

# URO-NEWSLETTER GREIFSWALD



Informationen über die  
**Klinik und Poliklinik für  
Urologie Universitätsmedizin Greifswald**



# URO-NEWSLETTER GREIFSWALD

Informationen über die Klinik und Poliklinik für Urologie Universitätsmedizin Greifswald

## Liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Leserinnen und Leser,

in dieser Ausgabe des Uro-Newsletters möchten wir Ihnen ausgewählte Diagnostik und Therapiemöglichkeiten in der heutigen Urologie näherbringen. Das ärztliche Team wird seit dem Jahreswechsel durch mehrere neue, motivierte Mitarbeiter bereichert, mit denen wir Sie unter der Rubrik „Aktuelles aus der Klinik“ bekannt machen möchten. Unser geschätzter Kollege Oberarzt Dr. med. Rösing verließ unser Haus für die Eröffnung einer eigenen Praxis, welche Ihnen in dieser Ausgabe vorgestellt wird.

Die Klinik für Urologie in Greifswald wurde am 07.12.12 offiziell als Prostatakarzinomzentrum und zeitgleich auch als Zentrum für urologische Tumore zertifiziert. Über Sinn und Inhalt dieser Zentrenbildung wird in dieser Ausgabe berichtet

Als gezielte Prostatabiopsie wurde die Technik C-TRUS ANNA etabliert. Sie wird Patienten inzwischen routinemäßig angeboten als Alternative zur konventionell randomisierten Biopsietechnik.

Urogenitalinfektionen, multiresistente „Krankenhauskeime“ und Infektionsprophylaxe stellen insbesondere urologische Abteilungen vor große Herausforderungen. Konkrete und transparente Zahlen für die hiesige Klinik finden Sie im Folgenden.

Wie Sie vielleicht mitbekommen haben, ergab sich die Möglichkeit, in der bekannten NDR-Sendung „Visite“ die Therapieoptionen der gutartigen Prostatavergrößerung, die unsere Klinik den Patienten anbietet, aufzuzeigen. Wir haben die Thematik in der vorliegenden Ausgabe nochmals zusammengefasst.

Weiterhin finden Sie Informationen zu den Themen Hodenhochstand sowie Zystektomie und Harnableitung.

Mit besten Grüßen

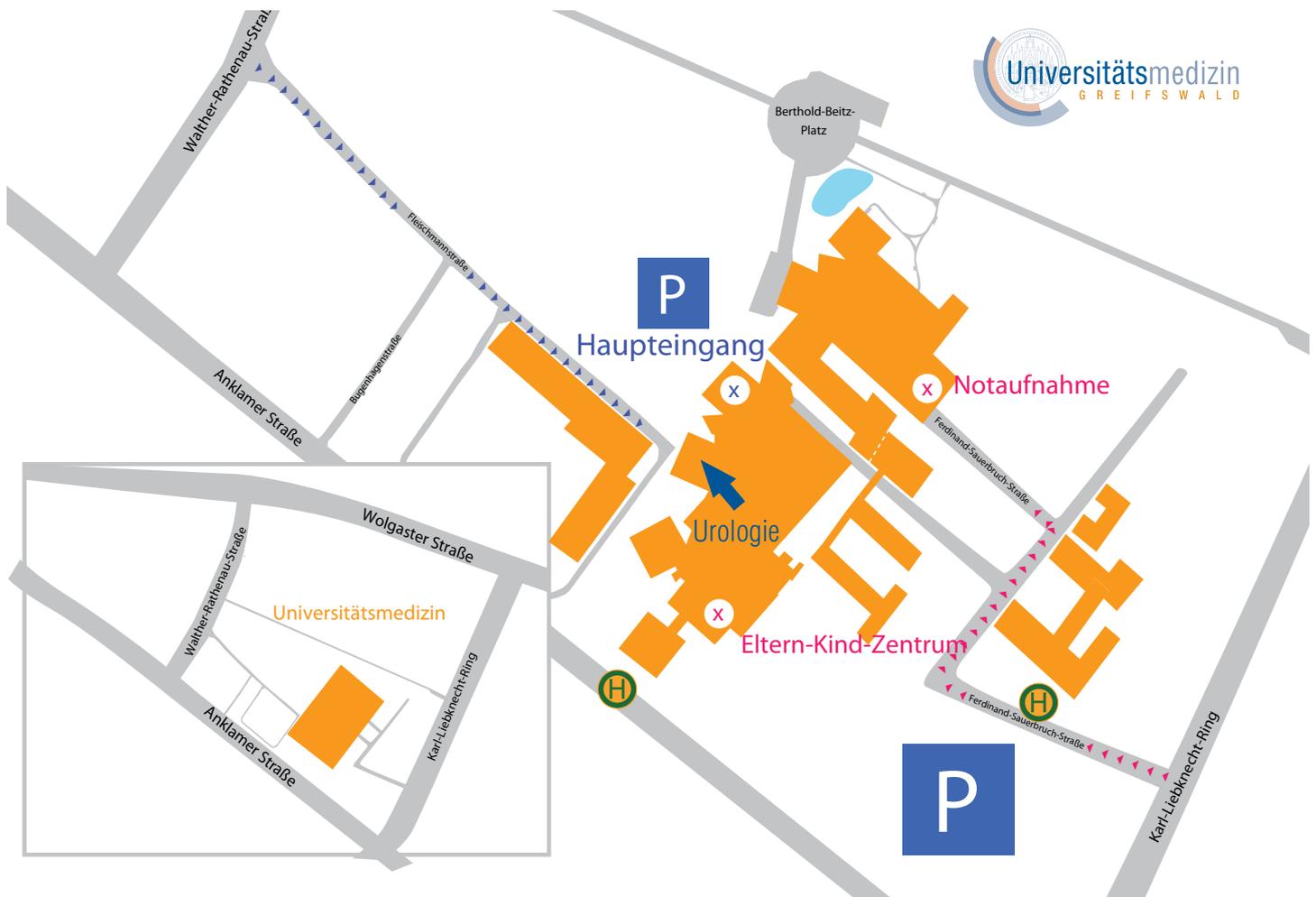
Professor Dr. med. Martin Burchardt und Mitarbeiter



# LAGEPLAN



Universitätsmedizin Greifswald



Die Urologie befindet sich direkt hinter der Patientenanmeldung, rechts hinter dem Fahrstuhl Nr. 11.

# THEMENÜBERSICHT

- 03 Die Klinik für Urologie bei NDR Visite
- 05 Das Prostatakarzinomzentrum und das Zentrum für urologische Tumoren an der Universitätsmedizin Greifswald
- 07 Detektion der Prostata mit c-TRUS-ANNA
- 08 Hodenhochstand - Eine häufige angeborene Fehlbildung des Kindes
- 10 Infektions-Surveillance in der Klinik und Poliklinik für Urologie
- 11 Zystektomie und Harnableitung
- 13 Praxis für Psychotherapie und Sexualmedizin
- 14 Aktuelles aus der Klinik
- 15 Überblick über die Sprechstunden
- 16 Kontaktinformationen



Teambesprechung

# Die Klinik für Urologie bei NDR Visite

## Die Klinik für Urologie bei NDR Visite am 07. 05. 2013 20:15 Uhr

Die Klinik für Urologie Greifswald stellte im Rahmen der Fernsehsendung NDR Visite die Therapiemöglichkeiten der gutartigen Prostatavergrößerung vor.

Es ist das Männerleiden schlechthin: Mit 60 Jahren hat jeder dritte Mann Probleme mit seiner Prostata (Vorsteherdrüse). Sie ist ein kleines Organ, das die männliche Harnröhre direkt am Blasenausgang umschließt. Im Laufe des Lebens wächst das Drüsengewebe bei vielen Männern und engt die Harnröhre immer weiter ein. Der Harn kann dann nicht mehr richtig abfließen. Das kann gefährlich werden, wenn eine solche Prostatavergrößerung zu Restharnbildung in der Blase führt - Harnwegsinfekte und Nierenstauungen drohen. Im Alter von 80 Jahren leiden bis zu 90 Prozent der Männer unter einer gutartigen Prostatavergrößerung. Aber auch Blasen- oder Nierenprobleme können hinter den Beschwerden stecken. So fehlt den Nieren manchmal ein sogenanntes antidiuretisches Hormon. Die Folge ist ein besonders starker nächtlicher Harndrang.

Zur Diagnostik gehören zunächst Harnstrahlmessung, die Restharnbestimmung und die Ultraschalluntersuchung der Blase und der Prostata, sowie ggf. eine urodynamische Untersuchung. Ob eine operative Behandlung notwendig ist, hängt ganz maßgeblich vom Leidensdruck des Patienten ab: Mit einem international validierten Fragebogen erfragt der Urologe, wie ausgeprägt die Symptome sind und wie weit die Erkrankung die Lebensqualität des Betroffenen einschränkt.



## Welche Medikamente werden eingesetzt?

Pflanzliche Prostatamittel aus Brennnessel, Sägepalme und Arzneikürbis sind Umsatzrenner in den Apotheken. Einige der pflanzlichen Präparate können bei leichteren Fällen die Blasenentleerung wohl verbessern - doch es gibt noch keine verlässlichen Studien über eine Wirksamkeit, die über den Placeboeffekt hinausgeht. Bei stärkeren Beschwerden kommen drei Arten von Medikamenten zum Einsatz: Sogenannte Alphablocker entspannen die kleinen Muskelzellen der Prostata und erweitern so die Harnröhre. Die 5-Alpha-Reduktase-Hemmer können eine vergrößerte Prostata sogar schrumpfen lassen. Ihre Wirkung tritt jedoch oft erst nach Monaten ein. In ausgesuchten Fällen können Substanzen der Gruppe der Anticholinergika, welche die Blasenmuskulatur relaxieren, eingesetzt werden. Helfen kann in leichteren Fällen auch eine Verhaltenstherapie mit Beckenbodentraining, Blasenmuskeltraining und Änderung der Trinkgewohnheiten.

## Welche Operationsmethoden gibt es?

Sollten Medikamente nicht helfen, ist eine Operation der Prostata allerdings sinnvoll und bessert in der Regel die Probleme maßgeblich. Das Standardverfahren ist noch immer die Ausschälung der Prostata (TUR-P): Mit einem durch die Harnröhre eingeführten Endoskop wird überschüssiges Gewebe mit einer Schlingenelektrode abgetragen und dabei die Wundfläche gleich verschorft. Der Eingriff eignet sich jedoch nicht für Patienten mit erhöhtem Blutungsrisiko, die während der OP ihre blutverdünnenden Medikamente nicht absetzen dürfen - zum Beispiel bei Einnahme von Marcumar.

# Die Klinik für Urologie bei NDR Visite

## Wann wird eine Lasertherapie durchgeführt?

Für Patienten mit kleineren Drüsen und bei Patienten mit erhöhtem Blutungsrisiko gibt es verschiedene Lasertherapieverfahren. Während herkömmliche Laser das überschüssige Gewebe einfach komplett verdampfen, schneiden es andere Lichtskalpelle heraus. Die Tulium-Laserenukleation eignet sich besonders für Patienten mit hohem Blutungsrisiko. Der Eingriff erfolgt durch die Harnröhre, Blutungen verschleißt der Laser sofort. Ein spezielles Instrument zerkleinert das abgetragene Gewebe in der Blase, von dort wird es dann herausgespült.

Um eine Prostatavergrößerung und auch bösartige Veränderungen frühzeitig erkennen zu können, sollten sich Männer mit Prostataleiden in der Familie frühzeitig, sonst ab dem 45. Lebensjahr einmal jährlich untersuchen lassen. Spätestens wenn Männer mehrmals nachts auf die Toilette müssen, sollten sie den Arzt aufsuchen, denn je früher ein Prostataleiden behandelt wird, desto geringer sind die Risiken und höher die Heilungschancen.



### Ansprechpartner

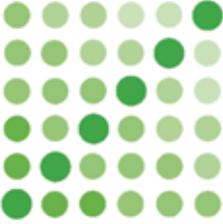
PD Dr. med. Uwe Zimmermann  
Leitender Oberarzt

E-Mail: [ziuro@uni-greifswald.de](mailto:ziuro@uni-greifswald.de)  
Tel: 03834 - 865976  
Fax: 03834 - 865978



# Das Prostatakarzinomzentrum und das Zentrum für urologische Tumoren an der Universitätsmedizin Greifswald

Die leitliniengerechte, auf höchstem wissenschaftlichen Niveau durchzuführende Diagnostik und Therapie erfordert eine weiter fortschreitende interdisziplinäre, qualitätsorientierte, inhaltliche und strukturelle Zusammenarbeit mehrerer Fachgebiete. Durch die in allen Teilbereichen auf der Basis von nationalen und internationalen Leitlinien periodisch ablaufenden Optimierungs- und internen Qualitätssicherungsprozesse verstehen wir uns als Kompetenzzentrum für Patienten mit einem Prostatakarzinom und Patienten mit urologischen Tumorerkrankungen. Essenziell ist uns die aktive Einbeziehung des Patienten in die Entscheidungsfindung.

**DKG**   
**KREBSGESELLSCHAFT**

**Zertifiziertes  
Prostatakrebs  
Zentrum**

Weiterhin wichtig ist es uns Angehörige in diesen Prozess mit einzubeziehen und das psychosoziale Umfeld zu beachten. Aus diesen Gründen haben wir uns mit dem MVZ Strahlentherapie durch die Deutsche Krebsgesellschaft als Prostatakarzinomzentrum zertifizieren lassen. Die Klinik und Poliklinik für Urologie wurde darüber hinaus auch als Schwerpunkt für urologische Tumoren von der DKG zertifiziert. Parallel wurde unser Qualitätsmanagement von der InterZert Zertifizierungsgesellschaft nach DIN EN ISO 9001:2008 zertifiziert.

Unser Ziel ist die Prognose von Patienten mit einem Prostatakarzinom und einem urologischen Karzinom durch die Verknüpfung der Teilbereiche Früherkennung, Diagnostik, operative, radioonkologische und systemische Therapie sowie der Nachsorge zu verbessern. Den ständig notwendigen Informationsaustausch mit kooperierenden, ambulant tätigen Kollegen und Kollegen aus den umliegenden Krankenhäusern werden wir über regelmäßig stattfindende Tumorkonferenzen, Qualitätszirkel, persönliche Kontakte und Fortbildungsveranstaltungen sichern. Die Teilnahme an nationalen und internationalen Studien dient der

stetigen Verbesserung von Therapiekonzepten. Alle am Organzentrum beteiligten Partner arbeiten kontinuierlich an der Verbesserung der Zusammenarbeit. Durch die Re-Zertifizierung und die sich daraus ergebenden regelmäßigen Auditbesuche wird die externe Qualitätssicherung gewährleistet. Die durch das Prostatakarzinomzentrum und dem Schwerpunkt urologische Tumoren definierten Qualitätskriterien sind die Grundlage für Verbesserungsmaßnahmen. Sie werden für die Öffentlichkeit nachvollziehbar dargestellt. Die interdisziplinäre Tumorkonferenz ist der zentrale Bestandteil des Prostatakarzinomzentrums und des Schwerpunktes urologische Tumoren. Wöchentlich findet die prätherapeutische Prostatakonferenz mit Teilnehmern der Urologie und Radiologie statt. Hier erfolgt die Therapieplanung von Patienten nach Diagnosestellung eines Prostatakarzinoms. Zusätzlich treffen sich Vertreter der Fachrichtungen Urologie, Strahlentherapie, Hämato-Onkologie, Radiologie und Pathologie mindestens einmal im Monat zur posttherapeutischen Behandlungsplanung von fortgeschrittenen Prostatakrebskrankungen. Bedarfsgerecht werden assoziierte Fachbereiche (z.B. Psychoonkologe, Sozialarbeit, Pflege) und in der Palliativsituation tätige Fachrichtungen (Neurologie, Neurochirurgie, Chirurgie, Schmerztherapie, Orthopädie u.a.) in die postoperative Tumorkonferenz einbezogen.

# Das Prostatakarzinomzentrum und das Zentrum für urologische Tumoren an der Universitätsmedizin Greifswald

Weiterhin findet wöchentlich eine Konferenz zu Tumorentitäten Nieren, Blase, Hoden, Penis und Nebenniere statt. Die Beschlüsse der Gremien werden protokolliert und die Umsetzung geprüft. Die behandelnden Kolleginnen und Kollegen sowie der Patient werden über die Beschlüsse informiert. Dieser Ablauf gewährleistet, dass alle diagnostischen und therapeutischen Prozesse zeiteffektiv durchlaufen werden. Das Prostatakarzinomzentrum und der Schwerpunkt urologische Tumoren ist offen für alle Partner, die an der Weiterentwicklung und Verbesserung der Versorgung von Patienten mit einem Prostatakarzinom oder einem anderen urologischen Tumor mitarbeiten wollen. Herr OA Dr. M. Pechoel ist Qualitätsmanagementbeauftragter und Herr M. Redlich Koordinator des Prostatakarzinomzentrums und des Schwerpunktes urologische Tumoren. Verantwortlicher Leiter beider Zentren ist Herr PD Dr. U. Zimmermann. Frau Dr. R. Breitsprecher vom MVZ Strahlentherapie ist stellvertretende Leiterin des Prostatakarzinomzentrums. Weitere Informationen finden Sie auf unserer und der Homepage des Universitätsklinikums.



Zertifiziertes Prostatakrebszentrum

## Zertifikat

**Die Zertifizierungsstelle  
der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.  
OnkoZert**

bescheinigt hiermit, dass das

### **Prostatakarzinomzentrum an der UMG**

**Universitätsmedizin Greifswald  
Sauerbruchstraße, 17475 Greifswald**

**vertreten durch  
Herrn PD Dr. med. Uwe Zimmermann**

die in den durch die Deutsche Krebsgesellschaft festgelegten  
„Fachlichen Anforderungen an Prostatakrebszentren (FAP)“  
definierten Qualitätskriterien erfüllt.

Das Prostatakarzinomzentrum an der UMG  
erhält daher die Auszeichnung:

**Prostatakrebszentrum mit Empfehlung  
der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.**

Erstzertifizierung: 07.12.2012

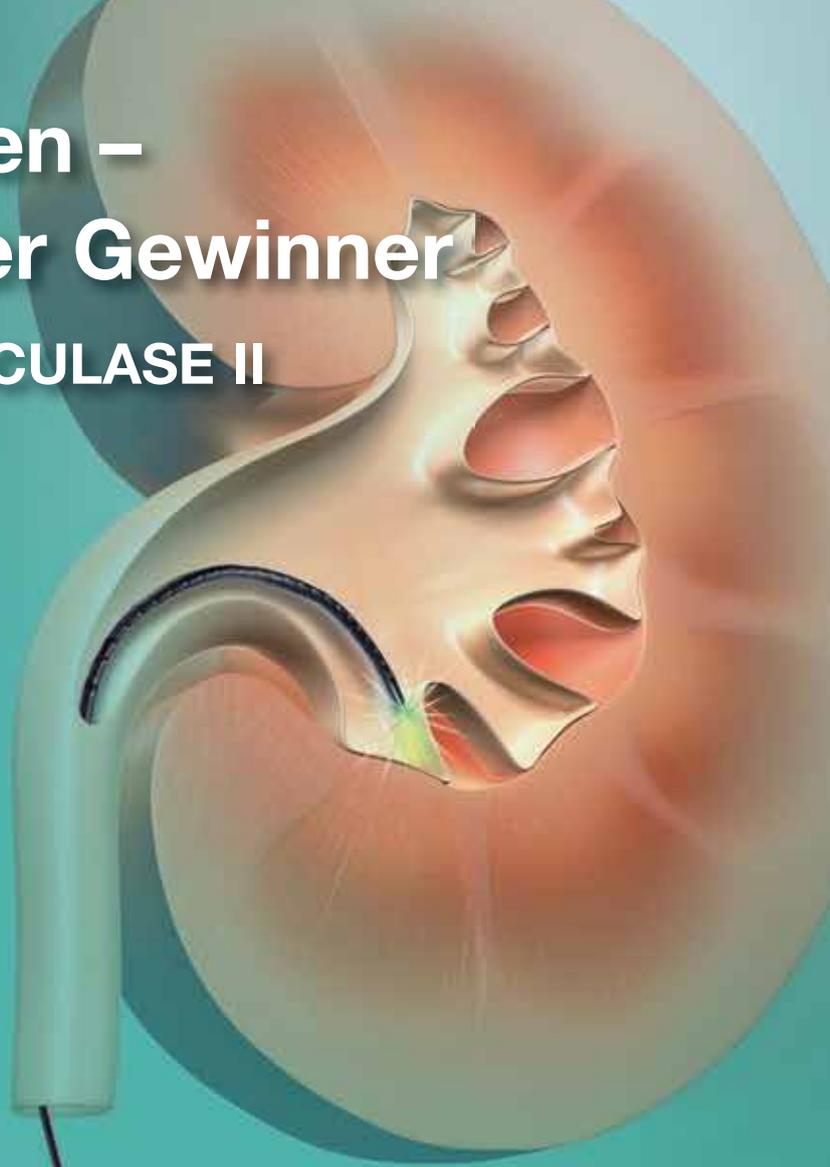
Gültigkeitsdauer: 07.06.2016

Registriernummer: FAP-Z101

Prof. Dr. Wolff Schmiegel  
Präsident Deutsche Krebsgesellschaft

# Synergien nutzen – die Strategie der Gewinner

Neu: **FLEX-X<sup>C</sup>** und **CALCULASE II**



**STORZ**  
KARL STORZ – ENDOSKOPE

THE DIAMOND STANDARD

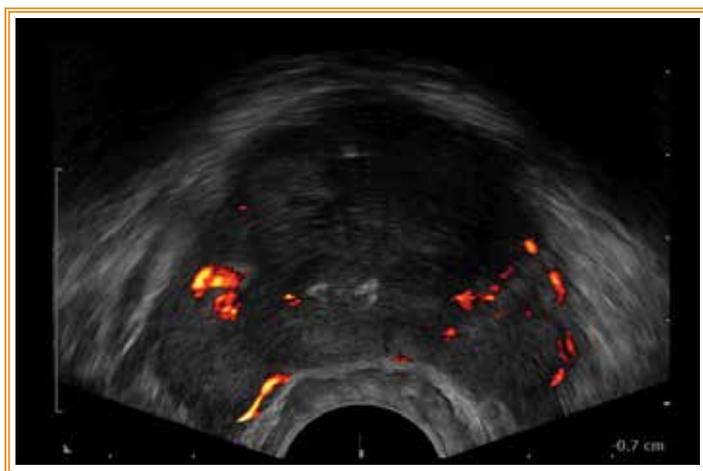
UPO 67/D/09/08/A

## Detektion der Prostata mit c-TRUS-ANNA

Neben der konventionellen und intensivierten Prostatabiopsie gibt es weitere Alternativen in der Diagnostik des Prostatakarzinoms. Im Gegensatz zum randomisiert-konventionellem Vorgehen wird bei dieser Methode eine gezielte Punktion des tumorsuspekten Areals angestrebt. Neben Elastographie und MRT-gestützter Punktion der Prostata gibt es die von Herrn Professor Loch aus Flensburg entwickelte Untersuchung der c-TRUS-ANNA. Diese Untersuchungsmethode führen wir seit April 2011 in unserer Einrichtung durch. C-TRUS steht für computergestützter transrektaler Ultraschall und ANNA für artifizielle neuronale Netzwerkanalyse. Die Indikation ergibt sich für Patienten, die einen erhöhten PSA-Wert haben und/oder bereits einmal oder mehrfach vorbiopsiert wurden, ohne dass ein Prostatakarzinom nachgewiesen wurde.

C-TRUS-ANNA ist ein neuronales und datenbankgestütztes Analysesystem, das auf der Basis einer großen Serie histopathologisch verifizierter Vergleiche zwischen Sonographiebildern und Präparaten der radikalen Prostatektomie erstellt wurde. Durch eine stetige Verarbeitung neuer Daten erhält das System weitere Informationen, die zeitgleich allen Anwendern zur Verfügung stehen. Somit handelt es sich um ein lernendes System.

Für die Durchführung dieser Untersuchung sind zwei ambulante Termine erforderlich. In der Regel vergeben wir diese im Abstand von 14 Tagen. Im Rahmen der Erstkonsultation erfolgen Anamnese, Aufklärungsgespräch, die rektale Untersuchung und die transrektale Sonographie mit Speichern der Ultraschallbilder der Prostata. Im Rahmen des Aufklärungsgesprächs wird explizit auf den experimentellen Charakter der Untersuchungsmethode hingewiesen. Die Bildaufnahme der Prostata erfolgt in 5 mm Schnitten. Nach Aufnahme der Bilder erfolgt die Übertragung der selbigen über den Computer an den zentralen Datenserver. Die Analyse der Bilder durch ANNA dauert im Durchschnitt 2 – 4 Tage.



In Vorbereitung auf die zweite Untersuchung wird auf der Grundlage der Bilder aus dem ANNA-System ein Plan erstellt, an welcher Position die Biopsien entnommen werden sollen. In der Regel entnehmen wir bei der Biopsie 6 bzw. 7 Proben. Sowohl die Sonographiebilder, die während der Biopsie aufgenommen werden als auch das histologische Untersuchungsergebnis werden dem zentralen Datenserver übermittelt.

Die Auswertung des histologischen Ergebnisses erfolgt über den zuweisenden Kollegen, kann aber auf Wunsch des Patienten auch in unserem Hause erfolgen. Die Untersuchungsergebnisse werden in jedem Fall dem niedergelassenen Urologen mitgeteilt.

Die Kosten der Untersuchung betragen ca. 600 Euro. Für gesetzlich krankenversicherte Patienten sind die Kosten für c-TRUS-ANNA selbst zu tragen, im Einzelfall ist jedoch eine Kostenübernahme durch die Krankenkasse erfolgt. Dies sollte der Patient im Vorfeld der Untersuchung selbst klären. Für Privatpatienten werden die Kosten in der Regel durch die Krankenkasse übernommen.

Falls sie einen Patienten haben, der eine Untersuchung der Prostata nach c-TRUS-ANNA erhalten soll, kann ein Termin über die Anmeldung der Poliklinik vereinbart werden. Antibiotische Abschrückung und Kontraindikationen sind analog der konventionellen Prostatabiopsie. Für eventuelle Rückfragen stehe ich gern zur Verfügung.

### Ansprechpartner

Dr. med. Maik Pechoel  
Oberarzt

E-Mail: [pechoel@uni-greifswald.de](mailto:pechoel@uni-greifswald.de)  
Tel.: 03834 - 865977  
Fax: 03834 - 865978



# Hodenhochstand - Eine häufige angeborene Fehlbildung des Kindes

Einige urologische Erkrankungen des Erwachsenenalters können auch im Kindesalter auftreten. So betreffen zum Beispiel die häufigsten angeborenen Fehlbildungen bei Kindern die urologischen Organe.

Zum Glück sind viele dieser Fehlbildungen, wie zum Beispiel der Hodenhochstand durch einen kleinen Eingriff gut zu korrigieren. Der Hodenhochstand ist die häufigste angeborene Fehlbildung des Urogenitaltrakts. Die Hoden werden in der frühen embryonalen Entwicklung in der Nähe der Nieren an der hinteren Bauchwand angelegt und wandern normalerweise während der Schwangerschaft durch den Leistenkanal in den Hodensack. Zum Zeitpunkt der Geburt weisen 3 bis 5% aller reif geborenen Knaben noch einen Hodenhochstand auf. Bei Frühgeborenen liegt der Anteil mit etwa 30% deutlich höher.

Während des ersten Lebensjahres – meist in den ersten sechs Lebensmonaten – gleitet der hochstehende Hoden häufig noch von selbst in die richtige Position, so dass nach Abschluss des ersten Lebensjahres noch bei etwa 1% der Kinder ein Hodenhochstand vorliegt. In 10 bis 20% sind beide Hoden betroffen. Nach dem ersten Lebensjahr ist nicht mehr mit einem spontanen Deszensus zu rechnen.

## Was sind die Gründe für einen Hodenhochstand?

Die Ursachen im Einzelnen sind letztendlich noch nicht vollständig geklärt. Ging man lange davon aus, dass vor allem mechanische Hindernisse für den angeborenen Hodenhochstand verantwortlich sind, wie ein zu enger Leistenkanal oder ein Leistenbruch, so gilt der angeborene Hodenhochstand heute als eine vorwiegend hormonell bedingt Erkrankung.

## Welche Folgen kann ein Hodenhochstand haben?

Risiken des Hodenhochstandes sind:

- Erhöhtes Infertilitätsrisiko (verminderte Zeugungsfähigkeit, Unfruchtbarkeit)
- Störung der hormonellen Hodenfunktion (z.B. verminderte Produktion des männlichen Geschlechtshormons Testosteron)
- Erhöhtes Hodentumor(krebs)risiko
- Erhöhtes Risiko einer Hodentorsion (Verdrehung des Hodens und des Samenstrangs mit der Folge einer Durchblutungsstörung des Hodens), dadurch kommt es zu plötzlich auftretenden Schmerzen in der Leiste und im Bereich des Hodens.

Insbesondere Knaben mit beidseitigem Hodenhochstand sind durch die Risiken betroffen. So entwickeln unbehandelte Knaben mit beidseitigem Hodenhochstand in ca. 90% der Fälle später im Erwachsenenalter eine Azoospermie, d.h. im Samenerguss sind keine normalen, beweglichen Spermien nachweisbar. Ein früher Therapiezeitpunkt scheint die Zeugungsfähigkeit günstig zu beeinflussen. Auch das 2,75 bis 8-fach erhöhte Hodentumorrisiko scheint durch eine frühzeitige Therapie gesenkt werden zu können.

## Wie wird ein Hodenhochstand diagnostiziert?

Um einen Hodenhochstand rechtzeitig erkennen zu können, bedarf es keiner aufwändigen Diagnostik. Die einfache **klinische Untersuchung** zum Beispiel im Rahmen einer Mutter-Kind-Pass-Untersuchung beim Haus- oder Kinderarzt oder auch Kinderurologen ist ausreichend. Sollten die Hoden bei der Untersuchung nicht tastbar sein, sollte die Untersuchung im Zweifelsfall kurzfristig wiederholt werden. Die Beobachtung der Eltern kann darüber hinaus bei der Diagnosestellung sehr hilfreich sein. Sind die Hoden zum Beispiel in der warmen Badewanne im Hodensack sichtbar bzw. tastbar? Zeigt sich eine deutliche Asymmetrie der beiden Hälften des Hodensackes?

Beurteilt werden durch die klinische Untersuchung:

- die Lage des Hodens,
- die Größe des Hodens (auch im Seitenvergleich) sowie
- die Konsistenz des Hodens.

# Hodenhochstand - Eine häufige angeborene Fehlbildung des Kindes

Wichtig ist vor allem, ob ein Hoden tastbar ist. Ist er nicht tastbar, kann eine zusätzliche **Ultraschalluntersuchung** hilfreich sein, um zum Beispiel bei einem kräftigeren Knaben, bei dem die Untersuchung erschwert ist, einen Hoden in der Leiste nachzuweisen. Darüber hinaus lässt sich mittels Ultraschall die Hodengröße genauer bestimmen und Begleiterkrankungen wie Leistenbrüche (-hernien) oder zusätzliche Wasserbrüche (Hydrocele testis) nachweisen.

Lässt sich ein Hoden weder tasten noch mittels Ultraschall darstellen, kann nur durch eine Laparoskopie (Bauchspiegelung) und ggf. durch eine operative Freilegung der Leiste geklärt werden, ob ein Hoden vorhanden ist oder nicht.

Eine zusätzliche **Kernspinuntersuchung (MRT)** ist im Kindesalter meist nur in Narkose durchführbar und liefert keine verlässlichen Informationen über das Vorhandensein oder Fehlen des oder der Hoden, so dass eine Kernspinuntersuchung nur in Sonderfällen empfohlen wird.

## Wie und wann sollte ein Hodenhochstand behandelt werden?

Grundsätzlich unterscheidet man zwei verschiedene Behandlungsformen: die **hormonelle Therapie** und die **chirurgische Therapie**.

Beide Therapieformen haben sich seit Jahrzehnten bewährt. Betrachtet man als alleiniges Zielkriterium den Anteil der Hoden, der durch die Therapie in den Hodensack verlagert werden kann, so ist die operative Therapie der hormonellen Therapie weit überlegen. Durch eine Operation können weit über 90 % der Hoden dauerhaft in den Hodensack verlagert werden. Nach einer alleinigen Hormontherapie kommt es nur in maximal 20 % zu einem spontanen Verlagern des Hodens in den Hodensack, d. h. nur bei jedem fünften Kind lässt sich durch die Hormontherapie eine Operation vermeiden.

Ein wesentliches Ziel der Therapie ist jedoch der Erhalt der Fertilität (Zeugungsfähigkeit). Es konnte gezeigt werden, dass eine rechtzeitige Hormontherapie die spätere Zeugungsfähigkeit möglicherweise positiv beeinflusst.

In den letzten Jahren sind die konservative Hormontherapie und die chirurgische Therapie keine konkurrierenden Verfahren mehr, sondern sie ergänzen sich. Die Hormontherapie dient der Vorbereitung der Operation, um die möglichen Risiken des Hodenhochstandes zu minimieren. Darüber hinaus hat sich in der Vergangenheit der empfohlene Zeitpunkt des Therapiebeginns zunehmend ins Säuglingsalter verlagert. Entsprechend der aktuellen Empfehlungen sollte die Therapie des Hodenhochstandes zum ersten Geburtstag abgeschlossen sein.

Die operative Behandlung des Hodenhochstandes führen wir in der Klinik und Poliklinik für Urologie in der Universitätsmedizin Greifswald ambulant durch. Sollte sich während der Operation herausstellen, dass ein Eingriff doch eine stationäre Nachbehandlung notwendig macht, kann das Kind jederzeit stationär aufgenommen werden. Dies erfolgt gemeinsam mit einem Elternteil je nach Alter des Kindes im Eltern-Kind-Zentrum, denn Kinder sind „keine kleinen Erwachsenen“. Die medizinische Betreuung erfolgt in solchen Fällen federführend durch die Klinik und Poliklinik für Urologie.

Die Risiken des Eingriffs (Rezidivhodenhochstand bis 5 %, Schrumpfung des Hodens, Wundheilungsstörung) sind selten. Alle Details einer evtl. Operation werden im Vorfeld ausführlich besprochen. Falls es nach einer ambulanten Operation zu Problemen kommt, ist Tag und Nacht ein diensthabender Urologe in der Klinik und Poliklinik für Urologie erreichbar.

Besonderen Wert legen wir bei unseren kleinen Patienten auf eine vernünftige Schmerzbehandlung nach der ambulanten Operation. Durch eine zusätzliche örtliche Betäubung zur Vollnarkose bleiben die Kinder in den ersten Stunden nach der Hodenoperationen schmerzfrei und erleben den Operationstag wenig belastend.

Bei Fragen oder Unklarheiten stehen wir Ihnen gerne für ein persönliches Gespräch zur Verfügung.

## Modernes BPH-Management in einem Schritt

Von Anfang an **DUODART**<sup>®</sup>  
(Dutasterid/Tamsulosin HCl) Kapseln

Duodart<sup>®</sup> 0,5 mg/0,4 mg Hartkapseln, Wirkstoffe: 0,5 mg Dutasterid, 0,4 mg Tamsulosinhydrochlorid. **Zusammensetzung:** 1 Einzeldosis besteht aus einer Hartkapsel mit 0,5 mg Dutasterid und 0,4 mg Tamsulosinhydrochlorid (entsprechend 0,367 mg Tamsulosin). Weitere Bestandteile: Hypromellose, Carrageenan (E 407), Kaliumchlorid, Titandioxid (E171), Eisen(III)-oxid (E172), Gelborange S (E110), Mittelkettige Partialglyceride, Butylhydroxytoluol (Ph.Eur.3(E 321), Gelatine, Glycerol, Eisen(III)-hydroxid-oxid x H<sub>2</sub>O (E172), Hydrierte Phospholipide (Soja), Mikrokristalline Cellulose, Methacrylsäure-Ethylacrylat-Copolymer (1:1)-Dispersion, 30% (Ph.Eur.), Polysorbat 80, Natriumdodecylsulfat, Talkum, Triethylcitrat, Schellack, Propylenglycol, Eisen(II,III)-oxid (E172), Kaliumhydroxid. **Anwendungsgebiete:** Zur Behandlung moderater bis schwergradiger Symptome der benignen Prostatahyperplasie (BPH) und zur Senkung des Risikos von akutem Harnverhalt und operativen Eingriffen bei Patienten mit moderaten bis schweren BPH-Symptomen. **Gegenanzeigen:** Duodart ist kontraindiziert bei Frauen, Kindern und Jugendlichen, bei Patienten mit Überempfindlichkeit gegen Dutasterid, andere 5 $\alpha$ -Reduktase-Hemmer, Tamsulosin oder einen der sonstigen Bestandteile, bei Patienten mit orthostatischer Hypotonie in der Krankheitsgeschichte und bei Patienten mit schwerer Leberfunktionsstörung. **Nebenwirkungen:** Wie alle Arzneimittel kann Duodart<sup>®</sup> Nebenwirkungen haben, die aber nicht bei jedem auftreten müssen; allergische Reaktionen (Hautausschlag; Nesselsucht; Schwellungen der Augenlider, des Gesichtes, der Lippen, Arme oder Beine), Schwindel und Benommenheit. **Häufige Nebenwirkungen** (bei 1 bis 10 von 100 Männern): Impotenz; verminderte Libido; Schwierigkeiten beim Samenruss; Schwellung und/oder erhöhte, schmerzhaft Druckempfindlichkeit der Brust (Symptomatisch); Schwindel. **Gelegentliche Nebenwirkungen** (bei 1 bis 10 von 1.000 Männern): schneller Herzschlag (Palpitationen); Verstopfung, Durchfall, Erbrechen, Unwohlsein (Nausea); Schwächegefühl oder Kraftlosigkeit; niedriger Blutdruck im Stehen; Kopfschmerzen; juckende, verstopfte oder laufende Nase (Rhinitis); Hautausschlag, Nesselsucht, Hautjucken, Haarverlust (üblicherweise der Körperbehaarung) oder Haarwachstum. **Seltene Nebenwirkungen** (bei 1 bis 10 von 10.000 Männern): Schwellung der Augenlider, des Gesichtes, der Lippen, der Arme oder Beine (Angioödem); Ohnmacht. **Sehr seltene Nebenwirkungen** (bei weniger als 1 von 10.000 Männern): dauerhafte, schmerzhaftere Erektion des Penis (Priapismus). Weitere Angaben siehe Fachinformation. Stand: Oktober 2011. GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG, 80339 München.

gsk  
GlaxoSmithKline



**Votrient**<sup>®</sup>  
pazopanib  
für eine lebenswerte Zeit

**Orale Erstlinien-Therapie für das fortgeschrittene Nierenzellkarzinom**

gsk  
GlaxoSmithKline  
Oncology

### Votrient<sup>®</sup> 200 mg/400 mg Filmtabletten

**Wirkstoff:** Pazopanib. **Zusammensetzung:** Jede 200 mg Filmtablette enthält 200 mg Pazopanib, jede 400 mg Filmtablette enthält 400 mg Pazopanib (als Pazopanibhydrochlorid) entspr. 200 bzw. 400 mg Pazopanib. **Sonst. Best.:** Magnesiumstearat, Mikrokristalline Cellulose, Povidon (K30), Carboxymethylstärke-Natrium (Typ A), Hypromellose, Macrogol (400), Polysorbat 80, Titandioxid (E171), bei 200 mg Tabletten zusätzlich Eisen(II)-oxid (E172). **Anwendungsgebiete:** Erstlinien-Behandlung von Patienten mit fortgeschrittenem Nierenzellkarzinom und Behandlung von Patienten, die vorher eine Therapie ihrer fortgeschrittenen Erkrankung mit Zytokinen erhalten hatten. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. Schwere Leberfunktionsstörung. Weitere Vorsichtsmaßnahmen siehe Fachinformation. **Nebenwirkungen: Sehr häufig:** Durchfall, Hypertonie, Farbveränderung der Haare, Appetitlosigkeit, Geschmacksstörung oder -verlust, Übelkeit, Erbrechen, Bauchschmerzen, Fatigue, Anstieg von Leberenzymen. **Häufig:** Kopfschmerzen, Schwindel, Brustschmerzen, Asthenie, Lethargie, Schläftstörungen, Hitzewallungen, Parästhesie, Nasenbluten, Heiserkeit, Dyspepsie, Flatulenz, Blähbauch, Gewichtsverlust, Stomatitis, Mukositis, Haarausfall, Hautausschlag, palmar-plantares Erythrodysesthesie-Syndrom, Hypopigmentierung der Haut, Erythem, Juckreiz, trockene Haut, Hyperhidrose, Myalgie, Muskelkrämpfe, Ödem, Proteinurie, Hypothyreose, Leberfunktionsstörung, Erhöhung des Kreatinins, Erhöhung des Bilirubins, Erhöhung der Lipase, Erhöhung der  $\gamma$ GT, Thrombozytopenie, Neutropenie, Leukozytopenie. **Sonstige Laborwertabweichungen** siehe Fachinformation. **Gelegentlich:** TIA, Zerebrovaskulärer Insult, ischämischer Schlaganfall, QT-Zeitverlängerung, Bradykardie, Kardiale Dysfunktion, Myokardinfarkt, Myokardiale Ischämie, Hypertensive Krise, Lungenembolie, Lungenblutung, Gastrointestinale Blutung (Mund, Ösophagus, Magen oder Darm), Harnwegsblutung, Nierenblutung, Menorrhagie, Metorrhagie, Vaginalblutung, Geschwüre im Mund, Häufiger Stuhlgang, Dampferperforation, Darmfistel, Pankreatitis, Peritonitis, Gelbsucht, Leberversagen, Hepatitis, Photosensibilisierung, Hautausschlag, dieser kann vesiculär, papulös, makulös, erythematös, exfoliativ oder juckend sein. Hypokalzämie, Hypomagnesiämie, Infektionen mit oder ohne Neutropenie. **Verschreibungspflichtig.** Stand: Dezember 2011. GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG, 80700 München.

# Infektions-Surveillance in der Klinik und Poliklinik für Urologie

Ambulant und im Krankenhaus erworbene (sog. nosokomiale) Infektionen gehören zu den häufigsten Komplikationen eines Krankenhausaufenthalts. Die Behandlung kann vor allem durch das zusätzliche Auftreten von multiresistenten Keimen kompliziert werden.

Die Klinik und Poliklinik für Urologie der Universitätsmedizin Greifswald nutzt die Infektionsmaßnahmen, um die Patientensicherheit und den Behandlungserfolg auf höchstem Niveau zu halten. Nachfolgend sind Ihnen einige Grafiken zum Auftreten häufiger Krankheitserreger von Infektionskrankheiten in der Urologie (aus allen Untersuchungsmaterialien) dargestellt.

Erreger	Anzahl Erstisolate [n]	Anteil / Gesamtanzahl Erreger [%]
Escherichia coli	652	20,2
Koagulasenegative Staphylokokken	461	14,3
Enterococcus faecalis	456	14,2
vergrünende Streptokokken	234	7,3
Proteus mirabilis	139	4,3
Klebsiella pneumoniae	111	3,4
Staphylococcus-epidermidis-Gruppe	101	3,1
Pseudomonas aeruginosa	92	2,9
Streptococcus agalactiae (B-Streptokokken)	67	2,1
Corynebacterium species	63	2,0
Staphylococcus aureus	63	2,0
Klebsiella oxytoca	61	1,9
Escherichia coli (ESBL-Bildner)	59	1,8

Auch die aktuelle Resistenzlage multiresistenter Keime (Austestung erfolgte nur bei >50 Testungen) aus dem Jahr 2012 liegt vor.

Erreger	Resistenz	Resistenzrate 2011 [%]	2012 [%]
Staphylococcus aureus	Methicillin-resistente S. aureus (MRSA)	26,4	20,5
E. coli	Breitspektrum-β-Laktamase-Bildner (ESBL)	6,3	8,7
Enterobacteriaceae (ohne E.coli)		3,6	2,4
Enterococcus spp	Vancomycin resistent (VRE)	0,0	1,8
	Gentamicin high level-Resistenz	≤ 50 Testungen	≤ 50 Testungen

In Zusammenarbeit mit dem Institut für Mikrobiologie wurden in Anlehnung an die obigen Ergebnisse Behandlungsempfehlungen zu den aktuellen Antibiotikaempfindlichkeiten für die Klinik und Poliklinik für Urologie erarbeitet: Diese Ergebnisse bilden die Basis für eine suffiziente, kalkulierte Antibiotikatherapie für unsere Patienten.

# Zystektomie und Harnableitung

Als Cystektomie bezeichnet man die operative Entfernung der Harnblase. Hauptindikation ist das muskelinvasive Urothelkarzinom der Harnblase.

Im Rahmen des Eingriffes werden zusätzlich die Beckenlymphknoten entfernt (pelvine Lymphadenektomie). Beim Mann erfolgen zudem in der Regel eine Entfernung der Vorsteherdrüse (Prostata) und der Samenblasen (Cystoprostatovesikulektomie), bei der Frau die Entfernung der Scheidenvorderwand, der Gebärmutter (Uterus) und der Eierstöcke mit den Eileitern (sog. Adnexen).

## Weitere Indikationen für eine Cystektomie stellen dar:

- Rezidivierende oberflächliche Harnblasenkarzinome mit high-grade-Differenzierung (pT1G3, pTis)
- Endoskopisch nicht zu therapierende oberflächliche Harnblasenkarzinome
- Palliatives Vorgehen bei fortgeschrittenen Harnblasenkarzinomen und/oder rezidivierenden bzw. therapierefraktären Blutungen
- Bei nicht zu therapierenden Blasenfunktionsstörungen mit Einschränkung der Blasenkapazität sowie radiogenen oder entzündlichen Ursachen (z.B. Tbc, Bilharziose, interstitielle Cystitis)

Kontraindikationen sind schwer kranke Patienten mit erheblichen Co-Morbiditäten und geringer Lebenserwartung. Unbehandelte Gerinnungsstörungen zählen ebenfalls dazu.

## Folgende Verfahren werden in unserer Klinik durchgeführt:

- Offene Zystektomie
- Laparoskopische Zystektomie

Vor Beginn der Operation mit Entfernung der Harnblase stellt sich die Frage, welches Verfahren zur Harnableitung für den Patienten/in in Frage kommt. Neben dem Tumorstadium und dem Alter des Patienten spielt auch die Patientencompliance eine wichtige Rolle.

In der Regel wird ein Dünndarm- oder Dickdarmsegment ausgeschaltet und dient somit als Reservoir für den Urin.

## Prinzipiell kann man die Harnableitungen wie folgt unterteilen:

- Kontinente und inkontinente Harnableitung
- Orthotope/r (Rekonstruktion an der Stelle der Harnblase; z.B. Neoblase) und heterotope/r (an anderer Stelle; z.B. Ileumconduit) Harnableitung/Blasenersatz

Zu den kontinenten Harnableitungen zählen die künstliche Harnblase (sog. Neoblase) und der Pouch (katheterisierbares Darmreservoir mit Verbindung über den Nabel).

Inkontinente Verfahren erfolgen über ein sog. Urostoma mit Auffangen des Urins in einem auf die Haut geklebten Beutel. Hierzu zählt vor allem das Ileumconduit. Andere Möglichkeiten sind das Colonconduit sowie die Ureterocutaneostomie (Harnleiter-Haut-Fistel).

Die stationäre Aufnahme zur Cystektomie erfolgt nach vorangegangener prästationärer Vorbereitung in unserer Poliklinik 2 Tage vor der Operation. Ein Absetzen gerinnungshemmender Medikamente (z.B. ASS, Plavix, Falithrom/Marcumar) wird vorausgesetzt.

# Zystektomie und Harnableitung

In Vorbereitung auf die Operation erhalten die Patienten zur vollständigen Darmentleerung Abführmittel in flüssiger Form verabreicht. Je nach geplanter Harnableitung erfolgt außerdem eine Stomaberatung mit Stomamarkierung. Perioperativ führen wir eine kalkulierte Antibiotikaprophylaxe in Kombination mit Metronidazol durch. Bei Nachweis von Bakterien im Urin wird die Antibiotikatherapie resistogrammgerecht umgestellt/angepasst.

Anästhesiologisch wird die Operation in Vollnarkose in Kombination mit einer Epiduralanästhesie durchgeführt. Dies senkt den intraoperativen und v.a. den postoperativen Schmerzmittelbedarf. Weiter ist eine Reduzierung des intraoperativen Blutungsrisikos sowie eine Beschleunigung der postoperativen gastrointestinalen Erholung zu verzeichnen.

Über die Notwendigkeit der Operation sowie den mit dem Eingriff verbundenen Komplikationen/Risiken, den Kontraindikationen der einzelnen Operationstechniken/speziellen Harnableitungen und des postoperativen Managements werden die Patienten im Rahmen einer gesonderten präoperativen Vorstellung in unserer Tumorsprechstunde bzw. im Rahmen des Aufklärungsgespräches ausführlich informiert.



Die Tumorsprechstunde findet jeden Freitag in der Zeit von 8 bis 15 Uhr statt. Terminvereinbarungen können über die Anmeldung unserer Poliklinik telefonisch (Tel.: +49 3834 86-5992), per Fax (+49 3834 86-5986) oder per E-Mail (anmeldung.urologie@uni-greifswald.de) erfolgen.

## Ansprechpartner

Hier Text und Fotos raus, kommt ein Bild von allen Oberärzten hin. Wird noch nachgeliefert.

# Praxis für Psychotherapie und Sexualmedizin

Die Praxis für Psychotherapie und Sexualmedizin bietet in Kooperation mit der Klinik und Poliklinik für Urologie der Universitätsmedizin Greifswald für Menschen mit unterschiedlichen Störungsbildern eine spezialisierte Diagnostik, Beratung und Behandlung an. PatientInnen mit urologischen Symptomen und Erkrankungen können an nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden leiden, eine Komorbidität zu anderen seelischen Erkrankungen (Depressionen, Angststörungen, Zwangserkrankungen, etc.) aufweisen oder Schwierigkeiten mit der Bewältigung einer chronischen oder lebensbedrohlichen Krankheit haben und sich zu einem Erstgespräch in der Praxis anmelden.

Die Begleitung von Menschen mit Störungen des sexuellen Erlebens und - Verhaltens ist ein weiterer Schwerpunkt der Praxis. Sexuelle Funktionsstörungen mit und ohne organopathologischen Befund treten bei beiden Geschlechtern häufig auf und haben weitreichende Auswirkungen auf seelische und körperliche Prozesse sowie die Beziehungszufriedenheit. Sie bedürfen daher einer umfangreichen Abklärung, um eine differenzierte, spezifische Behandlung empfehlen bzw. einleiten zu können. Die Prognoseeinschätzung ist ohne Kenntnis der Beziehungsstruktur und Paardynamik Betroffener schwer möglich, so dass der Partner bzw. die Partnerin frühzeitig in den diagnostischen und therapeutischen Prozess eingebunden wird.



Für die Behandlung von Menschen mit sexuellen Präferenz- und Verhaltensstörungen werden Einzel- oder gruppen-therapeutische Behandlungsprogramme angeboten. Das angestrebte Ziel ist die Kontrolle und Verantwortungsübernahme für sexuelles Verhalten. Unterstützend werden sexuell impulsdämpfende Medikamente eingesetzt bzw. notwendige Paarinterventionen angeboten und durchgeführt.

Bei Aufnahme einer Psychotherapie werden die Kosten von der Krankenkasse übernommen.

Die Vorstellung von Patientinnen, Patienten oder Paaren erfolgt mit Überweisungsschein (Überweisung an Psychotherapeut) nach telefonischer Anmeldung durch diese in Demmin, Schillerstr. 9 oder Stralsund, Tribseer Damm 2. Bereits erhobene somatische oder psychische Befunde sollten zum Erstkontakt mitgebracht werden.

Das Präventionsprojekt Pädophilie im Dunkelfeld Mecklenburg-Vorpommern (PPD M-V) bietet zudem Männern mit pädophiler Neigung an, sich anonym vorzustellen. In einer umfassenden Eingangsdiagnostik wird die Indikation für ein Therapieangebot geklärt. Ziel der Behandlung ist es, sexuelle Übergriffe auf Kinder und Jugendliche sowie den Gebrauch von Missbrauchsabbildungen zu verhindern. Hier steht die Praxis in enger Kooperation mit dem Kompetenzzentrum Sexualmedizin Mecklenburg-Vorpommern e.V. (Projektleitung), Deutsche Kinderhilfe e.V., Sozialministerium M-V, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin Charité Berlin (wissenschaftliche Begleitung) und der Klinik und Poliklinik für Urologie (medikamentöse Behandlung).

## Ansprechpartner

Dr. med. Dirk Rösing



[www.medizin.uni-greifswald.de/urologie](http://www.medizin.uni-greifswald.de/urologie)  
[www.kein-taeter-werden.de](http://www.kein-taeter-werden.de)

E-Mail: [roesing-praxis@web.de](mailto:roesing-praxis@web.de)  
web: [www.roesing-praxis.de](http://www.roesing-praxis.de)  
Tel: 03998 - 28 58 480  
Fax: 03998 - 28 58 481



**Zytiga**<sup>®</sup>  
abiraterone acetate

# Der neue Meilenstein

in der Anti-Hormontherapie  
des metastasierten kastrations-  
resistenten Prostatakarzinoms

Das bieten Sie Ihrem Patienten  
mit ZYTIGA<sup>®</sup>\*

- Signifikante Lebensverlängerung<sup>1</sup>
- Signifikant reduzierter Tumorschmerz<sup>1</sup>
- Verminderung der skelettbezogenen Ereignisse<sup>2</sup>
- Gute Verträglichkeit<sup>1</sup>
- Orale Therapie<sup>3</sup>

\*ZYTIGA<sup>®</sup> plus Prednison oder Prednisolon im Vergleich zu Placebo plus Prednison oder Prednisolon

1. de Bono JS et al., N Engl J Med 2011;364:1995–2005; 2. Basch E et al., J Clin Oncol 2012;30 (suppl 5):abstr 183; 3. Aktuelle ZYTIGA<sup>®</sup>-Fachinformation.

## Verschreibungsinformationen

**ZYTIGA<sup>®</sup> 250 mg Tabletten. Wirkstoff:** Abirateronacetat. **Zusammensetzung:** Jede Tabl. enth. 250 mg Abirateronacetat. **Sonst. Bestandt.:** Lactose-Monohydrat, Croscarmellose-Natrium, mikrokristalline Cellulose, Povidon (K29/K32), Natriumdodecylsulfat, Magnesiumstearat, hochdisperses Siliciumdioxid. **Anw.geb.:** Zusammen m. Prednison od. Prednisolon zur Bhdlg. d. metastasierten kastrationsresistenten Prostatakarzinoms b. erwachs. Männern, deren Erkrankung währ. od. nach einer Docetaxel-haltigen Chemotherapie progredient ist. **Gegenanz.:** Überempfindl. gg. Abirateronacetat od. einen d. sonst. Bestandt.; Frauen, die schwanger sind od. schwanger sein könnten; Stillzeit; keine Indikation b. Frauen sowie b. Kindern u. Jugendl. **Nebenwirk.:** *Sehr häufig:* Harnwegsinfektion, Hypokaliämie, Hypertonie, periphere Ödeme; *häufig:* Hypertriglyceridämie, Herzinsuff. (auch kongest. Herzinsuff., linksventrik. Dysfunkt. u. vermind. Ejektionsfraktion), Angina pect., Arrhythmie, Vorhofflimmern, Tachykardie, erhöhte Alaninaminotransferase; *gelegentlich:* Nebenniereninsuff. **Warnhinw.:** Frauen, die schwanger sind od. sein könnten, sollen ZYTIGA<sup>®</sup> nicht ohne Handschuhe handhaben; b. Geschlechtsverkehr m. einer Schwangeren ist ein Kondom erforderl.; b. Geschlechtsverkehr m. einer Frau im gebärfähigen Alter ist ein Kondom u. gleichz. eine and. zuverlässige Verhütungsmethode erforderl.; bes. Vors. b. Pat. m. hohem Blutdruck, Herzschwäche, niedrigem Blutkaliumspiegel, and. Herzprobl. od. Probl. m. Blutgefäßen i. d. Anamnese, b. Pat. m. Leberprobl., b. Pat. m. schwerer Nierenfunkt.störg., beim Absetzen v. Prednison od. Prednisolon; ZYTIGA<sup>®</sup> darf nicht zusammen m. Nahrungsmitteln eingenommen werden (mind. 2 Std. vor Einn. d. Tabl. u. mind. 1 Std. nach Einn. d. Tabl. soll keine Nahrungsaufnahme erfolgen); ZYTIGA<sup>®</sup> in Kombin. m. Prednison od. Prednisolon kann d. Verminderung d. Knochendichte verstärken; Vors. b. gleichz. Anw. v. Arzneim., d. durch CYP2D6 aktiviert od. metabolisiert werden; Vermeidung od. vorsicht. Anw. starker CYP3A4-Inhibit. od. -Indukt. währ. d. Bhdlg. m. ZYTIGA<sup>®</sup>; siehe im Übrigen ausführl. Warn- u. Wechselwirkungshinw. gem. Fachinfo. **Verschreibungspflichtig. Pharmazeut. Unternehmer:** Janssen-Cilag International NV, B-2340 Beerse, Belgien. **Stand d. Inform.:** 09/2011.

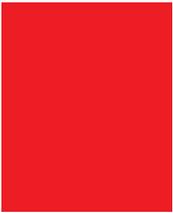
Janssen-Cilag GmbH

**Janssen**  
PHARMACEUTICAL COMPANIES  
OF *Johnson & Johnson*

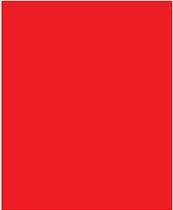
# Aktuelles aus der Klinik

## Wir begrüßen neue Kollegen...

### Assistenzärzte:



seit 01.01.2013  
**Frau Anne Casper**  
E-Mail: [anne.casper@uni-greifswald.de](mailto:anne.casper@uni-greifswald.de)



seit 01.01.2013  
**Herr Sebastian Fussek**  
E-Mail: [sebastian.fussek@uni-greifswald.de](mailto:sebastian.fussek@uni-greifswald.de)

## Wir gratulieren...



Frau Dr. Cindy Rönnau zur bestandenen Facharzt-Prüfung und zum zweijährigen Forschungsstipendium der Europäischen Urologenvereinigung.

Herzlich Willkommen im Team der Urologie!

## Fortbildungen

### 8. Nordkongress

Datum: 12-14 Juni 2014  
Ort: Cottbus  
Link: [www.nordkongress2014.de](http://www.nordkongress2014.de)

### 29. Annual EAU Congress

Datum: 11.-15 April 2014  
Ort: Stockholm  
Link: [www.stockholm2014.org](http://www.stockholm2014.org)

### AUA Annual Meeting 2014

Datum: 11.-21. May 2014  
Ort: Orlando, FL  
Link: [www.aua2014.org](http://www.aua2014.org)

### 66. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V.

Datum: 1.-4. Oktober 2014  
Ort: Düsseldorf  
Link: [www.dgu-kongress.de](http://www.dgu-kongress.de)

### Ankündigung weiterer Fortbildungen der Klinik:

Aktuell Information finden Sie auf unserer Homepage

<http://www.medizin.uni-greifswald.de/urologie>

unter „Aktuelles“ oder „Veranstaltungen“

Bitte Bilder liefern

# Überblick über die Sprechstunden in der Poliklinik

Montag	09.00 Uhr bis 15.00 Uhr	Allgemeine und prästationäre Sprechstunde
	09.00 Uhr bis 15.00 Uhr	Privat-Sprechstunde Sprechstunde für Laparoskopie und minimal invasive Chirurgie
	14.00 Uhr bis 16.00 Uhr	Kinderurologische Sprechstunde Sprechstunde für Harnröhren- und Rekonstruktive Chirurgie
Dienstag	08.00 Uhr bis 15.00 Uhr	Allgemeine und prästationäre Sprechstunde
	07.30 Uhr bis 15.00 Uhr	Sprechstunde für Neuro-Urologie
	12.00 Uhr bis 14.00 Uhr	Stein-Sprechstunde
Mittwoch	08.00 Uhr bis 15.00 Uhr	Allgemeine und prästationäre Sprechstunde
	07.30 Uhr bis 15.00 Uhr	Sprechstunde für Neuro-Urologie
Donnerstag	08.00 Uhr bis 15.00 Uhr	Interdisziplinäre Prostatakarzinom-Sprechstunde inkl. TRUS und Biopsie
	07.30 Uhr bis 15.00 Uhr	Sprechstunde für Neuro-Urologie
	12.00 Uhr bis 15.00 Uhr	Uro-Gynäkologische Sprechstunde
Freitag	08.00 Uhr bis 13.00 Uhr	Uro-Onkologische Sprechstunde inkl. Studienpatienten
	13.00 Uhr bis 15.00 Uhr	Andrologische Sprechstunde

Die Sprechstunden können Sie auch auf unserer Homepage nachlesen.

Terminvereinbarung unter der Tel. 03834 - 865992 oder 865987 Fax: 03834 - 865986

Formular für die Fax-Anmeldung: <http://www.medizin.uni-greifswald.de/urologie>

Online-Anmeldung: [urologie.anmeldung@uni-greifswald.de](mailto:urologie.anmeldung@uni-greifswald.de)

# Adressen und Telefonnummern

## Anschrift der Klinik

Universitätsmedizin Greifswald  
Klinik und Poliklinik für Urologie  
Ferdinand-Sauerbruch-Straße  
17475 Greifswald

Homepage: <http://www.medizin.uni-greifswald.de/urologie>

Im Notfall erreichen Sie uns jederzeit unter folgender Telefonnummer!

**Notfalltelefon: 03834 - 865967**

### Notfallversorgung

Montag bis Freitag 07.00 Uhr bis 15.30 Uhr in der Ambulanz (Erdgeschoss), anschließend von 15.30 Uhr bis 07.00 Uhr, sowie an Feiertagen und am Wochenende auf Station (3. Etage), Bettenhaus 4



## Sekretariat Professor Dr. med. Martin Burchardt

Simone Lemm  
E-Mail: [simone.lemm@uni-greifswald.de](mailto:simone.lemm@uni-greifswald.de)  
Tel.: 03834 - 865979  
Fax: 03834 - 865978



Anne Hauff  
E-Mail: [anne.hauff@uni-greifswald.de](mailto:anne.hauff@uni-greifswald.de)  
Tel.: 03834 - 865913  
Fax: 03834 - 865978



## Poliklinik für Urologie

Marion Frank  
E-Mail: [marion.frank@uni-greifswald.de](mailto:marion.frank@uni-greifswald.de)  
Tel.: 03834 - 865992  
Fax: 03834 - 865986



## Studienzentrum

Laura Kieppler, Studienschwester  
E-Mail: [laura.kieppler@uni-greifswald.de](mailto:laura.kieppler@uni-greifswald.de)  
Tel.: 03834 - 865961  
Fax: 03834 - 865978



## Oberarztsekretariat

Annette Müller  
E-Mail: [annette.mueller@uni-greifswald.de](mailto:annette.mueller@uni-greifswald.de)  
Tel.: 03834 - 865976  
Fax: 03834 - 865978

## Termin-Koordinatorin (OP-Termine, stationäre Aufnahmen)

Karin Römer  
E-Mail: [roemer@uni-greifswald.de](mailto:roemer@uni-greifswald.de)  
Online-Anmeldung:  
[urologie.anmeldung@uni-greifswald.de](mailto:urologie.anmeldung@uni-greifswald.de)  
Tel.: 03834 - 865987  
Fax: 03834 - 865986



## Arzt- und Studiensekretärin

Martina Pohl  
E-Mail: [martina.pohl@uni-greifswald.de](mailto:martina.pohl@uni-greifswald.de)  
Tel.: 03834 - 865965  
Fax: 03834 - 865993



## Impressum

*Schriftleitung:* PD Dr. med. Uwe Zimmermann

*Verantwortlich für den Inhalt:* Professor Dr. med. Martin Burchardt

*Layout und Druck:* Kerstin Zimmermann Design, Katja Watterott-Schmidt Abteilung Marketing

*Titelbild:* mit freundlicher Genehmigung von OA Dr. med. Birger Mensel, Institut für Diagnostische Radiologie und Neuroradiologie, Universitätsmedizin Greifswald

**Herausfordernde Fragen brauchen  
eine kompetente Antwort.**



Die Hämostaseologie und Onkologie von



**Bayer HealthCare**

