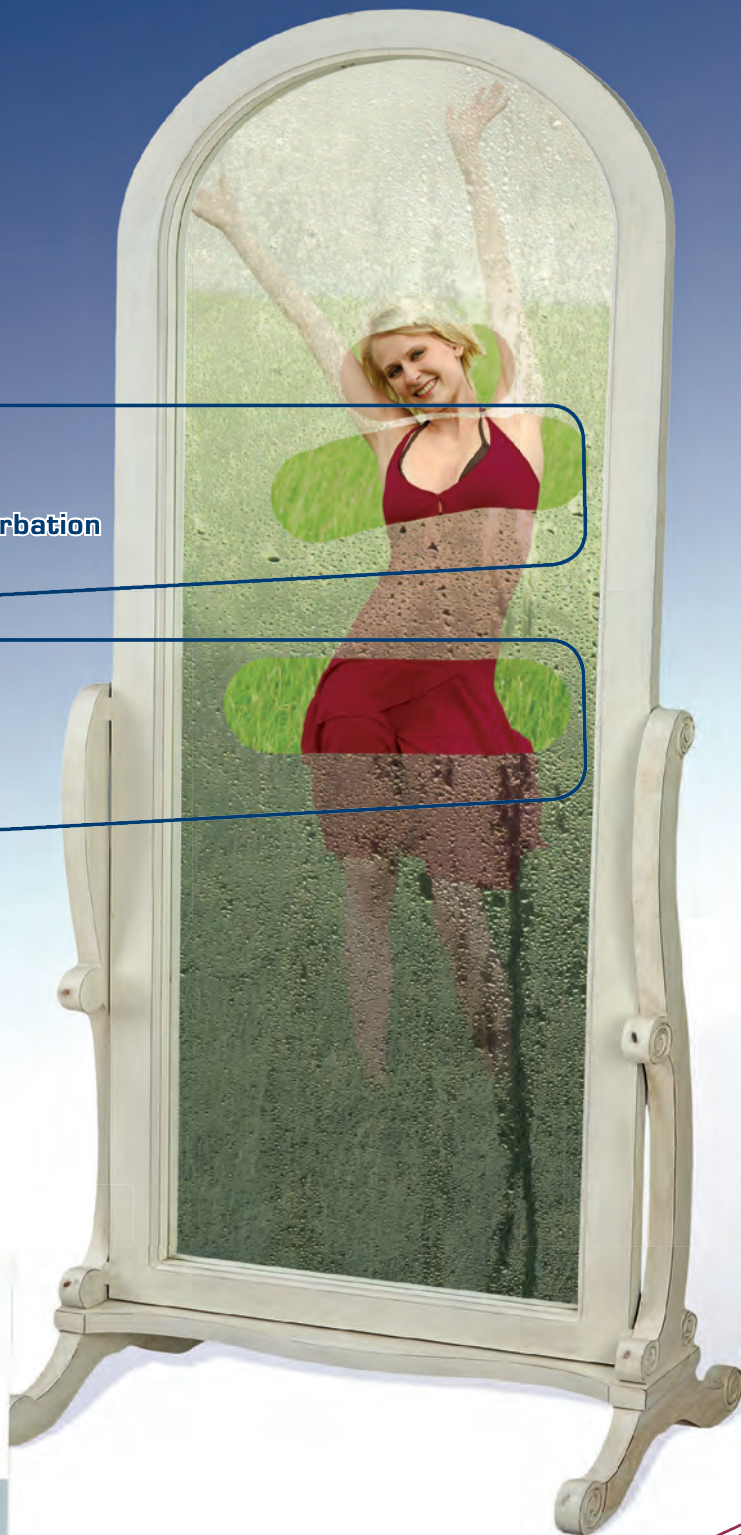
UNIDROX® KLÄRT EINFACH ZWEIMALIG!

LUNGE KLAR

Zur Behandlung der akuten Exazerbation einer chronischen Bronchitis.

BLASE KLAR

Zur Behandlung von Infektionen der unteren Harnwege.



Breitbandantibiotikum: **GREENBOX***

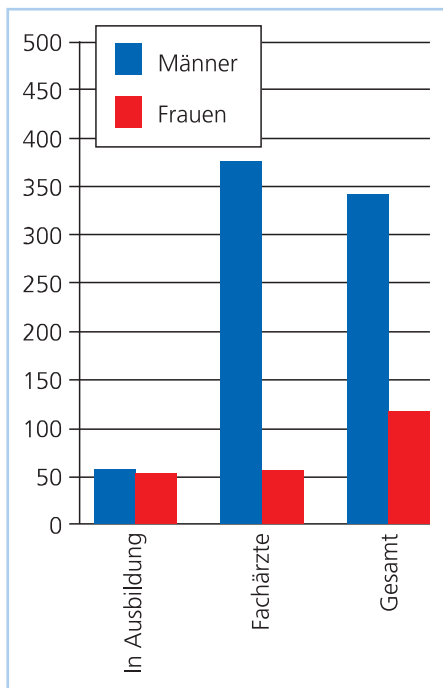



ANGELINI

1x
TÄGLICH
REICHT!

Fachinformation siehe Seite 27

ADMAN 05/2015 * Nur bei schweren Infektionen bzw. bei Infektionen mit atypischen Erregern.



Quelle: ÖGU

Urologie oft noch Einzelkämpferinnen. Bis auf einzelne Abteilungen liegt der Frauenanteil pro Abteilung unter 1. In Österreich gibt es keine einzige urologische Primärärztin und nur zwei Urologinnen als Stellvertreterinnen des Abteilungsvorstandes. In Deutschland sind die ärztlichen Führungspositionen mit Entscheidungs- und Richtlinienkompetenz im Durchschnitt zu 92% von Männern besetzt. In vielen chirurgischen und internistischen Gebieten sind sogar bis zu 97% der Chefärzte männlich.

Bestätigt das eine Studie des Wissenschaftszentrums Berlin aus 2013, nach der die meisten Frauen zwischen 25 und 35 Jahren ihre Zukunft entweder als „Karriere ohne Kinder oder Kinder ohne Karriere“ sehen? An eine Vereinbarkeit wird demnach von vornherein nicht geglaubt und damit bleiben ca. 50% der Frauen dieser Altersgruppe kinderlos. Denn Kinder werden offenbar in der gut ausgebildeten Mittelschicht als Klotz am Bein wahrgenommen. In einer Umfrage des Wissenschaftszentrums Berlin mit der Unternehmensberatung A.T. Kearney in Deutschland fühlen sich nur 8% der Frauen von ihren Betrieben bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf genügend unterstützt.

Familie und Freizeit

Welchen Stellenwert hat Familie im Arbeitsleben der Urologin?

Wie wichtig ist Familie und wie wichtig ist der Beruf?

Bis zu dem Zeitpunkt der Mutterschaft ist die Gleichberechtigung selbstverständlich. Spricht man mit jüngeren Kolleginnen, wird oft gar kein Geschlechterunterschied erlebt. Alles ist erreichbar, wenn man sich nur ausreichend einsetzt.

Im Augenblick der Mutterschaft ist alles anders. Laut einer repräsentativen Studie des deutschen Bundesfamilienministeriums aus 2012 wurde deutlich, dass Kinder noch immer das Karrierehindernis schlechthin darstellen. In den USA steigen 43% der hochqualifizierten Frauen aus dem Beruf aus, wenn sie Kinder bekommen. Selbst bei Absolventinnen der berühmten Yale University sind im 40. Lebensjahr nur noch 56% der Frauen, aber 90% der Männer berufstätig.

Denn die Bereiche Kind und Familie liegen hauptsächlich in der einseitigen Verantwortlichkeit der Mütter – mit vielleicht wenigen Ausnahmen. Obwohl sich ganz offensichtlich das Rollenbild der Frau stark verändert hat, hinken die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen noch stark hinterher. Ganz interessant ist in diesem Zusammenhang eine Umfrage der Princeton Absolventen von 1975 und 2006. So sahen 1975 54% der Frauen einen Konflikt zwischen Arbeit und Familie, 2006 waren es sogar 62%. Dies ist wohl bedingt durch soziale Konventionen, den Druck der Gesellschaft und den Erwartungen in den Familien selbst.

82% der berufstätigen Mütter fühlen sich demnach überfordert und mehr als die Hälfte beklagt, zu wenig Zeit für die Familie und den Partner zu haben. Zeit für sich selber fordert man eher gar nicht ein. Man schafft auch, was das Kind betrifft, alles selbstverständlich und ohne Aufsehen. Kaum Krankenstände, kein Pflegeurlaub, keine Sonderregelungen, kein Zuspätkommen, denn alles ist ja nur eine Frage der guten Organisation. Betriebskindergärten haben den großen Vorteil, mit großzügigen Öffnungszeiten bis auf 1 Woche im Jahr immer geöffnet zu haben. Eine perfekte Organisation ist zwar eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung für eine vermeintliche Vereinbarkeit. In diesem Spannungsfeld geht es nicht nur um

die reine Organisation, sondern auch um Gefühle.

Glaukt man der deutschen NUBBEK-Studie, ist nämlich die pädagogische Qualität bei der Betreuung kleiner Kinder in Deutschland in ca. 80% allenfalls mittelmäßig. In Österreich wird die Situation wahrscheinlich ähnlich sein, was viele von uns auch insgeheim wissen. Man ist dennoch froh, einen entsprechenden Kindergartenplatz überhaupt gefunden zu haben.

Das Sichkümmern bleibt den Frauen, der Löwenanteil der Haus- und Pflegearbeit bleibt den Frauen. Arbeit, die kaum bewusst ist und daher nicht honoriert wird. In den letzten 30 Jahren hat es aus Frauensicht mehr Fortschritte im Berufsleben als im Haushalt gegeben. Laut der Männerstudie des Instituts für Demoskopie Allensbach aus 2013 übernehmen in Deutschland 27% der Männer, die mit einer Partnerin zusammenleben, tatsächlich die Hälfte der Haus- und Familienarbeit. Dieser Anteil erscheint verdächtig positiv. Der Alltag ist für viele von uns ein Kraftakt, eine beinahe unerträgliche Doppelbelastung? Die Zerrissenheit zwischen Beruf und Familie ist ein nicht wegzuleugnender Konflikt, das schlechte Gewissen der ständige Begleiter.

Es fehlen nach wie vor angemessene Rahmenbedingungen bzw. die Flexibilität in Arbeitszeitmodellen. Früher – das heißt vor ca. 5 bis 10 Jahren – arbeitete man entweder ganz oder gar nicht. Teilzeit in der Ausbildung oder im Turnus gab es praktisch nicht. Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit einer Spitalsärztin lag laut einer 2013 im Auftrag der Ärztekammer durchgeführten IFES-Studie bei 52,4h mit Spitzen bis zu 65,4 Wochenstunden, die abgefragte Wunscharbeitszeit der Ärztinnen bei nur 40,4h. Die Wochenarbeitszeit einer Spitalsärztin ist in den vergangenen Jahren zwar leicht gesunken, von 54 Stunden im Jahr 2010 auf 52,4 Stunden, von „familienfreundlich“ ist sie damit aber ebenso weit entfernt wie von der Wunscharbeitszeit der Ärztinnen selbst.

Nach Sonderwünschen wegen des Kindes zu fragen, war gar nicht gerne gesehen. Da fehlte wohl auch das Selbstbewusstsein und es herrschten sicher gewisse innere Barrieren bei uns selbst. Denn irgendwie wurde klar, dass wir als Mütter für unsere Chefs nicht mehr dieselben Mitarbeiterinnen sind wie vorher. Natürlich verändert man sich durch die Tatsache, Mutter geworden zu sein, aber man vergisst nicht, wie erfüllend der

Hauptthema: Urologie für die Frau – Frauen in der Urologie

Beruf war und wieviel man bereits investiert hat.

Viele von uns haben wohl in Antizipation der Herausforderung und vorwiegend alleinigen Verantwortung für die Familie die eigenen Karriereziele hintangestellt. Frauen sind umgeben von der vorherrschenden Meinung, dass sie sich nicht gleichzeitig für Beruf und Familie einsetzen können. Immer wieder macht man uns klar, dass wir uns entscheiden müssen, dass es ohnehin keinen Sinn hätte, in so einer Situation zu viel in den Beruf zu investieren, da man das erwartete Ziel, nämlich operieren zu lernen, mit hoher Wahrscheinlichkeit ohnehin nicht erreichen würde. Da hörte man durchaus gut gemeinte Ratschläge, wie: "Warum möchtest Du Dir eine Facharztausbildung überhaupt antun? Es wäre doch besser, Du bleibst als Dauersekundärärztin und hast genug Zeit für Dein Kind."

Frauen geht es bei der Arbeit in erster Linie um Inhalte und die Beziehungen untereinander und so mögen manche dieser Ratschläge tatsächlich hochgesteckte Ziele demontiert haben. Es gibt Studien, die zeigen, dass Frauen ihre Leistungen schlechter beurteilen als sie tatsächlich sind. Das fehlende Selbstbewusstsein kann damit zu einer selbst erfüllenden Prophezeiung führen. Damit wird der Gender Bias noch unterstützt, dass Männer besser eingeschätzt werden als Frauen.

Im Spitalsalltag wird von Ärztinnen meist erwartet, dass sie die starken Teamplayer sind, fürsorglich und für die gute Atmosphäre an der Abteilung zuständig. Ganz besonders stark scheint dieser Anspruch in Teams zu sein, die überwiegend aus männlichen Kollegen bestehen, wie es an vielen urologischen Abteilungen noch ist. Dieses Geschlechtervorurteil kann auch oft dazu führen, dass Frauen unbeliebte oder weniger prestigeträchtige Tätigkeiten übernehmen. In der Urologie fand man daher viele Kolleginnen oft in der Ambulanz oder in der Urodynamik. Männern haben den eigenen Erfolg im Blick und sind die großen Operateure.

Damit dürften sich doch einige unserer Kolleginnen ganz oder teilweise aus dem Berufsalltag zurückgezogen haben. Man spricht hier von einer sogenannten Retraditionalisierung. Es ist ganz offensichtlich schwierig, mehrere zum Teil stark widersprüchliche Rollen miteinander zu verbinden. Dazu kommt noch, dass die Zahl der alleinerziehenden Mütter in den letzten 30 Jahren stark

angestiegen ist. In Österreich bestehen lt. Statistik Austria 21,6% der Familien aus nur einem Elternteil, davon handelt es sich in 84% um alleinerziehende Mütter.

Eine Lösung des Vereinbarkeitsproblems kann nur mit den Männern gemeinsam gefunden werden. Nämlich, indem der Trend, der in der Generation Y bereits begonnen hat, sich fortentwickelt. Männer nehmen an allen Lebensbereichen mehr und mehr teil und damit kommt es zu einer automatischen Entlastung der arbeitenden Frauen und Mütter. Aber auch den Männern müssen nach einer Väterkarenz faire Berufsaussichten gewährleistet werden. In Anbetracht des noch zunehmenden Ärztemangels wird sich dieses Problem wahrscheinlich von selbst lösen.

Nachtdienste

Nachtdienste zu leisten, ist Teil unseres Berufes, zumindest derzeit noch. In Anknüpfung an die dringend notwendigen Veränderungen der Arbeitszeitmodelle müsste man grundsätzlich die dauernde Facharztanwesenheit während der Nacht infrage stellen.

Die Kinderbetreuung muss ohnehin gewährleistet sein, ob dies nachmittags oder nachts ist, spielt dabei nur noch eine untergeordnete Rolle. Kindergärten, die Kinder über die Nacht betreuen, gibt es nicht. Ob dies über den Partner, Großeltern, Babysitter oder AuPair organisiert ist, bleibt jeder arbeitenden Mutter selbst überlassen. Denn die Verantwortung dafür liegt in den meisten Fällen bei ihr. Dies kostet Geld. Der Staat macht aber keinen Unterschied, ob Eltern Nachtdienste versehen, Wochenenden und Feiertage arbeiten. Kosten für die Kinderbetreuung können von steuerpflichtigen Eltern in der Höhe von maximal 2.300 Euro pro Kalenderjahr und Kind abgesetzt werden. Das gilt aber nur für Kinder bis zum 10. Lebensjahr und die Betreuung muss in einer privaten oder öffentlichen Kinderbetreuungseinrichtung (z.B. Kindergarten, Hort, Internat) oder durch eine pädagogisch qualifizierte Person erfolgen. Der absetzbare Betrag macht umgerechnet knapp 192 Euro pro Monat aus, was nicht einmal die Kosten für den Kindergarten oder Hort abdeckt. Betreuungskosten für Nachtdienste bzw. die Nachmittags- und Abendstunden sind noch nicht eingerechnet. Abgesehen davon, dass wahrscheinlich niemand ein 10-jähriges Kind gerne alleine zuhause lässt,

während man selbst Nachtdienst versteht. Hier liegen arge Mängel in der Familienpolitik vor.

Die Autoren des Deutschen Krankenhausbarometers 2008 sehen ein adäquates Kinderbetreuungsangebot – auch nachts und am Wochenende – als die wichtigste Voraussetzung für die Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben im stationären Gesundheitswesen. Diese Perspektive vertritt auch eine Studie von Price Waterhouse-Coopers aus 2010.

Grundsätzlich ist das Versehen von Nachtdiensten im Hinblick auf die Familie nicht negativ zu sehen. In Anbetracht des nun exekutierten Arbeitsruhezeitgesetzes ist man verpflichtet, nach 25 Stunden aus dem Dienst zu gehen. Dies ermöglicht Freizeit am Tag – auch wenn man müde und erschöpft sein mag – und damit Zeit mit den Kindern und Familie. Aber auch dabei sollte man nicht in die Falle tappen, dass dies auf Kosten der eigenen Energiebilanz und Gesundheit geht. Denn die Beschäftigung mit Kindern und Familie bedeutet nicht unbedingt Freizeit und Erholung. Vereinbarkeit zwischen Familie und Nachtdiensten kann nur dann erreicht werden, wenn Männer und Frauen an einem Strang ziehen und sich partnerschaftlich für die Belange in der Familie verantwortlich fühlen. Das Ausruhen nach dem Dienst steht der urologischen Mama genauso zu. Es geht nicht darum, dem anderen „einen Gefallen zu tun“, sondern jeder muss seinen Anteil selbstverständlich erledigen. Wir müssen daher unsere Männer ermutigen, mehr für die Familie da zu sein, damit wir aus der Falle des schlechten Gewissens kommen. Diesbezüglich sei noch eine interessante Studie von Bianchi et al. aus 2006 zitiert: Heutzutage verbringt eine berufstätige Mutter genauso viel Zeit mit hauptsächlichlicher Kinderbetreuung wie eine nicht-berufstätige Mutter im Jahr 1975.

Rückkehr nach der Babypause

Dieser Punkt fehlt zwar im Titel des Beitrags, erscheint jedoch gerade für die Urologin im Spital von großer Bedeutung zu sein. Viele von uns haben sich erst nach Abschluss der Facharztausbildung für das Kinderkriegen entschieden. Der Wiedereinstieg nach der Kinderpause ist ein heikler Punkt und ist derzeit ganz offensichtlich bestimmend für den weiteren Karriereverlauf.

Neben den gesetzlichen Rahmenbedin-

Hauptthema: Urologie für die Frau – Frauen in der Urologie

gungen der Karenzierung sollte unter anderem abgeklärt werden, ob ein Wiedereinstieg nach der Babypause von Mutter oder Vater gewünscht ist, wie lange die Karenz geplant wird, ob und wie sich Mutter und Vater die Karenz aufteilen wollen und ob ein Wunsch nach Eltern-Teilzeit (auch seitens des Vaters) besteht. Während der Karenzzeit könnten je nach Wunsch des Betroffenen unter Umständen auch bestimmte Aufgaben oder Tätigkeiten weiterhin für die Abteilung erledigt werden. Gerade dies erscheint im Moment noch eine ungelöste Problematik darzustellen, da es dafür weder rechtliche noch finanzielle Regelungen gibt. Nach einer niederösterreichischen Studie wären Frauen durchaus motiviert, während der Karenz Fort- und Weiterbildungen zu absolvieren, betriebliche Veranstaltungen zu besuchen und kleine bezahlte Arbeitsaufträge auszuführen. Dabei ist die Kommunikation zwischen Abteilung und Elternteil während der Karenzzeit ganz wichtig. Eine solche Art der Zusammenarbeit mit der Abteilung wäre auch deswegen wünschenswert, da für viele Mütter während der Karenz der intellektuelle Anspruch überschaubar ist und daher eine gewisse, allerdings flexibel einzuteilende, fachliche Herausforderung eine gute Möglichkeit wäre, „am Ball“ zu bleiben. Gerade wenn man bedenkt, dass der wissenschaftliche Output der österreichischen Urologie drastisch abnimmt, wäre diese Form, Potentiale auszuschöpfen, mehr als interessant.

Unsere Abteilungen sollten daran denken, dass ein Empfang am ersten Arbeitstag nach der Karenz oder die Bereitstellung einer konkreten Ansprechperson, welche der Kollegin in der ersten Zeit nach dem Wiedereinstieg zur Seite steht, von großer Hilfe und sehr motivierend wirken kann und Sicherheit gibt. Eine Studie der Wirtschaftskammer Österreich aus 2013 zeigt, dass die Elternkarenzdauer in familienfreundlichen Unternehmen im Schnitt um 9% kürzer ist als in vergleichbaren Unternehmen.

Zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie könnten auch eine Reihe von unterstützenden Serviceleistungen angedacht werden, wie z.B. Einkaufsservice, Bügel- oder Wäscheservice, die Möglichkeit, dass Familienmitglieder in der Betriebskantine essen könnten oder dass Essen mit nach Hause genommen werden könnte. Dies mag vielleicht auf den ersten Blick absurd erscheinen, aber wer tagtäglich mit die-

sen Banalitäten des Alltags zu kämpfen hat, der weiß, dass diese Dienstleistungen die Lebensqualität immens verbessern könnten. Sheryl Sanderson sagt in ihrem Buch „Lean in“ ganz deutlich, dass die Bürde des Banalen zu teilen, den entscheidenden Unterschied machen kann.

Ausblick zur Vereinbarkeit

Es wird wohl in Zukunft durchaus Thema sein, dass beide Partner ihre Arbeitszeiten so verändern können, wie es die Familie braucht. Die derzeit existierenden Halbzeitstellen sind allerdings eher unattraktiv. Die Arbeitgeber wollen das nicht, weil es die Diensteinteilung erschwert. Das Team will es nicht, weil es Mehrbelastungen für die anderen Teammitglieder mit sich bringt. Darüber hinaus werden diese Modelle auch von den Ärztinnen selbst abgelehnt, weil sich die Arbeit finanziell kaum mehr lohnt. Als Alternative könnten Jobsharing-Modelle dienen. Beim Jobsharing wird eine Stelle mit zwei Ärzten besetzt, die im Team zusammenarbeiten und die Stelle gemeinsam verantworten. Das heißt, sie teilen sich Aufgaben und Zeit selbstständig untereinander auf. So können sie die Arbeitsintensität an ihre Lebensphase flexibel anpassen – und sind nicht an den engen Rahmen von klassischen Teilzeitstellen gebunden. Job Sharing schließt auch wechselseitige Vertretungspflicht bei Krankheit oder Urlaub ein. Für den Dienstgeber wiederum bedeutet Jobsharing, dass Wissen erhalten bleibt, die Kapazitäten bei hohem Arbeitsaufkommen besser genutzt werden können und Ärztinnen, die wegen Urlaub, Krankheit oder Pflegeurlaub ausfallen, leichter vertreten werden können, ohne dass der Betrieb ins Stocken gerät.

Die Personalpolitik der Krankenanstalten trägt hinkt solchen kreativen Lösungen noch hinterher. Es ist wohl auch die Politik gefordert, ein Gesamtkonzept zu entwickeln, das für unterschiedliche Lebensabschnitte und individuelle Bedürfnisse sehr individuelle Möglichkeiten zum Nebeneinander von Familie und Beruf ermöglicht und damit letztendlich auch Kosten für den Staat einspart. Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie ist auch für die Aufrechterhaltung einer funktionierenden Gesellschaft bedeutsam: Länder mit besserer Vereinbarkeit, wie etwa die nordeuropäischen Staaten oder die Niederlande haben deutlich höhere Geburtenraten als Österreich, das lt. Eurostat 2012 im EU-Vergleich

nur an 6.-letzter Stelle lag.

Noch wird die notwendige Einführung familienfreundlicher Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen mit der sogenannten „Feminisierung der Medizin“ in Verbindung gebracht. Dies ist jedoch nicht zutreffend: Studien zeigen deutlich, dass unter den Medizinstudierenden kein signifikanter Unterschied zwischen jungen Frauen und Männern im Hinblick auf den Wunsch der besseren Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Freizeit besteht. Auch Männer wünschen sich, mehr Zeit mit Familie und Kindern verbringen zu können. Die „Generation Y“ ist damit anders. Die in 1980er- oder 1990er-Jahren Geborenen sind die erste Generation, die größtenteils bereits in einem Umfeld von Internet und mobiler Kommunikation aufgewachsen ist. Sie sind gut ausgebildet und durchaus selbstbewusst und wissen, dass sie angesichts der demografischen Entwicklung künftig noch gefragt sein werden.

Wir stehen also in der Medizin vor einem Paradigmenwechsel: Ärztinnen und Ärzte unterscheiden sich immer weniger in ihren individuellen Karrierewünschen. Sie fordern einheitlich verlässliche Arbeitszeiten, angemessene Gehälter sowie eine bessere Vereinbarkeit von Berufs- und Familienaufgaben. Unsere Primärärzte sind aufgrund des zunehmenden Ärztemangels aufgerufen, sich mehr als bisher für ihre Mitarbeiter zu interessieren. Arbeitgeber, die die Vereinbarkeit von Familie und Beruf bewusst und aktiv fördern, werden Standort- und Wettbewerbsvorteile haben, wenn es darum geht, qualifizierte Ärztinnen und Ärzte zu gewinnen und an ihr Spital zu binden.

Die Umstände für Ärztinnen im Spitalsalltag und uns Urologinnen im speziellen werden sich sicher weiter verbessern. Vielleicht auch dann, wenn es mehr Frauen in Führungspositionen gibt. Wir Urologinnen sind allerdings aufgerufen, selbst unsere Bedürfnisse und beruflichen Ziele klarer und deutlicher zu formulieren und dafür die Verantwortung ganz bewusst zu übernehmen. Der Schlüssel zur Zufriedenheit ist wohl, sich selbst erreichbare Ziele zu setzen. Es gilt, Probleme klar zu definieren und offen anzusprechen. Nur dann kann sich etwas ändern – im Kleinen wie im Großen.

Als Abschluss sei ein Auszug aus einem Interview mit Frau **Univ. Prof. Dr. Ursula Schmidt-Erfurth**, Leiterin der Universitätsklinik für Augenheilkunde und Optometrie am AKH Wien mit dem Frauen.netzwerk.Medizin zitiert, dem

nichts hinzuzufügen ist: „... Man lernt, dass es unangemessen wäre, wenn man sich nach einem langen, qualifizierten Studium entweder komplett gegen eine Familie entscheidet oder ausschließlich für die Familie ... Gender Mainstreaming als Bewusstseinsweiterung ist hier erforderlich, damit die Möglichkeiten, die das Frau-Sein hat, auch zu Chancen werden.“

Literatur auf Anfrage

OÄ Mag. Dr. Ingrid Berger
Urologische Abteilung
Landeskrankenhaus Wiener Neustadt
Corvinusring 3-5
2700 Wiener Neustadt

OÄ Dr. Eva-Maria Dlouhy-Schütz
Urologische Abteilung
Landeskrankenhaus Mistelbach
Liechtensteinstraße 67
2130 Mistelbach

Aktuelles zur Forschung – Aus dem Leben einer jungen Forscherin

I. Heidegger

Nach einem 24-Stunden-Dienst an der Universitätsklinik für Urologie Innsbruck kann Isabel Heidegger zwar immer noch lachen, einen starken Kaffee braucht sie aber trotzdem. „Natürlich ist die ärztliche Tätigkeit oft anstrengend“, räumt sie ein, „aber die Lust am Forschen bleibt trotzdem. Wir Mediziner sind einfach von Natur aus neugierig und natürlich ist unser Ziel, dass unsere Forschung den Patienten zugutekommt!“

Isabel Heidegger wurde am 7. 6. 1984 in Bamberg (Deutschland) geboren, ist in Meran (Südtirol) aufgewachsen und seit letztem Jahr frisch verheiratet. Von 2003-2009 absolvierte sie ihr Humanmedizin Studium an der Medizinischen Universität Innsbruck. Bereits im Rahmen der Diplomarbeit, bei der sie sich mit Endothelialen Progenitorzellen (EPC) bei der Pulmonal-arteriellen Hypertonie (PAH) beschäftigte, konnte sie erste Laborerfahrungen sammeln. „Auch wenn ich denselben Versuch 30-mal wiederholen musste, bis ich zu einem Ergebnis kam, hatte ich immer Spaß am Pipettieren ...“, sagt Isabel Heidegger mit einem Augenzwinkern.

Nach Abschluss des Humanmedizinstudiums verbrachte Isabel Heidegger einen Sommer-Forschungsaufenthalt in Kanada (Research Center St. Luc Montreal) und absolvierte schließlich von 2009-2012 ein PhD Studium für Mo-

lekulare Onkologie an der Universitätsklinik für Experimentelle Urologie unter der Leitung von Univ. Prof. Dr. Helmut Klocker. Dabei beschäftigte sie sich mit Insulin-like-growth factor (IGF) Netzwerk, einem der Haupt-Signalwege in der Entstehung und beim Fortschreiten des Prostatakarzinoms. „Erste klinische Studien einer gezielten Inhibition des IGF-1 Rezeptors (IGF1R) zeigten nicht den gewünschten Effekt und waren von einer Reihe von Nebenwirkungen gekennzeichnet, welche zu einem Abbruch der ersten Phase III Studien führten. Im Rahmen der PhD-Thesis konnten wir erstmals zeigen, dass sich Karzinomzelllinien und gutartige Prostatazellen verschieden innerhalb des IGF Netzwerkes verhalten. Eine gezielte Inhibition der Karzinomzellen könnte somit die Nebenwirkungen dieser Therapien minimieren. Des Weiteren zeigt unsere Arbeit erstmals, dass eine zusätzliche Inhibition des Insulinrezeptors A zusätzlich zum IGF1R die Wirksamkeit der IGF gezielten Therapien deutlich verbesserte. Ein Co-targeting von IGF1R und Insulinrezeptor A könnte möglicherweise zukünftig eine neue Therapieoption bei metastasierenden soliden Tumoren wie dem Prostatakarzinom darstellen“, so Heidegger.

Für ihre Forschungsarbeiten im Rahmen des PhD Studiums gemeinsam mit Univ.-

Prof. Dr. Helmut Klocker und Dr. Petra Massoner wurde Isabel Heidegger mehrfach ausgezeichnet: 2011 Poster Preis am Amerikanischen Urologenkongress AUA, 2012 Molecular Biology and Oncology Award, 2013 Forschungs- und Innovationspreis der Deutschen Gesellschaft für Urologie, 2013 Forschungspreis der Österreichischen Gesellschaft für Urologie sowie 2014 Dissertationspreis der Krebshilfe Tirol.

Bezüglich PhD Studium stellt sich bei vielen Medizinerinnen die Frage „Sinn oder Unsinn“. Dazu meint Isabel Heidegger folgendes: „Ich sehe es als Chance für junge Mediziner, die interessiert an Forschung sind. Es gibt einem die Möglichkeit, eine strukturierte wissenschaftliche Ausbildung inmitten von Experten zu erhalten, das „wissenschaftlichen Handwerk“ wie diverse Labortechniken von ausgewiesenen Biologen zu erlernen, sich auf ein Kernthema zu fokussieren und vor allem hat man Zeit, sich intensiv mit einer Materie zu beschäftigen, was im klinischen Alltag oft sehr schwierig ist“. Während Heidegger im PhD Studium mit dem Kernthema „Molekulare Onkologie“ ihre Zeit rein im Labor verbrachte, gibt es seit 2013 in Innsbruck auch die Möglichkeit eines berufsbegleitenden PhDs („Clinical PhD“), welches derzeit in Validierung ist. Weiters ist anzumerken, dass für Stu-

Hauptthema: Urologie für die Frau – Frauen in der Urologie

denten wie Heidegger, welche im neuen Studienplan Humanmedizin studierten, ein abgeschlossenes PhD Studium Voraussetzung für eine Habilitation ist.

Seit 2011 ist Isabel Heidegger Assistenzärztin an der Universitätsklinik für Urologie unter der Leitung von Univ. Prof. Dr. Wolfgang Horninger. „Bereits bei den Famulaturen haben mich die Atmosphäre im OP-Saal und die manuellen Fähigkeiten von Chirurgen fasziniert, so dass ich mir von Anfang an sicher war, ein chirurgisches Fach zu wählen“, sagt Heidegger. Wie in der Forschung beschäftigt sich Isabel Heidegger auch im klinischen Bereich schwerpunktmäßig mit dem Prostatakarzinom und ist Mitglied des Europäischen Prostatazentrums Innsbruck unter der Leitung von Priv. Doz. Dr. Jasmin Bektic, der ihr Mentor im Bereich der klinischen Forschung ist.

„Natürlich ist es nicht immer einfach, sich nach dem klinischen Alltag abends ins Labor zu stellen, Patientendaten zu erheben oder Forschungsanträge zu schreiben, wenn die Kollegen bereits beim Feierabendbier sitzen oder sportlichen Aktivitäten nachgehen. Außerdem

braucht es einen Partner, der Demut und Verständnis entgegenbringt – oder eben genauso ist wie man selbst ist ... wie es in meinem Fall ist. Zudem habe ich mit OÄ Dr. Renate Pichler an unserer Abteilung eine gute Freundin und Kooperationspartnerin, so dass wir – wenn ein Manuskript nach einem langen Weg von oft mehreren Jahren Arbeit angenommen oder auch abgelehnt wurde – mit einem oder zwei Gläschen Sekt anstoßen“, scherzt Heidegger. „Die erste Publikation bleibt dennoch diejenige, über die man sich am meisten freut“.

Derzeit beschäftigt sich Isabel Heidegger mit ihrer Forschungsgruppe um Univ. Prof. Dr. Helmut Klocker und Dr. Julia Höfer translationell mit Resistenzmechanismen bei neuen Androgenrezeptor-Inhibitoren, wo sie erstmals Abiraterone- und Enzalutamid-resistente Zellen kultivieren konnten, die derzeit genauer bezüglich Veränderungen im Androgenrezeptor unter die Lupe genommen werden. Außerdem geht die 31-jährige Forscherin der Rolle von Diabetes und Antidiabetika beim Prostatakarzinom genauer auf den Grund. Hierbei konnte sie kürzlich am Europäischen Urologenkongress zeigen, dass im Gegensatz zu

anderen Studien keine Korrelation zwischen Antidiabetika und Prostatakarzinom Aggressivität und Rezidivhäufigkeit besteht. Dennoch scheint die Tumorbio-logie unterschiedlich zwischen Patienten mit verschiedenen Antidiabetika-Therapien zu sein.

Ihr Hauptziel für die Zukunft ist es sicher, eine gute Klinikerin und Operateurin zu werden, dennoch möchte sie auch im Bereich der translationellen Forschung weiterhin aktiv bleiben. In wenigen Monaten wird die junge Ärztin für einige Zeit ins Ausland gehen, um neue Erfahrungen im Bereich der Klinik und Forschung zu machen. „Ich finde es wichtig, an mehr als einer Institution gearbeitet zu haben, um sich ein breites objektives Wissen aneignen zu können, das man unter Umständen teilweise in die eigene Abteilung integrieren kann“, sagt Heidegger. Wir wünschen ihr dafür alles Gute!

Dr. Isabel Heidegger, PhD
Univ. Klinik für Urologie
Med. Universität Innsbruck
Anichstraße 35
6020 Innsbruck

Operative Kinderurologie

Gibt's denn auch eine Operation für Bettnässen?

T. Becker

Die kindliche Harninkontinenz ist ein häufiges Problem. Die weitere Abklärung und Behandlung einnässender Kinder gehört zum Alltag eines Kinderurologen.

Bis zum vollendeten 5. Lebensjahr wird das gelegentliche Einnässen am Tag und insbesondere das nächtliche Einnässen noch als physiologisch angesehen. Die interindividuelle Bandbreite der Konti-

nenzentwicklung ist allerdings sehr groß. Während einige Kinder schon sehr früh tags und nachts trocken sind, nässen andere auch nach dem 5. Geburtstag noch ein und erlangen als so-



OÄ Dr. Tanja Becker, FEAPU

nannte „Spätentwickler“ die Blasenkontrolle erst verzögert, ohne dass es sich dabei um eine „Krankheit“ im eigentlichen Sinn handelt.

Der Zeitpunkt des Therapiebeginns und die Therapieform sind abhängig von der Symptomatik sowie vor allem dem Leidensdruck der Kinder. Bei der Therapie des Einnässens im Kindesalter stehen konservative Therapieoptionen im Vordergrund. Vor allem verhaltenstherapeutische Maßnahmen unter anderem mit Alarmgeräten sowie eine medikamentöse Therapie mit Anticholinergika oder Desmopressin gegebenenfalls in Kombination kommen zum Einsatz.

Grundlage für eine erfolgreiche Therapie sollte allerdings immer eine standardisierte Diagnostik sein und dies nicht nur bei älteren Kindern bzw. Therapieversagern, nicht zuletzt, um nichtphysiologische Formen der kindlichen Harninkontinenz – unter anderem in Folge organischer Ursachen – auszuschließen. Mögliche Ursachen einer organisch bedingten Einnässproblematik sind beispielsweise neurogene Erkrankungen, polyurische Nierenerkrankungen sowie ektope Harnleitermündungen.

Eine **extraurethrale Harninkontinenz** in Folge einer *kaudal ektope Harnleitermündung* ist eine sehr seltene Ursache einer kindlichen Harninkontinenz und betrifft nur Mädchen. Betroffene Mädchen haben oft einen jahrelangen Leidensweg und viele frustrane Therapieversuche hinter sich, bis die korrekte Diagnose gestellt werden kann. Ektope Harnleitermündungen sind meist mit Doppelhohlssystemen vergesellschaftet und betreffen dann den oberen Anteil der Doppelniere. Meist zeigt sich eine Funktionsminderung dieses Doppelnierenanteils. Als Therapie der Wahl galt früher die Heminephrektomie mit tiefem Absetzen des Harnleiters. Zunehmend

kommen weniger invasive Operationsmethoden mit Erhalt des Doppelnierenanteils zum Einsatz.

Der folgende Beitrag soll einen Überblick über die seltene Fehlbildung und mögliche Therapieoptionen geben.

Definition und Epidemiologie

1984 erfolgte durch die American Academy of Pediatrics (AAP) eine Standardisierung der Terminologie bei Doppelnieren [1]. Ein ektope Harnleiter mündet laut Definition außerhalb des posteriolateralen Anteils des Trigonums (Abb. 1).

In Autopsieserien ist einer von 1.900 Ureteren ektop [2]. Mädchen sind 2-12mal häufiger betroffen als Jungen. In 80% findet sich eine Doppelniere. Die Inzidenz bilateral ektope Harnleiter liegt bei ca. 10% [3]. Liegen allerdings beidseits Doppelnieren vor und wurde auf einer Seite bereits eine ektope Mündung diagnostiziert, zeigt sich bei 20% der Patienten später auch eine Ektopie auf der kontralateralen Seite [4]. Harnleiter-ektopien bei Einzelsystemen treten vor allem bei Jungen auf [5]. Je ausgeprägter die Ektopie, desto schlechter ist in der Regel die Funktion der entsprechenden Nierenanlage u. a. auf Grund dysplastischer Veränderungen [6]. Ein Drittel der ektope Harnleitermündungen liegt proximal des Sphinkters.

Bei Jungen mündet der ektope Harnleiter in Derivate des Wolff-Ganges (prostatische Harnröhre, Samenblasen, Ductus deferens), und somit liegt die Mündung immer kranial des Sphinkter urethrae. Im Gegensatz dazu kann die ektope Harnleitermündung bei Mädchen auch in der Urethra, am Meatus urethrae externus sowie in der Vagina, dem Uterus oder den Eileitern liegen.

Symptome

Handelt es sich nicht um einen sonographischen Zufallsbefund einer Hydronephrose und werden die Kinder nicht durch einen begleitenden vesikorenenalen Reflux (VRR) und Harnwegsinfekte (HWI) symptomatisch, ist das führende klinische Symptom die **primäre Harninkontinenz**. Symptomatik und Ausmaß der Inkontinenz sind allerdings stark abhängig von der Restausscheidung der zugehörigen Nierenanlage.

Bei Mädchen handelt es sich typischerweise um ein ständiges Harnträufeln (*primäre kontinuierliche Harninkontinenz*) tags und nachts. Die Eltern berichten gewöhnlich, dass ihre Tochter noch nie trocken gewesen sei, die Miktion sei aber sonst unauffällig. Die Miktionsintervalle und Einzelharmengen sind altersentsprechend, der Harndrang wird wahrgenommen, die Miktion kann hinausgezögert und willentlich eingeleitet werden. Im Gegensatz zur Harninkontinenz beim vaginalen Influx, tritt die Harninkontinenz in Folge einer Ektopie nicht nur in zeitlichem Zusammenhang zur Miktion auf.

In manchen Fällen ist die klinische Symptomatik allerdings weniger klar. Ist beispielsweise die Diureseleistung der zugehörigen Nierenanlage nur sehr gering, kann es auch lediglich zu einem *intermittierenden, unwillkürlichen Harnverlust* kommen, typischerweise z. B. in der Früh nach dem Aufstehen oder wenn sich das System entsprechend gefüllt hat. Auch rezidivierende unklare Bauchschmerzen in Folge der intermittierenden Harnstauung, die dem unwillkürlichen Harnverlust vorausgehen können, werden beschrieben und sollten an eine Harnleiterektopie denken lassen.

Bei einer ektope Mündung am Blasenhals kann sowohl bei Jungen als auch bei Mädchen eine *Urge-Symptomatik* gegebenenfalls mit *Urge-Inkontinenz* auftreten. Darüber hinaus können bei Jungen Schmerzen im Genitalbereich, eine Pyurie oder eine Epididymitis auf eine ektope Harnleitermündung hinweisen.

Bei Mündung am Blasenhals sind auch refluxiv obstruktive Megaureteren verbunden mit einem erhöhten Risiko für *febrile Harnwegsinfekte* bei beiden Geschlechtern häufiger.

Diagnostik

Die Grundlagen der Diagnostik sind eine *genaue Anamnese inklusive detaillierter Miktionsanamnese* bzw. *Miktions-Trink-*

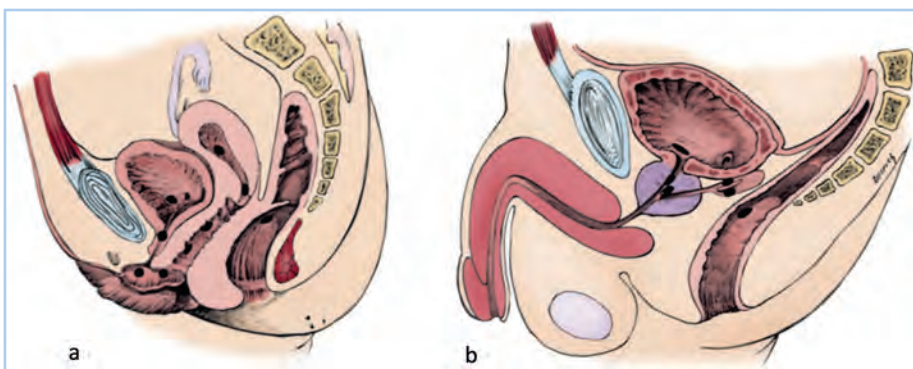


Abb. 1: **Mögliche Lokalisationen der ektope Harnleitermündung** (aus: Campbell-Walsh Urology 10th Edition, Saunders, NY / LA 2010). **a:** bei **Mädchen**, **b:** bei **Jungen**

Hauptthema: Urologie für die Frau – Frauen in der Urologie

Stuhl-Protokoll bei toilettentrainierten Kindern sowie die Inspektion des äußeren Genitale. Gelegentlich lässt sich bei Mädchen eine ektope Mündung am Meatus urethrae externus identifizieren oder ein Harnträufeln aus der Vagina beobachten.

Anschließend erfolgt eine Bildgebung zunächst mit einer *Sonographie* als nicht invasive Untersuchung mit guter Detailauflösung. Während andere Anomalien bei Doppelnieren wie beispielsweise Ureterozelen mit Megaureteren und hydronephrotischem Doppelnierenanteil meist schon im pränatalen Ultraschall auffallen und im Säuglingsalter abgeklärt werden, werden ektope Harnleitermündungen oft erst relativ spät diagnostiziert. Insbesondere bei einem kleinen, nahezu funktionslosen oberen Doppelnierenanteil ist die sonographische Diagnosestellung eine Herausforderung und manchmal nicht möglich. Lässt sich bei voller Blase ein dilatierter Harnleiter hinter der Blase verfolgen und ist ein weiteres Ostium ipsilateral in der Blase nachweisbar, sollte man bei entsprechender Anamnese an eine Harnleiter-ektomie denken, auch wenn der klassische sonographische Befund einer Doppelnieren mit Parenchymbrücke fehlt.

Ursprünglich gehörte zur Erstabklärung

bei klinischem Verdacht auf eine Harnleiter-ektomie auch die Durchführung eines *Miktionszystourethrogramms* (MCU). Ein refluxiver, ektop am Blasen Hals oder im Bereich der Urethra mündender Harnleiter lässt sich im MCU z. T. darstellen. Ebenso zeigen sich ein möglicher begleitender Reflux in den unteren Doppelnierenanteil sowie ein kontralateraler Reflux. Häufig bleibt jedoch das MCU bei einer ausgeprägten Ektomie unauffällig – es sei denn, man sondiert beim Katheterismus zufällig das ektop mündende Ostium.

Mittels *MAG III- bzw. DMSA-Szintigraphie* ist der Nachweis von Doppelnierenanlagen möglich [7,8]. Je funktionseingeschränkter der Anteil allerdings ist, desto schwieriger ist der Nachweis. Gleiches gilt für das *i. v. Urogramm*, welches lange Zeit einen hohen Stellenwert in der Diagnostik der Doppelnieren mit assoziierten Fehlbildungen hatte, aber seine Bedeutung u. a. wegen der Strahlenbelastung zugunsten der **MR-Urographie** verloren hat. Heute gilt die MR-Urographie als Methode der ersten Wahl [9]. Sowohl stark funktionseingeschränkte als auch funktionslose, dysplastische Nieren bzw. Doppelnierenanteile sowie ektope Harnleitermündungen lassen sich ohne Strahlenbelastung für das Kind gut

darstellen. Wesentlich dabei sind eine ideale Untersuchungstechnik und ausreichend Geduld zur Darstellung der oft erst spät mit Kontrastmittel gefüllten Oberpolsysteme. Nur dann sind eindeutige Aussagen bezüglich der Lokalisation einer eventuellen Ektomie möglich. Im Gegensatz zum *Computertomogramm* (CT) ist allerdings im Kindesalter für eine MR-Urographie meist eine Narkose bzw. Sedierung notwendig. In Einzelfällen kann nur eine *Zystoskopie inklusive Vaginoskopie gegebenenfalls mit retrograder Ureterographie* zur Identifizierung der Harnleitermündung beitragen.

Therapie

Die Therapiestrategie ist abhängig von der Funktion der betroffenen Nieren bzw. Doppelnierenanlage sowie möglichen Begleitpathologien wie beispielsweise einem VRR kontralateral oder in den unteren Doppelnierenanteil.

Liegt kein begleitender Reflux vor, zählt bei funktionseingeschränktem Anteil mit ektope Harnleitermündung die Heminephrektomie des Oberpols mit partieller Ureterektomie lange Zeit als Therapie der Wahl. Eine vollständige Entfernung des Harnleiters ist nicht notwendig, da postoperative Komplikationen durch den

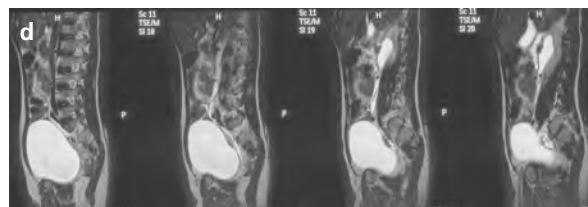
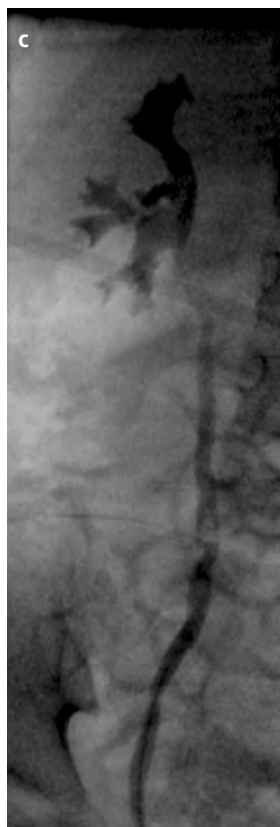
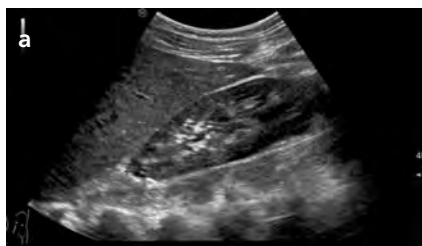


Abb. 2: Fallvorstellung:

Sch. Denise 14½ Jahre mit primärer Harninkontinenz mit einem Vorlagenverbrauch von ca. 1 Vorlage/Tag.

Diagnose: Doppelniere rechts mit nahezu funktionslosem oberen Doppelnierenanteil und Harnleiter-ektomie in die Vagina

Bildgebende Diagnostik:

- Sonographie
- MCU
- i. v. Urogramm
- erst eine MR-Urographie bringt den sicheren Nachweis einer Doppelnieren mit Ureter duplex rechts

Therapie: Uretero-Ureterostomie rechts

STILL EXPLORING



**34,7
MONATE**

GESAMTÜBERLEBEN¹

4,4 Monate signifikanter Überlebensvorteil¹
bei mCRPC** nach Versagen der Androgendeprivation



Zytiga[®]
Zeit ist Leben^{*}

Our Commitment to Uro-Oncology

www.zytiga.at

¹ Johann S. De Bono et al. Abiraterone and increased survival in metastatic prostate cancer. N Engl J Med 2011; 364:1995-2000 | ^{**} metastasiertes kastrationsresistentes Prostatakarzinom | 1. Charles J Ryan et al. Abiraterone acetate plus prednisone versus placebo plus prednisone in chemotherapy-naïve men with metastatic castration-resistant prostate cancer (COU-AA-302): final overall survival analysis of a randomised, double-blind, placebo-controlled phase 3 study. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(14\)71205-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(14)71205-7). Lancet Oncology 2015 Jan 16.

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

PHAT/ZYT/0215/0001(0)

Janssen-Cilag Pharma GmbH

Fachinformation siehe Seite 66

Janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES
OF **Johnson & Johnson**

Hauptthema: Urologie für die Frau – Frauen in der Urologie

verbleibenden Stumpf selten sind [10,11]. Durch die komplette Entfernung des Harnleiters erhöht sich vielmehr die Gefahr der Durchblutungsstörung des Unterpolharnleiters bzw. ggf. einer Verletzung des Sphinktermechanismus. Darüber hinaus kann die komplette Entfernung des Harnleiters nur über einen zweiten Schnitt im Unterbauch erfolgen. Die Heminephrektomie kann sowohl offen chirurgisch über einen transabdominellen oder retroperitonealen Zugang als auch laparoskopisch oder roboterassistiert erfolgen. Dennoch ist auch bei den sogenannten minimal-invasiven Verfahren die Invasivität des Eingriffs groß und die Komplikationsrate der Heminephrektomie ist insbesondere im Kindesalter nicht unerheblich. So ist unter anderem in bis zu 10% mit signifikanten Funktionsverlusten des verbleibenden Anteils zu rechnen [12,13,14].

Zunehmend wird diskutiert, ob eine Heminephrektomie unbedingt notwendig ist und ob ein Erhalt eines funktionsarmen bis funktionslosen dysplastischen Anteils wirklich mit einem erhöhten Hypertonierisiko einhergeht [15]. Bei Doppelniere mit Ureterozelen und funktionslosen oberen Anteilen hat sich die alleinige Rekonstruktion des unteren Harntrakts mit Resektion der Ureterozele und doppelter Harnleiterneuplantation gegenüber der kompletten Rekonstruktion (Oberpolresektion, Ureterektomie, Ureterozelenresektion und Harnleiterneuplantation) wegen der niedrigeren Komplikationsrate in den letzten Jahren durchgesetzt [16].

Schon seit vielen Jahren führen wir an unserer Abteilung nahezu keine Heminephrektomien mehr durch. Bei Doppelniere mit Ureterozelen oder begleiten-

dem Reflux favorisieren wir eine Rekonstruktion des unteren Harntrakts mit Erhalt der oberen Doppelniereanlage unabhängig von der Funktion. Bei Harnleiterektopie und extraurethraler Harninkontinenz ohne weitere Pathologie erfolgt eine ipsilaterale Ureteroureterostomie mit End-zu-Seit-Anastomose des Oberpolharnleiters an den orthotop mündenden Unterpolharnleiter. Der Eingriff erfolgt über eine kleine Gibson-Inzision im Unterbauch. Sowohl die funktionellen als auch die kosmetischen Ergebnisse sind hervorragend. Lediglich bei einer großen Diskrepanz der Harnleiterweiten auf Grund eines ektop mündenden Megaureters erfolgt eine intravesikale doppelte Harnleiterneuplantation beider Harnleiter gegebenenfalls mit Harnleitertailoring.

Literatur

- [1] Glassberg KI, Braren V, Duckett JW, Jacobs EC, King LR, Lebowitz RL, et al. Suggested terminology for duplex systems, ectopic ureters and ureteroceles. *J Urol* 1984;132:1153-4.
- [2] Campel M. Anomalies of the ureter. In: Campbell M, Harrison JH, eds. *Urology*. Philadelphia: WB Saunders, 1970: 1512.
- [3] Ellerker AG. The extravescical ectopic ureter. *Br J Surg* 1958;45:344-53.
- [4] Malek RS, Kelalis PP, Stickler GB, Burke EC. Observations on ureteral ectopy in children. *J Urol* 1972;107:308-13.
- [5] Ahmed S, Barker A. Single-system ectopic ureters: a review of 12 cases. *J Pediatr Surg* 1992;27: 491-6.
- [6] Pollack HM. Developmental and congenital disorders. In: Pollack HM, McClennan BL, Dyer R, Kenney PJ, editors. *Clinical urography*, vol. 2. Philadelphia: W.B. Saunders Co.; 1990. p. 602-4.
- [7] Bozorgi F, Connolly LP, Bauer SB, Neish AS, Tan PE, Schofield D, et al. Hypoplastic dysplastic kidney with a vaginal ectopic ureter identified by technetium-99m-DMSA scintigraphy. *J Nucl Med* 1998;39: 113-5.

[8] Pattaras JG, Rushton HG, Majd M. The role of 99mtechnetium dimercapto-succinic acid renal scans in the evaluation of occult ectopic ureters in girls with paradoxical incontinence. *J Urol* 1999; 162:821-5.

[9] Gylys-Morin VM, Minevich E, Tackett LD, Reichard E, Wacksman J, Sheldon CA. Magnetic resonance imaging of the dysplastic renal moiety and ectopic ureter. *J Urol* 2000;164:2034-9.

[10] Hisamatsu E, Takagi S, Nakagawa Y, Sugita Y. Nephrectomy and upper pole heminephrectomy for poorly functioning kidney: Is total ureterectomy necessary? *Indian J Urol* 2012 Jul;28(3):271-4.

[11] De Caluwe D, Chertin B, Puri P. Fate of the retained ureteral stump after upper pole heminephrectomy in duplex kidneys. *J Urol* 2002 Aug;168(2):679-80.

[12] Wallis MC, Khoury AE, Lorenzo AJ, Pippi-Salle JL, Bägli DJ, Farhat WA. Outcome analysis of retroperitoneal laparoscopic heminephrectomy in children. *J Urol* 2006 Jun;175(6):2277-80.

[13] Cabezali D, Maruszewski P, López F, Aransay A, Gomez A. Complications and late outcome in transperitoneal laparoscopic heminephrectomy for duplex kidney in children. *J Endourol* 2013 Feb; 27(2):133-8.

[14] Gundeti MS, Ransley PG, Duffy PG, Cuckow PM, Wilcox DT. Renal outcome following heminephrectomy for duplex kidney. *J Urol* 2005 May;173(5):1743-4.

[15] Timberlake MD, Corbett ST. Minimally invasive techniques for management of the ureterocele and ectopic ureter: upper tract versus lower tract approach. *Urol Clin North Am* 2015 Feb;42(1):61-76.

[16] Gran CD, Kropp BP, Cheng EY, Kropp KA. Primary lower urinary tract reconstruction for non-functioning renal moieties associated with obstructing ureteroceles. *J Urol* 2005 Jan;173(1):198-201.

OÄ Dr. Tanja Becker, FEAPU
Abteilung für Kinderurologie
KH der Barmherzigen Schwestern
Seilerstätte 4
4020 Linz

Operative Andrologie

Gibt es heute noch Indikationen zur Venenchirurgie bei erektiler Dysfunktion?

T. Gründler

Einleitung

Die Erektionsstörungen werden nach wie vor von vielen Menschen als Folge eines psychischen Problems oder als Alterserscheinung angesehen. Trotz deutlicher Enttabuisierung in den letzten Jahren ist es immer noch für viele Betroffene schwierig, darüber zu sprechen und fachliche Beratung einzuholen. Im Schnitt dauert es immer noch ca. drei Jahre ab Auftreten der Symptome, bis ein Mann diesbezüglich eine Praxis aufsucht.

Zur Begriffsklärung: Unter erektiler Dysfunktion versteht man eine dauerhafte Unfähigkeit, eine für einen befriedigenden Geschlechtsverkehr ausreichende Erektion aufzubauen oder zu erhalten. Und dieser Zustand muss definitionsgemäß über mindestens sechs Monate andauern.

Erektionsstörungen haben multifaktorielle Ursachen: psychogen, vaskulär, neurogen, endokrin oder medikamentös. Ich möchte mich in weiterer Folge auf die primären vaskulären Ursachen beschränken. Auf jene vaskulären Ursachen, die eine Pathologie in dem arteriellen Zufluss oder dem venösen Abstrom haben und die dadurch einer chirurgischen Therapie zugeführt werden könnten. Sekundäre vaskuläre Ursachen, welche durch Veränderungen am Gefäßsystem hervorgerufen werden, z.B. aufgrund von arterieller Hypertonie oder Diabetes mellitus, werden nicht explizit besprochen.

Man unterscheidet arterielle und venöse Störungen – zu den arteriellen zählen traumatische oder iatrogene Gefäßver-

letzungen des arteriellen Systems, z.B. im Rahmen von Beckentraumata.

Zu den Erkrankungen des venösen Abstroms gehören seltene angeborene, ektope Venen oder eine venöse Insuffizienz aufgrund von Veränderungen des kavernösen Verschlussmechanismus. Häufig finden sich bei vaskulärer erektiler Dysfunktion sowohl ein Einstrom- als auch ein Abflussproblem.

Funktionelle Anatomie

Der arterielle Zustrom zum Penis erfolgt über die Arteria pudenda interna, welche den caudalsten, viszeralen Ast der Arteria iliaca interna darstellt. In ihrem Verlauf gibt sie die Arteria rectalis inferior ab, dann teilt sich der Stamm in zwei Endäste:

- die oberflächliche Arteria perinealis,
- die Arteria bulbi penis,
- die posterior scrotale Äste.

Diese verläuft oberhalb des Diaphragma urogenitale ventralwärts und gibt in ihrem Verlauf die Arteria bulbi penis und die Arteria urethrales an das Corpus spongiosum ab.

Nahe dem Ramus ossis pubis teilt sich die Arteria penis in ihre zwei Endäste:

- die Arteria profunda penis,
- die Arteria dorsalis penis.

Die A. profunda dringt mit mehreren Ästen in das Corpus cavernosum ein, verläuft bis zur Spitze und anastomosiert mit der Arterie der anderen Seite und der A. dorsalis penis. Die Aa. helicinae,



OÄ Dr. Therese Gründler

welche von dem in das Corpus cavernosum eindringenden Ast abgehen, versorgen in ca. 75% aller Fälle alleinig die Schwellkörper.

Zwischen den Helixarterien und den kavernösen Venen sind nur kurze arterielle Endstrecken geschaltet, welche im Sinne einer arteriovenösen Fistel wirken. Bei Ruhe besteht hier nur eine minimale nutritive Durchblutung der Corpora.

Bei 70% der Patienten besteht eine zusätzliche Versorgung über eine A. pudenda accessoria, welche meist aus der A. obturatoria entspringt.

Die A. dorsalis penis gelangt an die Dorsalseite des Penis, gibt ebenso Äste an das Corpus cavernosum ab, geht Anastomosen mit den anderen Penisarterien ein und versorgt hauptsächlich die Eichel und die Haut.

Der venöse Abfluss erfolgt oberflächlich über die Vv. dorsales penis superficiales (zwischen Colle'scher und Buck'scher Faszie). Das intermediäre Venengeflecht (zwischen Buck'scher Faszie und Tunica albuginea) leitet Blut aus Pars pendulans, Corpus spongiosum und Glans penis in die V. dorsalis penis, welche in den periprostatichen Plexus mündet.

Das tiefe venöse System (Vv. emissariae des proximalen Penisdrittels) vereinigt sich in den Vv. cavernosae und drainiert in die Vv. pudendae int. Bei der Erektion wird durch die Relaxation des glattenmuskulären Schwellkörpersystems und Blutfüllung der Corpora der Veneplexus nahezu komplett komprimiert, sonst

Hauptthema: Urologie für die Frau – Frauen in der Urologie

erfolgt der venöse Abstrom kontinuierlich.

Hämodynamisch sind nun folgende Wirkmechanismen bedeutend, um eine Erektion zu erlangen:

- die Abnahme des intrakavernösen Widerstandes durch Relaxation der glatten Schwellkörpermuskulatur,
- die Zunahme des arteriellen Blutflusses durch Erweiterung der glattmuskulären Gefäßwände und
- die Drosselung des venösen Abstroms durch Kompression des Venenplexus.

Symptome

Arterielle Störungen zeigen sich in einem erschwerten oder verspäteten Erektionseintritt. Man beobachtet das nach Gefäßoperationen und Beckeneingriffen.

Bei venösen Störungen, primär (ektopy Venen) oder sekundär (morphologische Veränderungen der Schwellkörpermuskulatur und dadurch verminderte Relaxationsfähigkeit), äußert sich das in deutlich abgeschwächter oder nicht lang anhaltender Erektion.

Durch arterielle Perfusionsstörungen hervorgerufene Gewebeveränderungen (z.B. Fibrosierung der Schwellkörper) führen dann zu kombinierten Störungen mit sekundären venösen Abflussbehinderungen. Alle weiteren Faktoren, wie dadurch hervorgerufene Störungen der Transmitterfreisetzung, Rezeptorhemmung oder zusätzliche psychogene Hemmungen, werden hier nicht weiter abgehandelt.

Diagnostik

Die Abklärung von Erektionsstörungen ist oft eine schwierige Aufgabe, da viele Männer nach wie vor nicht unbelastet darüber sprechen können. Dahingehend sollte man dem Patienten soweit wie möglich entgegenkommen und ihm helfen, seine Probleme zu artikulieren. Ausreichend Zeit, eine ungestörte Atmosphäre und ein möglichst pragmatischer Umgang mit dem Problem sind dazu notwendig.

Die allgemeine Anamnese sollte Fragen nach prädisponierenden Faktoren (art. Hypertonie, Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen, ...), Nikotin- und Alkoholabusus, kardiovaskuläre und neurologische Erkrankungen, eine Medikamentenerhebung, als auch eine Sexualanamnese (soziale, psychische Situation) beinhalten. Bezogen auf primäre vaskuläre Ursachen der Störung sind erfolg-

te Operationen im Beckenbereich, Traumata im Beckenbereich oder perineale Traumata von Bedeutung.

Obligat ist nachfolgend eine sorgfältige, klinische Untersuchung. Bei fehlendem Ansprechen auf PDE 5 Inhibitoren ist eine Duplexsonografie, kombiniert mit Pharmakotestung (SKAT) anzuraten.

Zeigt sich bei der SKAT Testung mit niedriger Dosierung (Standarddosierung 5-10µg Alprostadil Bolusinjektion) bereits nach kurzer Zeit eine rasch eintretende und anhaltende Erektion, so ist eine vaskuläre Genese der erektilen Dysfunktion nahezu ausgeschlossen. Entwickelt sich die Erektion erst nach 15-30 Minuten, kann eine relevante arterielle Störung vorliegen, die mit einem Dopplerultraschall der penilen Gefäße bestätigt werden kann. Ein positives Testergebnis schließt eine relevante venöse Insuffizienz weitgehend aus, ein negatives Ergebnis korreliert zu 90% mit venöser Störung und sollte weiter abgeklärt werden.

Bildgebung

Pharmako-Dopplersonografie

Zur Dopplersonografie ist ein planarer Ultraschall-Schallkopf mit hoher Frequenz erforderlich. Nach Bolusinjektion einer vasoaktiven Substanz gilt ein systolischer Peak Flow Wert der A. penis prof. von >30cm/sec, enddiastolische Flußrate <3cm/s und ein Widerstandsindex von >0,8 werden anhand der EAU Guideline 2015 als normal definiert.

Kavernosometrie und Kavernosografie

Beide Verfahren sind heutzutage nur in ganz seltenen Fragestellungen indiziert. Sie sollten nur erfolgen, wenn eine therapeutische Konsequenz aus dem Untersuchungsergebnis erwartet wird. Indiziert sind diese Untersuchungen bei SKAT-Non Respondern und ev. folgender chirurgischer Therapie.

Diese Untersuchung setzt sich aus einer intrakavernösen Druckmessung unter laufender artifizieller Erektion und einer Darstellung der drainierenden Venen unter Durchleuchtung zusammen. Ziel ist es, die Flussrate zu ermitteln, die für die Aufrechterhaltung eines definierten venösen Druckes erforderlich ist. Als normal gelten Erhaltungsflussraten von unter 5ml/min. Weiters wird die Druckabfallgeschwindigkeit ermittelt. Im Normalfall handelt es sich um einen langsamen linearen Abfall. Exponentiell abfal-

lende Druckwerte mit einer Halbwertszeit unter einer Minute oder Reduktion um >50mm Hg innerhalb von 30 Sekunden, weisen auf eine kavernöse Störung hin. Unter Durchleuchtung sind nach Applikation eines verdünnten, nicht ionischen Kontrastmittels allfällige weitere pathologische Befunde (unzureichende Füllung der Schwellkörper bei Insuffizienz der Dorsalvene, ektopy Venen, ...) gut identifizierbar.

Beachten sollte man die Nebenwirkungen dieser Untersuchungsmethoden, wie Hämatome, Penisödem oder Kavernitiden. Unter strenger Indikationsstellung und antibiotischer Abschirmung sind sie in der Literatur jedoch als extrem selten beschrieben.

Penisangiografie

Diese Untersuchungsmethode sollte heute ausschließlich bei Patienten zum Einsatz kommen, bei denen eine gefäßchirurgische Intervention in Frage kommt, d.h. Patienten mit primärer Erektionsstörung und Verdacht auf kongenitale Gefäßdysplasien.

Therapie

Ist nun nach erfolgtem Abklärungs- und Behandlungsalgorithmus eine primäre vaskuläre Ursache der erektilen Dysfunktion diagnostiziert worden und war der Einsatz von PDE 5 Hemmern bzw. SKAT Therapie nicht erfolgreich, kann in seltenen Fällen eine vaskuläre Intervention erfolgversprechend scheinen.

Das Ziel der Therapie bei dem sogenannten venösen leakage wäre, den Abflusswiderstand des venösen Systems durch Resektion der Venen zu erhöhen.

Eine möglichst radikale Resektion der oberflächlichen und tiefen Dorsalvenen an der Penisbasis mit Unterbindung aller einmündenden Vv. circumflexae sowie auch Sklerosierung wurde durchgeführt. Aufgrund schlechter Erfolgsraten und Langzeitergebnisse ist die Venenchirurgie bei erektiler Dysfunktion nicht mehr indiziert (EAU Guideline 2015).

Bei jungen, zumeist posttraumatischen Männern, kann in seltenen ausgewählten Fällen eine Arterialisierung einer tiefen Dorsalvene, überlegt werden. Sie wurde von Virag (1981) eigentlich zur Revaskularisation von arteriellen Perfusionsstörungen gedacht. Die Idee war, den Abflusswiderstand im venösen System durch Erhöhung des Blutstroms in dem Schwellkörper zu steigern.



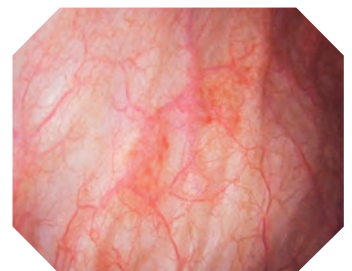
CYF-VH: DIE FORTSCHRITTLICHE DIAGNOSTISCHE OPTION BEI BLASENKREBS

Das weltweit erste flexible Video-Zystonephroskop mit HD und NBI

- HD-Auflösung für eine brillante Bilddarstellung
- Innovatives bildgebendes Verfahren NBI hilft bei der sicheren Diagnosestellung
- Verbesserte Darstellung der Oberflächenkapillaren und des Schleimhautgefäßsystems
- Neue Studien und Metaanalysen bestätigen höhere Tumordetektion und Verringerung des Rezidivrisikos um mindestens 10%

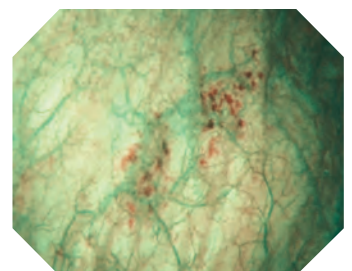
(Li et al., *Diagnosis of narrow-band-imaging in non-muscle-invasive bladder cancer: A systematic review and meta-analysis*, *International Journal of Urology* 2013; 20:602-609)

(Puppo et al., *A randomized prospective trial to assess the impact of transurethral resection in narrow band imaging modality on non-muscle-invasive bladder cancer recurrence*, *European Urology* 2012; 61:908-913)



4239

Weißlicht



4240

NBI

Hauptthema: Urologie für die Frau – Frauen in der Urologie

Bei Revaskularisationsoperationen rein arterieller Genese zwischen einem Donorgefäß und der zentralen Schwellkörperarterie sind die Ergebnisse etwas besser, es werden bei diesem hoch selektionierten Patientengut auch Langzeiterfolge bis zu 60-70% berichtet (EAU Guideline). Bei der Operation nach Hauri (1983) wird eine Anastomose zwischen der A. epigastrica inferior (Donorgefäß) und der A. dorsalis penis mit arteriovenösem Shunt zur V. dorsalis profunda geschaffen. Sie wurde von Hauri 1992 nochmals modifiziert, um durch ein Banding des proximalen Schwellkörpers eine Verminderung des pathologischen venösen Abflusses zu erreichen. Die

Erfolgsraten werden mit 30-70% angegeben, wobei die Glanshyperämie (-20%) als häufigste Komplikation angegeben ist. Sie kann zu Meatusstenosen, Ödemen bis zu Glansnekrosen führen.

Zusammenfassung

Zusammenfassend bleibt nun zu erwähnen, dass es heutzutage guidelinekonform keine Indikation zur Venenchirurgie oder Sklerosierung bei erektiler Dysfunktion gibt und dies auch nicht mehr angeboten werden sollte. Die erhofften Erwartungen bei dieser Art von Chirurgie haben sich nicht erfüllt.

Auch bei guter Revaskulationschirurgie

zeigen MRT Spätuntersuchungen keine effektive Durchblutungssteigerung in den Corpora.

Zusätzlich hat die Penisprothesenchirurgie einen Aufschwung erlebt, sowohl bzgl. der Art der Implantate (semirigid, hydraulisch) als auch ihrer Haltbarkeit und ist somit die sinnvollste und erfolgreichste Therapie, die als ultima ratio den Patienten angeboten werden soll.

Literatur bei der Verfasserin

OÄ Dr. Therese Gründler
Freyung 6
1010 Wien

Sexualmedizin – Was versteht Frau darunter?

Erwartungen und therapeutische Ansätze

A. Gnad

Im Gegensatz zur Andrologie, die sich sehr auf die Wiederherstellung biologischer Funktionen konzentriert, geht es in der Sexualmedizin um ein bio-psycho-soziales Wohlbefinden in Bezug auf die Sexualität. Die einzelnen Aspekte sind untrennbar miteinander verbunden und der Mensch ist als biopsychosoziale Einheit zu sehen.

Sehr stark wird berücksichtigt, dass *Sexualität sich zumeist zwischen zwei Menschen abspielt* und deshalb die *Therapie eines Partners alleine* oft nicht zum gewünschten Erfolg führt. Die

Patienten zur Einsicht zu bringen, dass nicht ein Partner alleine „schuld“ ist an den Problemen ist häufig die erste Hürde am Weg zur erfolgreichen Paartherapie.

Die Probleme in sexuellen Beziehungen sind vielfältig und oft weiß man nicht, was zuerst da war, die Henne oder das Ei. Sind frustrierte Grundbedürfnisse in der Beziehung Ursache für Libidoverlust und Rückzug oder ist der Verlust der Libido Grund für Rückzug und Unverständnis zwischen den Partnern? Ist das Paar in der Lage, sich darüber auszutauschen? Häufig nicht, da selbst in Partner-

schaften mit guter Kommunikationsbasis die Ursachen oft nicht gesehen werden können und man daher mit der Problemlösung immer nur an der Oberfläche kratzt und keine langfristige Veränderung erzielen kann.

Die **Syndyastische Paartherapie** setzt genau hier an und sieht die Sexualität zwischen zwei Menschen als Form der Kommunikation in der Beziehung. Bindung und Beziehung entstehen durch Kommunikation. Wegen der Unmöglichkeit, „nicht zu kommunizieren“ bzw. „nicht in Beziehung zu treten“, ist die soziale



OÄ Dr. Andrea Gnad, FEBU

Bindungsfunktion der Sexualität eine obligatorische, nicht der willkürlichen Verfügbarkeit unterworfenen lebenslang relevante Funktion [1,2].

Man unterscheidet drei Dimensionen von Sexualität hinsichtlich ihrer Funktionalität:

- **Fortpflanzungsdimension:**
Bedeutung der Sexualität für die Reproduktion
- **Lustdimension:**
Möglichkeit des Lustgewinns durch sexuelles Erleben. Sie ist gleichzeitig Motivation und Belohnung.
- **Beziehungsdimension:**
Bedeutung der Sexualität für die Befriedigung biopsychosozialer Grundbedürfnisse wie Akzeptanz, Nähe, Sicherheit und Geborgenheit durch sexuelle Kommunikation in Beziehungen.

Diese drei Dimensionen werden, abhängig von der Lebensphase, in Phantasie und Realität unterschiedlich bedeutsam erlebt [3]. Obwohl in der heutigen Zeit die Lustdimension oft vorrangig zu sein scheint (Erotische Werbeplakate, Internetpornographie, Sexting, etc.) ist die Lustlosigkeit mittlerweile die häufigste sexuelle Funktionsstörung. Der hochfrequente oberflächliche Lustgewinn führt zu zunehmender Frustration der Grundbedürfnisse – die Beziehungsdimension bleibt unerfüllt.

Kommunikationsfunktion der Sexualität

In einer liebevollen Beziehung kann das physische Verhalten beim „Sex“ erlebt werden als Wahrgenommen-Werden, Angesehen- und Begehrt-Sein, Zugewandtheit und Zuneigung, Sich-Nahestehen, Angenommen- und Gehalten-Sein, für Einander-Offen-Sein, sich rundum spüren, etc.

Die Sexualität ist die höchste und somit intimste Form der Kommunikation in der Beziehung.

Das **Ziel der Therapie** ist die Entfaltung und/oder Wiederherstellung der salutogenen Wirkung von Sexualität.

Das heißt, es beschränkt sich nicht auf die isolierte Wiederherstellung gestörter sexueller Funktionen, sondern strebt die Verbesserung partnerschaftlicher Zufriedenheit insgesamt an.

Die Wiedererlangung ausreichender Erektionsfähigkeit z.B. bringt keineswegs

automatisch die Wiedererfüllung bisher frustrierter Grundbedürfnisse in der Beziehung mit sich.

Keine Technik und kein „luststeigernder“ Trick, auch kein Medikament, werden fehlenden Sinn und stimmige Kommunikation ersetzen können, wenn die Funktionsstörung mit Kränkung in der Beziehung und fehlender Kommunikation zusammenhängt.

Spezielle Anforderungen an die Sexualmedizin

Neben den häufigen Störungen der sexuellen Funktionen gibt es auch seltener für die betroffenen Personen sehr belastende Störungen, wie die Störungen der sexuellen Präferenz.

Störungen der sexuellen Präferenz (Paraphilien)

Unter Störungen der sexuellen Präferenz werden Störungsbilder verstanden, bei denen die betroffenen Personen unter normabweichenden Impulsen leiden oder andere zu Opfern dieser Impulse machen.

Die sexuelle Präferenzstruktur manifestiert sich bei jedem Menschen auf **drei Achsen:**

- 1) Das präferierte Geschlecht (männlich und/oder weiblich)
- 2) Das präferierte Alter des Sexualpartners (kindlich, jugendlich, erwachsen)

- 3) Die präferierte Art und Weise sexueller Interaktionen (Initiative des Sexualpartners, Praktiken, etc.)

Die Manifestation dieser Sexualstruktur findet im Jugendalter statt und bleibt in ihren grundsätzlichen Merkmalen lebenslang bestehen.

Ist zum Beispiel ein Mann auf erwachsene (Achse 2) Frauen (Achse 1) und die Interaktion mit ihren Füßen (Achse 3) orientiert, wird er bei koitaler Intimität mit einer Frau bei weitem nicht den Lustgewinn erfahren, wie bei der Befassung mit ihren Füßen. Das wiederum kann erheblich von der Präferenzstruktur der Partnerin abweichen und somit zu einem Leidensdruck auf beiden Seiten führen.

Unter **Präferenzstörungen** oder Paraphilien versteht man aus sexualmedizinischer Sicht allerdings nur Störungsbilder, bei denen betroffene Personen unter normabweichenden sexuellen Impulsen leiden oder diese zu Einschränkungen in wichtigen sozialen oder beruflichen Funktionsbereichen führen. Darunter fallen auch paraphile Neigungen mit potentieller Fremdgefährdung wie z.B. die Pädophilie. Nicht selten treten mehrere Paraphilien nebeneinander auf. In der Einteilung unterscheidet man zwischen häufigen und seltenen Paraphilien, wobei ihnen allen gemeinsam ist, dass sie eine Domäne der männlichen Sexualität sind [1].

Besonders bedeutsam sind die paraphilen Neigungen in der Pubertät, da durch sie die Kontaktgestaltung mit den umge-

Einteilung der Paraphilien nach ICD 10

Häufige Paraphilien:	Seltene Paraphilien:
Fetischismus	Zoophilie (Tiere)
Fetischistischer Transvestitismus	Klismaphilie (Einläufe)
Exhibitionismus	Telephonscatophilie (telefonisch mitgeteilte Obszönitäten)
Voyeurismus	Nekrophilie (Leichen)
Pädophilie	Amputophilie (Amputationen beim Partner)
Sexueller Masochismus	Infantilismus (behandelt zu werden wie ein Kind)
Sexueller Sadismus	Gerontophilie (Partner in hohem Lebensalter)
Frotteurismus (sich reiben, z. B. im Gedränge)	Uro-, Koprophilie (Urin, Faeces)
Nicht näher bezeichnete Paraphilie	Vampirismus, Kannibalismus (Blut, Fleisch)

Hauptthema: Urologie für die Frau – Frauen in der Urologie

benden Personen gesteuert wird. Ob sich eine sichere sexuelle Identität entwickeln kann, ist davon abhängig, ob sexuelle Impulse in das Selbstbild integriert werden können. Bereits für Jugendliche ohne paraphile Präferenzstruktur kann es heute unter dem Einfluss der internetpornografischen Angebote schwer werden, den Körper so anzunehmen wie er ist. Die Integration einer sexuellen Besonderheit bedeutet eine zusätzliche Entwicklungsaufgabe für den Jugendlichen. Erst gelungene erlebte soziosexuelle Erfahrungen bauen Selbstsicherheit auf. Aufgrund der Manifestation paraphiler Impulsmuster in der Jugend und ihrer Unveränderbarkeit im Laufe des Lebens, ist es erforderlich, sich im Rahmen der sexuellen Identitätsentwicklung mit diesen inneren Erlebensanteilen zu „arrangieren“. Dabei können Betroffene mit starken Selbstzweifeln konfrontiert sein, was es schwer machen kann, Beziehungen zu knüpfen („Kann mich die/der so mögen, wie ich bin?“) [1].

Die syndyastische Fokussierung kann

helfen, Verständnis aufzubauen, da es wie in jeder Beziehung auch in Beziehungen mit einem paraphilen Partner um Erfüllung der Grundbedürfnisse wie **Akzeptanz, Nähe, Sicherheit** und **Geborgenheit** beider Partner geht. Der Wunsch nach Verbesserung der partnerschaftlichen und sexuellen Beziehungszufriedenheit ist Voraussetzung für die erforderliche Selbstrücknahme und kann nur stattfinden, wenn die Bindung bedeutsamer ist als der innere paraphile Stimulus des Betroffenen.

Für mich ist die Sexualmedizin, im Speziellen die syndyastische Paartherapie, eine sehr gute Ergänzung zur Andrologie und für alle Patienten geeignet, deren Leidensdruck mit dem Verordnen von Medikamenten nicht ausreichend gelindert werden kann.

Literatur

[1] Beier,Loewit 2011: Praxisleitfaden Sexualmedizin. Springer.

[2] Watzlawick et al. 1969: Menschliche Kommunikation

[3] Beier,Loewit 2004 :Lust in Beziehung Einführung in die syndyastische Sexualtherapie. Springer.

Ankündigung

Der **Arbeitskreis für Andrologie und sexuelle Funktionsstörungen** plant einen Sommerworkshop im Juni 2016 zum Thema Sexualmedizin mit dem renommierten Sexualtherapeuten Dr. Christoph Ahlers aus Berlin.

www.andrologie.at

OÄ Dr. Andrea Gnad, FEBU
Univ. Klinik für Urologie
und Andrologie
Paracelsus Medizinische
Privatuniversität
Müllner Hauptstraße 48
5020 Salzburg

Zum Titelbild

Jacqueline Chanton



- 1977-1980 Ausbildung zur Restaurations-Vergolderin, Kunstgewerbeschule Bern, CH
1984-1987 Schule für Gestaltung, Malerei, Bildhauerei, Prof. A. Egloff, Luzern, CH
1987 Auslandsstipendium, Landis & Gyr, Zug, CH
1987-1989 Akademie der bildenden Künste in Wien, Prof. B. Gironcoli
Lebt und arbeitet seit 1989 in Wien

Ausstellungen (Auswahl im In- und Ausland):

- Galerie Schafschetzy, *Famous*, Galerientage aktuelle kunst in graz
- ÖBV, Wien, *confidence*
- VIENNAFAIRE Kunstmesse Wien, Galerie Christine König
- Art Basel, Kunstmesse Basel, Galerie Christine König
- SIAK, Wien, *Illusion & Allusion*
- Agitas, Wien, *Wünsche werden wahr*
- Wien, Galerie Christine König, *Scharfes Auge*
- Galerie Ursula Wieden Keller, Zürich
- Wien, Secession, Rotterdam, Witte de With, *Die Regierung*, Projekt Ines Doujak
- Wien, Wien Museum Hermesvilla, *Tiere in der Großstadt*
- Wien, TPA Horwath, *DO ONE THING AT A TIME*, kuratiert Galerie Christine König
- MACBA, Barcelona, Miami, Miami Art Central, *Die Regierung*, Projekt Ines Doujak
- Neue Galerie Landesmuseum Joanneum, Graz, *Phantom der Lust*
- Kunsthalle Krems, *Mimosen, Rosen, Herbstzeitlosen*
- Neue Galerie, Studio, Graz, *INSIDE – OUTSIDE*
- Projektraum Viktor Bucher, Wien, *ad personam*
- Galerie Christine König, Wien, *Ich Tarzan – Du Felix Austria?*
- *Soho in Ottakring*, mit Anna Meyer, Marcus Geiger, Thomas Böck
- Kunsthaus Luzern, Jahresendausstellung

Galerievertretung: Galerie Schafschetzy, Färbergasse 2, 8010 Graz
Tel.: 0316 / 82 89 82, www.galerie-schafschetzy.com



Die moderne Ärztin im Spannungsfeld von Karriere und Familie

O. Zechner im Gespräch mit **Univ. Prof. Dr. Hildegunde Piza-Katzer**, emer. Vorstand der Univ. Klinik für Plastische, Ästhetische und Wiederherstellungschirurgie an der Med. Universität Innsbruck

Univ. Prof. Dr. Othmar Zechner:
Liebe Frau Prof. Piza, Sie sind zweifellos eine „große Tochter“ unseres Landes. Wie stehen Sie zu den aktuellen Vorschriften der Geschlechterdifferenzierung? Gendern Sie selbst?

Univ. Prof. Hildegunde Piza-Katzer:
Die künstliche Trennung von Geist und Körper eines Menschen, wie sie der Idee des Genderns zugrunde liegt, erachte ich als einen Weg in die falsche Richtung. Betreffend die Wahl „männlicher oder weiblicher“ Berufe glaube ich, dass jeder junge Mensch jeden Beruf erwählen können muss, in dem er oder sie einen Sinn sieht und Befriedigung findet. Ich halte es für überflüssig z.B. aufwendige „girl days“ und ähnliches mehr zu veranstalten, um den Mädchen technische Berufe schmackhaft zu machen und diese sicher bestens gemeinte Tage mit Steuergeld zu unterstützen.

Also Sie sehen, dass ich mich nicht an „aktuelle Vorschriften“ der Geschlechterdifferenzierung halte.

Ich bin allerdings dafür, dass sich jeder unabhängig des sozialen und körperlichen Geschlechts als einzigartiges Wesen fühlen und entwickeln können sollte. Aus diesem Grund müssen schon früh in jedem Menschen Neigungen, Talente und Besonderheiten erkannt, ausgebaut, diese unterstützt und gefördert werden – eine Herausforderung an die ältere Generation.

Sie sind als junge Assistenzärztin vom Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Salzburg an die berühmte 1. Univ. Klinik für Chirurgie am AKH nach Wien gewechselt. Haben Sie sich dadurch bessere Karrierechancen ausgerechnet?

Als ich 1970 von Salzburg an die 1. Chirurgische Klinik am AKH wechselte, tat ich es beruflich aus einem einzigen Grund, nämlich mein Wissen und mein Können in der Allgemeinchirurgie um



*Die künstliche
Trennung von Geist
und Körper eines
Menschen, wie sie der
Idee des Genderns
zugrunde liegt, erachte
ich als einen Weg in
die falsche Richtung.*

eine wesentliche Facette zu erweitern. Ich hoffte, an so einer großen Klinik die Möglichkeit zu bekommen, spezielle Operationstechniken für Eingriffe im Gesicht und an den Händen zu erlernen. Da es damals nur an den drei Universitätsstandorten eine in die allgemeine Chirurgie integrierte Plastische Chirurgie gab, bemühte ich mich um eine Stelle in Wien. Nach Vertiefung dieses Wissens wollte ich wieder zurück zur chirurgischen Abteilung der Barmherzigen Brüder nach Salzburg.

Über **Karriere** und die Chancen dazu habe ich sicherlich nicht nachgedacht, noch dazu, da ich als einzige Frau an der chirurgischen Klinik keinesfalls als Konkurrenz angesehen wurde und schon gar nicht in meinen Bestrebungen mich einzusetzen, zu lernen und auch zu helfen ernst genommen worden bin.

Wie hat es die Kollegenschaft aufgenommen, als Sie den renommierten Chirurgen Prof. Franz Piza, Pionier der Transplantationschirurgie in Österreich geheiratet haben?

Ich habe die Kollegen an der Klinik nicht gefragt, wie sie meine Entscheidung aufnehmen. Übrigens musste ich nach unserer Vermählung an eine andere, nämlich die Univ. Klinik für Kieferchirurgie wechseln, da das geltende Gesetz aus Maria Theresiens Zeiten noch immer galt, wonach ein Ehepaar nicht an einer öffentlichen Institution gemeinsam arbeiten dürfe. Dies war 1972 – man kann sich das heute wohl nicht mehr vorstellen.

Seit Ihrer Heirat leben Sie in einer „Patchwork-Familie“, die von zwei Spitzenmedizinerinnen geführt wurde. Hatten Sie retrospektiv gesehen jemals das Gefühl, dass die Kinder als Folge Ihrer beider Karriere etwas zu kurz gekommen sind?

Unter Patchworkfamilie verstehe ich eine gesellschaftliche Struktur in unseren

Im Brennpunkt

Breiten, wenn nach meist freiwilliger Trennung zweier Partner eine neue partnerschaftliche Verbindung gegründet wird. Dies kann beliebig oft geschehen, wobei die Kinder aus mehreren Verbindungen wechselweise bei natürlichen Müttern, Vätern oder neuen Müttern oder Vätern mit Halb- oder Viertel-Geschwistern unter einem oder mehreren verschiedenen Dächern leben.

Sie fragen, ob die Kinder „zu kurz“ gekommen sind. Um eine authentische Antwort zu bekommen, müsste man die erwachsenen „Kinder“ selbst fragen.

Ich bin allerdings nicht ganz sicher, ob sie dies auch veröffentlichen möchten.

Übt man als Frau und Mutter seinen Beruf manchmal mit schlechtem Gewissen aus?

Dass die Situationen manchmal organisatorisch nicht leicht waren, wenn z.B. ein Kind krank und das Op-Programm nicht mehr zu ändern war, mein Mann akut um ein Organ fliegen musste und keine Großeltern zur Verfügung standen gebe, ich gerne zu. Aber warum sollte ich deswegen oder gerade in so einer Situation ein „schlechtes Gewissen“ haben – da gilt es zu überlegen, zu handeln und aus der jeweiligen Situation das Beste zu machen.

Die Schauspielerin Julia CENCIG hat einmal gesagt: „Kinder haben, Karriere machen und auch noch nebenbei eine glückliche Beziehung führen – das geht sich nicht aus!“ Stimmen Sie dem zu?

Was Frau Cencig gesagt hat, mag für sie selbst zutreffen – ich kann aus meiner Sicht nur feststellen, bei mir ging sich irgendwie doch immer alles aus ...

Eines war mir immer klar: Wenn ich meinem Beruf mehr als „full time“ nachgehe, muss ich Verantwortung dafür übernehmen, dass der Haushalt, der Garten, die Schulen für die Kinder, aber auch die Ferien bestens überlegt, eingeteilt und organisiert werden und dass man sich nicht scheut, um Hilfe zu bitten ...

Ich hatte das Glück, viele liebevolle, arbeitsame, fleißige Menschen um mich und für die Kinder zu haben. Alle fünf haben erfolgreich maturiert und jeder geht seinem Beruf, seiner Aufgabe als Elternteil oder beidem nach.

Heute wird mancherorts beklagt, dass Frauen mit „Full-time-Jobs“ und Familie Burn-Out gefährdet wären. Andererseits müssen jene

Damen mit Minderbeschäftigung (z.B. 20-Stunden-Woche) auf spätere Benefizien wie Aufstiegschancen, höhere Pension etc. verzichten. Was also sollten Frauen heutzutage tun?

Da es heute doch so viele Möglichkeiten gibt, Hilfe in Anspruch zu nehmen und jede Frau genauso wie ich entscheiden kann, was für sie in der jeweiligen Situation am besten ist, gebe ich sicher keine allgemeingültigen Ratschläge.

Da es heute doch so viele Möglichkeiten gibt, Hilfe in Anspruch zu nehmen und jede Frau genauso wie ich entscheiden kann, was für sie in der jeweiligen Situation am besten ist, gebe ich sicher keine allgemeingültigen Ratschläge.

In den Medien hat die künstlich herbeigeführte Gravidität einer 65-jährigen Frau viel Staub aufgewirbelt. Wie stehen Sie zur Option des Einfrierens von Eizellen zwecks späterer in vitro Befruchtung, speziell unter dem Gesichtspunkt der Wahrung der Karrierechancen?

Na ja, da hat sich eine Weltfirma wieder einmal eine „guten“ und medienwirksamen Gag einfallen lassen – die Frauen sollen nicht auf die Karriere verzichten und das Kinderkriegen selbst planen können, wenn sie in der Karriereleiter dort sind, wo sie hinkommen wollten. Die eingefrorenen Eier werden wohl nicht das einzige Problem sein. Kaum jemand denkt daran, dass der Körper der Frau – vor allem auch die Gebärmutter – im Laufe der Zeit altert. Wenn der weibliche Körper jenseits der fertilen Phase zur Schwangerschaft vorbereitet wird, muss die Frau mit einer großen Menge hormonell stimuliert werden, so dass

auch die Gefahr einer Krankheit (Mamma-karzinom) steigt.

Wer Kinder hat, weiß auch, wieviel Zuneigung, Geduld und körperliche Kraft nötig sind, um Kinder physisch und psychisch begleiten zu können. Ist es also verantwortungsvoll von Seiten der Frau, die Fertilitätsphase zu verschieben?

Die heutige „Generation Y“ legt auch in der Medizin gesteigerten Wert auf eine ausgeglichene „work-life-balance“. Können die Karrierechancen für Frauen da noch intakt bleiben?

Ich glaube, dass man diese Frage schwer beantworten kann. Ich weiß zu wenig über die Zukunft der „Y-Gesellschaft“ – ich beobachte nur, dass es auch junge Menschen gibt, die radikal anders denken als die jetzt 40-jährigen. Ich denke immer positiv und bin davon überzeugt, dass es für Kinder und Jugendliche wesentliche ist, gute Vorbilder zu haben. Wenn also die Erwachsenen ihnen zeigen, dass es nicht reicht, sich als Single zu profilieren und sich egozentrisch auf das eigene Leben zu konzentrieren, sondern auf Dinge bewusst zu verzichten und auf andere Rücksicht zu nehmen, dann bekommen die Kinder und Jugendlichen auch eine andere Einstellung zur Umwelt und den Mitmenschen.

Sie haben zunächst das Primariat für Plastische Chirurgie am Krankenhaus Hietzing in Wien übernommen und sind in weiterer Folge zum Vorstand der Univ. Klinik für Plastische und Wiederherstellungschirurgie an der Med. Universität Innsbruck berufen worden. War das für eine Frau, die noch dazu von „außen“ (also von Wien) in das „Heilige Land“ Tirol berufen worden ist, nicht schwierig?

Nicht weniger oder mehr als von der Universitätsklinik in Wien in ein Gemeindespital.

Mit der gelungenen Transplantation beider Hände bei einem Briefbombenopfer haben Sie schlagartig ein hohes Maß an medialer Berühmtheit erlangt. Hat das die Zweifler besänftigt oder im Gegenteil für eifersüchtigen Zwist gesorgt?

Auf alle Fälle war es ein Schritt, der wohl sehr gut vorbereitet war und gelungen ist. Wir haben viel gelernt, war es doch erst der Anfang der Transplantation von zusammengesetztem Gewebe. Auch bei

den zwei weiteren Patienten, denen beide Hände transplantiert wurden, konnten wir zeigen, dass eine konsequente und gute Arbeit im Team erfolgversprechender ist, als Querelen, Zwist und Missgunst bringen können.

Die vorliegende Ausgabe dieses Journals wird mit Ausnahme meiner Beiträge beinahe ausschließlich von Frauen geschrieben. Es gibt Stimmen die sagen, dass die Mädchen in der Koedukation gegenüber den Knaben zu kurz kämen. Dementsprechend werden wieder reine Mädchenklassen gefordert. Was halten Sie davon?

In einer bestimmten Altersstufe – nämlich dann, wenn geistige und körperliche Entwicklungen verschieden bei Mädchen und Burschen ablaufen, halte ich in

Fächern wie Sport oder auch Handarbeiten oder Singen die Trennung der Geschlechter gar nicht so schlecht – ob dies allgemein so gehandhabt werden soll, weiß ich nicht. Aber meine Mittelschulzeit in einer Mädchenschule war, meine ich, nicht grundsätzlich nachträglich für meine Persönlichkeitsentwicklung.

In den Aufnahmetests zum Medizinstudium haben die Frauen schlechter abgeschnitten. Daraufhin erfolgte eine Überarbeitung des Tests. Glauben Sie, dass dies auch geschehen wäre, wenn die Männer schlechter gepunktet hätten?

Die Überarbeitung des Tests würde in diesem Fall genauso stattgefunden haben.

Der MINOTAURUS – Die moderne Medizin im Labyrinth von Ethik und Profit

O. Zechner

Die Ethik ist dann gefragt, wenn die Moral in der Krise ist“ pflegt der Moraltheologe Günter Virt zu behaupten, wenn die Sprache auf dieses Thema kommt. Nun wird der Begriff der Ethik in weiten Teilen der Bevölkerung als etwas unabänderliches, ja geradezu als Religionsersatz fungierendes und quasi „ewiges“ Prinzip aufgefasst.

Laut Paul Sporken fußt die Ethik jedoch auf der kritischen Reflexion über das Ethos des Einzelnen und der Gemeinschaft. Damit jedoch bildet das „Menschenbild“ das Herzstück der Ethik, was in weiterer Folge zu einer „Dynamisierung“ der Ethik führen muss, da das

Menschenbild seinem Begriff nach dynamisch ist, weil sowohl menschliches Leben als auch die uns umgebende Welt sich in ständiger Evolution befindet. Dies führt zwangsläufig zu einer differenzierten Sicht in der Beurteilung der Ethik im ärztlichen Handeln und im Selbstverständnis des Arztseins.

Die medizinische Ethik und das Selbstverständnis des Arztes

Bis zum Beginn des 19. Jahrhunderts hat sich die europäische Medizin noch in der hippokratischen Tradition

Was würden Sie heute mit Ihrer Erfahrung und Ihrem Wissensstand einer jungen Ärztin raten, die einerseits an einer akademischen Karriere interessiert ist, andererseits aber auf eine Familie mit Kindern nicht verzichten will.

Wenn man sich mit dem Partner einen „Modus vivendi“ ausdenkt, der beides gut vereinen lässt, ist das Kind auf alle Fälle ein unvergleichliches Geschenk und auch eine Chance, selbst weiter zu wachsen. Ein Kind ist allerdings kein Besitz und muss daher nicht auf Biegen und Brechen „angeschafft oder erzeugt“ werden.

Liebe Frau Professor Piza, ich danke für das Gespräch!



Univ. Prof. Dr. Othmar Zechner

und verbunden mit einem durchaus religiösen Aspekt als „Priesterschaft des Aeskulap“ verstanden. Die damaligen Ärzte haben sich als „unsichtbare Kirche echter Ärzte“ gefühlt, verwandt mit dem Priester- und Prophetentum aus uralten Zeiten.

Doch schon Mitte eben dieses Jahrhunderts führte der Siegeszug der sich entwickelnden Naturwissenschaften zur Abkehr vom „klerikalen System“ hin zur „ecclesia militans“ mit ihren „Hohenpriestern im Tempel der Natur“ wobei hier von der „Mission des Arztes“ gesprochen wurde, Pionier der hygienischen Kultur zu werden.

In der Euphorie des wissenschaftlichen Fortschritts fehlte es weiterhin nicht an pathetischen Worten. 1910 formuliert **Wilhelm Friedrich Ostwald**, dass die Wissenschaft die Voraussetzung zur Konstruktion der künftigen Kirche der Menschheit besäße und in weiterer Folge der Arzt als Vermittler der Naturkräfte die „geweihteste“ Person wäre und die Medizin als Führungsinanz die „geglaubteste“ Wissenschaft sei. Was wunder, dass auf Basis dieser Überlegungen ein hohes Sozialprestige des Berufsstandes sowohl erwartet als auch eingefordert wurde. Als Voraussetzung für diese gesellschaftspolitisch wichtige Position galt damals, ähnlich wie in der Politik, eine ethisch gefestigte Persönlichkeitsstruktur. Wie haben sich doch die Zeiten geändert!

Allerdings hat die ärztliche Wissenschaft im Laufe der letzten 150 Jahre den methodischen Umschwung auf die abschließliche Grundlegung durch die Naturwissenschaften erfahren. Damit war ein sichtbarer Statuswechsel verknüpft, der auf dem Bewusstsein gegründet war, den Patienten und die mit ihm koordinierten Strukturen zu beherrschen.

Eine weitere Veränderung im Selbstverständnis des Arztseins erfolgte mit der wachsenden Bedeutung ökonomischer Zwänge, denen die Medizin des ausgehenden 20. aber viel mehr noch des 21. Jahrhunderts ausgesetzt ist.

Der Medizinhistoriker **H.E. Sigerist** hat bereits 1954 festgestellt: „Die Bemühungen der Ärzte, in dieser Welt, die unter dem eisernen Regiment wirtschaftlicher Notwendigkeiten steht, ihre ärztlichen Ideale zu bewahren, zeugen von Tapferkeit, sind aber zum Scheitern verdammt ... Zwar werden im Kampf gegen die Krankheit immer ärztliche, in unserer Zeit naturwissenschaftliche Methoden angewendet, doch gehört die Medizin selbst mehr zum Gebiet der Sozialwissenschaften, da ihr Ziel sozialer Natur ist.“

Ich bin mir nicht sicher, ob ich in Kenntnis dieser Feststellungen im Jahr 1965 mit demselben Enthusiasmus und Idealismus mein Medizinstudium begonnen hätte.

Ein Jahr zuvor, nämlich 1964, hat **C. Korth** festgestellt, dass sich eine gefährliche Kluft zwischen Ideal und Wirklichkeit des Arzttums aufgetan hätte, dass nämlich der Arzt von „heute“ (also Mitte des 20. Jahrhunderts) „die normativen Grundlagen seiner Berufsaus-

übung aus einer vergangenen Zeit gewänne und im Rückblick ideologisch überhöht.“

Haben die meisten meiner Ärztegeneration, ebenso wie ich, unseren Beruf unter den Auspizien einer verblassten Illusion ergriffen? Haben also jene Kommilitonen, die so wie ich zu Anfang unseres Studiums der Meinung waren, dass wir eine Ausbildung beginnen, welche ein Mindestmaß an philanthropischer Grundeinstellung erfordert, nämlich sich als Person mit Empathie dem kranken Mitmenschen zuzuwenden, ungeachtet seiner physischen und psychischen Mängel, Widerwärtigkeiten und Aggressionen, uns auf seine Krankheit zu konzentrieren und kraft unseres erworbenen pathophysiologischen und therapeutischen Wissens ihm nachhaltige Hilfe zuteil werden zu lassen – haben wir uns also geirrt? Als Lohn haben wir neben einer adäquaten Honorierung auch ein gewisses Maß an Dankbarkeit erwartet – wenn schon nicht vom Patienten selbst, so doch von der Gesellschaft.

Wir sind also davon ausgegangen, dass eine erfolgreiche Berufsausübung unsererseits ein entsprechendes Sozialprestige zur Folge hätte, was bis zu einem gewissen Grade für unsere Generation auch zutraf.

Weder Politik noch die überwiegende Mehrzahl der Bevölkerung (sofern sie nicht gerade Patienten sind) erwarten von der Ärzteschaft den Aufbau einer persönlichen Beziehung im Sinne einer „Paargemeinschaft“ sondern die Erfüllung einer Dienstleistungspflicht.

Selbstverständlich haben wir damals nicht gewusst, was **J.J. Rhode's** Beobachtung bereits 1962 ergeben hatte, der aus der Sicht des Soziologen festgestellt hatte, dass schon damals das Rollenbild des Arztes einem Wandel unterzogen war: Der Patient erwartet Versorgung, die Kasse Wirtschaftlichkeit, Wissenschaft aber auch Industrie die Anwendung neuester Ergebnisse und permanente Fortbildung.

Eduard Seidler öffnet uns die Augen, wie viele Brücken hinter uns abgebrochen sind, wenn er rät, über unsere Patienten zu reflektieren und an ihnen unsere Position als Ärzte zu überdenken. Es wird deutlich, dass der Patient als Bezugsperson kaum mehr existiert, dass es hingegen Staat und Gesellschaft sind, die uns einen Partner präsentieren, der uns nach unserer Leistung bemisst.

Wir haben uns also geirrt, wenn wir damals noch geglaubt hatten, dass der Geist des Hippokrates unsere Ausbildung und zukünftige Berufsausübung durchflutet. Die Hufland'sche Vision der „Paargemeinschaft“ als „Urszene“ der Arzt-Patientenbeziehung hat es wahrscheinlich schon Ende des 19. Jahrhunderts nicht mehr gegeben.

Die Rolle des Arztes in der modernen Gesellschaft

Weder Politik noch die überwiegende Mehrzahl der Bevölkerung (sofern sie nicht gerade Patienten sind) erwarten von der Ärzteschaft den Aufbau einer persönlichen Beziehung im Sinne der oben angeführten „Paargemeinschaft“ sondern die Erfüllung einer Dienstleistungspflicht. Die Ausübung eines vormals elitären Berufes hat sich zu einer unter vielen Sparten einer Dienstleistungsgesellschaft gewandelt. Dafür gibt es mehrere Gründe: Zuvorderst führt die zunehmende Kommerzialisierung der Medizin – obwohl zumindest hierzulande sicher nicht explizit gewünscht – zu einem Verlust an sozialer Solidarität. Der Patient ist zum Kostenfaktor mutiert, der Mensch tritt im Vergleich zu seiner Erkrankung in den Hintergrund, denn nur diese ist kostenmäßig quantifizierbar und im Wege der medizinischen Leistungen in Rechnung zu stellen. Beispielgebend für diese Vorgangsweise sind Optimierungsprogramme zur maximalen Nutzung der erbrachten medizinischen Leistungen, manchmal unter Vernachlässigung der ursprünglichen Diagnose, weshalb der Patient eigentlich aufgenommen wurde.

Von den zentralen Administrationen werden die Leistungen ausschließlich in Relation zu den aufgewendeten Kosten gebracht, niemand fragt nach der Qualität der angewendeten Prozeduren. Und wenn einmal der zaghafte Versuch eines qualitätsorientierten „Bench-Markings“ unternommen wird, so gelangt die Aufenthaltsdauer als zentraler Faktor in den Fokus des Interesses – als wenn es nicht die umgehende Wiederaufnahme von Patienten bei kompliziertem Verlauf gäbe!

Aber auch die Ärzteschaft selbst ist nur mäßig an der Qualität ihrer erbrachten Leistungen interessiert. Auf Kongressen und in Publikationen wird vornehmlicher Wert auf die Anzahl der behandelten bzw. operierten Patienten gelegt. Die Inzidenz von unerwünschten Nebenwirkungen bzw. Komplikationen besonders im Langzeitverlauf wird nicht sehr häufig angeführt. Und wenn doch, so wird der Überlebenszeit ein zentraler Stellenwert beigemessen. Das liegt nicht zuletzt daran, dass die Patienten nach erbrachter Behandlung wieder an den zuweisenden Arzt zurückverwiesen werden und somit dem Blickfeld des Hauptbehandlers entschwunden sind. Der Mensch mit seiner Krankheit hat sich somit zum „Fall“ gewandelt, und diese Diktion gibt es schon sehr lange!

Ein weiterer Grund für den Verlust einer personalisierten Arzt-Patienten-Beziehung liegt auch in der immer rigideren Umsetzung von Arbeitszeitgesetzen. Dies führt dazu, dass die Patienten von wechselnden Mitgliedern des jeweiligen Teams einer Abteilung betreut werden. Noch ist es hierzulande nicht soweit, dass Operationen aus Gründen der Dienstzeit während des Verlaufes übergeben werden. In anderen Ländern ist das nichts Außergewöhnliches.

Durch den daraus resultierenden, ständigen Wechsel der ärztlichen Betreuungspersonen ist der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zwischen Therapeuten und Patienten zumindest im öffentlichen Spital kaum mehr möglich.

Jeder erfahrene Arzt wird jedoch den Faktor „Vertrauen“ in der Arzt-Patienten-Beziehung und dessen Bedeutung für einen erfolgreichen Heilungsverlauf nicht unterschätzen!

Dies sieht jedoch bei Privatpatienten und insbesondere im Privatspital anders aus: Hier hat der Patient ein verbrieftes Recht auf die individuelle Betreuung durch den ausgesuchten Arzt. Überspitzt formuliert kann man sich also

Ein weiterer Grund für den Verlust einer personalisierten Arzt- Patienten-Beziehung liegt auch in der immer rigideren Umsetzung von Arbeitszeitgesetzen.

„Vertrauen kaufen“. Zweifellos ein Pluspunkt für die von den öffentlichen Stellen so verteufelte Zwei-Klassen-Medizin!

Ich kann und will auch gar nicht verschweigen, dass es auch im öffentlichen Spital eine bemerkenswerte Anzahl von Ärzten gibt, die sich um eine persönliche und verantwortungsbewusste Beziehung zu ihren Patienten bemühen - allein vom System her wären sie dazu nicht verpflichtet bzw. wird es ihnen sogar erschwert!

Ein weiterer Faktor, welcher in unserer derzeitigen Art der Medizinausübung und -ausbildung praktisch völlig ignoriert wird ist die Tatsache, dass eine persönliche Auseinandersetzung mit dem erkrankten Menschen auch die Chance auf eine Bewusstseinsweiterung des Arztes in sich birgt.

Gesund sein bedeutet eigentlich so zu leben, als sei man unsterblich – vom Heute ins Morgen. Diese Illusion wird in unserer Gesellschaft über den unsäglichen Jugendwahn und Fitnessparolen den Menschen quasi eingepflegt, und die Ärzteschaft ist per se davor auch nicht gefeit. Das alte Wort aus Delphi „Erkenne dich selbst“ gewinnt dann an Bedeutung, wenn ich mich mit dem Menschen hinter der Erkrankung befasse, denn Krankheit heißt nicht selten Begegnung mit dem Tod.

Diese für jeden Einzelnen aber besonders für den Arzt wichtige Erkenntnis kann nicht Platz greifen, solange der Patient als „Werkstück“ behandelt wird.

Ich habe mich schon oft gefragt, wie es Kollegen schaffen, mit Patienten über die Chancenlosigkeit sämtlicher Behandlungsoptionen zu sprechen, ohne sich mit ihrer eigenen Endlichkeit auseinandergesetzt zu haben.

Medizin und Kommerz

Das Gesundheitswesen ist schon allein als Folge der durch selbiges verursachten Kosten und seine gesellschaftspolitische Bedeutung für den Staat ein überaus wichtiger Faktor des Sozialwesens. Für die damit verbundenen Industrie- und Wirtschaftszweige ist es Zielobjekt für gewinnträchtigen Umsatz.

Der Fokus des Interesses liegt naturgemäß im Zusammenspiel von Pharmaindustrie und Medizintechnik mit dem Gesundheitssystem.

Zweifellos bietet uns die rasante Entwicklung technischer Geräte manchmal völlig neue und im günstigen Fall auch schonendere Optionen der Heilbehandlung. Ich möchte in diesem Zusammenhang auf die Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie hinweisen, welche es ermöglicht hatte, berührungsfrei Harn- oder Gallensteine im Körper zu zertrümmern und zum natürlichen Abgang zu bringen. Damit konnten zahllosen Patienten z.T. aufwendige Operationen mit manchmal schmerzbehafteter Rekonvaleszenz erspart werden.

Nach klinischer Etablierung dieser Methode gab es ein Wettrennen zwischen den Abteilungen, um ein derartiges, damals sehr teures, Gerät zu erstehen. Damit vergesellschaftet war natürlich eine Umleitung der Patientenströme, verbunden mit einem substantiellen Plus an Prestige und Einkommen, sowohl für die Krankenanstalt als auch und vor allem für den glücklichen Chefarzt.

Heute sind die dazu benötigten Geräte ungleich billiger geworden, allein die Anwendungsfrequenzen sanken dramatisch – was war die Ursache?

Parallel zum vormaligen Siegeszug dieser Methode wurden von den endoskopischen Optiken und Geräte erzeugenden Firmen vermehrte Anstrengungen zur Verbesserung dieser Instrumente unternommen. Gleichzeitig kam es zu einer Umkehr der Honorierung der Behandlungsleistungen sowohl im Bereich der Privatversicherungen als auch im öffentlichen Kassensystem. Dies führte zur Abkehr von der berührungsfreien Methode zugunsten der endoskopischen Intervention, also einem Eingriff in

Anästhesie. Hauptverantwortlich dafür war zweifellos die betreffende Ärzteschaft mit sicherlich wohlwollender Billigung der Krankenanstalten.

Für mich ist dies ein eindrucksvoller Beweis der Dominanz des Kommerzes, wenn eine der genialsten Erfindungen der Medizin aus kommerziellen Gründen in den Hintergrund treten muss.

Ein weiteres zutreffendes Beispiel sehe ich in der Anwendung von Operationsrobotern. Diese ebenfalls geniale Erfindung wurde ursprünglich von der US Armee entwickelt, um im Wege der Telemedizin Operationen nahe eines Kriegsgebietes durchzuführen, wobei der eigentliche Operateur möglicherweise tausende Kilometer entfernt in einer amerikanischen Spezialklinik an der Konsole sitzt.

Aus dieser an sich zum Wohle von Soldaten gedachten Methode hat sich ein „Hype“ vornehmlich im urologischen Fachgebiet entwickelt. In den USA hat es sich eingebürgert, dass eine Abteilung ohne ein solches Gerät von Patienten eigentlich gemieden wird und somit nicht mehr konkurrenzfähig ist. Folgerichtig steht praktisch in jedem Krankenhaus zumindest eines dieser Geräte.

In Europa ist man etwas zögerlicher, aber Deutschland und die Schweiz bemühen sich redlich, mit den USA gleichzuziehen. Nur Österreich hinkt dabei merklich nach. Wird dadurch der Patient bei uns schlechter behandelt? Keineswegs – die für den Patienten relevanten medizinischen Vorteile der Methode sind bislang, trotz jahrelanger Anwendung, im Vergleich zu den alternativen Verfahren nicht dokumentiert. Man weiß bislang nur eines sicher: Die Methode ist wesentlich teurer.

Aber was macht das schon aus, wenn im Boulevard und in den Werbefoldern Chic und Exklusivität vermittelt werden! Ein weiteres Beispiel, wie sehr die moderne Medizin den Mechanismen des Marktes unterworfen ist! Fairerweise muss allerdings angeführt werden, dass die neuesten und zum Teil noch in Entwicklung befindlichen Neuerungen an diesen Geräten möglicherweise tatsächlich einen Fortschritt hinsichtlich der operativen Perfektion darstellen könnten. Und damit die bislang ungerechtfertigte Behauptung, dass diese Methode den konventionellen Methoden überlegen wäre, in Zukunft tatsächlich rechtfertigen würden.

Mit der Frage, warum dieses Verfahren nur in der Urologie so breiten Anklang

findet und von den übrigen chirurgischen Fächern praktisch kaum verwendet wird, findet eigentlich niemand wert, sich auseinanderzusetzen.

Der Arzt in den „Fängen“ der Pharmaindustrie

Seitdem vor Jahren in mehreren Publikationen davor gewarnt wurde, welchen schlechten Einfluss diese Industrie auf die Moral der Ärzteschaft hätte, und wie leicht doch deren Schäfchen durch die z.T. luxuriösen Gaben aus dem Füllhorn dieser Industrie zu verführen wären, werden die wechselseitigen Beziehungen mit Argusaugen beobachtet. Daraus resultierend wurden rigorose Vorgaben etabliert mit geradezu kindischen Akzentuierungen. So dürfen heutzutage z.B. Kugelschreiber oder unbedeutende Hilfsmittel wie Heftpflaster und Notizblöcke nicht mehr vergeben werden.

Zweifellos hat es seinerzeit unangebrachte Auswüchse gegeben, welche schwarze Schafe unserer Gilde schamlos ausgenutzt hatten. Wir dürfen allerdings nicht vergessen, dass es sich um Partner handelt, welche untrennbar voneinander abhängig sind. Ohne die z.T. mit hohem finanziellem Aufwand verbundenen Kosten der Neuentwicklung von Medikamenten, wäre der Fortschritt in der Behandlung vieler Krankheitsbilder nicht möglich.

Daher wäre es auch wichtig, die administrativen Auflagen zum Zugang zu klinischen Studien zu vereinfachen, natürlich ohne die Sicherheit der Probanden zu gefährden. An meiner ehemaligen Abteilung kam es einmal vor, dass die Zeit zur Rekrutierung der Probanden bereits abgelaufen war, ehe die Erlaubnis zum Beginn der Studie erteilt wurde. Die Teilnahme an solchen Studien ist für das gesamte Niveau einer qualitativen Gesundheitsversorgung notwendig, da sie den frühzeitigen Zugang zu Neuentwicklungen impliziert, was wieder im Interesse der optimierten Patientenbetreuung gelegen ist.

Ein Faktor, welcher nicht ignoriert werden darf, sind natürlich die ständig steigenden, manchmal geradezu explodierenden Kosten für neue Therapien. Als rezentes Beispiel möchte ich die neuen Behandlungsoptionen der Hepatitis C anführen. Die Kosten belaufen sich pro Patient auf € 60.000.- bis 100.000.-! Dies führte dazu, dass in Deutschland von den Versicherungsanstalten 1 Milliarde Euro pro Jahr mehr aufgewendet werden musste – mit gra-

vierenden Folgen für das Versicherungssystem. Die Folge waren hektische Verhandlungen mit der Erzeugerfirma, um Preisreduktionen zu erzielen.

In Österreich reagierten die Kassen mit einer Restriktion der Indikationsstellung, sodass derzeit nur Patienten mit Leberfibrose Grad 3 behandelt werden dürfen. Es bleibt zu hoffen, dass durch weitere Preissenkungen die Indikation erweitert und somit die Heilungschancen optimiert werden können.

Zweifellos ist es nachvollziehbar, dass in einer freien Marktwirtschaft ein wirklich effektives Medikament auch gewinnbringend verkauft werden darf. Es ist jedoch zu hinterfragen, ob eine Firma, welche bereits im ersten Jahr der Zulassung sämtliche Kosten der Entwicklung inklusive des Ankaufes der ursprünglichen Entwicklungsfirma erwirtschaftet und zusätzlich mit einem Gewinn von 4 Milliarden Dollar abgeschlossen hatte, dazu berechtigt ist, das Medikament, welches Herstellungskosten von 2 bis 3 Euro pro Tablette verursacht, weiterhin um 500.- bis 700.- Euro für eben dieselbe zu verkaufen.

Angesichts der Tatsache, dass unter diesen Kosten nicht jeder Patient, der dieser Behandlung bedarf auch behandelt werden kann, ist es legitim, die Möglichkeit einer staatlichen Preiskontrolle zumindest in Betracht zu ziehen. Dass dies in unserem kleinen Land ohne Erfolg wäre, ist mir bewusst. Womit wir wieder bei den Vorteilen eines geeinten Europas wären – aber das ist eine andere Geschichte!

In diesem Zusammenhang muss auch auf das neue Schlagwort der **„personalisierten (individualisierten) Medizin“** eingegangen werden. Das Konzept, dass an Hand von genetischer und molekularbiologischer Diagnostik eine auf den jeweiligen Patienten abgestimmte Medikation erstellt werden kann, ist faszinierend. Die Einteilung der Patienten an Hand ihrer individuellen genetischen (und anderer) Charakteristika ermöglicht eine optimierte therapeutische Effizienz bei gleichzeitig verminderter Nebenwirkungswahrscheinlichkeit.

In Kenntnis des Genoms gewinnt auch die Möglichkeit der Krankheitsvermeidung bzw. -vorbeugung an Bedeutung. Diese für den Patienten zweifellos vorteilhafte Strategie ist allerdings mit höheren Kosten verbunden. Sinn dieser individualisierten Medizin – **G. Virt** bevorzugt den Ausdruck **„stratifizierte Medizin“** – sollte es sein, von den bisher

üblichen und auch gelehrten Behandlungsstrategien, welche auf dem Prinzip des „one size fits all“ Konzept beruhen, abzurücken. Gerade wir Urologen sind uns doch schon lange bewusst, dass unsere kleinen Patienten im Rahmen der Kinderurologie anders als die Erwachsenen zu behandeln sind!

Allerdings stellt sich für mich die Frage, welche Rolle die „Person“ des Patienten in dem Konzept der „personalisierten Medizin“ spielt. Sind für den Therapeuten dabei nur die Auswertungen der speziellen Labor-Untersuchungen ausschlaggebend? Welche Bedeutung wird dabei dem sozialen und familiären Umfeld des Erkrankten, seinen physischen und psychischen Konditionen oder seiner emotionalen Konstitution beigegeben?

Dementsprechend empfiehlt G. Virt die „**personenzentrierte Medizin**“, welche den Patienten als Person in allen Dimensionen des Leidens in den Mittelpunkt stellt.

Therapieallokation

Angesichts der ständig steigenden Kosten sowohl in Diagnostik als auch in neuen Behandlungsvarianten sind Überlegungen zur Dämpfung dieser Kostenexpansion von Seiten des Staates nachvollziehbar. Die von den Kassen ausgegebene Parole der „Deckelung“ der Kosten in der Abrechnung für den einzelnen Vertragsarzt ist nicht nur kontraproduktiv sondern schlichtweg unintelligent.

Sowohl im stationären als auch im niedergelassenen Bereich gilt es, Strategien zu erarbeiten, um zielgerichtet die **Allokation der jeweiligen Therapien in Relation zu tatsächlicher Notwendigkeit für den Patienten und den Kosten** zu gewährleisten.

Dem Arzt fällt dabei die entscheidende Aufgabe zu, die Behandlung des einzelnen Patienten unter Berücksichtigung einer „**Überlebenszeit/Lebensqualitäts-Balance**“ auszurichten. Dies gilt für alle und nicht nur für maligne, besonders aber für chronische Erkrankungen. Eine besondere Herausforderung lastet dabei auf den klinischen Onkologen, da die auf diesem Gebiet angewendeten Therapeutika schon jetzt kostenmäßig an der Spitze stehen und durch weitere, bereits in Entwicklung befindliche Neuerungen mit einer dramatischen Eskalation der Kosten zu rechnen ist.

Wenn die Ärzteschaft sich nicht umge-

hend mit dieser Problematik auseinandersetzt, wird sie eben mit solch einfältigen Maßnahmen wie der „Deckelung“ bestraft und marginalisiert.

Dem „**Verhältnis zwischen Pharmaindustrie und Arzt**“ wird bei kritischer Reflexion ein Spannungsfeld von Abhängigkeit und Versuchung nie ganz abzusprechen sein.

Einerseits ist es vom kaufmännischen Blickwinkel der Industrie legitim, ihre Produkte als wertvoll und notwendig anzupreisen und dafür auch Werbung zu machen.

Der Arzt auf der anderen Seite ist verpflichtet, seinen Wissensstand durch laufende Fortbildung ständig zu erweitern und vorzugsweise am letzten Stand zu erhalten.

Das Swiss Medical Board hat die Empfehlung herausgegeben, keine neuen Screening-Programme zu starten.

In der Realität wird diese Fortbildungsverpflichtung von den meisten, beruflich saturierten Ärzten hauptsächlich im Rahmen von Kongressen bzw. Veranstaltungen wahrgenommen, welche von pharmazeutischen Firmen finanziert werden. Dies wäre prinzipiell nicht zu verurteilen – wenn die Wissensvermittlung auch konsumiert und der Kongressbesuch nicht nur als Erfüllung einer erwünschten Reisedestination aufgefasst wird bzw. der Arzt in der Lage und auch willens ist, den Werbeeffect von einem tatsächlichen Informationsgewinn zu differenzieren und sich in weiterer Folge auch daran zu halten. Da es sich aber um Menschen handelt, wird die Beeinflussung durch merkantile Faktoren zwangsläufig unterschiedlich sein.

Fairerweise muss auch erwähnt werden, dass die Pharmaindustrie maßgebliche Anstrengungen unternimmt, um dem Vorwurf der potentiellen Korruption entgegenzuwirken. So werden ab 2016 alle Zuwendungen an Ärzte und Angehörige

medizinischer Fachkreise im Internet veröffentlicht.

Die Vorsorgemedizin – Segen oder Schimäre?

Den freiwilligen Vorsorgeuntersuchungen werden sowohl von Seiten der Gesundheitspolitik als auch vom Großteil der Ärzteschaft als erstem und nahezu wichtigstem Schritt besonders in der Behandlung von malignen Erkrankungen vorrangige Bedeutung beigegeben.

Seriöse und einflussreiche Medien wie z.B. die „WELT“ berichten sowohl bei Brust- als auch Prostatakrebs von einer Senkung des Sterberisikos um rund 20 Prozent als Folge breit angelegter Vorsorgeprogramme.

Nicht frei von Neid blicken wir Urologen auf die professionell ausgerichteten Werbekampagnen zur **Brustkrebsvorsorge** und gedenken mit Bezug auf die Prostata damit nachzuziehen, was von der überwiegenden Mehrzahl der Kollegen gutgeheißen wird. Trotzdem gestattet ich mir eine kritische Reflexion.

N. Biller-Andorno und P. Jüni haben in einem Review-Artikel im New Eng.J.Med. 2014 einen Sturm der Entrüstung ausgelöst, als sie den Wert des Mamma-Screenings in Zweifel zogen. Auf Basis der Daten des National Cancer Instituts und der US Todesfallstatistik ermittelten sie, dass von 1.000 zu Beginn 50-jährigen Frauen über einen Zeitraum von 10 Jahren unter regelmäßigem Mammographie-Screening 4 Frauen an Brustkrebs gestorben waren im Vergleich zu 5 Patienten in der gleich großen Gruppe, welche sich keinen Screening-Maßnahmen unterzogen hatte. Es konnte also durch die aufwendigen Untersuchungen nur 1 (eine!) Frau gerettet werden. Dafür gab es jedoch 490-670 falsch positive Befunde, 70-100 unnötig Biopsien und 3-14 klinisch nicht signifikante Tumore, welche behandelt wurden.

Auf Grund dieser Überlegungen hat das Swiss Medical Board die Empfehlung herausgegeben, keine neuen Screening-Programme zu starten.

Zu ähnlichen Ergebnissen kommt die Canadian National Breast Screening Study indem sie besonders hervorhebt, dass 22% der entdeckten Tumore unnötigerweise behandelt werden.

A. Bleyer und H.G. Welch haben bereits 2012 im NEJM ihre Zweifel über den Wert dieser Vorsorgeprogramme dokumentiert.

Was den Wert der **Prostatakrebs-Vorsorge** betrifft, so sehe ich mich gezwungen, auch meine, über Jahre bestehende Euphorie zu dämpfen. Der Vollständigkeit halber möchte ich an dieser Stelle erwähnen, dass die Zahl der an dieser Krankheit Verstorbenen in Österreich seit dem Jahr 2000 rückläufig ist. Ob dies eine Folge der in den 1990er Jahren eingeführten PSA-Untersuchungen und dem daraus resultierenden, eklatanten Anstieg der radikalen Prostatektomien ist, kann ich redlicherweise nicht beurteilen.

Eine Analyse der US Preventive Services Task Force im Vergleich der bekannten PLCO und ERSPC Studien ergab, dass von 1.000 Männern im Zeitraum vom 55. bis zum 69. Lebensjahr nur 0-1 Mann durch regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen vor dem Tod durch ein Prostatakarzinom bewahrt werden konnte. Es wurden jedoch 100-120 falsch positive Befunde erhoben und 110 positive Diagnosen wurden entsprechend behandelt, allerdings mit 50 gravierenden Komplikationen.

Diese Überlegungen sollen nicht dazu führen, Vorsorgemaßnahmen in Bausch und Bogen zu verdammen, und das Kind mit dem Bade auszuschütten. Wir wissen, welcher benefiziellen Effekt eine regelmäßige Vorsorge bzgl. des Kolon- und Rektumkarzinoms oder eine ebensolche Untersuchung auf Melanome bei besonders gefährdeten Personen hat.

Auch in unserem Fachgebiet der Urologie hat die in regelmäßigen Abständen durchgeführte Oberbauchsonographie dazu geführt, dass ungleich mehr solide Raumforderungen der Niere in einem Stadium entdeckt werden können, welches nicht nur eine organerhaltende Therapie ermöglicht sondern die Heilungschancen dramatisch verbessert. Man könnte noch mehr derartige Beispiele anführen.

Vielmehr sollten die in diesem Artikel dargelegten Gedanken dazu anleiten, sich eingehend mit der Strategie solcher Programme auseinanderzusetzen. Solange nicht klar dokumentiert ist, dass sie eindeutig mehr Vorteile erbringen als mit unerwünschten Nebenwirkungen vergesellschaftet sind, kann guten Gewissens eine friktionsfreie Empfehlung dazu nicht abgegeben werden. Abgesehen davon, dass sie in der breiten Masse mit substantiellen Kosten, allerdings auch mit einer (erwünschten?) Umsatzsteigerung verbunden sind.

Es ist meines Erachtens unerlässlich, je-

den Menschen, der sich freiwillig einer Vorsorgeuntersuchung unterziehen will, auf den Wert und die möglichen Nachteile der Untersuchung hinzuweisen. Man möchte auch nicht glauben, wie vielen Menschen man vermitteln muss, dass eine derartige Untersuchung das Auftreten einer Erkrankung nicht verhindert, sondern lediglich die Chance bietet, eine solche in einem früheren Stadium zu erfassen und damit gegebenenfalls die Heilungschancen zu verbessern. Insbesondere sollte der Patient davor gewarnt werden, dass er durch einen falsch positiven Befund verunsichert werden könnte.

Auch die Nordic Chochran Studie hinterfragt den Sinn von allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen, da dadurch eine Vielzahl von Diagnosen ermittelt werden, welche die Menschen zwar nicht wirklich gefährden aber zumindest verunsichern.

Wir sollten auch nicht unterschätzen, welchen negativen Einfluss eine nicht unmittelbar relevante Labordiagnose auf das subjektive Gefühl des „Gesundseins“ eines Menschen hat. Ich denke dabei an die Cholesterinwerte aber auch an nicht relevante PSA-Erhöhungen. Die Empfindung der Gesundheit ist nicht zuletzt auch eine zutiefst emotionale.

Die Fortpflanzungsmedizin

Kein Elaborat, welches die Facetten der Ethik unseres Berufsstandes zum Inhalt hat, kommt an den tiefgreifenden Fragestellungen vorbei, welche diesem Forschungs- und Behandlungszweig unserer Profession innewohnen. Sie beinhalten sowohl religiöse, kulturelle und legistische Probleme unserer Gesellschaft, abgesehen davon, dass sie in Zukunft auch Auswirkungen auf unsere anthropologische Existenz zur Folge haben könnten.

Es ist mir nicht möglich, mich im Rahmen dieses Feuilletons im Detail auf diesen gigantischen Problemkomplex einzulassen, es würde den Rahmen dieses Artikels sprengen. Es scheint mir allerdings offenkundig, dass nirgendwo anders in der Medizin – außer vielleicht auch auf dem Gebiet der ästhetischen Chirurgie – der Minotaurus in Gestalt der finanziellen Gier seinen Rachen so weit aufgerissen hat. Ich will an dieser Stelle nur einige wenige Beispiele anführen.

Die Büchse der Pandora wurde wohl mit der Institutionalisierung der in vitro

Fertilisierung geöffnet. Man sollte hier zwischen dem legitimen Wunsch kinderloser Ehepaare nach eigenem Nachwuchs und den irrwitzigen Auswüchsen von Schwangerschaften bei Frauen weit jenseits des Klimakteriums unterscheiden.

Es reicht meines Erachtens nicht, wenn in Deutschland und in unserem Lande die Eizellspende verboten ist. Man braucht offenbar nur mit 5.000.- Euro in der Tasche die Grenze überschreiten, wo willfähige Mediziner zu jeder Schandtat bereit sind. Die Kosten für erwartbare Komplikationen trägt ohnehin unser Sozialstaat.

Das Kind hat sich zur Ware gewandelt, die man gegen entsprechendes Entgelt bestellt. Die Interruptio als Option, um sich dessen zu entledigen gibt es auf legalem Wege schon lange.

Der Rubikon wurde zweifellos mit Eizellspende und Leihmutterchaft überschritten. Wenn manchmal moniert wird, dass die Samenspende erlaubt, der Eizelltransfer jedoch verboten ist, so liegt es auf der Hand, dass Letzterer ungleich aufwendiger und mit Risiko behaftet, während die Samenspende nicht nur wesentlich einfacher sondern schon seit Menschengedenken – zwar nicht immer erwünscht und goutiert – aber, eben auf natürlichem Wege, doch etabliert ist.

Die Leihmutterchaft, gewissermaßen ein „Uterus-Leasing“, ist nicht nur aus ethischen sondern zweifellos auch aus psychologischen Gründen abzulehnen. Und dazu bedarf es nicht erst der höchsten Rechtsprechung, dass der „Anspruch auf Kenntnis der genetischen Herkunft“ im Verfassungsrang festgeschrieben ist.

Der imaginäre Fluss verbreitert sich jedoch nochmals wesentlich, wenn wir an die Manipulation des Genoms und den damit verbundenen Eingriff in die Keimbahn denken.

So sehr eigentlich die Eradikation von genetisch bedingten Erkrankungen eine faszinierende, therapeutische Perspektive darstellt, ist doch das Konzept des „Designer-Baby's“ abzulehnen. In Kenntnis der Befindlichkeiten der modernen Gesellschaft und realistischer Beurteilung der ökonomischen Intentionen der Ärzteschaft wird diese Entwicklung jedoch nicht zu verhindern sein.

Die „ZEIT“ formuliert es klar: „Die moderne Medizin eröffnet Chancen, aber auch Abgründe. Und es wird immer Einzelne geben, die den Unterschied nicht erkennen.“

Resümee und Ausblick

Die moderne Medizin hat sich aus einer vormals elitären „Berufung“ zu einer von vielen Sparten der Dienstleistungsgesellschaft gewandelt und sich damit weitgehenden, ökonomischen Vorgaben unterworfen. Wenn der Philosoph **Michael Sandel** fordert, dass Aspekte des Bildungs- und Gesundheitswesens merkantilen Anforderungen nicht unterworfen werden sollten, so klingt das plausibel und geht doch weit an der gelebten Wirklichkeit vorbei. Außerdem hat sich das Leitbild des Patienten als leidender Mensch, der ergebnis um Hilfe ersucht, gewandelt und stellt sich zunehmend als jenes eines Kunden dar, der sich souverän medizinische Leistungen kaufen kann bzw. soll.

Ich sehe die auf das Gesundheitswesen zukommenden Veränderungen jedoch noch viel tiefgreifender. Nicht nur der „mündige“ Patient sondern die Bürgergesellschaft fordern immer weiter rei-

chende Einflussnahme. „On-line doctors“ und Gesundheits-Apps werden den Besuch beim Hausarzt zu einem seltenen Ereignis machen, wenn nicht überhaupt ersetzen. Diagnostik und Behandlung werden sich zunehmend des Vehikels der Telemedizin bedienen. Die tradierte Arzt-Patienten-Beziehung und die damit verbundene Verantwortlichkeit verflüchtigt sich nach einem Anruf in einem „Call Center“ und der ebendort erhaltenen Antwort von einer „Fachkraft“ (möglicherweise gar keinem Arzt mehr!) im elektronischen Raum.

Wer eine individuelle Betreuung durch einen Spezialisten wünscht, wird dafür bezahlen müssen. Womit das Prinzip der Zwei-Klassen-Medizin nur eine weitere Verfestigung erfährt.

Der Vorteil dieser Entwicklung liegt nicht auf Seiten der Patienten, wie sie im tatsächlichen Krankheitsfall erfahren werden, sondern im Interesse der Pflichtversicherungen, welche die auf den Patienten bezogenen Aufwendun-

gen minimieren und sich somit mehr sich selbst und ob ihrer Vielzahl fragwürdigen Erhaltung widmen können.

Jene wenigen Kollegen, die noch immer der Vision der philanthropischen Prämisse im ärztlichen Beruf nachhängen und dem Minotaurus der Gier im Labyrinth der Medizin zu entkommen suchen, übersehen, dass die Mehrzahl ihrer Kollegen schon längst dem Ungeheuer zum Opfer gefallen sind und sich als Hybride zu Leitfiguren mutiert, den Weg vorzugeben anmaßen. Und dieser Weg führt sicherlich nicht aus dem Labyrinth hinaus in eine hehre, ethisch motivierte Zukunft.

P.S. Ich bin keineswegs so vermessen anzunehmen, dass dieser Artikel zu einem Umdenken in der Ärzteschaft führt. Wenn allerdings der eine oder andere junge Kollege sich über diese Zeilen Gedanken macht, so wäre das Ziel dieses Elaborats schon erreicht.

O. Zechner

Fachinformation zu den Seiten 11 und 69, 70

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

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

Fachinformation zu Seite 19

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

Die Sydenham'schen Ärzte

III. Charles Barbeyrac (1626-1699)

P.P. Figdor

Wie **Pagel** im „Biographischen Lexikon hervorragender Ärzte“ schreibt, war **Charles Barbeyrac** „einer der berühmtesten französischen Praktiker des 17. Jahrhunderts“.

Ende 1647 ist Barbeyrac in die Universität in Montpellier eingetreten, um Medizin weiter zu studieren; begonnen hatte er in Aix-en-Provence. In Montpellier bemühte er sich recht rasch, die „Einstufungsprüfung“ hinter sich zu bringen, um die erste schwerere Prüfung (der Prüfung zur Erlangung des Baccalaureat's) abzulegen; für die Vorbereitung hierfür benötigte er dreieinhalb Monate. Über die Benotung werden wir nicht sprechen müssen, denn sie war anscheinend stets sehr gut. Wie gut, kann man daraus entnehmen, dass es unmittelbar nach Beendigung der ersten wichtigen Prüfung (für die Erlangung des Titels eines „Baccalaureus“) am 4. April 1648, für Barbeyrac bereits eine neue Aufgabe gab: Vom 5. April bis zum 5. Juli hatte er in Vorlesungen die vierte Sektion der Aphorismen von **Hippokrates** vorzustellen und diese zu erklären. Dies gelingt überraschend gut, sodass er nun zur wahrscheinlich schwierigsten Prüfung schreitet, der Erlangung der Licentia, der Lizenz, Menschen behandeln zu dürfen (als Datum gilt der 22. Februar 1649). Die Beantwortung der vielen Fragen, die an ihn gestellt wurden, gelang ihm so gut, dass die Kenntnis in Medizin dieses jungen Arztes ausgezeichnet gewesen sein musste. Nicht nur Barbeyrac, sondern auch seine Lehrer und Prüfer waren überzeugt, dass nach dieser sehr ausgedehnten und sehr stren-

gen Prüfung für die Lizenz die Prüfung für die Promotion kaum ein Problem sein dürfte. Und so setzte unser junger angehender Licentiat seine Promotion für nur zwei Monate später (am 30. April 1649) an.

Zu diesen Themen werden wir ausführlicher etwas später zurückkommen. Wir haben nur deshalb etwas aus seiner Studienzeit bereits hier vorweggenommen, um zu zeigen, dass Barbeyrac nicht nur durch die 50 Jahren seiner berühmten Praxis so großartig wurde, sondern bereits in seiner Jugend ein ungewöhnlich begabter Hippokratiker war.

Am Ende dieser Biographie behaupten wir, dass das **Schicksal** dem jungen (fleißigen) Barbeyrac sehr gut gesinnt war, dass es für seine Prüfungen an der medizinischen Fakultät in Montpellier die Jahre 1648 und 1649 auswählte. Barbeyrac war Protestant und Frankreich vorwiegend katholisch! Doch zur gleichen Zeit bemühte man sich „im Weltgeschehen“, zu einem Ende des dreißigjährigen und des achtzigjährigen Krieges zu kommen. In Europa spielte damals der Streit zwischen den Katholiken und den Protestanten eine große Rolle. Durch den „Westfälischen Frieden“ in Münster bzw. Osnabrück (zwischen 15. Mai und 24. Oktober 1648) sollten diese schrecklichen Kriege beendet werden. Und so ist anzunehmen, dass es für jede der beiden Parteien nicht opportun gewesen wäre, wenn man einem Studenten die Prüfungen untersagt oder schlechter beurteilt hätte, nur weil die Confession des Studenten nicht mit der



Univ. Doz. Dr. Peter P. Figdor

katholischen Partei übereinstimmte (dabei mussten damals in Montpellier die Prüfungen für die Licentia und für die Promotion sowieso **zweimal** ausgeführt werden: einmal für die Universität und einmal für die Geistlichkeit). Wie eng diese vom Schicksal „ausgewählt günstige Zeitspanne“ war, zeigt sich in diesem Dezennium. Barbeyrac war 1648 nicht nur ein sehr gescheiter (allgemein bewundertes) junger Arzt, er entwickelte sich im weiteren Leben (50 Jahre angesehenen Arztes) zu einer europäischen medizinischen Größe. Aber es gelang ihm nicht, seinen besonderen Wunsch zu erfüllen. **Pagel** schreibt: „*Barbeyrac bewarb sich 1658 für einen der beiden durch den Tod von **Jacques Durand** und **Lazare Rivière** (Montpellier, 1589-1655) erledigten <frei gewordenen> Lehrstühle, jedoch ohne Erfolg, da er reformierter Confession war.*“ Das heißt, bereits zehn Jahre nach dem „**Westfälischen Frieden**“, war man wieder so weit, dass, wenn die Confession nicht passte, die „**Nicht-Katholischen**“ bzw. die „**Nicht-Protestantischen**“ bei der Besetzung von Anstellungen bereits wieder **zurückgestellt** wurden. Wenn wir uns nach dem Todesjahr von Rivière (demnach 1655) halten, wären es sogar nur mehr sieben Jahre nach dem „Westfälischen Frieden“ gewesen. Man könnte daher her sagen, Charles Barbeyrac hatte mit seiner „raschen Promotion“ und dem ganz beachtlichen Feiern des „Erreichens seines Doktorats“ somit viel Glück.

Schlagen wir nach bei **Joel Coste**, dann heißt es in dessen „Bio-Bibliographie“ (ungefähr): „*Barbeyrac, Charles (1629-*

1699), *Doktor der Medizin in Montpellier in 1649, hat mit großem Erfolg (die Medizin) in Montpellier ausgeübt. Es ist ihm jedoch nicht gelungen, (wie weiter oben erwähnt wurde) einen der zwei freien Lehrstühle zu besetzen, und zwar auf Grund, dass er nie seinem Protestantismus würde abschwören.* Nach Coste „soll Barbeyrac wenig geschrieben haben und alle seine Arbeiten sind posthum erschienen.“

Es stimmt nicht, dass alle seine Arbeiten erst nach seinem Tod erschienen sind. Und zweitens: Was bedeutet schon das Wort „posthum“? Für den Begriff „Autor eines Buches“ müssen die Idee und der Text vom Autor selbst geschaffen sein! Im „*Dictionnaire historique des Médecins, Larousse*“ erwähnt **Michel Dupont** nur eine Arbeit von Barbeyrac mit dem Titel: „*Questiones medicae douodecim propositae*“ aus dem Jahr **1658**. Pagel veröffentlicht im „*Biographischen Lexikon hervorragender Ärzte*“ Barbeyrac's „*Neue Abhandlung der Medizin beinhaltend die Erkrankungen der Brust, Erkrankungen der Frauen, und einiger anderer besondere Erkrankungen*“ (**1684**).

Nach Barbeyrac's Tod: „*Neue Erörterungen betreffend die Krankheiten der Brust, des Herzens, des Magens, der Frauen, Geschlechtskrankheiten etc.*“ (Amsterdam 1731). In Lyon erschien 1751 und 1756 Barbeyrac's „*Medicamentorum constitutio seu Formulae*“. Es steht aber im gleichen Bericht von Pagel: „*Barbeyrac wird besonders wegen seiner naturgemässen Therapie und einfachen Arzneivorschriften gerühmt*“. D.h., dass die in Lyon gedruckten Bücher von Barbeyrac im Text eindeutig auf ein allgemein bekanntes, medizinisch-wissenschaftliches Behandlungsverfahren Barbeyrac's zurückgreifen.

Bei Pagel lesen wir: „*Da er keinen der freien Lehrstühle bekam, übernahm er die Stellung als Leibarzt des **Kardinals de Bouillon** (und der Herzogin d'Orléans) und wurde einer der gesuchtesten und beliebtesten Aerzte in Montpellier. Zugleich hielt er unter großem Andrang von Schülern – u.a. gehörte auch **Sydenham, Pierre Chirac** (1650-1732) und auch **Locke** zu ihnen – Privatvorlesungen der Medizin und führte zahlreiche junge Aertze in die Praxis ein. Dass Barbeyrac besonders wegen seiner naturgemäßen Therapie und einfachen Arzneivorschriften gerühmt“ wurde – bereits erwähnt – ist nicht überraschend; dies muss eigentlich von einem so aktiven Verehrer des Hippokrates erwartet werden.*

Sie mögen vielleicht gedacht haben – und dies habe auch ich getan – dass es sich bei Charles Barbeyrac aufgrund seiner langen Weiterbildung um einen sehr erfolgreichen und gesuchten „praktischen Arzt“ gehandelt hat. Was wir noch wissen – und jetzt viel besser – ist, dass er in der Zeit, als er noch an der Universität in Montpellier war, als außergewöhnlich guter Student aufgefallen ist und er – offensichtlich – gerne Professor werden wollte. Als nun wirklich zwei Kliniken nicht besetzt waren, bemühte er sich, eines dieser Institute leiten zu dürfen. Obwohl sich dies alles in der Zeit des „Westfälischen Friedens in Münster und Osnabrück“ abspielte meinte er, dass er jetzt – als Protestant im katholischen Frankreich – eine Chance auf eine Professur hätte. Allein, er täuschte sich. Aus „katholischen Überlegungen“ konnte er nicht der Chef einer der freigewordenen Kliniken werden. Nun war er aber auch ein „hervorragender Hippokratiker“, und dies in einer Zeit, in welcher der „Kurs“ hoch war. Tatsache ist, dass aus vielen Städten Frankreichs und auch aus dem Ausland Ärzte zur (offensichtlichen) „Ein-Mann-Klinik“ von Barbeyrac kamen; darunter scheinen auch Namen von berühmte Ärzten oder Wissenschaftler auf.

Ein öfters genannter Namen ist z.B. der Arzt **Thomas Sydenham** (London, 1624-1689). Darüber schreibt das „*Fachlexikon abc: forscher und erfinder*“: Nachdem Sydenham 1651 nochmals im antiroyalistischen Heer gedient hatte, ließ er sich in Westminster nieder. Er war eng mit dem „Invisible College“ verbunden, aus dem dann 1662 die Royal Society entstand, er wurde jedoch niemals Mitglied dieser Gesellschaft, obgleich die Royalisten **Robert Boyle** (1626-1691) und **John Locke** (1632-1704), beide Mitglieder, zu seinen Freunden gehörten. Zur Erweiterung seiner medizinischen Kenntnisse begab sich Sydenham 1659 nach Montpellier in die „Schule des Hippokratismus“, um dort den damals berühmten Charles Barbeyrac zu hören. 1661 ist dann Sydenham nach London zurückgekehrt. Auch John Locke und Pierre Chirac waren Schüler von Barbeyrac (Joel Coste). Der Philosoph Locke wird ein Freund von Barbeyrac und es kam anschließend zu einer lange dauernden Korrespondenz. Chirac wird – als Schüler von Barbeyrac – 1687 Professor für Medizin in Montpellier.

Dass Barbeyrac ein hervorragender und sehr gescheiter Arzt war, daran ist nicht zu rütteln. Und soweit ich mich nicht irre, wurde ihm ein Ehrenname wie etwa

„Clinicus summus“ verliehen. Bis jetzt war es uns nicht gelungen, mehr biographisches Material von Barbeyrac zu sammeln. Da bekamen wir – überraschend – aus Paris die Arbeit von **Dr. Francois Granel**: „*Vieux parchemins Montpellierains*“ („Alte Pergamente aus Montpellier“ – „*Les diplômes médicaux de Charles Barbeyrac D.M.M., 1648 et 1649*“) aus 1958. Was uns jetzt aus Paris geschickt wurde, betrifft nur den Barbeyrac in jungen Jahren. Es soll uns zeigen, wie klug und vielwissend der Student und angehende Mediziner mit Name Charles Barbeyrac war.

Die Einleitung der wissenschaftlichen Arbeit von Granel sieht ungefähr so aus: „Es handelt sich um sechs Pergamente aus der Mitte des 17. Jahrhunderts (hauptsächlich 1648-1649), die uns erzählen, auf welchem Weg Barbeyrac seinen MD errungen hat. Er immatriulierte am 18. Dezember 1647 an der medizinischen Fakultät der Universität in Montpellier nachdem er – nach dem Erreichen des „*maître ès arts*“ am Ende der klassischen Studien am Collège de Die – dann an der Universität in Aix-en-Provence mit dem Medizinstudium begonnen hatte (Dies erinnerte uns ein wenig an einen anderen berühmten Mediziner aus der Provence, nämlich **Joseph Lieutaud** (1703-1780), der 70 Jahre später in der Provence geboren wurde und für den wir – hier in Wien – uns so bemüht haben, seine großen Leistungen und sein Ansehen wieder richtig zu stellen.).

Nach einer „Einstellungsprüfung“ seines allgemein kulturellen Wissens und seiner Kenntnis in der Medizin durfte er bereits nach dreieinhalb Monaten zur Baccalaureatsprüfung antreten. Die Prüfung vom 4. April 1648 gelang Barbeyrac „außergewöhnlich brillant“. In der Folge hatte „unser Baccalaureus“ die Aufgabe: 3 Monate lang, vom 5. April bis 5 Juli 1648 die vierte Sektion (den 4. Abschnitt) der Aphorismen des Hippokrates vorzutragen. Diese Vorlesungen erfolgten sehr früh in seinem Studium; nämlich bereits im zweiten Viertels des ersten Jahres seines Aufenthalts in Montpellier. (Wir wissen leider nicht, „wie viel Medizin“ Barbeyrac schon an der Universität in Aix-en-Provence gelernt hat). Was man aber sicher kennt ist sein Alter, 19 Jahre, und wir wissen, dass diese Vorträge gut angekommen sind.

Ausnahmsweise wollen wir die Beschreibung eines der „Pergamente“ und einem der „Großen“ der Universität in Montpellier hier beschreiben. Es ist das Zeugnis der Universität für die Vor-

lesungen Barbeyrac, es soll sehr schön sein und war unterschrieben von **Martin Richer de Belleval**, dem damaligen Kanzler und Professor der Universität (Wir haben einige Richer de Bellevals in unseren Büchern gefunden, aber bisher nicht Martin, den Zeitgenossen von Barbeyrac). Der Kanzler Martin Richer de Belleval war Professor der Anatomie und Botanik. Das „Pergament“ trägt sein persönliches Siegel: Ein Femur, der sich mit einer Lilie kreuzt. Es ist das auch das Wappen seiner Familie, das König Heinrich IV. seinem Onkel Pierre Richer de Belleval verliehen hatte. Der war der Gründer des botanischen Gartens in Montpellier und auch er war Professor für Anatomie.

Das Dokument beginnt so: *„An alle und jeden, der diese präsentierten Buchstaben liest und versteht. Wir, Richer de Belleval, Berater und königlicher Arzt, Professor der Anatomie und der Botanik der ehrwürdigen Universität Montpellier, Kanzler und Richter, grüße den le Seigneur <gemeint ist eher Gott als der König?>, was für alle der wahre Gruß ist. Wir können bestätigen, dass der sehr redliche Charles Barbeyrac aus Saint-Martin in der Provence, Baccalaureus der Medizin hat vorgestellt und gelesen die vierte Sektion der Aphorismen von Hippokrates in seinen Vorlesungen vom 5. April des Jahres 1648 bis zum 5. Juli des gleichen Jahres. Einschließlich, wie es üblich ist <gekleidet> in einer Toga und eckiger Kappe, nach dem Läuten der Glocke stehend vor einer großen prüfenden Schar von Hörern, und wenn die Vorlesung als gut befunden wurde von den „Verehrungswürdigen“ <und jetzt folgt eine Fülle von gewaltigen Namen, sowie auch Studenten und andere> die bestätigen, dass der Eid ist gefestigt, festgehalten auf unserem Schriftstück. En foi de quoi ((?)) – „Sicher ist sicher?“ Wir haben unseren Siegel <auf dem Schriftstück> angebracht: Geschehen in Montpellier in unserem Haus im Jahr des Herrn 1648 am 5. Juli.“* Unterschrieben: Belleval, Kanzler und Richter.

Francois Granel spricht von einem weiteren Schriftstück mit einer Beurteilung der Vorlesungen von Barbeyrac, welche die Zuhörer selbst abgegeben haben: Sehr zufrieden mit Barbeyrac's Unterricht. Dieses sehr anerkennende Dokument ist auch ein Pergament mit einer lobenden Deklaration unterschrieben von 14 Doktoren, zwei Licentiaten, außerdem noch zweier Berater der Studenten, 4 Baccalaurei und 18 Studenten. Die Unterschriften waren ergänzt durch den Hin-

weis auf den Geburtsort jedes der Unterzeichner.

Das Schreiben begann mit: „Wir Doktoren, Licentiaten, 4 Baccalaurei und 18 Studenten der verehrenden Universität in Montpellier bescheinigen, dass die hervorragende Person, Meister Charles Barbeyrac aus Saint-Martin, Baccalaureus der Medizin hat genau und zuverlässig gelesen sowie interpretiert vor den Hörern der Schule der Medizin. „En foi de quoi“, wir haben signiert die vorliegenden Buchstaben aus unserer eigenen Hand! Überreicht der „königlichen Versammlung der Mediziner“ in Montpellier.

Um seine glänzenden Studien weiterzuführen, strebte Barbeyrac die Stufe eines „Licentiaten der Medizin“ einige Monate später an. Es sollte der 22. Februar 1649 sein. Wie Granel berichtet, wurde er vorher, kurz nach der Beendigung seiner Vorlesungen, den Examen, selbst den der „per intentionem“ Fragen <Prüfungsfragen, die gespannte Aufmerksamkeit und Anstrengung fordern bzw. auch mit Absicht gestellt werden>, und auch den strengen Prüfungen (rigoureux) gerecht. Wir wissen aus dem Text seines Diploms der universitären Licentia (Lizenz), dass die alle Professoren umfassende Versammlung seine Doktrin, Lehrmeinungen und das Wissen, das Barbeyrac im Laufe der verschiedenen Prüfungen zeigte, lobte und bestrebte, ihm die Würde der Licentia zu verleihen. Man kennt die Bedeutung, welche der **Grad** der medizinischen Lizenz hat, was (erst) die Erlaubnis bedeutet (schenkt), Medizin ausüben zu dürfen und zwar „in der ganzen Welt“. Aber auch die moralische Einstellung des angehenden Linzientianten müsste in Erwägung gezogen werden. Vielleicht eine Aufgabe für die Kirche? Doch dies alles ging nicht von der Kirche aus, sondern von Professoren und Ärzten, wie **Pierre de Fenoillet** meinte, der damals Bischof von Montpellier war. Wie gewohnt waren es die Professoren und Ärzte, die diesen Vorschlag gemacht haben. So gab es – wie üblich in Montpellier – zwei Lizentialprüfungen: eine universitäre und eine kirchliche Prüfung, die sich beide gegenseitig zitierten und die beide doch überrascht waren, was alles an Fragen gestellt und beantwortet wurde. Mich überraschte es, dass Barbeyrac dies auch körperlich aushalten konnte. Doch Barbeyrac plante alles recht genau. So wünschte er – und es wurde ihm bewilligt – bereits am 30. April 1649 seine (allerfeinste) Promotion zu feiern. Dies

scheint relativ kurz nach den Prüfungen für die „Lizenz zur medizinische Tätigkeit“ zu sein. Doch bei diesen Prüfungen trat so viel wissenschaftliches Können des Mediziners Barbeyrac zu Tage, dass man einem Doktorat nicht so ohne weiteres ausweichen konnte (Natürlich wurden diese Prüfungen gemacht, die wahrscheinlich – bei Barbeyrac – niemanden sehr „aufregten“). Und dennoch gab es – soweit ich die Arbeit von Granel verstehe – noch eine weitere Prüfung und zwar vom 24. bis 27. März 1649: „L'examen des Triduanes“, sowie eine Festsitzung, die – wirklich – letzte jetzt vor der Promotion.

Granel bedankte sich bei dem **Grafen Saint-Maurice-Montcalm**, dass er für ihn das Familienarchiv öffnete und diese wertvollen Dokumente zu studieren erlaubte. Wir haben durch Granel's Unternehmen nun wirkliche Pergamente – die vom Latein ins heutige Französisch übersetzt wurden – die Möglichkeit diese Dokumente zu studieren und in Deutsch einen Auszug davon zu veröffentlichen. Es handelt sich demnach um das Studium eines – bereits in der Jugend – berühmten Arztes, der nie das Erreichen konnte, was er sich so wünschte: nämlich eine ordentliche Professur an der medizinischen Fakultät in Montpellier zu bekommen. Und dies nur, weil er Protestant war. Und so überraschte es uns sehr, dass der Bischof und viele hohe Kleriker so außergewöhnlich freundlich und so positiv eingestellt waren. Ich meine, hierbei half die Geschichte. Denn genau in der Zeit, in der Barbeyrac in Montpellier studierte und durch seine große Kenntnis jeden dort überraschte, wurde der „Westfälische Frieden“ in Münster und Osnabrück geschlossen und der 30jährige und 80jährige Krieg tatsächlich beendet. Es war anzunehmen, dass es denkbar ungünstig aufgefallen wäre, wenn sich die Kleriker gegen den von der Universität so geschätzten, begnadeten Schüler gestellt hätten. Aber vielleicht muss man gar nicht so negativ eingestellt sein. Vielleicht hatten alle wirklich genug vom vielen Kummer, die der „Dreißigjährige Krieg“ und der „Achtzigjährige Krieg“ in Europa verursacht hatte und dort in Montpellier freuten sich alle, einem so klugen jungen Menschen geholfen zu haben.

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

FORTBILDUNGSTAGUNG
der Österreichischen Gesellschaft für
**UROLOGIE UND
ANDROLOGIE**
mit Jahreshauptversammlung der ÖGU

Themenschwerpunkt:

Adipositas in der Urologie



LINZ, OBERBANK DONAU-FORUM, 6.–7.11.2015

Veranstalter:

Fortbildungskommission der Österreichischen
Gesellschaft für Urologie und Andrologie

Wissenschaftliches Programm:

Primar Univ.-Prof. Dr. Steffen Krause
Vorstand der urologischen Abteilung am AKh Linz

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



Berufsverband **bvU**
der österreichischen Urologen

Oberbank
3 Banken Gruppe

ghost.company
convention.group



Medizinische
Kontinenzgesellschaft
Österreich

Linz

2. - 3. Oktober 2015
im LFI Oberösterreich | Auf der Gugl 3

25. Jahrestagung der MKÖ

Tumortherapie und Kontinenz

THEMEN

- > Pathophysiologie der Inkontinenz
- > Therapie – konservativ & operativ
- > Sexualität und Kontinenz
- > Psychoonkologie
- > Herausforderungen an die Pflege
- > Roundtables / Salons / „What’s new, what’s hot?“

VERANSTALTER
Medizinische Kontinenzgesellschaft
Österreich – MKÖ
www.kontinenzgesellschaft.at

TAGUNGSTEAM
Prim. Univ. Prof. Dr. Wilhelm A. Hübner
Landeskrankenhaus Korneuburg

OÄ Dr. Ingrid Haunold
KH der Barmherzigen Schwestern Wien

Anmeldung und Information: www.kontinenzgesellschaft.at/jahrestagung

Termine

27.-29. 8. 2015, Hamburg, D
International Expertise meets in Hamburg

<https://www.martini-klinik.de/fuer-aerzte/veranstaltungen/hamburg-prostate-cancer-summit/>

15.-17. 9. 2015, Bilbao, E
12th Meeting of the EAU Robotic Urology Section

<http://erus15.uroweb.org/>

23.-26. 9. 2015, Hamburg, D
67. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU)
www.dgu.de

2.-3. 10. 2015, Linz
Preisverleihung des Comitatus-Awards im Rahmen der 25. Jahrestagung der MKÖ
Die persönliche Anwesenheit des Preisträgers wird vorausgesetzt
www.comitatus-award.at

5.-9. 10. 2015, Montreal, CDN
Annual Meeting of the International Continence Society (ICS)

14.-17. 10. 2015, Praha, CZ
26th Congress of the European Society for Paediatric Urology
<http://www.espu.org/events/annual-meeting/201-26th-espu-congress-prague-czech-republic-2015>

15.-18. 10. 2015, Melbourne, AUS
35th Congress of the Société Internationale d'Urologie (SIU)
www.siu-urology.org

6.-7. 11. 2015, Linz
Fortbildungstagung der Österreichischen Gesellschaft für Urologie und Andrologie
Themenschwerpunkt: Adipositas in der Urologie
www.conventiongroup.at/uro

12.-15. 11. 2015, Barcelona, E
7th European Multidisciplinary Meeting on Urological Cancers
<http://emuc15.uroweb.org/>

7.-9. 1. 2016, San Francisco, CA
Genitourinary Cancers Symposium
<http://gucasym.org>

28.-30. 4. 2016, Dresden, D
UroAktuell 2016
www.uro-akademie.de

2.-4. Juni 2016, Augsburg, D
42. Gemeinsame Tagung der Bayerischen Urologenvereinigung und der Österreichischen Gesellschaft für Urologie und Andrologie
www.uro-tagung.de

www.uro.at
www.uroweb.org

Targeted Hormone Therapy (THT)

Der Weg zu 34,7 Monaten Gesamtüberleben bei mCRPC [1]

Gezielte Hormontherapien (Targeted Hormone Therapy, THT) erweitern das Therapiespektrum für Patienten mit metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom (mCRPC). Die Effektivität der THT korreliert dabei stark mit dem zeitgerechten Einsatz nach Versagen der Androgendeprivation [1].

Therapeutische Optionen innerhalb der THT

Derzeit sind zwei zugelassene Substanzen bei mCRPC verfügbar, die aufgrund ihres gezielten Wirkmechanismus innerhalb des Hormonsystems der THT zugeordnet werden. Einerseits fällt Enzalutamid als oraler Androgenrezeptor-Blocker in diese Klasse [2]. Wegbereiter für diesen Therapiebaustein war allerdings Abirateron (ZYTIGA®), ein oraler Androgenbiosynthese-Inhibitor, der im Gegensatz zu herkömmlichen Hormontherapien die Testosteronproduktion nicht nur in Hoden und Nebennieren, sondern ganz gezielt auch im Tumor selbst stoppt [3]. Beide Substanzen sind in zwei Indikationen entlang des Therapieverlaufs bei mCRPC zugelassen, nämlich nach Versagen der Androgendeprivationstherapie (ADT) und nach Versagen der Chemotherapie (CT), wobei ZYTIGA® mit Zulassung 2011 am längsten am Markt ist [4,5]



matik, siehe Abb.) [1]. Damit die Patienten also bestmöglich von einer THT profitieren können, spielt die zeitgerechte Zuweisung zur Therapieeinstellung eine tragende Rolle.

ZYTIGA® als Vorreiter der THT

Für ZYTIGA® spricht nicht nur die frühere Zulassung und somit längere Erfahrung innerhalb des THT-Bausteins zwischen ADT und CT. mCRPC-Patienten können von einem signifikanten Gesamtüberleben von 34,7 Monaten mit längster Beobachtungszeit profitieren. Da die Substanz nicht mit reinem Placebo sondern mit Prednison als aktiver Substanz verglichen wurde, ist der Überlebensvorteil von 4,4 Monaten Differenz zwischen den beiden Armen noch eindrucksvoller. Auch die anderen Endpunkte (Verzögerung des radiografischen Progresses, Verzögerung der Opiatgabe, Verzögerung der Chemotherapie) weisen ZYTIGA® als sehr effektive Therapie aus. Patienten bleiben fit und haben eine gute Lebensqualität, sie werden in ihrem Alltag kaum eingeschränkt [1].

Einsatz und Nutzen der THT

Ausschlaggebend für die Erkenntnis, wann die THT als Therapiebaustein am sinnvollsten eingesetzt werden sollte, war die Präsentation der finalen Daten zur ZYTIGA® COU-AA-302 Studie im Herbst 2014 (ESMO Madrid) und deren Publikation zu Beginn dieses Jahres. Langzeitdaten mit dem bisher längsten Follow-up von über 4 Jahren haben ein klinisch und statistisch signifikantes Gesamtüberleben bei guter Lebensqualität nachgewiesen. Kriterien für den Start einer THT sind daher [1]:

- Kastrationsresistenz mit PSA Anstieg (PCWG2 Kriterien)
- nachgewiesene Metastasen in der Bildgebung
- keine/milde Schmerzen
- ECOG Performance Status 0-1 (ECOG 2 ist individuell zu entscheiden)

Die Daten haben einen größeren Überlebensvorteil für jene Patienten gezeigt, welche frühzeitig auf ZYTIGA® eingestellt wurden (ECOG 0 und Asympto-

Wahl der Erstlinientherapie innerhalb der THT

Sowohl Enzalutamid als auch ZYTIGA® haben ihren Stellenwert in der THT. Klare Richtlinien für eine Sequenzierung sind noch nicht vorhanden, da es bisher keine Head-to-Head-Studien gibt. Unterschiede gibt es im Vergleich der Sicherheitsprofile. Die Nebenwirkungen von ZYTIGA® sind bekannt und haben sich auch in der Langzeitbeobachtung nicht verändert [1]. Eine empfohlene, regelmäßige Therapiebegleitung mit klaren Vorgaben zur Messung von Leberwerten, Serum-Kalium, Blutdruck und Flüssigkeitsretention schaffen zudem Sicherheit für Arzt und Patient [4]. Bei Enzalutamid werden die häufigsten Nebenwirkungen mit Asthenie/Fatigue, Hitzewallungen, Kopfschmerzen und

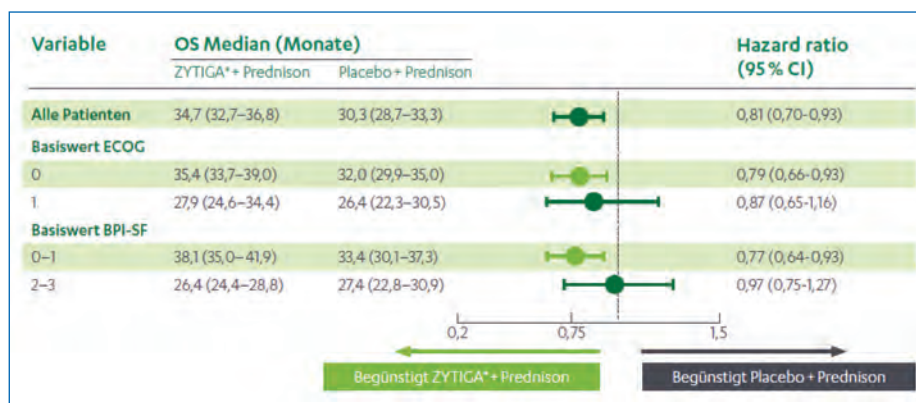


Abb.: Früherer Einsatz von ZYTIGA® als THT bringt zusätzlichen Patientennutzen [1]

Produkte / Neuheiten

Hypertonie beschrieben. Weitere wichtige Nebenwirkungen schließen Stürze, nichtpathologische Frakturen, kognitive Störungen und Neutropenie ein [5]. Am ASCO-GU wurde kürzlich auch ein Poster zu Wechselwirkungen von Enzalutamid veröffentlicht, dass die Substanz als herausfordernde Medikation klassifiziert [6].

Zeitgerechter Start der THT zum Wohle des Patienten

In die Therapieentscheidung fließen jedoch nicht nur medizinische Überlegungen mit ein, sondern auch individuelle Parameter müssen bedacht werden, wie beispielsweise Berufstätigkeit/Mobilität oder Compliance. Jedenfalls ist die THT zeitgerecht zu starten, denn nur so entfalten die zielgerichteten Therapien den

bestmöglichen Nutzen für den Patienten.

Referenzen:

- [1] Charles J Ryan et al. Abiraterone acetate plus prednisone versus placebo plus prednisone in chemotherapy-naive men with metastatic castration-resistant prostate cancer (COU-AA-302): final overall survival analysis of a randomised, double-blind, placebo-controlled phase 3 study. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(14\)71205-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(14)71205-7). Lancet Oncology 2015 Jan 16.
- [2] T.M. Beer et al. Enzalutamide in Metastatic Prostate Cancer before Chemotherapy. N Engl J Med 2014; 371 (5):424-433
- [3] Johann S. De Bono et al. Abiraterone and increased survival in metastatic prostate cancer. N Engl J Med 2011; 364:1995-2000
- [4] Fachinformation Zytiga 17. 12. 2014
- [5] Aktuelle Fachinformation Enzalutamid (Xtandi)
- [6] Esther K. Lee et al. Characterizing the Risk of Drug-Drug Interactions in Patients Receiving Enzalutamide for Castration-Resistant Prostate Cancer. Presented at ASCO-GU 2015 Orlando, Abstr. #261

Für weitere Informationen:



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

PHAT/ZYT/0315/0003

Fachinformation zu Seite 3

Spasmolyt 20 mg - Dragées. Zusammensetzung: 1 überzogene Tablette enthält 20 mg Trosipiumchlorid. **Wirkstoffgruppe:** Urologisches Spasmolytikum, ATC Code G04BD09. **Anwendungsgebiete:** Zur Behandlung einer Detrusor-Instabilität oder Detrusor-Hyperreflexie mit den Symptomen Pollakisurie, Harndrang und Dranginkontinenz. **Gegenanzeigen:** - Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile Harnretention. - gastrointestinale Dysfunktionen (inklusive Colitis ulcerosa, toxischem Megacolon). - Engwinkelglaukom. - Tachyarrhythmien. - Myasthenia gravis. - dialysepflichtige Niereninsuffizienz (Kreatinin-Clearance <10 ml/min/1,73 m²). **Sonstige Bestandteile:** **Tablettenkern:** Weizenstärke, mikrokristalline Cellulose, Lactose-Monohydrat, Povidon K 29-32, Croscarmellose-Natrium, Stearinsäure, hochdisperses Siliciumdioxid, Talkum. **Tablettenüberzug:** Saccharose, Carmellose-Natrium, Talkum, hochdisperses Siliciumdioxid, Calciumcarbonat (E 170), Macrogol 8000, Titandioxid (E 171), Eisen(III)-hydroxid-oxid (E 172), gebleichtes Wachs, Carnaubawachs. **Abgabe:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Zulassungsinhaber:** Madaus Ges.m.b.H., Lienfelderergasse 91-93, 1170 Wien. **Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen, Wechselwirkungen und Nebenwirkungen sowie zur Anwendung in Schwangerschaft und Stillzeit sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.** Stand: November 2011

Urivesc 60 mg Retardkapseln. Zusammensetzung: Jede retardierte Hartkapsel enthält 60 mg Trosipiumchlorid. **Wirkstoffgruppe:** Urologisches Spasmolytikum; ATC-Code: G04BD09. **Anwendungsgebiete:** Zur symptomatischen Behandlung der Dranginkontinenz und/oder häufigem Wasserlassen und Harndrang bei Patienten mit dem Syndrom der überaktiven Blase. **Gegenanzeigen:** Trosipiumchlorid ist kontraindiziert bei Patienten mit Harnretention, schweren gastro-intestinalen Störungen (einschließlich toxischem Megacolon), Myasthenia gravis, Engwinkelglaukom und Tachyarrhythmien. Trosipiumchlorid ist ebenfalls kontraindiziert bei Patienten mit Überempfindlichkeit gegenüber dem Wirkstoff oder einem der sonstigen Bestandteile. **Sonstige Bestandteile:** **Kapselinhalt:** Saccharose, Maisstärke, Methylacrylat-Methylmethacrylat-Methacrylsäure-Copolymer, Natriumdodecylsulfat, Ammoniumhydroxid, mittelkettige Triglyceride, Ölsäure, Ethylcellulose, Titandioxid (E 171), Hypromellose, Macrogol 400, Polysorbat 80, Triethylcitrat, Talkum; **Kapselhülle:** Gelatine, Titandioxid (E 171), Eisenoxid gelb (E 172), Eisenoxid rot (E 172); Druckertinte: Schellack (20% verestert), Eisenoxid schwarz (E 172), Propylenglycol. **Abgabe:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Zulassungsinhaber:** MADAUS GmbH 51101 Köln, Deutschland. **Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen, Wechselwirkungen und Nebenwirkungen sowie zur Anwendung in Schwangerschaft und Stillzeit sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.** Stand: Januar 2012

Fachinformation zu Seite 5

1. BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS: Betmiga 25 mg Retardtabletten, Betmiga 50 mg Retardtabletten. **2. QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG:** Jede Tablette enthält 25 mg Mirabegron. Liste der sonstigen Bestandteile: Tablettenkern: Macrogol, Hypromellose, Butylhydroxytoluol (Ph.Eur.), Magnesiumstearat (Ph.Eur.), Filmüberzug: Hypromellose, Macrogol, Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E172), Eisen(III)-oxid (E172). Jede Tablette enthält 50 mg Mirabegron. Liste der sonstigen Bestandteile: Tablettenkern: Macrogol, Hypromellose, Butylhydroxytoluol (Ph.Eur.), Magnesiumstearat (Ph.Eur.), Filmüberzug: Hypromellose, Macrogol, Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E172). **3. ANWENDUNGSGEBIETE:** Symptomatische Therapie von imperativem Harndrang, erhöhter Miktionsfrequenz und/oder Dranginkontinenz, die bei Erwachsenen mit überaktiver Blase (OAB, overactive bladder) auftreten können. **4. GEGENANZEIGEN:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der genannten sonstigen Bestandteile. **5. PHARMAKOTHERAPEUTISCHE GRUPPE:** Urologika, Urologische Spasmolytika, ATC-Code: G04BD12. **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., Linzer Straße 221/E02, 1140 Wien, Tel: +43 1 877 26 68, E-Mail: office.at@astellas.com. **8. STAND DER INFORMATION:** 11/2014. **9. REZEPTPFLICHT / APOTHEKENPFLICHT / SUCHTGIFT:** 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.“**

Fachinformation zu den Seiten 43 und 65, 66

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

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

Warum warten? Jetzt starten!

Die vorteilhafte **Cialis®**
14-Stück Starterpackung ist da

**NEU: seit
1. Juni 2015**



Warum warten? Jetzt starten! **Cialis® Konstanztherapie** kennenlernen, erleben und dann **entscheiden**.



Lilly

Für weitere Informationen:

Mag. Catharina Anna Blagotinsek
Brand Manager Bio-Medicines
Eli Lilly Ges.m.b.H.
Kölblgasse 8-10, A-1030 Wien
+43 1 711 78-396 (office) | +43 1 711 78-551 (fax)
blagotinsekca@lilly.com | www.lilly.at

Fachinformation zu den Seiten 13 und 67

1. BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS: CIALIS 2,5 (5) [10] [20] mg Filmtabletten. **2. QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG:** Jede Tablette enthält 2,5 (5) [10] [20] mg Tadalafil. Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung: Jede Filmtablette enthält 87 (121) [170] [233] mg Lactose (als Monohydrat). Vollständige Auflistung der sonstigen Bestandteile siehe Abschnitt 6.1. **4.1 Anwendungsgebiete:** Cialis 2,5 [10] [20] mg: Zur Behandlung der erektilen Dysfunktion bei erwachsenen Männern. Tadalafil kann nur wirken, wenn eine sexuelle Stimulation vorliegt. Cialis (5) mg: Zur Behandlung der erektilen Dysfunktion bei erwachsenen Männern. Tadalafil zur Behandlung einer erektilen Dysfunktion kann nur wirken, wenn eine sexuelle Stimulation vorliegt. Zur Behandlung des benignen Prostata-syndroms bei erwachsenen Männern. CIALIS ist nicht angezeigt zur Anwendung bei Frauen. **4.3 Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile. In klinischen Studien wurde gezeigt, dass Tadalafil die blutdrucksenkende Wirkung von Nitraten verstärkt. Dies wird auf eine gemeinsame Wirkung von Nitraten und Tadalafil auf den Stickstoffmonoxid / cGMP-Stoffwechsel zurückgeführt. Daher ist die Anwendung von CIALIS bei Patienten kontraindiziert, die organische Nitrate in jeglicher Form einnehmen (siehe Abschnitt 4.5). Männer mit kardialen Erkrankungen, denen von sexueller Aktivität abgeraten wird, dürfen CIALIS nicht verwenden. Ärzte müssen das potentielle kardiale Risiko einer sexuellen Aktivität bei Patienten mit einer vorbestehenden kardiovaskulären Erkrankung berücksichtigen. Die folgenden Patientengruppen mit Herz-Kreislauf-Erkrankung waren in klinische Studien nicht eingeschlossen und daher ist die Anwendung von Tadalafil kontraindiziert: - Patienten mit Herzinfarkt während der vorangegangenen 90 Tage, - Patienten mit instabiler Angina pectoris oder einer Angina pectoris, die während einer sexuellen Aktivität auftrat, - Patienten mit Herzinsuffizienz Schweregrad II oder höher nach New York Heart Association (NYHA) während der letzten 6 Monate, - Patienten mit unkontrollierten Arrhythmien, Hypotonie (< 90/50 mm Hg) oder unkontrollierter Hypertonie, - Patienten mit einem Schlaganfall während der vorangegangenen 6 Monate. Bei Patienten, die aufgrund einer nicht arteriitischen anterioren ischämischen Optikusneuropathie (NAION) ihre Sehkraft auf einem Auge verloren haben, ist CIALIS kontraindiziert, unabhängig davon, ob der Sehverlust mit einer vorherigen Einnahme eines PDES-Hemmers in Zusammenhang stand oder nicht (siehe Abschnitt 4.4). Pharmakotherapeutische Gruppe: Urologika, Arzneimittel zur Behandlung der erektilen Dysfunktion, ATC-Code G04BE08. **6.1 Liste der sonstigen Bestandteile:** Tablettenkern: Lactose-Monohydrat, Croscarmellose-Natrium, Hyprollose, mikrokristalline Cellulose, Natriumdodecylsulfat, Magnesiumstearat. Filmüberzug: Lactose-Monohydrat, Hypromellose, Triacetin, Titandioxid (E171), Talkum. Filmüberzug 2,5 mg: Eisen (III)-hydroxid-oxid x H₂O (E172), Eisen (III)-oxid (E172). Filmüberzug 5, 10 & 20 mg: Eisen (III)-hydroxid-oxid x H₂O (E172). **7. INHABER DER ZULASSUNG:** Eli Lilly Nederland B.V., Grootslag 1-5, NL-3991 RA Houten, Niederlande. NR, Apothekenpflichtig. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation. Stand der Kurzfachinformation: Oktober 2012.



Erektile Dysfunktion

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

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

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

Avanafil – individuelle ED-Therapie

Als medikamentöse Erstlinien-Therapie werden in der aktuellen Leitlinie der

Europäischen Fachgesellschaft für Urologie (EAU) PDE-5-Hemmer genannt [6]. Zur Verfügung standen bisher die drei Wirkstoffe Sildenafil, Tadalafil und Vardenafil. Doch viele Patienten brechen die Therapie unter den bestehenden Therapieoptionen ab. Als häufige Gründe werden von den Patienten unter anderem eine geringere Wirksamkeit als erwartet, aber auch Nebenwirkungen genannt [9]. Weitere Ursachen könnten unzureichende Anweisungen durch den Arzt, fehlende Wiedereinbestellung oder auch eine nicht hinreichende Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse der Patienten sein [10]. Wenn Betroffene und ihre Partner zwischen verschiedenen Therapieoptionen wählen können, spielen neben Effektivität und Verträglichkeit auch weitere nichtmedizinische Aspekte eine Rolle: In einer Befragung gab die Mehrheit der Betroffenen an, dass sie es bevorzugen, ihre sexuellen Aktivitäten nicht vorher planen zu müssen [11].

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

Schneller Wirkeintritt und lange Wirkdauer

Aktuellen Daten einer multizentrischen, doppelblinden Phase-IV-Studie zufolge kann Avanafil bereits 10 Minuten nach der Einnahme wirken [12]. Bereits in drei

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

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

Gute Verträglichkeit aufgrund hochselektiver PDE-5-Hemmung

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

Die am häufigsten berichteten Nebenwirkungen unter Avanafil waren Kopf-

schmerzen, Hitzegefühl, Nasenverstopfung, Sinussekretstauung und Rückenschmerzen. Der Prozentsatz der Patienten, bei denen Beschwerden auftraten, nahm in klinischen Langzeitstudien mit zunehmender Therapielänge ab [13]. Avanafil zeigte sich insgesamt als gut verträglicher PDE-5-Hemmer.

Quellen

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

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

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

Fachinformation siehe Seite 12

Eine Studienübersicht zu Dapoxetin

Wirksamkeit und Sicherheit umfassend bestätigt

Dapoxetin (Priligy®) ist ein kurzwirksamer selektiver Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor, SSRI). Er hemmt die Wiederaufnahme von Serotonin und erhöht in der Folge die Wirkung des Neurotransmitters auf die prä- und postsynaptischen Rezeptoren; darauf ist vermutlich die Wirkung von Dapoxetin bei vorzeitiger Ejakulation zurückzuführen [1]. Dapoxetin wurde speziell entwickelt, um Männer mit vorzeitigem Samenerguss (Ejaculatio praecox) zu therapieren. Priligy® stellt gegenwärtig das einzige zugelassene Medikament für diese Indikation dar. Die Wirksamkeit und Verträglichkeit wurden in zahlreichen klinischen Studien bestätigt [2-5].

Dapoxetin unterscheidet sich von herkömmlichen SSRI besonders hinsichtlich seiner pharmakokinetischen Eigenschaften. Es wird nach oraler Einnahme schnell absorbiert und erreicht innerhalb von 1-2 Stunden seinen höchsten Plasmaspiegel. Der Wirkstoff hat eine kurze initiale Halbwertszeit von ca. 90 Minuten und wird rasch vom Körper eliminiert [1,6]. Durch die schnelle Resorption und

Elimination eignet sich Dapoxetin als Bedarfsmedikation (max. 1 Tablette/24 Stunden). Eine Akkumulation von Dapoxetin erfolgt bei dieser Form der Wirkstoffgabe nicht – im Gegensatz zu herkömmlichen SSRI. Auch tritt die Wirkung herkömmlicher SSRI verzögert ein und die Degradation ist durch längere Halbwertszeiten gekennzeichnet. Indessen stellt Dapoxetin das am umfangreichsten untersuchte Medikament zur Therapie des vorzeitigen Samenergusses dar: In fünf Phase-III-Studien mit über 6.000 Probanden wurde die Wirksamkeit und Sicherheit überprüft [2-5].

Dazu zählen zwei US-amerikanische Studien zur Wirksamkeit mit identischem Studiendesign, eine nordamerikanische Studie zur Sicherheit sowie eine internationale Studie in insgesamt 22 Ländern in Europa, Lateinamerika, Nordamerika, im Nahen Osten und Afrika. Eine weitere Phase-III-Studie untersuchte Wirksamkeit und Sicherheit von Dapoxetin im asiatisch-pazifischen Raum. Alle Phase-III-Studien wurden randomisiert, doppelt-blind und Placebo-kontrolliert durchgeführt. Eingeschlossen waren ≥ 18jäh-

rige Männer, die unter primärer (lebenslanger) oder sekundärer (erworbener) Ejaculatio praecox litten und seit mindestens sechs Monaten in einer monogamen heterosexuellen Partnerschaft lebten. Über einen Zeitraum von neun bis 24 Wochen erhielten die Studienteilnehmer im Verumarm entweder 30 mg oder 60 mg Dapoxetin bei Bedarf bzw. 60 mg täglich. Die weiteren Einschlusskriterien für die Phase-III-Studien – ausgenommen die nordamerikanische Studie – waren eine intravaginale Ejakulationslatenzzeit (IELT) ≤ 2 Minuten in 75 % der mindestens vier letzten Geschlechtsakte zu Studienbeginn. Ejaculatio praecox wurde nach den Kriterien des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR) bestimmt [7].

Dapoxetin verlängert die Zeit bis zum Samenerguss signifikant

Um die Therapiewirksamkeit von Dapoxetin zu bestimmen, wurde in den Phase-III-Studien die IELT – die Zeit von

Produkte / Neuheiten

der Penetration bis zum Samenerguss – von den Partnerinnen der Studienteilnehmer mittels Stoppuhr erfasst. Eine zusammenfassende Auswertung der Phase-III-Studien mit Dapoxetin zeigt, dass die durchschnittliche IELT der Probanden zu Beginn der Studien bei 0,9 Minuten lag. Bereits die erste Einnahme von Dapoxetin zeigte bei den meisten Studienteilnehmern eine Verlängerung der IELT im Vergleich zu Placebo. Im weiteren Therapieverlauf erhöhte sich dieser Wert noch und betrug nach zwölf Wochen mehr als das Dreifache des Ausgangswertes. Auch viele Männer, die unter einer schweren Form des vorzeitigen Samenergusses litten (IELT zu Studienbeginn ≤ 1 min bzw. $\leq 0,5$ min), profitierten von Dapoxetin [7].

Höhere sexuelle Lebensqualität unter Dapoxetin

Im Rahmen der Phase-III-Studien zur Wirksamkeit von Dapoxetin beurteilten die Teilnehmer auch subjektiv empfundene Therapieeffekte (Patient Reported Outcomes, PRO) mithilfe des Premature Ejaculation Profile (PEP). Das PEP ist ein Fragebogen, der genutzt wird, um eine Ejaculatio praecox zu erfassen und das Therapieansprechen zu überwachen [8]. Es beinhaltet vier Evaluationskriterien: die Ejakulationskontrolle, den ejakulationsbedingten persönlichen Leidensdruck, die ejakulationsbedingten zwischenmenschlichen Schwierigkeiten sowie die Zufriedenheit mit dem Geschlechtsverkehr.

Unter Dapoxetin-Therapie verbesserten sich alle PEP-Kriterien im Vergleich zu Placebo [7]. Der Anteil der Studienteilnehmer, die ihre Ejakulationskontrolle anfangs als gut bis sehr gut beschrieben, betrug weniger als 1 %. Nach zwölfwöchiger Dapoxetin-Gabe bei Bedarf erhöhte sich deren Anteil in Abhängigkeit der Dosis auf 26,2 % bzw. 30,2 % (30 mg bzw. 60 mg Dapoxetin bei Bedarf; $p < 0,001$). Unter Placebo stieg der Anteil auf 11,2 %. Einen vergleichbaren Effekt erzielte Dapoxetin auch hinsichtlich der Zufriedenheit mit dem Geschlechtsverkehr. Unter der Da-

poxetin-Therapie stieg sie von ca. 15 % zu Studienbeginn auf 37,9 % bzw. 42,8 % (30 mg bzw. 60 mg Dapoxetin bei Bedarf; $p < 0,001$). Unter Placebo nahm sie auf 24,4 % zu.

Weniger Leidensdruck und partnerschaftliche Schwierigkeiten

Der persönliche Leidensdruck und die partnerschaftlichen Schwierigkeiten, die mit dem vorzeitigen Samenerguss einhergehen können, verbesserten sich ebenfalls unter der Dapoxetin-Therapie im Vergleich zu Placebo [7]. Aus der zusammenfassenden Analyse der Phase-III-Studien von McMahon geht hervor, dass zu Studienbeginn ca. 70 % der Teilnehmer ihren Leidensdruck als ziemlich bis schwerwiegend empfanden. Ihr Anteil sank nach zwölfwöchiger Dapoxetin-Behandlung auf 28,2 % bzw. 22,2 % (30 mg bzw. 60 mg Dapoxetin bei Bedarf; $p < 0,001$). Ein ähnlicher Effekt zeigte sich auch hinsichtlich der zwischenmenschlichen Schwierigkeiten in der Partnerschaft. Hierbei sank der Anteil der Betroffenen, die diesbezüglich ziemliche bis extreme Probleme beschrieben, auf 16,0 % bzw. 12,3 % (30 mg bzw. 60 mg Dapoxetin bei Bedarf vs. 23,8 % unter Placebo; $p < 0,001$). Zu Beginn hatte ihr Anteil etwa 38 % betragen.

Die weitere Analyse der Studiendaten zeigte auch, dass die Therapie mit Dapoxetin einen Einfluss auf die Partnerin der Betroffenen haben kann [7]. So war der Anteil der Partnerinnen, die nach zwölfwöchiger Therapie des Partners ihre eigene sexuelle Zufriedenheit als hoch bis sehr hoch bewerteten, mit 37,5 % bzw. 44,7 % (30 mg bzw. 60 mg Dapoxetin bei Bedarf) deutlich höher als im Placeboarm (24 %; $p < 0,001$).

Die Effektivität von Dapoxetin in der Behandlung der Ejaculatio praecox wurde in einer weiteren schriftlich noch nicht publizierten Phase-III-Studie (PASSION) ebenfalls bestätigt. Einschlusskriterien für die 285 teilnehmenden Männer aus Australien, Korea und Thailand waren eine IELT von maximal zwei Minuten und eine Ejaculatio praecox nach den Krite-

rien des PEDT (Premature Ejaculation Diagnostic Tool). Nach einem Studienzeitraum von zwölf Wochen gaben 52 % der Probanden an, ihre EP habe sich deutlich gebessert. 80 % der Teilnehmer waren zu Studienende mit ihrem Geschlechtsverkehr zufriedener als zu Studienbeginn [9]. Die in den klinischen Phase-III-Studien beobachteten Nebenwirkungen von Dapoxetin waren dosisabhängig. Übelkeit, Schwindel und Kopfschmerz zählten zu den häufigsten Nebenwirkungen [1].

Referenzen

- [1] Fachinformation Priligy® (Stand: Januar 2013)
- [2] Pryor J, Althof S, Steidle C, Rosen R, Hellstrom W, Shabsigh R, Miloslavsky M, Kell S; Dapoxetine Study Group. Efficacy and tolerability of dapoxetine in treatment of premature ejaculation: an integrated analysis of two double-blind, randomised controlled trials. *Lancet* 2006;368(9539):929–37.
- [3] Kaufman J, Rosen R, Mudumbi R, Tesfaye F, Hashmonay R, Rivas D. Treatment benefit of dapoxetine for premature ejaculation: results from a placebo-controlled phase III trial. *BJU Int* 2008; 103(5):651–8.
- [4] Buvat J, Tesfaye F, Rothman M, Rivas D, Giuliano F. Dapoxetine for the treatment of premature ejaculation: results from a randomized, double-blind, placebo-controlled phase 3 trial in 22 countries. *Eur Urol* 2009;55(4):957–67.
- [5] McMahon C, Kim S, Park N, Chang C, Rivas D, Tesfaye F, Rothman M, Aquilina J; Dapoxetine 3003 Study Investigators. Treatment of premature ejaculation in the Asia-Pacific region: results from a phase III double-blind, parallel-group study of dapoxetine. *J Sex Med* 2010;7(1 Pt 1): 256–68.
- [6] Andersson KE, Mulhall JP, Wyllie MG. Pharmacokinetic and pharmacodynamic features of dapoxetine, a novel drug for 'on-demand' treatment of premature ejaculation. *BJU Int*. 2006; 97(2):311–5.
- [7] McMahon CG, Althof SE, Kaufman JM, Buvat J, Levine SB, Aquilina JW, Tesfaye F, Rothman M, Rivas DA, Porst H : Efficacy and safety of Dapoxetine for the treatment of premature ejaculation: integrated analysis of results from five phase 3 trials. *Sex Med*. 2011;8(2):524–39.
- [8] Althof SE, Abdo CH, Dean J, Hackett G, McCabe M, McMahon CG, Rosen RC, Sadovsky R, Waldinger M, Becher E, Broderick GA, Buvat J, Goldstein I, El-Meliegy AI, Giuliano F, Hellstrom WJ, Incrocci L, Jannini EA, Park K, Parish S, Porst H, Rowland D, Segraves R, Sharlip I, Simonelli C, Tan HM; International Society for Sexual Medicine. International Society for Sexual Medicine's guidelines for the diagnosis and treatment of premature ejaculation. *J Sex Med*. 2010;7(9):2947–69.
- [9] Symposium "Premature ejaculation: new clinical perspectives", abgehalten am 8.12.2012 im Rahmen des 15. Kongresses der European Society for Sexual Medicine (ESSM) in Amsterdam

Für weitere Informationen:

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

CSC Pharmaceuticals wird Angelini Pharma Österreich

Angelini ist ein weltweit tätiges Privatunternehmen in der Gesundheitsversorgung mit Arzneimitteln und medizinischen Produkten. Unter der Leitung von Francesco Angelini beschäftigt die Angelini Gruppe heute rund 4.000 MitarbeiterInnen in 20 verschiedenen Ländern der Welt. Die österreichische Niederlassung ist bereits seit 2007 Teil der Gruppe und wird ab sofort unter der gemeinsamen Dachmarke Angelini auftreten.

Bisamberg, Mai 2015. Aus Österreichs Apotheken ist Angelini mit zahlreichen bekannten Produkten schon lange nicht mehr wegzudenken. So stammen beispielsweise Österreichs Halsschmerz-Arzneimittel Nummer 1, Tantum Verde®, oder das Antidepressivum Trittico® aus dem Hause Angelini. Damit alle Produkte in Zukunft noch stärker von der Marke Angelini profitieren können, wird aus CSC Pharmaceuticals nun Angelini Pharma Österreich.

Die traditionsreiche Angelini-Gruppe blickt auf eine fast 100-jährige Erfolgsgeschichte zurück. 1919 als kleines Labor in Italien gegründet, beschäftigt die Gruppe heute rund 4.000 MitarbeiterInnen in 20 verschiedenen Ländern und erwirtschaftete im Jahr 2013 einen konsolidierten Umsatz von 1,4 Milliarden Euro. Im Pharmabereich ist Angelini als integriertes Unternehmen mit umfangreicher Forschung, Entwicklung, Herstellung und Vermarktung von Wirkstoffen, markengeschützten Arzneimitteln, sowie Medizinprodukten und Nahrungsergänzungsmitteln tätig. Das Unternehmen ist international in den Bereichen: Schmerz und Entzündung, Psychiatrie/Neurologie, Erkältung, Gynäkologie und Intimhygiene vertreten.

Das Tätigkeitsfeld der Gruppe umfasst jedoch weit mehr: So ist Angelini in Italien im Bereich Körperpflege (Firma Fater) seit einem Joint Venture mit Procter & Gamble mit den Marken Pampers, Lines, Linidor und Dignity italienischer Marktführer in den Segmenten Baby-



windeln und Damenbinden. Mit dem Unternehmen Fameccanica, hier auch im Joint Venture mit Procter & Gamble, ist Angelini weltweit führend im Design und in der Implementierung von integrierten Produktionslinien für die Sanitärindustrie von Einwegmonatsbinden. Die Marken Idesa Parfum in Spanien sowie ITF in Italien und Deutschland stehen für das Engagement der Gruppe im Bereich der Produktion und Distribution von Parfümerie-Waren weltweit. Ein weiterer Geschäftsbereich der Angelini Gruppe – gemeinsam mit Bertani Domains in den Regionen Toskana, Marken, Venetien und Friaul – ist die Produktion von hochwertigem Wein.

Zukunftsorientierung und Flexibilität in der Anpassung an neue Trends am Markt gehen bei Angelini Hand in Hand

mit den bewährten Unternehmenswerten und einer traditionsbewussten Unternehmensphilosophie.

Angelini Pharma Österreich GmbH

Angelini Pharma Österreich ist Teil der internationalen Angelini Gruppe.

Das Portfolio gliedert sich in 5 Bereiche:

- Psychiatrie/Neurologie
- Erkältung
- Schmerz/Infektiologie/Wundheilung
- Gynäkologie
- Onkologie

Eine unlängst durchgeführte Umfrage zur Kundenzufriedenheit belegt den Erfolgskurs. Von den mehr als 100 befragten Apothekern würden mehr als 93 Prozent Angelini Pharma Österreich weiterempfehlen.

Rückfragehinweis:

Silvia König
Marketing
Tel.: +43/2262-606-220
silvia.koenig@angelini.at

Angelini Pharma Österreich GmbH
Gewerbstraße 18-20
2102 Bisamberg
Tel.: +43/2262-606-0
office@angelini.at
www.angelini.at

Wirkstoff: Trosipiumchlorid

Inkontan passt!



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



Montavit

**HARNINKONTINENZ
INDIVIDUELL THERAPIEREN**

Fachinformation siehe Seite 44