

Urologie INSIDE

Für alle. Für jeden. Für uns. Die Urologie.

Das offizielle Kampagnenmagazin

FFF.

Titelthema

Die Sprache der Patient:innen

ab Seite 10

Ausgabe 7
September 2022

Optimierter Praxisablauf – Urologie im Norden

Praxismanagerin Julia Zierow im Gespräch

Interview ab Seite 20

Interview mit Prof. Dr. Christian Wülfing

Die Highlights seiner Arbeit als DGU-Pressesprecher

Interview ab Seite 30

Eine Initiative von:



DAS MÄNNLICHE KRAFTPAKET

MULTIprosti® mit seiner einzigartigen Kombination aus bewährten Pflanzenextrakten, L-Arginin, Zink, Selen und Vitamin B6.



Glutenfrei



Laktosefrei

Häufiger Harndrang oder Schwierigkeiten beim Wasserlassen – Themen, die viele Männer verdrängen beziehungsweise erst im Alter ins Bewusstsein rücken. Doch erste Veränderungen der Prostata beginnen schon viel früher. Da die Prostata einen wesentlichen Einfluss auf die Vitalität des männlichen Organismus ausübt, ist es vorteilhaft, diese im Laufe des Lebens gezielt zu unterstützen. Denn Prostatavergrößerung, erektile Dysfunktion oder hormonelles Ungleichgewicht betreffen beinahe jeden Mann irgendwann im Leben.

VERÄNDERUNGEN DER PROSTATA

Die ersten Veränderungen der Prostata im Sinne einer gutartigen Vergrößerung sind ab dem 30. Lebensjahr nachweisbar. Etwa die Hälfte der 50-jährigen und fast alle über 80-jährigen Männer haben Beschwerden, die mit einer Vergrößerung der Prostata in Verbindung gebracht werden können. Schmerzen beim Wasserlassen und häufiger Harndrang können erste Anzeichen einer veränderten Prostata sein.

MEHR DRIN FÜR DEN MANN

MULTIprosti® wurde speziell für Männer entwickelt. Das Nahrungsergänzungsmittel **MULTIprosti®** der österreichischen Vitalmarke MULTI enthält eine gezielte Auswahl bewährter Pflanzenextrakte sowie Vitamine und Spurenelemente, die Mann in jeder Lebensphase unterstützen. **MULTIprosti®** enthält Extrakte der Sägepalmenfrucht, des Granatapfels, des Ginsengs sowie Vitamin B6, Zink, Selen, L-Arginin und Steirisches Kürbiskernöl g.g.A. Zink trägt zur Erhaltung eines normalen Testosteronspiegels im Blut bei und hilft bei der Aufrechterhaltung der normalen Fruchtbarkeit und Fortpflanzungsfunktionen. Selen wird für die Spermiabildung benötigt. Das enthaltene Vitamin B6 trägt zur Regulierung der Hormonaktivität bei. Kürbiskerne und Kürbiskernöl werden traditionell zur Stärkung der Blasenfunktion bei einer Blaseschwäche, einer Reizblase und bei einer gutartigen Prostatavergrößerung mit Beschwerden beim Wasserlassen eingesetzt.

FÜR WEN EIGNET SICH MULTIprosti®?

MULTIprosti® eignet sich für Männer, die ihren Lebensstil mit einem wertvollen Nahrungsergänzungsmittel optimieren und ihren normalen Testosteronspiegel unterstützen wollen. Ebenso für Männer, die ihre normale Fruchtbarkeit und Fortpflanzungsfunktion fördern und ihre Vitalität von morgen boosten möchten.

PZN: 16744228 | APOTHEKENEXKLUSIV



www.multi.at

Von erfahrenen Urologen empfohlen

Mich überzeugt die natürliche Zusammensetzung von **MULTIprosti®** mit wertvollen Pflanzenextrakten, Vitamin B6 und Mineralstoffen. Die Einnahme erfolgt unkompliziert nur einmal täglich. Ich empfehle **MULTIprosti®** für Männer mit beginnenden Prostatabeschwerden oder einem Risiko für die Entwicklung obstruktiver Miktionsprobleme, die noch keine medikamentöse Therapie wollen. Mit **MULTIprosti®** können Männer sich und ihrer Prostata einfach etwas Gutes tun.

Dr. med.
Florian Kurtz
MÜNCHEN



• VORWORT •

Liebe Leser:innen,

wünschen Sie sich mehr Zeit für Patientengespräche? Haben Sie das Gefühl, dass eine umfassende Kommunikation aufgrund engmaschiger Behandlungszeitfenster gar nicht mehr möglich ist? Um es mit dem Axiom von Kommunikationswissenschaftler Paul Watzlawick auszudrücken: „Man kann nicht nicht kommunizieren.“

Denn abgesehen von der direkten Kommunikation transportieren Ihre Haltung zu Patient:innen und Ihr Klinik- oder Praxisumfeld stetig Botschaften, die von Ihren Patient:innen interpretiert werden und ihr Handeln beeinflussen. In unserem Leitartikel „**Die Sprache der Patient:innen**“ beleuchten wir ab Seite 10 die aktuellen Störfaktoren, die eine gelungene Kommunikation erschweren und zeigen Ihnen anhand eines Praxisbeispiels, an welchen Stellschrauben es sich lohnt zu drehen, um bessere Voraussetzungen zu schaffen.

Wie ergeht es Praxen, die sich auf Menschen mit Behinderungen eingestellt haben? Mit welchen Hürden haben sie zu kämpfen, wenn es an die Abrechnung der Leistungen und des Mehraufwands geht? Darüber berichtet Dr. Daniel Jonas aus Dossenheim. Er ist Teil einer großen Gemeinschaftspraxis, die sich insbesondere auf den neuro-urologischen Bereich spezialisiert hat und Patient:innen mit Rückenmarksschädigungen oder anderen Verletzungen des zentralen Nervensystems behandelt. Erfahren Sie mehr ab Seite 42.

Natürlich beschäftigt sich die aktuelle Ausgabe auch mit dem nahenden DGU-Kongress und seinen Highlights. Prof. Dr. Christian Wülfing, der scheidende Pressesprecher der Deutschen



Gesellschaft für Urologie e. V. (DGU), berichtet im Interview über seine siebenjährige Amtszeit. Als potenzieller Nachfolger ist Prof. Dr. Axel Merseburger im Gespräch.

Welche Themen interessieren Sie? Melden Sie sich bitte proaktiv bei uns. In der nächsten Ausgabe greifen wir gerne wieder aktuelle Herausforderungen Ihrer alltäglichen Arbeit in den Praxen und Kliniken auf.

Ein Hinweis in eigener Sache: Zugunsten besserer Lesbarkeit und Verständlichkeit wird teilweise auf die geschlechtsspezifische Schreibweise ohne jede Diskriminierungsabsicht verzichtet. Alle Bezeichnungen von Personen oder Positionen in unseren Texten sind somit geschlechtsneutral zu verstehen.

Wir wünschen Ihnen viel Spaß beim Lesen unseres Magazins und freuen uns über Ihr Feedback an info@urologie-fuer-alle.de.

Beste Grüße

Daniel Hutwagner
Geschäftsführer der OpenMinded Webkonzepte GmbH
Ausführende Agentur der FFF-Kampagne

Inhaltsübersicht

▪ UROLOGIE INSIDE MAGAZIN 07 / SEPTEMBER 2022 ▪

Aus dem Verband

6

DGU INSIDE

Meldungen aus der Fachgesellschaft

8

BvDU INSIDE

Meldungen aus dem Verband

Titelthema

10

Die Sprache der Patient:innen

Von politischen Rahmenbedingungen, kommunikativen Störfaktoren und eigeninitiierten Chancen für eine gelungene Arzt-Patienten-Beziehung



20

Urologie im Norden – Praxis Neumünster

Interviewpartnerin: Julia Zierow, Praxismanagerin



24

Die Urologie als Vorreiter

Patienten-Kommunikation neu gedacht



Rund um die Urologie

30

Interview mit Prof. Dr. Christian Wülfing

Der Chefarzt der Urologie in der Asklepios-Klinik in Hamburg-Altona hört nach sieben Jahren als Pressesprecher der Deutschen Gesellschaft für Urologie e. V. (DGU) auf

34

Interview mit Prof. Dr. Thorsten Schlomm

„Ein Flugzeug darf auch nicht starten, wenn ein Pilot fehlt.“

Aus der Praxis

38

Urologie in Zahlen

Informationen zu Alters- und Beschäftigungsgruppen

42

Urologie an der Bergstraße

Dr. Jonas berichtet im Interview über die Spezialisierung auf Menschen mit Behinderung



48

Aussteller-Highlights

Das erwartet Sie auf dem DGU-Kongress 2022



Service

50 Service

Buchempfehlungen für Ihre Patient:innen

Psychosomatische Störungen, Urin, Blase, Beschneidung und mehr



56

Termine

Kongresse und Tagungen national

58

Vorschau und Impressum

Ausblick auf die kommende Ausgabe

Hinweis in eigener Sache

Zugunsten besserer Lesbarkeit und Verständlichkeit wird teilweise auf die geschlechtsspezifische Schreibweise ohne jede Diskriminierungsabsicht verzichtet. Alle Bezeichnungen von Personen oder Positionen in unseren Texten sind somit geschlechtsneutral zu verstehen.

fff.

▪ AUS DER FACHGESELLSCHAFT ▪

DGU Inside



74. DGU-Kongress: Hamburg Ahoi!

Was ist neu im Kongress-Programm? Wer nicht dabei ist, verpasst auch das neue CCH.

Mit großen Schritten bewegen wir uns auf das Highlight des urologischen Jahres in unseren Breitengraden zu: den 74. DGU-Kongress, der vom 21. bis 24. September 2022 seine Türen im Congress Center Hamburg (CCH) eröffnet, welches in mehr als fünf Jahren Bauzeit für knapp 300 Millionen Euro saniert wurde. Mit Erfolg: „Ein großartiger neuer Ort“, „ein Kongresszentrum, das mit seiner technischen Ausstattung und der flexiblen Raumnutzung neue Maßstäbe setzt“, „das neue CCH ist einzigartig, wegweisend, eines der modernsten und mit einer Gesamtfläche von 36.000 Quadratmetern größten Kongresszentren in Europa“, so wurde das Hamburger Veranstaltungszentrum gefeiert und wir sind alle schon sehr gespannt, was uns in diesem Herbst dort erwartet. Wer noch eine Idee für seine Praxisbeleuchtung sucht, sollte vor allem im Eingangsbereich des CCH die Augen offenhalten: Dort hängt die weltgrößte Pendelleuchte (Gewicht: 1,2 Tonnen), die es sicher auch in kleineren Ausführungen gibt.

Neues erwartet Sie auch in der Programmstruktur des 74. DGU-Kongresses nach der Devise „Mehr Mittwoch, weniger Samstag“. So bietet der Mittwoch, 21. September 2022, ein vollwertiges Programmangebot, inklusive Eröffnungsplenum, und am Sams-

tag, 24. September 2022, endet der Kongress bereits um 12:15 Uhr.

Mehr Interaktion ist ebenfalls angesagt: So stehen verstärkt interaktive Sitzungen im Format von interdisziplinären Boards mit Falldiskussionen und anschließenden „State of the Art“-Vorträgen auf dem Programm – zum Beispiel zum Thema Prostatakarzinom oder Beckenboden und auch in den AK-Foren werden vermehrt Fälle diskutiert.

Und es gibt noch einen neuen Trend: Beim kommenden DGU-Kongress wird unter der Leitung von Präsidentin Prof. Dr. Margit Fisch das Ende der rein männlich besetzten Panels, der sogenannten „Manels“, eingeläutet. Frauenbeteiligung auf möglichst vielen Podien heißt das Ziel!

Eine Kinderbetreuung wird es übrigens auch vor Ort im CCH geben.



Cranberry- Präparate helfen

Ihr Nutzen bei wiederkehrender Blasenentzündung ist nachgewiesen.

Schätzungen zufolge haben etwa zehn von 100 Frauen mindestens eine Blasenentzündung pro Jahr. Einige Frauen erkranken jährlich sogar dreimal oder häufiger an einer Blasenentzündung. Im Auftrag des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) wurde deshalb untersucht, ob es möglich ist, mit pflanzlichen Mitteln wiederkehrenden Blasenentzündungen vorzubeugen. Tatsächlich kommt das IQWiG zu dem Schluss, dass die präventive Einnahme von Cranberry-Produkten das Risiko für erneute unkomplizierte Blasenentzündungen reduzieren kann.

In ihrem jüngst veröffentlichten Abschlussbericht „Blasenentzündung: Helfen pflanzliche Mittel bei wiederkehrender Blasenentzündung?“ ziehen die Wissenschaftler:innen folgendes Fazit: Der präventive Einsatz von Cranberry-Präparaten kann bei Frauen mit unkomplizierter wiederkehrender Blasenentzündung sinnvoll sein. Denn im Vergleich mit einer Placebo-Behandlung ergibt sich auf Basis mehrerer randomisiert kontrollierter Studien ein Hinweis darauf, dass der Infekt dann nicht oder erst später wiederkehrt.

Ob auch andere pflanzliche Mittel vorbeugend wirken, kann der Abschlussbericht des IQWiG nicht sicher beurteilen. Auch zum Einsatz von Cranberry-Präparaten oder anderen pflanzlichen Präparaten zur Akutbehandlung von unkomplizierten wiederkehrenden Blasenentzündungen seien nur wenige Daten verfügbar, aus denen sich keine Nutzensaussage ableiten lasse.



Quelle: Pixabay

Neue Forschung: Kommt die Pille für den Mann?

Trotz jahrzehntelanger weltweiter Forschung gibt es bisher keine Antibaby-Pille für den Mann. Ist jetzt womöglich der Durchbruch gelungen?

Eine neue Studie aus den USA jedenfalls macht Schlagzeilen: Wissenschaftler:innen der Universität von Minnesota haben einen nicht-hormonellen Wirkstoff entwickelt, der die Spermienbildung verhindern und keine Nebenwirkungen haben soll. Damit verfolgen sie einen anderen Ansatz als die bisherige Forschung.

Hormonelle Präparate zeigten in Studien, ähnlich wie die Antibabypille für Frauen, Nebenwirkungen wie Gewichtszunahme, Depressionen und ein erhöhtes Risiko für Herz-Kreislauf-Krankheiten.

Statt des Hormons Testosteron nehmen die Forschenden aus Minnesota das Vitamin A ins Visier. Es gelang ihnen, mithilfe einer Substanz namens „YCT529“ die Zeugungsfähigkeit von männlichen Mäusen um 99 Prozent zu reduzieren. „YCT529“ blockiert demnach Teile des sogenannten RAR-Gens, das die Bildung von Vitamin A und damit auch die Zellerneuerung und die Spermienbildung steuert.

Bei Mäusen funktionierte der Versuch mit dem „Vitamin A-Blocker“: Vier Wochen nach der ersten Gabe verhinderte die Substanz eine Schwangerschaft und zeigte keine offensichtlichen Nebenwirkungen. Zwei Wochen nach dem Absetzen des Präparats regenerierte sich die Zeugungsfähigkeit der männlichen Mäuse, nach vier Wochen war sie wieder hergestellt.

Studien am Menschen sollen allerdings erst Ende des Jahres 2022 beginnen.

▪ AUS DEM VERBAND ▪

BvDU Inside



Praxis mit Partnern: Gewerbesteuer kann drohen

Redaktion Finanzen, Recht & Gesetz

Wenn in einer Praxis nicht alle Gesellschafter freiberuflich tätig sind, kann Gewerbesteuer fällig werden. Das Urteil trifft u. a. Berufsausübungsgemeinschaften.

Wenn z. B. einer der Ärzte für die Organisation, Verwaltung und Leitung der Praxis zuständig ist und nur noch in geringem Umfang eigene (zahn-)ärztliche Beratungs- und Behandlungsleistungen am Patienten erbringt, kann die Praxis insgesamt als Gewerbebetrieb eingestuft werden. Die Praxis wird damit gewerbesteuerpflichtig. Das hat am 12.04.2022 (Az.: 4 K 1270/19) das Finanzgericht Rheinland-Pfalz entschieden.

So kam es zur Entscheidung

Urteil des Finanzgerichts Rheinland-Pfalz

In Rheinhessen hatten sich mehrere approbierte Zahnärzte zu einer Partnerschaftsgesellschaft zusammengeschlossen. Im Streitjahr erzielte die Praxis Umsatzerlöse von rund 3,5 Millionen Euro. Von dieser Summe entfielen nur ca. 900 Euro auf einen der sogenannten Seniorpartner. Dieser war hauptsächlich für die Organisation, Verwaltung und Leitung der Praxis zuständig. Nach einer Betriebsprüfung vertrat das Finanzamt die Auffassung, dass die Einkünfte der Partnerschaft nicht mehr als freiberuflich, sondern als Einkünfte aus Gewerbebetrieb zu qualifizieren seien. Bei einer freiberuflichen Personen- oder Partnerschaftsgesellschaft müsse jeder Gesellschafter die Merkmale selbstständiger Arbeit in eigener Person erfüllen. Dagegen klagte die Praxis, aber ohne Erfolg.



Das sagt das Gericht

Freiberufliche Tätigkeit muss gewährleistet sein

Bei einer Partnerschaft muss jeder Gesellschafter in eigener Person die Hauptmerkmale des freien Berufes erfüllen. Er muss also nicht nur über die persönliche Berufsqualifikation verfügen, sondern die freiberufliche Tätigkeit tatsächlich auch entfalten. Dabei muss die Tätigkeit durch die unmittelbare, persönliche und individuelle Arbeitsleistung des Berufsträgers geprägt sein. Diese Tätigkeit kann nach Ansicht der Richter nicht durch eine – auch nicht besonders intensive – leitende Tätigkeit ersetzt werden, wie z. B. Organisation des Sach- und Personalbereichs, Arbeitsplanung, Arbeitsverteilung, Aufsicht über Mitarbeiter und deren Anleitung und die stichprobenweise Überprüfung der Ergebnisse.

Ein Arzt schulde eine höchstpersönliche und individuelle Arbeitsleistung am Patienten und müssten deshalb einen wesentlichen Teil der ärztlichen Leistungen selbst erbringen. Grundsätzlich sei zwar eine gewisse Arbeitsteilung bzw. „Teamarbeit“ unschädlich. So könne der Arzt z. B. in „Routinefällen“ die jeweils anstehenden Voruntersuchungen bei den Patienten durchführen, die Behandlungsmethode festlegen und sich die Behandlung „problematischer Fälle“ vorbehalten bzw. die Erbringung der eigentlichen ärztlichen Behandlungsleistung an angestellte Ärzte delegieren.

Erforderlich sei aber, dass sich jeder Gesellschafter kraft seiner persönlichen Berufsqualifikation an der „Teamarbeit“ im arzttypischen Heilbereich beteilige. Übernehme er nahezu nur kaufmännische Leitungs- oder sonstige Managementaufgaben, sei er nicht freiberuflich, sondern gewerblich tätig. Dies führe dazu, dass die gesamte Tätigkeit der Partnerschaft als gewerblich anzusehen sei. Denn wenn Gesellschafter einer Personengesellschaft

teilweise freiberuflich und teilweise gewerblich tätig seien, so sei ihre Tätigkeit nach § 15 EStG insgesamt als gewerblich zu qualifizieren. Die Tätigkeit des gewerblich tätigen Arztes „infinziere“ die Tätigkeit der freiberuflichen Ärzte.

Quelle: VirchowBund: Rechtsnews

COVID-19-Pandemie:

**GOÄ-Hygienepauschale Nr. 383
endete zum 31. März 2022 (4. April 2022
SgDU Redaktion Corona-Virus, Hygiene)**

Die meisten in Zusammenhang mit Corona stehenden Sonderregelungen in den EBM-Leistungen liefen zum 31. März 2022 aus, wie zum Beispiel die Vereinbarung zur Berechnung aufwändiger Hygienemaßnahmen entsprechend der GOÄ-Nr. 383. Für Leistungen, die ab dem 1. April 2022 erbracht werden, ist somit keine GOÄ-Hygienepauschale mehr berechenbar. Die Möglichkeiten der Nutzung des Gebührenrahmens nach § 5 GOÄ (Steigerung) und der Auslagenberechnung nach § 10 bestehen weiterhin. Bei ärztlichen Leistungen, die über den 2,3-fachen Faktor gesteigert werden, müssen entsprechende individuell auf Patient und Leistung bezogene Steigerungsgründe vorliegen. Bei der Auslagenberechnung sind die bekannten Kriterien des § 5 GOÄ zu prüfen.

Einzig die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), einschließlich der SVLFG als Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft, verlängerte sowohl die Abrechnung der Hygienepauschale als auch die Corona-Sonderregelungen bis zum 30. Juni 2022. Maßgeblich für die Abrechnung des Hygieneaufschlags ist weiterhin das Datum des vollständigen Rechnungseingangs bei den UV-Trägern.

Quelle: PVS, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)

▪ TITELTHEMA ▪

Die Sprache der Patient:innen

Von politischen Rahmenbedingungen, kommunikativen Störfaktoren und eigeninitiierten Chancen für eine gelungene Arzt-Patienten-Beziehung



Quelle: Shutterstock / Inside Creative House

Wachsender Fachkräfte-, Personal- und Nachwuchsmangel bei gleichzeitig zunehmender Multimorbidität: Beim 126. Deutschen Ärztetag im Mai 2022 sprach sich der Präsident der Ärztekammer, Dr. Klaus Reinhard, für weitgehende Reformen bei der Finanzierung von Kliniken, der Planung der Krankenhauslandschaft und der Zusammenarbeit von Praxen und Kliniken aus. Darüber hinaus warnte er vor der baldigen Ruhestandswelle und forderte die Länder auf, umgehend 6.000 neue Studienplätze zu schaffen.¹ Die administrativen Anforderungen nehmen über-

hand, der wirtschaftliche Druck steigt, die starken Jahrgänge verabschieden sich schrittweise in die Rente und gleichzeitig muss sich die medizinische Versorgung auf einen demografisch bedingten Ansturm von Patient:innen einstellen.

Gesundheitssystem mit Lücken

Leistungsstark, sicher, bewährt – diese drei Merkmale ordnet das Bundesgesundheitsministerium dem deutschen Gesundheitssys-

tem, das nach dem Selbstverwaltungsprinzip funktioniert, zu. Der Staat erlässt Gesetze und Verordnungen, gibt mit ihnen einen Handlungsrahmen vor und das Gesundheitswesen gestaltet diesen aus.² Doch auch was sich ehemals bewährt hat, unterliegt dem gesellschaftlichen Wandel und muss sich den Herausforderungen der Zukunft stellen. Für Kommunikation ist im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM-Katalog) keine Abrechnungsnummer vorgesehen. Catrin Steiniger, amtierende Präsidentin des Berufsverbands der Deutschen Urologen e. V. (BvDU), sieht darin ein deutliches Defizit: Kommunikation ist das eigentlich Entscheidende in Behandlung und Therapie. Der BvDU und andere Verbände kämpfen seit Jahren dafür, dass die sprechende Medizin als Leistung im EBM-Katalog abgebildet wird.“

Dringender Reformbedarf besteht auch bei der Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ), welche zuletzt 1982 neu verfasst wurde. Nach jahrelanger Abstimmung zwischen Ärzteschaft, privaten Krankenkassen und Beihilfe überreichte Präsident Dr. Reinhard beim Ärztetag 2022 stellvertretend die „erste gedruckte Neufassung“, welche in Zusammenarbeit mit Fachgesellschaften und Berufsverbänden entstanden war, an Prof. Dr. Karl Lauterbach.³ Der eindeutige Auftrag an den Bundesgesundheitsminister das Umsetzen der Reform bis Ende 2022.⁴

Im Schnitt 7,6 Minuten

In seiner damaligen Rolle als Präsident der Ärztekammer Berlin und Vorsitzender des Ausschusses „Qualitätssicherung“ der Bundesärztekammer forderte Dr. med. Günther Jonitz bereits 2017: „Wir brauchen mehr Zeit für Patientengespräche“.⁵ Im selben Jahr erschien im Fachmedium BMJ eine Metaanalyse, die aufzeigte, wie viel Zeit sich Allgemeinmediziner:innen für ihre Patient:innen im internationalen Vergleich nehmen. Das eindeutige Ergebnis: Die Höhe der Ausgaben des jeweiligen Gesundheitssystems hängt nicht unbe-



Quelle: Pixabay

dingt mit der ermittelten Dauer zusammen.⁶ Im EU-Vergleich leistet sich Deutschland die höchsten Gesundheitsausgaben. Der Anteil am Bruttoinlandsprodukt (BIP) lag 2020 bei 13,1⁷ und 2019 im Referenzjahr bei 11,7 Prozent. Im EU-Durchschnitt lagen die Gesundheitsausgaben bei 9,9 Prozent des BIP.⁸ Trotz der vergleichsweise hohen Ausgaben dauert ein Besuch bei Allgemeinmediziner:innen in Deutschland im Schnitt lediglich 7,6 Minuten. Mit diesem Ergebnis landet die Bundesrepublik im internationalen Vergleich im Mittelfeld, wobei den Patient:innen in anderen EU-Ländern deutlich größere Zeitfenster zur Verfügung stehen (z. B. Schweden 21 Minuten, Portugal 15 Minuten, Polen 10 Minuten).⁶ Wenig Zeit, um eine Arzt-Patienten-Beziehung aufzubauen. Diese ist jedoch für den Verlauf der Behandlung elementar.

Schlechte Kommunikation schadet Praxen

Eine gute Kommunikation zwischen beiden Parteien bildet die Grundvoraussetzung für eine positiv geprägte Beziehung. Das Gespräch

gilt als eines der wichtigsten Instrumentarien, um Patient:innen eine präferierte Behandlung oder Alternativen darzulegen. Mangelhafte Kommunikation im Gesundheitswesen verursacht immer wieder Behandlungsfehler. Eine globale Studie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) berichtete 2013 im BMJ Quality and Safety, dass sich im Gesundheitswesen weltweit etwa 43 Millionen Schadensfälle pro Jahr ereignen. Etwa zwei Drittel davon basierten auf vermeidbaren menschlichen Fehlern – und bis zu 80 Prozent hiervon seien auf schlechte Kommunikation zurückzuführen.¹⁰

Wenn sich Patient:innen bei Verständnis-schwierigkeiten nicht trauen, nachzuhaken oder ein brechend volles Wartezimmer den Arbeitsdruck erhöht, entstehen Störfaktoren in der Kommunikation. Aber der Fachkräfte-, Personal- und Nachwuchsmangel, ein erhöhtes Aufkommen an Patient:innen, das reformierungsbedürftige Gesundheitssystem und hohe administrative Anforderungen an Ärzt:innen stehen als Hürden zwischen theoretischem Wissen und praktischer Handhabung.

Demografischer Wandel heizt das Aufkommen an Patient:innen in der Urologie an

Der demografische Wandel trifft die Urologie in besonderem Maße, da das Durchschnittsalter der Patient:innen in diesem Fachgebiet vergleichsweise höher liegt. Die Ärztestatistik 2021 bestätigt darüber hinaus das bekannte Dilemma: Bei der Gesamtanzahl berufstätiger Urolog:innen lässt sich mit einer prozentualen Steigerung von 1,9 Prozent und 261 neuen Facharztanerkennungen zwar weiterhin ein positiver Trend erkennen, aber mit einem Ü-60-Anteil von knapp über 23 Prozent halten sich die Zu- und Abgänge bei Weitem nicht die Waage.¹¹ Die Voraussetzungen sind alles andere als optimal. Wie können Ärzt:innen dennoch Zeit für ihre Patient:innen schaffen und diese dann auch bestmöglich nutzen?

Der Personal-mangel setzt Praxen und Kliniken zu

Kommunikation als Grundlage der Arzt-Patienten-Beziehung

„Man kann nicht nicht kommunizieren.“¹² Das bekannte Axiom von Paul Watzlawick ist Risiko und Chance zugleich, denn „jede Kommunikation (nicht nur mit Worten) ist Verhalten und genauso wie man sich nicht nicht verhalten kann, kann man nicht nicht kommunizieren.“¹² Übertragen in den Praxis- oder Klinikalltag bedeutet das, dass auch der Eindruck beim Betreten der Praxis oder die Annahme von Patient:innen bereits Teil der Kommunikation sind. Spüren Patient:innen eine angespannte Grundstimmung oder erfahren sie eine „schnelle Abfertigung“, möchten sie die Zeit des Arztes vielleicht nicht weiter strapazieren. Infolgedessen erzählen sie im Anamnesege-spräch nur lückenhaft von ihren Beschwerden oder stellen keine Rückfragen. Gleichfalls lässt sich mit einer netten Begrüßung oder einem zugewandten Blick im Gespräch auch ohne zusätzlichen Zeitaufwand vermitteln: Jeder einzelne Patient, jede einzelne Patientin ist wichtig und wird mit seinem/i ihrem Anliegen ernst genommen.

Watzlawick unterscheidet in der Kommunikation zwischen der Inhalts- und der Beziehungsebene. Auf der Inhaltsebene werden reine Informationen übermittelt und auf der Beziehungsebene wird diese Information anhand von Gestik, Mimik und Tonfall des Senders

vom Empfänger interpretiert.¹² Verstecken sich Ärzt:innen während des Gesprächs hinter dem PC-Bildschirm? Geben sie den Patient:innen die Hand? Werden Patient:innen freundlich mit Namen angesprochen? All das, also die implizierte Haltung, wird neben den sachlichen Informationen übermittelt und hinterlässt auf Seite der Patient:innen einen positiven oder negativen Eindruck.

Das Arzt-Patienten-Gespräch

„Der alte Arzt spricht Lateinisch, der junge Arzt spricht Englisch. Der gute Arzt spricht die Sprache des Patienten.“¹³ Das Zitat von Prof. Dr. Ursula Lehr, Bundesministerin für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (1988 bis 1991), bringt die ideale Beziehungsform zwischen Patient:innen und Ärzt:innen sprachlich auf den Punkt. Neben den fachli-

chen Kenntnissen wünschen sich Patient:innen von Ärzt:innen eine Kommunikation auf Augenhöhe. Das Arzt-Patienten-Gespräch bildet die Grundlage für die Anamnese, Diagnostik und Therapie oder Weiterbehandlung. In diesem Gespräch nehmen Ärzt:innen Informationen wie Beschwerden, Symptome und soziales Umfeld auf. Daneben vermitteln auch sie bei der Erläuterung der weiteren Vorgehensweise Informationen – bspw. zum Therapieansatz, zu Arzneimittelwirkungen oder zu Kontakt- und Selbsthilfestellen.¹³ Dabei ist es wichtig, dass Ärzt:innen eine möglichst „einfache Sprache“ wählen, um Diagnosen und Therapien transparent zu erklären und den Patient:innen Gelegenheit zum Einholen zu geben. Neben der sachlich verständlichen Vermittlung medizinischer Inhalte ist auf der Beziehungsebene, auch mittels Mimik und Gestik, die innere Haltung gegenüber dem Patienten von Bedeutung.

Anzeige



Erleada®
(apalutamide) tablets

www.ERLEADA.de

Janssen-Cilag GmbH
www.janssen.com/germany

CP-270349

janssen Oncology
PHARMACEUTICAL COMPANIES OF **Johnson & Johnson**

Vier goldene Regeln

Prof. Dr. Ulrich Schwantes formulierte für die Kampagne „Lass dich nieder“, die den Ärztenachwuchs über die Vorteile einer Niederlassung informieren möchte, vier „goldene Regeln“ für eine aus seiner Sicht gelungene Patientenkommunikation:

1. Akzeptanz

Patient:innen so akzeptieren, wie sie sind – mit allen Stärken und Schwächen. Mindset ändern: Es gibt keine schwierigen Patient:innen, sondern nur sehr unterschiedliche und alle erhalten die bestmögliche Behandlung.

2. Wertschätzung

Den Patient:innen stets eine grundsätzliche Wertschätzung entgegenbringen. Gedanken wie „Jetzt rede ich mir den Mund fusselig und dann macht er/sie das doch nicht“ kommen unterbewusst beim anderen an – auch, wenn sie nicht verbalisiert werden. Und das Gegenüber denkt dann: „Der Doktor traut mir nicht zu, dass ich das schaffe, dann mache ich das auch nicht.“

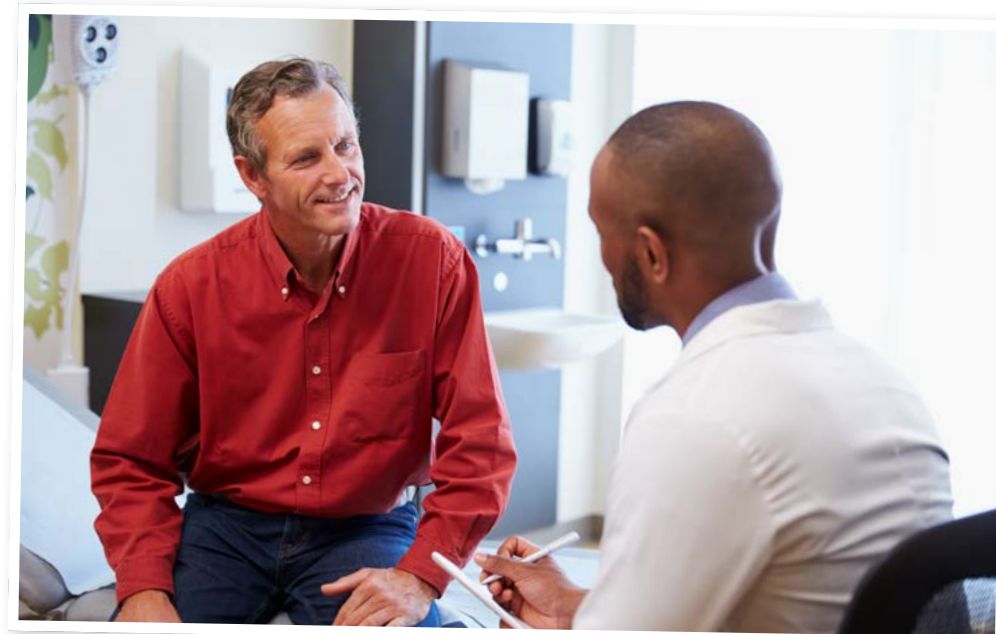
3. Respekt

Auf Augenhöhe mit den Patient:innen kommunizieren. Dazu gehört auch im wörtlichen Sinne, sich bei einem Gespräch mit Menschen im Rollstuhl hinzusetzen. Die Meinung der Patient:innen respektieren. Weg vom Anordnen hin zu einer gemeinsamen Entscheidungsfindung, die darauf basiert, was für den Patient/die Patientin machbar ist.

4. Zuhören

Ein Arzt sollte ein grundlegendes Interesse an seinem Gegenüber haben. Besonders an seinem Befinden, nicht nur an seinen Befunden. „Ich (Prof. Ulrich Schwantes) will meine Patienten verstehen. Ich frage nach. Und höre zu, was sie mir zu sagen haben.“¹⁴

Neben Störfaktoren auf der Sach- und Beziehungsebene können auch sprachliche Barrieren die Kommunikation erschweren oder gar unmöglich machen. Vor allem Patient:innen mit Migrationshintergrund haben oft grundlegende Probleme, ihre Beschwerden mitzuteilen und die dazugehörige Diagnose zu verstehen.



Quelle: Shutterstock / Monkey Business Images

Dolmetscher im Einsatz

Ohne differenziertes Sprachverständnis auf Seite der Patient:innen können Ärzt:innen ihren Informations- und Aufklärungspflichten nach Paragraph 630c BGB und Paragraph 630e BGB nicht ausreichend nachkommen. Ergebnisse der Migrationsforschung ergeben, dass unzureichend gelöste Kommunikationsbarrieren zu einer Beeinträchtigung der medizinischen Versorgungsqualität, einer negativen Wirkung auf die Zufriedenheit von Patient:innen und Mitarbeiter:innen sowie zu Fehl-, Unter- und Überversorgung führen können. Deswegen fordern die Delegierten des 126. Deutschen Ärztetages in Bremen, dass Patient:innen mit mangelhaften Deutschkenntnissen möglichst bald ein Anrecht auf die Übernahme von Dolmetscherkosten in der medizinischen Versorgung erhalten sollen.¹⁵

Schambehaftete Themen in der Urologie

Mit seinem breiten Spektrum birgt das Fachgebiet Urologie eine Vielzahl schambehafteter Themen, die eine besonders sensible Gesprächsführung erfordern. FFF-Projektmanagerin Christiane Haase kennt die Sorgen und Nöte aus Sicht der Patient:innen, weiß aber auch um die Situation der Ärzt:innen: „Häufig ist das Sprechen über Geschlechtssteile oder auch Geschlechtskrankheiten nicht gelernt. Schmerzen und Symptome werden dann häufig zunächst unkonkret mit ‚da unten rum‘ umschrieben. Manche Ärzt:innen hingegen werfen mit Fachtermini um sich und schon ist das Missverständnis vorprogrammiert.“ Diese Einschätzung bestätigt Carolin Siech, Vorsitzende der German Society of Residents in Urology (GeSRU): „Kommunikation ist das Fundament für Beziehungen und gegenseitiges Vertrauen. Nur wenn es mir gelingt, meinen Patient:innen ihre Befunde adäquat zu erklären, können sie verstehen, wieso welche Therapiestrategie

Vertrauen zwischen Ärzt:innen und Patient:innen ist gerade in der Urologie extrem wichtig

zum aktuellen Zeitpunkt sinnvoll ist“. Folglich gilt für die Urologie in besonderem Maße, dass gelungene Kommunikation ein überdurchschnittliches Vertrauen auf Patientenseite und ein besonderes Einfühlungsvermögen von Seiten der Ärzt:innen voraussetzt.

Außerdem sieht Christiane Haase in dem Zusammenhang einen deutlichen Geschlechterunterschied: „Vor allem Männer haben eine große Hemmschwelle, einen Arzt aufzusuchen und wenn sie sich überwinden, ist es natürlich wichtig, sie auch entsprechend mit ihren Sorgen und Ängsten abzuholen. Wenn das dem Urologen/der Urologin wiederum gut gelingt, kann es sein, dass sich die Männer in Zukunft öfters dort als bei ihrem Allgemeinarzt einfinden. Frauen wiederum akzeptieren immer wieder gewisse Beschwerden, da sie denken, dass es ‚nicht der Rede wert ist‘ oder eben zum Kinderkriegen oder Altern dazugehört. Da werden ein schwacher Beckenboden oder Inkontinenz jahrelang hingenommen, bevor man eine urologische Praxis aufsucht.“

Patientenkommunikation im Praxisalltag

Prof. Dr. Jens Rassweiler hat in der ersten Jahreshälfte 2022 die SLK Kliniken in Heilbronn verlassen und betreibt nun eine Praxis für Privatpatient:innen: „Ohne Zweifel geht die

Arzt-Patienten-Kommunikation zunehmend in der Arbeitshektik des Klinikalltags unter. Den Unterschied erlebe ich gerade in meiner Privatpraxis. Dies fängt mit dem Praxisumfeld an und hört mit der geplanten Behandlungs- und Gesprächszeit von 30 Minuten auf.“ Aus seiner Sicht tragen neben der Schulung von Ärzt:innen vor allem auch das Umfeld und die Zeitplanung zu einer positiven Gesprächssituation bei. Catrin Steiniger bekräftigt ebenfalls, dass ein besseres Praxismanagement zu einer besseren Arzt-Patienten-Beziehung führen kann: „Man sollte nie in Selbstgefälligkeit verfallen. Auch einem eingespielten Praxisteam sollten Schulungen angeboten werden, um Schwachstellen, aufzudecken und in der Folge besser agieren zu können. Ich persönlich führe in meiner Praxis beispielsweise Schulungen zur Gesprächsführung durch.“ GeSRU-Vorsitzende Siech erachtet darüber hinaus digitale Tools als Möglichkeit, die Arzt-Patienten-Kommunikation zielgerichteter zu gestalten.

Zeitmanagement und Praxisumfeld im Fokus

Über das Praxisumfeld im Sinne eines ganzheitlichen Praxiskonzepts, das die Kommunikation, die Verwaltung und das Prozessmanagement beinhaltet, hat sich auch Tim Berke, Inhaber der Praxis „Urologie im Norden“, viele Gedanken gemacht. Er möchte in erster Linie für seine Patient:innen da sein. Um mehr Zeit für seine originäre ärztliche Tätigkeit zu haben, hat er eine Praxismanagerin eingestellt. Julia Zierow verschafft ihrem Chef das nötige Behandlungszeitfenster und gestaltet darüber hinaus die Prozesse im Hintergrund patientengerecht und mitarbeiterfreundlich. Der folgende Textabschnitt beleuchtet beispielhaft die Umstrukturierung der Praxis und die dadurch entstandenen Möglichkeiten, besser auf die Patient:innen einzugehen (das vollständige Interview



Quelle: Shutterstock / Ground Picture

Praxisbeispiel „Urologie im Norden“

Empathische Gesprächsführung steht an erster Stelle in der Leistungsbeschreibung von Urologe Tim Berke, wenn man sein jameda-Profil aufruft. „Dem Praxisinhaber ist gute Kommunikation sehr wichtig, also sowohl mit den Patient:innen als auch mit den Teammitgliedern, denn so wie wir untereinander miteinander umgehen, so gehen dann auch wiederum die Mitarbeiterinnen mit den Patient:innen um“, berichtet Praxismanagerin Julia Zierow. Ihren Arbeitsalltag gestalten Berke und Zierow praxisnah und direkt: „Wir arbeiten sehr eng zusammen und tauschen uns einmal in der Woche in einem Meeting aus. Da kann es um die BWA, strategische Themen oder die Vorbereitung des ebenfalls wöchentlich stattfindenden Team-Meetings gehen. Neben meinem Tisch hängt ein großes Whiteboard, das nutzt Herr Berke auch zwischen den Patiententerminen, um Ideen zu notieren, die ich bis zur nächsten Besprechung aufbereite.“

Die Praxisprozesse, die in direkter Verbindung zu den Patient:innen stehen, haben Zierow und Berke einmal komplett auf links gedreht – vom neuen Praxisnamen über das dazugehörige Corporate Design bis hin zu bestimmten Ver-

haltensmustern. Mit kleinen Veränderungen wurden ein regionaler Bezug und ein gewisser Wohlfühlfaktor geschaffen. „Das Wörtchen ‚Moin‘ zieht sich durch unsere Kommunikation hindurch. Wir begrüßen unsere Patient:innen damit vor Ort und unsere Bandansage beginnt auch mit ‚Moin und herzlich willkommen bei der Praxis Urologie im Norden‘.“

Kommunikation vor dem Termin

Großer Zeitfresser und Unmutsfaktor im Praxisalltag: das hohe Telefonaufkommen. Ein Online-Termin-Buchungstool, eine im System überarbeitete Telefonanlage und Frau Zierow selbst als Puffer in der Primetime zwischen 8:00 und 9:00 Uhr sorgen an dieser Stelle für Entlastung. „Für reine Terminbuchungen wird unser Online-Termin-Buchungstool mittlerweile sehr gut angenommen. Ich kenne kaum junge Patient:innen, die noch das Telefon in die Hand nehmen, um einen Termin zu vereinbaren. Selbst Fragen oder Anmerkungen lassen sich hinzufügen, sodass wir die Patient:innen gezielt zurückrufen können“, erklärt die Praxismanagerin. Ansonsten verweisen die Telefonansagen und die Website auch auf eine mögliche E-Mail-Kommunikation, wobei Befunde und Werte aus Datenschutzgründen auf diesem Weg natürlich nicht übermittelt werden dürfen. Für diese Art von sensiblen Daten testet das Team gerade Funktionen im Verwaltungssystem.

Ein Tag vor dem Termin erhalten die Patient:innen eine Terminerinnerung per SMS. Diese Dienstleistung wird als Service geschätzt und hat die No-Show-Rate laut Zierow deutlich reduziert.

Kommunikation in der Praxis

Die Kommunikation vor Ort wird mit einem Praxisfernseher unterstützt, auf dem eine PowerPoint-Präsentation mit Praxisinformationen hinterlegt ist. Aktuell arbeitet die Praxis „Urologie im Norden“ mit keinem Dienstleister für Wartezimmerkommunikation zusammen, sondern erstellt alle Inhalte in Eigenregie. Daneben gibt es Aufklärungsblätter, auf denen zum Beispiel die IGeL-Leistungen erläutert und die dazugehörigen Preise transparent kommuniziert werden. Patient:innen mit Befund erhalten entsprechendes Informationsmaterial, um sich zu Hause noch einmal damit auseinanderzusetzen zu können und um dann in einem Anschlusstermin gemeinsam mit dem Arzt eine entsprechend aufgeklärte Entscheidung treffen zu können – es sei denn, die Lage erfordert direktes Handeln.

Kommunikation bei/nach Verlassen der Praxis

Im Anschluss an den Besuch erhalten die Patient:innen eine kleine Karte mit QR-Code und der Bitte, die Praxis online zu bewerten. Zierow kommt ursprünglich aus dem Hotelmanagement, wo Bewertungen gang und gäbe sind: „Wir fordern das Online-Feedback aktiv heraus und arbeiten konstruktiv damit. Gerade bei einem negativen Kommentar möchten wir natürlich erfahren, wie das negative Erlebnis zustande gekommen ist und wie wir die Situation klären können.“ Zierow ordnet die Praxis „Urologie im Norden“ als eher klein ein, aber die Umstrukturierung hat gezeigt, dass sich die Einführung ihrer Position auch in verhältnismäßig kleineren Praxen rentiert.

mit Praxismanagerin Julia Zierow finden Sie im Anschluss).

Es muss menschlich sein

Neben den beschriebenen Tools, welche die Praxis „Urologie im Norden“ für sich als sinnvoll eingestuft hat, gibt es natürlich noch eine ganze Bandbreite an Möglichkeiten, um das Umfeld und das Zeitmanagement für eine bessere Patientenkommunikation aktiv zu gestalten. Viele Praxen arbeiten mittlerweile bei der Eingabe von Daten ihrer Patient:innen mit Tablets, legen thematisch passende Flyer, Poster sowie Wartezimmermagazine aus und stellen weiterführende Informationen auf ihrer Webseite oder im Rahmen eines Newsletters zur Verfügung.

„Letztendlich ist es egal, mit welchen Tools Sie arbeiten. Wenn die Praxisphilosophie, also die Haltung des Personals zueinander und den Patient:innen gegenüber, nicht stimmt, wird es schwierig, eine vertrauensvolle Basis zu schaffen. Das heißt, es liegt auch viel an der Persönlichkeit des Praxisinhabers oder der Praxisinhaberin. Welche Werte, welche Grundstimmung bringt diese Person in gewisser Weise als Vorbild mit oder setzt diese aufgrund dessen voraus? Auf einem soliden Fundament lässt sich dann vieles aufbauen“, gibt Julia Zierow abschließend zu diesem Praxiseinblick auf den Weg. Doch trotz der Vielzahl bestehender Kommunikationstools hat eine aktuelle Umfrage des Meinungsforschungsinstituts Forsa im Auftrag des AOK-Bundesverbandes ergeben, dass qualitativ hochwertige und gesicherte Gesundheitsinformationen für viele Bürger:innen schwer zu finden sind.¹⁶ An dieser Stelle besteht folglich noch Nachbesserungsbedarf. Einen wichtigen Beitrag leisten hier Stiftungen und Kampagnen im Gesundheitsbereich wie „Urologie für alle“. Mit ihrer Aufklärungsarbeit können sie als erste Anlaufstelle für Informationen dienen und von Ärzt:innen entsprechend weiterempfohlen werden. Die DGU, die GeSRU sowie der BvDU leisten als Fachverbände

Gesicherte Gesundheitsinformationen für Patient:innen sind absolut notwendig

ebenfalls wertvolle Arbeit, um Patient:innen qualifizierte Informationen zu liefern.

Kann man die Sprache der Patient:innen lernen?

„Es ist nicht genug, zu wissen, man muss auch anwenden. Es ist nicht genug, zu wollen, man muss auch tun“, sagte bereits Johann Wolfgang von Goethe. Übertragen auf das Thema Patientenkommunikation verdeutlicht das Zitat die Verkettung von Wissen, Motivation und tatsächlichem Handeln, um im eigenen Wirkungskreis eine Veränderung anzustoßen.

Die direkte Arzt-Patienten-Kommunikation kann beispielsweise in speziellen Schulungen trainiert werden. Prof. Dr. Rassweiler erinnert sich, dass während seines Studiums zwar Kurse für Psychosomatik und Psychologie, aber keine praktischen Gesprächsübungen angeboten wurden. Wohingegen heutzutage Kommunikation im Medizinstudium an Bedeutung gewinnt: „Angefangen mit den klassischen Anamnesekursen im vorklinischen Studienabschnitt soll im zukünftigen neuen Studiengang ein Kommunikationscurriculum verankert werden“, ergänzt Siech. Diese Softskills lassen sich aber auch im fortgeschrittenen Berufsleben erwerben oder auffrischen. Catrin Steiniger nennt in diesem Zusammenhang die Zusatzqualifikation Psychosomatische Grundversorgung, welche sie auch selbst absolviert hat: „Neben guter Gesprächsführung

und Beziehungsgestaltung lernt man dort, wie die eigene Arztpersönlichkeit den Gesprächsverlauf formt und kann auf dieser Grundlage sein Verhalten anpassen“. Darüber hinaus gibt es Vorträge, Workshops und Leitfäden, die sich an die gesamte Ärzteschaft richten.

Neben der direkten Kommunikation bieten das Zeitmanagement und das Umfeld, welches einen großen Einfluss auf die indirekte Kommunikation hat, Potenzial für Veränderung. Letztendlich gilt es, alle drei Faktoren zu analysieren und im nächsten Schritt zu überlegen, an welchen Stellen es sich lohnt, das bestehende System zu verändern – sei es durch die Neueinstellung einer Praxismanagerin/eines Praxismanagers, die Einführung eines Online-Termin-Buchungssystems und regelmäßige Team-Meetings oder durch das Festlegen eines gemeinsamen Kommunikationskodex im Sinne eines Praxis-Leitbilds.

Nachdem die ersten neuen Maßnahmen festgelegt wurden, gilt es, diese als Team umzusetzen und dafür einzustehen. Wie Julia Zierow im vorangegangenen Praxisteil erläuterte, steht und fällt die Umsetzung mit der Einstellung und Wertschätzung des/der Praxisinhabers/-inhaberin bzw. – auf den Klinikalltag projiziert – der leitenden Positionen. „Wesentlich ist

aber auch, den Druck vom Kessel der medizinischen Versorgung zu nehmen, sonst wird sich trotz bester Schulung nicht viel am Status quo ändern“, appelliert Prof. Dr. Rassweiler an die politischen Instanzen. Dennoch: Bereits die Sensibilisierung und die damit einhergehende Aufmerksamkeit für ein Thema schaffen Relevanz und in Folge wachsende Einsicht, die wiederum als Grundlage für ein Umdenken dient und damit den Weg für einen Neuanfang ebnet.

¹ www.bundesärztekammer.de/presse/aktuelles/detail/kommerzialisierungsdruk-aerztetag-beschliesst-massnahmenkatalog

² www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/200629_BMG_Das_deutsche_Gesundheitssystem_DE.pdf

³ www.aerzteblatt.de/nachrichten/134512/Neue-Gebuehrenordnung-fuer-Aerzte-an-Lauterbach-uebergeben

⁴ www.bundesärztekammer.de/presse/aktuelles/detail/goae-jetzt-umsetzen

⁵ www.aerzteblatt.de/nachrichten/79329/Wir-brauchen-mehr-Zeit-fuer-Patienten-gespraeche

⁶ www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/Deutsche-Aerzte-nehmen-sich-rund-sieben-Minuten-Zeit-pro-Patient-298572.html

⁷ www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/04/PD22_153_236.html;jsessionid=B211DD896E92A07924B39C0318891FB8.live?11

⁸ www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/aerzte-haben-laut-weltweiter-analyse-nur-wenige-minuten-pro-patient-a-1176897.html

⁹ www.destatis.de/Europa/DE/Thema/Bevoelkerung-Arbeit-Soziales/Gesundheit/Gesundheitsausgaben.html

¹⁰ www.aerzteblatt.de/nachrichten/79276/Patientensicherheit-Neuer-Ratgeber-hilft-Patienten-Fehler-anzusprechen

¹¹ **Ärztstatistik 2021**

¹² www.paulwatzlawick.de/axiome.html

¹³ **Arzt-Patienten-Kommunikation**, Seite 3, <https://www.kbv.de/media/sp/Arzt-Patienten-Kommunikation.pdf>

¹⁴ www.lass-dich-nieder.de/berufsaltag/praxisorganisation/die-vier-goldenen-regeln-der-patientenkommunikation.html

¹⁵ www.aerzteblatt.de/nachrichten/134641/Patienten-sollen-Anrecht-auf-Dolmetscher-erhalten

¹⁶ www.aerzteblatt.de/nachrichten/135662/Viele-Buerger-suchen-gesicherte-und-verstaendliche-Gesundheitsinformationen

Anzeige



KEINE REPARATUREN. KEINE AUFBEREITUNG.

Haben wir Ihr Interesse geweckt?

Für mehr Informationen finden Sie uns bei der DGU22 am Stand S.103 im Saal 3.

Besuchen Sie auch unseren Pflege-Workshop „Einmal-Zystoskope – Hilfe in der Praxis“ am 23.09.2022 um 08:45 Uhr in Saal Y10.

Wir freuen uns auf Ihren Besuch!



JETZT KOSTENLOS ANMELDEN

Ambu FOREVER FORWARD

18



Quelle: Urologie im Norden

▪ STIMME ZUM TITELTHEMA: PRAXISMANAGERIN IM GESPRÄCH ▪

Urologie im Norden – Praxis Neumünster

Interviewpartnerin: Julia Zierow, Praxismanagerin

Von der Hotel- zur Praxismanagerin: Julia Zierow leitete ursprünglich mit ihrem Mann ein Hotel und war dort für das Management und das Wohlergehen ihrer Gäste verantwortlich. In den medizinischen – speziell den urologischen Fachbereich – rutschte sie, als der Präsident des Berufsverbands der Deutschen Urologen e. V. (BvDU), Dr. Axel Schroeder, sie als Referentin einstellte. Von dort aus war es nur noch ein Katzensprung zur Praxismanagerin. In ihrer jetzigen Position, die mit wöchentlich 25 Stunden angesetzt ist, hat Zierow das große Ganze im Blick. Stellenaussagen formuliert sie direkt so, dass sich nur die richtigen Kandidat:innen bewerben.

Frau Zierow, seit wann besteht die Praxis „Urologie im Norden“ und wie lange sind Sie dort schon tätig?

Die Praxis ‚Urologie im Norden‘ gibt es seit dem 01. Januar 2021. Sie ist hervorgegangen aus der Gemeinschaftspraxis Schroeder und Berke, welche wiederum ursprünglich von Herrn Dr. Schroeder als Alleininhaber geführt wurde. In seinen letzten sechs Berufsjahren war ich bereits in der Praxis, allerdings nicht in meiner jetzigen Funktion, sondern als Referentin von Axel Schroeder, der damals die Position des BvDU-Präsidenten innehatte. Dadurch habe ich viel vom Praxisalltag mitbekommen, ohne direkt involviert zu sein. Als klar war, dass Herr Dr. Schroeder sein Ehrenamt niederlegen wird, hat mich Herr Berke gefragt, ob ich als Praxismanagerin bleiben möchte. Diese Position gab es so vorher noch nicht. Wir sind eine eher kleine Praxis, aber Herr Berke wollte in erster Linie Arzt sein und den administrativen Bereich größtenteils

davon trennen, um möglichst viel Zeit für seine Patient:innen zu haben.

Welche Aufgabengebiete übernehmen Sie als Praxismanagerin?

Ich bin keine medizinische Fachangestellte, sondern Quereinsteigerin, glaube aber, dass ich genau deswegen mit einer anderen Brille auf den Verwaltungsprozess schauen kann, als jemand, der rein aus dem medizinischen Fach kommt. Außerdem gerate ich so nicht in die Zwickmühle, hier mal noch schnell Blut abzunehmen, wie es vielleicht andere gelernte Praxismanager:innen aus der Not heraus machen, um Personalengpässe auszugleichen. Dafür landet auf meinem Schreibtisch alles, was nicht läuft. Ob es ein fehlerhaftes Programm ist oder ein technisches Gerät, das gewartet werden muss oder ein neues Formular, das es zu erstellen gilt, mein Job ist sehr vielfältig. Ich kümmere mich um reibungslose Prozesse, sowohl in der Alltagsorganisation in Richtung Patient:innen und bei der Abstimmung mit der Kassenärztlichen Vereinigung als auch intern die Personalorganisation und das Praxismanagement betreffend. Die Etablierung unseres Online-Buchungssystems hat zum Beispiel sehr viel Zeit in Anspruch genommen. Aber ich mag es, mit Herausforderungen konfrontiert zu werden und die bestmögliche Lösung für unsere Patient:innen und die Praxis zu erarbeiten.

Wie oft stimmen Sie sich mit Herrn Berke, dem Praxisinhaber, ab?

Wir arbeiten generell sehr eng zusammen und tauschen uns einmal in der Woche intensiv in einem Meeting aus. Da kann es um die betriebswirtschaftliche Auswertung und strategische Themen gehen oder um die Vorbereitung des Team-Meetings, welches ebenfalls wöchentlich stattfindet. Neben meinem Tisch hängt ein großes Whiteboard, das nutzt Herr Berke auch gerne zwischen den Patiententerminen, um Ideen zu notieren, die ich dann bis zur nächsten Besprechung aufbereite. Wir haben untereinander einen lebendigen

Austausch und klären aufkommende Themen immer möglichst direkt.

In unserem vorangegangenen Leitartikel geht es um Patientenkommunikation. Welche Störfaktoren beeinflussen aus Ihrer Sicht eine gute Arzt-Patienten-Beziehung?

Die nachwachsende Generation von Ärzt:innen kommuniziert aus meiner Sicht anders als die Generation meiner Eltern. Da ist das Bild ‚Gott in Weiß‘ nicht mehr vorherrschend. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass ‚junge Ärzt:innen‘ den Anspruch haben, auf Augenhöhe zu kommunizieren – sowohl mit den Patient:in-

*Kommunikation
auf Augenhöhe
ist wichtig*

nen als auch mit ihren Angestellten. Gerade aufgrund des Fachkräftemangels muss man an dieser Stelle sagen, dass auch hier der Markt bestehende Defizite bereinigt. Die Gewinnung und Bindung von Mitarbeiter:innen erhält einen immer höheren Stellenwert. Und letztendlich läuft der Praxisalltag mit zufriedenen Angestellten natürlich auch viel harmonischer, was wiederum direkte Auswirkungen auf den Wohlfühlfaktor für Patient:innen hat. Herr Berke legt viel Wert darauf, wie mit den Patient:innen gesprochen wird und wie wir ihnen begegnen. Eine gute Kommunikation kostet nicht nur Ressourcen, sondern kann zu gleichen Teilen auch Zeit einsparen. Erst kürzlich habe ich eine Stellenaussage veröffentlicht, in der ich ganz konkret geschrieben habe, dass

wir keine Schnarchnasen oder Mitarbeiter:innen brauchen, denen man die Schuhe beim Arbeiten binden kann. Wie beabsichtigt haben sich tatsächlich nur Kandidat:innen beworben, die dem Profil fachlich und persönlich gerecht wurden.

Was müsste sich auf politischer Ebene ändern, um die Arzt-Patienten-Kommunikation zu verbessern?

Wir sind mittlerweile weit davon entfernt, von einem reinen Kassensitz leben zu können. Vielmehr sind die Kassenarzt-Praxen auf eine Querfinanzierung durch Privatpatient:innen angewiesen. Deswegen steht ein Teil unserer Arbeitszeit gesetzlich versicherten Patient:innen zur Verfügung und ein kleinerer Teil ist für Privatpatient:innen reserviert, die auch insgesamt einen deutlich geringeren Anteil ausmachen. Wenn wir zwei Monate arbeiten, ist unser Budget an abrechenbaren Kassenleistungen bereits erschöpft. Davon bekommen die Kassenpatient:innen natürlich nichts mit, die Behandlungsleistungen sind im dritten Quartalsmonat trotzdem die gleichen. Welcher Handwerker oder andere Dienstleister würde einen Auftrag in dem Wissen annehmen, dass er dafür nicht bezahlt wird? Hier mangelt es eindeutig an Transparenz, deswegen erkläre ich Patient:innen, die sich über die ‚Zweiklassenteilung‘ beschwerten, immer gerne die Hintergründe und eben auch die wirtschaftliche Notwendigkeit, beide Parteien zu bedienen.

Für Akutpatient:innen haben wir eine tägliche Notfallsprechstunde – unabhängig davon, ob die Patient:innen privat oder gesetzlich versichert sind und bereits zuvor bei uns vorstellig waren – eingerichtet und bekommen dafür auch immer sehr dankbare Rückmeldungen. Aber Neupatient:innen ohne akute Probleme müssen wir aufgrund des hohen Aufkommens oft an die Termin-Servicestelle der Kassenärztlichen Vereinigung verweisen. Hier in Neumünster, einer Stadt mit rund 80.000 Einwohnern plus umliegende Gemeinden, gibt es zwei urologische Praxen. Der Bedarf

liegt aus meiner Sicht aber deutlich darüber. Gerade für ältere Patient:innen, die nicht mehr so mobil sind, ist es natürlich schwierig, eine der nächsten Praxen im Umkreis von 25 bis 30 Kilometern zu erreichen.

Wie wichtig ist in Ihrer Praxis gute Kommunikation zwischen den Patient:innen und den Ärzt:innen beziehungsweise dem medizinischen Personal?

Dem Praxisinhaber ist gute Kommunikation sehr wichtig, also sowohl mit den Patient:innen als auch mit den Teammitgliedern. Denn so wie wir miteinander umgehen, so gehen wiederum die Mitarbeiter:innen mit den Patient:innen um. Über die Art der Kommunikation haben wir uns viele Gedanken gemacht – das fängt beim neuen Praxisnamen ‚Urologie im Norden‘ und dem dazugehörigen Corporate Design an und hört mit wiederkehrenden Kommunikationsbausteinen auf. Wir begrüßen unsere Patient:innen zum Beispiel einheitlich mit ‚Moin‘, was auf jeden Fall authentisch für uns ist und direkt eine Atmosphäre des Willkommenseins schafft. Selbst unsere Bandansage beginnt mit ‚Moin und herzlich willkommen bei der Urologie im Norden‘.

Wie gestalten Sie die Patientenkommunikation vor, während und nach dem Praxisbesuch aktuell?

Für viele Patient:innen – vor allem für die älteren ab 70 Jahren – ist immer noch das Telefon das Medium der Wahl. Deswegen haben wir schon einige Szenarien mit unserer Telefonanlage getestet, um die Flut an eingehenden Anrufen bestmöglich zu bewältigen. Schlussendlich haben wir nun eine gängige Zweireihenstruktur: Rezepte können bei Wahl der Taste 1 über den Anrufbeantworter bestellt werden und mit der Taste 2 wird man zum Gespräch durchgestellt. Wenn alle Mitarbeiter:innen im Gespräch sind, fängt die Warteschleife das Aufkommen ab. Vor allem morgens zwischen 08:00 und 09:00 Uhr, in unserer sogenannten Primetime, unterstütze

Online-Tools helfen im Praxis-Alltag

ich die Kolleginnen häufig am Telefon als Backup. Für reine Terminbuchungen wird unser Online-Buchungssystem mittlerweile sehr gut angenommen. Ich kenne kaum junge Patient:innen, die noch das Telefon in die Hand nehmen, um einen Termin zu vereinbaren. Selbst Fragen oder Anmerkungen lassen sich hinzufügen, sodass wir die Patient:innen gezielt zurückrufen können. Ansonsten verweisen wir in der Telefonansage auf unsere E-Mail-Kommunikation, wobei Befunde und Werte aus Datenschutzgründen auf diesem Weg nicht übermittelt werden dürfen. Für diese sensiblen Daten testen wir gerade Funktionen in unserem Verwaltungssystem, sind aber noch nicht 100-prozentig vom Ergebnis überzeugt, da der Aufwand und die technische Hemmschwelle auf Patientenseite zu groß sind.

Ein Tag vor dem Termin erhalten unsere Patient:innen eine Terminerinnerung per SMS. Diese Dienstleistung wird als Service geschätzt und hat die No-Show-Rate deutlich reduziert.

Die Kommunikation vor Ort wird mit einem Praxisfernseher unterstützt, auf dem eine PowerPoint-Präsentation mit Praxisinformationen hinterlegt ist und natürlich gibt es Aufklärungsblätter, auf denen wir zum Beispiel die IGeL-Leistungen erläutern und die dazugehörigen Preise transparent kommunizieren. Patient:innen mit Befund erhalten entsprechendes Informationsmaterial, um sich mit

ihm zu Hause erneut auseinandersetzen zu können und um dann in einem Anschlusstermin gemeinsam mit dem Arzt/der Ärztin eine entsprechend aufgeklärte Entscheidung treffen zu können – es sei denn, die Lage erfordert direktes Handeln.

Im Anschluss an den Arztbesuch erhalten unsere Patient:innen eine kleine Karte mit QR-Code, verbunden mit der Bitte, uns online zu bewerten. Wir fordern die Online-Bewertungen also aktiv heraus und arbeiten konstruktiv damit. Unter Ärzt:innen ist es häufig noch ein No-Go, dass sich jemand anmaßt, Kritik zu üben. Aber wir sind dankbar über jedes Feedback und gehen auch negativen Kommentaren auf den Grund. Gerade hier möchten wir natürlich erfahren, wie das negative Erlebnis zustande gekommen ist und wie wir die Situation klären können.

Praxisalltag im Stresstest: Wo sehen Sie als Praxismanagerin weitere Ansätze, um mit den aktuellen Gegebenheiten die Arzt-Patienten-Kommunikation zu verbessern?

Letztendlich ist es egal, mit welchen Tools Sie arbeiten. Wenn die Praxisphilosophie, also die Haltung des Personals zueinander und gegenüber den Patient:innen, nicht stimmt, wird es schwierig, eine vertrauensvolle Basis zu schaffen. Das heißt, es liegt auch viel an der Persönlichkeit des Praxisinhabers oder der Praxisinhaberin. Welche Werte, welche Grundstimmung bringt diese Person in gewisser Weise als Vorbild mit oder setzt diese aufgrund dessen voraus? Auf einem soliden Fundament lässt sich dann vieles aufbauen.

Die Stimmung in unserer Praxis ist sehr angenehm. Zu vielen Patient:innen gibt es persönliche Bindungen, da sie schon etliche Jahre in unsere Praxis kommen. Zwei unserer Teammitglieder arbeiten bereits seit über 20 Jahren in der Praxis. Wir zeichnen uns durch große Kontinuität aus und dennoch haben wir den Anspruch, den modernen Anforderungen gerecht zu werden.

▪ TITELTHEMA ▪

Die Urologie als Vorreiter

Patienten-Kommunikation neu gedacht



Quelle: Shutterstock

Seit 2017 trägt die Kampagne „Für alle. Für jeden. Für uns. Die Urologie.“ dazu bei, urologische Themen professionell und patientengerecht zu vermitteln, die Vorsorgequote zu erhöhen und die Urologie als bedeutende medizinische Fachschaft in den gesellschaftlichen Fokus zu rücken. Mit www.urologie-fuer-alle.de wurde eine Informationsplattform geschaffen, auf der Patient:innen einen leichten und faktenbasierten Einstieg in urologische Themen finden, passende Urolog:innen suchen und sich für den Vorsorgeplaner anmelden können. Über

Instagram, Facebook, Twitter und LinkedIn erreicht die FFF-Kampagne jährlich bis zu 500.000 Personen und mit 1,5 Millionen Printwerbemitteln ist „Urologie für alle“ in vielen der 2.600 registrierten Praxen vertreten.

Unter der Schirmherrschaft der Deutschen Gesellschaft für Urologie e. V. (DGU) und des Berufsverbands der Deutschen Urologen e. V. (BvDU) setzt sich die FFF-Kampagne dafür ein, dass die Wertschätzung der Urologie in der Bevölkerung steigt und die urologische Vorsorge einen höheren Stellenwert erhält. Schlussend-

lich zielen die Maßnahmen für eine bessere Gesamtwahrnehmung auch darauf ab, medizinische Nachwuchskräfte für die Urologie zu begeistern. Somit versteht sich die FFF-Kampagne als unabhängig agierendes Bindeglied zwischen DGU und BvDU, als Mittler zwischen Ärzt:innen und Patient:innen und darüber hinaus als seriöse Kommunikationsquelle für urologische Themen.

Zukunftsfähiges Kommunikationstool für Urologen

Ärzt:innen an der Belastungsgrenze, ratsuchende Patient:innen, Selbsthilfegruppen, denen die nötige Orientierung fehlt: Von der Aufklärung über die medikamentöse Einstellung bis hin zur Vermittlung von begleitenden gesundheitsfördernden Maßnahmen und mentalen Hilfestellung – erfolgreiche Patientenkommunikation nimmt viel Zeit in Anspruch und sollte bestenfalls im Rahmen einer stabilen Arzt-Patient-Beziehung stattfinden. Allerdings erfolgt die persönliche Auseinandersetzung mit der Krankheit oftmals nicht im Behandlungsraum, sondern erst zu Hause – zu einem Zeitpunkt außerhalb der Sprechzeiten. Was also tun, wenn die telefonische Beratung aufgrund fehlender personeller Ressourcen eingeschränkt ist oder das Praxisteam sich im wohlverdienten Feierabend befindet? Ganz einfach: „Dr. Google“ wird mit sämtlichen relevanten Fragen bombardiert. Doch die ungefilterten und zum Teil unseriösen Ergebnisse verunsichern meist mehr, als dass sie helfen. Klar ist: Die meisten Arztpraxen sind stark ausgelastet und können den großen Informationsbedarf, gerade im Bereich der begleitenden Maßnahmen, personell nicht eigenständig decken.

Unter dem Slogan „Patientenkommunikation neu gedacht“ nimmt sich die FFF-Kampagne dieser Kommunikationslücke an und möchte gemeinsam mit den urologischen Fachverbänden und den Ärzt:innen professionelle patientengerechte Informationen bereitstellen und so dem hohen Service-Anspruch der

Sechs Jahre Urologie für alle

die erfolgreiche Kampagne in Zahlen:

>2.600
registrierte Praxen



>130.000
Plattform-Nutzer pro Jahr

>1,5 Mio
Printwerbemittel
pro Jahr



>500.000
Social-Media-Nutzer
pro Jahr

Urolog:innen gerecht werden. Dabei soll die „neue Patientenkommunikation“ keinen zusätzlichen Aufwand für die Ärzt:innen darstellen, sondern vielmehr zu einer Arbeitserleichterung und Verbesserung der Service-Qualität führen, da Patient:innen auf diese Weise hoch automatisiert bedarfsgerechte Tipps und weiterführende Informationen erhalten. Darüber hinaus können die Kommunikationskanäle auch für die Eigendarstellung der Praxen, z. B. für die regionale Personalrekrutierung oder für allgemeine Hinweise rund um den Praxisalltag genutzt werden.

Neuer digitaler Auftritt begeistert Patient:innen

Sicherlich kennen Sie bereits unser Portal für Ärzt:innen auf www.urologie-fuer-alle.de, in dem sich Urolog:innen anmelden können, um in der „Ärzt:innen-Suche“ gelistet zu werden und weitere Services nutzen zu können. Alle dort registrierten Urolog:innen erhalten ab September 2022 kostenfrei ein vollkommen neues digitales Profil.

Die urologischen Praxen und Kliniken müssen dann ihr Profil nur einmal verwalten. Zusätzlich können sie auf eine große Bandbreite an Informationen für Patient:innen zugreifen. Ein mühsames Abändern von Kontaktdaten, Öffnungszeiten und Urlaubsvertretungen fällt somit zukünftig nur noch einmal an. Ebenso können Sie Ihr Profil zur einfachen und fast vollständig automatisierten Erstellung und Verbreitung von allgemeinen Praxisinformationen, konkreten Tipps und Hilfestellungen nutzen. Denn die Vorsorge-Kampagne „Für alle. Für jeden. Für uns. Die Urologie.“ – kurz FFF – ermöglicht eine vollkommen neue Art der digitalen Patientenkommunikation. Ganz nach dem Motto „Die Zukunft beginnt heute“ laden wir Sie ein, sich folgendes Szenario vorzustellen: Sie besprechen eine Diagnose mit Ihrer

Patientin/Ihrem Patienten und wissen ganz genau, dass sich im Laufe der Behandlung verschiedene Fragen ergeben und unterstützende Methoden angewendet werden sollten. Früher hätten Sie der Patientin/dem Patienten sämtliche Informationen und Broschüren mangels passendem „Touch-Point“ direkt vermittelt. Eine Flut an Informationen, die die Patientin/der Patient vermutlich gar nicht rational zeitgleich mit der Diagnose aufnehmen kann.

Heute können Sie Ihrer Patientin/Ihrem Patienten mit der Diagnose als Startzeitpunkt in einem festgelegten Rhythmus automatisiert passende Informationen wie z. B. „Psychische Unterstützung nach der Diagnose“, „Unterstützende Ernährung und Sport“, „Vorbereitung auf die Operation“, „Wie verhalte ich mich richtig nach der Operation?“ zukommen lassen.

Diese vielseitigen Themenpakete stellt „Urologie für alle“ gemeinsam mit einem versierten Fachgremium, bestehend aus Verbandsmitarbeiter:innen, Urolog:innen und Redakteur:innen, zur Verfügung. Bei Bedarf können die Pakete von den behandelnden Ärzt:innen flexibel und einfach ergänzt werden. Da die Informationen im Namen Ihrer Praxis gesendet werden, begleiten Sie Ihre Patient:innen neben den Kontrolluntersuchungen vor Ort auch digital Schritt für Schritt auf dem Weg der Genesung und investieren nachhaltig in eine gute Arzt-Patient-Beziehung. Das Modul zur „digitalen Patienteninformation“ kann unkompliziert in Ihre Website eingebunden werden.



Neue digitale Servicequalität hält Einzug in der Urologie

Mit diesem Vorgehen haben Sie Ihre Patient:innen genau im Blick, stärken die Arzt-Patienten-Bindung durch eine individuelle Betreuung und erleichtern es Ihren Patient:innen, zurechtzukommen. Viele Betroffene sind, bspw. bei einer Krebsdiagnose, zunächst überfordert. Welche Therapie ist für mich die richtige? Was muss ich bei der Krankenkasse oder Beihilfe beantragen? Wie erzähle ich es meiner Familie? Was gibt es sonst noch zu beachten? Mit gezielten Informationen erleichtern Sie den Alltag Ihrer Patient:innen.

Gemeinsam mit Ihnen schreiben wir eine nationale Erfolgsgeschichte

Seien Sie Teil der Aufklärungskampagne, um insbesondere Männer davor zu schützen, zu spät zur Vorsorge zu gehen. Durch Ihre Registrierung auf der Kampagnenwebsite www.urologie-fuer-alle.de/anmeldung werden Sie vor Ort als qualifizierter Facharzt gefunden.

Der Datenschutz ist gesichert und die Einbindung der Informationen auf Ihrer Website denkbar einfach. Interesse? Dann vereinbaren Sie noch heute einen Termin mit uns unter info@urologie-fuer-alle.de.

Anzeige



ENDOMOBIL - der Endoskopieservice

Ihr Endoskop in versierten Händen: Als inhabergeführter, ISO-13485-zertifizierter Meisterbetrieb ist unser Unternehmen mit über 60 fest angestellten Mitarbeitern europaweit der größte Dienstleister in der Endoskopiereparatur.

Aktuell repariert ENDOMOBIL jährlich über 5000 Endoskope sowie Peripheriegeräte aller namhaften Hersteller. Wir bieten unseren Kunden einen echten 7/24-Service und stellen über 900 Leihgeräte für sie bereit. Unsere Reparaturquote beträgt über 90 %, die wir im Schnitt in 3–8 Werktagen erfüllen.

Weitere Informationen erhalten Sie unter: www.endomobil.com

Testen Sie uns! Neukundenaktion mit 20 % Rabatt:

Lassen Sie sich von unserem transparenten Service überzeugen. Senden Sie uns Ihr defektes Gerät und innerhalb von 24 Stunden nach dessen Empfang in unserem Hause erhalten Sie einen kostenlosen, unverbindlichen Kostenvoranschlag. Erst nach Ihrer Prüfung und Genehmigung des Kostenvoranschlags beginnen wir mit der Reparatur. Auf die erste Reparatur erhalten Sie einen Rabatt von 20 %!

ENDOMOBIL GmbH | Am Farmböddel 12 | D-24623 Großenaspe

Telefon: +49 (0) 4327 25300 - 0 | Telefax: +49 (0) 4327 25300-25 | E-Mail: info@ENDOMOBIL.com | Internet: www.ENDOMOBIL.com

Erste und einzige Therapie zur adjuvanten Behandlung bestimmter Patienten mit RCC mit erhöhtem Rezidivrisiko

KEYTRUDA® ist nun als Monotherapie zur adjuvanten Behandlung bestimmter Patienten mit RCC mit erhöhtem Rezidivrisiko zugelassen und ebnet neue Therapiewege im adjuvanten Setting.

Zur adjuvanten Behandlung des Nierenzellkarzinoms (RCC) nach einer radikalen oder partiellen Nephrektomie gibt es aktuell keinen Behandlungsstandard.¹

Das persistierende Rezidivrisiko und die mangelnden Behandlungsmöglichkeiten im adjuvanten Setting zeigen jedoch den Bedarf an neuen Therapiemöglichkeiten für dieses Patientenkollektiv auf.¹⁻³

Nun kann KEYTRUDA® als Monotherapie auch zur adjuvanten Behandlung von Patienten mit RCC mit erhöhtem Rezidivrisiko nach Nephrektomie oder nach Nephrektomie und Resektion metastasierter Läsionen angewendet werden.⁴ Die Studienergebnisse der KEYNOTE-564 zeigten eine statistisch signifikante Überlegenheit beim krankheitsfreien Überleben (Disease Free Survival, DFS) unter KEYTRUDA® im Vergleich zu Placebo.^{2,4}

KEYNOTE-564: Verbesserung des DFS mit KEYTRUDA® im Vergleich zu Placebo

Die zulassungsrelevante Studie KEYNOTE-564 ist eine randomisierte, multizentrische, doppelblinde Placebo-kontrollierte Phase-III-Studie. Sie untersucht die Wirksamkeit und Sicherheit von KEYTRUDA® im Vergleich zu Placebo zur adjuvanten Behandlung von Patienten mit RCC mit erhöhtem Rezidivrisiko, definiert als intermediär-hohes oder hohes Rezidivrisiko, oder mit M1-Status ohne Anzeichen einer Erkrankung (*No Evidence of Disease*, NED).⁴

Die intermediär-hohe Risikokategorie umfasste: pT2 mit Grad 4 oder sarkomatoiden Merkmalen; pT3 jeglichen Grades ohne Lymphknotenbeteiligung (NO) oder Fernmetastasen (MO). Die Hochrisikokategorie umfasste: pT4 jeglichen Grades NO und MO; jedes pT jeglichen Grades mit Lymphknotenbeteiligung (N1) und MO. Der M1-NED-Status umfasste Patienten mit metastasierter Erkrankung, die sich einer vollständigen Resektion primärer und metastasierter Läsionen unterzogen hatten.⁴

Voraussetzung war, dass sich die Patienten einer partiellen nephroprotektiven oder radikalen vollständigen Nephrektomie (sowie einer vollständigen Resektion solider, isolierter, metastasierender Weichteilläsionen bei M1-NED-Patienten) mit negativen Resektionsrändern ≥ 4 Wochen vor dem Zeitpunkt des Screenings unterzogen hatten.^{2,4}

Die 994 Patienten mit RCC mit einer Klarzell-Komponente erhielten 1:1 randomisiert entweder **KEYTRUDA® 200 mg alle 3 Wochen** (n = 496) oder Placebo alle 3 Wochen (n = 498) bis zu einem Zeitraum von einem Jahr oder bis zum Auftreten eines Rezidivs oder unzumutbarer Toxizität.⁴ Der primäre Wirksamkeitsendpunkt war das vom Prüfarzt beurteilte „Krankheitsfreie Überleben (DFS)“.⁴

In der präspezifizierten Interimsanalyse der Studie, die zur Zulassung führte, betrug die mediane Nachbeobachtungszeit 24,1 Monate (von Randomisierung bis zum Datenschnitt; Spanne: 14,9–41,5 Monate).² Zum Zeitpunkt dieser Analyse zeigte sich unter KEYTRUDA® verglichen mit Placebo:

- eine **statistisch signifikante Reduktion des Rezidiv- oder Sterberisikos (DFS) von 32 %** (Hazard Ratio [HR*] = 0,68; 95 %-Konfidenzintervall [KI]: 0,53–0,87; p = 0,002*).²
- das **mediane DFS** wurde in keinem der beiden Behandlungsarme erreicht.²

Aktualisierte Ergebnisse mit einer medianen Nachbeobachtungszeit von 29,7 Monaten zeigten eine **37 %ige Reduktion des Rezidiv- oder Sterberisikos (DFS) unter KEYTRUDA®** (HR* = 0,63; 95 %-KI: 0,50–0,80; p < 0,0001*) gegenüber Placebo.⁴

Die Studie wird fortgesetzt, um den sekundären Endpunkt OS in der finalen Analyse des OS zu evaluieren.²

Bekanntes Sicherheitsprofil

Das Sicherheitsprofil nach 24,1 Monaten medianer Nachbeobachtungszeit (von Randomisierung bis zum Datenschnitt) entsprach dem bekannten Sicherheitsprofil von KEYTRUDA®.²

Unerwünschte Ereignisse (UE) bzw. Nebenwirkungen wurden mit folgender Häufigkeit in der As-treated-Population* (n = 984) beobachtet:

- Immunvermittelte UEs jeglichen Grades: 34,6 % (KEYTRUDA® Arm) vs. 5,8 % (Placebo-Arm).²
 - Immunvermittelte UEs vom Grad 3–4: 8,6 % (KEYTRUDA® Arm) vs. 0,6 % (Placebo-Arm).²
 - Nebenwirkungen jeglichen Grades: 79,1 % (18,9 % davon mit Grad 3–4) bei Patienten im KEYTRUDA® Arm vs. 53,4 % (1,2 % davon mit Grad 3–4) der Patienten im Placebo-Arm.²
- 20,7 % der Patienten im KEYTRUDA® Arm und 2,0 % im Placebo-Arm brachen die Therapie aufgrund von UEs ab.²

Ein Beitrag von MSD. Vollständige und ausführliche Informationen zur Anwendung und dem Sicherheitsprofil von Pembrolizumab finden Sie in der Fachinformation.



* Basierend auf dem stratifizierten Cox-Proportional-Hazardmodell. | ¹ 12-seitiger p-Wert, basierend auf dem stratifizierten Log-Rank-Test. | ² Nominaler p-Wert, basierend auf dem stratifizierten Log-Rank-Test. | ³ As-treated-Population umfasst alle Patienten, die mind. eine Dosis der zugewiesenen Therapie mit KEYTRUDA® oder Placebo erhalten haben. | **Abkürzungen:** DFS: krankheitsfreies Überleben (disease-free survival); HR: Hazard Ratio; KI: Konfidenzintervall; M1: Nachweis von Fernmetastasen an einem oder mehreren Orten; NED: keine Anzeichen einer Erkrankung (no evidence of disease); OS: Gesamtüberleben (overall survival); RCC: Nierenzellkarzinom (renal cell carcinoma); UE: unerwünschte Ereignisse | **Referenzen:** 1. Leitlinienprogramm Onkologie [Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF]. Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Nierenzellkarzinoms, Langversion 3.0, 2021, AWMF Registernummer: 043/0170L URL: <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/nierenzellkarzinom/>. | 2. Choueiri TK et al. Adjuvant Pembrolizumab after Nephrectomy in Renal-Cell Carcinoma. N Engl J Med 2021; 385(8): 683–94. | 3. Bergmann L et al. Onkologia-Leitlinie – Nierenzellkarzinom (Hypernephrom); 2020 | 4. Fachinformation KEYTRUDA®, Stand Juni 2022.



KEYTRUDA® 25 mg/ml Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung

Wirkstoff: Pembrolizumab **Zus.: Arznei. wirts. Bestandt.:** 1 Durchstechl. (4 ml) enth. 100 mg Pembrolizumab. 1 ml Konz. enth. 25 mg Pembrolizumab. **Sonst. Bestandt.:** L-Histidin, L-Histidinhydrochlorid-Monohydrat, Saccharose, Polysorbit 80 (E 433), Wasser für Injekt.-zwecke. **Anw.:** Als Monother. zur Behandl. d. fortgeschrittenen (nicht resezierbaren od. metastasierenden) Melanoms b. Kdm. u. Jugendl. ab 12 Jahren u. Erw. Als Monother. zur adjuvanten Behandl. d. Melanoms in d. Tumorstadien IIIB, IIIC od. III nach vollständ. Resektion b. Kdm. u. Jugendl. ab 12 Jahren u. Erw. Als Monother. zur Erstlinienbehandl. d. metastasierenden nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms (NSCLC) m. PD-L1 exprimierenden Tumoren (Tumor Proportion Score [TPS] ≥ 50 %) ohne EGFR- od. ALK-pos. Tumormutationen b. Erw. In Komb. m. Pemetrexed u. Platin-Chemotherapie zur Erstlinienbehandl. d. metastasierenden nicht-plattenepithelialen NSCLC ohne EGFR- od. ALK-pos. Tumormutationen b. Erw. In Komb. m. Carboplatin u. entweder Paclitaxel od. nab-Paclitaxel zur Erstlinienbehandl. d. metastasierenden plattenepithelialen NSCLC b. Erw. Als Monother. zur Behandl. d. lokal fortgeschrittenen od. metastasierenden NSCLC m. PD-L1 exprimierenden Tumoren (TPS ≥ 1 %) nach vorheriger Chemother. b. Erw. Pat. m. EGFR- od. ALK-pos. Tumormutationen sollten vor Ther. ebenfalls eine auf diese Mutationen zielgericht. Ther. erhalten haben. Als Monother. zur Behandl. d. rezidivierenden od. refraktären klassischen Hodgkin-Lymphoms (HL) b. Kdm. u. Jugendl. ab 3 Jahren u. Erw. nach Versagen einer autologen Stammzelltransplantation (auto-SZT) od. nach mind. 2 vorangegang. Ther. b. Erw. Pat. m. einer auto-SZT nicht in Frage kommt. Als Monother. zur Behandl. d. lokal fortgeschrittenen od. metastasierenden Urothelkarzinoms nach vorheriger Platin-basierter Ther. b. Erw. Als Monother. zur Behandl. d. lokal fortgeschrittenen od. metastasierenden Urothelkarzinoms b. Erw. die nicht für e. Cisplatin-basierte Ther. geeignet sind u. deren Tumoren PD-L1 m. einem kombinierten positiven Score (CPS) ≥ 10 exprimieren. Als Monother. od. in Komb. m. Platin- u. 5-Fluorouracil(5-FU)-Chemother. zur Erstlinienbehandl. d. metastasierenden od. nicht resezierbaren rezidivierenden Plattenepithelkarzinoms der Kopf-Hals-Region (HNSCC) b. Erw. m. PD-L1-exprimierenden Tumoren (CPS ≥ 1). Als Monother. zur Behandl. d. rezidivierenden od. metastasierenden HNSCC m. PD-L1-exprimierenden Tumoren (TPS ≥ 50 %) und einem Fortschreiten der Krebserkrank. während od. nach vorheriger Platin-basierter Ther. b. Erw. In Komb. m. Axitinib zur Erstlinienbehandl. d. fortgeschrittenen Nierenzellkarzinoms (RCC) b. Erw. In Komb. m. Lenvatinib zur Erstlinienbehandl. d. fortgeschrittenen RCC b. Erw. Als Monother. zur adjuvanten Behandl. des RCC m. erhöhtem Rezidivrisiko nach Nephrektomie od. nach Nephrektomie u. Resektion metastasierter Läsionen b. Erw. Tumoren m. hochfrequenter Mikrosatelliten-Instabilität (MSI-H) od. m. e. Mismatch-Reparatur-Defizienz (dMMR); Kolorektalkarzinom (CRC) Als Monother. d. CRC m. MSI-H od. m. e. dMMR wie folgt b. Erw.: - zur Erstlinienbehandl. d. metastasierenden CRC, - zur Behandl. d. nicht resezierbaren od. metastasierenden CRC nach vorheriger Fluoropyrimidin-basierter Kombinationstherapie; Nicht-kolorektale Karzinome: Als Monother. zur Behandl. d. folgenden Tumoren m. MSI-H od. m. e. dMMR b. Erw.: - fortgeschrittenes od. rezidivierendes Endometriumkarzinom m. e. Fortschreiten d. Erkrank. während od. nach vorheriger Platin-basierter Ther. in jedem Krankheitsstadium, wenn e. kurative chirurg. Behandl. od. Bestrahlung nicht in Frage kommt, - nicht resezierbares od. metastasierendes Magen-, Dünndarm- od. biläres Karzinom m. e. Fortschreiten d. Erkrank. während od. nach mind. e. vorherigen Ther. In Komb. m. e. Platin- u. Fluoropyrimidin-basierter Chemother. zur Erstlinienbehandl. d. lokal fortgeschrittenen nicht resezierbaren od. metastasierenden Ösophaguskarzinoms od. d. HER2-negativen Adenokarzinoms d. gastroösophagealen Übergangs b. Erw. mit PD-L1-exprimierenden Tumoren (CPS ≥ 10). In Komb. m. Chemother. zur neoadjuvanten u. ansschl. nach Operation als Monother. zur adjuvanten Behandl. d. lokal fortgeschrittenen od. frühen triple-negativen Mammarkarzinoms (TNBC) m. hohem Rezidivrisiko b. Erw. In Komb. m. Chemother. zur Behandl. d. lokal rezidivierenden nicht resezierbaren od. metastasierenden TNBC m. PD-L1-exprimierenden Tumoren (CPS ≥ 10) b. Erw. d. keine vorherige Chemother. zur Behandl. d. metastasierenden Erkrank. erhalten haben. In Komb. m. Lenvatinib zur Behandl. d. fortgeschrittenen od. rezidivierenden Endometriumkarzinoms (EC) b. Erw. m. e. Fortschreiten der Erkrank. während od. nach vorheriger Platin-basierter Ther. in jedem Krankheitsstadium, wenn e. kurative chirurg. Behandl. od. Bestrahlung nicht in Frage kommt. In Komb. m. Chemother. m. od. ohne Bevacizumab zur Behandl. d. persistierenden, rezidivierenden od. metastasierenden Zervixkarzinoms m. PD-L1-exprimierenden Tumoren (CPS ≥ 1) b. Erw. **Gegenanz:** Überempf.-keit gg. d. Wirkstoff od. e. d. sonst. Bestandt. **Vorsicht bei:** Schwerer Einschränkung d. Nierenfunkt.; moderater od. schwerer Einschränkung d. Leberfunkt.; aktiven, system. Autoimmunkrank.; schwerer Überempf.-keit gg. e. and. monoklonalen Antikörper in d. Anamnese; laufende Ther. m. Immunsuppressiva (einschl. Pat. m. solidem Organtransplantat od. allo-HSCT). **Zusätzl. b. klass. HL:** B. allo-HSCT bei klass. HL nach d. Pembrolizumab sonstgältige Nutzen-Risiko-Abwägung (GVHD) u. schwere Leberneverschlusskrankheit als Komplikat. beobachtet). Pat. m. schwerer od. lebensbedrohli. immunnerv. Nebenw. in der Anamnese. Unter den immunvermittelten Nebenw. waren schwere Fälle u. Todesfälle. **Hinw. zu Schwangersch./Stillzeit beachten:** Pat. m. schwerer od. lebensbedrohli. immunnerv. Nebenw. in der Anamnese. **Nebenw.: Monother.:** *Sehr häufig:* Anämie. Hypothyreose. Vermind. Appetit. Kopfschm. Dyspnoe; Husten. Diarrhö; Abdominalschm.; Übelk.; Erbr.; Obstipat. Pruritus; Hautausschl. Muskuloskelett. Schm.; Arthralgie. Ermüdung/Fatigue; Asthenie; Ödeme; Fieber. *Häufig:* Pneumonie. Thrombozytopenie; Neutropenie; Lymphopenie. Infusionsbed. Reakt. Hyperthyreose. Hyponatriämie; Hypokaliämie; Hypokalzämie. Schlaflosigkeit. Schwindelgef.; periph. Neuropathie; Lethargie; Geschmacksstör. Trock. Augen. Kardiale Arrhythmie (einschl. Vorhofflimmern). Hypertonie. Pneumonitis. Kolitis; Mundtrockenh. Hepatitis. Schwere Hautreakt.; Erythem; Dermatitis; trock. Haut; Vitiligo; Ekzem; Alopecie; akneiforme Dermatitis. Myositis; Schm. in d. Extremitäten; Arthritis. Grippeähnli. Erkrank.; Schüttelfrost. ALT erhöht; AST erhöht; alkal. Phosphatase im Blut erhöht; Hyperkalzämie; Bilirubin im Blut erhöht; Kreatinin im Blut erhöht. *Gelegentl.:* Leukopenie; Immunthrombozytopenie; Eosinophilie. Sarkoidose. Nebenniereninsuff.; Hypophysitis; Thyreoiditis. Typ-1-Diabetes-mellitus. Myasthenie-Syndrom; Epilepsie. Uveitis. Myokarditis; Perikarderguss; Perikarditis. Pankreatitis; Gastritis; gastrointestinale Ulzeration. Psoriasis; lichenoid Keratose; Papeln; Änd. d. Haarfarbe. Tendosynovitis. Nephritis. Amylase erhöht. *Selten:* Hämolyt. Anämie; isolierte aplast. Anämie; hämophagozytische Lymphohistiozytose. Guillain-Barré-Syndrom; Enzephalitis; Myelitis; Meningitis (aseptisch). Vogt-Koyanagi-Harada-Syndrom. Vaskulitis. Dünndarmperforation. Sklerosierende Cholangitis. SJS; Erythema nodosum; TEN. Sjögren-Syndrom. Nicht-infektiöse Zystitis. *Nicht bekannt:* Abstoßung e. soliden Organtransplantats. **Zusätzl.:** *Hinw. zu Abw. b. Laborwerten beachten. In Komb. m. Chemother.:* *Sehr häufig:* Neutropenie; Anämie; Thrombozytopenie; Leukopenie. Hypothyreose. Hypokaliämie; vermind. Appetit. Schlaflosigkeit. Periphere Neuropathie; Kopfschm.; Schwindelgef.; Geschmacksstör. Dyspnoe; Husten. Übelk.; Diarrhö; Erbr.; Abdominalschm.; Obstipat. Alopecie; Hautausschl.; Pruritus. Arthralgie; muskuloskelett. Schm.; Myositis. Ermüdung/Fatigue; Asthenie; Fieber. Ödeme. ALT erhöht; AST erhöht. *Häufig:* Pneumonie. Febrile Neutropenie; Lymphopenie. Infusionsbed. Reakt. Nebenniereninsuff.; Thyreoiditis. Hypertonie; Hypokaliämie; Hypokalzämie. Lethargie. Trock. Augen. Kardiale Arrhythmie (einschl. Vorhofflimmern). Hypertonie. Pneumonitis. Kolitis; Gastritis; Mundtrockenh. Hepatitis. Schwere Hautreakt.; Dermatitis; trock. Haut; Vitiligo; Ekzem; Alopecie; akneiforme Dermatitis; Alopecie. Arthritis. Grippeähnli. Erkrank.; Schüttelfrost. Amylase erhöht; Bilirubin im Blut erhöht; alkal. Phosphatase im Blut erhöht; Hyperkalzämie. *Gelegentl.:* Eosinophilie. Hypophysitis. Typ-1-Diabetes-mellitus. Myasthenie-Syndrom; Enzephalitis. Uveitis. Myokarditis; Perikarderguss. Vaskulitis. Gastrointestinale Ulzeration. Ekzem; lichenoid Keratose; Psoriasis; Vitiligo; Papeln; Änd. d. Haarfarbe. Tendosynovitis. *Selten:* Vogt-Koyanagi-Harada-Syndrom. Dünndarmperforation. TEN. SJS. Sjögren-Syndrom. Nicht-infektiöse Zystitis. **Zusätzl.:** *Hinw. zu Abw. b. Laborwerten beachten. Warnhinw.:* Nicht schütteln. **Hinw.:** Falls im Anwendungsgebiet angegeben, Pat. für e. Behandl. aufgrund der PD-L1-Tumor-Expression bzw. des MSI-H/dMMR-Tumorstatus, jeweils mittels eines validierten Tests bestätigt, selektieren. Zuverlässige Verhütungsmethode b. Frauen im gebärf. Alter wäh. Behandl. u. bis min. 4 Mon. nach letzter Dosis. **Verschreibungspflichtig. Bitte lesen Sie vor Verordnung von KEYTRUDA® die Fachinformation!** Pharmazeutischer Unternehmer: Merck Sharp & Dohme B.V., Waardenweg 39, 2031 BN Haarlem, Niederlande; Lokaler Ansprechpartner: MSD Sharp & Dohme GmbH, Levingstg. 4a, 81673 München
MSD Infocenter: Tel. 0800 673 673 673, Fax 0800 673 673 329, E-Mail: infocenter@msd.de
Stand: 06/2022 (RCN: 000021739-DE)



Quelle: Prof. Dr. med. Christian Wülfing

▪ RUND UM DIE UROLOGIE ▪

Interview mit Prof. Dr. Christian Wülfing

Der Chefarzt der Urologie in der Asklepios-Klinik in Hamburg-Altona hört nach sieben Jahren als Pressesprecher der Deutschen Gesellschaft für Urologie e. V. (DGU) auf.

In den letzten Jahren hat Prof. Dr. Christian Wülfing nicht nur die Kommunikation innerhalb des Verbands maßgeblich geprägt, sondern auch die Außenwirkung nachhaltig mitgestaltet. Wie er die Zeit erlebt hat, welche Highlights seine ehrenamtliche Arbeit begleitet haben und an wen der Staffstab übergeben wird, erzählt er im Interview.

Herr Prof. Dr. Wülfing, Sie hören jetzt nach sieben Jahren als Pressesprecher bei der DGU auf – was hat Sie damals an der

Position gereizt?

Als mich der damalige Präsident Prof. Roth und meine Amtsvorgängerin Frau Prof. Kliesch ansprachen, ob ich mir vorstellen könnte, in den DGU-Vorstand zu kommen, habe ich mich sehr geehrt gefühlt. Das Amt des Pressesprechers zu bekleiden und damit auch die Möglichkeit zu haben, die Urologie in Deutschland in ihrer Wirkung in der Öffentlichkeit mitzugestalten, hat mich ab dem ersten Moment gereizt und herausgefordert.

Was haben Sie innerhalb des Verbands verändern können?

Die Arbeit des DGU-Vorstands ist in den letzten Jahren intensiv gewesen und hat sich auf allen Ebenen professionalisiert. Es wurden sehr viele Themen im Sinne aller Urolog:innen proaktiv bewegt. Ich denke, es ist für alle, die unsere Verbandsarbeit beobachtet haben, spürbar geworden, dass viel erreicht wurde. Zumindest gab es in den letzten Jahren viel positives Feedback zur Arbeit des DGU-Vorstands. Meine Aufgabe war es, die diesbezügliche Kommunikation – sowohl nach innen zu den DGU-Mitgliedern als auch nach außen in die Öffentlichkeit – zu steuern und die Urologie auch medial gut ‚aufzustellen‘. Ich denke, das ist gut gelungen!

Was waren die Highlights Ihrer Tätigkeit als Pressesprecher?

Es ist per se schon ein Highlight, diese Tätigkeit übernehmen zu dürfen und so Einblicke in die tolle Arbeit der DGU-Pressestelle mit Frau Bettina Wahlers und Frau Sabine Glimm zu erhalten. Sie haben einen unendlichen Erfahrungsschatz im Umgang mit den Pressethemen und -vertreter:innen. Das macht sehr viel Spaß. Highlights, die ich selbst mitgeprägt habe, waren die urologischen Themenwochen, die auf Initiative von Prof. Dr. Michel entstanden sind. Als wissenschaftliche Fachgesellschaft haben wir in diesem Zusammenhang neue PR-Standards für medizinische Themen gesetzt. Man schaue hier gerne noch mal auf die Hodentumorwoche (Anm. d. Red.: www.hodencheck.de) oder auch auf die HPV-Themenwoche (Anm. d. Red.: www.hpv-portal.de), bei der wir auch medial völlig neue Kanäle kennengelernt und effektiv genutzt haben. Das hat die Reichweite erheblich gepusht und damit der Urologie richtig Rückenwind gegeben.

Welche Aktionen sind Ihnen besonders im Gedächtnis geblieben?

Das ist neben den Themenwochen unsere

„FFF-Kampagne“! Prof. Tilman Kälble hatte für seinen Kongress damals die Idee, das Motto „Für alle. Für jeden. Für uns. Die Urologie.“ zu prägen, um damit den Weg für einen eigenen Internetauftritt vorzubereiten, durch den bis heute Tausende Frauen, Männer und Kinder für urologische Themen sensibilisiert und qualitativ hochwertig informiert werden. Ich denke da auch gerne an Michael und Ulli Roth zurück, die über Jahre die Gesichter für diese Kampagne waren und für die Sache der Männergesundheit losgezogen sind. Highlight war hier sicherlich der Auftritt in der Lanz-Talkshow vor drei Jahren.

Welche strukturellen Veränderungen gibt es innerhalb der DGU, um die Nachwuchsförderung anzukurbeln?

Die Urologie ist das Zukunftsfach 2030. Wir werden das Fach mit dem höchsten Fallzahlenanstieg sein. Darauf müssen wir uns vorbereiten und die besten Nachwuchskräfte an Ärzt:innen und Pfleger:innen gewinnen, damit wir der Nachfrage nach urologischer Versorgung gerecht werden können. Deswegen ist es auch so wichtig, schon frühzeitig in der Zielgruppe der Medizinstudierenden für das Fach Urologie zu werben. Neben dem von uns eigens zu diesem Zweck produzierten Imagefilm „Die Vielfalt wartet, worauf wartest Du?“ (Anm. d. Red.: <https://www.youtube.com/watch?v=omEGZcgU754>), der sehr schön darstellt, was unser Fach so ausmacht, haben wir einen eigenen Internetauftritt für den urologischen Nachwuchs produziert: Die Seite www.fut-uro.de kümmert sich gezielt um die ‚jungen Themen‘ in der Urologie und möchte somit auch direkt die Nachwuchsgeneration ansprechen.

Wie läuft es mit der Zusammenarbeit zwischen dem Berufsverband der Deutschen Urologen e. V. (BvDU) und der DGU?

Die beiden Verbände haben eigentlich unterschiedliche Aufträge. Die DGU ist eine wissenschaftliche Fachgesellschaft, der BvDU

ist ein Berufsverband. Nichtsdestotrotz muss es natürlich unsere Aufgabe sein, aus diesen beiden Blickwinkeln am Ende eine gemeinsame Verbandsarbeit zu generieren, die für alle Urolog:innen Ergebnisse liefert.

Hier gab es in den letzten Jahren Höhen und Tiefen in der Zusammenarbeit. Aktuell stellt sich der BvDU personell neu auf und wir bei der DGU sind optimistisch, dass wir in einigen Bereichen der Urologie auch wieder gemeinsame Ziele haben und erreichen werden.

Welche politischen Forderungen sind in Bezug auf die Urologie erfüllt worden, welche nicht?

Es ist viel erreicht worden. Vieles, was vielleicht gar nicht so bewusst wahrgenommen wird. Aber ein wichtiger Punkt ist die Repräsentation der DGU in der Berliner Politik. Da hat sich sehr viel zum Guten verändert.

Ob das die Vertretung der DGU im GBA, in den Arbeitskreisen zur GoÄ aber auch in den verschiedenen interdisziplinären Arbeitsgruppen und Netzwerken ist – die DGU genießt inzwischen einen sehr guten Ruf. Bei der Anerkennung des PSA-Wertes als GKV-Kassenleistung hätten wir uns mehr erhofft. Da waren wir enttäuscht, dass der GBA am Ende negativ entschieden hat. Denn eigentlich hatten wir mit viel Arbeit und Mühe die wissenschaftlichen Daten zum Stellenwert des PSA vorgetragen und ziemlich viele abstimmende Fachgesellschaften überzeugen können. Am Ende ist es an Einzelmeinungen gescheitert.

Auf welche Aktionen der DGU dürfen sich die Mitglieder dieses Jahr noch freuen?

Natürlich freuen wir uns alle auf den DGU-Kongress in Hamburg, der zum ersten Mal von einer Präsidentin, Frau Prof. Dr. Margit Fisch aus Hamburg, ausgerichtet wird. Insofern bin ich auch neugierig, inwiefern man Unterschiede in der Organisation und im Programm spüren wird.

Wie werden Sie Ihre Zeit ab September nutzen? Bleiben Sie dem Vorstand erhalten?

Meine Amtszeit ist leider abgelaufen. Man kann als Vorstand in diesem Amt zunächst drei Jahre und dann zweimal zwei Jahre gewählt werden. Somit habe ich diese sieben Jahre jetzt voll ausgeschöpft und werde das Amt an einen sehr guten Nachfolger weitergeben. Ich

Bei der Anerkennung des PSA-Wertes als GKV-Kassenleistung hätten wir uns mehr erhofft

selbst werde dann nicht mehr im DGU-Vorstand sein, werde aber in der jüngst gegründeten gemeinnützigen GmbH mit Namen „Urologische Stiftung Gesundheit“ als einer von vier Geschäftsführern erhalten bleiben.

In dieser Funktion kümmere ich mich in enger Absprache mit dem neuen Pressesprecher um gute mediale urologische Patienteninformationen und begleite vermutlich auch noch die ein oder andere Kampagne zu urologischen Themen mit.

Können Sie bereits etwas zu Ihrem Nachfolger sagen?

Ich kann zumindest verraten, dass der DGU-Vorstand Herrn Prof. Dr. Axel Merseburger aus Lübeck als Kandidaten identifiziert hat und ihn zur Wahl vorschlagen wird.

Zur Patientenversorgung als Urologe generell: Wie viel Zeit bleibt für die Aufklärung vor einem Eingriff und die Nach-

betreuung im Anschluss?

Die Operationsaufklärung ist ein sehr wichtiger Vorgang, der gleichermaßen juristische und haftungsrechtliche Implikationen haben kann, aber eben auch die didaktische Ebene gegenüber den Patient:innen beinhaltet. Ziel ist eine gute inhaltliche Aufklärung der Patient:innen und eine differenzierte Besprechung der möglichen Komplikationen und Besonderheiten. Hierfür muss man sich die notwendige Zeit nehmen, das halte ich für selbstverständlich in unserem operativen Fach.

Bei der Nachbetreuung liegt es im klinischen Alltag sicherlich sehr daran, wie lange die Verweildauer im Krankenhaus ist. Bei längeren Aufenthalten findet häufig auch eine intensive Nachbetreuung in der Klinik statt. Bei kürzeren stationären Aufenthalten oder auch bei rein ambulanten OPs ist die Nachbetreuung natür-

lich aus Sicht des Kliniklers gemeinsam mit den niedergelassenen Kolleg:innen zu organisieren.

Gibt es hier Verbesserungsbedarf und wenn ja, wie könnte das umgesetzt werden?

Ich fände es sehr wünschenswert, wenn die ‚sektorale Trennung‘, also die Aufteilung in stationär und ambulant beziehungsweise in Klinik und Niederlassung, zu Gunsten einer noch besseren Kommunikation und Vernetzung im Sinne eines guten Ablaufs und einer guten Behandlung der Patient:innen weiter abgebaut werden könnte. Aus meiner Sicht ist das definitiv die zukünftige Struktur, die eine bessere digitale Vernetzung auf gemeinsamen IT-Plattformen ermöglicht, beispielsweise die Benutzung der elektronischen Krankenakte. Das würde uns bei der täglichen Arbeit sicher enorm unterstützen.

Anzeige

ANGST
vor Erektionsstörungen
MUSS NICHT SEIN!



Medizintechnik
Dipl.-Ing. Heise Vertriebs-GmbH

Berghofer Str. 201 · 44269 Dortmund
Telefon: 0231.48 84 45

www.medizintechnik-heise.de

ES GIBT EINE LÖSUNG!



Osbon ErecAid™

- Vakuumtherapie
- Schwellkörpertraining nach radikaler Prostatektomie

IHRE VORTEILE

- effektives Schwellkörpertraining
- Sichere und effektive Methode zur Behandlung der erektilen Dysfunktion
- Zu jedem gewünschten Zeitpunkt eine Erektion erzeugen und beibehalten
- Einfachste Bedienung durch ergonomisch geformtes, manuelles Vakuumerektionssystem
- Die Kosten werden i.d.R. durch die gesetzl. Krankenkassen übernommen
- 24-h Beratungshotline 0231.48 84 45



Quelle: Prof. Dr. med. Thorsten Schlomm, Charité Berlin

▪ RUND UM DIE UROLOGIE ▪

Interview mit Prof. Dr. Thorsten Schlomm

„Ein Flugzeug darf auch nicht starten, wenn ein Pilot fehlt.“

Prof. Dr. Thorsten Schlomm, Direktor der Klinik für Urologie an der Charité Berlin, setzt sich neben seiner täglichen Arbeit als Arzt für die Zukunft des urologischen Fachpersonals, die Weiterbildung und die Vereinbarkeit von Beruf und Familie ein. Zuletzt trat er außerdem in der VOX-Sendung „Showtime of my Life – Stars gegen Krebs“ auf und entdeckte dabei während einer urologischen Vorsorge-Untersuchung Blasenkrebs bei

Mickie Krause. Wir haben den Klinikdirektor, der auf Instagram als „thorstenschlomm“ aktiv ist, zu seiner täglichen Arbeit und seinem persönlichen Schwerpunkt befragt:

Herr Prof. Dr. Schlomm, was hat Sie dazu bewogen, Medizin zu studieren und sich dann für die Urologie zu entscheiden?

Ich habe nach der Schule Zivildienst ge-

leistet und war in der onkologischen Pflege tätig. Die Arbeit im Team und mit den Patient:innen war sehr befriedigend und Naturwissenschaften haben mich schon immer interessiert. Das war also eine perfekte Kombination. Aber meine Schulnoten waren nicht so gut, deshalb habe ich eine Ausbildung als Krankenpfleger begonnen, bevor ich mich zum Medizinstudium einschreiben konnte.

Zur Urologie bin ich tatsächlich eher zufällig gekommen. Ich habe im Studium mit der Krebsgenomforschung begonnen und an Nierentumoren geforscht. Hierdurch habe ich festgestellt, wie vielseitig die Urologie ist.

Wo liegen die Schwerpunkte in Ihrer täglichen Arbeit?

Mein persönlicher Schwerpunkt liegt in der Behandlung von Prostatakarzinomen und in der genbasierten Krebstherapie. Aber als Klinikleiter und Familiemensch liegt mir noch eine weitere Angelegenheit am Herzen, und das ist die Zukunft des urologischen Fachpersonals, die Weiterbildung, die Vereinbarkeit von Beruf und Familie.

Schon während meiner Ausbildung habe ich schnell gemerkt, dass unser Gesundheitssystem vom Pflege- und ärztlichen Personal massiv subventioniert wird, denn sie gehen täglich über ihre Grenzen. Das wird einfach vorausgesetzt und eingepreist. Wäre es nicht so, hätte das deutsche Gesundheitssystem sicher 30 Prozent Mehrausgaben. Ein Flugzeug darf auch nicht starten, wenn ein Pilot fehlt. In der Klinik kommt die Krankenschwester abends zur Nachtschicht auf die Station und sieht, dass zwei Kolleg:innen fehlen. Dann wird die Station nicht geschlossen, sondern sie kompensiert ihre Kolleg:innen, bekommt dafür aber kein doppeltes Gehalt, sondern im schlimmsten Fall ein Burnout. Das ist der Unterschied! Gesundheitsversorgung wird in Deutschland als ‚all inclusive‘ von den Menschen vorausgesetzt. Verantwortlich hierfür ist die Politik, die das so vermittelt – auf unsere Kosten.

Was dabei aber nicht bedacht wird, ist der Fachkräftemangel in der Pflege und die Akquisition und Begeisterung der Medizinstudierenden für die Arbeit in der Klinik. Frauen leisten einen ganz wesentlichen Teil der

FFF.

Für alle. Für jeden. Für uns.
Die Urologie.

Werden Sie Teil unserer Urologie-Kampagne, die alle Akteure und Bereiche medienwirksam vereint!

JETZT ANMELDEN

www.urologie-fuer-alle.de/anmeldung

Eine Initiative zur Gesundheitsförderung der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU) in Kooperation mit dem Berufsverband der Deutschen Urologen e.V. (BvDU).

DGU Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V.

BvDU Berufsverband der Deutschen Urologen e.V.

Arbeit in Krankenhäusern. Sobald sie Mütter werden, haben sie aber in der Regel nur noch bedingt Möglichkeiten, ihre Karriere fortzusetzen. Das muss geändert werden. Eine Frau und auch ein Mann mit Familie sollten nicht zwischen Familie oder Beruf wählen müssen – beides muss möglich sein.

Ich bin daher froh, dass wir hier in der Klinik für Urologie der Charité Berlin eine Ausbildungsagenda entwickelt und umgesetzt haben, die allen Assistenzärzt:innen einen strukturierten Ausbildungsplan über fünf

Eine Frau und auch ein Mann mit Familie sollten nicht zwischen Familie oder Beruf wählen müssen

Jahre zur Verfügung stellt. Er beinhaltet ein rotierendes System, sodass alle Ärzt:innen in Ausbildung verlässlich alle Bereiche und Kliniken kennenlernen. Wir haben außerdem eine Sabbatical-Stelle geschaffen. Bei Bedarf können Ärzt:innen ein ein- bis zweimonatiges Kurz-Sabbatical einlegen, ohne dass es zu Engpässen kommt. Diese Zeit kann für Urlaub, Reisen, Sprachkurse, die Pflege von Angehörigen oder Ähnliches genutzt werden.

Erst kürzlich habe ich ein Gespräch mit einer unserer Ärztinnen geführt, die mir mitgeteilt hat, dass sie schwanger ist. Tatsächlich kann das heute noch immer eine Art Schock für werdende Mütter und Väter sein, weil die Freude über die wachsende Familie möglicherweise von Existenzängsten begleitet wird. In unserer – zugegeben sehr kinderreichen – Klinik braucht sich niemand Sorgen um die berufliche Karriere zu machen. Dafür haben

wir erfolgreiche Programme installiert, die Elternzeiten beider Elternteile und Teilzeitmodelle beider Elternteile kombinieren.

Wo sehen Sie generell Verbesserungspotenzial in der Urologie?

Wir dürfen nicht an alten Systemen festhalten, sondern müssen uns öffnen und uns den Bedürfnissen des medizinischen Nachwuchses anpassen, denn ansonsten haben wir in einigen Jahren ein massives Nachwuchsproblem. Das ist auch möglich, wenn wir alle es wollen.

Was halten Sie von der Spezialisierung von Kliniken?

Sie ergibt Sinn. Es geht nicht darum, sich gegenseitig Konkurrenz zu machen, sondern komplexere Erkrankungen durch spezialisierte Teams und mit der entsprechenden medizintechnischen Ausstattung effektiver behandeln zu können. Es geht auch nicht darum, Krankenhäuser zu schließen, wie es letztens von der Bertelsmann Stiftung vorgeschlagen wurde. Ganz im Gegenteil: Die Versorgung – auch im ländlichen Raum – muss gewährleistet bleiben, sich aber aufs Wesentliche konzentrieren. Krebs und chronische Erkrankungen gehören für mich an Zentren angebunden. Das heißt nicht, dass sie nicht vor Ort behandelt werden. Es sollten jedoch regelmäßig, zum Beispiel vor relevanten Therapieentscheidungen, interdisziplinäre Besprechungen mit einem assoziierten Zentrum – zum Beispiel Tumorboard – durchgeführt werden. Wir haben hierfür zum Beispiel ein Netzwerk mit unseren niedergelassenen Kolleg:innen in Berlin und Brandenburg aufgebaut, in dem wir die Daten der metastasierten Patient:innen zentral in der Charité auf Möglichkeiten für Studien und Gensequenzierung überprüfen und die Informationen dann an die Kolleg:innen zurückgeben. Die Patient:innen brauchen dafür nicht zu uns zu kommen.

Wie hat Corona Ihren Klinikalltag beeinflusst?



Quelle: Charité - Universitätsmedizin Berlin

Wir haben während der gesamten Corona-Zeit bisher nur sehr wenige Krebs-OPs absagen oder verschieben müssen, allerdings zum Preis einer massiven Rationierung der Versorgung von chronisch Erkrankten und sogenannten ‚Bagatteleingriffen‘, die jedoch nach einiger Zeit auch zu ernststen Problemen und Beeinträchtigungen führen können. Kurioserweise kommen wir jetzt durch die omikron-bedingten zahlreichen Personalausfälle aktuell in ernste Engpässe. Nicht nur durch positiv getestete Mitarbeiter:innen, sondern auch durch deren Kinder, die nicht mehr in die Kita oder Schule dürfen. Das legt nun brutal die Mängel des

Systems offen. Da unser Gesundheitssystem in Nicht-Krisenzeiten schon nicht mit personellen Reserven ausgestattet ist, zwingen es die aktuellen Ausfälle nun in die Knie. Ich bin leider skeptisch, dass sich hier nach Corona etwas relevant ändern wird. Dazu hätte man nun schon zwei Jahre Zeit gehabt.

Was raten Sie Patient:innen und Angehörigen zum Thema Vorsorge?

Während Corona haben wir gelernt, dass schon kleine Vorsorgemaßnahmen wie der Mundschutz dabei helfen können, die große Welle abzuflachen. So ist es auch mit der Vorsorge. Regelmäßige Untersuchungen helfen dabei, die Welle der schwerwiegenden Erkrankungen frühzeitig zu brechen. Für die Männer zitiere ich auch gerne immer den regelmäßigen Auto-Check. Wer regelmäßig zum Ölwechsel geht, muss den Motor nicht austauschen.

Anzeige

KENNEN SIE DIE ECHTEN KOSTEN IHRER MEHRWEG-ZYSTOSKOPE?

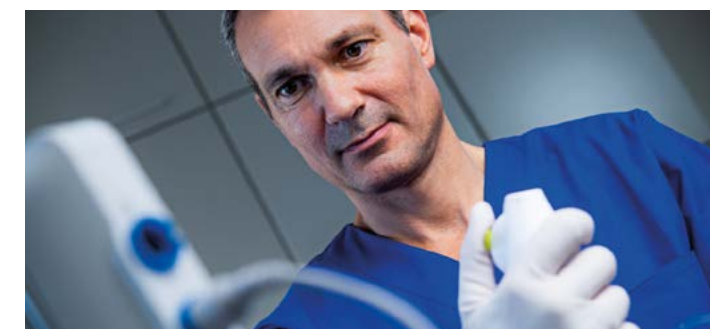
Ambu

Die Kosten herkömmlicher Mehrweg-Zystoskope gehen über die reinen Investitionskosten hinaus. Bei der Verwendung fallen zusätzliche Kosten für Aufbereitung, Lagerung und Transport der Zystoskope an, die in die Gesamtkostenrechnung einfließen müssen.

In diesem Kontext erschien jüngst die Studie von Coy et al., welche die Kosten von Mehrweg-Zystoskopen in drei deutschen Krankenhäusern unterschiedlicher Versorgungsstufen untersucht.

In der Studie kommen die Autoren zu dem Schluss, dass sich bei einem kalkulierten Durchschnittspreis von 241,20 € pro Prozedur mit einem Mehrweg-System, der Einsatz von Einweg-Zystoskopen preislich nicht stark unterscheidet. Im Detail verdeutlicht die Untersuchung, dass insbesondere die Art und der Ort der Wiederaufbereitung sowie der Umgang mit Reparaturen einen signifikanten Einfluss auf die Gesamtkosten von Mehrweg-Zystoskopen haben.

Krankenhausindividuelle Wirtschaftlichkeitsberechnungen sind folglich notwendig, um belastbare Managemententscheidungen in Bezug auf die Nutzung von Einweg- oder Mehrweg-Zystoskopen treffen zu können.



Haben wir Ihr Interesse an einer individuellen Wirtschaftlichkeitsbetrachtung flexibler Mehrweg-Zystoskope geweckt?

Schreiben Sie uns eine Mail an research@ambu.com oder besuchen Sie uns auf der DGU22 in Hamburg: **Stand S.103, Saal 3** oder bei unserem Pflege-Workshop „Einmal-Zystoskope - Hilfe in der Praxis“ am 23.09.2022 um 08:45 Uhr im Saal Y10.

Wir freuen uns auf Ihren Besuch!

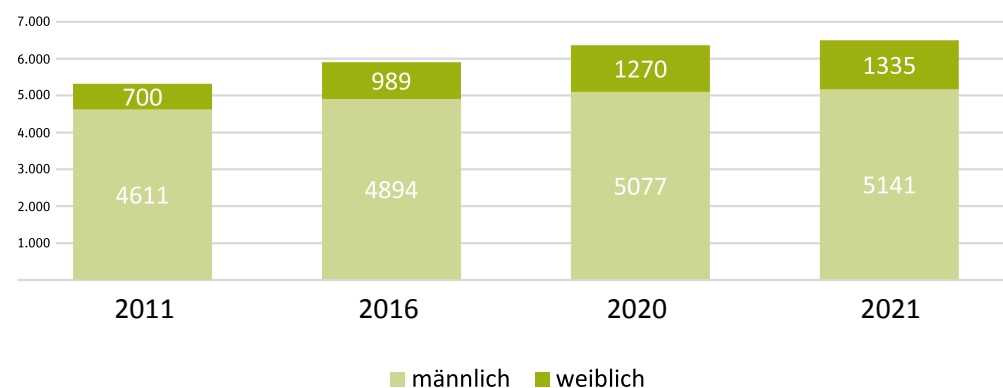


JETZT KOSTENLOS ZUM PFLEGE-WORKSHOP ANMELDEN

Urologie in Zahlen

Wie viele Urolog:innen waren im Jahr 2021 bundesweit berufstätig? Haben sich die starken Altersgruppen innerhalb der Fachschaft verschoben? Wie viele Urologinnen hatten im Jahr 2021 eine leitende Funktion inne? „Urologie in Zahlen“ hat Antworten auf all diese und weitere Fragen.

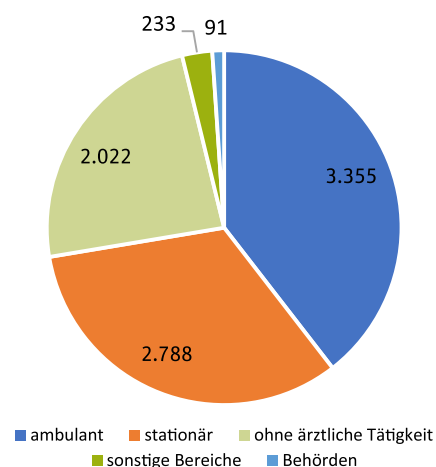
Gesamtzahl berufstätiger Urolog:innen im Jahresvergleich



Quellevweis Abbildungen 1 – 7: Eigene Darstellung, vgl. Ärztestatistik der Bundesärztekammer 2021.

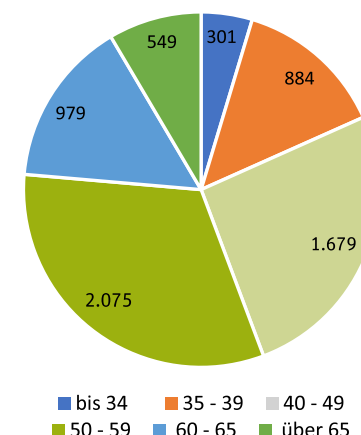
Im Mai veröffentlichte die Bundesärztekammer die aktuelle Ärztestatistik für das Jahr 2021. Dr. Klaus Reinhardt, Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), kommentierte die Ergebnisse wie folgt: „Wir verzeichnen zwar ein leichtes Wachstum bei der Zahl der Ärztinnen und Ärzte, leider reicht dieser Zuwachs aber bei Weitem nicht aus, um den Behandlungsbedarf einer Gesellschaft des langen Lebens auf Dauer zu decken. Dieser besorgniserregenden Entwicklung dürfen Bund und Länder nicht länger tatenlos zusehen. Was wir jetzt brauchen, sind eine konsequente Nachwuchsförderung und bessere Ausbildungsbedingungen im ärztlichen Bereich.“ Die Urologie als Fachschaft verzeichnet ebenfalls

einen Aufwärtstrend bei der Gesamtzahl der berufstätigen Urolog:innen. Diese lag im Jahr 2021 bei 6.476 Urolog:innen. Vergleicht man die Gesamtzahl mit der von 2011, ergibt sich eine Steigerung von rund 22 Prozent in den vergangenen zehn Jahren. Von 2020 zu 2021 ist die Anzahl der berufstätigen Urolog:innen um 1,9 Prozent gewachsen und liegt damit um zwei Prozentpunkte knapp über dem Gesamtschnitt aller Fachschaften, welcher eine Steigerung von 1,7 Prozent verzeichnet. Urologen sind noch deutlich häufiger in der Fachschaft vertreten als Urologinnen, wobei auch hier ein kontinuierlicher Anstieg von 2011 (Frauenanteil: 13 Prozent) zu 2021 (Frauenanteil: 21 Prozent) erkennbar ist.



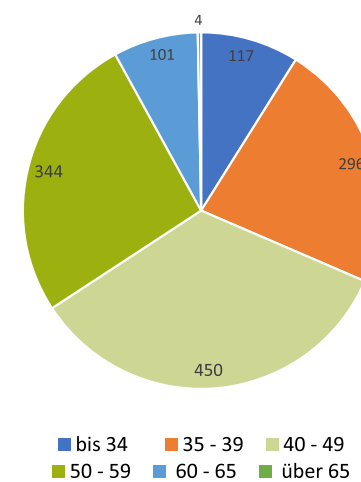
Aufteilung aller erfassten Urolog:innen nach Tätigkeitsbereich (n = 8.489)

Von insgesamt 8.489 gemeldeten Urolog:innen (berufstätige und nicht berufstätige) waren in 2021 39,5 Prozent ambulant, 32,8 Prozent stationär, 1,1 Prozent bei Behörden und 2,7 Prozent in sonstigen Bereichen beschäftigt. Den Status „ohne ärztliche Tätigkeit“ hatten 2021 23,8 Prozent der Urolog:innen inne. In Zahlen betrifft das 2.022 Urolog:innen, wovon 1.770 im Ruhestand sind.



Berufstätige Urolog:innen nach Altersgruppen (n = 6.467)

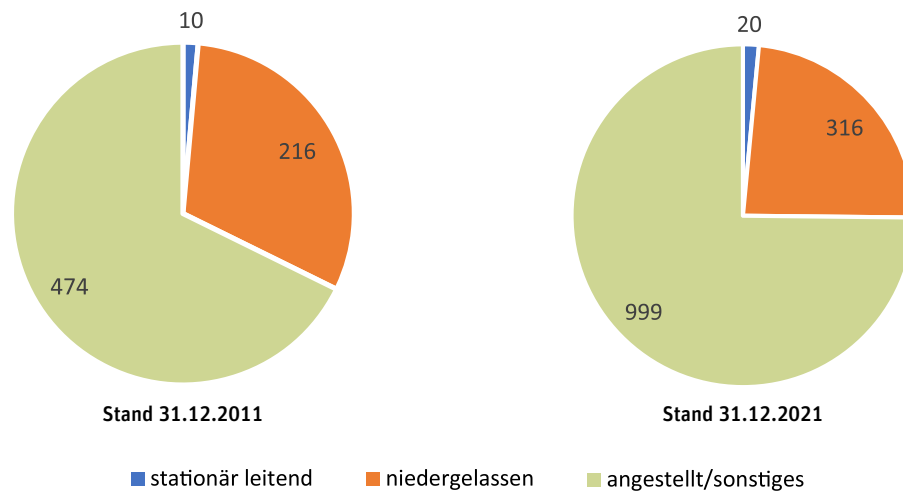
Mit 32,1 Prozent ist die Altersgruppe der 50- bis 59-jährigen Urolog:innen am besten vertreten. Danach folgen mit 26 Prozent die 40- bis 49-jährigen und mit 15,1 Prozent die 60- bis 65-jährigen. Zusammengefasst haben die Altersgruppen von „bis 34“ und „35 bis 39“ Jahren einen Anteil von 18,3 Prozent und die über 65-jährigen sind mit 8,5 Prozent vertreten. Ins Auge fällt, dass die 50- bis über 65-jährigen mehr als die Hälfte, nämlich 55,7 Prozent, ausmachen.



Berufstätige Urologinnen nach Altersgruppen (n = 1.335)

Betrachtet man im Gegensatz dazu nur die Urologinnen, machen zusammengefasst mit 64,6 Prozent die 34- bis 49-jährigen den größten Anteil aus. Aufgegliedert in die einzelnen Altersgruppen sind mit 33,7 Prozent die 40- bis 49-jährigen Urologinnen am besten vertreten. Danach folgen die 50- bis 59-jährigen mit 25,8 Prozent, mit 22,2 Prozent die 35- bis 39-jährigen und mit 8,8 Prozent die bis 34-jährigen. Schlusslicht bilden zusammengefasst die 60- bis 65-jährigen und die über 65-jährigen mit 7,9 Prozent.

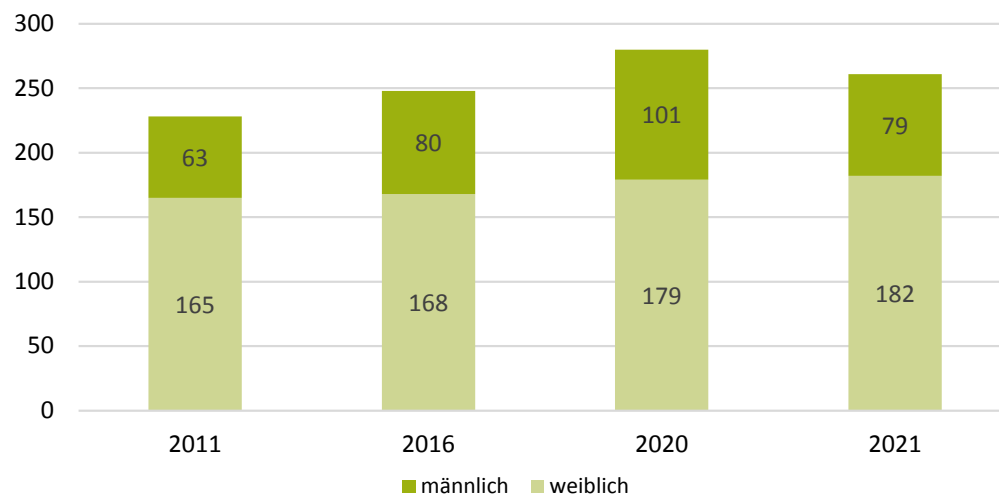
Urologinnen in Führungsposition 2011 und 2021 im Vergleich



Quellverweis: Abbildungen 1 – 7: Eigene Darstellung, vgl. Arztestatistik der Bundesärztekammer 2021.

2011 waren zehn Urologinnen stationär in leitender Funktion beschäftigt (von insgesamt 351 stationär leitenden Urolog:innen). Eine eigene Praxis führten im Jahr 2011 216 Urologinnen (insgesamt 2.733 registrierte Niederlassungen in 2011). Zehn Jahre später – 2021 – hat sich die Anzahl an stationär leitenden Urologinnen gerade mal auf 20 verdoppelt, wobei sich die Gesamtzahl an Leitungspositionen auf 412 erhöht hat. Urologinnen mit eigener Niederlassung haben im Vergleich von 2010 zu 2011 um 31,7 Prozent zugenommen, nämlich von 216 auf 316. Die Anzahl an Urologinnen in einem Angestelltenverhältnis, stationär oder auch bei niedergelassenen Ärzt:innen, ist in zehn Jahren um 110,7 Prozent von 474 auf 999 gestiegen.

Anerkennung von Facharztbezeichnungen



Anerkennung von Facharztbezeichnungen

Die Anerkennung von Facharztbezeichnungen ist im Jahr 2021 im Vergleich zum Vorjahr von 280 auf 261 leicht rückläufig gewesen – wobei die Anzahl an Urologen nahezu konstant geblieben, aber die Anzahl an Urologinnen um 31,7 Prozent gesunken ist. Vielleicht lässt das Berufsmonitoring Medizinstudierende, welches für Oktober 2022 erwartet wird, hier weitere Rückschlüsse zu.

Insgesamt untermauert die aktuelle Statistik, was bereits bekannt ist: Im Verhältnis zur erwarteten Ruhestandswelle entschließen sich zu wenige Medizinstudierende für die Fachschaft Urologie – wobei der Nachwuchsmangel die gesamte Ärzteschaft und letztendlich das gesamte Gesundheitswesen betrifft. Darüber hinaus fällt auf, dass Urologinnen

nach wie vor unterrepräsentiert in leitenden Funktionen sind. Carolin Siech, Vorsitzende der German Society of Residents in Urology (GeSRU), fordert angesichts dieser Zahlen: „Es muss selbstverständlich sein, dass Ärztinnen nach der Elternzeit für Führungspositionen in Frage kommen.“ Die Dokumentation „Medical Woman on Top“ vom Deutschen Ärztinnenbund e. V. zeigt auf, dass insgesamt nur 13 Prozent aller Leitungsfunktionen in klinischen Fächern der deutschen Universitätsmedizin von Frauen besetzt sind. Demnach hält die Urologie einen Anteil von 5 Prozent an den Klinikdirektorinnen in 14 klinischen Fächern, die in 36 von 38 medizinischen Fakultäten vertreten sind.

Der Nachwuchsmangel und die „weiblichen Strukturen in der Urologie“ waren bereits in der vergangenen Ausgabe Titelthema und wurden dementsprechend aufgearbeitet.

Anzeige

OPDIVO®: DAS GROSSE PLUS IN DER ONKOLOGIE.

Es gibt nur eine Chance auf IO/IO in der 1L des fortgeschrittenen Nierenzellkarzinoms – Treffen Sie heute die wichtige Entscheidung für die Chance auf Langzeitüberleben.¹

Zu den Fachinformationen:

bms-onkologie.de/fachkreise/produkte/opdivo-und-yervoy/fachinformation

Bristol Myers Squibb™

bms-onkologie.de

1L = Erstlinientherapie (First Line) IO/IO = immunonkologische Kombinationstherapie (OPDIVO® ist in Kombination mit Ipilimumab für die Erstlinientherapie des fortgeschrittenen Nierenzellkarzinoms bei Erwachsenen mit intermediärem/ungünstigem Risikoprofil indiziert.)
OPDIVO®-Fachinformation, aktueller Stand: YERVOY®-Fachinformation, aktueller Stand
1. Motzer RJ et al. ESMO Virtual Congress, 2021; Presentation #661P

▪ AUS DER PRAXIS ▪

Urologie an der Bergstraße

Dr. Jonas berichtet im Interview über die Spezialisierung auf Menschen mit Behinderung

Dr. Daniel Jonas ist Urologe in der Gemeinschaftspraxis „Urologisches Zentrum Bergstrasse“ in Dossenheim. Die Gemeinschaftspraxis hat sich auf Patient:innen mit Behinderung spezialisiert und ist über die Ortsgrenzen hinaus für ambulante Behandlungen in diesem komplexen Bereich bekannt. Mit welchen Herausforderungen Dr. Jonas und seine Kolleg:innen zu kämpfen haben, berichtet er im Gespräch.

Dr. Jonas, warum sind Sie Urologe geworden? Was reizt Sie am meisten an diesem Fachgebiet?

Das gesamte medizinische Spektrum ist in die-

sem sogenannten ‚kleinen‘ Fach vereint. Wir behandeln Kinder sowie Frauen und Männer jeder Altersklasse. In der Niederlassung ist die sprechende Medizin und der Aufbau von vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehungen ein wichtiger Teil meiner täglichen Arbeit. Die operative Urologie ist neben der urologischen Diagnostik mit Bildgebung, der Mikrobiologie und der Labormedizin sowie der medikamentösen Therapie, einschließlich der medikamentösen Tumorthherapie, ein erfüllender Teil meines Arbeitsalltags.

Dieses abwechslungsreiche Arbeiten, welches Diagnostik und Therapie von erworbenen kongenitalen sowie gut- oder auch bösartigen

Erkrankungen vereint, macht die Urologie für mich zum interessantesten Fach. Die tägliche Arbeit mit den Patient:innen ist immer wieder aufs Neue motivierend.

Wo liegt Ihr persönlicher Schwerpunkt in der Behandlung?

In der Neurourologie, dem ambulanten Operieren und der Uroonkologie.

Schwerpunkt Ihrer Praxis ist die Behandlung von Menschen mit Behinderung. Wie kam es dazu?

Das urologische Zentrum Bergstraße ist eine Gemeinschaftspraxis mit einer Urologin und drei Urologen. Eine besondere Expertise liegt in der Behandlung von Patient:innen mit neurourologischen Erkrankungen. Es erfolgen pro Quartal ca. 120 videourodynamische Untersuchungen sowie 40 ambulante Botoxinjektionstherapien des Detrusor vesicae in den Praxisräumen.

Die Praxisgründer Dr. H. C. Münch und Dr. R. W. Otto hatten schon während der gemeinsamen Facharztausbildung an der Urologischen Klinik der Universitätsklinik in Heidelberg ein besonderes Interesse an der Neurourologie, welche sie ab dem Jahr der Niederlassung 1991 als Praxisschwerpunkt etablieren konnten. Inzwischen sind beide Praxisgründer im Ruhestand. Wir haben den neurourologischen Schwerpunkt in der hiesigen Region weitergeführt und das gesamte Team investiert einen großen Teil der Arbeitszeit in diesen Bereich, um den Patient:innen die bestmögliche neurourologische Versorgung anbieten zu können.

Welche Krankheitsbilder werden in diesem Bereich in Ihrer Praxis überwiegend therapiert?

Das urologische Krankheitsbild ist die neurogene Harnblasenentleerungsstörung, welche häufig durch eine Schädigung des Rückenmarks oder eines anderen Bereichs des zen-

tralen Nervensystems verursacht wird. Diese Schädigung kann zu komplexen Störungen des unteren Harntraktes sowie der Darm- und Sexualfunktion führen.

Hier wären neben der neurogenen Detrusor-überaktivität, eine Hypokontraktilität oder Akontraktilität der Harnblase, die Detrusor-Sphinkter-Dyssynergie, die Blasenhalssuffizienz und die neurogene Belastungsinkontinenz als mögliche Krankheitsbilder zu nennen.

Weitere häufige Erkrankungen, die mit der neurogenen Harnblasenentleerungsstörung vergesellschaftet sind, sind rezidivierende Harnwegsinfektionen, die eine Herausforderung in der Therapie darstellen können. Darüber hinaus behandeln wir auch neurogene Sexualfunktionsstörungen bei Mann und Frau.

Bei unseren Patient:innen handelt es sich neben querschnittgelähmten rollstuhlpflichtigen Patient:innen um Patient:innen mit Spina bifida, Multipler Sklerose sowie selteneren neurologischen Grunderkrankungen.

Bei Patient:innen mit Myelomenigozele besteht eine Verbindung mit der neurochirurgischen Klinik der Horst-Schmidt-Kliniken Wiesbaden und Patient:innen mit Multipler Sklerose werden uns durch das Multiple-Sklerose-Netzwerk zugewiesen. Querschnittgelähmte Patient:innen werden häufig durch Selbsthilfegruppen auf uns aufmerksam oder werden von Berufsgenossenschaften nach einem Unfallgeschehen als Ursache der Erkrankung vorgestellt.



Quelle: Urologisches Zentrum Bergstrasse in Dossenheim



Quelle: Urologisches Zentrum Bergstrasse in Dossenheim

Welche Hürden müssen Sie bei der Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung überwinden?

Die Diagnostik und Therapie neuourologischer Patient:innen sind arbeitsintensiv, personalintensiv und zeitaufwändig. In unseren Untersuchungsräumen sind aus diesem Grund besondere bauliche Maßnahmen – zum Beispiel elektrische Deckenlifter zum Umsetzen von Patient:innen mit Tetraplegie, Paraplegie oder anderweitigen körperlichen Einschränkungen – vorhanden.

Oxybutynin bedürfen, verordnen wir auch statistisch überdurchschnittlich Rezepturen mit Oxybutynin zur täglichen Instillation. Das wird beanstandet. Die Schlussfolgerung, gehäuftes Patientenaufkommen führt zu einer häufigeren Verordnung, ist für jeden logisch ersichtlich – außer für die gemeinsame Prüfungsstelle.

Dies gilt in gleichem Maß für unsere Verordnungen der Botoxinjektionstherapie des Detrusor vesicae bei Patient:innen mit therapieresistenter neurogener Detrusorüberaktivität, bei denen nur durch eine hohe Dosis des



Quelle: Pixabay / wal_172619

Die Mitarbeiter:innen sind im Umgang mit Patient:innen mit körperlichen Einschränkungen speziell geschult und sehr erfahren in der Durchführung der neuourologischen Diagnostik. Der höhere Bedarf spezialisierter Mitarbeiter:innen wird in der Vergütung dieser Praxisbesonderheit nicht berücksichtigt.

Aufgrund der Spezialisierung fallen wir statistisch auf und erhalten Regressandrohungen der gemeinsamen Prüfungsstelle. Durch die Behandlung einer überproportionalen Zahl von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit neurogener Harnblasentleerungsstörung, die zum Beispiel einer Instillationstherapie mit

Botulinumtoxins eine ausreichende Dämpfung der neurogenen Detrusorüberaktivität erreicht wird.

Wo besteht politischer Handlungsbedarf?

Die Subspezialisierung beziehungsweise der Aufbau eines neuourologischen Schwerpunkts in der Niederlassung wird durch Maßnahmen wie oben genannte Regressandrohungen leider erschwert. Ein weiterer Punkt ist, dass ein kostendeckendes Arbeiten im kassenärztlichen Bereich aufgrund der personell und logistisch aufwändigen Diagnostik aktuell leider nicht sichergestellt ist.

Dies ist für mich unverständlich, da durch die Möglichkeit ambulanter Diagnostik und Therapie mehrfach pro Jahr mehrtägige Krankenhausaufenthalte eingespart werden. Als Nebeneffekt führt dies zu einer Kostenreduktion im Gesundheitswesen.

Die Neuourologie, in der Patient:innen über Jahrzehnte ambulant fachärztlich begleitet werden und eine enge Arzt-Patient:innen-Bindung aufgebaut wird, hat meines Erachtens ein hohes Wachstumspotential im niedergelassenen Bereich. Vorausgesetzt, die bereits genannten Kritikpunkte bessern sich.

Wie viel Gesundheitsvorsorge wird in Ihrer Praxis gemacht und wie stehen Sie zum PSA?

Die Gesundheitsvorsorge ist wie in anderen urologischen Praxen ein weiterer Schwerpunkt unserer täglichen Arbeit. Die Bestimmung des PSA-Werts im Rahmen der Früherkennung sollte risikoadaptiert nach der Aufklärung über die Vor- und Nachteile im Sinne eines „shared decision making“ mit den Patient:innen gemeinsam erfolgen. Die Bestimmung des PSA-Werts und dessen Interpretation im Rahmen des opportunistischen Screenings ist meines Erachtens der entscheidende Grundbaustein

für die Früherkennung des Prostatakarzinoms.

Wie sieht es generell mit der Patientenversorgung in der Urologie aus? Wo besteht Verbesserungsbedarf?

Wir wissen, dass aufgrund der demografischen Entwicklung bereits jetzt, aber in höherem Maße in den kommenden Jahren, ein Mehrbedarf an urologischen Fachärzt:innen sowie medizinischen Fachangestellten und Pflegekräften in der Urologie – sowohl im ambulanten als auch stationären Sektor – bestehen wird. Unsere Fachgesellschaften leisten sehr gute Arbeit in der Positionierung der Urologie als attraktives Fach mit Zukunft.

Wie überall ist der Fachkräftemangel das wichtigste Thema. Das gilt nicht nur für die Ärzt:innen, sondern auch für das Praxispersonal.

Was machen Sie im Bereich Patientenkomunikation? Informationen über Flyer, Website, App?

Wir konnten einen digitalen Telefonassistenten etablieren, mit dem wir unser Arztsekretariat entlasten konnten. Informationen erfolgen des Weiteren über unsere Website sowie über automatisierten SMS-Versand.

Anzeige

DIAGWISS – BERATUNG ZU IHREM PRAXISALLTAG UND ZUR URINMIKROBIOLOGIE

DIAG.
WISS
Dr. Beyer
Seminare
Beratungen



URMI
PLUS

Individualisierte Bausteine für Ihre Praxis, zu den Bereichen:
+ Qualitätsmanagement + Hygiene
+ Arbeitsschutz + Labor + Datenschutz
+ Praxisbesuch

Mehr Details:
www.diagwiss.de

Besuchen Sie uns auf dem
DGU-Kongress am Stand:
H.705 in Halle H

BAVENCIO BEIM UROTHELKRZINOM

LOSLEGEN, LÄNGER LEBEN!¹⁻³

Erhalten und verstärken Sie die Erfolge der Chemotherapie mit **BAVENCIO** – die **ERSTE** und **EINZIGE** Erstlinien-Erhaltungstherapie mit statistisch **signifikantem mOS-Vorteil** beim lokal fortgeschrittenen oder metastasierten Urothelkarzinom. ^{*,1-4}

Setzen Sie auf
das längste mOS mit
BAVENCIO – mit der
Chance auf Langzeit-
überleben^{#,2,3,5}

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

BSC: Best Supportive Care; HR: Hazard Ratio; KI: Konfidenzintervall; mOS: medianes Gesamtüberleben

* 23,8 Monate mOS BAVENCIO + BSC, 15,0 Monate mOS BSC allein (HR: 0,76, 95%-KI: 0,63, 0,92, p = 0,0036, zweiseitig).² # Überlebensschätzung in klinischen Studien, ausgehend vom Start der Erstlinien-Therapie von in Deutschland zugelassenen immunonkologischen Therapien für Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Urothelkarzinom. 1. Fachinformation BAVENCIO, aktueller Stand., 2. Powles T, et al. Presented on ASCO Genitourinary Cancers Symposium 2022, Abstract No. 487., 3. Grivas P, et al. Cancer Treat Rev 2021; 97: 102187., 4. Powles T, et al. N Engl J Med 2020; 383(13): 1218–1230., 5. Plimack ER, et al. Presented on ASCO 2020.

BAVENCIO Pflichttext

▼ **Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Bezeichnung:** BAVENCIO[®] 20 mg/ml Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung. Wirkstoff: Avelumab. **Pharm. Unternehmer:** Merck Europe B.V., Gustav Mahlerplein 102, 1082 MA Amsterdam, Niederlande, **Vertrieb in Deutschland:** Merck Healthcare Germany GmbH, Waldstraße 3, 64331 Weiterstadt **Zusammensetzung:** Jeder Milliliter Konzentrat enthält 20 mg Avelumab. Eine Durchstechflasche zu 10 ml enthält 200 mg Avelumab. **Sonstige Bestandteile:** Mannitol, Essigsäure 99 %, Polysorbat 20, Natriumhydroxid, Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Monotherapie zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit metastasiertem Merkelzellkarzinom (MCC) und in der Erstlinien-Erhaltungstherapie mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Urothelkarzinom (UC), die nach einer platinbasierten Chemotherapie progressionsfrei sind. Kombination mit Axitinib als Erstlinientherapie bei erwachsenen Patienten mit fortgeschrittenem Nierenzellkarzinom (RCC). **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder sonstige Bestandteile. **Nebenwirkungen:** Nebenwirkungen nach Häufigkeit (sehr häufig: $\geq 1/10$; häufig: $\geq 1/100$ bis $< 1/100$; gelegentlich: $\geq 1/1.000$ bis $< 1/100$; selten: $\geq 1/10.000$ bis $< 1/1.000$; sehr selten: $< 1/10.000$, nicht bekannt (Häufigkeit auf Grundlage der verfügbaren Daten nicht abschätzbar): **MCC und UC:** Nebenwirkungen bei Avelumab in der Monotherapie: **Sehr häufig:** Anämie, Verminderter Appetit, Husten, Dyspnoe, Übelkeit, Diarrhö, Obstipation, Erbrechen, Abdominalschmerzen, Rückenschmerzen, Arthralgie, Ermüdung, Fieber, peripheres Ödem, Gewicht erniedrigt, Infusionsbedingte Reaktion. **Häufig:** Lymphopenie, Thrombozytopenie, Hypothyreose, Hyperthyreose, Hyponatriämie, Kopfschmerzen, Schwindel, periphere Neuropathie, Hypertonie, Pneumonitis, Mundtrockenheit, Pruritus, Ausschlag, trockene Haut, makulo-papulöser Ausschlag, Myalgie, Asthenie, Schüttelfrost, Influenza-ähnliche Erkrankung, Kreatinin im Blut erhöht, alkalische Phosphatase im Blut erhöht, Lipase erhöht, Gamma-Glutamyltransferase erhöht, Amylase erhöht. **Gelegentlich:** Eosinophilie, Überempfindlichkeit, Arzneimittelüberempfindlichkeit, Nebenniereninsuffizienz, Autoimmunthyreoiditis, Thyreoiditis, Autoimmunhypothyreose, Hyperglykämie, Myasthenia gravis, Myasthenie-Syndrom, Hypotonie, Flush, Ileus, Kolitis, Autoimmunhepatitis, Ekzem, Dermatitis, Ausschlag mit Juckreiz, Psoriasis, Erythem, erythematöser Ausschlag, generalisierter Ausschlag, makulöser Ausschlag, papulöser Ausschlag, Myositis, rheumatoide Arthritis, Nierenversagen, Nephritis, Alaninaminotransferase (ALT) erhöht, Aspartataminotransferase (AST) erhöht, Kreatinphosphokinase im Blut erhöht. **Selten:** Anaphylaktische Reaktion, Typ-1-Überempfindlichkeit, Akute Nebennierenrindeninsuffizienz, Hypopituitarismus, Diabetes mellitus, Diabetes mellitus Typ 1 (einschließlich diabetischer Ketoazidose), Guillain-Barré-Syndrom, Miller-Fisher-Syndrom, Uveitis, Myokarditis, Interstitielle Lungenerkrankung, Pankreatitis, Autoimmunkolitis, Enterokolitis, Autoimmunpankreatitis, Enteritis, Proktitis, akutes Leberversagen, Leberversagen, Hepatitis, Hepatoxizität, Erythema multiforme, Purpura, Vitiligo, generalisierter Pruritus, exfoliative Dermatitis, Pemphigoid, psoriasiforme Dermatitis, Arzneimittelausschlag, Lichen planus, Arthritis, Polyarthrit, Oligoarthritis, Tubulointerstitielle Nephritis, nicht-infektiöse Zystitis, Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom, Transaminasen erhöht, Thyroxin frei erniedrigt, Thyreotropin im Blut erhöht. **RCC:** Nebenwirkungen bei Avelumab in Kombination mit Axitinib: **Sehr häufig:** Hypothyreose, Verminderter Appetit, Kopfschmerzen, Schwindel, Hypertonie, Dysphonie, Husten, Dyspnoe, Diarrhö, Übelkeit, Obstipation, Erbrechen, Abdominalschmerzen, Ausschlag, Pruritus, Arthralgie, Rückenschmerzen, Myalgie, Ermüdung, Schüttelfrost, Asthenie, Fieber, Gewicht erniedrigt, Alaninaminotransferase (ALT) erhöht, Aspartataminotransferase (AST) erhöht, Infusionsbedingte Reaktion. **Häufig:** Anämie, Thrombozytopenie, Überempfindlichkeit, Hyperthyreose, Nebenniereninsuffizienz, Thyreoiditis, Hyperglykämie, Periphere Neuropathie, Hypotonie, Flush, Pneumonitis, Mundtrockenheit, Kolitis, Anomale Leberfunktion, Ausschlag mit Juckreiz, makulo-papulöser Ausschlag, generalisierter Pruritus, akneiforme Dermatitis, Erythem, makulöser Ausschlag, papulöser Ausschlag, erythematöser Ausschlag, Dermatitis, Ekzem, generalisierter Ausschlag, Akute Nierenschädigung, Peripheres Ödem, Influenza-ähnliche Erkrankung, Kreatinin im Blut erhöht, Amylase erhöht, Lipase erhöht, Gamma-Glutamyltransferase erhöht, alkalische Phosphatase im Blut erhöht, Kreatinphosphokinase im Blut erhöht, Thyreotropin im Blut erniedrigt, Transaminasen erhöht. **Gelegentlich:** Pustulöser Ausschlag, Lymphopenie, Eosinophilie, Autoimmunthyreoiditis, Hypophysitis, Diabetes mellitus, Diabetes mellitus Typ 1 (einschließlich diabetischer Ketoazidose), Myasthenia gravis, Myasthenie-Syndrom, Myokarditis, Autoimmunkolitis, Autoimmunpankreatitis, Enterokolitis, Ileus, nekrotisierende Pankreatitis, Hepatitis, Lebertoxizität, immunvermittelte Hepatitis, Lebererkrankung, Medikamentenausschlag, Erythema multiforme, Psoriasis, Leberfunktionstest erhöht. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte der Fachinformation. **Warnhinweis:** Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. **Verschreibungspflichtig. Version 07**

MERCK

www.bavencio.de

74.

KONGRESS DER
DEUTSCHEN GESELLSCHAFT
FÜR UROLOGIE E. V.

21.–24.09.2022, CCH
Congress Center Hamburg

GEMEINSAM
ZUKUNFT
GESTALTEN

Aussteller Highlights

MSD Sharp & Dohme GmbH Inventing for Life Levelingstr. 4a, 81673 München Telefon: +49 (0) 800 67 36 73 673 E-Mail: infocenter@msd.de Internet: www.msd.de	Standfläche: H710
Janssen-Cilag GmbH Pharmaceutical Companies of Johnson & Johnson Johnson & Johnson Platz 1, 41470 Neuss Telefon: +49 (0) 2137 95 50 E-Mail: jancil@jacde.jnj.com Internet: www.janssen.com/germany	Standfläche: H611
Boston Scientific Medizintechnik GmbH Advancing global health and equity Klaus-Bungert Straße 8, 40468 Düsseldorf Telefon: +49 (0) 211 8823 9000 E-Mail: germanyreception@bsci.com Internet: www.bostonscientific.com	Standfläche: H904
Astellas Pharma GmbH Changing tomorrow Ridlerstraße 57, 80339 München Telefon: +49 (0) 89 45 44 01 E-Mail: info@de.astellas.com Internet: www.astellas.com/de	Standfläche: H510
IPSEN PHARMA GmbH Innovation for patient care Einsteinstraße 174, 81677 München Telefon: +49 (0) 89 262 043 289 E-Mail: contact.ipsen.germany@ipsen.com Internet: www.ipsen.com	Standfläche: H417
Bristol-Myers Squibb GmbH & Co. KGaA Arnulfstr. 29, 80636 München Telefon: +49 (0) 89 1 21 420 E-Mail: info-bms-germany@bms.com Internet: www.bms.com/de	Standfläche: H610
Intuitive Surgical Deutschland GmbH Am Flughafen 6, 79108 Freiburg Telefon: +49 (0) 7666 91 33 483 E-Mail: ics@intusurg.com Internet: www.intuitive.com	Standfläche: H709
ENDOMOBIL GmbH Der Endoskopieservice Am Farmböddel 12, 24623 Großenaspe Telefon: +49 (0) 4327 25300 - 0 E-Mail: info@endomobil.com Internet: www.endomobil.com	Standfläche: S409

Stand: H611 Janssen Oncology PHARMACEUTICAL COMPANIES OF Johnson & Johnson	Saal G1 (12:15 Uhr - 13:15 Uhr) Inas Nacht – wissenschaftlich! Das fortgeschrittene, metastasierte Prostatakarzinom Referenten: PD Dr. Sebastian Frees (Mainz - Moderation), Prof. Dr. Jürgen E. Gschwend (München), Prof. Dr. Thomas Steuber (Hamburg), Prof. Dr. Christian Thomas (Dresden)	22.09.2022
Stand: H710 MSD INVENTING FOR LIFE	Saal G1 (12:15 Uhr bis 13:15 Uhr) Das Nierenzellkarzinom – für jeden Patienten die geeignete Therapie? Moderator: Prof. Stefan Siemer • 12.15 Uhr bis 12.35 Uhr - Adjuvante Therapie des Nierenzellkarzinoms – eine neue Chance für Patienten? (Dr. Katrin Schlack, Münster) • 12.35 Uhr bis 12.55 Uhr - Clever kombiniert- aktuelle Therapieoptionen zur Behandlung des metastasierten Nierenzellkarzinoms (Prof. Viktor Grünwald, Essen) • 12.55 Uhr bis 13.15 Uhr - Urologisches Tumorboard – wie würden Sie entscheiden? (Prof. Stefan Siemer, Homburg/Saar)	23.09.2022

Unsere Partner, Sponsoren und Unterstützer freuen sich auf Ihren Besuch!

Anzeige



Xtandi
Enzalutamid

XTD_2021_0161_DE | Erstellt: April 2021

www.astellas.de | www.meine-prostata.de

www.xtandi.de



▪ SERVICE ▪

Buchempfehlungen für Ihre Patient:innen

Als behandelnde Ärztin oder behandelnder Arzt werden Sie von Patient:innen nicht nur zu körperlichen Beschwerden gefragt, sondern erfahren auch ganz viel über die Lebensumstände, die familiäre Situation und die Angehörigen. Manchmal hilft es Ihren Patient:innen, zu erfahren, dass sie nicht alleine sind und andere Ähnliches durchgemacht haben. Aus diesem Grund finden Sie auf den folgenden Seiten eine Zusammenstellung von Buchempfehlungen, die Sie bei Bedarf an Patient:innen oder Angehörige weitergeben können.



Mein Jahr mit Achill

Die Ilias, der Tod und das Leben

Rachsüchtig, zornig und gewalttätig – so erscheint Achill in der Ilias des Homer. Schwerlich eine Gestalt, der man sich in tiefer Verzweiflung auf der Suche nach Trost und Orientierung zuwendet. Und doch ist es eben dieser düstere Held, mit dem der Altphilologe Jonas Grethlein die Auseinandersetzung sucht,

als er im Alter von 27 Jahren schwer erkrankt. Die Diagnose wischt mit einer schnellen Bewegung den Erwartungshorizont weg, der seinen hoffnungsfrohen Lebensentwurf grundiert hatte – und sie lässt ihn zugleich die eisige Luft spüren, in der sich auch Achill in der Ilias bewegt. Im „Besten der Achaier“, der – den eigenen Tod vor Augen – in die Schlacht um Troja zurückkehrt, erkennt der Autor das aus seiner Krankheitserfahrung erwachsene Bewusstsein existentieller Verletzlichkeit wieder.

So kommt es zu einer Lektüre der Ilias, wie es sie noch nie gegeben hat. Auf zutiefst berührende Art und Weise verwebt Grethlein sein Schicksal mit den großen Fragen, die Homers Epos seit Jahrtausenden den Menschen stellt.

Dabei zwingt die unhintergehbare Ernsthaftigkeit seiner Situation den Autor zu einer mitunter verstörenden Offenheit und Ehrlichkeit sich selbst und seinen Leser:innen gegenüber. Aber sie lässt ihn auch ein tiefes Verständnis der Ilias als einer heute noch relevanten Reflexion über die Kontingenz allen menschlichen Lebens gewinnen. Ungewöhnlich und fesselnd, wie die Verbindung des Klassikers der Ilias und der Erkrankung geschaffen wird. Ein ungewöhnliches Gesundheitsbuch ist es allemal.

Autor: Jonas Grethlein
Verlag: C.H. Beck
ISBN: 978-3-4067-8206-0



Der Hausarzt für untenrum

Psychosomatische Störungen in der Urologie

Dr. Fritz Reinecke, Facharzt für Urologie und Psychotherapie, war 30 Jahre lang als Urologe in einer Praxis tätig. Anschließend folgte eine 15-jährige privatärztliche psychotherapeutische Beratertätigkeit in der urologischen Abteilung der Asklepios Klinik Hamburg-Barmbek.

In seinem Buch „Der Hausarzt für untenrum“ schildert Dr. Reinecke Krankheitsbilder und damit verbundene Themenfelder, über die Männer nicht gerne sprechen und die in der Gesellschaft tabuisiert werden: Psychosomatik in der Urologie, psychosoziale Aspekte sexueller Funktionsstörungen, Aktivierung von Selbstheilungskräften, die Arzt-Patienten-Beziehung, Umgang mit bösartigen Tumoren – z. B. Prostatakarzinom. Und schlussendlich beschäftigt er sich auch mit der Frage: Was tun, wenn das Leben zu Ende geht?

Die Beiträge geben einen Einblick, wie Ärzt:innen und Patient:innen für eine andere

Sichtweise auf Krankheit sensibilisiert werden können. Diese persönliche Abhandlung wurde von einem wissenschaftlichen Lektorat gegen-gelesen, aber im Selbstverlag veröffentlicht.

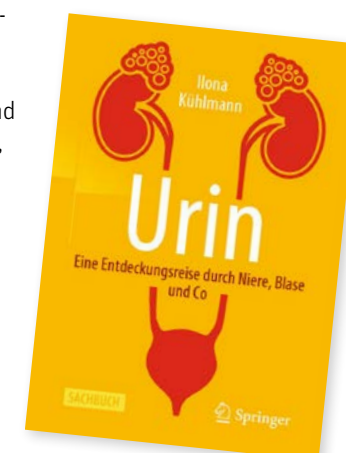
Autor: Dr. Fritz Reinecke
Verlag: BoD
ISBN: 978-3-7534-8218-7

Urin

Eine Entdeckungskreise durch Niere, Blase und Co

Pipi-Facts: Wasserlassen, was passiert da eigentlich? Wie entsteht Urin und welche Wege durchläuft er, bis er den Körper verlässt? Wie tickt die Niere – hat sie einen Tagesrhythmus mit Ruhephasen? Was läuft ab, wenn wir uns vor Lachen in die Hose machen? Wie kann ich Harnsteinen vorbeugen? Ist Urin ein Heilmittel? Welche Werte stecken im Urin? Und was hat der Spruch „Geld stinkt nicht“ in diesem Buch zu suchen? Lassen Sie sich aufklären über interessante Fakten und Mythen rund um den wertvollen Körpersaft. Mit Tiefgang und hohem Informationsgehalt, aber vor allem mit viel Humor stellt Ilona Köhlmann den Urin mit allen mitwirkenden Organen in den Mittelpunkt. Verständlich und mit einer Vielzahl an heiteren und kuriosen Geschichten rund ums „Pipi“ erkundet sie die geheimnisvolle Welt der Urologie und der Nephrologie und beantwortet kenntnisreich zahlreiche spannende Fragen.

Autor: Ilona Köhlmann
Verlag: Springer Verlag
ISBN: 978-3-6625-9686-9



Wüstenblume

Waris Dirie mit Cathleen Miller

„Wüstenblume“ ist die faszinierende wahre Geschichte eines somalischen Mädchens, das als Kind durch die Hölle ging und später als internationales Top-Model Karriere machte. Es ist die Geschichte einer Befreiung, die Mut macht, für seine Träume zu kämpfen. Vom Nomadenleben in der somalischen Wüste auf die teuersten Designer-Laufstege der Welt – ein Traum. Und ein Alptraum, denn Waris Dirie wurde im Alter von fünf Jahren Opfer eines grausamen Rituals: Sie wurde beschnitten. Im Alter von 13 Jahren flüchtet sie vor der Zwangsverheiratung mit einem Mann, der ihr Großvater hätte sein können. In London wird sie schließlich als Model entdeckt – der Beginn einer märchenhaften Karriere.

In „Wüstenblume“ erzählt sie ihre Geschichte. Heute kämpft Waris Dirie mit ihrer Desert Flower Foundation gegen die Genitalverstümmelung, der heute noch täglich 600 Mädchen zum Opfer fallen sowie für die Rechte der afrikanischen Frauen. Das Buch ist erstmals 1998 erschienen und wurde 2018 neu aufgelegt.



Noch immer werden Mädchen und Frauen aufgrund von fragwürdigen Ritualen beschnitten. Deshalb verdient das Buch eine Nennung und hat keineswegs an Aktualität verloren. Allein in Deutschland gibt es fast 65.000 genitalverstümmelte Frauen, die meisten kommen aus Indonesien, Somalia, Dschibuti, Ägypten und Äthiopien. In vielen dieser Länder ist die Verstümmelung allgemeine Praxis. In Somalia, Diries Herkunftsland, sind bis zu 98 Prozent der Frauen beschnitten. Eine grausame Tradition, die keinerlei medizinischen Vorteil hat und nur dazu dient, die Frau und ihre Sexualität dem Mann zu unterwerfen. (Quelle: FAZ)

Autor: Waris Dirie
Verlag: Knaur
ISBN: 978-3-4267-8985-8

In der Sprechstunde: Harnblase

Verstehen – behandeln – heilen

Fast jeder Mensch leidet irgendwann im Laufe seines Lebens unter Funktionsstörungen der Harnblase. Die Beschwerden reichen vom unkontrollierten Urinverlust oder häufigen Blasenentzündungen bei Frauen bis zu Problemen mit der Prostata bei Männern. Auch Blasenkrebs, von dem Männer dreimal so häufig betroffen sind wie Frauen, gehört in diesen Kontext. Dieser Ratgeber aus der Reihe „In der Sprechstunde“ beantwortet die häufigsten Patientenfragen zum Harntrakt. Was kann ich gegen Inkontinenz tun? Wie behandle ich wiederkehrende Blasenentzündungen richtig? Wie gefährlich ist ein Blasenkarzinom? Kann ich mit einer künstlichen Harnblase ein normales Leben führen? Dr. Christoph Pies klärt auf: kompetent, direkt, praxisorientiert.

Pies studierte Medizin in Bochum und Düsseldorf, bevor er in einer Kölner Klinik seine Berufung zum Urologen fand. Nach seiner Facharztausbildung und Oberarztstätigkeit wurde er 2004 niedergelassener Urologe. Und obwohl der Begriff „piesacken“ auf seinen Vorfahr Diederich Pies zurückgeht, hat Christoph Pies zum Glück ein anderes Bestreben: Er möchte unterhalten und aufklären. Er lebt mit seiner Familie in Aachen.



Autor: Dr. Christoph Pies
Verlag: Herbig
ISBN: 978-3-9685-9019-6



Ihre Empfehlungen und redaktionellen Tipps?

Welche Bücher, Magazine und Apps empfehlen Sie Ihren Patient:innen rund um urologische Themen? Welche aktuellen Fachpublikationen möchten Sie mit Ihren Kolleg:innen teilen? Schicken Sie uns Ihre Tipps an info@urologie-fuer-alle.de. Bereits im nächsten Magazin greifen wir Ihren Vorschlag als persönliche Empfehlung auf.

Anzeige

URIFAST 2

In nur 4,5h: Resistenzen für *Enterobacteriaceae* bestimmen

- Einfache, standardisierte Beimpfung mit dem «Presto»-System
- Antibiotika-Konzentrationen gemäß EUCAST-Empfehlungen
- Visuelle, kolorimetrische Ablesung

Informationen & Muster:

alfred.goekeler@axonlab.com, +49 176 19 22 60 37

axonlab.com



Urologie für alle – werden Sie Teil der großen Kampagne

Die FFF-Kampagne wurde 2017 als eine Initiative zur Gesundheitsförderung von der Deutschen Gesellschaft für Urologie e. V. (DGU) in Kooperation mit dem Berufsverband der Deutschen Urologen e. V. (BvDU) ins Leben gerufen. Unterstützt und medial begleitet wird die Initiative von mehreren Prominenten sowie der Agentur OpenMinded Webkonzepte GmbH.

Was steckt dahinter?

Die Urologie hat sich in den vergangenen Jahrzehnten sowohl hinsichtlich der diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten als auch volkswirtschaftlich zu einer medizinischen Schlüsseldisziplin entwickelt, deren Bedeutung aus demografischen Gründen in den nächsten Jahren noch zunehmen wird. Dennoch werden wir Urologen in der Wahrnehmung der Bevölkerung immer noch auf Ärzt:innen reduziert, die ältere Männer mit Prostatavergrößerung behandeln. Nach wie vor ist die Rate der Männer, die zur Vorsorgeuntersuchung gehen, zu gering. Aber auch bei Frauen und Kindern gibt es Symptome urologischer Erkrankungen, die mangels Wissen oft unnötig spät, manchmal zu spät, behandelt

werden. Darüber hinaus entwickeln mehr und mehr andere Fachgebiete Begehrlichkeiten an der Urologie, was ganz besonders für Nierentransplantationen, Kinderurologie, Uroonkologie und Urogynäkologie gilt.

Vor diesem Hintergrund wurde die FFF-Kampagne 2017 von Prof. Dr. med. Tilman Kälble initiiert und konnte seitdem mehr als 2.600 Ärzt:innen aus der Urologie begeistern. Gleichzeitig ist es den Vorständen von DGU und BvDU ein Anliegen, in den nächsten Jahren mit verschiedenen öffentlichkeitswirksamen Aktionen darauf hinzuweisen, dass kompetente Urologie die beste Lösung für Männer, Frauen und Kinder mit Erkrankungen des Urogenitaltraktes ist und bleibt.

Was ist neu?

Der Fokus. Trotz vielfacher Bemühungen, Männer auf die Vorsorge aufmerksam zu machen, haben wir festgestellt, dass häufig die Frau als Familienmanagerin Arzt-Termine für die gesamte Familie ausmacht – auch für den Lebenspartner. Unsere Patienten-Kommunikation richtet sich daher mehr an Frauen als an Männer.

WERBEMITTEL ANFORDERN!

Helfen Sie uns dabei, das Thema Vorsorge in den Fokus zu rücken und fordern Sie noch heute unsere Patientenflier, Vorsorgeplaner und Poster an.

Eine E-Mail genügt:

info@urologie-fuer-alle.de

Die Kampagne in Zahlen

Unsere Kampagnen-Website www.urologie-fuer-alle.de nutzen im Jahr über **130.000 Patient:innen, Angehörige und Ärzt:innen**. und rund 22.000 Seitenaufrufe. Über unsere Social-Media-Kanäle erreichen wir pro Jahr weit über **500.000 Personen**. Mit unseren über 1,5 Mio Print-Werbemitteln (Flyer, Plakate etc.) pro Jahr sind wir in sehr vielen der über **2.000 registrierten Praxen und Kliniken** vertreten.

Warum sollten Sie mitmachen?

Durch die Kampagne und die Ärztesuche auf der Website www.urologie-fuer-alle.de können Sie leicht gefunden werden. Der integrierte Vorsorgeplaner kommt bei Patienten gut an. Ebenso entsprechende Vorschläge von Ärzt:innen in der Nähe. Wir freuen uns, gemeinsam mit Ihnen noch mehr Reichweite zu erzielen und möglichst viele Interessierte zur Vorsorge über das urologische Fachgebiet aufzuklären.

Danke für Ihre Unterstützung,

über 2.600 Urolog:innen

unterstützen die Kampagne bis heute.



Urologie für alle beim diesjährigen DGU-Kongress



Er ist eines der Jahreshighlights der urologischen Fachwelt: Der **74. DGU-Kongress, der vom 21. bis 24. September 2022 im Congress Center Hamburg (CCH)** stattfindet (siehe u. a. Seite 6). Auch die Köpfe hinter der Kampagne „Urologie für alle“ sind wieder vor Ort und präsentieren sich am Stand der DGU – das Team freut sich auf einen spannenden Austausch mit Freunden, Partnern und Sponsoren.

Vereinbaren Sie gerne bereits im Vorfeld Ihren persönlichen Gesprächstermin (**Telefon: 0 62 03 / 679 22 80, E-Mail: info@urologie-fuer-alle.de**) oder besuchen Sie uns spontan, um mehr über unsere Arbeit zu erfahren. Lassen Sie uns gerne wissen, welche Themen Sie aktuell beschäftigen und über welche Kanäle wir Sie bevorzugt erreichen können.

Der DGU-Kongress wird auch auf unseren Social-Media-Präsenzen eine Rolle spielen. Um auf dem Laufenden zu bleiben, laden wir Sie gerne ein, der **FFF-Kampagne auf Facebook, Instagram, LinkedIn und Twitter** zu folgen. Einen Nachbericht zum DGU-Kongress finden Sie dann wie gewohnt in unserem Ärzte-Newsletter Ende September.

**GEMEINSAM
ZUKUNFT
GESTALTEN**



■ SERVICE ■

Termine Kongresse

Diese Termine lagen bis Redaktionsschluss vor und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Wir übernehmen keine Gewähr. Bitte wenden Sie sich an beide Fachverbände für weitere Informationen. Der aktuelle Stand wird auf den beiden Websites urologenportal.de und urologie-gestalten.de genannt.

17. September 2022	Berlin, Deutschland (BvDU) Grundlagentraining – Transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin
07. – 08. Okt 2022	Erlangen, Deutschland (DGU) Urologie im Alter – 2. Symposium „Alter hat Zukunft“
07. – 08. Okt 2022	Hohenkammer, Deutschland (DGU) AUO/AKO Intensivkurs Uro-Onkologie 1. Teil
08. – 09. Okt 2022	Bad Nauheim, Deutschland (BvDU) Praxisgründungs-Seminar Urologische Facharztpraxis Wetterau Hans-Michael Bechstein

29. – 30. Okt 2022	Essen, Deutschland (BvDU) Praxisgründungs-Seminar Urologische Praxis Dr. von Ostau
04. – 05. Nov 2022	Köln, Deutschland (BvDU) 7. Urologisches Herbstforum Köln
11. – 12. Nov 2022	Frankfurt am Main, Deutschland (DGU) 33. Kongress der Deutschen Kontinenz Gesellschaft
17. – 19. Nov 2022	Köln, Deutschland (DGU) AKO Symposium Köln
18. – 19. Nov 2022	Erlangen, Deutschland (DGU) 13. AuF-Symposium
18. – 20. Nov 2022	Hannover, Deutschland (BvDU) 26. Urologisches Belegarztforum
25. – 26. Nov 2022	Hohenkammer, Deutschland (DGU) AUO/AKO Intensivkurs Uro-Onkologie 2. Teil
27. – 01. Dez 2022	Blankenfelde-Mahlow, Deutschland (DGU) Herbsttagung der Brandenburgischen Gesellschaft für Urologie e. V.
02. – 03. Dez 2022	Magdeburg, Deutschland (DGU) 5. Internationales Symposium Uroonkologie
08. – 10. Dez 2022	Hohenkammer, Deutschland (DGU) AUO/AKO Intensivkurs Uro-Onkologie 3. Teil
26. – 28. Jan 2023	Dresden, Deutschland (DGU) 9. Jahrestagung Deutsche G.f. Neurorehabilitation e. V., Deutsche G. f. Neurotraumatologie, Klinische Neurorehabilitation e. V.
03. – 04. Feb 2023	Chemnitz, Deutschland (DGU) 15. Urologisches Wintersymposium „Urologie für Klinik u. Praxis“

Eine aktuelle Terminübersicht finden Sie unter:

Kongress

▪ VORSCHAU ▪

„GEMEINSAM ZUKUNFT GESTALTEN“

lautet das Credo des diesjährigen Kongresses unter der Schirmherrschaft von DGU-Präsidentin Prof. Dr. Margit Fisch. Wir freuen uns auf den vielseitigen Austausch mit Fachteilnehmern und Vertretern der Industrie vor Ort und hoffen auf spannende Begegnungen und neue Erkenntnisse, die unsere Kampagne „Für alle. Für jeden. Für uns. Die Urologie“ weiter voranbringen. Der Schulterschluss der großen Verbände ist ein deutliches Zeichen, dass die Zukunftsaufgaben nur gemeinsam gelöst werden können – und auch wir wollen unseren Teil dazu beitragen. Wir freuen uns auf die zukünftige Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Martin Kriegmair, dem DGU-Präsidenten 2022/23.

TREFFEN SIE UNS AM
DGU-STAND

▪ VORSCHAU ▪

Ausgabe 08

Corona und die damit zusammenhängenden immensen Ausgaben, der Krieg in der Ukraine – welche Auswirkungen haben diese beiden Ereignisse auf den Klinik- und Praxisbetrieb? In der nächsten Ausgabe des Urologie INSIDE Magazins, das im März 2023 erscheint, nehmen wir diese Themen genau unter die Lupe und befragen Sie, unsere Experten.

Außerdem werden wir den DGU-Präsidenten 2022/23, Prof. Dr. Martin Kriegmair, zu seinen Vorstellungen bezüglich des 75. DGU-Kongresses befragen und auch den zukünftigen Pressesprecher vorstellen.

Impressum

UROLOGIE INSIDE 07 / SEPTEMBER 2022

Herausgeber

FFF-Kampagne „Für alle. Für jeden.
Für uns. Die Urologie“

Durchführende Agentur:

OpenMinded Webkonzepte GmbH
Boveristr. 15, 68526 Ladenburg
Telefon: 0 62 03 / 679 22 80
Telefax: 0 62 03 / 679 22 89
E-Mail: info@open-minded.de
Internet: www.open-minded.de

Geschäftsführung: Daniel Hutwagner
Handelsregister HRB 702768
Gerichtsstand Amtsgericht Mannheim
USt-IdNr. DE255501786, Finanzamt Weinheim

Redaktion

Alaia Müller, Christiane Haase, Bettina Wahlers,
Sabine Glimm, BvDU Pressestelle, Christina
Redlich, Robert Wanders und Daniel Hutwagner

Gastbeiträge sind Beiträge von Personen, die nicht zur Redaktion von **Für alle. Für jeden. Für uns. Die Urologie.** gehören. Manchmal treten wir an Autorinnen, Autoren und Verlage heran, um sie nach Gastbeiträgen zu fragen, manchmal treten diese an uns heran. Gastbeiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder.

Bildquelle Titelseite: Shutterstock / InsideCreativeHouse

©2022 Für alle. Für jeden. Für uns. Die Urologie. – FFF-Kampagne vertreten durch OpenMinded Webkonzepte GmbH. Die in diesem Magazin niedergelegten Gedanken, Vorschläge und Informationen sind geistiges Eigentum der jeweiligen Autoren und unterliegen dem Schutz der geltenden Urhebergesetze. Die ganze oder teilweise Verwertung, Nutzung, Verarbeitung, Vervielfältigung und jede Weitergabe dieser Inhalte, gleich ob sie eine geistige, künstlerische oder sonstige Schöpfung, Leistung oder Arbeit der OpenMinded Webkonzepte GmbH oder von Dritten enthalten, und unabhängig davon, ob sie urheberrechtlich schutzfähig sind und/oder geschützt sind, ist ohne ausdrückliche, schriftliche, im Vorhinein erteilte Zustimmung der OpenMinded Webkonzepte GmbH und deren Autoren nicht zulässig.

FFF.

Für alle. Für jeden. Für uns. Die Urologie.

Wir danken unseren Partnern für die Unterstützung und die vertrauensvolle Zusammenarbeit. Die Kampagne lebt von regem Austausch und vielen Impulsgebern – gemeinsam sind wir auch in Zukunft stark.

Schirmherrschaft


www.urologenportal.de
www.urologie-gestalten.de

Gold-Partner


www.msd.de

Premium-Partner


www.janssen.com

Supporter


www.bostonscientific.com

www.intuitive.com

www.astellas.com/.de

www.ipsen.com

Weitere Informationen zu den Partnern finden Sie unter:
www.urologie-fuer-alle.de

Der Schlüssel zu mehr Behandlungsperspektiven in 25 Indikationen.

NEU: KEYTRUDA® zur adjunktiven Behandlung von bestimmten Patienten mit RCC

KEYTRUDA® ist als Monotherapie zur adjunktiven Behandlung des Nierenzellkarzinoms mit erhöhtem Rezidivrisiko nach Nephrektomie oder nach Nephrektomie und Resektion metastasierter Läsionen bei Erwachsenen angezeigt.



Aktuelles zu KEYTRUDA® auf
m.msd.de/keytruda-news



RCC = Nierenzellkarzinom (renal cell carcinoma)

KEYTRUDA®
Pembrolizumab, MSD



www.msd.de

KEYTRUDA® 25 mg/ml Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung

Wirkstoff: Pembrolizumab **Zus.: Arznei. wirts. Bestandt.:** 1 Durchstechfl. (4 ml) enth. 100 mg Pembrolizumab, 1 ml Konz. enth. 25 mg Pembrolizumab. **Sonst. Bestandt.:** L-Histidin, L-Histidinhydrochlorid-Monohydrat, Sacrose, Polysorbit 80 (E 433), Wasser für Injekt.-zwecke. **Anw.:** Als Monother. zur Behandl. d. fortgeschrittenen (nicht resezierbaren od. metastasierenden) Melanoms b. Erw. Als Monother. zur adjunktiven Behandl. des Melanoms im Tumorstadium III m. Lymphknotenbeteiligung, nach vollständ. Resektion bei Erw. Als Monother. zur Erstlinienbehandl. d. metastasierenden nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms (NSCLC) m. PD-L1 exprimierenden Tumoren (Tumor Proportion Score [TPS] ≥ 50 %) ohne EGFR- od. ALK-pos. Tumormutationen bei Erw. In Komb. m. Pemetrexed u. Platin-Chemotherapie zur Erstlinienbehandl. d. metastasierenden nicht-plattenepithelialen NSCLC ohne EGFR- od. ALK-pos. Tumormutationen bei Erw. In Komb. m. Carboplatin u. nab-Paclitaxel zur Erstlinienbehandl. d. metastasierenden plattenepithelialen NSCLC bei Erw. Als Monother. zur Behandl. d. lokal fortgeschrittenen od. metastasierenden NSCLC m. PD-L1 exprimierenden Tumoren (TPS ≥ 1 %) nach vorheriger Chemother. b. Erw. Pat. m. EGFR- od. ALK-pos. Tumormutationen sollten vor Ther. ebenfalls eine auf diese Mutationen zielgericht. Ther. erhalten haben. Als Monother. zur Behandl. d. rezidivierenden od. refraktären klassischen Hodgkin-Lymphoms (HL) b. Kdm. u. Jugendl. ab 3 Jahren u. Erw. nach Versagen einer autologen Stammzelltransplantation (auto-SZT) od. nach mind. 2 vorangegang. Ther., wenn eine auto-SZT nicht in Frage kommt. Als Monother. zur Behandl. d. lokal fortgeschrittenen od. metastasierenden Urothelkarzinoms nach vorheriger Platin-basierter Ther. b. Erw. Als Monother. zur Behandl. d. lokal fortgeschrittenen od. metastasierenden Urothelkarzinoms bei Erw., die nicht für e. Cisplatin-basierte Ther. geeignet sind u. deren Tumoren PD-L1 m. einem kombinierten positiven Score (CPS) ≥ 10 exprimieren. Als Monother. od. in Komb. m. Platin- u. 5-Fluorouracil(5-FU)-Chemother. zur Erstlinienbehandl. d. metastasierenden od. nicht resezierbaren rezidivierenden Plattenepithelkarzinoms der Kopf-Hals-Region (HNSCC) b. Erw. m. PD-L1-exprimierenden Tumoren (CPS ≥ 1). Als Monother. zur Behandl. d. rezidivierenden od. metastasierenden HNSCC m. PD-L1-exprimierenden Tumoren (TPS ≥ 50 %) und einem Fortschreiten der Krebserkrank. während od. nach vorheriger Platin-basierter Ther. b. Erw. In Komb. m. Axitinib zur Erstlinienbehandl. d. fortgeschrittenen Nierenzellkarzinoms (RCC) b. Erw. In Komb. m. Lenvatinib zur Erstlinienbehandl. d. fortgeschrittenen RCC b. Erw. Als Monother. zur adjunktiven Behandl. des RCC m. erhöhtem Rezidivrisiko nach Nephrektomie od. nach Nephrektomie u. Resektion metastasierter Läsionen b. Erw. Als Monother. zur Erstlinienbehandl. d. metastasierenden Kolorektalkarzinoms (CRC) b. Tumoren m. hochfrequenter Mikrosatelliten-Instabilität (MSI-H) od. m. e. Mismatch-Reparatur-Defizienz (dMMR) b. Erw. Als Monother. zur Behandl. der folgenden Tumoren m. MSI-H od. m. e. dMMR b. Erw.: nicht resezierbares od. metastasierendes Kolorektalkarzinom nach vorheriger Fluoropyrimidin-basierter Kombinationsther.; fortgeschrittenes od. rezidivierendes Endometriumkarzinom m. e. Fortschreiten d. Erkrank. während od. nach vorheriger Platin-basierter Ther. in jedem Krankheitsstadium, wenn e. kurative chirurg. Behandl. od. Bestrahlung nicht in Frage kommt; nicht resezierbares od. metastasierendes Magen-, Dünndarm- od. biliäres Karzinom m. e. Fortschreiten d. Erkrank. während od. e. vorheriger Ther. In Komb. m. e. Platin- u. Fluoropyrimidin-basierter Chemother. zur Erstlinienbehandl. d. lokal fortgeschrittenen nicht resezierbaren od. metastasierenden Ösophaguskarzinoms od. d. HER2-negativen Adenokarzinoms d. gastroösophagealen Übergangs b. Erw. mit PD-L1-exprimierenden Tumoren (CPS ≥ 10). In Komb. m. Chemother. zur neoadjuvanten u. ansl. nach Operation als Monother. zur adjunktiven Behandl. d. lokal fortgeschrittenen od. frühen triple-negativen Mammakarzinoms (TNBC) m. hohem Rezidivrisiko bei Erw. In Komb. m. Chemother. zur Behandl. d. lokal rezidivierenden nicht resezierbaren od. metastasierenden TNBC m. PD-L1-exprimierenden Tumoren (CPS ≥ 10) bei Erw. d. keine vorherige Chemother. zur Behandl. d. metastasierenden Erkrank. erhalten haben. In Komb. m. Lenvatinib zur Behandl. d. fortgeschrittenen od. rezidivierenden Endometriumkarzinoms (EC) b. Erw. m. e. Fortschreiten der Erkrank. während od. nach vorheriger Platin-basierter Ther. in jedem Krankheitsstadium, wenn e. kurative chirurg. Behandl. od. Bestrahlung nicht in Frage kommt. In Komb. m. Chemother. m. od. ohne Bevacizumab zur Behandl. d. persistierenden, rezidivierenden od. metastasierenden Zervixkarzinoms m. PD-L1-exprimierenden Tumoren (CPS ≥ 1) bei Erw. **Gegenanz:** Überemp.-keit gg. d. Wirkstoff od. d. e. sonst. Bestandt. **Vorsicht bei:** Schwerer Einschränk. d. Nierenfunkt.; moderater od. schwerer Einschränk. d. Leberfunkt.; aktiven, system. Autoimmunkrank.; schwerer Überemp.-keit gg. e. od. monoklonalen Antikörper in d. Anamnese; laufende Ther. m. Immunsuppressiva (einschl. Pat. m. solidem Organtransplantat od. allo-HSCT). **Zusätzl. bei klass. HL:** Bei allo-HSCT bei klass. HL nach Ther. m. Pembrolizumab sorgfältige Nutzen-Risiko-Abwägung (GVHD u. schwere Lebererkrankung als Komplik. beobachtet). Pat. m. schwerer od. lebensbedrohli. imm. Nebenw. in der Anamnese. Unter den imm. vermittelten Nebenw. waren schwere Fälle u. Todesfälle. **Hinw. zu Schwangersch./Stillzeit:** beachten. **Nebenw.: Monother.:** Sehr häufig: Anämie, Hypothyreose, Vermind. Appetit, Kopfschm. Dyspnoe; Husten, Diarrhö; Abdominalschm.; Übelk.; Erbr.; Obstipat. Pruritus; Hautausschl. Muskuloskelett. Schm.; Arthralgie. Ermüdung/Fatigue; Asthenie; Ödeme; Fieber. Häufig: Pneumonie. Thrombozytopenie; Neutropenie; Lymphopenie. Infusionsbed. Reakt. Hyperthyreose. Hyponatriämie; Hypokaliämie; Hypokalzämie. Schlaflosigkeit. Schwindelgef.; periph. Neuropathie; Lethargie; Geschmacksstör. Trock. Augen. Kardiale Arrhythmie (einschl. Vorhofflimmern). Hypertonie. Pneumonitis. Kolitis; Mundtrockenhe. Schwere Hautreakt.; Erythem; Dermatitis; trock. Haut; Vitiligo; Alopecie; Ekzem; akneiforme Dermatitis. Schm. in d. Extremitäten; Myositis; Arthritis. Grippeähnli. Erkrank.; Schüttelfrost. ALT erhöht; AST erhöht; alkal. Phosphatase im Blut erhöht; Hyperkalzämie; Bilirubin im Blut erhöht; Kreatinin im Blut erhöht. **Gelegentl.:** Leukopenie; Eosinophilie. Sarkoidose. Nebenniereninsuff.; Hypophysitis; Thyreoiditis. Typ-1-Diabetes-mellitus. Epilepsie. Uveitis. Myokarditis; Perikarderguss; Perikarditis. Pankreatitis; Gastritis; gastrointestinale Ulzeration. Hepatitis. Psoriasis; lichenoides Keratose; Papeln; Änd. d. Haarfarbe. Tendosynovitis. Nephritis. Amylase erhöht. **Selten:** Immunthrombozytopenie; hämolyt. Anämie; isolierte aplast. Anämie; hämophagozytische Lymphohistiostose. Guillain-Barré-Syndrom; Enzephalitis; Myelitis; Myasthenie-Syndrom; Meningitis (aseptisch). Vogt-Koyanagi-Harada-Syndrom. Vaskulitis. Dünndarmperforation. Sklerosierende Cholangitis. SJS; Erythema nodosum; TEN. Sjögren-Syndrom. Nicht-infektiöse Zystitis. **Nicht bekannt:** Abstoßung e. soliden Organtransplantats. **Zusätzl.:** Hinw. zu Abw. bei Laborwerten beachten. In Komb. m. Chemother.: Sehr häufig: Neutropenie; Anämie; Thrombozytopenie; Leukopenie. Hypothyreose. Hypokaliämie; vermind. Appetit. Schlaflosigkeit. Periphere Neuropathie; Kopfschm.; Schwindelgef.; Geschmacksstör. Dyspnoe; Husten. Übelk.; Diarrhö; Erbr.; Abdominalschm.; Obstipat. Alopecie; Hautausschl.; Pruritus. Arthralgie; muskuloskelett. Schm.; Myositis. Ermüdung/Fatigue; Asthenie; Fieber; Ödeme. ALT erhöht; AST erhöht. Häufig: Pneumonie. Febrile Neutropenie; Lymphopenie. Infusionsbed. Reakt. Nebenniereninsuff.; Thyreoiditis; Hyperthyreose. Hyponatriämie; Hypokalzämie. Lethargie. Trock. Augen. Kardiale Arrhythmie (einschl. Vorhofflimmern). Hypertonie. Pneumonitis. Kolitis; Gastritis; Mundtrockenhe. Hepatitis. Schwere Hautreakt.; Erythem; akneiforme Dermatitis; Dermatitis; trock. Haut; Ekzem. Schm. in d. Extremitäten; Arthritis. Akutes Nierenvers. Grippeähnli. Erkrank.; Schüttelfrost. Kreatinin im Blut erhöht; alkalische Phosphatase im Blut erhöht; Hyperkalzämie; Bilirubin im Blut erhöht. **Gelegentl.:** Eosinophilie. Hypophysitis. Typ-1-Diabetes-mellitus. Enzephalitis; Epilepsie. Myokarditis; Perikarderguss; Perikarditis. Vaskulitis. Pankreatitis; gastrointestinale Ulzeration. Psoriasis; lichenoides Keratose; Vitiligo; Papeln. Tendosynovitis. Nephritis; nicht-infektiöse Zystitis. Amylase erhöht. **Selten:** Hämolytische Anämie; Immunthrombozytopenie. Sarkoidose. Guillain-Barré-Syndrom. Myasthenie-Syndrom. Uveitis. Dünndarmperforation. Sklerosierende Cholangitis. SJS; Erythema nodosum; Änd. d. Haarfarbe. Sjögren-Syndrom. **Zusätzl.:** Hinw. zu Abw. bei Laborwerten beachten. In Komb. m. Axitinib od. Lenvatinib: Sehr häufig: Harnwegsinfektionen. Anämie. Hypothyreose. Vermind. Appetit. Kopfschm.; Geschmacksstör. Hypertonie. Dyspnoe; Husten. Diarrhö; Abdominalschm.; Übelk.; Erbr.; Obstipat. Hautausschl.; Pruritus. Arthralgie; muskuloskelett. Schm.; Myositis; Schm. in d. Extremitäten. Ermüdung/Fatigue; Asthenie; Ödeme. ALT erhöht; AST erhöht; Kreatinin im Blut erhöht. Häufig: Pneumonie. Neutropenie; Thrombozytopenie; Lymphopenie; Leukopenie. Infusionsbed. Reakt. Nebenniereninsuff.; Hyperthyreose; Thyreoiditis. Hyponatriämie; Hypokalzämie; Hypokalzämie. Schlaflosigkeit. Schwindelgef.; periphere Neuropathie; Lethargie. Trock. Augen. Kardiale Arrhythmie (einschl. Vorhofflimmern). Pneumonitis. Kolitis; Pankreatitis; Gastritis; Mundtrockenhe. Hepatitis. Schwere Hautreakt.; Dermatitis; trock. Haut; Erythem; akneiforme Dermatitis; Alopecie. Arthritis. Nephritis. Grippeähnli. Erkrank.; Schüttelfrost. Amylase erhöht; Bilirubin im Blut erhöht; alkal. Phosphatase im Blut erhöht; Hyperkalzämie. **Gelegentl.:** Eosinophilie. Hypophysitis. Typ-1-Diabetes-mellitus. Enzephalitis. Uveitis. Myokarditis; Perikarderguss. Vaskulitis. Gastrointestinale Ulzeration. Ekzem; lichenoides Keratose; Psoriasis; Vitiligo; Papeln; Änd. d. Haarfarbe. Tendosynovitis. **Selten:** Vogt-Koyanagi-Harada-Syndrom. Dünndarmperforation. TEN; SJS. Sjögren-Syndrom. Nicht-infektiöse Zystitis. **Zusätzl.:** Hinw. zu Abw. bei Laborwerten beachten. **Warnhinw.:** Nicht schütteln. **Hinw.:** Falls im Anwendungsgebiet angegeben, Pat. für e. Behandl. aufgrund der PD-L1-Tumor-Expression bzw. des MSI-H/dMMR-Tumorstatus, jeweils mittels eines validierten Tests bestätig., selektieren. Zuverlässige Verhütungsmethode b. Frauen im gebärf. Alter währ. Behandl. u. bis min. 4 Mon. nach letzter Dosis. **Verschreibungspflichtig. Bitte lesen Sie vor Verordnung von KEYTRUDA® die Fachinformation!** Pharmazeutischer Unternehmer: Merck Sharp & Dohme B.V., Waarderweg 39, 2031 BN Haarlem, Niederlande; Lokaler Ansprechpartner: MSD Sharp & Dohme GmbH, Levelingstr. 4a, 81673 München

MSD Infocenter: Tel. 0800 673 673 673, Fax 0800 673 673 329, E-Mail: infocenter@msd.de

Stand: 05/2022 (RCN: 000021156-DE; 000023177-DE)

DE-RCC-00164