

Urologie INSIDE

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

Das offizielle Kampagnenmagazin

FFF.

Titelthema

Fachpersonal gesucht. Dringend!

ab Seite 12

Ausgabe 8
März 2023

Interview mit Prof. Dr. Axel Merseburger

Sein Neustart als DGU-Pressesprecher

Interview ab Seite 22

Warten bis der Arzt kommt

Praxissterben in der Urologie

ab Seite 26

Eine Initiative von:





Weniger über seinen Prostatakrebs ...



... dafür mehr über sein Leben SPRECHEN



Pamorelin®

Stark in puncto Wirksamkeit:

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



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

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

Fachinformation Pamorelin® LA 3,75 mg



www.ipсен.com/germany/produkte/

Fachinformation Pamorelin® LA 11,25 mg



www.ipсен.com/germany/produkte/

Fachinformation Pamorelin® LA 22,5 mg



www.ipсен.com/germany/produkte/



TRHDE-000913 02/2023

▪ VORWORT ▪

Liebe Leser:innen,

suchen Sie noch oder haben Sie schon aufgegeben? Bis 2035 werden 1,8 Millionen Fachkräfte in der Medizin fehlen. Das ist schon lange bekannt, aber in den letzten Jahren passierte erschreckend wenig, um dem gegenzusteuern. Viel mehr hat die Coronapandemie den Arbeitsmarkt weiter leerräumt und umsortiert. In unserem Leitartikel ab Seite 12 beschäftigen wir uns mit den Ursachen und Folgen des Fachkräftemangels, zeigen aber auch anhand praktischer Beispiele wie man Personal finden und im besten Fall an sich binden kann.

Der neue DGU-Pressesprecher Prof. Dr. Axel Merseburger hat uns im Interview ab Seite 22 verraten auf welche Veranstaltungen im kommenden Jahr er sich besonders freut. Darüber hinaus hat er uns Einblick in seine Themenschwerpunkte gegeben und uns wissen lassen, wo er in seiner Freizeit zu finden ist.

Des Weiteren berichten wir über anstehende Kongresse im aktuellen Jahr. Neben einem großen Artikel über den DGU-Kongress vom 20. – 23. September 2023, finden Sie in diesem Heft auch die Themenschwerpunkte und das Programm der Jahrestagung der Südwestdeutschen Gesellschaft sowie des Norddeutschen Kongresses.

In unserer neuen Rubrik „Digitalisierung“ stellen wir Ihnen die Vorteile des neuen Ärzte-Intranets vor, welches ab September 2023 für alle bei der Kampagne registrierten Urolog:innen, kostenfrei zu Verfügung stehen wird. Die Rubrik nutzen wir auch zukünftig, um Sie über Fortschritte aus dem digitalen Umfeld auf dem Laufenden zu halten.



Mit seiner Mutmach-Geschichte möchte Lothar S. ab Seite 50 Patienten und Patientinnen dazu ermuntern, in Austausch mit anderen Betroffenen zu gehen, um die Krankheit im Gespräch zu verarbeiten.

Im Artikel „Behind the scenes“ nehmen wir Sie mit zu einem zweitägigen Dreh nach Freiburg, bei dem wir Material für eine Vorsorge-Videoserie aufgenommen haben. Die jeweiligen Ergebnisse finden Sie monatlich auf unseren Social-Media-Kanälen und der Website.

Darüber hinaus haben wir Ihnen natürlich wieder einige Buchtipps für Ihre Patient:innen aufbereitet und den urologischen Terminkalender aktualisiert.

Nun wünschen wir 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

Quelle: OpenMinded Webkonzepte GmbH

Inhaltsübersicht

▪ UROLOGIE INSIDE MAGAZIN 08 / MÄRZ 2023 ▪

Aus dem Verband

6
DGU INSIDE
Meldungen aus der Fachgesellschaft

8
DGU Regional
Einblick in die regionale Verbandsarbeit

10
BvDU INSIDE
Meldungen aus dem Verband

Titelthema

12
Fachpersonal gesucht. Dringend!

Von Wertschätzung, Work-Life-Balance und dringend benötigten Studienplätzen



Rund um die Urologie

22
Interview mit Prof. Dr. Axel Merseburger
Sein Neustart als DGU-Pressesprecher



26
Warten bis der Arzt kommt
Niedergelassene Ärzt:innen protestieren

30
DGU-Kongress
Motto: #Urologie #interdisziplinär #voraus

32
Ausblick Regionalkongresse
SWDGU-Kongress und Nordkongress im Fokus

36
GeSRU - Interview mit Mira Faßbach
Lösungsansätze für die Herausforderungen der Zukunft

Digitalisierung

40
Ärzte-Intranet für Urolog:innen
Start für September 2023 geplant

Aus der Praxis

44
Patientenleitlinie Hodenkrebs
Unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Urologie e. V. erstellt

46
Interview mit Prof. Dr. Christian Gratzke
Direktor der Urologie an der Uniklinik Freiburg



50
Aktive Selbsthilfegruppen
Erfahrungsbericht Lothar Stock



56
Behind the scenes
Zwei Drehtage mit „Urologie für alle“



Service

58 Service
Buchempfehlungen für Ihre Patient:innen
Tabuthemen, Missstände in Klinik und Praxis, Pflege und Blase



64
Termine
Kongresse und Tagungen national

66
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



Server-Einstellung prüfen:

DGU erhält Mailing-Rückläufer ohne Ende

Hin und wieder kommt es vor, dass auch die Pressestelle DGU-Mailings an die Mitglieder verschickt, denn auch DGU-Systemadministrator Olaf Kurpick und Versender der Mailings, hat mal Urlaub. Beim letzten Mailing der Pressestelle kurz vor Weihnachten ist uns etwas aufgefallen, das wir gerne an Sie weitergeben möchten, verbunden mit einer Bitte:

Mehr als die Hälfte der verschickten E-Mails landeten als Rückläufer in unserem Postfach. Vor Weihnachten ist das kein Wunder. Aber beim Inspizieren der Rückläufer wurde einmal mehr klar: Viele Krankenhaus-, Klinik- oder Praxis-Server weisen Mails von außen, aus was für Gründen auch immer (z. B. Sicherheits-Einstellungen), zurück. Bedeutet: Sie erhalten – als DGU-Mitglied – die von der Fachgesellschaft verschickten Informationen und Botschaften nicht.

Deshalb: Schauen Sie doch einmal in Ihr Postfach, ob Sie in den letzten sechs Monaten Newsletter o. ä. von der DGU erhalten haben. Wenn nicht, überlegen Sie, ob es vielleicht eine Alternativ-E-Mail-Adresse gibt, über die Sie die Mailings empfangen können oder setzen Sie unsere Adresse auf die Whitelist, so dass Newsletter von uns wieder empfangen werden. Vielen Dank!

Kress-Ranking der meistzitierten Medien:

Wie bereits im Vorjahr punktet die DGU 2022 erneut

Auch für 2022 hat der Informationsdienst für die Medien- und Kommunikationsbranche im deutschsprachigen Raum „Kress“ ein Ranking der meistzitierten Medien veröffentlicht.

Der sogenannte „Medien-Tenor“ wertet jedes Jahr mehr als 20.000 Zitate aus und erstellt daraufhin eine Liste der 20 Top-Medien. An der Spitze steht weiterhin der Spiegel, neu an Platz zwei liegt das Handelsblatt, Bild belegt Platz drei, und erfreulicherweise konnte sich die Deutsche Gesellschaft für Urologie e. V. (DGU) im vergangenen Jahr erneut in der Berichterstattung dieser Spitzengruppe gut platzieren – so beim Thema des Erhalts der



Quelle: Pexels / ono kosu

Rezeptpflicht für Viagra oder zum Thema Hodenkrebs. Zu den Top-20 im Jahresranking der meistzitierten Medien zählen die Süddeutsche, die Rheinische Post, das RedaktionsNetzwerk Deutschland sowie das ZDF, und auch dort waren urologische Themen und die Expertise der Fachgesellschaft sowie renommierter Urologinnen und Urologen häufig vertreten. Exemplarische Veröffentlichungen finden Sie auf dem Urologenportal im Presse-Bereich unter „Wir in den Medien“.



Karneval in Köln: mit Kamelle und DGU-Flyern

Lokale Aktion zur Gesundheitsbildung

Endlich wieder Karneval: In Nordrhein-Westfalen freuten sich Klein und Groß vielerorts auf den ersten Umzug nach Corona, und dank einer engagierten Urologin wurden bei einem lokalen Umzug in Köln nicht nur Kamelle geworfen, sondern auch großzügig DGU-Flyer verteilt. Auf die vorangehende Anfrage nach dem Wurfmaterial der besonderen Art hatte es prompt grünes Licht vom DGU-Pressesprecher gegeben und die Fachgesellschaft hatte zur Umsetzung dieser tollen Idee je 200 kostenlose Flyer von „Mein Sohn ist sicher. Dank der HPV-Impfung“ und „Starke Infos für Jungen“ in die Karnevalshochburg gesandt.

Natürlich unterstützt die Fachgesellschaft auch ihre lokalen Aktionen zur Gesundheitsbildung gerne mit Info-Material – eine kurze E-Mail an pressestelle@urologenportal.de oder ein Anruf in der Pressestelle unter **Tel. 040 - 79 14 05 60** genügt.

Der Wettbewerb ist eröffnet: Medienpreis Urologie 2023

Bereits zum zehnten Mal in Folge hat die DGU den Medienpreis Urologie ausgeschrieben und wir sind sicher, dass sich wieder zahlreiche Kolleginnen und Kollegen mit hochwertigen Beiträgen an dem Wettbewerb beteiligen werden.

Eine erste Einreichung hat uns sogar schon erreicht bevor wir die offizielle Pressemitteilung mit der Einladung zum Medienpreis 2023 im Ende Januar veröffentlicht hatten. Gesucht werden herausragende journalistische Arbeiten zu urologischen Themen, die zwischen dem 16. Juli 2022 und dem 15. Juli 2023 in einem deutschsprachigen Publikumsmedium gedruckt, in Hörfunk oder TV gesendet oder im Internet veröffentlicht wurden und werden. Die mit 2.500 Euro dotierte Auszeichnung wird auf dem diesjährigen DGU-Kongress im September in Leipzig vergeben werden. Sollten Sie als Expertin oder Experte an einer preisverdächtigen Produktion mitgewirkt haben, machen Sie unsere Kollegen gerne auf den Wettbewerb aufmerksam: Die Einreichungsfrist läuft noch bis zum 31. Juli 2023.





▪ AUS DER FACHGESELLSCHAFT ▪

Regional



Entwicklungsmöglichkeiten in Bayern

Die Bayerische Urologenvereinigung (BUV): Wissenschaft und Zukunft.

Die bayerische Urologenvereinigung (BUV) ist seit 1949 die regionale medizinisch-wissenschaftliche Vereinigung in Bayern. Es wird eine grenzüberschreitend enge Zusammenarbeit mit der österreichischen Gesellschaft für Urologie und Andrologie gepflegt, insbesondere wird die große wissenschaftlich-akademische Jahrestagung im Wechsel gemeinsam ausgetragen. Dieses Jahr beispielsweise mit dem Tagungspräsidenten Prof. Frens-Steffen Krause vom 04. bis 06. Mai 2023 in Linz in Oberösterreich. 2024 wird ein besonderes Jubiläum mit dem 75-jährigen Bestehen der bayerischen Urologenvereinigung und der 50. gemeinsamen Tagung in München gefeiert.

Die Bayerische Urologenvereinigung ist satzungsgemäß insbesondere auch der Nachwuchsförderung verpflichtet. Dazu wurde u. a. ein Ratgeber für Medizinstudierende im letzten Studienabschnitt, PJ-Studierenden und jungen Assistenzärzt:innen unter dem Motto „Zukunft gestalten“ entwickelt. Der Ratgeber zeigt Entwicklungsmöglichkeiten in Bayern auf und stellt exemplarisch sehr unterschiedliche urologische Lebensläufe dar. Der gleichen Zielrichtung unterliegt das Gipfeltreffen, das von jungen bayerischen Urolog:innen für junge bayerische Urolog:innen organisiert wird. Coronabedingt fand die

gemeinsame Veranstaltung von BUV und GeSRU (German Society of Residents in Urology e. V.), die sehr von Präsenz und Ort lebt, zuletzt 2019 statt und wird ab 2024 wieder regelmäßig ausgerichtet.

Förderung des wissenschaftlichen Erfahrungsaustausches im Südwesten

Südwestdeutsche Gesellschaft für Urologie (SWDGU e. V.)

Die Südwestdeutsche Gesellschaft für Urologie besteht seit über 50 Jahren. Bereits über 500 aktive Mitglieder und Ehrenmitglieder, im Wesentlichen aus den Regionen Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz, Hessen und dem Saarland, nutzen heute die Vorteile dieses informellen, fachlichen Verbundes.

Die urologische Gesellschaft arbeitet grenzüberschreitend, sodass Kollegen aus dem benachbarten Frankreich, Luxemburg und der Schweiz die Möglichkeit haben, als Mitglieder der Gesellschaft aufgenommen zu werden. Das Hauptanliegen der Gesellschaft ist die Förderung des wissenschaftlichen und kollegialen Erfahrungsaustausches im Südwesten unter enger Kooperation zwischen niedergelassenen Urologinnen und Urologen, Belegabteilungen und den Urologischen Kliniken.

Darüber hinaus fördert die Südwestdeutsche Gesellschaft für Urologie den urologischen Nachwuchs und unterstützt die Arbeit junger Kollegen und Kolleginnen durch spezielle Förderprogramme.

und den kollegialen Austausch zu fördern. Den Vereinszielen dient vor allem die jährlich veranstaltete Tagung, die zu Erfahrungs- und Gedankenaustausch, zum Kennenlernen, zu Gesprächen zur Förderung der Urologie und des Miteinanders genutzt wird.

Austausch über die alte Grenze hinweg

Die Vereinigung Norddeutscher Urologen e. V.

Die Vereinigung Norddeutscher Urologen, gegründet 1962, ist ein eingetragener gemeinnütziger Verein mit dem Ziel, das Gebiet Urologie in Norddeutschland zu vertreten, Träger der gemeinsamen Fortbildung zu sein

Nach der Wende schlossen sich die Urologen Mecklenburg-Vorpommerns – über die alte Grenze hinweg – den Nordeutschen Urologen an. 2003 wurde die Jahrestagung erstmalig zusammen mit der Berliner Urologischen Gesellschaft e. V. organisiert und zusammen mit der Brandenburgischen Gesellschaft für Urologie wurde 2007 daraus der Nordkongress. Seit 2016 ist auch die Vereinigung der Mitteldeutschen Urologen beim Nordkongress im Boot, der damit die große Regionalveranstaltung der für den Norden und Nordosten unseres Landes ist.

Anzeige

* NUBEQA® wird angewendet zur Behandlung erwachsener Männer mit nicht-metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom (nmCRPC), die ein hohes Risiko für die Entwicklung von Metastasen aufweisen und zur Behandlung erwachsener Männer mit metastasiertem hormonsensitivem Prostatakarzinom (mHSPC) in Kombination mit Docetaxel und einer Androgenprivationsstherapie.
1. Fachinformation NUBEQA®, Stand Februar 2023.
2. Fizazi K, et al. N Engl J Med. 2020;383(11):1040–1049. **3.** Smith MR, et al. Engl J Med 2022;386(12):1132–1142.

▼ **Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung.**
 Bitte melden Sie jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung über das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Webseite: <http://www.bfarm.de>.

NUBEQA 300 mg Filmtabletten (Vor Verschreibung Fachinformation beachten.) **Zusammens.** Wirkstoff: Jede Filmtablette enthält 300 mg Darolutamid. **Sonst. Bestandteile:** Tablette: Calciumhydrogenphosphat [E 341], Croscarmellose-Natrium, Lactose-Monohydrat, Magnesiumstearat [E 470b], Povidon [E 1201], Filmüberzug: Hypromellose, Lactose-Monohydrat, Macrogol [E 1521], Titandioxid [E 171]. **Anwendungsgeb.:** NUBEQA wird angew. zur Behandl. erwachsener Männer 1.) mit nicht-metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom (nmCRPC), die ein hohes Risiko für die Entwicklung von Metastasen aufweisen. 2.) mit metastasiertem hormonsensitivem Prostatakarzinom (mHSPC) in Kombination mit Docetaxel und einer Androgenprivationsstherapie. **Gegenanz.:** Überempf. g. Wirkstoff od. einen der sonst. Bestandteile. Frauen, die schwanger sind od. werden können. **Warnhinw. u. Vorsichtsmaßn.:** Enthält Lactose. Packungsbeilage beachten. Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. **Nebenwirkungen:** 1.) bei Pat. mit nmCRPC: *Sehr häufig:* Fatigue/ Erschöpfungszustände, Neutrophilenzahl verringert, Bilirubin im Blut erhöht, AST erhöht; *Häufig:* Ischämische Herzerkrankung, Herzinsuffizienz, Ausschlag, Schmerzen in einer Extremität, Schmerzen des Muskel- und Skelettsystems, Frakturen. 2.) bei Pat. mit mHSPC: *Sehr häufig:* Hypertonie, Ausschlag, Neutrophilenzahl verringert, Bilirubin im Blut erhöht, ALT erhöht, AST erhöht; *Häufig:* Frakturen, Gynäkomastie. **Verschreibungspflichtig. Pharmazeutischer Unternehmer:** Bayer AG, 51368 Leverkusen, Deutschland. **Stand:** FI/4.0, Februar 2023



© 2023 Bayer. All rights reserved. BAYER, the Bayer Cross and NUBEQA are registered trademarks of Bayer. PP-NUB-DE-0220-1 02/23

NUBEQA®
(Darolutamid)

▪ AUS DEM VERBAND ▪

BvDU Inside



Ambulantes Operieren:

Massive Enttäuschung über die zum Jahreswechsel in Kraft getretenen Änderungen

Die aktuellen Entwicklungen im Bereich des ambulanten OP-Kataloges (EBM) haben zu massiver Enttäuschung bei Urolog:innen geführt, insbesondere über die Vorgehensweise der KBV. Der Berufsverband und viele Beteiligte hatten sich engagiert und waren aktiv. Vorlagen und Vorschläge für die Weiterentwicklung des ambulanten OP-Kataloges wurden seitens des BvDU entwickelt und mit den zuständigen Stellen bei der KBV diskutiert. Der BvDU wies dabei immer auch auf die besondere Problematik der Endourologie mit der massiven Kostenunterdeckung hin. Dabei spielten Themen wie die Sachkostenvergütung, Hygienekosten, Einmalmaterialien etc. eine wesentliche Rolle.

Was die KBV und die weiteren Beteiligten an

der Entwicklung des AOP-Kataloges daraus gemacht hat, ist aus Sicht des Berufsverbands unzumutbar:

Zum 01.01.2023 änderten sich kostenneutral Vergütungen im EBM. Dies führt dazu, dass in der Realität nahezu sämtliche OP-Leistungen, die ambulant urologisch durchgeführt werden können, schlechter vergütet werden als zuvor.

Ebenfalls seit Anfang dieses Jahres gibt es einen neuen ersten Katalog, der ambulantes Operieren verbessern soll mit circa 60 Eingriffen, die eine Extra-Vergütung erhalten sollen. Fast alle Fachgebiete, unter anderem auch Gynäkolog:innen, HNOler:innen und Kardiolog:innen werden in diesem Katalog berücksichtigt. Die Urologie taucht jedoch mit keinem einzigen Eingriff auf.

In Bezug auf das ambulante Operieren, das ausgeweitet und finanzielle Anreize gesetzt werden sollen, ist dies das komplett falsche Signal. Der Berufsverband forderte die KBV eindringlich auf, diese Missstände abzuschaffen. Weitere Informationen folgen.



Neue Satzung, neuer Name

Die Eintragung ins Vereinsregister als „Berufsverband der Deutschen Urologie e. V.“ ist erfolgt

Laut neuer Satzung heißt der BvDU ab sofort „Berufsverband der Deutschen Urologie e. V.“

In der neuen Satzung wurden Begriffe und Formulierungen geglättet und in eine moderne, zeitgemäße Sprache überführt. Es gibt zum Beispiel kein Präsidium, sondern einen Vorstand mit einer Präsidentin bzw. einem Präsidenten.

In der alten Satzung erfolgte die Außenvertretung des Berufsverbandes allein durch den Präsidenten. Die neue Satzung schreibt das Vier-Augen-Prinzip vor, sodass in Zukunft mindestens zwei Vorstandsmitglieder nach außen wirken.

Der BvDU-Vorstand verbindet mit der neuen Satzung die Attribute Modernität, Teamorientierung und Schlagkraft und freut sich auf die berufspolitische Arbeit auf Grundlage der neuen Satzung.



Foto des Vorstands (Dr. Peter Kühne, Dr. Peter Kollenbach, Catrin Steiniger, Prof. Dr. J. Goebell, Dr. Axel Belusa [v. li], copyright BvDU)

BvDU-Vorstand richtet sich für kommende Aufgaben aus

Catrin Steiniger stellt ihr Amt im Rahmen der Mitgliederversammlung im September zur Verfügung

Anlässlich ihrer neuen Funktion als Vorstandsvorsitzende der KV Brandenburg macht Catrin Steiniger den Weg frei und stellt ihr Amt als BvDU-Präsidentin im Rahmen der Mitgliederversammlung im September zur Verfügung. Sie bietet so weiteren Engagierten die Möglichkeit, sich im Rahmen der Vorstandsposition für die berufspolitischen Belange der Urolog:innen und Urologen einzusetzen.

Unabhängig davon schreitet die Arbeit im BvDU-Vorstand weiter sehr gut voran. Seit den Neuwahlen im September 2021 agiert der gesamte Vorstand mit Catrin Steiniger, Prof. Peter Jürgen Goebell, Dr. Peter Kollenbach, Dr. Peter Kühne und Dr. Axel Belusa sehr erfolgreich als Team und handelt gemeinsam mit dem BvDU-Hauptausschuss.

Innerhalb des Vorstands erfolgten Ressortaufteilungen und wurden Aufgaben verteilt im Rahmen des Zusammenwirkens mit der Fachgesellschaft DGU, dem SpiFA, den Akteuren der Selbstverwaltung oder der Bundesärztekammer. So tritt der Vorstand zusammen mit den BvDU-Landesvorsitzenden in Einzelthemen wie der GOÄ, dem Ambulanten Operieren, beim Thema Hygiene und weiteren aktuell brennenden Themen für die Interessen der Mitglieder des Berufsverbands ein. Durch die Aufgabenverteilung innerhalb des Vorstands erreicht der BvDU eine hohe Schlagkraft, die auch in der schnellen und fundierten Öffentlichkeitsarbeit deutlich wird.



Ab sofort ist der BvDU auch auf Instagram: @BVDU_UROLOGIE

▪ TITELTHEMA ▪

Fachpersonal gesucht. Dringend!

Von Wertschätzung, Work-Life-Balance und dringend benötigten Studienplätzen



Quelle: Shutterstock / gpointstudio

Eine Fachkraft ist laut Duden eine Person, die innerhalb ihres Berufs beziehungsweise ihres Fachgebiets über die entsprechenden Kenntnisse und Fähigkeiten verfügt, um diesen auszuführen. Im medizinischen Bereich sind das neben Ärzten und Ärztinnen verschiedener Fachbereiche unter anderem Anästhesietechnische Assistenten, Medizinisch-technische Laboratoriumsassistenten, Operationstechnische Assistenten, Pflegefachfrauen bzw. -männer, Physiotherapeuten, Pharmazeutisch-technische Assistenten, Notfallsanitäter und Diätassistenten (A. d. R.: aufgrund der Aufzählung haben wir an dieser Stelle auf

das Gendern verzichtet). Es wird schnell klar: Die Vielfalt ist groß und demnach auch die bestimmte Kenntnis, also der Grad der Spezialisierung, entsprechend weitreichend.

1,8 Millionen werden fehlen

Bis zum Jahr 2035 fehlen laut aktueller Studie von PwC 1,8 Millionen Fachkräfte im Gesundheitswesen. Michael Burkhart, Leiter des Bereichs Gesundheitswirtschaft bei PwC Deutschland, stellt fest: „Bereits vor zehn Jahren haben wir in einer Vergleichsstudie auf

den drohenden Fachkräftemangel hingewiesen – zehn Jahre, die verstrichen sind, ohne dass sich an den Arbeits- und Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen Grundlegendes verändert hätte.“¹ Im vergangenen Jahr ermittelte das WifOR Institute im Auftrag für PwC 290.000 unbesetzte Stellen.¹

Dabei betrifft der Personalmangel nicht nur Krankenhäuser, klassischen Arztpraxen und Pflegeheime. Auch die rund 4.200 medizinischen Versorgungszentren (MVZ) in Deutschland haben zunehmend Probleme, qualifiziertes ärztliches und nichtärztliches Personal zu finden.² Ebenfalls Alarm schlägt der Verband Akkreditierte Labore in der Medizin (ALM): „Mittelfristig sehen wir ein massives Risiko für die Versorgung mit Labordiagnostik insgesamt“, sagte Michael Müller, Vorsitzende des ALM, gegenüber dem Deutschen Ärzteblatt. Schuld seien aktuell auch strukturelle Umsetzungsprobleme, die den dringend notwendigen Ausbau der Ausbildungskapazitäten im Bereich „Medizinische Technologien für Laboratoriumsanalytik“ (MTL) verhinderten.³

Unterbesetzte Schichten, Überarbeitung und damit einhergehende physische und psychische Folgeschäden des verbleibenden Personals, eine steigende Anzahl an Krankentagen, ein früheres Renteneintrittsalter und berufliche Umorientierungen sind als Folgen des Personalmangels im Gesundheitswesen bereits real. Nicht zuletzt mündet all das in eine drohende Unterversorgung von Erkrankten und eine deutliche Verschlechterung des medizinischen Standards in Deutschland.

Mit der Frage, wie sich dieser Prozess umlenken, aufhalten oder auch zum Positiven verändern lässt, haben sich bereits viele Expertinnen und Experten beschäftigt. Auch die zu Beginn genannte Studie von PwC gibt Handlungsempfehlungen an das Bundesgesundheitsministerium ab. Allerdings erschweren unter anderem die föderalen Strukturen Deutschlands eine stringente Umsetzung sinnvoller Maßnahmen.



Quelle: Shutterstock / Reephotobase

Fachkräftemangel in der Urologie

Generell wird der allgemein vorherrschende Fachkräftemangel in Deutschland vom demografischen Wandel befeuert. Prof. Dr. Axel Merseburger, Pressesprecher der Deutschen Gesellschaft für Urologie e. V. (DGU), sieht die Urologie in einer immer älter werdenden Gesellschaft als Zukunftsfach: „Wir wissen, dass wir in der Urologie das Fach mit dem höchsten Patientenanstieg sein werden. Darauf müssen wir uns vorbereiten und letztendlich auch als Fachgesellschaft Nachwuchskräfte an Ärzt:innen, Pfleger:innen und medizinischem Personal gewinnen, um so der steigenden Nachfrage nach urologischer Versorgung gerecht zu werden.“

Die Urologie betrifft der demographische Wandel in besonderem Maße, da das Durchschnittsalter von Patient:innen in diesem Fachgebiet vergleichsweise höher liegt. Die Ärztestatistik 2021 bestätigt darüber hinaus das bekannte Dilemma: Bei der Gesamtanzahl

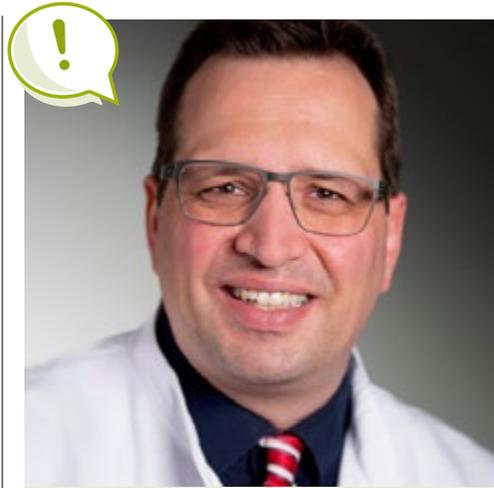
berufstätiger Urolog:innen lässt sich mit einer prozentualen Steigerung von 1,9 Prozent und 261 neuen Facharztanerkennungen zwar weiterhin ein positiver Trend erkennen, aber mit einem Ü-60-Anteil von knapp über 23 Prozent halten sich die Zu- und Abgänge bei Weitem nicht die Waage.⁴

Brandverstärker Corona?

Eine repräsentative Studie bestätigt: Die Corona-Pandemie hat nicht nur die Wirtschaft und den Arbeitsmarkt insgesamt beeinflusst, sondern auch das konkrete Verhalten der Beschäftigten. Demnach wechselte jeder zehnte Arbeitnehmende seit Beginn der Pandemie die eigene Arbeitsstelle. Auffallend ist, dass deutlich mehr weibliche als männliche Befragte die Krise als Grund für den Jobwechsel nannten. Dennoch, die Entscheidung, den Job tatsächlich zu kündigen, fällt häufig aus anderem Anlass: Über ein Viertel ist mit dem Führungsverhalten des Vorgesetzten/der Vorgesetzten unzufrieden. Fast ebenso viele wünschen sich eine bessere Work-Life-Balance. Wohingegen das Einkommen nicht einmal für jeden Fünften ausschlaggebend ist.⁵

Die Pandemie hat gezeigt, dass das Personal vieler Krankenhäuser die Grenze der eigenen Belastbarkeit längst überschritten hat und unter den unzureichenden Arbeitsbedingungen leidet. „Aufgrund der sich ständig verändernden Regularien und Rahmenbedingungen musste sich unser Team kontinuierlich neu organisieren: Geänderte Priorisierungen, Terminverschiebungen, Umwidmungen von Ressourcen und Neuplanungen – all das sorgte für eine deutlich erhöhte Arbeitsbelastung an der Uniklinik“, berichtet Prof. Dr. Dr. Huber, Direktor der Urologie an der Uniklinik Marburg. „Erschwerend kamen Krankheitsausfälle und die allgemeine persönliche Belastung durch die Pandemie hinzu.“

Merseburger stellt darüber hinaus klar: „Im Zuge von Corona wurde insbesondere der



Prof. Dr. Dr. Johannes Huber,
Direktor der Urologischen Universitätsklinik Marburg und Vorsitzender des Arbeitskreises "Versorgungsforschung, Qualität und Ökonomie" der DGU sowie Medical Director der Urologischen Stiftung Gesundheit:

Auf politischer Ebene würde ich mir wünschen, dass frische und pragmatische Ausbildungsprogramme mit Integrationsmöglichkeit für Quereinsteiger aufgelegt werden.

Möglicherweise können auch die Anforderungen an bestimmte Aufgaben besser differenziert werden, sodass wir aus berechtigtem Qualitätsbedürfnis am Ende nicht am Quantitätsproblem scheitern.

Außerdem wären geringere Hürden für die Auszubildenden dringend notwendig. Die vielen Reformen scheinen zu hohen Durchfallquoten im Examen zu führen. Hier brauchen wir neben Qualität und Regularien auch mehr Pragmatismus.



Der Schlüssel zu mehr Behandlungsperspektiven in 26 Indikationen.

KEYTRUDA® zur adjuvanten Behandlung von bestimmten Patienten mit RCC

KEYTRUDA® ist als Monotherapie zur adjuvanten 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)

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, Saccharose, Polysorbat 80 (E 433), Wasser für Injekt.-zwecke. **Anw.:** Als Monother. zur Behandl. d. fortgeschrittenen (nicht rezidivierbaren od. metastasierenden) Melanoms b. Kdrn. u. Jugendl. ab 12 Jahren u. Erw. Als Monother. zur adjuvanten Behandl. d. Melanoms in d. Tumorstadien IIb, IIC od. III nach vollst. Resektion b. Kdrn. u. Jugendl. ab 12 Jahren u. Erw. Als Monother. zur Erstinienbehandl. 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. Pemtrexed u. Platin-Chemotherapie zur Erstinienbehandl. d. metastasierenden nicht-platteneithelialen NSCLC ohne EGFR- od. ALK-pos. Tumormutationen b. Erw. In Komb. m. Carboplatin u. entweder Paclitaxel od. nab-Paclitaxel zur Erstinienbehandl. d. metastasierenden platteneithelialen 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. Kdrn. 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 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(FU)-Chemother. zur Erstinienbehandl. d. metastasierenden od. nicht rezidivierbaren 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 Erstinienbehandl. d. fortgeschrittenen Nierenzellkarzinoms (RCC) b. Erw. In Komb. m. Lenvatinib zur Erstinienbehandl. 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 Erstinienbehandl. d. metastasierenden CRC, - zur Behandl. d. nicht rezidivierbaren 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. Erkr. während od. nach vorheriger Platin-basierter Ther. in jedem Krankheitsstadium, wenn e. kurative chirurg. Behandl. od. Bestrahlung nicht in Frage kommt, - nicht rezidivierbares od. metastasierendes Magen-, Dünnarm- od. biläres Karzinom m. e. Fortschreiten d. Erkr. während od. nach mind. e. vorheriger Ther. in Komb. m. e. Platin- u. Fluoropyrimidin-basierter Chemother. zur Erstinienbehandl. d. lokal fortgeschrittenen nicht rezidivierbaren od. metastasierenden Oesophaguskarzinoms od. d. HER2-negativen Adenokarzinoms od. d. gastroisophagalen Übergangs b. Erw. mit PD-L1-exprimierenden Tumoren (CPS ≥ 10). In Komb. m. Chemother. zur neoadjuvanten u. anchl. nach Operation als Monother. zur adjuvanten Behandl. d. lokal fortgeschrittenen od. frühen triple-negativen Mammakarzinoms (TNBC) m. hohem Rezidivrisiko b. Erw. In Komb. m. Chemother. zur Behandl. d. lokal rezidivierenden nicht rezidivierbaren od. metastasierenden TNBC m. PD-L1-exprimierenden Tumoren (CPS ≥ 10) b. Erw. d. keine vorherige Chemother. zur Behandl. d. metastasierenden Erkr. erhalten haben. In Komb. m. Lenvatinib zur Behandl. d. fortgeschrittenen od. rezidivierenden Endometriumkarzinoms (EC) b. Erw. m. e. Fortschreiten der Erkr. 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:** Schwere Einschränkung d. Nierenfunkt. od. d. Leberfunkt.; aktiven, system. Autoimmunerkrank.; 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 Ther. m. Pembrolizumab sorgfältige Nutzen-Risiko-Abwägung (GVHD u. schwere Lebensverschlusskrankheit als Komplik.; beobachtet). Pat. m. schwerer od. lebensbedrohli. Immunschw. Nebenw. in der Anamnese. Unter den immunsuppressiven Nebenw. waren schwere Fälle u. Todesfälle. Hinw. zu Schwangersch. d. Erkr. 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; Infusionsbed. Reakt. Hypertonie; Hypokalzämie; Hypokaliämie; Schilddrüsenfunkt.; periph. Neuropathie; Lethargie; Geschmacksstör.; Trock. Augen. Kardiale Arrhythmie (einschl. Vorhofflimmern), Hypertonie, Pneumonitis, Kolitis; Mundtrockenh. Hepatitis. Schwere Hautreakt.; Erythem; Dermatitis; trock. Haut; Ekzem; Vitiligo; Ekzem; Alopecie; akneiforme Dermatitis. Myositis; Schm. in d. Extremitäten; Arthritis. Grippeähnli. Erkr.; Schüttelfrost. ALT erhöht; AST erhöht; alkal. Phosphatase im Blut erhöht; Hyperkalzämie; Bilirubin im Blut erhöht; Gelegentl.: Leukopenie; gastrointestinale Ulzeration. Psoriasis; lichenoides Keratose; Papeln; And. d. Nebenniereninsuff.; Hypophysitis; Thyreoiditis. Typ-1-Diabetes-mellitus. Myasthenie-Syndrom; Epilepsie. Uveitis. Myokarditis; Perikarderguss; Perikarditis. Pankreatitis; gastrointestinale Ulzeration. Psoriasis; lichenoides Keratose; Papeln; And. d. Haarfarbe, Tendosynovitis. Nephritis. Amylase erhöht. *Selten:* Hämolyt. Anämie; isolierte aplast. Anämie; hämophagozytische Lymphosinostose. Hypoparathyreoidismus. Guillain-Barre-Syndrom; Myasthenie-Syndrom. Uveitis. Dünnarmperforation. Sklerosierende Cholangitis. SJS; Erythema nodosum; And. d. Haarfarbe, Sjögren-Syndrom. *Zusätzl.:* Hinw. zu Abw. b. 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; Pruritus; Hautausschl.; Muskuloskelett. Schm.; Arthralgie; Ermüdung/Fatigue; Asthenie; Ödeme; Fieber. *Häufig:* AST erhöht; ALT erhöht; AST erhöht; Kreatinin im Blut erhöht. *Häufig:* Pneumonie; Thrombozytopenie; Neutropenie; Infusionsbed. Reakt. Hypertonie; Hypokalzämie; Hypokaliämie; Schilddrüsenfunkt.; periph. Neuropathie; Lethargie. Trock. Augen. Kardiale Arrhythmie (einschl. Vorhofflimmern), Pneumonitis, Kolitis; Pankreatitis; Gastritis; Mundtrockenh. Hepatitis. Schwere Hautreakt.; Erythem; akneiforme Dermatitis; Dermatitis; trock. Haut; Ekzem. Schm. in d. Extremitäten; Arthritis. Akutes Nierenvers. Grippeähnli. Erkr.; Schüttelfrost. Kreatinin 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; Papeln; And. d. Haarfarbe, Tendosynovitis. Nephritis; nicht-infektiöse Zystitis. Amylase erhöht. *Selten:* Hämolytische Anämie; Immuntrombozytopenie. Sarkoidose. Hypoparathyreoidismus. Guillain-Barre-Syndrom; Myasthenie-Syndrom. Uveitis. Dünnarmperforation. Sklerosierende Cholangitis. SJS; Erythema nodosum; And. d. Haarfarbe, Sjögren-Syndrom. *Zusätzl.:* Hinw. zu Abw. b. 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; Pruritus; Hautausschl.; Muskuloskelett. Schm.; Arthralgie; Ermüdung/Fatigue; Asthenie; Ödeme; Fieber. *Häufig:* AST erhöht; ALT erhöht; AST erhöht; Kreatinin im Blut erhöht. *Häufig:* Pneumonie; Thrombozytopenie; Neutropenie; Infusionsbed. Reakt. Hypertonie; Hypokalzämie; Hypokaliämie; Schilddrüsenfunkt.; periph. Neuropathie; Lethargie. Trock. Augen. Kardiale Arrhythmie (einschl. Vorhofflimmern), Pneumonitis, Kolitis; Pankreatitis; Gastritis; Mundtrockenh. Hepatitis. Schwere Hautreakt.; Erythem; akneiforme Dermatitis; Alopecie; Arthritis. Nephritis; Grippeähnli. Erkr.; Schüttelfrost. Amylase erhöht; Bilirubin im Blut erhöht; alkal. Phosphatase im Blut erhöht; Hyperkalzämie; Bilirubin im Blut erhöht; Gelegentl.: Eosinophilie. Hypophysitis. Typ-1-Diabetes-mellitus. Myasthenie-Syndrom; Enzephalitis. Uveitis. Myokarditis; Perikarderguss. Vaskulitis. Gastrointestinale Ulzeration. Ekzem; lichenoides Keratose; Psoriasis; Vitiligo; Papeln; And. d. Haarfarbe, Tendosynovitis. *Selten:* Hypoparathyreoidismus. Vogt-Koyanagi-Harada-Syndrom. Dünnarmperforation. TEN; SJS. Sjögren-Syndrom. Nicht-infektiöse Zystitis. **Warnhinw.:** Nicht schütten! **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 Verifizierungsmethode v. Frauen im gebärf. Alter währ. Behandl. u. bis min. 4 Mon. nach letzter Dosis. **Verschreibungspflichtig. Bitte lesen Sie vor Verordn. von KEYTRUDA® die Fachinformation!** Pharmazeutischer Unternehmer: Merck Sharp & Dohme B.V., Waarderweg 39, 2031 DN 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: 09/2022 (RCN: 00023442-DE)**

„Bettenmangel“ als Index angeführt, aber wir haben in dem Sinne keinen Mangel an Einrichtung, sondern vielerorts einen Mangel an Personal, welches die aufgenommenen Patient:innen adäquat versorgt. Um die Versorgungssituation in Deutschland weiterhin auf dem bekannten hohen Niveau halten zu können, ist ein kurzfristiges Umdenken auf politischer Ebene vonnöten.“

Kerstin Giese, Praxismanagerin Ärztliches Zentrum Bochum, bestätigt Urologie INSIDE die zusätzliche Belastung auch auf Seiten der Arztpraxen: Verunsicherte Patient:innen, die Erstellung entsprechender Hygienekonzepte, die Umsetzung von Neuerungen, aber auch Unsicherheiten und Ängste im Team haben den Arbeitsdruck enorm erhöht.“

Bayerns Gesundheitsminister Klaus Holetschek fordert unterdessen einen „Marshallplan“ für das deutsche Gesundheitssystem. Seiner Meinung nach habe Corona gezeigt, dass man beim Personal aktiv werden müsse – vor allem bei den Pflegekräften. Mehr Menschen für Pflege- und Gesundheitsberufe zu begeistern, sei eine Schlüsselaufgabe für die kommen-

Es ist ein kurzfristiges Umdenken auf politischer Ebene vonnöten.

den Jahre. Die Pandemie habe schonungslos Schwachstellen und Defizite des Gesundheitwesens aufgezeigt und erhebliche finanzielle Ressourcen aufgebraucht.⁸

Der Corona-Bonus spaltet

Auf einer Kundgebung des Verbandes medizinischer Fachberufe forderte Dr. Klaus Reinhardt, Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), mehr Wertschätzung auf politischer Ebene für Medizinische und Zahnärztliche Fachangestellte in Arztpraxen. Es sei ein Affront, dass die Politik dieser Berufsgruppe trotz ihres überragenden Engagements eine Anerkennung in Form einer Bonuszahlung verwehrt habe. Den sogenannten staatlichen Corona-Bonus hatten belastete Pflegekräfte in Altenheimen und Krankenhäusern erhalten, wohingegen Medizinische Fachangestellte (MFA) und der Rettungsdienst lediglich auf steuerfreie Bonuszahlungen ihrer Arbeitgeber:innen hoffen konnten.⁹

Work-Life-Balance wird wichtiger

Auch der ärztliche Nachwuchs verständigte sich beim Tag der Hochschulmedizin, der Ende November 2022 stattfand, darauf, dass die Arbeitskultur wesentlich zur Mitarbeiterbindung beiträgt. Joachim Pröhl, Direktor für Patienten- und Pflegemanagement und Personalvorstand des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, betonte bei der Veranstaltung, dass Ärzt:innen berechtigterweise auch abends bei offiziellem Feierabend nach Hause gehen wollten. So wünscht sich Miriam Wawra, Präsidentin der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland, für die künftige Arbeit einen vorhersehbaren Dienstplan, bezahlte Überstunden und keine zu langen Dienstzeiten.¹⁰

Dieses Stimmungsbild bekommt auch der Berufsverband der Deutschen Urologie (BvDU) von seinen Mitgliedern gespiegelt: „Die Erwartungen an die Arbeitsbedingungen junger, aber auch älterer Ärztinnen und Ärzte, ändern sich. Viele wollen ihr privates Leben nicht mehr vollständig dem beruflichen unterordnen. Eltern wünschen, ihr Familienleben mit ihrem

beruflichen Leben vereinbaren zu können. Ältere wünschen gegen Ende ihres beruflichen Lebens, ihre Arbeitszeit gegebenenfalls zu reduzieren,“ berichtet Mira Faßbach, aktives Mitglied der German Society of Residents in Urology e. V. (GeSRU) im Interview mit dem BvDU.

Eine ganz konkrete Erfahrung schildert Julia Zierow, Praxismanagerin aus Neumünster, gegenüber Urologie INSIDE: „Kürzlich stellte sich eine kinderlose 27-jährige MFA bei uns vor. Beim anschließenden Probearbeiten machte sie sowohl menschlich wie auch fachlich einen tollen Eindruck. Gerne haben wir ihr wunschgemäß eine 4-Tage-Woche angeboten, konnten es jedoch nicht ermöglichen, den Freitag als freien Tag einzurichten, sondern konnten ihr aufgrund unseres Bedarfs und der gesamten Teamkonstellation lediglich den Dienstag anbieten. Zur Gehaltsverhandlung ist es dann gar nicht mehr gekommen, da sie von ihrem 3-Tage-Wochenende nicht abweichen wollte.“

Mehr Studienplätze

Mit Blick auf den akuten Fachkräftemangel im Gesundheitswesen hat Klaus Reinhardt, Präsident BÄK, die Länder aufgefordert, die Zahl der staatlich finanzierten Medizinstudienplätze in Deutschland kurzfristig zu erhöhen.¹¹ Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach sprach konkret von rund 5.000 zusätzlichen Studienplätzen pro Jahr, die nötig seien. Der Bund werde sich allerdings nicht an den Mehrkosten beteiligen. Denn zuständig für die Erhöhungen seien die einzelnen Länder.

Aber laut dem Ärzteblatt hält sich deren Beteiligung bisher in Grenzen. So habe Baden-Württemberg beispielsweise 150 neue Studienplätze geschaffen und Bayern plane bis 2025 600 zusätzliche Studierende für das Fach Medizin zuzulassen, fordere aber eine Mitfinanzierung des Bundes. Andere Länder wie Sachsen-Anhalt oder Schleswig-Holstein planten keinerlei Aufstockung.¹⁰



Julia Zierow,
Praxismanagerin Urologie im Norden,
Neumünster:

Wir pflegen einen familiären und herzlichen Umgang miteinander. Haben die Sprechstundenzeiten in Absprache mit allen Teammitgliedern gestaltet und schrumpfen diese auch immer weiter zusammen – natürlich zu Lasten der Patienten, die nun immer länger auf den nächsten Termin warten müssen bzw. Neupatienten, denen wir gar keine Termine mehr anbieten können. Aber so ist es nun einmal.

Mit der Möglichkeit zum Probearbeiten, dem Bemühen, den Arbeitsplatz und die Fortbildungsmöglichkeiten so individuell wie es eben geht, zu gestalten – ein gutes Gehalt mit Steigerungsmöglichkeit und viel Anerkennung in der täglichen Arbeit versuchen wir, neue Teammitglieder für uns zu gewinnen. Über die unterschiedlichen Kanäle versuchen wir, die Stellenausschreibung zu streuen und verlangen schon gar keine klassische Bewerbungsmappe mehr. Als kleine Praxis haben wir aber dann doch begrenztere Möglichkeiten als es ein größerer Betrieb hat.

Studierende für die Urologie begeistern

Die Zukunft der fachärztlichen Urologie hängt davon ab, dass weitere Ärzte und Ärztinnen bestmöglich zum Facharzt für Urologie ausgebildet werden. Deswegen haben die DGU und der BvDU das Weiterbildungscurriculum „WECU“ entwickelt. Als Grund nannte Prof. Dr. Maurice Stephan Michel, DGU-Generalsekretär, unter anderem den demografischen Wandel und die steigende Anzahl an Patienten und Patientinnen mit urologischen Erkrankungen. Man müsse sich auf den Bedarf einstellen und habe mit dem Weiterbildungscurriculum Urologie ein Instrument geschaffen, um die Weiterbildung qualitativ zu verbessern, attraktiver zu gestalten und mehr fachlich gut ausgebildeten Nachwuchs für die Urologie zu generieren.¹² Für eine bessere Verzahnung von ambulanter und stationärer Urologie in das Curriculum sollen zudem laut BvDU verstärkt urologische Praxen mit eingebunden werden.

Mira Faßbach, nennt darüber hinaus im Interview mit dem BvDU (A. d. R.: Das vollständige Interview finden Sie ab Seite 36.) weitere mögliche Maßnahmen. So sollte aus ihrer Sicht die Urologie als Fach bereits im Studium stärker vertreten sein. Das könne man beispielsweise durch die feste Aufnahme in die chirurgische Rotation im praktischen Jahr bewerkstelligen.

Darüber hinaus könne man die Aufmerksamkeit der Studierenden bereits in frühen klinischen Studienabschnitten durch eine spannende urologische Vorlesung oder durch Blockpraktika gewinnen.¹³

Personal rekrutieren

Laut BvDU suchen gut vernetzte Praxisinhaber:innen den direkten Weg in die Schulen, um dort in Abschlussklassen (10. oder 12. Klasse) junge Menschen für den Ausbildungsberuf des MFA zu begeistern. Andere gingen in die Berufsschulen, um Umschulende als zukünftige MFA zu gewinnen. „Ich habe aber auch schon mit Praxisinhabern:innen gesprochen, die in ihrer Verzweiflung Headhunter beauftragen“, berichtet BvDU-Pressesprecherin Dr. Sulafah El-Khadra. Um das Personal langfristig zu halten, sei es gängig, eine übertarifliche Bezahlung und zusätzliche Boni wie steuerfreie Tankgutscheine, eine E-Bike-Förderung oder Kindergartenzuschüsse anzubieten.

Wertschätzung als Maß der Dinge

Wie lässt sich bestehendes Personal trotz der aktuell widrigen Umstände halten? Prof. Dr. Axel Merseburger spricht sich für eine stärkere Honorierung der Leistungen aus. Tatsächlich spielt das Gehalt laut einer Studie der Beratungsgesellschaft EY für 53 % der Studierenden in Deutschland eine wichtige Rolle bei der Berufswahl.¹⁹ Der BvDU gibt darüber

hinaus eine klare Empfehlung ab, die sich mit den bereits oben genannten Beweggründen für einen Jobwechsel deckt: Wertschätzung, Wertschätzung und nochmals Wertschätzung. Erfahren die ärztlichen Kolleg:innen, Mitarbeiter:innen oder die MFA die Wertschätzung, die sie verdienen?

In urologischen Praxen wird laut BvDU viel verlangt. Neben den fachlichen Fähigkeiten werde aufgrund der zum Teil schambehafteten Themen besonders auf kommunikative und soziale Kompetenz geachtet. Als wesentlicher Gegenpol fungiere ein gutes Arbeitsklima im Team. Regelmäßige Teambesprechungen würden den Austausch miteinander verbessern und konstruktive Kritik des Vorgesetzten solle natürlich nie im Beisein von Patienten und Patientinnen erfolgen. Dem pflichtet Huber ebenfalls bei: „Entscheidend ist die Stimmung im Team! Wer mit Freund:innen gemeinsam sinnvolle Aufgaben erfüllt, ist vor Frustration und den Folgen hoher Belastung besser geschützt.“

Zeitwertkonten

Um Personal zu motivieren und zu binden, könnten auch die sogenannten Zeitwertkonten eine Lösung sein. Diese gibt es bereits seit dem Inkrafttreten des „Flexigesetzes“ von 1998. Kliniken und Praxen, die ihren Mitarbeitenden auf diese Art und Weise ein höheres Maß an Wertschätzung entgegenbringen, haben es möglicherweise leichter, vakante Stellen zu füllen und Arbeitskräfte dauerhaft zu halten.¹⁴ Beispielsweise können Beschäftigte der Oberschwabenklinik in Ravensburg Arbeitszeit auf Zeitwertkonten ansparen und nach den individuellen Bedürfnissen in Freizeit oder Zeit für persönliche Anliegen abbauen.¹⁵ Generell werden Gehalt und Sozialversicherungsleistungen in der Auszeit vom Zeitwertkonto abgezogen. Grundsätzlich ist es auch denkbar, die Gesamtersparnis des Zeitwertkontos zu nutzen, um früher in den Ruhestand zu gehen.¹⁴



Berufsverband der Deutschen Urologie e. V.

Ärztinnen und Ärzte müssen dringend entlastet werden, damit diese mehr Zeit für ihre Patient:innen haben. Daher ist eine kritische Debatte zu forcieren, was ärztliche Tätigkeiten sind und wie arztfremde Tätigkeiten umverteilt werden können. Außerdem muss die Digitalisierung vorangetrieben werden. In Kliniken heißt das: flächendeckend anwenderfreundliche Krankenhaus-Informationssysteme bzw. Praxisverwaltungssysteme mit Schnittstellen in den ambulanten Sektor, aber auch mit ausreichend IT-Support und gut besetzten nichtärztlichen Stellen, um den erforderlichen Dokumentations- und Verwaltungsaufwand zu bewältigen. So bliebe mehr Zeit für den direkten Patientenkontakt und die abrechnungstechnisch unzureichend abgebildete „Sprechende Medizin“.

Parallel muss der Beruf der medizinischen Fachkräfte und der Pflegekräfte die Anerkennung (öffentliche sowie finanzielle) finden, die sie verdienen. Nur so werden junge Menschen wieder diesen Ausbildungsberuf wählen und bereits ausgebildete Fachkräfte in diesen Berufen bleiben.



Quelle: Shutterstock / Ground Picture

Arbeitsbelastung senken, Verantwortung steigern

Praxismanagerin Kerstin Giese wünscht sich in Bezug auf die Personalrekrutierung, dass insbesondere medizinische Assistenzberufe mehr an Attraktivität und Ansehen gewinnen und diese nicht als „billige“ Arbeitskraft degradiert werden. Ein Ansatzpunkt ist, deren patientenseitig wahrnehmbare Kompetenz zu steigern. Auch wenn Ärzt:innen Leistungen grundsätzlich „persönlich“ erbringen müssen, heißt das nicht, dass sie nicht manche Aufgaben an MFA und andere Praxismitarbeitende delegieren dürfen. Das reduziert zum einen die Arbeitsbelastung der Ärzt:innen und steigert zum anderen die Verantwortung und damit die Wertschätzung der Angestellten. Beispielsweise können Anamnese- oder Aufklärungs-Vorbereitung sowie Injektionen, Labordiagnostik und Wundversorgung von den MFA übernommen werden.¹⁶ In einem Positionspapier des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe wird darüber hinaus gefordert, dass Pflegenden mehr Kompetenzen bekommen und Aufgaben übernehmen, die derzeit noch in der Hand des ärztlichen Personals liegen. Dies würde bedeuten, dass die pflegerische Weiterbildung ausgebaut werden müsste und innerhalb der Pflege mehr Aufstiegsmöglichkeiten gegeben wären. Ähnliche Modelle kennt man bereits aus dem Ausland – die Berufsgruppen dürften auch in Deutschland ähnlich an Attraktivität gewinnen.¹⁷

Anwerbung aus dem Ausland

Die Zuwanderung von ausländischen Ärztinnen und Ärzten gilt als entlastender Faktor für die medizinische Versorgung. Bereits jeder/jede achte Arzt/Ärztin in Deutschland kommt aus dem Ausland. Allerdings zeigt die Ärztestatistik von 2021 mit einer Wachstumsrate von 1,9 % bei den zugewanderten Ärztinnen und Ärzten einen wohl coronabedingt deutlichen Einbruch zu den vorherigen Raten von 7 % und 8 %.⁴



Kerstin Giese,
Praxismanagerin Ärztliches Zentrum,
Bochum:

Als Praxismanagerin bin ich das Bindeglied zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer und gelte für beide Seiten als Ansprechpartner. Die Ziele dieser Parteien sind natürlich sehr unterschiedlich.

Für Arbeitgeber geht es i. d. R. und Gewinnmaximierung und Kosteneinsparungen; für Arbeitnehmer i. d. R. um gutes Gehalt, Selbstverwirklichung, Perspektiven. Diese Ziele zu vereinen ist definitiv schwierig. Meines Erachtens ist es aber für die Zukunft unumgänglich einen Konsens zu finden, denn nur Zusammen ist man stark!

Bei meiner Arbeit versuche ich immer diesen Konsens zu finden. Und meine Erfahrung gibt mir recht – nicht umsonst haben wir in unserer Praxis Mitarbeiter, die seit Jahrzehnten tätig sind und neue Kolleginnen, die sich mit neuen Ideen in der Praxis einbringen.



Für die Rekrutierung ausländischer Fachkräfte ist in den meisten Fällen die Personalabteilung der jeweiligen Klinik zuständig. Um die ausländischen Fachkräfte für sich zu gewinnen, ist es aufgrund der hohen Konkurrenz von enormer Bedeutung, als attraktive Arbeitsstelle wahrgenommen zu werden. Nach erfolgreicher Vermittlung erfordert der Onboarding-Prozess besonderes Engagement.¹⁸

So zeigt die PwC-Studie zum Fachkräftemangel in der Medizin, dass bei der Anwerbung ausländischer Pflegekräfte vor allem die Sprache (83,2 %) eine große Herausforderung darstellt – gefolgt von der Mentalität (33,9 %) und dem Einarbeitungsaufwand (33,2 %). Gezielte Sprach-Trainings und interkulturelle Schulungen können dazu beitragen, diese Hürden zu überwinden.¹

Ziellinie in Sicht?

Dieser Artikel zeigt mit Sicherheit nur einen Bruchteil des aktuellen Diskurses auf und möchte vor allem einen praxisnahen Einblick bieten. Fakt ist: Der Fachkräftemangel im Gesundheitswesen bleibt DIE Herausforderung des nächsten Jahrzehnts. Denn es gilt nicht die in 2035 drohende Zahl von 1,8 Millionen

fehlenden Arbeitskräften zu bekämpfen, sondern die deutlich früher eintretende kritische Zahl, die das Gesundheitssystem zum Erliegen bringen wird. Langwierige politische Prozesse und das föderale System erschweren allerdings eine schnelle Umsetzung von Handlungsempfehlungen. Ein Wettlauf gegen die Zeit, bei dem der Läufer zwar noch willig ist, aber die Bahn immer länger zu werden scheint.

¹ www.pwc.de/de/content/a893f304-8f55-402f-bd4e-2e080e4c45d0/pwc-fachkraefte-mangel-im-gesundheitswesen-2022.pdf

² www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=1041&typ=16&aid=228911&s=fachkr%EF4ftemangel

³ www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=1041&typ=1&nid=139491&s=fachkr%EF4ftemangel

⁴ [Ärzttestatistik 2021](https://www.aerzteblatt.de/aktuelles/detailseite/zeitwertkonten-die-cha-nc-auf-mehr-lebensqualitaet.html)

⁵ www.arbeit-und-arbeitsrecht.de/news/hoehere-wechselbereitschaft-unter-beschaeftigten.html

⁶ www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=1041&typ=1&nid=140546&s=corona

⁷ www.aerzteblatt.de/nachrichten/134403/Coronapflegebonus-verabschiedet-keine-Ausweitung-auf-MFA-und-Rettungsdienst

⁸ www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=1041&typ=16&aid=228682&s=fachkr%EF4ftemangel

⁹ www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=1041&typ=1&nid=139410&s=fachkr%EF4ftemangel

¹⁰ www.uroforum.de/dgu-stellte-neues-weiterbildungscurriculum-wecu-vor/

¹¹ www.urologie-gestalten.de/blog/junge-urologinnen-und-urologen-stehen-vor-zahlreichen-herausforderungen/

¹² www.praktischarzt.de/magazin/arbeitgeber/zeitwertkonten/

¹³ www.oberschwabeklinik.de/service/aktuelles/detailseite/zeitwertkonten-die-cha-nc-auf-mehr-lebensqualitaet.html

¹⁴ www.virchowbund.de/praxis-knowhow/personal/teamfuehrung/delegation

¹⁵ www.dbfk.de/media/docs/download/DBFK-Positionen/Weiterentwicklung-Primaer-versorgung-2021-11.pdf

¹⁶ www.praktischarzt.de/magazin/arbeitgeber/wie-sie-aerztinnen-und-aerzte-aus-dem-ausland-rekrutieren/

¹⁷ www.faz.net/aktuell/wirtschaft/studenten-setzen-bei-der-berufswahl-auf-gehalt-und-sicherheit-18378840.html#:~:text=Laut%20der%20Erhebung%20nannten%2053,vergleichbaren%20Umfrage%20im%20Jahr%202020.

Anzeige

3-fach stark bei Zystitis



ANGOCIN®

Anti-Infekt N

- ▶ Antientzündlich
- ▶ Antibakteriell
- ▶ Antiadhäsiv





Leitliniengerechte Therapie bei häufig rezidivierender Zystitis.

ANGOCIN® Anti-Infekt N Anwendungsgebiete: Zur Besserung der Beschwerden bei akuten entzündlichen Erkrankungen der Bronchien, Nebenhöhlen und ableitenden Harnwege. **Zusammensetzung:** 2 Filmtablette enthält: Kapuzinerkressekraut 200 mg, Meerrettichwurzel 80 mg. Sonstige Bestandteile: Cellulose, Eisenoxid und -hydroxid E 172, Hypromellose, Karbomethylstärke, Maltodextrin, Natriumcarboxymethylstärke, hochdisperses Siliciumdioxid, Stearinsäure, Talkum, Titanoxid E 171. **Gegenanzeigen:** Akute Magen- und Darmbeschwerden und/oder akute Nierenentzündungen, Allergie gegen Kapuzinerkressekraut, Meerrettichwurzel oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** Häufig: Magen- und Darmbeschwerden wie Übelkeit, Oberbauchdruck, Durchfall, Blähungen oder Sodbrennen. Gelegentlich: Systemische allergische Reaktionen sowie Überempfindlichkeitsreaktionen der Haut (z. B. Hautrötungen mit Hitzegefühl, Hautausschlag und/oder Juckreiz). **Pharmazeutischer Unternehmer:** Repha GmbH Biologische Arzneimittel, Alt-Godshorn 87, 30855 Langenhagen, Stand 02/20.

▪ RUND UM DIE UROLOGIE ▪

Mit Elan ins neue Amt

Interview mit dem neuen DGU-Pressesprecher Prof. Dr. Axel Merseburger

Prof. Dr. Axel Merseburger ist seit 2015 Direktor der Klinik für Urologie am Campus Lübeck des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein und wurde beim Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie e. V. (DGU) 2022 zum neuen Pressesprecher der DGU ernannt.

Lieber Prof. Dr. Merseburger, Sie treten die Nachfolge von Prof. Dr. Christian Wülfing an. Was können die DGU-Mitglieder von Ihnen als Pressesprecher erwarten?

Das sind in der Tat große Fußstapfen, in die ich trete. Prof. Dr. Christian Wülfing ist sehr kreativ und hat über die Jahre einen exzellenten Job als Pressesprecher gemacht. Ich möchte das Amt mit genauso viel Elan ausführen. Meine Aufgabe ist es, die Kommunikation – sowohl nach innen zu den DGU-Mitgliedern als auch nach außen in die Öffentlichkeit – zu steuern, um die Urologie medial auch im Bereich der sozialen Medien exzellent aufzustellen.

Auf welche Aktionen und Veranstaltungen freuen Sie sich besonders im aktuellen Jahr?

Ich freue mich sowohl auf Live-Veranstaltungen wie den nächsten Deutschen Urologen Kongress im September in Leipzig und das im April stattfindende Uro-Aktuell-Fortbildungsformat der DGU, als auch auf die virtuellen Veranstaltungen – beispielsweise sei hier urotube, das Webinar-Fortbildungsportal der DGU, genannt. Außerdem ist es mir ein großes Anliegen, die Urologische Stiftung Gesundheit

als Patienten-Informationsportal der Fachgesellschaft weiterzuentwickeln sowie die FFF-Kampagne (Für alle. Für jeden. Für uns. Die Urologie.) fortzuführen. Mit dem Parlamentarischen Abend in Berlin, unserem politischen Forum, steht im Mai ein weiteres Highlight an, bei dem wir uns zu aktuellen Themen mit Vertretern aus Politik und Gesundheitswesen, der befreundeten Fachgesellschaften und der Selbsthilfe austauschen.

Das sind in der Tat große Fußstapfen, in die ich trete.

Hatten Sie schon zu Beginn Ihres Studiums geplant, Urologe zu werden oder hat sich das erst später ergeben?

Ich hatte bereits während meiner Zivildienstzeit den Wunsch, Medizin zu studieren – das habe ich dann auch bekanntlich gemacht (lacht). Während des Studiums in Hannover habe ich das Urologie-Team und die vielen Facetten des Fachgebiets kennengelernt, was mich dazu motiviert hat, das praktische Jahr

dort zu machen und dann im Anschluss die Promotion anzuhängen. Seitdem bin ich bei diesem sehr vielfältigen Fach geblieben und habe es nie bereut.

Wo liegen Ihr klinischer und wissenschaftlicher Schwerpunkt in der Urologie?

In der Klinik und auch in der Wissenschaft fokussiere ich mich auf die urologische Onkologie mit klinischem Schwerpunkt der minimalinvasiven Operationen. Wir haben am Campus Lübeck des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein mittlerweile drei verschiedene robotische Systeme, die wir unseren Patient:innen anbieten können. Des Weiteren engagiere ich mich für die Lehre und Fortbildung. Beispielsweise habe ich an der Universität zu Lübeck einen Gender-Kompetenz-Workshop ins Leben gerufen, der in diesem Jahr in die zweite Runde gehen soll.

In welchen Gremien und Verbänden sind Sie aktuell tätig?

Neben meiner jetzigen Position als Pressesprecher im Vorstand der DGU bin ich im Arbeitskreis Onkologie und der Arbeitsgemeinschaft Urologische Onkologie im Vorstand vertreten.

Außerdem engagiere ich mich für die Krebsgesellschaft, konkret im Vorstand der Schleswig-Holsteinischen Krebsgesellschaft. Und wie viele meiner Kolleg:innen wissen, bin ich als Editor in Chief beim Online-Format urotube tätig. Auf europäischer Ebene bin ich Board Mitglied der EAU und leite das europäische Scholarship Program (EUSP), für das ich auch in Deutschland tätige Urolog:innen motivieren möchte, sich zu bewerben.

Wie gestaltet sich Ihr Alltag zwischen Gremienarbeit, Verwaltung, Führungsaufgaben und praktischer medizinischer Arbeit am Patienten?

Die Patient:innen stehen bei mir weiterhin im Mittelpunkt, die restlichen Aufgaben lassen sich gut in den Morgen- und Abendstunden erledigen. Zum Glück benötige ich relativ wenig Schlaf und kann mich somit in den frühen Morgenstunden oder spät abends, wenn die Kinder im Bett sind, noch einmal an den Laptop setzen. Nicht zu vergessen ist die exzellente Arbeit der DGU-Pressestelle mit Frau Bettina Wahlers und Frau Sabine Glimm, die mich sowie schon meinen Vorgänger, mit kontinuierlich exzellenter Pressearbeit unterstützen.

Welche Frage hätten wir Ihnen unbedingt noch stellen sollen?

Sie haben noch nichts Privates gefragt – wie wäre es mit: Haben Sie Hobbys?

Darauf würde ich antworten: Ja, ich habe Hobbys (lacht). Ich bin gerne in, am oder auf dem Wasser – die Hansestadt Lübeck bietet dafür natürlich den perfekten Rahmen. Wenn ich frei habe, versuche ich grundsätzlich, möglichst viel Zeit draußen zu verbringen.



Quelle: DGU

Gute Gründe für KEYTRUDA® beim mUC

Seit mehr als 5 Jahren kann Pembrolizumab (KEYTRUDA®) als Monotherapie zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder metastasierenden Urothelkarzinoms nach vorheriger Platin-basierter Therapie bei Erwachsenen eingesetzt werden.

Aus diesem Anlass haben wir mit Prof. Peter Goebell vom Universitätsklinikum Erlangen darüber gesprochen, wie sich die Therapielandschaft mit der Anti-PD-1 (programmed cell death protein 1)-Therapie über die Jahre hinweg verändert hat.

Prof. Dr. med. Peter J. Goebell

Leitender Oberarzt und Uroonkologe, Leitung der Studienzentrale/AURONTE, Urologische und Kinderurologische Klinik, Universitätsklinikum Erlangen

Vor 5 Jahren wurde Pembrolizumab erstmals zur Behandlung lokal fortgeschrittener oder metastasierender Urothelkarzinome nach vorheriger Platin-basierter Therapie zugelassen – wie war die Situation vor der Einführung?

Dr. Goebell: Damals war der Medical Need in der Zweitlinientherapie hoch. In Deutschland waren 2015 für Patienten bei einem Progress unter oder nach einer Platin-haltigen Therapie die medikamentösen Therapieoptionen sehr begrenzt. Zum Beispiel konnte hier Vinflunin eingesetzt werden, welches uns Behandelnde aber nicht wirklich überzeugt hat.

Erinnern Sie sich noch, was Sie gedacht haben, als Sie Ihren ersten geeigneten Patienten mit Pembrolizumab in Zweitlinie behandelt haben?

Dr. Goebell: Man denkt zwangsläufig an die Patienten aus den davor liegenden Jahren, denen man nicht so eine Chance geben konnte. Wir können nun Patienten im metastasierenden Stadium, bei denen es nach einer Cisplatin-haltigen Chemotherapie in der Erstlinie zur Krankheitsprogression kam, eine Alternative bieten.

Die Wirksamkeit von Pembrolizumab im Vergleich zu Chemotherapie (Paclitaxel, Docetaxel oder Vinflunin) bei Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasierendem Urothelkarzinom nach Platin-basierter Therapie wurde in der KEYNOTE-045-Studie untersucht. Als bislang einzige immunonkologische Therapie konnte Pembrolizumab Phase-III-Daten mit einem signifikanten Überlebensvorteil bei Progress unter/nach Chemotherapie im Vergleich zur Chemotherapie zeigen (s. Abschnitt "Zulassungsrelevante Ergebnisse") – und besitzt für

die Zweitlinie den höchsten Empfehlungsgrad in der S3-Leitlinie¹ (Empfehlungsgrad A, Evidenzlevel 1++).

Wie langanhaltend der OS-Vorteil unter Pembrolizumab verglichen mit Chemotherapie war, zeigten die aktuellen Ergebnisse der 5-Jahres-Analyse nach einer medianen Nachbeobachtungszeit von 62,9 Monaten mit einer HR für das OS von 0,71; 95 %-KI: 0,59-0,86.

Was bedeutet die Behandlung für die Patienten und welche Rolle spielen dabei die Nebenwirkungen für Patienten?

Dr. Goebell: Patienten wollen ihre verbleibende Zeit nicht im Krankenhaus verbringen, auch nicht zur Behandlung von Nebenwirkungen. Daher spielt das Nebenwirkungsprofil einer Therapie für uns Behandler eine Rolle. In der KEYNOTE-045 wurden zwar mehr immunvermittelte Nebenwirkungen unter Pembrolizumab beobachtet als unter Chemotherapie, insgesamt traten jedoch deutlich weniger Nebenwirkungen unter Pembrolizumab im Vergleich zu Chemotherapie auf (siehe Absatz „Pembrolizumab-Sicherheitsprofil“). Das übersetzt sich für mich in einen tatsächlichen Benefit.

Über die Studie KEYNOTE-045

Studiendesign

Offene, randomisierte, kontrollierte Phase-III-Studie, die 542 Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasierendem Urothelkarzinom mit Fortschreiten der Krebserkrankung unter oder nach Platin-basierter Therapie einschloss.^{2,3}

Randomisierung (1:1) auf Pembrolizumab 200 mg i.v. alle 3 Wochen (n = 270) oder eine vom Prüfarzt ausgewählte Chemotherapie i.v. alle 3 Wochen (n = 272): Paclitaxel (n = 84), Docetaxel (n = 84) oder Vinflunin (n = 87).²

Zulassungsrelevante Ergebnisse:

Für die primären Wirksamkeitsendpunkte nach einer medianen Nachbeobachtungszeit von 14,1 Monaten (Spanne: 9,9-22,1 Monate):

Gesamüberleben (OS): 27 %-ige Reduktion des Sterberisikos unter Pembrolizumab (OS, HR: 0,73; 95 %-KI: 0,59-0,91; p = 0,002*) gegenüber Chemotherapie.³

Progressionsfreies Überleben (PFS[§]):

kein statistisch signifikanter Unterschied unter Pembrolizumab gegenüber Chemotherapie (PFS, HR: 0,98; 95 %-KI: 0,81-1,19; p = 0,42*)³

Pembrolizumab-Sicherheitsprofil

5-Jahres-Analyse nach einer medianen Nachbeobachtungszeit von 62,9 Monaten (Spanne: 58,6-70,9 Monate):

- Nebenwirkungen der Grade 3-5 bei 16,9% der Patienten unter Pembrolizumab vs. 50,2% der Patienten unter Chemotherapie.⁴
- Immunvermittelte Nebenwirkungen der Grade 3-5 bei 6,0% der Patienten im Pembrolizumab-Arm vs. 0,8% unter Chemotherapie.⁴
- In beiden Behandlungsarmen traten je 4 mit der Behandlung assoziierte Todesfälle auf.⁴



Scannen Sie den QR-Code mit Ihrem Handy und lesen Sie das vollständige Interview mit Prof. Goebell.

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

MSD Sharp & Dohme GmbH
Levelingstraße 4a, 81673 München
www.msd.de



† HR basierend auf dem stratifizierten Cox-Proportional-Hazardmodell und p-Wert basierend auf dem stratifizierten Log-Rank-Test.
§ bewertet mittels Blinded Independent Central Review (BICR) gemäß Response Evaluation Criteria In Solid Tumors 1.1 (RECIST-v1.1)-Kriterien

Abkürzungen: HR: Hazard Ratio; KI: Konfidenzintervall; OS: Gesamtüberleben (overall survival); PFS: progressionsfreies Überleben (progression-free survival)



KEYTRUDA® 25 mg/ml Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung

Wirkstoff: Pembrolizumab **Zus.: Arzneil. wirks. Bestandt.:** 1 Durchstechfl. (4 ml) enth. 100 mg Pembrolizumab, 1 ml Konz. enth. 25 mg Pembrolizumab. **Sonst. Bestandt.:** L-Histidin, L-Histidinhydrochlorid-Monohydrat, Saccharose, Polysorbat 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 IIB, IIC 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-platteneithelialen NSCLC ohne EGFR- od. ALK-pos. Tumormutationen b. Erw. In Komb. m. Carboplatin u. entweder Paclitaxel od. nab-Paclitaxel zur Erstlinienbehandl. d. metastasierenden platteneithelialen 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., 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 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. biliäres 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. gastro-ösophagealen Übergangs b. Erw. mit PD-L1-exprimierenden Tumoren (CPS ≥ 10). In Komb. m. Chemother. zur neoadjuvanten u. anschl. nach Operation als Monother. zur adjuvanten Behandl. d. lokal fortgeschrittenen od. frühen triple-negativen Mammakarzinoms (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 ggf. e. and. monoklonalen Antikörper in d. Anamnese; laufende Ther. m. Immunsuppressiva (einschl. Pat. m. solidem Organtransplantat od. allo-HSZT). **Zusätzl. b. klass. HL:** b. allo-HSZT bei klass. HL nach Ther. m. Pembrolizumab sorgfältige Nutzen-Risiko-Abwägung (GVHD u. schwere Lebererkrankung als Komplik. beobachtet). Pat. m. schwerer od. lebensbedroh. immunverm. Nebenw. in der Anamnese. Unter den immunvermittelten Nebenw. waren schwere Fälle u. Todesfälle. **Hinw. zu Schwangersch./Stillzeit** beachten. **Nebenw.:** Pat. m. schwerer 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. Hypothyreose, Hyponatriämie; Hypokalzämie; 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; Alopezie; akneiforme Dermatitis. Myositis; Schm. in d. Extremitäten; Arthritis. Grippeähn. Erkrank. Schüttelfrost. ALT erhöht; AST erhöht; alkal. Phosphatase im Blut erhöht; Hyperkalzämie; Bilirubin im Blut erhöht; Kreatinin im Blut erhöht. **Gelegentl.:** Leukopenie; Immuntrombozytopenie; 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. Hypoparathyreoidismus. 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. Hypokalzämie; vermind. Appetit. Schlaflosigkeit. Periphere Neuropathie; Kopfschm.; Schwindelgef.; Geschmacksstör. Dyspnoe; Husten. Übelk.; Diarrhö; Erbr.; Abdominalschm.; Obstipat. Alopezie; Hautausschl.; Pruritus. Arthralgie; muskuloskelett. Schm.; Myositis. Ermüdung/Fatigue; Asthenie; Ödeme. ALT erhöht; AST erhöht; **Häufig:** Pneumonie. Febrile Neutropenie; Lymphopenie. Infusionsbed. Reakt. Nebenniereninsuff.; Thyreoiditis; Hypothyreose. Hyponatriämie; Hypokalzämie. Lethargie. Trock. Augen. Kardiale Arrhythmie (einschl. Vorhofflimmern). Hypertonie. Pneumonitis. Kolitis; Gastritis; Mundtrockenh. Hepatitis. Schwere Hautreakt.; Erythem; akneiforme Dermatitis; Dermatitis; trock. Haut; Ekzem. Schm. in d. Extremitäten; Arthritis. Akutes Nierenvers. Grippeähn. 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. Gastrointestinale Ulzeration. Psoriasis; lichenoid. Keratose; Vitiligo; Papeln. Tendosynovitis. Nephritis; nicht-infektiöse Zystitis. Amylase erhöht. **Selten:** Hämolytische Anämie; Immuntrombozytopenie. Sarkoidose. Hypoparathyreoidismus. Guillain-Barré-Syndrom. Uveitis. Dünndarmperforation. Sklerosierende Cholangitis. SJS; Erythema nodosum; Änd. d. Haarfarbe. Sjögren-Syndrom. **Zusätzl.:** **Hinw. zu Abw. b. 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; Fieber. Lipase erhöht; ALT erhöht; AST erhöht; Kreatinin im Blut erhöht. **Häufig:** Pneumonie. Neutropenie. Thrombozytopenie; Lymphopenie; Leukopenie. Infusionsbed. Reakt. Nebenniereninsuff.; Hypothyreose; Thyreoiditis. Hyponatriämie; Hypokalzämie; Hypokalzämie; Schlaflosigkeit. Schwindelgef.; periphere Neuropathie; Lethargie. Trock. Augen. Kardiale Arrhythmie (einschl. Vorhofflimmern). Pneumonitis. Kolitis; Pankreatitis; Gastritis; Mundtrockenh. Hepatitis. Schwere Hautreakt.; Dermatitis; trock. Haut; Erythem; akneiforme Dermatitis; Alopezie. Arthritis. Nephritis. Grippeähn. 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:** Hypoparathyreoidismus. Vogt-Koyanagi-Harada-Syndrom. Dünndarmperforation. TEN; SJS. Sjögren-Syndrom. Nicht-infektiöse Zystitis. **Zusätzl.:** **Hinw. zu Abw. b. Laborwerten** beachten. **Warnhinw.:** Nicht schütten! **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. **Verschreibungs-pflichtig. 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, Levelingstraße 4a, 81673 München



Quelle: Pexels / Karolina Grabowska

▪ RUND UM DIE UROLOGIE ▪

Warten bis der Arzt kommt

Praxen am Limit: Landesweite Proteste niedergelassener Ärzt:innen gegen das Gesundheitssystem

Das Dilemma erinnert an eine zu kleine Bettdecke – egal wo man zieht, irgendein Körperteil friert immer: Am 20. Oktober 2022 verabschiedete der Bundestag ein Gesetz zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung und schaffte die sogenannte Neupatientenregelung ab Januar 2023 und damit de facto eine zusätzliche Einnahmequelle der niedergelassenen Ärzte ab.¹ Das Bundesgesundheitsministerium spart an der einen Stelle Gelder ein, um sie an anderer auszugeben und verschiebt damit ineffektiv die Probleme im maroden Gesundheitssystem. Nun wird seit dem 01. Januar 2023 nur noch eine **außerbudgetäre Vergütung von (Neu-)patient:innen** innerhalb festgelegter Fristen gewährt, wenn diese **durch die Termin-Service-Stelle oder den Haus- bzw. Facharzt vermittelt wurden**. Inflation, steigende Energie-

Personal- und Allgemenkosten zwingen die Praxisinhaber wirtschaftlich in die Knie: Die neue Gesetzgebung verschärft die angespannte Lage von Arztpraxen zusätzlich und brachte das Fass endgültig zum Überlaufen.

Landesweite Proteste

Um ihrem Ärger Ausdruck zu verleihen, schlossen zahlreiche niedergelassene Ärzt:innen am 07. Dezember 2022 ihre Praxen und protestierten erneut gegen das Gesundheitssystem. Der Schwerpunkt, der vom Berufsverband der Deutschen Urologie e. V. (BvDU) initiierten Proteste, lag in Hessen und Brandenburg. Aber auch im Norden Deutschlands, in Baden-Württemberg und Sachsen blieben Praxen geschlossen und es fanden Proteste statt. Am 14. Dezember 2022

folgten Aktionen in Thüringen. In den Protesten geht es letztlich um die Aufrechterhaltung der flächendeckenden, ambulanten und wohnortnahen medizinischen Versorgung der Patientinnen und Patienten. „Aufgrund ständig neuer Gesetzgebungen kommt es zu einer deutlichen Benachteiligung des ambulanten Sektors gegenüber dem stationären Sektor mit entsprechenden Folgen für die Versorgung der Patientinnen und Patienten“, bilanzierte der BvDU in der Pressemitteilung das Ausmaß der politischen Sprunghaftigkeit.²

Die Kosten steigen

Ein drängendes Problem sind die immensen Energiekosten, die weder im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) noch im Orientierungspunktwert abgebildet werden. Das Ärzteblatt vermeldete am 23. Dezember 2022, dass die Verhandlungen um Entlastungsmaßnahmen für Arztpraxen mit besonders hohem Energieverbrauch noch kein Ergebnis hervorgebracht haben. Demnach lehnte der GKV-Spitzenverband im Bewertungsausschuss einen Beschlussantrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) ab, der die Zahlung von Zuschlägen ab 1. Januar 2023 vorsah. Aus diesem Grund sei durch die KBV der Erweiterte Bewertungsausschuss (EBA) eingeschaltet worden. Nun seien KBV und GKV-Spitzenverband aufgefordert, gemeinsam eine alternative Lösung für Praxen mit hohem Stromverbrauch zu vereinbaren.³

Zuschläge sind kein adäquater Ersatz

Mit dem Wegfall der Neupatientenvergütung gerät die Spanne zwischen Soll und Haben weiter in Schieflage. Für die niedergelassenen Ärzt:innen gibt es kaum Möglichkeiten, die finanziellen Lücken zu schließen. Als Folge der landesweiten Proteste der Ärzteschaft, zu denen u.a. der BvDU seine Mitglieder aufgerufen hatte, flossen im Rahmen der Streichung

Zuschläge auf die Versicherungs- und Grundpauschale in das Gesetz ein. Diese kommen zum Tragen, wenn Patientinnen und Patienten über die Terminservicestellen (TSS) oder durch Hausärzt:innen vermittelt werden, gestaffelt danach, wann die fachärztliche Behandlung erfolgt (zwischen 24 Stunden und 35 Tage nach Vermittlung). „Das vermeintliche Zugeständnis der Ampelkoalition, durch die Terminservicestellen den Wegfall der Neupatientenregelung zu kompensieren, sei bestenfalls ein Tropfen auf den heißen Stein“, kommentierte KBV-Vorstandsvorsitzender Dr. Andreas Gassen den Beschluss.⁴ Wie Zahlen des ZI zeigen, kompensieren die in Aussicht gestellten Zuschläge mitnichten die Leistungshonorierung, die im Rahmen der Neupatientenvergütung

“Das Maß ist voll für Ärztinnen und Ärzte”

erfolgte. So betrug die zusätzliche Vergütung für TSVG-Fälle im Jahr 2021 für TSS- oder Hausarzt-Vermittlungen ca. 40 Mio. Euro, für Neupatient:innen dagegen ca. 415 Mio. Euro. Für Urologinnen und Urologen wird z. B. von der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin ein Einnahmeverlust in Höhe von ca. 3 % erwartet.⁵

Aktueller Stand GOÄ Novellierung

Die Bundesärztekammer (BÄK) hat am vergangenen Montag eine arzteigene Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) mit betriebs-

wirtschaftlich kalkulierten Preisen an das Bundesgesundheitsministerium (BMG) geschickt, wie ein Sprecher der BÄK bestätigte. Sie ist noch nicht mit dem PKV-Verband abgestimmt. Mehr als 5.500 Gebührenordnungsziffern hat die Bundesärztekammer gemeinsam mit Fachverbänden erarbeitet.

Der Staatssekretär im BMG, Edgar Franke, erläuterte weiter, sobald ein gemeinsamer Vorschlag von BÄK und PKV-Verband vorliege, werde das Ministerium diesen prüfen und danach entscheiden, „ob beziehungsweise inwieweit eine Reform der GOÄ auf dieser Grundlage erfolgen“ könne.⁶

Lange Wartezeiten für Patient:innen

Falls die Entscheidungen des Bundesministeriums für Gesundheit im aktuellen Stand bleiben, werden sich Patientinnen und Patienten in Zukunft auf sehr lange Wartezeiten für einen Arzttermin einstellen müssen. Laut BvDU können Neupatient:innen von Praxen im Zweifelsfall nicht mehr aufgenommen werden, da diese aufgrund ausgeschöpfter Budgets für die Behandlung keine Vergütung mehr erhalten würden.

Sollte darüber hinaus der Aufruf des Verbands der niedergelassenen Ärzt:innen Deutschlands e. V. (Virchowbund) den Praxisbetrieb in Arztpraxen auf eine Vier-Tage-Woche umzustellen, flächendeckend Anklang finden, so würde auch das die Wartezeiten für Patient:innen nochmals verlängern. Beispielsweise könne der Mittwoch zur Bewältigung der Bürokratie und zur Fortbildung genutzt werden. Die Versorgung von Akutfällen übernehme, wie z. B. an Wochenenden der ärztliche Bereitschaftsdienst (Tel.: 116 117).⁷

Für den Bundesvorsitzenden, Dr. Dirk Heinrich ist das ein moderater Ansatz, um die wirtschaftliche Schieflage der Praxen einzudämmen: „Die politische Untätigkeit und

Fehlsteuerung der letzten Jahrzehnte zwingt die Ärzteschaft die Notbremse zu ziehen“. In diesem Zusammenhang gibt der Verband an, dass niedergelassene Ärztinnen und Ärzte 61 Arbeitstage pro Jahr und Praxis mit Verwaltungsarbeit belastet sind – die Tendenz sei steigend.⁷

Was bringt die Vier-Tage-Woche?

Der Virchowbund nennt in seiner Pressemitteilung drei weitere Vorteile, die mit der eintägigen Praxisschließung einhergehen würden:

- Eine Vier-Tage-Woche bei vollem Lohnausgleich mache den Beruf der medizinischen Fachangestellten (MFA) attraktiver und Praxen wieder zu nachgefragten Arbeits- und Ausbildungsplätzen.
- Im Hinblick auf Unterfinanzierung und Budgetierung des ambulanten Bereiches sei die Konzentration auf vier Tage zur Patientenversorgung ein wichtiger Beitrag zur wirtschaftlichen Praxisführung und Kostensenkung. Nicht zuletzt könnten Praxen durch den Schließtag auch einen Teil der Energiekostensteigerung abfangen, da sie – anders als die Kliniken – kein staatliches Hilfspaket empfangen.
- Eine Vier-Tage-Woche sei familienfreundlicher und mache die Niederlassung attraktiver für junge Ärztinnen und Ärzte, speziell gegenüber der Anstellung im Krankenhaus. Für bereits Niedergelassene sei die Umstrukturierung eine Chance, aus dem „Hamsterrad“ auszusteigen.⁷

Schließungen und Nachwuchssorgen

„Das Maß ist voll für Ärztinnen und Ärzte“, so der BvDU-Vorstand. „Der ärztliche Arbeitsalltag wird zunehmend von Problemen dominiert, die nichts mit der Versorgung der Patienten zu tun haben, sondern immer aufs Neue die Konzeptlosigkeit der Gesundheitspolitik offenba-

ren.“ Die aktuellen politischen und wirtschaftlichen Gegebenheiten sind ein fatales Signal an den ärztlichen Nachwuchs. Ärztinnen und Ärzte brauchen dringend verlässliche Rahmenbedingungen und eine faire Vergütung, damit sich junge Kolleg:innen noch für eine Tätigkeit in der Praxis entscheiden.

Praxen, die heute schließen, werden morgen nicht mehr wiedereröffnen und fehlen in der Versorgung der Patientinnen und Patienten. Der Berufsverband der Deutschen Urologie e. V. (BvDU)

Protestgründe

- Die aktuelle Gesundheitspolitik führt kurzfristig zu desaströser Situation im Gesundheitswesen.
- Das Vertrauen der Ärztinnen und Ärzte in die Politik ist zerstört.
- Die dringend nötige Reform des Gesundheitswesens lässt weiter auf sich warten.
- Ärztinnen und Ärzte sollen durch Budgetierung weiter, wie seit 30 Jahren, das GKV-System subventionieren.
- Massive Kostensteigerungen (Energie-, Personal- und Materialkosten) führen dazu, dass Praxen nicht mehr wirtschaftlich betrieben werden können.
- Die ohnehin angespannte Versorgungssituation im ländlichen Raum wird durch die kommende (vorzeitige) Ruhestandswelle weiter verschärft, nicht mehr versorgte Patientinnen und Patienten laufen in ohnehin vollen Rettungsstellen in Kliniken auf.
- Das Signal an den medizinischen Nachwuchs ist katastrophal: junge Ärztinnen

setzt sich dafür ein, dass sich die Gegebenheiten wieder ändern, damit Nachwuchsmediziner:innen ihre Perspektive auch in Zukunft in der urologischen Praxis sehen.²

¹ www.bundesregierung.de/breg-de/suche/gkv-stabilisierung-finanzen-2065884#:~:text=Am%2027.%20Juli%202022%20hatte,Oktober%202022%20vom%20Bundestag%20verabschiedet

² www.urologie-gestalten.de/blog/hohe-beteiligung-an-aerzte-protesten-in-hessen-am-30-november-im-vorfeld-des-bundesweit-ausgerufenen-aktionstages-am-7-dezember

³ www.aerzteblatt.de/nachrichten/139855/Noch-kein-Ausgleich-fuer-hohe-Energiekosten-in-Arztpraxen

⁴ www.kbv.de/html/1150_60474.php

⁵ www.urologie-gestalten.de/blog/akute-gefahrderung-der-patientenversorgung

⁶ www.aerzteblatt.de/nachrichten/140078/Arzteigene-GOe-an-Bundesgesundheitsministerium-geschickt

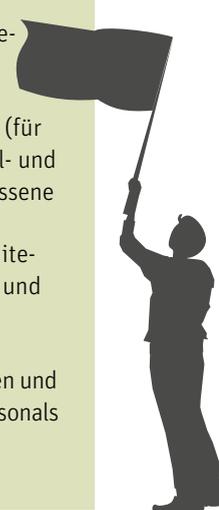
⁷ www.virchowbund.de/pressemitteilungen/details/praxen-sollen-mittwochs-schliessen

und Ärzte sind immer weniger dazu bereit, sich selbständig zu machen, u.a. wegen unsicheren finanziellen Perspektiven und fortschreitender Angleichung der Gehälter an das für Fach- und Oberärzte in Kliniken.

- Die wirtschaftliche Existenz der Vertragsärztinnen und –ärzte, die die flächendeckende, ambulante, wohnortnahe, medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten garantieren, ist gefährdet.

Forderungen des BvDU

- Die Entbudgetierung, auch für Fachärzte
- Die adäquate Anhebung des Orientierungswertes um mindestens 8 %
- Einen separaten Inflationsausgleich (für massiv gestiegene Energie, Personal- und Materialkosten), auch für Niedergelassene
- Abwendung von ausschließlich renditeorientierter Medizin in Praxen, MVZ und Kliniken
- Wertschätzung für Arbeit der Ärztinnen und Ärzte und des medizinischen Fachpersonals



▪ RUND UM DIE UROLOGIE ▪

75. Jubiläums-Kongress der DGU:

DGU-Präsident Kriegmair rückt Interdisziplinarität in den Fokus

Seit September 2022 ist Prof. Dr. Martin Kriegmair Präsident der Deutschen Gesellschaft für Urologie e. V. (DGU) und leitet in dieser Funktion den 75. Kongress der wissenschaftlichen Fachgesellschaft vom 20. bis 23. September 2023 im Congress Center Leipzig. Mit seinem Kongressmotto „**#Urologie #interdisziplinär #voraus**“ will der Chefarzt der Urologischen Klinik München Planegg auf der weltweit drittgrößten urologischen Fachtagung einen Anstoß für die zukünftige Entwicklung einer immer komplexeren Urologie geben. In einer Zeit weitreichender Strukturreformen im Gesundheitswesen widmet sich der Kongress zudem aktuellen Herausforderungen wie der Ambulantisierung der Medizin.

#Urologie #interdisziplinär #voraus

In den Fokus seiner Präsidentschaft hat Kriegmair die zunehmende Bedeutung der Interdisziplinarität gestellt: „**#Urologie #interdisziplinär #voraus**“ formuliert er mit Hashtags und Blick auf die jüngere Generation in knappen Schlagworten sein Kongressmotto. „Die Urologie hat sich in den letzten Jahren zu einer sehr facettenreichen Fachdisziplin entwickelt. Die Diagnose und Behandlung von Krankheitsbildern unserer Patient:innen werden immer spezialisierter, komplexer und individualisierter. Das Spektrum reicht von aufwändiger Tumorchirurgie, zum großen Teil bereits mit roboter-assistierten, minimal invasiven Prozeduren, bis hin zu anspruchsvollen sich immer rascher erneuernden multimodalen onkologischen Behandlungsmaßnahmen. Die aufwändigen rekonstruktiven operativen Maßnahmen,

sei es in der Beckenboden – oder Transgenderchirurgie, erfordern einen **interdisziplinären Ansatz**. Die hohe Qualität der modernen Schnittbildgebung zu sichern, gelingt nur in enger Zusammenarbeit zwischen Urologen und Radiologen“, erklärt der DGU-Präsident. „Diesen Herausforderungen einer spezialisierten und individualisierten urologischen Versorgung werden wir nur gerecht durch eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit. Dabei obliegt es der Urologie, das spezielle Wissen der anderen Disziplinen gezielt zu integrieren“, so Prof. Kriegmair weiter.

Doch wie weit ist die **individualisierte Medizin** in der Urologie? „Individuell kann die Medizin schon sein, wenn wir auf Präferenzen um Umstände der Patienten eingehen und diese bei der Diagnostik und Therapie berücksichtigen – das gibt es bereits für alle.“

Unter individualisierter Medizin verstehen wir jedoch die Therapieauswahl unter Berücksichtigung meist molekularer Biomarker. Diese steckt weiter in den Kinderschuhen, wobei es erste Beispiele im urologischen Klinikalltag gibt. Ich denke hier an die PD-L1-Testung in der Adjuvanz und Erstlinientherapie des Urothelkarzinoms oder die BRCA-Testung beim Prostatakarzinom, wobei diese – zumindest für den Moment – durch die Zulassungserweiterung des PARP-Inhibitors etwas an Bedeutung für einen individualisierten Therapieansatz verloren hat. Dennoch bleibt die BRCA-Testung in meinen Augen ein wichtiges Tool und wird zur Stratifizierung zukünftiger Therapien beitragen“, so die Einschätzung des DGU-Prä-

sidenten. Generell gäbe es zahlreiche wissenschaftliche Erkenntnisse vor allem im Bereich der molekularen Diagnostik und Therapie, jedoch ließen sich diese bis heute nicht in ausreichendem Maße miteinander und den Krankheitsverläufen der Patienten verknüpfen. „Wahrscheinlich wird es erst unter Zuhilfenahme künstlicher Intelligenz gelingen, die individualisierte Medizin als Standardversorgung zu etablieren. Dieses Thema erscheint uns so wichtig, dass wir es in einem speziellen Forum des kommenden DGU-Kongresses thematisieren wollen.“

Zukünftig sollen 20–25 Prozent der bis dato stationär erbrachten Leistungen ambulant durchgeführt werden. „Dabei wird das Jahr 2023 die entscheidende Übergangsphase zum Erreichen dieser Zielvorgabe darstellen, weshalb wir in Leipzig in einem eigenen Plenum zum Thema ambulante Urologie Wege zur Bewältigung aufzeigen werden.“

Den **Fachkräftemangel** sieht Prof. Kriegmair als die größte Herausforderung der nächsten Jahre an: „Wir müssen uns intensiv darum bemühen diesem entgegenzuwirken und dabei auch konstruktiv die Gestaltung neuer Arbeitswelten im Fokus haben. Es ist dringend erforderlich, dass wir Wege finden, Familie und Beruf zusammenzuführen und auch Arbeiten in Teilzeit ermöglichen. Nur dann können wir die qualitativ hochwertige Versorgung unserer Patienten in Zukunft gewährleisten.“ Substitution ist dabei für ihn kein Tabu: „Für die Pflegeberufe wird es in Zukunft wichtig sein, dass diese nicht nur delegierte Aufgaben übernehmen, sondern auch eigene Verantwortung substitutiv bei der Behandlung unserer Patienten übernehmen können. Daher werden wir diese Aspekte, nicht zuletzt auf dem angeschlossenen Pflege-Kongress intensiv diskutieren.“ Ebenso werde die viel-schichtige **Nachwuchsförderung** der DGU auch auf dem 75. DGU-Kongress präsent sein – etwa mit der Auszeichnung „Die Besten für die Urologie“ oder dem SchülerInnen-

und Schülertag und dem Studierendentag.

Wie seine Amtsvorgängerin hebt auch DGU-Präsident Kriegmair Klimawandel und Umweltschutz auf das Kongresstableau. „Die Aspekte des Umweltschutzes erhalten durch die zunehmende geplante ambulante Erbringung stationärer operativer Leistungen eine neue Gewichtung, die es zu berücksichtigen gilt“, betont er.

Sein Dank gilt allen Kolleginnen und Kollegen im DGU-Vorstand und in der Programmkommission, sowie den vielen Kolleginnen und Kollegen, die mit Ideen und Vorschlägen an dem Programm für den **75. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie** mitarbeiten. Seine persönliche Botschaft gilt der jungen Generation: „Ich möchte insbesondere unsere jüngeren Kolleginnen und Kollegen ermuntern, in den einschneidenden Änderungen der nächsten Jahre im Gesundheitswesen auch Chancen zu sehen. Chancen, dahingehend, dass man sich mit Eigeninitiative, Selbstständigkeit und unternehmerischem Engagement einbringt, um die eigene berufliche Karriere zu gestalten.“



Quelle: DGU

▪ RUND UM DIE UROLOGIE ▪

Ausblick Regional-Kongresse

Neben dem DGU-Kongress, der jedes Jahr im September stattfindet, gibt es auch einige größere Regionalkongresse wie den Nordkongress oder den SWDGU, der in diesem Jahr in Reutlingen stattfindet. Welche Schwerpunktthemen werden auf beiden Kongressen behandelt?

Auf den folgenden Seiten lesen Sie Details zum Programm.

Quelle: Pexels / Iuts Quintero

63. JAHRESTAGUNG der Südwestdeutschen Gesellschaft für Urologie

SPANNUNGSFELDER POSITIV GESTALTEN

21. – 24. Juni 2023 in Reutlingen

Der 63. Kongress der Südwestdeutschen Gesellschaft für Urologie findet vom 21. bis 24. Juni 2023 in der Neckar-Alb-Metropolregion in Reutlingen statt. Mit dem Motto „Spannungsfelder positiv gestalten“ möchten die Tagungspräsidenten Dr. Hartwig Schwaibold, Chefarzt der Urologischen Klinik Klinikum am Steinenberg, und Dr. Markus Schöne, MVZ Urologie und Uroonkologie, andeuten, dass es neben den aktuellen fachlichen und wissenschaftlichen Themen auch um eine Auseinandersetzung mit bevorstehenden Herausforderungen gehen wird.

Passend dazu führen sie in Ihrem Grußwort die Spannungsfelder „Tradition und Transformation“, „klinischer Alltag und Wissenschaft“, „Versorgung in Klinik und Praxis“, „Entscheidungsfindung zwischen Evidenz und Bauchgefühl“ als Themen, die es zu gestalten gilt, an. Dabei spielen der demografische Wandel, veränderte Arbeitsrealitäten und -ansprüche der medizinisch Tätigen sowie komplexer werdende Rahmenbedingungen in nahezu allen Lebensbereichen eine wesentliche Rolle.

Beim Kongress sollen viele Impulse gesetzt und Ideen ausgetauscht werden, um die Herausforderungen der Zukunft anzugehen.

Die Schwerpunktthemen & Formate des SWDGU Kongresses 2023 sind...

- Aktuelle Uro-Onkologie
- Transformation und Tradition
- Cross-Fire Streitgespräche
- Wissenschaft meets klinischen Alltag
- Mythen der Urologie
- Alptrauumsitzung
- Tumorboard
- Roundtable
- Entscheidungsfindung zwischen Evidenz und Bauchgefühl
- Transsektorale Vernetzung 4.0 – Kommunikation und Weiterbildung

Kongressablauf

Mittwoch, 21. Juni 2023

Nachwuchstag mit Workshops und Kursen sowie Industrieworkshops

Donnerstag, 22. Juni &

Freitag, 23. Juni 2023

wissenschaftliches Programm, Industrieausstellung, Industriesymposien

Samstag, 24. Juni 2023

wissenschaftliches Programm, Kurse

www.swdgu.de



Nordkongress 2023

„Interdisziplinarität – gemeinsam stärker“
28. – 30. Juni 2023 in Lüneburg

„Interdisziplinarität – gemeinsam stärker“ ist das Motto des 17. Nordkongress, der vom 28. bis 30. Juni 2023 in Lüneburg stattfindet. Der Kongress wird von der Berliner Urologischen Gesellschaft e. V., der Brandenburgischen Gesellschaft für Urologie e. V., der Vereinigung der Mitteldeutschen Urologen e. V. und der Vereinigung Norddeutscher Urologen e. V. gemeinsam organisiert. In diesem Jahr begrüßt Dr. Roberto Olianas, Chefarzt der Klinik für Urologie Städtisches Klinikum Lüneburg, die Teilnehmer:innen als Kongresspräsident.

Das Motto möchte ein Thema unterstreichen, das in den letzten Jahren immer wieder angesprochen wurde: die Zusammenarbeit aller Disziplinen – mit dem Ziel, bessere Ergebnisse zu erreichen. Die Größe und gleichzeitig überschaubare Zusammensetzung der vier Gesellschaften, erlaubt eine gute wissenschaftlich basierte Diskussion. Die Message des Mottos geht laut Olianas insbesondere an die jungen Ärztinnen und Ärzte, deren künftige Arbeit von schnelleren technologischen Entwicklungen und der essenziellen Kooperation mit anderen Fachdisziplinen geprägt sei. Außerdem seien die interprofessionelle Zusammenarbeit mit Pflege, Physiotherapie und weiteren Berufsgruppen für die Therapie von Patient:innen außerordentlich wichtig. Darüber hinaus spricht Olianas in seinem Grußwort unter anderem über die Zusammenarbeit mit der GeSRU, das Thema Work-Life-Balance und die sektor-

übergreifende Vernetzung mit niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen als Kongressthemen.

Themenschwerpunkte

- Uroonkologie : Prostata, Niere, Blase, Hoden, Penis)
- Entwicklungen in der medikamentösen Tumorthherapie
- BPH
- Rekonstruktive Urologie
- Prothetik
- Andrologie
- Harninkontinenz
- Interstitielle Zystitis
- Rezidivierende Zystitis
- Interdisziplinäre Verfahren
- Neurourologie und neurogene Blasenentleerungsstörung (ambulant und stationär)
- Kinderurologie
- Geriatrische Urologie
- Polypharmazie

Programm

Mittwoch, 28.06.2023

Kurse und Workshops, Vorstands-Sitzungen

Donnerstag, 29.06.2023

Hauptforen, Postersession, Mitgliederversammlungen, Industrieausstellung, Firmensymposien

Freitag, 30.06.2023

Hauptforen, Poster Session, Fortbildung Assistenzpersonal, Preisverleihungen, Industrieausstellung, Firmensymposien

www.nordkongress2023.de



17. Nordkongress Urologie
„Interdisziplinarität – Zusammen stärker“

28. – 30. Juni 2023
Leuphana Lüneburg

DAS MÄNNLICHE KRAFTPAKET



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

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 Spermabildung 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





Quelle: Pixels

▪ RUND UM DIE UROLOGIE ▪

Interview GeSRU

Mira Faßbach stellt sich der Frage, wie eine flächendeckende urologische Versorgung auch in Zukunft sichergestellt werden kann.

Im Interview mit dem BvDU zeigt Mira Faßbach, aktives Mitglied der German Society of Residents in Urology e. V. (GeSRU) und ehemalige Sprecherin des Bündnis Junge Ärztinnen und Ärzte (BJÄ) Herausforderungen für junge Urolog:innen sowie entsprechende Lösungsansätze auf.

Welche Maßnahmen sind aus Ihrer Sicht am wirkungsvollsten, um dem in der Medizin jüngst diskutierten Ärztemangel entgegenzuwirken?

Es handelt sich aktuell um einen relativen Ärztemangel, der in der Urologie weniger als in anderen Fachgebieten spürbar ist, da die Urologie als fachärztliche Ausrichtung als attraktiv empfunden wird. In den Landesärztekammern waren im Jahr 2021 insgesamt 1,7 % mehr berufstätige Ärztinnen und Ärzte als im Vor-

jahr gemeldet. Trotzdem werden mehr Köpfe nötig werden, um urologische Versorgung zu gewährleisten.

Gründe liegen in der absehbaren Überalterung sowohl der Ärztinnen und Ärzte als auch in dem zunehmenden Behandlungsbedarf durch die steigenden Behandlungszahlen durch immer älter werdende Patient:innen. Die Erwartungen an die Arbeitsbedingungen junger, aber auch älterer Ärzt:innen, ändern sich. Viele wollen ihr privates Leben nicht mehr vollständig dem beruflichen unterordnen. Eltern wünschen, ihr Familienleben mit ihrem beruflichen Leben vereinbaren zu können. Ältere wünschen gegen Ende ihres beruflichen Lebens, ihre Arbeitszeit gegebenenfalls zu reduzieren. Ziel muss also sein, individuelle Arbeitszeitmodelle zu ermöglichen, um viele Kolleginnen und Kollegen in Arbeit zu halten

und so auch von generationsübergreifendem Austausch profitieren zu können.

Weiter ist eine kritische Debatte darüber zu forcieren, was ärztliche Tätigkeiten sind und wie Ärzt:innen von arztfremden Tätigkeiten entlastet werden können. Ärztinnen und Ärzte sind in einem zunehmenden Ausmaß mit Verwaltungsarbeit, wie der Anforderung von externen Befunden oder mit Abrechnungsstrategien, beschäftigt. Die dort eingesetzte Zeit fehlt in der direkten Krankenversorgung. Derartige Aufgaben sollten häufiger als bisher von anderen Berufsgruppen wie medizinischen Fachangestellten oder Codierfachkräften übernommen werden.

Sinnvolle Strukturen müssen zur Entlastung etabliert werden. Die Digitalisierung muss vorangetrieben werden. In Kliniken heißt das: flächendeckend anwenderfreundliche KrankenhausInformationssysteme bzw. Praxisverwaltungssysteme mit Schnittstellen in den anderen Sektor, aber auch mit ausreichend IT-Support und gut besetzten Sekretariaten, um den erforderlichen Dokumentations- und Verwaltungsaufwand zu bewältigen.

So bliebe mehr Zeit für den direkten Patientenkontakt und die abrechnungstechnisch unzureichend ausgebildete „Sprechende Medizin“.

Was kann dafür getan werden, dass die Urologie für junge Mediziner:innen attraktiv ist und bleibt? Seitens Politik, Klinik und Praxen?

Im Hinblick auf das Fach Urologie sollte dieses stärker im Studium vertreten sein. Dies gelänge beispielsweise durch Aufnahme als feste chirurgische Rotation im praktischen Jahr. Bereits in frühen klinischen Studienabschnitten können Studierende durch eine spannende urologische Vorlesung oder durch Blockpraktika auf das großartige und vielfältige Fach Urologie aufmerksam gemacht werden.

Wie in aktuellen Befragungen unter Urolog:in-

nen sowie unter Ärzt:innen in Weiterbildung für Urologie gezeigt werden konnte, besteht in der Urologie eine hohe Zufriedenheit mit der Wahl des Fachgebietes. Die große Vielfalt in der Urologie begeistert, also sowohl die Möglichkeiten, diagnostisch, chirurgisch oder konservativ tätig zu werden, als auch die große Bandbreite an Patientinnen und Patienten: von Kindern bis ins hohe Alter; von metabolischen über infektiologischen zu onkologischen Genesen. Wir sollten uns alle bemühen, diese Begeisterung im Kontakt mit Studierenden oder auch in der öffentlichen Diskussion überschwappen zu lassen.

Was sind die dringendsten Herausforderungen, vor denen junge Urolog:innen stehen? Was sind mögliche Lösungen? Welche Beteiligten und welche Mittel braucht es hierfür?

Ein Teil der Herausforderungen, vor denen alle Mediziner:innen stehen, haben wir oben bereits angesprochen. Ein weiteres dringendes Problemfeld ist die zunehmende Kommerzialisierung der Medizin. Unsere Aufgabe ist es, die Entscheidung über die beste Therapie und Behandlungsmöglichkeit unabhängig von wirtschaftlichen Aspekten zu treffen. Hier kommen wir als Angestellte in Kliniken oder Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) aber auch als Selbstständige im Rahmen von Budgetierung viel zu oft in Rollen und Gewissenskonflikte.

Im stationären Alltag sollen Abrechnungsziffern oder Liegezeiten bedacht werden und Ärztinnen und Ärzte müssen dazu beitragen, die jeweiligen Quartalszahlen zu optimieren. Im Einzelnen sind hier die leitenden Ärzte und Weiterbildenden gefragt, die jungen Ärzt:innen darüber hinaus fachlich und berufsethisch zu begleiten.

Unterstützung sollten Urolog:innen in Weiterbildung auch verstärkt von den Kassenärztlichen Vereinigungen erhalten. Bisherige Angebote zielen eher auf „bereits Niederlassungswillige“ ab. Es fehlen Anreize, Informa-

tionen und Qualifizierungen für Ärzt:innen in fachärztlicher Weiterbildung. Da mehr als die Hälfte unseres Faches ambulant stattfindet und diese fachärztliche Grund und Spezialversorgung auch in Zukunft gewährleistet sein muss, sollten wir in der Urologie ein frühes Förderprogramm einfordern – vergleichbar mit dem der Allgemeinmedizin, (Weiterbildungsnetzwerke, Qualitätszirkel, Mentoring-Programme und auch NiederlassungsSeminare und Workshops).

Von Netzwerkstrukturen zwischen Kliniken und Praxen können alle profitieren. Sie können darüber hinaus den Einstieg in die Praxis für junge Ärztinnen und Ärzten erleichtern, sei es durch die eigene Niederlassung oder die Praxisrotation innerhalb der Weiterbildungszeit.

Dank dem Weiterbildungscurriculum Urologie (WECU), das als gemeinsames Projekt von DGU, BvDU und GeSRU entwickelt wurde und einen mindestens 6-monatigen ambulanten Weiterbildungsabschnitt vorsieht, hat die ambulante Weiterbildung nun einen festen Stellenwert in der urologischen Weiterbildung. Viele Inhalte des Faches, z. B. große Teile der uro-onkologischen Nachsorge und der Andrologie finden vorwiegend in der ambulanten urologischen Versorgung statt. Somit ist die Praxiserfahrung elementar für junge Ärztinnen und Ärzte, um alle erforderlichen Kenntnisse innerhalb der Weiterbildungszeit zu erlangen.

Die Anträge und bürokratischen Vorbereitungen für die Rotation sollten für alle Beteiligten unkompliziert und transparent sein, insbesondere was z. B. die hierzu erforderliche Weiterbildungsermächtigung für niedergelassene Urologinnen und Urologen betrifft.

Im Bereich der Hochschulpolitik ist es erforderlich, dass sich die Unterrichts und Lehrbeauftragten ihrer Verantwortung bewusst sind. Zudem sollten Kliniken, stationäre Rehabilitationseinrichtungen, Praxen oder ambulante Einrichtungen junge Ärztinnen und Ärzte verstärkt für Famulaturen anwerben.

Bei der GeSRU finden junge Ärztinnen und Ärzte unterschiedlichste Angebote und können z. B. im Rahmen eines Mentoring Programmes auf erfahrene ärztliche Ansprechpersonen zurückgreifen. Zudem haben Medizinstudierende auch die Möglichkeit, bereits im Studium an interessanten Kongressen und Seminaren teilzunehmen.

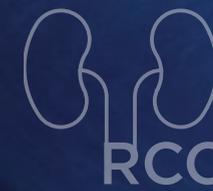
Weiterhin bietet die GeSRU Angebote wie Workshops und Lernvideos, ist präsent in Social Media mit aktuellen Themen und Veranstaltungen und betreut die Studierenden, zum Beispiel auf dem DGUKongress. Wir wollen jungen Ärztinnen und Ärzten ein kostenloses, niedrigschwelliges Angebot zur Verfügung stellen, um optimal vorbereitet in den Berufsalltag zu starten, aber auch um früh den Nachwuchs für das Fach Urologie dauerhaft zu begeistern. Zudem sehen wir uns als Interessensvertretung der jungen Urologinnen und Urologen. Dabei stehen wir in engem Austausch mit dem Berufsverband und der Fachgesellschaft.

Warum sollten sich gerade junge Ärzt:innen berufspolitisch engagieren? Wie kann ihr Interesse geweckt werden?

Für mich ist es sehr wichtig, mich berufspolitisch zu engagieren. Nur so kann ich selbst Dinge ändern. Für mich wäre es zu wenig, über Missstände unter Kolleg:innen zu sprechen. Ich möchte selbst etwas dafür tun, dass sich die Arbeitsbedingungen ändern.

Wir als GeSRU wollen bei Herausforderungen, vor denen wir als Ärzteschaft gemeinsam stehen, mögliche Wege aufzeigen, wie diese gelöst werden können.

Dies kann in Debatten erreicht werden, aber auch, indem wir positive Beispiele nach außen tragen: „Wie geht eine Praxisübernahme“, „Wie funktioniert der Jobeinstieg am besten“ oder „Welche Arbeitsmodelle und Weiterbildungsstrukturen funktionieren gut?“ und „Wo gibt es gute Angebote“. Ganz im Sinne von „Es gibt schon viel Gutes. Reden wir darüber“.



CABOMETYX®# + Nivolumab Die Kombination für alle Risikogruppen^{1,2}



In den Guidelines empfohlen⁴⁻⁷

#Als Monotherapie zur Behandlung des Nierenzellkarzinoms bei Erwachsenen nach vorangegangener zielgerichteter Therapie gegen VEGF sowie bei nicht vorbehandelten Patienten mit mittlerem oder hohem Risiko nach IMDC.^{1,8-10} Als Kombinationstherapie mit Nivolumab für die Erstlinienbehandlung des fortgeschrittenen Nierenzellkarzinoms bei Erwachsenen.^{1,2}

IMDC: International Metastatic RCC Database Consortium; RCC: Nierenzellkarzinom (renal cell carcinoma); VEGF: vaskulärer endothelialer Wachstumsfaktor (vascular endothelial growth factor).

1. Aktuelle Fachinformation CABOMETYX®. 2. Choueiri TK et al. N Engl J Med. 2021;384(9):829-841. 3. Motzer RJ et al. Lancet Oncol. 2022;23(7):888-898. 4. Powles T et al. on behalf of the ESMO Guidelines Committee. Ann Oncol. 2021;32(12):1511-1519. 5. Ljungberg B et al. EAU Guidelines. Edn. presented at the EAU Annual Congress Amsterdam 2022. ISBN 978-94-92671-16-5; Bedke J et al. Eur Urol. 2021;80(4):393-397. 6. National Comprehensive Cancer Network (NCCN) Clinical Practice Guidelines in Oncology: Kidney Cancer. Version: 3.2023. 7. Bergmann L et al. Onkologia Leitlinien: Nierenzellkarzinom (Hypernephrom). ICD-10: C64, Mai 2022. 8. Choueiri TK et al. Lancet Oncol. 2016;17(7):917-927. 9. Choueiri TK et al. Eur J Cancer. 2018;94:115-125. 10. Motzer RJ et al. Br J Cancer. 2018;118(9):1176-1178.

CABOMETYX® 20 mg Filmtabletten, CABOMETYX® 40 mg Filmtabletten, CABOMETYX® 60 mg Filmtabletten
Wirkstoff: Cabozantinib-L-malat. **Zusammensetzung:** Jede Filmtablette enthält Cabozantinib-L-malat entsprechend 20 mg/40 mg/60 mg Cabozantinib. Sonstige Bestandteile: **Tabletteninhalt:** mikrokristalline Cellulose, Lactose, Hypromellose, Croscarmellose-Natrium, hochdisperses Siliciumdioxid, Magnesiumstearat. **Filmüberzug:** Hypromellose 2910, Titandioxid (E171), Triacetin, Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E172). Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung: 15,54 mg/31,07 mg/46,61 mg Lactose. **Wirkstoffgruppe:** antineoplastisches Mittel, Proteinkinase-Inhibitor. **Anwendungsgebiete:** Nierenzellkarzinom (*renal cell carcinoma, RCC*): CABOMETYX ist als Monotherapie indiziert für die Behandlung des fortgeschrittenen Nierenzellkarzinoms (RCC) - bei nicht vorbehandelten Erwachsenen mit mittlerem oder hohem Risiko - bei Erwachsenen nach vorangegangener zielgerichteter Therapie gegen VEGF (vaskulärer endothelialer Wachstumsfaktor). CABOMETYX ist in Kombination mit Nivolumab für die Behandlung des fortgeschrittenen Nierenzellkarzinoms bei Erwachsenen indiziert. **Leberzellkarzinom (hepatocellular carcinoma, HCC):** CABOMETYX ist indiziert als Monotherapie für die Behandlung von Leberzellkarzinoms (HCC) bei Erwachsenen, die zuvor mit Sorafenib behandelt wurden. **Differenziertes Schilddrüsenkarzinom (differentiated thyroid carcinoma, DTC):** CABOMETYX ist als Monotherapie für die Behandlung von Erwachsenen mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem differenziertem Schilddrüsenkarzinom (DTC) indiziert, die refraktär gegenüber Radiojod (RAI) sind oder dafür nicht in Frage kommen und bei denen während oder nach einer vorherigen systemischen Therapie eine Progression aufgetreten ist. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** Sehr häufig - **Monotherapie:** abdominale Schmerzen, Asthenie, Hämorrhagie, periphere Ödeme, Schleimhautentzündung, Schmerzen in den Extremitäten, Hypoalbuminämie. - **Mono- und Kombitherapie:** Anämie, Appetitabnahme, Diarrhö, Dysgeusie, Dyspepsie, Dysphonie, Dyspnoe, Erbrechen, Fatigue, Gewichtsabnahme, Hautausschlag, Husten, Hypertonie, Hypothyreose, Kopfschmerzen, Obstipation, palmar-plantares Erythrodysesthesie-Syndrom, Schwindel, Stomatitis, Übelkeit, ALT und AST erhöht, Hypokaliämie, Hypomagnesiämie, Thrombozytopenie. - **Kombitherapie:** Arthralgie, Bauchschmerzen, Hyperthyreose, Infekt der oberen Atemwege, Muskelkrämpfe, Muskuloskeletale Schmerzen, Neutropenie, Ödeme, Pruritus, Pyrexie, Hyperglykämie, Hyperkaliämie, Hyperkalzämie, Hypermagnesiämie, Hypernatriämie, Hypoglykämie, Hypokalzämie, Hyponatriämie, Hypophosphatämie, Leukopenie, Lymphopenie, Proteinurie, erhöht: Alkalische Phosphatase, Amylase, Gesamtbilirubin, Kreatinin, Lipase. **Häufig - Monotherapie:** Abszess, akneähnliche Dermatitis, Arthralgie, Dysphagie, Fisteln, gastrointestinale Perforation, gastroösophageale Refluxkrankheit, Glossodynie, hepatische Enzephalopathie, Hyperkeratose, Lymphopenie, Muskelkrämpfe, Neutropenie, Proteinurie, Pruritus, Anstieg des Amylase-, ALP-, Gamma-GT-, Lipase-, Kreatinin-Serumspiegel, Hyperbilirubinämie, Hyperglykämie, Hypokaliämie, Hypokalzämie, Hyponatriämie, Hypophosphatämie, Wundheilungsstörungen. - **Mono- und Kombitherapie:** Alopecie, Änderung der Haarfarbe, Dehydratation, Erythem, Pankreatitis, Hämorrhoiden, Lungenembolie, Mundtrockenheit, periphere Neuropathie, Schmerzen im Mund, arterielle Thrombose, venöse Thrombose, Tinnitus, trockene Haut, Anstieg Cholesterin-Serumspiegel, Hypertriglyzeridämie. - **Kombitherapie:** akute Nierenschädigung, Arthritis, Colitis, Eosinophilie, Epistaxis, Gastritis, Hepatitis, Nebenniereninsuffizienz, Nierenversagen, Pleuraerguss, Pneumonie, Pneumothorax, Schmerzen, Tachykardie, Thoraxschmerzen, trockenes Auge, Überempfindlichkeit (einschließlich anaphylaktischer Reaktion), verschwommenes Sehen, Vorhofflimmern. **Gelegentlich - Monotherapie:** Schlaganfall, hypertensive Krise, cholelethatische Hepatitis, Krämpfe. - **Mono- und Kombitherapie:** Kieferosteonekrose, Pneumothorax. - **Kombitherapie:** Autoimmune Enzephalitis, Fisteln, Glossodynie, Guillain-Barré Syndrom, Hypophysitis, infusionsbedingte Überempfindlichkeitsreaktion, Myasthenisches Syndrom, Myokarditis, Myopathie, Nephritis, Perforation des Dünndarms, Psoriasis, Thyreoiditis, Urtikaria, Uveitis. **Häufigkeit nicht bekannt - Monotherapie:** Herzinfarkt, Aneurysmen und Arterienabsektion, posteriores reversibles Enzephalopathie-Syndrom (PRES). - **Mono- und Kombitherapie:** kutane Vasculitis. Enthält Lactose. Die Informationen zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen sowie Schwangerschaft und Stillzeit entnehmen Sie bitte der Fachinformation. **Verschreibungspflichtig (DE) / Rezept- und apothekenpflichtig (AT):** Ipsen Pharma, F-92100 Boulogne-Billancourt; Örtlicher Vertreter: Ipsen Pharma GmbH; Stand der Information: 09/2022; Zulassungsnummern: EU/1/16/1136/002, EU/1/16/1136/004, EU/1/16/1136/006





Quelle: Shutterstock mango/2004

• DIGITALISIERUNG •

Ärzte-Intranet für Urolog:innen

Neue Wege gehen, Datenhaltung vereinfachen und Patientenkommunikation automatisieren mit dem Ärzte-Intranet von „Urologie für alle“ – ein Interview mit Daniel Hutwagner, Geschäftsführer der OpenMinded GmbH

Bereits 2016 initiierten Prof. Dr. Tilman Kälble und Daniel Hutwagner die Kampagne „Urologie für alle“ als Patienten-Plattform mit angeschlossenem Ärzte-Login-Bereich. Seitdem haben sich bereits über 2.500 Ärzt:innen registriert und die Kampagne wurde stetig weiter ausgebaut. Im September 2022 feierte die Kampagne ihr sechsjähriges Bestehen mit einer modernisierten Patienten-Website. Nun ist das Ziel, den Ärzte-Login-Bereich zu verbessern.

Neben der OpenMinded GmbH, betreibt Hutwagner zwei weitere Unternehmungen im digitalen Umfeld und beschäftigt sich dabei vor allem mit der Frage, wie Content im digitalen Zeitalter effizient erstellt, verteilt und konsumiert werden kann. Ärzte und Ärztinnen sehen sich heute mit einer Vielzahl an Aufgaben konfrontiert, sodass immer weniger Zeit für

Gespräche und Beziehungsaufbau mit den Patienten und Patientinnen bleibt. An dieser Stelle setzt Hutwagner an und stellt im Folgenden das neue Ärzte-Intranet vor, das auch zum fachlichen Austausch untereinander und zur aktiven Kommunikation mit den Patienten und Patientinnen genutzt werden kann.

Unter einem Intranet versteht man im Allgemeinen ein in sich geschlossenes Netzwerk, das bei der Suche nach Fachinformationen unterstützt und einen Service-Bereich bietet. Darüber hinaus können sich die Teilnehmer und Teilnehmerinnen untereinander austauschen.

Hutwagner berichtet im anschließenden Interview, welche Vorteile das neue Ärzte-Intranet bietet und ab wann es von den Urologen und Urologinnen genutzt werden kann.

Lieber Herr Hutwagner, im vergangenen Herbst wurde die neue Website von „Urologie für alle“ gelauncht. Was hat sich verändert?

Wir haben die Seite insgesamt modernisiert und neu strukturiert, um die Nutzerführung noch einfacher zu machen. Präsent und inhaltlich vertieft stellen wir nun die verschiedenen urologischen Krankheitsbereiche dar. Dabei haben wir insbesondere darauf geachtet, alle Themen mit Anlaufstellen, Empfehlungen und Leitfäden zu verknüpfen. Das heißt konkret, dass wir zum Thema Nierenentzündung fachliche Informationen über das Krankheitsbild bieten und der Leser unmittelbar dazu Buchempfehlungen, News rund um die Niere, Patientenberichte und die Deutsche Nierenstiftung als Verlinkung mit weiteren Hilfsangeboten findet. Patienten und Patientinnen möchten sich digital informieren und wir bieten einen fundierten ersten Einstieg mit zusätzlichen Services.

Welche Inhalte finden Patienten und Patientinnen darüber hinaus auf der Website?

Auf der Startseite beziehungsweise unter der Rubrik „Wissenswertes“ werden wöchentlich neue Artikel rund um die Urologie eingestellt, auf die wir über unsere Social-Media-Kanäle hinweisen. Das sind z. B. Patientenberichte als Video-Sequenz, Buchempfehlungen, Fakten und weitere Informationen zur Vorsorge oder zu urologischen Krankheitsbildern, Interviews mit Ärzten und vieles mehr. Dabei verfolgen wir einen Themenplan und handeln jeden Monat einen anderen urologischen Schwerpunkt ab.

Kommen wir nun zum eigentlichen Thema: Was genau können sich Urolog:innen unter dem FFF-Ärzte-Intranet vorstellen bzw. was verbirgt sich dahinter?

Das FFF-Ärzte-Intranet ist mit der Intention entwickelt worden, im Bereich der Informationsbeschaffung, Praxispräsentation und Patientenkommunikation Prozesse zu vereinfachen, teilweise zu automatisieren und Zugänge

Digitalisierung...



...heißt die brandneue Rubrik.

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen schreitet voran. Wir haben festgestellt, dass wir in der Vergangenheit so viele digitale Themen im Magazin aufgegriffen haben, dass es sich rentiert, hierfür eine neue Rubrik in Urologie INSIDE zu eröffnen.



Quelle: Shutterstock / metamorworks

Von der elektronischen Patientenakte über die Online-Sprechstunde bis hin zu digitalen Praxis- und Klinikverwaltungssystemen und KI-Anwendungen – es bewegt sich viel und es wird sich noch mehr bewegen müssen, um den zukünftigen Herausforderungen im medizinischen Sektor gerecht zu werden. Über all diese Themen sowohl aus Ärzte- als auch aus Patientensicht, werden wir hier ab sofort gebündelt berichten.

54%
der Menschen weltweit sind bereit, sich auf Künstliche Intelligenz (KI) in der Medizin einzulassen.*

Haben Sie Anregungen zu dieser neuen Rubrik oder möchten Sie aus Ihrer Praxiserfahrung über ein digitales Thema berichten? Dann freuen wir uns über Ihre Kontaktaufnahme unter ärzte@urologie-fuer-alle.de oder telefonisch unter **0 62 03 / 679 22 80**.

*Quelle: www.pwc.de

zu erleichtern. Zukünftig haben Ärzt:innen die Möglichkeit, sich an einem Ort über aktuelle fachliche Entwicklungen zu informieren und Praxisdaten zur eigenen digitalen Außendarstellung zu verwalten. Darüber hinaus können sie hier auf wissenswerte Inhalte für Patient:innen zugreifen und diese automatisiert – beispielsweise auf der eigenen Website oder einem Wartezimmer-Display ausspielen. Der Start ist analog zum DGU-Kongress, also Mitte September, geplant.

Was unterscheidet das neue Ärzte-Intranet vom bisherigen Ärzte-Login-Bereich auf der Kampagnen-Website?

Bisher wurden lediglich Adressdaten verwaltet und Kontaktinformationen auf www.urologie-fuer-alle.de in der Arztsuche ausgespielt sowie Branchen-Artikel zur Verfügung gestellt. Im neuen Ärzte-Intranet stehen die individuelle Informationsbeschaffung und der Austausch untereinander sowie mit den Verbänden und der Pharma-Wirtschaft im Fokus.

Neben Fachinformationen können Praxen und Kliniken auch über eigene Aktivitäten berichten. Zusätzlich wurde das Praxisprofil deutlich erweitert und für die passgenaue

„Patienten-kommunikation leicht gemacht“

Ausspielung der Praxisdaten in regionale Plattformen, Suchmaschinen und Social-Media-Kanälen optimiert. So wird mit minimalem Aufwand eine maximale Sichtbarkeit erreicht.

Ein weiterer Kernbereich ist die digitale Patientenkommunikation. Ärzt:innen können ihren Patient:innen gezielt Informationen in Form von Leitfäden, Entscheidungshilfen oder Hinweisen zukommen lassen und so in kontinuierliche Interaktion bereits im Wartezimmer über Displays oder außerhalb der Sprechzeiten beispielsweise per Mailing treten. Dabei laufen alle Kommunikationsprozesse fast vollständig automatisiert und ohne Mehraufwand für das Praxisteam ab.

Welche Inhalte und Quellen sollen im Ärzte-Intranet zusammengefasst werden?

Im Ärzte-Intranet finden die Ärzt:innen Artikel, Berichte, Reportagen und Podcasts aus dem Fachbereich, von Verbänden, von der Pharma-Wirtschaft und – ganz nach dem Motto ‚aus der Praxis, für die Praxis‘ – auch von Kolleg:innen.

Wie kann ich als Urolog:in das Ärzte-Intranet in meinem Arbeitsalltag integrieren bzw. warum sollte ich es nutzen?

Mit dem Ärzte-Intranet sind Urolog:innen immer aktuell informiert. Alle fachlich relevanten News können als auf die persönlichen

Bedürfnisse zugeschnittener Stream abonniert und zum Beispiel auf dem Handy eingesehen werden. Daneben bietet das Ärzte-Intranet speziell in der Patientenkommunikation praxistaugliche Alltagshilfen. Diese zeigen sich in der Bereitstellung von allgemeinen urologischen News-Streams, welche die Klinik oder die Praxis auf ihrer Website oder einem Wartezimmer-Monitor abspielen kann.

Hinzu kommen aber auch individuell auf die Krankheitsbilder von Patienten zugeschnittene Leitfäden und Alltagshilfen, welche der Arzt/die Ärztin an seine/ihre Patient:innen automatisiert in einem regelmäßigen Turnus verschicken kann. Diese so genannten ‚Themenpakete‘ können über das Ärzte-Intranet abonniert und ohne zusätzlichen Eigenaufwand im Namen der Praxis oder Klinik an die Patient:innen weitergeleitet werden.

Warum ist es wichtig, die Kommunikation mit den Patient:innen auch nach dem Behandlungstermin in der Praxis fortzusetzen?

Die Patient:innen setzen sich zumeist erst zuhause mit der diagnostizierten Krankheit auseinander und befragen dann schnell externe Quellen im Internet, die oftmals zweideutig sind. Deswegen ist es wichtig, eine qualifizierte und vertrauenswürdige Quelle zu etablieren. Die aus der Arztpraxis oder Klinik versendeten Themenpakete holen die Betroffenen also in einem Moment der Informationssuche ab. Dabei stärkt die Weiterleitung der zusätzlichen Informationen und das In-Kontakt-Treten das Vertrauen zum Arzt bzw. zur Ärztin. Der Patient/die Patientin fühlt sich auch nachgelagert gut betreut und beraten.

Was ist ein Themenpaket und woher kommen die Inhalte?

Ein Themenpaket besteht aus mehreren einzelnen Beiträgen und ist im gesamten als eine Art Leitfaden zu betrachten. Darin werden zum Beispiel die ersten Schritte nach der OP oder

konkrete Tipps zur Rehabilitation thematisiert. Zu Beginn werden gemeinsam mit den Fachverbänden für die gängigsten Krankheitsbilder Leitfäden erarbeitet und umgesetzt. Das Portfolio wird regelmäßig erweitert und auf Aktualität geprüft.

Welche rechtlichen Rahmenbedingungen sind dabei zu bedenken?

Das System setzt auf Datenschutz und beachtet die strengen Regularien der DSGVO. Ärzt:innen haften nicht für Inhalte, da die Patient:innen dem Abonnement dieser Themenpakete und damit auch den Richtlinien zustimmen müssen. Außerdem erfolgt eine inhaltliche Prüfung aller Angebote durch ein Fachgremium. Ein einzigartiges Modell, das als Vorreiter in der medizinischen Kommunikation für Aufmerksamkeit sorgen wird.

JETZT TEIL DES ÄRZTE-INTRANETS WERDEN

Sind Ihre Daten noch aktuell?

Auf der Rückseite des Anschreibens zum Magazin können Sie dies überprüfen.

Änderungen können Sie uns entweder als Fax-Antwort zukommen lassen oder im Login-Bereich unter

www.urologie-fuer-alle.de/login

selbst vornehmen. Alle validen Registrierungen werden dann automatisch kostenfrei ins Ärzte-Intranet übernommen.



▪ AUS DER PRAXIS ▪

Patientenleitlinie Hodenkrebs

Unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Urologie e. V. erstellt:
Erste Patientenleitlinie Hodenkrebs ab sofort online verfügbar

Im Frühjahr und Sommer 2022 gingen gleich mehrere junge Fußball-Profis mit ihrer Hodenkrebskrankung an die Öffentlichkeit. Damit war das Tabuthema Hodenkrebs inmitten der Gesellschaft angekommen: Bis heute klären die Medien bundesweit über die häufigste Tumorerkrankung junger Männer auf. In der jüngst publizierten Patientenleitlinie Hodenkrebs finden Betroffene, deren Angehörige und Interessierte ab sofort bestmögliche medizinische Informationen zur Diagnostik, Therapie und auch zur Nachsorge der Erkrankung aus einer Hand. Die Patientenleitlinie basiert auf den Inhalten der ärztlichen S3-Leitlinie „Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Keimzelltumoren des Hodens“.

Beide Leitlinien wurden federführend von der Deutschen Gesellschaft für Urologie e. V. (DGU) im „Leitlinienprogramm Onkologie“ der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. mit der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. sowie der Stiftung Deutsche Krebshilfe erstellt.

„Mit dieser ersten Patientenleitlinie zum Hodenkarzinom erhalten betroffene Patienten und deren Angehörige allgemeinverständliche Informationen zur Erkrankung und deren Behandlung auf aktueller wissenschaftlicher Basis. Für die Patienten bedeutet mehr Information gleichzeitig auch mehr Mitbestimmung bei Therapieentscheidungen“, fasst der amtierende DGU-Präsident Prof. Dr. Martin Kriegmair die Bedeutung der Patientenleitlinie für die tägliche Praxis zusammen.

Auf rund 100 Seiten erhalten Betroffene Antworten auf eine Vielzahl ihrer Fragen rund um die Keimzelltumoren des Hodens. Dadurch werden die Patienten für das Arzt-Patienten-Gespräch gestärkt und sind in der Lage, wissenschaftlich fundierte Therapieentscheidungen mitzutragen. Wertvolle Alltagstipps im Umgang mit der Erkrankung sowie Hinweise auf Beratungs- und Hilfsangebote runden die Patientenleitlinie ab.

„Hodentumoren, aber auch deren Behandlung, gefährden in der Regel die Möglichkeit einer späteren Vaterschaft der Patienten. Daher ist es besonders wichtig, die jungen

Patienten und ihre Angehörigen über die Möglichkeiten der Kryokonservierung von Spermien zum Fertilitätserhalt aufzuklären. Dieses Aufklärungsgespräch und auch die daran anschließenden fertilitätserhaltenden Maßnahmen müssen zwingend vor dem Start jeglicher Therapie durchgeführt werden“, sagt die DGU-Koordinatorin der ärztlichen S3-Leitlinie und Mitautorin der Patientenleitlinie Prof. Dr. Sabine Kliesch und spricht damit eines der Kernkapitel der Patientenleitlinie an.

In Deutschland erkranken jedes Jahr ca. 4.000 meist junge Männer neu an einem Keimzelltumor des Hodens. Am häufigsten sind Männer im Alter zwischen 20 und 44 Jahren betroffen. „Auch um Risikofaktoren und die Früherkennung geht es in der neuen Patientenleitlinie Hodenkrebs. Jugendliche und junge Männer zwischen 14 und 45 Jahren sollten unbedingt den Hodencheck kennen, denn die regelmäßige Selbstuntersuchung der Hoden ist die wichtigste Früherkennungsmaßnahme“, ergänzt Prof. Dr. med. Laura-Maria Krabbe, DGU-Resort Leitlinien und Qualitätssicherung.

„Verändert sich die Größe eines Hodens, tritt ein Schweregefühl auf oder gibt es tastbare Verhärtungen, so können das Warnzeichen für ein Hodenkarzinom sein. Betroffene dürfen

sich dann keinesfalls scheuen, einen Urologen oder eine Urologin aufzusuchen“, so Prof. Krabbe abschließend.

PATIENTENLEITLINIE HODENKREBS:

Die Patientenleitlinie Hodenkrebs steht kostenfrei zum Download im Leitlinienprogramm Onkologie unter www.leitlinienprogramm-onkologie.de/patientenleitlinien/hodenkrebs zur Verfügung.

Antworten auf alle Fragen rund um den Hodencheck gibt es in jeder urologischen Praxis oder auch online auf www.hodencheck.de.

Weitere Informationen zu Hodentumoren und anderen urologischen Erkrankungen finden Interessierte auf den Seiten der Urologischen Stiftung Gesundheit unter folgendem Link: www.urologische-stiftung-gesundheit.de.



Quelle: Pixabay

▪ AUS DER PRAXIS ▪

Eine Uniklinik auf neuem Kurs!

Interview mit Prof. Dr. Christian Gratzke, Ärztlicher Direktor der Urologie an der Uniklinik Freiburg



Quelle: OpenMinded Webkonzepte GmbH

Im Rahmen der Vorsorgekampagne „Urologie für alle“ hat Prof. Dr. Christian Gratzke, Ärztlicher Direktor der Urologie an der Uniklinik Freiburg, ein Interview zu Patientenversorgung, Corona-Nachwehen und Forschungsarbeit gegeben. Bei seiner Arbeit steht für ihn immer die Qualitätssicherung zum Wohle der Patienten und Patientinnen im Vordergrund.

Lieber Herr Prof. Dr. Gratzke, warum haben Sie sich nach Ihrem Studium entschieden Ihren Facharzt in der Urologie zu absolvieren?

Das ist eine gute Frage. Ich hatte tatsächlich meine erste Famulatur in Wien absolviert, weil ich dort studiert habe. Wie so oft im Leben war ich in einem Team, das sehr gut zusammengearbeitet hat. Das Operieren hat Spaß gemacht und dann habe ich mich nach der Famulatur häufiger in der Urologie aufgehalten und bin dort letztlich geblieben.

Mein Vater war ebenfalls Urologe, aber er hat mich nie in diese Richtung gedrängt, es war meine eigene Entscheidung.

Sie sind seit 2018 Ärztlicher Direktor der Klinik für Urologie in Freiburg. Was haben Sie sich zu Beginn langfristig für die Ausrichtung der Klinik unter Ihrer Leitung vorgenommen und welche Ziele haben Sie bereits erreicht?

In der Regel sagt man, es braucht ca. fünf Jahre, um seine eigene Handschrift zu hinterlassen. Das hatte ich etwas unterschätzt, als ich 2018 hier in Freiburg als Leiter der Urologie begonnen habe. Es geht zumindest alles in die richtige Richtung. Die Klinik muss laufen, Patient:innen müssen zufrieden sein, daran werden wir gemessen. Das ist das A und O.

Am Anfang meiner Tätigkeit hatte ich mir zum Ziel gesetzt, dass das ärztliche Personal und die Mitarbeitenden aus der Pflege ein Team werden – und das haben wir geschafft. Wir haben jedes Jahr steigende Patientenzahlen und die Zufriedenheit bei ihnen ist laut Umfragen sehr hoch. Unser Team ist stabil, sodass die Arbeit auf alle Schultern verteilt werden kann. Insofern haben wir die Abläufe in der Klinik optimiert und zudem einige Forschungsprojekte angestoßen, die wir mit anderen Kliniken zusammen durchführen, sodass wir ein breites Spektrum bedienen, wie man es von einer Uniklinik erwartet.

Sie haben es eben schon erwähnt: Neben Ihrer alltäglichen Arbeit haben Sie sich auch der Forschung verschrieben. Welche Studien betreuen Sie aktuell und von welcher erhoffen Sie sich den schnellsten Nutzen?

Wir haben zwei Richtungen: Zum einen sind das klinische Studien in einem großen Studienzentrum. Dort betreuen aktuell drei „Study nurses“ unsere Projekte mit den Schwerpunkten Onkologie und Systemtherapie: Prostatakarzinom, Urothelkarzinom und Nierenzellkarzinom und auch operative Studien. Der andere große Bereich, der hier in Freiburg besonders ist, ist die ausgeprägte Grundlagenforschung. Prof. Schüle, der einen eigenen Lehrstuhl hat und die Epigenetik auf international höchstem

Niveau betreibt, betreut einen eigenen Sonderforschungsbereich. Weitere namhafte Kollegen wie Prof. Wolf, Prof. Timmers und auch Prof. Miernik, der ausgewiesener Spezialist der Uro-

Ärztliches Personal und Mitarbeitende aus der Pflege sind ein Team geworden.

Technologie ist, arbeiten ebenfalls hier in der Klinik für Urologie, um nur einige zu nennen. Und wir haben viele forschungsaffine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, aufgrund deren gut ausgearbeiteten Anträgen Forschungsgelder genehmigt wurden. Wir freuen uns sehr, dass wir in der Forschung daher so vielfältig aufgestellt und erfolgreich sind.

Dank enormer Fortschritte in der Bildung und technischer Innovationen in der Strahlentherapie ist es heute möglich, das Tumorgewebe bei Prostatakrebs sehr präzise zu bestrahlen. Daraus entstand die HypoFocal-SBRT Studie unter der Leitung von Frau Prof. Anca-L. Grosu, Ärztliche Direktorin der Klinik für Strahlentherapie am Universitätsklinikum Freiburg, die die klinische Praxis und Behandlung der Betroffenen nach Einschätzung der Wissenschaftlerinnen maßgeblich verändern könnte. Inwiefern arbeiten Sie mit Frau Prof. Anca-L. Grosu zusammen?

Wir arbeiten sehr gut zusammen. Frau Prof. Dr. Grosu ist eine hervorragende Strahlentherapeutin. Wir kommen auch menschlich sehr gut miteinander aus, sodass es überhaupt keine

Form der Konkurrenz gibt. Sie betreibt außerdem vielversprechende Studien. Aufgrund der hohen Anzahl an Operationen, die wir durchführen, erhalten auch viele Patienten und Patientinnen eine Strahlentherapie. Das eine bedingt das andere, weshalb unsere Kooperation tatsächlich sehr fruchtbar ist.

Mit welchen coronabedingten Langzeitfolgen kämpft Ihre Klinik immer noch?

An der Uniklinik Freiburg arbeiten insgesamt mehr als 10.000 Mitarbeitende, sodass die Wahrscheinlichkeit, dass jemand an Long Covid erkrankt durchaus gegeben ist. Für unsere urologische Abteilung ist der Fall bisher aber

Wir haben viele forschungsaffine Mitarbeitende, die diverse, ganz unterschiedliche Forschungsprojekte bei uns betreuen.

noch nicht eingetreten. Unser Team ist zum Glück relativ verschont geblieben und hatte auch in Corona-Zeiten viele Operationen mit den nötigen Schutzmaßnahmen und konnte unsere Patient:innen gut betreuen.

Künftig sollen „Qualität und Angemessenheit allein die Kriterien für gute Versorgung sein“, so Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach über die Klinikreform. Wie beurteilen Sie die angestrebte Reform der Krankenhaus-Vergütung?

In der Tat hat der Bundesgesundheitsminister einige Punkte angesprochen, die verbessert



Quelle: Pixabay

werden müssen. Ich denke, dass wir vor allem in der Uniklinik nicht ausschließlich über die Zahlen definiert werden können, sondern vor allem über die Qualität. Es muss unser Ziel sein, dass der Patient/die Patientin zufrieden nach Hause geht. Die Quantität ist dabei zu vernachlässigen, denn ob noch zwei Patienten mehr oder weniger operiert werden, sollte nicht unsere oberste Prämisse sein. Das Ergebnis muss zum Wohle des Patienten stimmen. Ich bin gespannt auf die Umsetzung. Es ist sicher ein langer Prozess, aber den Gedanken anzustoßen war nicht falsch.

Welche konkreten Auswirkungen hätte die Reform für Ihre Klinik?

Wenn alle Punkte so umgesetzt werden würden, wie der Gesundheitsminister sie sich vorstellt, dann würden wir von Fallpauschalen weg in Richtung einer Medizin kommen, bei der deutlich mehr Strukturen aufgebaut werden müssten, um die Qualität zu steigern. Aufgrund des Fachkräftemangels und einem hohen Krankenstand hat sich unsere OP-Kapazität stark reduziert. Die Zahlen liegen deutlich unter dem Niveau von vor drei Jahren. Insofern ist eine Strukturreform in der Medizin unerlässlich. Wir müssen dringend Fachkräfte akquirieren und ausbilden. Ich glaube, dass dann die Stoßrichtung von Minister Lauterbach durchaus damit zusammenpassen würde. Aber die Qualitätskriterien müssen stimmen, sodass die Patient:innen nicht nur operiert, sondern auch maximal gut versorgt sind und postoperativ optimal therapeutisch behandelt

werden. Da sind wir hier an der Uniklinik Freiburg bereits gut aufgestellt, aber man kann natürlich immer noch besser werden, und zwar in allen Bereichen.

Wir müssen dringend Fachkräfte akquirieren und ausbilden.

Sie sind Mitglied in der Südwestdeutschen Gesellschaft für Urologie und übernehmen dort 2023/2024 den Posten des Kongressvorstands. Welche Themen stehen für 2023 auf der Agenda und wie oft findet ein Austausch der DGU und dem BvDU statt?

Die Arbeit bei der SWDGU macht mir viel Freude. Ich war zuvor aufgrund meiner Herkunft und meiner ärztlichen Tätigkeit in München auch bei den bayerisch-österreichischen Urologen sehr aktiv und im Vorstand der bayerischen Urologen. Die Arbeit lässt sich daher gut vergleichen. Der Kongress ist einer der größten Regionalkongresse. Vor allem das Kernteam hat große Lust, den Regionalkongress weiterzuführen, auch wenn es manchmal unterschiedliche, fachliche Meinungen gibt. Jetzt darf ich 2024 Ausrichter in Freiburg sein und freue mich sehr darüber. Wir haben die Schwerpunkte noch nicht festgelegt, denn zunächst findet der SWDGU-Kongress in Reutlingen 2023 statt. Was aber sicher im Vordergrund stehen wird, ist die Zusammenarbeit mit ande-

ren medizinischen Disziplinen. Ich merke im täglichen Leben, dass es nur so möglich ist, die Patient:innen ganzheitlich zu behandeln, daher werden wir sicher viele andere Fachrichtungen integrieren und zu Wort kommen lassen.

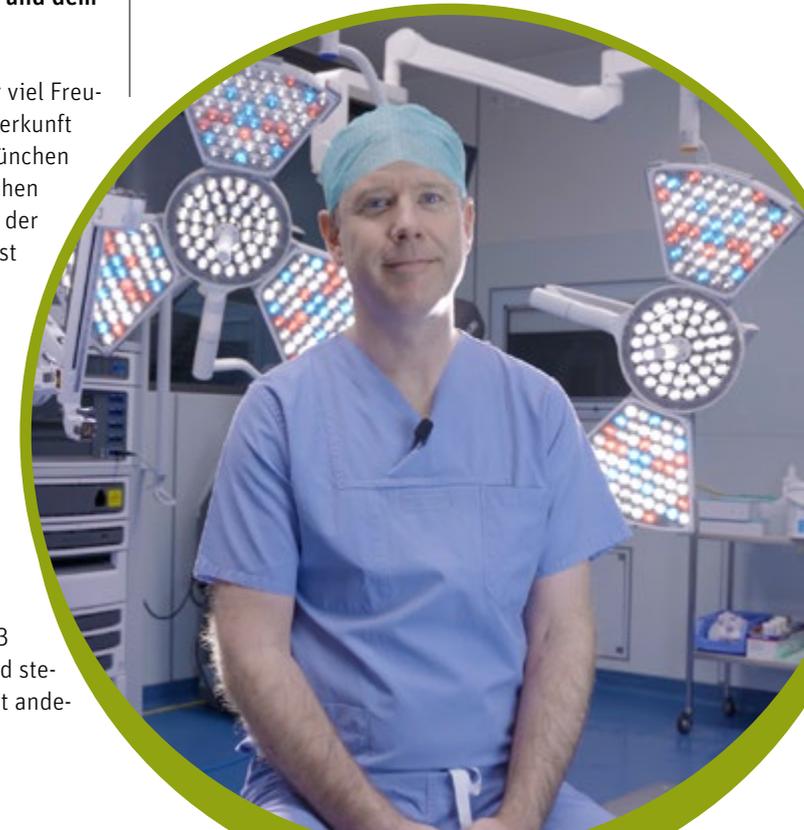
Zwei letzte Fragen zur Männervorsorge: Vorsorge rettet Leben weil.....

Patienten herausfinden können, ob ein aggressives Prostatakarzinom vorliegt und bei welcher Behandlung sie wirklich profitieren.

Wie wichtig erachten Sie den PSA-Test?

Tests dienen als Indikator zur Früherkennung. Ein sehr wichtiges Instrument: Die Bestimmung des PSA-Wertes.

Das Stichwort dazu: Smart Screening. Das bedeutet, der PSA-Wert allein sagt weniger aus, aber der Verlauf ist wichtig. In Kombination mit Bildgebung und weiterer Diagnostik hilft es Patienten und dem behandelnden Arzt, Krebs frühzeitig zu erkennen.



Quelle: OpenMinded Webkonzepte GmbH



Quelle: Lothar Stock

▪ AUS DER PRAXIS ▪

Die persönliche Mutmach-Geschichte von Lothar Stock

Nach der Diagnose „Prostatakrebs“ gründete er eine Selbsthilfegruppe

Wenn ein Betroffener die Diagnose Krebs bekommen hat, ist er im ersten Moment meist völlig überfordert. Neben vielen anderen Gedanken hat man Angst und denkt vielleicht sogar schon an den Tod. Die persönlichen Erfahrungen eines an Prostatakrebs Erkrankten zeigen, dass man auch in einer Selbsthilfegruppe Orientierung finden kann, weil dort alle irgendwie „im selben Boot“ sitzen. Lothar Stock berichtet von seinen persönlichen Erfahrungen und erläutert die Gründe, warum er eine Selbsthilfegruppe gegründet hat.

Zuerst Verdrängung

Getreu dem stolzen und typischen Männermotto „Mir fehlt ja nichts“ und „Im Moment habe ich keine Zeit, demnächst gehe ich aber ganz bestimmt“ bin ich erst mit 49 Jahren zum ersten Mal zur Prostata-Vorsorge gegangen. Damals war alles noch in Ordnung, aber schon einige Jahre später war mein PSA-Blutwert deutlich gestiegen.

Zunächst habe ich versucht, alles zu verdrängen, viele andere Ursachen für den PSA-An-

stieg zu finden und alle möglichen relativ harmlosen Therapien zu versuchen. Leider mit mäßigem Erfolg. Ich musste lernen, dass es letztlich nur eine einzige sichere Methode gibt, den Prostatakrebs zweifelsfrei zu diagnostizieren: nämlich die sogenannte Stanzbiopsie.

Selbst auf diesem Weg ist es oft nicht einfach, die vom Krebs befallenen Stellen auch wirklich zu finden. Das aus der Prostata entnommene Gewebe wird von einem Pathologen untersucht, der dann die Diagnose stellt und Aussagen darüber treffen kann, wie groß und bösartig (aggressiv) der Krebs ist.

Da mein PSA-Wert immer weiter anstieg und alle Ausreden nichts mehr halfen, musste ich mich letztendlich auch dazu entschließen. Da man nicht sofort krebsbefallenes Gewebe gefunden hat, musste bei mir diese nicht gerade sonderlich angenehme Prozedur leider mehrmals vorgenommen werden. Als ich dann endlich die unzweifelhafte Diagnose Prostatakrebs bekam, fielen meine Familie und ich erst einmal in ein riesig tiefes Loch.

Selbsthilfegruppe: Der Wunsch nach Austausch und Information

Nachdem ich mich davon etwas erholt hatte, hatte ich das dringende Bedürfnis nach Information. Ich wollte mit anderen Betroffenen ins Gespräch kommen und mich austauschen, um die für mich richtige Entscheidung zu treffen.

Persönliche Lernprozesse: Wissen ist Macht

Das Wort „Macht“ kommt von „machen“; wenn man also etwas weiß, kann man auch etwas machen. Wer demnach seinen Feind, also den Krebs, kennt, kann auch etwas gegen ihn unternehmen, ihn bekämpfen. Deshalb habe ich mir das Motto „Wissen ist Macht“ zu eigen gemacht und habe durch vielfältige Informationen, unterschiedliche Lernprozesse,

Fortbildungen unseres Bundesverbandes, Interaktionen in unserer Selbsthilfegruppe und durch ganz große familiäre Unterstützung meinen eigenen Weg und hoffentlich auch die richtigen Behandlungsmethoden im Kampf gegen „meinen“ Prostatakrebs gefunden.

Die Diagnose Prostatakrebs ist also keinesfalls ein Todesurteil, besonders dann, wenn man den Tumor frühzeitig erkennt. Ob man erfolgreich gekämpft hat, weiß man hundertprozentig leider nie, denn die Krebszellen sind schlau und das „Schwert des Damokles“ hängt eigentlich permanent über einem. Trotzdem kann man an vielen Fronten und mit vielen Mitteln gegen diesen Krebs kämpfen.

Der Stellenwert einer Selbsthilfegruppe

Bei dem Kampf gegen diesen „Feind“ kann besonders eine Selbsthilfegruppe sehr hilfreich und unterstützend sein, denn man merkt dort, dass man mit seinen Problemen nicht allein ist. Die Männer unserer Siegener Gruppe fühlen sich wohl und haben immer jemanden, mit dem sie sprechen können.

Durch die vielen persönlichen Gespräche und auch durch gemeinsame Unternehmungen sind auch viele private Kontakte und sogar Freundschaften entstanden. Unsere Männer fühlen sich gut informiert, denn die Informationen über die verschiedenen Behandlungsmethoden und auch über die diesbezüglichen Fortschritte der Medizin bringe ja nicht nur ich als Multiplikator in die Gruppe, sondern auch die vielen Ärzte und Ärztinnen sowie die anderen Fachleute, die als Referenten in die Gruppe eingeladen werden.

Bei solchen Veranstaltungen kann man natürlich auch Fragen stellen und bekommt so quasi eine Zweitmeinung zu seiner eigenen Erkrankung. Ein angenehmer Nebeneffekt ist, dass wir auf diese Weise die Ärzte und Ärztinnen und diese auch uns kennenlernen.

Sollten Betroffene einer Selbsthilfegruppe beitreten?

Meine persönlichen Erfahrungen mit unserer Selbsthilfegruppe sind so gut, dass ich am liebsten genau das empfehlen würde. Aber ich habe gelernt, dass jeder Mensch anders ist und dass auch jeder Betroffene anders mit seiner Krebserkrankung umgeht. Einige müssen offensichtlich reden, andere machen alles mit sich selbst aus. Im Laufe der vielen Jahre, in denen ich in unserer Selbsthilfegruppe aktiv bin, habe ich die unterschiedlichsten Meinungen gehört. Viele fühlen sich gut aufgehoben, geborgen und gut informiert.

Einige andere Männer sind ein paar Mal gekommen und haben sich dann mit dem Hinweis abgemeldet, dass sie von anderen, bei denen der Krebs deutlich weiter fortgeschritten war, so viele schlimme Dinge gehört haben, dass sie dadurch psychisch stark belastet worden sind, weil sie immer nur das Schlimmste vor Augen hatten. Diese Männer wollten in unserer Gruppe nur einen ersten Rat, sie wollten aber nicht mit den zum Teil auch schlimmen Problemen anderer Männer (meist im fortgeschrittenen Krebsstadium) konfrontiert werden.

Eine weitere Gruppe von Männern nutzt nur das Telefon, um sich beraten und informieren zu lassen. Da alles, was mit Prostata (und Sexualität) zu tun hat, für viele (gerade für Männer!) leider immer noch ein Tabuthema ist, möchten sie ihre Probleme nicht in einer Gruppe besprechen. Sie rufen dann immer wieder bei mir an, halten mich auf dem Laufenden und stellen nur mir ihre Fragen. Sie bevorzugen also die enge persönliche Vertraulichkeit aus der Distanz.

Natürlich habe ich in all den Jahren auch Männer kennengelernt, die ganz ohne einen Austausch mit anderen auskommen möchten.

Sie machen ganz einfach das, was ihr Arzt sagt. Ein Mann hat mir sogar einmal anvertraut, dass absolut niemand außer seinem Arzt wisse, dass er Prostatakrebs habe; er hatte es sogar seiner Ehefrau verschwiegen.

Unser Bundesverband BPS

Über 200 Prostatakrebs-Selbsthilfegruppen haben sich in Deutschland (unter der Schirmherrschaft der „Stiftung Deutsche Krebshilfe“) zum Bundesverband BPS e. V. zusammengeschlossen. Man findet diese Gruppen im Internet unter www.prostatakrebs-bps.de/gruppensuche. Tausende von betroffenen Männern fühlen sich in dieser Gemeinschaft gut aufgehoben. Ich auch.

Wer sich näher für unsere Siegener Selbsthilfegruppe interessiert, kann sich im Internet unter www.prostatakrebs-siegen.de informieren oder mich unter der Telefonnummer 02735/5260 anrufen.

Lothar Stock

Vorsitzender der BPS-Prostatakrebs-Selbsthilfegruppe Siegen

Wir danken Lothar Stock herzlich für diesen Gastbeitrag.



DIE WUNDERBARE WELT DES WISCHENS

1 Die Aufbereitung von Medizinprodukten, wie z.B. Ultraschallsonden, wird auf unterschiedliche Weise durchgeführt. Krankenhäuser können zwischen maschinellen, Tauch- oder Wischverfahren wählen.

2 Als ein weltweit führendes Unternehmen im Bereich der Infektionsprävention weiß Tristel, wie wichtig eine ordnungsgemäße Aufbereitung von Medizinprodukten ist.

3 High-Level-Desinfektionsmittel von Tristel werden manuell angewandt, was unsere Konkurrenten oft kritisieren. Aber jeder Hersteller weiß, dass das Wischen funktioniert.

4 Unabhängig davon, ob Sie UV-Licht, Wasserstoffperoxid (H₂O₂) oder Tristels Chlordioxid (ClO₂) verwenden, Sie verlassen sich immer auf das Wischen, nämlich um den wesentlichen Schritt der Reinigung vor der Desinfektion durchzuführen.

5 Eine unzureichende Reinigung vor der Desinfektion gefährdet alles, was danach kommt.

6 Bleiben Verschmutzungen auf einem Medizinprodukt, kann das UV-Licht oder erbebeltes H₂O, die darunter liegenden Verunreinigungen nicht erreichen.

7 Ohne einwandfreie Reinigung ist die automatisierte Desinfektion beeinträchtigt.

8 Medizinprodukte werden erneut gewischt. Tristels ClO₂-Chemie ist selbst unter verschmutzten Bedingungen wirksam. Wenn Sie sich bei der Reinigung vertun, bekommen Sie mit Tristel eine zweite Chance!

9 Tristel vernichtet in Sekundenschnelle schädliche Mikroorganismen, selbst wenn eine gewisse Verschmutzung vorhanden ist.

10 Durch erneutes Wischen in Kombination mit dem Wirkstoff ClO₂ wird die Desinfektion dennoch erfolgreich.

11 Die Geschichte ist noch nicht zu Ende! Auch auf anderen Oberflächen der Ultraschalleinheit können Krankheitserreger vorhanden sein. Dagegen kann keine Maschine etwas ausrichten.

12 Tristel hat auch hier seine Stärken. Der Wirkstoff von Tristel ist speziell dafür ausgelegt, per Tuch auf dem gesamten Medizinprodukt angewandt zu werden: die Sonde, das Kabel und die Sondenhalterung.

Und genau deshalb funktioniert das Wischen!

Sie haben eine Frage zur Validierung? **Scannen Sie den QR-Code**

tristel.com/de-de/ultraschall

▪ PHARMA-ADVERTORIAL ▪

Fortgeschrittenes Nierenzellkarzinom

Chance auf Langzeitüberleben und Erhalt der Lebensqualität unter IO/IO-Therapie



Quelle: envatoelements / icetray

„Durability“ beim mRCC: Chance auf Langzeitüberleben mit OPDIVO® + YERVOY®

Die Langzeitdaten der Zulassungsstudie CheckMate 214 zeigen, dass Patient:innen mit fortgeschrittenem RCC und intermediärem/ungünstigem Risiko langfristig von der dualen Immuntherapie Nivolumab + Ipilimumab profitieren können.¹

Diese anhaltende Wirksamkeit, die man als „Durability“ (Dauerhaftigkeit) bezeichnen kann, äußert sich besonders eindrucksvoll in

den 5-Jahresdaten zum Gesamtüberleben (OS), dem Plateau der PFS-Kurve sowie der medianen Ansprechdauer (mDOR). Nach 5 Jahren waren noch 43 % der Patient:innen am Leben und etwa ein Drittel ohne Progress, wie das ausgeprägte Plateau der PFS-Kurve ab etwa 2 Jahren verdeutlicht. Bemerkenswert ist auch die Dauer des Ansprechens: nach 5 Jahren war die mDOR noch nicht erreicht.¹ Mit dem 5-Jahres-Follow-up traten keine neuen Sicherheitssignale auf. Das Verträglichkeitsprofil von OPDIVO® + YERVOY® ist konsistent zu dem früherer Auswertungen. Nebenwirkungen von

Grad 3/4 traten unter der Kombination seltener auf als unter Sunitinib (48 % vs. 64 %).^{1,#}

Nivolumab + Ipilimumab wurde im Januar 2019 als Erstlinientherapie des fortgeschrittenen RCC bei Patient:innen mit intermediärem

Nach 5 Jahren waren noch 43 % der Patient:innen am Leben

oder ungünstigem Risikoprofil nach IMDC (International Metastatic Renal Cell Carcinoma Database Consortium) zugelassen.^{2,3} Die Zulassung basiert auf den Ergebnissen der Phase-III-Studie CheckMate 214, in der die Kombination das mediane Gesamtüberleben (mOS) im Vergleich zum Multikinase-Inhibitor

Sunitinib signifikant verlängerte.¹

Fazit

Patient:innen mit fortgeschrittenem RCC und intermediärem oder ungünstigem Risikoprofil können langfristig von der Erstlinientherapie mit Nivolumab + Ipilimumab profitieren.

Das aktuelle Update der Studie CheckMate 214 bestätigte, dass die Chance auf Langzeitüberleben im Vergleich zu Sunitinib nach mindestens 5-jährigem Follow-up weiter bestehen bleibt.

Weitere Informationen finden Sie unter:

[Bms-onkologie.de](https://www.bms-onkologie.de)
[Pflege-onkologie.de](https://www.pflege-onkologie.de)



* Auswertung über ausgewählte Organklassen und alle behandelten Patient:innen. Zulassung nur für Patient:innen mit intermediärem/ungünstigem Risikoprofil

¹ Motzer RJ et al., Cancer 2022, 128:2085–2097; Zitation alt: Motzer RJ et al., N Engl J Med 2018, 378:1277–1290

² OPDIVO®-Fachinformation, aktueller Stand

³ Wolchok JD et al. ASCO, 2021; Oral Presentation, Abstract #9506

CheckMate 214: Mediane Ansprechdauer (mDOR) bei Patient:innen mit intermediärem oder ungünstigem Risikoprofil¹

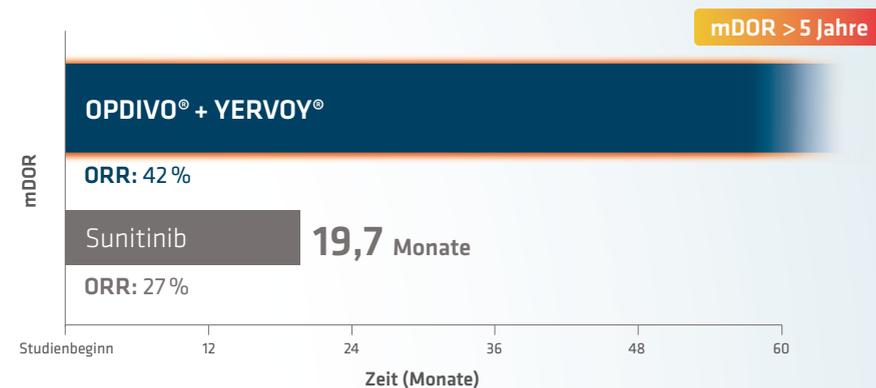


Abbildung 1: Mehr als fünf Jahre Therapieansprechen auf Nivolumab + Ipilimumab in der Studie CheckMate 214 (mod. nach¹)

▪ AUS DER PRAXIS ▪

Behind the scenes

„Urologie für alle“ bei Dreharbeiten in Freiburg



Quelle: OpenMinded Webkonzepte GmbH

Im Kundenauftrag waren wir Mitte Dezember für zwei Tage an der Uniklinik Freiburg und haben Patient:innen und medizinisches Personal interviewt, um daraus eine Video-Serie für das aktuelle Kampagnenjahr zu produzieren.

Tag 1.

07:00 Uhr Abfahrt. Wir sind um 10:00 Uhr in der Uniklinik Freiburg mit Herrn Prof. Dr. Christian Gratzke, Ärztlicher Direktor der urologischen Klinik verabredet. Mission: Möglichst viele Menschen zur Vorsorge animieren, den Alltag in der Klinik von allen Seiten beleuchten und aufzeigen, warum minimal-invasive OPs

mittels Roboter eigentlich nur Vorteile für Patient:innen und Krankenhaus-Personal mit sich bringen.

Eine weitere Kollegin ist mittlerweile auch eingetroffen. Jetzt geht es ans Setting: Licht- und Tonverhältnisse werden überprüft, Bücherregale leergeäumt und anders für den Hintergrund sortiert, Pflanzen zurechtgerückt und Einstellungen geprobt. Nach einer Stunde sind wir soweit.

Der erste Patient kommt in den Raum und erklärt, dass er sehr nervös ist, unsere Sache aber gerne unterstützen möchte. Wir unterhalten uns mit ihm, bauen Vertrauen auf, erklären, wie so ein Interview durchgeführt wird: Dass er bitte nicht in die Kamera gucken, sondern

sich auf unsere Interviewfragen konzentrieren und dabei den Interviewpartner anschauen soll – ganz locker, wie in einem freundschaftlichen Dialog. Dann noch das Mikro anstecken, Kabel verstecken, Stirn und Nase pudern und los geht's mit „Klappe die 1.“

Wir stellen den Raum etwas um für den nächsten Take. Geplant ist ein Interview mit einer Stationsschwester. Es kommen drei, die zu gleichen Teilen sprechen möchten. Kein Problem, wir bauen noch mal um. Alle werden nacheinander und einmal gemeinsam interviewt. Wir schauen, was dann später für die Clips verwendet werden kann.

Wir sprechen noch mit einem weiteren Patienten. Auch er wirkt nervös, aber wir können ihm seine Angst schnell nehmen. Im Anschluss ist er so erleichtert, dass er seine Interview-Partnerin erst einmal in den Arm nimmt. Wir können den ersten Drehtag früher als geplant beenden, müssen jedoch noch einmal ins Testzentrum, um einen Coronatest für den nächsten Tag zu organisieren.

Tag 2.

Am nächsten Tag sind wir um 08:00 Uhr in der Klinik. Wir sind flexibel, verlagern das nächste Interview in den OP-Saal. Nachdem die Schwestern informiert sind, bauen wir dort schnell das Setting auf, denn wenig später müssen die Kolleginnen zu einer weiteren OP und sind auf Abruf. Die Gespräche verlaufen reibungslos – wir sind mittlerweile ein eingespieltes Team. Jeder weiß, was er zu tun hat und die Handgriffe sitzen.



Quelle: OpenMinded Webkonzepte GmbH

Nach mehreren Takes müssen die OTAs wieder los und wir warten, bis wir in den großen OP dürfen, um Herrn Prof. Dr. Gratzke zu interviewen. Uns steht nur ein relativ kurzes Zeitfenster zur Verfügung, denn nach der letzten OP wird der Raum gereinigt, damit wir drehen können und kurz darauf nochmals gereinigt und desinfiziert, denn am nächsten Morgen findet dort wieder ganz früh die nächste OP statt.

Die Vorbereitung ist etwas aufwendiger, denn wir müssen OP-Kleidung anziehen, werden durch die unterirdischen Gänge von der Umkleide bis in den OP geschleust und müssen das Kamera-Equipment entsprechend desinfizieren und abdecken. Wir bauen schnell und gelassen auf und fangen direkt an. Das Interview läuft reibungslos – noch schnell ein paar Fotos gemacht und schon geht es wieder in die Umkleide. Ausziehen, anziehen, Equipment zusammensuchen und die letzten Sachen aus dem Konferenzraum holen. Alles im Kasten – wir sind fertig.

Die fertige Video-Serie veröffentlichen wir monatsweise auf unserem YouTube-Kanal @Urologiefueralle.

• 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.



Darüber spricht man nicht

Dr. med. Yael Adler erklärt fast alles, was uns peinlich ist

Yael Adler ist Ärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten und als solche täglich mit Tabuthemen ihrer Patient:innen konfrontiert. Seien es Inkontinenz, Erektionsstörungen, Unfälle mit Sexspielzeug, Körpergeräusche – Frauen und Männer suchen bei ihr ärztlichen Rat und

vertrauen sich auch darüber hinaus an. Yael Adler weiß, was die Menschen beschäftigt, was für viele völlig unmöglich ist, öffentlich auszusprechen – und was doch Hunderttausende gemein haben.

In diesem Buch erzählt Yael Adler unverkrampft, humor- und verständnisvoll von allen Tabuzonen und Tabuthemen des menschlichen Körpers. Ein Buch, das informiert, unterhält und allen aus der Seele spricht.

„Tabus sind quasi mein täglich Brot. Ich begegne in meiner Praxis Menschen, die sehr fremdeln – mit sich, mit ihrem Körper. Menschen, die lange still vor sich hin leiden, sich schämen und... schweigen. Da geht es um Hautausschläge an sehr privaten Stellen, um Juckreiz am Po, den Verdacht einer Geschlechtskrankheit oder Probleme im Bett. Wer aber sich traut, persönliche Tabuthemen anzusprechen, nimmt ihnen die Macht.“

Dieses Buch soll dafür ein Mutmacher sein: Ich möchte meinen Leserinnen und Lesern helfen zu verstehen, was in ihrem Körper passiert. Am Ende der Lektüre werden sie hoffentlich wissen: Sie sind nicht allein! Es gibt kein peinliches Leiden, das andere Menschen nicht auch quält.“

Autor: Yael Adler
Verlag: Droemer
ISBN: 978-3-4262-7751-5



So krank ist das Krankenhaus

Ein Weg zu mehr Menschlichkeit, Qualität und Nachhaltigkeit in der Medizin

Es sind unangenehme Wahrheiten, die vielen nicht gefallen werden. Prof. Dr. Jochen A. Werner, Vorstandsvorsitzender der Universitätsmedizin Essen, nimmt kein Blatt vor den Mund, wenn er aus seiner über 40-jährigen Berufserfahrung im Krankenhaus berichtet. Nicht erst seit der Corona-Pandemie ist das Gesundheitssystem massiv ins Wanken geraten. Seit Jahren wird medizinisches Personal viel zu nachlässig behandelt, kritisiert der renommierte Arzt. Die demographische Zeitbombe tickt immer lauter. Schon heute gibt es drei Millionen Pflegebedürftige und viel zu wenig Pflegepersonal. Tendenz steigend. Doch der Essener Top-Mediziner skizziert kein Untergangsszenario, er gibt konkrete Lösungsansätze und Strategien – und setzt dabei vor allem auf Digitalisierung, Nachhaltigkeit und Menschlichkeit. Jetzt sofort!

Autor: Prof. Dr. Jochen A. Werner
Verlag: Klartext (Funke Medien Gruppe)
ISBN: 978-3-8375-2529-8

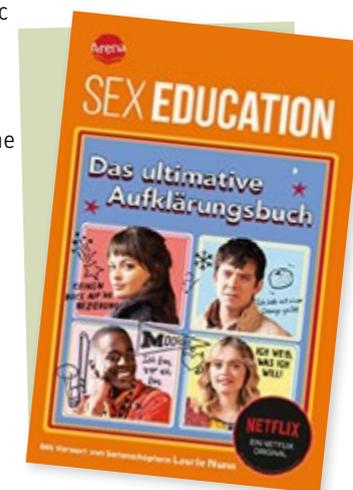
SEX EDUCATION. Das ultimative Aufklärungsbuch:

Das offizielle Buch zum weltweiten Netflix-Serienhit SEX EDUCATION

Alle tun es! Irgendwie, irgendwo, irgendwann. Sex. Und irgendwie, irgendwo und irgendwann stellen sich Fragen. Viele Fragen. Sieht das bei allen so aus? Muss sich das so anfühlen? Wie genau funktioniert das? Was stimmt nicht mit mir? Ganz im Stil der erfolgreichen Netflix-Serie SEX EDUCATION gibt es hier Antworten. Ehrlich, direkt, positiv, witzig, verständlich erklärt – und dabei nie peinlich. Otis, Maeve, Eric und andere Figuren der Serie schildern ihre Sicht der Dinge und klären auf über Anatomie, das eigene Körperbild, Beziehungen, Verhütung, Gender und helfen durch das Minenfeld namens Liebe.

Unterhaltsam als Ergänzung zur Serie, aber auch voller praktischem Wissen für das echte Sexleben.

Autor: Laurie Nunn und weitere
Verlag: Arena (Westermann-Gruppe)
ISBN: 978-3-4016-0664-4



Die Leber und die Laus:

Was unsere Organe zu sagen haben

Hand aufs Herz: Manche Herausforderungen des Lebens liegen wie ein Stein im Magen. Andere gehen bevorzugt an die Nieren. Ab und an läuft uns auch munter eine Laus über die Leber. Kein Wunder, wenn da hin und wieder die Galle hochkommt. Unsere Organe sind weit mehr als physiologische Funktionseinheiten. Sie fühlen, sie sprechen, sie haben klare Botschaften an uns. Verstehen wir diese, dann haben wir den Schlüssel zu mehr Gesundheit, Vitalität und Lebensfreude in der Hand. Dieses Buch versteht sich als inspirierender Dolmetscher der Körpersprache

und als humorvoller Reisebegleiter in die faszinierende Welt der Organe.

Autor: Mike Mandl
Verlag: Bacopa
ISBN: 978-3-9911-4035-1

Opakalypse:

Ein bitterböser Altenheimroman

Ein bitterböser, tod(!)komischer und zugleich nachdenklicher Roman über die Missstände in der Altenpflege, soziale Ungerechtigkeit und den medizinischen Nutzen von Marihuana.

Jules Wicküler hat ein Problem: Dem Endzwanziger aus reichem Elternhaus wird der Geldhahn zudrehen – er braucht einen Job. In seiner Not bewirbt er sich bei einer Zeit-

arbeitsfirma, die ihn als Pflegehelfer an das Altenheim Haus Nikolaus vermittelt. Dort erwarten ihn Demenz, Körperausscheidungen, Stress, eine fiese Oberschwester und jede Menge Pflege-missstände. Nach anfänglichem Fluchimpuls entwickelt Jules bald den Ehrgeiz, den alten Menschen im häufig urkomischen, doch leider viel zu oft auch furchtbaren Heimalltag zur Seite zu stehen.

„Wenn man klug ist, und so klug wird hier zwangsläufig jeder, zieht man den Bewohnern nichts an, was zugeknöpft werden muss. Jeder Knopf, egal, ob zu- oder aufgeknöpft, ist Zeitverschwendung. Weite T-Shirts und Jogginghosen sind erste Wahl.“

Autor: Ingo Bartsch
Verlag: Pieper
ISBN: 978-3-4925-0211-5

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.



Als ich dem Tod in die Eier trat:

Vom bewussten Umgang mit Krebs und der Lust am Leben

„Wenn ich atme, spüre ich, dass ich lebe“: Alexander Greiner ist kerngesund. Glaubt er. Bis ihn aus heiterem Himmel die Diagnose Hodenkrebs erwischt. Von diesem Moment an ist nichts mehr wie es war. Doch Greiner geht die Krankheit an, wie er alles angeht: systematisch, zupackend – Sterben ist keine Option. Nach der Operation schaltet er keinen Gang herunter, plant seine Selbstständigkeit, treibt exzessiv Sport. Bis sich Schmerzen einstellen – und es zwei Jahre nach der Erstdiagnose heißt: Tumor im rechten Oberarmknochen. Ihm ist klar, dass er nicht mehr so weitermachen kann, wie bisher. Mit entwaffnender Ehrlichkeit beschreibt Alexander Greiner, was es heißt, eine lebensbedrohliche Krankheit anzunehmen und sich komplett neu auszurichten.

Greiner nimmt die Leser mit auf die Odyssee durch Krankenhäuser und schildert die emotionale Achterbahn zwischen Hoffen, Warten und Gewissheit, ohne jemals den Optimismus zu verlieren.

Autor: Alexander Greiner
Verlag: Kremayr & Scheriau
ISBN: 978-3-2180-1188-4



ERLEADA® IM mHSPC – DIE LOGISCHE

KONSEQUENZ

FÜR EINE OPTION MEHR*

Für ALLE mHSPC Patienten**

BEKÄMPFE DAS BIEST!

ERLEADA® ist u.a. indiziert zur Behandlung erwachsener Männer mit metastasiertem hormonsensitivem Prostatakarzinom (mHSPC) in Kombination mit Androgen-deprivationstherapie (ADT). * Da ERLEADA® im mCRPC keine Zulassung besitzt, sind bei Einsatz von ERLEADA® im mHSPC und Fortschreiten der Erkrankung zum mCRPC und daraus resultierender Therapieumstellung weiterhin alle für das mCRPC zugelassenen Therapieoptionen theoretisch einsetzbar. ** Gemäß Zulassungsstudie TITAN waren Patienten unabhängig vom Ausmaß oder Risiko der Erkrankung (high-/low-volume, Gleason Score), Diagnosezeitpunkt (neu-/zuvordiagnostiziert) oder der Vortherapie (ADT, Docetaxel, lokale Therapien) eingeschlossen. 1. Aktuelle ERLEADA® Fachinformation.

▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Daher ist es wichtig, jeden Verdacht auf Nebenwirkungen in Verbindung mit diesem Arzneimittel zu melden.

ERLEADA® 60 mg Filmtabletten. Wirkstoff: Apalutamid. **Zusammensetzung:** Jede Filmtabl. enth. 60 mg Apalutamid. **Sonst. Bestandt.: Tabl.kern:** Hochdisp. Siliciumdioxid, Croscarmellose-Natrium, Hypromelloseacetatsuccinat, Magnesiumstearat, mikrokrist. Cellulose; **mikrokrist. Cellulose, Siliciumdioxid-beschichtet. Filmüberzug:** Eisen(II,III)-oxid (E172), Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E172), Macrogol, Poly(vinylalkohol) (teilw. hydrolysiert), Talkum u. Titandioxid (E171). **Anw.geb.:** Bhdlg. erwachs. Männer m. nicht-metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom (nmCRPC), d. e. hohes Risiko f. d. Entwickl. v. Metastasen aufweisen, Bhdlg. erwachs. Männer m. metastasiertem hormonsensitivem Prostatakarzinom (mHSPC) i. Komb. m. ADT (Androgendeprivationstherapie). **Gegenanz.:** Überempf. gg. d. Wirkst. od. e. d. sonst. Bestandt.; Schwangersch. od. Frauen, d. schwang. werden könnten, Stillzeit. **Nebenwirk.:** Vermind. Appetit, Hitzewallung, Hypertonie, Diarrhö, Hautausschl., Fraktur, Arthralg., Ermüdung, Gewichtsverlust, Sturz, Hypothyreose, Hypercholesterin., Hypertriglyzerid., Dysgeusie, ischäm. Herzerkr., ischäm. zerebrovask. Erkr., Pruritus, Alopezie, Muskelspasm., Krampfanf., QT-Zeitverläng., Stevens-Johnson-Syndr./tox. epiderm. Nekrolyse, Arzneim.wirk. m. Eosinophilie u. system. Symp. **Warnhinw.:** Arzneim. f. Kdr. unzugängl. aufbew. **Verschreibungspflichtig. Pharmazeut. Unternehmer:** Janssen-Cilag International NV, Turnhoutseweg 30, B-2340 Beerse, Belgien. **Örtl. Vertreter für Deutschland:** Janssen-Cilag GmbH, Johnson & Johnson Platz 1, D-41470 Neuss. **Stand d. Inform.:** 12/22.

Janssen-Cilag GmbH
www.janssen.com/germany

Janssen Oncology

www.ERLEADA.de

PHARMACEUTICAL COMPANIES OF Johnson & Johnson

Die neue FFF-Website ist live



Die nationale Kampagne „Für alle. Für jeden. Für uns. Die Urologie.“ feierte im vergangenen September ihr sechsjähriges Bestehen mit einer neuen Website für Patienten, Interessierte und Ärzte.

Modern, verständlich, patientengerecht:

Frisch überarbeitet, bietet die etablierte Kampagnen-Plattform www.urologie-fuer-alle.de Patient:innen und Interessierten einen noch detaillierteren Einstieg in urologische Themen. Mit einem modernen, ansprechenden Design und einer vereinfachten Nutzerführung lassen sich Blase, Niere, Prostata und Co. nun optimal aus Lesersicht erkunden. Auch die Themen Sexualität, Transgender und Kinderwunsch haben einen festen Platz gefunden. Und die von Beginn an erfolgreiche, viel genutzte „Arztsuche“, für die sich bisher über 2.600 Urologen und Urologinnen registriert haben, hat eine neue Aufmachung erhalten.

Die national ausgerollte Kampagne „Für alle. Für jeden. Für uns. Die Urologie.“ (FFF) besteht bereits seit 2016 unter der Schirmherrschaft der Deutschen Gesellschaft für Urologie e. V.

WERBEMITTEL ANFORDERN!

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

Eine E-Mail genügt:

info@urologie-fuer-alle.de

(DGU) in Kooperation mit dem Berufsverband der Deutschen Urologie e. V. (BvDU).



Ziel der Kampagne ist es, leicht verständlich und faktenbasiert über die urologische Vorsorge aufzuklären, Patienten sowie Ärzte bei der Informationssuche rund um urologische Themen zu unterstützen und darüber hinaus die Wahrnehmung und Wertschätzung der Urologie als medizinische Anlaufstelle für Männer,



Frauen und Kinder in der Gesellschaft zu stärken. Bisher haben sich über 2.600 Ärzte für die Kampagne registriert, wurden jährlich über 1,5 Millionen Broschüren, Poster und Werbeträger zur Aufklärung über teilnehmende urologische Praxen und Kliniken verteilt und weit mehr als eine Million Nutzer pro Jahr über Online-Kanäle erreicht. Prominente Fürsprecher der Kampagne sind unter anderem die Comedians Bülent Ceylan und Atze Schröder, der Schauspieler Udo Schenk, die ehemaligen Handballprofis Uli & Mi-

chael Roth sowie der Moderator Frank Elstner.

Seriöse, patientengerecht aufbereitete Informationen im Fokus

Ganz gleich ob Blase, Niere, Prostata, Hoden, Penis, Kinderwunsch, Pubertät oder andere Themen aus dem Urogenitalbereich – die neue Website informiert verständlich und verknüpft wertvolle weiterführende Tipps und Broschüren für Patienten, Angehörige und Interessierte an einem Ort. Wie ergeht es anderen Patienten nach der Diagnose, welche Vorsorgeuntersuchungen sollte man wahrnehmen, welche Literatur ist empfehlenswert und welche Netzwerke helfen weiter? Unter www.urologie-fuer-alle.de und den angeschlossenen Social-Media-Kanälen gibt es jede Woche neue Beiträge,



Patientenberichte oder Empfehlungen. Um auf dem Laufenden zu bleiben, können sich Interessierte, für den monatlich erscheinenden Patienten-Newsletter registrieren.

2.600 registrierte Urologen und Urologinnen

Der Großteil von Deutschlands urologischen Praxen und Kliniken ist bereits vertreten, aber um mit Hilfe der „Arztsuche“ auf der Website einen bestmöglichen Service anbieten zu können, sind alle noch fehlenden Urologen und Urologinnen herzlich dazu eingeladen Teil der Kampagne zu werden. Darüber hinaus erhalten registrierte Urologen Zugang zum exklusiven Ärzte-Login-Bereich und haben hier Zugriff auf weiterführende Informationen. Ebenfalls ausdrücklich erwünscht ist die Anmeldung von Selbsthilfegruppen rund um urologische Erkrankungen, damit Betroffene schnellen Zugang zu diesen wichtigen Anlaufstellen finden.

Urologie für alle auf Instagram

Im vergangenen Jahr haben wir neben der Website auch den Beiträgen auf unseren Social-Media-Kanälen einen neuen Anstrich verpasst.



Hier finden Sie wöchentlich neue patientengerecht aufbereitete Informationen rund um urologische Erkrankungen und die Vorsorge.

Ihre Gesundheit hat Vorfahrt!



[urologiefueralle](https://www.instagram.com/urologiefueralle)

Folgen Sie uns schon? Unsere Community auf Instagram wächst täglich. Wir freuen uns über Ihren Besuch auf unserem Profil unter [@urologiefueralle](https://www.instagram.com/urologiefueralle) und Ihre Weiterempfehlung an Ihre Patient:innen.





Quelle: Shutterstock / Matej Kastelic

▪ 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.

| | |
|-----------------------------|--|
| 30. – 31. März 2023 | Essen, Congress Center Essen (Ost) (DGU) 68. Kongress der Nordrhein-Westfälischen Gesellschaft für Urologie e. V. |
| 20. – 22. April 2023 | Holiday Inn Berlin - City West Rohrdamm 80 13620 Berlin (DGU) UroAktuell 2023 |
| 28. – 29. April 2023 | Hamburg, Saar, Schlossberg Hotel Homburg (DGU) 8. Symposium "Klinische und experimentelle Forschung beim Nierenzellkarzinom" |
| 29. April 2023 | Universität des Saarlandes, Klinik für Urologie und Kinderurologie, 66421 Homburg (DGU) 8. Symposium „Klinische und experimentelle Forschung beim Nierenzellkarzinom – eine interdisziplinäre Herausforderung“ |
| 4. – 6. Mai 2023 | Design Center Linz 49. Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Urologie und der Bayerischen Urologenvereinigung |

| | |
|----------------------------|---|
| 12. – 13. Mai 2023 | Scandic Berlin Potsdamer Platz Gabriele-Tergit-Promenade 19, 10963 Berlin (DGU) Nationales Blasenkarzinom Symposium |
| 02. – 03. Juni 2023 | HYPERION Hotel Hamburg, Hamburg (BvDU) 14. Urologisches Sommerforum 2023 |
| 21. – 24. Juni 2023 | Stadthalle Reutlingen (SWDGU) 63. JAHRESTAGUNG der Südwestdeutschen Gesellschaft für Urologie |
| 23. – 24. Juni 2023 | Radisson Blu Hotel Leipzig (DGU) 2. Urologischer Sommerdiskurs der Sächsischen Gesellschaft für Urologie e. V. |
| 28. – 30. Juni 2023 | Leuphana Universität Lüneburg (DGU) 17. Nordkongress Urologie „Interdisziplinarität – Zusammen stärker“ |
| 20. – 23. Sep 2023 | Congress Center Leipzig (DGU) 75. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie e. V. |
| 18. – 21. Okt 2023 | Mannheim, Congress Center Rosengarten (DGU) Deutscher Schmerzkongress 2023 |
| 03. – 04. Nov 2023 | Congress Center Leipzig (CCL) (DGU) 34. Kongress der Deutschen Kontinenz Gesellschaft e. V. |
| 10. – 11. Nov 2023 | Köln Marriott Hotel, Johannisstraße 76-80, 50668 Köln (DGU) AKO Symposium Köln |
| 16. – 17. Nov 2023 | Messe Dresden (DGU) 13. Symposium der Deutschen Gesellschaft für Roboter-assistierte Urologie e. V. |
| 17. – 18. Nov 2023 | Kassel (BvDU) 8. Urologisches Herbstforum |

Eine aktuelle Terminübersicht finden Sie unter:



www.urologenportal.de/fachbesucher/kongresse



www.urologie-gestalten.de

▪ VORSCHAU ▪


Kongress

„#Urologie #interdisziplinär #voraus“ lautet das Motto des diesjährigen Kongresses unter der Leitung von DGU-Präsident Prof. Dr. Martin Kriegmair. Die 75. Jubiläumsveranstaltung wird mit Sicherheit gebührend gefeiert und besondere Momente mit sich bringen. Wir freuen uns auf vielseitige Gespräche 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. Denn: „Urologie für alle“ lebt von regem Austausch, vielen Impulsgebern und unserem gemeinsamen Ziel, die Urologie zu stärken.

TREFFEN SIE UNS AM
DGU-STAND

▪ VORSCHAU ▪

Ausgabe 09

Das nächste Urologie INSIDE Magazin erscheint Anfang September mit einer Vorschau auf den DGU-Kongress. Darüber hinaus beschäftigen wir uns mit den Erwartungen junger Ärzt:innen an den Arbeitsalltag als Mediziner:innen und befragen dazu Angestellte und Arbeitgeber:innen. Außerdem möchten wir Ihnen die im zweiten Quartal zu erwartenden Ergebnisse der Ärztestatistik für den Fachbereich Urologie grafisch aufbereiten und die erhobenen Zahlen von 2022 interpretieren. Damit können Sie wichtige Rückschlüsse für Ihren Tätigkeitsbereich und die Gremienarbeit ziehen.

Impressum

UROLOGIE INSIDE 08 / MÄRZ 2023

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 / gpointstudio

©2023 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.urologienportal.de

www.urologie-gestalten.de

Gold-Partner



www.msd.de

Premium-Partner



www.janssen.com

Basic-Partner



www.bayer.com



www.repha.de



www.bms.com

Supporter Plus



www.astellas.com/de

Supporter



www.ipsen.com

Supporter



www.intuitive.com/de-de

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



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



Details zu den Anwendungsgebieten finden Sie in der aktuellen OPDIVO[®]-Fachinformation.

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

Zu den Fachinformationen:



[bms-onkologie.de/fachkreise/
produkte/opdivo-und-yervoy/
fachinformation](https://bms-onkologie.de/fachkreise/produkte/opdivo-und-yervoy/fachinformation)