

INTERNA

Neues aus der Klinik für Urologie

Mit Priv.-Doz. Dr. Roman Mayr und Priv.-Doz. Dr. Michael Gierth wurden im Sommer weitere Habilitationen der langen Reihe des Regensburger Lehrstuhls für Urologie hinzugefügt. Und Sie werden nicht die Letzten bleiben...



PD Dr. Roman Mayr



PD Dr. Michael Gierth



Dr. Johannes Breyer



Dr. Sabine Vogel



Dr. Tobias Grantzow

In unserer aktuellen Rubrik „URO-Blick auf...“ haben Sie Herrn **Dr. Johannes Breyer** etwas besser kennen gelernt. Der 32jährige Weidner wurde nach erfolgreich absolvierter Facharztprüfung am 1. Mai zum Funktionsoberarzt der Klinik berufen. Ende Juli 2018 hielt der engagierte Kliniker und Forscher vor der Medizinischen Fakultät zudem seinen Habilitationsvortrag zur Prognoseabschätzung und -verbesserung beim nicht muskelinvasiven Harnblasenkarzinom. Nach Eingang der obligatorischen externen Gutachten zur Habilitationsschrift steht als nächster Schritt die Erteilung der „Venia legendi“ an. Diese wurde den beiden Kollegen Oberarzt **Priv.-Doz. Dr. Roman Mayr**, der vom Präsidenten der Universität vor der „Sommerpause“ auch bereits die Ernennung zum Privatdozenten erhalten hat, und dem geschäftsführenden Oberarzt **Priv.-Doz. Dr. Michael Gierth** bereits erteilt. Oberarzt Dr. Johannes Bründl steht ebenfalls kurz vor dem Abschluss seines Habilitationsverfahrens (siehe auch Forschungsbericht). Apropos Facharztprüfung: auch Frau **Dr. Sabine Vogel** hat im Frühjahr ihre Facharztausbildung erfolgreich abgeschlossen. Nach vier Jahren an der Urologischen Universitätsklinik Freiburg stieß Frau Dr. Vogel im August 2016 an die Regensburger Klinik.

GeSRU-Ehrenpreis

Prof. Dr. Maximilian Burger wurde im Rahmen des wieder durch viele wissenschaftliche Regensburger Beiträge bereicherten 70. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU) mit dem GeSRU-Ehrenpreis 2018 ausgezeichnet. Damit würdigte die Vereinigung der Weiterbildungsassistenten in der Urologie die Leistungen Burgers für die praktische und akademische Ausbildung von jungen Urologinnen und Urologen in Deutschland. Das Bild zeigt den GeSRU-Vorsitzenden Dr. Julian Struck von der Universitätsklinik Lübeck mit dem Preisträger (Foto: DGU).



Die Klinik durfte aber seit dem Frühjahr auch wieder eine Reihe neuer Mitarbeiter begrüßen. Mit **Dr. Tobias Grantzow** fand im Juli 2018 ein frisch gebackener Facharzt den Weg zu uns. Nach Approbation 2011 arbeitete der Münchner zuvor zwei Jahre in der Chirurgie des Städtischen Klinikums Friedrichshafen, die urologische Ausbildung wurde danach an der Urologischen Klinik der Kreisklinik Altötting bei PD Dr. Bernhard Walter absolviert, einem Schüler von Prof. Wieland. Dort konnte Dr. Grantzow also schon indirekt die Regensburger Urologie kennenlernen. Seine experimentelle Dissertation zum Thema schloss Dr. Grantzow an der Ludwig-Maximilians-Universität München ab. Bereits im März 2018 setzte **Dr. Tobias Jordan** aus Neumarkt seine fachurologische Weiterbildung am Caritas-Krankenhaus St. Josef fort, die er Anfang 2017 in der Urologischen Abteilung der Missionsärztlichen Klinik Würzburg begonnen hatte. Ebenfalls im Vorjahr schloss der Oberpfälzer seine Promotion zum Thema „Der Einfluss des Altersunterschiedes zwischen dem Patienten und seiner Partnerin auf die Sexualität von Paaren nach beidseits nervenschonender radikaler Prostatovesikulektomie“ an der TU München ab. Der in Emden geborene **Jan-Hendrik Hollander** kam zum Studium der Humanmedizin nach Regensburg und startete ebenfalls im Frühjahr in die Weiterbildung zum Urologen an unserer Klinik. In seiner Doktorarbeit beschäftigt sich Herr Hollander mit der Thematik „Suprageriatrische Patienten auf der operativen Intensivstation“.



Dr. Tobias Jordan



Jan-Hendrik Hollander

Herausgeber, V.i.S.d.P.:

Klinik für Urologie
Caritas-Krankenhaus St. Josef
Lehrstuhl für Urologie
der Universität Regensburg

Landshuter Straße 65
93053 Regensburg
0941 / 782 35 10
Direktor: Prof. Dr. Maximilian Burger

Redaktion:
PD Dr. Wolfgang Otto
Satz & Layout:
www.sneakerberg.de



Krankenhaus
St. Josef

IR Kooperations- und
Lehrkrankenhaus der
Universität Regensburg

REGENSBURGER UROBLICK



ISSN 2190 – 7404

Informationsblatt der Klinik für Urologie am Caritas-Krankenhaus St. Josef
Lehrstuhl für Urologie der Universität Regensburg

DIE THEMEN

- 01 **Wir werden ASV Urologie!**
- 02 **Grußwort**
- 02 **Was die neue ASV bringt**
- 04 **daVinci® RALP – 5 Jahre Erfolgsgeschichte**
- 07 **Publikation des Quartals**
- 07 **Reizthema PSA – Sinn oder Unsinn?**
- 09 **Unsere Partnerpraxen: Urologische Praxis Abensberg**
- 10 **Neues aus der Steinbehandlung**
- 11 **UROBLICK AUF... Dr. med. Johannes Breyer**
- 11 **Forschungsbericht**
- 12 **Interna**

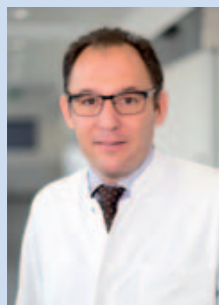
Wir werden ASV Urologie!

Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung
für urologische Tumoren



DKG
KREBSGESELLSCHAFT





Liebe Frau Kollegin,
lieber Herr Kollege,
liebe Leserin, lieber Leser,

Sie halten den aktuellen Uro-Blick in Ihren Händen, der Sie über aktuelle Entwicklungen in der Urologie und in der Regensburger Klinik informiert. Und was haben wir Ihnen diesmal zu bieten?

Eigentlich keine Überraschungen, sondern eine kontinuierlich gute Entwicklung, welche einfach die Konsequenz der Strategie und Arbeit der letzten Jahre ist. Sie bringt Erfolge. Nicht einfach so, auch nicht quasi „genial“, sondern Stück für Stück. Und so haben wir das leistungsstärkste Jahr seit Bestehen der Klinik. In den vergangenen 5 Jahren konnten wir immer ein wenig zulegen. Das ist nachhaltig und gut für die Patientinnen und Patienten unserer Region. Und: das geht nur in einem Netzwerk aus Partnern.

Dieses Netzwerk wächst stetig weiter zusammen. Und schlägt sich nun in einer Versorgungsstruktur nieder, die für komplexe uroonkologische Fälle Grenzen zwischen Fachdisziplinen und Sektoren überwinden soll. Die vom Gesetzgeber definierte Lösung heißt Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV). Sie ist eine hohe inhaltliche und auch bürokratische Hürde. Und funktioniert nur unter Partnern, die tagtäglich eng und gut zusammenarbeiten.

Das tun wir schon – nämlich Hand in Hand mit niedergelassenen Urologinnen und Urologen. Sie sind aber völlig unabhängig von uns als Krankenhaus. Das ist wichtig. Denn so ist gewährleistet, dass die Indikationen für unsere stationäre Therapie und die Kontrolle der Qualität unserer Arbeit perfekt sind.

Für dieses große ostbayerische Netzwerk ist die ASV nur eine logische Konsequenz. Herr Oberarzt Dr. Schnabel stellt Ihnen die Details dar. Und Herr Dr. Berger, der Vorsitzende des Qualitätszirkels Oberpfälzer Urologen e.V., schildert Ihnen die Sicht des niedergelassenen Urologen. Gerade die Praxis kann beurteilen, ob Neuerungen Sinn machen. Sie werden sehen, dass wir komplexe uroonkologische Patienten wohl noch besser versorgen können.

Roboter-assistierte Operationen sind faszinierend. Immer noch, möchte man sagen, obwohl sie in der Regensburger Klinik völlig alltäglich sind. Weit über 1000 Eingriffe haben wir gemacht – mit hervorragenden Ergebnissen. Das wird im Rahmen der von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Zentren für Nierentumore, Harnblasentumore und Prostatakarzinome regelmäßig transparent überprüft. Klar ist aber: der Roboter braucht einen guten Operateur. Und der kann nur gut sein, wenn er eine regelmäßige Erfahrung hat, jedes Jahr hohe Fallzahlen operiert.

Hier stellen Ihnen Prof. Denzinger und Oberarzt Dr. Bründl die aktuellen Möglichkeiten vor.

Also – keine Überraschungen, aber stetige Schritte in die richtige Richtung. Ich bedanke mich herzlich für Ihr Interesse und verbleibe mit lieben Grüßen

Herzliche Grüße

Was die neue ASV bringt

Der Teamleiter der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) für urologische Tumoren Regensburg zum Start einer neuen Behandlungsära

Am 26. April 2018 veröffentlichte der gemeinsame Bundesausschuss (gBA) die Richtlinie zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung für urologische Tumoren, kurz ASV. Die ASV stellt einen neuen Behandlungssektor zwischen den bekannten ambulanten und stationären Bereichen dar. Die Idee der Bundesregierung ist es, eine bessere Vernetzung zwischen diesen beiden Bereichen zu erzielen und so die Versorgung von schwerkranken Patienten zu verbessern.

Der Gedanke der ASV wurde bereits Anfang der 2000er Jahre von der Bundesregierung gefasst und in der Folge für immer mehr Krankheitsbilder etabliert. So existieren bereits seit längerer Zeit ASV-Teams für gastrointestinale Tumore oder gynäkologische Krebserkrankungen. Die Voraussetzung für die Urologie wurden Mitte des Jahres veröffentlicht.

Doch an welche Patienten richtet sich dieses Angebot und was bedeutet ASV im Detail für den einzelnen Patienten?

Die ASV Urologie kümmert sich um Patienten mit einem fortgeschrittenen und meistunheilbaren, urologischen Krebsleiden, die aufgrund ihrer komplexen Erkrankung von mehreren Ärzten gleichzeitig behandelt werden müssen. Hier werden alle urologischen Tumore einbezogen.

Die ASV muss man sich dabei als ein Ärzte-Netzwerk aus Fachärzten der für die Behandlung relevanten Fachgruppen in Niederlassung und in Klinik vorstellen. In der urologischen ASV sind maßgeblich Urologen, Onkologen und Strahlentherapeuten beteiligt. Jedoch weitet sich dieses Netzwerk auch auf eine Vielzahl weitere Fachdisziplinen aus, wie zum Beispiel Internisten, Radiologen, Pathologen, Humangenetiker und viele mehr.

Damit liegt der Vorteil der ASV schon auf der Hand: komplexe Fälle können einfacher zusammen behandelt werden. Die interdisziplinäre Vernetzung bindet automatisch Ärzte aller Fachrichtungen ein – und das muss reibungslos passieren. So gibt die ASV-Richtlinie vor, dass ASV-Patienten innerhalb des ASV-Netzwerkes einen zeitnahen Termin erhalten sollen. Lange Wartezeiten kann es für einen ASV-Patienten somit gar nicht geben.

Auch die ASV-Ärzte selber profitieren vom Netzwerk. Neben dem „kurzen Draht“ zu fachfremden Kollegen werden ASV-Patienten interdisziplinär in einer Tumorkonferenz besprochen. Fester Bestandteil dieser wöchentlich stattfindenden Konferenz sind neben dem Urologen, Onkologen und Strahlentherapeuten auch Pathologen und Radiologen, wobei ggf. weitere Disziplinen hinzugezogen werden. Dies gewährt auch in komplexen Fällen einen individuellen Therapieplan, der von allen Kollegen zusammen erstellt wird.

Der Gesetzgeber definiert klar, welcher Arzt in einem solchen ASV-Netzwerk arbeiten kann. In der ASV-Richtlinie legt er höchste Qualitätsansprüche bspw. über allerlei fachspezifische Zusatzqualifikationen fest. Zudem muss sich das Netzwerk auf

eine überschaubare Region beschränken, um für Patienten vertretbare Fahrzeiten zwischen den Behandlern zu sichern.

Damit liegt auch schon der Nachteil der ASV auf der Hand: nicht jeder Arzt kann an einer ASV teilnehmen und somit ist die Arztwahl für einen ASV-Patienten eingeschränkt. Der Gesetzgeber vermeidet aber einen inhaltlichen Nachteil für die Patienten, ausnahmslos alle möglicherweise notwendigen Fachdisziplinen werden im ASV-Team abgedeckt sein, andernfalls wird ein Gründungsantrag abgelehnt. Und so wird unser



Dr. med. Marco Schnabel
Oberarzt, Teamleiter ASV Urologie Regensburg

Wichtige Maßnahme im Zeichen zunehmender Therapieoptionen

Die ASV Urologie Regensburg aus Sicht eines niedergelassenen Urologen

Mit der Einführung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgungs-Ebene hat die Politik bewusst ein zunächst bürokratisch anmutendes Konstrukt für Patientinnen und Patienten mit schweren Erkrankungen, die multimodal versorgt werden müssen, geschaffen. Dabei stellt sie durch identische Abrechnungsmodalitäten niedergelassene Ärzte und Kliniken, die im „ASV-Team“ kooperieren, auf eine gemeinsame Stufe, die Abrechnung selbst gestaltet sich über das Praxis-Verwaltungs-System und die KVB – einmal beantragt – wieder einfach.

Sicher nicht zuletzt wegen der zum Teil sehr hohen Kosten für moderne Uro-Onkologika (Immuntherapeutika für das metastasierte Urothel- oder Nierenzellkarzinom erreichen beispielsweise Jahrestherapiepreise bis 120 000 Euro) ist aus Sicht der Kostenträger, aber auch aus uro-onkologischer Sicht eine gemeinsame Indikationsstellung zur Therapie unter Berücksichtigung aller Leitlinienempfehlungen über ein Tumorboard (Prostata-, Nieren, Blasenkrebszentrum) im ASV-Team die Verantwortung hierzu sinnvoller Weise breit verteilt.

Während meiner Ausbildung zur Teilgebietsbezeichnung Palliativ-Medizin habe ich eindrucksvoll die Notwendigkeit der Kooperation von Kolleginnen und Kollegen verschiedener Disziplinen zum Gelingen einer guten Versorgung Schwerkranker kennengelernt. Wenn man vertrauensvoll zum Wohle der Patientinnen und Patienten kooperiert, wird eine win win win Situation für Patient, Arzt und Klinik die Folge sein.

Im Fachgebiet der Urologie öffnet die ASV-Versorgung für urologische Tumorpatienten, die aufgrund der Ausprägung der Erkrankung eine multimodale Therapie oder Kombinationschemotherapie benötigen, die Möglichkeit der sehr engen Kooperation der Partner „intersektoral“. Für die Patientinnen und Patienten bedeutet dies: Kaum Wartezeiten, Behandlung im Idealfall „wie aus einem Guss“ durch zahnradartige Kooperation aller Partner, die sich Ihres Teilauftrags zum gemeinsamen Gelingen auch durch regelmäßige Absprachen und Treffen sehr bewusst sind, grundsätzlich aber eben auch

ASV-Team über 70 Fachärzte verschiedenster Fachrichtungen umfassen. Außerdem bleibt ein ASV-Patient auch weiterhin bei seinem Hausarzt oder Haus-Urologen in Betreuung, unabhängig von der ASV. Dem Patienten wird durch die ASV also kein Nachteil entstehen.

Auch wenn der Gesetzgeber mit der ASV die deutsche Versorgungslandschaft ändern will, wird sich für die Regensburger Urologie nicht viel ändern. Das vom Gesetzgeber erdachte Netzwerk ist gelebte Realität in unserem regionalen, urologischen Netzwerk zwischen Klinik und Niederlassung. Auf enge und reibungslose interdisziplinäre Zusammenarbeit zum Wohle unserer Patienten wurde auch zuvor schon Wert gelegt und der „kurze Draht“ wird seit Jahren gepflegt.

Unser Netzwerk bekommt durch die neue Gesetzgebung lediglich einen offiziellen Namen: ASV Urologie Regensburg.



Dr. med. Stefan Berger
Niedergelassener Urologe in Neutraubling,
Vorsitzender der Oberpfälzer Urologen e.V.

Mitbetreuung durch den „Arzt des Vertrauens“ vor Ort und dezentral. Die permanent vielfältiger werdenden Therapiemöglichkeiten für uroonkologische Tumoren, namentlich im Bereich der antihormonellen Therapie, der Bestrahlungs- und Operationsmöglichkeiten, der Knochenstabilisierung, der Tyrosinkinase-Inhibition, der hochmodernen Immuntherapie oder Radium 223-Gabe, macht eine Gesamtbetreuung dieser Patientinnen und Patienten durch einen Arzt unmöglich. Hinzu kommen Schmerztherapie, Nebenwirkungsmanagement, palliative Symptomkontrolle und nicht zuletzt auch psychologische Aspekte, die bedient werden sollten.

So kann ein Patient mit metastasiertem Prostatakarzinom z.B. gleichzeitig eine kombinierte antihormonelle und chemotherapeutische Systemtherapie, Knochen-stabilisierende Infusionen, bei auftretenden Schmerzen eine palliativ schmerzreduzierende und osteosklerosierende Radiatio, eine medikamentöse Schmerztherapie, aber auch bei Dysurie eine palliative Resektion der Prostata oder Harnableitung benötigen.

Wir sind – hier aus Sicht des niedergelassenen Uroonkologen – mit der Einführung des ASV im Quartal 02/2018 auf der Höhe der Zeit, denn gerade durch den oft hohen Lebenszugewinn schwerkranker Patienten durch die Therapie („Chronifizierung der Erkrankung“) bedürfen diese in ihrer Symptomatik und Therapienotwendigkeit eine immer intensivere Betreuung, sie werden werden immer „palliativer“.

Eine neue Erkenntnis: Durch die gewonnene lange Lebenszeit erleben Patienten und betreuende Ärzte auch zunehmend atypische Krankheitsverläufe und Metastasierungslokalisationen mit immer vielfältigerer Therapienotwendigkeit. Ich befürworte die Bildung eines ASV-Teams Regensburg für uroonkologische Tumoren rund um die Universitätsklinik für Urologie mit Sitz am Caritas-Krankenhaus St. Josef und wünsche allen partizipierenden Therapeuten und Therapeuten ein harmonisches, abgestimmtes, kollegiales und dem Wohle des Patienten dienendes Zusammenwirken im besten Sinne des Hippokrates, sodass das zunächst bürokratische Konstrukt „ASV“ im doppelten Sinne mit Leben in unserer Region erfüllt werde.

ASV aus Sicht eines Klinikleiters

„...die ASV ist eigentlich nur die Institutionalisierung einer bei uns in Regensburg gelebten Wirklichkeit.“

Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV)? Mal ehrlich: das hört sich doch schon mal nach einem technokratischen Bürokratiemonster an. Und wann – bitteschön – hätte Bürokratie jemals die Patientenversorgung verbessert? Eben. Da beruhigt es nicht gerade, dass die ASV vom Gesetzgeber in Berlin erdacht und ganz hoch aufgehoben wurde und das ganz im Sinne des „Nationalen Krebsplans“ der Bundesregierung. Aber: der Gesetzgeber hat sich wirklich was dabei gedacht. Denn die ASV ist eigentlich nur die Institutionalisierung einer bei uns in Regensburg gelebten Wirklichkeit:

Auf höchstem Niveau qualifizierte Ärzte mit belegter Erfahrung und Behandlungsqualität arbeiten zusammen für unsere Patienten. Und das über die Grenzen der Sektoren Niederlassung und Klinik einerseits und die Grenzen der Fächer andererseits hinweg. Strukturiert, abgestimmt, reibungslos und nach einer Maxime: dem Wohl der Patienten.

Das machen wir in Regensburg immer. Dem Gesetzgeber ist das aber bei komplexen uro-onkologischen Fällen besonders wichtig. Und daher ist in Regensburg die ASV eh schon da. Nur hatten wir keinen formalen Rahmen. Dieser ergänzt nun den kollegialen Rahmen, der damit umso besser wird.

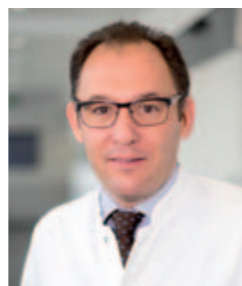
Aber: die wirtschaftliche Unabhängigkeit der Ärzte voneinander bleibt. Das ist für mich als Klinker ein gewichtiges Pfund. Von der Klinik völlig unabhängige Ärzte stellen bei ihren Patienten die Indikationen für stationäre Leistungen. Und von der Klinik völlig unabhängige Ärzte beurteilen den stationären Be-

handlungserfolg bei ihren Patienten – um den besten stationären Anbieter frei wählen zu können.

Das bleibt: es gibt keinerlei wirtschaftliche Verknüpfung über die ASV. Zusammenarbeit und Zusammenhalt fußen auf Kollegialität, Inhalt und Qualität. Nicht auf Ökonomie.

Das kommt: es gibt eine noch engere Verzahnung und noch effektivere Behandlungsabläufe zwischen den Partnern – auch denen, die nicht unmittelbar im Team sind, weil bürokratische Hürden den einen oder anderen im ersten Schritt noch nicht berücksichtigen. Was sich bei einer Erweiterung ändern wird.

Zurück zur Bürokratie: klar, davon gibt es eine Menge. Aber wie in einer guten Partnerschaft üblich gibt es hier eine Arbeitsteilung. Wozu hätte man als Leiter einer universitären Klinik eine größere Administration unter sich? Eben. Die Bürokratie übernehmen wir für unsere Partner in der Praxis gerne.



Prof. Dr. med. Maximilian Burger
Klinikdirektor

Seit fünf Jahren am Caritas-Krankenhaus St. Josef im Einsatz Erfahrungen mit dem „daVinci®-Roboter“

Seit August 2013 ist ein daVinci®-Operationssystem an der Klinik für Urologie am Caritas-Krankenhaus St. Josef im Einsatz. Bisher wurden mehr als 1.200 Operationen erfolgreich mit dem daVinci® durchgeführt, darunter rund 1000 radikale Prostataentfernungen, über 100 Nierenteilresektionen und ca. 40 Zystektomien mit intrakorporaler Harnableitung. Damit gehört das Caritas-Krankenhaus St. Josef zu den bundesweit größten Roboterzentren und in Bayern zu den Top 3.

Seitdem das daVinci®-Operationssystem im Einsatz ist, werden alle Entfernungen der Prostata mit dem OP-Roboter durchgeführt. Auch im Bereich der Nierentumor-Operationen setzen wir immer mehr auf diese Technik – vor allem bei organerhaltenden Eingriffen ist diese Methode beeindruckend. Der daVinci®-Roboter ist ein ideales Beispiel für das Zusammenspiel von Mensch und Technik, denn es ist immer der Arzt an

der Konsole, der die Entscheidungen trifft und die OP-Schritte wählt. Der Roboter ist nur das ausführende Instrument, er kann nie alleine oder selbständig tätig werden. Diese Kombination von Mensch und Technik bringt den maximalen Vorteil für die Patientinnen und Patienten.

Vier bewegliche Roboterarme zum Wohle der Patientinnen und Patienten

Der Operateur sitzt an einer Konsole, die direkt neben dem Patienten im Operationsaal steht und steuert persönlich alle Funktionen des daVinci®-Operationssystems. Minimal-invasiv werden die Bewegungen der Operationsinstrumente und der Kamera über vier Systemarme ins Körperinnere der Patientinnen und Patienten übertragen. Dabei wird das natürliche Zittern der Hand herausgefiltert. Die Bewegungen der „robotergeführten“ Instrumente sind aufgrund der Abwin-



Prof. Dr. Burger an der Bedienkonsole
des daVinci®-Operationssystems.



Fingerspitzengefühl ist gefragt.

Einsatzgebiete der robotisch-assistierten Chirurgie in der Urologie

Tumorchirurgie: keine Kompromisse bei der Tumorentfernung und dennoch kaum Kollateralschäden

■ Robotisch-assistierte Radikale Prostatektomie (RALP)

Für das Prostatakarzinom bietet die RALP gegenüber der offenen Operation klare Vorteile, da man Kamera und Geräte direkt an das oben geschilderte Einsatzgebiet heranbringen kann. Die RALP bietet auch gegenüber der klassisch laparoskopischen Operation Vorteile, da die Geräte beliebig abgewinkelt werden können, was gerade bei der Präparation der Prostata-Spitze überlegen ist. In vielen Fällen können die Erektionsnerven, die unmittelbar neben der Prostata liegen, erhalten werden. Hier bietet der Roboter höchste Präzision. Bei der radikalen Prostataentfernung sind in erster Linie zwei unerwünschte Folgen möglich, nämlich Harninkontinenz und Erektionsstörungen.

Am zertifizierten Prostatakarzinomzentrum Regensburg ist die RALP das Standardverfahren und wird über 250 Mal pro Jahr durchgeführt; die Kontinenzraten und auch die Erektionsraten nach nerverhaltender Operation sind durchwegs sehr gut und werden laufend überprüft.

■ Robotisch-assistierte Nierenteilresektion

Die meisten Nierentumore werden heute organerhaltend operiert. Hierbei wird nur der Tumor mit einem Sicherheitsabstand aus der Niere entfernt. In vielen Fällen kann dies robotisch-assistiert erfolgen. Dabei lassen sich die Vorteile der schonenden minimal-invasiven Operation und die Präzision der Entfernung auch aus einer komplexen Umgebung kombinieren, welche die hervorragende und vergrößerte Darstellung einerseits und die Beweglichkeit der Geräte andererseits erlauben. Bei großen Tumoren allerdings bietet das offene Vorgehen eine höhere Sicherheit der Tumorentfernung.

Am zertifizierten Nierentumorzentrum Regensburg ist die robotisch-assistierte Nierenteilresektion das Standardverfahren. Die Ergebnisse sind hervorragend und werden ebenfalls laufend überwacht. Patienten sind rasch beschwerdefrei und voll belastbar.

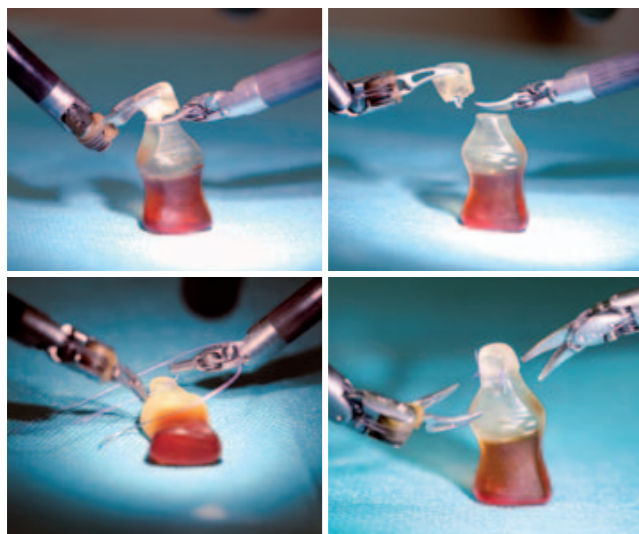
kelbarkeit und einer Beweglichkeit von 540 Grad derjenigen einer menschlichen Hand überlegen. Die kleinen Instrumente erlauben eine sehr feine Präparation, zumal der Operateur das Operationsgebiet mit einer 3D-Kamera sieht, in HD und ca. 10-facher Vergrößerung. Die kleine Kamera und alle feinen Geräte können direkt an den Einsatzort herangebracht werden, auch wenn dieser anatomisch ungünstig liegt. So findet sich die Prostata bspw. am tiefsten Punkt des männlichen Körpers, hinter dem Schambein auf dem Beckenboden.

Technik ist teuer – im Kauf wie im Betrieb

Aus medizinischer Sicht negative Erfahrungen haben die Ärzte mit dem daVinci®-System bislang keine gemacht. Aber: Die Technik ist alles anderes als billig – sowohl in Anschaffung als auch Unterhalt. Der Roboter selbst kostet je nach Ausführung bis zu zwei Millionen Euro, dazu kommen Schulungskosten für die Mitarbeiter, Kosten für Wartung und Spezialmaterialien. Dem Patienten entstehen freilich keinerlei Kosten. Sie werden vom Caritas-Krankenhaus St. Josef getragen – und das sehr gerne in Anbetracht der hervorragenden Ergebnisqualität für unsere Patienten.

„Das daVinci®-System ist aus unserer täglichen Arbeit im OP nicht mehr wegzudenken. Unserer Erfahrung nach erlaubt es schonende und sanfte Operationen an Prostata, Harnblase und Niere in bester Qualität. Allerdings ist ein Operateur auch mit einem Roboter nur dann gut, wenn er kontinuierlich hohe Fallzahlen hat. Bei uns ist das gewährleistet.“ Prof. Dr. med. Maximilian Burger

Für die Urologische Klinik der Regensburger Universitätsmedizin ist die robotisch-assistierte Chirurgie alltäglich und bei vielen Operationen der Standardansatz. So gewährleisten wir die kontinuierlich große Erfahrung, die man als Voraussetzung für gute Operationsergebnisse ansieht. Hier die gängigsten Verfahren:



Die gezeigte Bildserie mit dem RALP-Instrumentarium des Hauses verdeutlicht das hohe Auflösungsvermögen und den hohen Freiheitsgrad des feinmechanischen Instrumentariums (Quelle: Caritas-Krankenhaus St. Josef, Regensburg).

■ Robotisch-assistierte Zystektomie mit intrakorporaler Rekonstruktion der Harnableitung

In den großen urologischen Zentren in Deutschland, zu denen die Regensburger Universitätsurologie am Caritas-Krankenhaus St. Josef gehört, werden die meisten radikalen Entfernungen der Harnblase (sog. Zystektomie) offen vorgenommen. Zunehmend kommt aber auch hier der Operationsroboter zum Einsatz. Dabei wird die Harnblase robotisch-assistiert entfernt und auch die im Anschluss nötige Harnableitung im Körper aus Dünndarmanteilen gebildet. Dabei kann auch eine künstliche Harnblase aus Dünndarm gebildet werden, die an die Harnröhre angeschlossen wird. Der Patient kann somit annähernd wie gewohnt Urin speichern und wasserlassen (sog. Neoblase). Größere Schnitte sind hierfür nicht mehr notwendig. Der Vorteil der robotisch-assistierten gegenüber der offenen Operation scheint die schnellere Erholung des Patienten zu sein.

Am zertifizierten Harnblasentumorzentrum Regensburg wird die robotisch-assistierte Zystektomie zunehmend eingesetzt. Ein möglicher Vorteil der robotischen Operation wird für jeden Fall stets individuell abgewogen. Robotisch wird dieser Eingriff etwa 10 Mal pro Jahr durchgeführt. Dabei wird auch die Bildung der Harnableitung aus bspw. Ileum komplett robotisch-assistiert und intrakorporal durchgeführt.

Rekonstruktive Chirurgie: maximale Sicherheit für die Funktion bei minimaler Belastung

■ Robotisch-assistierte Nierenbeckenplastik und Harnleiterneueinpflanzung

Bei der Nierenbeckenplastik (Pyeloplastik) wird eine meist anlagebedingte und oft erst im Erwachsenenalter zum Tragen kommende Enge zwischen dem Nierenbecken und dem Harnleiter herausgetrennt und die beiden Enden anschließend wieder so miteinander vernäht, dass eine weite Verbindung besteht. Bei der Harnleiterneueinpflanzung wird eine Enge zwischen Harnleiter und Harnblase herausgetrennt, die meist Folge anderer Operationen im Bauchraum oder einer Strahlentherapie in diesem Bereich ist. Die Blase und der Harnleiter werden wieder miteinander verbunden, wobei die fehlende Strecke aus Blasenwand (sog. Boari-Lappen) oder auch Dünndarm (sog. Ileum-Interponat) gebildet werden kann. Gerade der Harnleiter ist eine feine und äußerst empfindliche Struktur – hier kann der Roboter seine Vorteile sehr gut ausspielen.



Assistenten am Patienten sorgen für den stets reibungslosen und sicheren Ablauf der Operationen.

In unserer Klinik ist die robotisch-assistierte Nierenbeckenplastik das Standardverfahren für diesen Eingriff. Bei der Harnleiterneueinpflanzung setzen wir die Robotik in den meisten Fällen ein, allerdings erlauben manche Situationen wie ausgedehnte Voroperationen kein robotisches Vorgehen.

■ Robotisch-assistierte Rekonstruktion bei Engen des Blasenhalses

Bei der Rekonstruktion des Blasenhalses wird eine Enge zwischen dem Auslass der Harnblase und dem Beginn der Harnröhre des Mannes entweder erweitert oder herausgetrennt und die beiden Enden so vernäht, dass eine weite und sichere Verbindung entsteht. Diese Engen entstehen sehr selten nach Eingriffen im Bereich der Prostata wie bspw. einer transurethralen Resektion (TUR-P) oder einer radikalen Prostataentfernung. Aber sie kommen gelegentlich vor. Diese Rekonstruktion ist aufgrund der anatomischen Lage der Enge und deren Nähe zum Harnröhrenschließmuskel sehr anspruchsvoll. Hier ist der robotische Ansatz sehr effektiv, der als Erweiterung der Enge (sog. Y-V-Plastik) oder als Heraustrennen und erneuter Verbindung (sog. Re-Anastomosierung) erfolgt.

Die Regensburger Urologie ist eine der wenigen Kliniken in Deutschland, die diese spezielle Rekonstruktion anbietet. Wir führen sie regelmäßig und somit erfahren durch und die Ergebnisse der mittlerweile über 30 Eingriffe sind sehr gut.

Die Behandlungsergebnisse und Erfahrungen nach 5 Jahren „daVinci“ am Caritas-Krankenhaus St. Josef sind durchweg positiv. Unsere Patienten erholen sich deutlich schneller. Neben den onkologischen Ergebnissen sprechen auch die funktionellen Ergebnisse für sich. Im Rahmen unserer zertifizierten Zentren (Prostatakarzinom, Nierenzellkarzinom, Harnblasenkarzinom) wird jede Behandlungsmethode zudem jährlich überprüft, um stets die höchste Qualität für unsere Patientinnen und Patienten zu gewährleisten.



Prof. Dr. med. S. Denzinger
Leitender Oberarzt



Dr. med. Johannes Bründl
Oberarzt

PUBLIKATION DES QUARTALS: Urologische Forschung aus Regensburg konkret

Verbesserung der Vorhersagekraft der 90-Tagesmortalität und Komplikationsrate bei der radikalen Zystektomie.

Sarcopenia predicts 90-day mortality and postoperative complications after radical cystectomy for bladder cancer.

Mayr R, Fritsche HM, Zeman F, Reiffen M, Siebertz L, Niessen C, Pycha A, van Rhijn BWG, Burger M, Gierth M. World J Urol. 2018 Aug;36(8):1201-1207.

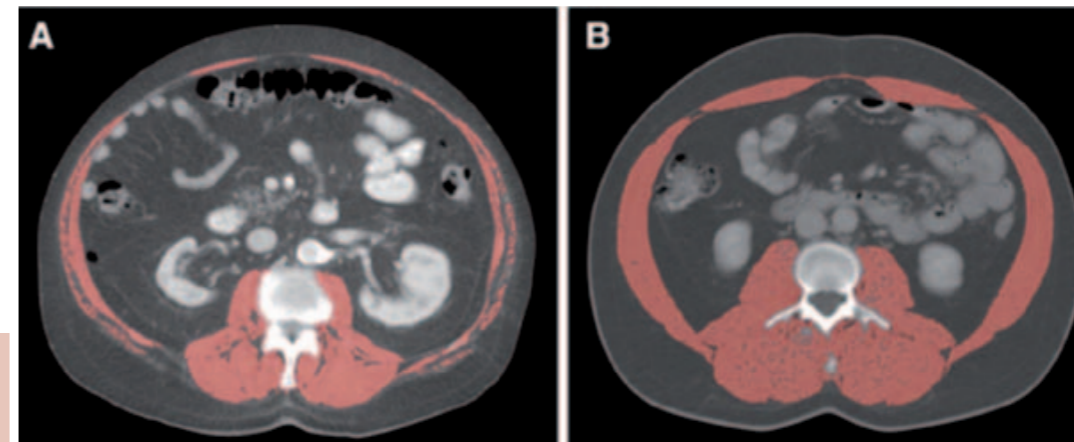
Bereits 1887 wurde durch den deutschen Chirurgen Bernhard Bardenheuer (1839–1913) im Bürgerhospital Köln die weltweit erste Zystektomie durchgeführt. Der Patient verstarb 14 Tage nach der Operation, da es intraoperativ nicht möglich war, einen der Harnleiter aufzufinden und mit dem Darm zu anastomosieren oder anderweitig auszuleiten. Über Jahrzehnte hinweg waren die Ergebnisse der radikalen Zystektomie verheerend. Während im Jahre 1966 noch über eine 90-Tagesmortalität von 20% berichtet wurde, wird die 90-Tagesmortalität in rezenten Publikationen zwischen 2-8% angegeben. Trotzdem bleibt die radikale Zystektomie einer der größten urologischen Eingriffe, der gewöhnlich bei älteren Patienten mit vorbestehenden Komorbiditäten durchgeführt wird. Die Regensburger Klinik für Urologie konnte bereits in mehreren Arbeiten die Relevanz der Komorbidität als Einflussvariable

der radikalen Zystektomie zeigen. In einer aktuellen retrospektiven Analyse von 327 Patienten, die sich einer radikalen Zystektomie am Caritas-Krankenhaus St. Josef unterzogen haben, wurde zusätzlich zu den bereits etablierten Vorhersageparametern der 90-Tagesmortalität, der Muskelschwund (Sarkopenie) untersucht. Die Sarkopenie wurde anhand der Umfelddiagnostik (CT-Abdomen) quantifiziert (siehe Abbildung). Es konnte gezeigt werden, dass die Sarkopenie ein unabhängiger Vorhersageparameter für die 90-Tagesmortalität und Komplikationsrate nach radikaler Zystektomie darstellt. Besonders hervorzuheben ist, dass in unserer Analyse das Alter des Patienten kein unabhängiger Vorhersageparameter für 90-Tagesmortalität der radikalen Zystektomie darstellte.

Priv.-Doz. Dr. med. Roman Mayr
Oberarzt der Klinik



Abbildung A und B: Axiale CT-Untersuchung des Abdomens. Die gesamte Rumpfmuskulatur wurde zur Quantifizierung rot eingefärbt. Abbildung A zeigt im Vergleich zu B eine deutlich reduzierte Muskelmasse (Sarkopenie).



Reizthema PSA-Wert – Sinn oder Unsinn? Fragen Sie den Urologen!

Medizin in Zeiten des Internets. Das bringt durchaus große Chancen! Man denke nur an die Tatsache, dass sich Mediziner und, wenn sie wollen, auch Patienten heute mit einigen Klicks innerhalb von Sekunden bis Minuten Zugang zu wissenschaftlichen Originalarbeiten verschaffen können. Gleichwohl gibt es auf der anderen Seite auch eine Menge von Quellen, deren Inhalte mehr Verwirrung als Klarheit schaffen.

Ein beliebtes Beispiel ist hier der PSA-Wert. Dabei handelt es sich um ein Enzym, das beim Mann ausschließlich in den Drüsenzellen der Prostata produziert und exprimiert wird. Die physiologische Funktion liegt in der Verflüssigung des Ejakulats, womit das Prostata spezifische Antigen (PSA) eine wesentliche Bedeutung für die Empfängnis hat. Apropos: dieses Glykoprotein wird auch aus den paraurethralen Drüsen der Frau mit demselben Ziel freigesetzt, hat hier aber (bislang) keinerlei medizinische Bedeutung.

Richtig: PSA ist ein Organ-, kein Tumormarker

Medizinische Bedeutung hat der PSA-Wert dagegen sehr wohl beim Mann erreicht. Die Tatsache, dass dieses Antigen nur in der Prostata produziert und zu einem gewissen Teil ins Blut abgegeben wird, machte das PSA zu einem geeigneten Organmarker und sorgte ab den 1980er Jahren für die Entwicklung von entsprechenden Testsystemen. Im Missverständnis zwischen den Begriffen Organ- und Tumormarker und deren Abgrenzung liegt einer der Hauptgründe für die

allgemeine Verunsicherung vieler, die sich nicht von ihrer Urologin oder ihrem Urologen informieren lassen, sondern ausschließlich im Internet oder nicht-wissenschaftlichen Veröffentlichungen Informationen einholen.

Während Tumormarker im strengen Sinne ausschließlich von malignen Tumoren produziert und exprimiert werden – auf dem Feld der Urogenitaltumoren ist es bis dato nicht gelungen, einen solchen für die Routineanwendung zu identifizieren – werden Organmarker zwar lediglich von einem bestimmten Körperorgan exprimiert, aber keinesfalls nur bei pathologischen oder gar tumorösen Veränderungen. So kann der PSA-Wert schon bei ausgeprägtem gutartigem Wachstum der Prostata über den Normwert, der in der Regel mit 4ng/ml angegeben wird, ansteigen, ganz zu schweigen von chronischen Entzündungen, aber eben vor allem auch bei Tumorerkrankungen der Prostata. So spielen Vorerkrankungen der Prostata, wie stattgehabte akute Entzündungen, die natürlich erst recht zu einem massiven vorübergehenden Anstieg des PSA-Werts führen können, oder die benigne Prostatatyperplasie (BPH) eine wichtige Rolle bei der Beurteilung von PSA-Erhöhungen.

Aus dem Beschriebenen geht klar hervor, dass ein einzelner PSA-Wert niemals ausreicht, um die Diagnose Prostatakarzinom oder auch nur den Verdacht darauf zu stellen (denn klar ist auch, dass nicht der erhöhte PSA-Wert oder eine auffällige Bildgebung, sondern nur der histologische Nachweis von Krebszellen nach einer Gewebeprobe der Prostata die Diagnose Prostatakarzinom festlegen kann). Ein falscher Umgang mit dem Instrument PSA-Wert kann daher genauso negativ sein wie der komplette Verzicht auf den PSA-Wert im Rahmen der männlichen Vorsorge-Untersuchung.

Wichtig: PSA-Testung muss in adäquate Vorsorgeuntersuchung eingebettet sein

Wie sollte nun also vorgegangen werden? Während die allgemeine Vorsorgeuntersuchung der Prostata, zu der nach den Richtlinien des Sozialgesetzbuches lediglich die digital-rektale Untersuchung gehört, natürlich beim Hausarzt durchgeführt werden kann, sollte der Patient aufgrund der Häufigkeit des Prostatakarzinoms motiviert werden, in der Regel alle ein bis zwei Jahre auch die Urologin oder den Urologen aufzusuchen. Wie bei allen anderen Organsystemen sollte auch das Urogenitalsystem einer regelmäßigen fachärztlichen Kontrolle zugeführt werden. Allerdings steht es in unserer Gesellschaft und auch in unserer Zeit nach wie vor unter hohem Tabuisierungsdruck. Der Urologe führt selbstverständlich auch die digital-rektale Untersuchung durch. Darüber hinaus gehört zum Kanon der Urologin/des Urologen auch die rektale Ultraschalluntersuchung, die wie die digitale Untersuchung in für den Patienten angenehmer Seitenlage durchgeführt wird. Im Rahmen der Sonographie kann der Urologe größere suspekt Areale feststellen, die unabhängig vom PSA-Wert des Patienten einer Prostatabiopsie zugeführt werden sollten, genauso wie ausgeprägte Konsistenzvermehrungen der Prostata-drüse.

PSA richtig angewandt: Was zu beachten ist!

Ziel der Vorsorge ist es aber, auch Prostatakarzinome zu detektieren, die weder im Ultraschall auffällig noch tastbar sind. Hier hilft, bei allen Limitationen, nur der PSA-Wert weiter. Dieser kann nur adäquat bewertet werden, wenn vor der notwendigen Blutabnahme bestimmte Aspekte beachtet werden: so muss die Blutabnahme vor digital-rektaler Untersuchung und Ultraschall erfolgen, da gerade bei großen

Prostaten diese Maßnahmen schon ausreichen, um eine kurzfristige Überexpression von PSA im Blut auszulösen. Aus denselben nachvollziehbaren Gründen sollte der Patient drei bis vier Tage vor der PSA-Messung keine längere Rad- oder Motorradfahrt unternommen haben (Druck auf den Damm unterhalb der Prostata). Die Bedeutung des vorangegangenen Samenergusses für die Höhe des PSA-Werts ist umstritten, zur Sicherheit sollte zumindest bei der notwendigen Kontrolle von erhöhten PSA-Werten darauf geachtet werden und auch hier eine Karenz von drei bis vier Tagen eingehalten werden.

Und wenn sich nun wirklich ein kontrolliert erhöhter PSA-Wert zeigt? Dann kann gerade bei großem Prostatavolumen die Erhebung des so genannten freien PSA-Quotienten, also eine getrennte Ermittlung von an Eiweißen gebundenem und frei im Serum flottierendem PSA helfen, die Situation des Patienten zu beurteilen. Je niedriger der Quotient von freiem zu gesamtem PSA ist, desto wahrscheinlicher das Vorliegen eines Prostatakarzinoms. In diesem Falle sollte eine Biopsie der Prostata, die der niedergelassene Urologe in seiner Praxis unter Lokalanästhesie durchführen kann, erfolgen. Ergänzend steht heute auch die Kernspin-Untersuchung der Prostata zur Verfügung. Ein hier auffälliger Befund sollte dann 3D-MRT fusioniert biopsiert werden, was nach Terminplanung durch die urologischen Partnerpraxen der Region am Universitätsklinikum für Urologie am Caritas-Krankenhaus St. Josef durch darin sehr geübte Kolleginnen und Kollegen der Klinik oder auch die niedergelassene Kollegin oder den niedergelassenen Kollegen selbst durchgeführt wird. Dieses Vorgehen bietet sich vor allem nach einer bereits vorangegangenen Biopsie ohne Krebsnachweis, aber weiter steigenden PSA-Werten an.

Abschließend soviel: das im Volksmund oft für harmlos gehaltene Prostatakarzinom ist die häufigste Tumorerkrankung und gehört zu den häufigsten karzinombedingten Todesursachen des Mannes. Viele Tumoren brauchen keine aktive Therapie. Aber die Differenzierung zwischen Tumoren der niedrigen, mittleren und hohen Risikogruppe kann nur erfolgen, wenn man Karzinome überhaupt entdeckt. Keiner wird bei einem harmloseren Karzinom eine intensivere Therapie anstreben. Doch für jeden Tumor gibt es das individuell richtige Konzept. Und die frühe Entdeckung aggressiverer Tumoren rettet Leben.

Dabei ist die (Prostata)Krebsvorsorge kein punktueller Vorgang, den man alle zehn Jahre mal durchführen lässt, sondern macht nur in regelmäßigen Abständen Sinn. Die Intervalle dieser Untersuchungen sind ausschließlich durch Kenntnis des PSA-Niveaus des Patienten festzulegen und können dann – zumindest zeitweise – wenige Monate bis zu zwei Jahren betragen.

Priv.-Doz. Dr. med. Wolfgang Otto

Forschungs- und Studienkoordinator
In ambulanter Patientenversorgung
arbeitender Facharzt für Urologie



Die Urologische Praxis Abensberg versorgt nicht nur die Hundertwasser-Stadt

Die Regensburger Klinik für Urologie am Caritas-Krankenhaus St. Josef arbeitet eng und vertrauensvoll mit den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen der Region zusammen. Nachdem bereits die beiden Regensburger Urologie-Praxen in dieser Reihe sowie die Neutraublinger Kollegen vorgestellt wurden und auch ein Ausflug nach Norden zum Urologiezentrum Schwandorf erfolgte, schauen wir heute nach Süden und berichten über die Urologische Praxis Abensberg.

Am 1. Dezember 1995 eröffnete Dr. Hans-Jürgen Raab in Abensberg seine neu gegründete urologische Praxis in unmittelbarer Nähe zum dortigen Einkaufszentrum in der Straubinger Straße. Seit Oktober 2017 ergänzt Frau Gabriele Lotter als zusätzlicher weiblicher fachärztlicher Part das Versorgungsangebot der Praxis, sodass sich langjährige Erfahrung in ambulanter Urologie und frischer Wind aus der Klinik hervorragend ergänzen und beide Ärzte schon nach kurzer Zeit ein bestens eingespieltes Team darstellen.

Dr. Hans-Jürgen Raab ist geboren in Kelheim und aufgewachsen in Saal an der Donau. Dr. Raab durchlief seine Facharzt-ausbildung in den Kliniken Regensburg und Deggendorf. Danach zog ihn seine Heimatverbundenheit zurück nahe seiner Geburtsstadt nach Abensberg. Dr. Raab ist verheiratet und hat zwei erwachsene Kinder.

Gabriele Lotter, die aus Kelheim stammt, absolvierte ihre Facharzt-ausbildung am Caritas-Krankenhaus St. Josef in der urologischen Universitätsklinik in Regensburg und kehrt nun auch wieder in ihre Heimat zurück.

Die Praxis bietet das gesamte Spektrum der ambulanten urologischen Diagnostik und Therapie an. Es stehen zwei moderne Ultraschallgeräte, eine Röntgenanlage und ein urodynamischer Messplatz für die Diagnostik zur Verfügung, ebenso wie die endoskopischen Verfahren, unter anderem auch mit einem flexiblen Zystoskop für die männliche Blasenspiegelung.

Die Praxis ist Anlaufstelle für urologische Fragestellungen aus dem gesamten Landkreis Kelheim und auch in weiterem Umkreis bis hinein in die gesamte Hallertau. Angeboten wird im eigenen Facharztlabor mit der kompletten Mikrobiologie auch die Bestimmung von PSA und Testosteron. Mit dem mikrobiologischen Eigenlabor ist eine sehr patienten- und zeitnahe, zielgerichtete Therapie möglich, um Resistenzbildungen entgegenzuwirken. Zudem verfügt Dr. Raab als einer von wenigen Urologen und als einziger im Landkreis Kelheim über die Zusatzbezeichnung „Andrologie“, die aktuell auch notwendig ist, um bei Patienten die Indikation zu speziellen reproduktionsmedizinischen Techniken zu stellen. Die dazu notwendigen Spermogramme werden hierzu im Eigenlabor durchgeführt.



Gabriele Lotter und Dr. Hans-Jürgen Raab vor der Anmeldung in den Praxis-Räumen der Urologischen Praxis Abensberg.

Frau Lotter und Dr. Raab verfügen beide über die Zusatzbezeichnung „medikamentöse Tumortherapie“. Frau Lotter war am Caritas-Krankenhaus St. Josef viele Jahre in der urologischen Sprechstunde tätig, wo sie eine hervorragende Kompetenz auf diesem Gebiet erwarb. Die Praxis bietet das gesamte Spektrum der ambulanten Uroonkologie an, bis hin zur ambulanten Monochemotherapie und auch modernen Immuntherapie. Die Praxis ist auch Gründungsmitglied des Prostatakarzinomzentrums Regensburg. Alle onkologischen Patienten werden in den entsprechenden Tumorboards des Caritas-Krankenhaus St. Josef in Regensburg vorgestellt und die Empfehlungen werden mit dem Patienten besprochen. Eine Teilnahme an der ambulanten neuen spezialärztlichen Versorgung zusammen mit der Klinik und einem Netzwerk aus anderen Urologen wurde beantragt. In Kooperation mit der Klinik wird auch die moderne Kernspintomographie gestützte 3D-Fusionsbiopsie der Prostata angeboten.

Um auch psychosomatischen Fragestellungen gerecht zu werden, verfügen beide Fachärzte über die von der kassenärztlichen Vereinigung anerkannte Weiterbildung für derartige Fragestellungen. Die Philosophie der Praxis ist eine ambulante, heimatnahe, dem Menschen zugewandte sowie fürsorgliche urologische Versorgung der Patienten auf höchst möglichem medizinischem Niveau in Kooperation mit der stationären Versorgung des Caritas-Krankenhauses St. Josef.

Weitere urologische Partnerpraxen der Region im Überblick

- Gemeinschaftspraxis für Ambulante Urologie
Drs. P. Stockmann, D. Popp, P. Förster, H. Hanika,
W. Fleck, E. Watzlawek im Donau-Einkaufszentrum |
Regensburg
- Urologie im Gesundheitsforum Regensburg
Dr. Maria Luise Götz, PD Dr. med. Wolfgang Otto
- Urologiezentrum Drs. H. Weidacher, M. Brandl,
M. Fichtlscherer (MBA), A. Weinbuch | Cham, Roding,
Viechtach
- Dr. Martin Dirmeyer, Dr. Thomas Pielmeier | Kelheim
- Dr. Patrick Schmoll | Kösching
- Praxisgemeinschaft Dr. Andreas Brandtner,
Dr. Johanna Brandtner, PD Dr. Daniel Vergho | Landau
- Dr. Stefan Berger, Dr. Agata Nowrotek | Neutraubling
- Dr. Hans Frank | Regenstauf
- Gemeinschaftspraxis Urologiezentrum Schwandorf |
Dr. Andreas Gausmann, Prof. Dr. Theodor Klotz,
Dr. Sebastian Schneider, Dr. Markus Stümpfl

Neues aus der Behandlung von Nierensteinen Das Shockpulse SE System erstmals in Ostbayern

Steinerkrankungen der Nieren, Harnleiter und Harnblase sind ein häufiges Krankheitsbild in der Urologie. So ist etwa jeder zehnte Bundesbürger im Laufe seines Lebens von einem Harnsteinleiden betroffen. Der Altersgipfel liegt hierbei zwischen dem 30. und 50. Lebensjahr mit einer Rezidivrate von ca. 60%, wobei Männer häufiger betroffen sind als Frauen (Verhältnis 4:1).



Abb. 1

Abb. 1: Arbeitsschäfte, die im Rahmen einer Mini-PNL zum Einsatz kommen in Korrelation zu einer 1 € Münze.

Die Entstehung von Harnsteinen ist von zahlreichen Faktoren abhängig und in ihrer Gesamtheit noch nicht vollständig geklärt. Insgesamt liegt der Urolithiasis (Harnsteinleiden) in weniger als 10% der Fälle ein klar definiertes Problem zugrunde. Ursächlich können Flüssigkeitsmangel einerseits sowie z.B. Infektions- und Nebenschilddrüsenerkrankungen andererseits sein. Auch Ernährungsgewohnheiten spielen bei der Steinentstehung eine wichtige Rolle.

Die therapeutischen Möglichkeiten von Harnsteinleiden sind vielfältig und erstrecken sich von der konservativen, medikamentösen Therapie mit Chemolitholyse bei Harnsäuresteinen über die extrakorporale Stoßwellenbehandlung („Steinzertrümmerung“) bis hin zur invasiven Steintherapie mittels ureterorenoskopischer Steinentfernung (durch Harnleiterspigelung) und der perkutanen Nephrolitholapaxie (PNL). Bei letzterer Methode erfolgt die Steinentfernung durch einen kleinen Schnitt in der Flanke.

An der urologischen Klinik des Caritas-Krankenhauses St. Josef wird bereits seit 2013 die Technik der sogenannten Mini-PNL angeboten. Eine enorme technische Weiterentwicklung und Miniaturisierung der Nephroskope ermöglicht es, eine PNL über einen Hautschnitt von nur 5mm durchzuführen. Das Trauma für die Niere wird dadurch deutlich reduziert, der Patient erholt sich deutlich schneller und der stationäre Aufenthalt wird deutlich kürzer.

Seit Juni 2018 wird den Steinpatienten nun zusätzlich eine Weiterentwicklung der Mini-PNL angeboten. Erfolgreich die Steinzerkleinerung im Nierenbecken im Rahmen der Mini-PNL bislang in der Regel mittels Laserdesintegration, kann nun vor allem bei großen Steinen (>2-3 cm) der Shockpulse SE der Firma Olympus eingesetzt werden. Hierbei handelt es sich um ein neuartiges Lithotripsie-System, das mittels dualem Wirkmechanismus eine herausragende Wirkung bei der Steinzertrümmerung erzielt. Technisch liegt dem Verfahren die Kom-

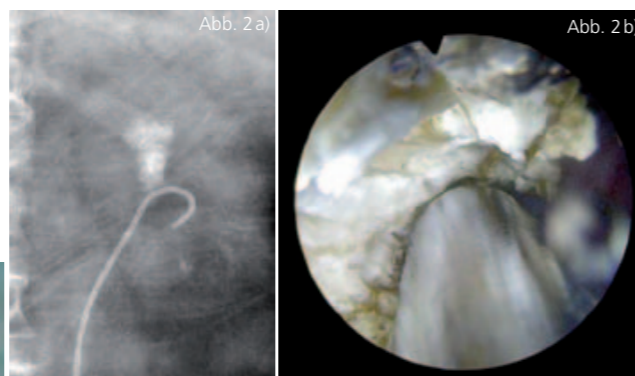


Abb. 2 a): Großer Nierenkelchstein der linken Niere (vor Steinentfernung) unter Röntgendarstellung und b) intraoperativ unter Anwendung des Shock pulse SE.

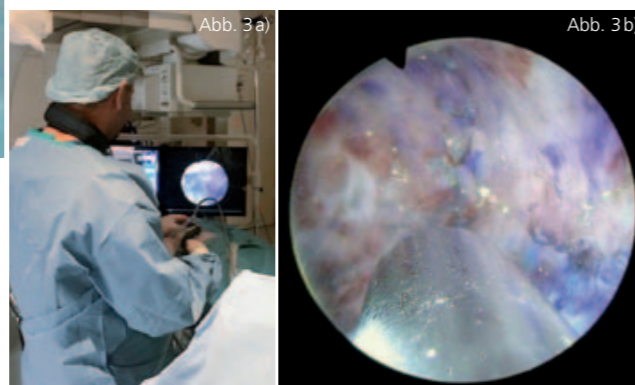


Abb. 3 a): Anwendung des Shock pulse SE am Patienten mit b) vollständiger Entfernung des großen Nierensteins in nur kurzer Operationszeit.

ination von konstanter Ultraschallenergie gepaart mit intermittierender ballistischer Schockwellenenergie zu Grunde. Zudem werden die entstehenden Steinfragmente zugleich aus dem Nierenbecken abgesaugt. Der Hauptvorteil des Systems liegt darin, dass die Operationszeit bei großen Steinen deutlich verkürzt werden kann (Abb. 2).

Aufgrund der ständigen Weiterentwicklung der Steintherapien und deren Implementierung an der Urologischen Klinik des Caritas-Krankenhauses St. Josef wird im Rahmen unseres Steinzentrums auch weiterhin modernste medizinische Versorgung auf neuestem Stand für unsere Patienten zur Verfügung stehen. Dabei wird stets in Kommunikation mit den niedergelassenen Kollegen die für die einzelnen Patientinnen und Patienten geeignete Methode gewählt.



Priv.-Doz. Dr. med. Michael Gierth
Geschäftsführender Oberarzt

Dr. med. Johannes Breyer



Position: Funktionsoberarzt
Im Team seit Januar 2013
Alter: 32 Jahre
Geburtsort: Weiden i. d. OPf.

Werdegang: Studium der Humanmedizin an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Facharztausbildung an der Klinik für Urologie der Universität Regensburg (2013-2018), seit 05/2018 Oberarzt an der Klinik für Urologie der Universität Regensburg, Habilitationsverfahren steht kurz vor dem erfolgreichen Abschluss.

Das macht die Urologie zu meinem Fachgebiet! Die Vielseitigkeit des Fachgebiets. In einem breiten Spektrum an onkologischen und nicht-onkologischen Erkrankungen können Patienten sowohl konservativ als auch operativ behandelt und begleitet werden. Die operative Expertise, die neben kleineren Eingriffen und endoskopischen Eingriffen auch größere Operationen umfasst. Zudem besteht die Möglichkeit, als Urologe onkologische systemische Therapien federführend durchzuführen. Die Urologie hat immer von Innovationen und Veränderungen gelebt, was das Fach auch sehr interessant bleiben lässt.

Für diese Klinik habe ich mich entschieden, weil ... sie einen exzellenten Ruf genießt und sehr gut organisiert ist. Es besteht die Möglichkeit, hier das komplette Spektrum der Urologie zu erlernen.

Meinen Arbeitstag beginne ich ... um kurz vor 7 Uhr.

Besonders am Klinikalltag gefällt mir ... das abwechslungsreiche Arbeiten bei immer neuen Herausforderungen.

An der Zusammenarbeit mit meinen Kolleginnen und Kollegen schätze ich ... einen ehrlichen, zuverlässigen und respektvollen Umgang.

In meiner Freizeit ... spiele ich Basketball, fahre Rennrad und freue mich auf die bald wieder beginnende NFL Saison.

Wenn ich einen Tag lang Klinikdirektor wäre ... würde ich nichts ändern.

UROBLICK AUF...

Urologische Forschung in Regensburg etabliert sich weiter

Es ist fast schon eine Tradition, an dieser Stelle immer auch einen (URo-)Blick auf die Forschungstätigkeit der Regensburger Urologie zu werfen. Denn sie fügt sich nahtlos in die klinische Arbeit ein. Klinik und Forschung unterstützen sich gegenseitig – und das auf höchstem universitären Niveau.

Obwohl oder vielleicht auch gerade weil man dies in der Regensburger Urologie etwas anders als an den anderen Lehrstühlen für Urologie in Deutschland handhabt, sind die Erfolge überdurchschnittlich. Das Forschungslabor der Regensburger Urologie ist das einzige in Deutschland, das nicht von einem Naturwissenschaftler geleitet wird, sondern von einem Urologen. Und mit Priv. Doz. Dr. Wolfgang Otto von einem, der mit beiden Beinen in der praktischen Versorgung von Patienten steht. Das war eine bewusste Entscheidung von Prof. Max Burger, der seit 2014 Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU) ist und dort dem Ressort Forschungsförderung vorsteht. Gute Forschung braucht eben die Praxis – und auch umgekehrt.

Diese Konstellation kann immer wieder beachtliche Ergebnisse vorstellen. Und das liegt am Team. Hier sei der herausragende Einsatz der langjährigen medizinisch-technischen Laboassistentin Stefanie Götz und Nina Mierswa erwähnt. Sie werden seit diesem Jahr durch Linda Otzelberger verstärkt. Auch eine Reihe engagierter ärztlicher Mitarbeiter forschen neben ihrer klinischen Arbeit in der Freizeit – wie es in der medizinischen Forschung in Deutschland durchaus üblich ist. Allen voran sind hier die Oberärzte Dr. Johannes Breyer, Priv.-Doz. Dr. Michael Gierth und Priv.-Doz. Dr. Roman Mayr zu nennen, deren jahrelange Forschungstätigkeit in diesem Jahr mit dem Abschluss bzw. dem kurz bevorstehenden Abschluss ihrer Habilitationsverfahren Belohnung findet.

Auch Oberarzt Dr. Johannes Bründl, der seit vier Jahren auch Forschungs- und Studienkoordinator Priv.-Doz. Dr. Wolfgang Otto als stellvertretender Laborleiter unterstützt, steht kurz vor diesem großen Schritt seiner akademischen Laufbahn. Erst im August konnte Bründl zusammen mit Otto und Prof. Peter Rubenwolf aus Frankfurt als engem Kooperationspartner eine Grundlagenarbeit zur Aquaporin-Expression im gutartigen und bösartigen Prostatagewebe abschließen und hochrangig publizieren.

Freilich gehört zur Forschungstätigkeit auf solchem Niveau die naturwissenschaftliche Expertise. Hier unterstützt seit einigen Jahren die erfahrene Biologin Dr. Sabine Wallinger unser Team mit ihrem Knowhow, insbesondere bei Westernblot und PCR-Verfahren. Das gilt auch für die Diplom-Biochemikerin Patricia Luckner, die seit Ende 2016 im Rahmen eines Drittmittel-Forschungsprojekts von Dr. Johannes Breyer an Grundlagen für die Entwicklung eines neuen Urinmarker-tests beim Harnblasenkarzinom arbeitet. In diesem Rahmen eröffnete Frau Luckner im Vorjahr auch ein naturwissenschaftliches Dissertationsverfahren unter Betreuung von Priv. Doz. Dr. Otto, in dessen Rahmen im Juni 2018 auch bereits das erste Kolloquium stattfand. Die publikatorische Produktivität von Oberarzt Dr. Marco Schnabel, Dr. Eva M. Lausenmeyer, Dr. Philipp Spachmann und Dr. Bernd Rosenhammer, die sich vornehmlich mit klinischer Forschung beschäftigen, runden das gute Bild ab, das sich im Herbst 2018 darstellt. So wird die Regensburger Urologie auch heuer einen kontinuierlich hohen Output haben.

Nicht zuletzt auch wegen der höchst erfolgreichen Arbeit mit und in dem an dieser Stelle bereits mehrfach erwähnten Forschungsnetzwerk BRIDGE Consortium zur Harnblasenkarzinom-Forschung, wurde Oberarzt Dr. Breyer im Juli 2018 in dessen Vorstand gewählt. Und so sieht die engagierte Forschergruppe des Lehrstuhls für Urologie dem bislang besten Veröffentlichungsjahr entgegen.



Priv.-Doz. Dr. med.
Wolfgang Otto

Forschungs- und Studienkoordinator, Laborleiter

