



Krankenhaus
St. Josef

UR Kooperations- und
Lehrkrankenhaus der
Universität Regensburg

ISSN 2190 – 7404

REGENSBURGER UROBLICK

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



DIE THEMEN

- 01 Robotik 2.0
- 02 Grußwort
- 04 Publikation des Quartals
- 05 Aktuelles aus dem Uroonkologischen Studienzentrum
- 06 Neues aus unseren Partnerpraxen
- 07 Forschungsbericht
- 08 Interna
- 08 URo-Blick auf...
Dr. Valerie Hartmann



DKG
KREBSGESELLSCHAFT



Im nationalen Spitzenfeld

Minimal-invasive Da Vinci-Chirurgie am Caritas-Krankenhaus St. Josef

Die robotisch-assistierte Chirurgie mit dem Da Vinci-Operationssystem entwickelt sich zum Goldstandard der modernen operativen Urologie. Das gilt nicht nur für die radikale Entfernung der Prostata bei Karzinom oder die operative Therapie des Nierenzellkarzinoms, sondern zeichnet sich auch für die Entfernung der Harnblase bei Karzinom ab. Die Regensburger Universitäts-Urologie am Caritas-Krankenhaus St. Josef (CSJ) verfügt als einzige Urologie Süddeutschlands über zwei Da Vinci-Operationssysteme der neuesten Generation. Die Robotik alleine bringt jedoch keinen Fortschritt – für gute Ergebnisse braucht es große und kontinuierliche Erfahrung.

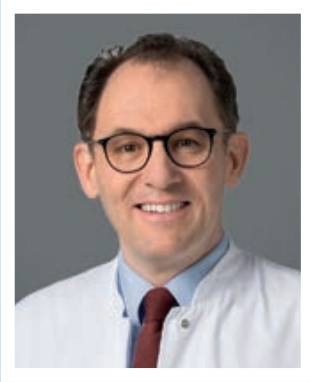
Die Sektion Robotik am CSJ avanciert mit zuletzt über 700 robotisch-assistierten Eingriffen pro Jahr zum Referenzzentrum für Robotik im südostdeutschen Raum. Aufgrund der hohen uroonkologischen Expertise rangiert die Klinik für Urologie am CSJ gemäß den aktuellen Zahlen der Deutschen Krebsgesellschaft (Onkozert) zudem bei allen drei Tumorentitäten inzwischen unter den Top 3 aller Kliniken deutschlandweit.

Am CSJ steht allen Patientinnen und Patienten ein Expertenteam mit langjähriger und hoher kontinuierlicher Erfahrung im Bereich der robotisch-assistierten Chirurgie zur Verfügung. Bereits heute werden Tumoroperationen an Prostata, Nieren und Harnblase sowie rekonstruktive Eingriffe standardmäßig minimal-invasiv robotisch-assistiert durchgeführt. Nur wenige Ausnahmen erfordern ein offenes Vorgehen, das freilich ebenso angeboten wird. Die beiden modernsten robotischen Operationssysteme ermöglichen es, auch hochkomplexe Operationen präzise und schonend durchzuführen. Dies führt zu geringeren Belastungen für die Patientinnen und Patienten sowie zu einer rascheren Regeneration. Insbesondere bei bösartigen Tumorerkrankungen kommt der schnellen Genesung und Rehabilitation der Patienten/-innen eine entscheidende Rolle zu, um – falls notwendig – eine zeitnahe Anschlusstherapie wie z.B. eine Chemotherapie oder Bestrahlung einleiten zu können. Neben den onkologischen Ergebnissen sprechen auch die funktionellen Ergebnisse für sich.

Allerdings bringt die Robotik alleine noch keinen Vorteil – es zählt die kontinuierlich große Erfahrung des Operateurs. An der Klinik für Urologie am CSJ ist die minimal-invasive Roboterchirurgie der Standardansatz. So ist diese wichtige Routine gewährleistet, die man in der Literatur als Voraussetzung für gute Operationsergebnisse ansieht. Im Folgenden werden die häufigsten Da Vinci-Operationen kurz dargestellt.

Nervschonende radikale Prostataektomie beim Prostatakarzinom – 2022 noch sicherer!

Operative Behandlungen von Prostatakrebs werden am CSJ schon seit Jahren ausschließlich mit Hilfe des Da Vinci-Systems auf minimal-invasivem Wege durchgeführt.



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

Sie halten eine weitere Ausgabe des URO-BLICKs in Ihren Händen. Zuerst geben wir Ihnen einen Überblick über das robotische Operationssystem Da Vinci. Das ist ein Durchbruch und der Name „Da Vinci“ wird von uns spontan mit teurer Medizintechnik assoziiert – und erst dann mit einem alten Meister. Leonardo da Vinci wäre vom Roboter Da Vinci™ sicher beeindruckt gewesen. Aber Obacht! Auch der Da Vinci kocht nur mit Wasser.

Die robotische Chirurgie ist Chirurgie und folgt der ersten Regel unseres Handwerks: es braucht große und regelmäßige Erfahrung. Dieser Regel hat sich die Regensburger Urologie verschrieben: wir haben eine eigene Sektion Robotik mit aufwändiger Personal- und Infrastruktur, verfügen als einzige Urologie in Süddeutschland über zwei Da Vinci Systeme der neuesten Generation inkl. technischer Vollausstattung und gehören zu den erfahrensten Zentren in Deutschland – laut den Zahlen der Deutschen Krebsgesellschaft (Onkozert). Wir stellen Ihnen die wichtigsten Anwendungen kurz vor.

Weiterhin bekommen Sie ein Update unserer Arbeit – einen Überblick zu den Studien des Uroonkologischen Zentrums Regensburg, denn ohne Studien kommen wir in einigen Punkten nicht weiter, einen Einblick in unsere Forschungsarbeit und in unser Team – in der Klinik und darüber hinaus.

Denn bitte bedenken Sie: trotz aller Technik, Infrastruktur, Erfahrung und Forschung sind wir nur als Team gut. Es kommt auf jede Frau, jeden Mann an. Und das Team Urologie ist groß: wir sind nur ein kleiner Teil eines großen Netzwerks in der Region. Unsere Partnerschaften sind der entscheidende Vorteil für urologische Patientinnen und Patienten.

Haben Sie Fragen oder Kritik? Dann kommen Sie bitte direkt auf mich zu – ich freue mich über Ihre Anregungen!

Herzlichen Dank für Ihr Interesse
und liebe Grüße

Prof. Dr. Max Burger
Direktor der Klinik für Urologie

Neben der vollständigen Entfernung des Tumorgewebes kommt bei diesem Eingriff der Schonung sensibler Nervenbahnen sowie des Harnblasenschließmuskels in unmittelbarer Nachbarschaft der Prostata eine zentrale Bedeutung zu.

NeurosafeR-Technik

Die Sicherheit unserer Patienten steht dabei tagtäglich im Mittelpunkt. Aus diesem Grund wurde die sogenannte Neurosafe-Technik in Regensburg weiter optimiert (Neurosafer) und fest in den täglichen OP-Ablauf integriert. Bereits während der Operation findet eine aufwendige Begutachtung des entnommenen Prostatapräparats durch den Pathologen unter dem Mikroskop statt (sog. Schnellschnittuntersuchung; siehe Abbildungen auf Seite 3). Dieses Vorgehen ermöglicht eine maximale Schonung der sensiblen Nervenbahnen bei gleichzeitig maximaler Sicherheit bzgl. der Vollständigkeit der Tumorentfernung. Ein spezielles Augenmerk liegt bei der NeurosafeR-Technik zudem auf dem kompletten anatomischen sowie funktionellen Erhalt des Harnröhrenschließmuskels. Sollte sich bei der Neurosafer-Technik hingegen intraoperativ wider Erwarten ein organüberschreitendes Tumorstadium herausstellen, so kann noch während der Operation darauf reagiert werden und eine gezielte Nachresektion der betroffenen Gewebeanteile erfolgen.

Organerhaltende Nierenteilresektion

Die meisten Nierentumore können heute mit entsprechender Erfahrung minimal-invasiv und organerhaltend operiert werden; hierbei wird nur der Tumor mit einem Sicherheitsabstand aus der Niere entfernt. Mit Hilfe des Da Vinci-Systems lassen sich hierbei die Vorteile der schonenden minimal-invasiven Operation und die Präzision der Entfernung auch aus einer komplexen Umgebung kombinieren. Die hochauflösende 3D-Darstellung aller Strukturen in Kombination mit der enormen Beweglichkeit der Miniaturinstrumente eröffnen neue Dimensionen der minimal-invasiven Nierenchirurgie. In Abhängigkeit der Tumorumlage kann die Operation durch den Raum hinter anstatt durch die Bauchhöhle erfolgen (retroperitoneal). Sehr große Tumore allerdings benötigen weiterhin ein offenes Vorgehen.

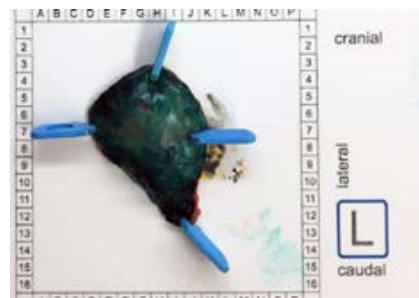
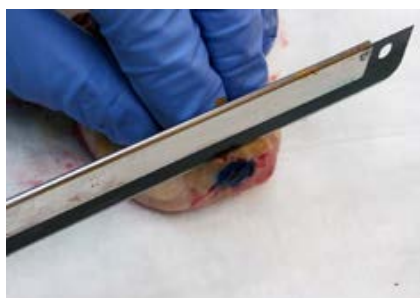
Am zertifizierten Nierentumorzentrum Regensburg ist die robotisch-assistierte Nierenteilresektion das etablierte Standardverfahren. Die Patienten sind rasch beschwerdefrei und voll belastbar.

Robotisch-assistierte Zystektomie mit intrakorporaler Harnableitung

Zunehmend kommt der Operationsroboter an ausgewählten Robotik-Zentren wie dem CSJ auch bei der Therapie des fortgeschrittenen Harnblasenkarzinoms zum Einsatz. Dabei wird die Harnblase zunächst robotisch-assistiert entfernt und auch die im Anschluss nötige neue Harnableitung aus körpereigenem Gewebe gebildet. Hierbei kann aus dem Dünndarm des Patienten eine künstliche Harnblase gebildet und diese an die Harnröhre angeschlossen werden. Im Anschluss können die Patienten/-innen somit annähernd wie gewohnt Urin speichern und wasserlassen (sog. Neoblase). Ein wie sonst üblicher großer Schnitt durch die Bauchdecke ist bei diesem minimal-invasiven Vorgehen nicht notwendig. Der Vorteil der robotisch-assistierten gegenüber der offenen Operation liegt insbesondere in der schnelleren Regeneration der Patienten/-innen sowie einem kaum nachweisbaren Blutverlust im Rahmen des Eingriffs.

Ein weiterer Schwerpunkt liegt zudem im Bereich der rekonstruktiven Urologie, aber auch bei dringenden Notfalleingriffen kommt das Da Vinci-Operationssystem zunehmend zum Einsatz (siehe Kasten).

Das Team der Sektion Robotik am CSJ unter Leitung von Priv.-Doz. Dr. Johannes Bründl steht Ihnen für Fragen zum Thema minimal-invasive Chirurgie jederzeit gerne zur Verfügung.



Schrittweises Vorgehen beim NeurosafeR-Verfahren der Regensburger Klinik beim nervschonenden Entfernen der Prostata.



Prof. Dr. med. Stefan Denzinger
Stellv. Klinikdirektor



Priv.-Doz. Dr. med. Johannes Bründl
Leiter Sektion Robotik



Krankenhaus
St. Josef
Kooperations- und
Lehrkrankenhaus der
Universität Regensburg

Robotisch-assistierte Eingriffe am CSJ

Tumorchirurgie

- Nervschonende radikale Prostatektomie
- Organerhaltende Nierenteilresektion
- Radikale Zystektomie / Vordere Exenteration mit intrakorporaler Neoblase / Ileumconduit
- Radikale Nephroureterektomie incl. Blasenmanschette
- Retroperitoneale Lymphadenektomie (RLA)
- Lymphozellenfensterung

Rekonstruktive Uro-Chirurgie

- Nierenbeckenplastik
- Harnleiterrekonstruktion (Boariplastik, Ureterneuimplantation, etc.)
- Harnblasendivertikelresektion
- Blasenauslassstrikturen (YV-Plastik)
- Rekonstruktion urogenitaler Anomalien (u.a. Megaureter)

Publikation des Quartals:

Häufigkeit, prognostische und prädiktive Wertigkeit von FGFR-Alterationen beim pT1 nicht-muskelinvasiven Urothelkarzinom der Harnblase (NMIBC)

Mayr R, Eckstein M, Wirtz RM, Santiago-Walker A, Baig M, Sundaram R, Carcione JC, Stoehr R, Hartmann A, Bolenz C, **Burger M**, **Otto W**, Erben P, **Breyer J**. Prognostic and Predictive Value of Fibroblast Growth Factor Receptor Alterations in High-grade Non-muscle-invasive Bladder Cancer Treated with and Without Bacillus Calmette-Guérin Immunotherapy. *Eur Urol.* 2022 Jun;81(6):606-614 (Impact Factor 20.096)

Die Familie der Fibroblasten-Wachstumsfaktor-Rezeptoren (fibroblast growth factor receptor, FGFR) sind Zelloberflächenrezeptoren mit Tyrosinkinaseaktivität, die unter anderem Zellproliferation, Zellmigration und Angiogenese regulieren. Aktivierende Mutationen im FGFR3-Gen werden als einer der ersten Schritte in der molekularen Pathogenese des Urothelkarzinoms der Harnblase angesehen und werden häufiger bei niedrigeren Stadien und papillären Tumoren detektiert und scheinen mit einem besseren Outcome vergesellschaftet zu sein.

Da Alterationen auch (wenngleich weniger häufig) beim muskelinvasiven Urothelkarzinom gefunden werden können, stellt dies eine Möglichkeit für eine zielgerichtete Therapie beim metastasierten Urothelkarzinom dar. Erdafitinib, ein spezifischer FGFR-Inhibitor, wurde bereits in den USA von der FDA für die Therapie von metastasierten Urothelkarzinomen nach vorheriger Platin-basierter Chemotherapie zugelassen, sofern eine FGFR3-Alteration vorliegt. Aktuell läuft hierzu eine internationale Phase-3 Studie (THOR-Studie), bei der die Klinik für Urologie der Universität Regensburg am Caritas-Krankenhaus St. Josef auch teilnimmt und bereits mehrere Patienten eingeschlossen hat.

Vor diesem Hintergrund erfolgte eine retrospektive real-world-Studie mit der Fragestellung der Häufigkeit von FGFR-Alterationen beim pT1 NMIBC und deren prognostischer und prädiktiver Wertigkeit. Es wurden aus einem Zeitraum von 1992-2015 insgesamt 263 Patienten mit einem pT1 NMIBC, die primär organerhaltend therapiert wurden, eingeschlossen. Von diesem Hintergrund erfolgten folgende Untersuchungen am Formalin-fixierten Tumorgewebe: FGFR3 Alterationen und FGFR2/3 Fusionen mit dem Therascreen Assay von Qiagen; RT-qPCR von FGFR1, FGFR2, FGFR3, FGFR4, PD-1, PD-L1, KRT5, KRT20; sowie FGFR2 und FGFR3 Amplifikationen. Der Therascreen Assay ist ein kommerzieller Kit zur Detektion von vier FGFR3 Mutationen (S249C, Y373C, R248C und G370C) sowie fünf FGFR2/3 Genfusionen (FGFR3:TACC3v1, FGFR3:TACC3v3, FGFR3:BAIAP2L1, FGFR2:CASP7 und FGFR2:BICC1), der in den USA verpflichtend vor Therapie mit Erdafitinib zur Detektion einer FGFR-Alteration eingesetzt wird. Etwaige FGFR-Alterationen wurden mit klinischen und histopathologischen Parametern sowie dem Rezidiv-freien Überleben (RFS), Progressions-freien Überleben (PFS) und dem Tumor-spezifischen Überleben (DSS) korreliert.

Insgesamt konnte bei 114 Patienten (43%) eine FGFR3-Alteration detektiert werden, wobei 103 Patienten (39%) eine FGFR3-Mutation und 15 (5,7%) eine FGFR3-Fusion aufwiesen (bei vier Patienten (1,5%) konnte sowohl eine FGFR3-Mutation als auch eine FGFR3-Alteration nachgewiesen werden). Die häufigste Mutation war S249C (42% aller Mutationen), die einzige Fusion, die nachgewiesen werden konnte, war FGFR3:TACC3v1. Zudem konnte bei 190 Patienten die FGFR-Amplifikationsmessung erfolgen und insgesamt bei fünf Patientinnen und Patienten eine FGFR3-Amplifikation nachgewiesen werden.

FGFR-Alterationen konnten statistisch signifikant häufiger bei niedrigerem Grading (WHO1973: $p < 0.001$; WHO2016: $p = 0.003$) und bei T1-Tumoren ohne konkomittantes Cis ($p = 0.001$) nachgewiesen werden. Des Weiteren zeigte sich, dass FGFR3-Alterationen (FGFR3-Mutationen, FGFR3-Fusionen und FGFR3-Amplifikationen) statistisch signifikant mit einer höheren FGFR3-mRNA korrelieren, verglichen mit der Abwesenheit von FGFR3-Alterationen. Zudem korrelierten FGFR3-Mutationen mit einer niedrigeren PD-1 und PD-L1-mRNA-Expression, und FGFR-Alterationen scheinen eher beim basalen Subtyp aufzutreten (hohe KRT5-mRNA-Expression und niedrige KRT20-mRNA-Expression).

Hinsichtlich des prognostischen und prädiktiven Werts der FGFR-Alterationen ergab sich kein Unterschied im RFS, PFS und DSS bei Patienten, die eine BCG-Therapie erhielten, verglichen mit Patienten, die keine Instillationstherapie erhielten. Lediglich für die Subgruppe der Patienten mit FGFR-Mutationen und BCG-Instillationstherapie ergab sich ein statistisch signifikant besseres PFS verglichen mit dem Fehlen einer FGFR-Alteration ($p = 0.03$).

Zusammenfassend stellt die vorliegende Arbeit eine systematische Analyse von FGFR-Alterationen beim pT1 NMIBC dar. Es zeigte sich, dass FGFR-Alterationen in diesem Stadium häufig sind und mit niedrigerem Grading assoziiert sind. Hinsichtlich des Outcomes zeigten sich keine Unterschiede, unabhängig von einer BCG-Instillationstherapie. Eine zielgerichtete Therapie mittels FGFR-Inhibitoren könnte bei diesen Patienten in Zukunft eine Rolle spielen, insbesondere bei BCG-Versagen oder BCG-Unverträglichkeit und dem Versuch der blasenerhaltenden Therapie.



Prof. Dr. med. Roman Mayr
Leitender Oberarzt der Klinik



Priv.-Doz. Dr. med. Johannes Breyer
Oberarzt der Klinik

Aktuelles aus dem Uroonkologischen Studienzentrum

Die Teilnahme an einer klinischen Studie klingt für viele Patientinnen und Patienten im ersten Moment wie ein waghalsiges Experiment mit der eigenen Gesundheit bei ungewissem Ausgang. Aus ärztlicher Sicht bäumt sich bei diesem Thema ein riesiges Dokumentations- und Verwaltungsmonster auf. Jedoch sind klinische Studien der essentielle Schritt für den medizinischen Fortschritt und bieten dem einzelnen Patienten konkrete Vorteile. Nur durch die Daten, die in kontrollierten, klinischen Studien gewonnen werden, kann die derzeitige medizinische Standardtherapie weiterentwickelt und verbessert werden. Zudem bietet die Teilnahme an einer klinischen Studie die Möglichkeit vielversprechende, moderne Therapiemöglichkeiten schon viele Jahre vor der Marktzulassung zu erhalten. Aus diesem Grund haben

Dr. med. Marco Schnabel
Oberarzt der Klinik und Studienkoordinator,
Leiter Medikamentöse Tumorthapie



wir uns 2018 dazu entschieden unsere klinische Studienaktivität zu steigern. In den vergangenen vier Jahren konnten wir zahlreiche große, internationale Studien für die Urologie am Caritas-Krankenhaus St. Josef gewinnen. Hierdurch können wir Therapien einsetzen, die über den derzeitigen Behandlungsstandard hinausgehen und klinisch äußerst vielversprechend sind. In der folgenden Übersicht möchten wir unser derzeitiges Studienangebot skizzieren und werden dieses in den kommenden Ausgaben aktualisieren.

Prostatakarzinom

Operative Studien

Studie	Fragestellung	Einschlusskriterien	Kontakt
SEAL 2	Lymphadenektomie (LAE) im Rahmen der Prostatektomie Randomisierung: ausgedehnte LAE vs. eingeschränkte LAE	Lokalisiertes Prostatakarzinom mit intermediärem oder hohem Risiko nach d'Amico	Studienleitung Hr. PD Dr. Bründl Studienkoordination * Anke Hofmann (0941 782-7526)
@Registry	Registerstudie zur Effizienz der Fokalen Therapie mittels HIFU beim lokalisierten Prostatakarzinom	Lokalisiertes Prostatakarzinom mit niedrigem oder intermediärem Risiko nach d'Amico	Studienleitung Hr. PD Dr. Bründl Studienkoordination *

Adjuvante Therapie nach radikaler Prostatektomie

ADAM	Adjuvante Hormonblockade bei lokalisiertem Hochrisiko-Prostatakarzinom nach RALP Randomisierung: Apalutamid vs. Nachsorge	iPSA \geq 20 ng/ml oder \geq pT3 oder Gleason \geq 8	Studienleitung Fr. Dr. Holbach Studienkoordination *
-------------	---	--	--

Urothelkarzinom

Operative Studien

Studie	Fragestellung	Einschlusskriterien	Kontakt
Keynote-B15	Neoadjuvante und adjuvante Therapie vor Zystektomie Randomisierung: Enfortumab-Vedotin + Pembrolizumab vs. Gemcitabin/Cisplatin	Muskelinvasives Urothelkarzinom der Harnblase (pT2-cT4a, cN0-1, cM0) Cisplatin-fähig GFR 60 ml/min	Studienleitung Hr. Dr. Schnabel Studienkoordination Bettina Zichaus (0941 782-7524)
VOLGA	Neoadjuvante und adjuvante Therapie vor Zystektomie Randomisierung: EV + Durvalumab vs. EV + Durva + Tremelimumab vs. direkte Zystektomie	Muskelinvasives Urothelkarzinom der Harnblase (pT2-cT4a, cN0-1, cM0) Cisplatin-unfähig GFR < 60 ml – 30 ml/min	Studienleitung Hr. Dr. Schnabel Studienkoordination Carolin Völlner (0941 782-7523)

Adjuvante Therapie nach Zystektomie / Nephroureterektomie / Harnleiterresektion

PROOF-302	Adjuvante Hormonblockade bei lokalisiertem Hochrisiko-Prostatakarzinom nach RALP Randomisierung: Apalutamid vs. Nachsorge	Urothelkarzinom mit FGFR Mutation (Gen-Screening im Rahmen der Studie) Harnblase: pT3+ / pN+ Harnleiter/Niere: pT2 / pN+ Nach Neoadjuvanz: ypT2+ / ypN+	Studienleitung Hr. Dr. Schnabel Studienkoordination Bettina Zichaus (0941 782-7524)
------------------	---	--	---

Systemtherapie bei metastasiertem Urothelkarzinom

THOR	FGFR-Inhibitor beim FGFR-mutierten, metastasierten Urothelkarzinom Randomisierung: Erdafitinib vs. Standard-Chemotherapie	Metastasiertes Urothelkarzinom mit FGFR Mutation (Genetisches Screening im Rahmen der Studie) Vortherapie mit Checkpoint-Inhibitor	Studienleitung Hr. Dr. Schnabel Studienkoordination Bettina Zichaus (0941 782-7524)
-------------	---	---	---

Team-Erweiterung und Inhaber-Wechsel in Regenstauf und Regensburg

Die Regensburger Universitätsklinik für Urologie am Caritas-Krankenhaus St. Josef ist für ihre enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten für Urologie in der Region bekannt. Nachdem wir Ihnen in den vergangenen Ausgaben unsere Partnerpraxen aus der Oberpfalz und der näheren Umgebung im Einzelnen vorgestellt haben, wollen wir heute auf einige personelle Neuigkeiten in verschiedenen Partnerpraxen hinweisen und machen dabei Station in Regenstauf und Regensburg.

Urologische Praxis Regenstauf mit neuer Mitinhaberin

Frau Katharina Körner Riffard verstärkt seit Mai 2021 das ärztliche Team der Urologischen Praxis Regenstauf und ist seit 01/2022 Teilinhaberin. Neben der allgemeinen urologischen Grundversorgung bietet die Praxis mit der Zusatzbezeichnung medikamentöse Tumorthherapie und Andrologie ein breites Spektrum der Urologie an. Frau Katharina Körner Riffard hat, wie auch Frau Dr. Eike Eichelberg Ihre Facharztausbildung am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf (UKE) sowie in der Martiniklinik, einem auf die Diagnostik und Therapie des Prostatakarzinoms spezialisierte Klinik, absolviert. In der Zeit von 2018 bis zum Wechsel nach Regenstauf konnte Sie im MVZ Urologikum Hamburg wertvolle Erfahrungen für den Praxisalltag sammeln. Frau Körner Riffard und Frau Dr. Eichelberg arbeiten durch ihre langjährige gemeinsame berufliche Erfahrung in einem breiten Spektrum der Urologie fachlich kompetent und vertrauensvoll zusammen. Die Praxis bietet Sprechstunden in Deutsch, Englisch und Französisch an.

Rollentausch in der Urologie im Gesundheitsforum

Neues gibt es auch von der ältesten noch als Einzelpraxis existierenden Einrichtung für Urologie in der Oberpfalz zu berichten. Erst zum zweiten Mal kam es seit Gründung der Praxis durch Dr. Richter im Jahre 1971 zu einem Inhaberwechsel in der „Urologie im Gesundheitsforum“, wo die Praxis seit 2004 lokalisiert ist. Nach über 20 Jahren als Inhaberin hat sich Dr. Maria-Luise Götz entschieden, zum Januar 2022 die Praxis an ihren Mitarbeiter Prof. Dr. Wolfgang Otto zu übergeben, wird dieser als allseits geschätzte Kollegin aber noch eine ganze Weile erhalten bleiben.

Prof. Dr. Otto ist seit 2017 vor Ort engagiert, nachdem er 2013 als Oberarzt aus dem Dienst am Universitätsklinikum für Urologie in den ambulanten Sektor gewechselt war, um überall dort in der Region aktiv zu werden, wo fachurologische Mitarbeit gesucht wurde. Die gesammelten Eindrücke – teilweise parallel – an verschiedenen hochgeschätzten Einrichtungen in der Oberpfalz, Niederbayern und Oberbayern haben den Er-



Frau Körner Riffard und Frau Dr. Eichelberg (von links)
(Foto: Urologische Praxis Regenstauf)

fahrungsschatz in den letzten Jahren weiterwachsen lassen. Der gebürtige Regensburger ist daneben weiterhin der urologischen Forschung als deren Koordinator am hiesigen Lehrstuhl für Urologie genauso verbunden wie der Lehre, wo der 2013 habilitierte und 2019 zum Extraordinarius berufene Otto u.a. Studien begleitende Praxishospitationen und medizinhistorische Vorlesungen anbietet. Daneben liegt dem Vorsitzenden der Oberpfälzer Urologen e.V., in dem Sektoren übergreifend ein Großteil aller hier tätigen Fachärztinnen und Fachärzte organisiert ist, die Förderung und Verankerung der Urologie in die ganzheitliche Patientenversorgung am Herzen. fv

Dr. Maria-Luise Götz und Prof. Dr. Wolfgang Otto
(Foto: Urologie im Gesundheitsforum)



Urologische Partnerpraxen der Region im Überblick

- Dr. Hans-Jürgen Raab, Dr. Gabriele Lotter | Abensberg
- Urologiezentrum Amberg | Dr. med. Rudolf Scharl, Dr. med. Walter Vogl und Dr. med. Michael Rogenhofer
- Urologiezentrum Drs. M. Brandl, M. Fichtlscherer (MBA), A. Weinbuch, F. Kauderer | Cham, Roding, Viechtach
- Dr. Odilo Maurer | Falkenstein
- Dr. Martin Dirmeyer, Dr. Thomas Pielmeier | Kelheim
- Dr. Patrick Schmoll | Kösching
- uropraxis im isarturm | Drs. Andreas und Johanna Brandtner | Landau
- Urologie Landau | PD Dr. Daniel Vergho, Dr. Philipp Spachmann
- Urologische Gemeinschaftspraxis an der Klinik Mallersdorf | Drs. Gunnar Krawczak, Tobias Lindenmeier, Ireneusz Florian
- Gemeinschaftspraxis Drs. Werner Gorski, Dieter Boy und Tobias Jordan | Neumarkt
- Dr. Stefan Berger, Dr. Agata Nowrotek | Neutraubling
- Gemeinschaftspraxis für Ambulante Urologie im Donau-Einkaufszentrum | Drs. E. Watzlawek, D. Popp, H. Hanika, W. Fleck, Prof. Dr. H.-M. Fritsche
- Urologie im Gesundheitsforum | Prof. Dr. Wolfgang Otto, Dr. Maria-Luise Götz
- Dr. Eike Eichelberg, Katharina Körner Riffard | Regenstauf
- Gemeinschaftspraxis Urologiezentrum Schwandorf | Dr. Andreas Gausmann, Prof. Dr. Theodor Klotz, Dr. Sebastian Schneider, Dr. Markus Stümpfl, PD Dr. Michael Gierth
- Urologie Straubing | Prof. Dr. Christian Eichelberg

Dr. Engelmann erhält Ferdinand-Eisenberger-Stipendium Große Würdigung für Regensburger Nachwuchs-Urologen

Seit 2010 wird mit dem Ferdinand-Eisenberger-Programm an einen herausragenden urologischen Kliniker und Forscher aus Deutschland erinnert. Im Jahr zuvor war Prof. Dr. Ferdinand Eisenberger, ehemaliger Direktor des Katharinenhospitals in Stuttgart, überraschend verstorben. Erstmals hatte sich nun mit Dr. Simon-Udo Engelmann ein Regensburger Urologe für eines der angesehensten Stipendien-Programme auf dem Gebiet der Urologie beworben – und dies mit Erfolg!



Eisenberger-Stipendiat Dr. Simon-Udo Engelmann

Mit dem Stipendienprogramm der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU) werden herausragende Nachwuchsforscher gefördert. Diese verlassen ihren klinischen Arbeitsplatz für ein Jahr (die Kosten dafür übernimmt die DGU, unterstützt durch Förderer aus der Wirtschaft), um ihre Forschung an einem geeigneten Institut weiter zu betreiben. Der Werdegang von den Eisenberger-Stipendiaten der ersten Jahre zeigt, dass mit diesem Programm eine Eliteschmiede der deutschen Urologie im besten Wortsinn entstanden ist. Bislang konnte sich kein Regensburger bewerben, da der Regensburger Urologe Max Burger bislang als DGU-Vorstandsmitglied für die Vergabe zuständig war – und sicher befangen gewesen wäre. Ende 2021 schied Max Burger nach den maximal

möglichen 7 Jahren aus dem Vorstand aus und der Weg war frei. Dr. Simon-Udo Engelmann hatte auf Anhieb Erfolg, unterstützt von seinem klinischen Mentor Prof. Dr. Roman Mayr sowie Laborleiter Dr. Miodrag Gužvić. Ab Oktober 2022 wird Dr. Engelmann nun am Lehrstuhl für Experimentelle Medizin und Therapieverfahren der hiesigen Universität unter Leitung von Prof. Dr. Christoph Klein seine Forschungstätigkeit intensivieren, um anschließend wieder vor Ort seine Facharztausbildung und Experimentierarbeit fortzusetzen.

Manchem älteren Regensburger wird der Name Ferdinand Eisenberger durchaus geläufig sein, war der 1937 in Komotau geborene Mediziner doch nach der Flucht aus dem Sudetenland in Regensburg aufgewachsen. Als sich Eisenberger in München gerade habilitiert hatte,

fand 1974 in Linz die erste Tagung der Bayerischen Urologenvereinigung und der Österreichischen Gesellschaft für Urologie und Andrologie statt. Damals existierte auf dem Boden der Oberpfalz noch keine urologische Hauptabteilung. Bei der 48. Auflage dieser urologischen Traditionstagung im Mai 2022 in Lindau am Bodensee war alleine die Urologische Universitätsklinik am Caritas-Krankenhaus St. Josef in Regensburg mit 14 (!) verschiedenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern als Moderatoren oder Referenten beteiligt, die Beiträge zur klinischen und experimentellen Forschung zu fast allen urologischen Forschungsgebieten präsentierten.



Prof. Dr. med. Wolfgang Otto
Forschungskordinator

Ein Teil der Regensburger „Delegation“ beim Bayer.-Österreichischen Urologen-kongress in Lindau im Mai 2022 mit (von links) Prof. Dr. Otto, Dr. Engelmann, Dr. Hartmann, Dr. Oppolzer, Dr. Riemer, Dr. Hollbach, Dr. Haas, Priv.-Doz. Dr. Bründl und Prof. Dr. Burger.



Neues aus der Klinik für Urologie

Vier frisch gebackene Fachärzte für Urologie, Neues aus der Oberarzt-Riege, drei Abschiede, aber auch zwei Neuzugänge – die erste Hälfte des Jahres 2022 brachte wieder einigen Wandel und Weiterentwicklung im Team der Urologischen Universitätsklinik. Der 25köpfige Kader, der dem Direktor und Ordinarius Prof. Dr. Maximilian Burger und seinem Stellvertreter Prof. Dr. Stefan Denzinger zur Verfügung steht, ist in Zeiten, in dem die klinische Arbeit nach wie vor durch die bestehende CoViD-19-Pandemie beeinträchtigt wird, die Voraussetzung für quantitativ und qualitativ gute Patientenversorgung.

Dr. Leonie Englert



Dr. Emily Rinderknecht

Dr. Tobias Jordan



Dr. Christoph Pickl

Dr. Immanuel Oppolzer



Dr. Julian Reiß

Dr. Toni Huber



Dr. Philipp J. Spachmann

Teamgeist haben unsere jüngsten Mitarbeiterinnen in ihrer Jugend im Handball erfahren und gelernt. Frau **Dr. Leonie Englert** aus München und Frau **Dr. Emily Rinderknecht** aus Göppingen haben sich darüber hinaus in einem erfolgreichen Medizinstudium an der Universität Regensburg für die Arbeit als Assistenzärztinnen der Klinik für Urologie bestens qualifiziert. Beide Kolleginnen haben auch bereits ihre Promotionsarbeit erfolgreich abgeschlossen, Frau Englert mit einer Arbeit aus der Thoraxchirurgie, Frau Rinderknecht aus der Kinderchirurgie. Wir wünschen den neuen Kolleginnen alles Gute für Ihre Ausbildung an der Regensburger Klinik!

Einen entscheidenden Schritt in ihrer Laufbahn haben in den letzten Monaten die Kollegen **Dr. Tobias Jordan**, **Dr. Christoph Pickl**, **Dr. Immanuel Oppolzer** und **Dr. Julian Reiß**

gemacht: sie alle haben die Facharztprüfung bei der Bayerischen Landesärztekammer bestanden. Während sich Herr Dr. Jordan der Gemeinschaftspraxis von Dr. Boy und Dr. Gorski in Neumarkt angeschlossen hat und Herr Dr. Reiß vom MVZ Urologie der Barmherzigen Brüder gewonnen wurde, verstärken ihre Kollegen das Ärzteteam der Klinik weiter als Fachärzte. Herr Dr. Pickl wurde zum Oberarzt befördert und folgt **Dr. Toni Huber** nach, der im Januar in das Urologiezentrum Landshut mit den Kollegen Dr. Langer, Priv.-Doz. Dr. Thalgott und Dr. Marchner eingetreten ist. Zum 1. Juli 2022 schloss sich auch **Dr. Philipp J. Spachmann** den Kollegen Priv.-Doz. Dr. Vergho und Dr. Auge in der Urologie Landau mit Belegabteilung am Donausar Klinikum Landau an. Wir gratulieren den genannten Personen herzlich zu ihren neuen Positionen und wünschen viel Freude und Erfolg für die neuen Aufgaben! wo

URo-Blick auf ... Dr. Valerie Hartmann

Position:

Assistenzärztin

Im Team seit: November 2019

Alter: 28 Jahre

Geburtsort: Salzburg

Werdegang:

Studium der Humanmedizin an der Universität Regensburg 2012-2019, Assistenzärztin an der Klinik für Urologie am Caritas-Krankenhaus St. Josef seit 2019, Promotion im Fachbereich Plastische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie.

Das macht die Urologie zu meinem Fachgebiet:

Die Vielseitigkeit der Krankheitsbilder und Behandlungsmöglichkeiten sowie

die breite Betreuung der PatientInnen von der operativen Versorgung bis zur medikamentösen (Tumor-)Therapie.

Für diese Klinik habe ich mich entschieden ...

weil ich schon im PJ gemerkt habe, was für ein guter Zusammenhalt in der Abteilung herrscht und viel Wert auf die Ausbildung jedes Einzelnen gelegt wird.

Meinen Arbeitstag beginne ich ...

mit einer großen Schüssel Müsli, um gestärkt für den Tag zu sein.

Besonders am Klinikalltag gefällt mir ...

jeden Tag vor neuen Aufgaben zu stehen und sie gemeinsam zu lösen.



An der Zusammenarbeit mit meinen Kolleginnen und Kollegen schätze ich ...

den freundschaftlichen Umgang und die Selbstverständlichkeit, sich gegenseitig zu unterstützen.

Meine Freizeit ...

verbringe ich gerne in den Bergen.

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:
Prof. Dr. Wolfgang Otto
Satz & Layout:
www.sneakerberg.de