Urologe 2019 · 58:564–567

<https://doi.org/10.1007/s00120-019-0911-8>

Online publiziert: 20. März 2019

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2019

Klaus-Peter Dieckmann

Abteilung Urologie/Hodentumorzentrum, Asklepios Klinik Altona, Hamburg, Deutschland

Die Urologie – ein persönlicher Rückblick und ein vorsichtiger Blick in die Zukunft

Ein Urologenleben – persönlich

Nach 40 Berufsjahren in der Urologie bekleide ich aktuell die Position des Ärztlichen Leiters des Hodentumorzentrums Hamburg innerhalb der Urologischen Abteilung der Asklepios Klinik Altona in Hamburg. Meine Aufgabe besteht darin, alle Patienten mit der Verdachtsdiagnose Hodentumor zu sehen, deren Untersuchung und weitere Betreuung zu koordinieren und zu überwachen. Bei operativen Eingriffen an Hodentumorpunkten am Genitale aber auch bei retroperitonealen Lymphknotenoperationen bin ich aktiv beteiligt. Die Patienten, die eine Chemotherapie erhalten, sehe ich regelmäßig im Verlauf und bespreche mit dem zuständigen Arzt die aktuellen Entwicklungen und etwaige zusätzliche Interventionen. Wir planen eine Online-Tumorkonferenz für Hodentumorfälle für alle Asklepios Kliniken Hamburgs. Darüber hinaus erfolgt eine rege Konsiliartätigkeit für andere Kliniken und niedergelassene Kollegen bezüglich komplexer Hodentumorpunkten, wobei ein kleinerer Teil dieser Anfragen über das deutschlandweite Zweitmeinungszentrum (ZMZ) Hodentumoren und der größere Teil direkt telefonisch oder schriftlich erfolgt. Da Hodentumoren mit etwa 4000 Neuerkrankungen im Jahr in Deutschland einerseits zu den seltenen Erkrankungen zählen, und andererseits das klinische Erscheinungsbild sehr vielgestaltig sein kann, war die Grundidee unseres Zentrums, durch Bündelung von Fällen den Erfahrungsschatz zu vergrößern und auf dieser Grundlage eine qualitativ hochwertige Diagnostik und Therapie für

die betroffenen Patienten anzubieten. Die Erfahrung der ersten 2 Jahre des Zentrums mit einer durchschnittlichen Anzahl von 80–100 neuen Hodentumorpunkten pro Jahr zeigt, dass das Konzept sowohl von den niedergelassenen Kollegen als auch von den Patienten sehr gut angenommen wird.

Die hohe Anzahl von Patienten mit Hodenkrebs ermöglicht auch vielfältige Ansätze der klinischen Forschung. Aktuell ist unser wichtigstes Projekt die Entwicklung des neuen Hodentumorbomarkers microRNA-371a-3p (kurz: M371).

Vor Eintritt in das Hodentumorzentrum in Altona arbeitete ich 23 Jahre (1993–2017) lang als Chefarzt für Urologie im Albertinen-Krankenhaus Hamburg. Der Schwerpunkt lag dort auf der urologischen Basisversorgung mit sehr viel endourologischer Tätigkeit aber auch mit einem Schwerpunkt in der urologischen Onkologie.

Meine urologische Ausbildung absolvierte ich von 1983 bis 1993 in Berlin am Universitätsklinikum Steglitz der Freien Universität (heute: Universitätsklinikum Benjamin Franklin). Meine wichtigsten Lehrer waren dabei Prof. Dietger Jonas und Prof. Dr. Hartwig Huland. Die Facharztanerkennung erlangte ich 1986 und die Habilitation für das Fachgebiet Urologie im Jahre 1991. Die Anerkennung als apl. Professor der Freien Universität Berlin (heute: Universitätsmedizin Berlin) erfolgte 1998.

Nach Studium der Medizin in Göttingen 1971–1976 und Promotion 1977 unternahm ich meine ersten klinischen Schritte für jeweils ein Jahr in der Urologie (Chefarzt Dr. Henning Bartels) und

Allgemeinchirurgie (Prof. P. Böhme) im Evangelischen Krankenhaus Göttingen. Obwohl mir die klinische und operative Tätigkeit sehr viel Freude bereitete, verspürte ich damals den dringenden Wunsch, meinen Horizont durch eine gänzlich andere Tätigkeit zu erweitern. Aus diesem Grund verpflichtete ich mich beim Deutschen Entwicklungsdienst und verbrachte dann 2 Jahre ärztlicher Tätigkeit im District Hospital Tunduru, Tansania. Die Arbeit umfasste im Wesentlichen allgemeinärztliche Tätigkeit mit Tropenmedizin, kleiner Chirurgie, aber auch Geburtshilfe vornehmlich mit Kaiserschnittentbindungen. Die Patientenversorgung erbrachten wir mit einfachsten Mitteln ohne Labor und Röntgen. So verwendeten wir als Anästhesieverfahren bei den allermeisten operativen Eingriffen eine einfache Lokalanästhesie mit zusätzlicher intravenöser Pethidinalgabe. Nur selten führten wir eine Äthernarkose durch. Trotz dieser erheblichen Einschränkungen hat mir diese Arbeit viel Freude und Befriedigung verschafft, nicht zuletzt weil ich die einheimische Sprache Kiswahili erlernen und auch sprechen musste, und weil ich die tiefe Dankbarkeit und Anerkennung der dortigen Menschen erleben durfte. Dennoch entschloss ich mich nach 2 Jahren, zurück nach Deutschland zu gehen, um mein Lieblingsfach Urologie auf Universitätsniveau zu erlernen.

Kritischer Rückblick

Nach einem langen beruflichen Weg mit vielen Stationen fragt man sich natürlich, ob denn alle strategischen Entscheidungen gut überlegt waren oder ob man nicht

an dem einen oder anderen Zeitpunkt eine andere Weichenstellung hätte vornehmen sollen. Grundsätzlich muss ich rückblickend feststellen, dass alle Entscheidungen sinnvoll und gewinnbringend waren und dass ich wahrscheinlich in den meisten Situationen wieder sehr ähnlich entscheiden würde wie früher. Allerdings ist nicht zu verkennen, dass viele persönliche Entscheidungen auch durch die zeitlichen Umstände geprägt wurden. Nach meinem Staatsexamen im Jahre 1976 war es nur sehr schwer möglich, ein Auslandsjahr an einer amerikanischen Universitätsklinik zu absolvieren. Hätte sich eine solche Möglichkeit geboten, so hätte ich ein solches Forschungsjahr in Übersee wahrscheinlich als eine attraktive Alternative angesehen. Heute würde ich jedem jungen Kollegen eine solche Erfahrung dringend nahelegen.

Bei anderen Weichenstellungen in meinem beruflichen Weg habe ich auch großes Glück gehabt. Ein solcher Glücksumstand war sicher, dass Prof. Hartwig Huland 1985 in Berlin mein Chef wurde. Er hat mich unermüdlich und konstruktiv unterstützt, so dass ich mich schließlich 1991 habilitieren konnte.

Ein anderer Glücksumstand war die Berufung zum Chefarzt für Urologie im Albertinen-Krankenhaus, wo ich ein wundervolles Team aufbauen konnte und wo ich Gelegenheit hatte, mich neben der chefärztlichen Tätigkeit auch regelmäßig mit meinem Lieblingsthema, dem Hodentumor, klinisch und wissenschaftlich zu betätigen. Die spezielle Expertise, die dann aus dieser Beschäftigung mit dem Hodentumor erwuchs, führte dann dazu, dass Prof. Christian Wülfing aus der Asklepios Klinik Altona mir das Angebot unterbreitete, nach der Pensionierung noch weiterhin klinisch und wissenschaftlich im neu gegründeten Hodentumorzentrum aktiv zu bleiben.

Diese letztgenannte Tätigkeit bereitet besonders viel Freude, weil ich praktisch ausschließlich klinisch und wissenschaftlich tätig bin und viel Zeit den Patienten widmen kann, ohne auf die Uhr zu achten und ohne dass ich übermäßig in administrative Prozesse eingebunden bin.

Visionen und Risiken für das Fach Urologie

In dem zurückliegenden Zeitraum von etwa 40 Jahren meiner urologischen Tätigkeit habe ich zahlreiche einschneidende Neuentwicklungen für unser Fachgebiet persönlich miterleben dürfen. Hierzu zähle ich pars pro toto die Video-TUR, Lasertherapien für Steine und Prostatachirurgie, die ESWL für Steintherapie, die ureteroskopische Instrumententechnik mit zunächst starren Instrumenten und später dann flexiblen Endoskopen, die perkutanen Techniken, die Laparoskopie und zuletzt die robotische Operationstechnik. Ich muss klar bekennen, dass ich die letztgenannten Techniken nicht mehr selbst erlernen konnte. Im medikamentösen Bereich war die Entwicklung ebenso dynamisch, insbesondere im Bereich der Antibiotika- und der Pharmakotherapie der benignen Prostatahyperplasie aber v. a. im Bereich der Krebstherapie mit der Einführung neuer Zytostatika und insbesondere der Targettherapien. Nicht unerwähnt bleiben soll die Diagnostik mit neuen bildgebenden Techniken, die die klassische intravenöse und retrograde Urographie nahezu überflüssig gemacht haben.

Aufgrund all dieser Umwälzungen in Diagnostik und Therapie innerhalb nur einer urologischen Schaffensperiode liegt die Schlussfolgerung nahe, dass die Zukunft gewiss ähnliche Entwicklungen mit gleicher oder sogar höherer Dynamik beireithalten wird. Der Phantasie sind dabei kaum Grenzen gesetzt. Gut vorstellbar erscheint mir aus heutiger Sicht, dass die Pharmakotherapie der Prostatahyperplasie Operationen nur noch bei einem kleineren Teil der Patienten nötig werden lässt. Die Labordiagnostik mit neuen Markerstoffen (microRNA u. a.) könnte die klassische Zystoskopie zu einem seltenen Mittel werden lassen.

Unzweifelhaft wird sich das Fachgebiet Urologie in Zukunft immer weiter diversifizieren. Es werden immer neue diagnostische und therapeutische Techniken und Methoden auf den Markt drängen, so dass ein einzelner Urologe das Fachgebiet kaum noch in seiner ganzen Vielfalt kompetent beherrschen kann. Die neuen operativen Techni-

ken, allen voran die robotische Technik, sind mit unübersehbaren Vorteilen für den Patienten verbunden, so dass in wahrscheinlich naher Zukunft alle bisher offen-chirurgisch durchgeführten Operationen nur noch robotisch durchgeführt werden. Das Training für diese Eingriffe erfordert aber intensive operative Praxis, insbesondere auch für jene Fälle, die nicht robotisch sondern klassisch-offen operiert werden müssen. Eine umfassende urologische Ausbildung mit allen Teilaspekten der Diagnostik und Therapie kann aber kaum noch allen nachkommenden Urologen garantiert werden. Daher rechne ich mit einer Dreiteilung der Facharztausbildung in den „einfachen“ Urologen, der die Diagnostik und die konservative Therapie einschließlich einfacher operativer Eingriffe am Genitale beherrscht, dann den Endourologen, der die klassischen endourologischen Verfahren einschließlich Steintherapie und evtl. auch die Inkontinenztherapie der Frau beherrscht und schließlich als drittes den „Operativen Urologen“, der die klassisch-offene Chirurgie aber auch Laparoskopie und Robotik beherrscht. Denkbar wäre es, dass sich noch eine vierte Abspaltung ergeben wird, in Form des konservativ onkologisch tätigen Urologen. Wo die Andrologie angesiedelt wird, die ja momentan bereits eine gewisse Außenseiterrolle in der Urologie spielt, muss heute noch ungeklärt bleiben. Die Facharztausbildung könnte ähnlich wie heute schon in der Chirurgie aus einem gemeinsamen „common trunk“ bestehen, wo die Basisdinge der Urologie gelehrt werden. Danach erfolgt eine Weichenstellung in die oben genannten verschiedenen Tätigkeitsfelder. Entsprechend dieser Auffächerung des Fachgebiets werden auch die Klinikleitungen nur noch an kooperative Leitungsgruppen vergeben werden, die dann das gesamte Spektrum der Urologie anbieten können. Die Zeit des klassischen Chefarztes, der das gesamte Fachgebiet beherrscht, wird bald schon vorbei sein.

Fazit

Die Urologie des 20. Jahrhunderts bot dem erfahrenen Facharzt die Möglich-

keit, das gesamte Fachgebiet zu beherrschen. Für den Autor dieses Beitrags war die Urologie ein ideales Fachgebiet, das die Möglichkeit bot, sowohl diagnostische Maßnahmen als auch operative und konservative Therapieverfahren in eigener Regie anzuwenden. Die dynamische Entwicklung des Faches wird aber in absehbarer Zeit dazu führen, dass sich die Urologie in Subspezialitäten aufgliedern wird, die ein einzelner Urologe nicht mehr kompetent beherrschen kann. Die Ausbildungswege der Urologie sowie das zukünftige System der urologischen Versorgung werden sich erheblich ändern (müssen).

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Klaus-Peter Dieckmann
Abteilung Urologie/
Hodentumorzentrum,
Asklepios Klinik Altona
Paul Ehrlich Straße 1,
22763 Hamburg, Deutschland
DieckmannKP@t-online.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. K.-P. Dieckmann gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Hier steht eine Anzeige.

Hier steht eine Anzeige.